

Ειδικό άρθρο Special article

Γονεϊκή ικανότητα μητέρων με σχιζοφρένεια

A. Αρβανίτη,¹ A. Σπυροπούλου,² I. Ζέρβας²

¹ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

² Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Τμήμα Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:314–321

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα ποσοστά των κυήσεων των γυναικών που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Η σοβαρή ψυχική ασθένεια της μητέρας, σε συνδυασμό με φτωχή κοινωνική υποστήριξη και συννοσηρότητα, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη γονεϊκή της ικανότητα. Παρόλ' αυτά, η ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας που μπορούν να παρέχουν οι μητέρες-ασθενείς δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη εκ των προτέρων. Μερικές μπορεί να είναι εξαιρετικοί γονείς, ενώ στο αντίθετο άκρο κάποιες μπορεί να κακοποιούν τα παιδιά τους και εξαιτίας αυτού να χάσουν την επιμέλειά τους. Η γονεϊκή ικανότητα επηρεάζεται σημαντικά από την επίγνωση του ασθενούς-γονέα για τη νόσο του. Οι πληροφορίες που χρειάζονται για την εκτίμηση της γονεϊκής ικανότητας των γυναικών-ασθενών, εκτός από τη μέτρηση της επίγνωσης, συμπεριλαμβάνουν τη διερεύνηση κινδύνου κακοποίησης του παιδιού από τη μητέρα. Παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για παιδική κακοποίηση είναι: (α) η ενεργός ψυχιατρική συμπτωματολογία, (β) το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν, (γ) το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στην παιδική ηλικία, (δ) το επικίνδυνο οικιακό περιβάλλον, (ε) οι στρεσογόνοι παράγοντες και η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη της μητέρας και (στ) οι μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες. Οι παραπάνω παράγοντες είναι σκόπιμο να εκτιμώνται κλινικά καθώς και με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων. Εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως για τον σκοπό αυτόν είναι: (α) "Schedule for Assessment of Insight-SAI", (β) "Childhood Trauma Interview" (γ) "Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory-HOME" και "Home Screening Questionnaire-HSQ" (δ) "Parental Stress Inventory-PSI", "Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ", "Arizona Social Support Inventory" (ε) «Parent Opinion Questionnaire-POQ». Οι παρεμβάσεις για την εξασφάλιση της επαρκέστερης γονεϊκής φροντίδας εστιάζονται στην ανάγκη οικογενειακού προγραμματισμού: οι μητέρες με βαριά ψυχική ασθένεια έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη, και οι κυήσεις τους συνήθως δεν είναι προγραμματισμένες. Έχει ιδιαίτερη σημασία ο οικογενειακός προγραμματισμός να είναι προσαρμοσμένος στις ιδιαίτερες ανάγκες των σχιζοφρενών μητέρων και να λαμβάνονται υπόψη οι εξής τομείς: (α) η βαρύτητα της νόσου, η χρονιότητά της, καθώς και η έναρξή της σε σχέση ή όχι με την κύηση, (β) η εκπαίδευση της πάσχουσας μητέρας ως ασθενούς ώστε να μάθει να αναγνωρίζει τα πρώιμα σημεία της επιδείνωσης της νόσου της και να συμμορφώνεται με τη φαρμακευτική αγωγή, (γ) η εκπαίδευσή της ως γονέα ώστε να αυξηθεί η ενσυναίσθηση (empathy) απέναντι στο μωρό και να μειωθούν οι τυχόν στρεβλές αντιλήψεις γι' αυτό, (δ) η στήριξη της στον ρόλο αυτό από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Γονεϊκή ικανότητα, μητρότητα, σχιζοφρένεια.

Εισαγωγή

Παλαιότερα υπήρχε η τάση οι γυναίκες με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, να αποκτούν λιγότερα παιδιά σε σχέση με τις υγιείς γυναίκες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στις αρνητικές επιπτώσεις της ίδιας της νόσου, στην επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής και των νοσηλειών αλλά και σε κοινωνικούς παράγοντες που συνδέονται με τη νόσο.¹ Πρόσφατες μελέτες όμως δείχνουν ότι τα ποσοστά των κηίσεων των μητέρων που πάσχουν από σχιζοφρένεια –παρότι λίγο μικρότερα– δεν διαφέρουν σημαντικά σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού. Φαίνεται ότι η ευρεία χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων και τα προγράμματα αποασυλοποίησης οδήγησαν στην ένταξη και ενσωμάτωση των θήλεων ασθενών με σχιζοφρένεια στις κοινωνικές ομάδες και στην αύξηση του ποσοστού των γυναικών με σχιζοφρένεια που έγιναν μητέρες.¹⁻⁴

Οι γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή είναι πιθανότερο να έχουν απρογραμμάτιστες και ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, περισσότερους σεξουαλικούς συντρόφους, αλλά και αυξημένη συχνότητα μητρότητας εκτός γάμου σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.¹ Τα παραπάνω πολύ συχνά συμβαίνουν σε ένα πλαίσιο με φτωχή κοινωνική υποστήριξη και συννοσηρότητα. Οι υποψήφιας μητέρες με σοβαρή ψυχική νόσο είναι πολύ πιθανόν να μην έχουν την υποστήριξη του συζύγου ή ενός συντρόφου, να έχουν υποστεί κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, να είναι άστεγες και να ζουν σε συνθήκες φτώχειας, να έχουν ή και να διατηρούν μια αρνητική στάση απέναντι στην κύηση ή το βρέφος,⁵ να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών.⁶ Η σοβαρή ψυχική ασθένεια, σε συνδυασμό με τους παραπάνω παράγοντες, μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ικανότητα ενός ατόμου που πάσχει από αυτήν να είναι γονέας.⁷ Όπως όμως η γονεϊκή ικανότητα διαφέρει και στον γενικό πληθυσμό, έτσι και στις μητέρες με σχιζοφρένεια η δυνατότητά τους να φροντίσουν ικανοποιητικά τα παιδιά τους διαφέρει. Έχει βρεθεί ότι αρκετές μητέρες με σοβαρή ψυχική νόσο καταφέρνουν να διατηρήσουν τη μητρική τους ικανότητα και τη δυνατότητα να αλληλεπιδράσουν μαζί τους φυσιολογικά ακόμη και όταν νοσηλεύονται.^{8,9}

