

ΒΒ

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ  
ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ  
ΧΩΡΟ

ΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

Κων/να Λατσώνα

Φωτεινή Μπέση

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ

Αθανασία Στρατίκη-Πανταζάκα

Καθηγήτρια Εφαρμογών



Πτυχιακή για την λήψη του πτυχίου στην κοινωνική εργασία από  
το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας  
και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ)  
Πάτρας.

Πάτρα Νοέμβριος 1991

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής

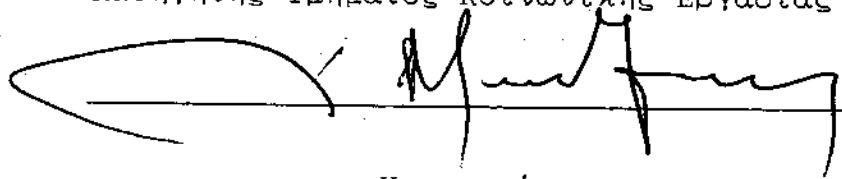
Υπογραφή

Αθανασία Στρατζίκη-Πανταζάκα  
Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

---

Υπογραφή

DR. Χρήστος Μουζακίτης  
Καθηγητής Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Χρήστος Μουζακίτης', written over a horizontal line.

Υπογραφή

Μ. Χαραλάμπος

Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

---

ΝΟΜΟΣ  
ΕΛΛΑΔΗΣ

512

122/Α, 14

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτρια Κ<sup>α</sup> Πανταζάκα - Στρα-  
τική Αθανασία, για τις κατευθύνσεις και τις υποδείξεις που  
βοήθησαν σημαντικά στην διεξαγωγή και την συγγραφή της μελέ-  
της αυτής. Επίσης ευχαριστούμε την Κ<sup>α</sup> Αγάθωνος Ελένη Κοινω-  
νική Λειτουργό, Ψυχολόγο, Διευθύντρια του τομέα Οικογενειακών  
σχέσεων του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού για το υλικό που  
μας παρείχε, σημαντικό για την συγγραφή αυτής της μελέτης.  
Επίσης την Προισταμένη της Εταιρίας Προστασίας Ανηλίκων Αθή-  
νας, Κ<sup>α</sup> Παπάζογλου Ιωάννα για το υλικό που μας παρείχε, όπως  
επίσης και τον Dr. Μουζακίτη Χρήστο για τις υποδείξεις και το  
υλικό που μας διέθεσε για την συγγραφή της μελέτης.  
Τέλος ευχαριστούμε τον καθηγητή Κοινωνιολόγο Θ. Παπαδημητρίου  
για τις οδηγίες και κατευθύνσεις που μας έδωσε για την συγ-  
γραφή του ερωτηματολογίου της έρευνας.

Τα παιδιά σου δεν είναι παιδιά  
σου

Είναι οι γιοί και οι κόρες της  
ζωής

που γι' αυτή λαχταρούν

Μπορείς να τους δίνεις την  
αγάπη σου,

όχι όμως και τις σκέψεις σου  
γιατί έχουν δικές τους.

Μπορείς να στεγάζεις τα κορμιά  
τους,

όχι όμως και τις ψυχές τους ,  
γιατί οι ψυχές τους ζούν στο  
σπίτι του αύριο.

Αυτό το σπίτι δεν μπορείς να το  
επισκεφτείς,  
μήτε ακόμα και στα ονειρά  
σου.

Μπορείς να μοχθείς για να γίνεις  
σαν κι αυτά,  
όμως μη γυρεύεις να τα κάνεις  
σαν και σένα

Ο κήπος του Προφήτη  
Απο την ποιητική συλλογή  
του Χαλίλ Γκιμπράν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η συλλογή στοιχείων ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας στην Ελλάδα, και του βαθμού αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες. Επίσης γίνεται αναφορά στις νομοθετικές ρυθμίσεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών.

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος ώστε να αναλυθούν όλα τα στοιχεία, εκείνα που φανέρωναν την έκταση του προβλήματος, τα χαρακτηριστικά των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση, την διαγνωστική εκτίμηση της κακοποίησης, την θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος, με αναφορά και στα προγράμματα των υπηρεσιών που ασχολούνται με αυτά τα περιστατικά. Τέλος στο βιβλιογραφικό μέρος της μελέτης γίνεται αναφορά στον τομέα της πρόληψης.

Στο ερευνητικό μέρος της μελέτης πραγματοποιήθηκε έρευνα σε επαγγελματίες διάφορων ειδικοτήτων, που ~~που~~ αντιμετωπίζουν ~~+~~ περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στις υπηρεσίες: Κέντρο βρεφών "Μητέρα", Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων, Αστυνομία Ανηλίκων, Δικαστήριο Ανηλίκων, ΠΙΚΠΑ, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, Νοσοκομείο Παιδων "Αγ. Σοφία", ~~Νοσοκομείο Παιδων "Αγ. Σοφία"~~, Νοσοκομείο Παιδων "Αγλαΐας Κυριακού", και η Παιδοψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Παιδων "Αγ. Σοφία". Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες βρίσκονται στο χώρο της πρωτεύουσας, και επιλέχθηκαν γιατί εφαρμόζουν είτε παρέμβαση με σκοπό την προστασία του παιδιού, ή την αστυνομική και νομική παρέμβαση, είτε την θεραπευτική παρέμβαση, ή τέλος

μόνο την ερευνητική προσέγγιση του θέματος. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από δύο βασικές ενότητες: Η πρώτη αφορά την συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων που είναι ενδεικτικά της έκτασης και της σύστασης του προβλήματος στην Ελλάδα και μέσα από την δεύτερη επιχειρείται η διερεύνηση του κατά πόσο οι επαγγελματίες που ασχολούνται με αυτά τα περιστατικά έχουν κοινές απόψεις πάνω στο θέμα και τον χειρισμό του.

Όπως προέκυψε από την έρευνα το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης θεωρείται αρκετά σοβαρό, αν και υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό των περιστατικών που δεν αποκαλύπτονται. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο δράστης συχνότερα είναι η μητέρα, το παιδί που πιο συχνά κακοποιείται είναι το αγόρι - με μικρό ποσοστό διαφοράς από τα κορίτσια -, η ηλικία του κακοποιημένου παιδιού είναι κυρίως από μηνών έως τριών ετών, ενώ οι ψυχολογικές συνέπειες που έχουν κυρίως παρατηρηθεί στα παιδιά, έλλειψη ικανότητας για ευχαρίστηση και απόσυρση· παρατηρούνται επίσης νευρολογικές διαταραχές. Όσον αφορά τις απόψεις των ειδικών για το θέμα φαίνεται ότι υπάρχει ένας σημαντικός βαθμός διαφωνίας μεταξύ τους. Επίσης η έρευνά μας στις υπηρεσίες που ασχολούνται με τέτοια περιστατικά στο χώρο της πρωτεύουσας έδειξε ότι οι υπηρεσίες δεν εφαρμόζουν σε γενικές γραμμές, εκτός από λίγες κάποιες προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης, εκτός από εκείνο των αναδόχων οικογενειών.

Τέλος στην μελέτη αυτή γίνονται κάποιες εισηγήσεις με βάση τα αποτελέσματα της έρευνάς μας με σκοπό την πληρέστερη και σφαιρικότερη αντιμετώπιση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στον Ελλαδικό χώρο.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

	Σελίδα
ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών πάνω στην αντιμετώπιση περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	201
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Διαστάσεις του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	254
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Αριθμός περιστατικών που είδαν οι επαγγελματίες.....	255
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Τρόποι με τους οποίους τα περιστατικά αναφέρθηκαν στους επαγγελματίες.....	203
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Φύλο των παιδιών που είχαν σωματικά κακοποιηθεί και παραμεληθεί.....	204
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 : Συμπτώματα που παρουσίαζαν τα παιδιά ...	256
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Ηλικία σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση.....	207
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Επαναλαμβανόμενη ή μη σωματική κακοποίηση και παραμέληση.....	257
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Διάρκεια σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	258
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Ο δράστης της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	212
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Περιπτώσεις που ο δράστης ήταν ο ένας από τους δύο γονείς, ο άλλος γνώριζε ή όχι το γεγονός.....	259
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Ηλικία των γονέων όταν έγινε γνωστό το περιστατικό.....	260
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.....	261



	Σελίδα
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.....	262
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Επαγγελματική κατάσταση του πατέρα του κακοποιημένου παιδιού.....	263
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Επαγγελματική κατάσταση της μητέρας του κακοποιημένου παιδιού.....	264
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των οικο- γενειών στις οποίες εκδηλώθηκε το περι- στατικό.....	265
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Περιπτώσεις συνύπαρξης σεξουαλικής ή ψυ- χολογικής-συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης.....	222
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Ψυχολογικές επιπτώσεις στα θύματα.....	266
ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Υπηρεσίες που οι επαγγελματίες γνωρίζουν ότι ασχολούνται με περιστατικά κακοποι- ησης παιδιών.....	267
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Τρόποι χειρισμού των περιστατικών από τους επαγγελματίες.....	228
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Γνώμη των ειδικών για την πιθανότητα ε- πανάληψης της κακοποίησης.....	268
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Λόγοι για τους οποίους θεωρείται από τους επαγγελματίες ότι ένας ενήλικας γίνεται δράστης κακοποίησης ή παραμε- λεί το παιδί του.....	232
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με την επάρκεια ή μη της νομοθεσίας.....	269
ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Γνώμη των ειδικών για την αποτελεσματι- τα ή όχι του χειρισμού.....	270

ΠΙΝΑΚΑΣ 26:	Αιτιολόγηση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ερωτηθέντων.....	271
ΠΙΝΑΚΑΣ 27:	Απόψεις ειδικών για την επάρκεια ή μη του χειρισμού των περιπτώσεων κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών σε εθνικό επίπεδο.....	272
ΠΙΝΑΚΑΣ 28:	Επιπτώσεις της παρουσίας περιστατικών στον ημερήσιο τύπο.....	273
ΠΙΝΑΚΑΣ 29:	Τρόποι σύμφωνα με τους επαγγελματίες αντιμετώπισης των δραστών.....	274
ΠΙΝΑΚΑΣ 30:	Απόψεις των επαγγελματιών για τον τρόπο παρουσίας των περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στον ημερήσιο τύπο( κατάλληλος ή όχι).....	275

ση ως "Μη τυχαία κάκωση που προκαλείται απο άτομο το οποίο έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού. Οι κακώσεις περιλαμβάνουν μώλωπες, εκδορές, εγκαύματα, κατάγματα άκρων και κρανίου κ.ά. Η σοβαρότητα των κακώσεων μπορεί να κυμαίνεται απο μώλωπες ως υποσκληρίδια αιματώματα που προκαλούν το θάνατο".

Κατά το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.) (1987), ως σωματική κακοποίηση "Νοείται οποιαδήποτε και καθ'ολονδήποτε τρόπο διατάραξη της ανατομικής ακεραιότητας των ιστών του σώματος του παιδιού και οποιαδήποτε κατάσταση είναι αποτέλεσμα μη τυχαίας δυσμενούς επίδρασης εξωγενούς παράγοντα (φύσης μηχανικής, φυσικής ή χημικής) ή αποτέλεσμα στέρησης ενός παράγοντα απαραίτητου για τη ζωή".

**ii) Σεξουαλική κακοποίηση :** Οι Schmitt και Kempe (1979), την θεωρούν σαν το "καλλήτερο κρατημένο μυστικό". Περιλαμβάνει την αιμομιξία, την παρά φύση συνουσία, τη στοματική επαφή, την ασέλγεια, τη χρησιμοποίηση παιδιών για πορνογραφικό υλικό, την έκθεση παιδιών σε επίδειξη γεννητικών οργάνων ενηλίκων, ότι δηλαδή έχει σκοπό τη σεξουαλική διέγερση του δράστη.

Σύμφωνα με το Ι.Υ.Π (1987), "Νοείται οποιαδήποτε πράξη ή ενέργεια γίνεται σε βάρος του παιδού απο άτομο άλλο μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά 5 χρόνια".

**Αιμομιξία:** Είναι ο πιο συχνός τύπος μιας τέτοιας κακοποίησης, που πραγματοποιείται από τον κόλπο και το απευθυνμένο. Παρατηρείται σε γονείς τοξικομανείς και ιδιαίτερα αλκοολικούς.

**iii) Συναισθηματική κακοποίηση :** Ορίζεται απο τους ειδικούς

του I.Y.H. (1987), ως "τη συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού που επηρεάζει και αναστέλλει τη ψυχική του ανάπτυξη".

Σύμφωνα με τους Shmitt και Kempe (1979), μπορεί να οριστεί "ως η διαρκής απόρριψη ή η χρησιμοποίηση ενός παιδιού ως "αποδιοπομπαίου τράγου", από άτομα που το φροντίζουν". Η συνεχής υποτίμηση, η υβριστική συμπεριφορά ή ψυχολογική τρομοκρατία (π.χ. εγκλεισμός) ενός παιδιού, περιλαμβάνονται στην περίπτωση αυτή και έχουν ολέθρια αποτελέσματα στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.

Ο Walter Junewicz (19 ), προσδιορίζει δύο τύπους της συναισθηματικής κακομεταχείρισης των παιδιών.

α) Η συναισθηματική παραμέληση αναφέρεται "στις γονεϊκές παραλείψεις στη φροντίδα του παιδιού, δηλαδή στην ανικανότητα του γονέα να παρέχει στο παιδί ερεθίσματα, μέσω της φροντίδας, της σταθερότητας και της ασφάλειας που είναι απαραίτητες για την νοητική, κοινωνική και ψυχολογική του εξέλιξη".

β) Η συναισθηματική κακοποίηση αναφέρεται "στην εκτέλεση γονεϊκών πράξεων που φανερά ερεθίζουν το παιδί ζημιώνοντας τη νοητική, κοινωνική ή ψυχολογική του εξέλιξη, με αποτέλεσμα ν'αποκτήσει αρνητική εικόνα του εαυτού του ή να εμφανίζει διαταραγμένη συμπεριφορά".

iv) Παραμέληση : "Μπορεί να είναι σωματική ή συναισθηματική και περιλαμβάνει τη στέρηση φροντίδας που θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική του ανάπτυξη ακόμη και τη ζωή του".

Κατά τους Shmitt και Kempe (1979), η παραμέληση των παι-

διών μπορεί να εντοπιστεί με διαφορετικούς τρόπους. Σημαντικότερους θεωρούν :

α) Αποστέρηση τροφής: Η πιο κοινή αιτία χαμηλού βάρους στη νεογνική και βρεφική ηλικία, είναι "η ανεπαρκής διατροφή του παιδιού η οποία μπορεί να είναι ηθελημένη ή αποτέλεσμα παραμέλησης".

β) Παραμέληση ιατρικής φροντίδας : Η οποία θεωρείται σαν σημαντικότερη σε περιπτώσεις παιδιών με χρόνια νοσήματα, όπως μεσογειακή αναιμία, διαβήτη κά, τα οποία χρειάζονται συνεχή θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση.

γ) Προμελετημένη δηλητηρίαση : Περιλαμβάνει τον εξαναγκασμό σε λήψη φαρμάκων, ναρκωτικών και άλλων βλαβερών ουσιών.

δ) Παραμέληση ασφάλειας : Η παραμέληση ασφάλειας για το παιδί ορίζεται ως κακοποίηση αν είναι σημαντική και αν το παιδί είναι κάτω των δύο ετών. Παιδιά αυτής της ηλικίας που αφήνονται μόνα στο σπίτι ή εγκαταλείπονται στο δρόμο ανήκουν στη κατηγορία αυτή.

Τέλος οι Shmitt και Kempe, θεωρούν σαν μορφή παραμέλησης συμπεριφορές που διαπιστώνονται από κοινωνικές οργανώσεις, σχολεία, γείτονες, αστυνομία και σπανιότερα από ιατρικά κέντρα.

Σε αυτή την μελέτη αναλύεται η σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών σαν ένα ενιαίο κομμάτι δεδομένου ότι την στιγμή που ένα παιδί κακοποιείται για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα της ζωής του η παραμέληση είναι και αυτή ένα ακόλουθο γεγονός που βαδίζει μαζί με την κακοποίησή του.

Το κεφάλαιο II, με τον τίτλο "ανασκόπηση άλλων μελετών και σχετικών, με το θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, συγγραμάτων" χωρίζεται σε επτά μέρη, τα οποία περιλαμβάνουν τα παρακάτω θέματα.

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την ιστορική αναδρομή του προβλήματος τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα καθώς και την εξέλιξη της αναγνώρισης της σοβαρότητας του και της αναγκαιότητας για την αντιμετώπισή του. Το δεύτερο μέρος παρουσιάζει την έκταση και συχνότητα του προβλήματος, τις θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί γι' αυτό, τις μορφές κακοποίησης του παιδιού και παραμέλησης μέσα στην οικογένεια, τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζει το παιδί και τις μακροπρόθεσμες συνέπειες σ' αυτό, τα χαρακτηριστικά που προκύπτουν από προηγούμενες έρευνες και τα χαρακτηριστικά των μετεχόντων.

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τη διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης. Το τέταρτο μέρος παρουσιάζει την θεραπευτική αντιμετώπιση και τα εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα και το πέμπτο, τα προγράμματα αντιμετώπισης στον Ελλαδικό χώρο. Στο έκτο μέρος παρουσιάζεται η πρόληψη του προβλήματος και στο έβδομο οι νομοθετικές ρυθμίσεις για τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ, ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ, ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.

#### Α. Ιστορική Αναδρομή

Το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών είναι διαχρονικά συνδεδεμένο με τη φιλοσοφική, πολιτιστική και κοινωνικοπολιτική αντίληψη κάθε εποχής. Η χρήση βίας προς τα παιδιά, η παραμέληση της ένδυσης και της τροφής τους καθώς και η στέρηση των ευκαιριών, που οδηγούν στην σωστή ανάπτυξη και υγεία τους δεν είναι νέο φαινόμενο. Ο προσδιορισμός της συχνότητας όμως αυτού καθ' εαυτού του προβλήματος εξαρτάται από την κουλτούρα κάθε εποχής και το κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο κάθε χώρας.

Μια διαχρονική μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης παιδιών μας γυρίζει στην Ελληνική μυθολογία και στους δώδεκα θεούς του Ολύμπου. Λέγεται ότι κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στην μυθολογία. Όπως αναφέρει η Νάκου (1987), η περίπτωση του Ηφαίστου, που η μητέρα του, η Ηρα, τον πέταξε από τον Ολυμπο στη θάλασσα, γιατί ήταν θυμωμένη με τον πατέρα του, το Δία που είχε εξωσυζυγικές σχέσεις και επιπλέον το παιδί ήταν πολύ άσχημο, αποτελεί μια "κλασσική" περίπτωση κακοποίησης παιδιού. Η ανθρώπινη ιστορία είναι γεμάτη από περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Μια γρήγορη ανασκόπηση των μορφών μαζικής κακοποίησης παιδιών σε διάφορες ιστορικές εποχές και γεωγραφικές περιοχές, όπως δίνεται από την Νάκου, αποκαλύπτει τα εξής:

## 1. Βρεφοκτονία και εγκατάλειψη:

Σε διάφορους πολιτισμούς η θυσία πολλών παιδιών ήταν παραδεκτή για θρησκευτικούς σκοπούς. Ο SOLOMON (1973) υποστηρίζει ότι η παραλίγο θυσία του Ισαάκ στην Παλαιά Διαθήκη και η Σφαγή του Ηρώδη, ήταν ένα τέτοιο παράδειγμα. Σύμφωνα με τον ίδιο ένα νεώτερο παράδειγμα ήταν μέρος της "τελικής λύσης για τους Εβραίους" του Χίτλερ, ο οποίος στα παιδικά του χρόνια ήταν και ο ίδιος θύμα πατρικής βίας.

Σύμφωνα με τον OLIVER (1978), ατομική βρεφοκτονία ή εγκατάλειψη αποτελούσαν λύσεις αποδεκτές από την κοινωνία σε περιπτώσεις εξώγαμου παιδιού, ανάπηρου ή ακόμα και παιδιού με αντίθετο φύλο από αυτό που απαιτεί η κοινωνία. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι στη σημερινή Κίνα παρουσιάζονται ακόμη περιστατικά εγκατάλειψης ή και θανάτωσης θηλυκών βρεφών επειδή το κράτος τιμωρεί τους γονείς, που αποκτούν περισσότερα από ένα παιδιό και προτιμούνται τα αγόρια. Στο βιβλίο της UNESCO (1968) υποστηρίζεται ότι οι προϊσλαμικοί Άραβες έβαβαν καμιά φορά ζωντανά τα νεογέννητα κορίτσια. Η συνήθεια αυτή καταργήθηκε από τον Ισλαμισμό. Επίσης δεν είναι μακριά το παράδειγμα του Καιάδα, όπου οι γονείς πετούσαν τα παιδιά που γενιόνταν άρρωστα ή παραμορφωμένα στην Αρχαία Σπάρτη.

## 2. Ακρωτηριασμός και Ευνουχισμός:

Ο SMITH (1975) υποστηρίζει ότι στις Αραβικές χώρες, ο κλέφτης άσχετα με την ηλικία του, τιμωριόταν με το κόψιμο του χεριού, ο ψεύτης με το κόψιμο της γλώσσας. Επίσης σύμφωνα με τη Νάκου (1987) σε διάφορες χώρες, ο ακρωτηριασμός



γινόνταν από τους γονείς για να ζητιανέψει το παιδί. Στην εποχή μας σύμφωνα με την ίδια, πολλές γύφτισσες παραμελούν τα παιδιά τους ή προκαλούν ηθελημένα αρρώστιες (π.χ. γρίπη) σ'αυτά, για να συγκινήσουν και να συγκεντρώσουν χρήματα μέσω της ζητιανείας. Ο ευνουχισμός από την άλλη μεριά γινόταν για τιμωρία, αλλά επίσης και στους μικρούς τραγουδιστές για να διατηρηθεί η ψιλή φωνή, όπως αναφέρει ο OLIVER (1978) .

### 3. Εργασία από μικρή ηλικία:

Όπως αναφέρει η Νάκου (1987) η εργασία από μικρή ηλικία παιδιών για πολύ χαμηλό μισθό ήταν και εξακολουθεί να είναι πρόβλημα σε μερικές κοινωνίες σήμερα. Το παιδί πολύ συχνά γίνεται μέσο κακομεταχείρισης των ενηλίκων και εκμετάλλευσης. Η Αγάθωνος (1987) υποστηρίζει ότι η σεξουαλική εκμετάλλευση μικρών παιδιών για κερδοσκοπικούς λόγους είναι ένα σύγχρονο πρόβλημα σε όλες σχεδόν τις χώρες.

Υπήρξαν επίσης σύμφωνα με τη Νάκου (1987), πολλές περιπτώσεις σκλαβιάς παιδιών καθώς και πούλημα παιδιών από τους γονείς τους. Η ίδια υποστηρίζει ότι σήμερα, στον 20ο αι., πολλές ανύπαντρες μητέρες πουλούν τα εξώγαμα παιδιά τους σε ζευγάρια που δεν μπορούν να τεκνοποιήσουν και το πρόβλημα της εμπορίας βρεφών έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις.

### 4. Σκληρή τιμωρία:

Η Αγάθωνος (1987) αναφέρει ότι το γνωστό πια σλόγκαν "το ξύλο βγήκε από τον παράδεισο" χαρακτηρίζει μια μεγάλη

περίοδο της ιστορίας, που το παιδί δεν είχε δικαιώματα - ήταν ιδιοκτησία του πατέρα του. Η παραδοσιακή αρχή ήταν ότι η σκληρή τιμωρία χρειαζόταν για την πειθαρχία του παιδιού και ότι αποτελούσε ένα απαραίτητο μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η Νάκου (1987) υποστηρίζει ότι οι σημερινές αντιλήψεις της ψυχολογίας του παιδιού έρχονται σε αντίθεση με τις παλιές θεωρίες, αλλά στην πράξη δεν υπάρχει συμφωνία για το τι είναι παραδεκτό. Η ίδια συνεχίζει ότι στις Σκανδιναβικές χώρες έχει απαγορευτεί, ακόμη και ένα χαστούκι.

Από την άλλη μεριά όμως, δεν έχει περάσει παρά μια δεκαετία από τότε που αθώωθηκε ένας Έλληνας πατέρας μετά από άγριο ξυλοδαρμό της κόρης του, ηλικίας 12 ετών. Το συμπέρασμα στο δικαστήριο ήταν ότι, "κόρη του είναι - δεν τον υπάκουσε, έπρεπε να την δείρει".

Μέχρι το τέλος του τελευταίου αιώνα, όπως αναφέρει ο OLIVER (1978), κανείς δεν σκέφτηκε να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής των παιδιών και να υποστηρίξει την ανάγκη τους για ειδική μεταχείριση. Στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής τα προβλήματα των παιδιών ήταν τόσα πολλά και μεγάλα - πείνα, αρρώστια, ορφάνια, εγκατάλειψη, σεξουαλική εκμετάλλευση δουλεία από μικρή ηλικία, κακομεταχείριση. Τα ορφανοτροφεία που ιδρύθηκαν από εκκλησίες και φιλανθρωπικές οργανώσεις πρόσφεραν στέγη στα εγκαταλειμμένα παιδιά, αλλά και οι συνθήκες εκεί δεν ήταν καλύτερες, όπως για παράδειγμα μας απεικονίζει ο DICKENS στο "OLIVER TWIST".

Από το 1880 και μετά, όπως λέει η Νάκου (1987) στην Αγγλία και σε διάφορες πολιτείες της Αμερικής οργανώθηκαν εταιρείες προστασίας παιδιών. Ο SMITH (1975) αναφέρει ότι πριν από αυτό, ο μόνος φορέας που βρέθηκε στη Νέα Υόρκη να προστατέψει ένα κοριτσάκι από τη βία του πατριού της, ήταν η "Εταιρεία Προστασίας Ζώων". Σύμφωνα με τον LYNCH (1985) ο απολογισμός της εταιρείας Προστασίας Παιδιών του Λονδίνου, το 1985 αναφέρει περιπτώσεις παιδιών, που ήταν θύματα εγκατάλειψης, παραμέλησης, πείνας και βίας. Ο ίδιος συνεχίζει ότι οι γονείς ήταν συχνά αλκοολικοί και η αντιμετώπισή τους ήταν "ηθική πρέση" και μαστίγωμα. Τέλος ο ίδιος συμπληρώνει ότι η ιατρική βιβλιογραφία της εποχής, δεν ασχολείται καθόλου με το πρόβλημα. Οι MACCARTHY και BOOTH (1970) υποστηρίζουν ότι η μοναδική περίπτωση κακοποίησης δημοσιεύτηκε το 1860. Ο συγγραφέας ήταν ένας Γάλλος καθηγητής ιατροδικαστής, ο JARDIEU, ο οποίος περιέγραψε 32 παιδιά που κακοποιήθηκαν από τους γονείς του, με λεπτομέρειες των τυπικών τραυμάτων (κατάγματα, εγκαύματα κλπ), καθώς και παρατηρήσεις για την συμπεριφορά των γονιών και των παιδιών. Τελείωσε με την παράκληση για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Δυστυχώς, τα λόγια του ξεχάστηκαν και η μελέτη του παραμερίστηκε από τους γιατρούς για σχεδόν 100 χρόνια.

Αμέσως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, σύμφωνα με τη Νάκου (1987), η ιατρική βιβλιογραφία παρουσίασε πολλές περιγραφές παιδιών με κακώσεις "χωρίς ιστορικό τραύματος" - κατάγματα, μώλωπες, περιοριστικές διογκώσεις, υποσκληρίδια

αιματώματα - αλλά κανείς δεν αναφέρθηκε σε βία, παρά μόνο σε "αυξημένη αστική ευθραυστικότητα", για "αιμορραγική διάθεση" και πιο τολμηρά για "επικίνδυνες περιβαλλοντικές συνθήκες".

Τελικά το 1957, όπως αναφέρει η ίδια, ένας Αμερικανός ακτινολόγος, ο CAFFEY, γράφοντας για το συνδιασμό καταγμάτων στα μακρά οστά με υποσκληρίδιο αιμάτωμα σε μικρά παιδιά τόνισε την αναγκαιότητα να σκεφτεί κανείς την πιθανότητα βίας στην οικογένεια: "Ο ακτινολόγος πρέπει να επιμένει στους συναδέλφους, που δεν είναι ευαισθητοποιημένοι σε τραύματα να ψάξουν πιο βαθιά στο ιστορικό".

Όμως με την άνοδο του επιπέδου ζωής δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στα ατομικά δικαιώματα και το παιδί γίνεται αντικείμενο μιας βαθύτερης συζήτησης με το πέρασμα του χρόνου. Η Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού έρχεται να προστατέψει και να διασφαλίσει τα συμφέροντα του. Ψηφίστηκε ομόφωνα στις 20 Νοεμβρίου 1959 και περιλαμβάνει δέκα αρχές. Αποτελεί επεξεργασία των διατάξεων του Χάρτου, των σχετικών με τα Δικαιώματα του ανθρώπου καθώς και της Παγκόσμιας Διακήρυξης, ειδικότερα του Αρθρου 25, κατά το οποίο η μητέρα και το παιδί δικαιούνται ειδικών φροντίδων και βοήθειας. Όλα, δε, τα παιδιά - ανεξαρτήτως αν προέρχονται ή όχι από νόμιμο γάμο - πρέπει να απολαμβάνουν την ίδια κοινωνική προστασία. Από τις δέκα αρχές που περιλαμβάνει η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Παιδιού, όπως υποστηρίζει η Νάκου (1987), οι τέσσερις έχουν άμεση σχέση με τη σημερινή αντίληψη της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών:

Αρχή Δεύτερη: "Το παιδί θα απολαμβάνει ιδιαίτερη προστασία και θα του παρέχονται, με νομοθετικά ή άλλα μέσα, ευκαιρίες και δυνατότητες για να μπορέσει να αναπτυχθεί σωματικά, ηθικά, πνευματικά και κοινωνικά με τρόπο φυσιολογικό και υγιεινό και σε συνθήκες ελευθερίας και αξιοπρέπειας. Όταν θεσπίζονται νόμοι για το σκοπό αυτό πρωταρχική φροντίδα θα είναι η εξασφάλιση των πραγματικών συμφερόντων του παιδιού".

Αρχή Τέταρτη: "Το παιδί θα απολαμβάνει τα δικαιώματα της κοινωνικής ασφάλειας και θα του αναγνωρίζεται το δικαίωμα να μεγαλώνει και να αναπτύσσεται με υγεία. Για το σκοπό αυτό θα παρέχεται στο παιδί και στην μητέρα του ιδιαίτερη φροντίδα και προστασία στην οποία περιλαμβάνεται και η ικανοποιητική προγεννητική και μεταγεννητική μέριμνα. Το παιδί θα έχει το δικαίωμα ικανοποιητικής διατροφής, στέγασης, ψυχαγωγίας και ιατρικής περίθαλψης.

Αρχή Έκτη: "Το παιδί έχει ανάγκη, για την πλήρη και αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, από αγάπη και κατανόηση. Θα μεγαλώσει, όπου είναι δυνατόν με την ευθύνη και τη φροντίδα των γονιών του και πάντοτε σε μια ατμόσφαιρα στοργής και ηθικής και υλικής ασφάλειας.

Αρχή Ένατη: "Το παιδί θα προστατεύεται από κάθε μορφή εγκατάλειψης, σκληρότητας και εκμετάλλευσης. Δεν θα είναι αντικείμενο κανενός είδους συναλλαγής".

Αυτά είναι αποσπάσματα από το πρωτότυπο της διακήρυξης σε επίσημη μετάφραση και γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι

αφήνουν να εννοηθεί έμμεσα ότι η στέρηση αυτών των δικαιωμάτων αποτελεί κακοποίηση του παιδιού. Επίσης η έκτη αρχή αναγνωρίζει την ειδική ευθύνη των γονιών και επομένως στο ατομικό επίπεδο ο γονιός είναι στην μοναδική θέση να προξενεί στέρηση των δικαιωμάτων του παιδιού του δηλαδή να τα κακοποιήσει ή να τα παραμελήσει.

Όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987) το 1959 είναι μια πολύ σημαντική χρονολογία για τα παιδιά· την ίδια εκείνη χρονιά ο KEMPLE μίλησε στην Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία για το πρόβλημα της "Γονικής εγκληματικής παραμέλησης και βαριάς σωματικής κακοποίησης". Η ίδια συνεχίζει ότι το 1960 η κοινωνική λειτουργός ELMER αναφέρθηκε στις δυσκολίες της αναγνώρισης της κακοποίησης, ενώ το 1962 η ιστορία καταλήγει στον ορισμό του KEMPLE έκανε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους, όπως και των γονιών που κακοποιοούν τα παιδιά τους.

Η περιγραφή του ήταν βασισμένη σε στοιχεία , που μαζεύτηκαν από ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε σε διάφορα παιδιατρικά κέντρα της Αμερικής. Παράλληλα όμως με την κλινική ευαισθητοποίηση λίγα χρόνια αργότερα, όπως αναφέρει η Νάκου (1987) οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες άρχισαν να ορίζουν πιο αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση και την καταγγελία της βίας - οι ιατροδικαστές CAMERON και CAMPS στην Αγγλία το 1966 και ο ADELSON στην Αμερική το 1969 οδηγούσαν τους συναδέλφους τους σε νέα προσέγγιση. Όμως ο KEMPLE (1971), ήταν ο άνθρωπος που τελικά κινητοποίησε την θεραπευτική ομάδα να κάνει έρευνες στον τομέα της κακοποίησης παιδιών καθορίζοντας τις πρώτες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διεπιστημονική βάση.

Οι πρώτες αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του KEMPLE ήταν δυσπιστία και άρνηση - οι γιατροί προτιμούσαν να πιστέψουν τις αντιφατικές και απίθανες εξηγήσεις των γονέων για τα τραύματα των παιδιών τους και να τα κατατάξουν στην κατηγορία των ατυχημάτων. Σιγά - σιγά όμως, όπως υποστηρίζουν οι MACCARTHY και BOOTH (1970), στην Αμερική ο ιατρικός κλάδος άρχισε να παραδέχεται ότι αυτοί που μεγαλώνουν τα παιδιά μπορεί και να τα τραυματίσουν. Αρχισαν να σκέφτονται την κακοποίηση σαν "πιθανή διάγνωση" στην περίπτωση κακώσεων σε βρέφη και την παραμέληση και στέρηση μητρικής φροντίδας σαν αιτία στασιμότητας της σωματικής ανάπτυξης του παιδιού. Η διάγνωσή τους ήταν πιο εύκολη όταν υπάρχει ιστορικό εγκληματικής δράσης στην οικογένεια ή όταν ένας γονιός παρουσίαζε ψυχιατρικά προβλήματα ή ήταν ναρκομανής ή αλκοολικός. Σταδιακά όμως, όλο και περισσότεροι γιατροί αντιμετώπισαν περιπτώσεις κακοποίησης σε "φυσιολογικές" οικογένειες.

Ταυτόχρονα άρχισαν να καταλαβαίνουν ότι στην αρρώστια αυτή η διάγνωση είναι πιο απλή από τη θεραπεία, και στην αντιμετώπιση του προβλήματος οι παιδίατροι, ζήτησαν βοήθεια από τους συνεργάτες - κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους, ψυχολόγους ή και το αντίθετο.

Όπως στην κλινική έτσι και στην παθολογοανατομική, όπως υποστηρίζει ο LYNCH (1985), η τάση να χρησιμοποιηθεί η διάγνωση "ατύχημα", οπότε υπήρχε αμφιβολία για την πρόκληση κακώσεων σε παιδιά. Έτσι κι αλλιώς τα ατυχήματα πάντα είχαν μεγάλη συχνότητα στην παιδική ηλικία. Παράλληλα όμως με τους κλινικούς γιατρούς, οι παθολογοανατόμοι απέκτησαν νέες γνώσεις γύρω από την αιτιολογία των κακώσεων, οι

ιατροδικαστές έγιναν πιο φιλόποιοι και οι νομικές υπηρεσίες αναγκάστηκαν να βρουν καινούριους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος (εκτός από την οδήγηση του δράστη στο δικαστήριο, σε περίπτωση βρεφοκτονίας και παιδοκτονίας).

Η κοινή γνώμη μετά από μια πρώτη κρίση άρνησης και δυσπιστίας, όπως αναφέρει η Μαρουλή (1977) αντιμετώπισε με απέχθεια τους γονείς - θύτες. Οτι συμβαίνει στον τομέα της ιατρικής προκαλεί πάντα το ενδιαφέρον του κόσμου και ο συνδιασμός της βίας με ένα "νέο σύνδρομο" φούντωσε τη φαντασία των δημοσιογραφικών οργάνων κι έγινε αρχή για όργια δημοσιογραφικών υπερβολών. Οι γονείς παρουσιάστηκαν σαν "απάνθρωποι", "σκληροί", "κτήνοι", "τέρατα". Πέρασε πολύ καιρός για να γίνει παραδεκτό ότι οι γονείς είναι άνθρωποι με ελαττώματα και ανάγκες, και όταν δεν ικανοποιηθούν αποτυγχάνουν σε πολλούς ρόλους τους μέσα στην κοινωνία. Το πέρασμα του χρόνου έφερε μελέτες που δείχνουν ότι οι γονείς είναι οι ίδιοι θύματα είτε της κοινωνίας, είτε των δικών τους γονιών, όπως αναφέρει ο GIL (1969). Γενικά το φαινόμενο δεν θεωρείται πια σαν νέο πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας, αλλά μάλλον σαν ένα πρόβλημα, που πάντα υπήρχε και που ήταν κρυμμένο μέσα στ'άλλα τεράστια προβλήματα των παιδιών των προηγούμενων γενεών - πείνα, λοιμώξεις, εγκατάλειψη και υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα.

Τα τελευταία χρόνια, όπως υποστηρίζει η Νάκου (1978) σε πολλά παιδιατρικά κέντρα άρχισαν να διερευνούν το πρόβλημα και να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης των περιπτώσεων μέσα στα πλαίσια των συγκεκριμένων τοπικών συνθηκών. Κάθε διεπιστημονική ομάδα, που δουλεύει σ'αυτά τα κέντρα και ασχολείται



με κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους περνάει από την ίδια σειρά: Η πρώτη αντίδραση είναι η δυσπιστία και η άρνηση του προβλήματος από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι πρώτες περιπτώσεις που αναγνωρίζονται είναι οι ακραίες - αυτές που ο γονιός είναι εγκληματίας, αλκοολικός ή έχει ψυχιατρικό πρόβλημα ή που τα τραύματα είναι τόσο χαρακτηριστικά, που δεν μπορούν να εξηγηθούν διαφορετικά π.χ. μαχαιριές. Σταδιακά η διάγνωση γίνεται και στις πιο ελαφρές περιπτώσεις και στις λιγότερο φανερές και νωρίτερα στην εξέλιξη του προβλήματος, όπου η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να έχει πιο πετυχημένα αποτελέσματα. Ένα επόμενο στάδιο συμπεριλαμβάνει και την αναγνώριση οικογενειών "υψηλού κινδύνου", καθώς και τη λήψη προληπτικών μέτρων.

Όπως αναφέρει η Μαρουλή (1977) η πείρα έφερε και κάποια διεύρυνση στα όρια και στον ορισμό της κακοποίησης. Ο όρος "BATTERED BABY SYNDROM" κατά λέξη "το σύνδρομο του χτυπημένου παιδιού", ήταν πράγματι έντονος και πέτυχε να κεντρίσει το ενδιαφέρον και την προσοχή του κόσμου, είναι όμως μία κάπως δημοσιογραφική έκφραση. Έτσι άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος "NON ACCIDENTAL INJURY" - "τραύμα που δεν οφείλεται σε ατύχημα" - όπως και ο γενικότερος όρος "CHILD ABUSE" δηλαδή "κακοποίηση παιδιών", που είναι ο όρος που προτιμάται σήμερα και έχει επικρατήσει.

Εκτός από την σωματική κακοποίηση οι διεπιστημονικές ομάδες ασχολούνται και με παιδιά που είναι τόσο παραμελημένα ώστε να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, μετά κυρίως από τις παρατηρήσεις του MCCARTHY (1970) σε παιδιά που παρουσιάζουν

καθυστερήσει στην ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανική αιτία, που ονόμασε "PSYCHOSOCIAL DWARFISM" δηλαδή ψυχοκοινωνικός νανισμός. Επίσης τα τελευταία χρόνια έγινε φανερό ότι υπάρχουν άλλες μορφές κακοποίησης π.χ. η φαρμακευτική κακοποίηση και η στέρηση της ιατρικής φροντίδας, ενώ πολύ συζητήση γίνεται για το πρόβλημα της ψυχολογικής κακοποίησης. Ο GEISEL (1979) υποστηρίζει επίσης ότι η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών μέσα στην οικογένεια είναι πολύ πιο συχνή απ'ότι πιστευόταν μέχρι σήμερα, αλλά είναι κρυμμένη.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και στη Μεγάλη Βρετανία η αντιμετώπιση της κακοποίησης των παιδιών έχει γίνει πια ρουτίνα. Στον Ελλαδικό χώρο η αναγνώριση του προβλήματος αντιμετωπίστηκε επίσης με προκατάληψη, άρνηση και δυσπιστία αρχικά μέχρι να αποδειχθεί η ύπαρξη και η σοβαρότητά του. Μεμονωμένα ακραία περιστατικά σωματικής κακοποίησης παιδιών, παιδοκτονίας, βρεφοκτονίας, εγκατάλειψης πάντα ακούγονταν στην Ελλάδα, κυρίως μέσα από τον τύπο. Η γνωστή περίπτωση της μικρής "Σπυριδούλας" στη Σύρο, που σιδερώθηκε από την κυρία στο σπίτι της οποίας εργαζόταν, είχε συγκλονίσει το πανελλήνιο αίσθημα για να ξεχαστεί γρήγορα. Σε αντίθεση με την Αγγλία, όπου η περίπτωση του θανάτου από κακοποίηση της μικρής MARIA COLWELL οδήγησε στη δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου υπηρεσιών για την αντιμετώπιση παρόμοιων περιπτώσεων, στη χώρα μας κάθε περιστατικό που δημοσιεύεται αρχίζει και τελειώνει σύντομα χωρίς αποτέλεσμα. Όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987), μερικοί ευαίσθητοποιημένοι δημοσιογράφοι γράφουν με την ευκαιρία κάποιου

παιδιού θύματος, ένας - δύο αγανακτισμένοι πολίτες ζητούν ευθύνες από τις κρατικές υπηρεσίες και μετά όλα ξεχνιούνται.

Η πρώτη γραπτή αναφορά στην Ελλάδα, όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1988), σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών έγινε από τον Έλληνα παιδίατρο Δοξιάδη Σπύρο με ένα άρθρο, που έγραψε στην εφημερίδα "Το Βήμα", στο φύλο της 20.4.76. Τον επόμενο χρόνο, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού άρχισε να ασχολείται με το θέμα, κι έτσι μέσα στο 1977 δημοσιεύτηκε μια πρώτη αναδρομική μελέτη για το πρόβλημα, που βασίστηκε στο υλικό της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών. Μέσα σε δύο χρόνια, δημιουργήθηκε μια πλήρης διεπιστημονική ομάδα με μέλη της δύο κοινωνικούς λειτουργούς -ψυχολόγους, δύο παιδίατρους, έναν ψυχίατρο, μια κλινική ψυχολόγο κι έναν νομικό σύμβουλο και με στόχο ένα τριετές ερευνητικό πρόγραμμα μελέτης της μορφής που το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών εμφανίζεται στην περιοχή της πρωτεύουσας.

Από το 1983 έως το 1987, όπως σχολιάζει η Αγάθωνος (1987), η διεπιστημονική ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού χρηματοδοτείται σαν πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών, όμως μετά το 1987 περιορίζεται στο ερευνητικό της έργο. Σήμερα καμιά επίσημη κρατική πολιτική δεν υπάρχει στην Ελλάδα, που να αφορά την εντόπιση και διαγνωστική εκτίμηση περιπτώσεων κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Η διαπίστωση αυτή, όπως τονίζει η Αγάθωνος έρχεται σε σύγκρουση με το επίσημα δηλωμένο ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση προβλημάτων ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Δυστυχώς, όπως αναφέρει η ίδια, ο χρόνος της αμφισβήτησης πέρασε, όμως ο μηχανισμός της αντιμετώπισης δεν έχει νικηθεί ακόμα.....

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	III
ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ.....	V
Κεφάλαιο	
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Το πρόβλημα.....	6
Σκοπός της μελέτης.....	8
Ορισμοί των όρων.....	10
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ, ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ...	14
Α. Ιστορική αναδρομή.....	15
Β. Έκταση και συχνότητα του προβλήματος και ψυχοδυναμική των συμμετεχόντων.....	28
Έκταση και συχνότητα του προβλήματος.....	28
θεωρητικές προσεγγίσεις του θέματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών μέσα στην οικογένεια.....	36
Μορφές κακοποίησης του παιδιού μέσα στην οικογένεια.....	43
Συμπτωματολογία σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης/ Μακροπρόθεσμες συνέπειες στα θύματα της κακοποίησης.....	51
Ψυχοθεραπευτικές- ψυχιατρικές και κοινωνιολογικές απόψεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας.....	67
Χαρακτηριστικά κακοποίησης και παραμέλησης που προκύπτουν από προηγούμενες έρευνες.....	86

Γ. Διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	103
Δ. Αρχικός χειρισμός και θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.....	111
Ε. Προγράμματα αντιμετώπισης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στον Ελλαδικό χώρο.....	153
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.....	154
ΚΑ.ΠΑ.....	156
Π.Ι.Κ.Π.Α.....	160
Ε.Π.Α.Α.....	160
Κέντρο Βρεφών "Η Μητέρα".....	162
Αστυνομία ανηλίκων.....	165
ΣΤ. Πρόληψη.....	167
Ζ. Νομοθετικές ρυθμίσεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών.....	177
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	190
Είδος της έρευνας.....	190
Σκοπός της έρευνας.....	190
Ερωτήματα-υποθέσεις.....	191
Δειγματολειτουργία.....	193
Ερωτηματολόγιο.....	195
Γενικότερο πλαίσιο για την μελέτη.....	196
Περιορισμοί της έρευνας.....	198
Τρόπος ανάλυσης των στοιχείων.....	199
Τρόπος παρουσίασης του υπόλοιπου της μελέτης....	199
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	200
Ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων.....	239

V. ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....	246
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	254
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	276
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	295

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

### Εισαγωγή

Σε όλη την πορεία ζωής του, από τη γεννησή του ως το θάνατο, ο άνθρωπος συνάπτει δεσμούς και αλληλοεπιδρά με άλλα άτομα .

Σύμφωνα με τους John Kennell, Diana Voos και Marshall Klaus (1975), στην αρχή της ζωής του ο άνθρωπος ως βρέφος αναπτύσσει σύνδεσμο με ένα άτομο, το οποίο πιο συχνά είναι η μητέρα.

Η ένταση και χαρακτήρας του συνδέσμου αυτού θα επηρεάσουν την ποιότητα όλων των μελλοντικών δεσμών με άλλα άτομα στην υπόλοιπη ζωή του.

Όπως υποστηρίζεται επίσης από τον Brazelton αυτή η σχέση ανάμεσα στο παιδί και στη μητέρα αρχίζει να δημιουργείται από τη στιγμή που η γυναίκα αισθάνεται τις πρώτες αλλαγές που συμβαίνουν τόσο στο σώμα της όσο και στο ψυχικό της κόσμο.

Ειδικότερα, θεωρεί ότι "οι ταραχώδεις συγκινησιακές μεταβολές κατά την εγκυμοσύνη προετοιμάζουν τις προϋποθέσεις για νέους συνδέσμους και η συναισθηματική αναστάτωση της εγκυμοσύνης και της μεταγεννητικής περιόδου μπορεί να θεωρηθεί θετική δύναμη για την προσαρμογή της μητέρας ώστε να προσφέρει στο βρέφος ένα περισσότερο εξατομικευμένο περιβάλλον".

(Brazelton 1963).

669. β.

Σύμφωνα με τον ίδιο σαν βασικά στάδια για το σύνδεσμο μητέρας βρέφους θα μπορούσαν να θεωρηθούν:

1. Προγραμματισμός της εγκυμοσύνης
2. Επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης
3. Αποδοχή της εγκυμοσύνης
4. Κίνηση του εμβρύου

της οικογένειας.

Όπως υποστηρίζεται από τον John Kennell και τους συνεργάτες του η πρώιμη μεταγεννητική περίοδος θεωρείται σαν μια περίοδος έντονης μητρικής ευαισθησίας.

Μετά τον τοκετό η μητέρα παρουσιάζει ένα χαρακτηριστικό πρότυπο συμπεριφοράς προς το νεογέννητο βρέφος της.

Όπως αναφέρει ο Robson (1967), η οπτική επαφή της μητέρας με το βρέφος έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση αντιδράσεων μητρικής φροντίδας. Το ενδιαφέρον της μητέρας για την οπτική επαφή με το παιδί συμπληρώνεται από την πρώιμη ανάπτυξη των οπτικών οδών του βρέφους.

Θα πρέπει όμως να αναφερθεί κάτι που ο John Kennell και οι συνεργάτες του αναφέρουν σχετικά με την αποχώρηση της μητέρας από το βρέφος τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Όπως αναφέρουν αυτό το γεγονός δημιουργεί δυσκολίες στις μητέρες να αναπτύξουν σύνδεσμο με τα βρέφη τους. Η ύπαρξη κάποιων δευτερευόντων προβλημάτων (όπως ελαφρά υπερβιλιρουβιναιμία, ελαφρά αναπνευστική δυσκολία και ανεπαρκής σίτιση), που καταλήγουν σε χωρισμό μητέρας και βρέφους σε αυτή την περίοδο, μπορεί να διαταράξουν και να στρεβλώσουν τους μητρικούς δεσμούς στοργής. Όπως υποστηρίζεται από τους ίδιους η διαταραχή αυτή της μητρικής φροντίδας μπορεί να διαρκέσει για ένα ολόκληρο χρόνο ή για ολόκληρη την παιδική ηλικία, ακόμη και αν τα προβλήματα του βρέφους έχουν επιλυθεί τελείως κατά την παραμονή του στην κλινική.

Δεν θα πρέπει βέβαια να θεωρήσουμε ότι μόνο η πρώιμη περίοδος είναι απαραίτητη για την προσέγγιση μητέρας-βρέφους και τη δημιουργία ικανοποιητικών δεσμών δεδομένου ότι ένας μεγάλος αριθμός παιδιών που απολαμβάνουν τη γονεϊκή φροντίδα και προ-



5. Αποδοχή του εμβρύου ως ατόμου
6. Γέννηση
7. Οπτική επαφή με το βρέφος
8. Σωματική επαφή με το βρέφος
9. Φροντίδα

Ο Carlan (1960) θεωρεί την εγκυμοσύνη σαν μια κρίση ανάπτυξης που περιέχει δυο ιδιαίτερα προσαρμοστικά καθήκοντα για τη μητέρα. + 601

Το πρώτο είναι η αναγνώριση του εμβρύου ως "αναπόσπαστο μέρος του εαυτού της" και το δεύτερο η συνειδητοποίηση ότι το έμβρυο αποτελεί ξεχωριστό άτομο.

Η Ε. Αγάθωνος (1987) αναφέρει ότι η σχέση ανάμεσα στο παιδί και στη μητέρα αρχίζει να μεταβάλλεται καθώς φθάνουμε στον τοκετό όπου η μητέρα βρίσκεται σε σωματική και οπτική επαφή με το βρέφος.

Η εμπειρία του τοκετού, οι καλές και οι άσχημες εμπειρίες που έζησε η μητέρα θα παίξουν σημαντικό ρόλο για την σχέση της με το βρέφος. Ιδανική ευκαιρία για την έναρξη ενός συνδέσμου μεταξύ των γονέων και του παιδιού θεωρείται και η παρουσία του πατέρα στις ωδίνες του τοκετού.

Το ίδιο υποστηρίζεται και από τον John Kennell και από τους συνεργάτες του (1975), οι οποίοι αναφέρουν αντιρήσεις που έχουν εκδηλωθεί από μέλλοντες γονείς για τον απρόσωπο και "αποστειρωμένο" τοκετό στο νοσοκομείο όπου η γυναίκα χάνει κάθε έλεγχο πάνω στα γεγονότα των ωδινών και του τοκετού της, ενώ ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει ο σύζυγός της είναι πολύ περιορισμένος.

Η δημιουργία αυτών των αρχικών δεσμών μπορούν να θεωρηθούν αποφασιστικοί για τη μελλοντική ανάπτυξη και ευημερία

στασία όπου ο αρχικός σύνδεσμος ήταν πολύ περιορισμένος οι δεσμοί που αναπτύχθηκαν αργότερα στα μέλη της οικογένειας φαίνονται σε μεγάλο βαθμό επαρκείς.

Ο John Kennell και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι οι δεσμοί στοργής που δημιουργούν οι γονείς με το μωρό τους στις πρώτες μέρες της ζωής του είναι αποφασιστικοί για την μελλοντική του ευημερία, ενώ οι γονείς παρακινούνται να διακρίνουν τις ιδιαίτερες απαιτήσεις του μωρού τους και να προσαρμόζονται έτσι ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες του.

Πολύ σημαντικό είναι αυτό που αναφέρει ο Winnicott (1969), ότι η μητρική συμπεριφορά που περιγράφεται σαν "αρκετά καλή, μητρικότητα", είναι εκείνη που προωθεί τη συναισθηματική, τη νοητική, την κοινωνική ωρίμανση και τη φυσική ανάπτυξη του παιδιού.

Σχεδόν όλα τα παιδιά όπως υποστηρίζεται από τον Γιάννη Τσιάντη (1987), που ζούν σε συνηθισμένες οικογένειες έχουν ικανοποιητική συναλλαγή με τη μητέρα τους για να αναπτυχθεί δεσμός μαζί της. Η ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού επηρεάζει τα χαρακτηριστικά αυτής της σχέσης.

Όπως υποστηρίζεται από τον ίδιο βρέφη και νήπια των οποίων οι μητέρες δεν είναι ευαίσθητες στις ανάγκες των παιδιών τους διαφέρουν στην συμπεριφορά τους από παιδιά της ίδιας ηλικίας. Τα παιδιά αυτά είναι αμφιθημικά στη σχέση με τη μητέρα τους, μερικά από αυτά δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τη μητέρα τους σαν την ασφαλή βάση για να εξερευνηθούν το περιβάλλον τους και άλλα ασχολούνται με δραστηριότητες μόνα τους χωρίς να επιζητούν συναλλαγή με τη μητέρα.

Σύμφωνα με τον Orville G. Brim, Jr. (1965), ο ρόλος του γονέα εξασφαλίζει μια ιδιαίτερη θέση στην κοινωνία, όπως συμβαίνει

με κάθε κοινωνική θέση έτσι και με αυτήν συνδέεται ένας συγκεκριμένος ρόλος που αναμένεται να διαδραματίσει ο γονέας στην αλληλεπίδραση με το παιδί. Η θέση αυτή και ο ρόλος του γονέα διαφέρει από τους άλλους ρόλους του ατόμου και αυτό είναι η βάση για τη μελλοντική πορεία του.

Στην πραγματικότητα όμως πέρα από την ιδανική εικόνα του ατόμου σαν γονέα αποκαλύπτεται και μια εικόνα που φανερώνει ότι οι γονείς είναι άνθρωποι και έχουν δικές τους ακάλυπτες ανάγκες και η προσπάθεια που μπορεί να κάνουν για να τις καλύψουν μερικές φορές μπορεί να στρέφονται ενάντια στο παιδί.

Σύμφωνα με την Ε. Αγάθωνος (1987), αυτές οι ανάγκες που ο γονέας έχει σαν άτομο οδηγούν σε ενδοπροσωπικές σε συνδυασμό με ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που σε μερικές περιπτώσεις φθάνουν σε συνειδητή ή ασυνείδητη κακομεταχείριση του παιδιού. Η επίδραση της οικογένειας από αυτή την σειρά των διαφορετικών παραγόντων οδηγούν στην ανατροπή της φαινομενικής ισορροπίας και στο ξέσπασμα βίας.

Το παιδί χρησιμοποιείται συχνά από τον ένα μόνο ή και από τους δυο γονείς για να εναποθέτουν το θυμό, την απογοήτευση, την αγανάκτησή τους μέσα από ένα μηχανισμό μετάθεσης.

Συχνά όταν αυτές οι κρίσεις γίνονται ακόμη πιο έντονες ίσως με την προσθήκη ενός εκλυτικού γεγονότος να οδηγήσουν στην κακοποίηση του παιδιού.

Όπως υποστηρίζεται από την ίδια η κακοποίηση και η παραμέληση ενός παιδιού είναι ένα πολυσύνθετο ιατρικό-ψυχολογικό και κοινωνικό πρόβλημα που από εικοσαετίας απασχολεί σοβαρά όλο το δυτικό κόσμο.

Το φαινόμενο αρχίζει να γίνεται γνωστό από τους αρχαίους χρόνους από τον τρόπο που η Ηρα πέταξε τον Ηφαίστο από τον Ολυμ-

πο στη θάλασσα. Από τους αρχαίους Σπαρτιάτες που πετούσαν τα μη-υγιή παιδιά τους από τον Ταυγετο, και φθάνει έως σήμερα έχοντας κάθε εποχή τα δικά της δείγματα μεταχείρησης των παιδιών.

Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπισή του ως Ιατροκοινωνικό πρόβλημα άρχισε ουσιαστικά από το 1962 όταν ένας παιδίατρος στις Η.Π.Α, ο Henry Kempe χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο "Battered Child Syndrome", "το σύνδρομο του κακοποιημένου (χτυπημένου) παιδιού", μετά από προβληματισμό του βλέποντας "ατυχήματα" σε μικρά παιδιά.

Την ίδια άποψη είχαν και οι Silverman και Gafey οι οποίοι αφέρθηκαν σε "τραύματα που δεν οφείλονταν σε ατυχήματα".

Ο όρος που χρησιμοποίησε ο Kempe "Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού" αναφέρεται σε συνδυασμό κλινικών ευρημάτων στο παιδί και χαρακτηριστικών στους γονείς, την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού (Ι.Υ.Π) διαχρονικά η έννοια του "συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού" έχει οριστεί σαν "κακοποίηση - παραμέληση" και σαν "μη τυχαία κάκωση" ενώ σήμερα εντάσσεται στα πλάιδια της "οικογενειακής οικολογίας".

### Το πρόβλημα

Το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Η ιστορία είναι γεμάτη από παραδείγματα παιδιών, που θανατώθηκαν από τους γονείς τους γιατί "διέψευσαν" τις γονεϊκές ή ακόμα και τις κοινωνικές προσδοκίες για ένα "τέλειο" παιδί. Υπάρχουν άλλωστε εποχές

που χαρακτηρίστηκαν από την έκφραση σκληρής συμπεριφοράς σε μικρά παιδιά, τα οποία είχαν αξία μόνο ως φθηνά εργατικά χέρια. Όμως αυτό καθ'εαυτό το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών άρχισε να αναγνωρίζεται και να αποδεικνύεται η σοβαρότητά του από τα μέσα του 20ου αιώνα. Βέβαια οι πρώτες έρευνες και μελέτες έγιναν σε χώρες του εξωτερικού και παρουσίαζαν στατιστικά στοιχεία, που αφορούσαν τη συχνότητα του προβλήματος, την έκτασή του, το φύλο, την ηλικία των παιδιών και την ταυτότητα του δράστη.) Χαρακτηριστικά σύμφωνα με τον Gill D. (1973), η διερεύνηση της κοινής γνώμης στην Αμερική αποκάλυψε ότι οι ενήλικοι Αμερικάνοι, σε ποσοστό 60% περίπου, σκέφτονταν ότι "ο καθένας σχεδόν θα μπορούσε κάποτε να τραυματίσει ένα παιδί του οποίου είχε την επιμέλεια". Δυστυχώς αυτή είναι και η πραγματικότητα. Η ίδια έρευνα κατέδειξε ότι αρκετά εκατομμύρια παιδιών μπορεί κάθε χρόνο να υποστούν διάφορα είδη σωματικής κακοποίησης, μολονότι μερικές χιλιάδες μόνο υφίστανται σοβαρές σωματικές κακώσεις και λίγες εκατοντάδες πεθαίνουν από επιβολή υπερβολικής βίας. Σύμφωνα με τον Oliver J.E. (1978), στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρονται επίσημα 100.000-200.000 περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, 700.000 περιπτώσεις παραμέλησης και 60.000 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης κάθε χρόνο με 2.000 θανάτους. Σύμφωνα με τον ίδιο στην Βρετανία, κάθε χρόνο αναφέρονται επίσημα 7.000 έως 8.000 περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών με 700 θανάτους. Τέλος ο Oliver συμπληρώνει ότι γενικά σ'αυτές τις χώρες από κάθε 1.000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά, τρία θα κακοποιηθούν πριν φθάσουν στο 10ο χρόνο ζωής.

Δυστυχώς δεν έχουμε λόγο να πιστέψουμε ότι οι αναλογίες στην Ελλάδα είναι διαφορετικές, όταν μάλιστα η Ελληνική κοι-

ωνία εγκρίνει και προτείνει τη χρήση βίας στα παιδιά σαν μέσο διαπαιδαγώγησης. Όμως οι ειδικοί που έρχονται σε επαφή μ'αυτά τα περιστατικά έχουν αρχίσει μόλις τα τελευταία χρόνια μια προσπάθεια διερεύνησης του προβλήματος και αντιμετώπισής του, με αποτέλεσμα οι ερευνητικές αναφορές να είναι πολύ περιορισμένες και να μην είναι ενδεικτικές της σύστασης και της έκτασης του προβλήματος στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την Ε. Αγάθωνος (1977), όταν η πρώτη Ελληνική Ομάδα ξεκίνησε το 1977 η γενική αντίδραση ήταν "Αυτό είναι πρόβλημα σε άλλες χώρες δεν παρουσιάζεται εδώ". Μια αναδρομική μελέτη στα αρχεία της Επιτελείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, αποκάλυψε 43 παιδιά σε 21 οικογένειες που αντιμετωπίστηκαν στην τετραετία 1973-1976 που είχαν όλα τα χαρακτηριστικά κακοποίησης-παραμέλησης μόνο που δεν είχαν την "ταμπέλα". Σύμφωνα με την ίδια παρόμοιες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με το χαρακτηρισμό του "κοινωνικού περιστατικού" από υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ. Οι Σ. Νάκου, Ε. Αγάθωνος και Σ. Δοξιάδης (1978), αναφέρουν ότι στο Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία" το 1978 διαγνώσθηκαν 6 περιπτώσεις και στη συνέχεια άρχισε η πρώτη προδρομική μελέτη που έδειξε ότι το πρόβλημα υπάρχει και εδώ σ'όλες τις διαστάσεις : αυτά που δεν υπάρχουν ακόμα είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης όλων των περιστατικών όπως πρέπει, με έγκαιρη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και φυσικά πρόληψη.

+ 6ετ

### Σκοπός της μελέτης

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η συλλογή στοιχείων ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας

στην Ελλάδα, του βαθμού της αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Επίσης γίνεται αναφορά στις νομοθετικές ρυθμίσεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών.

Ειδικότερα θα προσπαθήσουμε να ερευνήσουμε τα εξής:

- ι. Στοιχεία σχετικά με την έκταση και την συχνότητα του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας διεθνώς και ειδικότερα στον Ελλαδικό χώρο.
- ιι. Ανάλυση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στο πρόβλημα όπως επίσης και την ανάλυση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των δραστών και των θυμάτων της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.
- ιιι. Στοιχεία σχετικά με τον τρόπο αναγνώρισης και αντιμετώπισης των περιστατικών από τους επαγγελματίες.
- ιiv. Διερεύνηση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων που αυτή τη στιγμή εφαρμόζονται στον Ελλαδικό χώρο.
- v. Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των υπάρχουσών προγραμμάτων για τα κακοποιημένα και παραμελημένα άτομα.
- vi. Συγκέντρωση απόψεων σχετικά με την καλλήτερη και ορθότερη αντιμετώπιση του προβλήματος.
- vii. Συγκέντρωση απόψεων σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης, όπως και τις επιπτώσεις που έχει στο παιδί μια τέτοια εμπειρία.
- viii. Συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τον τρόπο πρόληψης των περιστατικών από τις υπηρεσίες.

## Ορισμοί των όρων

Η κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών περιλαμβάνει διάφορες μορφές ενεργητικής και παθητικής βίας. Η αναγνώρισή τους όμως εξαρτάται κάθε φορά από τα όρια που κάθε κοινωνία θέτει για την αντιμετώπισή τους όπως επίσης και από τις διαστάσεις του γονικού ρόλου.

Ο σύγχρονος ορισμός της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών περιλαμβάνει τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση, τη σεξουαλική κακοποίηση και την ψυχολογική κακοποίηση.

Ο R. Helfer (1982), για την κακοποίηση του παιδιού δίνει τον εξής ορισμό : "Κακοποίηση θεωρείται κάθε συναλλαγή ή έλλειψη συναλλαγής ανάμεσα σ'ένα παιδί και ένα άτομο που το φροντίζει που καταλήγει σε μη τυχαία βλάβη στη σωματική κατάσταση ή/και αναπτυξιακή διαδικασία του παιδιού".

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (1987), "Κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού ορίζεται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες έχουν ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας, ώστε να επιφέρουν διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο".

1) Σωματική κακοποίηση : Σύμφωνα με τον ορισμό του Gill (1965) θεωρείται η "Ηθελημένη, μη τυχαία χρήση σωματικής βίας ή ηθελημένων, μη τυχαίων πράξεων παράλειψης από γονείς ή άλλα υποκατάστατα που συναλλάσσονται με ένα παιδί και έχουν σκοπό να προκαλέσουν πόνο, τραύματα ή και να καταστρέψουν/θανατώσουν το παιδί".

Οι Schmitt και Kempe (1979), ορίζουν την σωματική κακοποίη-



Β. Έκταση και συχνότητα του προβλήματος και ψυχοδυναμική συμμετεχόντων.

Έκταση και συχνότητα του προβλήματος.

Η κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού δεν θεωρείται πια ούτε σπάνιο, ούτε εξωτικό νόσημα. Ομως ακόμα και σήμερα γνωρίζουμε ελάχιστα σχετικά με την πραγματική συχνότητα των περιπτώσεων κακοποίησης των παιδιών. Είναι μάλλον απίθανο να προσδιοριστεί κάποτε επακριβώς η έκταση αυτού του προβλήματος, εφόσον ο μεγαλύτερος αριθμός αυτών των περιπτώσεων δεν υποπίπτουν ποτέ στην αντίληψη των αρχών. Το γεγονός ότι η διάκριση μεταξύ κακοποίησης και μη κακοποίησης είναι ασαφής, επιβοηθείται από τις περιπτώσεις, όπου το παιδί δεν υφίσταται σοβαρή σωματική κακοποίηση και δεν αναζητά βοήθεια, οπότε δεν γίνεται καταγεγραμμένη στις αρμόδιες αρχές. Η C. PECKHAM (1985) συμπληρώνει ότι οι έρευνες είναι ανάλογες με την τεχνική που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό των περιπτώσεων, ενώ η ποιότητα της ανεύρεσης και του προσδιορισμού περιπτώσεων έχει ιδιαίτερη σημασία για τον υπολογισμό της συχνότητας εμφάνισης οποιασδήποτε κατάστασης. Μια υπηρεσία κακοποίησης παιδιών στη Νέα Υόρκη το 1272, κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα ότι ο προσδιορισμός της συχνότητας του προβλήματος είναι άμεσα συνδεδεμένος τόσο με τον βαθμό ευαισθητοποίησης κάθε χώρας όσο και με την ύπαρξη και την επιτυχία συστημάτων καταγεγραμμένης και καταγραφής. Έτσι, όπως αναφέρει η PECKHAM, είναι φυσικό ότι οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι φαίνεται επίσημα. Επανειλημμένα έχει παρατηρηθεί ότι από την

στιγμή που οι ειδικοί επαγγελματίες "της πρώτης γραμμής" ευαισθητοποιούνται τόσο σχετικά με τη διάγνωση του προβλήματος όσο και με την ύπαρξη υπηρεσίας που αντιμετωπίζει τέτοια περιστατικά, ο αριθμός των παραπομπών αυξάνεται κατακόρυφα.

Ο Μουζακίτης (1987) αναφέρει ότι από την εποχή που ο παιδίατρος KEMPLE περιέγραψε το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού το 1962, πολλοί επιστήμονες - διαφόρων επιστημονικών κλάδων - ασχολήθηκαν με το πολύπλοκο αυτό ιατροκοινωνικό πρόβλημα. Όμως, όταν ο KEMPLE περιέγραψε το σύνδρομο αναφερόταν κυρίως σε παιδιά μικρής ηλικίας με πολλαπλές και βαριές σωματικές κακώσεις. Με την πάροδο των ετών περιγράφηκαν πολλές και ποικίλες άλλες περιπτώσεις, ώστε ο όρος βαθμιαία αντικαταστάθηκε από τον αντίστοιχο "κακοποίηση - παραμέληση παιδιών". Η διεύρυνση του όρου της κακοποίησης είχε σαν επακόλουθο την εξαιρετικά μεγάλη αύξηση του αριθμού των νέων περιπτώσεων κακοποίησης - παραμέλησης που περιγράφονταν κάθε χρόνο.

