



**ΚΟΙΝΟ ΔΙΑΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΣΧΟΛΙΚΗ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**«ΠΑΙΔΙΑ ΓΟΝΙΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ
ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΙ ΝΤΡΟΠΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ»**

ΧΡΗΣΤΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

A.M.: 221044

ΑΘΗΝΑ 2024

Στη γιαγιά μου Αθανασία,
που μου χαρίζει μαθήματα ζωής

Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

Στέλιος Γεωργίου	Καθηγητής	Πανεπιστήμιο Κύπρου	Επιβλέπων
Θωμάς Μπαμπάλης	Καθηγητής- Κοσμήτορας Σχολής Επιστημών της Αγωγής	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών	Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής
Κωνσταντίνα Τσόλη	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών	Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω για την πολύτιμη συμβολή του στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Στέλιο Γεωργίου, ο οποίος με την άμεση ανταπόκρισή του σε κάθε μας επικοινωνία, την ουσιαστική καθοδήγησή του και τη θετική του στάση στάθηκε σημαντικός αρωγός στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Παράλληλα, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή και πρόεδρο του ΔΠΜΣ «Σχολική Συμβουλευτική & Καθοδήγηση», κ. Θωμά Μπαμπάλη για την κατανόηση και τη διάθεση για βοήθεια που έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Ευχαριστώ, ακόμη, την καθηγήτρια κ. Κωνσταντίνα Τσώλη που δέχτηκε να είναι μέλος της τριμελούς επιτροπής για την υποστήριξη της εν λόγω μεταπτυχιακής διατριβής.

Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω αφενός όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την άριστη συνεργασία μας και την ανιδιοτελή συνεισφορά τους στη διεξαγωγή αυτής της έρευνας και αφετέρου όλους τους συμμετέχοντες για τον χρόνο που αφιέρωσαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω θερμές ευχαριστίες στους δικούς μου ανθρώπους που με στηρίζουν σε κάθε μου βήμα. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα τον σύντροφό μου για την αμέριστη συμπαράσταση και υποστήριξή του όλο αυτό το διάστημα. Δίχως αυτόν, η εκπόνηση της εργασίας μου θα ήταν αδύνατη.

Περίληψη στην ελληνική γλώσσα

ΠΑΙΔΙΑ ΓΟΝΙΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ: ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΙ ΝΤΡΟΠΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Περίληψη

Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται με υψηλή συχνότητα παγκοσμίως και επηρεάζουν τη ζωή τόσο των ίδιων των πασχόντων όσο και των οικείων τους. Ιδίως όταν αυτές συναντώνται σε γονείς, οι επιπτώσεις στη συναισθηματική ευημερία των παιδιών τους είναι πολύ σημαντικές. Πέρα από τις συνέπειες της ψυχικής νόσου, οι ψυχικά ασθενείς και τα παιδιά τους έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με τον αντίκτυπο του κοινωνικού στίγματος που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές. Η παρούσα μελέτη εστιάζοντας στην ενήλικη ζωή των παιδιών διερευνά τη σχέση ανάμεσα στην ψυχική διαταραχή των γονιών και στη συναισθηματική κατάσταση. Συγκεκριμένα, μελετά εάν και κατά πόσον ως ενήλικες βιώνουν συναισθήματα ενοχής και ντροπής λόγω της ψυχικής ασθένειας των γονιών τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 200 άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, που έχουν τουλάχιστον έναν γονέα με ψυχική διαταραχή και μένουν στην Ελλάδα. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ενοχής και Ντροπής (Guilt and Shame Questionnaire) για τη μέτρηση των συναισθημάτων ενοχής και ντροπής σχετικά με την γονική ψυχική διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής αλληλοσχετίζονται μεταξύ τους, με την ντροπή να παρουσιάζεται κατά τι συχνότερα στο συνολικό δείγμα. Ακόμη, παρατηρήθηκε ήπια συσχέτιση ανάμεσα στη γονική ψυχική διαταραχή και στην εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής στα ενήλικα παιδιά. Επιπροσθέτως, προέκυψαν μικρές διαφοροποιήσεις ως προς την εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής με βάση τον τόπο που μεγάλωσαν οι συμμετέχοντες. Ωστόσο, σημαντικές διαφορές εμφανίστηκαν ως προς την εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής με βάση το μορφωτικό επίπεδο. Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης δύναται να συμβάλλουν στον σχεδιασμό και στην εφαρμογή στοχευμένων στρατηγικών παρεμβάσεων για την καταπολέμηση του στίγματος όσον αφορά τους ψυχικά ασθενείς και τον περίγυρό τους.

Λέξεις κλειδιά: *ψυχικές ασθένειες, γονική ψυχική διαταραχή, παιδιά, ενήλικη ζωή, συναισθηματική κατάσταση, ενοχή, ντροπή*

Περίληψη στην αγγλική γλώσσα (abstract)

CHILDREN OF PARENTS WITH MENTAL DISORDER: EMOTIONS OF GUILT AND SHAME IN ADULT LIFE

Abstract

Mental disorders are prevalent worldwide and affect the lives of both patients and their families. Especially when these disorders occur in parents, the impact on the emotional well-being of their children is crucial. Beyond the consequences of mental illness, both the mentally ill individuals and their children face the daily impact of the social stigma associated with mental disorders. This study, focusing on the adult life of children, examines the relationship between parental mental disorder and their emotional state. Specifically, the current work investigates whether and to what extent adults experience feelings of guilt and shame due to their parents' mental illness. The research involved 200 individuals aged 18 and above, who have at least one parent with a mental disorder and reside in Greece. The Guilt and Shame Questionnaire was used as a measurement tool to assess feelings of guilt and shame regarding parental mental disorder. The results indicated that feelings of guilt and shame are correlated, with shame being slightly more common in the overall sample. Additionally, a mild correlation was observed between parental mental disorder and the appearance of guilt and shame in adult children. Furthermore, minor differences were identified in the expression of guilt and shame based on the participants' place of upbringing. However, significant differences emerged in the expression of guilt and shame based on educational level. The findings of this study could contribute to the design and implementation of targeted interventions to confront the stigma surrounding mentally ill individuals and their social environment.

Keywords: mental disorders, parental mental disorder, children, adult life, emotional state, guilt, shame

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
Περίληψη στην ελληνική γλώσσα.....	5
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα (abstract).....	6
Περιεχόμενα.....	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
1.1 Η διατύπωση του προβλήματος.....	13
1.2 Πρωτοτυπία - Σημαντικότητα της μελέτης.....	15
1.3 Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	16
1.4 Ερευνητικές υποθέσεις.....	16
1.5 Οριοθετήσεις και περιορισμοί.....	17
1.6 Περιγραφή των όρων.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	19
2.1 Ψυχικές διαταραχές.....	19
2.1.1 Ορισμός ψυχικής διαταραχής.....	19
2.1.2 Το ιατρικό μοντέλο: αίτια, συμπτώματα & θεραπευτική αντιμετώπιση.....	20
2.1.3 Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στη ζωή των πασχόντων.....	23
2.2 Κοινωνικό στίγμα και ψυχικές διαταραχές.....	24
2.2.1 Ορισμός στίγματος.....	24
2.2.2 Εκφάνσεις και συνέπειες.....	24
2.2.3 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας.....	25
2.2.4 Το στίγμα των ψυχικά ασθενών γονέων.....	27
2.2.5 Το στίγμα των ψυχικών ασθενειών στην Ελλάδα.....	28
2.2.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τον κοινωνικό στιγματισμό των ψυχικών ασθενειών.....	30

2.2.7 Τρόποι εξάλειψης του στίγματος των ψυχικών ασθενειών.....	32
2.3 Γονείς με ψυχική διαταραχή.....	34
2.3.1 Οι επιπτώσεις στον γονεϊκό ρόλο.....	34
2.3.2 Οι επιπτώσεις στην ψυχολογία των γονέων.....	35
2.3.3 Απόψεις σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.....	37
2.4 Παιδιά με ψυχικά ασθενείς γονείς.....	39
2.4.1 Η παιδική ηλικία.....	39
2.4.2 Η εφηβεία.....	42
2.4.3 Η ενήλικη ζωή.....	42
2.4.4 Πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων.....	44
2.4.5 Υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας.....	45
2.4.6 Ενημέρωση.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	47
3.1 Συμμετέχοντες.....	47
3.2 Όργανα μέτρησης.....	49
3.2.1 Ερωτηματολόγιο ενοχής και ντροπής για εφήβους με ψυχικά ασθενείς γονείς (GSQ-APMI: Guilt and Shame Questionnaire for Adolescents of Parents with a Mental Illness).....	49
3.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	50
3.4. Στατιστική ανάλυση.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	52
4.1 Δείκτες περιγραφικής στατιστικής.....	52
4.2 Συντελεστής αξιοπιστίας (Cronbach's α).....	56
4.3 Συσχετίσεις παραγόντων.....	57
4.3.1 Αλληλοσυσχετίσεις (pearson r) μεταξύ των μεταβλητών ενοχής και ντροπής του ερωτηματολογίου.....	57
4.3.2 Συσχετίσεις (pearson r) ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής.....	58

4.3.3 Συσχετίσεις (pearson r) ανάμεσα στον τόπο ανατροφής και στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής.....	59
4.4 Διαφορές ομάδων.....	60
4.4.1 Διαφορές μεταξύ των ατόμων που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση και των ατόμων που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση ως προς τους παράγοντες της ενοχής και της ντροπής.....	60
4.4.2 Διαφορές μεταξύ των ατόμων που μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη και των ατόμων που μεγάλωσαν σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό ως προς τους παράγοντες της ενοχής και της ντροπής.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62
5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	62
5.2 Συμπεράσματα.....	64
5.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	75

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.1. Μέση τιμή (M), τυπική απόκλιση (SD), μέγεθος δείγματος (N) σε καθεμία από τις δηλώσεις (statements) του ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.2. Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων των απαντήσεων που αφορούν την ενοχή ανά βαθμίδα της κλίμακας Lickert του ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.3. Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων των απαντήσεων που αφορούν την ντροπή ανά βαθμίδα της κλίμακας Lickert του ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.4. Μέση τιμή (M), τυπική απόκλιση (SD), μέγιστη (max) και ελάχιστη (min) τιμή των μεταβλητών της ενοχής και ντροπής του ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2.1. Δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's α) του ερωτηματολογίου ενοχής και ντροπής

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3.1. Αλληλοσυσχετίσεις (pearson r) μεταξύ των μεταβλητών ενοχής και ντροπής του ερωτηματολογίου

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3.2. Συσχετίσεις (pearson r) ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3.3. Συσχετίσεις (pearson r) ανάμεσα στον τόπο ανατροφής και στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4.1. Μέσες τιμές (M), τυπικές αποκλίσεις (SD) και διαφορές (t-τιμές) στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής μεταξύ ατόμων που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση και ατόμων που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4.2. Μέσες τιμές (M), τυπικές αποκλίσεις (SD) και διαφορές (t-τιμές) στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής μεταξύ ατόμων που μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη και ατόμων που μεγάλωσαν σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 3.1.1. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά φύλο

Γράφημα 3.1.2. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά ηλικιακή κατηγορία

Γράφημα 3.1.3. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά μορφωτικό επίπεδο

Γράφημα 3.1.4. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά περιοχή που μεγάλωσαν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η διατύπωση του προβλήματος

Τα τελευταία χρόνια, οι ψυχικές ασθένειες εξαπλώνονται ραγδαία ανά την υφήλιο, γεγονός που εγείρει παγκόσμια ανησυχία για τη δημόσια ψυχική υγεία. Σε όλο τον κόσμο, εκατομμύρια άνθρωποι διαγιγνώσκονται με ψυχική διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωής τους, με πιο συχνές σε εμφάνιση τις διαταραχές άγχους, διάθεσης και χρήσης ουσιών (Steel et al., 2014; WHO, 2001). Σύμφωνα, μάλιστα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2017), η κατάθλιψη είναι διεθνώς η βασικότερη αιτία δυσλειτουργίας και αναπηρίας με τα ποσοστά εμφάνισής της να παρουσιάζουν αυξητική τάση.

Οι ψυχικές ασθένειες έχουν άλλοτε ήπιες κι άλλοτε σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη ζωή των πασχόντων όσο και του περίγυρού τους (Οικονόμου και συν., 2020; Schroeder et al., 2020). Όσον αφορά τους ίδιους τους ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να φέρουν εις πέρας απλές καθημερινές δραστηριότητες ή να διατηρήσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται σημαντικά η ποιότητα ζωής τους (Marwaha & Johnson, 2004; Οικονόμου και συν., 2020; Salles & Barros, 2009). Παράλληλα, οι επιπτώσεις στα μέλη της οικογένειάς τους και κυρίως στα παιδιά όσων είναι γονείς είναι ιδιαίτερα αισθητές, καθώς μεγάλη μερίδα αυτών βιώνει αρνητικά συναισθήματα με κυρίαρχα τον φόβο, την ενοχή και την ντροπή, που πολλές φορές επιφέρουν περαιτέρω σοβαρά προβλήματα όπως κατάθλιψη ή άγχος (Bosch et al., 2020; Ferguson et al., 1999; Gladstone et al., 2011; Mordoch & Hall, 2008). Πέρα απ' αυτό, τα παιδιά, οι συγγενείς και γενικότερα οι φροντιστές των ψυχικά ασθενών, καθημερινά, έρχονται αντιμέτωποι με προκλήσεις όπως περιστατικά διάσπασης της οικογένειας, ασταθείς οικονομικές συνθήκες και αυξημένες ευθύνες φροντίδας λόγω της μειωμένης λειτουργικότητας και αυτονομίας των νοσούντων (Cooklin, 2006; Marwaha & Johnson, 2004; Οικονόμου και συν., 2020; Salles & Barros, 2009).

Ωστόσο, τα προβλήματα για τους ψυχικά πάσχοντες και τα κοντινά τους πρόσωπα δε συνοψίζονται στα παραπάνω. Σύμφωνα με τους Οικονόμου και συν. (2020), τα ψυχικά ασθενή άτομα επιβαρύνονται με ένα επιπλέον φορτίο, αυτό του κοινωνικού στίγματος, το οποίο καλούνται να αποτινάξουν ενόσω παλεύουν με την ίδια τη νόσο και την παθολογία της. Τα στερεότυπα που επικρατούν, μέχρι και σήμερα, σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές διαμορφώνουν κοινωνικές αντιλήψεις που οδηγούν με τη σειρά τους σε αρνητικές κοινωνικές στάσεις και διακρίσεις, με συνέπεια τον αποκλεισμό και τελικά την απομόνωση των ψυχικά

ασθενών και του περιβάλλοντός τους (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020; Stuart & Arboleda- Flórez, 2001). Από το σύνολο των ψυχικών διαταραχών, η πλέον στιγματισμένη ψυχική ασθένεια παγκοσμίως είναι η σχιζοφρένεια, το στίγμα γύρω από την οποία αποτελεί τον κυριότερο ανασταλτικό παράγοντα ως προς την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την επανένταξη των συγκεκριμένων ατόμων στην κοινωνία (Corrigan & Penn, 1999; Economou et al., 2009; Sartorius, 2005; Stuart & Arboleda- Flórez, 2001).

Η κοινωνική απόρριψη και επίκριση έχει, πολλές φορές, ως απόρροια τον αυτοστιγματισμό τόσο των πασχόντων όσο και των παιδιών τους, δηλαδή την εσωτερίκευση και την αποδοχή των στερεότυπων χαρακτηρισμών που οι άλλοι τους έχουν αποδώσει (Corrigan & Watson, 2002; Dobener et al., 2022; Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020; Parkinson et al., 2021). Οι αρνητικές συνέπειες του αυτοστιγματισμού συχνά επιφορτίζουν τους ασθενείς περισσότερο κι από την ίδια την διαταραχή, επιδρώντας αρνητικά στην αυτοεκτίμησή τους, ενισχύοντας την τάση τους για παραίτηση από τη ζωή και κατ' επέκταση την προσπάθεια για θεραπεία (Barney et al., 2006; Clement et al., 2015; Corrigan, 2000; Corrigan & Watson, 2002; Οικονόμου και συν., 2020). Εξίσου καταστροφικές είναι οι συνέπειες του αυτοστιγματισμού στη ζωή των παιδιών τους, τα οποία διακατέχονται από ενοχή και ντροπή για όσα τους συμβαίνουν, αισθάνονται υποδεέστερα σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους και δυσκολεύονται να διαχωρίσουν τον εαυτό τους από τους ψυχικά ασθενείς γονείς τους (Dobener et al., 2022; Οικονόμου και συν., 2020; Parkinson et al., 2021).

Επιπροσθέτως, σε πολλές έρευνες ο βαθμός του κοινωνικού στίγματος έχει συνδεθεί με δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το πολιτιστικό υπόβαθρο κ.ά. Με άλλα λόγια, κάποιες ομάδες ανθρώπων με κοινά χαρακτηριστικά είναι περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν στιγματιστικές συμπεριφορές προς τα ψυχικά ασθενή άτομα (Tzouvara & Papadopoulos, 2014). Ενδεικτικά, η έρευνα των Economou et al. (2009) υποστηρίζει ότι τα άτομα που κατοικούν σε αστικά κέντρα κι έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο γνωρίζουν περισσότερα για τις ψυχικές διαταραχές κι ως εκ τούτου είναι πιο θετικά διακείμενα απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες. Αντίστοιχα, οι Stewart et al. (2015) ισχυρίζονται ότι οι ηλικιωμένοι με ψυχική διαταραχή που ζουν σε απομονωμένες αγροτικές περιοχές στιγματίζονται περισσότερο από άλλους ηλικιωμένους που μένουν σε αστικές περιοχές, αναδεικνύοντας έτσι τον παράγοντα του τόπου κατοικίας και της κουλτούρας της κάθε τοπικής κοινωνίας.

Ανακεφαλαιώνοντας, ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι διαγιγνώσκονται στις μέρες μας με κάποια ψυχική ασθένεια και ταλανίζονται από αυτή για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα της

ζωής τους. Κάποιοι από αυτούς, μάλιστα, λαμβάνουν διάγνωση όσο είναι ήδη γονείς, ενώ κάποιοι άλλοι προτού καν γίνουν. Το κοινωνικό στίγμα και οι επιπτώσεις που επιφέρουν οι ψυχικές διαταραχές συχνά είναι αβάσταχτα τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τον περίγυρό τους, ιδίως για τα παιδιά τους. Παρ' όλ' αυτά, εντοπίζεται ένα σημαντικό κενό όσον αφορά τα ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα, καθώς οι έρευνες που επικεντρώνονται στα παιδιά είναι ελάχιστες και η συντριπτική πλειοψηφία αυτών εξετάζει τα βιώματα τους πριν την ενηλικίωση.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η παρούσα ερευνητική εργασία σκοπεύει να διερευνήσει την επιρροή που ασκούν οι ψυχικές ασθένειες των γονιών στην ενήλικη, πλέον, ζωή των παιδιών τους και πιο συγκεκριμένα στην εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής. Την ίδια στιγμή, η μελέτη επιδιώκει να ρίξει φως σε δημογραφικούς παράγοντες που ενδέχεται να υποβόσκουν πίσω από τέτοιου είδους αρνητικά συναισθήματα. Ειδικότερα, μελετά τον ρόλο του μορφωτικού επιπέδου, καθώς επίσης και του τόπου ανατροφής των συμμετεχόντων, δηλαδή του μέρους (αστική ή αγροτική περιοχή) και κατ' επέκταση της κοινωνίας (ανοιχτή ή κλειστή) όπου μεγάλωσαν. Τα ευρήματα που θα προκύψουν θα θέσουν τις βάσεις για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλων στρατηγικών παρέμβασης, συνεισφέροντας ταυτόχρονα στην επιστημονική κοινότητα.

1.2 Πρωτοτυπία - Σημαντικότητα της μελέτης

Οι έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αναδείξει τις επιπτώσεις που έχει η συμβίωση με σοβαρά ψυχικά ασθενή άτομα και η φροντίδα αυτών στη ζωή των συγγενών τους. Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερευνών επικεντρώνεται περισσότερο στους γονείς ή στους συντρόφους των ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες και λιγότερο στα παιδιά τους, με αποτέλεσμα οι βιβλιογραφικές αναφορές σ' αυτά να είναι ανεπαρκείς. Οι ελάχιστες σχετικές μελέτες καταδεικνύουν τις προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτά τα παιδιά και τονίζουν ότι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχολογικά ή άλλου είδους προβλήματα κατά την ενήλικη ζωή απ' ό,τι τα παιδιά, των οποίων οι γονείς δεν πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια (Källquist & Salzmann – Erikson, 2019). Επιπροσθέτως, έχει παρατηρηθεί πως τα συγκεκριμένα παιδιά συχνά αισθάνονται ενοχή και ντροπή αναφορικά με τους γονείς τους, γεγονός που έχει συνδεθεί με την εκδήλωση κατάθλιψης και άγχους (Bosch et al., 2020). Άλλες έρευνες επισημαίνουν, ακόμη, ότι λόγω γενετικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων ελλοχεύει ο κίνδυνος να παρουσιάσουν κάποια ψυχική ασθένεια ή διαταραχή συμπεριφοράς, επηρεάζοντας αρνητικά τη μετέπειτα κοινωνική τους ζωή (Gladstone et al., 2011). Επομένως,

το αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι σημαντικό να εξεταστεί αφενός για να παράσχει ερευνητικά δεδομένα στην ελλιπή σύγχρονη βιβλιογραφία κι αφετέρου για να ευαισθητοποιήσει τα άμεσα σχετιζόμενα πρόσωπα, ώστε να αναζητούν βοήθεια όταν τη χρειάζονται. Πέρα από τους άμεσα ενδιαφερόμενους, η εν λόγω εργασία συμβάλλει στην ενημέρωση κι ευαισθητοποίηση της ευρύτερης κοινωνίας αναδεικνύοντας την ευαλωτότητα των ψυχικά ασθενών ατόμων και του περίγυρού τους, με απώτερο σκοπό να αποφευχθούν μελλοντικά περιστατικά στιγματισμού.

1.3 Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται με υψηλή συχνότητα παγκοσμίως και επηρεάζουν τη ζωή τόσο των ίδιων των πασχόντων όσο και της οικογένειάς τους. Η παρούσα μελέτη εστιάζει στα παιδιά των ψυχικά ασθενών γονέων και σκοπός της είναι να αξιολογήσει εάν και κατά πόσον ως ενήλικες αναπτύσσουν είτε συναισθήματα ενοχής είτε ντροπής ή και τα δύο μαζί λόγω της ψυχικής διαταραχής των γονιών τους. Επιμέρους στόχος της εργασίας είναι να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση δημογραφικών παραγόντων στην ένταση αυτών των συναισθημάτων, ώστε να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης. Η μελέτη στοχεύει, επίσης, στο να συμβάλλει γενικότερα στην ανάπτυξη του τομέα συμβουλευτικής και ψυχικής υγείας.