Επιδημιολογικά στοιχεία

Είναι περισσότερο πιθανόν οι γυναίκες πάσχοντες, παρά οι άνδρες, να αναλάβουν γονεϊκό ρόλο. Τα ποσοστά των γυναικών που πάσχουν από ψυχωσική διαταραχή και έχουν τουλάχιστον ένα παιδί κυμαίνονται στις μελέτες από 59–63% έναντι 25% των ανδρών.^{10,11}

Οι Kumar et al το 1995 μελέτησαν μεταξύ άλλων, 20 μητέρες πάσχουσες από σχιζοφρένεια που εισήχθησαν σε ειδικές μονάδες μητέρας-βρέφους μετά τον τοκετό και παρατήρησαν ότι το 50% των μητέρων «χωρίστηκαν» από τα νεογνά τους μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και σε όλες –εκτός μιας– τις περιπτώσεις η αναδοχή ή η υιοθεσία των παιδιών ήταν μόνιμες. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 30% των μητέρων της μελέτης είχε σύντροφο κατά την περίοδο εκείνη.¹² Σε αντίστοιχη μελέτη των Howard et al (2003), 8 χρόνια μετά, καταγράφηκε ότι το 48% των παιδιών των μητέρων που έπασχαν από σχιζοφρένεια, κατά την έξοδο από τη μονάδα μητέρας-βρέφους, βρίσκονταν ήδη υπό κάποιια μορφής επίβλεψη από κοινωνικές υπηρεσίες.¹³

Οι Salmon et al (2003) κατέγραψαν τις παρατηρήσεις του προσωπικού που αφορούσαν σε 224 γυναίκες με σχιζοφρένεια, οι οποίες εισήχθησαν –μαζί με άλλες μητέρες με διαφορετικές διαγνώσεις –σε ειδικές μονάδες μητέρας-βρέφους, με σκοπό να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να παρέχουν μητρική φροντίδα. Φάνηκε ότι το 43% των μητέρων αυτών αξιολογήθηκαν ως γονείς με σημαντικά προβλήματα όσον αφορά στη συναισθηματική ανταπόκριση στα βρέφη τους.¹⁴

Γονεϊκή ικανότητα των ασθενών

Η στοργή και η ζεστασιά, η καλλιέργεια και η παροχή κατάλληλων συνθηκών για σωστή ανάπτυξη και η δημιουργία των προϋποθέσεων για αυτονομία, η συνεπής επίβλεψη, αποτελούν τα χαρακτηριστικά τού να είναι κανείς καλός γονέας από τη γέννηση του παιδιού του έως και την εφηβική του ηλικία.¹⁵

Πολλά από τα ζητήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι σχιζοφρενείς είναι κοινά για όλους τους γονείς, όμως μερικά είναι ειδικά και συνδεδεμένα με το να ζει κανείς έχοντας μια ψυχική νόσο.¹⁶ Έχει βρεθεί ότι οι ψυχωσικές μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βιώνουν περισσότερο άγχος, αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και αισθάνονται εντονότερη ανησυχία σχετικά με τον τοκετό και την ικανότητά τους να γίνουν γονείς.⁴ Στα παραπάνω προστίθεται επιβαρυντικά (α) η αυξημένη πιθανότητα υποτροπής στο 1ο τρίμηνο της λοχείας και ειδικά κατά τον 1ο μήνα,^{1,4} (β) οι επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής αλλά και των αλλαγών της, κυρίως κατά τη διάρκεια του 1ου τριμήνου της κύησης, είτε εξαιτίας της καθυστέρησης της διάγνωσης της κύησης,¹⁷ είτε εξαιτίας του φόβου της τερατογένεσης και (γ) οι μαιευτικές επιπλοκές, συνήθως λόγω της ανεπαρκούς προγεννητικής φροντίδας.¹⁸

Ως γνωστό η σχιζοφρένεια αποτελεί μια σοβαρή ψυχική νόσο που αρκετά συχνά εξελίσσεται με επεισόδια έξαρσης και περιοδικής ύφεσης. Το ότι τα επεισόδια αυτά μπορεί να επαναλαμβάνονται για αρκετά χρόνια και να επιβαρύνουν αθροιστικά τον τομέα της λειτουργικότητας, συνεπάγεται πιθανότατα προβλήματα στην ολοκλήρωση των αναπτυξιακών φάσεων του παιδιού.^{3,15,19} Η ψυχική αρρώστια της μητέρας μπορεί να είναι επιβαρυντική για το παιδί όσον αφορά στη γνωστική του ανάπτυξη,²⁰ στη συμπεριφορά του και να ενισχύει τον ήδη αυξημένο γενετικά κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικής διαταραχής ιδιαίτερα υπό αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες.^{19,21} Η αρνητικά επηρεασμένη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα της μητέρας εξαιτίας της σχιζοφρένειας αλλά και επιπρόσθετοι παράγοντες που σχετίζονται με τη ψυχική νόσο όπως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η αποδοχή της αγωγής και η ανταπόκριση σε αυτή, μπορούν να ασκήσουν ισχυρή επίδραση στη γονεϊκή ικανότητα.^{22,23}

