

**Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ, ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ**

Μετέχοντες σπουδαστές:

Παπαδημητρίου Μαρία

Τσιρογιάννη Δώρα

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Γαϊτάνη Ρεγγίνα

Καθηγήτρια Εφαρμογών

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματίων Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) Πάτρας.

Πάτρα 16 Ιανουαρίου 1995



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1259 ⁷¹ ₆
----------------------	---------------------------------

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας

Υπογραφή

Γαϊτάνη Ρεγγίνα

Καθηγήτρια Εφαρμογών του
Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Υπογραφή

Γεωργοπούλου Λ.

Υπογραφή

Ζωγράφος Ανδρέας.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια εφαρμογών κ. Ρεγγίνα Γαϊτάνη, για την πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε στη συλλογή στοιχείων και την συγγραφή της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τις υπηρεσίες, στις οποίες απευθύνθηκε η παρούσα μελέτη, για τα στοιχεία και το υλικό που μας παρείχαν, καθώς και για την προθυμία τους να συμμετέχουν στην έρευνα.

Θεωρούμε απαραίτητο να ευχαριστήσουμε τον εκλεκτό φίλο Μπουγιούκα Γιώργο για την πολύτιμη βοήθειά του στη συγγραφή της παρούσας μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η εξέταση του φαινομένου της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας από τη μητέρα στην Ελλάδα και του βαθμού αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Στην προσπάθεια επίτευξης του σκοπού αυτού, έγινε αναφορά στα παρακάτω θέματα:

- Στο πρώτο κεφάλαιο προσεγγίζεται το θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού από την μητέρα και αναλύεται ο σκοπός της μελέτης ενώ ορίζονται οι όροι που περιλαμβάνονται στο θέμα.

- Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζεται το θέμα της κακοποίησης του παιδιού από την μητέρα. Αναφέρονται οι θεωρίες για τα αίτια του φαινομένου και περιγράφονται η έκτασή του, τα χαρακτηριστικά των μητέρων που κακοποιούν τα παιδιά τους, τα χαρακτηριστικά των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση, η διαγνωστική εκτίμηση της κακοποίησης-παραμέλησης καθώς και οι επιπτώσεις του προβλήματος στο παιδί. Στη συνέχεια περιγράφεται ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στην αντιμετώπιση και πρόληψη του φαινομένου, οι νομικές ρυθμίσεις που αφορούν το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού και τέλος γίνεται αναφορά στους φορείς που είναι αρμόδιοι για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών στον Ελλαδικό χώρο.

- Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία για την πραγματοποίηση της έρευνας με θέμα την καταγραφή της εικόνας του κακοποιημένου παιδιού, όπως την παρουσιάζουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με περιπτώσεις κακοποίησης.

- Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα της έρευνας και ταυτόχρονα γίνεται μία μικρή ανάλυση.

- Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα από την μελέτη αυτή και οι εισηγήσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου και την πρόληψή του.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

Σελ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1:	Φύλο των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα.....	121
ΠΙΝΑΚΑΣ 2:	Ηλικία των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα.....	122
ΠΙΝΑΚΑΣ 3:	Ειδικότητα των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα.....	123
ΠΙΝΑΚΑΣ 4:	Χρονικό διάστημα άσκησης επαγγέλματος των ερωτηθέντων.....	124
ΠΙΝΑΚΑΣ 5:	Υπηρεσίες που εργάζονταν οι επαγγελματίες.....	125
ΠΙΝΑΚΑΣ 6:	Ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών πάνω στην αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης.....	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 7:	Διαστάσεις του προβλήματος της κακοποίησης- παραμέλησης των παιδιών από τη μητέρα.....	127
ΠΙΝΑΚΑΣ 8:	Αριθμός επαγγελματιών που έχουν ασχοληθεί με περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης.....	128
ΠΙΝΑΚΑΣ 9:	Αριθμός περιστατικών που ανέλαβαν οι επαγγελματίες.....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 10:	Τρόποι με τους οποίους τα περιστατικά έφθασαν στους επαγγελματίες.....	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 11:	Φύλο των παιδιών που είχαν κακοποιηθεί και παραμεληθεί.....	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 12:	Συμπτώματα που παρουσίαζαν τα παιδιά.....	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 13:	Ηλικία κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση.....	133

ΠΙΝΑΚΑΣ 14:	Διάρκεια της κακοποίησης και παραμέλησης	134
ΠΙΝΑΚΑΣ 15:	Διάρκεια της χρόνιας κακοποίησης και παραμέλησης	135
ΠΙΝΑΚΑΣ 16:	Ο πατέρας γνώστης ή όχι του γεγονότος	136
ΠΙΝΑΚΑΣ 17:	Ηλικία της μητέρας όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση.....	137
ΠΙΝΑΚΑΣ 18:	Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας.....	138
ΠΙΝΑΚΑΣ 19:	Επαγγελματική κατάσταση της μητέρας του κακοποιημένου παιδιού.....	139
ΠΙΝΑΚΑΣ 20:	Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της μητέρας	140
ΠΙΝΑΚΑΣ 21:	Συχνότερη μορφή κακοποίησης.....	141
ΠΙΝΑΚΑΣ 22:	Παράγοντες που υποβοηθούν την εμφάνιση του προβλήματος.....	142
ΠΙΝΑΚΑΣ 23:	Απόψεις των επαγγελματιών για την πιθανότητα επανάληψης της κακοποίησης.....	143
ΠΙΝΑΚΑΣ 24:	Λόγοι για τους οποίους μια μητέρα γίνεται δράστρια κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού, σύμφωνα με τους επαγγελματίες.....	144
ΠΙΝΑΚΑΣ 25:	Ψυχολογικές επιπτώσεις στα παιδιά-θύματα της κακοποίησης.....	145
ΠΙΝΑΚΑΣ 26:	Υπηρεσίες που οι επαγγελματίες γνωρίζουν ότι ασχολούνται με περιστατικά κακοποίησης- παραμέλησης.....	146
ΠΙΝΑΚΑΣ 27:	Τρόποι χειρισμού των περιστατικών από τους επαγγελματίες	147

ΠΙΝΑΚΑΣ 28:	Απόψεις των επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα ή όχι του χειρισμού.....	148
ΠΙΝΑΚΑΣ 29:	Απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με την επάρκεια ή μη της ισχύουσας νομοθεσίας	149
ΠΙΝΑΚΑΣ 30:	Απόψεις των επαγγελματιών για την επάρκεια ή μη του χειρισμού των περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών	150
ΠΙΝΑΚΑΣ 31:	Τρόποι αντιμετώπισης των μητέρων που έχουν κακοποιήσει-παραμελήσει τα παιδιά τους σύμφωνα με τους επαγγελματίες	151
ΠΙΝΑΚΑΣ 32:	Επιπτώσεις της παρουσίας περιστατικών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	152
ΠΙΝΑΚΑΣ 33:	Απόψεις των επαγγελματιών για την καταλληλότητα ή όχι παρουσίας των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	153

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ.....	I
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	II
ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ.....	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
Εισαγωγή.....	1 -
Το πρόβλημα.....	3
Σκοπός της μελέτης.....	6
Ορισμοί όρων.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ.....	11
A. Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού.....	11
1) Στοιχεία που χαρακτηρίζουν την κακοποίηση ως αδίκημα.....	14 -
2) Δύο κλινικές οντότητες: Ψυχοκοινωνικός νανισμός, Ανεπάρκεια αύξησης μη οργανικής αιτιολογίας.....	17
B. Παράγοντες που οδηγούν στην κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα.....	20 -
Γ. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην αναγνώριση της κακοποίησης και παραμέλησης.....	27
1) Σωματική κακοποίηση-παραμέληση. Ψυχιατρικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού.....	28 -
2) Σεξουαλική κακοποίηση. Ψυχιατρικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού.....	31 -

3) Ψυχολογική κακοποίηση. Ψυχιατρικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού.....	33
4) Νέες μορφές κακοποίησης.....	35
Δ. Συχνότητα και έκταση του προβλήματος.....	37
1) Συχνότητα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.....	37
2) Συχνότητα της σεξουαλικής κακοποίησης.....	37
Ε. Επιπτώσεις της κακοποίησης-παραμέλησης στο παιδί.....	39
1) Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης.....	39
2) Επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης.....	43
3) Επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης.....	45
ΣΤ. Κοινωνική Εργασία στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.....	47
Θεραπευτική παρέμβαση στην Ελληνική πραγματικότητα.....	51
Ζ. Πρόληψη στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.....	55
Η. Η κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών και το Ελληνικό Δίκαιο.....	58
Θ. Αρμόδιοι φορείς για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών στον Ελλαδικό χώρο.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1) Είδος έρευνας	75
2) Σκοπός έρευνας	75
3) Ερωτήματα-υποθέσεις	77
4) Δειγματοληψία.....	79
5) Ερωτηματολόγιο.....	81
6) Γενικότερο πλαίσιο για τη μελέτη.....	82
7) Περιορισμοί της έρευνας.....	84
8) Τρόπος ανάλυσης των στοιχείων.....	85
9) Τρόπος παρουσίασης του υπολοίπου της μελέτης.....	85

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ'	86
Ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων.....	106

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ	111
1) Περίληψη.....	111
2) Συμπεράσματα.....	112
3) Εισηγήσεις.....	116

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	121
------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	154
------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ.....	179
------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	194
-------------------	-----

Τα παιδιά σου δεν είναι παιδιά σου
Είναι οι γιοι και οι κόρες της Ζωής
που γ'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 ζουν στο σπίτι του αύριο.

Αυτό το σπίτι δεν μπορείς να το επισκεφθείς,
μήτε ακόμα και στα όνειρά σου.

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

Ο κήπος του Προφήτη
Από την ποιητική συλλογή
του Χαλίλ Γκιμπράν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών, αποτελούν όπως είναι γνωστό, ένα διεθνές σήμερα πρόβλημα, στο οποίο δυστυχώς δεν υπολείπεται και η δική μας χώρα, αφού τέτοια περιστατικά δεν είναι άγνωστα και στο δικό μας Ελλαδικό χώρο.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει ειδικότερα το φαινόμενο της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών από τη μητέρα, το οποίο αποτελεί ένα σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα, η αποκάλυψη του οποίου έχει πάρει σοβαρές διαστάσεις.

Οι περιπτώσεις βίαιης και σκληρής συμπεριφοράς προς τα παιδιά δεν είναι κάτι καινούργιο.

Η ιστορία είναι γεμάτη από περιστατικά κακοποίησης παιδιών είτε για λόγους θρησκευτικούς, είτε για λόγους κοινωνικούς, είτε για οικονομικούς λόγους, είτε για δεισιδαιμονίες. Πολύ γνωστός βέβαια ο Καάδας στην Αρχαία Σπάρτη, στον οποίο οι Σπαρτιάτες έριχναν παιδιά με παραμορφώσεις και σωματικές αναπηρίες. Επίσης σε πολλές αρχαίες κοινωνίες σκότωναν είτε με εγκατάλειψη είτε ενεργητικά, παιδιά με παραμορφώσεις αλλά και γερά παιδιά όπως το ένα ή και τα δύο δίδυμα.

Αναφέρονται επίσης άλλες περιπτώσεις θυσίας παιδιών για θεμελίωση σημαντικών κτιρίων, όπως στην Κίνα τον 19ο αιώνα και στη Γερμανία τον 16ο & 17ο αιώνα. Όμως και η εργασία μικρών παιδιών στα ανθρακωρυχεία της Αγγλίας τον 19ο αιώνα δεν ήταν τίποτα άλλο παρά μια παρατενόμενη σωματική και ψυχολογική κακοποίηση.