1.4 Ερευνητικές υποθέσεις

Σε γενικές γραμμές, η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία μελετά τη σχέση ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές των γονέων και στην ανάπτυξη συναισθημάτων ενοχής και ντροπής στα ενήλικα παιδιά τους. Λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή βιβλιογραφία, τον βασικό σκοπό, καθώς επίσης και τους επιμέρους στόχους της μελέτης, προέκυψαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

1. Η ψυχική διαταραχή των γονιών θα σχετίζεται με συναισθήματα ενοχής στα ενήλικα παιδιά τους.
2. Η ψυχική διαταραχή των γονιών θα σχετίζεται με συναισθήματα ντροπής στα ενήλικα παιδιά τους.
3. Ως προς την εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής θα εμφανιστούν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος.
4. Ως προς την εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής θα εμφανιστούν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τον τόπο ανατροφής του δείγματος.

1.5 Οριοθετήσεις και περιορισμοί

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η παρούσα μελέτη διερευνά τον ρόλο των γονικών ψυχικών διαταραχών στη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών μετά την ενηλικίωση. Αν και οι σκοποί της συγκεκριμένης έρευνας φαίνεται να έχουν επιτευχθεί, εντοπίζονται ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί που δυνητικά θα μπορούσαν να σταθούν αφορμή για περαιτέρω μελέτη.

Κατά πρώτον, η εν λόγω ερευνητική εργασία εξετάζει αποκλειστικά την ύπαρξη δύο συναισθημάτων, της ενοχής και της ντροπής, με αποτέλεσμα να μη διερευνώνται άλλα πιθανά συναισθήματα και κατ' επέκταση να μη χαρτογραφούνται όλες οι πιθανές συναισθηματικές επιπτώσεις στα παιδιά, οι οποίες σχετίζονται με τις ψυχικές ασθένειες των γονιών τους. Κατά δεύτερον, κατά τη συλλογή δεδομένων δε λαμβάνεται υπόψη ούτε το είδος της ψυχικής ασθένειας των γονιών, ούτε το ενδεχόμενο συννοσηρότητας κι ως εκ τούτου δεν μπορεί να εκτιμηθεί εάν και σε τι βαθμό οι συγκεκριμένοι παράγοντες επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Κατά τρίτον, δε συνυπολογίζεται εάν τα άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχουν ήδη λάβει ψυχολογική βοήθεια και υποστήριξη, γεγονός που θα μπορούσε να έχει συμβάλει σημαντικά στη μείωση των συναισθημάτων ενοχής και ντροπής. Τέλος, το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας δε συμπεριλαμβάνει ανήλικα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων.

1.6 Περιγραφή των όρων

Στην παρούσα εργασία αναφέρονται συγκεκριμένοι όροι, η έννοια των οποίων θα πρέπει να προσδιοριστεί με σαφήνεια.

Ψυχική διαταραχή: Όπως αναφέρεται και στο υποκεφάλαιο 2.1.1, η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταραχή στη γνωστική λειτουργία, τη ρύθμιση των συναισθημάτων ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου αντανακλώντας δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διεργασίες που διέπουν τη νοητική λειτουργία» (American Psychiatric Association, 2022, p. 14). Οι ψυχικές διαταραχές ή ασθένειες συνεπάγονται, επίσης, έλλειψη διάθεσης για ενασχόληση με απλές καθημερινές δραστηριότητες ή ακόμη ανεπάρκεια όσον αφορά επαγγελματικές υποχρεώσεις και διαπροσωπικές σχέσεις (American Psychiatric Association, 2022; Marwaha & Johnson, 2004; Salles & Barros, 2009). Σύμφωνα με το DSM-5-TR στις ψυχικές ασθένειες δε συγκαταλέγονται ούτε το πένθος, ούτε οι κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές που

παρουσιάζουν ορισμένες μειονότητες (π.χ. αλλόθρησκοι, άτομα με διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό ή πολιτικές πεποιθήσεις) (American Psychiatric Association, 2022).

Ενοχή: Η *ενοχή* είναι είδος συναισθήματος και ανήκει στην κατηγορία των συναισθημάτων που αφορούν την αυτογνωσία (Bosch et al., 2020; Tracy & Robins, 2004). Πιο συγκεκριμένα, είναι το αρνητικό συναίσθημα που βιώνει ένα άτομο, όταν εστιάζει σε μία συμπεριφορά ή πράξη του και την αξιολογεί αρνητικά (Bosch et al., 2020; Tracy & Robins, 2004). Με άλλα λόγια, τα ενοχικά συναισθήματα εμφανίζονται όταν κάποιος κάνει κάτι που αντιβαίνει στον προσωπικό ηθικό του κώδικα (Ferguson et al., 1999). Σύμφωνα με τους Tracy & Robins (2004), το συναίσθημα της ενοχής συνδέεται με ανεπαρκή προσπάθεια και κατ' επέκταση με περιθώρια βελτίωσης, καθώς το άτομο μελλοντικά μπορεί να φερθεί διαφορετικά και να επανορθώσει. Ως εκ τούτου, η ενοχή συνεπάγεται τύψεις και μεταμέλεια (Bosch et al., 2020).

Ντροπή: Η *ντροπή* αποτελεί είδος συναισθήματος και συγκαταλέγεται στα συναισθήματα που περιγράφουν την επίγνωση του εαυτού (Bosch et al., 2020; Tracy & Robins, 2004). Συγκεκριμένα, πρόκειται για το αρνητικό συναίσθημα που βιώνει ένα άτομο, όταν αξιολογεί ένα γενικό χαρακτηριστικό του εαυτού του με αρνητικό πρόσημο (Bosch et al., 2020; Tracy & Robins, 2004). Τα άτομα που αισθάνονται ντροπή κατηγορούν τον εαυτό τους για την ανικανότητά τους και νιώθουν τόσο μειονεκτικά που δεν μπορούν να κάνουν κάτι, που συχνά αποφεύγουν την επαφή με τους άλλους ή κρύβονται από αυτούς. Για τον λόγο αυτό, η ντροπή συνεπάγεται αίσθημα κατωτερότητας και απελπισίας (Bosch et al., 2020; Ferguson et al., 1999).

Παιδιά: Τα παιδιά που περιλαμβάνονται στο δείγμα της παρούσας έρευνας είναι ενήλικα, καθώς στην προκειμένη περίπτωση ο όρος «*παιδιά*» περιγράφει τον βιολογικό δεσμό ανάμεσα στα τέκνα και στους γονείς και όχι το ηλικιακό φάσμα. Έτσι, όταν αναφέρονται οι λέξεις «*παιδί*», «*παιδιά*» στα κεφάλαια της μεθοδολογίας, των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων αυτής της εργασίας εννοούνται οι ενήλικες που έχουν την ιδιότητα του τέκνου ή αλλιώς γόνου.

Ψυχικά ασθενείς γονείς: Ο όρος «*ψυχικά ασθενείς γονείς*» αναφέρεται σε ενήλικα άτομα που έχουν την ιδιότητα του γονέα και συνάμα έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1 Ψυχικές διαταραχές

Από καταβολής κόσμου μέχρι και σήμερα η ανθρώπινη συμπεριφορά έχει απασχολήσει πλήθος φιλοσόφων, καλλιτεχνών και επιστημόνων ανά τον κόσμο. Με το πέρασμα των αιώνων η παρατήρηση, η μελέτη και η κατανόηση αυτής περιήλθε από το επιστημονικό πεδίο της Φιλοσοφίας σε αυτό της Ψυχολογίας, μιας επιστήμης που γνωρίζει ραγδαία άνθιση τις τελευταίες δεκαετίες («Ψυχολογία», χ.χ.). Ως εκ τούτου, η επιστημονική κοινότητα που ασχολείται με την ψυχική υγεία είναι σήμερα – περισσότερο από ποτέ – σε θέση να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα που μέχρι πρότινος παρέμεναν αναπάντητα.

2.1.1 Ορισμός ψυχικής διαταραχής

Σύμφωνα με τους Schacter et al. (2012) ένα τέτοιο ερώτημα, που για χρόνια ταλάνιζε τους ερευνητές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αφορά τον προσδιορισμό του όρου «ψυχική διαταραχή». Η δυσκολία στον ορισμό της εν λόγω έννοιας έγκειτο στο γεγονός ότι το φάσμα των διαταραχών είναι πολύ ευρύ και η διαχωριστική γραμμή μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού είναι, συχνά, πολύ λεπτή (Schacter et al., 2012). Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια έχει καταγραφεί σημαντική πρόοδος στην περιγραφή του συγκεκριμένου όρου. Ήδη από το 1952 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία εξέδωσε την πρώτη εκδοχή του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM) με σκοπό να συμβάλλει στην ταξινόμηση των ψυχικών νοσημάτων, στην έγκυρη διάγνωσή τους και κατ' επέκταση στην αντιμετώπισή τους (Schacter et al., 2012). Έκτοτε έχουν εκδοθεί πέντε συνολικά εκδοχές, εκ των οποίων κάποιες έχουν επανεκδοθεί αναθεωρημένες, με πιο πρόσφατη την αναθεωρημένη πέμπτη έκδοση (DSM-5-TR) που κυκλοφόρησε το 2022 και παρέχει τη μεγαλύτερη, μέχρι στιγμής, διαγνωστική αξιοπιστία (Psychiatry online, n.d.). Σε αυτήν, η ψυχική διαταραχή ορίζεται ως «ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντική διαταραχή στη γνωστική λειτουργία, τη ρύθμιση των συναισθημάτων ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου αντανακλώντας δυσλειτουργία στις ψυχολογικές, βιολογικές ή αναπτυξιακές διεργασίες που διέπουν τη νοητική λειτουργία» (American Psychiatric Association, 2022, p. 14).

Στις ψυχικές διαταραχές περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η σχιζοφρένεια και άλλες ψυχωτικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διπολικές και καταθλιπτικές διαταραχές που αφορούν

τη διάθεση, οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών, οι ιδεοψυχαναγκαστικές και σχετικές διαταραχές, οι διασχιστικές διαταραχές που αφορούν τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων προσωπικοτήτων στο ίδιο άτομο, οι διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και οι διαταραχές ύπνου, όπως για παράδειγμα η αϋπνία, η ναρκοληψία, η παραϋπνία κ.ά. (American Psychiatric Association, 2022). Από τις προαναφερθείσες, σύμφωνα με την αναφορά που εξέδωσε το 2001 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, καθώς επίσης και οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών αποτελούν τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές που διαγιγνώσκονται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγείας (Steel et al., 2014; WHO, 2001).

2.1.2 Το ιατρικό μοντέλο: αίτια, συμπτώματα & θεραπευτική αντιμετώπιση

Στις μέρες μας, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις παραπάνω δομές έχουν υιοθετήσει το ιατρικό μοντέλο, κατά το οποίο όλες οι ψυχικές παθήσεις ανεξαιρέτως εκλαμβάνονται και προσεγγίζονται ως ιατρικά προβλήματα που προκαλούνται από κάποια αιτία, εκδηλώνονται με συμπτώματα και χρήζουν θεραπείας, όπως συνέβαινε ανέκαθεν με τις σωματικές παθήσεις (Schacter et al., 2012).

Όσον αφορά τη συμπτωματολογία, αξίζει να αναφερθεί ότι αρκετές από τις ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται με παρόμοια συμπτώματα ή η ίδια διαταραχή σε διαφορετικά άτομα δύναται να εκδηλωθεί με εντελώς ανομοιογενή μεταξύ τους συμπτώματα καθιστώντας αφενός δύσκολη τη διαδικασία της διάγνωσης και αφετέρου κάθε περιστατικό μοναδικό (American Psychiatric Association, 2022). Για τον λόγο αυτό, το DSM, που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα κάθε αναγνωρισμένης ψυχικής νόσου, αποτελεί πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο στα χέρια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τη διάκριση του είδους της ψυχολογικής διαταραχής και τον καθορισμό του βαθμού στον οποίο αυτή εντοπίζεται στον πάσχοντα. Ωστόσο, το έργο των ειδικών δυσχεραίνεται όταν το ίδιο άτομο παρουσιάζει συμπτώματα που αντιστοιχούν σε περισσότερες από μία διαταραχές, γεγονός που υποδηλώνει ότι πιθανότατα νοσεί ταυτόχρονα από δύο ή και παραπάνω ψυχικές ασθένειες. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται συννοσηρότητα και έχει παρατηρηθεί με μεγάλη συχνότητα κυρίως σε άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή δυσθυμία, στα οποία συχνά συνυπάρχουν μία ή περισσότερες αγχώδεις διαταραχές (Brown et al., 2001).

Οι ψυχικές ασθένειες διακρίνονται σε παροδικές και σε χρόνιες ανάλογα με τη διάρκειά τους. Με λίγα λόγια, σε ορισμένες ψυχικές διαταραχές τα συμπτώματα εκδηλώνονται με μεμονωμένα ή επαναλαμβανόμενα επεισόδια, ενώ σε κάποιες άλλες επιμένουν για καιρό μετά

την αρχική τους εκδήλωση (American Psychiatric Association, 2022; Aneshensel et al., 2013). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως οι χρόνια ψυχικά ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με μία επίμονη και παρατεταμένη κατάσταση, η οποία συχνά χαρακτηρίζεται από περιόδους ύφεσης όπου τα συμπτώματα φαίνεται να έχουν υποχωρήσει, αλλά και περιόδους έξαρσης, όπου το άτομο υποτροπιάζει και παρουσιάζει έντονη συμπτωματολογία (Παπαδάτος, 2010). Προκειμένου, λοιπόν, να διαγνωστεί ένα άτομο με ψυχική διαταραχή, θα πρέπει τα συμπτώματα αυτής να διαρκούν τουλάχιστον για ένα ελάχιστο χρονικό διάστημα (Aneshensel et al., 2013). Ενδεικτικά, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή εμφανίζεται με διακριτά επεισόδια διάρκειας κατ' ελάχιστον δύο εβδομάδων σε αντίθεση με την Επίμονη Καταθλιπτική Διαταραχή, κατά την οποία τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι παρόντα για τουλάχιστον δύο χρόνια στους ενήλικες. Σε μικρότερες ηλικίες (παιδιά και έφηβοι) η διάρκεια των απαιτούμενων συμπτωμάτων για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός έτους αρκεί για τη διάγνωση (American Psychiatric Association, 2022).

Αναφορικά με τα αίτια, μία ψυχική διαταραχή ενδέχεται να οφείλεται σε παραπάνω από έναν παράγοντες, οι οποίοι διακρίνονται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς. Πιο συγκεκριμένα, οι βιολογικές αιτίες περιγράφουν την κληρονομικότητα και τη χημική ανισορροπία του εγκεφάλου, οι ψυχολογικές αιτίες σχετίζονται με εσφαλμένες προσωπικές πεποιθήσεις, αρνητικά συναισθήματα ή ακόμη έλλειψη αυτογνωσίας και τέλος οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν για παράδειγμα την κοινωνική απομόνωση, τις στρεσογόνες συνθήκες ή τις κοινωνικές ανισότητες (Schacter et al., 2012). Επιπλέον, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως η πλειοψηφία των ψυχικών νόσων οφείλεται σε ενδογενή, αλλά και εξωγενή αίτια που πολλές φορές αγνοούμε. Η παρατήρηση αυτή οδήγησε στην ανάπτυξη του «μοντέλου προδιάθεσης στρες», σύμφωνα με το οποίο η εκδήλωση ή μη μίας ψυχολογικής διαταραχής από ένα άτομο που έχει προδιάθεση να εμφανίσει εξαρτάται κατηγορηματικά από την έκθεσή του ή μη σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Με άλλα λόγια, ένα αγχογόνο συμβάν ή μία αγχογόνα συνθήκη είναι απαραίτητα προκειμένου να πυροδοτηθεί η εμφάνιση μίας ψυχικής διαταραχής, εφόσον υπάρχει προδιάθεση (Schacter et al., 2012). Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται και από τον Παπαδάτο (2010), ο οποίος υπογραμμίζει τον ρόλο που διαδραματίζουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας.

Εκτός από τα παραπάνω αίτια, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που συνδέονται με τη συχνότητα εκδήλωσης των ψυχικών διαταραχών. Αναλυτικότερα, ο ΠΟΥ (2001) καθιστά σαφές στη – σχετική με την ψυχική υγεία – έκθεσή του ότι οι άνθρωποι με χαμηλό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο ή αντίστοιχα όσοι ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας είναι πιο

επιρρεπείς στην εκδήλωση ψυχικών ασθενειών. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ο Παπαδάτος (2010), ο οποίος προσθέτει ότι η κοινωνική τάξη, δηλαδή η οικονομική ευμάρεια και το κύρος κάποιου, σχετίζεται με την εμφάνιση συγκεκριμένων ψυχικών παθήσεων. Για παράδειγμα, άτομα με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχωτικών διαταραχών σε αντίθεση με άτομα που ανήκουν στην ανώτερη τάξη, όπου συναντάται μεγαλύτερο ποσοστό διαταραχών άγχους και διάθεσης (Παπαδάτος, 2010). Μία ακόμη μεταβλητή που έχει εξεταστεί για πιθανή συσχέτιση με ψυχικές διαταραχές είναι το βιολογικό φύλο. Η παρούσα υπόθεση, όμως, δεν έχει επαληθευθεί ερευνητικά καθώς στο σύνολο των ερευνών δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τη συχνότητα εμφάνισης ψυχικών νοσημάτων. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι καταθλιπτικές διαταραχές και γενικότερα οι διαταραχές της διάθεσης που εμφανίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών συγκριτικά με τους άνδρες, καθώς επίσης και οι διαταραχές που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών, οι οποίες είναι πιο συχνές στο αντρικό φύλο (Παπαδάτος, 2010; WHO, 2001). Στατιστικά αμελητέα διαφορά παρατηρείται, επίσης, μεταξύ του τύπου κατοικίας και της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών ασθενειών. Τα ιδιαίτερα ποιοτικά χαρακτηριστικά διαβίωσης των αστικών ή αγροτικών περιοχών καθιστούν τους ανθρώπους που διαμένουν σε αυτές εξίσου ευάλωτους στην εκδήλωση ψυχικών προβλημάτων για εντελώς διαφορετικούς λόγους (Παπαδάτος, 2010; WHO, 2001).

Συνεπώς, ο εντοπισμός και η κατανόηση των αιτιολογικών παραγόντων, που υποκρύπτονται πίσω από κάθε ψυχική διαταραχή και την πυροδοτούν, κρίνονται αναγκαία για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της και γενικότερα τη θεραπευτική της αντιμετώπιση (Παπαδάτος, 2010; Schacter et al., 2012). Λαμβάνοντας υπόψη τα τελευταία επιστημονικά ευρήματα που αφορούν την αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων, το πλέον ενδεδειγμένο θεραπευτικό σχήμα περιλαμβάνει τη λήψη κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, κατά την οποία ο ασθενής λαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένο επαγγελματία (Aneshensel et al., 2013; WHO, 2006). Η φαρμακοθεραπεία, μάλιστα, έχει αποδειχθεί άκρως αποτελεσματική, καθώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα συμπτώματα τίθενται υπό έλεγχο ή ακόμη υποχωρούν σημαντικά, βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα των πασχόντων στην καθημερινή ζωή και διευκολύνοντας τη συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Σε καμμία περίπτωση, ωστόσο, δε θα πρέπει να συγχέουμε τον προσωρινό περιορισμό της συμπτωματολογίας με τη ριζική ίαση της πραγματικής αιτίας που προκάλεσε την εκάστοτε ψυχολογική διαταραχή (Aneshensel et al., 2013). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι συχνά οι θεραπευόμενοι, ενώ απαλλάσσονται από τα ενοχλητικά

συμπτώματα των ψυχικών τους νόσων, καταλήγουν να ταλαιπωρούνται από τις ανεπιθύμητες παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής. Για τον λόγο αυτό, οι φαρμακοβιομηχανίες επενδύουν διαρκώς στην έρευνα με σκοπό την παραγωγή μη εξαρτησιογόνων φαρμακευτικών σκευασμάτων με ολοένα και λιγότερες παρενέργειες, όπως είναι τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεύτερης και τρίτης γενιάς (WHO, 2006).

2.1.3 Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στη ζωή των πασχόντων

Η διάγνωση ενός ατόμου με μία ή περισσότερες ψυχικές ασθένειες, ή ακόμη και η αδιάγνωστη αποκλίνουσα συμπεριφορά του, επιφέρει στην καθημερινότητά του πολλές αλλαγές. Πιο συγκεκριμένα, τα ψυχικά ασθενή άτομα χαρακτηρίζονται από απάθεια (δηλαδή έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρου για απλές καθημερινές δραστηριότητες), αδράνεια, ασταθή συμπεριφορά λόγω ψυχολογικών διακυμάνσεων και δυσκολία στις κοινωνικές συναναστροφές, που σταδιακά οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση (American Psychiatric Association, 2022; Salles & Barros, 2009). Ως επακόλουθο αυτής της πνευματικής και σωματικής σκηνήρας, οι ευκαιρίες για εύρεση εργασίας και απασχόληση βαθμιαία μειώνονται, προκαλώντας αλυσιδωτές αντιδράσεις στην ψυχολογία και στην καθημερινή ζωή των ασθενών. Με άλλα λόγια, η καθημερινότητα τους μετατρέπεται σε μονότονη ρουτίνα και η αυτονομία τους (οικονομική και μη) περιορίζεται σημαντικά επιδρώντας αρνητικά στην αυτοεκτίμησή τους (Aneshensel et al., 2013; Marwaha & Johnson, 2004; Οικονόμου και συν., 2020; Salles & Barros, 2009). Επιπροσθέτως, τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές έχουν την τάση να συγκρίνουν τις περιόδους της ζωής τους πριν και κατά τη διάρκεια της διαταραχής, διαδικασία που τους δημιουργεί συχνά απόγνωση και απελπισία. Εκτός από τις προαναφερθείσες σημαντικές επιπτώσεις, πλήθος ερευνών έχει διαπιστώσει ότι οι αρνητικές συνέπειες των ψυχικών διαταραχών στην ποιότητα ζωής των πασχόντων είναι διαρκείς, καθώς ο στιγματισμός και οι κοινωνικές διακρίσεις τους ακολουθούν ακόμη και μετά την ανάρρωση (WHO, 2001). Η άποψη αυτή έρχεται σε αντιδιαστολή με τα συμπεράσματα της έρευνας των Salles & Barros (2009), όπου τα ψυχικά ασθενή άτομα που συμμετείχαν σ' αυτή φαίνεται να έχουν διαφορετική οπτική, καθώς παρουσιάζονται αισιόδοξα με προσδοκίες και στόχους για το μέλλον παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

2.2 Κοινωνικό στίγμα και ψυχικές διαταραχές

2.2.1 Ορισμός στίγματος

Ο όρος «στίγμα» παράγεται από το ρήμα στίζω, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα είχε την έννοια «χαράσσω, σκαλίζω» και επρόκειτο για το ανεξίτηλο σημάδι που χαρασσόταν με επώδυνο τρόπο (λ.χ. κάψιμο) ως ένδειξη διαπόμπευσης σε όποιον θεωρούνταν κοινωνικά κατώτερος (λ.χ. δούλοι) ή σε όποιον έφερε μία επονείδιστη – κατά την κοινωνία – ιδιότητα (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020). Στο πέρασμα των αιώνων, η λέξη «στίγμα» διατήρησε την αρνητική της χροιά. Μέχρι και σήμερα, χρησιμοποιείται μεταφορικά για να στηλιτεύσει χαρακτηριστικά γνωρίσματα ή συμπεριφορές ενός ανθρώπου που τον διαφοροποιούν από τις κοινωνικές νόρμες επισύροντας ντροπή και ταπείνωση (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020).