Οι μητέρες που πάσχουν από σχιζοφρένεια όλο και πιο συχνά χάνουν την επιμέλεια των παιδιών τους λόγω κακοποίησης αυτών, που στην ακραία μορφή της έχει τη μορφή της σωματικής κακοποίησης (εκ προθέσεως τραυματισμοί, σεξουαλική κακοποίηση), αλλά μπορεί να είναι και βαριά αμέλεια (αποτυχία της μητέρας να προλάβει έναν τραυματισμό ή να παρέχει σωματική και συναισθηματική φροντίδα).^{22,24} Κάποιες προσεγγίσεις σχετικές με το θέμα αυτό υποστηρίζουν ότι η βαριά και χρόνια ψυχική διαταραχή δεν επιτρέπει επαρκή γονεϊκή ικανότητα.²⁵ Σε έρευνα των Joseph et al (1999), σχετική με μητέρες-ασθενείς υπό καθεστώς ακούσιας νοσηλείας φάνηκε ότι μόνο το 20% από αυτές είχε την πλήρη επιμέλεια των τέκνων.²⁶ Οι Dipple et al (2002), κατέγραψαν ότι το 68% των μητέρων με σοβαρή ψυχική νόσο που διέμενε σε δομές αποκατάστασης, είχε χάσει την επιμέλεια και συχνά ακόμη και την επαφή με τουλάχιστον ένα από τα παιδιά του.²⁷ Σε αρκετές όμως από τις περιπτώσεις κατά τις οποίες αφαιρείται η επιμέλεια του τέκνου από τη μητέρα ασθενή, παραβλέπεται από τις υπηρεσίες που τη διεκπεραιώνουν, η μεγάλη δυσκολία της μητέρας να αντεπεξέλθει συναισθηματικά, γνωστικά και οικονομικά στη διαδικασία «εγκυμοσύνη-τοκετός-λοχεία-ανατροφή παιδιού-αφαίρεση επιμέλειας ή κηδεμονίας».²³ Η διαλείπουσα κηδεμονία (intermittent parenting), είναι μια διαδικασία κατά την οποία τα παιδιά ζουν με τις πάσχουσες μητέρες τους κάποιο διάστημα και με άλλους σε επίσημες ή ανεπίσημες δομές παροχής φροντίδας για κάποιο άλλο διάστημα. Η παραπάνω τακτική μοιάζει να είναι η πιο κατάλληλη εφόσον καταστεί αναγκαία.²⁴

Η ποιότητα της γονεϊκής φροντίδας που μπορούν να παρέχουν οι ασθενείς δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένη εκ των προτέρων. Μερικοί μπορεί να είναι εξαιρετικοί γονείς ενώ άλλοι να κακοποιούν τα παιδιά τους.²² Για τις γυναίκες με σχιζοφρένεια η μητρότητα μπορεί να παίξει ρόλο εξομάλυνσης αφού αυτή η εμπειρία ζωής δίνει την ευκαιρία να αναπτυχθούν ικανότητες, δημιουργεί κοινωνικούς ρόλους, βοηθά στην έκφραση συναισθημάτων φροντίδας και νοιαξίματος ώστε οι μητέρες αυτές να προσδιορίσουν τον εαυτό τους ως γονείς και όχι ως ασθενείς. Από την άλλη όμως, η αποτυχία σε αυτόν τον τομέα συμβάλλει σε διαρκή ντροπή και στιγματισμό.^{8,28,29} Έρευνα στην Αυστραλία (1993), σχετική με τις στάσεις του πληθυσμού απέναντι στη ψυχική νόσο ζητούσε τη γνώμη των ερωτηθέντων για την πρόταση «Ακόμη κι αν φαίνονται καλά, είναι προτιμότερο οι άνθρωποι που είχαν κάποια ψυχική νόσο να μην κάνουν παιδιά». Με την παραπάνω πρόταση συμφώνησε το 35% των συμμετεχόντων.¹ Σε αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα (2008), οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμφωνήσουν ή να διαφωνήσουν με την πρόταση «Όλοι οι άρρωστοι που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία πρέπει να εμποδιστούν να κάνουν παιδιά με μια ανώδυνη εγχείρηση-στείρωση». Με το παραπάνω θέμα συμφώνησε το 25% των ερωτηθέντων.³⁰

Εκτίμηση της γονεϊκής ικανότητας

Επίγνωση (Insight)

Οι επιβαρυντικοί για τη γονεϊκή ικανότητα παράγοντες που αναφέρθηκαν, επηρεάζονται σημαντικά από την επίγνωση του ασθενούς-γονέα για τη νόσο του. Σαφής επίγνωση οδηγεί σε καλύτερη αναγνώριση της συμπτωματολογίας της υποτροπής, καλύτερη συμμόρφωση με τα φάρμακα και τελικά καλύτερη έκβαση.^{5,22} Αναφέρονται τρεις διαφορετικές διαστάσεις σύμφωνα με τις οποίες περιγράφεται και ερμηνεύεται ο όρος «επίγνωση» ή «ενημερότητα για τη ψυχική αρρώστια»:³¹ (α) η αναγνώριση από τον ασθενή ότι πάσχει από μια νόσο και η αποδοχή/αναγνώριση από την πλευρά του ότι η νόσος αυτή είναι ψυχική (awareness of illness), (β) η ικανότητα να προσδιορίζει και να αναγνωρίζει την εμπειρία συγκεκριμένου ψυχικού γεγονότος ως παθολογική και (γ) η συμμόρφωση με τη θεραπεία. Οι ερευνητές που έχουν ασχοληθεί με τη μέτρηση της επίγνωσης στους ασθενείς με ψυχωσική διαταραχή έχουν συχνά χρησιμοποιήσει την κλίμακα "Schedule for Assessment of Insight-SAI": κλίμακα που σχεδιάστηκε καταρχήν για ασθενείς που πάσχουν από ψυχωσική διαταραχή και αργότερα τροποποιήθηκε

και εφαρμόστηκε και σε ασθενείς με άλλες μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές.^{22,26,32}

Τα περισσότερα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί στις αξιολογήσεις γονεϊκής ικανότητας περιορίζονται στο να καταγράφουν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή δείκτη ευφυΐας και επιπλέον δεν αφορούν ειδικά στη γονεϊκή ικανότητα και δεν έχουν συνδεθεί με γονεϊκές συμπεριφορές.⁶ Οι πληροφορίες που χρειάζονται για την εκτίμηση της γονεϊκής ικανότητας των γυναικών-ασθενών, εκτός από τη μέτρηση της επίγνωσης, συμπεριλαμβάνουν τη διερεύνηση κινδύνου κακοποίησης του παιδιού από τη μητέρα.