Με το πέρασμα των χρόνων και φθάνοντας στη βιομηχανοποιημένη και ανεπτυγμένη κοινωνία των χωρών της Δύσης, θα πίστευε κανείς ότι η σωματική-ψυχολογική κακοποίηση παιδιών, κακοποίηση που να καταλήγει σε σωματική βλάβη ή ακόμη και σε θάνατο είναι κάτι ανύπαρκτο. Η πεποίθηση αυτή όμως αποτελεί πλάνη και εφησυχασμό από τον οποίο ήρθαν να μας βγάλουν εδώ και λίγα χρόνια οι μαρτυρίες και περιγραφές παιδιάτρων για περιστατικά παιδιών που τα φέρνουν στο νοσοκομείο με διάφορες κακώσεις. (Δοξιάδης , βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 14.)

Πόσα, όμως, ανάλογα περιστατικά δεν καταπνίγονται στην ένοχη σιωπή των μελών της οικογένειας του κακοποιημένου παιδιού ή των κακοποιημένων παιδιών και στην ανοχή και στην αδιαφορία της κλειστής κοινωνίας που ζούμε !!

Πριν από 30 περίπου χρόνια, οι επιστήμονες ανακάλυπταν το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. Σήμερα οι επιστήμονες μιλούν για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά σε ολόκληρο τον κόσμο, που τα ανάγουν σε εκατομμύρια.

Το πρόβλημα

“Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπισή της ως ιατροκοινωνικό πρόβλημα άρχισε ουσιαστικά από το 1962 όταν ένας παιδίατρος στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Henry Kempe, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο “Battered Child Syndrome” - “Το σύνδρομο του κακοποιημένου (χτυπημένου) παιδιού”. (Νάκου , βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 19.)

Ο Kempe βασίστηκε σε στοιχεία που μαζεύτηκαν από ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε σε διάφορα παιδιατρικά κέντρα της Αμερικής από τους συναδέλφους του και έκανε περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους αλλά και των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους. Αρχικά οι αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του Kempe ήταν αρνηση και δυσπιστία και οι γιατροί προτιμούσαν να πιστέψουν τις αντιφατικές εξηγήσεις που οι γονείς έδιναν για τα τραύματα των παιδιών τους.

Όμως σιγά σιγά οι γιατροί άρχισαν να παραδέχονται το φαινόμενο της κακοποίησης-παραμέλησης. Έτσι λοιπόν σε περιπτώσεις κακώσεων και στασιμότητας της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού άρχισαν να σκέφτονται την κακοποίηση-παραμέληση και στέρηση μητρικής φροντίδας ως πιθανή διάγνωση και άρχισαν να αναζητούν βοήθεια από τους συνεργάτες τους : κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και ψυχιάτρους.

Παράλληλα με τους παιδίατρους, άρχισε και η ευρύτερη ανάληψη ενδιαφέροντος και ενημέρωση γύρω από την αιτιολογία των κακώσεων από τους παθολογοανατόμους, τους ιατροδικαστές και τις νομικές υπηρεσίες σχετικά με μια διαφορετική αντιμετώπιση του προβλήματος. Λόγω του ότι οι διάφορες μελέτες δείχνουν

τους ίδιους τους γονείς θύματα είτε της κοινωνίας είτε των δικών τους γονιών, η νομοθεσία έγινε λιγότερο "τιμωρητική" και περισσότερο "θεραπευτική".

Η πείρα των επιστημόνων τους οδήγησε σε διεύρυνση στα όρια και στον ορισμό της κακοποίησης. Έτσι αντί του όρου "battered baby syndrome" δηλαδή "το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού" άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος "non accidental injury" δηλαδή "τραύμα που δεν οφείλεται σε ατύχημα" και ο γενικότερος όρος "child abuse" δηλαδή "κακοποίηση παιδιών" που είναι και ο όρος που προτιμάται σήμερα.

Τα στατιστικά στοιχεία που προσφέρονται από διάφορες χώρες δείχνουν την έκταση του προβλήματος:

"Στη Μεγάλη Βρετανία κάθε χρόνο αναφέρονται επίσημα 7000-8000 περιπτώσεις με 700 θανάτους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρονται 100.000-200.000 περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, 700.000 περιπτώσεις παραμέλησης και 60.000 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης κάθε χρόνο με 2.000 θανάτους.

Υπολογίζεται ότι, από τα παιδιά ηλικίας κάτω των 3 χρόνων που εξετάζονται στα νοσοκομεία με τραύματα που δεν οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, το 10% είναι κακοποιημένα και ότι το 30% των καταγμάτων σ'αυτά τα παιδιά οφείλονται σε κακοποίηση. Γενικά σ'αυτές τις χώρες, σε κάθε 1000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά, 3 θα κακοποιηθούν πριν φθάσουν στον δέκατο χρόνο ζωής". (Νάκου , βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 24.)

Η χώρα μας δυστυχώς δεν αποτελεί την εξαίρεση του κανόνα. Έρευνες από το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού κυρίως, αλλά και

από άλλους φορείς, μιλάνε για 20000 παιδιά (τουλάχιστον) που κάθε χρόνο κακοποιούνται στην Ελλάδα.

“Κακοποιήσεις κάθε είδους, που αρκετές φορές φθάνουν να θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο και μάλιστα άμεσο, την ψυχική και σωματική τους υγεία.” (Μάνδρου , “Το Βήμα”, 24/10/1993, σελ. 72.)

Ο μύθος της “παραδοσιακής εκτεταμένης οικογένειας”, το “ορθόδοξο θρήσκευμα”, “η χαμηλή εγκληματικότητα που αφορά τα οικογενειακά αδικήματα” χρησιμοποιήθηκαν ως μηχανισμοί άρνησης και απώθησης της πραγματικότητας. Οι λίγες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών που δημοσιεύονταν στον ημερήσιο τύπο αποδίδονταν σε γονείς “παράφρονες”, “εγκληματίες” ή “κοινωνικά εξαθλιωμένους” που χρειάζονται εγκλεισμό σε ψυχιατρείο, φυλάκιση ή οικονομική βοήθεια.

(Σήμερα κανείς πια δεν μπορεί να αμφισβητήσει την ύπαρξη του σοβαρού αυτού φαινομένου, ούτε την πραγματική του έκταση, ενώ ακόμα δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθός του, αφού συμβαίνει πίσω από την κλειστή πόρτα της “συνωμοτικής” οικογενειακής σιωπής ή ακόμη και της κοινοτικής σιωπής. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 11.)

Δυστυχώς στην Ελλάδα το πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών είναι υπαρκτό, αρκετά σοβαρό και απασχολεί σοβαρά κοινωνία και πολιτεία. Λόγω όμως του χαμηλού επιπέδου υποδομής, η επιστημονική ενασχόληση με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών συναντάει σοβαρά και δύσκολα εμπόδια. Στη συνέχεια της μελέτης γίνεται απόπειρα να εξεταστεί το πρόβλημα της κακοποίησης του παιδιού από τους γονείς και ειδικότερα από τη μητέρα. Θα γίνει αναφορά σε στατιστικά δεδομένα και προσπάθεια να αναλυθούν οι αιτίες του φαινομένου.)

Σκοπός της μελέτης

A. Γενικοί σκοποί της μελέτης είναι:

α) Να εξετάσει το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού σχολικής και προσχολικής ηλικίας από τη μητέρα στην Ελλάδα.

β) Να αναγνωρίσει το βαθμό της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

B. Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

i) Η καταγραφή των αιτιών της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού από τη μητέρα.

ii) Η περιγραφή των χαρακτηριστικών των μητέρων που κακοποιούν και των παιδιών-θυμάτων που κακοποιούνται

iii) Ο εντοπισμός των επιπτώσεων της κακοποίησης και παραμέλησης στην ψυχική υγεία των παιδιών.

iv) Η παρουσίαση των νομοθετικών ρυθμίσεων που ισχύουν σήμερα στην Ελλάδα σχετικά με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.

v) Η διερεύνηση των υπηρεσιών-φορέων που αυτή τη στιγμή εφαρμόζονται στον Ελλαδικό χώρο για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

vi) Ο προβληματισμός του αναγνώστη για την επάρκεια των υπηρεσιών που προσφέρονται για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

vii) Η διερεύνηση της στάσης του κράτους πρόνοιας και των επαγγελματιών για το θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών και η παρουσίαση των υπηρεσιών παροχής βοήθειας καθώς και των μέτρων πρόληψης του φαινομένου.

Ορισμοί όρων

Σωματική κακοποίηση: Με τον όρο σωματική κακοποίηση νοείται οποιαδήποτε και καθ'οιονδήποτε 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 (Κουτσελίνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 35.)

Σύμφωνα πάλι με τον ορισμό του Χ. Μουζακίτη η σωματική κακοποίηση αναφέρεται στη βλάβη που υφίσταται το παιδί από σκόπιμες ή μη σκόπιμες πράξεις και παραλείψεις των γονέων ή κηδεμόνων που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του. Χαρακτηριστικά αναφέρονται πράξεις ιδιαίτερης σκληρότητας όπως π.χ. εγκαύματα από αναμμένα τσιγάρα ή ηλεκτρικό σίδερο, κτυπήματα στα γεννητικά όργανα, στον εγκέφαλο, στα μάτια, στο στόμα που σε πολλές περιπτώσεις προξενούν αναπηρίες και το θάνατο.

Ο Gil όρισε τη σωματική κακοποίηση του παιδιού ως "σκόπιμη ηθελημένη χρήση σωματικής βίας ή σκόπιμες ηθελημένες πράξεις αμέλειας από την πλευρά του γονέα ή άλλου ατόμου που φροντίζει το παιδί, οι οποίες αποσκοπούν στον τραυματισμό, την κάκωση ή την εξόντωση του παιδιού αυτού. (The Open University, 1985, σελ. 40.)

Όπως βλέπουμε οι ορισμοί των διαφόρων μελετητών συμπίπτουν.

Σεξουαλική κακοποίηση: Με τον όρο σεξουαλική κακοποίηση, νοείται οποιαδήποτε πράξη ή ενέργεια με σεξουαλικό περιεχόμενο γίνεται σε βάρος του παιδιού από άτομο άλλο, μεγαλύτερο

τουλάχιστον κατά πέντε χρόνια. (Κουτσελίνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 35.)

Ακόμα σύμφωνα με τον οδηγό για επαγγελματίες σχετικά με το θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης που εξέδωσε το Ινστιτούτο υγείας του παιδιού "σεξουαλική παραβίαση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο, που υποκινούνται από τον ενήλικο και έχουν σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του δράστη.

Συγκεκριμένα ο Χ. Μουζακίτης αναφέρει ότι σύμφωνα με το διαχωρισμό που κάνει ο Ζαφείρης (1982), η σεξουαλική κακοποίηση για λόγους χειρισμού και παρέμβασης πρέπει να διακρίνεται σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες:

α) Αιμομιξία: Αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα και περιλαμβάνει συνουσία, θωπεία, επίδειξη γεννητικών οργάνων ανάμεσα στο παιδί και ένα φυσικό γονιό, πατριό, μητριά, συγγενή ή κηδεμόνα.

Με τη μορφή αυτή το παιδί υποβάλλεται σε μια διεργασία "εξαρτημένης μάθησης" (conditioning) και συχνά η αιμομικτική σχέση συνεχίζεται για πολλά χρόνια.

β) Σεξουαλική κακοποίηση: Αναφέρεται στην ξαφνική σεξουαλική επίθεση από τον πατέρα, πατριό, συγγενή ή και άλλον ενήλικα άγνωστο στο παιδί.

γ) Σεξουαλική εκμετάλλευση: Αναφέρεται στην εκπόρνευση του παιδιού, στη χρησιμοποίησή του για την παραγωγή πορνογραφικού υλικού ή και σε άλλους τρόπους εκμετάλλευσης από τους γονείς, συγγενείς ή άλλους ενήλικες που δεν έχουν συγγένεια με το παιδί.

δ) Σεξουαλική εμπλοκή μεταξύ αδερφών: Αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική σχέση μεταξύ αδερφών. (Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1993, σελ. 98.)

Συναισθηματική κακοποίηση: Με τον όρο συναισθηματική κακοποίηση νοείται η συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού, που επηρεάζει ή/και αναστέλλει τη φυσιολογική του ανάπτυξη. (Κουτσελίνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 35.)