Ο ΜΑΚΚΕΪΤΗ (1985) γράφει ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 1962 ο KEMPLE υπέβαλε μία έκθεση για 749 περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών όπου ανέφερε ότι το 10,4% των παιδιών είχαν πεθάνει. Το 1967, σύμφωνα με τον ίδιο, ο GIL (1969) ανέφερε ότι ο αριθμός των περιστατικών που ανεφέρθηκαν στις Η.Π.Α. ήταν 6.000. Το 1971 ο KEMPLE θεωρεί ότι η συχνότητα εμφάνισης περιστατικών κακοποίησης είναι 6 ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών. Στις Η.Π.Α. με πληθυσμό τότε 225.000.000 υπολόγισε ότι υπάρχουν κάθε χρόνο 40.000 περιπτώσεις.

Ο Μαραγκός (1987) αναφέρει ότι το 1975 ο SMITH υποστήριξε ότι ο αριθμός των κακοποιημένων παιδιών κάθε χρόνο φτάνει

σε μερικές δεκάδες χιλιάδες ενώ μια πρόσφατη εργασία του MEDDIN B. (1985) ανέφερε ότι ο αντίστοιχος αριθμός υπολογίζεται σε 1-6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις. Επίσης ο Μαραγκός υποστηρίζει ότι σύμφωνα με τον LEAWITT JEROME (1984) ο αντίστοιχος αριθμός θανάτων στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας "αυξήθηκε" από 100 σε 2.000 - 3.000 περιπτώσεις το χρόνο. Όπως αναφέρει ο Κουτσελίνης (1987), από την άλλη η AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (A.M.A.) το 1985 υποστήριξε ότι 2.000 - 5.000 παιδιά το χρόνο πεθαίνουν από κατώσεις. Η ίδια οργάνωση αναφέρει ότι περισσότερες από 125.000 περιπτώσεις αφορούν σωματική κακοποίηση, ενώ το 50% περίπου αφορά περιπτώσεις παιδιών κάτω του ενός έτους. Ο HELFER (1982) υποστηρίζει ότι στις Η.Π.Α. το 1% του παιδικού πληθυσμού κακοποιείται κατά την παιδική του ηλικία, ενώ η συχνότητα αυτή είναι τριπλάσια σε πρόωρα βρέφη. Η θνησιμότητα κυμαίνεται γύρω στο 3% ή 2.000 θανάτους κάθε χρόνο. Σύμφωνα με τον ίδιο από το σύνολο των κακοποιημένων παιδιών που παραπέμπονται σε ιατρικά κέντρα 85% είναι παιδιά με σωματικές κατώσεις, 10% σεξουαλικά κακοποιημένα και 5% με καθυστέρηση στην ανάπτυξη που δеноφείλεται σε οργανικά αίτια. Επίσης έχει υπολογισθεί ότι 10% των παιδιών μικρότερα των 5 ετών που φτάνουν στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχουν πέσει θύματα κακοποίησης.

Ο Μαζακίτης (1987) αναφέρει ότι στις Η.Π.Α., η έκθεση του AMERICAN ASSOCIATION, για το 1984, δείχνει ότι υπάρχουν ένα εκατομμύριο, περίπου, επιβεβαιωμένες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, παρουσιάζεται μία αύξηση

δηλαδή, 126% από τότε που είχε δημοσιευτεί την πρώτη εθνική ανάλυση των περιπτώσεων που είχαν καταγγεληθεί το 1976. Και όμως, υπολογίζεται ότι σε κάθε μία περίπτωση που καταγγέλεται αντιστοιχούν τουλάχιστον άλλες τέσσερις που δεν καταγγέγονται .

Από το ένα εκατομμύριο διαπιστωμένων περιπτώσεων, το 43% ήταν παραμέληση, το 26% κακοποίηση και το υπόλοιπο παραμέληση και κακοποίηση συγχρόνως.

Τα βρετανικά δεδομένα, όπως αναφέρει ο MACKEITH (1985) και κυκλοφορεί το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας το 1967 είναι 679 θάνατοι παιδιών κάθε χρόνο. Το ίδιο Υπουργείο το 1970 κυκλοφορεί ένα φυλλάδιο σύμφωνα με το οποίο υπολόγιζε ότι το 2% των θανάτων βρεφών ηλικίας από 4 εβδομάδων έως ενός έτους οφείλονται σε ηθελημένη άσκηση βίας. Επίσης σύμφωνα με τον MACKEITH στη Δυτική Γερμανία ο TRUBECKER (1971), που υπέβαλε έκθεση για 1385 νεκροψίες, διαπίστωσε ότι το 6,4% των παιδιών κάτω των 6 ετών πέθαναν από αμέλεια ή κακοποίηση. Από την άλλη οι FRIEDMAN και MORSE (1985) αναφέρουν ότι για την ίδια χρονιά, το 1971, η έκδοση LANCET, αναφέρει για τη Βρετανία 3.000 ηθελημένους τραυματισμούς το χρόνο. Επίσης σύμφωνα με τους ίδιους ο KEMPLE (1971) ανέφερε επίσης 3.000 περιπτώσεις κάθε χρόνο στη Βρετανία.

Ο GIL (1973) αναφέρει ότι από μία πρόχειρη εκτίμηση, το ποσοστό θνησιμότητας στη Βρετανία ανέρχεται σε 3%, μονολόγι μπορεί να είναι αρκετά υψηλότερο. Σύμφωνα με τον ίδιο η πιο συντηρητική εκτίμηση για 3.000 περιπτώσεις στη Βρετανία

κάθε χρόνο ανέρχεται σε 90 θανάτους κάθε χρόνο όταν σε κάθε παιδί που πεθαίνει από "ηθελημένο τραυματισμό" αντιστοιχούν τέσσερα με μόνιμη αναπηρία, τότε θα πρέπει να υπάρχουν κάθε χρόνο στη Βρετανία 400 νέες περιπτώσεις παιδιών με μόνιμη αναπηρία που οφείλεται σε κακοποίηση.

Σύμφωνα με τον HALL (1975) τα βρετανικά δεδομένα είναι ανάλογα για την εποχή του. Όπως υποστηρίζει ο ίδιος οι δυτικές κοινωνίες συγχωρούν μέχρι ένα σημείο τη φυσική βία που έχει θύματα βρέφη, πάντα μέσα στα πλαίσια της πειθαρχίας. Σ' ένα συνέδριο της Ευρώπης (1979) σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) υποστηρίχθηκε ότι το ποσοστό επανακακοποίησης μετά το πρώτο επεισόδιο φτάνει το 20% ακόμα και σε χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία με τη γνωστή υποδομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ενώ όταν δεν υπάρχει θεραπευτική παρέμβαση το 60%.

Η Ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που μελέτησε το πρόβλημα στη χώρα μας αναφέρει εκτός των άλλων ότι η συχνότητα στη Μ. Βρετανία έχει ως εξής:

- 25% από όλα τα κατάρματα σε παιδιά μικρότερα των τριών ετών
- 3% από όλες τις εισαγωγές παιδιών στα νοσοκομεία.
- οι μισοί θάνατοι από εκείνους από λευχαιμία στις ηλικίες 0-3 ετών.
- 7% του παιδικού πληθυσμού, μέχρι την ηλικία των 12 ετών θα κακοποιηθεί τουλάχιστον μία φορά.

Ο Νιουντουλάκης (1987) αναφέρει ότι ο WOLF (1983) υποστηρίζει ότι στην Δ. Γερμανία, το 1983, σε σύνολο πληθυσμού 60 εκατομμύρια, καταγγέλλθηκαν στην αστυνομία 30.000 περιστατικά,

ενώ, σύμφωνα με την εθνική μελέτη συχνότητας στις Η.Π.Α. ο αριθμός αυτός θα έπρεπε να είναι 169.000 περιπτώσεις κακοποίησης και 1.500.000 περιπτώσεις παραμέλησης. Από την άλλη η Νάκου (1987) αναφέρει ότι στη Μεγάλη Βρετανία, κάθε χρόνο αναφέρονται επίσημα 7.000 - 8.000 περιπτώσεις με 700 θανάτους.

Όπως αναφέρει ο Συγκούνας (1980) σύμφωνα με τον MAC HENRY (1963) στην Ινδία με πληθυσμό 5 εκατομμύρια υπάρχουν 242 σίγουρες περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών. Από τις περιπτώσεις αυτές 167 ήταν τόσο σοβαρές, ώστε επενέβη η δικαιοσύνη.

Ο Μουζακίτης (1987) δίνει επίσης τα εξής ποσοστά για διάφορες άλλες χώρες: - Στη Σκωτία, η συχνότητα κακοποίησης των παιδιών είναι παρόμοια με της Αγγλίας και της Ουαλλίας, όπως αναφέρουν οι DUNNING και JEMPLETON (1982).

- Στο Βέλγιο, η συχνότητα κακοποίησης είναι μάλλον χαμηλή: υπολογίζεται σε 1.300 περιπτώσεις το χρόνο.

- Στη Σουηδία, αν και δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία, το Σουηδικό Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών υποστηρίζει ότι η κακοποίησης παιδιών είναι σπάνιο φαινόμενο στη χώρα αυτή. Όμως αυτός ο ισχυρισμός έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη της PELTONIEMI (1983) που αναφέρει 50.000 περιπτώσεις στην Φινλανδία και κατά τα 2/3 λιγότερες στη Σουηδία, δηλαδή 16.000 περιπτώσεις, όμως τα ευρήματα αυτά της PELTONIEMI όπως αναφέρει ο Μουζακίτης βασίζονται σε δημοσκοπήση και δεν αντιπροσωπεύουν πραγματικές περιπτώσεις κακοποίησης.

- Στη Δανία, όπως αναφέρει ο DAVIDSON (1983) και στην Ολλανδία όπως αναφέρει ο PATERSON (1977), η συχνότητα περιστατικών κακοποίησης είναι πολύ χαμηλή.
- Στην Ιταλία, ο TAUBER και οι συνεργάτες του MEDA και VITRO (1977), υπολογίζουν 3.000 έως 4.000 κακοποίησης το χρόνο, συμπεριλαμβανομένης και της παραμέλησης.
- Στην Ιαπωνία, ο Ιαπωνικός Σύνδεσμος Κοινωνικής Πρόνοιας (JAPAN SOCIAL WELFARE ASSOCIATION), το 1979, ανέφερε ότι από τα 3.200 παιδιά που τοποθετήθηκαν σε ιδρύματα, τα μισά είχαν υποστεί σωματική και σεξουαλική κακοποίηση.

Στη χώρα μας δεν γνωρίζουμε τον αριθμό των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, μια και ο μεγαλύτερος αριθμός των παιδιών αυτών υποπίπτουν στην αντίληψη των αρχών μόνο όταν είναι απαραίτητη η νοσοκομειακή περίθαλψη. Αν υποθέσουμε σύμφωνα με την Αγάθωνος (1982) πως και εδώ συμβαίνει ότι και στην Αγγλία. Θα πρέπει αυτός ο αριθμός να ανέρχεται σε 3.000 περιπτώσεις το χρόνο (ο αντίστοιχος υποθετικός αριθμός με βάση στοιχεία από τις Η.Π.Α. και σύμφωνα με τον αριθμό που δίνεται στην κακοποίηση και παραμέληση είναι 50.000-60.000). Παρόλα αυτά εδώ και μόλις περίπου 10 χρόνια άρχισε να αναγνωρίζεται και να μελετάται το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στον Ελλαδικό χώρο, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Σύμφωνα με την Βαλάση - Αδάμ (1987) μέχρι πριν λίγα χρόνια υπήρχε άρνηση στην ιδέα ότι οι Έλληνες γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα μπορεί ποτέ να κακοποιήσουν τα παιδιά τους. Σύμφωνα όμως με την ίδια σε πρόσφατη έρευνα μεταξύ 220 παιδιάτρων, 69% είχαν συναντήσει στη σταδιοδρομία τους περιπτώσεις κακοποίησης, στο Νοσοκομείο (60%) και έξω από αυτό (40%).

Ο Νταντουλάκης (1987) υποστηρίζει ότι στην Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων "Άγία Σοφία", η οποία έχει 500 κρεβάτια με κάλυψη 90%, το 1984 έγιναν 2.500 εισαγωγές. Από αυτές τις 2.500 περιπτώσεις, 2.200 ήταν επείγοντα περιστατικά (8:1). Στις 2.000 επείγουσες περιπτώσεις, τα κακοποιημένα παιδιά που στάλθηκαν στην ομάδα ΚΑ.ΠΑ (Κακοποίηση- παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού) ήταν 3 δηλαδή ποσοστό 0,13% πολύ μικρό σε σχέση με την πραγματικότητα.

Σε μία έρευνα που έγινε στη Βόρεια Ελλάδα από τον Παιονίδη, το 1984 - 1986, αναφέρεται ότι δεν υπάρχει ειδικό κέντρο για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία των κακοποιημένων παιδιών. Επίσης στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι οι παιδίατροι δεν είναι ευαισθητοποιημένοι πάνω στο θέμα και οι κοινωνικές υπηρεσίες που υπάρχουν έχουν μικρή σχετική πείρα.

Συγκεκριμένα από τα 410 ερωτηματολόγια που στάλθηκαν για την έρευνα του Παιονίδη σε παιδίατρος της Βόρειας Ελλάδος απαντήθηκαν τα 218 που αντιστοιχούν στο 53%. Τα 61 από αυτά (28%) ανέφεραν ότι είχαν δει μία ή και περισσότερες περιπτώσεις κακοποίησης. Συνολικά αναφέρθηκαν 196 περιπτώσεις. Από αυτές: οι 35 (17,8%) αφορούσαν σωματική κακοποίηση, τα 68 (34,6%) αφορούσαν παραμέληση, τα 79 (40,3%) αφορούσαν συναισθηματική παραμέληση, τα 12 (6,1%) αφορούσαν σεξουαλική κακοποίηση και τα 2(1%) κάποιο άλλο είδος κακοποίησης.

Είναι προφανές ότι το πρόβλημα πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερο απ'ότι γνωρίζουν οι ειδικοί και απ'ότι παρουσιάζουν οι στατιστικές μελέτες. Όμως, όπως υποστηρίζει η Αγάθωνος (1984) σήμερα, οποιαδήποτε σχολαστική αναζήτηση της συχνότητας της κακοποίησης όχι μόνο είναι άσκοπη αλλά μπορεί να ερμηνευτεί σαν αμυντικός μηχανισμός άρνησης της ύπαρξης του προβλήματος σε ατομικό, ομαδικό ή εθνικό επίπεδο.



θεωρητικές προσεγγίσεις του θέματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών μέσα στην οικογένεια.

Ο HENRY KEMPLE το 1979 περιέγραψε τα αναπτυξιακά στάδια από τα οποία περνάει η κοινωνία αναγνωρίζοντας την ύπαρξη του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών.

Στάδιο 1ο: Δόνηση: ότι η σωματική κακοποίηση υπάρχει σε ένα σημαντικό βαθμό. Το πρόβλημα που έρχεται στην επιφάνεια θεωρείται ότι είναι πρόβλημα των ψυχωτικών, αλκοολικών, ή ναρκομανών γονέων και δεν έχει σε τίποτα να κάνει με την κοινότητα σε σύνολο.

Στάδιο 2ο: Η κοινότητα αρχίζει να δίνει προσοχή σε σοβαρότερους τύπους κακοποίησης και να βρίσκει τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης τους, ενώ παράλληλα μέσω έγκαιρης αναγνώρισης και παρέμβασης αντιμετωπίζει τα λιγότερο σοβαρά περιστατικά.

Στάδιο 3ο: Η σωματική κακοποίηση γίνεται αντικείμενο καλύτερου χειρισμού και η προσοχή αρχίζει να στρέφεται στο νήπιο που αποτυγχάνει να αναπτυχθεί φυσιολογικά και είναι σωματικά παραμελημένο. Περισσότερο ευαίσθητοι τύποι κακοποίησης, όπως δηλητηριάσεις αρχίζουν να αναγνωρίζονται.

Στάδιο 4ο: Η κοινότητα αρχίζει να αναγνωρίζει την συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση καθώς και τύπους σοβαρής απόρριψης και το φαινόμενο του "αποδιοπομπαίου τράγου".

Στάδιο 5ο: Η κοινότητα δίνει προσοχή σε σοβαρές περιπτώσεις παιδιών που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά.

Στάδιο 6ο: Τέλος η κοινότητα φτάνει στο επίπεδο να αναγνωρίζει ότι κάθε παιδί είναι αληθινά αποδεκτό και ότι πρέπει να του παρέχεται φροντίδα, αγάπη, ικανοποιητικό περιβάλλον διαβίωσης, τροφή και ολοκληρωμένη προληπτική και θεραπευτική φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τον KEMPLE η διεργασία αναγνώρισης του προβλήματος από την κοινωνία περνάει από μια σειρά εξελεκτικών φάσεων. Σαν αποτέλεσμα της εξελικτικής αυτής διεργασίας έρχεται η προσπάθεια διαφόρων μελετητών να διερευνήσουν, να αναλύσουν και να ερμηνεύσουν την ύπαρξη και τις αιτίες του προβλήματος.

Ετσι διαμορφώθηκαν κάποιες θεωρίες σχετικά με τους λόγους που ωθούν κάποιο γονέα να προκαλέσει σωματικά τραύματα στο παιδί του ή και να το παραμελήσει.

Ο KEMPLE (1985) υποστηρίζει ότι η ικανότητα αναπαραγωγής δεν αρκεί για να γίνει ένα άτομο γονέας και ότι η συνεχής και ανεξάντλητη αγάπη των γονιών προς τα παιδιά τους είναι ένας μύθος που πρέπει να εκλείψει. Συγκεκριμένα ο ίδιος αναφέρει ότι η κοινωνία μας διακατέχεται από μια μονομανία σχετικά με τη διδασκαλία της "παιδοκομίας", ελάχιστα όμως διδάσκονται στα μικρά παιδιά σχετικά με την "μητρικότητα", η οποία εσφαλμένα θεωρείται " ενστικτώδης και οικουμενική. Μιλώντας για "μητρικότητα" σύμφωνα με τον KEMPLE εννοούμε την ευαίσθητη, γεναιόδωρη και ατομιστική προσέγγιση του μικρού παιδιού από μια πολύ τρυφερή μητέρα ή πατέρα, προετοιμασμένους να του δώσουν έγκαιρα και πρόθυμα ότι χρειάζεται, όπως προσοχή, τροφή και άνεση. Δυστυ-

χώς όμως σύμφωνα με τον ίδιο μοιάζει απίθανο να μπορούν όλοι οι γονείς να είναι στοργικοί και γενναιόδωροι επί 24 ώρες την ημέρα, επί ημέρες την εβδομάδα. Η ικανότητα να είναι κανείς ανεξάντλητα γενναιόδωρος προς το παιδί, ιδιαίτερα αν αυτό παρουσιάζει προβλήματα στη φροντίδα του ποικίλει πολύ. Από την εμπειρία του, το 20% περίπου των νεαρών μητέρων έχουν σοβαρά προβλήματα μητρικότητας, τόσα ώστε να χρειάζονται μεγάλη υποστήριξη από τους συζύγους τους, τους υγειονομικούς επισκέπτες και τους γιατρούς. Από αυτή την ομάδα, συμπληρώνει ο ίδιος, το 1 με 5% περίπου δεν μαθαίνουν ποτέ με ποιόν τρόπο μπορούν να ενεργοποιήσουν την μητρικότητά τους και σε αυτήν την περίπτωση αναλαμβάνουν τη μητρική φροντίδα άλλα άτομα της οικογένειας. Αν δεν συμβεί κάτι τέτοιο, το παιδί θα δεχθεί ανεπαρκείς μητρικές φροντίδες και θα υποστεί βλάβες για όλη τη ζωή του. Η δυναμική των αμέσων εκρήξεων απέναντι στο παιδί έχει συχνά σχέση με αυτή καθ'εαυτή την ποιότητα της μητρικής στοργής, την οποία η συμπεριφορά του παιδιού θέτει υπό αμφισβήτηση. Τότε φθάνει η δυσάρεστη στιγμή στη ζωή του κάθε γονέα, όπου η αγάπη του και η επιθυμία να φροντίσει το παιδί αναμειγνύονται με φοβερή απογοήτευση, θυμό ακόμα και μίσος.

Σύμφωνα με τον KEMPLE, η μητέρα που δέρνει το παιδί της δεν μπορεί να κρατηθεί μακριά όταν αυτό κλαίει, γιατί το παιδί κλαίγοντας της λέει κάτι πολύσυγκεκριμένο: "Αν ήσουν καλή μητέρα δεν θα έκλαιγα έτσι". Τη στιγμή της επίθεσης, το παιδί θεωρείται "κακό", "ανυπάκουο" και "πεισματάρικο",

ακριβώς ότι θεωρούσαν το γονέα οι δικοί του γονείς. Κατ' αυτή την έννοια, η επίθεση στο παιδί είναι μια επίθεση στο ίδιο το άτομο που την επιχειρεί μία μορφή αυτοκτονίας.

Οι STEELE και POLLOCK (1985) συμφωνούν με τον KEMPLE και υποστηρίζουν ότι όσοι κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν ένα παρελθόν συναισθηματικά στερημένης παιδικής ηλικίας. Οι γονείς αυτοί επιζητούν υπέρμετρη αγάπη, ικανοποίηση και φροντίδα ακόμη από τα πολύ μικρά παιδιά τους. Πρωτεύοντα ρόλο για αυτούς τους γονείς παίζει η «πεποίθηση, ανυπερβλητή στο μεγαλύτερο μέρος της, ότι τα παιδιά γίνονται για να ικανοποιούν τις ανάγκες των γονέων. Τα βρέφη που δεν ικανοποιούν αυτές τις ανάγκες πρέπει να τιμωρούνται, ώστε να αποκτήσουν την αρμόζουσα συμπεριφορά. Επίσης κατά τους STEELE και POLLOCK, οι γονείς που δέρνουν τα παιδιά τους δεν τα βλέπουν, όπως είναι, αλλά όπως έβλεπαν τους ίδιους οι γονείς τους σε μικρή ηλικία - αργούς, κακούς, εγωϊστές, ανυπάκουους, απείθαρχους. Επίσης οι ίδιοι παρατήρησαν τη συχνή εμφάνιση ψυχονευρώσεων και διαταραχών του χαρακτήρα στους γονείς, μαζί με ένα βαθμό κατάθλιψης, στις περισσότερες περιπτώσεις, αλλά διαπίστωσαν μεγάλες παραλλαγές στα ψυχιατρικά συμπτώματα που παρουσίαζαν. Σε μία μετέπειτα επισκόπηση του έργου του, το 1970, ο STEELE γράφει πως η κακοποίηση των παιδιών δεν μπορεί να θεωρηθεί αναπόσπαστο μέρος μιας από τις συνηθισμένες ψυχιατρικές ασθένειες, αλλά γίνεται καλύτερα κατανοητή ως συγκεκριμένος τύπος αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο γονέα και στο παιδί, που μπορεί να υφίσταται σε συνδιασμό με οποιαδήποτε άλλη ψυ-

χιατρική κατάσταση. Κατά την άποψή του, αποφασιστικής σημασίας παράγοντες για την κοινοποίηση είναι η έλλειψη μητρικής στοργής σ' αυτές τις οικογένειες, η "αντιστροφή των ρόλων", σύμφωνα με την οποία οι γονείς περιμένουν από το παιδί να φροντίσει για τις συναισθηματικές τους ανάγκες, και ένα πρότυπο επιθετικού ρόλου των γονέων.

Ο A.W.FRANKLIN (1985) αν και συμφωνεί με τους παραπάνω, ότι η ικανότητα αναπαραγωγής δεν αρκεί για να γίνει ένα άτομο καλός γονέας και ότι η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού μπορεί να οφείλεται σε μία ανεπανόρθωτη βλάβη της προσωπικότητας του γονέα, υποστηρίζει ότι οικολογικά το θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών συνδέεται με την παθολογία της οικογένειας και των ατόμων που την αποτελούν, αλλά και τις κοινωνικοοικονομικές πιέσεις που ασκεί σ' αυτήν το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζούν και εργάζονται τα μέλη της. Υποστηρίζει λοιπόν, ότι ο "ηθελημένος τραυματισμός στα παιδιά" σήμερα, φαίνεται ότι ανήκει πλέον στο ευρύτερο πλαίσιο των κοινωνικών διαταραχών, στις οποίες η ανεπαρκής φροντίδα μέσα στην οικογένεια οδηγεί σε ανεπαρκή ανάπτυξη, κακοποίηση ή θάνατο.

Ο GIL (1973) από την άλλη υποστηρίζει ότι ένα από τα σημαντικά συμπεράσματα των πανεθνικών ερευνών ήταν ότι η σωματική κακοποίηση των παιδιών, δεν είναι σπάνιο και ασυνήθιστο γεγονός στην κοινωνία μας και δεν θα έπρεπε συνεπώς, να θεωρείται αυτή και θεατή επαρκή ένδειξη "παρέκλισης" του ατόμου που διαπράττει κάτι τέτοιο. Οι πολιτιστικοί κανόνες για την ανατροφή των παιδιών δεν αποκλείουν

τη χρήση ενός βαθμού σωματικής βίας από τους ενήλικες που έχουν αναλάβει την κηδεμονία τους. Η χρήση βίας σύμφωνα με τον ίδιο τείνει μάλλον να ενθαρρύνεται με διακριτικό και ορισμένες φορές, όχι τόσο διακριτικό τρόπο, από "επαγγελματίες" ειδικούς στην ανατροφή των παιδιών, την εκπαίδευση και την ιατρική, από τον τύπο, το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, καθώς και από ειδικά και εκλαϊκευτικά έντυπα.

Ενας παράγοντας που συνέβαλε αποφασιστικά στην άποψη για την ενδημική κακοποίηση των παιδιών στην αμερικανική κοινωνία συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον GIL ήταν η διεύρυνση της κοινής γνώμης που αποκάλυψε ότι οι ενήλικοι Αμερικάνοι, σε ποσοστό 60% περίπου, σκέφτονταν ότι, ο καθένας σχεδόν θα μπορούσε κάποτε να τραυματίσει ένα παιδί του οποίου είχε την επιμέλεια, αν βρισκόταν σε περίοδο κρίσης. Η ίδια έρευνα κατέδειξε επίσης ότι αρκετά εκατομμύρια παιδιά μπορεί κάθε χρόνο να υποστούν διάφορα είδη σωματικής κακοποίησης, μονολόγι μερικές χιλιάδες μόνο υφίστανται σοβαρές σωματικές κακώσεις και λίγες εκατοντάδες πεθαίνουν από επιβολή υπερβολικής βίας. Στο πλαίσιο της λαϊκής έγκρισης της χρήσης βίας ενάντια στα παιδιά και της ενδημικής έκτασης στην οποία επικρατούν τέτοιου είδους περιπτώσεις, δε θα έπρεπε να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι από καιρό σε καιρό θα σημειώνονται ακραία περιστατικά στην πορεία των "κανονικών" συνηθειών ανατροφή των παιδιών. Επίσης όπως τονίζει ο GIL τα διαφορετικά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα της κοινωνίας και οι διάφορες εθνότητες διαφέρουν συνήθως, για

διάφορους περιβαλλοντολογικούς και πολιτιστικούς λόγους, ως προς τη φιλοσοφία και τις συνήθειες ανατροφής των παιδιών και, συνεπώς, στο βαθμό που εγκρίνουν τη σωματική τιμωρία.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι βασικοί προσανατολισμοί που έρχονται σαν αποτέλεσμα αυτών των θεωριών θέτουν το πρόβλημα είτε σαν απόρροια της ψυχοπαθολογίας του γονέα, είτε σαν κοινωνική διαταραχή είτε σαν ακραίο περιστατικό μέσα στα πλαίσια της λαϊκής έγκρισης της χρήσης σωματικής βίας στα παιδιά σαν μέσο διαπαιδαγώγησης.

### Μορφές κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού μέσα στην οικογένεια.

Η οικογένεια με τις διάφορες μορφές της είναι ένας παγκόσμιος θεσμός, που πάντοτε υπήρξε διαμέσου των αιώνων το επίκεντρο ανάπτυξης όλων των μελών της και των παιδιών της ειδικότερα. Σύμφωνα με τον Μουζακίτη (1991) μπορούμε να πούμε με ακρίβεια ότι οι κοινωνικοί σκοποί που η μοντέρνα οικογένεια εξυπηρετεί είναι οι εξής:

1. Προσφορά στέγης, τροφής και άλλων αναγκαίων αγαθών για τη διατήρηση της ζωής και προστασία από εξωτερικούς κινδύνους.
2. Προσφορά κοινωνικής αμεσότητας.
3. Ευκαιρία για την ανάπτυξη προσωπικής ταυτότητας.
4. Ανάπτυξη προσωπικών ρόλων.
5. Εκπαίδευση στην ολοκλήρωση κοινωνικών ρόλων και αποδοχή κοινωνικής ευθύνης.
6. Καλλιέργεια για μάθηση και ενίσχυση της ατομικής πρωτοβουλίας και δημιουργικότητας.

Ο Μουζακίτης (1991) συνεχίζει ότι σύμφωνα με τον NATHAN ACKERMAN βασικότερα η οικογένεια εξυπηρετεί δύο πράγματα:

1) εξασφαλίζει τη φυσική επιβίωση με την ικανοποίηση των βασικών αναγκών των μελών της και , 2) δημιουργεί τον βασικό ανθρωπισμό στον άνθρωπο. Δυστυχώς όμως εκείνοι που φέρνουν τα παιδιά στον κόσμο και καλούνται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να τους παρέχουν φροντίδα και αγάπη, δεν είναι τέλειοι και μερικές φορές κάτω από διαίτερα πειστικές συνθήκες τα κακομεταχειρίζονται.

Η βίαιη αντιμετώπιση των παιδιών δεν αποτελεί χαρακτηριστι-



κό καμμιάς συγκεκριμένης κοινωνίας. Για πολλούς αιώνες η κακή μεταχείριση των παιδιών δικαιωνόταν από την πεποίθηση ότι η αυστηρή σωματική τιμωρία ήταν απαραίτητη για να επιβληθεί η πειθαρχία, να αποφευχθούν οι κακές επιδράσεις ορισμένων πνευμάτων, να διατηρηθεί το γονεϊκό - κοινωνικό κύρος ή να μεταδοθούν εκπαιδευτικές και ηθικές αρχές. Σύμφωνα με τους ειδικούς η κακοποίηση των παιδιών μέσα στην οικογένεια διαιρείται σε τέσσερις μορφές. Οι μορφές αυτές αναλύονται από τον Οδηγό για επαγγελματίες που κυκλοφόρησε το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού το 1990 ως εξής:

#### Α. Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δеноφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.

Οι κακώσεις αυτές προκαλούνται από κάψιμο με τσιγάρο, καντό σίδερο, κάθισμα πάνω σε σόμπα, αιχμηρά αντικείμενα, αλλά και πέταγμα με δύναμη στο πάτωμα, στον τοίχο ή στο κρεβάτι, δυνατά χτυπήματα στα σπλάχνα ή στο κεφάλι κλπ. Πιθανά ευρήματα στη σωματική κακοποίηση είναι τα εξής:

- Μελανιές και σημάδια από κτύπημα.
- Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα.
- Κάταγμα ιδιαίτερα στα βρέφη.
- Πληγές ή εκδορές
- Δηλητηρίαση

- Κακώσεις από τράνταγμα π.χ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς
- Υποσκληρίδιο αιμάτωμα
- Εσωτερικές κακώσεις
- Εγκαύματα

## **Β. Παραμέληση**

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο όπου, η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη, σε βαθμό ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξη του, ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφεθεί χωρίς βοήθεια και φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί. Επίσης ως παραμέληση χαρακτηρίζεται, η ασταθής σχολική φοίτηση, η παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο, ή η χρήση οινόπνευματωδών ή τοξικών ουσιών.

## **Γ. Σεξουαλική παραβίαση - Αιμομειξία.**

Σεξουαλική παραβίαση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο που έχουν ως σκοπό την σεξουαλική διέγερση ή και την ικανοποίηση του δράστη.

Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικότητα των παιδιών, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις.

#### Δ. Ψυχολογική κακοποίηση

Σύμφωνα με τον Μαζακίτη (1990) ένα άλλο είδος κακοποίησης του παιδιού μέσα στην οικογένεια είναι η "ψυχολογική κακοποίηση" ή "συναισθηματική κακοποίηση" ή "συναισθηματική παραμέληση". Αναφέρεται σε ουσιαστική βλάβη της διανοητικής, ψυχολογικής ή συναισθηματικής ικανότητας του παιδιού από παρεκκλιτική συμπεριφορά ή απάνθρωπες ή ασυνείδητες πράξεις. Ο Μαζακίτης επίσης επισημαίνει ότι η συναισθηματική κακοποίηση μπορεί να θεωρηθεί και σαν έλλειψη ικανότητας από τους γονείς ή άλλα άτομα σε στενή σχέση με το παιδί να δώσουν τα αναγκαία ερεθίσματα, ενθάρρυνση, αναγνώριση και προστασία κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων ανάπτυξης του με αποτέλεσμα την αναστολή της λειτουργικότητάς του σε ανώτερο επίπεδο.

Βέβαια οι τέσσερις αυτές μορφές κακοποίησης είναι διαφορετικές, αλλά μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. Όμως σύμφωνα με την Βαλάση - Αδάμ (1987) τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζονται και καταγράφονται "νέες" μορφές κακοποίησης και παραμέλησης. Οι μορφές αυτές, όπως αναλύονται από την παραπάνω ειδικό είναι οι εξής:

##### Α. Μη τυχαία δηλητηρίαση.

Η "μη τυχαία δηλητηρίαση" ή "χημική κακοποίηση" όπως αναφέρει η Βαλάση - Αδάμ (1987) περιγράφηκε αρχικά από τον KEMPLE (1962) ο οποίος ανέφερε ότι καμιά φορά οι γονείς μπορεί να κακοποιούν τα παιδιά τους χορηγώντας τους μεγάλες δόσεις κάποιου φαρμάκου, και συνεχίστηκε από τον LANSKY, ο οποίος το 1974 δημοσίευσε περίπτωση μητέρας που δηλητηρίαζε το παιδί της για να εκδικηθεί τον πατέρα του. Όμως μόλις τα τελευταία χρόνια αρχίζει να προβάλλεται το σύνδρομο στη βιβλιογραφία της κακοποίησης των παιδιών. Η "μη τυχαία δη-

λητηρίαση" σύμφωνα με τη Βαλάση - Αδάμ είναι μια κατάσταση χρόνια, όπου οι γονείς δεν θέλουν να απαλλαγούν από το παιδί τους. Το αντίθετο; Είναι μια ενέργεια προμελετημένη που γίνεται χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς την "κλασική" σωματική κακοποίηση, που γίνεται συνήθως σε στιγμές κρίσεις όπου ο ενήλικας χάνει τον έλεγχό του, μη/ ανέχοντας την ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού (κλάμα, άρνηση τροφής κλπ). Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται από τους γονείς είναι, αλάτι, νερό σε υπερβολική ποσότητα, βαρβιτουρικά, ηρεμιστικά, διουρητικά, πιπέρι, γλυκόζη, φαινολοφθαλείνη κλπ. Η θνητότητα σε σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση των δημοσιευμένων περιπτώσεων υπολογίστηκε ότι φτάνει το 17%.

Τα τελευταία χρόνια έγινε γνωστό ότι η χημική κακοποίηση είναι συχνότερη από ότι πίστευαν οι ειδικοί, πιο ύπουλη και πιο επικίνδυνη από την κλασική κακοποίηση και συνήθως γίνεται από γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου.

#### **B. Σύνδρομο MUNCHAUSEN δι' αντιπροσώπου**

Σύμφωνα με την Βαλάση - Αδάμ το σύνδρομο MUNCHAUSEN περιγράφει άτομα που έχουν ίση εξάρτηση - εθισμό στο Νοσοκομείο; ώστε αν και χαίρων άκρας υγείας (όπως ο βαρώνος MUNCHAUSEN) επινοούν ανύπαρκτα συμπτώματα αρρώστιας για να εξασφαλίσουν υγειονομική περίθαλψη και για να τραβούν το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος. Το 1977 ο MEADOW χρησιμοποίησε τον όρο MUNCHAUSEN BY PROXY για δύο οικογένειες, όπου οι μητέρες επινοούσαν επί χρόνια συμπτώματα για τα παιδιά τους. Ο ίδιος μέσα σε λίγους μήνες μάζεψε 60 περιστατικά

από την Αγγλία και τη Σκωτία μόνο. Το περίεργο είναι ότι άρχισαν και οι ίδιοι οι γονείς να καταγγέλουν τις πράξεις τους.

Στο σύνδρομο MUNCHAUSEN δι' αντιπροσώπου, η σωματική κακοποίηση, σπάνια γίνεται από τις μητέρες. Συνήθως γίνεται από ανυποψίαστους, ευσυνείδητους γιατρούς και μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. Η διάγνωση του συνδρόμου γίνεται συνήθως τυχαία όταν απομακρυνθεί η μητέρα από το παιδί, οπότε όλα τα συμπτώματα σταματούν ως εκ θαύματος.

Οι γονείς, συνήθως η μητέρα είναι άτομα ευχάριστα, πολύ συνδεδεμένα με το παιδί, υπερπροστατευτικά. Συχνά είναι πρώην νοσοκόμες. Μέσα στο Νοσοκομείο, συνδέονται φιλικά με το προσωπικό και ενθαρρύνουν την ιατρογενή κακοποίηση του παιδιού με οποιοδήποτε τρόπο μπορούν (μόλυνση βιολογικών δειγμάτων του παιδιού κλπ).

#### Γ. Σύνδρομο αμέτοχου θεατή:

Η Βαλάση - Αδάμ αναφέρει ότι μία νέα μορφή κακοποίησης του παιδιού, το "σύνδρομο του αμέτοχου θεατή" αναλύθηκε διεξοδικά από τον G.K. NELSON (1984). Όπως υποστηρίζει ο πιο πάνω ειδικός το σύνδρομο αυτό αναφέρεται στην τυχαία κακοποίηση του παιδιού κατά τη συμπλοκή των γονιών του ή άλλων ενηλίκων υπεύθυνων για τη φορντίδα του (INNOCENT BYSTANDER). Δυστυχώς η συζυγική βία ως τρόπος επίλυσης προβλημάτων χρησιμοποιείται από πολλά ζευγάρια σήμερα - σήμερα στις Η.Π.Α. 20% των ζευγαριών, όπως αναφέρει ο NELSON αναφέρουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο σωματικής κακοποίησης το χρόνο και 8% σοβαρή σωματική κακοποίηση με ανάγκη ιατρικής παρέμβασης. Στις περιπτώσεις αυτές το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο άμεσα και έμμεσα:

άμεσο γιατί τα επεισόδια συνήθως επαναλαμβάνονται και χρησιμοποιούνται συχνά μαχαίρια ή άλλα φονικά όπλα και έμμεσα γιατί είναι γνωστό ότι οι κακές συζυγικές σχέσεις είναι ο σταθερότερος προδιαθεσιακός παράγοντας για κακοποίηση και παραμέληση.

#### Δ. Κακοποίηση εμβρύου.

Η κακοποίηση εμβρύου είναι μια κατάσταση ακραία, που συζητείται όλο και περισσότερο από όσους ασχολούνται με την κακοποίηση και παραμέληση, γιατί γεννά πολλούς προβληματισμούς και αμφιβολίες ως προς την ένταξή της σ' αυτήν για θεωρητικούς και πρακτικούς λόγους. Όμως σύμφωνα με την Βαλάνη-Αδάμ υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα πολλά παιδιά, που κυοφορούνται με επικίνδυνες συνθήκες ενδομητρίου περιβάλλοντος για τις οποίες ευθύνεται η μητέρα (κάπνισμα, αλκοόλ, εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες). Τα έμβρυα αυτά έχουν ανάγκη από προστασία - παρέμβαση τόσο πριν όσο και μετά τη γέννηση. Η ίδια αναφέρει ότι μέχρι τώρα οι νόμοι που προστατεύουν την εγκυμοσύνη αναφέρονται στην ίδια την έγκυο. Οποιος την κακοποιήσει τιμωρείται ανάλογα με τις βλάβες, που της προξένησε. Τώρα υπάρχει τάση να θεσπιστούν νόμοι που να τιμωρούν ανάλογα με τη βλάβη που προκλήθηκε στο έμβρυο. Η ίδια δόση βίας άλλωστε μπορεί να προκαλέσει μικροτραυματισμούς στην μητέρα, αλλά μόνιμες βλάβες στο Κ.Ν.Σ. στο παιδί.

Αυτές λοιπόν ήταν οι τέσσερις "κλασσικές" μορφές κακοποίησης όπως δίνονται από το Ινστιτούτο υγείας του Παιδιού. Είδαμε επίσης και τις τέσσερις "νέες" μορφές κακοποίησης του παιδιού όπως συζητούνται από τους ειδικούς και συμπεραίνουμε

ότι κάθε μία από αυτές θα μπορούσε να αποτελέσει τον τίτλο μιας ξεχωριστής πτυχιακής εργασίας. Σίγουρα το θέμα της κακοποίησης του παιδιού είναι ένα πολύ ευρύ θέμα που δεν έχει ακόμα αναγνωρισθεί η σοβαρότητά του, ούτε έχουν ερευνηθεί όλα τα παρακλάδια του. Λόγω της απουσίας ανάλογου βιβλιογραφικού υλικού, η πτυχιακή αυτή θα ασχοληθεί γενικώτερα με τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού μέσα στην οικογένεια του μόνο, ελπίζοντας να κάνει μια αρχή έστω, στην διερεύνηση ενός τόσο σοβαρού προβλήματος.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ -  
ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΑ ΘΥΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

A. Συμπτωματολογία σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης

I. Κλινικά συμπτώματα

Η κλινική διάγνωση της κάκωσης που δεν οφείλεται σε κάποιο ατύχημα βασίζεται κυρίως στη φύση των τραυμάτων σε συσχέτισμό με άλλους "ύποπτους" παράγοντες που συμβάλουν στην διάγνωση της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.

Τα πιο συνηθισμένα είναι τραύματα στο πρόσωπο και στο σώμα. Για την κλινική διάγνωση της κακοποίησης ασχολείται ένας σημαντικός αριθμός ειδικοτήτων της Ιατρικής. Σύμφωνα με τους ειδικούς διακρίνουμε τα εξής:

Κατά την παιδιατρική άποψη:

Ο Jacson (1974), αναφέρεται σε μια σειρά χαρακτηριστικών της κακοποίησης ως εξής:

- i) Μώλωπιοι, εγκαύματα, ουλές και ιδιαίτερα μελανιές αποτσιμπιές, κάψιμο απο τσιγάρο και σημάδια απο δάγκωμα.
- ii) Πρήξιμο στο πάνω χείλος με ρήξη του χαλινού.
- iii) Κάταγμα στο κρανίο, στα μακρά οστά, τα πλευρά και επίσης τραύματα στα οστά χωρίς να υπάρχει κάταγμα.
- iv) Εγκεφαλικές κακώσεις (υποσκληρίδιο αιμάτωμα).
- v) Τραύματα που έγιναν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα.

Κατά τον David Hull (1985), ενδεικτικά κλινικά χαρακτηριστικά κακοποιημένων παιδιών θεωρούνται:

- i) Μώλωπιοι στο θώρακα, την κοιλιά και γύρω απο το στόμα οι οποίοι προκαλούνται πιο σπάνια απο ατύχημα. Έτσι οι μώλωπες στις περιοχές αυτές σε παιδιά κάτω των δύο ετών ή σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος σε βρέφη που δεν έ-



χουν ακόμη περπατήσει, εγείρουν υποψίες ηθελημένου τραυματισμού.

ii) Κακώσεις οστών αποτελούν το χαρακτηριστικό γνώρισμα ενός "κακοποιημένου βρέφους".

iii) Κακώσεις στο κεφάλι.

- Κατάγματα του κρανίου: σε αυτή την περίπτωση δεν είναι εύκολο να διαγνωσθεί ο τρόπος με τον οποίο προκλήθηκε γιατί μετά απο το κάταγμα του κρανίου το παιδί μπορεί να πεθάνει αμέσως ή λίγο αργότερα απο προοδευτική ενδοκρανιακή αιμορραγία χωρίς ν' ανακτύσει τις αισθήσεις του ή αρχικά ν' αναρρώσει και μετά να χειροτερέψει λόγω της συνεχιζόμενης αιμορραγίας.

- Υποσκληρείδια αιματώματα: σύμφωνα με τον Hull άλλα κλινικά συμπτώματα που μπορεί να υπάρξουν είναι ρήξη των σπλάχνων (συκώτι, σπλήνα, νεφρά), κακώσεις των ματιών με επακόλουθη εξασθένηση της όρασης, διάφορα δερματικά έλκη, εμφανείς εκδορές και εγκαύματα.

Κατά την ορθοπεδική άποψη:

Σύμφωνα με τον Ιάσων Ντουντουλάκη (1987), μια απο τις πιο χαρακτηριστικές βλάβες που μπορεί να δεί κανείς στις ακτινογραφίες είναι η δημιουργία νέου περιοστικού οστού συμμετρικά, σαν αποτέλεσμα μεταφυσιακής περιοστικής βλάβης και η δημιουργία υποπεριοστικού αιματώματος.

Αναφορά που έγινε στο Πανευρωπαϊκό συνέδριο του 1979 έδειξε ότι τα παιδιά έχουν επαναλημένους τραυματισμούς στο ίσιο σημείο και πολλές φορές συνηπάρχουν πρόσφατα και πολλαπλά (σε πόρωση) κατάγματα, τα οποία είναι δυνατόν να δυσκολέψουν την διάγνωση.

Όπως αναφέρεται επίσης απο τον Ιάσων Ντουντουλάκη (1987), ο

Sir Thomas Fairbank έκανε στην Αγγλία συλλογή 15 μικρών ασθενών με πολλαπλές εκφυσιακές και μεταφυσιακές αλλοιώσεις και έθεσε τη διάγνωση με γενικό όρο "Metaphysial dysplasia and dysostis".

Τ' ακτινολογικά ευρήματα που έχουν περιγραφεί πάνω στο κακοποιημένο παιδί περιλαμβάνουν, κατάγματα, εξαρθρώματα, τη δημιουργία εκμεγέθους πόρου, τη δημιουργία υποπεριοστικού οστού, επιφυσιακή βλάβη ή επιφυσιόλιση, μεταφυσική βλάβη, κύρτωση των μακρών οστών, σκλήρυνση των διαφύσεων και έκτυπα κέντρα οστεοποίησης.

Κατά την οδοντιατρική άποψη:

Σύμφωνα με τη Μαρουσώ Κεράνη-Κουμουτσέα (1987), και ο κλάδος της οδοντιατρικής έχει άμεση σχέση με το πρόβλημα της κακοποίησης του παιδιού. Όπως αναφέρεται από την ίδια ο Becker (1978), υποστηρίζει ότι το 67% των βλαβών στα κακοποιημένα παιδιά εντοπίζεται κυρίως στην κρανιοεγκεφαλική χώρα. Οι βλάβες που μπορεί να διαγνώσει ο οδοντίατρος είναι εκείνες που δημιουργούνται από άσκηση βίας στο πρόσωπο και στο στόμα του παιδιού. Στην μελέτη που πραγματοποίησε ο Becker με τους συνεργάτες του σχετικά με την συχνότητα των βλαβών της στοματοπροσωπικής χώρας σε 260 περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών βρήκαν ότι το 2% ήταν κατάγματα των γνάθων, το 28% εκδορές και ουλές, 66% μώλωπες και εκχυμώσεις, 3% εγκαύματα και 1% δαγκώματα.

Από τις ενδοστοματικές βλάβες, 28,5% ήταν εκδορές και ουλές του βλενογόνου, 43% εκχυμώσεις και 28,5% τραυματικές βλάβες των δοντιών.

Κατά τους Bensei R, King K. (1975) και Schwartj S, Wool ridge E, Stege D. (1977), στην περιοχή του προσώπου μπορούν να

διαγνωσθούν:

Κατάγματα των γνάθων, μώλωπες, εκδορές, εκχυμώσεις, εγκαύματα που προέρχονται κυρίως από τσιγάρα.

Οι ενδοαστοματικές βλάβες είναι: κακώσεις του βλενογόνου στο εσωτερικό μέρος του άνω χείλους κοντά στο χαλινό. Η βλάβη αυτή δημιουργείται από βίαιο χτύπημα στο στόμα σε μια προσπάθεια να ηρεμήσει ένα παιδί που κλαίει.

Όπως αναφέρεται από τους Adreassen J. (1981) και Sopher (1977) από έρευνες έχουν διαπιστώσει εγκαύματα στα χείλη και στη γλώσσα, αποχρωματισμό δοντιών που σημαίνει νέκρωση των πολφούντων δοντιών και περιακροριζικές αλοιώσεις.

Οι ίδιοι επίσης αναφέρουν την παρουσία τραυματικών βλαβών στα δόντια, κατάγματα μύλης και ρίζας εκφυνώσεις δοντιών μέσα στο φωνήριο, μεταπίσεις και τέλος ολική εκγύμωση των δοντιών.

Ο David Hull (1985), αναφέρει επίσης ότι διάφορα όργανα μπορούν να εισαχθούν βίαια στο στόμα του βρέφους και να τραυματίσουν τον ουρανίσκο ή να διαρρήξουν το χαλινό της γλώσσας ή ακόμη στον πρωκτό, προκαλώντας αιμορραγία και πυόρροια.

Κατά τον Γιάννη Τσιάντη και τον Μανωλόπουλο (1987), τα κύρια κλινικά ευρήματα σωματικής κακοποίησης ανήκουν στις εξής κατηγορίες όπου συχνά δεν επικαλύπτονται:

- i) Κακώσεις στο δέρμα και στο στόμα.
- ii) Ξηρά ή υγρά εγκαύματα και εδώ από εγκαύματα από τσιγάρα δεν θα πρέπει να αγνοηθεί η πιθανότητα εμφάνισης του παιδιού σε καυτό νερό.
- iii) Οστά και κλειδώσεις.
- iv) Κακώσεις στα μάτια και στον εγκέφαλο.
- v) Εσωτερικές αιμορραγίες.
- vi) Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου. Η πρόκληση ασφυξίας από

βαριές κουβέρτες ή πλαστική σακούλα στο κεφάλι του βρέφους ή η δηλητηρίαση με άγνωστη ουσία μπορεί να ερμηνευτεί ως σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου.

vii) Δηλητηρίαση.

viii) Καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια. Διάφορες διαβαθμίσεις αναστολής ή καθυστέρησης της ανάπτυξης που δεν έχουν οργανικό υπόστρωμα, σε συνδυασμό με προβλήματα συμπεριφοράς, περιγράφονται ως σύνδρομο μητρικής απόρριψης και ψυχοκοινωνικός νανισμός.

## II. Ψυχιατρικά και ψυχολογικά συμπτώματα.

Όπως αναφέρεται από τον Γιάννη Τσιάντη (1987), τα παιδιά που κακοποιούνται και παραμελούνται παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κλαίνε πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα.

Ο όρος "παγωμένο βλέμμα" περιγράφει την χαρακτηριστική έκφραση που έχουν τα παιδιά αυτά .

Κατά την Carolyn Okell Jones (1975), από πορίσματα αρκετών ερευνών και συμπληρωματικών μελετών υποστηρίζει το γεγονός ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση κινδυνεύουν σαφώς από βλάβες στο νευρικό σύστημα και κακή ανάπτυξη της λειτουργίας του "Εγώ".

Η διανοητική καθυστέρηση, οι διαταραχές στη μάθηση, η αισθητηριακή και κινητική δυσλειτουργία, η εγκεφαλική παράλυση, οι διαταραχές στην ομιλία και τη γλώσσα, η ανεπαρκής ανάπτυξη και οι συναισθηματικές διαταραχές είναι μερικές από τις πιο συχνές αποθαρρυντικές διαπιστώσεις.

Κατά τον Gafey (1982), αρκετές διακυμάνσεις έχουν σημειωθεί στον τύπο και την σοβαρότητα της νευρολογικής βλάβης που πα-

ρουσιάζεται στα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση.

Μια νευρολογική αναπηρία του παιδιού μπορεί να έχει προκληθεί από κάποια σωματική επίθεση στο κεφάλι χωρίς κάποια εξωτερικά σημάδια που να δηλώνουν την βίαιη πράξη.

Ο Martin (1974) αναφέρει ότι η νευρολογική δυσλειτουργία έχει μεγάλη σχέση με το δείκτη νοημοσύνης και με το ιστορικό τραυματισμών στο κεφάλι. Ο Martin επίσης τονίζει ότι ορισμένα παιδιά με σοβαρές κακώσεις στο κεφάλι δεν ήταν καθυστερημένα και ότι σε 16 παιδιά παρατηρήθηκε σοβαρή νευρολογική δυσλειτουργία χωρίς να υπάρχει προφανής εξήγηση της αιτίας ούτε τεκμηριωμένο ιστορικό τραυματισμών στο κεφάλι. Έτσι ο Martin και ο Bagoz (1970), συμπεραίνουν ότι το νευρικό σύστημα των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση κινδυνεύει επίσης από τις ψυχολογικές και περιβαλλοντικές εντάσεις στις οποίες εκτίθενται και ότι η νευρολογική δυσλειτουργία μπορεί ν'αποτελεί έναν τρόπο προσαρμογής του στο περιβάλλον όπου υφίστανται την κακοποίηση.

Ο Galdston (1975) στηριζόμενος σε παρατηρήσεις κακοποιημένων παιδιών αναφέρει ότι ορισμένα από αυτά παρουσίαζαν τόσο καθυστέρηση στην ανάπτυξή τους και ότι οι κινήσεις τους ήταν τόσο αδέξιες και ασυντόνιστες ώστε υποπτεύονταν εγκεφαλική βλάβη. Κατά τον Martin (1974), η κακή διατροφή κατά τον πρώτο χρόνο ζωής μπορεί πράγματι να προκαλέσει μόνιμες βλαβερές συνέπειες στο νευρικό σύστημα όπως είναι η κινητική δυσλειτουργία και η διανοητική εξασθένηση, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να μειώσει την ικανότητά τους να συγκεντρώσουν, να κατευθύνουν και να διατηρήσουν το ενδιαφέρον τους σε ασκήσεις μάθησης.

Η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς αυτών των παιδιών σύμφωνα με τους Jacobson R.S και Straker (1982), έδειξε ότι

τα παιδιά που κακοποιούνται είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά και η συνδιαλλαγή τους με τους άλλους δεν έχει φαντασία, ενώ παράλληλα οι αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές.

Όπως υποστηρίζεται από τον Γιάννη Τσιάντη (1987), δεν υπάρχουν μελέτες που να ερευνούν συγκεκριμένα τις ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης και αυτό οφείλεται στ'ότι μαζί με την κακοποίηση συμβαίνει και μια άλλη σειρά από εμπειρίες στο παιδί, όπως εισαγωγή στο Νοσοκομείο, απομάκρυνση από το σπίτι ή τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια ή ίδρυμα. Ο ίδιος αναφέρεται σε μια μελέτη των Morse C. Ollej, Sahler Z. Friedman (1970), στην μελέτη τους αναφέρει ότι σε 23 οικογένειες βρέθηκε ότι μετά από 3 χρόνια το 30% των παιδιών είχαν ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί και το 70% των παιδιών απέκλινε από την ομαλή συναισθηματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη της ηλικίας τους.

Επίσης κατά τον Martin (1974), υποστηρίζεται ότι τ'αποτελέσματα της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εκδηλώνονται με τη μορφή εξελικτικών διαταραχών στο Κ.Ν.Σ. Αυτό βέβαια συνδέεται με την ποιότητα της γονικής φροντίδας που τα παιδιά είχαν.

Κατά τους Alley R. και Olliver J. (1982), στα παιδιά που κακοποιούνται υπάρχει και καθυστέρηση λόγου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον τους για να μιλήσουν και επομένως η καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής εξαιτίας της παραμέλησης.

Κατά τους Oakes K. και Peacock A. (1984), η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό και

οφείλεται όχι τόσο στη σοβαρότητα των τραυμάτων όσο στη διαδικασία της κακοποίησης και παραμέλησης.

Ο Strogg (1974), έχει περιγράψει μια μορφή ψύχωσης, τη λεγόμενη "τραυματική ψύχωση" σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας. Τα χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης είναι:

Μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους καθώς και αλλόκοτη συμπτωματολογία.

Τα παιδιά αυτά είχαν κακοποιηθεί πολύ νωρίς στη ζωή τους και παρουσίασαν έντονη επιθετικότητα ενώ παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους.

Χαρακτηριστικά ο Strogg αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά "δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταΐζει", γεγονός που δηλώνει έντονη διαταραχή στην "συμπεριφορά" δεσμού.

f 6ελ.

Ερευνώντας πιο αναλυτικά τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών αξίζει ν' αναφερθούμε στον Green (1968), ο οποίος θεωρεί ως δεδομένο ότι η σωματική κακοποίηση που σημειώνεται στα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού μέσα σ'ένα πλαίσιο γενικής απόρριψης και στέρησης ερεθισμάτων, μπορεί να εντείνει τη συμπεριφορά που εξαρτάται από τον πόνο.

Κατά τον Bender (1976), τα παιδιά μπορεί να είναι επιρρεπή σε ατυχήματα, να εμφανίσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή να εδραιώσουν ένα πρότυπο σύμφωνα με το οποίο προκαλούν κάποιον να τους κάνει κακό και παίζουν το ρόλο του θύματος.

Κατά τον Galdston (1975), η κλινική πείρα οδηγεί στην υπόθεση ότι το μικρό παιδί που υφίσταται σωματική κακοποίηση κατά την ανάπτυξη, πριν ακόμη αρχίσει να μιλά είναι ιδιαίτερα επιρρεπές στην ανάπτυξη βίαιης συμπεριφοράς.

Σε μια διερευνητική μελέτη των Engfer A. και Schnewihd K. (1982), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της πολύ αυστηρής και τιμωρητικής συμπεριφοράς των γονέων και των επιπτώσεων στην προσωπικότητα των παιδιών. Βρέθηκε ότι τα παιδιά εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς, ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ονομάστηκε "διαταραχή της διαγωγής" ή ένα άλλο σύνδρομο όπου τα παιδιά παρουσιάζουν άγχος ή κατάθλιψη.

Λαμβάνοντας υπόψη το περιβάλλον μέσα στο οποίο τα παιδιά που κακοποιούνται μεγαλώνουν, αυτό χαρακτηρίζεται όπως υποστηρίζει ο Winnicot (1969), από απόρριψη και επιθετικότητα και δεν είναι καθόλου εκείνο το διευκολυντικό περιβάλλον που συντελεί στην ωρίμανση του παιδιού.

Η μελέτη των Martin και Beezley (1977), σχετικά με την συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί, υποστηρίζεται και από την Carolyn Okel Jones (1985) όπως και από τον Γιάννη Τσιάντη (1987), οι οποίοι την θεωρούν σαν την λεπτομερέστερη μελέτη σχετικά με την συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών.

Σύμφωνα με αυτή την μελέτη η εκτίμηση των εννέα χαρακτηριστικών και τρόπων συμπεριφορά των παιδιών έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές, έναν παιδίατρο, ένα ψυχολόγο και ένα κοινωνικό λειτουργό.

Εξετάστηκαν 50 παιδιά από τα οποία ένα ποσοτό έμεινε με τους φυσικούς γονείς και ένα άλλο ποσοστό τοποθετήθηκε σε ανάδοχες οικογένειες. Τ'αποτελέσματα αυτής της μελέτης ήταν:

- i) Μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση.
- ii) Ψυχιατρικά συμπτώματα (π.χ. ενούρηση, παροξυσμούς νεύρων, υπερδραστηριότητα, παράδοξη συμπεριφορά).
- iii) Μειωμένη αυτοεκτίμηση.



- iv) Απόσυρση.
- v) Εναντιωματική συμπεριφορά.
- vi) Υπεργρήγορη.
- vii) Ψυχαναγκαστικότητα.
- viii) Ψευδοενηλική συμπεριφορά.
- ix) Μαθησιακά προβλήματα.

Κατά τους Martin και Beezley(1977), τα ψυχιατρικά συμπτώματα εμφάνιζαν μετά απο 4,5 χρόνια κακοποίησης σημαντική σχέση με παράγοντες του περιβάλλοντος όπως η μη μόνιμη κατοικία, η αστάθεια της οικογένειας στην οποία ζούσε το παιδί, οι τιμωρίες και η απόρριψη απο τ'άτομα που το φρόντιζαν και η συναισθηματική κατάσταση των γονέων ή των ατόμων που τους υποκαθιστούν.

#### **B. Μακροπρόθεσμες συνέπειες της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας.**

Η πιο πάνω αναφορά στα κλινικά χαρακτηριστικά και στα ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση και στη συμπεριφορά αφήνει να εννοηθεί ότι υπάρχουν συνέπειες και μάλιστα ιδιαίτερα σοβαρές απο την κακοποίηση και την παραμέληση του παιδιού.

Ο Ronald MacKeith (1985), αναφέρει ότι τα παιδιά που υφίστανται ηθελημένους τραυματισμούς μερικές φορές η σοβαρότητα αυτών μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο του παιδιού. Πολλοί τραυματισμοί στο κεφάλι μπορεί και να μην οδηγήσουν και στο θάνατο αλλά μπορεί να καταλήξουν σε μόνιμη εγκεφαλική βλάβη που μπορεί να προκαλέσει ανεπάρκειες στην εγκεφαλική λειτουργία.

Υπάρχει έτσι η πιθανότητα σύμφωνα με τον Ronald MacKeith, η εγκεφαλική πάρεση και η διανοητική ανεπάρκεια ν'αποτελούν ηθελημένες καθυστερημένες εγκεφαλικές κακώσεις μη απροσδόκητης αιτιολογίας.

Ο Weston (1968), σε μια εργασία του που στηριζόταν στα πορίσματα της νεκροψίας παιδιών που πέθαναν από κακοποίηση υποστηρίζει ότι "συνηθέστερη παθολογική ανακάλυψη ήταν η υποσκληρίδια αιμορραγία" η οποία όπως αναφέρεται από τον ίδιο ήταν σε οξεία μορφή και είχαν δημιουργηθεί από βίαιο πέταγμα στον τοίχο ή στο πάτωμα.

Κατά τους Birrell και Birrell (1968), το 21% των παιδιών που εισήχθηκαν στο νοσοκομείο για ηθελημένους τραυματισμούς είχαν ενδοκρανιακές αιμορραγίες και σε 23% των παιδιών που εισήχθηκαν κατάγματα στο κρανίο.

Κατά τον Gafey (1972), το βίαιο "ταρακούνημα" ενός μωρού μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος εντοπίζεται κατά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του μωρού όπου το ταρακούνημα έχει σημαντική σχέση με τον εγκέφαλο και ιδιαίτερα τις πλευρές του κρανίου και προκαλεί μικροσκοπικές αιμορραγίες και βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία.

Οι συνέπειες του υποσκληρίδιου αιματώματος μπορούν να φανούν πιο καθαρά μέσα από την μελέτη του Till (1968), ο οποίος σε μια συμπληρωματική μελέτη 76 παιδιών με υποσκληρίδιο αιμάτωμα ανακάλυψε ότι 5% ήταν νεκρά, 8% ανεπίδεκτα μάθησης και 12% κάτω του μέσου όρου απο εκπαιδευτική άποψη.

Ο Alicardi (1971,1973), σε μια επίσης συμπληρωματική μελέτη 65 παιδιών με υποσκληρίδιο αιμάτωμα βρήκε ότι 6% είχαν χαθεί, 10% ήταν νεκρά, 25% είχαν σοβαρή αναπηρία και 25% είχαν μέτρια αναπηρία.

Απο αυτές τις μελέτες όπως υποστηρίζει και ο Ronald MacKeith καταλήγουμε στην υπόθεση ότι σε κάθε παιδί που πεθαίνει απο υποσκληρίδιο αιμάτωμα αναλογούν ίσως δύο ή τρία που επιζούν με μέτρια αναπηρία, κυρίως διανοητική.

Όπως αναφέρεται επίσης από τον Ronald MacKeith το 1962 ο Kempe σε μια έκθεσή του με 749 περιπτώσεις ηθελημένων τραυματισμών το 10,4% των παιδιών είχαν πεθάνει.

Πάνω σε αυτή την έκθεση το Βρετανικό Υπουργείο Υγείας (1970), υπολογίζει ότι το 2% των θανάτων βρεφών ηλικίας απο 4 εβδομάδων ως ενός έτους οφείλονται σε ηθελημένη άσκηση βίας. Το 1967 σημειώθηκαν 679 τέτοιοι θάνατοι στη Βρετανία. Σε σχέση με αυτό τον υπολογισμό, κάθε χρόνο πεθαίνουν απο ηθελημένη άσκηση βίας 13 βρέφη κάτω του ενός έτους και υπάρχουν τουλάχιστον 50 νέες περιπτώσεις χρόνιας νευρολογικής αναπηρίας ως αποτέλεσμα ηθελημένων τραυματισμών.

Από την ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (1984), αναφέρεται ότι πολλοί θάνατοι απο κακοποίηση δεν αναφέρονται στην στατιστική σαν εγκληματική ενέργεια παρά κάτω απο τις διαγνώσεις του ατυχήματος, της δηλητηρίασης, της εισρόφησης και του αιφνίδιου θανάτου. Οι θάνατοι έχουν εκτιμηθεί σε 6% έως 28%.

Στο διεθνή χώρο όπως αναφέρεται απο τον Ronald MacKeith (1985), το ποσοστό θνησιμότητας των παιδιών απο κακοποίηση έχει αναφερθεί από διάφορους ερευνητές ως:

- 4% (Kempe 1962).
- 1,4% (California Pilot Survey, Till 1968).
- 1,3 (Skinner and Castle 1969).
- 3% (Gregg and Elmer, 1969).
- 6-14% (Moszer and Bach 1969).

- 13% (Barumishandel 1969).

- 10% (Cooper 1972).

Ο Bierman (1969), δηλώνει ότι στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας με πληθυσμό 50 εκατομμύρια πεθαίνουν κάθε χρόνο από ηθελημένους τραυματισμούς, γύρω στα 1000 παιδιά και ο αριθμός αυξάνει ολοένα.

Κατά τον Ronald Mackeith (1985), αν σε κάθε παιδί που πεθαίνει από ηθελημένο τραυματισμό αντιστοιχούν τέσσερα με μόνιμη αναπηρία και αν η εκτίμηση για τους ενεννήντα θανάτους το χρόνο στη Βρετανία είναι σωστή, τότε θα πρέπει να υπάρχουν κάθε χρόνο 400 νέες περιπτώσεις παιδιών με μόνιμη αναπηρία που οφείλεται σε ηθελημένο τραυματισμό.

Μια άλλη πλευρά των συνεπειών από τους ηθελημένους τραυματισμούς (Η.Τ) θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι μόνιμες νευρολογικές διαταραχές.

Στηριζόμενοι πάλι σε μια έρευνα του Kempe (1962), θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τον υπολογισμό ότι σ'ένα δείγμα 749 περιπτώσεων το 15% είχε υποστεί "μόνιμη εγκεφαλική βλάβη".

Ο Gill (1969), ανέφερε "μόνιμη βλάβη" στο 5% των Η.Τ (ηθελημένων τραυματισμών) όχι συγκεκριμένα στον εγκέφαλο.

Ο Kempe (1971) δήλωσε ότι τα "μισά" από τα παιδιά που υφίστανται Η.Τ θα τραυματιστούν σοβαρά αλλά όχι απαραίτητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ούτε μόνιμα.

Ο Martin (1972), ανέφερε ότι όταν επανεξετάστηκαν 42 παιδιά που είχαν υποστεί κακοποίηση, τρία χρόνια μετά το συμβάν, 43% παρουσίαζαν νευρολογικές διαταραχές και 33% ήταν πνευματικά καθυστερημένα.

Σύμφωνα με τον Ronald Mackeith (1985), οι Martin, Beezley, Conway και Kempe (1974), προσπάθησαν να κάνουν συμπληρωματική

εξέταση 159 παιδιών αλλά δεν κατόρθωσαν να πείσουν παρά μόνο 58 απο αυτά να συνεργαστούν. Στο 53% των παιδιών παρατηρήθηκε ανεπαρκής λειτουργία του νευρικού συστήματος ενώ στο 31% σημειώθηκαν σοβαρές νευρολογικές διαταραχές.

Στηριζόμενοι πάντα στον Ronald MacKeith αναφέρουμε ότι απο τα 40 παιδιά που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο Park της Οξφόρδης για Η.Τ., το 17,5% είχαν υποσκληρίδιο αιμάτωμα, από αυτό τον αριθμό του Νοσοκομείου Park δείχνει οτι 1,5% ως 4% των παιδιών που έχουν υποστεί Η.Τ. παθαίνουν μόνιμη νευρολογική αναπηρία.

Κατά τον Gill (1969), το 3% των παιδιών σχολικής ηλικίας δεν πήγαν ποτέ σχολείο, ενώ το 13% παρακολουθούσαν τάξεις μικρότερες απο εκείνες που αντιστοιχούσαν κανονικά στην ηλικία τους.

Απο έρευνες τόσο του Worse (1970), όσο και αργότερα των Gregg και Elmer, διακρίνεται ότι τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη μέτρια ή μεγάλη, έχουν κάποιο κλονισμό ενώ ένα μικρό ποσοστό είναι φυσιολογικά.

Σε αυτό στηρίζεται και η επανεξέταση του Martin σε 42 παιδιά τρία χρόνια μετά την κακοποίησή τους, που απέδειξε ότι το 33% απο αυτά ήταν πνευματικά καθυστερημένα.

Τα στοιχεία των εκθέσεων των πιο πάνω ειδικών δείχνουν οτι σε σύγκριση με τα στοιχεία των παιδιών που είχαν πάθει υποσκληρίδιο αιμάτωμα, απο αυτά:

- Το 8% ήταν ανεπίδεκτα μαθήσεως, (Till).
- Το 25% είχε σοβαρή αναπηρία (Aicardi κα άλλοι 1971 και 1973).
- Το 12% ήταν κάτω του φυσιολογικού απο εκπαιδευτική άποψη (Till).