Οι παρακάτω παράγοντες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για παιδική κακοποίηση:

Ενεργός ψυχιατρική συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας (θετικά και αρνητικά) μπορεί να οδηγήσουν σε καθυστερημένη αναγνώριση της εγκυμοσύνης, ανικανότητα αναγνώρισης των συμπτωμάτων και φαινομένων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό αλλά και σε προσπάθειες πρόωρου τοκετού από τις ίδιες τις ασθενείς.⁴ Τα παραπάνω μπορεί να καταλήξουν σε επιπλοκές κατά τον τοκετό (π.χ. αιμορραγίες) και στο να κινδυνεύσει η μητέρα αλλά και το βρέφος ή το νεογνό.¹⁸

Η εκτίμηση πρέπει να είναι προσανατολισμένη προς την αναγνώριση συμπτωμάτων σχετικών με τη σχέση μητέρας-παιδιού, όπως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες με περιεχόμενο σχετικό με το βρέφος. Υπόψη πρέπει να ληφθούν και (α) η ψυχωσική άρνηση της εγκυμοσύνης, καθότι έχει φανεί ότι οι γυναίκες που αντέδρασαν με άρνηση στην εγκυμοσύνη έδειξαν αυξημένο κίνδυνο μη συμμόρφωσης κατά την προγεννητική φροντίδα, αυξημένη πιθανότητα μη αναγνώρισης των συμπτωμάτων του τοκετού με συνέπεια αιφνίδιο και επικίνδυνο τοκετό και σπανιότερα νεογνοκτονία¹⁷ (β) οι στρεβλωμένες ερμηνείες των σωματικών αλλαγών κατά την εγκυμοσύνη και η συμμετοχή τους στις παραληρητικές ιδέες⁴ (γ) ο βαθμός συμμετοχής των αρνητικών συμπτωμάτων στην ψυχοπαθολογία της μητέρας λόγω του ιδιαίτερα επιβαρυντικού ρόλου τους στην αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού αλλά και λόγω της ανθεκτικότητάς τους στη θεραπεία³³ (δ) η χρήση αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών.³⁴

Σε έρευνα των Chandra et al (2006), φάνηκε ότι οι μητέρες που εμφάνιζαν διωκτικό παραλήρημα το οποίο «περιείχε» τα βρέφη τους είχαν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάζουν στοργική συμπεριφορά και είχαν φυσιολογική ικανότητα όσο αφορά στη φροντίδα για τις βασικές ανάγκες του μωρού. Παράλληλα,

ήταν πιο πιθανόν να εμφανίσουν έντονη αναστάτωση σε περίπτωση που τις χωρίζανε από το βρέφος τους. Οι μητέρες οι οποίες στα πλαίσια των παραληρητικών ιδεών τους πιστεύανε ότι το μωρό ήταν «διάβολος» ή «κακή μοίρα» ή ακόμη ότι ήταν το μωρό κάποιου άλλου, εκδήλωναν συχνότερες συμπεριφορές κακοποίησης προς το νεογνό.³⁵

Φαίνεται ότι οι μητέρες με επαναλαμβανόμενα και οξέα επεισόδια μπορεί να αποκαταστήσουν τη σχέση με το παιδί τους κάθε φορά μετά την ύφεση, μπορεί όμως αυτό να μην είναι εφικτό αν τα επεισόδια είναι συχνά και παρατεταμένα.³⁶

Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στο παρελθόν

Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς της μητέρας-ασθενούς κατά το παρελθόν σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο επανάληψης παρόμοιων συμπεριφορών. Χρειάζεται να συγκεντρωθούν «εγγυήσεις» από οικείους που έχουν παρατηρήσει τις συμπεριφορές της ασθενούς και γνωρίζουν τις αντιδράσεις της, π.χ. μέλη οικογένειας που έχουν παρατηρήσει πώς συμπεριφέρεται σε παιδιά συγγενών, φίλων, κ.λπ.^{6,22}

Σε συνέχεια της αναζήτησης πιθανού ιστορικού βίαιης συμπεριφοράς της μητέρας στο παρελθόν, σκόπιμο είναι να ληφθούν από ειδικούς:²² (α) κλινικές συνεντεύξεις (μη δομημένες ή ημιδομημένες) από τη μητέρα και το παιδί χωριστά, (β) αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού και (γ) να συγκεντρωθούν πληροφορίες από το σχολικό περιβάλλον και από κοινωνικές υπηρεσίες.³⁷

Ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στην παιδική ηλικία

Οι Hall et al (1998) κατέγραψαν ότι υπάρχουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν κακοποιήσει σωματικά τα παιδιά τους μητέρες με αναφερόμενο ιστορικό βίαιης σεξουαλικής κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία, σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν είχαν παρόμοιο ιστορικό.³⁸ Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο πιθανόν να έχουν υποστεί αρνητικές σεξουαλικές εμπειρίες ή βιασμό στο παρελθόν τους και η σεξουαλική κακοποίηση πριν την ηλικία των 16 ετών συνδέεται σημαντικά με την εμφάνιση ψύχωσης.³⁹ Για την εκτίμηση της επίδρασης του μητρικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία έχει χρησιμοποιηθεί η συνέντευξη "Childhood Trauma Interview".⁴⁰

Επικίνδυνο οικιακό περιβάλλον

Η εκτίμηση του οικιακού περιβάλλοντος στο οποίο διαμένει η μητέρα με το παιδί περιλαμβάνει την παρατήρηση και καταγραφή καταστάσεων που μπορεί