Παραμέληση: Με τον όρο παραμέληση νοείται 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 ανάπτυξή του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφηθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταληφθεί. (Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 6.)

Ψυχολογική κακοποίηση: Ο όρος ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό παιδιών, των οποίων η κατάσταση δεν είναι το αποτέλεσμα βίαιης συμπεριφοράς, αλλά μάλλον η μη ανταπόκριση των γονέων τους στις βασικές τους ανάγκες για στοργή, αγάπη, αναγνώριση και ασφάλεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα

A. Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού

Μέσα από το εξαιρετικά εξογκωμένο πλέγμα των αντιφάσεων της σύγχρονης κοινωνίας, το φαινόμενο της κακοποίησης- παραμέλησης των ανηλίκων από τους γονείς τους, έρχεται σε διαμετρική αντίθεση με το γενικό πολιτιστικό πνεύμα της ατομικής ελευθερίας και της εξατομίκευσης.

Δεν παύει όμως να αποτελεί μία τραγική πραγματικότητα στην εποχή μας, που καταβάλλονται ολοένα και περισσότερο συντονισμένες και συστηματικές προσπάθειες για την έρευνα, ανακάλυψη και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του παιδιού. (Μεσημέρης, Εκλογή, Απρίλιος 1978, σελ. 28.)

Πρωτοπόρος στην επιστημονική προσπάθεια για την έρευνα, ανάλυση και ερμηνεία του προβλήματος αυτού, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ήταν ο καθηγητής ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Colorado, Dr. Henry Kempe, ο οποίος χρησιμοποίησε πρώτος, τον όρο "σύνδρομο της κακοποίησης των παιδιών". (ο.π., σελ. 29.)

Το σύνδρομο της κακοποίησης παρουσιάζεται σε παιδιά και των δύο φύλων, μικρότερα των τεσσάρων χρονών και ιδιαίτερα δύο χρονών, δηλαδή παιδιά που δεν μπορούν να αμυνθούν. Αυτό όμως δεν αποκλείει να κακοποιούνται και μεγαλύτερα παιδιά. (Μαρούλη, Εκλογή, Απρίλιος 1977, σελ. 4-5.)

Το σύνδρομο είναι ένα πολύπλευρο πρόβλημα που έχει διαστάσεις ιατρικές, κοινωνικές, νομικές.

Για να κακοποιηθεί ένα παιδί πρέπει να συντρέξουν τρεις λόγοι: γονείς-παιδί και η κρίση που δημιουργείται.

Στον παράγοντα γονείς, πρωταρχική σημασία έχει ο τρόπος που ανατράφηκαν οι ίδιοι σαν παιδιά. Το αν μεγάλωσαν δηλαδή με το πρότυπο της μητρικής στοργής ή και οι ίδιοι κακοποιήθηκαν.

Ο Selwyn Smith (1975), από τους μελετητές του συνδρόμου, αναφέρει ότι 40%-60% από τους γονείς των παιδιών αυτών κακοποιήθηκαν και οι ίδιοι στην παιδική τους ηλικία.

Η κοινωνική απομόνωση των γονιών είναι ένα άλλο στοιχείο που ευνοεί την κακοποίηση. Κοινωνικά απομονωμένους ονομάζουμε τους γονείς που για λόγους δικούς τους ή του περιβάλλοντος έχουν κακές ή καθόλου σχέσεις με το άμεσο περιβάλλον, δεν έχουν φίλους, γενικά δηλαδή δεν μπορούν να εμπιστευθούν άλλους ανθρώπους και να αντλήσουν από εκεί βοήθεια σε περιόδους κρίσης.

Το τρίτο στοιχείο στον παράγοντα γονείς είναι η προσωπικότητα του άλλου συζύγου. Αν δηλαδή είναι τόσο παθητικός που δεν μπορεί να προσφέρει την στοιχειώδη συμπαράσταση, ή τόσο κριτικός, ώστε ο άλλος σύζυγος να βρίσκεται κάτω από συνεχή κατηγορία. (ο.π., σελ. 5-6.)

Ο δεύτερος παράγοντας είναι το ίδιο το παιδί. Πρέπει να υπάρξει ένα παιδί που για τους γονείς αυτούς έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Να είναι το παιδί, συνήθως της πολύ μικρής ηλικίας που αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες και απαιτήσεις των γονιών του, που συνάμα το βλέπουν διαφορετικό από τα άλλα

τους παιδιά. Ή να είναι ένα παιδί με ιδιαίτερα προβλήματα-νοητική μειονεκτικότητα, συγγενείς ανωμαλίες, υπερκινητικότητα κ.ά. Συχνά, έτσι βλέπουν οι γονείς ένα απόλυτα φυσιολογικό παιδί.

Η κρίση στην οικογένεια μπορεί να είναι μία ή μία σειρά από κρίσεις, από γεγονότα δηλαδή και καταστάσεις που θέτουν σε κίνηση το μηχανισμό της κακοποίησης. Διάφορες καταστάσεις κατά τη διάρκεια του οικογενειακού κύκλου, όπως μία κύηση, μία αλλαγή κατοικίας, ένα διαζύγιο, ο πατέρας που έχασε τη δουλειά του, η εισαγωγή ενός μέλους της οικογένειας στο νοσοκομείο, μπορεί να κάνουν την οικογένεια για ένα χρονικό διάστημα ευάλωτη. Όλα αυτά φυσικά, αποτελούν την αφορμή και όχι την αιτιολογία ενός πολυσύνθετου και βαθύτερου προβλήματος. (ο.π., σελ. 6-7.)

Γενικά δηλαδή, υπάρχει ένας συνδυασμός παραγόντων που όταν συμβούν σε μία ορισμένη σειρά και σε ορισμένο χρόνο συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της κακοποίησης.

1) Στοιχεία που χαρακτηρίζουν την κακοποίηση ως αδίκημα

Όσον αφορά στη στοιχειοθέτηση του αδικήματος της "κακοποίησης", το αδίκημα θα στηριχθεί:

Στην εξακρίβωση του φαινομένου της κακοποίησης ύστερα από προσεκτική έρευνα και εξέταση, η οποία θα περιλαμβάνει τόσο την ιατρική εξέταση όσο και την έρευνα των συνθηκών υπό τις οποίες έγινε η κακοποίηση στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού, στη διερεύνηση των σχέσεων με τους γονείς του και των διαπροσωπικών σχέσεων των γονιών του. Τα ίδια ακριβώς κριτήρια ισχύουν και για την εξακρίβωση της παραμέλησης.

Η διάγνωση της κακοποίησης περιλαμβάνει έρευνα είτε στο πτώμα είτε στο ζωντανό παιδί.

Κατά τη νεκροψία παρατηρούνται η παρουσία κακώσεων, η ύπαρξη παθολογικών στοιχείων, αμυχές, αιματώματα και θλαστικά τραύματα, αφροδίσια νοσήματα ή ύπαρξη σπέρματος ενδεικτικού μιας σεξουαλικής βιαιοπραγίας, εκσεσημασμένη απίσχναση, εκτεταμένες φλεγμονές στο δέρμα κ.λ.π.

Επίσης δεν παραλείπεται η ιστοπαθολογική εξέταση των σπλάχνων και τοξολογική εξέταση όπως και ακτινολογικός έλεγχος.

Η διάκριση μεταξύ μιας κακοποίησης που γίνεται για πρώτη φορά και της κακοποίησης που γίνεται επανειλημμένα θα βασιστεί στο χαρακτήρα και στη βαρύτητα των κακώσεων. Ένα εγκεφαλικό οίδημα, μια υπαραχνοειδής αιμορραγία μπορεί να οφείλεται σε ισχυρό κτύπημα με την παλάμη στο πρόσωπο, κατάγματα των πλευρών, ρήξη της σπλήνας κ.λ.π. Αντίθετα, η ανεύρεση παλαιών ουλών ή καταγμάτων που βρίσκονται στο στάδιο της πόρωσης είναι στοιχεία που μαρτυρούν μία "κατ'επανάληψη" κακοποίηση.

Το σημείο διάκρισης μεταξύ κακοποίησης και παραμέλησης δεν είναι πάντοτε σαφές και ευδιάκριτο. Εξάλλου συμβαίνει πολλές φορές η παραμέληση να φαίνεται ως η χειρότερη μορφή κακοποίησης.

Βέβαια, η παρατήρηση στοιχείων ασιτίας, βρογχοπνευμονίας, σπυαιμίας, οι "ψευδείς" αύλακες από στενά ρούχα κ.λ.π. συνηγορεί σαφώς υπέρ της παραμέλησης.

Σε κακοποιημένο παιδί που είναι ζωντανό, η εξέταση περιλαμβάνει την παρατήρηση κακώσεων που μαρτυρούν άσκηση βίας, εμπεριστατωμένο κλινικό έλεγχο κ.λ.π. Επίσης παρατηρούνται η κατάσταση των ενδυμάτων, η καθαριότητα και εν γένει η περιποίηση του σώματος.

Απαραίτητη και ιδιαίτερα σημαντική είναι η έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες έγινε η κακοποίηση.

Μόλις τεθεί η υπόνοια ότι συμβαίνει περίπτωση κακοποίησης, είναι απαραίτητο να γίνει αυτοψία του χώρου για τυχόν ανεύρεση σχέσης ύπαρξης των κακώσεων μέσα στον οικογενειακό περίγυρο.

Η αυτοψία του χώρου θα πρέπει να είναι έγκαιρη και άμεση ώστε να μην υπάρχει περίπτωση απομάκρυνσης των στοιχείων από τους γονείς.

Βεβαίως η έρευνα γίνεται από κατάλληλα εξειδικευμένα όργανα (επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς κ.λ.π.), οι οποίοι εκτός των άλλων καταγράφουν την κατάσταση των ειδών υγιεινής, την καθαριότητα του χώρου, κ.λ.π. και γενικά όλα τα στοιχεία που δείχνουν εάν το σπίτι είναι κατάλληλο για κατοίκηση και το "βαθμό ωριμότητας" των γονέων και τη φροντίδα τους για το παιδί. Επίσης διεξάγεται έγκαιρα συνέντευξη με τους γονείς, χωριστά με τον

καθ'ένα ώστε να μπορέσει ο ειδικός να διακρίνει στοιχεία κακοποίησης-παραμέλησης.

Η αναζήτηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης και των σχέσεων γονέων-παιδιού στηρίζεται σε όλα όσα προαναφέρθηκαν.

Από έρευνες έχει βρεθεί ότι η κακοποίηση ή/και παραμέληση "κατέπανάληψη" παρατηρείται κυρίως σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε γονείς που έχουν και οι ίδιοι κακοποιηθεί/παραμεληθεί σε μικρή ηλικία, σε γονείς νεαρής ηλικίας, σε γονείς με διανοητική καθυστέρηση ή ψυχοπαθητικό υπόστρωμα, σε γονείς που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, με διαπροσωπικά προβλήματα κ.λπ.

Ενώ ισχυρή βιαιοπραγία με σοβαρές κακώσεις έχει παρατηρηθεί περισσότερο σε υψηλές κοινωνικοοικονομικές τάξεις και σε γονείς με έντονα διαπροσωπικά προβλήματα. (Κουτσελίνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 36.)

2) Δύο κλινικές οντότητες

Ψυχοκοινωνικός νανισμός,

Ανεπάρκεια αύξησης μη οργανικής αιτιολογίας

Μέσα στο γενικό περίγραμμα του συνδρόμου της μητρικής στέρσης, της παραμέλησης και της απόρριψης τοποθετούνται οι δύο αυτές κλινικές οντότητες: ο ψυχοκοινωνικός νανισμός και η ανεπάρκεια αύξησης μη οργανικής αιτιολογίας.

Τα παιδιά με ψυχοκοινωνικό νανισμό, είναι παιδιά άνω των 3 ετών, με ανάστημα κάτω από την τρίτη εκατοστιαία θέση. Δεν τρώνε συνήθως ό,τι τους δίνει η μητέρα τους, ή αντίθετα τρώνε πάρα πολύ. Μπορεί να τρώνε από σκουπιδοτενεκέ ή τροφή για σκυλιά και πολλά παρουσιάζουν μεγάλη δίψα.