- Το 25% παρουσίαζε μέτρια αναπηρία (Aicardi και άλλοι 1971 και 1973).

Αν ληφθεί υπόψη το ποσοστό των επιζώντων παιδιών που παρουσιάζουν σοβαρή αναπηρία απο Η.Τ. τότε το ποσοστό των 600 ήδη γνωστών νέων περιπτώσεων με διανοητική ανεπάρκεια στη Βρετανία φθάνει το 25%.

Όπως υποστηρίζει ο Ronald Mackeith (1975), είναι επίσης πιθανό ότι ένα 20% περίπου των παιδιών που υπέστησαν ηθελημένο τραυματισμό (Η.Τ) στα πρώτα χρόνια της ζωής του θα παρουσιάσουν αργότερα πνευματική αναπηρία.

Όπως τονίζεται απο τους Birrell και Birrell (1968), η εκπαιδευτική ανεπάρκεια των παιδιών που είχαν υποστεί Η.Τ. προέρχεται ίσως απο πραγματικό εγκεφαλικό τραυματισμό, θα μπορούσε όμως να είναι αποτέλεσμα συναισθηματικής και διανοητικής στέρησης που αποτελούν σημαντική πλευρά του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού.

Μια ακόμη μακροπρόθεσμη συνέπεια του συνδρόμου της κακοποίησης είναι η συναισθηματική δυσπροσαρμοστικότητα.

Σύμφωνα με τον Ebbin (1969), η κατάθλιψη και η ψευδο-πνευματική καθυστέρηση παρουσιάστηκαν σε 6 απο 106 που επέζησαν.

Ενώ κατά τους Elmer και Gregg (1967), λίγα μόνο απο τα παιδιά που είχαν κακοποιηθεί είχαν πιθανότητα να εξελιχθούν σε αυτάρκεις ενήλικους.

Σύμφωνα με τον Ronald Mackeith (1975), μια ακόμη συνέπεια των Η.Τ. είναι ότι το παιδί που έχει υποστεί Η.Τ. διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να τραυματίσει τα παιδιά του στο μέλλον. Αυτός ο κίνδυνος οφείλεται στις συνέπειες της στέρησης και της κακοποίησης αλλά οποιοδήποτε άτομο με εγκεφαλική κάκωση είναι ίσως περισσότερο ευάλωτο σε δυσάρεστες εμπειρίες απο το

περιβάλλον άρα μπορεί να καταρεύσει πιο εύκολα απ'οτι ένα "φυσιολογικό" άτομο που είναι δυνατό στην αντιμετώπισή τους.

Ο Nau (1968), δήλωσε ότι από τις μελέτες ευρείας κλίμακας στη Γερμανία, παρατήρησε ότι ένα μεγάλο ποσοστό εγκληματιών, δολοφόνων προέρχονταν απο την ομάδα ανθρώπων που είχαν υποστεί κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία.

Κλείνοντας την ενότητα αναφέρουμε ότι στις μισές απο τις περιπτώσεις παιδιών με εγκεφαλική πάρεση και στις μισές απο τις περιπτώσεις παιδιών με διανοητική ανεπάρκεια δεν μπορεί ν' ανακαλυφθεί μια ικανοποιητική αιτία της αναπηρίας.

Ψυχοθεραπευτικές - ψυχιατρικές και κοινωνιολογικές απόψεις  
για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών προσχολι-  
κής και σχολικής ηλικίας.

Η κακοποίηση ενός παιδιού είναι αποτέλεσμα μιας διαδικα-  
σίας που αρχίζει πριν τη γέννησή του. Μια αλληλουχία αλλη-  
λένδων γεγονότων, ιατρικών και κοινωνικών, οδηγεί στην τε-  
λική έκρηξη. Σύμφωνα με την Margaret A. Lynch (1975), το ισ-  
τορικό της οικογένειας μπορεί να παρουσιαστεί με τη μορφή ε-  
νός διαγράμματος ροής ή κρίσιμης πορείας, που δείχνει πως έ-  
νας γονέας φτάνει στο σημείο να κακοποιήσει το παιδί του.

Σύμφωνα με τους Steele και Pollock (1972), η αιτία της  
κακοποίησης δεν είναι ποτέ μια και μοναδική. Πριν αρχίσει η  
κακοποίηση παρατηρείται μια αύξηση των πιέσεων μέσα στην οι-  
κογένεια. Το ιστορικό των γονέων αυξάνει τις πιθανότητες κα-  
κοποίησης όπως επίσης και οι κοινωνικές πιέσεις και τα ιατρικά  
γεγονότα τα οποία διαδραματίζουν κάποιο ρόλο.

Ετσι μπορούμε να διακρίνουμε τα εξής :

- Το ιστορικό των γονέων:

Η Margaret A. Lynch (1975), αναφέρει ότι πολλοί από τους γο-  
νείς που κακοποιούν τα παιδιά τους είχαν υποστεί και οι ίδιοι  
κακοποίηση ή συναισθηματική στέρηση στην παιδική τους ηλικία.  
Μεγάλωσαν νιώθοντας εχθρότητα απέναντι στην εξουσία και ανί-  
κανοι να εξασφαλίσουν βασική εμπιστοσύνη. Οι σχέσεις που έ-  
χουν με τους γονείς τους συνεχίζουν να είναι σχέσεις μίσους.  
Ειδικότερα οι γυναίκες διατηρούν διαταραγμένες σχέσεις εξάρ-  
τησης με τη μητέρα τους. Πάνω σε αυτό οφείλεται και το γεγο-  
νός ότι οι άνθρωποι που προέρχονται από τέτοιου είδους οικο-  
γένειες γίνονται αποδεκτοί μόνο από εκείνους που έχουν ανάλο-



γες εμπειρίες και συνεπώς τηρείται συνταυριασμένη επιλογή συντρόφου. Άτομα που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία συχνά προγραμματίζουν μια εγκυμοσύνη ή παντρεύονται προκειμένου να ξεφύγουν από μια καταπλεστική και αυστηρή οικογένεια.

Ο Smith (1973), αναφέρει ότι και οι δύο γονείς είναι συνήθως πολλοί νέοι για να γίνουν γονείς, τόσο στην πραγματική όσο και στην συναισθηματική τους ηλικία.

Σε μια έρευνα της Lynch (1975), στην Οξφόρδη διαπιστώθηκε ότι το 40% των μητέρων που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι κάτω από 20 ετών όταν απέκτησαν το πρώτο τους παιδί και έτσι και οι δικές τους προσδοκίες σχετικά με τη συμπεριφορά και την ανάπτυξη του παιδιού είναι υπέρμετρες.

- Κοινωνικές πλευρές :

Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους όπως υποστηρίζει η Lynch (1975), μπορεί να προέρχονται από οποιαδήποτε κοινωνικο-οικονομική ομάδα, που όμως διαθέτουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά.

Όπως αναφέρει ο Scheider (1972), προτιμούν όταν υπάρχει αυτή η δυνατότητα να ζούν σε σπίτια αποκομμένα από την υπόλοιπη κοινότητα. Έχουν ελάχιστες επαφές έξω από τον πυρήνα της οικογένειάς τους, δεν εμπιστεύονται κανένα και δεν υπάρχει κανείς στον οποίο θα μπορούν ν'απευθυνθούν σε ώρα ανάγκης.

Όπως αναφέρεται από την Lynch (1976), πριν ακόμη αναγκαστούν να δείρουν το παιδί, οι οικογένειες αυτές συνήθως έχουν συσσωρεύσει μια ολόκληρη σειρά προβλημάτων που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής τους, το γάμο, την κατοικία, τα οικονομικά θέματα και την εργασία. Πολλοί γονείς όταν αντιμετωπίζουν αυξημένα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα καταφεύγουν στον κόσμο της φαντασίας.

- Ιατρικά προβλήματα :

Πέρα απο τα ιδιαίτερα ψυχιατρικά χαρακτηριστικά των γονέων οι περιπτώσεις που ο γονέας είναι άρρωστος είναι πιθανό να έχει προβλήματα στη σχέση του με το παιδί. Όπως αναφέρει επίσης η Lynch (1975), έχει διαπιστωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις οι μητέρες των παιδιών που κακοποιούνται έχουν ποικίλα προβλήματα υγείας, όπως υπερβολική κόπωση, έλλειψη σιδήρου, αναιμία, προχωρημένη τερηδόνα και πονοκεφάλους. Πολλές επίσης έχουν γυναικολογικά προβλήματα και χρειάζονται ίσως συμβουλές σχετικά με την αντισύλληψη.

Συχνά διαπιστώνουμε ότι τα προβλήματα στο γάμο και το σέξ έχουν εντείνει το αίσθημα απογοήτευσης των γονέων. Όταν η επιθυμητή και αποδεκτή συμπεριφορά ενός μικρού παιδιού επιδεινώνεται μετά τη γέννηση ενός νέου μωρού, οι γονείς μπορεί να θεωρήσουν υπεύθυνο το μωρό και να το κακοποιήσουν, αντί για το μεγαλύτερο αδελφάκι του. Βέβαια πολλές οικογένειες αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα και ελάχιστες κακοποιούν στην πραγματικότητα τα παιδιά τους. Ωστόσο σε οικογένειες όπου οι πιθανότητες κακοποίησης είναι αυξημένες, οι παράγοντες αυτοί μαζί με τη γνώση του οικογενειακού ιστορικού μπορούν ν'αποτελέσουν πολύτιμες προειδοποιήσεις.

Ο Griville Albert (1987), αναφερόμενος στην ψυχική λειτουργία του γονέα που κακοποιεί σωματικά ή σεξουαλικά το παιδί του βασίζει τη θεωρητική του προσέγγιση σε δύο αναλυτικές έννοιες, του ναρκισσισμού και της διαστροφής (pervertisition). Ο ναρκισσισμός σχετίζεται με το σαδιστικό ένστικτο και η διαστρέβλωση με το σεξουαλικό. Ο συγγραφέας διακρίνει αυτούς τους δύο τύπους λειτουργικότητας οι οποίοι έχουν μερικά κοινά ση-

μεία και μερικές διαφορές αλλά δείχνουν τη δυναμική τόσο στην σωματική όσο και στη σεξουαλική κακοποίηση. Η συσχέτιση που γίνεται ανάμεσα στον τύπο της συναισθηματικής σχέσης των γονέων μεταξύ τους και στον τύπο της συναισθηματικής επένδυσης προς το παιδί, τους βοηθάει στην κατανόησή του πως η συνενοχή των γονέων λειτουργεί ενάντια στο παδί.

Η προσέγγιση αυτή δίνει μία αντίληψη της δόμησης της προσωπικότητας του παιδιού θύματος το οποίο με τη σειρά του διατρέχει τον κίνδυνο να γίνει γονέας που θα κακοποιήσει σωματικά ή σεξουαλικά τα δικά του παιδιά. Αυτό που έχει σημασία για μερικούς ανθρώπους είναι να μοιάσουν στους γονείς τους και να συμπεριφερθούν με τον ίδιο τρόπο. Η γονεϊκή βία είτε φανερή είτε συγκαλυμμένη πάντα αντανakλά τα ίχνη της σχέσης ενός ατόμου με τους δικούς του γονείς.

Κλινικές παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις η γέννηση ενός παιδιού προκαλεί την επαναδραστηριοποίηση μιάς εσωτερικής απωθημένης φάσης του παρελθόντος του γονέα. Αυτή η φάση εμφανίζεται στο παρόν αναστέλλοντας ότι είχε συμβεί στο ενδιάμεσο διάστημα. Το παιδί γίνεται αντικείμενο ναρκισσιστικής επένδυσης σαν σωσίας του γονέος. Μέσω του παιδιού ο γονέας αντιμετωπίζει τις εμπειρίες της δικής του παιδικής ηλικίας. Αυτό το παιδί γίνεται το παιδί που ο γονέας κάποτε υπήρξε και αναγκάζεται να παίξει ένα ρόλο που καθορίζεται από το παρελθόν του γονέα, έτσι ώστε ο γονέας μπορεί ν'αναβιώσει την εμπειρία της δικής του παιδικής ηλικίας. Ο γονέας αγαπά το παιδί με μια αγάπη που έχει κρατήσει για το παιδί που υπήρξε κάποτε ο ίδιος. Η επιθυμία όλων όσων ο γονέας δεν έλαβε ποτέ από τους δικούς του γονείς και όλων όσων ο ίδιος δεν μπορούσε να δώσει σ'αυτούς, επαναδραστηριοποιεί-

ται απο την απλή παρουσία του παιδιού. Εναλλακτικά θύμα και βασανιστής, το παιδί αντιπροσωπεύει μια ευκαιρία για τον γονέα του να ξαναζήσει τη δική του σχέση με τους γονείς του. Όταν ένα παιδί επενδύεται με το ρόλο του σωσία, ο γονέας επεξεργάζεται μια κατάσταση όπου το παιδί ταυτόχρονα αντιπροσωπεύει τον παιδικό του εαυτό και τον γονέα που το κακοποίησε. Παρ'όλα αυτά η φαντασιωσική αυτή επεξεργασία είναι ανεπαρκής και εμποδίζει την πιθανότητα να λάβει ο γονέας υπόψη του τις ανάγκες και τα όρια του πραγματικού παιδιού. Η επιθετικότητα του γονέα που κακοποιεί δεν κατευθύνεται ενάντια στο σώμα κάποιου άλλου, αλλά ενάντια σ'αυτό που κατά κάποιο τρόπο είναι μέρος του εαυτού του. Ο γονέας αυτός κακοποιεί τον ίδιο του τον εαυτό. Το σώμα του παιδιού χρησιμεύει απλά σαν μια επέκταση του εαυτού του επενδυμένο με τις θετικές και αρνητικές εντυπώσεις με τις ικανοποιήσεις και απογοητεύσεις της δικής του παιδικότητας. Γι'αυτό τον τύπο του γονέα το παιδί είναι ταυτόχρονα θύμα και θύτης. Δύο σπουδαία σημεία που αξίζει να υπογραμμιστούν είναι :

- α) Το αντικείμενο της επιλογής σ'αυτή τη σχέση είναι ειδικό: είναι το ίδιο το παιδί του γονέα. Το παιδί του που τον φέρνει πίσω στη δική του παιδική ηλικία, αλλά επίσης και το δικό του παιδί που τον φέρνει πίσω στον εαυτό του.
- β) Η σχέση της κακοποίησης είναι μια αναγκαιότητα γι'αυτόν που πρέπει να διαιωνιστεί. Το παιδί πρέπει να συμπεριφερθεί μ'ένα τρόπο που προξενεί την κακοποίηση. Το παιδί με την έντονη παρουσία του γίνεται μια πηγή ερεθισμού, μπαίνοντας απρόσκλητο σ'ένα εσωτερικό χώρο του γονέα ο οποίος προστατεύεται ανεπαρκώς. Αναπαριστά μια απειλή που κινητοποιεί όλους τους μηχανισμούς άμυνας του γονέα.

Ο γονέας δεν μπορεί να εκτιμήσει την διαφορά, την απόσταση και τον σύνδεσμο ανάμεσα στο παρόν και στο παρελθόν, ανάμεσα στο εσωτερικοποιημένο παιδί και στο πραγματικό. Ένα κακοποιημένο παιδί είναι ταυτόχρονα μία πηγή ερεθισμού και ένα αντικείμενο ενστικτώδους εκφόρτισης. Χωρίς εσωτερικές άμυνες ο γονέας απειλείται από κάθε "από αντικείμενο" που εγείρει ερεθισμό σ' ένα μέρος της προσωπικότητάς του που παρέμεινε αδόμητο αναφορικά με την σχέση που είχε με τους γονείς του.

Όπως υποστηρίζεται από τον Γιάννη Τσιάντη (1987), δύο κύριες θεωρητικές σχολές έχουν επικρατήσει για την αιτιολογία του προβλήματος.

Η κοινωνιολογική θεώρηση, όπως εκπροσωπείται από τον D.E. Gil (1970), υποστηρίζει ότι η δυναμική της κακοποίησης είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς θεσμούς που όχι μόνο επιτρέπουν στα παιδιά αλλά και ενισχύουν την άσκηση φυσικής βίας στα παιδιά με τη μετουσιωμένη μορφή της πειθαρχίας.

Η εθνική ερευνητική μελέτη του Gil, που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. έδειξε ότι πέρα από τις συγκεκριμένες πράξεις σωματικής βίας που άσκησαν οι γονείς ή άλλοι ενήλικοι στα παιδιά τους, ένα πολύ μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα βρέθηκε να είναι τα εκατομμύρια παιδιά τα οποία μεγαλώνουν με την ανοχή της κοινωνίας σε συνθήκες σοβαρής αποστέρησης.

Διαπιστώθηκε επίσης όπως αναφέρεται από τον Τσιάντη, ότι ενώ οι προδιαθεσικοί παράγοντες για κακοποίηση υπάρχουν σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, τα παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες αποστέρησης κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να κακοποιηθούν από τους γονείς τους ή από άλλα άτομα άτομα που τα φροντίζουν.

Για την ανάλυση των χαρακτηριστικών των γονέων σύμφωνα με το ψυχολογικό/ψυχοπαθολογικό μοντέλο έχουν επικρατήσει

κυρίως δυο θεωρητικές απόψεις :

Η μία στηρίζεται σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική απο τον B.F. Steele και Pollock C.B. (1968), οι οποίοι πιστεύουν ότι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι άρρωστα άτομα, η συμπεριφορά των οποίων μπορεί να τροποποιηθεί με θεραπεία που αποσκοπεί να βελτιώσει το πρότυπο της ανατροφής των παιδιών.

Η δεύτερη άποψη στηρίζεται σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία απο τον Smith (1975), ο οποίος πιστεύει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους παρουσιάζουν παρεκκλίσεις της συμπεριφοράς ή ψυχιατρικές διαταραχές που αντιστέκονται στις σύγχρονες μεθόδους θεραπείας.

Η μελέτη του B.F. Steele και των συνεργατών του (1968), πραγματοποιήθηκε σε χρονικό διάστημα πεντέμιση ετών σε εξήντα οικογένειες στις οποίες είχε διαπιστωθεί κακοποίηση στα βρέφη ή στα μικρά παιδιά τους.

Απο τ'αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι η πραγματική κακοποίηση στο βρέφος γίνεται συνήθως απο τον ένα γονέα ενώ ο άλλος συμβάλλει σχεδόν πάντα στην κακοποίηση, είτε αποδεχόμενός την ανοιχτά, είτε υποθάλποντάς την πιο διακριτικά.

Η μελέτη των Steele και Pollock έγινε σε αντίθεση με άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε δημόσιες υπηρεσίες και οργανισμούς στο Ιατρικό κέντρο του Colorado όπου εξυπηρετείται ένα ευρή φάσμα κοινωνικο-οικονομικών μονάδων και ιδιωτικών γιατρών. Έτσι οι περιπτώσεις που μελετήθηκαν ήταν πιο ποικίλες απο αυτές που φθάνουν στις κοινωνικές υπηρεσίες, στους Οργανισμούς Πρόνοιας και τα κοινοτικά νοσοκομεία, με γονείς που δέρνουν τα παιδιά τους και προέρχονται απο κατώτερα κοι-

ωνικο-οικονομικά στρώματα.

Σύμφωνα με την άποψη των ίδιων, αν και τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα δημιουργούν πρόσθετες πιέσεις στη ζωή των ανθρώπων αυτοί οι παράγοντες θα πρέπει να θεωρούνται σαν συμπτώσεις που συντείνουν σ'ένα γεγονός και όχι σαν αναγκαία, όπως θα δούμε στην συνέχεια ότι υποστηρίζεται από άλλους ειδικούς.

Στην ψυχοπαθολογία των ατόμων που κακοποιούν, κάποια γενικά χαρακτηριστικά που συμφωνούν με τους Steele και Pollock διακρίνονται είναι, ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών διαταραχών όπως : υστερία- υστερική ψύχωση-νευρωσική ψυχαναγκαστική ιδεοληψία-καταστάσεις άγχους-κατάθλιψη-γνωρίσματα σχιζοειδούς προσωπικότητας-σχιζογρένεια και νεύρωση.

Οι περισσότεροι ασθενείς της μελέτης παρουσίαζαν περίπλοκες εικόνες όπως "ιδεοληπτική νεύρωση " με έντονα μαζοχιστικά γνωρίσματα και ελαφρά κατάθλιψη.

Τα έντονα συγκινησιακά προβλήματα των ασθενών της μελέτης του Steele και των συνεργατών του, τους οδήγησαν να μελετήσουν την αλληλεπίδραση του μωρού με το άτομο που το φροντίζει.

Οι Morris και Could (1963), αναφέρθηκαν στο φαινόμενο "αντιστροφής των ρόλων" σύμφωνα με το οποίο ο γονέας έχει μεγάλες και πρόωρες απαιτήσεις για το παιδί και για την ηλικία του και περιμένουν από αυτό επιβεβαίωση, παρηγοριά, και αγάπη.

Είναι δηλαδή μια αντιστροφή του ρόλου εξάρτησης με δυο βασικά στοιχεία :

α) Μεγάλη προσδοκία να επιτελέσει το παιδί το ρόλο το δικό του.

β) Εσφαλμένη αντίληψη γενικά για το μικρό.

Η συμπεριφορά και τα ερεθίσματα των γονέων θα μπορούσαν να

θεωρηθούν και σαν "αίσθηση δικαιοφροσύνης" των γονέων, κακοποιούν τα παιδιά τους περιμένοντας απο αυτά υποδειγματική συμπεριφορά ήδη απο τη βρεφική ηλικία.

Σύμφωνα με την άποψη του Steele και των συνεργατών του, οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους υιοθετούν απο το συγκεκριμένο τρόπο ανατροφής, ανεξάρτητα σχεδόν απο τα υπόλοιπα γνωρίσματα της προσωπικότητάς τους.

Σε αυτά τα γενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων στη συνέχεια απο τον Steele εξετάστηκαν κάποιοι δευτερεύοντες παράγοντες κακοποίησης οι οποίοι πέρα απο τους βασικούς ψυχολογικούς παράγοντες μπορούν να διαδραματίσουν κάποιο ρόλο.

Αυτοί οι παράγοντες είναι :

α) Εντονος ανταγωνισμός ανάμεσα στ'αδέλφια έχει σαν αποτέλεσμα στη συνέχεια το άτομο περνώντας στην ενήλικη φάση της ζωής του και αποκτώντας αισθήματα απαιτητικότητας και διάθεσης για κριτική.

β) Μια χαρακτηροδομή ιδεοληπτικού ψυχαναγκασμού της προσωπικότητας των γονέων με κύριο χαρακτηριστικό το αποδοκιμαστικό τους ύφος στην συμπεριφορά των παιδιών τους κατά κάποιους τρόπους

Οι γονείς έχουν υπερβολικές απαιτήσεις απο το παιδί ακόμη και να ελέγχει απο πολύ νωρίς τις απεκκριτικές του λειτουργίες.

Υποστηρίζεται απο τον Steele ότι η συμπεριφορά του μωρού ερεθίζει το ασυνείδητο του γονέα και απειλεί μια έκρηξη των δικών του κατακριτέων παρορμήσεων για ακαταστασία.

γ) Ανεπίτυπες οιδιπόδειες συγκρούσεις που συνοδεύονται απο υπερβολική ενοχή

Κατά τον Zilboorg (1932), που εξέτασε τον ανταγωνισμό γονέα



παιδιού, υπογραμίζει το ρόλο των οιδιπόδειων συγκρούσεων. Παιδιά κακοποιημένα ηλικίας 3 ετών και άνω υποστηρίζει ότι οφείλεται στη βαθιά ανησυχία των γονέων για τη σεξουαλικότητα και ανταγωνιστικότητα.

Για την κακοποίηση του βρέφους αμεσσότερη υποκίνηση για κακοποίηση παρατηρείται όταν ο ένας από τους δύο συζύγους εκφράζει ότι το παιδί είναι κακομαθημένο και θα έπρεπε να τιμωρείται. Αφορμή για την κακοποίηση του παιδιού από τη μητέρα μπορεί να είναι και οι άμεσες επικρίσεις ενός συζύγου για τις ικανότητες τη συντρόφου του στη φροντίδα του παιδιού. Κατά την άποψη των Steele και Pollock (1968), η συμπεριφορά που κατά ένα τρόπο υποδηλώνει απόρριψη ή εγκατάλειψη αποτελεί ένα άλλο πιθανό ερέθισμα για το γονέα που επιτίθεται στο παιδί.

Η μελέτη των Selwyn M. Smith (1975), που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία σε διάρκεια δύο ετών σε ένα σύνολο 134 βρεφών έδειξε ότι αν και κάθε γονέας και ειδικότερα κάθε οικογένεια έχει τα δικά της δυναμικά τα οποία δεν είναι δυνατόν να είναι όμοια με τα χαρακτηριστικά μίας άλλης οικογένειας, εντούτοις υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά που είναι κοινά στην ομάδα των γονέων που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Οι γονείς που περιλήφθηκαν στην μελέτη του Smith και των συνεργατών του στο σύνολό τους είχαν ομολογήσει ότι κακοποίησαν τα παιδιά τους, είτε αδυνατούσαν να δώσουν κάποια ικανοποιητική εξήγηση για τη συμπεριφορά τους.

Στο σύνολο των γονέων ένα ποσοστό 68% παραπέμφθηκαν από νοσοκομεία 13% φυλακίστηκαν, ενώ ένα ποσοστό 19% ήρθαν από όχι συγκεκριμένες υπηρεσίες.

Τ'αποτελέσματα που δόθηκαν από την μελέτη του Selwyn Smith

και των συνεργατών του αναφέρονταν στην ηλικία του γονέα, στην κοινωνική τάξη όπου ανήκε η οικογένεια, στα στοιχεία προσωπικότητας των γονέων, στο ποινικό μητρώο και ιδιαίτερα στα στοιχεία που αφορούσαν πιθανά αδικήματα και ενέργειες του γονέα, η ύπαρξη κάποιας μορφής νευρωσικής διαταραχής στον γονέα, η ύπαρξη αισθημάτων εχθρότητας, και τέλος η ανάλυση της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς και της παρουσίας πιθανής ψύχωσης στους γονείς.

#### Ηλικία της μητέρας

Η ηλικία της μητέρας όπως αναφέρθηκε απο την μελέτη είναι κατά μέσο όρο (Μ.Ο.) 19,7 ετών.

Τα κακοποιημένα παιδιά είναι πρωτότοκα ή δευτερότοκα και αυτό οφείλεται στο πόσο νέος είναι ο γονέας δεδομένου ότι όπως υποστηρίζεται και απο τους Bennie και Sclare (1969), και Lyki aniwicz (1971), το ποσοστό γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους σε μεγάλη ηλικία είναι αρκετά μικρό.

#### Κοινωνική τάξη

Την άποψη του Smith για τον συσχετισμό χαμηλής κοινωνικής τάξης με κακοποίηση, υποστηρίζουν και άλλοι ερευνητές όπως ο Young (1964), Skinner και Castle (1969).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Smith το 33% των γονέων της μελέτης ήταν των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων.

#### Διαταραγμένη προσωπικότητα

Η διαταραγμένη προσωπικότητα είναι σημαντικό γνώρισμα στους γονείς των κακοποιημένων παιδιών. Διαπιστώθηκε ότι διάφοροι τύποι διαταραχών της προσωπικότητας έχουν εντοπιστεί κυρίως στις μητέρες που παρουσιάζουν χαρακτηριστικά συναισθηματικής ανωριμότητας και εξάρτησης.

Επίσης σύμφωνα με τον Smith οι μητέρες δεν είχαν σπουδαίες

γνώσεις σχετικά με τις σωστές συνήθειες ανατροφής των παιδιών

### Ποινικό μητρώο

Το 29% των πατέρων διαπιστώθηκε σύμφωνα με την έρευνα του Smith ότι είχαν ποινικό μητρώο, αλλά λόγω των ιδιομορφιών του νομικού συστήματος μόνο ένα μικρό ποσοστό αυτών είχαν κατηγορηθεί για σκληρότητα και αμέλεια.

### Νεύρωση

58% των μητέρων σε μια έρευνα που περιλαμβάνεται στο γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας Colberg δεν είχαν ψυχωτικές διαταραχές ενώ το υπόλοιπο ποσοστό κρίθηκε νευρωτικό με κύρια συμπτωματολογία την κατάθλιψη και το άγχος.

Όπως αναφέρει ο Smith, αρκετά υψηλό παραμένει το ποσοστό και στους πατέρες με χαρακτηριστικά νευρωτικής προσωπικότητας.

### Εχθρότητα

Ο Smith αναφερόμενος στους Gaine-Foulds και Hope (1967), αναφέρει ότι η εχθρότητα των νευρωτικών είναι κατά κανόνα εσωστρεφούς τύπου.

Σύμφωνα και με την μελέτη του ίδιου τ'άτομα που δέρνουν τα παιδιά τους και είναι νευρωτικά χαρακτηρίζονται εξίσου και από εξωστρεφή τιμωρητικότητα.

Σύμφωνα με τον Hare (1972), τ'άτομα αυτά νιώθουν τύψεις και ενοχές οι οποίες είναι άσχετες με την πραγματική κατάσταση.

### Ψυχοκλινητική συμπεριφορά.

I. Ψύχωση : Σύμφωνα με τον Smith (1975), οι παράδοξες κακώσεις που δημιουργούν οι ψυχωσικοί γονείς οδηγούν στην υπόθεση ότι αποτελούν μια χωριστή υπο-ομάδα γονέων που δέρνουν τα παιδιά τους.

II. Ανώμαλα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα : Παρουσιάστηκαν σε κάποιον μικρό ποσοστό ατόμων που εξετάστηκαν επίσης μέσα από την μελέτη του Smith.

Διαπιστώθηκε ότι τ' άτομα που κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν πιο στερνή σχέση με άλλες ομάδες ατόμων που διαπράττουν βίαιες πράξεις από ότι με το γενικό πληθυσμό.

Πάνω στην πρώτη μελέτη του Steele και Pollock (1968), όπως αναφέρεται από τον Γ. Τσιάντη και Μανωλόπουλο (1987), ένας αριθμός μελετητών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι παράγοντες των κινήτρων και της προσωπικότητας συμβάλλουν στην συμπεριφορά κακοποίησης.

Σύμφωνα με τον Meril (1977), υπάρχουν τρεις χαρακτηριστικές κατηγορίες των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους. \* ; βλ

- α. Ακαμψία, ψυχαναγκασμός, έλλειψη ζεστασιάς προς το παιδί, έλλειψη ευελιξίας. Έχουν την τάση να μην αισθάνονται προστατευτικοί προς το παιδί και να το θεωρούν υπεύθυνο για τα δικά τους προβλήματα.
- β. Διάχυτη εχθρότητα και επιθετικότητα που προκαλείται εύκολα και προέρχεται από εσωτερικές συγκρούσεις.
- γ. Παθητικοί και εξαρτημένοι, απρόθυμοι να εκφράσουν τα αισθήματά τους. Γίνονται δυστυχείς και χωρίς αντιδράσεις, συχνά ανταγωνιζόμενοι τα παιδιά τους για την προσοχή του άλλου γονέα.

Σε σχέση με το ψυχοπαθολογικό μοντέλο της κακοποίησης των παιδιών, ο Gelles (1972), υποστηρίζει ότι ερευνητές όπως ο Steele και Pollock, Zalba, Galdston και Kempe έχουν την τάση να αντιφάσκουν δηλώνοντας ότι ενώ ορισμένοι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους εμφανίζουν ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά ενώ ο Smith, ο Hansen και Nobbe είναι ανάμεσα στους

ερευνητές που βρήκαν μεγάλο βαθμό ψυχοπαθολογίας στο δείγμα τους.

Στηριζόμενος πάνω στη μελέτη του Smith, ο Gelles αφού εξέτασε και το ψυχοπαθολογικό/ψυχολογικό και το κοινωνιολογικό μοντέλο της κακοποίησης των παιδιών, πρότεινε μία σύνθεση των δύο που θα βοηθούσε στην ανάπτυξη μεθόδων για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε επίπεδο πρόληψης.

Παράλληλα με τις απόψεις του Gelles, ο Gil (1976), διατύπωσε την υπόθεση ότι υπάρχουν δυνάμεις που συμβάλλουν στην κακοποίηση των παιδιών και που προωθούνται από τα πολιτικά ήθη τα οποία δεν αποκλείουν τη χρήση βίας από τους ενήλικους.

Η πρώτη δύναμη είναι η κοινωνική έγκριση της χρήσης βίας εναντίον των παιδιών.

Η δεύτερη δύναμη είναι οι περιβαλλοντικές πιέσεις π.χ. κοινωνικο-οικονομική αποστέρηση, διακρίσεις, ψυχολογικές πιέσεις της καθημερινής ζωής, που αποκαλούνται "ενεργοποιά πλαίσια" (triggering context) και που αποδυναμώνουν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς των γονέων για αυτο-έλεγχο, οδηγώντας τους στη χωρίς αναστολές εκδήλωση των επιθετικών τους παρορμήσεων εναντίον του παιδιού.

Η τρίτη δύναμη είναι η αποκλίνουσα ή παθολογική σωματική, νοητική ή συναισθηματική λειτουργία των κακοποιούντων ή των παιδιών που κακοποιούνται.

Η τέταρτη είναι οι διαταραγμένες ενδο-οικογενειακές σχέσεις, με συγκρούσεις μεταξύ συζύγων και μεταξύ γονέων και παιδιών.

Συνφωνώντας με την άποψη του Smith ο Gelles και ο Steinmetz βρήκαν ότι το ποσοστό κακοποίησης σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου έχει την διπλάσια συχνότητα.

Σύμφωνα επίσης με τους Sze και Lamar (1981), αν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι αρκετά σημαντικοί, οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί στα επαναλαμβανόμενα περιστατικά κακοποίησης.

Σε αντίθεση με την άποψη του Steele και των συνεργατών του, όπως αναφέρεται από τον Γ. Τσιάντη (1987), τα ευρήματα της Κορπιλάθ (1981), στη Φιλλανδία και Σουηδία, των Ishihara και Inegawa (1974), στην Ινδία, του Desilva (1981), στη Σρι-Λάνκα, και πολλών άλλων στην Μαλαισία και την Αγγλία, δείχνουν ότι κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες είναι ο αλκοολισμός, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η γονεϊκή εγκατάλειψη, η φτώχεια, πολιτιστικοί παράγοντες, το νομικό δικαίωμα των γονέων να επιβάλλουν την πειθαρχία στα παιδιά τους και οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Ο Selwyn Smith (1975), αναφέρει αρκετές από τις μητέρες της ενδεικτικής ομάδας είχαν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία και ότι οι γονείς τους ήταν παράλογοι, σκληροί και τις απέρριπταν.

Επίσης αρκετοί πατεράδες της ίδιας ομάδας υφίστανται τιμωρίες από τους γονείς τους και πολλοί είχαν ότι οι γονείς τους χρησιμοποιούσαν παράλογες μεθόδους.

Σύμφωνα με την προκαταρκτική μελέτη του Γ. Τσιάντη, Α. Κοκκέβη και Ε. Αγάθωνος (1987), σε ψυχιατρική εκτίμηση σε 15 οικογένειες βρέθηκε ότι από τις 12 μητέρες που εξετάστηκαν, οι 11 είχαν στοιχεία διαταραχής της προσωπικότητας, 10 εμφάνιζαν σημεία αντιδραστικής κατάθλιψης και άγχους και μια είχε σχιζοφρένεια.

Από τους 10 πατέρες που εξετάστηκαν οι 9 είχαν συμπτώματα διαταραχής της προσωπικότητας, 4 εμφάνιζαν στοιχεία αντιδραστι-

κής κατάθλιψης και άγχους και ένας είχε συμπτώματα παρανοϊκής ψύχωσης.

Όπως υποστηρίζεται από την Α. Κοκκέβη και Ε. Αγάθωνος (1987), σύμφωνα με τις μορφές κοινωνικοποίησης των παιδιών μέσα στην οικογένεια και ειδικότερα στη στάση τους απέναντι στην πειθαρχία αποδείχθηκε ότι πειθαρχία που επιβάλλεται από τους γονείς στα παιδιά σε ηλικία 8 ετών επηρεάζεται από τους παράγοντες φύλο και κοινωνική τάξη.

Σύμφωνα με την κοινωνική τάξη της Ελληνικής οικογένειας είναι φανερό μέσα από την έρευνα των πιο πάνω ειδικών ότι οικογένειες από κατώτερη κοινωνική τάξη παρουσίαζαν ισχυρότερες τάσεις ενίσχυσης της εξάρτησης των παιδιών, ενώ οικογένειες από τη μεσαία και την κατώτερη τάξη είναι πιο φιλελεύθερες.

Σύμφωνα επίσης με την μελέτη των πιο πάνω αναφερθέντων ειδικών ένα ποσοστό 82,4% των μητέρων παραδέχθηκε ότι τιμωρεί το παιδί για κακή συμπεριφορά. Ένα ποσοστό 52,2% στερούσε κάποια προσωπική ευχαρίστηση ή ψυχαγωγία του παιδιού, το 49,3% χρησιμοποιούσε σωματική τιμωρία ή άλλου είδους βία και το 27,5% χρησιμοποιούσε την επίπληξη. Χαρακτηριστικά των γονέων που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ήταν:

- α. Χαμηλή νοημοσύνη και αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας.
- β. Διαταραχές της προσωπικότητας, ανωριμότητα, παρορμητικότητα, ισχυρές ανάγκες για εξάρτηση και διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις.

Σύμφωνα με τον Ν. Παρίτση (1987), σ' ένα ευρύτερο ερευνητικό πρόγραμμα που πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο 1981 έως Ιούνιο 1985 με τη μέθοδο της ψυχιατρικής εξέτασης σ' ένα σύνολο 50 μητέρων που αποτελούσαν το 51% του συνολικού αριθμού

των νέων περιπτώσεων διαπιστώθηκαν τα εξής:

Από τις 48 μητέρες οι 11 ποσοστό 22% κρίθηκαν ότι δεν αποτελούσαν ψυχιατρικές περιπτώσεις.

Το 31% παρουσίαζε νευρωτικές καταθλίψεις.

Το 10% πυρηνικό σύνδρομο, δηλαδή συμπτώματα σχιζοφρένειας πρώτου βαθμού και ένα ποσοστό 10% περιλάμβανε άλλες ψυχωσικές καταστάσεις.

Όπως αναφέρει ο Ν. Παρίτσης (1987), οι νευρωτικές καταθλίψεις χαρακτηρίζονταν από:

- α. Εντονο καταθληπτικό συναίσθημα.
- β. Απώλεια ενδιαφέροντος και εκδηλώσεις άγχους από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Οι αγχώδεις καταστάσεις χαρακτηρίζονται από :

- α. Μεγάλη ανησυχία.
- β. Ψυχική ένταση.
- γ. Ελεύθερο επιπλέον άγχος, πονοκεφάλους και άλλους πόνους.

Οι περιπτώσεις σχιζοφρένειας χαρακτηρίζονταν από:

- α. Ακουστικές ψευδαισθήσεις σε τρίτο πρόσωπο.
- β. Παραληρητικές ιδέες ελέγχου και αναφοράς.
- γ. Συναισθηματική αμβλότητα.

Οι ψυχωσικές καταστάσεις χαρακτηρίζονταν από:

- α. Καταθληπτικά συμπτώματα όπως κηρώση ευκαμψία, ηχολαλία, και ηχοπραξία.
- β. Διαταραχές αντίληψης.

Εξετάζοντας το κοινωνικό υπόβαθρο του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών και υποστηρίζοντας την άποψη των Μουζακίτη, Varghese (1987), Τσιάντη, Κοκκέβη, Αγάθωνος (1987), Korpiolahti (19...), σύμφωνα με τους οποίους η σωματική κακοποίηση των παιδιών είναι ένα πολυδιάσ-



τατο φαινόμενο που δεν εξαρτάται από μία και μόνη δέσμη αιτιών, θα τονίσουμε ότι και οι κοινωνικοί παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί.

Σύμφωνα με τους Rutter M., Madge N. (1976), ο συνδυασμός των κοινωνικών παραγόντων με την ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού, επιβραδύνουν την κοινωνική προσαρμογή και τροφοδοτούν τους κλασσικούς κύκλους της κοινωνικής αποστέρησης. Οι ερευνητές Elmer (1971), Gil (1968), Skinner (1969), και Smith (1973), διαπίστωσαν ότι η πλειονότητα των οικογενειών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους ζούν στη φτώχεια με ακατάλληλες στεγαστικές συνθήκες, με χαμηλό εισόδημα, με ανεργία και έλλειψη σταθερής δουλειάς.

Μέσα απο μελέτη του αρχείου της ΕΠΑΑ για περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών απο το 1973-1976 απο την Αγάθωνος Ε., αποδείχθηκε ότι ένα ποσοστό 71% των οικογενειών ανήκαν στη χαμηλή κοινωνική τάξη και ειδικότερα τα 73% ζούσαν κάτω από συνθήκες που αποδίδονταν με τον όρο "ακατάλληλη στέγη". Οι περισσότεροι απο τους γονείς είχαν βασική εκπαίδευση ενώ το 74% των πατέρων δεν ξεπερνούσαν το επίπεδο των ημιειδικευμένων εργατών.

Σύμφωνα με τους Gil (1968), Smith (1973), Kempe (1971), Skinner (1969), και Court (1969) κύρια χαρακτηριστικά γονέων που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους θεωρείται η ανωριμότητα, η κοινωνική απομόνωση, η ψυχική διαταραχή και η ανώμαλη προσωπικότητα.

Όπως διαπιστώνεται απο τ'αρχεία της ΕΠΑΑ, το 62% των οικογενειών χαρακτηρίζονταν ως απομονωμένες και είτε οι σχέσεις αυτές όταν υπήρχαν είναι κακές.

Το ποσοστό των απομονωμένων οικογενειών κατά 48% είναι εξώγα-

μων παιδιων, ενω το υπολοιπο ποσοστο αποτελείται απο ζευγάρια που είναι χωρισμένα ή βρίσκονται σε διάσταση.

Σύμφωνα με την Ε. Αγάθωνος (1977), τα περισσότερα ζευγάρια που κακοπολούν τα παιδιά τους, έχουν κακές σχέσεις μεταξύ τους ενώ τα κοινωνικά χαρακτηριστικά αυτών των οικογενειών είναι ίδια με των οικογενειών στο εξωτερικό.

Χαρακτηριστικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης που προκύπτουν από προηγούμενες έρευνες.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον David G. Gill μετά από τυποποιημένες πληροφορίες για όλες τις περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών που καταγγέλλθηκαν με νομικές διαδικασίες στο σύνολο των πολιτειών της Αμερικής κατά το 1967 και 1968 συγκεντρώθηκε ένας αριθμός περιπτώσεων που φθάνουν τις 13.000 χιλιάδες περίπου. Αυτή η εκτεταμένη έρευνα συμπληρώθηκε με εκτενείς περιπτωσιολογικές μελέτες 1400 περίπου περιστατικών που καταγγέλλθηκαν το 1967 σ' ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 39 πόλεων και κομητειών.

Κατά το 1957 και 1968, 5993 και 6617 καταγγελίες αντίστοιχα, που έφθασαν στα γραφεία μητρώων κακοποίησης παιδιών εναρμονίζονταν απόλυτα.

Τα στοιχεία που ήταν αποτέλεσμα αυτών των μελετών αναφέρουν χαρακτηριστικά παιδιών που έχουν κακοποιηθεί και ερμηνεύουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι στη χρήση σωματικής βίας ως μεθόδου επιβολής πειθαρχίας στα παιδιά.

- Το 30% περίπου των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί ζούσαν σε μητριαρχικές οικογένειες.
- Στο 46% των περιπτώσεων, στο σπίτι ζούσε ο πατέρας του παιδιού, ενώ στο 20% σχεδόν ένας πατριός.
- Περισσότερο από το 2% των παιδιών ζούσαν στα σπίτια ατόμων που είχαν αναλάβει τη φροντίδα τους χωρίς να τα έχουν υιοθετήσει και ένα 0,3% ζούσαν με θετούς γονείς. Η μητέρα δεν ζούσε στο ίδιο σπίτι με το παιδί σε περισσότερο από 12% των περιπτώσεων.

Το 10% απο τις μητέρες ήταν ανύπαντρες, το 20% σχεδόν ήταν χωρισμένες, διαζευγμένες, εγκαταλελειμένες ή χήρες και πάνω απο τα δύο τρίτα ζούσαν με το σύζυγό τους.

Οι οικογένειες μη-λευκών παιδιών ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό διαλυμένες απο ότι των λευκών παιδιών. Τα στοιχεία για την οικογενειακή δομή υποδηλώνουν μια σχέση ανάμεσα στη σωματική κακοποίηση των παιδιών και την παραμέληση απο την πρότυπη οικογενειακή δομή, πράγμα που φαίνεται να ισχύει ιδιαίτερα για τα μη-λευκά παιδιά.

Η κατανομή ηλικίας των γονέων των παιδιών που είχαν κακοποιηθεί δεν ενισχύει την άποψη ότι οι γονείς αυτοί είναι συνήθως πολύ νέοι.

- Η αναλογία οικογενειών με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά ήταν σχεδόν διπλάσια ανάμεσα στις οικογένειες παιδιών που είχαν υποστεί κακοποίηση και για την οποία είχε γίνει καταγγελία απ' ότι ανάμεσα σε όλες τις οικογένειες του αμερικάνικου πληθυσμού με παιδιά κάτω των δέκα οχτώ ετών, ενώ στον ίδιο πληθυσμό η αναλογία μικρών οικογενειών ήταν πολύ μεγαλύτερη.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης και απασχόλησης των γονέων ήταν σημαντικά κατώτερο σε σύγκριση με το επίπεδο του πληθυσμού στο σύνολό του. Οι μη-λευκοί γονείς κατατάσσονται χαμηλότερα ως προς τα στοιχεία αυτά απ' ότι οι λευκοί. Σχεδόν οι μισοί απο τους πατεράδες παιδιών που είχαν υποστεί κακοποίηση ήταν άνεργοι ολόκληρο το χρόνο και το 12% περίπου ήταν άνεργοι την περίοδο που κακοποιήθηκαν τα παιδιά.
- Σε σύγκριση με όλες τις οικογένειες των Η.Π.Α το εισόδημα των οικογενειών των παιδιών που είχαν κακοποιηθεί ήταν πολύ χαμηλό και των οικογενειών μη-λευκών παιδιών στις οποίες

σημειώθηκαν παρόμοια περιστατικά ακόμη χαμηλότερο.

Κατά την περίοδο της κακοποίησης περισσότερο απο το 37% περίπου των οικογενειών έπαιρναν κρατική βοήθεια.

Συνολικά, 60% σχεδόν των οικογενειών είχαν πάρει κρατική βοήθεια κάποια περίοδο πρίν το περιστατικό της κακοποίησης.

- Όπως σημειώνεται επίσης στην μελέτη του Gill, στο 50% περίπου των περιστατικών ήταν δράστης η μητέρα ή η μητριά και στο 40% περίπου ο πατέρας. Ωστόσο, εφόσον στο 30% περίπου των οικογενειών αρχηγός ήταν η γυναίκα, το ποσοστό συμμετοχής των πατεράδων ήταν στην πραγματικότητα μεγαλύτερο απ' ότι των μητέρων

Τα δύο τρίτα των περιστατικών σε οικογένειες όπου υπήρχαν πατεράδες ή πατριό διαπράχθηκαν απο αυτούς, ενώ οι μητέρες ή οι μητριές είναι υπεύθυνες για λιγότερα απο τα μισά περιστατικά που συνέβησαν στα σπίτια τους.

- Περισσότερα απο το 70% των παιδιών κακοποιήθηκαν απο ένα απο τους φυσικούς γονείς, 14% σχεδόν απο πατριό ή μητριά, λιγότερα απο 1% απο θετό γονέα, 2% απο γονέα που δεν τα είχε υιοθετήσει, 1% περίπου απο κάποιο απο τ'αδέλφια τους, 4% περίπου απο άλλους συγγενείς και σχεδόν 7% απο έναν παιδοκόμο. Το 51% των παιδιών κακοποιήθηκαν από γυναίκες.
- Τα υπεύθυνα για την κακοποίηση άτομα ήταν τα περισσότερα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κοινωνικοοικονομικής θέσης. Τα 60% απο αυτά ανήκουν σε μειονότητες, το 56,8% είχαν παρουσιάσει παρεκλίσεις στην κοινωνική λειτουργία και τη συμπεριφορά πρίν απο το περιστατικό της κακοποίησης και το 12,3% ήταν σωματικά άρρωστα εκείνη τη χρονιά. Το 11% σχεδόν παρουσίαζαν διαταραχές στη διανοητική τους λειτουργία, το 7,1% είχαν νοσηλευτεί σε ψυχιατρεία για ένα διάστη-

μα πριν το περιστατικό, 8,4% είχαν προσαχθεί σε δικαστήρια ανηλίκων και το 7,9% είχαν μεγαλώσει με γονείς που ανέλαβαν την φροντίδα τους χωρίς να τα έχουν υιοθετήσει. Λιγότερα από 14% είχαν ποινικό μητρώο.

Σε ποσοστό 11% υπήρξαν και τα ίδια θύματα κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία, ενώ το 52,5% ήταν υπεύθυνα για κακοποίηση και πριν το συγκεκριμένο περιστατικό.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού σε 54 περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης από παιδιά ηλικίας 0-10 ετών (1979-1982), έδειξε ότι

- Τα 54 παιδιά που κυμαίνονταν από βρεφική μέχρι δέκα ετών ηλικία, η κυμαινόμενη κατά μέσο όρο βρισκόταν ανάμεσα στα 3,3 ετών.
- Τ' αγόρια που είχαν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί ήταν διπλάσια από τα κορίτσια (36 έναντι 18).
- Ποσοστιαία 22 (41%) των παιδιών είχε νοσηλευθεί λόγω φυσικής κακοποίησης, 13 (24%) για φυσική παραμέληση της ιατρικής φροντίδας, 15 παιδιά (28%) για ιατρικούς λόγους, η φυσική κακοποίηση ήταν δευτερεύων εύρημα, 3 (3,5%) για ψυχολογικούς λόγους, και ένα παιδί νοσηλεύτηκε σαν κοινωνικό πρόβλημα.

Κύρια ιατρικά ευρήματα της έρευνας αυτής ήταν:

- Μώλωπες εκδορές 23 παιδιά ποσοστό 42,5%.
- Εγκεφαλικές κακώσεις 19 παιδιά ποσοστό 35,2%.
- Κατάγματα μακρών οστών 8 παιδιά ποσοστό 15%
- Καψίματα και ζεματίσματα 7 παιδιά ποσοστό 13%.
- Ατυχήματα από επεισόδια ζεματίσματος 5 παιδιά ποσοστό 9,2%.
- Ελλεψη συγκεντρώσεως 15 παιδιά ποσοστό 28% .
- Ψυχομετρική επιβράδυνση 7 παιδιά ποσοστό 13% .

- Σύμφητη δυσμορφία ένα παιδί ποσοστό 1,8% .
- Άλλα 4 παιδιά παρουσίαζαν γενικά ιατρικά ευρήματα ποσοστό 7,4%.

Άλλα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνονται στη διάγνωση θεωρούνται :

- Άρνηση βοήθειας σε περιπτώσεις ασθένειας 38 παιδιά και ποσοστό 70%.
- "Δύσκολο παιδί", 24 παιδιά ποσοστό 44,4% .
- Αθέμητη εγκυμοσύνη 21 παιδιά και ποσοστό 39 %.
- Εξώγαμο παιδί, 7 παιδιά και ποσοστό 13% .
- Δύσκολη εγκυμοσύνη και τοκετός, 19 παιδιά ποσοστό 35% .
- Πρόωρο παιδί, 8 παιδιά και ποσοστό 14% .
- Προβλήματα κατά την νεογέννητη περίοδο, 15 παιδιά και ποσοστό 28% .
- Αρρώστελες κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών ζωής συνέβαλλε σε 12 παιδιά και ποσοστό 22% .

Εδώ βέβαια θα πρέπει να αναφέρουμε ότι και στα κύρια ιατρικά ευρήματα αλλά και στα γενικά χαρακτηριστικά πολλά παιδιά παρουσίαζαν περισσότερα από ένα στοιχεία.

Όπως επίσης αναφέρεται στην ίδια έρευνα το πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για το περιστατικό κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού ήταν:

- Σε 21 περιπτώσεις η μητέρα, ποσοστό 39% .
- Σε 14 περιπτώσεις ο πατέρας με ποσοστό 26% .
- Σε 13 περιπτώσεις και οι δύο γονείς με ποσοστό 24% , και τέλος σε 6 περιπτώσεις άλλα πρόσωπα όπως θεία, οικιακή βοηθός κλπ.

Μια μελέτη Pilot που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα του I.Y.Π (1984), έδειξε ότι στα 20 φυσικά κακοποιημένα παιδιά

και 10 φυσικά παραμελημένα παιδιά η φυσική κακοποίηση περιλαμβάνει:

- Χτυπήματα, σχισήματα, κατάγματα στ' άκρα και στο κεφάλι, υποσκληρίδια αιματώματα και καψίματα.
- Σε σχέση με την φυσική κακοποίηση οι μητέρες ήταν δράστες σε 13 περιπτώσεις και οι πατέρες σε 7 περιπτώσεις.
- 13 απο τα φυσικά κακοποιημένα παιδιά είχαν μια μακριά ιστορία κακοποίησης στην αναφορά τους στην ομάδα μελέτης και 7 αναφέρθηκαν μετά απο το πρώτο επεισόδιο.
- 9 παιδιά ήταν κάτω απο την τρίτη βαθμίδα στο βάρος και είχαν λίγη φυσική φροντίδα.
- Σε σχέση με τη φυσική παραμέληση, σε 3 περιπτώσεις οι μητέρες ήταν ολοκληρωτικά υπεύθυνες. Ζούσαν μόνες με τα παιδιά τους, 2 ήταν μόνες μητέρες, και μία χωρισμένη απο τον σύζυγο.
- Τα υπόλοιπα 7 παιδιά ζούσαν και με τους δυο γονείς κάτω απο καταστάσεις φτώχειας, και η νοημοσύνη των γονέων ήταν κάτω του κανονικού και βρίσκονταν σε μια κατάσταση κοινωνικής επιδείνωσης.

Κατά την διάρκεια λειτουργίας της μονάδος ΚΑΠΑ παραπέμφθηκαν στην μονάδα ένας μεγάλος αριθμός παιδιών ηλικίας 0-3 ετών. Η ομάδα έρευνας της μονάδας ΚΑΠΑ έκανε μια ανάλυση των χαρακτηριστικών 86 παιδιών που έμειναν στη μονάδα.

Σύμφωνα με αυτή την μελέτη διαπιστώθηκε οτι τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά των παιδιών ήταν (1987) :

#### A. Κακώσεις

- Κατάγματα (κρανίου, πλευρών, άκρων), 18 παιδιά και ποσοστό 21% .
- Αιμορραγίες στον εγκέφαλο, 4 παιδιά και ποσοστό 5% .



- Κρανιοεγκεφαλική κάκωση, 3 παιδιά και ποσοστό 3,5% .
- Ανοιχτά τραύματα, μώλωπες, μελανιές, 20 παιδιά και ποσοστό 23% .

#### Β. Εγκαύματα

- Απο τσιγάρο, ηλεκ. σίδηρο, καυτά υγρά κλπ., 6 παιδιά, ποσοστό 7%.

#### Γ. Δυστροφία

- Βάρος σώματος <34 Ε.Θ χωρίς οργανική νόσο, 14 παιδιά και ποσοστό 16% .

#### Δ. Παραμέληση

- Εγκατάλειψη, έκθεση βρεφών κλπ., 18 παιδιά, ποσοστό 21% .

#### Ε. Διάφορα

- Σεξουαλική κακοποίηση, χορήγηση οινοπνεύματος, παιδί σε κίνδυνο, 3 παιδιά και ποσοστό 3,5% .

Η ίδια έρευνα αναλύει διάφορες πληροφορίες σχετικά με τους γονείς.

- Σε 58 περιπτώσεις ποσοστό 67% η εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη και στις περισσότερες από αυτές (33 από τις 58) ήταν και ανεπιθύμητη, είτε από τον έναν γονιό είτε και από τους δύο. Οι λόγοι για τους οποίους δεν έγινε διακοπή της εγκυμοσύνης στις περιπτώσεις που αυτή ήταν ανεπιθύμητη, ήταν διάφοροι (προχωρημένη εγκυμοσύνη, οικονομικοί λόγοι, λόγοι σκοπιμότητας κλπ.).

Συνολικά από τα 86 παιδιά 33 ήταν "ανεπιθύμητα" 28 "προγραμματισμένα" και 25 "απρογραμμάτιστα" αλλά "επιθυμητά".

Επίσης πρέπει ν'αναφερθεί ότι η εγκυμοσύνη ήταν προβληματική σε 13 μητέρες.

- Στις περισσότερες περιπτώσεις 82%, ο τοκετός έγινε σε δημόσιο μαιευτήριο. 75 παιδιά γεννήθηκαν φυσιολογικά και 11 με

- καισαρική τομή. Πρόωρος τοκετός (διάρκεια εγυμοσύνης 37 εβδομάδες), αναφέρθηκε μόνο σε 8 περιπτώσεις ποσοστό 10% .
- Το Β.Γ (βάρος γέννησης) των νεογνών κυμάνθηκε απο 1300 εως 4350 γραμμάρια (μέση τιμή 2926 γραμμάρια)
  - Σημαντικό ποσοστό νεογνών 18/86 παρουσίασαν σοβαρά προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό όπως κυάνωση, συψαιμία, δύσπνοια και άλλα για τα οποία κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση των περισσότερων απο αυτό σε θερμοκοιτίδα και η χορήγηση κατάλληλης αγωγής.
  - Τα μισά σχεδόν νεογνά (48% ) δεν θήλασαν καθόλου τις μητέρες τους. Μικρό ποσοστό (10% ) θήλασαν για διάστημα μικρότερο των 10 ημερών, 15% για 11 έως 30 μέρες και μόνο 10% των παιδιών θήλασαν για διάστημα πάνω απο 90 μέρες.

Η ίδια έρευνα που αναφέρεται σε ιατρική παρακολούθηση και εμβολιασμούς αναφέρει ότι τακτική ιατρική παρακολούθηση είχαν λιγότερα απο τα μισά παιδιά 34/86 . 4 παιδιά δεν είχαν εξεταστεί ποτέ απο γιατρό και τα υπόλοιπα 48 εξετάζονταν μόνο σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας.

Πλήρης εμβολιασμός με τριπλό ή διπλό και αντιπολυεμμελιτικό εμβόλιο είχε γίνει σε ποσοστό 40% περίπου των παιδιών. Πάνω απο 20% δεν είχαν αρχίσει ακόμη εμβολιασμό (παρόλο που η ηλικία τους είχε ξεπεράσει κατά πολύ την ηλικία έναρξης εμβολιασμών).

Στην ίδια έρευνα αναφέρονται προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών και απουσία των γονιών απο το σπίτι.

Ειδικότερα αναφέρεται ότι:

- αρκετά παιδιά (15) χαρακτηρίστηκαν απο τους γονείς τους "ιδιαίτερα γκρινιάρικα" , 2 υπερκινητικά και 17 οτι παρουσίαζαν σοβαρά προβλήματα στο φαγητό και στον ύπνο.

- Στις μισές σχεδόν περιπτώσεις (40% ) αναφέρθηκε πως στο παρελθόν ο πατέρας απουσίαζε συχνά ή κατά μεγάλα διαστήματα απο το σπίτι και στο 1/4 των περιπτώσεων αυτών απουσίαζε απο το σπίτι και η μητέρα με αποτέλεσμα τη φροντίδα των παιδιών να έχουν αναλάβει οι συγγενείς ή κάποιο ίδρυμα. Συνολικά οι συγγενείς είχαν αναλάβει τη φροντίδα 18 παιδιών και τα ιδρύματα 2 παιδιών.
- Σε καμιά περίπτωση δεν διαπιστώθηκε απουσία μόνο της μητέρας απο το σπίτι.

Οι Milner και Ayoub (1980) απομόνωσαν μια σειρά κριτηρίων που η παρουσία ενός ή περισσοτέρων μπορούν να εντάξουν ένα γονιό σε ομάδα "υψηλού κινδύνου" για κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού του. Τα κριτήρια αυτά είναι:

- Χαμηλό βάρος γέννησης (<2500 γραμμάρια).
- Νεογνά με συγγενείς δυσκολίες.
- Νεογνά ή παιδιά με προβλήματα σίτισης.
- Νεογνά ή παιδιά με καθυστέρηση στην ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια (Fail to thrive) .
- Η μητέρα περνάει σωματικές αρρώστιες σε ευάλωτες περιόδους.
- Γονιός κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών.
- Ιστορικό ασθένειας, θανάτου ή καθυστέρησης στην ανάπτυξη σε αδέρφια.
- Ιστορικό κακοποίησης αδελφών.
- Ιστορικό παραμέλησης αδελφών.
- Εφηβοι γονείς (<17 ετών).
- Πολλαπλές αναπτυξιακές καθυστερήσεις στα παιδιά.
- Ιστορικό βίας ανάμεσα στους ενήλικες της οικογένειας.
- Βεβαρημένο ποινικό μητρώο των γονιών.

- Συναισθηματικά προβλήματα των γονέων.
- Γονείς με χαμηλό νοητικό και πολιτιστικό επίπεδο.
- Κρίση στο γάμο ή στην οικογενειακή ζωή.
- Ιστορικό υποαπασχόλησης των γονιών.
- Κακή θρέψη, υγιεινή και σωματική υγεία.
- Ελλειψη ιατρικής φροντίδας και παρακολούθησης.
- Κακή κοινωνική κατάσταση.
- Προβλήματα-διαταραχή δεσμού μητέρας παιδιού.
- Αρνηση της εγκυμοσύνης, σκέψεις για υιοθεσία ή άλλη λύση για το παιδί μακριά από την οικογένεια.
- Ιστορικό κακοποίησης του γονιού.
- Ιστορικό παραμέλησης του γονιού.

Απο μελέτη της ομάδας έρευνας της μονάδος ΚΑΠΑ (1984), διαπιστώθηκε ότι τα κύρια ιατρικά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών που διαπιστώθηκαν από τη μελέτη 235 περιπτώσεων ήταν :

- Τα περισσότερα παιδιά (124) παραπέμφθηκαν στο τμήμα επειδή ήταν κακοποιημένα, 50 ήταν παραμελημένα και 61 κακοποιημένα και παραμελημένα.

Απο τα κακοποιημένα παιδιά 36% είχαν ένα ή περισσότερα κατάγματα, με ή χωρίς άλλου είδους κακώσεις (τραύματα, μελανιές, μώλωπες), 14% είχαν εγκεφαλική κάκωση χωρίς κάταγμα, 36% είχαν ανοικτά τραύματα, μώλωπες, μελανιές και 14% είχαν εγκαύματα.

- Η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη από τον ένα ή και από τους δύο γονείς σε ποσοστό 30% .

Σε πολλές περιπτώσεις οι έγκυες μητέρες δεν είχαν καμία ιατρική παρακολούθηση (16% ) δεν έπαιρναν Fe και βιταμίνες

(27 % ) και είχαν προβληματική εγκυμοσύνη (22%).

- Ο τοκετός έγινε σε δημόσιο μαιευτήριο σε ποσοστό 77% ενώ διπλάσιο ποσοστό νεογνών γεννήθηκαν με βάρος σώματος κάτω από 2500 γραμμάρια.
- Στο τέλος του 2ου και 3ου μήνα το ποσοστό των παιδιών που θήλαζαν ήταν το μισό απ'ότι στο γενικό πληθυσμό, ενώ μόνο 40% περίπου των παιδιών είχαν τακτική ιατρική παρακολούθηση και πλήρη εμβολιασμό.
- Το βάρος και το ύψος σώματος των παιδιών, κατά την παραπομπή τους στο τμήμα του Καπα, ήταν σε χαμηλές εκατοστιαίες θέσεις κάτω από την 10η Ε.Θ ήταν 50% των παιδιών για το βάρος και 40% για το ύψος.
- Απουσία του ενός ή και των δύο γονιών από το σπίτι διαπιστώθηκε σε ποσοστό 54% .
- Από τα 185 παιδιά που ήταν κακοποιημένα, πέθαναν 6 (3,2%) και παρουσίαζαν σοβαρού βαθμού αναπηρία 8 (4,3%).

Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Ελένη Αγάθωνος κατά την περίοδο 1973 έως και το 1976 στ' αρχεία της ΕΠΑΑ (Εταιρεία προστασίας ανηλίκων ), έδειξε ότι:

Το σύνολο των παιδιών στη μελέτη ήταν 43 και ανήκαν σε 21 οικογένειες. Σύμφωνα με την έρευνα ο αριθμός των αγοριών είναι 23 και των κοριτσιών 20.

Σε αρκετές οικογένειες παραπέμφθηκαν περισσότερα από ένα παιδιά στην ΕΠΑΑ για προστασία ή νομική βοήθεια ειδικότερα αναφέρονται :

- Μόνο ένα παιδί από κάθε οικογένεια σε 11 περιπτώσεις.
- 2 παιδιά από την ίδια οικογένεια σε 5 περιπτώσεις.
- 3 παιδιά από την ίδια οικογένεια σε 3 περιπτώσεις.

- 4 παιδιά από την ίδια οικογένεια δεν αναφέρθηκαν σε καμία περίπτωση όπως και για 5 παιδιά.

- 6 παιδιά από την ίδια οικογένεια σε μία περίπτωση.

- 7 παιδιά από την ίδια οικογένεια επίσης σε μια περίπτωση.

Η ηλικία των παιδιών όπως φαίνεται μέσα από την έρευνα ήταν :

- Κάτω του ενός έτους σε δύο περιπτώσεις .

- 12-24 μηνών σε 4 περιπτώσεις.

- 25 έως 36 μηνών σε 3 περιπτώσεις.

- 37 έως 48 μηνών σε 5 περιπτώσεις.

- 5 έως 6 χρόνων σε 13 περιπτώσεις.

- 7 έως 8 χρόνων σε 6 περιπτώσεις.

- 9 έως 10 χρόνων σε 7 περιπτώσεις.

- Μέχρι 10 χρόνων σε 3 περιπτώσεις.

Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ο τρόπος παραπομπής της περίπτωσης έγινε:

- Σε 6 περιπτώσεις από την μητέρα.

- Από τον πατέρα σε 2 περιπτώσεις.

- Από συγγενείς σε 2 περιπτώσεις.

- Από το γείτονα σε 7 περιπτώσεις.

- Από την αστυνομία σε μία περίπτωση.

- Από δάσκαλο μόνο σε μια περίπτωση.

Συνολικά αναφέρεται ότι το ποσοστό 48% αναφέρεται το περιστατικό από την οικογένεια.

Το 33% των περιστατικών αναφέρεται από γείτονες, ενώ τέλος ο αριθμός των περιπτώσεων που αναφέρονται από την αστυνομία, κοινωνικούς λειτουργούς και δασκάλους ήταν πολύ περιορισμένος.

Από μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Hahn (1970-1979) στην περιοχή του Σικάγο σε 621 κακοποιημένα παιδιά πο-

ρατηρήθηκαν ότι τα 77 από αυτά δηλ. ποσοστό 12% των άλλων κακώσεων που έφεραν είχαν και κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είτε ελαφρές είτε βαριές, που οδηγούσαν στο θάνατο.

Από τα 77 παιδιά 48 ήταν αγόρια και 29 ήταν κορίτσια, η δε ηλικία τους κυμαινόταν από 2 μήνες έως 15 χρόνια.

21 από τα 77 παιδιά δηλ. 27% ήταν κάτω των 6 μηνών και 66 δηλ. 85% κάτω των 2 ετών.

Ένα παρόμοιο αποτέλεσμα βγαίνει και από την έρευνα των Ebbin και Gill (1969), όπου τα κακοποιημένα παιδιά ήταν κάτω των 2 ετών κατά πλειονότητα (20-60%).

Σύμφωνα με την έρευνα του Kahn αναφέρουμε επίσης ότι στη σωματική κακοποίηση μόνο το 53% των υπαίτιων της κακοποίησης ήταν γονείς, οι υπόλοιποι ήταν συγγενείς, baby-sitters και εραστές των μητέρων στις περιπτώσεις των κρανιοεγκεφαλικών κακοποιήσεων.

Επίσης 40 (52%) από τους γονείς των παιδιών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ήταν παντρεμένοι, 24 δεν παντρεύτηκαν ποτέ αλλά απλώς συζούσαν και 13 ήταν χωρισμένοι.

Όπως αναφέρεται στην ίδια έρευνα 60 από αυτά τα 77 παιδιά (78%) ήταν παιδιά τυχαίων και όχι προγραμματισμένων κυήσεων. 80% επίσης των γονέων είχαν χαμηλό εισόδημα, παρά το γεγονός ότι 87% από αυτούς είχαν τελειώσει το λύκειο.

Στα 77 παιδιά με την κρανιοεγκεφαλική κάκωση 60% έφεραν κατάγματα, είτε γραμμικά είτε εμπρισματικά, η πλειονότητα των οποίων ήταν στο βρέγμα. Επίσης στις 77 κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις υπήρχαν 33 ενδοκράνια αιματώματα, 30 των οποίων ήταν υποσκληρίδια. 8 βρέφη ποσοστό 10%, πέθαναν τελικά, 4 από αυτά είχαν υποσκληρίδιο αιμάτωμα, 3 εγκεφαλική θλάση και 1 εγκεφαλικό οίδημα.