2.2.2 Εκφάνσεις και συνέπειες

Το *κοινωνικό στίγμα* εκδηλώνεται στα μη κοινωνικά αποδεκτά ή αρεστά άτομα με τη μορφή στερεοτύπων, προκαταλήψεων και διακρίσεων (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020). Αναλυτικότερα, η κοινωνία στην προσπάθειά της να ομαδοποιήσει άτομα που φέρουν κοινά χαρακτηριστικά έχει αποδώσει συμβολικούς χαρακτηρισμούς κι έχει θέσει ορισμένα πρότυπα συμπεριφοράς σ' αυτά, αγνοώντας έτσι τις ατομικές διαφορές και οδηγώντας σε γενικεύσεις. Οι γενικευμένοι συμβολικοί χαρακτηρισμοί ή αλλιώς στερεότυπα γεννούν με τη σειρά τους προκαταλήψεις, καθώς συχνά προδιαθέτουν αρνητικά τα άτομα απέναντι σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες προκαταβάλλοντας την αντίδρασή τους. Οι προκαταλήψεις, τέλος, επιφέρουν διακρίσεις, άνιση δηλαδή μεταχείριση των στιγματιζόμενων που καθορίζεται από υποκειμενικές πεποιθήσεις ή ατομικά συμφέροντα (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020).

Ο κοινωνικός στιγματισμός, πολλές φορές, είναι τόσο δριμύς που οι στάσεις και οι αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου εμποτίζονται στους ίδιους τους στιγματιζόμενους (Dobener et al., 2022; Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020; Parkinson et al., 2021). Το λεγόμενο φαινόμενο του *αυτοστιγματισμού*, κατά το οποίο τα άτομα που στοχοποιούνται ενστερνίζονται τις αρνητικές απόψεις των άλλων για τον εαυτό τους, οδηγεί σε αμαύρωση της αυτοεικόνας τους, συρρίκνωση της αυτοπεποίθησής τους, αμφισβήτηση της αξίας τους και αποφυγή θεραπείας. Συνεπώς, οι στιγματιζόμενοι αισθάνονται ανασφάλεια, ενοχή, ντροπή,

αναξιοπρέπεια και σταδιακά αυτοπεριθωριοποιούνται (Dobener et al., 2022; Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020; Parkinson et al., 2021).

Το στίγμα σε όλες του τις εκφάνσεις έχει σοβαρές συνέπειες στο άτομο. Η κοινωνία επικεντρώνεται τόσο στο ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό της διαφορετικότητάς του, το οποίο επισκιάζει καθετί θετικό, λες και η συνολική του υπόσταση καθορίζεται αποκλειστικά από αυτό (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020). Το άτομο αντιμετωπίζεται, επίσης, με δυσπιστία, απαξίωση και υποτίμηση σε διάφορους τομείς, επηρεάζοντας καταλυτικά την ποιότητα ζωής του. Ως εκ τούτου, επιδιώκει διαρκώς να αποδείξει την αξία του και να αποκαταστήσει την κοινωνική του υπόληψη, αποκρύπτοντας το εν λόγω χαρακτηριστικό ή προσπαθώντας να το αποτινάξει, εάν είναι εφικτό, με σκοπό να μη διαφοροποιείται. Στις επιπτώσεις του στιγματισμού συγκαταλέγονται, εξίσου, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι κοινωνικές ανισότητες και ο υποβιβασμός της κοινωνικής θέσης (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020). Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι τα πρότυπα αλλάζουν ανά περιόδους, διαφέρουν από τόπο σε τόπο και προσαρμόζονται στο εκάστοτε κοινωνικό πλαίσιο ή ομάδα. Συνεπώς, οι συμπεριφορές και τα γνωρίσματα που αποτελούν αφορμή για κοινωνικό στιγματισμό σε μία κοινωνία δε σημαίνει απαραίτητα ότι θεωρούνται εξίσου στιγματιστικά σε οποιαδήποτε άλλη κοινωνία (Οικονόμου και συν., 2020).

2.2.3 Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας

Στις μέρες μας οι ψυχικές διαταραχές, δηλαδή η ένδειξη ψυχοπαθολογίας σε ένα άτομο, έχουν ευρέως ταυτιστεί με την παρέκκλιση από την κοινωνικά αποδεκτή ή – απλώς – συνηθισμένη συμπεριφορά του συνόλου και αποτελούν την πλέον στιγματισμένη κατηγορία ασθενειών (Οικονόμου και συν., 2020). Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με στερεότυπα, προκαταλήψεις και αρνητικές στάσεις απέναντί τους, που εντείνουν τις κοινωνικές αποστάσεις επιφέροντας, σε αρκετές περιπτώσεις, κοινωνική απόρριψη και κατ' επέκταση απομόνωση (Οικονόμου και συν., 2020; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001).

Η ψυχική ασθένεια που έχει στιγματιστεί παγκοσμίως περισσότερο από κάθε άλλη είναι η σχιζοφρένεια (Corrigan & Penn, 1999; Economou et al., 2009; Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020; Sartorius, 2005; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Η εν λόγω διαταραχή είναι συνδεδεμένη με απρόβλεπτες αντιδράσεις, επικίνδυνη συμπεριφορά, ελλειπείς κοινωνικές δεξιότητες και γενικότερα δυσλειτουργικότητα σε διάφορους τομείς της ζωής (Corrigan, 2000; Corrigan & Penn, 1999; Οικονόμου, 2008). Για τον λόγο αυτό, πολλοί άνθρωποι δεν

αισθάνονται άνετα να συναναστρέφονται, να συγκατοικούν ή να εργάζονται στον ίδιο χώρο με άτομα που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια (Barry et al., 2013; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Άλλοι, πάλι, νιώθουν ντροπή και δε θα ήθελαν να μαθευτεί πως κάποιο μέλος της οικογένειάς τους πάσχει από σχιζοφρένεια, ενώ κάποιοι θα απέφευγαν να έχουν την οποιαδήποτε σχέση κι επαφή (φιλική ή προσωπική) με ένα σχιζοφρενές άτομο (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Επομένως, στις κοινωνικές σχέσεις των πασχόντων δεσπόζει φόβος, επιφυλακτικότητα και δυσπιστία, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη και δημιουργεί προβλήματα σε απλές καθημερινές δραστηριότητες που αφορούν την αυτονόμησή τους όπως η εύρεση εργασίας και κατοικίας (Marwaha & Johnson, 2004; Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020).

Οι προαναφερθείσες απόψεις και αντιλήψεις επικρατούν – κατά γενική ομολογία – για την πλειοψηφία των ψυχικών διαταραχών. Τα στερεότυπα γύρω από αυτές θέλουν τους ασθενείς «απρόβλεπτους, βίαιους και επικίνδυνους, ως κοινωνικά δυσλειτουργικούς και ανίκανους να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις της εργασιακής και οικογενειακής ζωής» (Corrigan & Penn, 1999; Οικονόμου, και συν., 2020, σελ. 42). Σύμφωνα μάλιστα με τη μελέτη των Barry et al. (2013), σχεδόν το 50% των συμμετεχόντων στην έρευνά τους διατύπωσε την άποψη ότι οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι είναι πιο επικίνδυνοι συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Η άποψη αυτή δικαιολογεί τόσο την κοινωνική αποστασιοποίηση της υπόλοιπης κοινωνίας απέναντί τους όσο και τις περιορισμένες κι άνισες ευκαιρίες που τους δίνονται, στερώντας τους το δικαίωμα για καλό βιοτικό επίπεδο (Οικονόμου, 2008; Οικονόμου και συν., 2020). Οι αρνητικές στάσεις και προκαταλήψεις, όπως είναι επόμενο, φθείρουν τα άτομα που νοσούν επιδεινώνοντας τον ήδη επιφορτισμένο ψυχισμό τους και δυσχεραίνοντας τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας (Οικονόμου, 2008).

Εντούτοις, τα πορίσματα των ερευνών δείχνουν πως ένα σημαντικό ποσοστό της κοινωνίας πιστεύει ότι οι ψυχικά ασθενείς λαμβάνοντας την κατάλληλη – σε κάθε περίπτωση – θεραπεία είναι ικανοί να έχουν μια τυπική καθημερινότητα και να είναι λειτουργικοί (Barry et al., 2013; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι, παρά τα περιστατικά ένοπλης βίας που διενεργήθηκαν από ψυχικά ασθενή άτομα σε μικρό χρονικό διάστημα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι πολίτες σε σχετικές έρευνες που διεξήχθησαν απάντησαν πως η ταυτόχρονη παρουσία ψυχικά πασχόντων σε μία γειτονιά δε θα επηρέαζε την ασφάλεια των κατοίκων της. Παρ' όλ' αυτά, κάτοχοι και μη όπλων διαφωνούν με τη νομοθετική διάταξη που επιτρέπει την επαναφορά του δικαιώματος οπλοκατοχής στο ψυχικά ασθενές άτομο εφόσον αυτό κριθεί ακίνδυνο (Barry et al., 2013). Σε άλλη έρευνα, επίσης, ελάχιστοι

συμμετέχοντες έδειξαν να είναι εμφανώς αντίθετοι ως προς την ύπαρξη στέγης υποστηριζόμενης διαβίωσης στη γειτονιά τους, οι περισσότεροι εκ των οποίων, αξίζει να αναφερθεί ότι, ήταν κυρίως άτομα άνω των 60 ετών που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Στις περιπτώσεις δε, όπου τα άτομα έχουν συναναστραφεί σε προσωπικό επίπεδο ή συνδέονται με κάποιον πάσχοντα παρουσιάζουν πιο φιλική στάση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και είναι πιο θετικά διακείμενα προς αυτούς (Barry et al., 2013; Οικονόμου και συν., 2020).

Όλα τα παραπάνω συνηγορούν στη διαπίστωση ότι η κοινωνία είναι διχασμένη σχετικά με τη θεώρηση των ψυχικών ασθενειών. Από τη μία πλευρά, μία μεγάλη μερίδα ανθρώπων αντιλαμβάνεται τις διακρίσεις που υφίσταται η συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα και τις προσεγγίζει με την ανάλογη σοβαρότητα (Barry et al., 2013). Από την άλλη πλευρά, ένα μέρος της κοινωνίας προσάπτει κατηγορίες στους ίδιους τους ασθενείς θεωρώντας τους υπαίτιους που δεν μπορούν να ελέγξουν τις πράξεις τους (Οικονόμου και συν., 2020).

2.2.4 Το στίγμα των ψυχικά ασθενών γονέων

Ο αντίκτυπος του στίγματος δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο άτομο που νοσεί, αλλά η επιρροή του επεκτείνεται και στην υπόλοιπη οικογένεια ή ακόμη και στον φιλικό του περίγυρο (Οικονόμου και συν., 2020). Ιδίως όταν το ψυχικά μη υγιές άτομο τυγχάνει να είναι ταυτόχρονα γονέας, οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του είναι σφοδρές, καθώς η κοινωνία έχει γενικώς υψηλές προσδοκίες και απαιτήσεις από τους γονείς. Τα υψηλά πρότυπα προκαλούν ανασφάλεια και απελπισία στους ψυχικά ασθενείς γονείς, οι οποίοι καταλήγουν να αμφισβητούν διαρκώς τις γονεϊκές τους ικανότητες (Harries et al., 2023). Πέρα απ' αυτό, η δαιμονοποίηση των ψυχικών διαταραχών ενισχύει την αντίληψη ότι οι συγκεκριμένοι γονείς είναι επικίνδυνοι κι εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά, οδηγώντας τους στο περιθώριο (Harries et al., 2023; Nicholson et al., 1998). Συνεπώς, οι πάσχοντες γονείς κλείνονται βαθμιαία στον εαυτό τους και δεν επιδιώκουν την αλληλεπίδραση με συνομήλικους ψυχικά υγιείς γονείς, προκειμένου να μην εκτεθούν και κατ' επέκταση να αποφύγουν τον περαιτέρω στιγματισμό τόσο των ίδιων όσο και των υπόλοιπων μελών της οικογένειάς τους.

Στην έρευνα των Nicholson et al. (1998) επισημαίνεται το κοινωνικό στίγμα, η υπερβολική επιφυλακτικότητα και η αρνητική προδιάθεση που συνοδεύει τις ψυχικά ασθενείς γυναίκες και δη την επιλογή τους να γίνουν μητέρες. Η κοινωνική κατακραυγή, μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζει πολλές φορές την κρίση των νοσούντων μητέρων με αποτέλεσμα να λαμβάνουν εσφαλμένες αποφάσεις, όπως για παράδειγμα τη διακοπή της φαρμακευτικής τους αγωγής ή

την απόκρυψη της εγκυμοσύνης τους και την άρνηση λήψης προγεννητικής φροντίδας και καθοδήγησης (Nicholson et al., 1998). Η διαπίστωση αυτή επαληθεύει τα πορίσματα της μελέτης των Diaz-Caneja & Johnson (2004), όπου πάνω από τις μισές μητέρες που έλαβαν μέρος ισχυρίζονται πως οι κοινωνικές προκαταλήψεις και διακρίσεις σε βάρος τους οξύνουν ακόμη περισσότερο τα προβλήματα που επιφέρουν οι ψυχικές διαταραχές, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις δημιουργούν προβλήματα εκ νέου. Για τον λόγο αυτό, αφενός αποφεύγουν να συζητούν με τους γύρω τους για την ψυχολογική τους κατάσταση ανησυχώντας μήπως απομακρυνθούν από κοντά τους και αφετέρου διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, γνωρίζοντας ότι είναι προκατειλημμένοι απέναντί τους και τις θεωρούν ανεπαρκείς ως μητέρες. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι, συγκριτικά με τις υπόλοιπες μητέρες, οι εν λόγω βρίσκονται υπό διαρκή επίβλεψη και ζουν με τον φόβο μήπως χάσουν την κηδεμονία των παιδιών τους (Nicholson et al., 1998). Άλλωστε, τα στερεότυπα γι' αυτές είναι τόσο βαθιά ριζωμένα στην κοινωνία που βρίσκονται συνεχώς υπόλογες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού αποτελεί ότι σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από το αν έχουν ή δεν έχουν την επιμέλεια των παιδιών τους, θεωρούνται εξίσου ανάκανες να τα φροντίσουν. Τέλος, εκτός από τις ίδιες στιγματίζονται και τα παιδιά τους, πέφτοντας συχνά θύματα διακρίσεων (Diaz-Caneja & Johnson, 2004).

Αντίστοιχες εμπειρίες καταθέτουν και οι ψυχικά ασθενείς άντρες που έχουν παράλληλα τον ρόλο του πατέρα τονίζοντας, μάλιστα, ότι η κοινωνία τους έχει επιφορτίσει με επιπλέον ευθύνες λόγω του φύλου τους. Η αντίληψη αυτή αναλύεται στην έρευνα των Reupert & Maybery (2009), στην οποία συμμετείχαν αποκλειστικά διαγνωσμένοι με ψυχική ασθένεια πατέρες και όλοι – ανεξαιρέτως – αναφέρουν κάποια επιπρόσθετα χαρακτηριστικά που οφείλουν να πληρούν κοινωνικά ως άντρες. Για παράδειγμα, είναι κοινώς αποδεκτό ότι οι άντρες είναι σκληροί, δυνατοί, δε λυγίζουν σε τυχόν δυσκολίες, δε μιλούν γι' αυτές, δεν εκφράζουν τα συναισθήματά τους κι επομένως τα υπομένουν όλα μόνοι τους (Reupert & Maybery, 2009). Τα γνωρίσματα αυτά, που άλλοτε λειτουργούν και ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία για τα άμεσα σχετιζόμενα άτομα, αποτελούν ένα ακόμη «βάρος» που δυσχεραίνει την ήδη επιβαρυσμένη ψυχική τους κατάσταση.

2.2.5 Το στίγμα των ψυχικών ασθενειών στην Ελλάδα

Σε σύγκριση με παλαιότερες έρευνες, ήδη από το 1979 παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές όσον αφορά την κοινή γνώμη και τις στάσεις της απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα (Κουτρελάκος, 1984). Σύμφωνα με τη μελέτη του Κουτρελάκου (1984), η ελληνική κοινωνία

φαίνεται να είναι πιο θετικά διακείμενη προς τα ψυχικά ασθενή άτομα, καθώς τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις εις βάρος των μειονοτήτων συμπεριλαμβανομένων των ψυχικά ασθενών παρουσιάζουν ύφεση. Οι Έλληνες, πλέον, ασπάζονται με μεγαλύτερη ευκολία τις απόψεις της επιστημονικής κοινότητας σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές, αφήνοντας πίσω τους τυχόν αναχρονιστικές δοξασίες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα καλύτερες συνθήκες ζωής για τους πάσχοντες, οι οποίοι δεν αντιμετωπίζονται πια ως απειλή (Κουτρελάκος, 1984).

Εντούτοις, παρόλο που στη χώρα μας έχουν γίνει βήματα προς την κατανόηση των ψυχικών ασθενειών και την ευαισθητοποίηση του κοινού, έχουμε ακόμη πολύ δρόμο να διανύσουμε. Πιο συγκεκριμένα, πανελλαδική έρευνα που διεξήχθη αποδεικνύει ότι οι Έλληνες πολίτες δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι σχετικά με την ψυχική υγεία και γι' αυτό η πλειοψηφία τους είναι ακόμη επιφυλακτική απέναντι στους ψυχικά ασθενείς (Economou et al., 2009; Οικονόμου, 2008; Tzouvara & Papadopoulos, 2014). Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι η ίδρυση δομών αποκατάστασης για ψυχικά ασθενή άτομα δε χαίρουν αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο, αλλά αντιθέτως εγείρουν αντιδράσεις (Οικονόμου, 2008). Επιπλέον, μονάχα ένα μικρό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού γνωρίζει ότι η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών οφείλεται στον συνδυασμό ψυχοκοινωνικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Economou et al., 2009). Αναφορικά με τη συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών, μεγάλη μερίδα των Ελλήνων τους θεωρεί απρόβλεπτους, επικίνδυνους, παράλογους, ανίκανους να παραμείνουν για καιρό σε μια δουλειά και πιστεύει λανθασμένα ότι έχουν χαμηλή νοημοσύνη και διχασμένη προσωπικότητα. Οι προαναφερθείσες πεποιθήσεις δικαιολογούν απόλυτα τα υψηλά ποσοστά κοινωνικής απόστασης, δηλαδή την άρνηση και την απροθυμία του γενικού πληθυσμού να έρθει κοντά με ψυχικά μη υγιή άτομα και να σχετιστεί μαζί τους (Economou et al., 2009). Ενδεικτικά, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε όλη την επικράτεια έδειξε ότι σχεδόν κανείς από τους συμμετέχοντες δε θα επέλεγε να ενωθεί με τα δεσμά του γάμου με ένα σχιζοφρενές άτομο, ενώ περίπου οι μισοί δε θα ήθελαν να συνεργάζονται επαγγελματικά με έναν σχιζοφρενή. Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (32,9%), επίσης, ανέφερε ότι δε θα επιδίωκε καν να αλληλεπιδράσει και να ξεκινήσει συζήτηση, αν γνώριζε ότι το άτομο απέναντί του πάσχει από σχιζοφρένεια (Economou et al., 2009; Οικονόμου και συν., 2020). Την ίδια στιγμή στην εν λόγω έρευνα εντοπίζονται κάποια παράδοξα μεν, άξια αναφοράς δε, ευρήματα. Για παράδειγμα, μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων (3:4) ισχυρίζεται ότι δε θα αισθανόταν ντροπή στην περίπτωση που κάποιο μέλος της οικογένειάς του λάμβανε διάγνωση ψυχωτικής διαταραχής (π.χ. σχιζοφρένεια), ενώ παράλληλα σχεδόν τα δύο τρίτα (2:3) των Ελλήνων σε

ενδεχόμενη διάγνωση κάποιου φίλου τους με σχιζοφρένεια, απάντησαν ότι δε θα σταματούσαν να τον κάνουν παρέα (Economou et al., 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς, αφενός πως ο δείκτης κοινωνικού στιγματισμού προς τους ψυχικά νοσούντες είναι – μέχρι και σήμερα – σχετικά υψηλός στη χώρα μας κι αφετέρου πως η άμεση κι έγκυρη πληροφόρηση είναι μονόδρομος για την ελληνική κοινωνία (Economou et al., 2009; Οικονόμου και συν., 2020; Tzouvara & Papadopoulos, 2014).

2.2.6 Παράγοντες που σχετίζονται με τον κοινωνικό στιγματισμό των ψυχικών ασθενειών

Το κοινωνικό στίγμα είναι απόρροια των αρνητικών κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων, που συχνά βασίζονται σε βεβιασμένες γενικεύσεις και όχι σε τεκμηριωμένα αντικειμενικά επιχειρήματα. Μέχρι και σήμερα, για να αποτιμήσει κανείς τις απόψεις της κοινής γνώμης σχετικά με ένα ζήτημα, αρκεί να διερευνήσει την τάση του κοινωνικού συνόλου για κοινωνική αποστασιοποίηση προς την υπό εξέταση πληθυσμιακή ομάδα (Οικονόμου και συν., 2020). Η τήρηση κοινωνικής απόστασης από συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων και κατ' επέκταση ο στιγματισμός τους επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων.

Ειδικότερα, το στίγμα των ψυχικών ασθενειών σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, που διαφοροποιούν τον βαθμό της έντασής του (Οικονόμου και συν., 2020). Πρώτα απ' όλα, κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων αναφορικά με τους πάσχοντες διαδραματίζει η βαρύτητα των συμπτωμάτων τους και γενικότερα η κλινική τους εικόνα. Δηλαδή, όσο πιο έντονα κι εμφανή είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της διαταραχής τους, τόσο περισσότερο στιγματίζονται και βιώνουν διακρίσεις. Αντίστοιχα, όσο πιο πιθανό είναι το ενδεχόμενο να εμφανίσουν επικίνδυνα και επιθετική συμπεριφορά, τόσο αυξάνεται η κοινωνική τους περιθωριοποίηση. Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας, που καθορίζει τη στάση του γενικού πληθυσμού απέναντι σε έναν ψυχικά ασθενή, είναι το κατά πόσον το άτομο μπορεί να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες όντας λειτουργικό κι αυτόνομο. Τέλος, η πλειοψηφία της κοινωνίας απορρίπτει και επικρίνει τα ψυχικά ασθενή άτομα που δεν αναζητούν βοήθεια ή αποφεύγουν τη θεραπεία, επιβραδύνοντας έτσι την ανάκαμψή τους (Οικονόμου και συν., 2020).