Σύμφωνα με την έρευνα της Krieger η καθυστέρηση της αύξησης άρχισε από τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής και τα μισά παιδιά της έρευνας έφεραν σημάδια κακοποίησης και είχαν ελαφρά πνευματική καθυστέρηση.

Επίσης παρατηρούνται διαταραχές του ύπνου με συχνά ξυπνήματα και διαταραχές στην εξέλιξη του λόγου. Άλλα παιδιά εμφανίζουν υποτακτική συμπεριφορά, άλλα είναι ευερέθιστα με κρίσεις θυμού, άλλα είναι προσκολλημένα στη μητέρα και αναζητούν την τρυφερότητα από οποιοδήποτε άτομο.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης είναι πολύ χαμηλά και ότι οι επιφύσεις παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ωρίμανση, π.χ. ένα παιδί 4,5 χρονών παρουσιάζει σκελετική ωρίμανση 2,5 χρονών. (Λιακοπούλου, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 73-74.)

Ο ψυχοκοινωνικός νανισμός αποτελεί ψυχοσωματική διαταραχή που δείχνει ότι η ψυχή δεν είναι συνδεδεμένη αναπόσπαστα από το σώμα και ότι οι οργανικές διαταραχές είναι συνδεδεμένες με τις ψυχολογικές διαταραχές.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχοκοινωνικού νανισμού η κακοποίηση και η παραμέληση μπορεί να συνυπάρχουν ενώ τα όρια μεταξύ τους μπορεί να είναι δυσδιάκριτα.

Η αιτιολογία του ψυχοκοινωνικού νανισμού όπως και στο σύνδρομο της κακοποίησης-παραμέλησης βρίσκεται στη θέση γονέων παιδιού και ιδιαίτερα μητέρας παιδιού.

Συγκεκριμένα η σχέση μητέρας-παιδιού χαρακτηρίζεται από έλλειψη της συναισθηματικής προβλητικής ταυτοποίησης δηλαδή της ικανότητας που έχει η μητέρα να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του παιδιού και να ταυτίζεται με αυτά, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αντιθέσεις και έχθρα από την πλευρά του παιδιού προς τη μητέρα.

Όπως και στην κακοποίηση έτσι και στο σύνδρομο του ψυχοκοινωνικού νανισμού, οι γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα έχουν μεγάλες απαιτήσεις από το παιδί γιατί έχουν ένα αυστηρό και απάνθρωπο υπερεγώ, το οποίο ανέπτυξαν στο δικό τους οικογενειακό περιβάλλον.

Έτσι οι μητέρες τιμωρούν το παιδί τους πολύ αυστηρά και οι ίδιες έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και ταυτίζουν το παιδί με διάφορα προς αυτές εχθρικά πρόσωπα ή και με τον ίδιο τους τον εαυτό, π.χ. μία μητέρα έβλεπε στον γιο της, τον πατέρα της που κρατούσε την καλύτερη τροφή για τον εαυτό του.

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου του ψυχοκοινωνικού νανισμού, απαραίτητη είναι η αλλαγή του περιβάλλοντος. Όταν το

παιδί αλλάζει περιβάλλον είτε με το να πάει σε ανάδοχες οικογένειες, είτε στο νοσοκομείο, είτε όταν επιστρέφει στο περιβάλλον του, αφού έχει γίνει η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση τότε παρατηρούνται αλλαγές όπως π.χ. ο ύπνος γίνεται πιο φυσιολογικός, το βάρος και τα επίπεδα αυξητικής ορμόνης αυξάνονται πιο γρήγορα και οι διαταραχές της συμπεριφοράς μειώνονται.

Ο όρος ανεπάρκεια αύξησης μη οργανικής απιολογίας αναφέρεται σε απισχνασμένα παιδιά ηλικίας κάτω των τριών ετών. Χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η ευερεθιστότητα, η παθητικότητα, το βλέμμα "ραντάρ" που παρουσιάζουν και η ανυπαρξία σταθερού συναισθηματικού δεσμού με τη μητέρα. Τέλος, στο σύνδρομο αυτό απαιτείται άμεση θεραπευτική παρέμβαση. (Λιακοπούλου, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 75-76.)

Β. Παράγοντες που οδηγούν στην κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα

Ιδιαίτερα σημαντική, όπως είναι γνωστό, είναι η ανάπτυξη της σχέσης μητέρας-παιδιού στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού ως αποτέλεσμα ψυχοσυναλλαγής μεταξύ τους. Μια στενή, ζεστή και συνεχής σχέση του παιδιού με τη μητέρα του όπως μας λέει και ο Bowlby είναι ζωτικής σημασίας για την ψυχική υγεία του παιδιού, ενώ η απουσία και έλλειψη της σχέσης αυτής δημιουργεί μητρική αποστέρηση.

Εάν η μητέρα ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του παιδιού τότε η προσωπικότητα και γενικά η ψυχοσυναισθηματική εξέλιξη του παιδιού θα αναπτυχθεί ομαλά.

Βεβαίως στις βασικές αυτές ανάγκες συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο οι βιολογικές ανάγκες, αλλά και οι ανάγκες για αγάπη, στοργή και φροντίδα.

Έχει παρατηρηθεί ότι από τον 6ο-8ο μήνα της ζωής του, το βρέφος αναπτύσσει έντονο δεσμό με το άτομο που το φροντίζει άμεσα και που ανταποκρίνεται στις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες δηλαδή με τη μητέρα του.

Όσο περισσότερο το βρέφος ανταποκρίνεται στη φροντίδα και στην αγάπη της μητέρας του τόσο πιο στοργική, τρυφερή και ευαίσθητη γίνεται η ίδια στις ανάγκες του.

Ο Winnicott ονομάζει τη μητρική αυτή συμπεριφορά ως "αρκετά καλή μητρικότητα" (good enough mothering) και η συμπεριφορά αυτή βοηθάει το παιδί να αναπτυχθεί φυσικά, συναισθηματικά, νοητικά και κοινωνικά και να αποκτήσει εσωτερική ασφάλεια και

σιγουριά ώστε να μπορέσει να γίνει αργότερα ανεξάρτητο και υπεύθυνο άτομο.

Άρα λοιπόν η ποιότητα της σχέσης μητέρας-παιδιού έχει ιδιαίτερη σημασία.

Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά τα οποία έχουν μητέρες που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, είναι αμφιθυμικά στη σχέση με τη μητέρα τους, ότι στην εξερεύνηση τους στο περιβάλλον δεν χρησιμοποιούν τη μητέρα τους ως ασφαλή βάση και ότι δεν επιζητούν ιδιαίτερα τη συναλλαγή με τη μητέρα τους, αλλά προτιμούν να απασχολούνται με δραστηριότητες μόνα τους.

Στο πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης παρατηρείται διαταραχή στην πρώιμη σχέση μητέρας-παιδιού.

Έχουν παρατηρηθεί κάποια ψυχιατρικά και ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους.

(Τσιάντης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 97-98.)

Τα βιολογικά χαρακτηριστικά της μητέρας που κακοποιεί το παιδί της (ισχύουν σχεδόν τα ίδια και για τον πατέρα) είναι τα εξής:

α) Η μητέρα που έχει κακοποιηθεί από τους δικούς της γονείς, έχει η ίδια ψυχοτραυματικές εμπειρίες και μέσα από τους μηχανισμούς ταύτισης με τον επιτιθέμενο, προβάλλει και επαναλαμβάνει τη βία αυτή στο δικό της παιδί. Η μητέρα αυτή είναι δύσκολη σε συνεργασία. Η ίδια έχει κακοποιηθεί και παραμεληθεί με αποτέλεσμα την περιορισμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς της. Συνήθως δείχνει ανωριμότητα ως άτομο.

β) Επίσης η ανεπάρκεια στο μητρικό ρόλο και γενικά η διαταραχή δεσμού μητέρας-παιδιού μπορεί να οδηγήσει σε κακοποίηση του παιδιού. Οποσδήποτε η μητέρα αυτή έχει πολύ χαμηλή εκτίμηση για τον εαυτό της.

γ) Η χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με την ανεπάρκεια που αισθάνεται στην εκτέλεση του μητρικού της ρόλου, είναι ένα άλλο πολύ βασικό χαρακτηριστικό του γονιού που κακοποιεί το παιδί του. Οι γονείς του παιδιού προσπαθούν να κρατήσουν μια θετική εικόνα για τον εαυτό τους και προσπαθούν να το πραγματοποιήσουν με τη χρήση των αμυντικών μηχανισμών της προβολής και της εξωτερίκευσης.

δ) Αντιστροφή του ρόλου γονιών-παιδιών παρατηρείται συχνά. Δηλαδή η μητέρα αυτή περιμένει από το παιδί της να της δείξει αγάπη, φροντίδα και στοργή και γενικά να ικανοποιήσει τις δικές της ανάγκες. Η μητέρα αυτή είναι συνήθως άτομο ανώριμο και με έντονο ναρκισσισμό.

Η μητέρα αυτή χαρακτηρίζεται από ένα υπερεγώ που λειτουργεί παθολογικά και έτσι αν και φαίνεται αδιάφορη έχει έντονα ασυνείδητα συναισθήματα ενοχής. Αυτή η διαταραχή του υπερεγώ μπορεί να κάνει το γονιό να αποδίδει στο παιδί τα διωκτικά και σαδιστικά χαρακτηριστικά του υπερεγώ τους, με αποτέλεσμα το παιδί να αποκτά για τη μητέρα την ιδιότητα του διώκτη και επιτιθέμενου και έτσι ο γονιός κατακλύζεται από επιθετικά συναισθήματα και συμπεριφέρεται με βίαιη συμπεριφορά στο παιδί.

ε) Η κακοποίηση της ίδιας της μητέρας από τους δικούς της γονείς, την κάνει να προβάλλει τα αρνητικά γονικά χαρακτηριστικά προς το παιδί και έτσι το παιδί γίνεται "ο αποδιοπομπαίος τράγος". Δηλαδή η μητέρα ασυνείδητως βιώνει ξανά με το κακοποιημένο παιδί την απόρριψη και την ταπείνωση που η ίδια βίωσε με τη μητέρα της. Νιώθει άγχος, ενοχή και μειώνεται η αυτοεκτίμησή της με αποτέλεσμα να απειλείται η ευαίσθητη ναρκισσιστική ψυχική της ισορροπία. Η μητέρα αποκτά άσχημη εικόνα για τον εαυτό της,

προβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα που της δημιουργούνται και τα μεταθέτει στο παιδί. (ο.π., σελ 100-101.)

Ακολουθεί συνοπτικό διάγραμμα ψυχοδυναμικών κακοποίησης από τη μητέρα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ .. Ψυχοδυναμικά κακοποίησης

-
- Παιδί ⇨ Αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα από μητέρα
Ματαιώση αναγκών παιδιού

 - Μητέρα ⇨ Ανικανοποίητες ανάγκες για εξάρτηση
Στέρηση από μητέρα της
Έλλειψη υποστήριξης από σύζυγο, κοινωνικό περίγυρο

 - Μητέρα ⇨ Αυξημένες ανάγκες για εξάρτηση από παιδί
και ικανοποίηση αναγκών της
Ματαιώση αναγκών μητέρας

 - Μητέρα ⇨ Βλέπει το παιδί της σαν την απορριπτική
μητέρα της
Ξανάζει την αρχική απόρριψη
Αποτέλεσμα: Άγχος, ενοχή

 - Μητέρα ⇨ Έντονη διαταραχή στην ευαίσθητη ψυχική
ισορροπία της.
Προβολή της «κακής» εικόνας εαυτού στο παιδί
(Άρνηση, προβολή)

 - Μητέρα ⇨ Ταύτιση με την «κακή» μητέρα της και επίθεση
στο παιδί της, που αναπαριστά τον αδύναμο
και «κακό» εαυτό της

Υπάρχουν κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες "υψηλού κινδύνου" που εντείνουν το πρόβλημα της κακοποίησης.