Μια μελέτη των Stanford B. Friedman και Carol W. Worsé (1974), σε 156 παιδιά κάτω των έξι ετών που εξετάστηκαν για τραυματισμούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών έδειξε ότι αρχικά σε μια εκτίμηση της σχέσης μητέρας-παιδιού όπως αναμενόταν περισσότερα ήταν τα παιδιά της ομάδας "ατυχημάτων", 66% που είχαν καλή σχέση με τη μητέρα τους απο εκείνα των ομάδων "πιθανής κακοποίησης" (43% ) και "πιθανής παραμέλησης" (14%). Στην ίδια έρευνα οι ερευνητές έκαναν παρατηρήσεις και εκτιμήσεις για τη συναισθηματική κατάσταση και συμπεριφορά των άλλων μελών της οικογένειας.

Το 67% των παιδιών της κατηγορίας "πιθανής κακοποίησης" προέρχονταν απο οικογένειες με σημαντικά συναισθηματικά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, σε σύγκριση με το 28% και το 33% των κατηγοριών "πιθανής παραμέλησης" και "ατυχημάτων" αντίστοιχα.

Όπως υποστηρίζεται στη μελέτη τα πιο διαδεδομένα προβλήματα παρατηρήθηκαν στον τομέα της ανατροφής των παιδιών όπου οι γονείς δεν έβεταν ούτε διατηρούσαν ουσιαστικά και σταθερά όρια για τη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Ορισμένοι γονείς είχαν οι ίδιοι συναισθηματικά προβλήματα χωρίς όμως να έχει γίνει συγκεκριμένη διάγνωση. Ανάμεσα στα προβλήματα που σημειώθηκαν ήταν κατάθλιψη, νευρικότητα, έκδηλη υπερπροστατευτικότητα απέναντι στα παιδιά, χρόνια ιατρικά προβλήματα και διανοητική καθυστέρηση.

Τ'αδέλφια των παιδιών των ομάδων "κακοποίησης" και "παραμέλησης" εμφάνισαν τραυματισμούς με μεγαλύτερη συχνότητα απ'οτι εκείνα της ομάδας "ατυχημάτων" αντίστοιχα. Τα παιδιά των ομάδων "κακοποίησης" και "παραμέλησης" εκτός απο μια περίπτωση παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς και όχι



καλές σχέσεις με τη μητέρα τους, απ'ότι εκείνα της ομάδας "ατυχημάτων", μολονότι πάλι τ'αποτελέσματα αυτά δεν είχαν στατιστική σημασία.

Μια ερευνητική μελέτη απο το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού (1979), δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση σε κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των παιδιών δείχνει ότι και στις μικρές αλλά και στις μεγαλύτερες οικογένειες όπου ένα παιδί έχει υποστεί κακοποίηση υπήρχαν διαφορές ανάμεσα στο παιδί που κακοποιούνταν και στ'αδέλφια του.

Σε αυτή την έρευνα αναλύοντας τον παράγοντα φύλο του παιδιού τ'αγόρια είναι 23 ενώ τα κορίτσια 9. Επομένως ο αριθμός των αγοριών είναι σχεδόν διπλάσιος απο των κοριτσιών που κακοποιούνται απο τους γονείς τους και σε οικογένειες με δυο παιδιά το ποσοστό των αγοριών απο τα κορίτσια είναι τριπλάσιο.

Αναλύοντας τον παράγοντα αριθμός γέννησης διαπιστώνεται μέσα απο την έρευνα ότι το μικρότερο παιδί στην οικογένεια είναι πιο συχνά αυτό που κακοποιείται. Τα 21 απο τα 32 παιδιά της έρευνας ήταν μικρότερα στην οικογένειά τους.

Επίσης όλα τα κακοποιημένα παιδιά ήταν κάτω απο την ηλικία των 3 ετών και τα περισσότερα είχαν το λιγότερο απο ένα χρόνο την στιγμή της ανακάλυψης της κακοποίησης.

Εξι απο τα κακοποιημένα παιδιά ήταν τα πρώτα της οικογένειας. Σε κάθε μια απο αυτές τις οικογένειες ο δράστης γονέας παρουσίαζε χαρακτηριστικά κοινά με αυτό των δραστών των "μοναχοπαιδιών" περιγράφονταν νωρίτερα και η κακοποίηση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στο αποτέλεσμα των γονικών ικανοτήτων.

Ενας άλλος παράγοντας που αναλύεται σε αυτή την μελέτη είναι τα "επιθυμητά παιδιά".

Στο σύνολο των 32 παιδιών επιθυμητά ήταν τα 11 ποσοστό 34%,

[ανεπιθύμητα 13, λάθος φύλο 2], ποσοτό 47% και χωρίς σχεδιασμό 6 ποσοστό 19% .

Ενας ακόμη παράγοντας που αναλύεται είναι τα προβλήματα υγείας των παιδιών που είχαν κακοποιηθεί. Στο σύνολο των 32 παιδιών που μελετούνται 9 απο αυτά τα κακοποιημένα παιδιά γεννήθηκαν πρόωρα, 8 ακόμη παιδιά αναγράφονται στη νοσηλεία για αρρώστιες στους πρώτους μήνες ζωής.

Το γεγονός της νεογέννησης και βρεφικών προβλημάτων ήταν το 53% στα κακοποιημένα παιδιά και 17% στ'αδέλφεια τους.

Διάφορα μειονεκτήματα (νοητική καθυστέρηση,σπαστικότητα) ήταν ήταν κοινά στα κακοποιημένα παιδιά.

Μια έρευνα που παρουσιάστηκε στο 23ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο στην Ερμιόνη, το 1985 απο τους Ε. Βαλάση, Χ. Μαραγκό, Ε. Αγάθωνος που πραγματοποιήθηκε στα δύο μεγάλα Παιδιατρικά Νοσοκομεία της Αθήνας, σε ειδικευόμενους και ειδικευμένους παιδίατρος, έδειξε ότι:

- α. Σαν βασικότεροι παράγοντες που προδιαθέτουν στην σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών με σειρά σπουδαιότητας θεώρησαν, την ψυχοπαθολογική προσωπικότητα των γονέων σαν την σημαντικότερη, τις κακές συζυγικές σχέσεις μεταξύ των γονέων σαν δευτερεύοντα παράγοντα και ακολουθούσαν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η νεαρή ηλικία, η φτώχεια, αν το παιδί υπήρξε ανεπιθύμητο, η πιθανή ανεργία του πατέρα, αν το παιδί υπήρξε ανεπιθύμητο, η πιθανή ανεργία του πατέρα, αν το παιδί θεωρείται "Δύσκολο" και τέλος η κοινωνική απομόνωση των γονέων.
- β. Στο σύνολο των 220 παιδίατρων σ'ερώτημα τι μέτρα θα έπαιρναν σε περίπτωση σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, απάντησαν:

Περισσότεροι γιατροί ότι θα ειδοποιούσαν την κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου, ένας μικρότερος αριθμός ότι θα μιλούσε και στους δύο γονείς, ένα μικρότερο ποσοστό από τους γιατρούς θα μιλούσε στον γονέα που κακοποιεί το παιδί του.

Αρκετά μικρό ήταν το ποσοστό των γιατρών που θα μιλούσαν στον άλλο γονέα για το συμβάν ή θα το κατάγγελλαν στην αστυνομία ή στον εισαγγελέα.

Υπήρξε επίσης ένας αριθμός γιατρών που απάντησε ότι θα αγνοήσει εντελώς την περίπτωση.

γ. Οι λύσεις που ρωτήθηκαν οι γιατροί να δώσουν για τις περιπτώσεις σοβαρής κακοποίησης ήταν:

Οι περισσότεροι γιατροί (58%) σημαντικότερη λύση θεώρησαν την τοποθέτηση του παιδιού σε συγγενείς, προσωρινά (48%) και μόνιμα το (10%).

Λιγότεροι (25,4%), προτιμούν την τοποθέτηση σε ίδρυμα, προσωρινά (20,4%), ή μόνιμα (5%).

Τοποθέτηση σε τροφό προτιμούν 19%, προσωρινά το (15,4%), ή μόνιμα (3,6%).

Ποσοστό 15% δεν δέχονται την απομάκρυνση του παιδιού από τους γονείς σε καμιά περίπτωση.

δ. Χαρακτηρίζουν τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους ως: φυσιολογικά άτομα που βρέθηκαν σε δύσκολες συνθήκες ζωής (45,4%), ψυχασθενείς (41,3%), νοητικά καθυστερημένους (23,6%), εγκληματίες (8,6%).

Διάφορους άλλους χαρακτηρισμούς που δύσκολα κατατάσσονται δίνουν το 12% των γιατρών.

ε. Μεταξύ δύο επιλογών για την πρόληψη νέας κακοποίησης:

α) να τιμωρηθούν οι γονείς, β) να αντιμετωπιστούν όσο γίνε-

ται πολύπλευρα οι συνθήκες που οδήγησαν στην κακοποίηση και παραμέληση (ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη οικογένειας), μόνο τέσσερις γιατροί διάλεξαν την πρώτη.

Όπως φαίνεται απο τα παραπάνω αποτελέσματα των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν τόσο στο διεθνή όσο και στον εσωτερικό χώρο, δείχνουν ότι το πρόσωπο δράστης στο μεγαλύτερο αριθμό ήταν η μητέρα (Gill 1967, I.Y.Π 1984, I.Y.Π 1979-82 ), ενώ τ'αγόρια είναι σε μεγαλύτερο αριθμό τα παιδιά που κακοποιούνται σε σχέση με τα κορίτσια (I.Y.Π 1982, Αγάθωνος 1973-1976, Hahn 1970- 1979).

Επίσης σημαντικό είναι ότι η ηλικία των παιδιών που κακοποιούνται είναι κατά μεγαλύτερο ποσοστό απο 2 μηνών έως 6 μηνών 27% και κάτω των 2 ετών το 85% .

Το ίδιο υποστηρίζεται και απο την έρευνα του Gill(1969) και Ebbin (1969) όπου τα κακοποιημένα παιδιά ήταν κάτω των 2 ετών κατά πλειονότητα (20-60% ).

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν στην άποψη ότι η εμπειρία σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης επιφέρει στο παιδί κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του, στην ανάπτυξη και στην υγεία του.

Γ. Διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Η διαγνωστική εκτίμηση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού αρχίζει από την ημέρα που αποκαλύπτεται η κακοποίηση και γίνεται γνωστή από τους ειδικούς (Νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγιεινής, κοινωνικές υπηρεσίες, Δικαστήρια κ.α.). Σύμφωνα με την NELLY VAN DETH (1987) οι περισσότερες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης παιδιών αναγνωρίζονται είτε σαν αποτέλεσμα ισχυρισμών των παιδιών είτε εξαιτίας ενδείξεων που προκύπτουν από συνεντεύξεις με πελάτες, ασθενή ή μαθητή είτε επί το πλείστον μετά από την μεταφορά των παιδιών σε Νοσοκομείο με σοβαρές σωματικές κακώσεις. Σ' αυτή την τρίτη περίπτωση, που είναι και η πιο συνηθισμένη, είναι επιπλέον δυνατό να χαθεί η ευκαιρία της διάγνωσης αν οι γιατροί που θα εξετάσουν το παιδί δεν είναι ευαισθητοποιημένοι πάνω στο θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης.

Η RUTH PORTER (1984) αναφέρει ότι η αποκάλυψη της σωματικής κακοποίησης γίνεται με δύο βασικούς τρόπους: εξαιτίας σωματικών εκδηλώσεων ή με άμεση αναφορά (προφορική αποκάλυψη).

α) Σωματικές εκδηλώσεις: Ένα παιδί που έχει υποστεί σωματική βία μπορεί να εισαχθεί στο Νοσοκομείο. Σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) τα κύρια κλινικά ευρήματα σωματικής κακοποίησης που μπορούν να αναγνωριστούν σε ένα παιδί είναι: κακώσεις στο δέομα και στο στόμα, ξηρό ή υγρό εγκαύματα, εσωτερικές αιμορραγίες, δηλητηρίαση, σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου, καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια. Επίσης υπάρχει πιθανότητα ο γιατρός να εντοπίσει "μικροτραύματα" ή ψυχοσωματικές διαταραχές για τα οποία όμως δεν δίνεται εξήγηση. Ο γιατρός που θα αντιμετωπίσει ένα τέτοιο περιστατικό πρέπει να εξετάσει προσεκτικά τέτοιου είδους τραυματισμούς και διατα-

ραχές κυρίως όταν υπάρχει "ύποπτο ιστορικό" και να βάλει την κακοποίηση στην διαφορική διάγνωση του παιδιού.

β) Προφορικές αποκαλύψεις: Η αποκάλυψη της σωματικής κακοποίησης σ'έναν επαγγελματία μπορεί να γίνει από το ίδιο το παιδί, από ένα μέλος της οικογένειας, από έναν οικογενειακό φίλο ή γείτονα, και σπάνια από τον ίδιο τον δράστη όπως υποστηρίζει η PORTER (1984). Όμως σύμφωνα με τον DAVID HULL (1985) οι περισσότερες περιπτώσεις φτάνουν στα νοσοκομεία, την εισαγγελία ανηλίκων, κοινωνικές οργανώσεις και άλλους φορείς όταν τα παιδιά έχουν υποστεί σοβαρούς σωματικούς τραυματισμούς.

Η SGROI (1982) κάνει έναν ανάλογο διαχωρισμό σε τυχαία και ηθελημένη αποκάλυψη. Η τυχαία αποκάλυψη γίνεται όταν ένα περιστατικό αναγνωριστεί με έμμεσο τρόπο και παρά τη θέληση των συμμετέχοντων (παρατήρηση από τρίτο, ασθένεια, τραύματα κ.λ.π.). Η ηθελημένη αποκάλυψη γίνεται όταν κάποιος από την οικογένεια συνειδητά αναφέρει το γεγονός.

Στην περίπτωση όμως που η αποκάλυψη της κακοποίησης δεν γίνεται ηθελημένα, σύμφωνα με τον HULL (1985) τα χαρακτηριστικά που μπορούν να οδηγήσουν τους γιατρούς στη διάγνωση της κακοποίησης είναι τα εξής:

1. Όταν υπάρχει μια ανεξήγητη καθυστέρηση από την ώρα που έγινε ο τραυματισμός, ως την ώρα που το παιδί μεταφέρθηκε στο γιατρό.
2. Όταν μοιάζει απίθανο το ατύχημα, που περιέγραψαν οι γονείς να οδηγήσει στον τραυματισμό που παρουσιάζει το παιδί ή όταν τα χαρακτηριστικά του περιστατικού, όπως τα διηγούνται οι γονείς ή οι κηδεμόνες, είναι φανερό ή αποδεικνύεται ότι είναι ψευδή.
3. Όταν το παιδί έχει επισκεφθεί επανειλημμένα άλλους γιατρούς και άλλα νοσοκομεία για διάφορα προβλήματα.
4. Όταν η μητέρα ομολογεί πως, μερικές φορές, όταν το μωρό την εκνευρίζει ή την ενοχλεί αισθάνεται την επιθυμία να το ταρακουνήσει ή όταν οι γονείς υπαινίσσονται ότι ο ένας από τους δύο θα

μπορούσε να είχε τραυματίσει το παιδί.

5. Όταν οι γονείς είναι άρρωστοι, εσωστρεφείς ή συμπεριφέρονται με ανάρμοστο τρόπο ή ακόμα επικοινωνούν πάντα σωματικά.

Η Αγάθωνος (1987) υποστηρίζει ότι ο γιατρός που πρωτοβλέπει ένα τραυματισμένο παιδί πρέπει να σκεφτεί τέσσερις δυνατοίτητες: (α) ένα πραγματικό ατύχημα (αν και πολλά ατυχήματα οφείλονται σε ατομικό ή περιβαλλοντικό στρες), (β) απροσεξία, (γ) παραμέληση, (δ) μη τυχαία κάκωση, δηλαδή κακοποίηση. Για να διαφοροποιηθούν μεταξύ τους οι κατηγορίες αυτές σύμφωνα με την Αγάθωνος πρέπει να μελετηθούν: (α) το ιστορικό της κάκωσης, (β) τα σωματικά ευρήματα στο παιδί, (γ) οι γονείς, (δ) οι κοινωνικοί παράγοντες.

#### A. Το ιστορικό:

Το ιστορικό πρέπει να ληφθεί αμέσως από το γιατρό ή άλλον ειδικό που θα δει παιδί και γονείς, πριν προφθάσουν τυχόν καχυποψίες των γονέων να αλλιώσουν την αντικειμενική πληροφόρηση. Είναι σημαντικό να παρθούν στοιχεία για το χρόνο που έγινε το "ατύχημα" για να διαπιστωθεί αν υπάρχει η γνωστή καθυστέρηση στην αναζήτηση της βοήθειας. Η έλλειψη ιστορικού σχετικά με τον τραυματισμό του παιδιού, ιδιαίτερα όσον αφορά τα βρέφη και τα πολύ μικρά παιδιά (π.χ. "δεν αντιλήφθηκα τίποτα", "δεν ξέρω τι έγινε") είναι πιθανόν <sup>α</sup> <sup>σ</sup>πιθάνομο στοιχείο της κακοποίησης. Πρέπει να δοθεί επίσης, προσοχή στη σχέση ιστορικού και αντικειμενικών ευρημάτων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει ασυμβατότητα μεταξύ των δύο, πράγμα που συμβαίνει συχνά σε περιπτώσεις κακοποίησης.

Ο M.H.HALL (1985) αναφέρει ότι αν το προκαταρκτικό ιστορικό και η εξέταση ενισχύουν την πιθανότητα ηθελημένου τραυματισμού πρέπει να ζητηθούν περισσότερες πληροφορίες από τους γονείς. Υποστηρίζει ότι η αρχική συνέντευξη πρέπει να γίνει το συντομότερο

δυνατό, από άτομο έμπειρο σε ανάλογα περιστατικά.

Η συνέντευξη έχει σαν στόχο μια προκαταρκτική εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης και διάγνωση, όσον είναι δυνατόν, τυχόν πιέσεων ή εντάσεων. Σκοπός δεν είναι η ανακάλυψη, του υπευθύνου για τις κακώσεις, μονολόγι στην πορεία της συζήτησης αυτό μπορεί να αποκαλυφθεί. Σύμφωνα πάλι με τον M.H. HALL (1985) ο χρόνος της συνέντευξης είναι συνάρτηση του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται οι γονείς. Τέλος συμπληρώνει ότι όταν απαιτείται θεραπεία ή διερεύνηση ενδείκνυται συνήθως το νοσοκομείο, μερικές φορές όμως, ένας τοπικός φορέας ή μια οικογένεια που θα αναλάβει την επιμέλεια και την φροντίδα του παιδιού μπορεί να είναι πιο ενδεδειγμένα. Σκοπός του γιατρού λοιπόν είναι να πάρει ένα, όσο το δυνατόν, ακριβή ιστορικό ώστε να καταλήξει σε μία σωστή διάγνωση, που θα τον βοηθήσει στην ειλογή των θεραπευτικών προσεγγίσεων.

#### **B. Κλινικά ευρήματα στο παιδί:**

Ο γιατρός που θα εξετάσει το παιδί πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός στην διάγνωση του όταν το παιδί παρουσιάζει κάποια από τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης. Αν παρατηρηθεί κάποιο από αυτά τα χαρακτηριστικά (κακώσεις, εγκαύματα, δηλητηρίαση κλπ) ο επαγγελματίας πρέπει να εξετάσει λεπτομερώς τα αίτια της και να μην αρκεστεί στις εξηγήσεις των γονιών. Η περιγραφή των κλινικών ευρημάτων που μπορεί να παρουσιάζει το παιδί έχει γίνει λεπτομερικά στο υποκεφάλαιο για τα κλινικά ευρήματα.



### Γ. Γονεϊκοί παράγοντες

Ο επαγγελματίας που θα ασχοληθεί με ένα περιστατικό κακοποίησης πρέπει να αναζητήσει παράγοντες προδιάθεσης στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και στο ατομικό ιστορικό των γονέων. Επίσης πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του τις στάσεις των γονέων προς το παιδί τους και τις συνθήκες που δημιούργησαν την κρίση. Μια αρκετά ολοκληρωμένη εικόνα, όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987), μπορεί να διαμορφωθεί αν απαντηθούν πέντε βασικά ερωτήματα: 1) Ποιά είναι η εικόνα που έχουν οι γονείς για το παιδί αυτό; 2) Ποιές είναι οι προσδοκίες τους από την ανάπτυξη του; 3) πως μεγάλωσαν οι ίδιοι οι γονείς; 4) Υπήρχε κρίση συνδεδεμένη με τη κακοποίηση; 5) Μπορούν να αναζητηθούν πηγές βοήθειας;

### Δ. Κοινωνικοί παράγοντες.

Η Αγάθωνος (1987) υποστηρίζει ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που προδιαθέτουν για κακοποίηση και παραμέληση παιδιών δεν διαφέρουν από τις γενικότερες δυσμενείς συνθήκες ζωής, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική ανάπτυξη και την κοινωνική προσαρμογή και οι οποίες τροφοδοτούν τους κλασσικούς κύκλους της κοινωνικής αποστέρησης. Ο συνδιασμός όμως των συνθηκών αυτών με τους ατομικούς και οικογενειακούς προδιαθεσικούς παράγοντες για κακοποίηση και παραμέληση παιδιών τους κάνει ιδιαίτερα σημαντικούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι η έλλειψη ζωτικού χώρου λόγω υψηλής πυκνοκατοίκησης, η υποβάθμισμένη γειτονιά, η χρόνια φτώχεια, η ανεργία κ.α.

Οι OUNSTED, OPPENHEIMER, LINDSAY (1985) υποστηρίζουν ότι ο ειδικός πρέπει να ακολουθήσει τέσσερις τύπους διάγνωσης: (α) διάγνωση άλλης ασθένειας στο παιδί, (β) διάγνωση των γονέων, (γ) διάγνωση της οικογένειας, (δ) διάγνωση των οικογενειακών σχέσεων.

#### A. Διάγνωση άλλης ασθένειας στο παιδί.

Σε μια μελέτη που έκαναν οι πιο πάνω ειδικοί ανακάλυψαν ότι πολλά παιδιά που έχουν κακοποιηθεί έχουν παραγνωρισμένες ανωμαλίες στην κατασκευή και ή την συμπεριφορά ή τουλάχιστον οι μητέρες τους πιστεύουν ότι τις έχουν. Οι ανωμαλίες ήταν διαφόρων ειδών. Ένα παιδί, για παράδειγμα, είχε εισαχθεί επτά φορές στο νοσοκομείο πριν ανακαλύψουν ότι ήταν τυφλό. Οι γονείς είχαν υιοθετήσει μια στάση εντελώς αμυντική, ώπου τους είπαν ότι το παιδί τους ήταν τυφλό εκ γενετής, οπότε η άμυνά τους εξασθένησε. Ο γιατρός προσπάθησε να δημιουργήσει μαζί τους αρχικά μια ανοικτή σχέση γεμάτη κατανόηση. Το δεύτερο στάδιο στη διάγνωση είναι επίσης θεραπευτικό.

Ένα άτομο μοιράζεται με την μητέρα και τον πατέρα εκείνα τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς του παιδιού που θα μπορούσαν να προκαλέσουν οποιονδήποτε να το κακοποιήσει.

#### B. Διάγνωση των γονέων.

Μια πλήρης, λεπτομερής και συστηματική, από ψυχιατρική άποψη, διάγνωση και των δύο γονέων είναι απαραίτητη. Η διαδικασία που θα οδηγήσει σ' αυτήν πρέπει να είναι σταδιακή. Στην μελέτη που έκαναν οι OUNSTED, OPPENHEIMER και LINDSAY συναντήσανε, όπως αναφέρουν σοβαρές ψυχικές ασθένειες, ψυχοπάθεια και ανεπαρκείς προσωπικότητες.

### Γ. Διάγνωση της οικογένειας

Η διάγνωση που επεκτείνεται σε ολόκληρο το γενεολογικό δέντρο, πρέπει να γίνει λεπτομερώς. Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους προέρχονται συχνά από οικογένειες στις οποίες η βία αποτελούσε κανόνα επί γενεές.

Πρέπει οι γονείς να συνειδητοποιήσουν αυτό το πρότυπο και μετά να καταλάβουν ότι το καθήκον τους είναι να εξαλείψουν αυτό που συχνά θεωρούν οικογενειακή κουλτούρα και το οποίο κληροδοτεί η μία γενιά στην άλλη. Οι γονείς υπήρξαν κι αυτοί παιδιά στα οποία έδιναν πολύ λίγα και από τα οποία απαιτούσαν πολλά. Πολλές από τις μητέρες έχουν μια σχέση εξάρτησης και μίσους με τις δικές τους μητέρες. Εφόσον κατά τη θεραπευτική αγωγή, σκοπός μας είναι να αναπληρωθεί όσο το δυνατόν η μητρική στοργή που έχουν στερηθεί αυτές οι μητέρες είναι απαραίτητο να γίνει μια σαφή και ακριβή διάγνωση των εμπειριών που είχαν κατά την ανάπτυξή τους.

### Δ. Διάγνωση των οικογενειακών σχέσεων.

Όλες αυτές οι οικογένειες κλονισμένες εξ ορισμού, αλλά επιβάλλεται όσο προχωρά η θεραπευτική αγωγή να προσδιορίζεται η φύση αυτών των διαφορετικών διαταραχών. Η ζηλία για παροδειγμα είναι σχετικά συνηθής διαταραχή, αυτό σημαίνει ότι ο ένας από τους δύο γονείς ζηλεύει παθολογικά τα αισθήματα που τρέφει ο άλλος για το παιδί. Ο πατέρας μπορεί πολλές φορές να αισθάνεται ότι το μωρό τον έχει εκτοπίσει από την καρδιά της συζύγου του.

Η Αγάθωνος (1988) υποστηρίζει ότι η σωματική κακοποίηση ενός παιδιού περιβάλλεται ή είναι το αποτέλεσμα μιας οικογενειακής κρίσης. Θεωρεί την κακοποίηση σαν μια "κραυγή απελπισίας" από γονείς ανήμπορους να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συσσωρεύθηκαν και το ειδικό πρόβλημα που "έκανε το ποτήρι να ξεχειλίσει". Η διεπιστημονική διάγνωση στο στάδιο αυτό της κρίσης φέρνει στην επιφάνεια στοιχεία που αφορούν την ατομική ψυχοπαθολογία των γονέων, τις σχέσεις του ζευγαριού μεταξύ τους, την επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και στην ένταση των σχέσεων με τον κοινωνικό περίγυρο.

Είναι σημαντικό όπως υποστηρίζει επίσης η Αγάθωνος και όλοι οι ειδικοί επί του θέματος, η φάση αυτή να ολοκληρώνεται το πολύ σε δέκα μέρες ώστε σύντομα να αξιολογούνται οι προτεραιότητες και οι τρόποι της θεραπευτικής προσέγγισης και της προστασίας του παιδιού αν το επιβάλλουν οι συνθήκες.

#### Δ. Αρχικός χειρισμός και θεραπευτική παρέμβαση:

##### Τύποι παρέμβασης

Σύμφωνα με τον FURNISS (1983), οι διαφορετικοί τύποι επαγγελματικής παρέμβασης στις οικογένειες, όπου συμβαίνει η σωματική κακοποίηση και η παραμέληση οδηγούν σε ιδιαίτερες κατευθύνσεις αλλαγής των σχέσεων στην οικογένεια. Ο τύπος της παρέμβασης σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής κακοποίησης του παιδιού επηρεάζει το κατά πόσον οι σχέσεις μέσα σ'αυτήν επανέρχονται σε ισορροπία, το κατά πόσον τα μέλη της οικογένειας απομακρύνονται μεταξύ τους ή το κατά πόσον θεραπευτικές αλλαγές μπορούν να πραγματοποιηθούν με αποτέλεσμα την ενοποίηση της οικογένειας. Οι τύποι παρέμβασης σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού σύμφωνα με τον FURNISS είναι οι εξής:

α. Αστυνομική παρέμβαση: Σύμφωνα με τον FURNISS (1983) ο όρος αστυνομική παρέμβαση σημαίνει κάθε παρέμβαση από οποιοδήποτε επαγγελματία που έχει σαν στόχο του την τιμωρία του γονέα σαν δράστη, σύμφωνα με την μονοδιάστατη αντίληψη της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης. Κάθε αστυνομική παρέμβαση πρέπει εξ'ορισμού να είναι τιμωρική, όταν συμβαίνουν μη νόμιμες πράξεις. Σύμφωνα με αυτού του τύπου την παρέμβαση, η σωματική κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού διακόπτεται με την απομάκρυνση του γονέα - δράστη από την οικογένεια. Η νόμιμη μετακίνηση και καταδίκη του βασίζεται σε μία μονοδιάστατη απόδοση της υπευθυνότητας, της ενεργείας και της ενοχής μόνο στον γονέα, που διέπραξε το αδίκημα.

β. Αντιμετώπιση μέσω κοινωνικών υπηρεσιών: Οι κοινωνικές υπηρεσίες, όπως και η αστυνομία έχουν σύμφωνα με τον FURNISS μία θεσπισμένη από το νόμο λειτουργία. Χρησιμοποιούν τη δύναμη τους μέσω του δικαιώματος που έχουν να ενεργούν σαν "καλύτεροι γονείς" για το παιδί σε ανταγωνισμό με τους γονείς που έχουν αποτύχει στο ρόλο τους. Μονολόγι θεωρητικά αυτού του τύπου η παρέμβαση στοχεύει στο να προστατεύσει το παιδί έναντι στην γονική αποτυχία, στηνπραγματικότητα η κύρια απειλή που τίθεται από αυτή την προσέγγιση είναι στο αναμεμειγμένο παιδί. Το παιδί απειλείται με απομάκρυνση από την οικογένεια, με χωρισμό από την μητέρα, τ'αδέλφια, τους φίλους, και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Μ'αυτόν τον τρόπο οι γονείς έχουν την ευκαιρία, σύμφωνα με τον FURNISS να καλύψουν και να αρνηθούν τα συναισθήματα και τα συζυγικά τους προβλήματα. Το παιδί όμως κακοποιείται διπλά. Νιώθει τιμωρημένο και κατηγορούμενο με σην χωρισμό του από την οικογένεια.

Αντίθετα όμως με τον FURNISS ορισμένοι πιστεύουν ότι η απομάκρυνση του παιδιού από τους γονείς του για ένα περιορισμένο διάστημα, αποτελεί ίσως ικανοποιητικό προστατευτικό μέτρο. Σύμφωνα με τους RON JONES και CAROLYN JONES (1985), ο SMITH (1973) υποστηρίζει ότι αν η κακοποίηση έχει σχέση με την νεαρά ηλικία των γονέων, ο κίνδυνος μειώνεται ίσως όταν μεγαλώνουν. Από την άλλη μεριά όπως αναφέρουν οι JONES, ο MILOWE (1965) υποστηρίζει ότι ορισμένα περιστατικά κακοποίησης αμειώνονται μόνο σε συγκεκριμένα στάδια ανάπτυξης του παιδιού, τα οποία, εκείνη την περίοδο, ενεργοποιούν κάποιες σχετικές συγκρούσεις των γονέων. Σύμφωνα με τους παραπάνω λοιπόν η προσωρινή τοποθέτηση του σε ανάδοχη οικογένεια

εξασφαλίζει την άμεση προστασία του και δίνει στον κοινωνικό λειτουργό την ευκαιρία να εκτιμήσει τις οξείες και χρόνιες πιέσεις που υφίσταται η οικογένεια, καθώς και την ικανότητα των γονέων να φροντίσουν το παιδί.

Η "έσχατη λύση" σύμφωνα με τους RON JONES και CAROLYN JONES (1985) , όταν η οικογένεια δεν φαίνεται ικανή να ξαναπάρει το παιδί στους κόλπους της, είναι η υιοθεσία του από κάποια άλλη οικογένεια ή η τοποθέτησή του σε ίδρυμα. Όμως όπως λέει η Αγάθωνος (1987) ο θεσμός της ιδρυματικής περίθαλψης δεν μπορεί να καλύψει επαρκώς τέτοιες περιπτώσεις, γιατί κανένα ίδρυμα δεν συνεργάζεται με την οικογένεια του παιδιού ώστε να προγραμματιστεί η επιστροφή του ή - σε ακραίες περιπτώσεις - να διακοπεί η επικοινωνία. Σύμφωνα με την ίδια όλα τα παιδιά που ζούν σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης μπορούν να θεωρηθούν ως κακοποιημένα και παραμελημένα - σωματικά, σεξουαλικά και ψυχολογικά. Επιπλέον για τα ήδη κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά δεν εφαρμόζεται κανενός είδους θεραπευτικής παρέμβασης.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι απόψεις των ειδικών συγκλίνουν ως προς το ότι η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένειά του πρέπει να είναι προσωρινή και μόνο όταν δεν υπάρχει άλλη λύση να γίνεται μόνιμη.

γ. Θεραπευτική παρέμβαση: Σύμφωνα με τον FURNISS (1983) σκοπός αυτού του τύπου παρέμβασης είναι να αλλάξει τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και να επηρεάσει τα βαθύτερα δυναμικά που οδηγούν και συντηρούν την παιδική σωματική κακοποίηση και παραμέληση. Δεν στρέφεται χωριστά σε κάθε μέλος της οικογένειας

αλλά σ'αυτήν σα σύνολο. Η θεραπευτική παρέμβαση δεν στοχεύει σε νομικές απειλές και τιμωρητικές απομακρύνσεις μονολότι πρέπει να χρησιμοποιήσει τη νομική πλευρά και επίσης να εφαρμόσει ένα προσωρινό χωρισμό των μελών της οικογενείας, ο οποίος και θα βοηθήσει στον θεραπευτικό στόχο.

Η RUTH PORTER (1984) αναφερόμενη στους τρεις τύπους παρέμβασης που περιγράφηκαν πιο πάνω συμφωνεί με τον FURNISS. Επιπλέον υποστηρίζει ότι η πρωταρχική θεραπευτική παρέμβαση δεν αποκλείει την παράλληλη αστυνομική παρέμβαση και την παρέμβαση μέσω κοινωνικών υπηρεσιών. Αντίθετα θεωρεί ότι βοηθητική στην επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης είναι και η συνεργασία με τους επαγγελματίες των άλλων δύο τύπων. Σύμφωνα με την PORTER έχει παρατηρηθεί ότι μερικές φορές κάποιο οικογενειακό μέλος πιθανόν να προσπαθήσει να αποφύγει την θεραπευτική παρέμβαση.

Στην προσπάθειά του αυτή θα προσπαθήσει να αλλάξει την μορφή της παρέμβασης σε αστυνομική. Αυτό σημαίνει ότι το να παραδεκτεί την υπευθυνότητα για τις πράξεις του θεωρείται γι' αυτόν μεγαλύτερη τιμωρία από την φυλάκιση και γι' αυτό θα προτιμήσει την τελευταία. Επίσης μπορεί να προσπαθήσει ν' αντικαταστήσει τη θεραπευτική παρέμβαση με αντιμετώπιση μέσω κοινωνικών υπηρεσιών και να απομακρύνει το παιδί από την οικογενειακή θεραπεία. Η PORTER θεωρεί απαραίτητη τη συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες που εφαρμόζουν τους τρεις τύπους παρέμβασης. Επίσης θεωρεί απαραίτητο οι επαγγελματίες που θα ασχοληθούν με τον αρχικό χειρισμό των περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών να γνωρίζουν και τους τρεις τύπους παρέμβασης και να είναι ευαισθητοποιημένοι στο



ρόλο των άλλων υπηρεσιών και στον σκοπό και την σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας.

Δύο βασικές απόψεις έχουν υποστηριχτεί αναφορικά με τον τρόπο που θα εμπλακεί η οικογένεια στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η μία άποψη θεωρεί πιο κατάλληλη την εξουσιαστική παρέμβαση ενώ η άλλη την ηθελημένη συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα .

Σύμφωνα με τις SGROI (1982) σαν εξουσιαστική, θεωρείται η παρέμβαση η οποία θέτει έναν άμεσο εξαναγκασμό για συμμετοχή. Η άλλη εναλλακτική λύση είναι η ποινική αντιμετώπιση του δράστη. Από την άλλη μεριά η ηθελημένη συμμετοχή θεωρεί απαραίτητη για ητ αποτελεσματική εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, την εθελοντική συμμετοχή του δράστη.

Οι Α. LAMPO και Μ. MICHELS (1987) συγκρίνοντας την άποψη της εξουσιαστικής παρέμβασης με την άποψη της εθελοντικής συμμετοχής στο θεραπευτικό πρόγραμμα υποστηρίζουν ότι από τη μία πλευρά η εξουσιαστική παρέμβαση σαν εναλλακτική λύση στην ποινική δίωξη μπορεί να ωθήσει την οικογένεια να συμμετάσχει στο θεραπευτικό πρόγραμμα - μία απόφαση που δύσκολα θα παρθεί διαφορετικά από τα μέλη της. Από την άλλη πλευρά η ηθελημένη συμμετοχή δεν καταστρέφει την σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του ατόμου, ούτε υπονομεύει την αυτοδιάθεση και την εργασιμότητα, απαραίτητα στοιχεία για την θεραπεία.

#### Αρχικός χειρισμός των περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών

Ο PASCOE (1979) θεωρεί σα σκοπούς της αρχικής παρέμβασης

τους εξής:

- α. Φροντίδα για τα ιατρικά προβλήματα του παιδιού.
- β. Φροντίδα για τα συναισθηματικά προβλήματα του παιδιού και της οικογένειας.
- γ. Εξασφάλιση ότι το παιδί δεν θα κακοποιηθεί ξανά
- δ. Διατύπωση σχεδιασμού για την ιατρική και ψυχολογική θεραπεία του παιδιού και της οικογένειας, και
- ε. Συνεργασία με το νομικό σύστημα.

Η PORTER (1984) περιγράφει τέσσερα στάδια αρχικής παρέμβασης όπως εφαρμόζονται σ'ένα πρόγραμμα στο NORTHAMPTON SHIRE της Αγγλίας:

**Στάδιο 1ο:** Αναφορά της παιδικής σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην αστυνομία για διερεύνηση. Η διερεύνηση αυτή γίνεται από ομάδα επαγγελματιών, η οποία αποτελείται από έναν ψυχίατρο ενηλίκων και έναν παιδοψυχίατρο, που έχουν εκπαιδευτεί στην οικογενειακή θεραπεία, έναν γιατρό, έναν αστυνομικό και έναν παιδίατρο. Σ'αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται επίσης και νομικός σύμβουλος.

**Στάδιο 2ο:** Γίνεται ψυχιατρική εκτίμηση του δράστη και των υπολοίπων μελών.

**Στάδιο 3ο:** Οι επαγγελματίες συνεργάζονται είτε η περίπτωση πάει στο δικαστήριο είτε όχι. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που θα κανονίσει τις συναντήσεις των επαγγελματιών. Απ'αυτές τις συναντήσεις θα προκύψει ένας σχεδιασμός, ο οποίος βασίζεται στις ανάγκες των μελών της οικογένειας και της οικογένειας σαν σύνολο, στον οποίο έχει συμφωνήσει και η οικογένεια.

**Στάδιο 4ο:** Η διαγνωστική εκτίμηση που γίνεται στα προηγούμενα στάδια θα παρουσιαστεί στο δικαστήριο.

Η SGROI (1982) από την άλλη, υποστηρίζει ότι ο αρχικός χειρισμός περιλαμβάνει έξι βασικά στάδια: την αναφορά στην αστυνομία, την ιατρική εξέταση, την απόφαση για χωρισμό, τις παροχές υλικής βοήθειας, την πρόβλεψη και τον χειρισμό των συναισθηματικών αντιδράσεων και την προετοιμασία για το δικαστήριο.

**α. Αναφορά στην αστυνομία:** Η SGROI θεωρεί απαραίτητη την αναφορά όλων των περιπτώσεων στην αστυνομία. Αυτό κατά την γνώμη της χρειάζεται γιατί η παιδική σωματική κακοποίηση θεωρείται έγκλημα και γιατί η νομική απειλή είναι πολλές φορές το μόνο κίνητρο για να σταματήσουν οι δράστες να το διαπράττουν εις βάρος των παιδιών τους.

**β. Ιατρική εξέταση:** Η ιατρική εξέταση του παιδιού θεωρείται επίσης απαραίτητη για την εγκυροποίηση της κακοποίησης.

**γ) Αποφάσεις για χωρισμό:** εάν θεωρείται από τον εξεταστή ότι η κακοποίηση έχει πραγματικά συμβεί, θα χρειαστεί να γίνει χωρισμός του θύματος και του δράστη κατά την περίοδο της αρχικής παρέμβασης. Αυτός ο χωρισμός είναι απαραίτητος για τρεις λόγους: ο πρώτος λόγος είναι η εξασφάλιση ότι το παιδί δεν θα κακοποιηθεί ξανά. Δεύτερος λόγος είναι η αποφυγή του να υποβληθεί το παιδί σε πρέση από το δράστη να ανακαλέσει την κατηγορία. Τέλος με τον χωρισμό ο δράστης θ' αντιληφθεί ότι η κατάσταση είναι σοβαρή, ακόμα κι' αν αρνιέται την κατηγορία.

**δ. Παροχές υλικής βοήθειας:** Οι οικογένειες που βρίσκονται σε μία κατάσταση διάλυσης σύμφωνα με την SGROI χρειάζονται υλικές οβήθειες και υποστήριξη ειδικά αν ο δράστης ήταν εκείνος

που τις στήριζε οικονομικά. Μερικές οικογένειες μπορεί να χρειάζονται να βρουν στέγη. Άλλες μπορεί να χρειαστούν άμεση οικονομική βοήθεια. Πολλές μπορεί να χρειαστούν και τα δύο. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί συμβουλευτική και υποστήριξη για την εκπλήρωση απαραίτητων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.

**ε. Πρόβλεψη και χειρισμός των συναισθηματικών αντιδράσεων:**

Σύμφωνα με την SGROI (1982) συνήθως οι οικογένειες μετά την αποκάλυψη αντιδρούν με τρόμο και δυσπιστία. Αρχικά μπορεί να εκφράσουν θυμό απέναντι στο δράστη και υποστήριξη προς το παιδί. Μπορεί να αρχίσουν να αισθάνονται ντροπή και αμηχανία και να δώσουν όσο λιγότερη έκταση γίνεται στο γεγονός προσπαθώντας να το κρατήσουν μυστικό σ'ένα μικρό κύκλο. Συχνά θα υπάρξει μια αντίδραση θυμού προς το παιδί. Εάν μερικά οικογενειακά μέλη ήταν εν μέρει υπεύθυνα για τις περιστάσεις που προέτρεψαν ή και επέτρεψαν την κακοποίηση του παιδιού, μπορεί να νιώθουν ενοχές. Αυτά τα συναισθήματα ενοχής μπορούν να βρουν διέξοδο στο θυμό και εχθρότητα απέναντι στο δράστη ή στο παιδί. Τα παιδιά θύματα μπορεί να νιώθουν πολύ ένοχα για την συμπεριφορά τους ή για τη διάσπαση της οικογένειας μετά την αποκάλυψη. Θυμός και εχθρότητα μπορεί να παρουσιαστούν επίσης σ'αυτά τα παιδιά.

**στ. Προετοιμασία για το δικαστήριο:** Η SGR1 αναφέρει ότι η πλειοψηφία αυτών των περιπτώσεων θα καταλήξει στο δικαστήριο χρειάζεται να δοθεί βοήθεια στις οικογένειες αυτές για να ανταπεξέλθουν στην διεργασία. Επίσης χρειάζεται να προετοιμαστούν έτσι ώστε να ξέρουν αυτό που θα συμβεί, την διεργασία,

τη διάρκεια της κ.α.

Ειδικά αυτή η προετοιμασία πρέπει να γίνει στα παιδιά. Αυτό μπορεί να γίνει με μία επίσκεψη στην αίθουσα του δικαστηρίου όταν είναι άδεια, με ROLE PLAY Μίας υποθετικής δίκης, με συνοδεία στο δικαστήριο.

Η NELLY MAN DETH (1987) περιγράφει αναλυτικά ένα πρόγραμμα αρχικής παρέμβασης που εφαρμόζεται στην Ολλανδία. Σ' αυτό λαμβάνεται υπ' όψιν η σοβαρότητα της κατάστασης, η ηλικία του παιδιού και οι προσωπικές του επιθυμίες. Οι επαγγελματίες που εργάζονται σ' αυτό το πρόγραμμα αποφεύγουν να πάρουν άμεσα μέτρα απομάκρυνσης του παιδιού απ' το περιβάλλον του. Η συγγραφέας αναφέρει ότι η νομική παρέμβαση συχνά χειροτερεύει την κατάσταση ενώ σπάνια είναι πραγματικά απαραίτητη. Το παιδί ωφελείται περισσότερο αν παρθούν τα κατάλληλα μέτρα ώστε να μην χωριστεί η οικογένεια. Αυτό απαιτεί την συνδισσμένη βοήθεια του οικογενειακού γιατρού, του σχολείου, του κοινωνικού λειτουργού και ενός παιδοψυχολόγου. Σ' αυτό το πρόγραμμα το πρώτο βήμα είναι ο κανονισμός μιας συνάντησης με τους γονείς του παιδιού κατά την οποία οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με τους λόγους για τους οποίους γίνεται η καταγγελία. Σε μερικές περιπτώσεις οι γονείς εκφράζουν ανακούφιση με το τέλος της συζήτησης επειδή το θέμα συζητήθηκε ανοιχτά, χωρίς αλληλοκατηγορίες, δημιουργώντας έτσι τις προϋποθέσεις της εθελοντικής τους συνεργασίας στο πρόγραμμα βοήθειας.

#### Θεραπευτική παρέμβαση

Η οικογενειακή ζωή σύμφωνα με τον A.W. FRANKLIN (1980) πρέπει να πληρεί για κάθε παιδί τέσσερις βασικές λειτουργίες:

1. Να εξασφαλίσει την ομαλή ανάπτυξη και την σωματική υγεία.
2. Να του προσφέρει την κατάλληλη κατεύθυνση για συναισθηματικές εμπειρίες.
3. Να είναι η οικογενειακή ζωή το παράδειγμα του σωστού γονικού ρόλου.
4. Να του διδάσκει τη συμπεριφορά που οδηγεί και εξασφαλίζει ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις.

Πολλοί ενήλικες όμως και ιδιαίτερα εκείνοι που μεγάλωσαν σε ανεπαρκές οικογενειακό περιβάλλον, είναι αδύνατον να προσφέρουν τις παραπάνω προϋποθέσεις στα παιδιά τους κι' έτσι και εκείνα μεγαλώνοντας θα γίνουν ανεπαρκείς γονείς συνεχίζοντας τον κύκλο της κακοποίησης, που αναπαράγεται από γενιά σε γενιά, σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987).

Η σωστή κατανόηση των βασικών δυναμικών της οικογένειας και της παθολογίας της σαν σύνολο και των μελών της ξεχωριστά θα καταλήξει σε μια πιο ρεαλιστική απόφαση όσον αφορά τη θεραπεία και γενικά τον τρόπο παρέμβασης. Ο όρος "θεραπεία" σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) χρησιμοποιείται με τη στενή έννοια της θεραπευτικής παρέμβασης τόσο στην οικογένεια σαν σύνολο, όσο και ξεχωριστά σε κάθε μέλος που έχει ανάγκη θεραπείας.

Οι δύο κύριοι σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης, όπως αναφέρει η Αγάθωνος είναι οι εξής:

1. Προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση, και
2. Αποκατάσταση της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι.

Σύμφωνα με την ίδια μια άλλη περιγραφή του σκοπού της θεραπευτικής παρέμβασης θα μπορούσε να είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής όλης της οικογένειας προσφέροντας σε κάθε μέλος ένα καινούριο ξεκίνημα και ευκαιρία για συναισθηματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση. Σίγουρα όπως αναφέρει η Αγάθωνος κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την προτεραιότητα, που πρέπει να δίνεται στη σωματική κακοποίηση, που εύκολα μπορεί να προκαλέσει το θάνατο ή μία μόνιμη αναπηρία στο παιδί. Η συγκέντρωση, όμως της προσοχής των ειδικών στη σωματική κακοποίηση έχει σημαντικά παραβλέψει την ανάπτυξη προγραμμάτων για άλλες - πιο "ύπουλες" - μορφές κακοποίησης που οδηγούν σε κατεστραμμένες προσωπικότητες. Ούτως ή άλλως όμως, όπως αναφέρει ο χ. Μαζακίτης (1990) ο αριθμός των οικογενειών αυτών που είναι διατεθειμένες να προχωρήσουν σε θεραπεία είναι περιορισμένες. Θεραπευτικές υπηρεσίες σε γονείς και παιδιά κατά πόσον πιθανότητα προσφέρονται από οργανισμούς που ανακαλύπτουν τέτοιες περιπτώσεις, όπως οργανισμούς οικογενειακής προστασίας (AID TO FAMILIES WITH DEPENDEN CHILDREN, A.F.D.C.). Πλήν όμως, ο χαρακτηρισμός των οικογενειών αυτών ότι δικαιούνται υπηρεσιών, δεν είναι εγγύηση ότι η θεραπεία τελικά θα τους δωθεί αφού το προσωπικό τους μπορεί να μην έχει ούτε το χρόνο, ούτε την πείρα ή τις δεξιότητες που απαιτούνται για τέτοιου είδους παρεμβάσεις.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον FRANKLIN(1980), τόσο η αντιμετώπιση και η θεραπεία της κακοποίησης των παιδιών, όσο και η ακριβής πρόγνωση εξαρτώνται από την πληρέστερη αναγνώριση των πολλαπλών παραγόντων, που συνθέτουν το πρόβλημα.

Οι σημαντικότεροι από αυτούς, όπως αναφέρει ο ίδιος είναι:

1. Η φύση του βασικού προβλήματος.
2. Η επιθυμία των γονιών να βοηθηθούν.
3. Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση.
4. Η επάρκεια πηγών βοήθειας.

Γενικότερα σύμφωνα με τον Μουζακίτη (1990), η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευελιξία και να προσαρμόζεται στις ανάγκες των γονέων και των παιδιών παίρνοντας υπ' όψιν την ψυχοκοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Ακόμη η παρέμβαση θα πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες των γονέων και των παιδιών και όχι στην ιδιαίτερη προτίμηση του ειδικού. Θα πρέπει να τονισθεί σύμφωνα με τον ίδιο, ότι οι περιπτώσεις αυτές είναι μακράς διάρκειας και απαιτούν πολύ χρόνο δουλειάς. Εάν δεν υπάρξει συνέχεια στην παρέμβαση και συντονισμένη εντατική εμπλοκή, τα αποτελέσματα θα είναι πολύ περιορισμένα. Οι ειδικοί στην προστασία του παιδιού θα πρέπει να λάβουν υπ' όψιν τη διαθεσιμότητα και τις πιθανές ελλείψεις του οργανισμού υπηρεσιών ώστε να αποφασίζουν σ' ένα ρεαλιστικό σχέδιο παρέμβασης που πιθανόν να απαιτεί παραπομπή σε άλλους οργανισμούς, που έχουν τα μέσα καλύτερης εξυπηρέτησης και φροντίδας.

Όπως προαναφέρθηκε είναι βασικής σπουδαιότητας η κατανόηση των δυναμικών αυτών των οικογενειών και των διαφόρων προτύπων παρέμβασης για την επιλεκτική χρήση τους, ώστε να υπάρχει ανταπόκριση στις ανάγκες συγκεκριμένων περιπτώσεων. Όπως αναφέρει ο Μουζακίτης, σύμφωνα με τους SPINELLI και



BARTON (1980) η μέθοδος προσέγγισης που ενδείκνυται είναι αυτή που χαρακτηρίζεται σαν εκλεκτική, σύμφωνα με την οποία ο κοινωνικός λειτουργός ή ο οποιοσδήποτε ειδικός μπορεί να αναποκριθεί γρήγορα στις ανάγκες μιας περίπτωσης και στην αποδοχή και προσαρμογή τεχνικών δεξιοτήτων, που είναι οι πιο κατάλληλες για την επίτευξη των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασης. Επίσης, η θεραπεία των οικογενειών αυτών θα πρέπει να έχει διπλό στόχο και αυτό εξαρτάται από τα προβλήματα και την ηλικία των παιδιών. Όταν τα παιδιά είναι πολύ μικρά, στη βρεφική και στην πρώτη παιδική ηλικία, ο κύριος στόχος θα πρέπει να είναι οι γονείς. Όμως, όταν τα παιδιά είναι μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην όλη εμπλοκή της θεραπείας και να απομακρύνονται από την οικογένεια μόνο όταν θα υπάρχει άλλη λύση.

Τέλος, όπως αναφέρει ο Μαζακίτης (1990) οι επαγγελματίες που ασχολούνται με περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών πρέπει να είναι κάτοχοι εκτεταμένων γνώσεων παιδικής ψυχολογίας και ανάπτυξης δυναμικών της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς και γενικών τεχνικών και αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Είναι βασικής σπουδαιότητας η αποφυγή ανταγωνισμού με τους γονείς από μέρους των εμπειρογνομηδών για τα παιδιά τους με το να αναλαμβάνουν γονικούς ρόλους, που συχνά προκαλούν την αντίσταση των γονέων. Επίσης αν ο ειδικός διαπιστώσει ότι δεν έχει στην διάθεσή του τα μέσα για να ανταποκριθεί στις ανάγκες της οικογένειας θα πρέπει να τους παραπέμψει σε άλλο οργανισμό ή ειδικό επαγγελματία.

Η Αγάθωνος (1987) υποστηρίζει ότι η αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης θα είχε αρκετά απλουστευθεί αν μπορούσαμε να κατατάξουμε τις οικογένειες σε ξεκάθαρες κατηγορίες, δηλαδή τους ψυχοπαθείς, εκείνους με διαταραχές της προσωπικότητας, τους ανώριμους, τους ανεπαρκείς κλπ. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Η εμπειρία της ομάδας του DENVER όπως υποστηρίζει η ίδια ότι αναφέρει ο KEMPLE (1973) έδειξε ότι το 10% από τους γονείς είναι ψυχικά άρρωστοι. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα με παρανοειδή σχιζοφρένεια, ψυχοπαθητική προσωπικότητα, έντονη επιθετική συμπεριφορά, που δεν επικοινωνούν παρά μόνο με τη βία. Η μόνη παρέμβαση που μπορεί να γίνει στις οικογένειες αυτές είναι η μόνιμη και νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση του παιδιού. Καμιά άλλη "θεραπεία" δεν μπορεί να αποκαταστήσει τηνοικογένεια. Κάθε επαγγελματίας που αντιμετωπίζει τέτοια άτομα και αφού φυσικά προηγηθεί σωστή ψυχιατρική αξιολόγηση σύμφωνα με την Αγάθωνος, πρέπει να κατευθύνεται προς τη νομική οδό, την αφαίρεση δηλαδή της γονεϊκής επιμέλειας ή και μέριμνας, ώστε να διακοπεί σε μόνιμη βάση η σχέση γονιών-παιδιού. Σ' ένα πρόσθετο 10% των οικογενειών σύμφωνα με τον KEMPLE οι προβλέψεις είναι πολύ σκοτεινές. Στο 80% όμως των περιπτώσεων, η θεραπευτική προσέγγιση, με την προσφορά πολλαπλών σχημάτων βοήθειας σε γονείς και παιδιά, μπορεί να κρατήσει τα παιδιά στην οικογένειά τους εξασφαλίζοντάς τους αν όχι το ιδανικό πλαίσιο για μακρόχρονη ψυχική υγεία τουλάχιστον μια καθημερινή ζωή σε οικογενειακό περιβάλλον.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι για να εφαρμοσθεί η πιο κατάλληλη θεραπεία για μια οικογένεια σαν σύνολο πρέπει προηγουμένως να έχει γίνει μία "σωστή" διάγνωση και εκτίμηση από τους επαγγελματίες που θα αναλάβουν την περίπτωση. Επίσης είναι γνωστό ότι οι επαγγελματίες αυτοί θα αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες - όπως παραδείγματος χάριν τις προκαταλήψεις τους, τις δικές τους συναισθηματικές αντιδράσεις, την έλλειψη πηγών βοήθειας. Όμως αν η παρέμβαση γίνει προσεκτικά, από άτομα εκπαιδευμένα σ' αυτόν τον τομέα, κι αν επιχειρηθεί μια διεπιστημονική προσέγγιση, που θα χρησιμοποιήσει επιλεκτικά τα προγράμματα και τις πηγές βοήθειας της κοινότητας τότε μπορούμε να πούμε ότι από μέρος των επαγγελματιών έχει γίνει η καλύτερη δυνατή προσπάθεια.

### Εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα.

Η 20ετής εμπειρία στην αντιμετώπιση κακοποιημένων παιδιών και των οικογενειών τους περιλαμβάνει διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις, που άλλες ισχύουν γενικότερα στην αντιμετώπιση προβληματικών ατόμων και οικογενειών ενώ άλλες δοκιμάστηκαν στον ειδικό αυτό πληθυσμό. Το 1975, η συνάντηση ομάδας εργασίας για την μελέτη του προβλήματος της κακοποίησης παιδιών, που έγινε στο BELLAGIO της Ιταλίας κατέληξε σε μία σειρά από απαραίτητες πηγές βοήθειας που απευθύνονται στην οικογένεια σαν σύνολο, στους γονείς μόνο και στα παιδιά. Σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) οι πηγές αυτές είναι διαχωρισμένες ως εξής:

#### Πηγές βοήθειας για όλη την οικογένεια:

##### α. Μονάδες ξενώνες για περιόδους κρίσης

Οποιαδήποτε μητέρα, εργαζόμενη ή όχι, μπορεί να φέρει το παιδί της μόνη, χωρίς παρέμβαση καμμιάς υπηρεσίας οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας και να το αφήσει όσο καιρό χρειάζεται: μία ώρα, μία βδομάδα, ένα μήνα, ένα χρόνο. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για τις μητέρες που έχουν περισσότερα από δύο παιδιά και κάποια στιγμή νιώθουν ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στην φροντίδα τους καθώς και για οποιεσδήποτε οικογένειες βρίσκονται σε κρίση και χρειάζονται για κάποιο διάστημα ένα "χέρι βοήθειας".

##### β. Θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες.

Δύο κύριες προσπάθειες στην Ευρώπη έχουν γίνει ως σήμερα με πολύ καλά αποτελέσματα: η Μονάδα του PARK HOSPITAL FOR CHILDREN στην Οξφόρδη και το "TRIANGLE" στο Αμστερνταμ.

Στην Οξφόρδη τρεις οικογένειες μπορούν εκ περιτροπής να μείνουν στην Μονάδα για ένα μέσο διάστημα 3-5 βδομάδες. Το προσωπικό αποτελείται από ψυχιατρική νοσοκόμο, κοινωνικό λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτή, ψυχολόγο, ενώ ο ψυχίατρος κατευθύνει την ομάδα, χωρίς να είναι ενεργό μέλος της.

Η παραμονή της οικογένειας αρχίζει με μία λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση που ακολουθείται από μία περίοδο ξεκούρασης και φροντίδας, μια εμπειρία που καμιά οικογένεια δεν έχει ζήσει και που συχνά αντιμετωπίζει με αρχική καχυποψία. Τα παιδιά φροντίζονται αποκλειστικά από βρεφοκόμους, ενώ άλλοι ειδικοί αντιμετωπίζουν τα πολλαπλά προβλήματα των γονιών. Ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα, γυναικολογική εξέταση, άλλα προβλήματα υγείας, συχνά πολύ σοβαρά, φροντίζονται με προτεραιότητα. Αλλά και άλλες "απλούστερες" αλλά εξίσου σημαντικές ανάγκες, όπως μια βόλτα στην πόλη, ένα πρωινό στο κομμωτήριο, ένα παιχνίδι σκάκι - πρωτόγνωρες εμπειρίες για τους περισσότερους - καλύπτονται στην Μονάδα.

Στο ίδιο πλαίσιο προσφέρονται θεραπευτικές μέθοδοι όπως ψυχοθεραπεία συζύγων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, αν και η πιο σημαντική προσφορά, είναι η "ανεπίσημη ψυχοθεραπεία", η ζεστασιά του προσωπικού ιδιαίτερα της μόνιμης ψυχιατρικής νοσοκόμου, το πρότυπο του γονικού ρόλου που δείχνει, η πρακτική βοήθεια που παρέχεται. Συγχρόνως με την παρέμβαση στην Μονάδα, η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με υπηρεσίες της κοινότητας προετοιμάζει την επιστροφή της οικογένειας στον κοινοτικό χώρο. Έτσι, μετά από ορισμένα "δοκιμαστικά" Σαββατοκύριακα στο σπίτι, η οικογένεια επιστρέφει, όταν τόσο εκείνη,

δοσ και η επιστημονική ομάδα κρίνουν ότι είναι έτοιμη. Η μετέπειτα αξιολόγηση των οικογενειών που πέρασαν από την Μονάδα Οξφόρδης, σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) έδειξε ότι 80% γύρισαν σπίτι με τα παιδιά τους, με ικανοποιητική πρόοδο, ενώ για άλλες 20% αποκαλύφθηκε η ανάγκη για μόνιμη απομάκρυνση των παιδιών από τους γονείς τους.

#### γ. Θεραπευτικό νηπιαγωγείο.

Λειτουργεί στα πρότυπα παιδοψυχιατρικού ειδικού νηπιαγωγείου για παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς, κακοποίηση, παραμέληση και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής προσαρμογής που χρειάζονται έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση.

#### δ. Θεραπεία οικογένειας.

Έχει δοκιμαστεί σε οικογένειες με μεγαλύτερα παιδιά, που αποτελούν όμως έναν περιορισμένο πληθυσμό, ιδιαίτερα στο χώρο της σωματικής κακοποίησης. Όταν εφαρμόζεται η "οικογενειακή θεραπεία" πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μοντέλα. Η εφαρμογή της πρέπει να αρχίσει όταν οι σχέσεις των μελών με τον ατομικό τους θεραπευτή έχουν ήδη δημιουργηθεί.

Η PORTER (1984) αναφέρει ότι το πρώτο βήμα για τη θεραπεία της οικογένειας είναι το να γίνει σαφές αν όλα τα μέλη γνωρίζουν αυτό που σκέβη. Οι σκοποί των συναντήσεων σύμφωνα με την PORTER είναι:

1. να γίνουν σαφή τα γεγονότα της σωματικής κακοποίησης. Παρ' όλο που η σωματική κακοποίηση του παιδιού μπορεί να έχει γίνει αντικείμενο εκτεταμένων αναφορών σε διάφορες υπηρεσίες, πιθανόν μέσα στην οικογένεια να παραμένει "μυστική". Τα γεγονότα

που έλαβαν χώρα πρέπει να συζητηθούν από όλους σε μία συνάντηση. Θα πρέπει να γίνει αναφορά κάτω από ποιές συνθήκες και πότε συνέβη η σωματική κακοποίηση.

2. Ένας δεύτερος σκοπός είναι η βοήθεια του δράστη - γονέα να δεχθεί την υπευθυνότητά του ενώ όλη η οικογένεια είναι παρούσα.

3. Οι γονείς πρέπει να έρθουν σε μία συμφωνία για το ότι είναι και οι δύο υπεύθυνοι για την φροντίδα του παιδιού τους. Ίσως ο ένας από τους δύο χρειασθεί να αναλάβει μεγαλύτερες ευθύνες καθώς ο άλλος θα ακολουθεί κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα. Αν είναι η γυναίκα, που κακοποίησε το παιδί θα πρέπει να μπει και ο σύζυγος της στο θεραπευτικό πρόγραμμα και να βοηθηθεί να αναγνωρίσει τις δικές του ευθύνες στην κακοποίηση.

4. Ένας τέταρτος σκοπός είναι το να συζητηθούν ανοικτά οι χωρισμοί. Οι γονείς μπορεί να αποφασίσουν να χωρίσουν ή ένα παιδί μπορεί να πρέπει να απομακρυνθεί από το σπίτι. Στην πρώτη περίπτωση πρέπει να γίνει σαφές ότι το παιδί δεν είναι υπεύθυνο. Στη δεύτερη περίπτωση θα πρέπει το παιδί να καταλάβει ότι ο χωρισμός δεν είναι τιμωρητικός.

5. Χρειάζεται να γίνει μία θεραπευτική συμφωνία που να προσδιορίζει την έκταση της επαφής ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και τις επισκέψεις μεταξύ τους, όταν αυτά έχουν χωριστεί. Επίσης σ' αυτή τη συμφωνία πρέπει να καθοριστεί η εμπλοκή των επαγγελματιών και τα μακροχρόνια σχέδια της οικογένειας.

Σύμφωνα με την SGROI (1982) τα βασικά θέματα με τα οποία θα πρέπει να ασχοληθούν οι θεραπευτές που εργάζονται με οικογένειες κακοποιημένων παιδιών είναι τα παρακάτω:

- α. Κατάχρηση δύναμης: ο γονέας κάνει κατάχρηση της δύναμής του και χρησιμοποιεί τη σωματική βία σαν μέσο διαπαιδαγώγησης ή "συναίτησης" του παιδιού. Συνήθως οι γονείς αυτοί έχουνμ κακοποιηθεί οι ίδιοι ως παιδιά.
- β. Απομόνωση: οι οικογένειες αυτές τείνουν να είναι απομονωμένες από την υπόλοιπη κοινωνία, αντιλαμβάνονται τον εξωτερικό κόσμο σαν εχθρικό και τον αντιμετωπίζουν αποφεύγοντας την αλληλεπίδραση με άλλους όσο περισσότερο μπορούν. Το αντίτιμο γι'αυτην απομόνωση είναι η αδυναμία της οικογένειας να αναπληρώσει την ενέργειά της μέσα από υποστήριξη, ερεθίσματα και διασκέδαση που προκύπτουν από την επαφή με τον εξωτερικό κόσμο.
- γ. Φόβος εξουσίας : τα μέλη των οικογενειών αυτών αντιλαμβάνονται τα μοντέλα της εξουσίας σαν εχθρικά και απειλητικά εξαιτίας της εκμετάλλευσης που έχουν δεχτεί. Η κατάχρηση της δύναμης είναι μια εμπειρία για όλους.
- δ. Άρνηση: Οι οικογένειες αυτές καταναλώνουν πολλή ενέργεια στην άρνηση. Οι μη θετικές πλευρές του εσωτερικού της οικογενειακής λειτουργίας πρέπει να γίνουν αντικείμενο άρνησης, για να είναι ανεκτές (π.χ. η σωματική βία, η απομόνωση κλπ).
- ε. Έλλειψη συνταύτισης: Η δυσκολία να συνταυτιστεί με τους άλλους είναι χαρακτηριστικό του δράστη της παιδικής κακοποίησης. Αυτό το χαρακτηριστικό περιλαμβάνει την έλλειψη ανταπόκρισης στα αισθήματα κάποιου άλλου σε όλα τα επίπεδα (αντιδράσεις, φόβους, ανάγκες).
- στ. Έλλειψς επικοινωνιακοί τύποι: Τα μέλη τωνοικογενειών αυτών δεν επικοινωνούν επαρκώς μεταξύ τους και με τους άλλους.



ζ. **Ανεπαρκής έλεγχος και καθορισμός ορίων:** Τα άτομα που κατέχουν θέση δύναμης τείνουν να έχουν ελλιπή έλεγχο των παρορμήσεων και δεν καταφέρνουν να θέσουν λογικά όρια ανάμεσα στους εαυτούς τους και τους άλλους.

η. **Συναισθηματική αποστέρηση:** Τα άτομα που κακοποιούν τα παιδιά τους είχαν κατά κύριο λόγο μια συναισθηματικά στερημένη παιδική ηλικία και πολλές ανάγκες τους έχουν μείνει ακάλυπτες.

θ. **Υπερβολικές προσδοκίες.** Τα άτομα που έχουν εξαιρετικά αυξημένες ανάγκες και είναι συναισθηματικά αποστερημένα τείνουν να έχουν υπερβολικές προσδοκίες από τα παιδιά τους και όταν απογοητεύονται καταλήγουν στην κακοποίηση.

Ο LEADER (1979) υποστηρίζει ότι η θεραπεία της οικογενείας είναι απαραίτητη όταν υπάρχει περιστατικό κακοποίησης και τονίζει ότι το πλεονέκτημά της σε σχέση με την ατομική θεραπεία είναι ότι ο πελάτης είναι η οικογένεια περισσότερο παρά κάθε μέλος της ξεχωριστά. Μ'αυτόν τον τρόπο το πεδίο δράσης για τον θεραπευτή ευρύνεται παρέχοντάς του μεγαλύτερη ευελιξία και περισσότερες δυνατότητες για θεραπευτική παρέμβαση. Μερικοί όμως τονίζουν ότι η οικογενειακή θεραπεία είναι μια προσέγγιση που μόνη της δεν μπορεί να καλύψει τις σύνθετες ανάγκες των οικογενειών αυτών, ενώ άλλοι, όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987), και μεταξύ αυτών ο KEMPLE (1975) την αμφισβητούν στη θεωρητική της βάση κυρίως γιατί απευθύνεται ακριβώς στη γονική ιδιότητα, δηλαδή εκεί όπου οι γονείς αυτοί έχουν αποτύχει.

## Πηγές βοήθειας για τους γονείς.

### α. 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία

Έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προλάβει σοβαρές οικογενειακές κρίσεις που καταλήγουν στη χρήση βίας προς τα παιδιά ή την εγκατάλειψη των παιδιών από γονείς που βρίσκονται σε απόγνωση, απόπειρες αυτοκτονίας κλπ. Στις Η.Π.Α. λειτουργεί εθνικό δίκτυο τηλεφωνικού S.O.S. ενώ ορισμένες πολιτείες και κοινότητες έχουν αναπτύξει τοπικές γραμμές.