Επιπροσθέτως, οι απόψεις που επικρατούν στις σύγχρονες κοινωνίες όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές σχηματίζονται σε μεγάλο βαθμό μέσω των ΜΜΕ και κυρίως της τηλεόρασης

(Corrigan & Penn, 1999; Economou et al., 2009; Οικονόμου, 2008). Σύμφωνα με σχετική μελέτη, η τελευταία αποτελεί τη βασική πηγή ενημέρωσης του κοινού για τη σχιζοφρένεια, αφού το 65,9% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι γνώσεις του προέρχονται – ως επί το πλείστον – απ’ αυτή (Economou et al., 2009). Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να σημειωθεί ότι χάριν εντυπωσιασμού η τηλεόραση και γενικότερα τα ΜΜΕ παρουσιάζουν, κατά κύριο λόγο, τις αρνητικές διαστάσεις των ψυχικών ασθενειών. Για την ψευδή και παραπλανητική απεικόνιση των νοσούντων στα ΜΜΕ ευθύνονται σημαντικά οι δημοσιογράφοι, καθώς μέσα από το βήμα που τους δίνεται αναπαράγουν στερεοτυπικές αντιλήψεις, μεγαλοποιούν γεγονότα και ενισχύουν τις ήδη υπάρχουσες προκαταλήψεις αντιβαίνοντας στον κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματός τους (Corrigan & Penn, 1999; Οικονόμου, 2008).

Πέραν των ανωτέρω παραγόντων, έχει παρατηρηθεί ότι στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων προς τους ψυχικά ασθενείς συντελούν και ορισμένοι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος κατοικίας (Economou et al., 2009; Κουτρελάκος, 1984; Οικονόμου και συν., 2020; Robinson et al., 2012; Schroeder et al., 2021; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001; Townley et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι που ζουν εκτός αστικών περιοχών εκφράζουν συχνότερα αρνητικές αντιλήψεις για τους ψυχικά ασθενείς από όσους ζουν σε πόλεις. Έρευνες δείχνουν, επίσης, πως τα ψυχικά ασθενή άτομα που κατοικούν στον αστικό ιστό φαίνεται να είναι πιο ενεργοί πολίτες σε σύγκριση με όσους μένουν σε μη αστικές περιοχές. Η εμπλοκή τους στην κοινότητα υποστηρίζουν ότι οφείλεται στην πληθώρα επιλογών απασχόλησης και στην προσβασιμότητα που παρέχουν τα αστικά κέντρα (Townley et al., 2017). Η καλύτερη ποιότητα ζωής, λοιπόν, που προσφέρουν οι αστικές περιοχές προϋποθέτει έγκαιρη ενημέρωση, καλή οργάνωση και κατ’ επέκταση κοινωνική αποδοχή και συμπερίληψη (Οικονόμου και συν., 2020; Townley et al., 2017). Αντιθέτως, η επικράτηση αρνητικών πεποιθήσεων και προκαταλήψεων στις επαρχιακές κοινωνίες οδηγεί σε άσχημες συνθήκες ζωής και βαθμιαία σε κοινωνικό αποκλεισμό των εν λόγω πληθυσμιακών ομάδων (Robinson et al., 2012; Stewart, 2015; Townley et al., 2017). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί έρευνα που έγινε στη χώρα μας, τα ευρήματα της οποίας καταδεικνύουν πως οι περισσότεροι κάτοικοι μη αστικών περιοχών θα χώριζαν από τον σύντροφό τους εξαιτίας της διαταραχής του (Οικονόμου και συν., 2020). Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στον τρόπο αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών. Σχετικές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι με υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο συνήθως γνωρίζουν περισσότερα για την ψυχική υγεία, δείχνουν κατανόηση κι έχουν θετική προδιάθεση απέναντι στους ψυχικά νοσούντες (Κουτρελάκος,

1984; Οικονόμου και συν., 2020). Απεναντίας, οι λιγότερο μορφωμένοι δεν επιθυμούν να έρχονται σε επαφή με ψυχικά ασθενή άτομα και αποφεύγουν τη συναναστροφή μαζί τους παρουσιάζοντας υψηλά ποσοστά στη μεταβλητή της κοινωνικής απόστασης (Economou et al., 2008). Η κοινωνική απόσταση και κατά συνέπεια το στίγμα συσχετίζονται, επίσης, με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του φύλου και της ηλικίας. Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα, οι νεότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες δε θα είχαν πρόβλημα να συνεργαστούν σε επαγγελματικό επίπεδο με άτομα που έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή ή να κάνουν παρέα μαζί τους σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους που εμφανίζονται πιο διστακτικοί (Economou et al., 2009; Οικονόμου και συν., 2020). Ταυτόχρονα, οι άντρες δείχνουν να εμπιστεύονται λιγότερο από τις γυναίκες τους ψυχικά ασθενείς ως προς τον επαγγελματισμό τους και γι' αυτό δε θα επιθυμούσαν να εξυπηρετηθούν από αυτούς παραδείγματος χάριν σε μια υπηρεσία. Παρ' όλ' αυτά, θα συζητούσαν περισσότερο με έναν πάσχοντα σε σχέση με τις γυναίκες που δήλωσαν απροθυμία.

Συνοψίζοντας, το κοινωνικό στίγμα των ψυχικά ασθενών είναι ένα πολυπαραγοντικό και κλιμακούμενο φαινόμενο. Τα ποσοστά στιγματισμού που παρατηρούνται διεθνώς απέναντι στην ευάλωτη αυτή κοινωνική ομάδα είναι υψηλά. Αυτό συμβαίνει γιατί ο στιγματισμός είναι άμεσα συνυφασμένος με την ετικετοποίηση, δηλαδή την απόδοση μίας συγκεκριμένης ταμπέλας σε ένα σύνολο ανθρώπων, εν προκειμένω ψυχικά ασθενών, η οποία προσδίδει σ' αυτούς προκαθορισμένες αρνητικές ιδιότητες (Οικονόμου και συν., 2020). Η ετικετοποίηση, άρα, επιδρά στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης και συχνά αρκεί για να περιθωριοποιηθεί μία κοινωνική ομάδα. Φωτεινή εξαίρεση αποτελούν τα άτομα που είναι ήδη εξοικειωμένα με τις ψυχικές διαταραχές, καθώς είτε τα ίδια είτε κάποιο πρόσωπο του στενού τους περιβάλλοντος έχουν αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της ζωής τους προβλήματα ψυχικής υγείας. Συνεπώς, τα άτομα με αυτοαναφορικές εμπειρίες από την ψυχική ασθένεια συχνά δεν ασπάζονται την κοινή γνώμη, ενώ παράλληλα λόγω των βιωμάτων τους εκδηλώνουν λιγότερο αρνητικές στάσεις και είναι πιο φιλικά προσκείμενα απέναντι στους νοσούντες (Οικονόμου και συν., 2020).

2.2.7 Τρόποι εξάλειψης του στίγματος των ψυχικών ασθενειών

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο στιγματισμός των ψυχικά πασχόντων αποτελεί τον κυριότερο ανασταλτικό παράγοντα της ψυχοκοινωνικής τους αποκατάστασης (Οικονόμου και συν., 2020). Με άλλα λόγια, οι επιπτώσεις του κοινωνικού στίγματος στην ψυχική τους υγεία είναι τέτοιες που παρεμποδίζουν την προσπάθειά τους για αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα. Το ίδιο επιδραστικό είναι και το φαινόμενο του αυτοστιγματισμού, το οποίο αποδεδειγμένα

σχετίζεται άλλοτε με την άρνηση για λήψη θεραπείας και άλλοτε με την ασυνέπεια του ασθενούς ως προς τη θεραπευτική διαδικασία. Προκειμένου, λοιπόν, να ελαχιστοποιηθούν οι αρνητικές συνέπειες του στίγματος στην ποιότητα ζωής των ασθενών, θα πρέπει να σχεδιαστούν οι απαραίτητες στρατηγικές και να εφαρμοστούν οι κατάλληλες πρακτικές για την καταπολέμησή του (Barney et al., 2006; Clement et al., 2015; Οικονόμου και συν., 2020).

Δεδομένου ότι το κοινωνικό στίγμα υποδηλώνει έλλειψη επαρκών γνώσεων κι έγκυρων πληροφοριών σχετικά με ένα ζήτημα, οι στοχευμένες εκστρατείες ενημέρωσης και πληροφόρησης δύναται να αλλάξουν τις υπάρχουσες κοινωνικές αντιλήψεις και στάσεις (Economou et al., 2009; Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Η πληροφόρηση και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης οφείλουν να αποσκοπούν στην απελευθέρωση των ψυχικά ασθενών, έως ότου να αισθάνονται όλοι άνετα να μοιράζονται τα προβλήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν (Reupert & Maybery, 2009). Στις ενδεδειγμένες πρακτικές ενημέρωσης συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων συγκαταλέγονται τα εκπαιδευτικά προγράμματα και οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να απευθύνονται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ασθενείς, οικογένειες, μαθητές, εργοδότες και εργαζόμενους. Στόχος τους είναι η παροχή εξειδικευμένων γνώσεων, προσαρμοσμένων κατάλληλα στις ανάγκες της εκάστοτε ομάδας, ώστε να εξαλειφθεί κάθε στερεότυπο και προκατάληψη (Οικονόμου, 2008). Αντίστοιχα, στις προτεινόμενες πρακτικές πληροφόρησης του ευρύτερου κοινού περιλαμβάνονται η αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης, η δημιουργία και ο διαμοιρασμός έντυπου ή μη ενημερωτικού υλικού, η κοινοποίηση χρήσιμων ιστοσελίδων όπως επίσης γραμμών επικοινωνίας και υποστήριξης και τέλος οι εκδηλώσεις ενημέρωσης σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας (π.χ. ημερίδες που διοργανώνονται από τον Δήμο) (Οικονόμου, 2008; Townley et al., 2017). Οι παραπάνω δράσεις προϋποθέτουν τη συνεργασία και την ενεργό συμμετοχή διαφορετικών ανθρώπων από διαφορετικούς τομείς της κοινωνίας που έχουν ως στόχο την αναδιαμόρφωση των κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων μέσω της καλλιέργειας σεβασμού και συναισθηματικών δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση (Οικονόμου, 2008).

2.3 Γονείς με ψυχική διαταραχή

Οι ψυχικές διαταραχές, όπως έχει ήδη αναφερθεί, συνοδεύονται από σταδιακές ή ραγδαίες μεταβολές στη συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα των πασχόντων, επηρεάζοντας σημαντικά όλες τις πτυχές της ζωής τους. Κατά συνέπεια, η πολυδιάστατη επίδραση αυτών αντανακλάται σε όλους τους ρόλους που καλείται να αντεπεξέλθει ένας άνθρωπος και δη σε έναν από τους πιο σύνθετους εξ' αυτών, αυτόν του γονέα.

2.3.1 Οι επιπτώσεις στον γονεϊκό ρόλο

Σε γενικές γραμμές, οι ψυχικά ασθενείς γονείς συμπεριφέρονται διαφορετικά έως και παράξενα σε σύγκριση με τους ψυχικά υγιείς (Källquist & Salzman-Erikson, 2019). Πιο συγκεκριμένα, δυσκολεύονται να θέσουν σαφή όρια, να έχουν τον έλεγχο, να αφουγκραστούν τις ανάγκες των παιδιών τους, να οργανώσουν κατάλληλα την καθημερινότητά τους, να μπου στη θέση τους και να κατανοήσουν τις ανησυχίες τους (Källquist & Salzman-Erikson, 2019; Van der Ende et al., 2016). Ιδίως όσοι πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές, συχνά, εκδηλώνουν παρανοϊκή συμπεριφορά που περιλαμβάνει αυταπάτες και παραληρητικές ιδέες, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις παρουσιάζουν μέχρι και κακοποιητική συμπεριφορά, αποδέκτες των οποίων είναι, εκτός των άλλων, τα παιδιά τους. Συχνό φαινόμενο αποτελεί, επίσης, η παραμέληση των συγκεκριμένων παιδιών, αφού οι πάσχοντες δεν είναι σε θέση να τους παρέχουν φροντίδα σε καθημερινή βάση (π.χ. ατομική υγιεινή, διατροφή) και γενικότερα είναι πνευματικά απόντες από την ανατροφή και τη διαπαιδαγώγησή τους (Källquist & Salzman-Erikson, 2019). Αυτό οφείλεται στη δυσκολία τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών, του νοικοκυριού και ταυτόχρονα να φροντίσουν τη δική τους ψυχική ευημερία (Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Nicholson et al., 1998; Van der Ende et al., 2016). Πολλές φορές, μάλιστα, η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν δρα κατασταλτικά μειώνοντας τη συγκέντρωση και την ενεργητικότητα τους (Diaz-Caneja & Johnson, 2004). Για τον λόγο αυτό, πολλές μητέρες επιλέγουν να τη διακόψουν ώστε να παραμείνουν δραστήριες για τα παιδιά τους παραμελώντας έτσι τη δική τους υγεία και δυσχεραίνοντας την ανάκαμψή τους (Nicholson et al., 1998). Εκτός από πνευματικά απόντες, οι γονείς ενδέχεται να είναι σωματικά απόντες, είτε επειδή νοσηλεύονται σε κάποια κλινική αποκατάστασης και δεν μπορούν να βρίσκονται στο σπίτι, είτε επειδή έχουν πάρει διαζύγιο και μένουν σε διαφορετικά σπίτια. Στις περιπτώσεις διαζυγίου, οι περισσότεροι πατέρες με ψυχική διαταραχή απουσιάζουν σημαντικά από την καθημερινότητα των παιδιών τους, ενώ παράλληλα μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών έχει τακτική επαφή μαζί τους (Källquist & Salzman-Erikson, 2019; Reupert & Maybery, 2009).

Παρ' όλ' αυτά, ισχυρίζονται ότι διατηρούν πολύ καλές σχέσεις με τα τέκνα τους (Reupert & Maybery, 2009). Η άποψη αυτή έρχεται σε αντιδιαστολή με την έρευνα των Källquist & Salzmann-Erikson (2019), όπου υποστηρίζεται ότι οι ψυχικά ασθενείς γονείς σπανίως αναπτύσσουν καλές και σταθερές σχέσεις με τα παιδιά τους κι ότι ακόμη κι όταν έχουν καταφέρει να δημιουργήσουν στενούς δεσμούς μεταξύ τους, τα παιδιά απομακρύνονται κάθε φορά που τα συμπτώματα της διαταραχής του γονέα εντείνονται (Källquist & Salzmann-Erikson, 2019).

2.3.2 Οι επιπτώσεις στην ψυχολογία των γονέων

Οι προαναφερθείσες αντικειμενικές δυσκολίες επιφορτίζουν με συναισθήματα άγχους και ενοχής τους ήδη ψυχικά επιβαρυσμένους γονείς, οι οποίοι αναγκάζονται να καταβάλλουν επιπρόσθετη προσπάθεια για να αντεπεξέλθουν στον ρόλο του γονέα (Nicholson et al., 1998; Reupert & Maybery, 2009). Ειδικότερα οι γυναίκες αγχώνονται ότι είναι ανεπαρκείς και ακατάλληλες για μητέρες με αποτέλεσμα να κρίνουν τον εαυτό τους αυστηρότερα από ότι θα έπρεπε, να έχουν παράλογα υψηλές απαιτήσεις από τις ίδιες και να αυτοαμφισβητούνται διαρκώς (Nicholson et al., 1998). Στις περιπτώσεις δε όπου τα παιδιά τους έχουν ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή κάποια αναπηρία, τα επίπεδα στρες τους αυξάνονται ακόμη περισσότερο. Μάλιστα, σύμφωνα με την έρευνα των Nicholson et al. (1998) κάποιες μητέρες δυσκολεύονται να διαχωρίσουν εάν το άγχος τους είναι το άγχος που βιώνει κάθε γονιός σε φυσιολογικά πλαίσια ή είναι απόρροια της ασθένειάς τους. Εκτός από άγχος, αισθάνονται ενοχή για όλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους και επιρρίπτουν τις ευθύνες γι' αυτά αποκλειστικά στην ψυχική τους διαταραχή. Ενοχικά αισθάνονται, επίσης, κάθε φορά που έχουν την ανάγκη να αποφορτιστούν από τη γεμάτη καθημερινότητά τους και να περάσουν λίγο χρόνο με τον εαυτό τους μακριά από οικογενειακές ευθύνες και αρμοδιότητες (Nicholson et al., 1998).

Πέρα από το άγχος και την ενοχή που βιώνουν, όσοι γονείς νοσούν από κάποια ψυχική διαταραχή εκφράζουν φόβους και ανησυχίες που αφορούν τα ανήλικα και μη τέκνα τους. Ο κυριότερος τους φόβος είναι μήπως τα παιδιά τους κληρονομήσουν τη διαταραχή τους και την εμφανίσουν στην πορεία της ζωής τους (Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Jones et al., 2016; Van der Ende et al., 2016). Κοινή αγωνία και των δύο φύλων αποτελεί, επίσης, η απώλεια της κηδεμονίας. Τόσο οι μητέρες όσο και οι πατέρες φοβούνται εξίσου το ενδεχόμενο να χάσουν την επιμέλεια των παιδιών τους ή να τα βλέπουν με μικρότερη συχνότητα σε περίπτωση που εισαχθούν σε ψυχιατρική κλινική ή εντοπιστούν σημάδια παραμέλησης ή κακοποίησης (Diaz-

Caneja & Johnson, 2004; Nicholson et al., 1998; Reupert & Maybery, 2009). Στις περιπτώσεις που συμβαίνει αυτό, το ψυχολογικό κόστος είναι τόσο μεγάλο που η ανάρρωση του ασθενή αναστέλλεται, ενώ ακόμη και στο σενάριο που ο γονιός ανακτά την κηδεμονία του παιδιού εξακολουθεί να ζει με την αγωνία μήπως την ξαναχάσει (Nicholson et al., 1998). Αυτή η αίσθηση ότι η επιμέλεια των παιδιών βρίσκεται διαρκώς υπό αμφισβήτηση άλλοτε απογοητεύει και θυμώνει τους πατέρες κι άλλοτε συμβάλλει στο να αποδεχτούν την τρέχουσα πραγματικότητα. Κάποιοι, μάλιστα, έχοντας επίγνωση της κατάστασης τους αντιλαμβάνονται ότι είναι προτιμότερο για τα παιδιά να μένουν με την ψυχικά υγιή μητέρα τους. Κάποιοι άλλοι, πάλι, φτάνουν στο σημείο να αποκρύπτουν την ασθένειά τους προκειμένου είτε να διατηρήσουν το δικαίωμα να έχουν επαφή με τα τέκνα τους είτε να αποφύγουν τις υπό επιτήρηση συναντήσεις μαζί τους (Reupert & Maybery, 2009). Μία, επιπλέον, ανησυχία των μητέρων με ψυχική διαταραχή αφορά το γεγονός ότι όσο τα παιδιά μεγαλώνουν, οι συναισθηματικές προκλήσεις (λ.χ. σχολικός εκφοβισμός) με τις οποίες έρχονται αντιμέτωπα αυξάνονται ολοένα και περισσότερο, καθιστώντας τον ρόλο τους ακόμη πιο απαιτητικό (Van der Ende et al., 2016).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Källquist & Salzmann-Erikson (2019) οι πάσχοντες φοβούνται ότι, εάν μαθευτεί η κατάσταση της υγείας τους, θα στιγματιστούν κοινωνικά τόσο οι ίδιοι όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. Προκειμένου, λοιπόν, να παραμείνει κρυφή ζητούν από τα παιδιά τους να κρατούν μυστική την ασθένεια από τον περίγυρο τους και να μη μοιράζονται πληροφορίες για αυτήν. Για τον ίδιο λόγο, αποκρύπτουν πληροφορίες από αυτά και δεν τα ενημερώνουν επαρκώς. Ως εκ τούτου, πολλές ψυχικά ασθενείς γυναίκες αποφεύγουν να ζητήσουν ανοιχτά βοήθεια και υποστήριξη, επειδή φοβούνται πως θα χαρακτηριστούν ως «κακές» και ανεπαρκείς μητέρες (Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Jones et al., 2016; Källquist & Salzmann-Erikson, 2019). Σε αντίθεση με τις μητέρες, οι πατέρες που συμμετείχαν στην έρευνα των Jones et al. (2016) παρουσιάζονται πιο πρόθυμοι να συζητούν ανοιχτά τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, πιστεύοντας πως με αυτόν τον τρόπο θα λάβουν την απαραίτητη υποστήριξη.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, θα υπέθετε κανείς ότι οι αρνητικές συνέπειες των ψυχικών ασθενειών επισκιάζουν τα θετικά συναισθήματα που βιώνει ένας γονιός με τη γέννηση του παιδιού του. Εντούτοις, γονείς και των δύο φύλων, που πάσχουν από ψυχική διαταραχή, ισχυρίζονται ότι η έλευση του παιδιού άλλαξε τη ζωή τους προς το καλύτερο προσφέροντάς τους στιγμές χαράς και αποτέλεσε γι' αυτούς κίνητρο, ώστε να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία και να θέσουν στόχους για το μέλλον (Diaz-Caneja & Johnson, 2004; Jones

et al., 2016; Reupert & Maybery, 2009; Van der Ende et al., 2016). Σε σχετικές μελέτες, μάλιστα, μητέρες υποστηρίζουν πως η μητρότητα τις ολοκλήρωσε ως γυναίκες, ενίσχυσε την αυτοεκτίμησή τους και η ζωή τους απέκτησε εν τέλει έναν σκοπό (Diaz-Caneja & Johnson, 2004). Αντίστοιχα, αρκετοί πατέρες επισημαίνουν ότι κινητοποιούνταν να είναι η καλύτερη εκδοχή του εαυτού τους προκειμένου να διεκδικήσουν συχνότερη ή άνευ επιτήρησης επαφή με τα τέκνα τους (Reupert & Maybery, 2009; Van der Ende et al., 2016).

Αν και οι έρευνες σχετικά με τους ψυχικά ασθενείς πατέρες είναι εμφανώς λιγότερες σε σύγκριση με αυτές που αφορούν τις μητέρες, η πατρότητα είναι γεγονός ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοεικόνας των ανδρών. Για τον λόγο αυτό, όσοι είναι πατέρες αναφέρουν με παράπονο ότι τα άτομα του περιβάλλοντός τους συχνά αγνοούν τη γονεϊκή τους ιδιότητα και αδιαφορούν για τα παιδιά τους (Reupert & Maybery, 2009). Συμπληρωματικά, έχουν παρατηρήσει πως σε περιόδους έξαρσης των συμπτωμάτων, τα οικεία τους πρόσωπα απομακρύνονται από αυτούς αποφεύγοντάς τους με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται, ενώ το μόνο που πραγματικά έχουν ανάγκη τη δεδομένη χρονική στιγμή είναι ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Ανάμεσα στα άτομα που αποστασιοποιούνται συμπεριλαμβάνονται και τα ίδια τους τα παιδιά, τα οποία με βάση τα λεγόμενά των πατέρων, εκ των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία είναι διαζευγμένοι, επηρεάζονται αρνητικά από ψευδείς πληροφορίες που προέρχονται από τρίτους και κυρίως από τις μητέρες τους (Reupert & Maybery, 2009). Οι τελευταίες συχνά αντιμετωπίζουν με προκατάληψη την ασθένεια των πρώην συζύγων τους, υποτιμούν τις ικανότητές τους και αποδίδουν οποιαδήποτε συμπεριφορά και αντίδρασή τους σε αυτήν (Van der Ende et al., 2016). Υπάρχουν, βέβαια, και εξαιρέσεις όπου το ζευγάρι δεν έχει πάρει διαζύγιο και συνάμα η σχέση του διέπεται από αμοιβαία εκτίμηση και αλληλοϋποστήριξη, γεγονός που επιδρά θετικά τόσο στην σχέση του πατέρα με τα παιδιά όσο και στην αποκατάσταση της ψυχικής του υγείας (Reupert & Maybery, 2009).