Συνήθως η σωματική κακοποίηση είναι αποτέλεσμα μιας χρόνιας ή οξείας οικογενειακής κρίσης. Επίσης η συσσώρευση προβλημάτων οξύνει την κατάσταση και όταν εμφανιστεί ένα ιδιαίτερο πρόβλημα, "το ποτήρι ξεχειλίζει".

Η άγαμη μητέρα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και ευθύνες στην εκτέλεση του γονικού της ρόλου, εφόσον δεν μπορεί να μοιράζεται τις ευθύνες με το σύντροφο της.

Άλλοι παράγοντες όπως η νεαρή ηλικία της μητέρας, μια ανεπιθύμητη κύηση ή προβλήματα στην εγκυμοσύνη ή στον τοκετό αποτελούν παράγοντες προδιάθεσης κακοποίησης.

Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης και η κοινωνική απομόνωση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας προδιάθεσης της κακοποίησης. Όταν η μητέρα δεν έχει κάποιο περίγυρο, κάποια άτομα εμπιστοσύνης, κάποιους ισχυρούς δεσμούς, το γεγονός αυτό συμβάλλει στην επιδείνωση της ψυχικής της υγείας άρα και της ικανότητας άσκησης του γονικού της ρόλου.

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης το χαμηλό κοινωνικομορφωτικό επίπεδο σε συνδυασμό με οικονομικά προβλήματα, ανεργία, αρρώστια αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα "υψηλού κινδύνου" στην κακοποίηση.

Όταν οι γονείς αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα και γενικά προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις δημιουργείται

ένταση και αρνητικά φορτισμένα συναισθήματα και ο γονιός μεταθέτει τα προβλήματα αυτά στο παιδί.

Επίσης η χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ μπορεί να θέτει το γονιό εκτός εαυτού και να καταστρέφει την ψυχική του υγεία, με αποτέλεσμα να κακοποιεί το παιδί.

Αλλά και η διαταραχή δεσμού μητέρας-παιδιού σε συνδυασμό με εξωπραγματικές απαιτήσεις του παιδιού αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα κακοποίησης "υψηλού κινδύνου". (Ι.Υ.Π., Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 14.)

Σύμφωνα και με τη θεωρία της κρίσης του Carliαν κρίσιμοι περίοδοι στη ζωή των ενηλίκων (όπως η εγκυμοσύνη, ο τοκετός κ.λ.π.) προσφέρουν στο άτομο μια ευκαιρία για προσωπική ωρίμανση και ανάπτυξη, αλλά συγχρόνως και τον κίνδυνο αυξημένης πιθανότητας εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής.

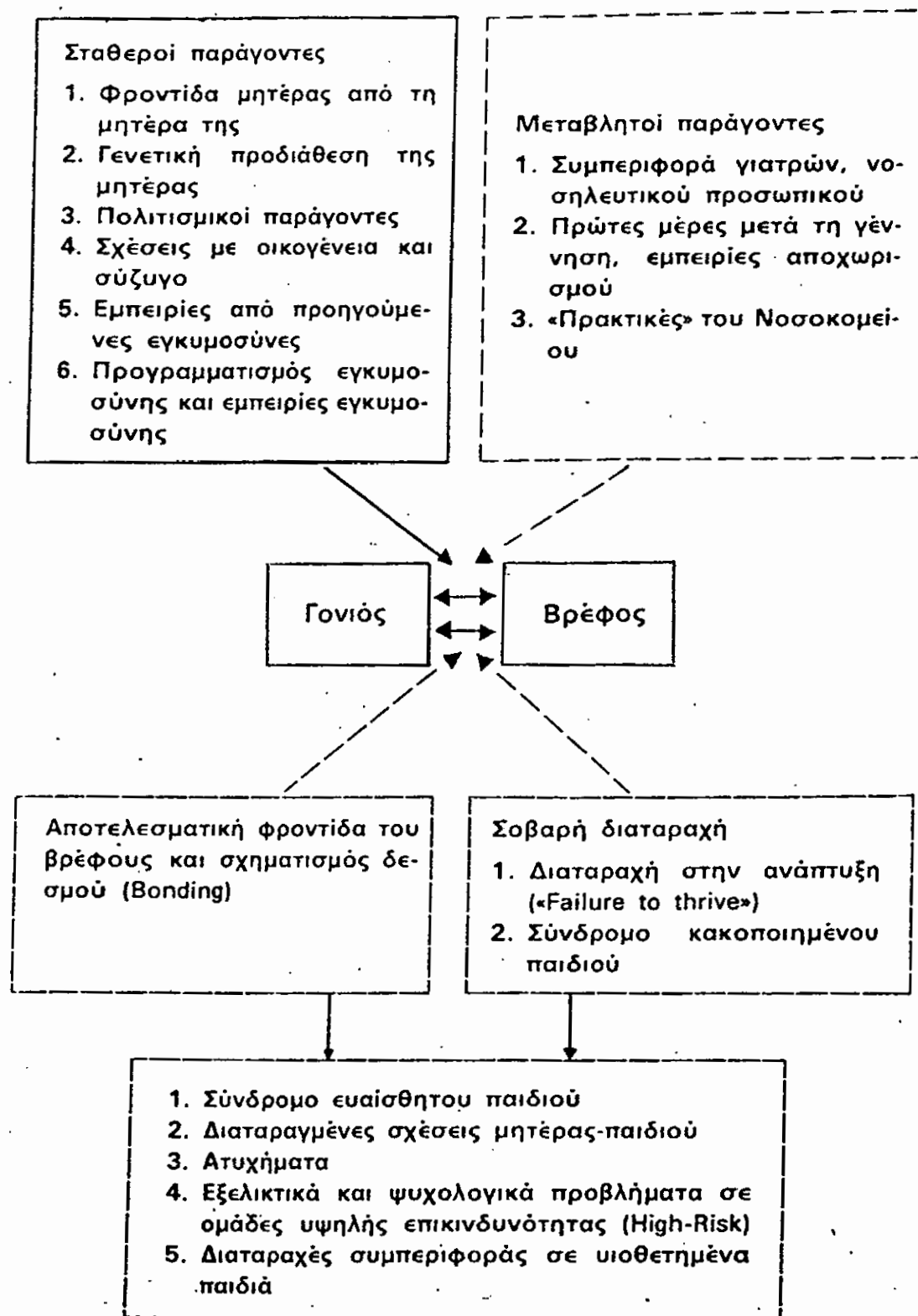
(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 124.)

Όμως και η προωρότητα του τοκετού ή προβλήματα στη νεογνική περίοδο μπορεί να αποτελέσουν προδιαθεσικούς παράγοντες "υψηλού κινδύνου" κακοποίησης.

Επίσης το χαμηλό βάρος γέννησης, μικρότερο από 2500gr, ή κάποια ασθένεια στους πρώτους μήνες ζωής, ψυχοκινητική καθυστέρηση ή καθυστέρηση στη σωματική ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια (*failure to thrive*) μπορούν να προδιαθέσουν σε κακοποίηση.

Η άρνηση της εγκυμοσύνης, σκέψεις για υιοθεσία ή άλλη λύση για το παιδί μακριά από την οικογένεια, χαμηλό νοητικό και πολιτιστικό επίπεδο της μητέρας αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες "υψηλού κινδύνου" κακοποίησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ



M. Klaus - J. Kennell

(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 99.)

Γ. Διαγνωστικά χαρακτηριστικά που βοηθούν στην αναγνώριση της κακοποίησης ή παραμέλησης

Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία οδηγούν στην υπόθεση ότι το παιδί υπέστη κακοποίηση από τους γονείς:

1. Ενδεικτική είναι η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας.
2. Η μητέρα (ή οι γονείς) δίνει κοινωνικό ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού. (Ασφαλώς ένα βρέφος 2-3 μηνών, δεν πέφτει μόνο του από το κρεββάτι)
3. Βλάβες χαρακτηριστικές κακοποίησης. (π.χ. ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους.)
4. Πολλαπλές και πολύμορφες βλάβες. (π.χ. κάταγμα και εκχυμώσεις.)
5. Βλάβες σε διαφορετικό στάδιο επούλωσης. (π.χ. επανειλημμένα επεισόδια βίας.)
6. Η μητέρα (ή οι γονείς) μιλά για το παιδί της (ή στο παιδί της), με τρόπο που δείχνει απόρριψη.
7. Το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση.
8. Απότομη και σταθερή αύξηση του βάρους δυστροφικών παιδιών μόλις εισαχθούν στο νοσοκομείο.
9. Χαρακτηριστική συμπεριφορά του παιδιού. (Δεν αντιδρά στον αποχωρισμό από τη μητέρα ή τους γονείς, φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομείο από το σπίτι.) (Ι.Υ.Π., Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 8.)

1) Σωματική κακοποίηση-παραμέληση. Ψυχιατρικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού

Τα παιδιά που κακοποιούνται ή/και παραμελούνται σωματικά, παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις:

i. Πολύ χαρακτηριστικές είναι οι ψυχολογικές δυσλειτουργίες, τα προβλήματα συμπεριφοράς, η διαταραγμένη συναισθηματική-αντιληπτική και κοινωνική ανάπτυξη καθώς και οι σωματικές αναπηρίες.

ii. Όπως έχει αναφερθεί, η ανεπάρκεια της μητρικής φροντίδας και η εχθρική στάση και συμπεριφορά των γονέων καθώς και οι βλάβες που προκαλεί η κακοποίηση, προξενούν ψυχολογικό τραύμα στο παιδί.

iii. Ο Green αναφέρει χαρακτηριστικά την ονομασία "τραυματική νεύρωση" (traumatic neurosis), αφού το παιδί υφίσταται συναισθηματικό πόνο, πανικό, συναίσθημα αδιεξόδου και εμφανίζει πρωταρχικούς μηχανισμούς άμυνας. Τέτοιοι μηχανισμοί άμυνας είναι: άρνηση, προβολή, αποφυγή, αποστασιοποίηση και διαχωρισμό.

iv. Χαρακτηριστική είναι η εικόνα "παγερής εγρήγορσης" που έχουν τα παιδιά αυτά και πιο συγκεκριμένα αυτό το "παγωμένο βλέμμα" που έχουν. Επίσης έχουν ετοιμότητα να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον.

v. Οι JOHNSON, MOORE και AMMERMAN έχουν διαπιστώσει ότι τα κακοποιημένα παιδιά χαρακτηρίζονται από έλλειψη ανταπόκρισης, αρνητισμό, πείσμα και κατάθλιψη. (Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1993, σελ. 96.)

Είναι πολύ επιφυλακτικά για σωματική επαφή, είναι καχύποπτα και παρουσιάζουν δυσκολία στο να επενδύσουν στις σχέσεις τους με τους ενήλικες. Η συναλλαγή με τους άλλους δεν έχει φαντασία και τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομηλίκους ή ενήλικες. Γενικά είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά.

vi. Η άσχημη και βίαιη μεταχείριση του παιδιού μπορεί να του προκαλέσει καθυστέρηση ή διαταραχή στο λόγο.

Ο Blager και ο Martin υποδεικνύουν ότι μικρά κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν πιο εμφανείς καθυστερήσεις και ελαττωματικότητα στην ομιλία τους, ενώ μεγαλύτερα παιδιά έχουν γλωσσική επάρκεια αλλά υστερούν στην επικοινωνία. (ο.π., σελ. 97.)

Ο Green (1973) διατυπώνει την άποψη ότι η αναχαίτηση της ομιλίας και κινητικότητα των κακοποιημένων παιδιών μπορεί να είναι αποτέλεσμα μαθησιακής αποφυγής για να προστατέψουν τους εαυτούς τους από περαιτέρω κακοποίηση ή όπως ισχυρίζεται ο Martin (1976) μπορεί να είναι προσαρμογή στο βίαιο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν. (ο.π., σελ. 96-97.)

Γενικά οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα παιδιά που κακοποιούνται, δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον τους για να μιλήσουν και έτσι η καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής, εξαιτίας της παραμέλησης.

vii. Πολλά από τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν το σύνδρομο που ονομάζεται "διαταραχή της διαγωγής" ή ένα άλλο σύνδρομο, όπου τα παιδιά παρουσιάζουν άγχος ή κατάθλιψη.