### β. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας παιδιών

Απαιράσιμη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη κινήτρων από την πλευρά των γονιών, γεγονός όχι και τόσο συχνό στον ειδικό αυτό πληθυσμό.

### γ. Υπηρεσίες επισκέπτη υγείας

Παρέχονται στα πλαίσια κυρίως κοινοτικών κέντρων υγείας και ψυχικής υγείας. Από την εκπαίδευση και την εμπειρία τους οι επισκέπτριες αδελφές μπορούν άνετα να επισκέπτονται πελάτες στα σπίτια τους, να πίνουν καφέ στην κουζίνα και να προσφέρουν ποικίλες και πολύτιμες υγειονομικές υπηρεσίες. Το ενδεδειγμένο άτομο γι' αυτόν το σκοπό είναι εκείνο που δεν ασκεί κριτική, δεν καταλήγει σε συμπεράσματα και είναι έτοιμο να παίξει το ρόλο του θεραπευτή.

Πρέπει να τονιστεί ότι η δουλειά της επισκέπτριας αδελφής δεν είναι δουλειά "επιθεωρητή" ούτε "επόπτη". Η θεραπευτική αγωγή μιας οικογένειας όπου τα παιδιά κακοποιούνται περιλαμβάνει μια εμπειρία "μητρικής στοργής", την ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς ένα άλλο άτομο και τη σταδιακή βελτίωση της εικόνας που έχουν οι γονείς για τον εαυτό τους.

Η παροχή βοήθειας στους γονείς, ώστε να αποκτήσουν κατανόηση για το παιδί τους και να απολαμβάνουν την παρουσία του, αποτελεί δύο πολύ σημαντικούς στόχους. Πολλές νοσοκόμες παίζουν αυτό τον ρόλο αρκετά αυθόρμητα και με αξιοθαύμαστη επιτυχία.

#### δ. Θεραπεία από μη ειδικούς.

Το πρόγραμμα αυτό γνωστό σαν "βοηθοί γονιών" εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία στις Η.Π.Α., έχει πολύ χαμηλό κόστος και μεγάλη αποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα με γονείς μικρής ηλικίας, ανώριμους και κοινωνικά απομονωμένους. Οι βοηθοί γονιών είναι πάντα έτοιμοι να ακούσουν υπομονετικά, όλα τα προβλήματα και τις δυσκολίες χωρίς να ασκούν κριτική ή να σερβίρουν άμεσες συνταγές - λύσεις.

Σύμφωνα με τον C.H.KEMPLE και τον R.E. HELFER (1985) τα βασικά προσόντα που απαιτούνται για έναν επιτυχημένο βοηθό γονέων είναι προσαρμοστικότητα, υπομονή και κατανόηση, προθυμία να ακούσει, να μη δίνει εντολές και να μην ασκεί κριτική.

Τα προσόντα αυτά ταιριάζουν σ'ένα ήπιο και στοργικό άτομο, το οποίο δεν εξάπτεται εύκολα από έναν αγόριστο, καχύποπτο και συχνά, απρόθυμο πελάτη. Εποπτεύονται από τις τοπικές υπηρεσίες πρόνοιας.

#### ε. Κοινωνική εργασία

Η κοινωνική εργασία σαν μέθοδος έχει παραμείνει μέχρι σήμερα η πιο διαδεδομένη προσέγγιση για τις οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι αποτελούν έναν πληθυσμό χωρίς

ή με μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση βοήθειας που παραπέμπεται σε προνοιακές οργανώσεις.

Η κοινωνική εργασία σήμερα λειτουργεί καλύτερα στην αντιμετώπιση του πληθυσμού αυτού όταν μπορεί να συνδυαστεί με νέα σχήματα θεραπευτικής αντιμετώπισης που έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία όπως οι "βοηθοί γονέων", οι Μονάδες Ξενώνες Κρίσης, οι θεραπευτικές ομάδες γονιών, οι ομάδες αλληλοβοήθειας "ανώνυμοι γονείς", τα θεραπευτικά νηπιαγωγεία, οι θεραπευτικοί ξενώνες για όλη την οικογένεια. Η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν ένα ή περισσότερα από τα σχήματα αυτά μπορεί να επισπεύσει τη διαδικασία της αξιολόγησης και της απόφασης για το μέλλον του παιδιού, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που διαφαίνεται από την αρχή η ανάγκη για αποκατάσταση του παιδιού μακριά από τη φυσική του οικογένεια.

Σύμφωνα με την Ελένη Αγάθωνος (1987) το κλασικό μοντέλο παιδικής προστασίας του 1925 επικρατούσε μέχρι πριν λίγα χρόνια στις Η.Π.Α. και Καναδά - χώρες που πρωτοτυπούν πάντα στην αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης - και εξακολουθεί ακόμα να κυριαρχεί σε πολλές άλλες. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, κοινωνικοί λειτουργοί αγωνίζονται να βοηθήσουν οικογένειες χωρίς τη βοήθεια γιατρών, δικηγόρων, δικαστηρίων, ακόμα και της ίδιας της κοινωνίας που τους πληρώνει για να κάνουν αυτή την δουλειά. Περιορίζονται στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας βασισμένης στις αρχές ότι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ακούει αλλά να μην καθοδηγεί ενεργητικά ή διδάσκει ή αποφασίζει για την οικογένεια.

Το μοντέλο αυτό χαρακτηριζόταν από πέντε βασικά κριτήρια που ο κοινωνικός λειτουργός θέτει για τον πελάτη του: 1) να έρθει ο πελάτης στο γραφείο του, 2) να είναι στην ώρα του, 3) να έχει κίνητρα, 4) να έχει επαρκή αντίληψη του προβλήματός του, 5) να είναι ευγνώμων. Τίποτα από όλα αυτά όμως, όπως υποστηρίζει η Αγάθωνος (1987) δεν δουλεύει στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Είναι σιγά - σιγά οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί ανακαλύπτουν ότι όταν αποδεσμεύονται από τις άκαμπτες αυτές προϋποθέσεις και αφήνονται να λειτουργήσουν με κύριο κριτήριο το ένστικτο, καταφέρνουν πολύ περισσότερα πράγματα.

Πολύ απλές πρωτοβουλίες, όπως το να στέλνουν Χριστουγεννιάτικες κάρτες, ή να πάνε μια βόλτα έξω με τη μητέρα και του παιδιού, ή ακόμα να δώσουν το προσωπικό τους τηλέφωνο, χωρίς να περιμένουν ευγνωμοσύνη, ανοίγουν την πόρτα της συνεργασίας και διαλύουν κάθε καχυποψία. Όμως τέτοια ευθύνη δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από έναν μόνο επαγγελματία εφόσον οι αποφάσεις που πρέπει να παρθούν θα καθορίσουν το μέλλον ενός παιδιού.

Η παραδοσιακή εποπτεία στα πλαίσια μιας οργάνωσης γινόταν από επόπτη, που τις περισσότερες φορές ήταν αποκομμένος από την πραγματικότητα και ασκούσα απλά εξουσία. Σταδιακά αναπτύχθηκε ανάγκη για τη δημιουργία ομάδας. Σήμερα, το οριζόντιο μοντέλο της διεπιστημονικής ομάδας με υπεύθυνο κοινωνικό λειτουργό, νομικό και συμβούλους ψυχίατρο και κλινικό ψυχολόγο, ανταποκρίνεται καλύτερα από όλα

τ'άλλα στην αντιμετώπιση οικογενειών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους.

Άλλο ένα σημαντικό στοιχείο του μοντέλλου του 1925 που επικρατεί μέχρι σήμερα σε πολλά κράτη, και που έχει χαρακτηριστεί τελικά ως εξαιρετικά δυσλειτουργικό για την αντιμετώπιση προβλημάτων κακοποιημένων παιδιών είναι η ιδεολογία ότι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να μένει μακριά από το δικαστήριο. Κι'αυτό γιατί πιστεύεται ότι η αναφορά της περίπτωσης ή η παρουσία του στο δικαστήριο διαταράσσει τη σχέση του με την οικογένεια. Στην πραγματικότητα η δικαστική διαδικασία μπορεί να έχει σημαντική θεραπευτική αξία, ιδιαίτερα σε χώρες όπου λειτουργεί ο θεσμός του Οικογενειακού Δικαστηρίου. Επίσης σημαντική θεωρείται πλέον η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με γιατρούς, γιατί από τη στιγμή που άρχισε αυτή η συνεργασία, οι γιατροί βελτίωσαν τη διαγνωστική τους ικανότητα και με προθυμία δίνουν ιατρικές γνωματεύσεις.

Σύμφωνα με τον DAVOREN (1968) όμως, παρόλη την έκταση που έχει πάρει η κοινωνική εργασία σαν μέθοδος παρέμβασης στις οικογένειες αυτές, η άποψη ότι μπορεί να θεραπεύει τα πάντα είναι λανθασμένη. Χαρακτηριστικά υποστηρίζεται από τον KEMPLE (1968) , όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987), ότι η διακεκομμένη και περιστασιακή κοινωνική εργασία που δεν είναι εντατική, δεν προϋποθέτει υψηλές επαγγελματικές ικανότητες και που δεν εποπτεύεται στενά, ή η άσκηση της κοινωνικής εργασίας ρουτίνας, αντεδεικνύεται απόλυτα σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας που περιλαμ-

βάνει σαφή ψυχιατρικά προβλήματα.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η κοινωνική εργασία θα πρέπει να θεωρηθεί σήμερα σαν μία αποτελεσματική μέθοδος προσέγγισης οικογενειών με πρόβλημα κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, εφόσον λειτουργεί με ειδικές επαγγελματικές προδιαγραφές και με τη βοήθεια νέων υποστηρικτικών σχημάτων και προνοιακών υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο.

#### στ. Ατομική ψυχοθεραπεία.

Έχουν δοκιμαστεί διάφορες προσεγγίσεις. Η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν εφαρμόζεται πολύ, κυρίως γιατί πρόκειται για πληθυσμό με μειωμένα κίνητρα για αλλαγή και γιατί το κόστος είναι πολύ υψηλό και η θεραπεία μακρόχρονη. Η μέθοδος της θεραπείας της συμπεριφοράς από την άλλη σύμφωνα με τους W. REAVLEY και M.J. GILBERT (1985) θεωρεί, ότι η διαπίστωση, ότι όλα πηγαίνουν καλά, η απαρίθμηση των τραυμάτων ενός παιδιού ή ο καλός λόγος σε ένα γονιό έχουν μειωμένη θεραπευτική αξία γιατί δεν δείχνει στους γονείς άλλους τρόπους για να τα βγάλουν πέρα, ενώ μπορεί να ενισχύσει τα αισθήματα άγχους και ανεπάρκειας.

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης σύμφωνα με τους REAVLEY και GILBERT τοποθετεί τις εκπαιδευτικές πλευρές της θεραπευτικής αγωγής σ' ένα αποτελεσματικό πλαίσιο και επιτρέπει επίσης λεπτομερή ανάλυση του προβλήματος. Σε γενικές γραμμές, η ψυχοθεραπεία της συμπεριφοράς έχει στόχο την ανάπτυξη νέων αποδεκτών αντιδράσεων σε ερεθίσματα που προηγουμένως προκαλούσαν παρεκκλίνουσες αντιδράσεις. Είναι απαραίτητο να εισαχθεί η νέα συμπεριφορά την κατάλληλη

στιγμή, ώστε το πρώτο στάδιο της θεραπευτικής αγωγής να είναι μια ακριβής περιγραφή των συνθηκών και των ερεθισμάτων, εσωτερικών και εξωτερικών, που προηγούνται και ακολουθούν την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά. Στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς έχουν αναπτυχθεί αρκετές εύκαμπτες τεχνικές και στρατηγικές αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας, με στόχο να βοηθήσουν τους ανθρώπους να ανταπεξέλθουν σε ένα φάσμα προβλημάτων, π.χ. τικ, φοβίες, ιδεοληπτική συμπεριφορά, σεξουαλική δυσλειτουργία. Η περιγραφή και η ανάλυση της κακοποίησης των παιδιών με τους όρους και τη γλώσσα της ανάλυσης της συμπεριφοράς που χαρακτηρίζονται με τον γενικό όρο "κακοποίηση των παιδιών".

Ο γονέας σ' αυτό το θεραπευτικό μοντέλο σύμφωνα με τους REAVLEY και GILBERT καθοδηγείται στην μίμηση νέων τρόπων συμπεριφοράς. Η ενεργή απομίμηση προτύπου οδηγεί στη δημιουργία νέων αντιδράσεων (θεωρία της κοινωνικής μάθησης), οι οποίες τίθενται σταδιακά υπό τον έλεγχο του γονέα. Σιγά, σιγά ο θεραπευτής ελέγχει όλο και λιγότερο την κατάσταση. Ο γονέας διατηρεί την νεοαποκτηθείσα προσαρμοστική συμπεριφορά, χρησιμοποιώντας διαδικασίες αυτορύθμισης. Οι ίδιοι ειδικοί προτείνουν μια προσέγγιση "πολλαπλής θεραπείας της συμπεριφοράς". Γι' ανα έχει η θεραπευτική αγωγή μακροχρόνια αποτελέσματα πρέπει, όπως αναφέρουν, να αποσκοπεί στην αλλαγή παράλογων πεποιθήσεων, παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, δυσάρεστων συναισθημάτων και εικόνων, πειστικών σχέσεων, αρνητικών εντυπώσεων και τυχόν βιοχημικών διαταραχών".



Η ιδιαίτερη προσοχή σε καθένα από αυτές τις πλευρές δεν είναι απαραίτητο σε όλες τις περιπτώσεις, αυτό, όμως, δεν μπορεί να καθοριστεί μόνο από μια προσεκτική ανάλυση της συμπεριφοράς. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης διευκολύνει αυτή την πολλαπλή προσέγγιση. Επίσης σύμφωνα με τον REAVLEY (1985) η ενεργός απομimesη προτύπου είναι μια διδασκτική προσέγγιση στην οποία ο ασθενής διαδραματίζει ενεργό ρόλο στην μάθηση νέων τύπων συμπεριφοράς. Οι εκθέσεις διαφόρων θεραπευτικών αγωγών της συμπεριφοράς δεν δίνουν συνήθως πολλή προσοχή στις "μη συγκεκριμένες" μεταβλητές", όμως η εμπειρία του REAVLEY με γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους, τον οδήγησε στο συμπέρασμα ότι αυτές οι "μη συγκεκριμένες" μεταβλητές, όπως η σχέση θεραπευτή - ασθενή είναι σημαντικές.

#### ζ . θεραπεία συζύγων.

Το θεραπευτικό αυτό μοντέλο ασχολείται με τη θεραπεία και των δύο συζύγων. Προϋποθέτει όμως κίνητρα και από τους δύο γονείς, γεγονός αρκετά σπάνιο στις οικογένειες αυτές.

#### η. Ομαδική ψυχοθεραπεία.

Όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987), σύμφωνα με τους ROBERTS, BESWICH, DEVERTON και LYNCH (1977) η ομαδική ψυχοθεραπεία γονιών που κακοποιούν ή που έχουν αυξημένο κίνδυνο για να κακοποιήσουν ή να παραμελήσουν τα παιδιά τους, βοηθά τους γονείς να ξεφύγουν από την κοινωνική τους απομόνωση, να μοιραστούν με άλλους γονείς τις καθημερινές δυσκολίες με τα παιδιά τους, να ανακαλύψουν τις όντως εξωπραγματικές απαιτήσεις τους από αυτά και να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση.

Η ομαδική προσέγγιση στα ιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα είναι μια δοκιμασμένη και αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος . Στο χώρο της παιδιατρικής σύμφωνα με τους Παπαδάκου - Λαγογιάννη και συν (1982) εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων, τόσο με τους ίδιους τους ασθενείς όσο και με τους γονείς τους.

Σκοπός του τρόπου αυτού της θεραπευτικής προσέγγισης, σύμφωνα με τις Αγάθωνος, Νάκου και Παπαϊωάννου (1983) είναι να χρησιμοποιηθεί η δυναμική της ομάδας ώστε να βοηθηθεί το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματα του γύρω από το πρόβλημα, να υποστηριχθεί από τα άλλα μέλη, να μοιραστεί τις εμπειρίες, τους φόβους, τις ανησυχίες, που δύσκολα εκφράζονται στην αποκλειστική σχέση με το γιατρό ή άλλο θεραπευτή. Ο θεραπευτής διευκολύνει την έκφραση αυτών των στοιχείων, κατευθύνει τη συζήτηση, παροτρύνει την επικοινωνία, ερμηνεύει. Στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, η ομαδική θεραπεία χρησιμοποιείται από κοινού με την ατομική συμβουλευτική και με άλλες μεθόδους αντιμετώπισης του πολυσύνθετου αυτού προβλήματος.

Η βασική εμπειρία της μεθόδου, σύμφωνα με τις Αγάθωνος, Νάκου και Παπαϊωάννου (1983), έρχεται από την Οξφόρδη όπου στο PARK HOSPITAL (DUNSED και συν, 1974) αλλά και στα πλαίσια του θεσμού του οικογενειακού γιατρού (BESWICK και συν, και ROBERTS και συν, 1977) έχει χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις , όπως:

1. Μητέρες με δυσκολίες στην αντιμετώπιση των παιδιών τους, όπως το πρόβλημα για το οποίο έρχονται οι γονείς στον γιατρό

είναι δυσκολίες ύπνου, φαγητού, συμπεριφοράς.

2. Περιπτώσεις παραμέλησης και καθυστέρησης στην ανάπτυξη, χωρίς οργανική αιτιολογία.

3. Παιδιά που είτε οι ίδιοι οι γονείς, είτε η ομάδα υγείας εκτιμά ότι είναι σε κίνδυνο για κακοποίηση.

4. Ορισμένες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και περιπτώσεις συναισθηματικής αποστέρησης.

Η ομαδική θεραπευτική προσέγγιση των ογνιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι ένα αξιόλογο θεραπευτικό σχήμα όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με άλλα. Το ιδανικό βέβαια είναι να συμμετέχουν και οι δύο γονείς σ' αυτό εφόσον η κακοποίηση είναι μία οικογενειακή υπόθεση.

#### θ. Ανώνυμοι γονείς.

Οι "Ανώνυμες μητέρες" είναι μία ομάδα αυτοβοήθειας που ιδρύθηκε στις αρχές του 1970 από μία εντυπωσιακή δυναμική γυναίκα, οι τεράστιες ενέργειες της οποίας επί 29 χρόνια - η ίδια ήταν τριάντα ετών - στόχευαν στην καταστροφή της ίδιας και του κοριτσιού που έφερε αργότερα στον κόσμο. Τα μέλη της ομάδας αυτής αποστρέφονται τον επαγγελματισμό. Σύμφωνα με τον HELFER (1985) το κοινωνικό σύστημα, που δεν προσφέρει καμμία βοήθεια τις έχει πλήξει τόσες πολλές φορές, ώστε δεν χάνεται τίποτα αν δεν αναπτυχθούν δεσμοί ανάμεσα στο "κατεστημένο" και τις Ανώνυμες Μητέρες. Πρέπει να βρεθεί κάποιος άλλος τρόπος για να διατηρηθεί αυτή η απαραίτητη αυτονομία, αλλά να υπάρξει και κάποια ωφέλεια, από την καθοδήγηση και τη βοήθεια ορισμένων ειδικών "επαγγελματιών".

Το σχήμα αυτό λειτουργεί σήμερα με την ονομασία "Ανώ-  
νυμοι γονείς" σύμφωνα με το πρόσωπο των "Ανώνυμων Αλκοο-  
λικών". Εφαρμόζεται με επιτυχία στις Η.Π.Α., Μεγάλη Βρε-  
τανία, Αυστραλία, Καναδά, ενώ δοκιμάζεται σε άλλες χώρες.

Άλλο πρόγραμμα που έχει δοκιμαστεί με επιτυχία ιδιαί-  
τερα από το κέντρο του DENVER είναι οι "Ανάδοχοι Παπού-  
δες και γιαγιάδες". Σύμφωνα με τον KEMPLE (1985) με το  
πρόγραμμα αυτό ηλικιωμένα άτομα που έχουν μεγαλώσει τα δι-  
κιά τους παιδιά, έχουν σε αποκλειστική τους απασχόληση να  
χαϊδεύουν, να αγκαλιάζουν, να προσφέρουν μητρική φροντίδα,  
σε κακοποιημένα και δυστροφικά κυρίως βρέφη όσο καιρό  
νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο. Κάθε άτομο αναλαμβάνει ένα  
παιδί αφού "ταιριαστεί" με την οικογένεια του παιδιού με  
βάση το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Πληρώνονται με  
ωριαία αμοιβή από τις τοπικές προνοιακές υπηρεσίες. Η  
αμοιβή είναι χαμηλή γιατί συμπληρώνει απλώς τη συνταγή τους.  
Τα αποκλειστικά τους προσόντα είναι να είχαν οι ίδιοι την  
τύχη να έχουν μεγαλώσει με δοτικούς, στοργικούς γονείς  
και να τα έχουν καταφέρει αρκετά καλά με τα δικά τους παι-  
διά.

Όταν το παιδί βγει από το Νοσοκομείο συνεχίζουν την  
συνεργασία με την οικογένεια στο σπίτι σαν κλασικοί "βοηθοί  
γονιών" με κύριο στόχο δηλαδή τη συμπάρδσταση στους γονείς  
και πολύ λιγότερο στο παιδί.

#### ι. Οικιακοί βοηθοί.

Οι οικιακοί βοηθοί πληρώνονται από τις τοπικές προ-  
νοιακές υπηρεσίες για να καλύπτονται οι ανάγκες του νοικο-

κυριού σε οικογένειες που δεν τα βγάζουν πέρα, δηλαδή χαοτικές οικογένειες, οικογένειες σε κρίση (εισαγωγή ενός γονιού στο Νοσοκομείο, φυλακή, ψυχιατρείο), μητέρες σε περίοδο λοχείας κ.τ.λ. Παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η βοήθεια στο νοικοκυριό, οι οικιακοί βοηθοί επιλέγονται με βάση την ωριμότητα και την προσωπικότητά τους και λιγότερο για την ικανότητά τους να καθορίζουν τέλεια ένα σπίτι. Η τελειότητα αυτή βέβαια, που συνοδεύεται συνήθως από άσκηση κριτικής στους γονείς μπορεί να φέρει εντελώς το αντίθετο αποτέλεσμα.

### Πηγές βοήθειας για τα παιδιά

#### α. παιδιατρική κάλυψη.

Προσφέρεται παιδιατρική αξιολόγηση και παρακολούθηση στα πλαίσια του παιδιατρικού Νοσοκομείου, τοπικού κέντρου υγείας ή οικογενειακού γιατρού.

#### β. Βοήθεια από μη ειδικούς.

Σύμφωνα με το σχήμα αυτό, επιλέγονται άτομα ώριμα, διαφόρων ηλικιών, με κίνητρα και ενθουσιασμό, που με την κάλυψη κάποιου επαγγελματία - συνήθως κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου - ασχολούνται με τα παιδιά. Τα άτομα αυτά έχουν ρόλο περισσότερο οικογενειακού φίλου και συμπάρταση και λιγότερο "θεραπευτή".

#### γ. Θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών.

Θεραπευτική ομαδική προσέγγιση για παιδιά προσχολικής ηλικίας με συμμετοχή και των γονιών.

#### δ. Παιγνιοθεραπεία

Συνήθως γίνεται σε θεραπευτικό παιδοψυχιατρικό πλαίσιο ή άλλο κέντρο ψυχικής υγείας, με τη μορφή ατομικών συνεδρίων και παιδιά προσχολικής ηλικίας. Σ' αυτό το μοντέλο θεραπείας το παιχνίδι μέσα από τις διάφορες μορφές του χρησιμεύει σαν μέσο έκφρασης συναισθημάτων.

#### ε. Ατομική ψυχοθεραπεία.

Η ατομική ψυχοθεραπεία του κακοποιημένου παιδιού αρχίζει κατά την περίοδο κρίσης και συνεχίζει μέχρι το παιδί να είναι αρκετά δυνατό για να αντιμετωπιστεί με κάποιο άλλο θεραπευτικό μοντέλο.

Πολλά παιδιά χρειάζονται ένα μεταβατικό στάδιο όπου συμμετέχουν και στην ατομική και σε κάποιο άλλο τύπο θεραπείας. Ο θεραπευτής δημιουργεί με το παιδί μια σχέση εμπιστοσύνης, που είναι βασική για οποιαδήποτε θεραπευτική διαδικασία. Η ατομική θεραπεία, παρέχει στα παιδιά ένα χρόνο απαραίτητο για ν' αρχίσουν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους για την κακοποίηση, για την οικογένειά τους και για όσα συνέβησαν μετά την αποκάλυψη. Αυτός ο χρόνος παρέχει στο παιδί μια ασφάλεια για να καταλάβει τα γεγονότα και να ξανααποκτήσει την εκτίμησή του.

Ενώ η SGROI (1982) θεωρεί την ατομική θεραπεία σαν ένα απαραίτητο μεταβατικό στάδιο προς τα άλλα θεραπευτικά μοντέλα, η PORTER (1984) υποστηρίζει ότι η ατομική θεραπεία είναι απαραίτητη μόνον όταν ένα παιδί είναι πολύ σοβαρά διαταραγμένο ή όταν στον συγκεκριμένο τύπο δεν υπάρχει ανάλογη ομάδα στην οποία να μπορεί να εισαχθεί το παιδί. Η

Αγάθωνος (1987) υποστηρίζει ότι το μοντέλο αυτό θεραπείας απευθύνεται σε σχολικής ηλικίας, είναι ένα ακριβό θεραπευτικό σχήμα και συχνά βρίσκει τους γονείς ενάντιους σε μία "ατομική" σχέση του παιδιού οτις με κάποιο πρόσωπο εξουσίας έξω από την οικογένεια.

#### στ. Ομαδική ψυχοθεραπεία παιδιών.

Ομαδική θεραπευτική βοήθεια σε παιδιά σχολικής ηλικίας κυρίως. Σύμφωνα με τις Νάκου, Αγάθωνος και Παπαϊωάννου (1983) παιδιά που έχουν υποστεί την παθολογική και επιζήμια συμπεριφορά των γονιών τους, που προηγήθηκε της κακοποίησης παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό πρόβλήματα ανάπτυξης και συμπεριφοράς. Η παρατήρηση των παιδιών στην ομάδα διέκρινε διαταραχές ή καθυστέρηση στην κοινωνικοποίηση, έλλειψη κινήτρων για παιχνίδι και για λεκτική επικοινωνία, επιθετικότητα, φόβο.

Η ομαδική θεραπεία δίνει μια ευκαιρία στα θύματα της σωματικής κακοποίησης να συσχετιστούν με άλλα παιδιά σ'ένα κοινωνικά αποδεκτό περιβάλλον. Τα παιδιά αυτά συνήθως έχουν ένα ιστορικό απομόνωσης από τους συνομηλίκους με τους οποίους μπορούν να συνταυτιστούν και να μοιραστούν τις εμπειρίες τους.

Σύμφωνα με την SGROI (1982) τα θέματα που πρέπει να ληφθούν υπ'όψιν στην εφαρμογή αυτού του θεραπευτικού μοντέλου είναι: τύπος συναντήσεως, χρόνος και προγραμματισμός των συναντήσεων, δέσμευση των συμμετεχόντων με την ομάδα, ευκολίες μεταφοράς, σύσταση της ομάδας, ευαισθητοποίηση του προσωπικού της υπηρεσίας, χρησιμοποίηση συνθεραπευτών.

1. Τύπος συναντήσεων της ομάδας: Χρειάζεται να είναι ουδέτερος . Εάν στην υπηρεσία δεν υπάρχει κατάλληλος χώρος, πρέπει να δοθεί μια αίθουσα από την κοινότητα (αίθουσα σχολείου, νοσοκομείου κλπ). Τα παιδιά συνήθως νιώθουν μια αίσθηση ιδιοκτησίας για το χώρο που τους διατίθεται και πολλές φορές αναλαμβάνουν τη διακόσμησή του.

2. Χρόνος και προγραμματισμός των συναντήσεων: Πρέπει να βρεθεί μια ώρα η οποία να παρέχει τη δυνατότητα σε όλα τα μέλη να παρακολουθήσουν την ομάδα.

3. Δέσμευση των συμμετεχόντων στην ομάδα: Στα αρχικά στάδια οι θεραπευτές χρειάζεται να καθορίσουν για πόσο χρόνο και μέλη θα παρακολουθήσουν την ομάδα.

4. Ευκολίες μεταφοράς στα μέλη: Επειδή τα μέλη μπορεί να μείνουν σε απομακρυσμένες περιοχές και οι γονείς τους να μην είναι συνεργάσιμοι, αρνούμενοι να τα μεταφέρουν η υπηρεσία θα πρέπει να εξασφαλίσει μεταφορικό μέσο στα παιδιά.

5. Σύσταση της ομάδας: Πρέπει να εξεταστούν τα κοινά χαρακτηριστικά των μελών που θα απαρτίζουν την ομάδα. Ο τύπος της κακοποίησης, η αντίδραση της οικογένειας, και η αντίδραση του θύματος, πρέπει να ληφθούν υπ'όψιν. Η ομάδα μπορεί να είναι ανοικτή και να δέχεται νέα μέλη. Η απόφαση για το αν η ομάδα θα είναι ανοικτή ή κλειστή θα πρέπει να ληφθεί υπ'όψιν από την αρχή. Γι'αυτή την απόφαση πρέπει να εξετασθεί: (1) η ηλικία των παιδιών, (2) ο αριθμός των θεραπειών, (3) η διάρκεια του χρόνου συναντήσεως της ομάδας και ο αριθμός των θεραπευτικών συναντήσεων που απαιτούνται, και (4) οι προβλεπόμενες ανάγκες της κοινότητας για μια τέτοια ομάδα.



6. Ψυχαγωγία της ομάδας: Εάν η υπηρεσία διαθέτει κάποιο χρηματικό ποσό για την ομάδα, καλό θα είναι στις συναντήσεις να υπάρχουν αναψυκτικά, μπισκότα και να γιορτάζονται τα γενέθλια των μελών. Αυτό έχει τη συμβολική σημασία της φροντίδας και της προσοχής των μελών και μπορεί να είναι ένα δυνατό θεραπευτικό εργαλείο.

7. Ευαισθητοποίηση του προσωπικού της υπηρεσίας: Τα παιδιά είναι ευαίσθητα προς οποιαδήποτε ένδειξη μη φιλικής διάθεσης απέναντί τους. Θα συναισθανθούν την αμηχανία του προσωπικού, ακόμα και στο θάλαμο αναμονής ή από το τηλέφωνο, θα νιώσουν απορριπτόμενα και πιθανόν ν'αποσυρθούν από το θεραπευτικό πρόγραμμα. Εάν το προσωπικό φανεί ιδιαίτερα φιλικό απέναντι στα παιδιά, αυτά θα νοιώσουν την ειδική προσοχή και θ'ανταποκριθούν με φιλικότητα.

8. Οι θεραπευτές της ομάδας: Στον αρχικό προγραμματισμό χρειάζεται να αποφασισθεί αν ο θεραπευτής θα είναι άνδρας ή γυναίκα και αν θα χρησιμοποιηθούν συνθεραπευτές.

Τα θεραπευτικά θέματα που σύμφωνα με την SGROI (1982), πρῶτον πρέπει να προσεχτούν είναι η αναγνώριση και η έκφραση συναισθημάτων, η κοινωνικοποίηση, η προετοιμασία για το δικαστήριο και η οικογενειακή βία.

1. Αναγνώριση και έκφραση συναισθημάτων: Τα παιδιά, αυτά χρειάζονται να συζητήσουν τα συναισθήματα που έχουν για τον εαυτό τους, για τον δράστη, για την αντίδραση των οικογενειακών μελών, των φίλων και της κοινότητας. Μέσα σε μία τέτοια ομάδα θα προκύψει μία ποικιλία.

**2. Κοινωνικοποίηση:** Οι τύποι της κοινωνίας, που έχουν, γνωρίζουν αυτά τα παιδιά στην οικογένειά τους είναι δυσλειτουργικοί. Αυτό συχνά αντανακλάται στην ανεπαρκή επικοινωνία των παιδιών αυτών με συνομηλίκους.

Η διεργασία της ομάδας πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη των κοινωνικών ικανοτήτων ενθαρρύνοντας μια υγιή αλληλεπίδραση με συνομηλίκους και στην αναγνώριση των δικαιωμάτων των άλλων. Για μερικά παιδιά η ομάδα μπορεί να είναι η πρώτη υποστηρικτική εμπειρία βίωσης κατάλληλων ορίων προς τους άλλους.

**3. Προετοιμασία για το δικαστήριο:** Επειδή συχνά αυτές οι περιπτώσεις αν αποκαλυφθούν καταλήγουν στο δικαστήριο, μπορούν να συζητηθούν οι διαδικασίες μέσα στην ομάδα και να γίνει ένα παιχνίδι ρόλων.

**4. Οικογενειακή βία:** Η βία γενικά σε όλες τις μορφές πρέπει να συζητηθεί μέσα στην ομάδα, τα παιδιά πρέπει να μοιραστούν τις εμπειρίες τους και να μάθουν ότι έχει συμβεί και σε άλλους και ότι η βία δεν είναι ένας αποδεκτός τρόπος συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με την SGROI (1982) είναι απαραίτητη η συνύπαρξη ομαδικής και ατομικής θεραπείας στο ίδιο άτομο. Ένας από τους θεραπευτές της ομάδας μπορεί να συναντά το παιδί και ατομικά. Αυτό το μοντέλο διευκολύνει τον συνδυασμό της ατομικής και της ομαδικής θεραπείας.

Η ατομική θεραπεία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της αρχικής κατάστασης κρίσης. Αναπτύσσεται μια σχέση

εμπιστοσύνης ανάμεσα στο παιδί και στον θεραπευτή, και αυτό του δυναμώνει το εγώ του. Αυτό το μοντέλο παρέμβασης χρησιμεύει στην προκαταρκτική φάση για την εισαγωγή του παιδιού στην Ομάδα. Η ομαδική θεραπεία σύμφωνα με την SGROI είναι επακόλουθη φάση της ατομικής θεραπείας. Καθώς το παιδί αρχίζει να συμμετέχει στην ομάδα, μπορεί η ατομική θεραπεία να συνεχίζεται τους πρώτους μήνες και να διακοπεί ύστερα, καθώς αυτό συνδέεται περισσότερο με τα υπόλοιπα μέλη. Φαίνεται λοιπόν ότι ένας συνδυασμός ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας περιλαμβάνει τα πλεονεκτήματα και των δύο μοντέλων.

#### Αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η σημαντική αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών και η διεύρυνση των διαγνωστικών κριτηρίων καθώς και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης στη 10ετία του '70 για το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, οδήγησε στην ανάγκη να αναζητηθούν καταλληλότεροι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ένα πλήθος από ερευνητικά προγράμματα, μελέτες αξιολόγησης και πρότυπες υπηρεσίες, που χρηματοδοτήθηκαν από δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, προσπάθησαν να ανιχνεύσουν και να προσδιορίσουν τις αιτίες και τα αποτελέσματα της κακοποίησης και παραμέλησης στα παιδιά, να μελετήσουν τις διάφορες μεθόδους βοήθειας εντοπίζοντας τις πιο αποτελεσματικές για να εφαρμοστούν ευρύτερες.

Η αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) είναι ευκολότερη αν το μέτρο είναι

να μην επαναληφθεί η κακοποίηση. Όμως η έλλειψη επανακακοποίησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν πρέπει με κανένα τρόπο να θεωρηθεί σαν επιτυχία, ή ακόμα σαν ο κύριος συντελεστής της επιτυχίας. Όπως αναφέρει η Αγάθωνος, ο MARTIN (1976) υποστηρίζει ότι ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης κάθε μορφής θεραπευτικής παρέμβασης προσφέρει η λεπτομερής εκτίμηση του παιδιού σε διάφορα χρονικά στάδια της ζωής του. Δοκιμασίες για τη μέτρηση της νοημοσύνης και κλίμακες κοινωνικής προσαρμογής έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση κακοποιημένων παιδιών. Παράλληλα άλλοι απλούστεροι τρόποι που βασίζονται σε μια γενικότερη ευαισθησία όπως και στην παρατήρηση, είναι εξίσου ή περισσότερο ενδεικτικοί. Η τακτική φοίτηση του παιδιού στο σχολείο, η ατομική του καθαριότητα, η ενδυμασία του (π.χ. καλοκαιρινά ρούχα το χειμώνα, υπερβολική βρωμιά), η συμπεριφορά του στα διαλείμματα, η ασυνέπεια στην μελέτη, είναι καθρέπτης της οικογενειακής εικόνας ενώ συγχρόνως αποτελούν λόγους για δασκάλους, νηπιαγωγούς, κ.α. παραπομπής παιδιού και οικογένειας σε πρόγραμμα κακοποίησης - παραμέλησης με την ένδειξη του "παιδιού σε αυξημένο κίνδυνο".

Δύο βασικές αρχές πρέπει να ακολουθούνται σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) στην ερμηνεία δοκιμασιών ανάπτυξης σε κακοποιημένα παιδιού:

α. να διερευνάται το κατά πόσο η απόδοση του παιδιού συνδέεται με νοητική καθυστέρηση ή με άγχος ή με ανεπαρκή ερεθίσματα και εμπειρίες από το περιβάλλον του, ή ακόμα με διαταραχή ή ανεπάρκεια των αισθήσεων.

β. αυτός που κάνει την εκτίμηση θα πρέπει να είναι σε θέση να προτείνει μεθόδους θεραπευτικής παρέμβασης, που θα βοηθήσουν την αύξηση και την ανάπτυξη του παιδιού.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει, όπως υποστηρίζει ο FRANKLIN (1980) να αποδοθεί στην εκτίμηση και χρήση των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών, που μετρούν το νοητικό ηλικίο. Το παιδί που έχει "επιζήσει" σ'ένα περιβάλλον που κακοποιεί, έχει αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής που μπορεί να το εμποδίζουν να αποδώσει σε μία πιο δομημένη μάθηση. Συγχρόνως πρέπει να εκτιμάται η ικανότητα του εγώ να προσαρμόζεται σε τόσο δύσκολες συνθήκες. Η ικανότητα αυτή δεν μετριέται με τις καθιερωμένες δοκιμασίες νοημοσύνης ενώ το παιδί πληρώνει με αρκετό τίμημα την ανάπτυξη τέτοιων μηχανισμών προσαρμογής.

Η γνώση του εαυτού του, των άλλων, όσο και των αφηρημένων αντικειμένων είναι σημαντικά περιορισμένη ενώ η ενέργεια του παιδιού καταναλώνεται σε μηχανισμούς επιβίωσης και στην προσπάθεια να τα βγάλει πέρα με το άγχος του, το διαρκή κίνδυνο να υποστεί βία, το φόβο του να χάσει τον ίδιο το γονιό του ή την αγάπη του. Η ενέργεια που απομένει είναι ελάχιστη για να γνωρίσει τον εαυτό του και τον κόσμο του.

Μια σημαντική αξιολόγηση 11 προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης, όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1987) , ότι υποστηρίζει ο COHN (1979) έγινε στις η.Π.Α. με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, Εκπαίδευσης και Πρόνοιας που χρηματοδότησε τα προγράμματα αυτά. Αξιολογήθηκαν 1.742 γονείς

που βοηθήθηκαν στα πλαίσια των προγραμμάτων αυτών στην περίοδο Γενάρη 1975 - Δεκέμβρη 1976 και για διάστημα από ένα μήνα ως δύο χρόνια.

Τα σημαντικότερα ευρήματα από την μελέτη αυτή είναι:

α. Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό επανακακοποίησης και παραμέλησης .

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας 30% των γονιών παρέμφθησαν ξανά στο διάστημα αυτό για σοβαρή κακοποίηση των παιδιών τους.

β. Οι ίδιοι οι επαγγελματίες εκτίμησαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ήταν αμφίβολη: σε 42% των περιπτώσεων εκτιμήθηκε ότι ελαττώθηκε ο κίνδυνος για επανακακοποίηση στο τέλος της περιόδου θεραπείας.

γ. Ένας σημαντικός αριθμός παιδιών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και ότι ανάλογη προσοχή πρέπει να δοθεί για τη θεραπεία του.

ζ. Οι πιο επιτυχημένες θεραπευτικές προσεγγίσεις ήταν αυτές που περιλάμβαναν βοήθεια από "μη ειδικούς" δηλαδή βοηθούς γονιών, οικιακούς βοηθούς, ανώνυμους γονείς.

Σαν συμπέρασμα, οι ερευνητές προτείνουν το συνδυασμό προγραμμάτων βοήθειας από καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες συνήθως κοινωνικούς λειτουργούς - και "μη ειδικούς", στα πλαίσια εξειδικευμένων κέντρων, αλλά και κοινοτικών πηγών βοήθειας.

Β. Προγράμματα αντιμετώπισης του προβλήματος της σωματικής και παραμέλησης του παιδιού στον Ελλαδικό χώρο.

Η έρευνα μας για τις υπηρεσίες που εφαρμόζουν προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική μελέτη για το ποιές θα έπρεπε να είναι "τυπικά" αυτές που εφαρμόζουν τέτοια προγράμματα. Η έρευνα αυτή οδήγησε στο συμπέρασμα ότι μόνο οι παρακάτω αναφερόμενες υπηρεσίες ασχολούνται με τέτοιου είδους περιστατικά είτε επειδή είναι αυτές καθευτός ο σκοπός τους είτε επειδή αυτό εμπίπτει σε κάποιο πρόγραμμα των αρμοδιοτήτων τους. Οι υπηρεσίες αυτές περιορίζονται στο χώρο της πόλης της Αθήνας, όπου βρίσκεται ο μεγαλύτερος αριθμός των υπηρεσιών παιδικής προστασίας.

Ε. Προγράμματα αντιμετώπισης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στον Ελλαδικό χώρο.

**Ι. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π)**

Ο μοναδικός φορέας που ασχολείται από το 1972 με την ερευνητική αποκάλυψη και την μελέτη του φαινομένου είναι το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Στόχος της μονάδας είναι η διεπιστημονική έρευνα που αφορά τη σωματική, ψυχική, νοητική υγεία των παιδιών και την κοινωνική τους υποστήριξη, αλλά και την διάδοση των γνώσεων που προκύπτουν από την έρευνα.

Όπως αναφέρουν ο Gil (1976) και ο Kemple (1979), κάθε χώρα ακολουθεί μία προκαθορισμένη πορεία στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει κοινωνικές διαταραχές όπως μία γενικευμένη δυσλειτουργία σαν την οικογενειακή βία, με την ιδιαίτερη εκφρασή της στα παιδιά. Η πορεία αυτή στον χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών έχει περιγραφεί να ακολουθεί μία σειρά απο συγκεκριμένα στάδια.

Μετά απο την ανακάλυψη της ύπαρξης του προβλήματος επικρατεί ένα γενικό κλίμα αμηχανίας και στην συνέχεια πραγματοποιείται ο σχηματισμός μικρής ομάδας ατόμων που έντονα προβληματισμένοι επιμένουν ότι πρέπει να γίνει. Όπως αναφέρει η Ε. Αγάθωνος (1987), η επιμονή αυτή διαμορφώνεται επιστημονικά σε μία οι περισσότερες μελέτες που χρηματοδοτούνται και έτσι το πρόβλημα εκτιμάται απο πολλές πλευρές. Στην συνέχεια ακολουθεί η αναγνώριση άλλων μορφών κακοποίησης. Αυτή η κατανόηση των δυναμικών του προβλήματος οδηγεί στην αναζήτηση της αιτιολογίας με φυσικό επακόλουθο την θεραπευτική αντιμετώπιση και την πρόληψη.

Μετά απο την πρώτη γραπτή αναφορά με την μορφή επιφυλλίδας σε εφημερίδα το 1976 απο τον παιδίατρο Σ. Δοξιάδη τον α-



μέσως επόμενο χρόνο το Ινστιτούτο άρχισε να ασχολείται με το θέμα και μέσα στο 1977 δημοσιεύθηκε η πρώτη αναδρομική μελέτη για το πρόβλημα απο την Αγάθωνος (1977), που στηρίχθηκε σε υλικό της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων.

Το χρονικό διάστημα 1977-1986 το σύνολο του υλικού που συγκεντρώθηκε απο την ομάδα του Ι.Υ.Π. αφορούσε περίπου 300 οικογένειες της Αθήνας -Πειραιά που κακοποίησαν και παραμέλησαν ένα ή περισσότερα παιδιά τους, τόσο σοβαρά ώστε να χρειαστούν ιατρική βοήθεια. Απο τον μικρό επιστημονικό πυρήνα που δημιουργήθηκε στο Ι.Υ.Π. το 1978 απο μία Κοινωνική λειτουργό, ένα Ψυχολόγο και μία Παιδιάτρο που έκαναν την πρώτη μελέτη Pilot το 1979 δημιουργήθηκε μία πλήρης διεπιστημονική ομάδα με μέλη δύο Κοινωνικούς λειτουργούς-Ψυχολόγους, δύο Παιδιάτρους, ένα Ψυχίατρο, μία Κλινική Ψυχολόγο και ένα Νομικό Σύμβουλο, με στόχο ένα τριετές ερευνητικό πρόγραμμα της μορφής που το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών εμφανίζεται στον Ελλαδικό χώρο.

Απο το 1981-1985 που καμία μελέτη κακοποίησης παιδιών έξω απο την οικογένεια δεν είχε γίνει, παραπέμφηκαν στην ομάδα του Ι.Υ.Π. περιπτώσεις παιδιών σωματικής κακοποίησης απο ιδρύματα κλειστής περίθαλψης στην Αθήνα. Απο το 1985 λόγω της πληθώρας των παραπομπών το Ι.Υ.Π. περιορίστηκε στην κάλυψη των περιστατικών απο το Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία". Στο χρονικό διάστημα 1977-1986 η ερευνητική ομάδα του Ι.Υ.Π ανέλαβε ένα εντατικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησης του επιστημονικού προσωπικού και διαφώτισης του ευρύτερου πληθυσμού. Παρουσιάσεις ερευνητικού υλικού έγιναν σε Πανελλήνια Ιατρικά και Παιδιατρικά Συνέδρια.

Στο διεθνή χώρο η ομάδα του Ι.Υ.Π. συνεργάζεται απο το

1982 με την Διεθνή Εταιρεία για την Πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect), και με ανάλογα κέντρα της Ευρώπης και των Η.Π.Α.

Απο το 1987-1990 το Ι.Υ.Π. έχει περιοριστεί σε καθαρά ερευνητικές μελέτες σταματώντας να καλύπτει περιστατικά απο το Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία". Η συνεργασία του με υπηρεσίες που δέχονται περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης είναι πλέον σε συμβουλευτικό επίπεδο.

## **II. Μονάδα Κακοποιημένων και Παραμελημένων Παιδιών (ΚΑΠΑ)**

Η συνεργασία της ομάδας του Ι.Υ.Π με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας οδήγησε στην δημιουργία της Μονάδας Κακοποιημένων και Παραμελημένων Παιδιών (γνωστής σαν μονάδα ΚΑΠΑ), τον πρώτο ξενώνα στην Ελλάδα φιλοξενίας βρεφών και νηπίων 0-3 ετών που πρέπει να απομακρυνθούν απο το οικογενειακό περιβάλλον για μικρό και μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης. Σύμφωνα με την Ε. Αγάθωνος η μονάδα με δύναμη 12 παιδιών άρχισε να λειτουργεί τον Ιούλιο του 1984 σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο ιδρύματος κλειστής περίθαλψης του ΕΟΠ στην Αθήνα. Το Ι.Υ.Π. διατηρεί την επιστημονική εποπτεία της μονάδας που περιλαμβάνει την θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες των παιδιών, την νομική και προνοιακή αποκατάσταση των παιδιών που δεν υπάρχουν προϋποθέσεις να επιστρέψουν στις φυσικές τους οικογένειες, την ευαισθητοποίηση και επιστημονική εποπτεία του προσωπικού.

Πρίν αναφερθούμε ειδικότερα στην συγκεκριμένη μονάδα θα πούμε λίγα λόγια για τις μονάδες κρίσης (Crisis units ή Shelters), που δέχονται οικογένειες με προδιάθεση για βία που βρίσκονται σε περιόδους κρίσης. Οι μονάδες κρίσεις λειτουρ-

γούν με την μορφή ξενώνων για παιδιά προσχολικής ηλικίας, απο νεογέννητα έως 5,5 ετών.

Βασικές αρχές και προϋποθέσεις λειτουργίας των μονάδων σύμφωνα με τον Mc. Quinston (1976), θεωρούνται:

1. Οι γονείς αυτοί όταν βρίσκονται σε κρίση χρειάζονται άμεση ανακούφιση απο τα παιδιά τους ώστε να μειωθεί ένας κύριος παράγοντας αυτής της έντασης. Η άμεση εισαγωγή του παιδιού στην μονάδα προλαβαίνει την κακοποίηση του παιδιού ενώ συγχρόνως προφυλάσει τον γονιό απο μία τέτοια πράξη.

2. Οι γονείς που έχουν την προδιάθεση να κακοποιήσουν ή που ήδη κακοποιούν τα παιδιά τους χρειάζεται να μάθουν πως να δέχονται και να χρησιμοποιούν την βοήθεια. Ένα απο τα πλαίσια που μπορεί να τους προσφέρει εμπιστοσύνη ώστε να κινητοποιηθούν είναι ένα μη απειλητικό πλαίσιο που μπορούν να "ακουμπήσουν" τα παιδιά τους.

3. Οι γονείς που κακοποιούν πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν πότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για να επιτερθούν στα παιδιά τους, να μάθουν δηλαδή ν'αναγνωρίζουν την ένταση και να την προλαβαίνουν. Αν το κατορθώσουν αυτό και πάνε το παιδί τους στην μονάδα αποφεύγεται η κακοποίηση.

4. Ένας απο τους σκοπούς της θεραπευτικής παρέμβασης είναι να βοηθηθούν οι γονείς ώστε να επιτρέψουν στα παιδιά τους να πάρουν στοργή και φροντίδα απο άτομα έξω απο την πυρηνική οικογένεια. Αυτό προϋποθέτει ότι ο γονιός θα επιτρέψει στο παιδί του να αναπτύξει θετικά αισθήματα για τους άλλους ανθρώπους, κάτι πολύ δύσκολο και απειλητικό για γονείς που τείνουν να βλέπουν το παιδί τους σαν την κύρια πηγή για την ικανοποίηση των δικών τους αναγκών.

Η αποτελεσματικότητα της μονάδας κρίσης είναι ατελής αν

η προσφορά στο ίδιο το παιδί δεν συνδυάζεται με ανάλογα εντατική θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια ώστε ν'αμβλυνθούν εκείνοι οι παράγοντες που προκάλεσαν την χρόνια ή οξεία κρίση και με σκοπό την ασφαλή επιστροφή του παιδιού στο σπίτι.

Η μονάδα ΚΑΠΑ άρχισε να λειτουργεί απο τον Ιούλιο του 1984 στηριζόμενη στο πρότυπο των μονάδων κρίσης. Συγκεκριμένα η μονάδα προορίζεται για δύναμη 10-12 παιδιών απο 40 ημερών έως τριών ετών ή μέχρις ότου να μπορούν να ενταχθούν στην κανονική δύναμη παιδιών του Αγίου Ανδρέα. Τα παιδιά αυτά είναι κατά κανόνα φυσιολογικά που μεγαλώνουν σε παθολογικό περιβάλλον. Η παθολογία αυτή θέτει σε κίνδυνο τη ζωή τους εφόσον κακοποιούνται σωματικά και παραμελούνται σε βαθμό που χρειάζονται ιατρική παρέμβαση. Τις περισσότερες φορές η έγκαιρη παρέμβαση προλαβαίνει μόνιμες βλάβες ή αναπηρίες.

Η παραμονή των παιδιών στην μονάδα δεν προβλέπεται να είναι μακρόχρονη εκτός απο εξαιρέσεις. Η εντατική συνεργασία με την οικογένεια έχει σκοπό την επανένταξη του παιδιού στο περιβάλλον του. Όταν όμως αυτό κριθεί επιζήμιο για το παιδί τότε πρέπει να γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης του παιδιού σε εξωιδρυματικό περιβάλλον (ανάδοχη οικογένεια, υιοθεσία). Εφόσον η προσπάθεια αποσκοπεί στην επανένταξη του παιδιού στην οικογένεια, πρέπει να ενισχύεται η επικοινωνία γονέων-παιδιών. Επειδή όμως ορισμένοι γονείς μπορεί να έχουν προσωπικά προβλήματα τέτοια που να δημιουργούν πρόβλημα, η επικοινωνία των γονέων με την μονάδα θα κρίνεται κατά περίπτωση απο το επιστημονικό προσωπικό του Ι.Υ.Π. σε συνεργασία με την κοινωνική υπηρεσία του ιδρύματος πρόνοιας παιδιού.

Μετά απο εμπειρία ενός χρόνου λειτουργίας της μονάδας όπως αναφέρουν οι Αγάθωνος και Μαραγκός (1986), απο τον Ιούλιο

του 1984 μέχρι τον Ιούλιο του 1985 η μονάδα εξυπηρέτησε τις ανάγκες 21 παιδιών, 13 αγοριών και 8 κοριτσιών. Η ηλικία των αγοριών κυμαινόταν από 3,5 έως 28 μήνες (Μ.Ο 22,2 μήνες), ενώ η ηλικία των κοριτσιών κυμαινόταν από 3,5 έως 28 μήνες (Μ.Ο 16,8 μήνες). Οι λόγοι εισαγωγής ήταν: α) Σοβαρή σωματική κακοποίηση (3 παιδιά), β) μέτρια σωματική κακοποίηση κατά την εισαγωγή ή λίγους μήνες πριν (6 παιδιά), γ) καθυστέρηση στην ανάπτυξη (9 παιδιά), δ) παραμέληση (3 παιδιά). Η διάρκεια παραμονής κάθε παιδιού στην μονάδα είναι κατά Μ.Ο 3-4 μήνες. Σε διάστημα 4 ετών λειτουργίας (Ιούνιος 1988), η μονάδα κάλυψε 41 παιδιά. Από αυτά 20 επεστρεψαν στις φυσικές τους οικογένειες, 5 τα ανέλαβαν συγγενείς που κατοχυρώθηκαν νομικά με την ανάληψη της επιμέλειας του παιδιού και την επιδότησή τους σαν ανάδοχη οικογένεια, 7 προωθήθηκαν για υιοθεσία μέσω του Κέντρου Βρεφών "Μητέρα", ενώ 9 φιλοξενούνταν ακόμη στην μονάδα τον Ιούνιο του 1988.

Το 1987, η επιστημονική εποπτεία της μονάδας ενισχύθηκε με τριμελή επιστημονική ομάδα του ΕΟΠ (παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός), που με μερική απασχόληση συνεργάζεται κυρίως με το προσωπικό.

Τελείως αναπάντεχα το Δεκέμβριο του 1988, η μονάδα καταργήθηκε και ο χώρος της χρησιμοποιήθηκε άμεσα για το πρόγραμμα μελέτης παιδιών σχολικής ηλικίας της περιοχής. Ένα πρότυπο πρόγραμμα παιδικής προστασίας, το μοναδικό στην Ελλάδα, που για κάθε παιδί αντιστοιχούσε εντατική θεραπεία στην οικογένεια, καταργήθηκε με μία διοικητική απόφαση. Μία τέτοια απόφαση αποτελεί σοβαρή οπισθοδρόμηση στην ιστορική εξέλιξη της παιδικής προστασίας στην Ελλάδα. Μία νέα δομή καταργήθηκε ενώ απαρχαιωμένες δομές όπως ιδρυμάτων κλειστής πε-

ρίθαλψης διατηρούνται με άσχημες συνθήκες για τα παιδιά και για το προσωπικό.

### III. ΠΙΚΠΑ

Περιπτώσεις κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών φθάνουν σε φορείς όπως το ΠΙΚΠΑ. Το υλικό του ΠΙΚΠΑ αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από περιπτώσεις πολυπροβληματικών οικογενειών σε κρίση. Όμως σύμφωνα με τα λεγόμενα των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτό δεν λειτουργεί κανένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης παρά μόνο το πρόγραμμα των αναδόχων οικογενειών.

### IV. Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθήνας (ΕΠΑΑ)

Η ΕΠΑΑ, επίσημα ιδρύθηκε με τον Α.Ν 2724/40 και άρχισε να λειτουργεί μετά την ονομασία της από "Σύλλογος Προστασίας Κρατουμένων Γυναικών και Ανηλίκων" που ονομαζόταν από το 1924 σε "Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθήνας" το 1940, όπου μετά τον επίσημο θεσμό των εταιρειών προστασίας ανηλίκων και δια του άρθρου 12 Α.Ν 2724/40 προβλέπεται η ίδρυση των ΕΠΑ στις έδρες όλων των πρωτοδικείων του κράτους.

Σκοπός της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων είναι:

- α) Η οργάνωση και επεξεργασία προγραμμάτων γενικής προλήψεως της εγκληματικότητας των ανηλίκων.
- β) Άσκηση ειδικής προλήψεως για συγκεκριμένες περιπτώσεις ανηλίκων.
- γ) Δικαστηριακή και νομική αρωγή ανηλίκων και προστασία.
- δ) Προστασία ανηλίκων από διαφόρους κινδύνους.
- ε) Παροχή Υπηρεσιών από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και τις Κοινωνικές υπηρεσίες προκειμένου να εξασφαλιστεί η εξέλιξη της συμπεριφοράς των ανηλίκων.

Όπως υποστηρίζεται από την Παπάζογλου Ι. (1991), το πρόβλημα της κακοποίησης του παιδιού στην Ελλάδα αντιμετωπίζεται διεπιστημονικά σε πολύ περιορισμένο επίπεδο στην Αθήνα, ενώ τα περιστατικά που φθάνουν στις υπηρεσίες, αντιμετωπίζονται σαν κλασσικά κοινωνικά περιστατικά. Τα προγράμματα που υπάρχουν σήμερα ακολουθούν κλασσικές δομές και δεν μπορούν να καλύψουν σύγχρονες και συνεχώς αναδυόμενες ανάγκες. Η ΕΠΑΑ ασχολείται με περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών προσχολικής ηλικίας εφαρμόζοντας βασικές μεθόδους της Κοινωνικής Εργασίας, δηλαδή Κοινωνική εργασία με το άτομο, την οικογένεια και τον ευρύτερο κοινοτικό χώρο που ζει η οικογένεια. Τα περιστατικά που φτάνουν στην υπηρεσία μέσω της Αστυνομίας Ανηλίκων, του περιβάλλοντος που βρίσκεται και ζει η οικογένεια (γείτονες, συγγενείς, φίλοι), από τον ένα από τους δύο γονείς και από την Εισαγγελία Αθηνών.

Η θεραπεία που ακολουθείται είναι: α) Υποστηρικτική οικογένειας, β) Συμβουλευτική οικογένειας. Για ουσιαστικότερη και πιο ολοκληρωμένη βοήθεια οι περιπτώσεις παραπέμπονται στο Κέντρο Βρεφών "Μητέρα" ή στο ΠΙΚΠΑ για το πρόγραμμα υιοθεσίας. Οι περιπτώσεις που παραμένουν και αντιμετωπίζονται από την ΕΠΑΑ αναλαμβάνονται από τους επαγγελματίες και τους σπουδαστές Κοινωνικούς Λειτουργούς. Επίσης υπάρχει εθελοντική βοήθεια από δικηγόρους για την επίλυση νομικών θεμάτων.

Η ΕΠΑΑ αποτελείται και λειτουργεί μόνο με 5 Κοινωνικούς Λειτουργούς και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην εφαρμόζεται κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα μέσα στην υπηρεσία. Ταυτόχρονα η απουσία άλλων αναγκαίων ειδικοτήτων όπως Ψυχολόγων και Ψυχιάτρων δημιουργεί έντονο πρόβλημα στην έγκαιρη διάγνωση της ψυχοπαθολογίας της οικογένειας.

## V. Κέντρο Βρεφών "Η Μητέρα"

Το "Μητέρα", ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 1988 ένα πρόγραμμα "Κακοποίησης Παραμέλησης Παιδιών", μετά απο διαπίστωση ότι οι περιπτώσεις αυτές πληθαίνουν και χρειάζονται περισσότερες μονάδες εκτός απο το Ι.Υ.Π. που ήταν το πρώτο που ξεκίνησε τέτοιο πρόγραμμα. Το "Μητέρα" ανέκαθεν αναλάμβανε τέτοιες περιπτώσεις, αλλά τα προηγούμενα χρόνια δεν είχε οργανωμένο πρόγραμμα για την αντιμετώπισή τους μιά και απαιτείται ειδικός χειρισμός απο εξειδικευμένο προσωπικό.

Απο τον Νοέμβριο του 1988 έως το τέλος του 1989 το τμήμα ΚΑ.ΠΑ του "Μητέρα" ασχολήθηκε με 43 παιδιά παραμελημένα και κακοποιημένα που προέρχονταν απο 25 οικογένειες. Η παραπομπή των περιπτώσεων έγινε απο νοσοκομεία, την εισαγγελία ανηλίκων, ιδιώτες επαγγελματίες και πιο σπάνια απο γείτονες και συγγενείς. Η ηλικία των παιδιών κυμαινόταν απο λίγων μηνών έως 9 χρονών.

Το τμήμα ΚΑ.ΠΑ είναι στελεχωμένο με διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται απο Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχολόγο, Ψυχίατρο, Παιδίατρο, Νηπιοβρεφοκόμο-Παιδαγωγό και Νομικό. Κάθε περίπτωση αναλαμβάνεται από την διεπιστημονική ομάδα, η οποία:

- a) Κατ'αρχήν προβαίνει σε μία άμεση εκτίμηση του προβλήματος και της κρίσης που έχει παρουσιάσει στην οικογένεια, ώστε να αποφασιστεί η άμεση απομάκρυνση του παιδιού ή των παιδιών απο τους γονείς αν αποφασιστεί ότι κινδυνεύει και ότι είναι προς όφελός του η απομάκρυνση. Σε αυτή την περίπτωση το παιδί μπορεί να προστατευθεί μέσα στο "Μητέρα" ή να τοποθετηθεί σε ανάδοχη οικογένεια. Η ανάδοχη οικογένεια κατά κανόνα προτιμάται λόγω της ηλικίας αυτών των παιδιών και του γεγονότος ότι προέρχονται απο οικογενειακό περιβάλλον. Εφόσον δεν υπάρχει



άμεσος κίνδυνος για το παιδί παραμένει στην οικογένειά του αλλά υπο στενή παρακολούθηση και συνεργασία με το "Μητέρα".

β) Σε δεύτερη φάση, η διεπιστημονική ομάδα προβαίνει σε μία πληρέστερη διαγνωστική εκτίμηση της προσωπικότητας και συμπεριφοράς των γονέων, των σχέσεων μεταξύ τους, των οικονομικών και πρακτικών προβλημάτων, του δυναμικού τους να φροντίζουν με κάποια επάρκεια το παιδί και του δεσμού τους με το παιδί και γενικά του τρόπου που λειτουργεί η οικογένεια και των πηγών στήριξης που έχει ή δεν έχει στο περιβάλλον της. Ασφαλώς εξετάζονται θέματα ψυχοπαθολογίας της οικογένειας. Εδώ ο ρόλος του Ψυχιάτρου και του Ψυχολόγου είναι σημαντικός.

γ) Στην επόμενη φάση και με βάση την διεπιστημονική εκτίμηση η διεπιστημονική ομάδα προχωρά: i) σε θεραπευτική κατά το δυνατόν συνεργασία με τους γονείς, ii) σε παρέμβαση ψυχοκοινωνικής στήριξης, και iii) επίλυση οικονομικών/πρακτικών προβλημάτων (επιδότηση, βοήθεια για αλλαγή κατοικίας, εξεύρεση εργασίας, βοήθεια για φροντίδα του παιδιού τις ώρες εργασίας των γονέων, οικιακή βοήθεια για ενίσχυση της μητέρας στη φροντίδα του νοικοκυριού και των παιδιών κ.ά.).

Το σύνολο αυτής της βοήθειας προσφέρεται από τους Κοινωνικό Λειτουργό/Ψυχολόγο/Ψυχίατρο/Παιδίατρο και άλλους ειδικούς ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης.

δ) Εάν βελτιωθούν οι συνθήκες ζωής της οικογένειας και ενισχυθεί το δυναμικό της να φροντίσει το παιδί, το τελευταίο επανέρχεται στην οικογένεια αν είχε απομακρυνθεί. Εάν αποδειχθεί ότι η ψυχοπαθολογία των γονέων είναι τέτοια που δεν μπορούν παρά την βοήθεια να βελτιώσουν ή να αλλάξουν τον τρόπο φροντίδας του παιδιού τους το οποίο θα εξακολουθούσε να βρίσκεται σε κίνδυνο, εάν επέστρεφε στην οικογένεια, τότε εξετά-

ζονται άλλες εναλλακτικές λύσεις, όπως είναι η μόνιμη τοποθέτηση του παιδιού σε ανάδοχη οικογένεια ή η υιοθεσία του. Σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς δηλώνουν ότι δεν ενδιαφέρονται για το παιδί ή ότι δεν μπορούν να έχουν την φροντίδα του και συμφωνούν στην μόνιμη απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια.

Οποσδήποτε ο πρώτος στόχος του "Μητέρα" είναι να επιστρέψει το παιδί στους γονείς του. Επειδή όμως συχνά αυτά τα περιστατικά είναι πολύ δύσκολα λόγω της μακροχρονιότητας, της σοβαρότητας και της πολυπλοκότητας των προβλημάτων, αρκετά παιδιά χρειάζεται να απομακρυνθούν μόνιμα από την οικογένειά τους. Σε αρκετές περιπτώσεις όμως μπορεί να κριθεί βοηθητικό για το παιδί να διατηρήσει τους τυχόν υπάρχοντες δεσμούς με μέλη της φυσικής του οικογένειας.

Το τμήμα ΚΑ.ΠΑ συνεργάζεται στενά με την Εισαγγελία Ανηλίκων, το Δικαστήριο Ανηλίκων και την Αστυνομία, διότι η κακοποίηση και παραμέληση παιδιού είναι ποινικό αδίκημα. Αλλά η στάση του "Μητέρα" δεν είναι τιμωρητική προς τους γονείς, αλλά βοηθητική, εφόσον η συγκεκριμένη συμπεριφορά εκλύεται κάτω από έντονες ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές πιέσεις που τα άτομα και οι οικογένειες δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν. Ασφαλώς όμως, σε όλες τις περιπτώσεις προέχει το συμφέρον του παιδιού και η εξασφάλιση σε αυτό ενός ομαλού και σταθερού κατά το δυνατόν, οικογενειακού περιβάλλοντος για το υπόλοιπο της παιδικής του ηλικίας.

Αυτό είναι σε γενικές γραμμές το πρόγραμμα ΚΑ.ΠΑ του "Μητέρα". Όμως όσο και αν προσπαθεί να πείσει για την "βοηθητική" στάση του προς τους γονείς των κακοποιημένων παιδιών, πολλοί υποστηρίζουν ότι η δομή του-παρά το υψηλό επιστημονικό

επίπεδο-ταυτίζει την αποκατάσταση του παιδιού περισσότερο με την υιοθεσία και την αναδοχή και λιγότερο με την συστηματική στήριξη της οικογένειας σε οξεία ή χρόνια κρίση.

## VI. Αστυνομία Ανηλίκων

Η Αστυνομία Ανηλίκων Αθηνών αντιμετωπίζει τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών της περιοχής της Αθήνας, που φτάνουν στο τμήμα της μετά από καταγγελία του ίδιου του ανηλίκου, του ενός από τους δύο γονείς του, από τους γείτονες ή από τους διάφορους θεσμούς για την προστασία του ανηλίκου. Το τμήμα ανηλίκων ενημερώνεται για την πράξη σε βάρος του ανηλίκου από καταγγελίες που γίνονται είτε απευθείας σ' αυτό είτε σε κάποιο άλλο αρμόδιο θεσμό (Εισαγγελία Ανηλίκων, Ι.Υ.Π. κ.ά.), είτε από τα κατά τόπους αρμόδια τμήματα ασφάλειας.

Οι ενέργειες στις οποίες προβαίνει η Αστυνομία σε τέτοιες περιπτώσεις ποικίλουν ανάλογα με το αδίκημα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εκτός από την δίωξη του δράστη αναζητούνται, σε συνεργασία με συναρμόδιους φορείς, τρόποι για παροχή βοήθειας στο ίδιο τον ανήλικο (π.χ. μεταφορά του στο Νοσοκομείο ή τοποθέτηση σε κατάλληλο ίδρυμα). Σημειώνεται όμως ότι κανένας από τους Αστυνομικούς που απάντησαν στα ερωτηματολόγια μας δεν είχε ειδική εκπαίδευση και ότι 3 στους 4 πιστεύουν ότι το πρόβλημα είναι περιορισμένων διαστάσεων.