να αποβούν επικίνδυνα για την ασφάλεια του παιδιού π.χ., αιχμηρά ή τοξικά αντικείμενα, φάρμακα και όπλα μη καλά φυλαγμένα, σπασμένα παράθυρα κ.λπ.⁶ Με τις κλίμακες: "Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory-HOME" και "Home Screening Questionnaire-HSQ" αξιολογείται η αλληλεπίδραση της ανατροφής των παιδιών με τα χαρακτηριστικά του σπιτιού στο οποίο και ζουν.^{41,42}

Στρεσογόνοι παράγοντες και ελλιπή κοινωνική υποστήριξη στη μητέρα

Οι μητέρες με ψυχωσική διαταραχή καλούνται να αντιμετωπίσουν συχνότερα από ό,τι οι υπόλοιπες μητέρες, καταστάσεις όπως η μονογονεϊκή φροντίδα, η κοινωνική απομόνωση, οι συζυγικές ασυμφωνίες, η ενδοοικογενειακή βία, η ανεργία, η φτώχεια και η έλλειψη στέγης.^{36,43} Τα παραπάνω συμβάλλουν στο στρες που βιώνουν οι γυναίκες με σχιζοφρένεια και επιτείνουν το ήδη υπάρχον στρες που φυσιολογικά βιώνουν όλοι οι άνθρωποι στον ρόλο του γονέα. Οι συγκεκριμένοι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να παγιδέψουν την οικογένεια σε έναν φαύλο κύκλο και να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της μητέρας-ασθενούς, να δημιουργήσουν διαταραχές συμπεριφοράς στα παιδιά και να διαταράξουν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Αποτέλεσμα αυτών μπορεί να είναι η εισαγωγή της μητέρας στο νοσοκομείο, η καθυστέρηση της ανάρρωσής της και πιθανόν ένα άλλο πλαίσιο φροντίδας για το παιδί. Τα παραπάνω, συνήθως δεν λαμβάνονται υπόψη στον σχεδιασμό των υπηρεσιών για τους ασθενείς αυτής της κατηγορίας. Από την άλλη, οι υπηρεσίες με στόχο τους γονείς δεν είναι πάντα εύκολα προσβάσιμες στις ασθενείς με σχιζοφρένεια.⁴⁴

Για την αξιολόγηση των τρεχόντων στρεσογόνων παραγόντων που αφορούν στο ρόλο του γονέα και για την αξιολόγηση της ικανότητας της μητέρας να τους αναγνωρίσει, έχουν χρησιμοποιηθεί η "Parental Stress Inventory-PSI"⁴⁵ και η "Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ".⁴⁶ Επίσης από τη βιβλιογραφία προτείνεται η χρησιμοποίηση της "Arizona Social Support Inventory" προκειμένου να αξιολογηθεί η τρέχουσα κοινωνική υποστήριξη προς τη μητέρα με σοβαρή ψυχική ασθένεια.²⁴

Μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες

Στους γονείς που κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους καταγράφονται μη ρεαλιστικές προσδοκίες σε σχέση με το τι περιμένουν από αυτά στις διάφορες φάσεις ανάπτυξης και παρερμηνεία των συμπεριφορών τους.⁴⁷ Προσδοκούν από τα παιδιά να υποστηρί-

ζουν και να φροντίζουν τους ίδιους, να προστατεύουν τους εαυτούς τους χωρίς άλλη υποστήριξη, εγκρίνουν σκληρές σωματικές τιμωρίες ως μέσο πειθαρχίας. Οι γονείς με σοβαρή ψυχική νόσο εμφανίζουν συχνότερα μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το παιδί το ίδιο και για την ανατροφή του σε σχέση με τους γονείς που δεν πάσχουν.⁴⁸ Για την αξιολόγηση των γονεϊκών προσδοκιών έχει χρησιμοποιηθεί η κλίμακα "Parent Opinion Questionnaire-POQ".²²

Η αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού αποτελεί ένα από τα κύρια σημεία στα οποία εστιάζει η Περιγεννητική Ψυχιατρική. Η απευθείας παρατήρηση (μέσω άμεσης παρατήρησης ή βιντεοσκόπησης) της дуάδας μητέρας-παιδιού χρησιμοποιείται ως ένας άμεσος τρόπος καταγραφής των διαντιδράσεων και της ποιότητας του δεσμού μεταξύ τους, αλλά και συμπεριφορών που σχετίζονται με κακοποίηση του παιδιού. Η καταγραφή αυτή μπορεί να γίνει είτε σε νοσοκομειακή δομή είτε στο σπίτι.^{49,50} Με τη χρήση του Parental Bonding Questionnaire (PBQ), ο κλινικός διευκολύνεται στο να αναγνωρίσει την ύπαρξη διαταραχής του δεσμού μητέρας-παιδιού από την πρώτη συνέντευξη με τη μητέρα.⁵¹ Στη βιβλιογραφία παράλληλα με την παρατήρηση της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους/παιδιού, στις οικογένειες με συμπεριφορές κακοποίησης έχει χρησιμοποιηθεί και η "Crittenden Care Index". Πρόκειται για εργαλείο που έχει σταθμιστεί σε διάφορες εθνότητες και κοινωνικοοικονομικές τάξεις και για μητέρες με παιδιά άνω των 4 ετών.^{52,53}