Πολύ σημαντική είναι η μελέτη των Martin και Beezley σε 51 κακοποιημένα παιδιά, από τα οποία τα 31 έμειναν με τους φυσικούς τους γονείς και τα υπόλοιπα σε ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Στη μελέτη αυτή συνεργάστηκαν τρεις ανεξάρτητοι ερευνητές: Παιδίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός. Εντοπίστηκαν 9 χαρακτηριστικά κριτήρια σ'αυτά τα παιδιά με τη χρήση συνέντευξης με γονείς και παιδιά και εκθέσεις από δασκάλους. Τα 9 αυτά κριτήρια που βρέθηκαν από τους τρεις ερευνητές ήταν:

- 1) Μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση 33.
- 2) Σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς 31.
- 3) Μειωμένη αυτοεκτίμηση 26.
- 4) Απόσυρση 19.
- 5) Εναντιωματική συμπεριφορά 19.
- 6) Μεγάλη διεγερσιμότητα 11.
- 7) Ψυχαναγκαστικότητα 11.
- 8) Ψευδοενήλικη συμπεριφορά 10.
- 9) Μαθησιακά προβλήματα 10.

(Τσιάντης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 104.)

- 2) Σεξουαλική κακοποίηση. Ψυχιατρικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού

Τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός παιδιού που έχει παραβιασθεί σεξουαλικά συνοπτικά είναι:

1) Συνεχή παράπονα για πονοκέφαλο ή πόνο στην κοιλιά.
(Σωματοποίηση του προβλήματος)

2) Δυσκολίες στο σχολείο ή απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης.

3) Άρνηση να κάνει γυμναστική ή αθλητικά.

4) Εξεζητημένη σεξουαλική συμπεριφορά ή ασυνήθιστες γνώσεις για την ηλικία του σχετικά με την σεξουαλικότητά του.

5) Συνήθειες που δηλώνουν καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης (πιπίλα, δαγκώματα, παλινδρομικές κινήσεις, ενούρηση, κ.λ.π.).

6) Διαταραχές ύπνου.

7) Αναστολές στο παιχνίδι.

8) Συναισθηματική ένταση.

9) Κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού.

10) Φυγές, παραβατική συμπεριφορά, χρήση ακλοόλ ή τοξικών ουσιών.

(Ι.Υ.Π., Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 12-13.)

Η πλειονότητα των θυμάτων σεξουαλικής παραβίασης είναι κορίτσια και η πλειοψηφία των "δραστών" είναι άνδρες, αν και τα τελευταία χρόνια, με βάση νεότερες έρευνες, αυξάνει συνεχώς ο αριθμός των περιπτώσεων παραβίασης των αγοριών και των γυναικών "δραστών".
(ο.π., σελ. 14.)

Ο πατέρας: Συνήθως ο πατέρας "δράστης" είναι ένα άτομο που δεν παρουσιάζει εμφανή παθολογία, αλλά έχει ιδιαίτερα κυριαρχική συμπεριφορά, ζηλεύει και επιθυμεί το παιδί του, στη ζωή του οποίου επεμβαίνει έντονα, άσχετα με την ηλικία του.

Η μητέρα: Αυτό που ενδιαφέρει άμεσα είναι η στάση της μητέρας απέναντι στη σεξουαλική παραβίαση μέσα στην οικογένεια. Πρόκειται για άτομα που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στον συζυγικό και μητρικό τους ρόλο. Συχνά, αν και γνωρίζουν τί συμβαίνει, αδυνατούν να το εμποδίσουν. Δείχνουν παθητικές και καταθλιπτικές, αλλά ταυτόχρονα τυρρανικές και πολύ προσκολλημένες στη διατήρηση του οικογενειακού δεσμού. Γι'αυτό παρατηρούμε ότι είναι δυνατόν η μητέρα να μην στηρίζει την προσπάθεια του παιδιού της να αποκαλύψει την σεξουαλική κακοποίηση μέσα στην οικογένεια, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις που το συμβουλεύει να μην μιλάει ή να υπακούει στον "δράστη", ή ακόμα το κατηγορεί ότι λέει ψέματα. (ο.π., σελ.15.)

Όσον αφορά τη συγκάλυψη ή απόκρυψη των γεγονότων από την μητέρα, ο Γ. Πιπερόπουλος σε συνέντευξή του στην εφημερίδα "Έθνος", αναφέρει ότι: "συνήθως η μητέρα κακοποιημένου παιδιού, ενώ έχει-αν όχι αποδείξεις-έστω σημαντικές ενδείξεις της κατάστασης, δεν βγαίνει προς τα έξω να καταγγείλει τον δράστη κυρίως για τρεις λόγους: είτε για λόγους υπαρξιακής εξόντωσης (απειλεί ότι θα την σκοτώσει), είτε εξαιτίας της οικονομικής της εξασθένισης, αν εξαρτάται οικονομικά από τον σύζυγο ή επειδή οδηγούμενη από το φίλτρο της μητρικής στοργής και αφοσίωσης, φοβάται την κοινωνική εξόντωση". (Λιλιοπούλου, Έθνος, 4/1/1994, σελ. 15.)

3) Ψυχολογική κακοποίηση. Ψυχιατρικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού

Μια άλλη μορφή κακοποίησης είναι η σεξουαλική βία πάνω στο παιδί. Σ'αυτές τις περιπτώσεις το παιδί παρουσιάζει μία χρόνια κατάθλιψη, μειωμένο αυτοσυναίσθημα, πανουργία και δουλικότητα, μένει σιωπηλό, κλειστό στον εαυτό του, δειλό, φοβισμένο και τρέφει μίαν έχθρα και μνησικακία για τους βασανιστές του και εκδικητική διάθεση. (Πιάνος, 1989, σελ. 115.)

Ο Zaphiris αναφέρεται στη σημασία και στην επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι ένα περιβάλλον το οποίο δεν παρέχει ασφάλεια και στοργή στο παιδί, αλλά που δρα απορριπτικά και που δεν αναγνωρίζει τα επιτεύματα του παιδιού, έχει καταστρεπτικές και αρνητικές επιδράσεις στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Η αποστέρηση που υφίστανται τα παιδιά που κακοποιούνται ψυχολογικά περιορίζει και μειώνει την ικανότητά τους, να καταλάβουν τους εαυτούς τους, ως άτομα με αξία. (Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1990, σελ. 245.)

Οι μητέρες των παιδιών που κακοποιούνται ψυχολογικά, είναι άτομα ανώριμα που μαστίζονται από ένα βασανιστικό συναίσθημα ανεπάρκειας σαν άτομα και σαν σύζυγοι και για αυτό μέσα στο γάμο εμπλέκονται σε έναν απηνή αγώνα επικρατήσεως. Σκοπός των συζύγων που εμπλέκονται σ'αυτόν τον αγώνα είναι να αποκρύψουν από τον σύντροφό τους, την ανεπάρκειά τους και συνήθως αισθάνονται ότι ο

καλύτερος τρόπος να επιτύχουν αυτόν τους, τον σκοπό είναι να υποσκάπτουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση, του συντρόφου τους. Τα παιδιά γίνονται συνήθως το κυριότερο πεδίο πάνω στο οποίο διεξάγεται αυτός ο αγώνας. (Φάρου, Εκλογή, Δεκέμβριος 1979.)

Μερικά ενδεικτικά στοιχεία για την διαπίστωση ψυχολογικής κακοποίησης παιδιών είναι τα εξής:

i. Όταν η συμπεριφορά του παιδιού είναι το αποτέλεσμα μη ικανοποιητικών σχέσεων με τους γονείς.

ii. Όταν το παιδί δεν έχει την ικανότητα στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.

iii. Όταν το παιδί παρουσιάζει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

iv. Όταν το παιδί παρουσιάζει από ελαφρά μέχρι σοβαρά κατάθλιψη.

Σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά μπορεί να παρατηρηθεί ότι οι συμπεριφορές δεν είναι συνεχώς επαναλαμβανόμενες και εκτεταμένης διάρκειας εκτός και αν η κακοποίηση άρχισε από την νηπιακή ηλικία. (Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1990, σελ. 247.)

4) Νέες μορφές κακοποίησης

“Μη τυχαία δηλητηρίαση”

Είναι μια κατάσταση χρόνια όπου οι γονείς δεν θέλουν να απαλλαγούν από το παιδί τους. Είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρώ και χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή π.χ. μια μητέρα δηλητηριάζει το παιδί της για να αμβλύνει έτσι τις προστριβές με το σύζυγό της, μια άλλη για να προκαλέσει τον οίκτο των γειτόνων κ.λ.π.

Στην πλειοψηφία τους οι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση. Δεν είναι βίαιοι.

Συχνά έχει παρατηρηθεί ότι πρόκειται για μητέρες που είτε λόγω επαγγέλματος (πρακτικές νοσοκόμες), είτε λόγω δικής τους ασθένειας είναι εξοικειωμένες με αρρώστιες, φάρμακα και νοσηλευτικές τεχνικές.

Συνήθως το παιδί φθάνει στο Νοσοκομείο είτε με ιστορικό τυχαίας δηλητηρίασης, είτε με συμπτώματα άγνωστης αιτίας, συχνότερα από το Κ.Ν.Σ.

Η θνητότητα έχει υπολογιστεί ότι φτάνει το 17%. (Βαλάσση-Αδάμ, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 111-112.)

“Σύνδρομο Munchausen δίαντιπροσώπου”

Ο όρος χρησιμοποιείται για άτομα που έχουν τόσο εξάρτηση-εθισμό στο Νοσοκομείο ώστε επινοούν ανύπαρκτα συμπτώματα και προκαλούν άχρηστες εξετάσεις, θεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν πρόκειται για κατά φαντασία ασθενείς. Γνωρίζουν ότι είναι υγιείς, αλλά ηδονίζονται να επινοούν και να κατασκευάζουν συμπτώματα για

να εξασφαλίσουν υγειονομική περίθαλψη και να τραβούν το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η μητέρα είναι συνήθως άτομο ευχάριστο, πολύ συνδεδεμένη με το παιδί, υπερπροστατευτική. Συχνά είναι πρώην νοσοκόμα. Μέσα στο Νοσοκομείο οι μητέρες αυτές, συνδέονται φιλικά με το προσωπικό, βοηθούν, είναι υποστηρικτικές και δεν παύουν να εκφράζουν την εκτίμησή τους για το ίδρυμα και την ευγνωμοσύνη τους για την υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα που έχει το παιδί.

Η σωματική κακοποίηση σπάνια γίνεται από τη μητέρα. Συνήθως γίνεται από ανυποψίαστους, ευσυνείδητους γιατρούς και μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. Η διάγνωση του Munchausen δί'αντιπροσώπου γίνεται συνήθως τυχαία όταν για κάποιο λόγο απομακρυνθεί η μητέρα από το παιδί. Τότε τα συμπτώματα ή τα εργαστηριακά ευρήματα σταματούν ως εκ θαύματος. (ο.π., σελ. 113-114.)

Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Είναι μια "τυχαία κακοποίηση". Π.χ. η μητέρα που κρατά το μωρό στην αγκαλιά της, μπροστά στην απειλή κτυπήματος, από ένστικτο αυτοσυντήρησης, το χρησιμοποιεί ως ασπίδα και το παιδί κακοποιείται χωρίς να είναι το ίδιο αντικείμενο της οργής του πατέρα. Ωστόσο, το παιδί βρίσκεται σε άμεσο ή έμμεσο κίνδυνο. (ο.π., σελ.115.)

Κακοποίηση εμβρύου

Είναι η κακοποίηση του εμβρύου από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης, στο ενδομήτριο περιβάλλον. Αυτή γίνεται με διάφορους τρόπους όπως π.χ. χρήση ναρκωτικών ουσιών, αλκοόλ κ.λπ. (ο.π., σελ.115-116.)