Συμπερασματικά, παρά την διαρκώς αυξανόμενη ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών και του κοινού όσον αφορά το πρόβλημα βίας προς τα παιδιά και τις συνεχείς δημοσιεύσεις σοβαρότατων περιπτώσεων στον τύπο, η επίσημη πολιτεία δείχνει μειωμένη ευ-

αισθησία για το θέμα. Το Ι.Υ.Π. έχει έργο πλέον μόνο ερευνητικό, η μονάδα ΚΑΠΑ καταργήθηκε, η Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων δεν εφαρμόζει κανένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα μέσα στην υπηρεσία, ενώ το Κέντρο Βρεφών "Μητέρα" ταυτίζει την αποκατάσταση του παιδιού με την υιοθεσία περισσότερο και την αναδοχή. Το ΠΙΚΠΑ επίσης δηλώνει ότι δεν εφαρμόζει κανένα πρόγραμμα θεραπευτικής αντιμετώπισης εκτός από αυτό των αναδόχων οικογενειών. Οι περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών φθάνουν σε φορείς όπως το ΠΙΚΠΑ, ο ΕΟΠ, τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Πρόνοιας, την ΕΠΑΑ, Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων και άλλους φορείς Υγείας, Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Δημόσιας Τάξης. Οι επαγγελματίες που τα αναλαμβάνουν αυτοσχεδιάζουν γιατί δεν υπάρχει ένας κοινός τρόπος αντιμετώπισης που να στηρίζεται σε μία κοινή μεθοδολογία. Θα περίμενε κανείς ότι μετά από 13 χρόνια χρηματοδότησης ερευνητικών προγραμμάτων το ίδιο το Υπουργείο θα έπαιρνε την πρωτοβουλία-όπως σε άλλες χώρες για την δημιουργία τουλάχιστον ενός "Οδηγού αντιμετώπισης" σε Πανελλήνια κλίμακα. Δυστηχώς όμως τίποτα από όλα αυτά δεν έχει γίνει και φαίνεται ότι δεν υπάρχουν οι επιστημονικές και λειτουργικές προϋποθέσεις για την θεραπευτική αντιμετώπιση ούτε των ίδιων των παιδιών που κακοποιούνται ούτε των οικογενειών τους.

## ΣΤ. ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι περισσότερες προσπάθειες στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών έχουν επικεντρωθεί μέχρι σήμερα περισσότερο στη διάγνωση και στη θεραπεία, παρά στην πρόληψη του προβλήματος. Ο COHN (1979) υποστηρίζει ότι μαζί με την εμπειρία της διάγνωσης περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών ήρθε και η μάθηση του ποιοί γονείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιήσουν τα παιδιά τους. Καταλαβαίνοντας γιατί οι συγκεκριμένοι γονείς κακοποιούν αυτά τα παιδιά και θεραπεύοντας τους ίδιους, όπως λέει ο COHN, οι ειδικοί έμαθαν για τις ανάγκες των γονέων που έχουν προδιαθεσιακούς παράγοντες για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους.

Τέλος η αντιμετώπιση των αναγκών των κακοποιημένων παιδιών τους έμαθε ότι η θεραπευτική παρέμβαση στα παιδιά μπορεί να είναι ένας μακροπρόθεσμος στόχος πρόληψης.

Η μονομερής, όμως, αυτή ψυχodynamική θεώρηση, σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) ορίζει και περιορίζει σήμερα το μεγαλύτερο μέρος της παροχής υπηρεσιών στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Η επικέντρωση της προσοχής στο άτομο και η πίστη στη θεραπευτική αξία της κατανόησης και της συζήτησης καλύπτει ευρύτερες οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις και, ασφλαώς, σύμφωνα με την ίδια, περιορίζει το μέγεθος και τις μεθόδους κάθε παρεμβατικής πολιτικής. Αντιθέτως, η ευρύτερη οικολογική άποψη, που υποστηρίζει ο NEWBERGER (1982), θεωρεί την κακοποίηση ως ένα σύμπτωμα διαταραχής ενός πολυσυνθετού οικολογικού συστήματος και προσφέρει δυνατότητες για μια ολοκληρωμένη αντίληψη αιτίας - αποτελέσματος με πολύ πιο χρήσιμες

αλλά δύσκολες απόψεις και προσεγγίσεις όσον αφορά την πρόληψη. Όπως αναφέρει ο NEWBERGER, η πρόληψη για να είναι πραγματικά αποτελεσματική, πρέπει να σχεδιαστεί στα επίπεδα του ατόμου, της κοινότητας και της ευρύτερης κοινωνίας.

Ο HELFER (1982) χωρίζει την πρόληψη σε τρεις βασικές κατηγορίες, που εκπροσωπούν αυτοτελείς αλλά και αλληλένδετους στόχους:

1. Π ρ ω τ ο γ ε ν ή ς : Η πρωτογενής πρόληψη ορίζεται από τον HELFER σαν, (α) οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται για άτομα - ιδίως νεογέννητα παιδιά με σκοπό να εξασφαλιστεί ότι το συγκεκριμένο άτομο ποτέ στη ζωή του δεν θα κακοποιηθεί και παραμεληθεί, (β) οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται σε κοινωνικό επίπεδο με στόχο να μην υπάρξει ποτέ πρόβλημα κακοποίησης παιδιών στην κοινωνία μας π.χ. να εξαλειφθεί η φτώχεια ή, σε μικρότερη κλίμακα να βελτιωθούν οι συνθήκες κατοικίας σε συγκεκριμένα κινδύνια.

2. Δ ε υ τ ε ρ ο γ ε ν ή ς : Οποιοδήποτε πρόγραμμα απευθύνεται ή μέτρο λαμβάνεται για άτομο ή ομάδα ατόμων που προέρχονται από περιβάλλον υψηλού κινδύνου (HIGH RISK) με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους, δηλαδή να μη διατηνείται η εμπειρία των ήδη κακοποιημένων γονέων στα παιδιά, που αποκτούν όπως εξηγεί ο HELFER (1982).

3. Τ ρ ι τ ο γ ε ν ή ς : Τέλος, όπως αναφέρει ο ίδιος, η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται σε οποιοδήποτε πρόγραμμα οργανώνεται μετά το περιστατικό της κακοποίησης και παραμέλησης,

με σκοπό να παροληφθεί η επανακακοποίηση του παιδιού. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει τα προγράμματα κακοποίησης στο χώρο της παιδικής προστασίας, τις διεπιστημονικές ομάδες των νοσοκομείων κ.α.

Η Πρωτογενής πρόληψη είναι σύμφωνα με το GIL (1976) το επίκεντρο της κοινωνιολογικής - οικολογικής θεώρησης του προβλήματος, εφόσον, σύμφωνα με αυτή, οι προϋποθέσεις της πρωτογενούς πρόληψης της κακοποίησης των παιδιών περιλαμβάνουν βασικές φιλοσοφικές και δομικές αλλαγές στην επικρατούσα κοινωνική, οικονομική και πολιτική τάξη. Ένας όμως, τόσο μεγάλος στόχος εύκολα μας ακινητοποιεί, γιατί φυσικά δεν είναι δυνατόν να ανησυχεί κανείς διαρκώς για το σύνολο των παιδιών της γη. Όπως υποστηρίζει ο KEMPLE (1982), για κάθε ειδικό επαγγελματία θα πρέπει να υπάρχει πάντα ένα συγκεκριμένο παιδί και ένας συγκεκριμένος στόχος εργασίας, αλλιώς εύκολα κανείς αποθαρρύνεται και θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του υγεία.

Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δοκιμαστεί προγράμματα που συνδυάζουν με επιτυχία πιο συγκεκριμένους στόχους και προληπτική αποτελεσματικότητα. Απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό και εξυπηρετούν τον τομέα της πρόληψης στο γενικότερο χώρο της ψυχικής υγείας και κοινωνικής προσαρμογής. Μερικά από αυτά όπως τα καταθέτει η Αγάθωνος (1987) αφορούν:

1. Την προετοιμασία των νέων για το γονεϊκό ρόλο στα πλαίσια της κοινότητας. Ειδικά προγράμματα στα σχολεία, στα κέντρα νεότητας, στα μαιευτήρια, με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η

προετοιμασία αυτή καλύπτει ευρύ περιεχόμενο, όπως τις αναπτυξιακές ανάγκες των βρεφών και των μικρών παιδιών, τις ευθύνες του γονεϊκού ρόλου, τα πρακτικά προβλήματα της καθημερινής φροντίδας ενός παιδιού, τις πηγές βοήθειας.

2. Την καλύτερη γνώση και χρήση της νομοθεσίας, που ήδη υπάρχει σχετικά με την προστασία του παιδιού και οικογένειας και την μελέτη για εξεύρεση νέων σχημάτων νομικής κάλυψης.

3. Την αλλαγή στη νοοτροπία και στις στάσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης σε ό,τι αφορά τον τρόπο που παρουσιάζουν τις περιπτώσεις κακοποίησης των παιδιών. Λιγότερη έμφαση στις γνωστές "ιστορίες τρόμου" και στη "καταδίωξη των εγκληματιών" και περισσότερη κατανόηση για την πολυπλοκότητα του προβλήματος, όπως και οι αναφορές σε πηγές βοήθειας, θα ενισχύσουν αφενός το μέσο πολίτη να δει διαφορετικά το πρόβλημα, ενώ αφετέρου θα ενθαρρυνθούν πολλές οικογένειες με παρόμοια προβλήματα να ζητήσουν εγκαίρως βοήθεια.

4. Τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και την προσφορά ψυχαγωγίας σε οικογένειες σε κοινότοπο επίπεδο.

5. Την αντιμετώπιση μητέρων και νεογέννητων στα μαιευτήρια με τέτοιο τρόπο, ώστε να ενισχύεται η ανάπτυξη δεσμού μητέρας - παιδιού και να αποφεύγονται οι αποχωρισμοί. Ιδιαίτερη έμφαση σύμφωνα με την Αγάθωνος (1987) πρέπει να δίνεται στις συνθήκες που επικρατούν στα τμήματα νοσηλείας νεογνών.



Ο Τσιάντης (1987), υποστηρίζει ότι η πρωτογενής πρόληψη προϋποθέτει ενέργειες στα εξής επίπεδα,

1. Βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών ιδίως για τις νέες και φτωχές οικογένειες.
2. Ευρεία εκπαίδευση και διαφώτιση με στόχο την προαγωγή της υγείας γενικότερα και της ψυχικής υγείας ειδικότερα.
3. Αλλαγή των στάσεων σε θέματα ανατροφής των παιδιών ιδίως στη χρησιμοποίηση της σωματικής τιμωρίας.
4. Προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού.
5. Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για νέες έγκυες μητέρες, καλές συνθήκες τοκετού και συστηματική παρακολούθηση των νεογνών. Διευκόλυνση των συνθηκών που ενισχύουν το δεσμό μάνας - παιδιού, όπως αύξηση του χρόνου αδείας κήσης και τοκετού κ.α.

Ο Τσιάντης συμπληρώνει ότι για την πρόληψη είναι απαραίτητη η συνεργασία κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων, οικονομολόγων, παιδιάτρων, παιδοψυχιάτρων και φυσικά της Πολιτείας. Ευνόητο είναι, όπως υποστηρίζει η Αγάθωνος (1987) ότι η πρωτογενής πρόληψη δεν μπορεί να λειτουργήσει αυτοδύναμα, παρά σε στενή συνεργασία με ειδικευμένες υπηρεσίες που θα αναλάβουν να αντιμετωπίσουν τη διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα περιπτώσεων τις οποίες μοιραία θα φέρουν στην επιφάνεια τα προγράμματα της πρωτογενούς πρόληψης.

Η δευτερογενής πρόληψη σε χώρες που έχει αναπτυχθεί επαρκώς, όπως π.χ. ο Καναδάς, είναι ο σημαντικότερος σύνδεσμος του προληπτικού τριγώνου. Όπως αναφέρει ο BURNS (1984) οι συχνότερες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν προγράμματα για έγκαιρο προσδιορισμό πληθυσμού που έχει περισσότερες πιθανότητες για

κακοποίηση παιδιών και προγράμματα παρέμβασης στον ίδιο πληθυσμό.

Τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης καλύπτονται κυρίως από ιατρικές υπηρεσίες. Τα προγράμματα που προσδιορίζουν επιτόκους με μεγάλες πιθανότητες για κακοποίηση των παιδιών τους και οι διεπιστημονικές ομάδες κακοποίησης παιδιών λειτουργούν σε μαιευτήρια, γενικά και ειδικά νοσοκομεία.

Η Αγάθωνος (1985) αναφέρει ότι άλλα προγράμματα περιλαμβάνουν:

1. Εικοσιτετράωρη τηλεφωνική επικοινωνία S.O.S. με σκοπό τη συμβουλευτική συμπαράσταση γονέων σε ώρες οικογενειακής κρίσης.
2. Σταθμός Πρώτων Κοινωνικών Βοηθειών.
3. Σταθμός - ξενώνες για προσωπική φιλοξενία βρεφών και νηπίων σε περιόδους έντονων οικογενειακών δυσκολιών.
4. Υποστηρικτικά προγράμματα για μόνους γονείς.
5. Διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα σε αστικές περιοχές.
6. Αύξηση της ευθύνης των γιατρών και ευαισθητοποίησή τους στο πρόβλημα της κακοποίησης.
7. Σώμα εθελοντών - βοηθών μητέρων.

Η διεπιστημονική ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 1983, όπως αναφέρει η Αγάθωνος (1988), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η δευτερογενής πρόληψη στον Ελλαδικό χώρο πρέπει να περιλαμβάνει:

- Α) Μέτρα για την υποστήριξη της μητρότητας, Β) Μέτρα για τη βελτίωση της οικογένειας, Γ) Μέτρα για τη βελτίωση της παιδικής προστασίας, Δ) Ειδικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

A. Μέτρα για την υποστήριξη της μητρότητας.

1. Ανάπτυξη επαρκούς αριθμού βρεφονηπιακών σταθμών και βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε 24ωρη λειτουργία για κάλυψη μητέρων που εργάζονται με βάρδιες.
2. Ανάπτυξη θεσμού επαγγελματιών "οικογενειακών βοηθών".
3. Ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών στις μαιευτικές μονάδες (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός).
4. Παροχές διευκολύνσεων στην εργαζόμενη μητέρα για την αντιμετώπιση εκτάτων οικογενειακών καταστάσεων (π.χ. ασθένεια παιδιού).
5. Ελεύθερα επισκεπτήρια για τους γονείς στα τμήματα προώρων και στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών. Σκοπός η διευκόλυνση του δεσμού των γονιών με το βρέφος.
6. Γενικότερη μελέτη συνθηκών λειτουργίας των μαιευτηρίων και βελτίωση τους με σκοπό την καλύτερη αλληλεπίδραση μητέρας - παιδιού .
7. Ελαστικά ωράρια και δυνατότητα μερικής απασχόλησης για τη μητέρα.

B. Μέτρα για την υποστήριξη της οικογένειας.

1. Εκπαίδευση και προετοιμασία των νέων και των δύο φύλων για την οικογενειακή ζωή και το γονικό ρόλο μέσω του σχολείου και των μέσων μαζικής ενημέρωσης.
2. Γενικότερη ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού.
3. Γενικά υποστηρικτικά προγράμματα για τους γονείς στο χώρο της δουλειάς, του σχολείου, της γειτονιάς.

4. Αναδιοργάνωση των συμβουλευτικών κέντρων του ΠΙΚΠΑ. Εμπλουτισμός τους με προγράμματα οικογενειακής συμβουλευτικής.
  5. Αύξηση του ποσού οικογενειακών επιδοτήσεων, νέα κριτήρια για επιδοτήσεις, διεύρυνση προγραμμάτων.
  6. Ανάπτυξη του θεσμού των Σχολών Γονέων.
  7. Έρευνα στο χώρο της προσχολικής εκπαίδευσης.
  8. Ανάπτυξη συνεργασίας οικογένειας - σχολείου.
  9. Ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού
- Γ. Μέτρα για τη βελτίωση της παιδικής προστασίας.
1. Αναμόρφωση και βελτίωση της κλειστής περιθαλής.
    - α. Φοίτηση των παιδιών, που ζούν σε ιδρύματα, σε σχολεία της κοινότητας.
    - β. Κατασκηνωτική εμπειρία παιδιών ιδρυμάτων.
    - γ. Ένταξη ιδρυμάτων στην τοπική αυτοδιοίκηση για άμεση συνεργασία με την κοινότητα.
    - δ. Βελτίωση κριτηρίων επιλογής και εκπαίδευση προσωπικού ιδρυμάτων.
  2. Αναμόρφωση και ανάπτυξη θεσμού των αναδόχων οικογενειών
  3. Οικονομική ενίσχυση των δήμων για προνοιακά προγράμματα.
  4. Τα συμβουλευτικά κέντρα να περιλαμβάνουν προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης.
- Δ. Ειδικά προληπτικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.
1. Συνεργασία της "Πανελληνίας Εταιρείας για την Πρόληψη της Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών" με το επιτελικό Όργανο Κ.Α.Π.Α. (Κ.Ε.Σ.Υ.).

2. Καθιέρωση προγράμματος παρακολούθησης όλων των παιδιών αμέσως μετά τη γέννηση και έως 2 ετών και των οικογενειών τους την επισκέπτρια υγείας με σκοπό τον εντοπισμό οικογενειών σε αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση και παραμέληση παιδιών.
3. Εντόπιση κυήσεων "υψηλού κινδύνου" κατά τη διάρκεια της ιατρικής παρακολούθησης και εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων.
4. Ενίσχυση της έρευνας στο χώρο της ενδοοικογενειακής βίας, με την ιδιαίτερη έκφραση της προς τα παιδιά.
5. Νέα κριτήρια για την γονική καταλληλότητα με στόχο το συμφέρον του παιδιού.
6. Ενεργοποιημένες και τολμηρές νομικές υπηρεσίες σε κάθε πλαίσιο παιδικής προστασίας ή ειδικό πλαίσιο για αντιμετώπιση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και την οικογένειά τους.
7. Όλοι που απασχολούνται με υπηρεσίες και προγράμματα για παιδιά (περιλαμβανομένων και των δικαστών) μέσα στην εκπαίδευσή τους να επισκέπτονται ιδρύματα παιδικής προστασίας.
8. Όλοι που ασχολούνται με παιδική προστασία να εκπαιδεύονται σχετικά με τα δικαιώματα των παιδιών.

Η τριτογενής πρόληψη σύμφωνα με τον Τοιάντη (1987) περιλαμβάνει:

1. Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες (παιδιοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδίατροι, νομικοί).
2. Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι τουλάχιστον στην αρχική φάση.
3. Θεραπεία και υποστήριξη γονιών.

4. Βελτίωση των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας..

5. Ψυχοθεραπεία του παιδιού, όπου υπάρχουν ενδείξεις.

6. Αν είναι αναγκαίο, αφαίρεση έστω και προσωρινά της επιμέλειας από τους γονείς.

7. Μεταβολή στις υπάρχουσες Νομοθετικές διαδικασίες αναφορικά με την απομάκρυνση του παιδιού και την αφαίρεση της επιμέλειας από τους γονείς. Ρύθμιση των θεμάτων σχετικά με την καταγγελία για τα κακοποιημένα παιδιά.

Όπως υποστηρίζει η Αγάθωνος (1987) ορισμένα νέα σχήματα τριτογενούς πρόληψης, που έχουν δοκιμασθεί με επιτυχία στην Ευρώπη, ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία είναι οι βοηθοί γονέων, οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι οικιακοί βοηθοί.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να πει κανείς ότι ο τομέας της πρόληψης μόλις πρόσφατα έχει αρχίσει να αναπτύσσεται. Είναι εύκολα κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους δίνεται προτεραιότητα στην τριτογενή πρόληψη που είναι ορατή, συγκεκριμένη και πιο εύκολα εφικτή, σε αντίθεση με την πρωτογενή η οποία απαιτεί δραστικές τομές στις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες, το πολιτιστικό επίπεδο και τις τάσεις προς τα παιδιά - βασικά χαρακτηριστικά κάθε συστήματος.

Ζ. Νομοθετικές ρυθμίσεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέ-  
ληση παιδιών.

Το σχέδιο νόμου Περί Προστασίας των Παιδιών που εκπόνησε το Εθνικό Κέντρο για την Κακοποίηση και Παραμέληση των Παιδιών, (National Center on Child Abuse and Neglect) στις ΗΠΑ, αποτέλεσε πρότυπο για τις νομοθετικές ρυθμίσεις σε πολλές χώρες.

Όπως αναφέρεται στη Γενική Θεώρηση και Διεθνής Προοπτική για την κακοποίηση των παιδιών (1987), ο νόμος αυτός διατυπώνει τους παρακάτω ορισμούς:

1. Παιδί σημαίνει άτομο κάτω των 18 ετών.
2. Κακοποιημένο ή παραμελημένο παιδί σημαίνει το παιδί του οποίου η σωματική ή η ψυχική υγεία, ή ευημερία βλάπτεται ή απειλείται από τις πράξεις ή τις παραλείψεις του/των γονέα ή γονέων, ή άλλου/ων υπεύθυνου/ων για την ευημερία του.
3. Βλάβη της υγείας ή της ευημερίας του παιδιού μπορεί να επέλθει όταν ο/οι γονέας/είς ή το/τα άλλο/α πρόσωπο/α το/α υπεύθυνο/α για την ευημερία του.
  - α) Προκαλλεί ή επιτρέπει σε άλλους να προκαλέσουν σωματικά ή ψυχικά τραύματα στο παιδί, συμπεριλαμβανομένων και των τραυματισμών που προκαλούνται από υπερβολική σωματική τιμωρία.
  - β) Διαπράττει ή επιτρέπει να διαπραχθεί κατά του παιδιού σεξουαλικό αδίκημα, όπως ορίζεται από το νόμο της πολιτείας.
  - γ) Δεν παρέχει στο παιδί επαρκή τροφή, ρουχισμό, στέγη, εκπαίδευση (όπως ορίζεται από τον νόμο της Πολιτείας) ή δε φροντίζει την υγεία του, αν και οικονομικά είναι σε θέση

να το κάνει ή είναι σε θέση να προσφέρει τα οικονομικά ή άλλα μέσα για την παροχή των παραπάνω. Σύμφωνα με αυτό το νόμο, η επαρκής φροντίδα της υγείας συμπεριλαμβάνει οποιαδήποτε Ιατροφαρμακευτική ή μη φροντίδα της υγείας του που επιτρέπει από το νόμο της πολιτείας.

δ) Εγκαταλείπει το παιδί (με την έννοια που δίνει ο νόμος της πολιτείας).

ε) Δεν παρέχει στο παιδί επαρκή φροντίδα, εποπτεία ή κηδεμονία με συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις εξίσου σοβαρής φύσης, που απαιτούν την παρέμβαση των υπηρεσιών προστασίας του παιδιού ή του δικαστηρίου.

4. Απειλούμενη βλάβη σημαίνει ουσιαστικός κίνδυνος βλάβης.
5. Στα άτομα τα υπεύθυνα για την ευημερία του παιδιού συμπεριλαμβάνεται ο γονέας, ο κηδεμόνας, ο θετός γονέας, οποιοσδήποτε εργαζόμενος σε δημόσιο ή ιδιωτικό ίδρυμα που στεγάζει παιδιά, το ίδρυμα ή ο φορέας ή οποιοδήποτε άλλο φυσικό ή νομικό πρόσωπο, υπεύθυνο για την ευημερία του παιδιού.
6. Σωματικός τραυματισμός σημαίνει θάνατος, παραμόρφωση ή βλάβη οποιουδήποτε οργάνου.
7. Ψυχικός τραυματισμός σημαίνει βλάβη της νοητικής ή ψυχολογικής ικανότητας του παιδιού, όπως διαπιστώνεται από την εμφανή και ουσιαστική μείωση της ικανότητάς του να λειτουργήσει μέσα σε ένα φυσιολογικό πλαίσιο απόδοσης και συμπεριφοράς, λαμβανομένου υπόψη του πολιτιστικού του περιβάλλοντος.



Α. Ποινική κάλυψη του σωματικά κακοποιημένου και παραμελημέ-  
νου παιδιού.

**Α ρ θ ρ ο 3 0 3 : Π α ι δ ο κ τ ο ν ί α .**

Μητέρα που με πρόθεση σκότωσε το παιδί της κατά τον τοκετό ή μετά τον τοκετό, αλλά ενώ εξακολουθούσε ακόμη η διατάραξη του οργανισμού της από τον τοκετό τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

**Α ρ θ ρ ο 3 0 6 : Ε κ θ ε σ η**

1. Οποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθυστά αβοήθητο καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο που έχει υποχρέωση να το διατρέφει και να το περιθάλπει ή να το μεταφέρει, ή ένα πρόσωπο που ο ίδιος το τραυμάτισε υπαίτια, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών.

2. Αν η πράξη προκάλεσε στον παθόντα: α) βαριά βλάβη στην υγεία του επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών. β) Το θανατό του επιβάλλεται κάθειρξη τουλάχιστον έξι ετών.

**Α ρ θ ρ ο 3 1 2 : Σ ω μ α τ ι κ ή β λ ά β η**  
**α ν η λ ί κ ω ν**

Αν δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης αξιόποινης πράξης, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών.

α) Όποιος με συνεχή σκληρή συμπεριφορά προξενεί σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας σε πρόσωπο που δεν συμπλήρωσε ακόμη το δέκατο έβδομο έτος της ηλικίας του ή που δεν μπορεί να υπερασπίσει τον εαυτό του και ο δράστης το έχει στην επιμέλεια ή στην προστασία του ή ανήκει στο σπίτι του δράστη ή έχει μαζί του σχέση εργασίας ή υπηρεσίας ή που το έχει αφήσει στην εξουσία του ο υπόχρεος για την επιμέλειά του.

β) Οποίος με κακόβουλη παραμέληση των υποχρεώσεών του προς τα προαναφερόμενα πρόσωπα γίνεται αιτία να πάθουν σωματική κάκωση ή βλάβη της υγείας τους.

Α ρ θ ρ ο 3 4 2 : Κ α τ ά χ ρ η σ η α ν η λ ί κ ω ν σ ε  
α σ έ λ γ ε ι α.

1. Με φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους τιμωρείται ο ανιών εξ αγχιστείας ή ο θετός γονέας, που ενεργεί ασελγή πράξη με ανήλικο κατιόντα ή με το θετό του τέκνο, ο επίτροπος ή ο επιμελητής ή οι κάθε είδους ανατροφείς με τον ανήλικο που έχουν στην επιμέλειά τους, οι δάσκαλοι, οι παιδियाγωγοί, με τους ανήλικους μαθητές τους ή με εκείνους που παιδαγωγούν, οι κληρικοί με τ' ανήλικα πνευματικά τους τέκνα.
2. Με την ίδια ποινή τιμωρούνται οι υπηρέτες και οι συγκάτοικοι, αν ενεργήσουν ασελγή πράξη με ανήλικο που ανήκει στο ίδιο οικιακό κύκλο, καθώς και κάθε άλλος που ενεργεί ασελγή πράξη με ανήλικο που του τον έχουν εμπιστευθεί για να τον επιβλέπει ή να τον φυλάσει, έστω και προσωρινά.

Α ρ θ ρ ο 3 4 5 : α ι μ ο μ ι ξ ί α

1. Συνουσία μεταξύ εξ αίματος ανιούσας και κατιούσας γραμμής τιμωρείται ως προς τους ανιόντες με κάθειρξη μέχρι δέκα ετών, ως προς τους κατιόντες με φυλάκιση μέχρι δύο ετών. Μεταξύ αμφιθαλών ή ετεροθαλών αδελφών η συνουσία τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι δύο ετών.
2. Συγγενείς κατιούσας γραμμής μπορούν ν' απαλλαγούν απο κάθε ποινή, αν κατά το χρόνο της πράξης δεν είχαν συμπληρώσει το 17ο έτος της ηλικίας τους.

αξιόποινης πράξης ή απο το να επιδίδεται στην πορνεία, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους, αν δεν συντρέχει περίπτωση να τιμωρηθεί αυστηρότερα με άλλη διάταξη.

2. Οποιος απο αμέλεια γίνεται υπαίτιος της παράλειψης της προηγούμενης παραγράφου τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι τριών μηνών.
3. Η ποινή της παρ. 1 επιτείνεται σε φυλάκιση μέχρι δύο ετών και της παρ. 2 σε φυλάκιση μέχρι 6 μηνών, αν υπαίτιοι της παράλειψης έγιναν γονείς, επίτροποι ή κηδεμόνες απο την υπεύθυνη επιμέλεια των οποίων έχει τεθεί ο ανήλικος σύμφωνα με το άρθρο 122 αυτού του κώδικα.
4. Αν η πράξη που τέλεσε ο ανήλικος είναι πταίσμα, το δικαστήριο μπορεί ν'απαλλάξει απο κάθε ποινή τον υπαίτιο της παράλειψης των παρ. 1-3.

Α ρ θ ρ ο 3 0 9: Π α ρ α μ έ λ η σ η α π ο τ ρ ο π ή ς  
α π ό ε π α ι τ ε ί α ή α λ η τ ε ί α .

Τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι έξι μηνών ή με χρηματική ποινή:

- α) Οποιος εξωθεί σε επαιτεία ή παραλείπει να εμποδίσει απο την επαιτεία ή την αλητεία πρόσωπα που έχει στην επιμέλειά του ή που βρίσκονται σε σχέση εξάρτησης απο αυτόν.
- β) Οποιος παραδίδει ή προμηθεύει σε άλλου πρόσωπα ηλικίας κάτω των 17 ετών ή που έχουν υπερβεί αυτή την ηλικία, είναι όμως σωματικά ή διανοητικά ανάπηρα, για να προκαλούν με τη νεαρή τους ηλικία ή με την τυχόν σωματική ή διανοητική ασθένεια ή αναπηρία τους τον οίκτο ή την περιέργεια του κοινού για χρηματικό όφελος δικό του ή άλλου.

Α ρ θ ρ ο 4 2 2 : Π α ρ α μ έ λ η σ η π ρ ό λ η ψ η ς  
β λ ά β η ς α π ο δ η λ η τ η ρ ί α σ η .

Οποιος γνωρίζει οτι απο τη χρήση κάποιου πράγματος μπο-  
ρεί να προκύψει κίνδυνος δηλητηρίασης ανθρώπου ή ζώου και πα-  
ραλείπει να προλάβει τον κίνδυνο με τα μέσα που είναι δυνατόν  
σ' αυτόν τιμωρείται με κράτηση μέχρι δύο μηνών ή με πρόστιμο.

Β. Αστική κάλυψη σωματικά κακοποιημένου και παραμελημένου  
παιδιού

Με την θέσπιση του νέου νόμου 1329/83 στο Ελληνικό Οικο-  
γενειακό Δίκαιο, στις σχέσεις γονέων και τέκνων αναγράφονται  
τα εξής:

Α ρ θ ρ ο 1 5 0 7 : Α μ ο ι β α ί α υ π ο χ ρ έ ω σ η .

Γονείς και τέκνα οφείλουν αμοιβαία μεταξύ τους βοήθεια,  
στοργή και σεβασμό.

Α ρ θ ρ ο 1 5 1 9 : Δ ι κ α σ τ ι κ ή Σ υ μ π α ρ ά σ τ α -  
σ η .

Το αρμόδιο διακαστικό όργανο οφείλει να παρέχει στους  
γονείς, κατά την άσκηση της επιμέλεια του προσώπου του τέκνου  
τους, την υποστηριξή του εφόσον αυτή το ζητήσουν.

Α ρ θ ρ ο 1 5 3 2 : Σ υ ν έ π ε ι ε ς κ α κ ή ς ά σ -  
κ η σ η ς .

Αν ο πατέρας ή η μητέρα παραβαίνουν τα καθήκοντα που  
τους επιβάλλει το λειτουργημά τους για την επιμέλεια του προ-  
σώπου του τέκνου ή την διοίκηση της περιουσίας του ή αν ασ-  
κούν το λειτούργημά τους αυτό καταχραστικά ή δεν είναι σε  
θέση ν' ανταποκριθούν σε αυτό, το δικαστήριο εφόσον το

ζητήσουν, ο άλλος γονέας ή οι πλησιέστεροι συγγενείς του τέκνου ή ο εισαγγελέας μπορεί να διατάξει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο.

Το δικαστήριο μπορεί ιδίως να αφαιρέσει από τον ένα γονέα την άσκηση της γονικής μέριμνας εν όλω ή εν μέρει και αν την αναθέσει αποκλειστικά στον άλλο ή αν συντρέχουν και στο πρόσωπο αυτού οι προϋποθέσεις της προηγούμενης παραγράφου, ν'αναθέσει την επιμέλεια του τέκνου εν όλο ή εν μέρει σε τρίτο ή να διορίσει επίτροπο.

Α ρ θ ρ ο 1 5 3 3 :

Η αφαίρεση του συνόλου της επιμέλειας του προσώπου του τέκνου και από τους δυο γονείς και η ανάθεσή της σε τρίτο διατάσσονται από το δικαστήριο μόνο όταν άλλα μέτρα έμειναν χωρίς αποτέλεσμα ή κρίνεται ότι δεν επαρκούν για να αποτρέψουν κίνδυνο της σωματικής, πνευματικής ή ψυχικής υγείας του τέκνου.

Το δικαστήριο αποφασίζει την ανάθεση στον τρίτο ύστερα από έλεγχο του ήθους, των βιοτικών συνθηκών και της εν γένει καταλληλότητάς του, στηριζόμενο υποχρεωτικά σε βεβαίωση αρμόδιας υπηρεσίας. Η ανάθεση γίνεται κατά προτίμηση σε συγγενικά πρόσωπα ή σε κατάλληλο ίδρυμα.

Το δικαστήριο ορίζει την έκταση της γονικής μέριμνας που παραχωρεί στον τρίτο και τους όρους της άσκησης της.

Α ρ θ ρ ο 1 5 3 7 : Ε κ π τ ω σ η τ ω ν γ ο ν έ ω ν .

Ο γονέας εκπίπτει από την γονική μέριμνα, αν καταδικάσθηκε τελεσίδικα σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μηνός για αδίκημα που διέπραξε με δόλο και που αφορά τη ζωή και τα ήθη το

τέκνου.

Το δικαστήριο μπορεί σε αυτή την περίπτωση, εκτιμώντας τις περιστάσεις ν' αφαιρέσει από το γονέα τη γονική μέριμνα ως προς τα λοιπά τέκνα το, ύστερα από αίτηση του άλλου γονέα, των πλησιέστερων συγγενών ή του εισαγγελέα.

Προβλήματα που παρουσιάζονται από τις διατάξεις αυτές.

Κατά τον Τ. Σαλκλιτζόγλου(1987), στον Ελληνικό Ποινικό Κώδικα του 1950 μια από τις σοβαρότερες διατάξεις που τιμωρούν αυτόν που είναι υπεύθυνος για την προστασία και επίβλεψη κάποιου ανήλικου θεωρείται αυτή που προβλέπεται από το άρθρο 312 Π.Κ. Η ποινική διάταξη αυτή όπως υποστηρίζει ο ίδιος κρίνεται επαρκής για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Ωστόσο ένα πολύ μικρό ποσοστό των σχετικών αδικημάτων φτάνει στα δικαστήρια, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα αδικήματα που γίνονται μέσα στην οικογένεια ή στα ιδρύματα. Το ποσοστό αυτό βέβαια όλο και μεγαλώνει, ιδιαίτερα γιατί η κοινή γνώμη έχει ευαισθητοποιηθεί περισσότερο σ' αυτά τα περιστατικά.

Η σχετική καταγγελία στον εισαγγελέα ή την Αστυνομία μπορεί να γίνει από οποιονδήποτε στην αντίληψη του οποίου υπέπεσε το αδίκημα.

Κάθε πολίτης που θ' αντιληφθεί παρόμοιο περιστατικό έχει την υποχρέωση με το άρθρο 40 της Ποινικής Δικονομίας να καταγγείλει το γεγονός στον εισαγγελέα ή την Αστυνομία γραπτώς ή και προφορικώς.

Ο Τ. Σαλκλιτζόγλου αναφέρει ότι στην πράξη, η διάταξη του άρθρου 312 του Ποινικού Κώδικα συγκρούεται με το δικαίωμα που έχει ο γονέας που ακεί την επιμέλεια επί του ανήλικου για λήψη σωφρονιστικών μέτρων. Τι ακριβώς είναι ο σωφρονισμός

αυτός ο νόμος δεν καθορίζει, τα υπαγορεύουν όμως οι κοινωνικές και παιδαγωγικές αντιλήψεις της συγκεκριμένης εποχής, τις οποίες και αποδέχεται με την απόφασή του ο Δικαστής.

Όπως υποστηρίζεται από τους Μουζακίτη Χ. και Σαλκιτζόγλου Τ., (1987) στον Ποινικό Κώδικα δεν περιλαμβάνονται πολλά αδικήματα που διαπράττονται από τρίτους όπως π.χ. κοινή σωματική βλάβη, επικίνδυνη σωματική βλάβη, κλπ.

Όπως αναφέρουν οι ίδιοι δεν περιλαμβάνονται επίσης τ'άρθρα που τιμωρούν ακόμα βαρύτερα τους δράστες της κακοποίησης σε όσες περιπτώσεις επέλθει ο θάνατος του παιδιού (παιδοκτονία, θανατηφόρος σωματική βλάβη κλπ.), ενώ θεωρητικά η τιμωρία αυτή μπορεί να φθάσει μέχρι τα ισόβια δεσμά και τη θανατική ποινή.

Η ποινή δίωξης προχωρεί αυτεπάγγελτα, χωρίς να υπάρχει ανάγκη να κατατεθεί μείωση από τον ανήλικο παθόντα ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του παθόντος. Νοείται έτσι ότι εφόσον καθ'οιονδήποτε τρόπο υποπέσει στην αντίληψη της αστυνομίας ή του εισαγγελέα οποιαδήποτε περίπτωση κακοποίησης-παραμέλησης, τίθεται άμεσα σε ενέργεια ο μηχανισμός της ποινικής δίκης χωρίς να το επιθυμεί ο παθών ανήλικος ή οι γονείς του.

Πέρα από την νομική επάρκεια των διατάξεων τόσο του ποινικού όσο και του Αστικού Κώδικα, όπως υποστηρίζεται από τους Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου, οι διατάξεις αυτές έφεραν στην επιφάνεια άλλες αδυναμίες του κοινωνικού και κρατικού μας μηχανισμού που δυσχεραίνουν την αποδοτικότητά τους.

Οι Μουζακίτης και Σαλκιτζόγλου αναφέρουν τις εξής:

- 1) Ο νόμος καθορίζει ότι την αίτηση για την έκδοση δικαστικής απόφασης που θα κηρύσσει την έκπτωση ή την αφαίρεση της γονικής μέριμνας μπορεί να την υποβάλλει ο άλλος γονέας ή

κάποιος από τους πλησιέστερους συγγενείς ή ο εισαγγελέας. Υπάρχουν όμως πολλές περιπτώσεις που είτε δεν υπάρχει, είτε δεν τολμά να υποβάλλει τέτοια αίτηση ο άλλος γονέας ή έστω κάποιος από τους πλησιέστερους συγγενείς, έτσι το βάρος του σοβαρού του αυτού δικαστικού διαβήματος πέφτει στους ώμους του εισαγγελέως.

Ο εισαγγελέας δηλαδή αναγορεύεται σε φύλακα και προστάτη της παιδικής ηλικίας που υποχρεούται να προσφύγει στο δικαστήριο, εφόσον βεβαίως κάτι τέτοιο δεν αποφασίζει να το κάνει ο άλλος γονέας ή κάποιος συγγενής.

- 2) Ο νόμος 1329/83 ομιλεί επίσης περί βεβαιώσεως αρμόδιας υπηρεσίας, η οποία θα πιστοποιεί την καταλληλότητα του τρίτου προσώπου (εκτός βέβαια των γονέων), το οποίο θα αναλάβει τη γονική μέριμνα ή την επιμέλεια του κακοποιημένου παιδιού που θ' απομακρυνθεί από την οικογένειά του.

Εδώ δημιουργούνται τα εξής ερωτήματα:

α. Ποιός είναι ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών;

Ο Σαλκιτζόγλου αναφέρει ότι ο νόμος για άλλη μια φορά μετά τις διατάξεις περί υιοθεσίας, καθιερώνει υποχρεωτική γνωμοδότηση από κοινωνικές υπηρεσίες για τις περιπτώσεις αφαιρέσεως γονικής μέριμνας και ανάθεσής της σε τρίτο πρόσωπο. Όμως οι κοινωνικές υπηρεσίες αυτές δεν υπάρχουν στην έκταση που χρειάζονται. Ιδίως οι εισαγγελείς θα έπρεπε να βοηθούνται από ειδική κοινωνική υπηρεσία, η οποία θα γνωματεύσει σε πολλές περιπτώσεις πρέπει όντως να κινήθει η διαδικασία αφαίρεσης της γονικής μέριμνας.

β. Ο θεσμός του οικογενειακού ή επιτροπικού δικαστού.

Η θεσμοθέτηση και στη χώρα μας του επιτροπικού δικαστού θα δώσει την δυνατότητα της ταχείας και αποτελεσματικής



επέμβασης στον χώρο της αστικής δικαιοσύνης με γνώμονα το συμφέρον πάντοτε του παιδιού και με κριτήρια την ύπαρξη ηθικού ή κοινωνικού κινδύνου ή κινδύνου ζωής και υγείας.

Ο οικογενειακός δικαστής θα παρακολουθεί την άσκηση της γονικής μέριμνας, θα αποφασίζει την εισαγωγή των παιδιών σε ιδρύματα, θ' αναθέτει σε τρίτα πρόσωπα την άσκηση της επιμέλειας του κακοποιημένου παιδιού και θα φροντίζει για την κοινωνική και ατομική αποκατάσταση του κακοποιημένου παιδιού.

Ωστόσο η θεσμοθέτηση επιτροπικού δικαστού θα είναι παράλληλη με την ύπαρξη Κοινωνικής Υπηρεσίας που θα τον βοηθά και θα γνωμοδοτεί κατά περίπτωση.

### Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Κοινωνικός Λειτουργός στην αντιμετώπιση περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών είναι μια συνισταμένη διαφόρων παραγόντων που πέρα από τον ίδιο τον Κοινωνικό Λειτουργό έχουν άμεση σχέση και με την ευρύτερη κοινωνική πραγματικότητα μέσα στην οποία αυτός κινείται και εργάζεται.

Κατά τους Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου (1987), παράγοντες που επιδρούν στον χειρισμό του προβλήματος είναι οι εξής:

1. Η επαγγελματική κατάρτιση του Κοινωνικού Λειτουργού, η οποία περιορίζει τις δυνατότητές του να χειρισθεί περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης.

Το μεγαλύτερο μέρος της παιδικής προστασίας που αφορά τέτοιες περιπτώσεις είναι κατά κύριο λόγο δουλειά του Κοινωνικού Λειτουργού ο οποίος είναι παρών με το παιδί και την

οικογένεια του όπως αναφέρεται από την Kahleen (1981), από την αρχή μέχρι το τέλος της περίπτωσης. Οπότε η ποιοτική προσφορά υπηρεσιών σε όλα τα στάδια της παρέμβασης είναι αλληλένδετη με τις γνώσεις και τις ικανότητες του Κοινωνικού Λειτουργού. Η έλλειψη ειδικών γνώσεων και ικανοτήτων είναι ένα σοβαρό εμπόδιο στον χειρισμό των περιπτώσεων που έχει σαν αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση του ρόλου του και την ανάλυσή του από άλλους "ειδικούς" λόγω status που ούτε τη γνώση ούτε τις απαραίτητες δεξιότητες έχουν για να εργασθούν ουσιαστικά με αυτές τις περιπτώσεις.

ii) Έλλειψη συστήματος κοινωνικών υπηρεσιών.

Η αναφορά σε σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών σε σχέση με το κακοποιημένο και παραμελημένο παιδί σημαίνει την ύπαρξη ειδικής υπηρεσίας με σκοπό την λήψη αναφορών περιπτώσεων με την ανάλογη παραπομπή του στο κατάλληλο τμήμα.

Επίσης την ύπαρξη συστήματος ανάδοχων οικογενειών για την προσωρινή ή μόνιμη διαμονή του παιδιού.

Σημαντική θεωρείται επίσης η ύπαρξη θεραπευτικών μονάδων ή μη θεραπευτικών μονάδων για την εγκατάσταση παιδιών όταν η οικογένεια βρίσκεται σε κρίση.

iii) Έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού σε πρωτογενείς και δευτερογενείς υπηρεσίες δημιουργεί μια σειρά προβλημάτων που έχουν σχέση με τη σωστή διάγνωση και εκτίμηση μιάς περίπτωσης από νομικής και ψυχοκοινωνικής πλευράς καθώς και τις αποτελεσματικές παρεμβατικές ενέργειες για την άμεση προστασία των θυμάτων της κακοποίησης καθώς και την συνεργασία των οικογενειών τους με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς.

iv) Η έλλειψη συστήματος αναφοράς έχει σαν αποτέλεσμα το 90% των περιπτώσεων ποτέ δεν φθάνουν στην προσοχή των αρμοδίων

Η άγνοια των πολιτών για τον ορισμό της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης όπως ο νόμος του ορίζει όπως και ο φόβος των επαγγελματιών να αναφέρουν περιστατικά λόγω των πιθανών αντιδράσεων των γονέων, ή η άγνοιά τους για το νόμο που ορίζει ότι έχουν υποχρέωση να κάνουν αναφορά κάνει έντονη την απουσία συστήματος αναφοράς.

Όπως αναφέρεται από τους Μουζακίτη και Σαλκίτζόγλου χωρίς απόλυτη νομική κάλυψη και προστασία αυτών που κάνουν την αναφορά και χωρίς τη δυνατότητα οι αναφορές να γίνονται όχι μόνο στον Εισαγγελέα και στην αστυνομία αλλά σε ειδική υπηρεσία προστασίας του παιδιού, το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών δεν πρόκειται να γίνει γνωστό στην ολότητά του.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

#### Μεθοδολογία

#### Είδος της έρευνας

Η έρευνα αυτή είναι μια διερευνητική μελέτη όπου σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Φίλιας (1977), στοχεύει στη διατύπωση ή διερεύνηση ενός προβλήματος και στην ιεράρχηση για παραπέρα έρευνα.

Προσανατολίζεται στην λήψη γνώμης των εμπειρογνωμόνων πάνω στο θέμα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας μέσα στην οικογένεια. Μέσα σε αυτή την έρευνα γίνεται επίσης μια προσπάθεια για τον εντοπισμό και την ανάλυση των θεραπευτικών προγραμμάτων στον Ελλαδικό χώρο.

#### Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η συλλογή στοιχείων ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας στην Ελλάδα και του βαθμού της αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Επίσης γίνεται αναφορά στις νομοθετικές ρυθμίσεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών.

Ειδικότερα θα προσπαθήσουμε να ερευνήσουμε τα εξής:

- i) Στοιχεία σχετικά με την έκταση και την συχνότητα του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας διεθνώς και ειδικότερα στον ελλαδικό χώρο.
- ii) Ανάλυση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και

παραμέλησης όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στο πρόβλημα όπως επίσης και την ανάλυση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των δραστών και των θυμάτων της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

- iii) Στοιχεία σχετικά με τον τρόπο αναγνώρισης και αντιμετώπισης των περιστατικών από τους επαγγελματίες.
- iv) Διερεύνηση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων που αυτή τη στιγμή εφαρμόζονται στον Ελλαδικό χώρο.
- v) Διερεύνηση της πορείας εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων για τα κακοποιημένα και παραμελημένα άτομα.
- vi) Συγκέντρωση απόψεων των ειδικών σχετικά με την καλλήτερη και ορθότερη αντιμετώπιση του προβλήματος.
- vii) συγκέντωση απόψεων των ειδικών σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης. Τις επιπτώσεις που έχει στο παιδί μια τέτοια εμπειρία.
- viii) Συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τον τρόπο πρόληψης των περιστατικών από τις υπηρεσίες.

### Ερωτήματα-Υποθέσεις

#### A. Ερωτήματα

Η βιβλιογραφική μελέτη του θέματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας μέσα στον οικογενειακό χώρο, όπως και η παρουσίαση των θεραπευτικών προγραμμάτων μέσα στον Ελλαδικό χώρο θέτει ορισμένα ερωτήματα στα οποία επιχειρεί ν' απαντήσει αυτή η έρευνα.

1. Οι επαγγελματίες που έχουν ασχοληθεί με περιστατικά σωματικής κακοποίησης έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση για την διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόληψη τέτοιων περιστατικών.
2. Ποιές οι γνώσεις των ειδικών σχετικά με τον ορισμό της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.
3. Ποιά είναι συνήθως η ηλικία των παιδιών όταν γίνεται γνωστή η κακοποίηση ή παραμέληση.
4. Ποιά είναι πιο συχνά τα θύματα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, τ'αγόρια ή τα κορίτσια.
5. Ποιός είναι πιο συχνά ο δράστης των μετεχόντων στη σωματική κακοποίηση ή παραμέληση.
6. Ποιά είναι συνήθως η ηλικίας των μετεχόντων στη σωματική κακοποίηση ή παραμέληση.
7. Ποιά είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση ή παραμέληση.
8. Ποιές είναι οι πιο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις στα θύματα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

#### B. Υποθέσεις

1. Δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των ειδικών διαφόρων επαγγελμάτων πάνω στο ζήτημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.
2. Δεν υπάρχει διαφορά στο χειρισμό περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης από τους ειδικούς των διαφόρων επαγγελμάτων.
3. Υπάρχει ειδική εκπαίδευση στους ειδικούς που ασχολούνται με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

## Δειγματοληψία

Σε αυτή την έρευνα το δείγμα που επιλέχτηκε αποτελείται από επαγγελματίες οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης. Η μελέτη είναι διερευνητική, δηλαδή ανιχνεύει και προσπαθεί να κάνει μια πρώτη προσέγγιση στο θέμα σε γενικότερα πλαίσια, το δείγμα που επιλέχτηκε ήταν δείγμα κρίσης και όχι αντιπροσωπευτικό.

Σαν κριτήριο επιλογής θέσαμε την επιλογή αυτών των ατόμων που έχουν ασχοληθεί με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης μέσα στις υπηρεσίες που φθάνουν τέτοια περιστατικά και αντιμετωπίζονται από τους ίδιους.

Οι εμπειρογνώμονες που ρωτήθηκαν εργάζονταν σε υπηρεσίες στην περιοχή της Αθήνας. Επιλέχτηκε η Αθήνα σαν τόπος για να γίνει αυτή η έρευνα επειδή βρίσκονται συγκεντρωμένες όλες οι υπηρεσίες και οι αρμόδιοι φορείς με αποτέλεσμα να φθάνουν περιστατικά από όλη την Ελλάδα.

Πρώτο βήμα μας ήταν η ανίχνευση όλων των υπηρεσιών όπου φθάνουν και αντιμετωπίζονται περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

Στη συνέχεια έγινε η επιλογή των επαγγελματιών που είχαν ασχοληθεί με τέτοιου είδους περιστατικά.

Τ' άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα ήταν : 40 και είχαν τις ακόλουθες ειδικότητες : 15 Κοινωνικοί Λειτουργοί, 2 Ψυχίατροι, 3 Ψυχολόγοι, 6 Παιδίατροι, 4 Αστυνομικοί, 2 Δικαστές και 5 Δικηγόροι, οι δέχθηκαν ν' απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο ενώ 3 άτομα από τα οποία ήταν ένας αστυνομικός, ένας δικηγόρος και ένας κοινωνικός λειτουργός, αρνήθηκαν ν' απαντήσουν.

Οι χώροι εργασίας των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα ήταν οι ακόλουθοι : Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ΠΙΚΠΑ, Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (ΕΠΑΑ), Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ), Αστυνομία Ανηλίκων, Δικαστήριο Ανηλίκων, Ιατροδικαστική Υπηρεσία, Παιδοψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Παίδων "Αγ. Σοφία", Κοινωνική Υπηρεσία Νοσοκομείου Παίδων "Αγ. Σοφία", Κοινωνική Υπηρεσία Νοσοκομείου Παίδων "Αγλαίας Κυριακού", Κέντρο Βρεφών "Μητέρα", Παιδική και Εφηβική Γυναικολογία του Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα".

Η επιλογή αρχικά των συγκεκριμένων υπηρεσιών έγινε μετά απο ανίχνευση όλων των υπηρεσιών που υπάρχουν αυτή την περίοδο στην Αθήνα και οι οποίες ασχολούνται με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης. Για την ανίχνευση όλων των υπηρεσιών σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε και η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας ώστε να είναι γνωστοί όλοι οι τομείς που είναι ή θα έπρεπε να είναι υπεύθυνοι για την έγκαιρη διάγνωση και την θεραπεία του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.

Οι επαγγελματίες που επιλέχθηκαν απο κάθε υπηρεσία σαν δείγμα της μελέτης μας ήταν:

Απο το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού επιλέχθηκαν και δέχθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο της ερευνάς μας, δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί, ένας Ψυχίατρος και ένας Ψυχολόγος.

Απο το ΠΙΚΠΑ Αθήνας δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Απο την Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθήνας (ΕΠΑΑ), και οι τρεις Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στην υπηρεσία χωρίς την ύπαρξη άλλου ειδικού στην υπηρεσία και τρεις δικηγόροι οι οποίοι προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους στην ΕΠΑΑ σε περιπτώσεις που κάποια περίπτωση ανηλίκου χρειάζεται



δικαστική διευθέτηση ,τέλος απο την ίδια Υπηρεσία περιλήφθηκε και ο ένας Δικαστής ο οποίος είχε στην πολυετή πείρα του δικάσει περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης. Απο τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας (ΕΟΠ), μία Κοινωνική Λειτουργός.

Απο την Αστυνομία Ανηλίκων τρείς Αστυνομικοί.

Απο το Δικαστήριο Ανηλίκων Αθήνας μία Κοινωνική Λειτουργός δύο Δικηγόροι, ένας Αστυνομικός και ένας Δικαστής.

Απο την Παιδοψυχιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων "Αγ. Σοφία" ένας παιδίατρος, μία Κοινωνική Λειτουργός, ένας Ψυχίατρος, και ένας Ψυχολόγος.

Απο την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων "Αγ. Σοφία" δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί, και τρείς Παιδίατροι.

Απο την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων "Αγλαίας, Κυριακού", δύο Κοινωνικοί Λειτουργοί, και ένας Παιδίατρος.

Τέλος απο το Κέντο βρεφών "ΜΗΤΕΡΑ" συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη ένας Κοινωνικός Λειτουργός και ένας Ψυχολόγος και στην Εφηβική Γυναικολογία του Μαιευτηρίου "Αλεξένδρα" μία Κοινωνική Λειτουργός και ένας Παιδίατρος.

#### Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αποτελείται απο τρία μέρη :

- i) Πραγματικές ερωτήσεις (ηλικία, φύλο, επάγγελμα, χρόνια άσκησης του επαγγέλματος, υπηρεσία που εργάζεται ο επαγγελματίας).
- ii) Στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί .
- iii) Ερωτήσεις γνώμης.

Οι τύποι των ερωτήσεων ήταν : Προκατασκευασμένες, κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις που περιλάμβανε το ερωτηματολόγιο ήταν σαράντα μία (41), από τις οποίες οι ανοικτές ερωτήσεις ήταν τέσσερις και αφορούσαν τον ορισμό της σωματικής κακοποίησης, τον ορισμό της παραμέλησης, προτάσεις επαγγελματιών για την αντιμετώπιση των περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης και τη γνώμη των εμπειρογνώμωνων για τον τρόπο που θα πρέπει να ενημερώνεται το κοινό πάνω στο συγκεκριμένο πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

(Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται στο παράρτημα Β).

#### Γενικότερο πλαίσιο για την μελέτη

Σαν πρώτη επαφή με το θέμα έγινε μια προσπάθεια να συναντίσουμε εμπειρογνώμονες από διάφορες υπηρεσίες που ασχολούνται με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Οι υπηρεσίες αυτές ήταν :

- Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού : Έγινε συνάντηση με την Κα Ελένη Αγάθωνος όπου μέσα από συνέντευξη έγινε αναφορά στο πρόγραμμα της υπηρεσίας και το ρόλο που διαδραματίζει για τις περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

Επίσης έγινε μια έρευνα στ' αρχεία της υπηρεσίας με σκοπό την συγκέντρωση βιβλιογραφικού υλικού και στατιστικών στοιχείων σχετικά με την έκταση και συχνότητα περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στον Ελλαδικό χώρο.

- Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (ΕΠΑΑ) : Πραγματοποιήθηκε συνάντηση με την προϊσταμένη του τμήματος όπου μέσα

απο συνέντευξη περιγράφηκε ο τρόπος λειτουργίας της υπηρεσίας πάνω σε περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης όπως και η μεθοδολογία που ακολουθείται.

Επίσης πραγματοποιήθηκε συνάντηση με κοινωνική λειτουργό της υπηρεσίας όπου μέσα απο συνέντευξη δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με τα περιστατικά που φθάνουν στην υπηρεσία και ο τρόπος συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες.

Τέλος έγινε έρευνα στ' αρχεία της υπηρεσίας για συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων σχετικά με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

- ΠΙΚΠΑ : Συνάντηση με υπεύθυνη κοινωνική λειτουργό με συζήτηση πάνω στο πρόγραμμα του ΠΙΚΠΑ ιδιαίτερα για τα σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά.
  - Αστυνομία Ανηλίκων : Έγινε έρευνα στ' αρχεία του τμήματος για την συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων σχετικά με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.
- Επίσης λόγω μη ύπαρξης Κοινωνικού Λειτουργού στο τμήμα ανηλίκων έγινε συνάντηση με Εγκληματολόγο-Κοινωνιολόγο του τμήματος όπου μέσα απο συνέντευξη περιγράφηκε ο τρόπος που φθάνουν τα περιστατικά στην υπηρεσία του τμήματος ανηλίκων και που παραπέμπονται.

Επίσης έγιναν οι ακόλουθες ενέργειες :

- Αμερικάνικη Βιβλιοθήκη : Συγκέντρωση πληροφοριών και στοιχείων σχετικά με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στο Διεθνή χώρο.
- Δημοτική Βιβλιοθήκη Πάτρας : Ανίχνευση βιβλιογραφικών πηγών για την συγκέντρωση κάποιων στατιστικών στοιχείων σχετικά με την έκταση και τη συχνότητα περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Τέλος μια σημαντική ενέργεια ήταν η συνάντηση με τον Dr. Χρήστο Μουζακίτη, καθηγητή του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Πάτρας. Στην διάρκεια αυτής της συνάντησης μας δόθηκαν πληροφορίες και στοιχεία που θα έπρεπε να περιληφθούν στην μελέτη, επίσης πραγματοποιήθηκε συζήτηση πάνω στην εμπειρία του ίδιου στην αντιμετώπιση περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στο εξωτερικό (Ηνωμένες Πολιτείες) και βιβλιογραφικό υλικό, αρκετά σημαντικό για την συγγραφή της μελέτης μας.

### Περιορισμοί της έρευνας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η έρευνα περιορίστηκε σε υπηρεσίες της περιφέρειας Αθηνών και τ'αποτελέσματά της δεν είναι απόλυτα ενδεικτικά για την έκταση του προβλήματος στην υπόλοιπη Ελλάδα. Ο αριθμός όμως των υπηρεσιών που μελετήθηκαν όπως επίσης το γεγονός ότι στην Αθήνα ζει ο μεγαλύτερος αριθμός των Ελλήνων, δίνει την δυνατότητα να έχουμε κάποια σημαντικά στοιχεία για την έκταση του προβλήματος μέσα στον Ελλαδικό χώρο όπως επίσης και για τον τρόπο που τα περιστατικά αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται από τις υπηρεσίες.

Για την συλλογή των στοιχείων ρωτήθηκαν επαγγελματίες που ανήκαν σε διαφορετικές ειδικότητες ώστε να έχουμε μια σφαιρική άποψη πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι οι εμπειρογνώμονες εξαιτίας της φύσης και των πλαισίων των επαγγελματιών τους εξετάζουν τα περιστατικά ανάλογα με την αρμοδιότητά τους, υπήρξε κάποιο πρόβλημα για ν'απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις από μερικούς.

Η διαφορά στον αριθμό των ειδικοτήτων που συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη οφείλεται στο γεγονός ότι και ο αριθμός των ειδι-

κοτήτων που εργάζονταν σε κάθε υπηρεσία δεν ήταν ισάριθμος.

### Τρόπος ανάλυσης των στοιχείων

Τα στοιχεία τα οποία συγκεντρώθηκαν από την έρευνα αναλύθηκαν από τους μελετητές. Η επεξεργασία αυτή έγινε με βάση τη συσχέτιση του επαγγέλματος ξεχωριστά με τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους εκπροσώπους του.

Οι ανοικτές ερωτήσεις που περιλαμβάνονται μέσα στο ερωτηματολόγιο κατηγοριοποιήθηκαν και αναλύονται και παρουσιάζονται ξεχωριστά.

Πέρα από τις αναλύσεις των συγκεκριμένων στοιχείων στατιστικά δεν έγινε κάποια προσπάθεια για πιο εμπειριστατωμένες στατιστικές αναλύσεις.

### Τρόπος παρουσίασης του υπολοίπου της μελέτης

Το υπόλοιπο της μελέτης παρουσιάζεται ως εξής :

Στο IV κεφάλαιο παρουσιάζονται τ'αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε με ειδικότερη αναφορά στην ανάλυση των προκατασκευασμένων, των κλειστών και των ανοικτών ερωτήσεων. Στο V κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματά της έρευνας όπως και συγκεκριμένες προτάσεις και εισηγήσεις για το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

##### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η συλλογή στοιχείων ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας στην Ελλάδα και του βαθμού αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Τα ερωτηματολόγια της έρευνας απαντήθηκαν από 37 επαγγελματίες από τους οποίους έλαβαν ειδική εκπαίδευση οι 20 (54%) πάνω στο θέμα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης μέσα από παρακολούθηση σεμιναρίων. Οι υπόλοιποι 17 (46%), δεν είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση (Πίνακας 1, σελ.201).

Από τους 37 επαγγελματίες αναφορικά με την έκταση του προβλήματος στον Ελλαδικό χώρο οι 16(43%), υποστήριξαν ότι το πρόβλημα έχει περιορισμένες διαστάσεις, οι 15(40%), ότι το πρόβλημα έχει σοβαρές διαστάσεις, ενώ 5(13%), υποστήριξαν ότι το πρόβλημα έχει μεγάλες διαστάσεις και 1 (3%), δεν γνώριζε καθόλου την έκταση του προβλήματος. (Πίνακας 2, Παράρτημα Α).

Σχετικά με το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης φαίνεται ότι έχει αναγνωριστεί η σοβαρότητά του, εφόσον μόνο το 13% των επαγγελματιών αναφέρει ότι έχει περιορισμένες διαστάσεις και το 3% ότι δεν γνωρίζει την έκτασή του.

Από τους 37 επαγγελματίες οι τρεις δεν είχαν δει περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης αλλά είχαν ασχοληθεί μόνο θεωρητικά με το θέμα ή είχαν λίγο χρόνο εργασίας στην υπηρεσία ώστε να δούν περιστατικά.

Από τους υπόλοιπους 34 οι 4(12%), είχαν δει από 1-5 περιστα-

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : Ειδική εκπαίδευση επαγγελματιών πάνω στην αντιμετώπιση περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	επαγγελματίες που έλαβαν ειδική εκπαίδευση		επαγγελματίες που δεν έλαβαν ειδική εκπαίδευση	
	αριθμός περιπτώσεων	%	αριθμός περιπτώσεων	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	5	33	10	67
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	2	67	1	33
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	100	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	4	67	2	33
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	-	0	4	100
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	5	100	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	20	54	17	46

τικά, οι 10(29%),είχαν δει απο 6-10 περιστατικά και οι 20 (54%), είχαν δει περισσότερα πο 10 περιστατικά.(Πίνακας 3, Παράρτημα Α).

Στους τρόπους με τους οποίους τα περιστατικά αναφέρθηκαν στους 34 επαγγελματίες η αναφορά απο το θύμα έγινε μόνο σε μια περίπτωση (1%), απο την μητέρα σε 49 περιπτώσεις(20%), απο τον πατέρα σε 31 περιπτώσεις (15%), από συγγενείς σε 31 περιπτώσεις (12%), απο γείτονες σε 20 περιπτώσεις (8%), απο άλλη υπηρεσία σε 110 περιπτώσεις (44%)/ (Πίνακας 4, σελ.203).

Οπως φαίνεται απο τα παραπάνω ποσοστά απο τους γονείς αναφέρθηκαν απο το σύνολο των διακοσίων σαράντα περιπτώσεων τα 80 περιστατικά ποσοστό (35%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών (110), έγιναν παραπομπή από άλλη υπηρεσία οι οποίες διέγνωσαν σωματική κακοποίηση ή παραμέληση. Εξίσου σημαντική είναι και η συχνότητα που αναφέρθηκε απο συγγενικά πρόσωπα και γείτονες ενώ ελάχιστο (1%), είναι το ποσοστό των περιπτώσεων που το ίδιο το παιδί ανέφερε το περιστατικό.

Σχετικά με το φύλο των παιδιών που έχουν σωματικά κακοποιηθεί ή παραμεληθεί στα 249 περιστατικά που έφθασαν στους επαγγελματίες τα αγόρια ήταν 126 (51%), ενώ τα κορίτσια 123 (49%). Οπως φαίνεται από τα ποσοστά η αναλογία μεταξύ αγοριών και κοριτσιών είναι σχεδόν ανάλογη με μόνο μια μικρή διάκριση στον αριθμό των αγοριών που είναι ελάχιστα μεγαλύτερος.(Πίνακας 5, σελ.204).

Παρατηρώντας κάποιες άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χρονικές περιόδους τόσο στον Ελλαδικό όσο και στο Διεθνή χώρο βλέπουμε ότι:

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ομάδα ειδικών του Ι.Υ.Π. κατά τα έτη 1979-82, σε 54 παιδιά ηλικίας 0-10



ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : Τρόποι με τους οποίους τα περισσότερα αναφέρθηκαν στους επαγγελματίες.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	αναφορά από το θύμα		από τη μητέρα		από τον πατέρα		από συγγενείς		από γείτονες		παραπομπή από άλλη υπηρεσία		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	-	0	5	10	7	13	12	23	6	11	22	42	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	2	9	3	14	-	0	-	0	17	77	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	1	3	2	6	-	0	-	0	28	90	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	33	44	12	16	14	19	6	8	9	12	74
ΛΕΥΚΟΝΙΚΟΙ	1	7	1	7	1	7	3	21	8	57	-	0	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	13	100	13
ΑΙΚΗΤΟΡΟΙ	-	0	7	16	13	30	2	5	-	0	21	49	43
ΣΥΝΟΛΟ	1	1	49	20	38	15	31	12	20	8	110	44	249

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : Φύλο των παιδιών που έχουν σωματικά κακοποιηθεί ή παραμεληθεί.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ΑΓΟΡΙΑ		ΚΟΡΙΤΣΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιπτώσεων	%	αριθμός περιπτώσεων	%	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	30	58	22	42	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	12	54	10	46	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	14	45	17	55	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	33	44	41	55	74
ΛΕΓΥΝΟΜΙΚΟΙ	10	71	4	28	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	6	46	7	54	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	21	49	22	51	43
ΣΥΝΟΛΟ	126	51	123	49	249

ετών έδειξε ότι τ'αγόρια που είχαν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί ήταν διπλάσια από τα κορίτσια (36 έναντι 18).

επίσης έρευνα της Αγάθωνος Ε. στ'αρχεία της ΕΠΑΑ κατά την χρονική περίοδο 1973-1976 έδειξε ότι ο αριθμός των αγοριών που έφθασαν στην υπηρεσία με περιστατικό σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των κοριτσιών.

Έρευνα του Hahn (1970-79), σε 77 παιδιά που είχαν σωματικά κακοποιηθεί ή παραμεληθεί ο αριθμός των αγοριών ήταν 48 έναντι 29 των κοριτσιών.

Σε αυτή την έρευνα παρουσιάζεται μια άλλη εικόνα που δείχνει ότι ο ρόλος φύλο παιδιού δεν παίζει κανένα ρόλο για την κακοποίηση του παιδιού δεδομένου ότι τόσο τ'αγόρια όσο και τα κορίτσια έχουν τις ίδιες πιθανότητες να κακοποιηθούν.

Σχετικά με το ποιά συμπτώματα παρουσίαζαν τα παιδιά που είχαν σωματικά κακοποιηθεί ή παραμεληθεί οι 34 επαγγελματίες απάντησαν σε 111 περιπτώσεις (44%), μωλωπισμοί, ουλές, μελανιές από τσιμπήματα, δαγκώματα. Για κατάγματα στο κρανίο, στα μακρά οστά, στα πλευρά, τραύματα στα οστά χωρίς να υπάρχει κάταγμα σε 80 περιπτώσεις (32%), για εγκεφαλικές κακώσεις 37 περιπτώσεις (15%), εσωτερικές αιμορραγίες 12 περιπτώσεις (5%), δηλητηρίαση 7 περιπτώσεις (3%), παραμέληση στην ένδυση, την τροφή κλπ. 116 περιπτώσεις (46%), καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια σε 54 περιπτώσεις (22%). (Πίνακας 6, Παράρτημα Α).

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά οι μωλωπισμοί, ουλές, μελανιές, όπως και παραμέληση στην ένδυση και τροφή αποτελούν ένα ποσοστό που ξεπερνά το 60% των συνολικών συμπτωμάτων που μπορούν να παρουσιάζουν παιδιά που δεν έχουν σωματικά κακο-

ποιηθεί ή παραμεληθεί.

Αυτό υποστηρίζεται ακριβώς από την έρευνα της ομάδας του Ι.Υ.Π. στα έτη 1979-82, όπου διαπιστώθηκε ότι οι μώλωπες και εκδορές αποτελούσαν το 42,5% των παιδιών που μελετήθηκαν, ενώ επίσης σε μια μελέτη της μονάδος ΚΑΠΑ βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό 39% των παιδιών που μελετήθηκαν είχαν ανοιχτά τραύματα, μώλωπες και ήταν εγκαταλειμένα. Ένα επίσης μεγάλο ποσοστό καλύπτουν οι εγκεφαλικές κακώσεις και η καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια, ενώ η συχνότητα των εσωτερικών αιμορραγιών είναι αρκετά μικρότερη.