Παρεμβάσεις

Οι οποιοσδήποτε παρεμβάσεις και σχεδιασμοί από την πλευρά των ειδικών πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα εξής: (α) οι μητέρες ασθενείς δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Ανάμεσα σε αυτές υπάρχουν κάποιες που νόσησαν πριν την εγκυμοσύνη, άλλες που νόσησαν κατά τη διάρκειά της και άλλες που εμφάνισαν τη νόσο μετά τον τοκετό (β) η ψυχική νόσος ποικίλει ως προς τη βαρύτητα και την πορεία της. Μερικές μητέρες εμφάνισαν μόνο ένα ψυχωσικό επεισόδιο στη ζωή τους, άλλες πάσχουν από υποτροπιάζουσα μορφή της ασθένειας, ενώ σε άλλες η νόσος είναι χρόνια^{19,54} (γ) αρκετές μητέρες-ασθενείς δε συμμορφώνονται με τη φαρμακευτική αγωγή, λόγω των παρενεργειών που δεν τους επιτρέπουν να δρουν άμεσα και «με καθαρό μυαλό», δεν αναζητούν εγκαίρως βοήθεια ή αντιστέκονται στο να χρησιμοποιήσουν τις ψυχιατρικές υπηρεσίες γιατί θεωρούν ότι η αρνητικά επηρεασμένη γονεϊκή τους ικανότητα είναι συνέπεια της συμμόρφωσής τους στις οδηγίες των θεραπειών.⁸

Προγεννητικός σχεδιασμός

Όπως φάνηκε στην έρευνα των Miller et al (1998), οι οποίοι χορήγησαν τη Family Planning Interview (FPI) σε 44 γυναίκες με διαταραχή του φάσματος της σχιζοφρένειας και σε 50 υγιείς μάρτυρες, οι γυναίκες με σχιζοφρένεια έχουν σημαντικά λιγότερες γνώσεις σχετικά με την αναπαραγωγή και την αντισύλληψη, δεν σκέφτονται την αντισύλληψη κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής η οποία συνήθως δεν είναι αναμενόμενη.⁵⁵ Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της προσαρμογής των στρατηγικών οικογενειακού προγραμματισμού στις ιδιαίτερες ανάγκες των ψυχικά ασθενών γυναικών.

Ειδικότερες παρεμβάσεις

- *Εκπαίδευση της μητέρας-ασθενούς ως γονέα.* Πολλές τεχνικές έχουν χρησιμοποιηθεί με στόχο να αυξηθεί η ικανότητα της μητέρας να αναγνωρίζει και να απαντά στις «νύξεις» του μωρού, να αυξηθεί η ενσυναίσθηση (empathy) απέναντι στο μωρό και να μειωθούν οι τυχόν στρεβλές αντιλήψεις για αυτό. Όπως έχει φανεί οι μητέρες αυτές ανησυχούν για την επίδραση της νόσου τους στα παιδιά τους και νιώθουν ένοχες σχετικά με το «τι μπορεί να έχει πάει στραβά». Ζητούν πληροφορίες για το πώς να μιλάνε στα παιδιά τους σχετικά με την αρρώστιά τους και τη θεραπεία της. Η εκπαίδευσή τους σε αυτόν τον τομέα παίζει πολύ μεγάλο ρόλο στο να αντεπεξέλθουν στον γονεϊκό τους ρόλο.⁹ Χρήσιμες στην εκπαίδευση των ασθενών-μητέρων στις βασικές αρχές τού να είναι κανείς γονέας μπορεί να είναι και οι Σχολές Γονέων²⁴
- *Εκπαίδευση της μητέρας ως ασθενούς.* Στις στρατηγικές διαχείρισης της νόσου περιλαμβάνεται το να μάθει να αναγνωρίζει τα πρώιμα σημεία της επιδείνωσης, να υιοθετεί πρακτικές που μειώνουν το στρες και το να έχει ένα οργανωμένο σχέδιο σχετικά με τη ζωή της όταν επιστρέψει στο σπίτι μετά τη νοσηλεία⁵⁶
- *Ομάδες υποστήριξης γονέων.* Μπορεί να βοηθήσουν στην εκπαίδευση της μητέρας στην επίλυση προβλημάτων και στη δημιουργία ενός προτύπου για τον μητρικό ρόλο⁴
- *Συν-κηδεμόνας.* Στην περίπτωση αυτή ορίζεται ένας φίλος ή συγγενής με στόχο τη συνεργασία και υποστήριξη στην ανατροφή των παιδιών, ενώ οι παράλληλοι ρόλοι γονέα και συν-κηδεμόνα περιγράφονται ξεκάθαρα²⁴
- *Εκπαίδευση του προσωπικού ψυχικής υγείας σε σχέση με τις ιδιαίτερες ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού.* Ιδιαίτερο ρόλο μπορεί να παίξει (α) το νοσηλευ-

τικό προσωπικό σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών οργανωμένο με βάση τη συνέχεια στη φροντίδα. Το προσωπικό αυτό μπορεί να αναλάβει την υποστήριξη των μητέρων με σχιζοφρένεια στις υπηρεσίες υγείας αλλά και στο σπίτι και στην κοινότητα και (β) η διασύνδεση μεταξύ ψυχιατρικών και μαιευτικών υπηρεσιών⁵⁷

- *Υποστήριξη των μητέρων που έχουν χάσει την επιμέλεια των παιδιών τους* ώστε να μη χάσουν και τη δυνατότητα επαφής ή και τη συμμετοχή σε ευθύνες σχετικές με το παιδί/ά τους. Σε αυτήν την περίπτωση οι μητέρες-ασθενείς υποστηρίζονται στον σχεδιασμό των επισκέψεων ή στον τρόπο που έρχονται σε επαφή με το παιδί/ά τους. Φαίνεται όμως ότι οι μητέρες-ασθενείς δυσκολεύονται πολύ να το καταφέρουν αυτό σε περίπτωση που έχει αναλάβει άλλος να φροντίζει τα παιδιά τους.⁸