Δ. Συχνότητα και έκταση του προβλήματος

1) Συχνότητα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού

Με βάση διεθνή ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει ενδείξεις ότι σε κακοποίηση και παραμέληση μπορεί να οφείλονται:

- 10% από όλα τα ατυχήματα σε παιδιά < 3 ετών, εκτός από τα τροχαία.

- 10% των παιδιών < 5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό.

- 25% από όλα τα κατάγματα σε παιδιά < 3 ετών.

- Επίσης 1% του γενικού πληθυσμού μπορεί να κακοποιηθεί κάποια στιγμή στη ζωή του.

- 3-5% των βαριά κακοποιημένων παιδιών μπορεί να μείνουν ανάπηρα.

- 40-60% των παιδιών μπορεί να κακοποιηθούν εάν δεν υπάρξει θεραπευτική αντιμετώπιση.

(Ι.Υ.Π., Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 10.)

2) Συχνότητα της σεξουαλικής κακοποίησης

Τα στοιχεία που αφορούν τη συχνότητα της σεξουαλικής κακοποίησης προέρχονται από διεθνή ερευνητικά δεδομένα, εφόσον στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημο σύστημα καταγραφής. Δεν υπάρχουν

όμως λόγοι να πιστεύουμε ότι οι συνθήκες στην χώρα μας είναι διαφορετικές.

- 1 στα 8 κορίτσια και 1 στα 10 αγόρια μπορεί να είναι θύματα κάποιας μορφής σεξουαλικής παραβίασης πριν την ηλικία των 18 ετών.

- 1 στα 25 κορίτσια και 1 στα 33 αγόρια έχει αναφέρει σε κάποιον ότι έχει υποστεί βιασμό ή αιμομιξία.

- 1 στους 4 δράστες είναι μέλος της οικογένειας.

- 1 στους 2 δράστες είναι γνωστός ή φίλος της οικογένειας.

- 8 στις 10 φορές το παιδί μπορεί να είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής παραβίασης.

- Ένας μεγάλος αριθμός νεανικής πορνείας ή νέων που έχουν επιχειρήσει να αυτοκτονήσουν έχουν υποστεί σεξουαλική παραβίαση.

Χρειάζεται να επισημάνουμε, ότι τα στατιστικά στοιχεία αλλάζουν ανάλογα με την πρόοδο των επιστημονικών ερευνών." (Ι.Υ.Π., Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 13.)

Ε. Επιπτώσεις της κακοποίησης- παραμέλησης στο παιδί

1) Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης

Ένας μεγάλος αριθμός επιστημόνων έχει διαπιστώσει επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στο νευρολογικό σύστημα του παιδιού.

i. Η νοητική ανάπτυξη επίσης αυτών των παιδιών επηρεάζεται σημαντικά αλλά από έρευνες όμως έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης-παραμέλησης και όχι με τη σοβαρότητα των τραυμάτων.

ii. Σύμφωνα με τους Green (1968) και Ammerman Et. Al. (1986), τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ανοχής, παρορμητικότητα, έλλειψη εμπιστοσύνης και καχυποψία στους ενήλικες, τάση να ελέγχουν και να εκμεταλλεύονται καταστάσεις, ανάγκη για άμεση ικανοποίηση και τάση στο να προκαλούν τους άλλους. Διακατέχονται από θυμό για τον ενήλικα που τα κακοποιεί, τον οποίο προβάλλουν σε άλλα άτομα, όπως δασκάλους, συνομηλίκους, αδέρφια ή ακόμη και στον εαυτό τους ως συμπεριφορά αυτοκτονίας. Έτσι δημιουργείται περαιτέρω τιμωρία και απόρριψη από ενήλικες σχηματίζοντας έτσι έναν ατέρμονα κύκλο και επανάληψη του αρχικού τραυματισμού, δηλαδή της κακοποίησης. Ο SANDGRUND υποδεικνύει ότι κακοποιημένα παιδιά έχουν σοβαρά προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας και τον συνειρμό των σκέψεών τους. (Μουζακίτης, Κοινωνική Έργασία, 1993, σελ. 96.)

iii. Επίσης έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε κακοποιημένα παιδιά, η οποία συμπεριλαμβάνει αυτοακρωτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας και συνδέεται με χαρακτηριστικές μεταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού.

Γενικότερα, η σοβαρότητα των επιπτώσεων της κακοποίησης εξαρτάται από την χρονιότητά της. Χρόνια κακοποίηση δημιουργεί πολύ σοβαρά προβλήματα στο παιδί όπως: ανάπτυξη αρχικής ταύτισης με τον επιτιθέμενο, ελαττωματικό έλεγχο της παρόρμησης και προδιάθεση βίας. Η κακοποίηση δημιουργεί φόβους εγκατάλειψης και εκμηδενισμού. Όταν λοιπόν το κακοποιημένο παιδί ταυτίζεται με τον επιτιθέμενο, οι παραπάνω φόβοι αντικαθίστανται από ένα συναίσθημα δύναμης και παντοδυναμίας. Το κακοποιημένο παιδί πολλές φορές συμβαίνει να μεταθέτει την οργή και τον θυμό του προς τον γονιό που το έχει κακοποιήσει, για να ανακουφιστεί από την πίκρα και για να μπορέσει να αντισταθμίσει τα οδυνηρά συναισθήματα που νιώθει μέσα του.

iv. Επίσης έχει βρεθεί από τους μελετητές ότι τα παιδιά που έχουν μεγαλώσει σε επιθετικό, βίαιο και απορριπτικό περιβάλλον, έχουν αυξημένη τάση να γίνουν βίαια ως γονείς και σύζυγοι καθώς το παιδί ενσωματώνει στο σύστημα αξιών του, τη βία ως μέθοδο διευθέτησης και λύσης προβλημάτων.

v. Ακόμη, σύμφωνα με τον Strogg, τα παιδιά που κακοποιούνται συμβαίνει να παρουσιάσουν μία μορφή ψύχωσης, τη λεγόμενη "τραυματική ψύχωση" σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας.

Η "τραυματική ψύχωση" χαρακτηρίζεται από μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, καθώς και με αλλόκοτη συμπτωματολογία. Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν την ψύχωση αυτή, έχουν κακοποιηθεί πολύ νωρίς στην ζωή τους, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα, ενώ παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά "δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταιΐζει", γεγονός που δηλώνει έντονη διαταραχή στην "συμπεριφορά δεσμού".

vi. Επίσης η κακοποίηση έχει βρεθεί ότι έχει ως επίπτωση το παιδί να παρουσιάζει μαθησιακά προβλήματα και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον. Το ψυχικό τραύμα που έχουν υποστεί τα παιδιά που κακοποιούνται, είναι τόσο έντονο, ώστε να δημιουργεί τα παραπάνω προβλήματα, με αποτέλεσμα οι δάσκαλοι και οι συνομήλικοι να τα απορρίπτουν. Όπως είναι επόμενο τα κακοποιημένα παιδιά, έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους, με πιθανή πρόγνωση να συνεχιστεί ο φαύλος κύκλος σε όλη τους τη ζωή.

Συνοψίζοντας όσα προαναφέρθηκαν για τις επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης πάνω στην υγιή ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, μπορούμε να διατυπώσουμε συμπερασματικά τις ακόλουθες επιπτώσεις:

1) Συναισθηματικές διαταραχές που δημιουργούν προβλήματα στην όλη λειτουργικότητά του και ιδιαίτερα στην επικοινωνία και συνδιαλλαγή του στον άμεσο και ευρύτερο χώρο που βρίσκεται (συναναστροφές με συνομήλικους ή ενήλικες).

- 2) Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- 3) Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία.
- 4) Προσκόλληση σε άγνωστα άτομα.
- 5) Κατάθλιψη, απόσυρση, υπερκινητικότητα, παθητικότητα, απειθαρχία, έλλειψη ελέγχου.
- 6) Ενσωμάτωση στο σύστημα αξιών του, της βίας σαν μέσον επίλυσης προβλημάτων.
- 7) Έκδηλο άγχος.
- 8) Παλινδρομική συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση, κ.λ.π.).
- 9) Βλάβη στην μαθησιακή ικανότητα του παιδιού με έντονες ενδείξεις για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών διανοητικής καθυστέρησης.
- 10) Παραπτωματική και πολλές φορές εγκληματική συμπεριφορά στην εφηβεία και στην μετέπειτα ζωή του.
- 11) Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.
- 12) Υπερευαίσθησία (ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε).
- 13) Φόβος προς τους γονείς του.
- 14) Φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του.

(Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1993, σελ. 98.)

2) Επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης

Η σεξουαλική κακοποίηση προκαλεί πλείστες αρνητικές επιπτώσεις στον ψυχολογικό κόσμο και στην συμπεριφορά του παιδιού:

i. Έτσι το παιδί παρουσιάζει προβλήματα ύπνου και εφιάλτες, φοβίες, ανησυχίες και νευρώσεις, απώλεια αυτοεκτίμησης, απαισιοδοξία ή μία στάση σκληρότητας, ενοχή και ντροπή.

ii. Επίσης παρουσιάζει σκέψεις αυτοκτονίας, παρορμητικότητα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, τάση στο να αποσύρεται από ασχολίες της παιδικής ηλικίας και προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς, ψευδοωριμότητα και διαταραγμένη προσωπικότητα. Επίσης εμφανίζει παλινδρομικά συμπτώματα.

iii. Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί παρουσιάζουν προβλήματα. Νοιώθουν φόβο στην επαφή με τους ενήλικες (PETERS 1976), επιζητούν συνεχώς στοργή από αυτούς (BURTON 1968), σύγχυση στις κοινωνικές τους σχέσεις και συχνά δραπετεύουν από το σπίτι (BROWNING AND BOATMAN 1977).

(Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1993, σελ. 99-100.)

iv. Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαταραχές όπως: νεύρωση (MEISELMAN 1978), χρόνια κατάθλιψη (WEINER 1964, ROSENFELD ET. AL 1977, BROWNE ET. AL 1986, ΜΟΥΖΑΚΙΤΗΣ C. 1986), μη ολοκληρωμένη ταύτιση (KATAN 1973), περιορισμένη αυτοεκτίμηση και ένα αίσθημα αδιεξόδου (STEEL AND ALEXANDER 1981), ψύχωση και σχιζοφρένεια (BARRY 1965, PETERS 1976), σκέψεις αυτοκτονίας (BROWN 1963), διαταραχή χαρακτήρα (LEWIS AND SARELL 1969, LUKIANOWICZ 1972),

μαζοχισμό (MEISELMAN 1978), σωματικά συμπτώματα (GOODWIN AND DIVASTO 1979, MEISELMAN 1978), χρήση ναρκωτικών (GOMES ET. AL. 1985, BEITCHMAN ET. AL. 1991, BROWNE ET. AL. 1986) και παχυσαρκία (MEISELMAN 1978). (ο.π., σελ. 100.)

v. Το σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί, παρουσιάζει προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο και μαθησιακές δυσκολίες.

vi. Επίσης η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, τραυματίζει όλη την μετέπειτα ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού. Έτσι το παιδί μεγαλώνοντας μπορεί να εμφανίσει προβληματικές σεξουαλικές σχέσεις, πορνεία, σεξουαλική ενόχληση παιδιών (σεξουαλική κακοποίηση των δικών τους παιδιών), ομοφυλοφιλία, να κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών και γενικά δημιουργείται κοινωνική απομόνωση και δυσκολίες στην δημιουργία στενών σχέσεων.

3) Επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης

Οι επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης είναι οι εξής:

i. Το παιδί που υφίσταται ψυχολογική κακοποίηση στην προσπάθειά του, να εξωτερικεύσει αλλά και να περιορίσει το stress που του δημιουργείται, αφού μένουν ακάλυπτες οι συναισθηματικές του ανάγκες, μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα όπως δάγκωμα, εμετό, ενούρηση, βύζαγμα δακτύλου, στερεοτυπικές κινήσεις, κτύπημα του κεφαλιού κ.λ.π.

ii. Ακόμη, μια χρόνια ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της συμπεριφοράς όπως π.χ. επαναστατικότητα, εκρήξεις θυμού και καταστροφικότητας, ψεύδη, κλοπές, αντικοινωνική και παραπτωματική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου και διάφορες συναισθηματικές διαταραχές, εξαιτίας της απουσίας συναισθηματικής αποδοχής και αναγνώρισης από το οικογενειακό περιβάλλον.