Κατά την μελέτη Pilot που πραγματοποιήθηκε από το Ι.Υ.Π το 1984 έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που κακοποιούνται σαν κύρια συμπτώματα παρουσιάζουν χτυπήματα, σχισήματα, κατάγματα στ' άκρα και στο κεφάλι, υποσκληρίδια αιματώματα και κοψίματα.

Σχετικά με την ηλικία των παιδιών όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση προέκυψαν τ' ακόλουθα στοιχεία: Τα 36 παιδιά (14%), όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση ήταν κάτω του ενός έτους, από την ηλικία των 1-3 ετών ήταν 33 παιδιά (13%), από 4-5 ετών ήταν 38 παιδιά (15%), από 6-7 ετών ήταν 34 παιδιά (14%), 8-9 ετών 38 παιδιά (15%), από 10-12 ετών 32 παιδιά (13%), υπήρχε επίσης και ένας αριθμός 38 παιδιών (15%), όπου οι επαγγελματίες δεν γνώριζαν την ηλικία των παιδιών (Πίνακας 7, Σελ. 207). Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά, σ' όλες τις ηλικίες υπάρχει σχεδόν η ίδια αναλογία με μια μικρότερη συχνότητα στην ηλικία των 10-12 ετών.

Όπως υποστηρίζεται όμως από τους Shmitt D.B. και Kempe H.C. (1983), το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού είναι συχνότερο σε μικρότερες ηλικίες. Όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι το ένα

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7 : Βαλκίο συμβατικά κατοικισθέντων ή παρεμφερών περιόδων όταν έγινε γνωστή η κατοίκηση.**

ΣΥΝΑΓΓΜΑΤΑ	Κόστος του ανά έτους		1-3 ετών		4-5 ετών		6-7 ετών		8-9 ετών		10-12 ετών		Οι ερωτηθέντες δεν πυθίζον
	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	
ΕΘΝ. ΑΣΤΥΟΥΡΓΟΙ	14	27	7	13	10	19	12	23	4	8	5	10	0
ΠΥΡΟΣΟΦΟΙ	-	0	6	27	0	36	2	9	2	9	4	18	0
ΠΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	2	6	0	26	7	22	6	19	8	26	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	20	27	17	23	7	9	10	13	12	16	0	11	0
ΑΓΓΥΘΟΛΟΓΟΙ	-	0	1	7	-	0	-	0	1	7	2	16	10
ΔΙΚΑΙΤΕΣ	2	19	-	0	3	23	-	0	-	0	2	15	6
ΔΕΚΕΦΟΡΟΙ	-	0	-	0	2	5	3	7	13	30	3	7	22
ΣΥΝΟΛΟ	36	14	33	13	30	15	34	14	38	15	32	13	38

τρίτο του συνόλου των κακοποιημένων παιδιών είναι ηλικίας κάτω του ενός έτους, ένα τρίτο 1-6 ετών και ένα τρίτο βρίσκεται στην ηλικία των έξι ετών.

Όπως αναφέρεται από την Ε. Βαλάση Αδάμ (1987), δεν είναι εύκολο να δοθεί η ακριβή συχνότητα των περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης πάνω στην ηλικία των παιδιών δεδομένου ότι δεν εντοπίζονται όλα τα περιστατικά. Όπως αναφέρει όμως η ίδια αν θεωρηθούν σαν αριθμός περιστατικών αυτά που φθάνουν για ιατρική παρέμβαση, τότε υπολογίζεται περίπου το 10% των παιδιών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία βρίσκονται σε ηλικία κάτω των 5 ετών.

Όπως αναφέρει επίσης η Ε. Αγάθωνος (1978), ένα παιδί πιο συχνά κακοποιείται σε αρκετά μικρότερη ηλικία, δεδομένου ότι σε αυτή τη φάση της ηλικίας αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες και απαιτήσεις των γονιών του.

Σύμφωνα επίσης με την έρευνα του Hahn (1983), στον αριθμό των 77 παιδιών που είχαν σωματικά κακοποιηθεί και παραμεληθεί διαπιστώθηκε ότι η ηλικία των παιδιών κυμαινόταν από 2 μήνες έως 15 ετών. 21 από τα 77 παιδιά, δηλαδή ποσοστό 27% ήταν κάτω των έξι μηνών και 66 δηλ. 85% κάτω των δύο ετών.

Τέλος θα πρέπει να τονίσουμε ότι και σε άλλες έρευνες τα κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά ήταν κάτω των δύο ετών κατά πλειονότητα (20-60%).

Στην Βρετανία η συχνότητα που έχει περιγραφεί δείχνει ότι ένα ποσοστό 25% του γενικού αριθμού των παιδιών που βρίσκονται σε ηλικία κάτω των 3 ετών έχει παρουσιάσει κάποια χαρακτηριστικά σωματικής κακοποίησης.

Στατιστικές της ΕΠΑΑ κατά την πενταετία 1982-1986 έδειξαν ότι οι περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης που έφθασαν στην

υπηρεσία αφορούσαν ηλικίες παιδιών απο 5-10 ετών το 1982, το 1983 5-9 ετών, ενώ για τα τρία τελευταία έτη η ηλικία των παιδιών ήταν απο 5-17 ετών, 6-17 και 2-16 ετών.

Απο τα πιο πάνω στοιχεία μπορούμε να δούμε οτι σε όλες τις ηλικίες υπάρχουν περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης με μεγαλύτερη συχνότητα όμως προς τις μικρότερες ηλικίες.

Σχετικά με την διάρκεια της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης οι 34 ειδικοί απάντησαν σε 111 περιπτώσεις (44%), οτι η κακοποίηση ήταν χρόνια, σε 65 περιπτώσεις (26%), οτι η κακοποίηση συνέβη μια φορά, ενώ σε 73 περιπτώσεις (29%), οι επαγγελματίες δεν γνώριζαν. (Πίνακας 8, Παράρτημα Α).

Απο τα πιο πάνω ποσοστά διακρίνεται καθαρά οτι ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών κακοποιούνται χρόνια, ενώ το γεγονός οτι οι ειδικοί δεν γνώριζαν για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών την διάρκεια της κακοποίησης επηρεάζει κατά πολύ το γενικό σύνολο της χρόνιας ή μη σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Η ύπαρξη ενός μεγάλου ποσοστού χρόνιας κακοποίησης δείχνει για άλλη μια φορά την απουσία διαγνωστικών συστημάτων της κακοποίησης. Οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν ένα παιδί όπως αναφέρει και η Ε. Αγάθωνος (1987), βρίσκονται σ' ένα κλειστό κύκλωμα αποκομμένοι απο το υπόλοιπο κοινωνικό περιβάλλον, αντιμετωπίζοντας μια σειρά προβλημάτων. Τα έντονα κοινωνικά ταμπού που επικρατούν στον Ελλαδικό χώρο, μειώνουν τις ευκαιρίες του γονέα να ζητήσει βοήθεια απο κάποιο τρίτο πρόσωπο ενώ η οικογένεια έχει συγχρόνως και ένα δικό της σύστημα ανατροφής των παιδιών που την απομακρύνει απο το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο.

Πάνω στις 111 περιπτώσεις που είχε παρατηρηθεί χρόνια κακοποίηση οι επαγγελματίες ερωτήθηκαν για την διάρκεια της

σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, για διάρκεια ενός έτους υπήρξε μόνο μία περίπτωση (1%), για διάρκεια του περιστατικού δύο χρόνια υπήρξαν 33 περιπτώσεις (30%), για τρία χρόνια 28 περιπτώσεις (25%), για τέσσερα χρόνια 13 περιπτώσεις (12%), για πάνω από τέσσερα χρόνια υπήρξαν 17 περιπτώσεις (15%), ενώ οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν το χρονικό διάστημα σε 19 περιπτώσεις (17%). (Πίνακας 9, Παράρτημα Α).

Από τα πιο πάνω ποσοστά βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό σωματικής κακοποίησης βρίσκεται ανάμεσα στα δύο και τρία χρόνια. Αυτό μας δείχνει ένα ακόμη στοιχείο ότι μέχρι να φθάσουν κάποια περιστατικά ν' αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν έχει περάσει ένα μεγάλο διάστημα που επιφέρει και κάποιες συνέπειες πάνω στα θύματα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Επίσης η αδυναμία της ύπαρξης κάποιου συστήματος πρόληψης και διάγνωσης περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, ώστε ν' ανιχνευθούν και να εντοπιστούν τέτοιου είδους περιστατικά, έχει σαν αποτέλεσμα τα περιστατικά ν' αναγνωρίζονται όταν η κακοποίηση πιά είναι εμφανής με έντονα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα στο παιδί.

Οι Shmitt D.B. και Kempe H.C. (1983), αναφέρουν ότι οι βλάβες που εντοπίστηκαν είναι διαφορετικής ηλικίας, πράγμα που δείχνει την διάρκεια της κακοποίησης του παιδιού και τα επεισόδια επανακακοποίησης.

Τα πιο πάνω στοιχεία δημιουργούν κάποια ερωτήματα σχετικά με την πρόληψη και διάγνωση του προβλήματος όπως επίσης και για το ποιά θα είναι τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Σχετικά με το ποιός ήταν ο δράστης της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης οι 34 επαγγελματίες απάντησαν ότι σε



σε 99 περιπτώσεις (40%), δράστης ήταν ο πατέρας, σε 111 περιπτώσεις, (45%), η μητέρα, και οι δύο γονείς σε 3 περιπτώσεις (1%), τ'αδέλφια ήταν δράστες σε μια περίπτωση (1%), άλλο άτομο του συγγενικού περιβάλλοντος ήταν σε 26 περιπτώσεις (10%), ενώ οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν σε 8 περιπτώσεις, ποσοστό (3%). (Πίνακας 10, Σελ.212).

Όπως διακρίνουμε από τα πιο πάνω ποσοστά το μεγαλύτερο ποσοστό ο δράστης για σωματική κακοποίηση και παραμέληση κατέχει η μητέρα, από την πολύχρονη έρευνα του Gill (1967-1968), βλέπουμε ότι και εκεί το 50% των περιστατικών δράστης ήταν η μητέρα, ενώ ένα ποσοστό 40% καλύπτει ο πατέρας. Όπως διαπιστώνεται και μέσα από αυτή την έρευνα άλλα όπως υποστηρίζεται από τον David Gill (1985), πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος καλύπτουν ένα αρκετά μικρό ποσοστό σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Όπως αναφέρεται στην έρευνα του Ι.Υ.Π (1979-1982), σε 54 παιδιά ένα ακόμη στοιχείο που παρουσιάστηκε στην έρευνα ήταν το πρόσωπο που ήταν υπεύθυνο για το περιστατικό κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού ήταν, 39% η μητέρα, 26% ο πατέρας, και οι δύο γονείς ποσοστό 24%, ενώ το ποσοστό που κάλυπταν άλλα συγγενικά πρόσωπα ήταν αρκετά μικρό.

Η έρευνα του Hahn (1983), ειδικότερα πάνω στην ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών 77 παιδιών έδειξε ότι:

Το 53% των υπαίτιων της κακοποίησης ήταν οι γονείς, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό κάλυπταν συγγενείς, baby-sitters και οι φίλοι της οικογένειας.

Σε ερώτηση προς τους επαγγελματίες για το αν στις περιπτώσεις που ήταν δράστης ο ένας από τους δύο γονείς αν ο άλλος γνώριζε το γεγονός απάντησαν ότι ο άλλος γονέας γνώριζε το

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 : Ο δρόμος της σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Ο πατέρας ή μητέρα		και οι δύο γονείς		Τ' αδέρφια		άλλο άτομο του οικογεντικού περιβάλλοντος		οι ερωτηθέντες δεν γνωρίζουν		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.		
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	12	23	29	56	2	4	0	5	10	4	8	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	6	27	13	59	-	0	0	3	14	-	0	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	12	39	10	32	-	0	0	6	19	3	10	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	41	55	30	40	-	0	0	3	4	-	0	74
ΛΕΥΚΟΜΗΚΟΙ	8	57	3	21	-	0	0	2	14	1	7	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	5	38	5	38	-	0	1	8	15	-	0	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	15	35	22	51	1	2	-	5	12	-	0	43
ΣΥΝΟΛΟ	99	40	112	65	3	1	1	1	26	10	8	249

γεγονός σε 89 περιπτώσεις (41%), ο άλλος γονέας δεν γνώριζε το γεγονός σε 55 περιπτώσεις (26%), ενώ οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν σε 70 περιπτώσεις (33%).

(Πίνακας 11, Παράρτημα Α).

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων γνωρίζουν ότι ο άλλος γονέας κακοποιεί και παραμελεί το παιδί. Όπως αναφέρεται από την Ε. Αγάθωνος (1987), πάντα ο άλλος γονέας γνωρίζει τη συμπεριφορά του συντρόφου του απέναντι στα παιδιά. Ο David Gill αναφέρει (1985), ότι κάθε άτομο επιλέγει τον συντρόφο του ανάλογα με τις εμπειρίες και τον τρόπο ζωής ενώ τον τρόπο ανατροφής τους τον υποδεικνύουν και στα παιδιά τους.

Όπως αναφέρεται από τους Steele και Pollock (1968), μόνο ο ένας από τους δύο γονείς κακοποιεί το παιδί. Ο άλλος ωστόσο, συμβάλλει πάντα στην κακοποίηση είτε αποδεχόμενος την συνειδητά ή ασυνείδητα. Ένα παράδειγμα είναι η ισχυρή υποστήριξη που παρέχουν οι γονείς ο ένας στον άλλο όταν διακηρύχσουν την αθωότητά τους, μολονότι είναι σαφές ότι και οι δύο γνώριζαν ότι η κακοποίηση θα οδηγούσε σε τραυματισμούς. Παρά το γεγονός ότι ο ένας γονέας κατηγορεί τον άλλο ανοιχτά και περιγράφει με ηθικολογίες τη συμπεριφορά εκείνου που κακοποίησε το παιδί, όταν το περιστατικό υποπέσει στην αντίληψη των αρχών, στην έρευνα είναι φανερό ότι αυτός ή αυτή προηγούμενα τον είχε συγχωρήσει. Όπως αναφέρεται επίσης από τους Steele και Pollock, αμεσότερη υποκίνηση για κακοποίηση παρατηρείται όταν ο ένας από τους δύο συζύγους εκφράζει την γνώμη ότι το μωρό είναι κακομαθημένο και χρειάζεται περισσότερη πειθαρχία ή ότι θα έπρεπε να τιμωρείται για να αντιμετωπισθεί το υπερβολικό πείσμα του και να μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο.

Κατά τον ίδιο τρόπο, ένας γονέας που αισθάνεται πνιγμένος και απογοητευμένος μπορεί να παραδώσει το παιδί στον άλλο, υποκινώντας τον σε κάτι πιο δραστικό που θα καταστείλει την ενοχλητική συμπεριφορά του μωρού. Ο γονέας που δεν κακοποιεί το παιδί του μπορεί να δείξει υπερβολική προσοχή και ενδιαφέρον για ένα μωρό που προκαλεί στον/στην σύζυγό του αισθήματα φθόνου, εγκατάλειψης και θυμού που οδηγούν στην επίθεση κατά του μωρού.

Όπως τονίζουν επίσης οι Steele και Pollock οι διάφορες ενέργειες του γονέα που δεν κακοποιεί το παιδί του γίνονται ως ένα σημείο κατανοητές όταν αποκαλύπτεται ότι και αυτός ή αυτή είχαν στη ζωή τους ανάλογες εμπειρίες με εκείνον που κακοποιείται και έχει υιοθετήσει ανάλογη στάση για τη σχέση γονέα/παιδιού. Εμφανίζει λιγότερο έντονα τα ίδια αισθήματα κρυφής λαχτάρας για φροντίδα, κατωτερότητας και απελπισίας, σε συνδυασμό με το βασικό αξίωμα ότι τα παιδιά πρέπει να ικανοποιούν τις ανάγκες των γονέων. Έτσι χωρίς να το ξέρουν, ο γάμος έχει γίνει σχεδόν συνεργασία για την ανατροφή των παιδιών κατά ένα συγκεκριμένο τρόπο.

Όπως αναφέρεται από τους ίδιους ο ένας γονέας είναι ο ενεργός δράστης και ο άλλος ο παρασκηνιακός συνεργός του. Αυτές οι τάσεις των γονέων να γίνονται εμφανείς όταν κατά τη θεραπεία ο γονέας που κακοποίησε το παιδί γίνεται πιο ευγενικός και εκείνος που προηγουμένως δεν πείραζε το παιδί αρχίζει να το κακοποιεί.

Κατά μία έννοια το παιδί γίνεται το εξιλαστήριο θύμα των συγκρούσεων ανάμεσα στους γονείς.

Σχετικά με την ηλικία των γονέων όταν έγινε γνωστό το περιστατικό προέκυψαν τ'ακόλουθα:

Κάτω των 20 ετών υπήρξαν 10 περιπτώσεις (4%), για την ηλικία των 20-30 ετών υπήρξαν 104 περιπτώσεις (42%), για ηλικία των 30-40 ετών υπήρξαν 102 περιπτώσεις (41%), η ηλικία των γονέων ήταν απο 40-50 ετών σε 17 περιπτώσεις (7%), απο 50 ετών και άνω μόνο σε 2 περιπτώσεις (1%), ενώ οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν σε 14 περιπτώσεις (6%) την ηλικία των γονέων.

(Πίνακας 12, Παράρτημα Α).

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά η μεγαλύτερη συχνότητα σχετικά με την ηλικία των γονέων όταν έγινε το περιστατικό βρίσκεται ανάμεσα στις ηλικίες απο 20-40 ετών.

Όπως υποστηρίζεται απο μελέτη του Ι.Υ.Π (1979-1981), η μέση ηλικία των πατέρων είναι 39,9 χρόνια, ενώ των μητέρων 29,1 χρόνια.

Η συχνότητα για ηλικία των γονέων απο 40 ετών και άνω όπως και απο 20 ετών και κάτω είναι αρκετά μικρή.

Το αποτέλεσμα αυτό της έρευνας έρχεται σε αντίθεση με αυτό που υποστηρίζεται στην έρευνα της Lynch (1975), που πραγματοποιήθηκε στην Οξφόρδη όπου διαπιστώθηκε ότι το 40% των μητέρων που κακοποιούν τα παιδιά τους ήταν κάτω των 20 ετών όταν απέκτησαν το πρώτο τους παιδί.

Επίσης ο Gill (1969), μέσα απο μία έρευνά του υποστηρίζει ότι ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων που έχουν σωματικά κακοποιήσει ή παραμελήσει το παιδί τους είναι περίπου 19,7 ετών.

Μία μελέτη επίσης που αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος που εκπόνησε το Ι.Υ.Π απο το 1979 έως το 1981 έδειξε ότι στο σύνολο των 20 σωματικά κακοποιημένων και 10 σωματικά παραμελημένων παιδιών, η μέση ηλικία των μητέρων που κακοποιούσαν στα παιδιά τους ήταν 29,1 έτη, ενώ η μέση ηλικία των πατέρων που κακοποιούσαν ήταν 39,9 έτη.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα στις 249 περιπτώσεις οι 12 πατέρες (5%), ήταν αγράμματοι, οι 38 (15%), ήταν απόφοιτοι δημοτικού, οι 60 (24%), ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 38 (15%), απόφοιτοι Λυκείου, ενώ 5 (2%), ήταν απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης σχολής. Για ένα μεγάλο αριθμό 96 πατεράδων (38%), οι επαγγελματίες δεν γνώριζαν το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.

(Πίνακας 13, Παράρτημα Α).

Οι μητέρες ήταν 12 (5%), αγράμματες, απόφοιτες δημοτικού 36 (14%), απόφοιτες ανώτερης ή ανώτατης σχολής 6 (2%), και οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν για 99 μητέρες (44%), το μορφωτικό τους επίπεδο. (Πίνακας 14, Παράρτημα Α).

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά η αναλογία ανάμεσα στους γονείς είναι ίδια και αυτό δηλώνει ότι οι γονείς που κακοποιούν το παιδί βρίσκονται περίπου και στο ίδιο μορφωτικό επίπεδο, χωρίς να υπερέχει κάποιος από τους δύο λόγω του μορφωτικού επιπέδου. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την άποψη της Αγάθωνος και των συνεργατών της (1982), οι οποίοι αναφέρουν ότι το μορφωτικό επίπεδο των γονέων είναι αρκετά χαμηλό.

Όπως φαίνεται μέσα από την έρευνα το μορφωτικό επίπεδο των γονέων δεν επηρεάζει καθόλου τις πιθανότητες για κακοποίηση δεδομένου ότι οι τρόποι ανατροφής των παιδιών που θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες κακοποίησης είναι αποτέλεσμα τρόπου ζωής και όχι εκπαίδευσης.

Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τ'αποτελέσματα της έρευνας του Gill (1957-1968), ο οποίος παρατήρησε ότι τα υπεύθυνα άτομα για την κακοποίηση του παιδιού ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους χαμηλού εκπαιδευτικού και συγχρόνως κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Εδώ βέβαια πρέπει ν'αναφερθεί η άποψη του Gill

(1973), ο οποίος υποστηρίζει ότι τα διάφορα οικογενειακά συστήματα ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των γονέων έχουμε και την ανάλογη κοινωνική και οικονομική κατάσταση της οικογένειας, μέσα στην κοινότητα. Συγχρόνως δε οι διάφορες τάξεις έχουν διαφορετικούς περιβαλλοντικούς και πολιτιστικούς λόγους ως προς τη φιλοσοφία και τις συνήθειες ανατροφής των παιδιών και συνεπώς στο βαθμός που εγκρίνουν τη σωματική τιμωρία.

Αυτές οι παραλλαγές στον τρόπο ανατροφής ανάμεσα στα διάφορα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα αποτελούν όπως υποστηρίζεται από τον Gill ένα δεύτερο σύνολο αιτιολογικών διαστάσεων της κακοποίησης των παιδιών και εκφράζονται με σημαντικές παραλλαγές στα ποσοστά συχνότητας των περιστατικών ανάμεσα σε αυτά τα στρώματα και τις ομάδες.

Σχετικά με την επαγγελματική αποκατάσταση του πατέρα οι 34 επαγγελματίες απάντησαν ότι: Ο πατέρας εργαζόταν σε 55 περιπτώσεις (22%), ο πατέρας δεν είχε μόνιμη εργασία σε 52 περιπτώσεις (21%), ο πατέρας ήταν άνεργος σε 46 περιπτώσεις (18%), ενώ οι ερωτώμενοι επαγγελματίες δεν γνώριζαν σε 96 περιπτώσεις (39%).

(Πίνακας 15, Παράρτημα Α).

Για την επαγγελματική κατάσταση της μητέρας οι ερωτώμενοι έδωσαν: 52 περιπτώσεις (21%), η μητέρα δεν είχε μόνιμη εργασία σε 34 περιπτώσεις (14%), σε 66 περιπτώσεις ποσοστό 26% η μητέρα ήταν άνεργη, ενώ οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν σε 97 περιπτώσεις (39%).

(Πίνακας 16, Παράρτημα Α).

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά για την επαγγελματική κατάσταση του πατέρα και την επαγγελματική κατάσταση της μητέρας βλέπουμε ότι για τον πατέρα το μεγαλύτερο ποσοστό δεν εί-

χε μόνιμη εργασία ή ήταν εργαζόμενος ενώ πιο μικρή είναι η συχνότητα που ο πατέρας είναι εντελώς άνεργος. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει και το μεγάλο ποσοστό και για τον πατέρα και για την μητέρα όπου οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν την επαγγελματική κατάσταση των γονέων και αυτό επηρεάζει τα τελικά αποτελέσματα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε πολλές και ιδιαίτερα για κάποιες ειδικότητες η επαγγελματική κατάσταση, η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο για τους γονείς δεν θεωρείται ανάγκη από τους ειδικούς για να κρατήσουν κάποια στοιχεία. Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που παίρνουμε από αυτά τα ποσοστά, όπως υποστηρίζεται και από την Σ. Αγάθωνος (1977), το μεγαλύτερο ποσοστό των πατέρων έχει μια περιοδική εργασία ενώ οι μητέρες των παιδιών συνήθως μένουν στο σπίτι μόνες με τα παιδιά. Αν συνδυάσουμε αυτό το γεγονός με την άποψη του Steele (1968), ότι η αποστέρηση που βίωσε ο γονέας στην βρεφική του ηλικία τον οδηγεί στο ν'αναζητά βοήθεια από το παιδί, για να γεμίσει το κενό που αισθάνεται μέσα του είτε από την δική του παιδική ηλικία, είτε και από την συζυγική του κατάσταση είναι πολύ εμφανές να διαπιστώσουμε γιατί η μητέρα είναι το άτομο που είναι συχνότερα ο δράστης της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.

Σημαντικό είναι επίσης όμως και το ποσοστό των πατέρων που εργάζονται και αυτό βλέπουμε ότι αμφισβητεί την άποψη του Gil (1973), ο οποίος υποστήριζε ότι τα περιστασιακά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης εμφανίζονται κυρίως σε οικογένειες με γονείς χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικού επιπέδου.

Όπως επίσης και το γεγονός ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και απασχόλησης όπως υποστηρίζεται από τον ίδιο, των γονέων είναι σημαντικά κατώτερο σε σύγκριση με το επίπεδο του πληθυσμού στο



σύνολο του.

Η (δια διαφορά υπάρχει και στην έρευνα (Pilot) του Ι.Υ.Π. το 1982 όπου αναφέρεται ότι στην μελέτη 50 περιστατικών σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών κύριο χαρακτηριστικών των οικογενειών ήταν ή μη σταθερή εργασία ή η ανεργία του πατέρα.

Σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών στις οποίες εκδηλώθηκαν περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης οι ερωτώμενοι ανέφεραν: Το επίπεδο της οικογένειας ήταν χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε 43 περιπτώσεις (17%), η οικογένεια ανήκε σε μεσαίο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε 101 περιπτώσεις (40%), η οικογένεια ήταν υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε 11 περιπτώσεις (4%) ενώ οι ερωτώμενοι δεν γνώριζαν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας σε 94 περιπτώσεις (38%).

(Πίνακας 17, Παράρτημα Α)

Όπως διακρίνουμε από τα πιο πάνω ποσοστά το μεγαλύτερο ποσοστό για την κατάσταση της οικογένειας ανήκει στη δεύτερη κατηγορία, δηλαδή στο μεσαίο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Αυτό φαίνεται και μέσα από μια μελέτη της ερευνητικής ομάδας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (1978) όπου διαπιστώθηκε ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν σημαντικός παράγοντας για τη σωματική κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού. Όπως υποστηρίζεται από την Ελένη Αγάθωνος (1982) από μια μετέπειτα μελέτη η μέχρι τώρα άποψη, ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι κύριο χαρακτηριστικό για σωματική κακοποίηση και παραμέληση, δεν ευσταθεί δεδομένου ότι τα μέχρι τώρα αποτελέσματα παίρνονταν από υπηρεσίες όπου κυρίως έφθαναν

οικογένειες αυτής της κατηγορίας, ενώ άτομα μεσαίου και υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου απευθύνονταν σε υπηρεσίες ιδιωτικού φορέα και σε ειδικούς που για λόγους καλύπτουν τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται σε αντίθεση με την άποψη του Selwyn Smith (1975) ο οποίος υποστηρίζει ότι υπάρχει συσχέτισμός της χαμηλής κοινωνικής τάξης και της κακοποίησης, αλλά να αναφέρουμε επίσης ότι και ο ίδιος αμφισβητεί κατά ένα μέρος αυτή του την τοποθέτηση γιατί η έρευνά του δεν καλύπτει όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Ο Gil (1973), αναφέρει ότι τα υψηλότερα ποσοστά καταγγελιών για σωματική κακοποίηση παιδιών και ιδιαίτερα για σοβαρότερα περιστατικά ανάμεσα στους φτωχούς και τις ομάδες μη-λευκών μειονοτήτων οφείλονται ίσως σε προκατάληψη. Μπορεί όπως υποστηρίζει ο ίδιος να αληθεύει ότι υπάρχουν περισσότερες καταγγελίες για φτωχούς και μη-λευκούς απ'ότι για ομάδες μεσαίας τάξης και λευκού πληθυσμού και αυτό για οτιδήποτε κάνουν ή δεν κάνουν.

Ταυτόχρονα, μπορεί επίσης να μή καταγγέρονται σε μεγάλο ποσοστό παρανομίες που θα μπορούσαν να εμφανιστούν όχι μόνο σε ομάδες μεσαίας τάξης και λευκού πληθυσμού, αλλά και σε φτωχούς και μη λευκές μειονότητες.

Ο Gil υποστηρίζει ότι η ζωή στη φτώχεια και στα γκέτο των μειονοτήτων δημιουργεί συνήθως πολλά πλεστικά βιώματα που επισπεύδουν ίσως την κακοποίηση των παιδιών, αποδυναμώνοντας τους ψυχολογικούς μηχανισμούς αυτοελέγχου ενός παιδοκόμου, συμβάλλοντας έτσι στη χωρίς αναστολές εκτόνωση των επιθετικών και καταστροφικών του παρορμήσεων πάνω σε αδύναμα παιδιά.

Όπως υποστηρίζει ο ίδιος οι φτωχοί και όσοι ανήκουν σε

μειονότητες φαίνεται ότι υπόκεινται σε πολλές από τις συνθήκες και τις δυνάμεις που μπορούν να τους οδηγήσουν σε καταχρηστική συμπεριφορά απέναντι σε παιδιά άλλων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στις ιδιαίτερες πιέσεις και καταπονήσεις του περιβάλλοντος, που συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική στέρηση και τις διακρίσεις. Ο ίδιος υποστηρίζει ότι οι φτωχοί και οι μη-λευκοί έχουν συνήθως περισσότερα παιδιά ανά οικογενειακή μονάδα και λιγότερο χώρο. Ακόμη, έχουν λιγότερες εναλλακτικές λύσεις για να αποφύγουν ή να αντιμετωπίσουν τις επιθετικές παρορμήσεις ενάντια στα παιδιά τους απ'ότι οι άλλες ομάδες του πληθυσμού.

Για την ζωή στις οικογένειες της μεσαίας τάξης ο Gil αναφέρει ότι δημιουργεί συνήθως εντάσεις και πιέσεις χαρακτηριστικές για τους κυρίαρχους ατομιστικούς και ανταγωνιστικούς προσανατολισμούς αξιών της αμερικανικής κοινωνίας, οι οποίες επισπεύδουν ίσως την άσκηση βίας στα παιδιά.

Σχετικά με το ερώτημα αν υπήρξε στο παιδί που ήταν θύμα σωματικής κακοποίησης ή και παραμέλησης άλλης μορφής κακοποίηση οι ερωτώμενοι απάντησαν: Σε 70 περιπτώσεις (67%) υπήρξε και σεξουαλική κακοποίηση, υπήρξε ψυχολογική/συναίσθηματική κακοποίηση σε 19 περιπτώσεις (18%) ενώ οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν για 15 περιπτώσεις (14%). (Πίνακας 18 Σελ.222)

Όπως βλέπουμε από τα πιο πάνω ποσοστά σε μια μεγάλη συχνότητα είχε παρατηρηθεί στο παιδί και κάποια άλλη μορφή κακοποίησης και ιδιαίτερα υπήρξε μια μεγάλη συχνότητα συνήπαρξης στο παιδί και σεξουαλικής κακοποίησης.

Η ομάδα έρευνας της μονάδος Καππα έκανε μια ανάλυση των χαρακτηριστικών 86 παιδιών που έμειναν στη μονάδα, ηλικίας 0-3 χρονών το 1987 σύμφωνα με την οποία διαπιστώθηκε ότι στα

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 : Περιπτώσεις συνύπαρξης άλλων μορφών κακοποίησης στο παιδί

ΣΤΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Περιπτώσεις που υπήρχε και σεξουαλική κακοποίηση		Περιπτώσεις που υπήρχε και ψυχολογική/συνασθηματική κακοποίηση.		Οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	28	72	5	13	6	15	39
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	5	55	3	33	1	11	9
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	9	47	7	37	3	16	19
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	19	76	1	4	5	20	25
ΛΕΓΥΝΟΠΛΚΟΙ	2	100	-	0	-	0	2
ΔΙΚΑΤΕΣ	4	57	3	43	-	0	7
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	3	100	-	0	-	0	3
ΣΥΝΟΛΟ	70	67	19	18	15	14	104

παιδιά πέρα από την ύπαρξη στοιχείων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, υπήρξαν και παιδιά που παρουσίασαν και άλλης μορφής κακοποίηση. Ειδικότερα υπήρξε ένα ποσοστό 3,5% όπου στο παιδί υπήρξε και σεξουαλική κακοποίηση, όπως επίσης και έκθεση του παιδιού σε κίνδυνο.

Σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις στα 249 παιδιά που είχαν σωματικά κακοποιηθεί ή παραμεληθεί από τους ειδικούς αναφέρθηκε ότι: Σε 45 περιπτώσεις (18%) τα παιδιά ένιωθαν μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση, σε 81 περιστατικά (32%) τα παιδιά παρουσίαζαν κάποια ψυχιατρικά συμπτώματα, μειωμένη αυτοεκτίμηση υπήρχε σε 61 περιστατικά (24%), σε 30 περιστατικά (12%) στα παιδιά παρουσιάστηκε απόσυρση, εναντιωματική συμπεριφορά παρουσίασαν 7 παιδιά (3%), ψυχοαναγκαστικότητα υπήρξε σε 5 παιδιά (2%), τα παιδιά παρουσίασαν ψευδοενήλικη συμπεριφορά σε 3 περιπτώσεις (1%), υπεργρήγορη παρουσιάστηκε σε 10 παιδιά (1%), μαθησιακά προβλήματα σε 18 παιδιά ποσοστό 7%, ενώ δεν παρατηρήθηκαν ψυχολογικές συνέπειες σε 8 παιδιά (3%). Οι ερωτώμενοι δεν γνώριζαν για κάποιες πιθανές ψυχολογικές επιπτώσεις σε 103 παιδιά ποσοστό 4%. (Πίνακας 19, Παράρτημα Α)

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά οι ψυχολογικές συνέπειες που παρατηρήθηκαν στα παιδιά κατά σειρά συχνότητας είναι: Ψυχιατρικά συμπτώματα, μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση, απόσυρση, μαθησιακά προβλήματα, εναντιωματική συμπεριφορά, ψυχοαναγκαστικότητα, υπεργρήγορη, ψευδοενήλικη συμπεριφορά, ενώ το ποσοστό αυτών που δεν παρουσίαζαν κάποιες ψυχολογικές συνέπειες είναι αρκετά μικρό.

Αξίζει να σημειωθεί επίσης ότι το μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων που οι ερωτώμενοι δεν γνώριζαν οφείλεται κυρίως στον τύπο της ειδικότητάς τους και ειδικότερα εδώ αναφέρουμε τους

αστυνομικούς, δικαστές, δικηγόρους και ένα μικρό ποσοστό από τους παιδίατρος.

Ο Martin (1972) ανέφερε ότι, όταν επανεξετάστηκαν 42 παιδιά που είχαν υποστεί κακοποίηση, τρία χρόνια μετά το συμβάν, 43% παρουσίαζαν νευρολογικές διαταραχές και 33% ήταν πνευματικά καθυστερημένα.

Σχετικά με την μειωμένη αυτοεκτίμηση και την ικανότητα για ευχαρίστηση ο ίδιος αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά που εξετάστηκαν αποτελούσαν μία θλιβερή ομάδα των οποίων η ικανότητα να νιώσουν ευχαρίστηση ήταν πολύ περιορισμένη και τα οποία περνούσαν το χρόνο τους αντλώντας μητρική στοργή από τους μεγάλους γύρω τους, ενώ ορισμένα από αυτά είχαν παραιτηθεί εντελώς από την προσπάθεια να δημιουργήσουν κανονικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους.

Οι Martin, Beezley, Conway και Kempe (1974) σε μία συμπληρωματική εξέταση 159 σωματικά κακοποιημένων παιδιών παρατήρησαν ανεπαρκή λειτουργία του νευρικού συστήματος στο 53% των παιδιών από τα 58 παιδιά που δέχθηκαν να συνεργαστούν, ενώ το 31% είχε σοβαρές νευρολογικές διαταραχές.

Επίσης ο Kempe (1962), υπολόγισε ότι ένα ποσοστό 15% από 749 περιπτώσεις παιδιών παρουσίαζε "μόνιμη εγκεφαλική βλάβη".

Σχετικά με το ποιές υπηρεσίες γνωρίζουν οι επαγγελματίες ότι ασχολούνται με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, ανέφεραν τις Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες το 47% των Κοινωνικών λειτουργών, το 100% των Ψυχολόγων, το 100% των Ψυχιάτρων, το 67% των Παιδιάτρων, κανένας από τους αστυνομικούς, το 50% των Δικαστών και το 20% των Δικηγόρων. Τα Νοσοκομεία Παίδων ανέφεραν το 53% των Κοινωνικών λειτουργών, το 33% των Ψυχολόγων, το 50% των Ψυχιάτρων, όλοι οι παι-

Διάτροι που περιλαμβάνονταν στην έρευνα, το 75% των αστυνομικών, όλος ο αριθμός των δικαστών και το 80% των δικηγόρων. Ανέφεραν το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού σαν υπηρεσία που ασχολείται με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, το 53% των Κοινωνικών λειτουργών, το 67% των Ψυχολόγων, όπως και το 67% των παιδιάτρων, ενώ το Ι.Υ.Π δεν αναφέρθηκε απο κανένα Ψυχίατρο, αστυνομικό, δικαστή και δικηγόρο.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες των φορέων υγείας αναφέρθηκαν απο το 87% των Κοινωνικών λειτουργών, απο όλο τον αριθμό των Ψυχολόγων, απο το 50% των Ψυχιάτρων, απο το 67% των παιδιάτρων και απο το 50% των δικαστών.

Κανένας απο τους αστυνομικούς και απο τους δικηγόρους δεν ανέφερε τις κοινωνικές υπηρεσίες των φορέων Υγείας.

Ανέφεραν την αστυνομία όλος ο αριθμός των αστυνομικών, των δικαστών ενώ δεν αναφέρθηκε απο κανένα επαγγελματία Κοινωνικό Λειτουργό, Ψυχολόγο, Ψυχίατρο και Παιδίατρο.

Τα δικαστήρια αναφέρθηκαν απο το 33% των Ψυχολόγων, το 83% των Παιδιάτρων, από όλο τον αριθμό των Αστυνομικών, των Δικηγόρων, των Δικαστών και απο κανένα Ψυχίατρο. (Πίνακας 20 Παράρτημα Α).

Όπως διακρίνουμε απο τα πιο πάνω ποσοστά οι απαντήσεις που δόθηκαν απο τους ερωτώμενους καλύπτουν δύο πλευρές.

Η μία πλευρά είναι ότι οι ερωτώμενοι απάντησαν σύμφωνα με την δική τους ειδικότητα και την συνεργασία που είχαν με κάποια υπηρεσία, ενώ η άλλη πλευρά είναι ότι οι ερωτώμενοι δεν έχουν πλήρη γνώση των υπηρεσιών που ασχολούνται με το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

Αν δούμε τις υπηρεσίες που αναφέρθηκαν συνολικά βλέπουμε ότι: Τις Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες το 59% των επαγγελματιών, τα

Νοσοκομεία Παίδων το 67%, το Ι.Υ.Π. το 38% των επαγγελματιών, την Αστυνομία το 30%, τα Δικαστήρια το 59%.

Απο τα ποσοστά που συνολικά αναφέρθηκαν πέρα απο τις δύο πλευρές που μπορούμε να διακρίνουμε για τους επαγγελματίες μπορούμε να διακρίνουμε επίσης ότι απο τα ποσοστά που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι εμφανές ότι υπάρχουν διεπαγγελματικές διαφορές.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των αστυνομικών, των δικηγόρων και των δικαστών ανέφεραν μόνο τα Δικαστήρια και την Αστυνομία ως χώροι στους οποίους ασκούν και τα επαγγέλματά τους, ενώ δεν ανέφεραν καθόλου τις κοινωνικές υπηρεσίες των φορέων υγείας, το Ι.Υ.Π. και τις Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες ενώ υπήρξε μία αναφορά για τα Νοσοκομεία Παίδων.

Οι Κοινωνικοί λειτουργοί, οι Ψυχολόγοι, οι Ψυχίατροι και οι Παιδίατροι δεν αναφέρθηκαν καθόλου στην Αστυνομία ενώ οι Ψυχίατροι δεν αναφέρθηκαν καθόλου στην Αστυνομία. Αντίθετη σε σχέση πάντα με την ειδικότητά τους το μεγαλύτερο ποσοστό των Κοινωνικών λειτουργών και των Ψυχολόγων αναφέρθηκε στις κοινωνικές υπηρεσίες των φορέων υγείας, των Παιδιάτρων στα Νοσοκομεία παιδων, ενώ των Ψυχιάτρων και των Ψυχολόγων στις Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες.

Αναλύοντας αυτά τα δεδομένα δημιουργούνται προβληματισμοί σχετικά με τις γνώσεις των ειδικών για την λειτουργία άλλων υπηρεσιών όπως επίσης και το βαθμό συνεργασίας που υπάρχει ανάμεσα στις υπηρεσίες στον Ελλαδικό χώρο.

Σχετικά με τους τρόπους που έγινε ο χειρισμός των 249 περιπτώσεων απο τους επαγγελματίες ανέφεραν ότι έγινε ένας συνδυασμός ενεργειών για την αντιμετώπισή τους.

Απο τις 52 περιπτώσεις που έφθασαν στους Κοινωνικούς λειτουρ-



γούς, στις 8 (15%) έγινε επίπληξη στο δράστη, στις 6 (11%) υπήρξε δικαστική αντιμετώπιση, στις 2 (4%) παρέμεινε το παιδί στην οικογένεια, ενώ στις 35 (67%) πραγματοποιήθηκε απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, ενώ υπήρξε μία περίπτωση για την οποία δεν ανέφεραν κάποιο χειρισμό.

Από τις 22 περιπτώσεις που έφθασαν στους Ψυχολόγους έγινε επίπληξη του δράστη στις 5 (23%), στις 3 (14%) έγινε δικαστική αντιμετώπιση, στους 6 (27%) παρέμεινε το παιδί στην οικογένεια

Από τις 31 περιπτώσεις που έφθασαν στους Ψυχιάτρους 8 (26%) έγινε επίπληξη του δράστη, στις 5 (16%) έγινε δικαστική αντιμετώπιση, στις 9 (29%) παρέμεινε το παιδί στην οικογένεια και έγινε θεραπεία και στις 9 (29%) απομακρύνθηκε το παιδί από την οικογένεια.

Από τις 74 περιπτώσεις των παιδιάτρων στις 4 (5%) έγινε επίπληξη του δράστη, και σε 1 (1%) έγινε απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, για ένα αριθμό 69 περιπτώσεων (93%) οι επαγγελματίες δεν γνώριζαν τι έγινε με την περίπτωση.

Από τις 14 περιπτώσεις των αστυνομικών, οι 3 (21%) έγινε επίπληξη του δράστη, στις 8 (57%) έγινε αστυνομική αντιμετώπιση, σε 2 (14%) έγινε απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, ενώ για 1 (7%) περίπτωση οι αστυνομικοί δεν γνώριζαν τι έγινε. Από τις 13 περιπτώσεις που είχαν οι δικαστικοί, στο 7 (54%) έγινε δικαστική αντιμετώπιση, στις 4 (30%) απομακρύνθηκε το παιδί από την οικογένεια, και σε 2 (15%) δεν γνώριζαν τι μελλοντικά έγινε. (Πίνακας 21, Σελ.228).

Από τις 43 περιπτώσεις των δικηγόρων, οι 39 (91%) έγινε δικαστική αντιμετώπιση, οι 2 (5%) έγινε απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, ενώ σε 2 (5%) δεν γνώριζαν να έχει δοθεί κάποια λύση.

Βλέποντας συνολικά τους χειρισμούς που έγιναν στα περιστατικά απο τους επαγγελματίες βλέπουμε:

Στις 28 (11%) έγινε επίπληξη του δράστη, στις 68 (27%) έγινε δικαστική αντιμετώπιση, στις 17 (7%) το παιδί παρέμεινε στην οικογένεια και έγινε θεραπεία οικογένειας, στις 61 (24) το παιδί απομακρύνθηκε απο την οικογένεια, ενώ δεν δόθηκε καμία λύση για το (30%) 75 περιπτώσεις.

Μετά απο την ανάλυση των πιο πάνω στοιχείων, βλέπουμε ότι κατά συχνότητα οι χειρισμοί που έγιναν απο τους επαγγελματίες ήταν: Καμία λύση, δικαστική αντιμετώπιση, απομάκρυνση του παιδιού απο την οικογένεια, επίπληξη του δράστη και ένα πολύ μικρό ποσοστό ήταν η παραμονή του παιδιού στην οικογένεια.

Στηριζόμενοι σε αυτά τ'αποτελέσματα μπορούμε να διακρίνουμε αρχικά ότι ο χειρισμός των περιστατικών από τους επαγγελματίες είχαν άμεση σχέση με τις συγκεκριμένες αρμοδιότητες της υπηρεσίας του κάθε ερωτώμενου και δεν φαίνεται να υπάρχει σημαντικός βαθμός συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών. Οπως διακρίνουμε απο τα συνολικά αποτελέσματα στις περιπτώσεις για περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης δεν δίνεται καμία λύση απο τους επαγγελματίες και ανάλογες υπηρεσίες ενώ οι μοναδικοί τρόποι αντιμετώπισης των περιστατικών αποτελούν η δικαστική αντιμετώπιση και η απομάκρυνση του παιδιού απο την οικογένεια, ενώ οι περιπτώσεις που γίνεται μία ουσιαστική εργασία με τ'άτομα και την οικογένεια είναι αρκετά περιορισμένες κάτι που δημιουργεί πολλά ερωτηματικά σχετικά με ποιά είναι τελικά η θεραπευτική αντιμετώπιση στον Ελλαδικό χώρο.

Σε ερώτημα σχετικά με την γνώμη των ειδικών για την πιθανότητα επανάληψης της κακοποίησης απο τα θύματα όταν μεγα-

λώσουν, οι επαγγελματίες απάντησαν ότι το παιδί γίνεται μεγαλώνοντας δράστης 12 Κοινωνικοί λειτουργοί (80%), 3 (100%) Ψυχολόγοι, Ψυχίατροι 2 (100%), Παιδίατροι 4 (67%), Αστυνομικοί 2 (50%), Δικαστές 2 (100%), Δικηγόροι 4 (80%).

Ότι το παιδί μεγαλώνοντας δεν γίνεται δράστης απάντησαν, Κοινωνικοί λειτουργοί 2 (13%), Παιδίατροι 2 (33%), Αστυνομικοί 1 (25%), ενώ δεν συμφώνησαν με αυτό οι Ψυχολόγοι, οι Ψυχίατροι και οι Δικαστές. Δεν έδωσαν κάποια γνώμη, ένας Κοινωνικός λειτουργός (7%), ένας αστυνομικός (25%), ένας Δικηγόρος (20%) (Πίνακας 22, Παράρτημα Α).

Συνολικά βλέπουμε ότι οι επαγγελματίες υποστηρίζουν ότι το παιδί μεγαλώνοντας γίνεται δράστης το 78%.

Ενώ 5 επαγγελματίες (13%), ότι το παιδί μεγαλώνοντας δεν γίνεται δράστης. Υπήρξε και ένας αριθμός 3 επαγγελματιών (8%), ο οποίος δεν έδωσε κάποια απάντηση σχετικά με την επανάληψη κακοποίησης από τα θύματα.

Οι Allen R. και Olliver J. (1982), αναφέρουν ότι μέσα από μελέτη τους έχει διαπιστωθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς είχαν κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, επαναλαμβάνοντας στη σχέση με τα παιδιά τους το ίδιο, μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο.

Κατά την Chesser E. (1952), οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους κάνουν αυτό που άγνοια και κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Αντίθετα οι γονείς που εκφράζουν τη βία με φυσικό τρόπο είχαν έντονες ψυχοτραυματικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία και ήταν οι ίδιοι θύματα βίας από τους γονείς τους.

Σχετικά με ποιούς λόγους θεωρούν οι επαγγελματίες ότι ένας ενήλικας γίνεται δράστης κακοποίησης και παραμέλησης στα

παιδιά απάντησαν. Για λόγους ψυχολογικών διαταραχών υπήρξε μία ομόφωνη απάντηση απο όλους τους επαγγελματίες, για την επιβολή κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια απάντησαν 6 Κοινωνικοί λειτουργοί (60%), ένας Ψυχολόγος (33%), 2 Παιδίατροι (33) ένας αστυνομικός (25%), ένας δικαστής (50%) και 2 Δικηγόροι (40%). Θεώρησαν σαν αιτία το παρελθόν μιάς συναισθηματικά στερημένης παιδικής ηλικίας 13 Κοινωνικοί λειτουργοί (87%), 2 Ψυχολόγοι (13%), και οι 2 Ψυχίατροι, οι 4 Παιδίατροι (67%), ένας Δικαστής (50%), και οι 3 Δικηγόροι (60%). Σαν αιτία την προσπάθεια κάλυψης προσωπικών αναγκών ανέφεραν 4 Κοινωνικοί λειτουργοί, ένας Ψυχολόγος (33%), και ένας δικαστής (50%), (Πίνακας 23, Σελ.232).

Για κάθε μία αιτία δόθηκε η ακόλουθη συχνότητα:

Για ψυχολογικές διαταραχές 37 επαγγελματίες (100%), για επιβολή κυριαρχίας 16 (43%), παρελθόν μίας συναισθηματικά στερημένης ζωής 25 (67%), για προσπάθεια κάλυψης προσωπικών αναγκών 6 (16%).

Κατά το ύψος της συχνότητας των λόγων που θεωρούνται απο τους επαγγελματίες εκείνοι που οδηγούν έναν ενήλικα να γίνει δράστης σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών είναι:

Σε υψηλότερο ποσοστό οι ψυχολογικές διαταραχές, το παρελθόν μιάς συναισθηματικά στερημένης παιδικής ηλικίας, και σε μικρότερη συχνότητα η επιβολή κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια, και τέλος η προσπάθεια κάλυψης προσωπικών αναγκών.

Απο έρευνα του Selwyn Smith (1975), διαπιστώθηκε ότι η διαταραγμένη προσωπικότητα αποτελεί σημαντικό γνώρισμα στους γονείς των κακοποιημένων παιδιών.

Σύμφωνα με τους Steele και Pollock (1968) όσοι κακοποιούν τα μωρά έχουν στερηθεί τόσο τη μητρική όσο και τη βαθιά αίσθηση

του να φροντίζει κάποιος γι' αυτούς απο τα πρώτα τους χρόνια. Στην έρευνα των Smith και των συνεργατών του (1975), οι μητέρες παρουσίαζαν μικρή ή μεγάλη ανωμαλία της προσωπικότητας σε ποσοστό 76%, ενώ 48% ήταν νευρωτικές και 3,4% ψυχωσικές.

Σχετικά με τις απόψεις των ειδικών πάνω στην επάρκεια ή μη της υπάρχουσας νομοθεσίας βρήκαν επαρκή το χειρισμό μόνο οι 6 (40%), των Κοινωνικών λειτουργών ενώ κανένας επαγγελματίας απο άλλη ειδικότητα δεν βρήκε επαρκή τη νομοθεσία για τα περιστατικά (17%).

Μη επαρκή νομοθεσία υποστήριξαν όλος ο αριθμός των ψυχολόγων, ψυχιάτρων, παιδιάτρων, δικαστών και δικηγόρων όπως επίσης και οι 7 κοινωνικοί λειτουργοί (60%), και 2 αστυνομικοί (50%). Δεν έφεραν γνώμη μόνο 1 κοινωνικός λειτουργός (7%), και οι 2 αστυνομικοί (50%).

(Πίνακας 24, Παράρτημα Α).

Βλέποντας συνολικά την συχνότητα για την επάρκεια ή μη της νομοθεσίας βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών 28 (76%) κρίνει μη επαρκείς την νομοθεσία, 6 (17%) επαγγελματίες την κρίνουν επαρκή και μόνο 3 επαγγελματίες (8%) δεν έφεραν γνώμη.

Διακρίνουμε από τα πιο πάνω ποσοστά ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των επαγγελματιών γνωρίζει τα προβλήματα της νομοθεσίας για την αντιμετώπιση των περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης και την κρίνει σαν ανεπαρκή.

Σχετικά με την γνώμη των ειδικών για την αποτελεσματικότητα ή όχι του χειρισμού από τους επαγγελματίες, οι απαντήσεις που έδωσαν ήταν: Υποστήριξαν ότι υπήρξε επαρκής χειρισμός 4 Κοινωνικοί λειτουργοί (27%), 1 Ψυχίατρος (50%), 1 (17%)

Παιδίατρος 2 Αστυνομικοί (50%) και 4 Δικηγόροι (80%).

Μή επαρκή χειρισμό των περιπτώσεων υποστήριξαν 11 Κοινωνικοί λειτουργοί (73%), όλος ο αριθμός των Ψυχολόγων, 1 Ψυχίατρος (50%), 4 Παιδίατροι (67%), 1 Αστυνομικός (25%), 1 Δικηγόρος (20%) και όλοι οι Δικαστές.

Οι ερωτηθέντες που δεν έδωσαν καμία απάντηση ήταν 1 Παιδίατρος (17%) και 1 Αστυνομικός (25%).

(Πίνακας 25, Παράρτημα Α)

Συνολικά βλέπουμε ότι ο επαρκής χειρισμός των περιστατικών ήταν μόνο για 12 επαγγελματίες (32%), ενώ μή επαρκής για 23 επαγγελματίες (62%). Υπήρξε και ένα ποσοστό 5% από τους επαγγελματίες που δεν έδωσαν καμία απάντηση γιατί δεν γνώριζαν.

Από τα πιο πάνω στοιχεία μπορούμε να δούμε ποιές είναι οι απόψεις των ειδικών σχετικά με τους χειρισμούς που δίνονται για τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης και να διαπιστώσουμε ποιά είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση των περιστατικών στον Ελλαδικό χώρο.

Σε ερώτημα σχετικά με το ποιές είναι οι εκτιμήσεις των ερωτηθέντων για την αιτιολόγηση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν: Τα προσωπικά προβλήματα των γονέων και κηδεμόνων υποστηρίχθηκαν από τους 13 Κοινωνικούς λειτουργούς (87%), και από όλες τις άλλες ειδικότητες. Σαν αιτία θεωρήθηκε η έλλειψη γνώσης γονεϊκών δεξιοτήτων υποστηρίχθηκε από 8 Κοινωνικούς λειτουργούς (53%), 1 Δικαστή (50%), 3 Δικηγόρους (60%) και από όλον τον αριθμό των Ψυχολόγων, Ψυχιάτρων, Παιδιάτρων και Αστυνομικών. Τα διαπροσωπικά προβλήματα των γονέων ή των κηδεμόνων υποστηρίχθηκαν από 8 Κοινωνικούς λειτουργούς (53%), 1 Δικαστή

(50%) και 3 Δικηγόρους (60%) ενώ υποστηρίχτηκε από όλο τον αριθμό των Ψυχολόγων, των Ψυχιάτρων, Παιδιάτρων και Αστυνομικών. Για τον αλκοολισμό ή την χρήση ναρκωτικών ουσιών απάντησαν 7 Κοινωνικοί λειτουργοί (47%), 2 Ψυχολόγοι (67%), 1 Ψυχίατρος (50%) και 3 Παιδίατροι. Δεν θεώρησαν τον αλκοολισμό ή την χρήση ναρκωτικών ουσιών σαν αιτία σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης όλος ο αριθμός των Αστυνομικών, των Δικαστών και των Δικηγόρων.

Την διανοητική καθυστέρηση του δράστη υποστήριξαν 3 Κοινωνικοί λειτουργοί (20%), 1 Παιδίατρος (17%) και 1 Δικαστής (50%). Συμφώνησαν στην διανοητική καθυστέρηση του δράστη όλος ο αριθμός των Ψυχολόγων και των Ψυχιάτρων ενώ αυτή η αιτιολόγηση δεν υποστηρίχτηκε από κανένα Δικηγόρο.

Οι πολιτιστικοί παράγοντες θεωρήθηκαν αιτία για σωματική κακοποίηση και παραμέλιση από 11 Κοινωνικούς λειτουργούς (73%), 2 Ψυχολόγους (67%), 1 Ψυχίατρο (50%), όλους τους Δικαστές και 2 Δικηγόρους (40%). Αυτή η αιτιολόγηση δεν υποστηρίχτηκε από κανένα Παιδίατρο και Αστυνομικό.

Η συμπεριφορά του παιδιού θεωρήθηκε σαν αιτία για πρόκληση σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης από 5 Κοινωνικούς λειτουργούς (33%) από όλους τους Ψυχολόγους, από 1 Παιδίατρο (17%) και 1 αστυνομικό (25%). Αυτή η αιτιολόγηση δεν υποστηρίχθηκε από κανένα Ψυχίατρο, Δικαστή και Αστυνομικό.

Επίσης ένας Δικαστής ανέφερε σαν αιτιολογία σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης το έντονο παρελθόν ενός γονέα με εμπειρία φυλάκισης.

(Πίνακας 26, Παράρτημα Α)

Συνολικά βλέπουμε κατά σειρά συχνότητας να θεωρείται σαν αιτία σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης: Τα προσωπικά προ-

βλήματα των γονέων υποστηρίχθηκε από 35 επαγγελματίες (94%), η έλλειψη γνώσης γονεϊκών δεξιοτήτων γονέων και κηδεμόνων από 31 ειδικούς (84%), τα διαπροσωπικά προβλήματα των γονέων και ή κηδεμόνων από 27 (73%) επαγγελματίες, οι πολιτιστικοί παράγοντες από 18 επαγγελματίες (49%), με μικρότερη συχνότητα θεωρείται ο αλκοολισμός ή η χρήση ναρκωτικών ουσιών από 13 επαγγελματίες (35%), η διανοητική καθυστέρηση και η συμπεριφορά του παιδιού από 10 επαγγελματίες (27%).

Τα πιο πάνω ποσοστά δείχνουν ότι κύριοι παράγοντες θεωρούνται τα προσωπικά προβλήματα των γονέων, η έλλειψη γνώσης γονεϊκών δεξιοτήτων και τα διαπροσωπικά προβλήματα των γονέων.

Ο Selwyn Smith (1975), αναφέρει ότι οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους παρουσιάζουν χαρακτηριστικά συναισθηματικής ανωριμότητας και εξάρτησης ενώ κατά τους Christopher Ounsted, Rhoda Oppenheimer, Janet Lindsay (1974), αυτές οι οικογένειες είναι κλονισμένες εξ'ορισμού ενώ σε γενικές γραμμές ήταν οικογένειες απομονωμένες και μοναχικές.

Σχετικά με την επάρκεια ή μη του χειρισμού των περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών βρήκαν επαρκή το χειρισμό μόνο 1 Αστυνομικός (3%), ενώ μη επαρκής ήταν ο χειρισμός για 35 επαγγελματίες (94%), μόνο 1 Αστυνομικός δεν έδωσε κάποια απάντηση. (Πίνακας 27, Παράρτημα Α). Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά ο μεγαλύτερος αριθμός των επαγγελματιών γνωρίζει ότι ο τρόπος που αντιμετωπίστηκαν οι περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης δεν είναι καθόλου επαρκής επομένως η θεραπευτική αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, δημιουργεί ερωτήματα για την πραγματική της βοήθεια.

Όταν ερωτήθηκαν οι ειδικοί να δώσουν κάποια απάντηση



σχετικά με τις επιπτώσεις της παρουσίας περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης από τον ημερήσιο τύπο οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν:

θεώρησαν την παρουσία περιστατικών από τον ημερήσιο τύπο σαν ένα τρόπο ενημέρωσης του κοινού 15 επαγγελματίες (40%). Σαν παραδειγματισμό 13 επαγγελματίες (35%), ως κοινωνικό στιγματισμό (8%) 3 επαγγελματίες, η πρόκληση συναισθημάτων οργής και απέχθειας υποστηρίχθηκε από 1 επαγγελματία (3%), ενώ η αύξηση της αναγνωσιμότητας υποστηρίζουν 5 επαγγελματίες (13%).

(Πίνακας 28, Παράρτημα Α).

Αν δούμε συνολικά τα ποσοστά βλέπουμε ότι κατά σειρά συχνότητας οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν:

Η ενημέρωση του κοινού, ο παραδειγματισμός, η αύξηση της αναγνωσιμότητας, ο κοινωνικός στιγματισμός και τέλος η πρόκληση αισθημάτων οργής και απέχθειας. Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι μπορούμε να πούμε ότι η αναφορά σ'ένα περιστατικό σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης από τον δημόσιο τύπο έχει σαν αποτέλεσμα την ενημέρωση και τον παραδειγματισμό του κοινού. Η Αγάθωνος Ε. (1987), υποστηρίζει ότι οι ανακοινώσεις τέτοιων γεγονότων από τον δημόσιο τύπο έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση αισθημάτων οργής και απέχθειας δεδομένου ότι η κακοποίηση στην Ελλάδα θεωρείται ένα Ταμπού και ένας χώρος καλά καλυμένος από το άμεσο εξωτερικό περιβάλλον. Σχετικά με τις απόψεις των ειδικών για τον τρόπο αντιμετώπισης των δραστών οι ερωτώμενοι απάντησαν:

4 επαγγελματίες (11%), σαν τρόπο αντιμετώπισης του δράστη θεώρησαν την καταδίκη, την απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια υποστήριξαν 23 επαγγελματίες (62%), την θεραπεία

32 επαγγελματίες (86%), ενώ υπήρξε μία γνώμη από ένα δικαστή για δημιουργία ομάδων επιστημόνων για την εντόπιση περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

(Πίνακας 29, Παράρτημα Α).

Είναι αρχικά σημαντικό ν' αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικών υποστηρίζει ότι βασικός τρόπος αντιμετώπισης του δράστη θεωρείται η θεραπεία του.

Αν κοιτάξουμε τα ποσοστά βλέπουμε ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν ανάλογες με τη φύση του επαγγέλματος των ειδικών έτσι οι Κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, ψυχίατροι και παιδίατροι υποστηρίζουν την θεραπεία, την απομάκρυνση από την οικογένεια του δράστη υποστηρίζει επίσης ένας σημαντικός αριθμός επαγγελματιών κάτι που δείχνει το πνεύμα να διώχνει το κακό και όχι να θεραπεύονται ενώ συγχρόνως οι ατυνομικοί λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους υποστηρίζουν ότι ο δράστης θα πρέπει ν' αντιμετωπίζεται με καταδίκη.

Σχετικά με τις απόψεις των ειδικών για τον τρόπο παρουσίασης των περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στον ημερήσιο τύπο, τον θεώρησαν ως κατάλληλο 8 επαγγελματίες (22%), όχι κατάλληλο 28 επαγγελματίες (76%), ενώ μόνο 1 ερωτώμενος δεν απάντησε (3%).

(Πίνακας 30, Παράρτημα Α).

Από τα πιο πάνω στοιχεία βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών αναφέρει ότι ο τρόπος παρουσίασης περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης δεν θεωρείται ο κατάλληλος. Αυτό δίνει την δυνατότητα να δοθούν κάποιες απόψεις των ειδικών σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να παρουσιάζονται τα περιστατικά από τον ημερήσιο τύπο.

### Ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων

Στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε για τις ανάγκες της πτυχι-  
ακής εργασίας εκτός των άλλων ζητήθηκε από τους ερωτώμενους  
να απαντήσουν σε τέσσερις ανοικτές ερωτήσεις.

Στην πρώτη ανοικτή ερώτηση ζητήθηκε να δοθεί ένας ορισμός της  
σωματικής κακοποίησης του παιδιού. Από τους ορισμούς που δό-  
θηκαν προκύπτουν ορισμένα χαρακτηριστικά που οι ερωτώμενοι  
θεώρησαν ότι συνθέτουν τη σωματική κακοποίηση. Τα χαρακτηρι-  
στικά αυτά είναι: θέση εξουσίας του δράστη σε σχέση με το θύ-  
μα και άσκηση σωματικής και ψυχολογικής βίας λόγω της πολιτι-  
στικής δικαίωσης της βίας σαν μέσο διαπαιδαγώγησης, παραβίαση  
των δικαιωμάτων του παιδιού να ζήσει και να αναπτυχθεί φυσιολο-  
γικά. Και οι δύο ψυχίατροι που κλήθηκαν να δώσουν έναν  
ορισμό για την σωματική κακοποίηση, όρισαν την σωματική κακο-  
ποίηση του παιδιού σαν μια πράξη που επιβάλλεται από την θέση  
εξουσίας του δράστη με το θύμα. Όπως εξήγησαν, οι δράστες  
είναι άτομα που ασκούν το προνόμιό τους να τιμωρούν ένα παιδί  
του οποίου την συμπεριφορά θεωρούν ανάρμοστη. Όπως είπε ο έ-  
νας ψυχίατρος, μολονότι ορισμένα από τα άτομα αυτά μπορεί,  
μερικές φορές, να προχωρήσουν περισσότερο από όσο είχαν πρό-  
θεση εξαιτίας του θυμού και της προσωρινής απώλειας αυτοελέγ-  
χου και/ή λόγω συμπτωματικών γεγονότων, η συμπεριφορά τους,  
ωστόσο δικαιώνεται από την λαϊκή αντίληψη του δικαιώματος της  
ζωής και του θανάτου που έχει ένας γονέας πάνω στο παιδί του.  
Αυτός ο ορισμός επίσης δόθηκε από το 40% των Κοινωνικών λει-  
τουργών, το 60% των Παιδιάτρων, το 75% των Αστυνομικών, το  
50% των Δικαστών και το 40% των Δικηγόρων. Οι ψυχολόγοι δεν  
αναφέρθηκαν καθόλου στη θέση εξουσίας του δράστη.

Η άσκηση της σωματικής και ψυχολογικής βίας λόγω της

πολιτιστικής δικαίωσης της βίας σαν μέσω διαπαιδαγώγησης, υποστηρίχθηκε από την πλειοψηφία των Κοινωνικών λειτουργών και των Παιδιάτρων. Επίσης αναφέρθηκε από την μειοψηφία των Ψυχολόγων, των Αστυνομικών, των Δικαστών και των Δικηγόρων. Χαρακτηριστικά ένας από τους Δικηγόρους είπε ότι η σωματική κακοποίηση των παιδιών δεν υπερβαίνει το δεοντολογικό φάσμα της επιβολής πειθαρχίας στα παιδιά, όπως ορίζεται από τον πολιτισμό μας. Η παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού να ζήσει και να αναπτυχθεί φυσιολογικά αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των ψυχολόγων. Μια ψυχολόγος έδωσε τον εξής ορισμό για την σωματική κακοποίηση: "παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού και άσκηση βίας (σωματικής) ή εξευτελισμός της προσωπικότητας του παιδιού με κοινωνικό στιγματισμό και τραυματικά βιώματα στην ψυχολογία του παιδιού". Επίσης για παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού μίλησαν το 7% των Κοινωνικών λειτουργών και το 20% των Δικηγόρων. Κανένας από τους υπόλοιπους επαγγελματίες δεν ανέφερε αυτό τον ορισμό. Σε γενικές γραμμές φαίνεται ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν κοινά χαρακτηριστικά στους ορισμούς τόσο ανάμεσα στους επαγγελματίες των διαφόρων ειδικοτήτων όσο και στους επαγγελματίες της ίδιας ειδικότητας μεταξύ τους.

Σε άλλη ανοικτή ερώτηση που έγινε προς τους ερωτώμενους τους ζητήθηκε να δώσουν έναν ορισμό της παραμέλησης των παιδιών. Όλοι οι Κοινωνικοί λειτουργοί, οι Ψυχίατροι, οι Παιδίατροι, οι Αστυνομικοί, οι Δικαστές και οι Δικηγόροι συμφώνησαν ότι παραμέληση είναι η αδιαφορία ή η αμέλεια των γονέων ως προς το να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών τους (σωματικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές κτλ.). Επίσης αυτός ο ορισμός δόθηκε από το 1/3 των Ψυχολόγων, ενώ το υπόλοιπο 2/3 υποστή-

ριξε ότι η παραμέληση είναι η αδιαφορία και η ανευθυνότητα των γονέων ως προς τις ανάγκες των παιδιών τους αλλά και η μη ευαισθητοποίησή τους περί αγωγής, ανατροφής και δικαιωμάτων των παιδιών. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το 95% των επαγγελματιών συμφωνούν μεταξύ τους ως προς τον ορισμό της παραμέλησης ενώ το υπόλοιπο 5% αν και συμφωνεί με τους υπόλοιπους δίνει κάποιες επιπλέον διαστάσεις του προβλήματος.

Η τρίτη ανοιχτή ερώτηση που έγινε προς τους ερωτώμενους τους ζητούσε να κάνουν ορισμένες προτάσεις αναφορικά με το τι θα μπορούσε να γίνει στον τομέα της αντιμετώπισης της παιδικής σωματικής κακοποίησης στην Ελλάδα. Έγιναν οι ακόλουθες προτάσεις:

1. Δημιουργία ειδικής υπηρεσίας με εξειδικευμένο προσωπικό (Κοινωνικούς λειτουργούς, Ψυχολόγους, Παιδοψυχιάτρους, Παιδιάτρους, Κοινωνιολόγους και Νομικούς Συμβούλους), με σκοπό τη διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης. Βέβαια όπως αναφέρθηκε τέτοιες περιπτώσεις παλιά αναλάμβανε το Ι.Υ.Π., όμως εδώ και 5 με 6 χρόνια έχει περιοριστεί στο ερευνητικό έργο και έχει αφήσει μεγάλες ελλείψεις. Η πρόταση λοιπόν αναφέρεται στη δημιουργία μίας άλλης υπηρεσίας σε συνεργασία με το Ι.Υ.Π, που όπως υποστηρίχθηκε μπορεί να λειτουργήσει είτε ανεξάρτητα, είτε στα νοσοκομεία παιδών, είτε στα πλαίσια συνοικιακών κέντρων, είτε σε κοινοτικό επίπεδο στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η πρόταση αυτή έγινε από 4 επαγγελματίες.