Συμπεράσματα

Οι παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν τη γονεϊκή ικανότητα των μητέρων με σχιζοφρένεια, όπως η χαμηλή επίγνωση για την ασθένεια, το ιστορικό κακοποίησης της μητέρας στο παρελθόν, οι στρεσογόνοι παράγοντες, η ελλιπής κοινωνική υποστήριξη, οι μη ρεαλιστικές γονεϊκές προσδοκίες, η διαταραχή του δεσμού μητέρας-παιδιού και το επικίνδυνο οικιακό περιβάλλον θα πρέπει να εκτιμώνται κλινικά, καθώς και με τη χρήση των προτεινόμενων από τη βιβλιογραφία εργαλείων. Η ενεργός ψυχιατρική συμπτωματολογία σε συνδυασμό με συννοσηρότητα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Οι παρεμβάσεις για τη διασφάλιση της επαρκέστερης γονικής φροντίδας είναι σκόπιμο να προσανατολίζονται: (α) στις ιδιαιτερότητες της ψυχοπαθολογίας της μητέρας ασθενούς αλλά και στις ανάγκες του παιδιού ξεχωριστά από αυτές της μητέρας, (β) στον προγεννητικό σχεδιασμό κυρίως όσο αφορά στον τομέα της ενημέρωσης για την κύηση και την αντισύλληψη, (γ) στην εκπαίδευση του προσωπικού των ψυχιατρικών υπηρεσιών με στόχο τη στήριξη της πάσχουσας μητέρας στον ρόλο του γονέα, την απαραίτητη επικοινωνία μεταξύ των υπηρεσιών (μαιευτικών, προνοιακών, εθελοντικών φορέων) και στην καλύτερη δυνατή ισορροπία της δυάδας μητέρας-παιδιού και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Ιδιαίτερο ρόλο στα παραπάνω θα μπορούσε να παρέχει ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών με επισκέψεις στο σπίτι, οργανωμένο με βάση τη συνέχεια στη φροντίδα και με στόχο τη μείωση του στίγματος για την κατηγορία αυτή του πληθυσμού.

Parenting capacity of mothers with schizophrenia

A. Arvaniti,¹ A. Spyropoulou,² I. Zervas²

¹Department of Psychiatry, University General Hospital of Alexandroupolis, Alexandroupolis

²1st Department of Psychiatry, University of Athens, Women's Mental Health Clinic, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:314–321

Recent studies indicate that the pregnancy rates of mothers with schizophrenia do not differ significantly from those of the general population. Mothers' severe mental illness, combined with poor social support and comorbidity, may significantly affect her parenting capacity. However, the poor quality of parenting by psychotic mothers should not be taken for granted, in advance. Some of them may become excellent parents while other may abuse their children and finally lose custody because of this. The parenting capacity is significantly influenced by the existing insight of patient-parent's disease. Assessing the parenting capacity comprises the measurement of insight and of the risk of child abuse as well. Factors associated with increased risk for child abuse are: (a) active psychiatric symptomatology, (b) history of violent behavior in the past, (c) maternal history of abuse during childhood, (d) dangerous domestic environment, (e) stressful events and poor social support to the mother and (f) unrealistic parental expectations. These factors should be assessed both clinically and by using the appropriate psychometric tools. Tools which have been widely used for this purpose are: (a) "Schedule for Assessment of Insight-SAI", (b) "Childhood Trauma Interview", (c) "Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory-HOME" and "Home Screening Questionnaire -HSQ", (d) "Parental Stress Inventory-PSI", "Swedish Parenthood Stress Questionnaire-SPSQ", "Arizona Social Support Inventory" (e) "Parent Opinion Questionnaire-POQ". Interventions to ensure a more adequate parenting capacity should be focused on family planning: mothers with severe mental illness have poor knowledge about reproductive and contraception issues. Their pregnancies are mostly not planned. It is important for the family planning to be tailored according to the specific needs of schizophrenic mothers and to take into account the following issues: (a) the severity and the duration/chronicity of the disease, (b) the onset of the disease in relation to the gestational period, (c) the education of mothers with schizophrenia considering their double patient/mother role. An educational program should train the mother to recognize early signs of the disease, comply with medication, increase her empathy towards the baby and reduce any distorted perceptions about it. The treating, assessing, educating and preventing programs and interventions of mental health services should be continuous and supportive.

Key words: Parenting capacity, motherhood, schizophrenia.

Βιβλιογραφία

- Castle JD, McGrath J, Kulkarni J. *Γυναίκες και σχιζοφρένεια*. Επισημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, 2003
- Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy and childbearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996, 47:502–506
- Oyserman D, Bybee D, Mowbray C, Hart-Johnson T. When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *J Adolesc* 2005, 28:443–463
- Solari H, Dickson KE, Miller L. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum. *Can J Clin Pharmacol* 2009, 16:23–32
- Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust NZJ Psychiatry* 2003 37:24–30
- Miller LJ. Sexuality, Reproduction and family planning ion women with schizophrenia. *Schizophr Bul* 1997, 23:623–635
- Jacobsen T, Miller LJ, Kirkwood KP. Assessing parenting competency in individuals with severe mental illness: A comprehensive service. *The J Men Health Administr* 1997, 24:2, 189–199
- Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Focus on women: mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv* 1998, 49:635–632
- Mowbray CT, Oyserman D, Zemencuk JK, Ross SR. Motherhood for women with serious mental illness: pregnancy, childbirth and postpartum period. *American J Orthopsych* 1995, 65:21–38
- McGarth JJ, Heale J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkler JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:441–446
- Howard L. Psychotic disorder and parenting-the relevance of patient's children for general adult psychiatric services. *Psychiatr Bulletin* 2000, 24:427–432
- Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affect Disord* 1995, 11, 33:11–22
- Howard L, Shah N, Salmon M, Appleby L. Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a psychiatric mother and baby unit. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2003, 38:450–455
- Salmon M, Abel K, Cordingley L, Friedman T, Appleby L. Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Aust NZ J Psychiatr* 2003, 37:556–562
- Oyserman D, Mowbray CT, Meares PA, Firminger KB. Parenting among mothers with a serious mental illness. *Amer J Orthopsychiatry* 2000, 70:296–315
- Γιαννοπούλου Ι, Δουζένης Αθ, Λύκουρας Λ. *Ψυχοϊατροδικαστική παιδιών και εφήβων*. Εκδ. ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010:180–193