2.3.3 Απόψεις σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας

Όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών με ψυχική νόσο υποστηρίζει πως όλα τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές από καταρτισμένους επαγγελματίες (Reupert & Maybery, 2009). Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των πατέρων τονίζει ότι χρειάζεται κάποιον ειδικό, ο οποίος θα είναι διαθέσιμος αφενός ώστε να του μιλήσουν ανοιχτά για όσα τους προβληματίζουν και αφετέρου ώστε να τους προετοιμάσει για τις επερχόμενες αλλαγές στη ζωή τους, προτού γίνουν γονείς. Αντίστοιχα, οι μητέρες που αντιμετωπίζουν

προβλήματα ψυχικής υγείας επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες με τους οποίους συνεργάζονται σπάνια τις ρωτούν για τον γονεϊκό τους ρόλο, ενώ οι ίδιες αισθάνονται αρκετές φορές την ανάγκη να μιλήσουν για τη μητρότητα και να λάβουν σχετικές συμβουλές (Díaz-Caneja & Johnson, 2004). Τέλος, συγκριτικά με τους πατέρες που παραπονιούνται ότι το προσωπικό ψυχικής υγείας που τους αναλαμβάνει αλλάζει διαρκώς, οι μητέρες αναφέρουν ότι συνεργάζονται σταθερά με τον ίδιο επαγγελματία με αποτέλεσμα να έχουν οικοδομήσει σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ τους και συνεπώς να νιώθουν άνετα να μοιραστούν κάθε τους σκέψη (Díaz-Caneja & Johnson, 2004; Reupert & Maybery, 2009).

2.4 Παιδιά με ψυχικά ασθενείς γονείς

Είναι ευρέως αποδεκτό πως οι ψυχικές διαταραχές δεν επηρεάζουν αποκλειστικά όσους νοσούν, αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον τους. Ακόμα και στις περιπτώσεις όπου το παιδί μεγαλώνει χωρίς τον ψυχικά ασθενή γονέα του, είτε επειδή η ψυχική του κατάσταση είναι πολύ σοβαρή και δεν μπορεί να ανταποκριθεί στον ρόλο του, είτε γιατί πάσχει από κάποιον εθισμό, είτε επειδή πρόκειται για τον πατέρα, ο οποίος λόγω διαζυγίου δε μένει στο ίδιο σπίτι, οι επιπτώσεις στη ζωή του παιδιού είναι τις περισσότερες φορές πρόδηλες (Reedtz et al., 2019). Ως εκ τούτου, η καθημερινότητα και η ανάπτυξη των παιδιών, που συμβιώνουν και ανατρέφονται από έναν ψυχικά ασθενή γονέα, καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τη διαταραχή του και γι' αυτό τα παιδιά κάνουν λόγο άλλοτε για «καλές» και άλλοτε για «κακές» μέρες (Gladstone et al., 2011). Αυτή η ασταθής και ευμετάβλητη συμπεριφορά των γονέων επιφέρει εναλλαγές στη διάθεση των παιδιών, τα οποία βιώνουν κυρίως αρνητικά συναισθήματα. Υπάρχουν, όμως, περιπτώσεις γονιών που πασχίζουν ώστε να υπερνικήσουν τα συμπτώματα της ψυχικής τους διαταραχής προκειμένου να μην είναι αποδέκτες αυτών τα παιδιά τους, αλλά αντιθέτως να οικοδομήσουν μαζί ευχάριστα βιώματα κι εμπειρίες (Cooklin, 2006).

2.4.1 Η παιδική ηλικία

Κατά την παιδική ηλικία τα παιδιά αισθάνονται φόβο και ανησυχία στο ενδεχόμενο ο ψυχικά ασθενής γονέας να βλάψει είτε τον εαυτό του είτε τα ίδια, καθώς δεν είναι λίγες οι φορές, ιδίως όταν ο γονιός πάσχει από ψυχωτική διαταραχή, που κατακλύζεται από θυμό και εκδηλώνει βίαιη συμπεριφορά (Cooklin, 2006; Källquist & Salzmänn-Erikson, 2019). Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι στις περισσότερες περιπτώσεις έντονης βίας, που σπανίως γίνονται αντιληπτές από τη γειτονιά ή τις κοινωνικές υπηρεσίες, τα θύματα (παιδιά) δεν καταγγέλλουν ποτέ όσα βιώνουν (Cooklin, 2006). Πέρα από φόβο και ανησυχία, οι συναισθηματικές διακυμάνσεις, οι συχνές εναλλαγές στη διάθεση και άλλοτε οι παρανοϊκές σκέψεις των εν λόγω γονέων δημιουργούν ανασφάλεια και δυσπιστία στα παιδιά τους, τα οποία αδυνατούν να προβλέψουν τις αντιδράσεις τους και να κατανοήσουν τη συμπεριφορά τους (Källquist & Salzmänn-Erikson, 2019). Αυτός ο αλλοπρόσαλλος χαρακτήρας τα ωθεί συχνά στην αποφυγή κοινών εξόδων μαζί τους σε δημόσιους χώρους, καθώς φοβούνται μήπως ντροπιαστούν (Gladstone et al., 2011). Επιπροσθέτως, ως παιδιά δυσκολεύονται να διαχωρίσουν πότε η συμπεριφορά των γονιών τους είναι απόρροια της ασθένειάς τους ή αντίδραση σε κάποια δική τους πράξη με αποτέλεσμα να επιρρίπτουν ευθύνες στον εαυτό τους και κατ' επέκταση να

ντρέπονται για την άσχημη ψυχολογική τους κατάσταση (Cooklin, 2006). Πολλές φορές, μάλιστα, νιώθουν τύψεις και ενοχές και μόνο στη σκέψη ότι βιώνουν μία δύσκολη συνθήκη την οποία πρέπει να διαχειριστούν, γιατί θεωρούν ότι είναι άδικο προς τον γονέα τους που βρίσκεται σε πιο μειονεκτική θέση (Källquist & Salzman-Erikson, 2019). Για τον λόγο αυτό, τα παιδιά είναι προτιμότερο να έχουν επαρκή πληροφόρηση για την ασθένεια των γονιών τους και να τους δίνονται εξηγήσεις σχετικά με αυτή προκειμένου να μην μπερδεύονται και να μην κατηγορούν τον εαυτό τους (Cooklin, 2006). Όπως έχει προαναφερθεί, σε τέτοιες περιπτώσεις οικογενειών είναι συνήθως κοινή επιθυμία – απαίτηση και των δύο γονέων (υγιών και μη) τα παιδιά τους να αποκρύπτουν πληροφορίες από τον περίγυρο σχετικά με τη διαταραχή, γεγονός που δημιουργεί σ' αυτά ανάμεικτα συναισθήματα ενοχής και ανακούφισης κάθε φορά που μοιράζονται το «πρόβλημα» σε κάποιον τρίτο (Källquist & Salzman-Erikson, 2019).

Επιπλέον, η ψυχική διαταραχή του γονέα έχει παρατηρηθεί ότι αποξενώνει τα παιδιά από την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον ενισχύοντας την αίσθηση ότι πορεύονται μόνα και διαφέρουν από τον υπόλοιπο κόσμο (Cooklin, 2006). Ειδικότερα, η μοναξιά και η απομόνωση συνοδεύονται από μία σειρά αρνητικών συναισθημάτων όπως ντροπή, θλίψη, άγχος και θυμό, τα οποία μεγεθύνονται κάθε φορά που γίνονται αποδέκτες σκωπτικών σχολίων εξαιτίας της απρόβλεπτης και αντισυμβατικής συμπεριφοράς του γονέα τους (Källquist & Salzman-Erikson, 2019). Η απόρριψη, η κοροϊδία κι άλλοτε ο εκφοβισμός από τους συνομήλικούς τους έχει ως αποτέλεσμα να κλείνονται ακόμη περισσότερο στον εαυτό τους και να αποφεύγουν στο μέγιστο τις κοινωνικές συναναστροφές (Cooklin, 2006). Ακόμη, η αδυναμία των πασχόντων να προσφέρουν αγάπη, φροντίδα, ασφάλεια, υποστήριξη και ταυτόχρονα οι παράλογες, ανισόρροπες και διαρκώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις τους συμβάλλουν ώστε να αναπτύξουν τα τέκνα τους χαμηλή αυτοεκτίμηση, μοιρολατρική στάση απέναντι στη ζωή και συνάμα χαμηλές άμυνες, εξαιτίας των οποίων δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στην απαιτητική πραγματικότητα (Cooklin, 2006; Källquist & Salzman-Erikson, 2019). Επομένως, στην προσπάθειά τους να διαχειριστούν την κατάσταση που βιώνουν, τα παιδιά δοκιμάζουν διάφορους τρόπους, όπως το να κάνουν υποχωρήσεις για να μην έρθουν σε αντιπαράθεση με τον άρρωστο γονέα τους, να συγκρίνουν τον εαυτό και την οικογένειά τους με άλλες παρόμοιες περιπτώσεις για να πάρουν κουράγιο, να αναλάβουν παραπάνω αρμοδιότητες για να διατηρήσουν τις ισορροπίες στο σπίτι, να καταφύγουν σε μοναχικές δραστηριότητες που τους παρέχουν γαλήνη (π.χ. διάβασμα ή προσευχή), είτε σε πιο ομαδικές που προσφέρουν ανακούφιση, όπως το να μοιράζονται τις ανησυχίες τους με φίλους (Cooklin, 2006; Gladstone et al., 2011).

Παρά το νεαρό της ηλικίας τους, πολλές φορές, τα παιδιά αναλαμβάνουν –με όποιο κόστος– τον ρόλο του κηδεμόνα είτε προς τα αδέρφια τους είτε προς τον γονέα, γιατί ο τελευταίος δεν είναι σε θέση να φροντίσει ούτε τον εαυτό του ούτε άλλους (Cooklin, 2006). Καταλήγουν, λοιπόν, να ζουν «διπλή» ζωή, αφού αφενός στο σπίτι θεωρούνται αρκετά ώριμα για να φροντίζουν τους γονείς τους κι αφετέρου στο σχολείο θεωρείται ότι έχουν αποκλειστικά σχολικές υποχρεώσεις, όπως η πλειοψηφία των παιδιών σε αυτήν την ηλικία. Ωστόσο, οι αυξημένες αρμοδιότητες στο σπίτι σε συνδυασμό με την περιφρονητική ή ακόμη και κακοποιητική συμπεριφορά που δέχονται από τον περίγυρο έχουν συνήθως ως αντίκτυπο κακές σχολικές επιδόσεις και κατ' επέκταση μειωμένες πιθανότητες σπουδών σε ανώτατες σχολές, που οδηγούν με τη σειρά τους σε μειωμένες πιθανότητες εύρεσης εργασίας και τελικώς σε χαμηλό βιοτικό επίπεδο και οικονομική δυσχέρεια (Cooklin, 2006). Παρ' όλ' αυτά, το σχολείο εξακολουθεί να αποτελεί πολλές φορές γι' αυτά τα παιδιά καταφύγιο, γιατί εκεί καταφέρνουν να ξεφεύγουν, έστω και για λίγο, από τα οικογενειακά τους προβλήματα (Gladstone et al., 2011).

Ένας ακόμη παράγοντας που φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία των ανήλικων παιδιών είναι η συνοχή της οικογένειας. Αναλυτικότερα, τα παιδιά που καλούνται να διαχειριστούν πέρα από την ψυχική ασθένεια του γονέα κι ένα διαζύγιο, είναι πιθανό να εκδηλώσουν μελλοντικά περισσότερα προβλήματα δεδομένου ότι ένας χωρισμός κλονίζει τις ισορροπίες μέσα στην οικογένεια. Εξαιτίας αυτού ενδέχεται, επίσης, να βιώνουν, εκτός από τα αρνητικά επακόλουθα της γονεϊκής ψυχικής ασθένειας, επιπρόσθετες στρεσογόνες εμπειρίες και καταστάσεις (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019; Reedt et al., 2019). Για παράδειγμα, υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα παιδιά απομακρύνονται από την οικογένειά τους, επειδή οι γονείς χάνουν την επιμέλειά τους ενώ σε κάποιες άλλες χωρίζονται από τα αδέρφια τους, επειδή οι γονείς δεν είναι σε θέση να τα φροντίσουν όλα μαζί (Cooklin, 2006). Ειδικά στις περιπτώσεις όπου μοιράζονται την ίδια στέγη με τον άρρωστο γονιό τα προβλήματα εντείνονται και αναπτύσσουν ανασφάλειες, που ενδεχομένως θα αποτρέπονταν με τη σταθερή παρουσία του έτερου γονέα στη ζωή τους. Για τον λόγο αυτό, τα παιδιά στρέφονται αντανεκλαστικά προς τον ψυχικά υγιή γονιό και δημιουργούν στενή σχέση μαζί του, μιας και υπό αυτές τις συνθήκες αποτελεί το βασικό τους στηρίγμα (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Κομβικής σημασίας είναι, επίσης, οι σχέσεις ανάμεσα στα αδέρφια, τα οποία (ιδίως τα μεγαλύτερα και δη τα ενήλικα) λειτουργούν εξίσου υποστηρικτικά με τους υγιείς γονείς (Reedt et al., 2019). Παρ' όλ' αυτά, στις συγκεκριμένες οικογένειες, τα αδέρφια συχνά δε διατηρούν καλές σχέσεις μεταξύ τους, γεγονός που ίσως υποδηλώνει την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας (Reedt et al., 2019).

Εκτός από τη σχέση με τα αδέρφια τους, εξίσου σημαντική για την όσο το δυνατόν πιο ομαλή ανάπτυξη και πορεία του κάθε παιδιού, είναι η παρουσία και η στήριξη από τους λεγόμενους «σημαντικούς άλλους» (λ.χ. στενοί συγγενείς, φίλοι, εκπαιδευτικοί, γείτονες και σε κάποιες κοινωνίες οικιακοί βοηθοί), ενήλικες – συνήθως – που καλλιεργούν ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον προκειμένου να δημιουργηθούν σχέσεις εμπιστοσύνης (Cooklin, 2006; Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Οι στενοί συγγενείς, μάλιστα, όπως είναι οι παππούδες και οι γιαγιάδες κάποιες φορές αναλαμβάνουν τον ρόλο του γονέα με σκοπό να μη διαταραχθεί η κανονικότητα στο σπίτι (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019).

2.4.2 Η εφηβεία

Η εφηβεία αποτελεί τη διαφωτιστική περίοδο στη ζωή των παιδιών σχετικά με την ασθένεια των γονιών τους, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις εκείνη τη χρονική στιγμή έρχονται σε επαφή με περισσότερες πληροφορίες γι' αυτήν, γεγονός που αλλάζει την οπτική και τη στάση τους απέναντι στην ψυχική διαταραχή (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Με λίγα λόγια, αρχίζουν να κατανοούν σε βάθος τη συμπεριφορά του γονέα τους και σταδιακά καταφέρνουν να διαχωρίσουν την προσωπικότητά του από την ψυχική του νόσο. Παράλληλα, αισθάνονται θυμό για τα χρόνια που πέρασαν δίχως να έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τη διαταραχή του και συνάμα φόβο μήπως την κληρονομήσουν και μελλοντικά δεν είναι σε θέση να ζήσουν όπως ονειρεύονται (Cooklin, 2006). Ως έφηβοι νιώθουν, επίσης, ότι ζουν «διπλή» ζωή: μία εκτός σπιτιού, που τους δίνει την αίσθηση ότι όλα κυλούν φυσιολογικά και μία εντός σπιτιού, όπου βιώνουν μοναξιά (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Μάλιστα, όσοι έφηβοι μεγαλώνουν με καταθλιπτικούς γονείς, εκφράζουν έντονα την επιθυμία να μάθουν για τα σημάδια που μαρτυρούν την ψυχική διαταραχή, τη νοσηλεία αλλά και γενικότερα συμβουλές για το πώς να διαχειριστούν τόσο τους ψυχικά νοσούντες γονείς τους όσο και τον εαυτό τους (Cooklin, 2006).

2.4.3 Η ενήλικη ζωή

Συλλογιζόμενοι πλέον ως ενήλικες τα παιδικά τους χρόνια αντιλαμβάνονται ότι ήταν απροστάτευτα απέναντι στον πάσχοντα γονιό τους και σπάνια λάμβαναν προστασία, προσοχή, φροντίδα, στήριξη και βοήθεια, παρόλο που το είχαν ανάγκη (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Εκτός από τα παραπάνω, μεγάλο ποσοστό των παιδιών αναφέρει με παράπονο ότι καλούνταν να εκπληρώσει τις υψηλές προσδοκίες των άλλων, να ωριμάσει από πολύ μικρή ηλικία χάνοντας την ανεμελιά του και παράλληλα ανησυχούσε μήπως οι γονείς χάσουν την επιμέλειά του, η οικογένειά του διαλυθεί και δεν ξέρει τι θα απογίνει (Cooklin, 2006; Gladstone et al., 2011). Σε αρκετές περιπτώσεις, η απουσία του ενός ή και των δύο γονέων

είχε ως επακόλουθο τη δημιουργία συναισθημάτων φόβου και δυσπιστίας, που ακολουθούν τα παιδιά και στην ενήλικη ζωή. Όντας ενήλικες αισθάνονται, επίσης, ενοχικά, επειδή σκέφτονται τις φορές που στο παρελθόν απομακρύνθηκαν από τον άρρωστο γονιό τους χωρίς να του συμπαρασταθούν και νομίζουν ότι επιδείνωσαν την κατάστασή του ή ακόμη χειρότερα ότι του την προκάλεσαν. Παράλληλα, όμως, νιώθουν ανακουφισμένοι που αποστασιοποιήθηκαν (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019).

Όσον αφορά την ψυχική τους υγεία, τα συγκεκριμένα άτομα ζουν έχοντας διαρκώς την αγωνία μήπως μελλοντικά εμφανίσουν είτε τη διαταραχή των γονιών τους είτε κάποια άλλη σοβαρή ψυχική διαταραχή, ανησυχία που συχνά συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Η εκδήλωση τέτοιου είδους ψυχολογικών προβλημάτων οδηγεί αφενός στο να κατανοήσουν εις βάθος τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς τους και αφετέρου στο να τα επικοινωνήσουν σε αυτούς γνωρίζοντας πως θα τους καταλάβουν όσο κανείς άλλος (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Μάλιστα, αρκετοί πιστεύουν πως οι δυσχερείς εμπειρίες που βίωσαν κατά την τρυφερή παιδική ηλικία επηρέασαν την προσωπικότητά τους και κατά συνέπεια αποδυνάμωσαν την ψυχική τους ανθεκτικότητα, καθιστώντας τους επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Αντίθετα, υπάρχει μία μερίδα ανθρώπων που θεωρούν ότι οι αντιξοότητες που αντιμετώπισαν ως παιδιά τους ενδυνάμωσαν και λειτούργησαν διδακτικά (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019).

Η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στους ψυχικά ασθενείς γονείς και στα ενήλικα πλέον τέκνα τους δεν ακολουθεί ένα συγκεκριμένο μοτίβο, καθώς διαφοροποιείται ανάλογα με τα άτομα και τις εκάστοτε συνθήκες (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Με βάση την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας κάποιοι διατηρούν πολύ στοργική και τρυφερή σχέση με τον πάσχοντα γονιό τους, κάποιοι εξακολουθούν να τον έχουν υπό την ευθύνη τους με κόστος στην κοινωνική τους ζωή και κάποιοι άλλοι προσπαθούν να θέσουν τα όριά τους με τη βοήθεια της ψυχοθεραπείας (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Άλλοι πάλι νιώθουν υποχρεωμένοι να περνούν περισσότερο χρόνο μαζί του λόγω της κατάστασής του και να τον φροντίζουν από τύψεις κι ενοχές, ενώ άλλοι επιχειρούν να έχουν όσο το δυνατόν λιγότερη επαφή μαζί του και να είναι όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητοι διατηρώντας «αποστάσεις ασφαλείας» (Cooklin, 2006; Gladstone et al., 2011; Källquist, & Salzman-Erikson, 2019).

Η συμβίωση με έναν γονέα που πάσχει από ψυχική νόσο αφήνει το στίγμα της σε ένα παιδί και παίζει καθοριστικό ρόλο στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους άλλους ως ενήλικας. Ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που έχει μεγαλώσει με μία ψυχικά ασθενή μητέρα ή έναν ψυχικά

ασθενή πατέρα, υποστηρίζει ότι δυσκολεύεται να εμπιστευτεί τους ανθρώπους γύρω του και να συνάψει στενές, λειτουργικές σχέσεις μαζί τους, ακόμη και αν πρόκειται για φιλικά πρόσωπα ή τα ίδια τους τα παιδιά (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019). Επιπλέον, τα βιώματά της παιδικής τους ηλικίας φαίνεται να επηρεάζουν σε ορισμένες περιπτώσεις την επιλογή συντρόφου, καθώς μερικοί ασυνείδητα αποκτούν δεσμό με άτομα που ομοιάζουν ως προς τη συμπεριφορά στον ψυχικά άρρωστο γονιό τους. Αυτό οφείλεται εν μέρει στη χαμηλή αυτοεικόνα τους, λόγω της οποίας έχουν χαμηλές αξιώσεις, οδηγούνται σε ακατάλληλες επιλογές και έχουν ανάγκη από διαρκή επιβεβαίωση (Källquist, & Salzman-Erikson, 2019).

2.4.4 Πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων

Πληθώρα ερευνών αποδεικνύει ότι τα παιδιά των ψυχικά ασθενών γονιών συγκριτικά με τον ευρύτερο πληθυσμό έχουν έως και τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχολογική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Cooklin, 2006; Leijdesdorffa et al., 2017). Ιδίως τα παιδιά όσων πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές είναι πιθανότερο να ταλαιπωρηθούν και τα ίδια από κάποια διαταραχή άγχους παρά από οποιαδήποτε άλλη ψυχική πάθηση, παρατήρηση που δεν ισχύει στις υπόλοιπες περιπτώσεις (Leijdesdorffa et al., 2017). Επιπλέον, τα τέκνα όσων έχουν διαγνωστεί και πάσχουν από χρόνιες και υποτροπιάζουσες ψυχικές διαταραχές έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν τα ίδια κάποια ψυχική διαταραχή σε βάθος χρόνου. Άλλωστε, έρευνες έχουν δείξει πως όσο πιο σοβαρή-έντονη και χρόνια είναι μία ψυχική ασθένεια, τόσο πιο πιθανό είναι να εκδηλωθούν αρνητικές συνέπειες στα παιδιά των πασχόντων (Reedtz et al., 2019). Την ίδια στιγμή, παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό (1:3) των παιδιών που μεγαλώνουν με ψυχικά μη υγιείς γονείς είναι σε μικρή ηλικία (0-5 ετών) και θα μπορούσε να λάβει προληπτικά υποστήριξη και φροντίδα από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν αναλάβει τους γονείς τους, κάτι τέτοιο δε συμβαίνει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα συγκεκριμένα παιδιά αφενός να είναι ευάλωτα όσο μεγαλώνουν ως προς την εκδήλωση ψυχικών παθήσεων και αφετέρου σε περίπτωση που τελικά παρουσιάσουν κάποια ψυχική διαταραχή στο μέλλον να είναι δύσκολο να ανακάμψουν (Reedtz et al., 2019). Ως εκ τούτου, καλό θα ήταν οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας να κάνουν προληπτικά παρεμβάσεις στα παιδιά των ψυχικά μη υγιών γονιών, καθώς έχει αποδειχθεί ότι μέσω αυτών μειώνεται κατά 40% το ενδεχόμενο εμφάνισης ψυχικής διαταραχής (Leijdesdorffa et al., 2017). Τέλος, έρευνες σε παιδιά που γεννήθηκαν από ψυχικά ασθενείς μητέρες, αλλά δε μεγάλωσαν μαζί τους γιατί υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες, καταδεικνύουν ότι τα μη στρεσογόνα

ερεθίσματα και συνάμα το υγιές κι ευχάριστο οικογενειακό κλίμα δύναται να αποτρέψει την εκδήλωση ψυχικών προβλημάτων (Cooklin, 2006).