2. Ειδική εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των ειδικών που πιθανόν να αντιμετωπίσουν περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην επαγγελματική τους ζωή (π.χ. Παιδαγωγοί, Κοινωνικοί Λειτουργοί, Παιδίατροι, Αστυνομικοί, Δικαστικοί),

μέσω ειδικών σεμιναρίων. Αυτή η πρόταση υποστηρίχθηκε από 15 ερωτώμενους.

3. Δημιουργία ξενώνων με ειδικό προσωπικό (Παιδοψυχίατρο, Κοινωνικό Λειτουργό, Παιδίατρο, Παιδαγωγό, Βρεφοκόμο, Κλινικό Ψυχολόγο), που θα δέχονται τέτοια παιδιά με σκοπό την θεραπευτική τους αντιμετώπιση με παράλληλη συμβουλευτική προς τους γονείς τους ή την τοποθέτησή τους σε ανάδοχες οικογένειες μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις. Οι διαδικασίες εισαγωγής παιδιών θα πρέπει να είναι όσο το δυνατό απλούστερες, και οι ξενώνες δεν θα πρέπει να έχουν μορφή ιδρύματος αλλά μιας τεχνικής οικογένειας που θα αντικαταστήσει για κάποιο χρονικό διάστημα την φυσική τους οικογένεια. Την πρόταση έκαναν 7 επαγγελματίες.

4. Προσπάθεια θεραπείας της οικογένειας (ατομική ή ομαδική θεραπεία) και επανένταξης του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον γιατί όπως υποστήριξε μια επαγγελματίας το καλύτερο ίδρυμα δεν μπορεί να αντικαταστήσει τη χειρότερη οικογένεια για ένα παιδί. Η πρόταση αυτή υποστηρίχτηκε από 7 επαγγελματίες.

5. Συνεργασία όλων των επαγγελματιών στους οποίους αναφέρονται τέτοια περιστατικά και καλούνται να τα αντιμετωπίσουν και συντονισμός των προσπαθειών των αρμόδιων φορέων με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Η πρόταση αυτή έγινε από δυο επαγγελματίες.

6. Πέντε επαγγελματίες πρότειναν αυστηρότερες ποινές για τους δράστες και κατά περίπτωση αφαίρεση της γονικής επιμέλειας. Ένας επαγγελματίας πρότεινε ευέλικτες ποινές για τους δράστες με εναλλακτική λύση για την θεραπεία τους.

7. Αλλαγή στην ποινική δικονομία. Η νομική διαδικασία δεν θα πρέπει να είναι χρονοβόρα και να απαιτεί επαναλαμβανόμενες

καταθέσεις από το παιδί. Η δίκη πρέπει να γίνει κεκλεισμένων των θυρών για να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός του παιδιού και η δημιουργία περισσότερων ενοχών και ψυχολογικών τραυματισμών. Η πρόταση αυτή υποστηρίχθηκε από 4 ερωτώμενους.

8. Δημιουργία του θεσμού του οικογενειακού δικαστή και της ειδικότητας του ψυχιατροδικαστή που θα αποφαινεται για κάθε περίπτωση. Απαραίτητη συνεργασία αυτών με Κοινωνικούς Λειτουργούς και Παιδοψυχολόγους για τον χειρισμό των περιπτώσεων.

Την πρόταση αυτή έκαναν 3 επαγγελματίες.

9. Δημιουργία προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης για όσες οικογένειες απ'αυτές που διαπράττουν την κακοποίηση είναι χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και παράλληλος προγραμματισμός υποστηρικτικής και συμβουλευτικής βοήθειας πάνω σε θέματα καθημερινής λειτουργίας της οικογένειας. Η πρόταση αυτή υποστηρίχτηκε από 2 επαγγελματίες.

10. Εμπλοκή του εκπαιδευτικού συστήματος στην πρόληψη (σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αγωγή γονέων με ομάδες στα σχολεία).

Η πρόταση αυτή αναφέρθηκε από 8 επαγγελματίες.

11. Δημιουργία θεραπευτικών οικοτροφείων για οικογένειες, που θα αποτελούνται από Ψυχιατρική νοσοκόμο, Κοινωνική Λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτική, Ψυχολόγο και Ψυχίατρο. Εκεί θα γίνεται μια λεπτομερειακή διαγνωστική εκτίμηση και στη συνέχεια θα γίνεται η θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο των γονιών, όσο και των παιδιών. Την πρόταση αυτή έκαναν 2 επαγγελματίες.

12. Δυο επαγγελματίες πρότειναν να γίνει καλύτερη διερεύνηση του προβλήματος στην Ελλάδα και να εξειχνιαστεί η συχνότητά του ώστε να διαφωτιστεί η κοινή γνώμη και να ευαισθητοποιηθεί ο Ελληνικός κόσμος. Οι ίδιοι υποστήριξαν ότι βρισκόμαστε ακόμα στο στάδιο της άρνησης του προβλήματος κι ότι πρέπει να

γίνει πρώτα η αναγνώριση καταρχήν από τους ειδικούς και στη συνέχεια από τους υπόλοιπους και μετά να δημιουργηθούν τα ειδικά προγράμματα αντιμετώπισής του.

13. Δυο επαγγελματίες πρότειναν να ευαισθητοποιηθεί η κοινωνία μας ως προς τη σωματική κακοποίηση των παιδιών της και να συνειδητοποιήσει ότι η χρήση σωματικής και ψυχολογικής βίας δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σαν μέσο διαπαιδαγώγησης γιατί πολλές φορές η απώλεια αυτοελέγχου οδηγεί σε ακραία περιστατικά.

14. Τέλος ένας επαγγελματίας ανέφερε ότι δεν γνωρίζει τι θα έπρεπε να γίνει για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος γιατί απλούστατα γι' αυτόν δεν υπάρχει το πρόβλημα.

Όσον αφορά τους τρόπους με τους οποίους το κοινό πρέπει να ενημερωθεί πάνω στο πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να κάνουν ορισμένες προτάσεις. Συγκεκριμένα πρότειναν:

1. Δημιουργία εξειδικευμένου φορέα που θα πρέπει να καταρτίζεται από ειδικούς πάνω στο θέμα, που θα πληροφορούν και θα ενημερώνουν το κοινό με σκοπό την ευαισθητοποίησή του. Βέβαια όπως ανέφεραν οι ειδικοί το Ι.Υ.Π. έχει αναλάβει αυτό το ρόλο και οργανώνει επίσης σεμινάρια για επαγγελματίες που μπορεί να πέσουν στην αντίληψή τους τέτοια περιστατικά. Όμως αυτό που πρότειναν είναι να οργανωθούν περισσότερο και να αυξηθούν αυτές οι προσπάθειες και να επεκταθούν και εκτός Αθηνών. Την πρόταση αυτή έκαναν 9 επαγγελματίες.

2. Πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού για τις ερευνητικές μελέτες της έκτασης του προβλήματος στην Ελλάδα που γίνονται από το Ι.Υ.Π. Δημοσίευση αυτών των μελετών με σκοπό την διαμόρφωση άποψης πάνω στο συγκεκριμένο θέμα και αναγνώρισης



του προβλήματος. Η άποψη αυτή υποστηρίχτηκε από 6 επαγγελματίες.

3. Ενημέρωση των γονέων πάνω στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών από ομάδες ή σχολές με σκοπό την εκπαίδευση γονέων πάνω στις λειτουργίες και τις απαιτήσεις του γονεϊκού ρόλου. Η πρόταση αυτή έγινε από 7 επαγγελματίες.

4. Ενημέρωση των παιδιών στα σχολεία από ειδικούς και δασκάλους όσον αφορά τα δικαιώματά τους και την δυνατότητα να αποκαλύψουν το γεγονός της κακοποίησης σε κάποιον που να εμπιστεύονται με σκοπό την παροχή βοήθειας. Η πρόταση αυτή έγινε από 7 επαγγελματίες.

5. Ενημέρωση από τα μέσα μαζικής πληροφόρησης (ημερήσιος τύπος, ραδιόφωνο, τηλεόραση) σε περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με ιδιαίτερη προσοχή στο τρόπο που θα παρουσιασθεί το θέμα προς αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού και της δημιουργίας ενοχών στο παιδί. Η παρουσίαση των περιστατικών στο τύπο πρέπει να γίνεται ανώνυμα, χωρίς φωτογραφίες που εξευτελίζουν την ανθρώπινη προσωπικότητα, χωρίς μεγάλους τίτλους και χωρίς πολλές λεπτομέρειες. Η πρόταση αυτή έγινε από 15 επαγγελματίες.

6. Ένας επαγγελματίας ανέφερε ότι η ενημέρωση που γίνεται από τον τύπο και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι επαρκής και δεν νομίζει ότι θα έπρεπε να γίνει με άλλο τρόπο. Τρεις επαγγελματίες είπαν ότι δεν θεωρούν σκόπιμο να ενημερωθεί το κοινό, ενώ ένας υποστήριξε ότι μια τέτοια ενημέρωση κρύβει κινδύνους τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς. Τέλος ένας επαγγελματίας δεν θέλησε να δώσει απάντηση με την δικαιολογία ότι δεν γνωρίζει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Συμπεράσματα

Σκοπός της μελέτης που έγινε για τις ανάγκες αυτής της πε-  
χιακής ήταν η συλλογή στοιχείων, ενδεικτικών της εκτασης του  
προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών  
προσχολικής και σχολικής ηλικίας στην Ελλάδα· επίσης ο βαθμός  
αναγνώρισης του προβλήματος σε σχέση με τους τρόπους αντιμετωπι-  
σης του, καθώς και οι νομικές αρχές που είναι απαραίτητες για  
για την διαγνώση, την θεραπεία και την πρόληψη του προβλήματος.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας δέκτες της σωματικής  
κακοποίησης και παραμέλησης είναι τόσο τα αγόρια όσο και τα  
κορίτσια, με μικρή διάκριση των αγοριών. Αυτό δείχνει ότι ο λόγος  
του φύλου δεν αποτελεί τόσο σημαντικό παράγοντα για την κακοποι-  
ηση του παιδιού δεδομένου ότι ένα παιδί, αγόρι ή κορίτσι έχει  
σχεδόν τις ίδιες πιθανότητες να κακοποιηθεί από άτομο του οικο-  
γενειακού του περιβάλλοντος.

Δράστης της κακοποίησης θεωρείται κύρια η μητέρα, η οποία  
λόγω του γεγονότος ότι βρίσκεται σε πιο στενή επαφή με το παι-  
δι και περνά συνήθως πιο πολλές ώρες μαζί του, οι ευκαιρίες που  
έχει για να απομακρυνθεί από αυτό όταν βρίσκεται σε κρίση είναι  
αρκετά περιορισμένες.

Η διάρκεια της κακοποίησης μέχρι να γίνει γνωστό το περι-  
στατικό από κάποιον ειδικό φτάνει τα δύο χρόνια, στοιχείο που  
δείχνει για άλλη μια φορά τον τρόπο που η οικογένεια απομο-  
νώνεται από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο προκειμένου να κρύ-  
ψει το γεγονός, όπως επίσης και τον τρόπο που η κοινωνία επι-

μένει να θεωρεί ακόμη ταμπούτα περιστατικά κακοποίησης ώστε να δώσει την ευκαιρία στους γονείς να ζητήσουν βοήθεια, όταν νιώθουν ότι την έχουν ανάγκη.

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων καθώς κοινωνικό-οικονομικό τους επίπεδο δεν θεωρείται πλέον χαμηλό, δεδομένου ότι όπως έδειξαν και τα στοιχεία της έρευνας οι οικογένειες που έχουν βιώσει περιστατικά κακοποίησης ανήκουν κατά μεγαλύτερο ποσοστό στην μεσαία τάξη. Το γεγονός ότι πλέον στις υπηρεσίες δεν φθάνουν περιστατικά χαμηλού κοινωνικού-οικονομικού επιπέδου επιρεάζει κατά πολύ την αποψη που κυριαρχούσε πριν μερικά χρόνια, ότι ησωματική κακοποίηση και παραμέληση αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά οικογενειών κατώτερων στρωμάτων.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που παρατηρήθηκαν στα παιδιά ήταν κύρια ψυχιατρικά συμπτώματα, μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση και απόσυρση. Οι ειδικοί υποστήριξαν ότι σε πολλά παιδιά παρουσιάστηκαν χαρακτηριστικά μειωμένης αυτοεκτίμησης και ευχαρίστησης στα παιδιά ενώ η απόσυρση και η εσωστρέφεια αποτελούσε βασικό χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς τους. Έύκολα μπορούμε να διακρίνουμε πόσο σημαντικές είναι οι συνέπειες της κακοποίησης στο παιδί και πόσο σημαντικός είναι ο καταλληλός τρόπος αντιμετώπισής τους.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ειδικών που ερωτήθηκαν είχε λάβει "ειδική" εκπαίδευση, όπως δήλωσε, όμως ένας διόλου ευκαταφρόνητος αριθμός ασχολιόταν με περιστατικά κακοποίησης χωρίς καμία θεωρητική υποδομή. Επιπλέον αρκετοί από τους ειδικούς που δήλωσαν ότι είχαν εκπαιδευτεί αποκάλυψαν ότι αυτό είχε γίνει με δική τους προσπάθεια για ενημέρωση μέσα από βιβλιογραφικό και οπτικό υλικό, και λίγοι ότι είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια

κατά την διάρκεια ενός προγράμματος.

Οι απόψεις των ειδικών σχετικά με τον ορισμό της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης διέφεραν τόσο ανάμεσα στις ίδιες ειδικότητες, όσο και σε διαφορετικές ειδικότητες, ενώ οι απόψεις σχετικά με τον χειρισμό των περιπτώσεων διέφεραν ανάλογα με την ειδικότητα του κάθε επαγγελματία, όπως επίσης και με το χώρο που εργαζόταν. Επίσης απο ότι φάνηκε οι ειδικοί σπάνια συζητούνται μεταξύ τους.

Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικών θεωρεί ότι ο χειρισμός των περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών δεν είναι επαρκής όμως δεν φαίνεται να γνωρίζει τί πρέπει να γίνει για την ορθότερη αντιμετώπισή τους. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό διαφωνεί για τον τρόπο που το κοινό ενημερώνεται για τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Πιστεύει ο τρόπος παρουσίασης τους από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν είναι οκατάλληλος γιατί παρουσιάζουν το γονέα σαν εγκληματία και τον στιγματίζουν για την υπόλοιπη ζωή του.

## Εισηγήσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας θεωρείται απαραίτητο να γίνουν ορισμένες προτάσεις, η πραγματοποίηση των οποίων μπορεί να συμβάλει στην πληρέστερη και σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στον Ελληνικό χώρο.

1. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση ενός προβλήματος είναι η γνώση των δυναμικών που το συνθέτουν. Όπως αποκάλυψε όμως αυτή η έρευνα που έγινε για τις ανάγκες της παρούσας πτυχιακής, ένας σημαντικός αριθμός των επαγγελματιών που ασχολούνται με περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης δεν έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση, ούτε έχουν παρακολουθήσει ειδικά σεμινάρια. Προτείνεται λοιπόν η οργάνωση ειδικών σεμιναρίων που θα απευθύνονται σε επαγγελματίες που ασχολούνται με περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών, προσφέροντας τους τις απαραίτητες γνώσεις των δυναμικών που το συνθέτουν και των τρόπων αντιμετώπισης τους. Επίσης εκπαιδευτικά σεμινάρια και επιμορφωτικές ομάδες μπορούν να γίνουν σε κάθε ειδικότητα ξεχωριστά με σκοπό την ενημέρωση των επαγγελματιών για τον ρόλο της υπηρεσίας τους και τον ρόλο των άλλων υπηρεσιών πάνω στην αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Απαραίτητο είναι να τονιστεί η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας τόσο στην αναγνώριση όσο και αντιμετώπιση ενός περιστατικού σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού.

2. Η έρευνα των θεραπευτικών παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι υπηρεσίες που ανα-

λαμβάνουν τέτοια περιστατικά συνεχώς περιορίζονται, συντελώντας έτσι στην "γκετοποίηση" του προβλήματος και στην περιθωριοποίηση των συγκεκριμένων ατόμων . Προτείνεται η δημιουργία ειδικών τμημάτων μέσα στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες που ασχολούνται με την παιδική προστασία (Νοσοκομεία, Π.Ι.Κ.Π.Α., Παιδικοί Σταθμοί κ. ά.) και η στελέχωσή τους με εξειδικευμένο προσωπικό. Είναι απαραίτητο σε κάθε τέτοιο τμήμα να υπάρχει παιδοψυχίατρος, παιδίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ώστε να αντιμετωπίζονται τα περιστατικά από μία διεπιστημονική ομάδα και όχι από άτομα μεμονωμένα. Επίσης είναι απαραίτητη η συνεργασία αυτών των υπηρεσιών για την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών.

3. Το πρόγραμμα που ακολουθεί κάθε υπηρεσία για την αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης θα πρέπει να γίνει γνωστό στους πολίτες μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης καθώς και ειδικών σεμιναρίων που θα οργανώνει κάθε υπηρεσία γι' αυτούς. Για την αναγνώριση του προβλήματος και για την καλύτερη αντιμετώπισή του είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση των πολιτών με κάθε τρόπο και η ενημέρωσή τους πάνω στις πηγές βοήθειας και τις υπηρεσίες, όπου μπορούν να απευθυνθούν.

4. Προτείνεται επίσης η ενημέρωση του κοινού από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης σχετικά με τα περιστατικά κακοποίησης παιδιών να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή χωρίς ποιοτικές κρίσεις και ονδματα που στιγματίζουν την οικογένεια και παρουσιάζουν τους δράστες ως "ανθρωπόμορφα κτήνη", "τέρατα" κ.ά. Αντίθετα θα ήταν πολύ εποικοδομητικό αν οι εκπρόσωποι του τύπου και

της τηλεδρασης αναφέρονταν περισσότερο στα πιθανά αίτια ( πολιτιστική δικαίωση της χρήσης της βίας, κληρονομηρότητα κ.α.) προκαλώντας κάποιον ειδικό να μιλήσει γι' αυτά και δίνοντας πληροφορίες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στον Ελλαδικό χώρο.

5. Τα θεραπευτικά προγράμματα που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα επι το πλείστον οδηγούν στην απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια και την τοποθέτησή του σε ανάδοχες οικογένειες ή ιδρύματα. Όμως όπως υποστηρίζεται με αυτόν τον τρόπο το παιδί στιγματίζεται για την υπόλοιπη ζωή του και νιώθει ενοχές γιατί απομονώνεται από το οικογενειακό του περιβάλλον, ενώ δεν γίνεται καμμία προσπάθεια αποκατάστασης. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο προτείνεται η διερεύνηση άλλων εναλλακτικών λύσεων και μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις να εφαρμόζεται η απομάκρυνση. Προτείνεται όμως ακόμα και για τις περιπτώσεις που αυτή είναι αναπόφευκτη η παραμονή του παιδιού σε αναδοχή οικογένεια για όσο διάστημα χρειαστεί και η δημιουργία στέγης φιλοξενίας για τα παιδιά και όχι ο εγκλεισμός τους σε ιδρύματα.

6. Στο χώρο της νομοθεσίας προτείνονται καταλληλοί και ευέλικτοι νόμοι που θα αντιμετωπίζουν άμεσα όχι μόνο την ποινική πλευρά τέτοιων περιπτώσεων αλλά ιδιαίτερα τον τομέα της αποκατάστασης της οικογένειας μετά την εξοδό της από το δικαστήριο. Γι' αυτό προτείνεται η δημιουργία επιτροπικού δικαστηρίου που θα αναλάβει κάθετι που έχει σχέση με το οικογενειακό δίκαιο. Επίσης για τους γονείς που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι με ψυχιατρικές διαταραχές, να γίνει ευκολότερη η διαδικασία για την αφαίρεση επιμέλειας και γονικής μέριμνας με την δυνατότητα όμως επανεξέτασης της περίπτωσης.

7. Δημιουργία ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων που θα εξασφαλίζουν προσωρινά την παραμονή του παιδιού σε ασφαλές μέρος (Νοσοκομείο, ανάδοχη οικογένεια, ίδρυμα) παρά την θέληση των γονιών σε σοβαρές περιπτώσεις και ώσπου να αξιολογηθεί το οικογενειακό περιβάλλον από τον κοινωνικό λειτουργό. Κατά συνέπεια νομοθετική κάλυψη του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στην αναγνώριση και στην εγκυροποίηση περιστατικών κακοποίησης και συνεργασία του με διεπιστημονική ομάδα.
8. Δημιουργία πηγών βοήθειας στον Ελλαδικό χώρο για όλη την οικογένεια (Μονάδες- ξενώνες για περιόδους κρίσης, θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες, βοήθεια από μη ειδικούς κ.ά.).
9. Δημιουργία συμβουλευτικών ομάδων για γονείς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, ενταγμένων σε προγράμματα υγειονομικής και προνοιακής περίθαλψης του πληθυσμού.
10. Δημιουργία Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού σε κάθε πρόγραμμα ή πλαίσιο που ασχολείται με κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά με σκοπό να γίνει κάτι στον χώρο της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Επίσης δημιουργία προγραμμάτων προετοιμασίας των νέων για το γόνιμο ρόλο μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, ~~την~~ την εκπαίδευση κ.ά.
11. Τέλος, προτείνεται η ίση κατανομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στις διάφορες περιοχές της χώρας. Πιστεύουμε ότι όταν γίνει η διοικητική αποκέντρωση και η ανάληψη της ευθύνης από διοικητικά και γεωγραφικά μικρότερες και ευέλικτες δομές όπως οι νομαρχείες και η τοπική αυτοδιοίκηση, τότε θα έχει κατακτηθεί ένα σημαντικό βήμα για την αντιμετώπιση και την πρόληψη της οικογενειακής βίας προς τα παιδιά.



Κλείνοντας αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελληνική Κοινωνία βρίσκεται σ'ένα αρχικό στάδιο αναγνώρισης του προβλήματος και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών της και ότι πολύ λίγα βήματα έχουν γίνει ως προς την αντιμετώπιση του. Σίγουρα όμως το πρόβλημα υπάρχει σε σημαντικό βαθμό και είναι αναγκαία η διερεύνηση σε βάθος.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Δυστάσεις του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης  
και παραμέλησης

ΕΠΙΤΕΣΜΑΤΑ	Το πρόβλημα έχει περιορισμένες δυστάσεις		σοβαρές δυστάσεις		μεγάλες δυστάσεις		Δεν γνώρι- ζαν το πρόβλημα	
	αριθμός επαγγελματιών	%	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	7	47	3	20	4	27	1	7
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	1	33	2	67	-	0	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	2	100	-	0	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	3	50	2	33	1	17	-	0
ΛΕΓΟΝΟΜΙΚΟΙ	3	75	1	25	-	0	-	0
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100	-	0	-	0
ΔΙΔΗΤΟΡΟΙ	2	40	3	60	-	0	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	16	43	15	40	5	13	1	3

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : Αριθμός περιστατικών που είδαν οι επαγγελματίες

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	1-5 περιστατικά		6-10 περιστατικά		10 περιστατικά και άνω	
	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	-	0	4	28	10	71
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	2	67	1	33
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	-	0	2	100
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	-	0	6	100
ΛΕΓΥΝΟΜΙΚΟΙ	2	67	-	0	1	33
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	2	50	2	50	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	4	12	10	29	20	54

**ΠΙΝΑΚΙ 6:** Συμπτώματα που παρουσιάζουν τα παιδιά που είχαν οξυμετρικά κακοποιηθεί και παραμεινθεί

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	Κυανώσεις, ουλές, μελαινίες στο τριμήματα, δαγκώματα		Κατάγματα στο κράνιο, στα μακρά οστά στα πλευρά, τραύματα στα οστά χωρίς να υπάρχει κάταγμα		Σηκωτικές αιμορραγίες		Διλητηρίωση		Παραμέληση στην ένδυση στη τροφή κτλ		Επιπρόσθετη στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια.		ΣΥΝΟΛΟ	
	αριθμός περιπτώσεων	%	αριθμός περιπτώσεων	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%		
ΚΟΙΝ .ΛΕΠΤΟΓΥΤΟΙ	33	63	-	0	2	4	-	0	0	40	77	10	19	52
ΨΥΧΟΓΥΤΟΙ	-	0	-	0	-	0	-	0	-	13	59	17	77	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	-	0	-	0	-	0	-	13	42	27	87	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	47	63	53	72	35	47	12	16	7	9	0	-	0	74
ΛΕΥΚΟΚΗΙΔΟΙ	11	78	13	93	-	0	-	0	-	14	100	-	0	14
ΔΙΑΚΑΤΕΙ	3	23	5	38	-	0	-	0	-	12	92	-	0	13
ΔΙΕΠΤΟΡΟΙ	7	16	9	21	-	0	-	0	-	21	49	-	0	43
ΣΥΝΟΛΟ	111	44	80	32	37	15	12	5	7	3	116	46	54	249

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8 : Επαναλαμβανόμενη ή μη σωματική κακοποίηση ή παραμέληση**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	η κακοποίηση ήταν χρόνια		η κακοποίηση συνέβη μία φορά		οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΜΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	32	61	17	33	3	6	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	13	59	9	41	-	0	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	22	71	9	29	-	0	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	2	3	17	23	55	74	74
ΑΕΤΥΜΟΜΙΚΟΙ	3	21	-	0	11	78	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	7	54	3	23	3	23	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	32	74	10	23	1	2	43
ΣΥΜΟΛΟ	111	44	65	26	73	29	249

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9 : Διόγκηση συμπαικτής κακοποίησης ή παραμέλησης**

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ	ένος		δύο		τρεις		τέσσερα		πέντε		ολιγοπληθύντες		ΣΥΝΟΛΟ
	Ιρόνης		Ιρόνια		Ιρόνια		Ιρόνια		Ιρόνια		δεν γνώριζαν		
	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	
ΚΟΙΝ. ΔΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	-	0	10	31	12	37	-	0	-	0	10	31	32
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	6	46	2	15	1	0	1	0	3	23	13
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	-	0	2	9	2	9	12	54	6	27	22
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	1	50	1	50	-	0	-	0	-	0	-	0	2
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	-	0	-	0	2	67	-	0	1	33	-	0	3
ΔΙΕΚΣΤΕΣ	-	0	2	20	2	20	3	43	-	0	-	0	7
ΔΙΕΚΤΟΡΟΙ	-	0	14	44	0	25	7	22	3	9	-	0	32
ΣΥΝΟΛΟ	1	51	33	30	20	25	13	12	17	15	19	17	111

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 : Περιπτώσεις που ο δράστης ήταν ο ένας από του δύο γονείς  
 ο άλλος γνώριζε ή όχι το γεγονός.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ο άλλος γονέας γνώριζε το γεγονός		ο άλλος γονέας δεν γνώριζε το γεγονός		οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΜΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	27	63	12	28	4	9	43
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	12	63	5	26	2	10	19
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	12	54	8	36	2	9	22
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	22	31	17	24	32	45	71
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	1	9	1	9	9	82	11
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	6	54	3	27	2	18	11
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	9	24	9	24	19	51	37
ΣΥΜΟΛΟ	89	41	55	26	70	33	214



ΠΙΝΑΚΑΣ 12 : ΜΑΛΕΣΑ ΓΟΝΕΥΝ ΟΤΑΝ ΕΓΙΝΕ ΓΝΩΣΤΟ ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΟΤΙΚΟ.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ	κάτω των 20 ετών		20-30 ετών		30-40 ετών		40-50 ετών		50 ετών και άνω		οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	1 αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	1 αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	1 αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	1 αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	1 αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	1 αριθμός περιπτ.	
ΚΟΙΝ. ΑΣΙΤΟΥΡΓΟΙ	1	2	25	40	26	50	-	0	-	0	-	0	52
ΠΥΣΟΔΟΓΟΙ	2	9	13	59	7	31	-	0	-	0	-	0	22
ΠΥΣΙΑΥΡΟΙ	2	6	-	0	15	48	14	45	-	0	-	0	31
ΜΑΣΙΑΥΡΟΙ	2	3	36	46	33	44	-	0	2	3	7	9	76
ΑΣΥΧΗΘΗΚΟΙ	1	7	9	64	1	7	1	7	-	0	2	14	14
ΑΙΚΑΣΤΕΣ	1	8	8	61	2	15	1	8	-	0	1	8	13
ΑΙΧΜΕΦΟΡΟΙ	1	2	19	44	10	42	1	29	-	0	0	9	43
ΣΥΝΟΛΟ	10	4	106	42	102	41	17	7	2	1	16	6	249

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13 : Ποσοτικά επίπεδα του νατρίου**

ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ	Αγόμενος		Απόλυτος δημοτικός		Απόλυτος τμήσεων		Απόλυτος λυκείου		Απόλυτος ανώτερης ή ανώτατης σιολής		Οι ερωτηθέντες οι οποίοι δεν γνώριζαν		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.	αριθμός περιλπ.		
ΚΟΙΝ. ΔΕΥΤΟΒΓΓΟΙ	3	6	17	33	21	40	7	13	2	4	2	4	52
ΠΥΧΟΔΟΓΟΙ	3	14	3	14	9	41	7	32	-	0	-	0	22
ΠΥΧΗΤΡΟΙ	5	16	3	10	13	42	10	32	-	0	-	0	31
ΠΑΙΔΑΓΓΟΙ	-	0	0	5	7	9	2	3	2	3	59	80	74
ΔΕΥΤΟΝΙΚΟΙ	1	7	-	0	2	14	-	0	-	0	11	78	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	15	-	0	0	61	-	0	3	23	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	-	0	9	21	8	19	4	9	1	2	21	49	43
ΣΥΝΟΛΟ	12	5	30	15	60	24	38	15	5	2	96	30	249

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Ποσοτικά επίπεδα της μητέρας

ΕΠΙΠΕΔΙΑ	Αγόμενα		Απόφοιτος δημοτικού		Απόφοιτος γυμνασίου		Απόφοιτος λύκειου		Απόφοιτος ανώτερης ή ανώτατης σχολής		Οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων	αριθμός περιπτώσεων		
ΚΟΙΝ. ΑΕΙΟΥΥΡΤΟΙ	3	6	14	27	22	42	8	15	3	6	2	4	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	2	9	6	18	10	45	6	27	-	0	-	0	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	6	19	4	13	11	35	10	32	-	0	-	0	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	3	4	8	16	1	1	3	4	59	80	74
ΑΕΙΠΡΩΙΚΟΙ	1	7	-	0	2	14	-	0	-	0	11	79	14
ΑΙΣΧΕΤΕΣ	-	0	3	23	-	0	6	46	-	0	6	31	13
ΑΙΣΧΗΓΟΡΟΙ	-	0	9	21	6	14	5	12	-	0	23	53	63
ΣΥΝΟΛΟ	12	5	37	15	59	24	36	14	6	2	99	40	249

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15 : Επαγγελματική κατάσταση του πατέρα του κακοποιημένου παιδιού.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ο πατέρας εργαζόταν		δεν είχε μό- νιμη εργασία		ήταν άνεργος		οι ερωτη- θέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΝΟΛΟ αριθμός περιπτ.
	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	11	21	24	46	15	29	2	4	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	13	59	2	9	7	32	-	0	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	6	20	64	9	29	-	0	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	5	7	13	17	6	8	50	67	74
ΛΕΓΥΜΟΝΙΚΟΙ	-	0	1	7	2	14	11	79	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	9	69	1	8	-	0	3	23	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	13	30	2	5	7	16	21	49	43
ΣΥΝΟΛΟ	53	21	63	25	46	18	87	35	249

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16 : Επαγγελματική κατάσταση της μητέρας του κακοποιημένου παιδιού.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	η μητέρα εργαζόταν		δεν είχε μό- νιμη εργασία		ήταν άνεργη		οι ερωτη- θέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΝΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	26	50	6	11	17	33	3	6	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	1	4	11	50	10	45	-	0	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	17	55	2	6	12	39	-	0	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	6	8	3	4	6	8	59	80	74
ΛΕΥΚΟΜΙΚΟΙ	-	0	-	0	3	21	11	78	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	1	8	1	8	8	61	3	23	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	1	2	11	25	10	23	21	49	43
ΣΥΝΟΛΟ	52	21	34	14	66	26	97	39	249

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17 : Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών στις οποίες εκδηλώθηκε η κακοποίηση.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Χαμηλό		Μεσαίο		Υψηλό		οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν		ΣΥΜΟΛΟ
	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	αριθμός περιπτ.	
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	24	46	20	38	6	11	2	4	52
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	6	27	15	68	1	4	-	0	22
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	7	22	23	74	1	3	-	0	31
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	2	3	13	17	2	3	57	77	74
ΛΕΓΥΜΟΝΙΚΟΙ	-	0	3	21	-	0	11	78	14
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	2	15	8	61	-	0	3	23	13
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	2	5	19	44	1	2	21	49	43
ΣΥΜΟΛΟ	43	17	101	40	11	4	94	30	249

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 : Ψυχολογικές επιπτώσεις στα θύματα.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	Μειωμένη ικανότητα για ευφορία		Ψυχολογικά μειωμένα συμπτώματα		Μειωμένη αυτο-εκτίμηση		Απόσυρση		Εναντι-μένη συμ-περιφορά		Ψυχανογκαστική συμ-περιφορά		Ψευδο-γρήγορα		Καθολικά προβλήματα γ.κ.συνέπειες		Μειωμένη παρατηρήσιμη ψυχο-γ.κ.συνέπειες		Οι εργασι-θέντες δεν γινόνται		Αριθμός περιπτώσεων			
	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%	αριθμός	%
ΚΟΙΝ. ΔΕΙΤΟΥΡΟΙ	27	52	21	40	29	56	9	17	0	2	4	0	0	0	8	15	0	0	0	0	0	0	52	
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	9	41	13	59	7	32	9	41	0	2	9	1	4	3	14	1	4	0	0	0	0	22		
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	9	29	29	93	13	42	5	16	3	10	1	3	2	6	2	6	3	10	0	0	0	31		
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	13	18	12	16	-	0	-	0	-	0	-	0	2	3	0	4	5	49	66	14		
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	-	0	-	0	-	0	4	28	-	0	-	0	-	0	3	21	-	0	0	9	64	14		
ΔΙΑΚΛΙΣΙ	-	0	2	15	-	0	3	23	4	31	-	0	-	0	0	3	23	2	15	8	61	13		
ΔΙΚΗΤΟΡΟΙ	-	0	3	7	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	0	3	7	2	5	37	86	43		
ΣΥΝΟΛΟ	45	18	81	32	61	24	30	12	7	3	5	12	3	1	10	1	18	7	8	3	103	41	249	

ΣΗΜΑΞΙΣ 26 : Υπηρεσίες που οι επαγγελματίες που έχουν συσταθεί με περιστατικό αρραβωνιαστικό καταβολής και παραμέλησης ποσών.

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ	Ιστορικό- Υπηρεσίες Ποσών		Ποσοστά Ποσών		Υπερτιμή Υπηρεσιών Ποσών		Κοινωνικές Υπηρεσίες Άλλων Φορέων		Αυτονομία		Δικαστήρια		Άλλα	
	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.	Αριθμός Επαγγελ.
ΚΟΙΝ. ΑΞΙΟΥΡΓΟΙ	7	47	0	53	0	53	13	87	-	0	5	33	-	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	3	100	1	33	2	67	3	100	-	0	1	33	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	100	1	50	-	0	1	50	-	0	-	0	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	4	67	6	100	4	67	4	67	-	0	5	83	-	0
ΑΥΤΟΝΟΜΟΙ	-	0	3	75	-	0	-	0	4	100	4	100	-	0
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	1	50	2	100	-	0	1	50	2	100	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	1	20	4	80	-	0	-	0	5	100	5	100	-	0
ΣΥΜΦΩ	22	59	25	67	14	30	21	57	11	30	22	59	-	0



**ΠΙΝΑΚΑΣ 22** , Γνώμη των ειδικών για την πιθανότητα επανάληψης  
 της κακοποίησης από τα θύματα.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Το παιδί γίνονταν μεγαλύτερο δραστήριο		Το παιδί μεγάλωνοντας δεν γίνεται δραστήριο		Οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν	
	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%	αριθμός περιπτ.	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	12	80	2	13	1	7
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	3	100	-	0	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	100	-	0	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	4	67	2	33	-	0
ΛΕΓΥΝΟΜΙΚΟΙ	2	50	1	25	1	25
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	2	100	-	0	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	4	80	-	0	1	20
ΣΥΝΟΛΟ	29	78	5	13	3	8

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24 : Απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με την επάρκεια ή μη της υπάρχουσας νομοθεσίας.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Επαρκής		Μη επαρκής		Οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν	
	αριθμός επαγγελματιών	%	αριθμός επαγγελμ.	%	αριθμός επαγγελμ.	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	6	40	7	60	1	7
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	3	100	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	2	100	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	6	100	-	0
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	-	0	2	50	2	50
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	-	0	6	100	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	6	17	28	76	3	8

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25 : Γνώμη των ειδικών για την αποτελεσματικότητα ή όχι του χειρισμού.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Επαρκής χειρισμός		Μη επαρκής χειρισμός		Οι ερωτηθέντες δεν γνώριζαν	
	αριθμός επαγγελματιών	%	αριθμός επαγγελημ.	%	αριθμός επαγγελημ.	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	4	27	11	73	-	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	3	100	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	1	50	1	50	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	1	17	4	67	1	17
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	2	50	1	25	1	25
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	4	80	1	20	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	12	32	23	62	2	5



**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 :** Απόψεις των ειδικών για την επάρκεια ή μη του χειρισμού των περιπτώσεων κακοποίησης ή και παραμέλησης παιδιών.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Επαρκής		Μη επαρκής		Οι ερωτώμενοι δεν γνώριζαν	
	αριθμός επαγγελματιών	%	αριθμός επαγγελματιών	%	αριθμός επαγγελματιών	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	-	0	15	100	-	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	3	100	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	2	100	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	6	100	-	0
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	1	25	2	50	1	25
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	-	0	5	100	-	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>94</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 : Σημειώσεις της παρουσίασης περιστατικών κακοποίησης ή και παραμέλησης παιδιών στον ημερήσιο τόνο.

ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΑ	Σημείωση κόλου		Παραλείψεις		Κοινωνικός στρατηγισμός		Πρόκληση συναισθημάτων ορθής και ασάφειας		Λήψη αναγνωστικότητας	
	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.	αριθμός σημειώσεων.
ΙΣΟΠ. ΑΝΙΣΟΤΗΤΟΙ	9	60	6	60	-	0	-	0	-	0
ΟΥΧΟΛΟΓΟΙ	1	33	-	0	1	33	-	0	1	33
ΟΥΧΙΣΤΡΟΙ	1	50	-	0	1	50	-	0	-	0
ΠΑΙΔΙΑΣΤΡΟΙ	1	17	6	67	-	0	-	0	1	17
ΔΙΣΥΜΒΟΛΙΚΟΙ	-	0	2	50	1	25	1	25	-	0
ΔΙΚΑΙΩΤΕΣ	1	50	-	0	-	0	-	0	1	50
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	2	40	1	20	-	0	-	0	2	40
ΣΥΜΒΑΟ	15	40	13	35	3	0	1	3	5	13

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29 : Τρόποι σύμφωνα με τους επαγγελματίες αντιμετώπισης των δραστών.**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Καταδίκη		Απομόκρυψη απο την οικογένεια		Θεραπεία		Κάτι άλλο	
	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	αριθμός περιπτ.
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	-	0	13	87	15	100	-	0
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	2	67	3	100	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	-	0	2	100	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	-	0	4	67	6	100	-	0
ΛΕΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	3	75	2	50	1	25	-	0
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	-	0	1	50	1	50
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	1	20	2	40	4	80	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	4	11	23	62	32	86	1	3

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30 :** Απόψεις των επαγγελματιών για τον τρόπο παρουσίασης των περιστατικών κακοποίησης ή/και παραμέλησης παιδιών στον ημερήσιο τύπο.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	Κατάλληλος		Οχι		Οι ερωτώμενοι δεν γνώριζαν	
	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%	αριθμός επαγγελ.	%
ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	1	7	13	86	1	7
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	-	0	3	100	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	-	0	2	100	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	2	33	4	67	-	0
ΛΕΓΥΜΟΝΙΚΟΙ	3	75	1	15	-	0
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100	-	0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	2	40	3	60	-	0
ΣΥΜΟΛΟ	6	22	28	76	1	3



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΣΕΥΠ Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΜΠΕΣΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

ΛΑΤΩΝΑ ΚΩΝ/ΝΑ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Η έρευνα αυτή είναι μια έρευνα γνώμης που θα γίνει σε επαγγελματίες που έχουν ασχοληθεί με σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η συγκέντρωση στοιχείων που θα δώσουν μια άποψη της έκτασης του προβλήματος σήμερα στην Ελλάδα , και της αντιμετώπισής του.

Τα ερωτηματολόγια απαντώνται ανώνυμα , οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη συγγραφή πτυχιακής εργασίας με θέμα :

"Σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας μέσα στην οικογένεια, θεραπευτικές παρεμβάσεις στον Ελλαδικό χώρο".

Η πτυχιακή αυτή εργασία γίνεται απο  
τις σπουδάστριες :

Μπέση Φωτεινή

Λατσόνα Κων/να

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πόσο ετών είστε;

1

α) 20-29 ετών .....

β) 30-39 ετών .....

γ) 40-49 ετών .....

δ) 50-59 ετών .....

ε) 60 ετών και άνω .....

2. Είστε :

2

α) Άνδρας .....

β) Γυναίκα .....

3. Τι επάγγελμα κάνετε ;

3

α) Κοινωνικός Λειτουργός .....

β) Ψυχολόγος .....

γ) Ψυχίατρος .....

δ) Παιδίατρος .....

ε) Αστυνομικός .....

στ) Δικαστής .....

ζ) Δικηγόρος .....

η) Άλλο επάγγελμα .....

4. Πόσα χρόνια κάνετε αυτό  
το επάγγελμα ;

4

α) Λιγότερο απο 3 χρόνια .....

β) 4-6 χρόνια .....

γ) 7-9 χρόνια .....

δ) 10-12 χρόνια .....

ε) 13 και άνω χρόνια .....

5. Σε ποιά υπηρεσία εργάζεσθε

5

α) Νοσοκομείο .....

β) Ιατροπαιδαγωγική Μονάδα .....

γ) Ιδιωτικός Φορέας .....

δ) Αστυνομία .....

ε) Δικαστήριο .....

στ) Κοινωνική Υπηρεσία κάποιου  
άλλου φορέα .....

ζ) Κάτι άλλο .....

6. Έχετε λάβει ειδική εκπαίδευση για να αντιμετωπίζετε περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης ;

6

α) ΝΑΙ

.....

β) ΟΧΙ

.....

7. Τι είναι για σας σωματική κακοποίηση παιδιών ;

7

---

---

---

---

---

8. Τι είναι για σας παραμέληση παιδιών ;

8

---

---

---

---

---

9. Το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στον τόπο μας είναι :

- a) Περιορισμένων διαστάσεων .....
- β) Αρκετά σοβαρό .....
- γ) Μεγάλων διαστάσεων .....
- δ) Δεν γνωρίζω .....

10. Έχουν πέσει στην αντίληψή σας περιστατικά κακοποίησης ή/και παραμέλησης παιδιών μέσα στην οικογένειά τους ;

- a) ΝΑΙ .....
- β) ΟΧΙ .....

( Σημείωση : Αν ΟΧΙ παραπομπή στην ερώτηση 32 )

11. Κατά το χρονικό διάστημα που εξασκείτε το επάγγελμά σας έχουν πέσει στην αντίληψή σας :

- a) 1-5 περιστατικά .....
- β) 6-10 περιστατικά .....
- γ) απο 10 περιστατικά και άνω .....

12. Πως έφθασαν σε σας τα περιστατικά :

Αριθμός περιπτώσεων

- |                                    |       |                      |    |
|------------------------------------|-------|----------------------|----|
| α) Απο το θύμα                     | ..... | <input type="text"/> | 12 |
| β) Απο την μητέρα                  | ..... | <input type="text"/> | 13 |
| γ) Απο τον πατέρα                  | ..... | <input type="text"/> | 14 |
| δ) Απο συγγενείς                   | ..... | <input type="text"/> | 15 |
| ε) Απο γείτονες                    | ..... | <input type="text"/> | 16 |
| στ) Με παραπομπή απο άλλη Υπηρεσία | ..... | <input type="text"/> | 17 |
| ζ) Με άλλο τρόπο                   | ..... | <input type="text"/> | 18 |

(Σημείωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω απο μία απαντήσεις)

13. Τα παιδιά ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

- |             |       |                      |    |
|-------------|-------|----------------------|----|
| α) Αγόρια   | ..... | <input type="text"/> | 19 |
| β) Κορίτσια | ..... | <input type="text"/> | 20 |

14. Τα συμπτώματα που παρουσίαζαν ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

- |  |       |                      |    |
|--|-------|----------------------|----|
| α) Μωλωπισμοί, ουλές, μελανιές απο τσιμπιές, δαγκώματα | ..... | <input type="text"/> | 21 |
|--|-------|----------------------|----|



- β) Κατάγματα στο κρανίο, στα μακρά οστά, στα πλευρά, τραύματα στα οστά χωρίς να υπάρχει κάταγμα. ....  22
- γ) Εγκεφαλικές κακώσεις. ....  23
- δ) Εσωτερικές αιμορραγίες. ....  24
- ε) Δηλητηρίαση ....  25
- στ) Παραμέληση στην ένδυση, στην τροφή, κτλ. ....  26
- ζ) Καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια. ....  27
- η) Κάτι άλλο ....  28
- θ) Δέν γνωρίζω ....  29

(Σημείωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μια απαντήσεις).

15. Η ηλικία των παιδιών όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

- α) Κάτω του ενός έτους ....  30
- β) 1-3 χρονών ....  31
- γ) 4-5 χρονών ....  32

- |                  |       |                      |    |
|------------------|-------|----------------------|----|
| δ) 6-7 χρονών    | ..... | <input type="text"/> | 33 |
| ε) 8-9 χρονών    | ..... | <input type="text"/> | 34 |
| στ) 10-12 χρονών | ..... | <input type="text"/> | 35 |
| ζ) Δεν γνωρίζω   | ..... | <input type="text"/> | 36 |

(Σημείωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις)

16. Η κακοποίηση ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

- |                    |       |                      |    |
|--------------------|-------|----------------------|----|
| α) Χρόνια          | ..... | <input type="text"/> | 37 |
| β) Συνέβη μια φορά | ..... | <input type="text"/> | 38 |
| γ) Δεν γνωρίζω     | ..... | <input type="text"/> | 39 |

17. Στην περίπτωση που ήταν χρόνια πόσος καιρός είχε περάσει από τότε που άρχισε;

Αριθμός περιπτώσεων

- |                            |       |                      |    |
|----------------------------|-------|----------------------|----|
| α) Ένας χρόνος             | ..... | <input type="text"/> | 40 |
| β) Δύο χρόνια              | ..... | <input type="text"/> | 41 |
| γ) Τρία χρόνια             | ..... | <input type="text"/> | 42 |
| δ) Τέσσερα χρόνια          | ..... | <input type="text"/> | 43 |
| ε) Πάνω από τέσσερα χρόνια | ..... | <input type="text"/> | 44 |

στ) Δεν γνωρίζω

.....

45

18. Οι δράστες ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

α) Ο πατέρας

.....

46

β) Η μητέρα

.....

47

γ) Και οι δύο γονείς

.....

48

δ) Τα αδέλφια

.....

49

ε) Άλλο άτομο του συγγενικού  
περιβάλλοντος

.....

50

στ) Δεν γνωρίζω

.....

51

19. Στην περίπτωση που ο δράστης  
ήταν ο ένας από τους δύο  
γονείς ο άλλος :

Αριθμός περιπτώσεων

α) Γνώριζε το γεγονός

.....

52

β) Δεν γνώριζε το γεγονός

.....

53

γ) Δεν γνωρίζω

.....

54

20. Η ηλικία των γονέων όταν  
έγινε γνωστό το περιστατικό  
ήταν :

	Αριθμός περιπτώσεων	
α) Κάτω των 20 ετών	.....	<input type="text"/> 55
β) 20-30 ετών	.....	<input type="text"/> 56
γ) 30-40 ετών	.....	<input type="text"/> 57
δ) 40-50 ετών	.....	<input type="text"/> 58
ε) 50 ετών και άνω	.....	<input type="text"/> 59
στ) Δεν γνωρίζω	.....	<input type="text"/> 60

21. Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα ήταν :

	Αριθμός περιπτώσεων	
α) Αγράμματος	.....	<input type="text"/> 61
β) Απόφοιτος Δημοτικού	.....	<input type="text"/> 62
γ) Απόφοιτος Γυμνασίου	.....	<input type="text"/> 63
δ) Απόφοιτος Λυκείου	.....	<input type="text"/> 64
ε) Απόφοιτος Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής	.....	<input type="text"/> 65
στ) Δεν γνωρίζω	.....	<input type="text"/> 66

22. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ήταν :

	Αριθμός περιπτώσεων	
α) Αγράμματη	.....	<input type="text"/> 67

β) Απόφοιτος Δημοτικού	.....	<input type="text"/>	68
γ) Απόφοιτος Γυμνασίου	.....	<input type="text"/>	69
δ) Απόφοιτος Λυκείου	.....	<input type="text"/>	70
ε) Απόφοιτος Ανωτέρας ή Ανώτατης Σχολής	.....	<input type="text"/>	71
στ) Δεν γνωρίζω	.....	<input type="text"/>	72

23. Ο πατέρας του κακοποιημένου παιδιού :

Αριθμός περιπτώσεων :

α) Εργαζόταν	.....	<input type="text"/>	73
β) Δεν είχε μόνιμη εργασία	.....	<input type="text"/>	74
γ) Ήταν άνεργος	.....	<input type="text"/>	75
δ) Δεν γνωρίζω	.....	<input type="text"/>	76

24. Η μητέρα του κακοποιημένου παιδιού :

Αριθμός περιπτώσεων :

α) Εργαζόταν	.....	<input type="text"/>	77
β) Δεν είχε μόνιμη εργασία	.....	<input type="text"/>	78
γ) Ήταν άνεργη	.....	<input type="text"/>	79
δ) Δεν γνωρίζω	.....	<input type="text"/>	80

25. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

- |                |       |                      |    |
|----------------|-------|----------------------|----|
| α) Χαμηλό      | ..... | <input type="text"/> | 81 |
| β) Μεσαίο      | ..... | <input type="text"/> | 82 |
| γ) Υψηλό       | ..... | <input type="text"/> | 83 |
| δ) Δεν γνωρίζω | ..... | <input type="text"/> | 84 |

26. Παράλληλα με τη σωματική κακοποίηση ή/και παραμέληση, παρατηρήθηκε στο παιδί άλλη μορφή κακοποίησης :

Αριθμός περιπτώσεων

- |                |       |                      |    |
|----------------|-------|----------------------|----|
| α) ΝΑΙ         | ..... | <input type="text"/> | 5  |
| β) ΟΧΙ         | ..... | <input type="text"/> | 85 |
| γ) Δεν γνωρίζω | ..... | <input type="text"/> | 87 |

27. Αν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε ΝΑΙ, ποιά ήταν η άλλη μορφή κακοποίησης :

Αριθμός περιπτώσεων

- |   |       |                      |    |
|---|-------|----------------------|----|
| α) Σεξουαλική κακοποίηση                  | ..... | <input type="text"/> | 88 |
| β) Ψυχολογική / Συναισθηματική κακοποίηση | ..... | <input type="text"/> | 89 |

γ) Δεν γνωρίζω .....  90

28. Οι ψυχολογικές συνέπειες που παρατηρήθηκαν στο παιδί ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

α) Μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση .....  91

β) Ψυχιατρικά συμπτώματα (π.χ ε-  
νούρηση, παροξυσμός νεύρων,  
υπέρδραστηριότητα, παράδοξη  
συμπεριφορά). .....  92

γ) Μειωμένη αυτοεκτίμηση .....  93

δ) Απόσυρση .....  94

ε) Εναντιωματική συμπεριφορά .....  95

στ) Ψυχαναγκαστικότητα .....  96

ζ) Ψευδοενηλικιακή συμπεριφορά .....  97

η) Υπεργρήγορη .....  98

θ) Μαθησιακά προβλήματα .....  99

ι) Δεν παρατηρήθηκαν ψυχολο-  
γικές συνέπειες .....  100

κ) Δεν γνωρίζω .....  101

(Σημείωση: Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μια απαντήσεις)

29. Η αντιμετώπιση των περιστατικών γίνεται απο:

102

- |  |                      |
|--|----------------------|
| α) Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες .....         | <input type="text"/> |
| β) Νοσοκομεία Παιδων .....                 | <input type="text"/> |
| γ) Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.....      | <input type="text"/> |
| δ) Κοινωνικές Υπηρεσίες άλλων φορέων ..... | <input type="text"/> |
| ε) Αστυνομία .....                         | <input type="text"/> |
| στ) Δικαστήρια .....                       | <input type="text"/> |
| ζ) Κάτι άλλο .....                         | <input type="text"/> |

(Σημείωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω απο μια απαντήσεις).

30. Οι λύσεις που δόθηκαν στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν :

Αριθμός περιπτώσεων

- |  |                      |     |
|--|----------------------|-----|
| α) Επίπληξη στον δράστη .....  | <input type="text"/> | 103 |
| β) Δικαστική αντιμετώπιση .....  | <input type="text"/> | 104 |
| γ) Παραμονή του παιδιού στην οικογένεια και θεραπεία της οικογένειας ..... | <input type="text"/> | 105 |
| δ) Απομάκρυνση του παιδιού απο την οικογένεια .....                        | <input type="text"/> | 106 |



ε) Κάτι άλλο .....  107

στ) Δεν γνωρίζω .....  108

(Σημείωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω απο μία απαντήσεις)

31. Ο χειρισμός κατα την γνώμη σας ήταν επαρκής :

109

α) ΝΑΙ .....

β) ΟΧΙ .....

γ) Δεν γνωρίζω .....

32. Κατά την γνώμη σας η σωματική κακοποίηση και η παραμέληση υποβοηθείται να εκδηλωθεί απο τους εξής παράγοντες :

Αριθμός περιπτώσεων

α) προσωπικά προβλήματα των γονέων ή κηδεμόνων .....  110

β) Ελλειψη γνώσης γονεϊκών δεξιοτήτων των γονέων ή κηδεμόνων .....  111

γ) Διαπροσωπικά προβλήματα των γονέων ή κηδεμόνων .....  112

δ) Αλκοολισμός ή / και χρήση

ναρκωτικών ουσιών	.....	<input type="checkbox"/>	113
ε) Ψυχοπαθολογία του δράστη	.....	<input type="checkbox"/>	114
στ) Διανοητική καθυστέρηση του δράστη	.....	<input type="checkbox"/>	115
ζ) Πολιτιστικοί παράγοντες	.....	<input type="checkbox"/>	116
η) Συμπεριφορά του παιδιού	.....	<input type="checkbox"/>	117
θ) Κάτι άλλο	.....	<input type="checkbox"/>	118

(Σημείωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μια απαντήσεις)

33. Ένα παιδί που έχει σωματικά κακοποιηθεί ή /και παραμεληθεί, μεγαλώνοντας είναι πιθανόν να αναπαράγει την ίδια συμπεριφορά:

119

α) ΝΑΙ	.....	<input type="checkbox"/>
β) ΟΧΙ	.....	<input type="checkbox"/>
γ) Δεν γνωρίζω	.....	<input type="checkbox"/>

34. Ο δράστης διαπράττει την σωματική κακοποίηση ή /και παραμέληση του παιδιού εξαιτίας :

120

α) Ψυχολογικών διαταραχών	.....	<input type="checkbox"/>
---------------------------	-------	--------------------------

- β) Επιβολή κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια .....
- γ) Παρελθόν μιας συναισθηματικά στερημένης παιδικής ηλικίας .....
- δ) Προσπάθεια κάλυψης προσωπικών αναγκών .....

(Σημείωση : ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω απο μια απαντήσεις).

35. Η ισχύουσα νομοθεσία στον Ελλαδικό χώρο είναι επαρκής για την αντιμετώπιση περιστατικών σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης :

121

- α) ΝΑΙ .....
- β) ΟΧΙ .....
- γ) Δεν γνωρίζω .....

36. Ο τρόπος που αντιμετωπίζονται τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στην χώρα μας είναι επαρκής :

122

- α) ΝΑΙ .....

I .....

ν γνωρίζω .....

ν προηγούμενη ερώτηση

σατε ΟΧΙ τι άλλο θα

νατε ; 123

---

---

---

---

---

ει να αντιμετωπίζεται

124

καταδίκη .....

ομάκρυνση απο την

κογένεια .....

θεραπευτική παρέμβαση .....

κάποιο άλλο τρόπο .....

ωση : Ο ερωτώμενος μπορεί να  
ει μόνο μία απάντηση ή περισ-  
ς κατά σειρά προτεραιότητας).

ουσίαση τέτοιων περιστατικών

απο τα μέσα μαζικής ενημέρωσης  
έχει σαν αποτέλεσμα :

125

- α) Την ενημέρωση του κοινού .....
- β) Τον παραδειγματισμό .....
- γ) Τον κοινωνικό στιγματισμό .....
- δ) Την πρόκληση συναισθημάτων  
οργής και απέχθειας .....
- ε) Την αύξηση της αναγνωστι-  
κότητας .....
- στ) Κάτι άλλο .....

37.

40. Ο τρόπος που τα περιστατικά  
σωματικής κακοποίησης και  
παραμέλησης παρουσιάζονται απο τα  
μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι ο  
κατάλληλος :

126

- α) ΝΑΙ .....
- β) ΟΧΙ .....
- γ) Δεν γνωρίζω .....

41. Με ποιό τρόπο το κοινό πρέπει να ενημερωθεί  
πάνω στο συγκεκριμένο πρόβλημα :

127

---

---

---

39.

Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος Ελένη, "Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου του κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού", Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1977, τεύχος 30-31, σελ.275-284.
- Αγάθωνος Ε., Σταθακοπούλου Ν., Αδάμ Ε., Νάκου Σ., "Child abuse and neglect in Greece: Sociomedical aspects", Child Abuse and Neglect, 1982, 6:307-311.
- Αγάθωνος, Νάκου, Παπαιωάννου, "Ομαδικές συμβουλευτικές συζητήσεις με γονείς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών", Παιδιατρική, 1983, 46:222-225.
- Αγάθωνος Ε., Σταθακοπούλου Ν., Νάκου Σ., Αδάμ Ε., Κοκέβη Α., Μαραγκός Χ., "Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιών, Ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά 30 περιπτώσεων", αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1984, 1:29-35.
- Αγάθωνος Ε., "θεραπευτική παρέμβαση σε οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους", Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1987, 140-154.
- Αγάθωνος Ε., Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1988.
- Allen R, Oliver J., "The effects of child maultreatment on language development", Child abuse and neglect, 1982, 6:299.
- Assen, Evan, Piper, Steevens, Child abuse and neglect, 13: 47-57
- Burns, Child abuse prevention efforts in Canada, Ανακοίνωση IV Διεθνές Συνέδριο Κακοποίησης - Παραμέλησης Παιδιών, 19 .
- Βαλάση - Αδάμ, "Σωματική κακοποίηση: Παιδιατρική άποψη", Κακο-

- ποίηση- Παραμέληση Παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού,  
Αθήνα 1987, σελ. 23-29.
- Βαλάση Αδάμ, Μαραγκός Χ., Αγάθωνος Ε., "Κακοποίηση παραμέληση  
παιδιών: Εμπειρίες και στάση Παιδιάτρων", 23ο πανελλήνιο  
Παιδιατρικό Συνέδριο, Ερμιόνη 1985.
- Becker D., Needleman H., Kotelchuck M., "Child abuse and den-  
tistry", Orafacial Trauma and its recognition by dentistry,  
I.A.D.A, 1978, pp.24-35.
- Cohn, "Effective treatment of child abuse and neglect", Social  
Work, 1979, 24:513.
- Davoren E., "The role of the Social Worker", The Battered  
child, The University of Chicago Press, 1968, pp. 135-139.
- Franklin A., "Treating the family", Child abuse and Neglect,  
The Open University Press, 1980.
- Franklin A., "Η φύση του έργου ", Η κακοποίηση του παιδιού,  
(μεταφ. εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, pp. 62-66
- Friedman and Morse, "Κακοποίηση των παιδιών: πενταετής συμπλη-  
ρωματική μελέτη έγκαιρης ανακάλυψης περιπτώσεων του τμήμα-  
τος επειγόντων περιστατικών", Η κακοποίηση του παιδιού,  
(Μεταφ. Εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985 σελ. 207-  
212.
- Furniss T., "Mutual influence and inter-locking profls profe-  
ssional-family procession, the treatment of child sexual  
abuse and incest", Child abuse and neglect, Pergamon Press,  
1983, 7:207-223.
- Geisel R.L., Hidden Victims- The sexual abuse of children,  
the Beakon Press, Boston 1979.
- Gil D. G., "Physical abuse of children", Pediatrics, 1969,  
4:442-447.

- Gil D.G., "Violence against children", Childhood and Socialisation, Macmillan Press, New York 1973, 114-132.
- Hall M.H., "Μετά την κακοποίηση η ιατρική συνέντευξη", Η κακοποίηση του παιδιού (Μετάφ. εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, pp. 98-99.
- Helfer R.E., "Review of the literature on the prevention of child abuse and neglect", Child abuse and neglect, 6:251.
- Hull D., "Κλινικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης των παιδιών", Η κακοποίηση του παιδιού (Μετάφ. Εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, pp.90-99.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, "Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, Οδηγός για επαγγελματίες", Αθήνα 1990.
- Jones R., Jones S., "Θεραπεία μία κοινωνική άποψη", Η κακοποίηση του παιδιού, (Μετάφ. εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, pp. 112-120.
- Jones C.O.R., "The predicament of abused children", The challenge of child abuse, 1977, pp.20-35.
- Junewicz W., "Social Work treatment with abused and neglected children", Treatment of child emotional maltreatment, 1985 pp.297-319.
- Kennell, Voos, Klaus, "Σύνδεσμος γονέα βρέφους", Η κακοποίηση του παιδιού, (Μετάφ. εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985 pp.18-24.
- Kempe C.H., "Recent developments in the field of child abuse", Child abuse and neglect, 1979, 3:IX-XV.
- Kempe, Helfer, "Νεοτεριστικές θεραπευτικές προσεγγίσεις", Η κακοποίηση του παιδιού (Μετάφ. εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, pp.213-224.
- Kempe, Silverman, Steele, "The battered child syndrome", Child



abuse and neglect, 1985, 9:143.

Κεράνη-Κουμουτσέα, "Το κακοποιημένο παιδί στο χώρο της οδοντιατρικής", Κακοποίηση παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1987, σελ. 63-67.

Κουτσελίνης, "Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού", Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1987, σελ. 30-40.

Lampo A., Michiels M., "Management of the abusing family", Ανακοίνωση το πρώτο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο, Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, Ρόδος 6-10 Απριλίου 1987.

Leader Arthur, "Η έννοια της υπευθυνότητας στην θεραπευτική οικογένεια", Social Casework, No 3, Αύγουστος 1979.

Lynch M.A., "Child abuse before Kemple: An historical literature review", Child abuse and neglect, 1985, 9:7-15.

Lynch M.A., "Child abuse: the critical path", Journal of maternal and child health, 1976, pp. 25-29

Mackeith R., "Σκέψεις σχετικά με ορισμένες πιθανές μακροπρόθεσμες συνέπειες", Η κακοποίηση του παιδιού (μεταφ. εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, Σελ. 198-206.

Mac Carthy D., Booth E.M., "The parental rejection and stunning of growth", Journal of Psychosomatic Research, 1970, τευχος 14, Σελ. 259-265.

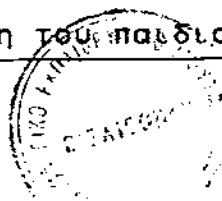
Μαρουλή Ε., "Κοινωνική Εργασία με οικογένεια κακοποιημένου παιδιού" Εκλογή, Απρίλιος 1979.

Μαρουλή Ε., "Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού", Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, 1977, τευχ. 30, Σελ. 275-284.

Μαραγκός, "Ιατρικά χαρακτηριστικά 86 κακοποιημένων, παραμελημένων παιδιών ηλικίας 0-3 ετών", Κακοποίηση Παραμέληση παι-

- διών, Ι.Υ.Π., Αθήνα 1987, Σελ. 41-57.
- Μουζακίτης Χ., "Η κακοποίηση των παιδιών: Γενική θεώρηση και διεθνής προοπτική", Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 1987, Πρώτος τόμος Κεφ.16, Σελ.381-384
- Μουζακίτης Χ., "Ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού", Κοινωνική εργασία, 1990, τευχ.20, Σελ.243-254.
- Μουζακίτης Χ., Σημειώσεις στο μάθημα Κ.Ε.Ο., τμήμα Κοινωνικής εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π. Πατρών 1990.
- Μουζακίτης Χ., Σαλκιτζόγλου Τ., "Το νομικό καθεστώς για την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού στην Ελλάδα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Κοινωνικός Λειτουργός", εκλογή, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 1987, Σελ.77-85.
- Νάκου Σ., Μαρουλή Ε., Δοξιάδης Σ., "Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού στην Ελλάδα", Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, 1978, Σελ.298-300.
- Νάκου Σ., "Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών: Ιστορική αναδρομή", Κακοποίηση παραμέληση παιδιών, Ι.Υ.Π., Αθήνα 1987, Σελ.15-22.
- Newberger C.M., "Prevention of child abuse: Theory myth, practice", Journ of Preventive Psychiatry, 1:4-443.
- Ντουντουλάκης, "Το κακοποιημένο παιδί: Η ορθοπεδική άποψη", Κακοποίηση Παραμέληση παιδιών, Ι.Υ.Π. Αθήνα 1987, Σελ.58-62.
- Νόβα-Καλτσούνη, "Παραβατικότητα ανηλίκων", Στατιστική Επιθεώρηση του 3<sup>ου</sup> Τμήματος Ανηλίκων, Αθήνα 1991.
- Oliver J.E. "The epidemiology of child abuse", The maltreatment of children, H.T.P. Press, Lancaster 1978, pp.95-119.
- Ounsted C., Oppenheimer R., Lindsay J., "Αποτυχία στην δημιουργία συνδέσμου", Η κακοποίηση του παιδιού (Μεταφ. Εκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985, pp.172 185.

- Pascoe D.J. "Management of sexually Abused Children", Pediatric Annals 1979, 8(5):309-316.
- Peckham K., "Προβλήματα μεθοδολογίας", Η κακοποίηση του παιδιού (Μεταφ.Εκδ. Κουτσούμπος) Open University, 1985 pp.67-69.
- Porter R., Child Sexual Abuse within the family, Javistock Publications London, New York 1984.
- Παπαδάκου-Λαγογιάννη και Συν., Ομαδικές συμβουλευτικές συζητήσεις με γονείς παιδιών που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, Παιδιατρική, 1983, 45:190-210.
- Παιονίδης Α., "Η συχνότητα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στη Βόρεια Ελλάδα", Ανακοίνωση στο 1ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο, Κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, Ρόδος 6-10 Απριλίου 1987.
- Παρίτσης Ν., "Ψυχιατρικά χαρακτηριστικά μητέρων κακοποιημένων παιδιών", Κακοποίηση παραμέληση παιδιών, Ι.Υ.Π., Αθήνα 1987 Σελ.134-139.
- Pringle, "Οι ανάγκες των παιδιών", Η κακοποίηση του παιδιού, (Μεταφ.Εκδ. Κουτσούμπος), Open University 1985, pp.41-49.
- Reavley G., "The Behavioural Treatment Approach to Potential child abuse-two illustrative case reports", Sosial Work Today, 1976, 7:10-12.
- Solomon J., "History and Demography of child abuse", Pediatrics, 1973, 51:773-776.
- Smith S.M., "The maltreatment of children", The Battered child Syndrom, London, 1975, pp. 3-20.
- Sgroi S., Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse, Lexington Books, Massachusetts, Toronto 1982.
- Steele, Pollack, "Γενικά χαρακτηριστικά των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους", Η κακοποίηση του παιδιού (Μεταφ. Εκδ.



Κουτσούμπος), Open University, 1985 pp.150-163.

Συγκούνας, Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις της παιδικής ηλικίας,

Εκδ.Γρηγόρης, Αθήνα 1980.

Τσιάντης Γ., "Σωματική κακοποίηση, παραμέληση παιδιών και ψυ-

χική υγεία", Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, Ι.Υ.Π.,

Αθήνα 1987, Σελ.84-99.

Unesco, Το δικαίωμα να είσαι άνθρωπος, εκδ.Μπερδάδη, 1968, Β'

Τόμος, Σελ.740-810.

Van Deth N., Jouw-Schutter I., "An Outline of how the child

Abuse clinics in the Netherlands approach the problem of

incest", Πρώτο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο, Κακοποίηση και παρα-

μέληση παιδιών, Ρόδος, 6-10 Απρίλιος 1987.