17. Tormoehlen K, Lessick M. Schizophrenia in women. *Nursing for Women's Health* 2010, 14:482-494
18. Morgan VA, Jablensky AV. Exploring the role of reproductive pathology in the etiology of schizophrenia: what happens when mothers with schizophrenia give birth? *Direct Psychiatr* 2006, 26:1-14
19. Craig EA. Parenting programmes for women with mental illness who have young children: a review Australian and New Zealand. *J Psychiatr* 2004, 38:923-928
20. Hauck Y, Rock D, Jackiewicz T, Jablensky A. Healthy babies for mothers with serious mental illness: a case management framework for mental health clinicians. *Int J Ment Health Nurs* 2008, 17: 383-391
21. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003, 60:239-258
22. Mullik M, Miller L, Jacobsen T. Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatr Services* 2001, 52:488-492
23. Lagan M, Knights K, Barton J, Boyce PM. Advocacy for mothers with psychiatric illness: a clinical perspective. *Nt J Ment Health Nurs* 2009, 18:53-61
24. Nicholson J, Miller LJ. Parenting. In Mueser KT, Jessie DV. *Clinical Handbook of schizophrenia*. NY: Guilford, 2008
25. Jacobsen T, Miller LJ. Mentally ill mothers who have killed: three cases addressing the issue of future parenting capability. *Psychiatr Serv* 1998, 49:650-657
26. Joseph J, Joshi S, Lewin A, Abrams M. Characteristics and perceived needs of mothers with serious mental illness. *Psychiatr Services* 1999, 50:1357-1359
27. Dipple H, Smith S, Andrews H, Evans B. The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Social Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2002, 37:336-340
28. Diaz-Caneja A, Jonson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers. A qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004, 39:472-482
29. Edwards E, Timmons SA. A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *J Ment Health* 2005, 14:471-81
30. Αρβανίτη Αικ. Στάσεις ομάδων γενικού πληθυσμού απέναντι στη ψυχική νόσο. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, 2008
31. David AS. Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990, 156:798-808
32. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhurga D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *J Psychiatry* 2007, 190:243-247
33. Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust NZJ Psychiatry* 1999, 33:902-911
34. Grella CE, Hser YI, Huang YC. Mothers in substance abuse treatment: differences in characteristics based on involvement with child welfare services. *Child Abuse Negl* 2006, 30:55-73
35. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VN, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Womens Ment Health* 2006, 9:285-288
36. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H, Jones D, Moussa S, Nakku J, Ferre QI. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. *World Psychiatry* 2011, 10:93-102
37. Λειβαδίτης Μ. *Ψυχιατρική και Δίκαιο*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1994:398
38. Hall LA, Sachs B, Rayens MK. Mothers' potential for child abuse: the roles of childhood abuse and social resources. *Nurs Res* 1998, 47:87-95
39. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry* 2011, 199:29-37
40. Fink LA, Bernstein D, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M. Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1329-1335
41. Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *Child Adolescent Ment Health* 2004, 9:1 25-35
42. Nair MK, Prasanna GL, Jeyaseelan L, George B, Resmi VR, Sunitha RM. Validation of Home Screening Questionnaire (HSQ) against Home Observation for the measurement of the measurement of Environment (HOME). *Ind Pediatr* 2009, (Suppl 46):55-58
43. Bybee D, Mowbray CT, Oyserman D, Lewandowski L. Variability in community functioning of mothers with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res* 2003, 30:269-289
44. Brunette MF, Dean W. Community Mental Health Care for women with Severe mental illness who are parents. *Commun Ment Health J* 2002, 38:153-165
45. Abidin RR. *Parenting Stress Index* (short form). Charlottesville, Va: Pediatric Psychology Press, 1990
46. Pripp AH, Skreden M, Skari H, Malt U, Emblem R. Underlying correlation structures of parental stress, general health and anxiety. *Scand J Psychol* 2010, 51:473-479
47. Kropp JP, Haynes OM. Abusive and nonabusive mother's ability to identify general and specific emotion signals of infants. *Child Development* 1987, 58:187-190
48. Rogosch FA, Mowbray CT, Bogat GA. Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology. *Develop Psychopathol* 1992, 4:469-487
49. Main M, Solomon J. Procedures for indentifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings M (eds) *Attachment in the Preschool Years*. University of Chicago Press, 1990:121-159
50. Cerezo MA, D'Ocon A, Dolz L. Mother-child interactive patterns in abusive families versus nonabusive families: an observational study. *Child Abuse Negl* 1996, 20:573-587
51. Klier CM, Muzik M. Mother-infant bonding disorders and use of Parental Bonding Questionnaire in clinical practice. *World Psychiatry* 2004, 3:102-103
52. Leventhal A, Jacobsen T, Miller L, Quintana E. Caregiving attitudes and risk maternal behavior among mothers with major mental illness. *Psychiatr Serv* 2004, 55:1431-1433
53. Crittenden PM. Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski T, Hillsdale NJ (eds) *The Clinical Implications of Attachment*. Erlbaum, 1988
54. Leverton TJ. Parental psychiatric illness: the implications for children. *Cur Opin Psychiatry* 2003, 16:395-402
55. Miller LJ, Finnerty M. Family planning knowledge, attitudes and practices in women with schizophrenic spectrum disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998, 19:210-217
56. Seeman MV. The mother with schizophrenia. In: Gopfert J, Webster J, Seeman MV (eds) *Parental Psychiatric Disorders: distressed Parents and their Families Cope with Mental Illness*. Cambridge, England, Cambridge University Press, 1996
57. Wan MW, Moulton S, Abel KM. The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *Gen Hosp Psychiatry* 2008, 30:177-184

Αλληλογραφία: Αικ. Αρβανίτη, Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης
 Δραγάνα Αλεξανδρούπολη 681 00
 Τηλ. 5510-74751, 6948271662
 e-mail: arvanitkat@gmail.com, aarvanit@med.duth.gr