2.4.5 Υπηρεσίες και δομές ψυχικής υγείας

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, πολλά παιδιά αναφέρουν ότι οι ψυχικά ασθενείς γονείς τους δε λαμβάνουν σωστή μεταχείριση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο, όπου τους χορηγούνται διαρκώς υψηλές ποσότητες φαρμακευτικών ουσιών προκειμένου να διατηρούνται σε καταστολή (Källquist, & Salzmänn-Erikson, 2019). Πέραν τούτου, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αρκετές φορές αποτυγχάνει να παρέχει στήριξη κι επαρκή ενημέρωση σχετικά με την πορεία των ασθενών. Αντ' αυτού, προκαλεί τύψεις και ενοχές στα παιδιά των νοσηλευόμενων μέσω επικριτικών και άσχημων σχολίων. Εντούτοις, στις περιπτώσεις που υπάρχει στήριξη κι ενθάρρυνση τόσο από την ευρύτερη οικογένεια όσο και από τις υγειονομικές υπηρεσίες, τα παιδιά που τελούν παράλληλα και χρέη φροντιστή, παίρνουν κουράγιο για να συνεχίσουν. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση μεταξύ παιδιών και γιατρών – οικογένειας έχει θετικά αποτελέσματα (Källquist, & Salzmänn-Erikson, 2019).

Σε αντίθεση με τις δομές ψυχικής υγείας, οι ομάδες υποστήριξης, όπου προσφέρουν συμβουλευτική στα τέκνα των πασχόντων, φαίνεται να επιτελούν σε μεγαλύτερο βαθμό τον σκοπό τους καθώς όσα εξ'αυτών συμμετείχαν, επισημαίνουν ότι έπαψαν να θεωρούν προσωπική τους αποτυχία την ψυχική διαταραχή των γονιών τους και δεν κατηγορούν πλέον τον εαυτό τους γι' αυτή (Källquist, & Salzmänn-Erikson, 2019). Με άλλα λόγια, απαλλάχθηκαν από την ευθύνη που τα ίδια είχαν αναλάβει και ανακουφίστηκαν. Συνειδητοποίησαν, ακόμη, πως δεν είναι μόνα, αλλά υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι που βιώνουν παρόμοια περιστατικά και βρίσκονται σε ανάλογη θέση (Gladstone et al., 2011).

2.4.6 Ενημέρωση

Σε γενικές γραμμές, τα παιδιά λαμβάνουν ασαφείς και ανακριβείς πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια των γονιών τους (Gladstone et al., 2011). Παρόλο που οι πηγές ενημέρωσής τους είναι συνήθως ο υγιής γονέας, άλλα μέλη της οικογένειας, ο σύμβουλος του σχολείου και τα ΜΜΕ, τις περισσότερες φορές οι πληροφορίες φθάνουν στα αυτιά τους τυχαία και είναι συγκεχυμένες (Gladstone et al., 2011). Ταυτόχρονα, σχεδόν το 50% των παιδιών δε λαμβάνει ενημέρωση από τους αρμόδιους επαγγελματίες σχετικά με την κατάσταση του γονέα που νοσεί, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα να επηρεαστεί αρνητικά η μετέπειτα ζωή τους (Reedtz et al.,

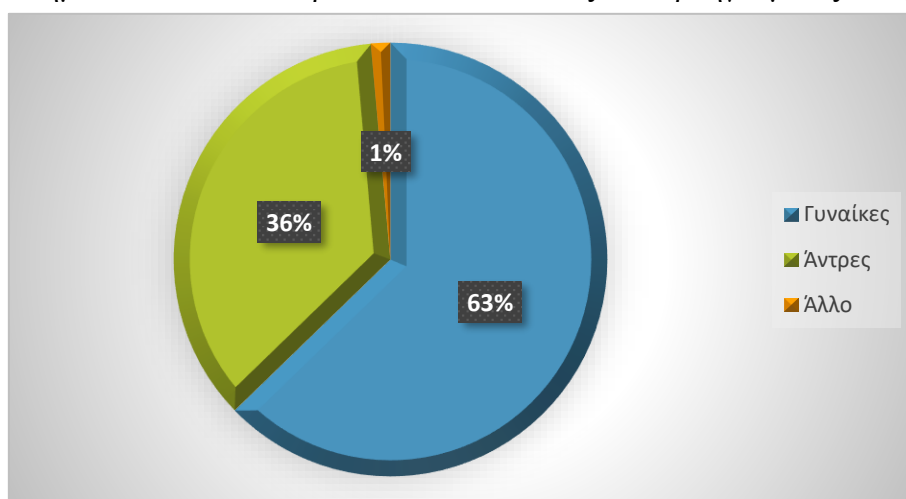
2019). Η ελλιπής πληροφόρηση οδηγεί κάποια από τα παιδιά στο να αποδίδουν την εκδήλωση της διαταραχής σε βιολογικά αίτια, μερικά σε κοινωνικές και περιβαλλοντικές αιτίες, ενώ άλλα στη χρήση ουσιών ή στο αλκοόλ. Τα τελευταία αγνοούν τη σημασία των γενετικών παραγόντων, γεγονός που τα καθιστά τρωτά και ευάλωτα απέναντι στη γενετική τους προδιάθεση καθώς δε γνωρίζουν πώς μπορούν να την αντιμετωπίσουν (Gladstone et al., 2011).

Η ενημέρωση των εν λόγω παιδιών από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εξαρτάται από παράγοντες, όπως η μορφή της οικογένειας, η ηλικία του εκάστοτε τέκνου, το φύλο του ψυχικά ασθενή γονέα, η σοβαρότητα και το είδος της ψυχικής διαταραχής (Reedt et al., 2019). Αναλυτικότερα, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε μονογονεϊκή οικογένεια και ανατρέφονται αποκλειστικά από τον ψυχικά ασθενή γονιό τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν ενημέρωση σχετικά με την ασθένειά του, μιας και αποτελεί τον βασικό φροντιστή τους με τον οποίο περνούν πολύ χρόνο καθημερινά. Έχοντας, λοιπόν, την κατάλληλη πληροφόρηση είναι σε θέση να κατανοήσουν καλύτερα την ψυχική πάθηση του γονέα τους και κατ' επέκταση να αντιμετωπίσουν τις όποιες δυσκολίες αυτή επιφέρει. Ιδίως όταν πρόκειται για τη μητέρα τους, τα παιδιά φαίνεται να λαμβάνουν περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με την ασθένειά της λόγω των ισχυρότερων δεσμών και της στενότερης επικοινωνίας που αναπτύσσουν μαζί της σε σύγκριση με τον πατέρα. Επιπλέον, όσο μεγαλύτερο είναι ένα παιδί τόσο πιθανότερο είναι να ενημερωθεί για την κατάσταση του γονέα του, καθώς από μία ηλικία και έπειτα τα παιδιά είναι πιο ώριμα και ικανά να αντιληφθούν έννοιες όπως η ψυχική διαταραχή και να αναζητήσουν βοήθεια εάν χρειαστεί. Τέλος, όσο πιο σοβαρή χαρακτηρίζεται η ψυχική ασθένεια του γονέα τόσο πιο πιθανό είναι να λάβει ενημέρωση για αυτήν το παιδί. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια ή οι διασχιστικές διαταραχές, όπου συχνά ενυπάρχουν παρανοϊκές και δυσλειτουργικές συμπεριφορές, επηρεάζουν αρνητικά – σε μεγαλύτερο βαθμό από άλλες διαταραχές – τα παιδιά των νοσούντων, τα οποία οφείλουν να γνωρίζουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο γονιός τους προκειμένου να τα διαχειριστούν (Reedt et al., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

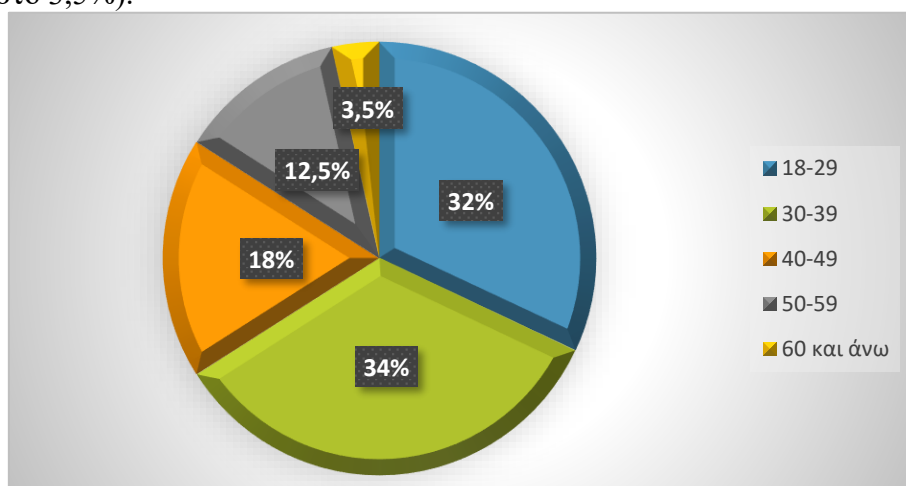
3.1 Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 200 άτομα. Βασική προϋπόθεση για τη συμμετοχή τους ήταν να έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους και να έχουν τουλάχιστον έναν ψυχικά ασθενή γονέα. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, οι 126 ήταν γυναίκες (ποσοστό 63%), οι 72 ήταν άντρες (ποσοστό 36%) και μόλις 2 άτομα (ποσοστό 1%) δήλωσαν την επιλογή «άλλο», που σημαίνει ότι δεν αντιπροσωπεύονται από τις δύο προηγούμενες κατηγορίες.



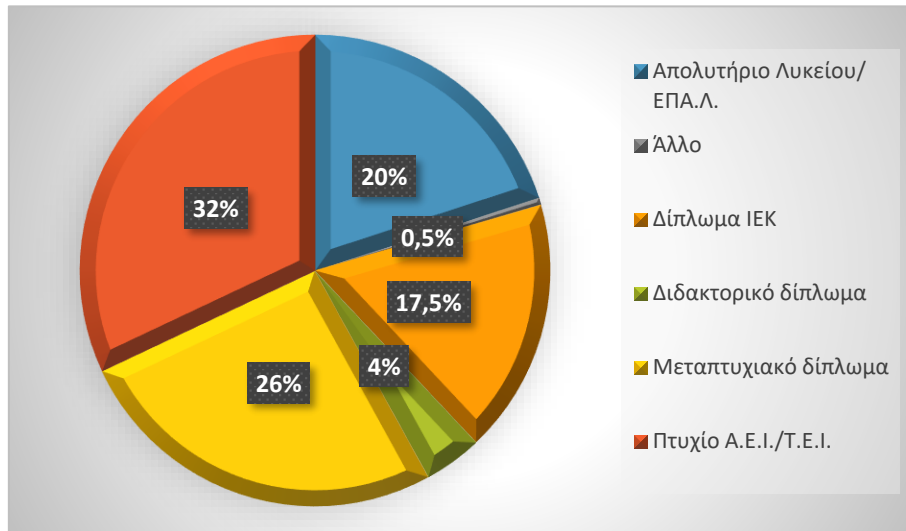
Γράφημα 3.1.1. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά φύλο

Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων, αυτή διαβαθμίστηκε – περίπου – ανά δεκαετία σε 5 κατηγορίες. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα άτομα (68 συμμετέχοντες) κυμαίνονται από 30 έως 39 ετών (ποσοστό 34%), 64 άτομα είναι από 18 έως 29 ετών (ποσοστό 32%), 36 συμμετέχοντες ανήκουν στην κατηγορία 40 έως 49 ετών (ποσοστό 18%), 25 άτομα είναι στο ηλικιακό φάσμα 50-59 ετών (ποσοστό 12,5%) και μόλις 7 άτομα έχουν ηλικία από 60 ετών και άνω (ποσοστό 3,5%).



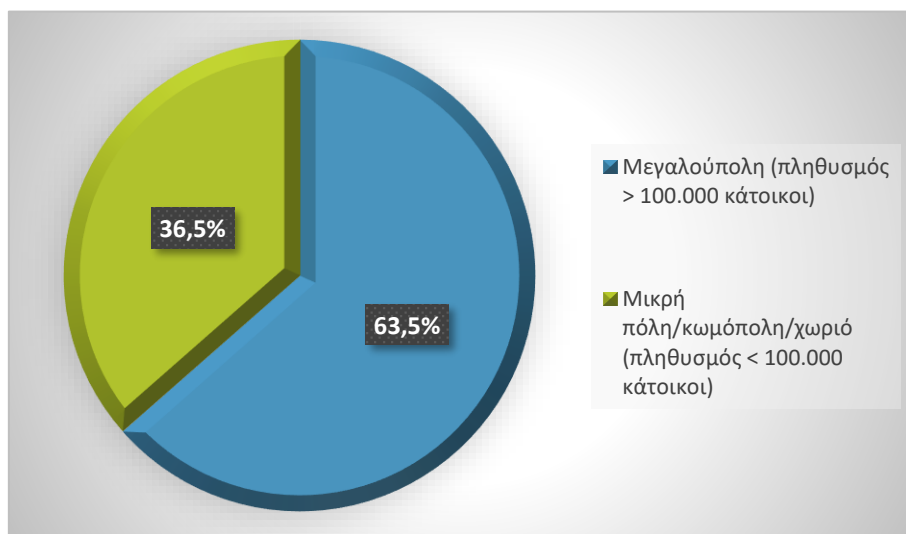
Γράφημα 3.1.2. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά ηλικιακή κατηγορία

Σχετικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων η πλειοψηφία αυτών με ποσοστό 32% (64 άτομα) έχει αποφοιτήσει από Ανώτατα ή Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.). Ακόμη, 52 από τους συμμετέχοντες είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος (ποσοστό 26%), 40 άτομα από το δείγμα είναι απόφοιτοι Λυκείου ή Επαγγελματικού Λυκείου (ΕΠΑ.Λ) (ποσοστό 20%), 35 άτομα έχουν αποφοιτήσει από Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης ή αλλιώς ΙΕΚ (ποσοστό 17,5%), μόλις 8 άτομα έχουν λάβει διδακτορικό δίπλωμα (4%) και μόνο ένας συμμετέχων έχει απολυτήριο Γυμνασίου (ποσοστό 0,5%).



Γράφημα 3.1.3. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά μορφωτικό επίπεδο

Τέλος, τα 127 από τα 200 άτομα (ποσοστό 63,5%) που συμμετείχαν στη μελέτη δήλωσαν ότι έχουν μεγαλώσει σε μεγαλούπολη, δηλαδή σε τόπο όπου ο πληθυσμός ξεπερνά τους 100.000 κατοίκους, ενώ οι υπόλοιποι 73 (ποσοστό 36,5%) έχουν μεγαλώσει σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό.



Γράφημα 3.1.4. Ποσοστά συμμετεχόντων ανά περιοχή που μεγάλωσαν

3.2 Όργανα μέτρησης

3.2.1 Ερωτηματολόγιο ενοχής και ντροπής για εφήβους με ψυχικά ασθενείς γονείς (GSQ-APMI: Guilt and Shame Questionnaire for Adolescents of Parents with a Mental Illness)

Για την υλοποίηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Ενοχής και Ντροπής σχεδιασμένο για εφήβους από 12 έως 21 ετών με ψυχικά ασθενείς γονείς (GSQ-APMI), το οποίο αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις μέχρι να θεωρηθεί έγκυρο κι αξιόπιστο (Bosch et al., 2020). Πρόκειται για ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 10 καταφατικές προτάσεις-δηλώσεις, εκ των οποίων οι πέντε αξιολογούν τα συναισθήματα ενοχής (πίνακας 4.1.2) και οι άλλες πέντε τα συναισθήματα ντροπής (πίνακας 4.1.3) σε εφήβους που έχουν γονείς με ψυχική διαταραχή. Οι προτάσεις των δύο κατηγοριών εναλλάσσονται με τυχαία σειρά μεταξύ τους. Τα υπό εξέταση υποκείμενα, χρησιμοποιώντας μία κλίμακα Lickert από το 1 («Ποτέ») έως και το 5 («Πάντα»), απαντούν με βάση το πόσο συχνά βρίσκονται στη συναισθηματική κατάσταση που περιγράφει η κάθε πρόταση-δήλωση. Η πρωτότυπη έκδοση του ερωτηματολογίου είναι γραμμένη στην ολλανδική γλώσσα. Παράλληλα, οι δημιουργοί του παραθέτουν στο σχετικό άρθρο και την αγγλική εκδοχή του. Όσον αφορά τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου, στην αρχική εκδοχή ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας α Cronbach είναι 0,89 και 0,93 για την ενοχή και την ντροπή αντίστοιχα. Σύμφωνα με τους ερευνητές το αρχικό ερωτηματολόγιο παρουσιάζει, επίσης, φαινομενική, συγκλίνουσα και διακριτή εγκυρότητα.

Αναλυτικότερα, για την επίτευξη του σκοπού της συγκεκριμένη έρευνας το παραπάνω ερωτηματολόγιο χρειάστηκε να αποδοθεί με ακρίβεια στα ελληνικά, προκειμένου να είναι κατανοητό στο υπό μελέτη δείγμα. Προτού εκκινήσει η συλλογή δεδομένων, το ερωτηματολόγιο μετατράπηκε σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε να διανεμηθεί διαδικτυακά. Σε αυτό προστέθηκε ένα επιπλέον πεδίο όπου οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν ορισμένα δημογραφικά στοιχεία (π.χ. φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο), τα οποία ήταν καίριας σημασίας για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται στο παράρτημα.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι το εν λόγω ερωτηματολόγιο, αν και απευθύνεται σε εφήβους 12-21 χρονών, στην παρούσα μελέτη χορηγήθηκε σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα συμμετεχόντων και συγκεκριμένα σε άτομα ηλικίας από 18 έως 60 ετών και

άνω. Αρχικά, διενεργήθηκε πιλοτικά μία δειγματοληπτική μελέτη μικρής κλίμακας για να εντοπιστούν τυχόν ασάφειες στις προτάσεις-δηλώσεις του ερωτηματολογίου και να αποφευχθούν πιθανές παρανοήσεις κι έπειτα ακολούθησε η κύρια έρευνα. Οι συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας α Cronbach, που παρουσιάζονται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο, επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ανεξάρτητα από την ηλικία των συμμετεχόντων.

3.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Κατόπιν επικοινωνίας της ερευνήτριας με επαγγελματίες ψυχικής υγείας του νομού Αττικής, το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε απ' αυτούς τόσο σε θεραπευόμενους τους που πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής, όσο και σε συναδέλφους τους με σκοπό την αναδιανομή του. Επίσης, διαμέσου των μέσων κοινωνικής δικτύωσης αναρτήθηκε και διαμοιράστηκε σε ευρέως διαδεδομένες ιστοσελίδες ή ομάδες σχετικές με την ψυχολογία, που έχουν καθημερινά υψηλή επισκεψιμότητα. Μοναδικά προαπαιτούμενα για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ο υπερσύνδεσμος που οδηγεί σε αυτό και η ύπαρξη ηλεκτρονικής συσκευής με σύνδεση στο διαδίκτυο. Οι συμμετέχοντες στον δικό τους χρόνο αρχικά συμπλήρωναν κάποια δημογραφικά στοιχεία που τους ζητούνταν (όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο σπουδών) και μετέπειτα απαντούσαν στις δέκα δηλώσεις (statements) του ερωτηματολογίου, επιλέγοντας την απάντηση που τους ταιριάζει μέσω μιας κλίμακας 5 διαβαθμίσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο προλογίζεται από μία συνοδευτική επιστολή στην οποία αναφέρεται ρητά ο επιστημονικός σκοπός της έρευνας και τονίζεται ότι διαφυλάσσεται πλήρως η ανωνυμία των συμμετεχόντων, προκειμένου να διασφαλιστεί η ειλικρίνεια των απαντήσεών τους. Όσον αφορά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, αυτή εκτιμάται περίπου στα 5-10 λεπτά.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Προκειμένου να ελεγχθούν οι ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν πριν την έναρξη της παρούσας μελέτης και έχοντας λάβει υπόψη τον σκοπό και τους περιορισμούς της, κρίθηκε δόκιμο να πραγματοποιηθούν οι ακόλουθες στατιστικές αναλύσεις στις απαντήσεις του δείγματος:

- i. Δείκτες περιγραφικής στατιστικής (descriptive statistics), όπως η μέση τιμή (M), η τυπική απόκλιση (SD), η ελάχιστη (minimum) και η μέγιστη (maximum) τιμή,
- ii. Ο συντελεστής α του Cronbach για την μέτρηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου,

- iii. Ο δείκτης συσχέτισης r του Pearson (Pearson r correlation), για τον εντοπισμό συσχετίσεων ανάμεσα στις εξεταζόμενες μεταβλητές,
- iv. Η μέθοδος t -ανεξάρτητων δοκιμών (independent sample t -tests), για την μέτρηση των διαφορών μεταξύ των ομάδων [μέσες τιμές (M), τυπικές αποκλίσεις (SD), t -τιμές (t -values) και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p)].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δείκτες περιγραφικής στατιστικής

Στον πίνακα 4.1.1. απεικονίζονται η μέση τιμή (M), η τυπική απόκλιση (SD) και το μέγεθος του δείγματος (N) των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες σε καθεμία από τις δέκα δηλώσεις (statements) του ερωτηματολογίου.

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.1. Μέση τιμή (M), τυπική απόκλιση (SD), μέγεθος δείγματος (N) σε καθεμία από τις δηλώσεις (statements) του ερωτηματολογίου</i>			
	M	STD	N
Αισθάνομαι νευρικός, επειδή νομίζω ότι ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει προβλήματα εξαιτίας μου.	2,56	1,259	200
Όταν βρίσκομαι στο σπίτι με φίλους ή γνωστούς, ντρέπομαι για τον ψυχικά ασθενή γονέα μου.	2,73	1,370	200
Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, θέλω να κρυφτώ.	2,60	1,378	200
Αισθάνομαι άσχημα, επειδή νομίζω πως ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει προβλήματα εξαιτίας μου.	2,42	1,331	200
Όταν βρίσκομαι στο σπίτι με φίλους ή γνωστούς, και ο ψυχικά ασθενής γονέας μου είναι παρών, θέλω να "ανοίξει η γη και να με καταπιεί".	2,56	1,388	200
Όταν ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει μια κακή μέρα, έχω την αίσθηση ότι έκανα κάτι λάθος.	2,64	1,334	200
Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, προσπαθώ να αποφεύγω την επαφή με άλλα άτομα, επειδή ντρέπομαι.	2,66	1,441	200
Νιώθω ένοχος/η που προκάλεσα τα προβλήματα του ψυχικά ασθενή γονέα μου.	2,26	1,401	200
Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, αισθάνομαι ντροπή γι' αυτόν/ή.	2,58	1,398	200
Όταν ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει μια κακή μέρα, νιώθω νευρικός επειδή νομίζω ότι είναι εξαιτίας μου.	2,50	1,352	200

Στον πίνακα 4.1.2. απεικονίζεται η κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων των απαντήσεων που αφορούν την ενοχή ανά βαθμίδα της κλίμακας Lickert του ερωτηματολογίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.2. Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων των απαντήσεων που αφορούν την ενοχή ανά βαθμίδα της κλίμακας Lickert του ερωτηματολογίου

Δηλώσεις	Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων (απόλυτη τιμή & ποσοστό)				
	Ποτέ (1)	Σχεδόν ποτέ (2)	Μερικές φορές (3)	Σχεδόν πάντα (4)	Πάντα (5)
Αισθάνομαι νευρικός, επειδή νομίζω ότι ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει προβλήματα εξαιτίας μου.	59 (29,5%)	28 (14%)	73 (36,5%)	23 (11,5%)	17 (8,5%)
Αισθάνομαι άσχημα, επειδή νομίζω πως ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει προβλήματα εξαιτίας μου.	70 (35%)	38 (19%)	50 (25%)	22 (11%)	20 (10%)
Όταν ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει μια κακή μέρα, έχω την αίσθηση ότι έκανα κάτι λάθος.	56 (28%)	37 (18,5%)	51 (25,5%)	35(17,5%)	21 (10,5%)
Νιώθω ένοχος/η που προκάλεσα τα προβλήματα του ψυχικά ασθενή γονέα μου.	91 (45,5%)	31 (15,5%)	33 (16,5%)	25 (12,5%)	20 (10%)
Όταν ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει μια κακή μέρα, νιώθω νευρικός επειδή νομίζω ότι είναι εξαιτίας μου.	66 (33%)	37 (18,5%)	50 (25%)	25 (12,5%)	22 (11%)
Συνολικό ποσοστό/ βαθμίδα:	34,2%	17,1%	25,7%	13%	10%

Στον πίνακα 4.1.3. απεικονίζεται η κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων των απαντήσεων που αφορούν την ενοχή ανά βαθμίδα της κλίμακας Lickert του ερωτηματολογίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1.3. Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων των απαντήσεων που αφορούν την ντροπή ανά βαθμίδα της κλίμακας Lickert του ερωτηματολογίου

Δηλώσεις	Κατανομή συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων (απόλυτη τιμή & ποσοστό)				
	Ποτέ (1)	Σχεδόν ποτέ (2)	Μερικές φορές (3)	Σχεδόν πάντα (4)	Πάντα (5)
Όταν βρίσκομαι στο σπίτι με φίλους ή γνωστούς, ντρέπομαι για τον ψυχικά ασθενή γονέα μου.	55 (27,5%)	30 (15%)	55 (27,5%)	34 (17%)	26 (13%)
Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, θέλω να κρυφτώ.	63 (31,5%)	33 (16,5%)	48 (24%)	33 (16,5%)	23 (11,5%)
Όταν βρίσκομαι στο σπίτι με φίλους ή γνωστούς, και ο ψυχικά ασθενής γονέας μου είναι παρών, θέλω να "ανοίξει η γη και να με καταπιεί".	67 (33,5%)	31 (15,5%)	50 (25%)	28 (14%)	24 (12%)
Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, προσπαθώ να αποφεύγω την επαφή με άλλα άτομα, επειδή ντρέπομαι.	67 (33,5%)	23 (11,5%)	51 (25,5%)	30 (15%)	29 (14,5%)
Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, αισθάνομαι ντροπή γι' αυτόν/ή.	66 (33%)	33 (16,5%)	45 (22,5%)	32 (16%)	24 (12%)
Συνολικό ποσοστό/ βαθμίδα:	31,8%	15%	24,9%	15,7%	12,6%

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης στατιστικής ανάλυσης με το λογισμικό SPSS, χρειάστηκε να ανατεθεί σε κάθε συμμετέχοντα ένα σκορ για το συναίσθημα της ενοχής κι ένα σκορ για το συναίσθημα της ντροπής. Αναλυτικότερα, για την ανάθεση του σκορ της ενοχής σε κάθε συμμετέχοντα συλλέχθηκαν οι απαντήσεις του στις πέντε ερωτήσεις που αφορούν την ενοχή και κατόπιν υπολογίστηκε ο μέσος όρος τους. Όμοια, για την ανάθεση του σκορ της ντροπής σε κάθε συμμετέχοντα συλλέχθηκαν οι απαντήσεις του στις πέντε ερωτήσεις που αφορούν την ντροπή και έπειτα υπολογίστηκε ο μέσος όρος τους. Τέλος, για τον υπολογισμό του συνολικού σκορ της ενοχής (για το σύνολο του δείγματος) αθροίστηκαν όλοι οι μέσοι όροι ανά συμμετέχοντα και διαιρέθηκαν με το πλήθος τους. Αντίστοιχα, η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και για τον υπολογισμό του συνολικού σκορ της ντροπής. Στον πίνακα 4.1.4. απεικονίζονται η μέση τιμή (M), η τυπική απόκλιση (SD), η μέγιστη (max) και η ελάχιστη τιμή (min) στις μεταβλητές της ενοχής και της ντροπής του ερωτηματολογίου.

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.142. Μέση τιμή (M), τυπική απόκλιση (SD), μέγιστη (max) και ελάχιστη (min) τιμή των μεταβλητών της ενοχής και ντροπής του ερωτηματολογίου</i>				
	M	STD	MIN	MAX
Ενοχή	2,475	1,2620	1,0	5,0
Ντροπή	2,623	1,3250	1,0	5,0

4.2 Συντελεστής αξιοπιστίας (Cronbach's α)

Για την μέτρηση της εσωτερικής συνέπειας του ερωτηματολογίου αξιοποιήθηκε ο συντελεστής α του Cronbach, μία τεχνική που ελέγχει την αξιοπιστία σε ερωτηματολόγια όπου η κλίμακα διαβάθμισης των απαντήσεων είναι τουλάχιστον τριβάθμια (Iseris, 2016). Στον πίνακα 4.2.1. παρουσιάζονται οι δείκτες αξιοπιστίας για κάθε έναν παράγοντα ξεχωριστά, αλλά και συνολικά. Συγκεκριμένα, κατά τον έλεγχο αξιοπιστίας για το συναίσθημα της ενοχής βρέθηκε ότι $\alpha=0,97$ και παρομοίως για το συναίσθημα της ντροπής $\alpha=0,973$. Συνολικά, ο δείκτης αξιοπιστίας και για τους δύο παράγοντες βρέθηκε $\alpha=0,963$. Άρα, δεδομένου ότι όλες οι τιμές του συντελεστή είναι υψηλές ($\alpha > 0,70$), επιβεβαιώνεται η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως όσες φορές κι αν επαναλάβουμε το ερωτηματολόγιο θα λάβουμε παρόμοια αποτελέσματα (Iseris, 2016; Παπαϊωάννου και συν., 2016).

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2.1. Δείκτες αξιοπιστίας (Cronbach's α) του ερωτηματολογίου ενοχής και ντροπής</i>	
	Cronbach's Alpha
Συναίσθημα ντροπής	,973
Συναίσθημα ενοχής	,970
Συνολικά	,963

4.3 Συσχετίσεις παραγόντων

4.3.1 Αλληλοσυσχετίσεις (pearson r) μεταξύ των μεταβλητών ενοχής και ντροπής του ερωτηματολογίου

Στον πίνακα 4.3.1. απεικονίζονται οι αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων ενοχής και ντροπής του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής κατά pearson r. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, παρουσιάζεται υψηλή συνάφεια θετικής κατεύθυνσης ανάμεσα στο συναίσθημα της ενοχής και το συναίσθημα της ντροπής, όπου $r=0,678$, $p<0,01$. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες που μετρήθηκε ότι αισθάνονται ντροπή, αισθάνονται παράλληλα και ενοχή.

	Ντροπή	Ενοχή
Ντροπή	1	,678**
Ενοχή	,678**	1

** $p < 0,01$

4.3.2 Συσχετίσεις (pearson r) ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης στατιστικής ανάλυσης χρειάστηκε οι τιμές της κατηγορικής μεταβλητής των βαθμίδων εκπαίδευσης που υπάρχουν στο ερωτηματολόγιο να ομαδοποιηθούν και να μετονομαστούν ως εξής: α) Ανώτερη Εκπαίδευση, όπου περιλαμβάνονται η δευτεροβάθμια και η μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση και β) Ανώτατη Εκπαίδευση, όπου λογίζεται η τριτοβάθμια εκπαίδευση. Προκειμένου να υπολογιστούν οι συντελεστές συσχέτισης στο λογισμικό SPSS, η κατηγορική μεταβλητή που αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων κωδικοποιήθηκε σε αριθμητική. Πιο συγκεκριμένα, όλες οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν και εμπίπτουν στην κατηγορία «Ανώτατη Εκπαίδευση» αντιστοιχίστηκαν με την τιμή 1, ενώ οι υπόλοιπες που ανήκουν στην κατηγορία «Ανώτερη Εκπαίδευση» αντιστοιχίστηκαν με την τιμή 2. Στον πίνακα 4.3.2. αποτυπώνονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής. Όπως φαίνεται από τον πίνακα, τόσο το συναίσθημα της ενοχής ($r=0,420$, $p<0,01$) όσο και το συναίσθημα της ντροπής ($r=0,367$, $p<0,01$) παρουσιάζουν μέτρια συσχέτιση θετικής κατεύθυνσης.

	Μορφωτικό επίπεδο
Μορφωτικό επίπεδο	1
Ντροπή	,367**
Ενοχή	,420**
** $p < 0.01$	

4.3.3 Συσχετίσεις (pearson r) ανάμεσα στον τόπο ανατροφής και στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής

Προκειμένου να υπολογιστούν οι συντελεστές συσχέτισης στο λογισμικό SPSS, η κατηγορική μεταβλητή που αφορά τον τόπο που μεγάλωσαν οι συμμετέχοντες κωδικοποιήθηκε σε αριθμητική. Πιο συγκεκριμένα, όλες οι απαντήσεις που αφορούν τη μεγαλούπολη αντιστοιχήθηκαν με την τιμή 1, ενώ οι υπόλοιπες που αφορούν τη μικρή πόλη, την κωμόπολη ή το χωριό αντιστοιχήθηκαν με την τιμή 2. Στον πίνακα 4.3.3. αποτυπώνονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στον τόπο που μεγάλωσαν οι συμμετέχοντες και στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής. Με βάση τον πίνακα φαίνεται ότι τόσο το συναίσθημα της ενοχής ($r=0,291$, $p<0,01$) όσο και το συναίσθημα της ντροπής ($r=0,273$, $p<0,01$) παρουσιάζουν ήπια συσχέτιση θετικής κατεύθυνσης με τον τόπο ανατροφής των συμμετεχόντων.

	Τόπος που μεγάλωσαν
Τόπος που μεγάλωσαν	1
Ντροπή	,273**
Ενοχή	,291**

** $p < 0.01$

4.4 Διαφορές ομάδων

4.4.1. Διαφορές μεταξύ των ατόμων που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση και των ατόμων που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση ως προς τους παράγοντες της ενοχής και της ντροπής

Στον πίνακα 4.4.1. απεικονίζονται οι μέσες τιμές (M), οι τυπικές αποκλίσεις (SD) και οι διαφορές (t-τιμές) στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής μεταξύ των ατόμων που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση και των ατόμων που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα δείχνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών και στους δύο παράγοντες με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $P < 0,05$ με τα άτομα με ανώτερο επίπεδο σπουδών να παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές (M) τόσο ως προς τον παράγοντα της ενοχής όσο και ως προς τον παράγοντα της ντροπής.

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4.1. Μέσες τιμές (M), τυπικές αποκλίσεις (SD) και διαφορές (t-τιμές) στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής μεταξύ ατόμων που έχουν λάβει ανώτερη εκπαίδευση και ατόμων που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση</i>			
	Άτομα με ανώτερο επίπεδο σπουδών	Άτομα με ανώτατο επίπεδο σπουδών	t
	M (SD)	M (SD)	
Ενοχή	3,15 (1,436)	2,06 (0,929)	5.894
Ντροπή	3,24 (1,404)	2,24 (1,120)	5.257

4.4.2. Διαφορές μεταξύ των ατόμων που μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη και των ατόμων που μεγάλωσαν σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό ως προς τους παράγοντες της ενοχής και της ντροπής

Στον πίνακα 4.4.2. απεικονίζονται οι μέσες τιμές (M), οι τυπικές αποκλίσεις (SD) και οι διαφορές (t-τιμές) στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής μεταξύ των ατόμων που μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη και των ατόμων που μεγάλωσαν σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό. Τα αποτελέσματα δείχνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών και στους δύο παράγοντες με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $P < 0,05$ με τα άτομα που έχουν μεγαλώσει σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό να παρουσιάζουν υψηλότερες μέσες τιμές (M) τόσο ως προς τον παράγοντα της ενοχής όσο και ως προς τον παράγοντα της ντροπής.

<i>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4.2. Μέσες τιμές (M), τυπικές αποκλίσεις (SD) και διαφορές (t-τιμές) στους παράγοντες του Ερωτηματολογίου Ενοχής και Ντροπής μεταξύ ατόμων που μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη και ατόμων που μεγάλωσαν σε μικρή πόλη, κωμόπολη ή χωριό</i>			
	Άτομα που μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη M (SD)	Άτομα που δε μεγάλωσαν σε μεγαλούπολη M (SD)	t
Ενοχή	2,19 (1,08)	2,95 (1,39)	4.008
Ντροπή	2,34 (1,169)	3,09 (1,44)	3.769

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να διερευνήσει την επίδραση των ψυχικών διαταραχών των γονέων στα ενήλικα τέκνα τους. Συγκεκριμένα, εξετάζει εάν τα παιδιά που έχουν τουλάχιστον έναν ψυχικά ασθενή γονέα βιώνουν στην ενήλικη ζωή τους συναισθήματα ενοχής και ντροπής. Πέρα απ' αυτό, μελετά εάν και κατά πόσον τα εν λόγω συναισθήματα διαφοροποιούνται ανάλογα με το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων και τον τρόπο που αυτοί μεγάλωσαν. Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας χορηγήθηκε το Ερωτηματολόγιο Ενοχής και Ντροπής (Guilt & Shame Questionnaire) σε 200 άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω, τα οποία είναι συνάμα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων.

Όσον αφορά την πρώτη ερευνητική υπόθεση μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές των γονέων και στην εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής στα ενήλικα παιδιά τους. Με βάση τα ερευνητικά δεδομένα που συλλέχθηκαν προκύπτει ότι η ψυχική διαταραχή των γονέων δε σχετίζεται σημαντικά με την παρουσία συναισθήματος ενοχής στα τέκνα τους. Η διαπίστωση αυτή προέρχεται από την άνιση κατανομή των απαντήσεων του δείγματος στην κλίμακα Lickert του ερωτηματολογίου, καθιστώντας τα αποτελέσματα ως προς το συναίσθημα της ενοχής ασαφή. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ασυμφωνία εντός του δείγματος, καθώς το 51,3% των συμμετεχόντων δήλωσε «Ποτέ» ή «Σχεδόν ποτέ» στις προτάσεις που αφορούν την ενοχή, ενώ οι υπόλοιπες απαντήσεις (48,7%) κυμάνθηκαν μεταξύ των επιλογών «Μερικές φορές» έως «Πάντα». Εξίσου αντικρουόμενα είναι και τα αποτελέσματα μεταξύ προηγούμενων ερευνών. Αναλυτικότερα, αρκετοί ερευνητές έχουν συνδέσει την ενοχή σε παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων με τη διαταραχή των γονιών τους (Cooklin, 2006; Gladstone et al., 2011; Källquist, & Salzmänn-Erikson, 2019). Άλλοι, πάλι, ισχυρίζονται ότι τα ενήλικα παιδιά σπανίως αισθάνονται ενοχές, γιατί όσο αυξάνεται η ηλικία τους τόσο αυξάνεται και το επίπεδο κατανόησης κι ενσυναίσθησής τους προς τους ψυχικά ασθενείς γονείς τους (Bosch et al., 2020). Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι αν και οι απαντήσεις στη συγκεκριμένη μελέτη διανέμονται άνισα, τα μεγαλύτερα ποσοστά ανά βαθμό εντοπίζονται στην επιλογή 1, που αντιστοιχεί στη δήλωση «Ποτέ». Η παρατήρηση αυτή φανερώνει την ισχυρή τάση των συμμετεχόντων να μην αναπτύσσουν ενοχικά συναισθήματα, παρά την ψυχική κατάσταση των γονιών τους.

Σχετικά με τη δεύτερη ερευνητική υπόθεση διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στις ψυχικές διαταραχές των γονέων και στην εκδήλωση συναισθημάτων ντροπής στα ενήλικα παιδιά τους. Παρομοίως με τα αποτελέσματα της προηγούμενης ερευνητικής υπόθεσης, οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι ψυχικές ασθένειες των γονέων εμφανίζουν ήπια συσχέτιση με τα συναισθήματα ντροπής των ενήλικων τέκνων τους. Το αποτέλεσμα αυτό προέκυψε, επίσης, από την ανισοκατανομή των απαντήσεων του δείγματος στην κλίμακα Lickert του ερωτηματολογίου. Για ακόμη μία φορά, τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι ξεκάθαρα, καθώς το 46,8% των συμμετεχόντων απάντησε «Ποτέ» ή «Σχεδόν ποτέ» στις δηλώσεις που αφορούν την ντροπή, ενώ το υπόλοιπο 53,2% κυμάνθηκε μεταξύ των απαντήσεων «Μερικές φορές», «Σχεδόν πάντα» και «Πάντα» με τους μισούς σχεδόν να έχουν απαντήσει «Μερικές φορές». Τα ευρήματα αυτά αντικατοπτρίζουν την αντιφατικότητα που συναντάται στα συμπεράσματα προγενέστερων ερευνών. Για παράδειγμα, η έρευνα των Gladstone et al. (2011) υποστηρίζει ότι τα παιδιά των ψυχικά ασθενών γονέων συχνά αποφεύγουν να βγαίνουν μαζί τους γιατί ανησυχούν μήπως τα ντροπιάσουν. Ακόμη, οι Källquist & Salzman-Erikson (2019) ισχυρίζονται ότι τα τέκνα γονιών που έχουν διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή ντρέπονται για την παράλογη συμπεριφορά τους. Αντιθέτως, η έρευνα των Economou et al. (2009) έδειξε ότι οι περισσότεροι Έλληνες δε θα ένιωθαν ντροπή εάν κάποιο πρόσωπο της οικογένειάς τους είχε διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή. Εντούτοις, δε θα μπορούσε να παραλειφθεί ότι και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (31,8%) έχει απαντήσει «Ποτέ», χωρίς αυτό να αναιρεί όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Στη συνέχεια, εξετάστηκαν οι διαφορές με βάση τον τόπο ανατροφής και το επίπεδο σπουδών. Ως προς την τρίτη ερευνητική υπόθεση, παρατηρήθηκαν εμφανείς διαφοροποιήσεις στις μέσες τιμές που φανερώνουν αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου σπουδών και της εκδήλωσης συναισθημάτων ενοχής και ντροπής. Ειδικότερα, τα άτομα που έχουν λάβει ανώτατη εκπαίδευση, δηλαδή είναι κάτοχοι πτυχίου ή ανώτερου διπλώματος από έγκριτα πανεπιστημιακά ιδρύματα, βιώνουν αισθητά λιγότερο συναισθήματα ενοχής και ντροπής συγκριτικά με τα υποκείμενα του δείγματος που έχουν φοιτήσει μέχρι τη δευτεροβάθμια ή μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση. Αυτό σημαίνει ότι, όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων τόσο μειώνονται τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής. Από αρκετούς ερευνητές η θετική στάση των μορφωμένων ανθρώπων απέναντι στους ψυχικά ασθενείς έχει συνδεθεί με τη σωστή ενημέρωση σχετικά με ζητήματα ψυχικής υγείας (Economou et al., 2008; Κουτρελάκος, 1984; Οικονόμου και συν., 2020). Επομένως, τα παιδιά με χαμηλή μόρφωση είναι ενδεχομένως πιο ευάλωτα συναισθηματικά από εκείνα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, με

αποτέλεσμα να επηρεάζονται πιο εύκολα από τα στρεσογόνα ερεθίσματα του περιβάλλοντός τους.

Αναφορικά με την τελευταία ερευνητική υπόθεση, οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν πως ως προς την ενοχή και την ντροπή οι μέσες τιμές του συνολικού δείγματος διαφοροποιούνται από τις μέσες τιμές των συμμετεχόντων ανά τόπο, γεγονός που υποδηλώνει ήπια συσχέτιση επιβεβαιώνοντας έτσι τη συγκεκριμένη ερευνητική υπόθεση. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε πως τόσο τα συναισθήματα ενοχής όσο και ντροπής είναι πιο έντονα στα άτομα που έχουν μεγαλώσει στην επαρχία σε σύγκριση με όσα έχουν ζήσει σε μεγαλούπολη. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε προηγούμενες μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών είναι συχνότερα αρνητικά προδιατεθειμένοι και προκατειλημμένοι προς τους ψυχικά πάσχοντες σε σχέση με τους κατοίκους των αστικών περιοχών (Οικονόμου και συν., 2020; Townley et al., 2017). Αυτό ενδέχεται να συμβαίνει επειδή οι κοινωνίες στις μικρές πόλεις, τις κωμοπόλεις και τα χωριά είναι κλειστές και συχνά προωθούν την ομοιογένεια και τον κομορμισμό ακολουθώντας δικές τους νόρμες, με αποτέλεσμα να μεγθύνονται ακόμη περισσότερο τα ήδη υπάρχοντα στερεότυπα και προκαταλήψεις (Schroeder et al., 2021). Μια άλλη ερμηνεία πιθανότα είναι ότι οι άνθρωποι που μεγαλώνουν και ζουν σε επαρχιακές περιοχές έχουν άγνοια για θέματα ψυχικής υγείας και κατ' επέκταση δυσκολεύονται να αποδεχτούν καθετί που στα μάτια τους φαντάζει «διαφορετικό» (Robinson et al., 2012).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι το συναίσθημα της ντροπής εμφανίζεται ελαφρώς συχνότερα από την ενοχή τόσο στο συνολικό δείγμα ($M=2,623 > M=2,475$), όσο και στις υπόλοιπες υπό εξέταση περιπτώσεις. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στις μικρές διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται στην κατανομή των ποσοστών στις απαντήσεις μεταξύ των δύο συναισθημάτων, αφού στις δηλώσεις που μετρούν την ντροπή παρατηρείται ότι λίγο περισσότερα άτομα έχουν απαντήσει «Σχεδόν πάντα» ή «Πάντα». Συνεπώς, τα υποκείμενα της μελέτης αισθάνονται συνολικά λίγο πιο συχνά ντροπή απ' ότι ενοχή ανεξάρτητα από πιθανούς παράγοντες επίδρασης όπως ο τόπος κατοικίας και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο.

5.2 Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν οι επιπτώσεις των γονικών ψυχικών διαταραχών στη συναισθηματική κατάσταση των παιδιών. Ειδικότερα, μελετήθηκε εάν και σε τι βαθμό οι ψυχικές ασθένειες των γονέων προκαλούν την εμφάνιση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής στα ενήλικα παιδιά τους. Το δείγμα της εν λόγω έρευνας αποτέλεσαν 200 άτομα, παιδιά γονέων

με ψυχικές ασθένειες, από 18 ετών και άνω. Για τη συλλογή των δεδομένων αξιοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Ενοχής και Ντροπής, ελαφρώς αναδιαμορφωμένο (Bosch et al., 2020). Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψαν αρκετά ευρήματα, που αναδεικνύουν τη σύνθετη αλληλεπίδραση οικογενειακών, περιβαλλοντικών και ατομικών παραγόντων στην εκδήλωση των παραπάνω συναισθημάτων.

Πρώτα απ' όλα, διαπιστώθηκε η αλληλοσυσχέτιση μεταξύ των συναισθημάτων ενοχής και ντροπής με την ντροπή να παρουσιάζεται κατά τι συχνότερα στο συνολικό δείγμα. Η σύνδεση των δύο συναισθημάτων συνεπάγεται συνήθως την από κοινού τους εμφάνιση. Άρα, προκύπτει ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν ενοχικά συναισθήματα αισθάνονται συνάμα ντροπή και αντιστρόφως, γιατί τα αλληλένδετα αυτά συναισθήματα πυροδοτούν το ένα το άλλο. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας εντοπίζονται ελάχιστα υψηλότερα ποσοστά ντροπής απ' ότι ενοχής.

Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι τα συναισθήματα των συμμετεχόντων δίστανται, καθώς η κατανομή των απαντήσεών τους είναι άνιση. Από τη μία πλευρά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες βιώνουν ελάχιστα έως καθόλου ντροπή και δη ενοχή. Από την άλλη πλευρά, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αποκαλύπτουν ότι σχεδόν ένα στα δύο παιδιά έχει αισθανθεί τουλάχιστον κάποιες φορές στη ζωή του ντροπή κι ενοχή εξαιτίας της ψυχικής διαταραχής του γονέα του. Επομένως, αυτή η ανομοιομορφία των αποτελεσμάτων αφενός υπογραμμίζει τον διχασμό στις απόψεις των συμμετεχόντων κι αφετέρου φωτίζει τη μοναδικότητα κάθε ανθρώπου ως προς τη διαχείριση προκλήσεων, επισημαίνοντας την ανάγκη για εξατομικευμένες παρεμβάσεις και στρατηγικές υποστήριξης.

Εν συνεχεία, μελετήθηκε ο ρόλος της γεωγραφικής περιοχής στην εμφάνιση συναισθημάτων ντροπής κι ενοχής. Στην προκειμένη περίπτωση τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια. Συγκεκριμένα, οι αναλύσεις των ερευνητικών δεδομένων που συλλέχθηκαν οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα ενήλικα παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων που μεγάλωσαν σε μη αστικές ή αγροτικές περιοχές φαίνεται να εκδηλώνουν σε υψηλότερη συχνότητα συναισθήματα ενοχής και ντροπής σε σύγκριση με εκείνα που μεγάλωσαν σε αστικά περιβάλλοντα. Το πόρισμα αυτό μπορεί να αποδοθεί σε παράγοντες, όπως ο κοινωνικός στιγματισμός, η περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες ή υπηρεσίες και τα εκάστοτε πολιτισμικά πρότυπα γύρω από την ψυχική ασθένεια, οι οποίοι είναι περισσότερο εμφανείς στις αγροτικές περιοχές.

Τέλος, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει τον προληπτικό ρόλο της μόρφωσης στην ανάπτυξη συναισθημάτων ενοχής και ντροπής. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με μικρή συχνότητα εμφάνισης συναισθημάτων ενοχής και ντροπής. Με άλλα λόγια, τεκμαίρεται ότι όσο πιο μορφωμένα είναι τα παιδιά που έχουν γονέα/γονείς με ψυχική διαταραχή, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να νιώσουν ντροπή και ενοχή ως ενήλικες συγκριτικά με τα παιδιά που έχουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Συνεπώς, ο αρνητικός αντίκτυπος των γονικών ψυχικών διαταραχών μπορεί να αντισταθμιστεί με την έγκυρη πληροφόρηση, την προσωπική ενδυνάμωση και την ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας που επιτυγχάνονται μέσω της εκπαίδευσης.

Σε μια προσπάθεια ερμηνείας των παραπάνω συμπερασμάτων, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο γινόμαστε κοινωνοί σημαντικών κοινωνικών μεταβολών που αφορούν κρίσιμα ζητήματα που μέχρι πρότινος θεωρούνταν ταμπού. Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, τα καιρία αυτά θέματα επαναπροσδιορίζονται και προσεγγίζονται από νέα οπτική, όπως συνέβη πρόσφατα στη χώρα μας με την ψήφιση του νομοσχεδίου περί ισότητας στον πολιτικό γάμο των ομόφυλων ζευγαριών, ασκώντας άλλοτε ταχέως κι άλλοτε βαθμηδόν, επιρροή στην κοινή γνώμη. Στη μεταβατική περίοδο που βιώνουμε, όπου η μία αλλαγή διαδέχεται την άλλη, συντελούνται αλλαγές και σε θέματα σχετικά με την ψυχική υγεία. Η ανάδειξη, ολοένα και περισσότερο, των ζητημάτων ψυχικής υγείας και η συντονισμένη προσπάθεια για μείωση του κοινωνικού στίγματος προς τους ψυχικά πάσχοντες, ενδέχεται να έχει επιδράσει αισθητά στην ψυχολογία των άμεσα σχετιζόμενων. Κατά συνέπεια, η διχογνωμία που προκύπτει ως συμπέρασμα της συγκεκριμένης έρευνας ίσως να είναι εν μέρει απόρροια των διαρκώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών αντιλήψεων.

Καθώς οι κοινωνικές στάσεις συνεχίζουν να εξελίσσονται, είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις και τα προγράμματα υποστήριξης να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και να αντιμετωπίζουν τις αναδυόμενες προκλήσεις επιτυχώς με μοναδικό σκοπό την ευημερία των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους. Παραμένοντας συντονισμένοι σε αυτές τις κοινωνικές αλλαγές, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να σχεδιαστούν στρατηγικές παρέμβασης εστιασμένες σε κάθε βαθμίδα εκπαίδευσης με στόχο την έγκαιρη και ορθή ενημέρωση των παιδιών για τις ψυχικές διαταραχές στο σχολείο, ώστε να αποφευχθούν μελλοντικά στιγματιστικές συμπεριφορές. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω κρίνεται αναγκαία η διοργάνωση και η πραγματοποίηση περισσότερων εκστρατειών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σε σχέση με θέματα ψυχικής υγείας στις επαρχιακές κοινωνίες αποσκοπώντας στη σταδιακή

άρση τυχόν προκαταλήψεων και στην μακροπρόθεσμη καλλιέργεια ενσυναίσθησης κι αποδοχής. Η εξάλειψη του στίγματος δύναται να οικοδομήσει, εν καιρώ, ένα υποστηρικτικό και χωρίς αποκλεισμούς περιβάλλον, το οποίο θα ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των άμεσα σχετιζόμενων με θέματα ψυχικής υγείας ατόμων και θα προάγει ένα θετικό κλίμα, όπου τόσο οι ψυχικά ασθενείς όσο και οι δικοί τους άνθρωποι (π.χ. παιδιά) θα αισθάνονται άνετα να αναζητήσουν βοήθεια και στήριξη από ειδικά καταρτισμένους επαγγελματίες.

5.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η ολοκλήρωση της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας εγείρει αρκετά ερωτήματα τα οποία χρήζουν περαιτέρω μελέτης από μελλοντικές έρευνες. Αρχικά, κρίνεται σημαντικό επόμενες έρευνες να βασιστούν σε μεγαλύτερο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού προκειμένου να αποσαφηνιστούν τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας και να εξαχθούν με ασφάλεια γενικότερα συμπεράσματα. Επιπροσθέτως, το ερωτηματολόγιο ενοχής και ντροπής θα είχε ενδιαφέρον να χορηγηθεί στην Ελλάδα σε αντίστοιχο αριθμό ανήλικων τέκνων, ώστε να ακολουθήσει συγκριτική μελέτη με βάση την ηλικία.

Ακόμη, θα ήταν ωφέλιμο να χρησιμοποιηθεί το παρόν ερωτηματολόγιο συνδυαστικά με άλλα ερωτηματολόγια, που ανιχνεύουν διαφορετικά συναισθήματα, με στόχο την πληρέστερη διερεύνηση της συναισθηματικής κατάστασης των παιδιών με ψυχικά ασθενείς γονείς. Πέρα από ποσοτικές μεθόδους προτείνεται, επίσης, η αξιοποίηση ποιοτικών μεθόδων για τη συλλογή δεδομένων και ειδικότερα η διενέργεια συνεντεύξεων, ώστε να εξεταστούν εις βάθος όλα τα πιθανά συναισθήματα των παιδιών και κατ' επέκταση οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών των γονέων τους στην ενήλικη ζωή τους.

Επιπλέον, θα ήταν ενδιαφέρον σε μία επόμενη έρευνα να ζητηθεί από τους συμμετέχοντες να συμπληρώνουν το είδος της ψυχικής διαταραχής του/των γονέα/γονέων τους στο πεδίο των πληροφοριών, που προηγείται του ερωτηματολογίου ενοχής και ντροπής. Με αυτόν τον τρόπο, θα καταστεί δυνατό να αξιολογηθεί εάν και κατά πόσον το είδος της ψυχικής ασθένειας των γονιών διαδραματίζει ρόλο στην ανάπτυξη συναισθημάτων ενοχής και ντροπής στα παιδιά τους.

Σε μία μελλοντική έρευνα θα είχε αξία να συλλεχθούν ισόποσες απαντήσεις τόσο από παιδιά ψυχικά ασθενών γονέων που έχουν λάβει βοήθεια και υποστήριξη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και από παιδιά που δεν έχουν λάβει, με σκοπό να πραγματοποιηθεί συγκριτική

ανάλυση αποτελεσμάτων μέσω της οποίας θα εξεταστεί η συσχέτιση της ψυχολογικής υποστήριξης με την εκδήλωση συναισθημάτων ενοχής και ντροπής στα συγκεκριμένα παιδιά.

Τέλος, θα ήταν σημαντικό να μελετηθεί εάν ο βαθμός επιρροής των δημογραφικών παραγόντων διαφέρει από χώρα σε χώρα. Ενδεικτικά, θα μπορούσε να διερευνηθεί εάν το μορφωτικό επίπεδο διαδραματίζει εξίσου καίριο ρόλο στην ανάπτυξη συναισθημάτων ενοχής και ντροπής σε ενήλικα παιδιά που κατάγονται από σκανδιναβικές χώρες, όπως διαπιστώθηκε ότι συμβαίνει στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

<https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf>

Aneshensel, C. S., Phelan, J. C., & Bierman, A. (Eds.). (2013). *Handbook of the Sociology of Mental Health* (2nd ed.). Springer.

Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 51-54.

Barry, C. L., McGinty, E. E., Vernick, J. S., & Webster, D. W. (2013). After Newtown – Public opinion on gun policy and mental illness. *The New England Journal of Medicine*, 368(12), 1077-1081.

Bosch, A., van de Ven, M., & van Doesum, K. (2020). Development and validation of the guilt and shame questionnaire for adolescents of parents with a mental illness (GSQ-APMI). *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1147-1158.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsçh, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45, 11-27.

- Cooklin, A. (2006). Children of parents with mental illness. In L. Combrinck-Graham (Ed.), *Children in family contexts: Perspectives on treatment* (2nd ed., pp. 265-291). Guilford Press.
- Corrigan, P. W. (2000). Mental Health Stigma as Social Attribution: Implications for Research Methods and Attitude Change. *Clinical psychology: science and practice*, 7(1), 48-67.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Diaz-Caneja, A., & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers: A qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 472-482.
- Dobener, L. M., Stracke, M., Viehl, K., & Christiansen, H. (2022). Children of Parents With a Mental Illness – Stigma Questionnaire: Development and Piloting. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 2-16.
- 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.
- Ferguson, T. J., Stegge, H., Miller, E. R., & Olsen, M. E. (1999). Guilt, Shame, and Symptoms in Children. *Developmental psychology*, 35(2), 347-357.

- Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V., & McKeever, P. D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early intervention in psychiatry*, 5, 271–289.
- Harries, C. I., Smith, D. M., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). Parenting and serious mental illness (SMI): a systematic review and metasynthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26, 303–342.
- Iseris, G. (2016). Στατιστικές μέθοδοι ελέγχου εγκυρότητας και αξιοπιστίας ερωτηματολογίων. Η περίπτωση του CiGreece. *International Journal of Language, Translation and Intercultural Communication*, 5, 175–189.
- Jones, M., Pietilä, I., Joronen, K., Simpson, W., Gray, S., & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness – a qualitative study of identities and experiences with support services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 471–478.
- 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.
- Κουτρελάκος, Δ. (1984). Στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς στην Ελλάδα. *The Greek Review of Social Research*, 55, 21–45.
- Leijdesdorff, S., van Doesumb, K., Popmac, A., Klaassenc, R., & van Amelsvoorta, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current Opinion Psychiatry*, 30(4), 312-317.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39, 337-349.

- Mordoch, E., & Hall, W. A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research, 18*(8), 1127-1144.
- Nicholson, J., Sweeney, E. M., & Geller, J. L. (1998). Focus on Women: Mothers With Mental Illness: I. The Competing Demands of Parenting and Living With Mental Illness. *Psychiatric Services, 49*(5), 635-642.
- Οικονόμου, Μ. (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. *Τετράδια ψυχιατρικής, 102*, 19-26.
- Οικονόμου, Μ., Μπεχράκη, Α., & Χαρίτση, Μ. (2020). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας: Ιστορική αναδρομή και θεωρητική πλαισίωση. *Ψυχιατρική, 31*(1), 36-46.
- Παπαδάτος, Γ. (2010). Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων. Gutenberg.
- Παπαϊωάννου, Α., Ζουρμπάνος, Ν., & Μίνος, Γ. (2016). Εφαρμογές της Στατιστικής στις επιστήμες του Αθλητισμού και της Υγείας με την χρήση του SPSS. ΔΙΣΙΓΜΑ.
- Parkinson, A., Keddell, E., & Walker, P. (2021). Exploring Peer Support as a Strategy to Reduce Self-stigma for Marginalised Children of Parents with Mental Illness (COPMI). *The British Journal of Social Work, 51*(3), 849-868.
- Psychiatry online. (n.d.). *Previous Editions of DSM*. Retrieved December 29, 2023, from <https://dsm.psychiatryonline.org/dsmPreviousEditions>
- 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*, 1-14.

- Reupert, A., & Maybery, D. (2009). Fathers' experience of parenting with a mental illness. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 90(1), 61-68.
- Robinson, W. D., Springer, P. R., Bischoff, R., Geske, J., Backer, E., Olson, M., Jarzynka, K., & Swinton, J. (2012). Rural Experiences with Mental Illness: Through the Eyes of Patients and Their Families. *Families, Systems, & Health*, 30(4), 308-321.
- Salles, M. M., & Barros, S. (2009). The effect of mental illness on the activity of daily living: a challenge for mental health care. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 11-16.
- Sartorius, N. (2005). Stigma and discrimination because of schizophrenia: a summary of the WPA Global Programme Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. *World psychiatry*, 4(1), 11-15.
- Schacter, D. L., Gilbert, D. T., & Wegner, D. M. (2012). Ψυχολογία (Επιμ. Σ. Βοσνιάδου). Αθήνα: Gutenberg.
- Schroeder, S., Tan, C. M., Urlacher, B., & Heitkamp, T. (2021). The role of rural and urban geography and gender in community stigma around mental illness. *Health Education & Behavior*, 48(1), 63-73.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-493.
- Stewart, H., Jameson, J. P., & Curtin, L. (2015). The Relationship Between Stigma and Self-Reported Willingness to Use Mental Health Services Among Rural and Urban Older Adults. *Psychological Services*, 12(2), 141-148.

- Stuart, H., & Arboleda- Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(3), 245-252.
- Townley, G., Brusilovskiy, E., & Salzer, M. S. (2017). Urban and non-urban differences in community living and participation among individuals with serious mental illnesses. *Social Science & Medicine*, 177, 223-230.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2004). Putting the Self Into Self-Conscious Emotions: A Theoretical Model. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125.
- Tzouvara, V., & Papadopoulos, C. (2014). Public stigma towards mental illness in the Greek culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 931-938.
- Van der Ende, P. C., Van Busschbach, J. T., Nicholson, J., Korevaar, E. L., & Van Weeghel, J. (2016). Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 86-97.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*.
- World Health Organization. (2017). “Depression: let’s talk” says WHO, as depression tops list of causes of ill health. <https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- Ψυχολογία. (χ.χ.). Στη *Βικιπαίδεια*. Ανακτήθηκε στις 29-12-2023 από το διαδικτυακό τόπο: <https://el.wikipedia.org/w/index.php?title=%CE%A8%CF%85%CF%8%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF%CE%B1&oldid=10079366>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Ενοχής και Ντροπής

Παιδιά γονιών με ψυχική ασθένεια: Οι επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή.

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της μεταπτυχιακής μου έρευνας με θέμα "Παιδιά γονιών με ψυχική ασθένεια: οι επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή", η οποία πραγματοποιείται με επιβλέποντα καθηγητή τον κ. Στέλιο Γεωργίου και διεξάγεται στα πλαίσια του ΔΠΜΣ " Σχολική Συμβουλευτική & Καθοδήγηση ", που προσφέρεται από το Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του ΕΚΠΑ σε συνεργασία με το Τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κύπρου.

Η έρευνα απευθύνεται αποκλειστικά σε **ενήλικες, των οποίων τουλάχιστον ο ένας εκ των δύο γονέων αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας**. Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει σκέψεις ή συναισθήματα που ενδεχομένως βιώνει ένας ενήλικας για τον ψυχικά ασθενή γονέα του.

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο είναι πλήρως **ανώνυμο** και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Η συμπλήρωσή του διαρκεί λίγα μόνο λεπτά.

Η συμμετοχή σας κρίνεται ιδιαίτερα χρήσιμη για την περάτωση της έρευνας και την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων.

Για οποιαδήποτε απορία ή ενημέρωση σχετικά με την έρευνα και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο email: eirinchr@primedu.uoa.gr.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη συμβολή σας.

Με εκτίμηση,

Ειρήνη Χρηστάκη

Συνδεθείτε στο [Google](#), για να αποθηκεύσετε την πρόοδό σου. Μάθετε περισσότερα

Επόμενο

Σελίδα 1 από 4

Εκκαθάριση φόρμας

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο *

- Άνδρας
 Γυναίκα
 Άλλο

Ηλικία *

- 18-29
 30-39
 40-49
 50-59
 60 ετών και άνω

Σπουδές *

- Απολυτήριο λυκείου/ΕΠΑ.Λ
 Δίπλωμα ΙΕΚ
 Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ
 Μεταπτυχιακό δίπλωμα
 Διδακτορικό δίπλωμα
 Άλλο: _____

Μεγάλωση σε... *

- Μεγαλούπολη (πληθυσμός > 100.000 κάτοικοι)
 Μικρή πόλη/κωμόπολη/χωριό (πληθυσμός < 100.000 κάτοικοι)

[Πίσω](#)

[Επόμενο](#)

Σελίδα 2 από 4

[Εκκαθάριση
φόρμας](#)

Ερωτηματολόγιο

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις αυθόρμητα και με ειλικρίνεια. Είναι σημαντικό να δώσετε τις απαντήσεις που πραγματικά σας εκφράζουν και όχι αυτές που θεωρείτε ότι είναι οι ευρύτερα αποδεκτές.

Αισθάνομαι νευρικός, επειδή νομίζω ότι ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει *
προβλήματα εξαιτίας μου.

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν βρίσκομαι στο σπίτι με φίλους ή γνωστούς, ντρέπομαι για τον ψυχικά *
ασθενή γονέα μου.

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, θέλω να *
κρυφτώ.

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Αισθάνομαι άσχημα, επειδή νομίζω πως ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει *
προβλήματα εξαιτίας μου.

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν βρίσκομαι στο σπίτι με φίλους ή γνωστούς, και ο ψυχικά ασθενής *
γονέας μου είναι παρών, θέλω να "ανοίξει η γη και να με καταπιεί".

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει μια κακή μέρα, έχω την αίσθηση ότι *
έκανα κάτι λάθος.

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, προσπαθώ να αποφεύγω την επαφή με άλλα άτομα, επειδή ντρέπομαι. *

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Νιώθω ένοχος/η που προκάλεσα τα προβλήματα του ψυχικά ασθενή γονέα μου. *

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν βρίσκομαι με τον ψυχικά ασθενή γονέα μου σε δημόσιο χώρο, αισθάνομαι ντροπή γι' αυτόν/ή. *

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

Όταν ο ψυχικά ασθενής γονέας μου έχει μια κακή μέρα, νιώθω νευρικός επειδή νομίζω ότι είναι εξαιτίας μου. *

1. Ποτέ 2. Σχεδόν ποτέ 3. Μερικές φορές 4. Τις περισσότερες φορές 5. Πάντα

	1	2	3	4	5	
Ποτέ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Πάντα

[Πίσω](#)

[Επόμενο](#)

Σελίδα 3 από 4

Εκκαθάριση
φόρμας

Παιδιά γονιών με ψυχική ασθένεια: Οι επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή.

Συνδεθείτε στο [Google](#), για να αποθηκεύσετε την πρόοδό σου. [Μάθετε περισσότερα](#)

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο και τη συμμετοχή σας!

*Σας ενθαρρύνω να μοιραστείτε τον σύνδεσμο με άλλα άτομα, που ενδεχομένως να πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής, καθώς η **μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή σας, θα οδηγήσει σε σπουδαιότερα αποτελέσματα για την επιστημονική κοινότητα.**

[Πίσω](#)

[Υποβολή](#)

Σελίδα 4 από 4

[Εκκαθάριση
φόρμας](#)