Βεβαίως η ύπαρξη ενός μόνο συμπτώματος δεν σημαίνει ότι υφίσταται θέμα ψυχολογικής κακοποίησης. Η ύπαρξη όμως πολλών συμπτωμάτων πρέπει να θεωρείται ύποπτη.

iii. Όταν η ψυχολογική κακοποίηση συμβαίνει σε πολύ μικρή ηλικία, τότε το παιδί μπορεί να αναπτύξει ψυχικές διαταραχές και αστάθεια χαρακτήρα. Σύμφωνα με τον Bowlby (1969), η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να περιορίσει την ικανότητα τους να αναπτύξουν σχέσεις με άλλα άτομα.

iv. Οι επιπτώσεις της πρόωρης αποστέρησης και μη κάλυψης των αναγκών του παιδιού έχουν ως επίπτωση το παιδί να εμφανίζει

προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς στο σχολείο όπως μη συναισθηματική ανταπόκριση, έλλειψη ικανότητας στο να έχει ουσιαστικές σχέσεις, απόσυρση, απομόνωση, αντικοινωνική συμπεριφορά και δυσκολία στην προσέγγισή του.

ν. Ακόμη, ειδικά για την ανάπτυξη του παιδιού, υποστηρίζεται ότι τα θύματα ψυχολογικής κακοποίησης αποστερούνται προσοχής όχι μόνο στις συναισθηματικές ανάγκες, αλλά και στις κοινωνικές (Elbow 1982). Η έκταση μιας τέτοιας αποστέρησης περιορίζει την ικανότητά τους να καταλάβουν τους εαυτούς τους ως άτομα με αξία.

(Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1990, σελ. 246.)

Τα ψυχολογικώς κακοποιημένα παιδιά δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν, όπως εκείνα που κακοποιούνται σωματικά ή σεξουαλικά με εμφανή τραύματα, πληγές και εκδορές.

Η ψυχολογική κακοποίηση είναι μία πολύ σοβαρή μορφή κακοποίησης, εξίσου σοβαρή με την σωματική και την σεξουαλική, η οποία αφήνει βαθιά χαραγμένα τα ίχνη της, στην παιδική ψυχή.

ΣΤ. Κοινωνική εργασία στο πρόβλημα της κακοποίησης- παραμέλησης του παιδιού...

Τα τελευταία 70 χρόνια που στο διεθνή χώρο οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας ασχολούνται με οικογένειες που κακοποιούν τα παιδιά τους, το επίκεντρο της θεραπείας, ακόμα και της διάγνωσης, είναι η μητέρα.

Γενικά τα τελευταία 50 χρόνια οι υπηρεσίες είχαν τη φιλοσοφία ότι εάν μια μητέρα μπορεί να βοηθήσει να γίνει πιο επαρκής και πιο τρυφερή με το παιδί της ή πιο ικανή να σταθεροποιήσει το γάμο της, ακόμα και αν ο πατέρας μπορούσε να είναι ο κύριος υπεύθυνος για την κακοποίηση του παιδιού, ότι κάποιο καλό αποτέλεσμα θα προέκυπτε για τον ίδιο το παιδί και για τα αδέρφια του.

Το πρώτο και πιο βασικό βήμα στη θεραπεία των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη και ακριβέστερη διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση. Λόγω του ότι μέχρι σήμερα οι κοινωνικοί λειτουργοί συγκεντρώνουν την πιο μεγάλη ευθύνη της διαγνωστικής εκτίμησης όλων των προβλημάτων της οικογένειας, αντιμετώπισαν συχνά, αδιέξοδο στην έκβαση των περιπτώσεων και εξαιτίας του συναισθήματος της παντοδυναμίας, αντιμετώπισαν αδυναμία αντικειμενικής εκτίμησης και συνεργασίας με τρίτους.

Από την μέχρι σήμερα εμπειρία στο χώρο της κακοποίησης φαίνεται έντονα η ανάγκη ύπαρξης και λειτουργίας διεπιστημονικής ομάδας.

Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες τις ενέργειες του θεραπευτή

από την αρχή έως το τέλος. Αρχίζει με το πρώτο τηλεφώνημα ή το πρώτο ραντεβού και ολοκληρώνεται - όταν χρειάζεται - με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία ενός μέλους ή των μελών της οικογένειας (όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία) με ειδικό θεραπευτή.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως "θεραπευτή" θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας. Βεβαίως, κάθε χειρισμός που αφορά είτε πρακτικά θέματα, είτε πολύπλοκες διεργασίες σχέσεων, θεωρείται ως θεραπευτικός εφόσον γίνεται με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας.

Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ισχυρών συναισθηματικών σχέσεων μεταξύ των θεραπευτών και της οικογένειας με τη δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Έτσι, όταν περάσει η περίοδος της κρίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι ώριμα να δεχθούν τη συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο.

Όταν ο θεραπευτής δημιουργεί ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς με την οικογένεια και κλίμα εμπιστοσύνης, προστατεύει το παιδί από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα βοηθάει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών.

Η ατομική ή οικογενειακή θεραπεία, βοηθάει στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν ή να ανεχθούν μια κακοποίηση

και το παιδί να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούργιους διορθωτικούς μηχανισμούς.

(Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον οδυνηρό κόσμο της κακοποίησης είναι ρόλος θεραπευτή.

Εάν και ο πιο επιθυμητός στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η παραμονή του παιδιού στην οικογένεια με ασφάλεια, συχνά η αρχή της θεραπείας και συχνά η μόνη θεραπεία μπορεί να είναι η άμεση απομάκρυνση του παιδιού από το επικίνδυνο περιβάλλον.

Έτσι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού διαμορφώνεται ανάμεσα στους δύο αυτούς κύριους άξονες, γεγονός όμως που προϋποθέτει μια πολύ σωστή αρχική διαγνωστική εκτίμηση της όλης οικογενειακής ατμόσφαιρας.

Οι δύο κύριοι σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης είναι:

1. Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και
2. η αποκατάσταση της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι ή γενικότερα "η βελτίωση της ποιότητας ζωής όλης της οικογένειας προσφέροντας σε κάθε μέλος ένα καινούργιο ξεκίνημα και ευκαιρία για συναισθηματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση".)
(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 194-196.))

Το 1975 η ομάδα εργασίας για τη μελέτη του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών που έγινε στο Bellagio της Ιταλίας κατέληξε σε μια σειρά από απαραίτητες πηγές βοήθειας που απευθύνονται στην οικογένεια σαν σύνολο, στους γονείς μόνο και στα παιδιά. Η ομάδα εργασίας πρότεινε τα εξής:

α. Μονάδες-ξενώνες για περιόδους κρίσης

Η μητέρα είτε είναι εργαζόμενη, είτε όχι μπορεί να φέρει το παιδί της στη μονάδα-ξενώνα, χωρίς παρέμβαση καμιάς υπηρεσίας.

β. Θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες

Το προσωπικό αποτελείται από ψυχιατρική νοσοκόμα, κοινωνικό λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτή, ψυχολόγο, ενώ ψυχίατρος, κατευθύνει την ομάδα, χωρίς να είναι ενεργό μέλος της.

Στο πλαίσιο αυτό προσφέρονται θεραπευτικές μέθοδοι όπως ψυχοθεραπεία συζύγων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και προετοιμασία επιστροφής της οικογένειας στον κοινοτικό χώρο.

γ. Θεραπευτικό νηπιαγωγείο

Λειτουργεί στα πρότυπα παιδοψυχιατρικού ειδικού νηπιαγωγείου για παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση-παραμέληση.

δ. Θεραπεία οικογένειας

Εφαρμόζεται σε περιορισμένη κλίμακα και σε ειδικά κέντρα.

(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 158-159.)

- Θεραπευτική παρέμβαση στην Ελληνική πραγματικότητα

Στο Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, δημιουργήθηκε ομάδα εργασίας κακοποίησης που αρχικά λειτούργησε ως δυάδα (ένας κοινωνικός λειτουργός και ένας παιδίατρος) και τελικά διαμορφώθηκε σε μια επταμελή ομάδα. Αποτελείται από τέσσερις κοινωνικούς λειτουργούς, ο πιο έμπειρος από τους οποίους είναι ο συντονιστής της ομάδας με χρέη εποπτείας και ένας παιδίατρος, ο οποίος εργάζεται με μερική απασχόληση. Συμβουλευτικά μέλη είναι ένας ψυχίατρος και ένας δικηγόρος.

Η όλη θεραπευτική παρέμβαση που προσφέρει η διεπιστημονική ομάδα, εφαρμόζεται κυρίως στο σπίτι της οικογένειας με εξαίρεση τις συνεντεύξεις της διαγνωστικής φάσης σε όσα παιδιά νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο και αργότερα τις επισκέψεις στον παιδίατρο και στον ψυχίατρο της ομάδας.

Τα μέλη της ομάδας βρίσκονται σε συνεχή αλληλοεπικοινωνία και κάθε περίπτωση συζητείται με λεπτομέρεια και καθορίζεται ο τρόπος παρέμβασης που εξαρτάται από τις ανάγκες της οικογένειας και τις δυνατότητες της ομάδας και της ευρύτερης κοινωνικής υποδομής. Στο συμβούλιο που συγκαλείται για κάθε περιστατικό, συμμετέχουν όλοι οι φορείς που γνωρίζουν την οικογένεια καθώς και εκπρόσωποι της κλινικής που νοσηλεύτηκε το παιδί. Το συμβούλιο αποφασίζει ποιος φορέας μπορεί να καλύψει καλύτερα τις ανάγκες της οικογένειας και όλοι οι άλλοι φορείς αποσύρονται.

Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν ως θεραπευτικό "εργαλείο" την καλλιέργεια ενός κλίματος "συμπάθειας" για την μητέρα ή την οικογένεια, αρχίζοντας από την κατανόηση ότι όλες οι αντιστάσεις και η επιθετική συμπεριφορά που εκφράζει η μητέρα ή ο πατέρας δεν απευθύνονται προσωπικά σε αυτούς, αλλά σε ολόκληρο τον κόσμο.

Επίσης μια άλλη προσέγγιση που χρησιμοποιούν οι θεραπευτές είναι ότι έχουν μειωμένες προσδοκίες, αναγνωρίζοντας τη δυνατότητα της μητέρας ή του γονιού για αλλαγή, σεβόμενοι το ρυθμό τους.

Η θεραπευτική ομάδα δέχεται από το 1985 παραπομπές μόνο από το Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία". Εξηγεί στους γονείς ότι γνωρίζει πως το παιδί είναι κακοποιημένο και πως είναι διαθέσιμη να βοηθήσει. Η διαγνωστική εκτίμηση των γονιών αρχίζει όσο το παιδί βρίσκεται στο νοσοκομείο και συνεχίζεται στο σπίτι.

Από την όλη εμπειρία των θεραπειών, έχει προκύψει ότι η θεραπευτική ομάδα για να είναι αποτελεσματική πρέπει να συνεργάζεται και να συνδιάζεται με τη διεπιστημονική προσέγγιση και την υποστήριξη από διάφορα άλλα θεραπευτικά σχήματα, όπως οι "Μονάδες-ξενώνες" για περιόδους κρίσης, οι εθελοντές "βοηθοί-μητέρων" κ.λ.π.

Βεβαίως οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι έμπειροι και καλά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες, χωρίς αμφιθυμία γι' αυτό που κάνουν.

Σύμφωνα με τον "Οδηγό για επαγγελματίες" που έχει εκδόσει το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού τα κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διευκολύνουν τους κοινωνικούς λειτουργούς που δουλεύουν στο χώρο της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού είναι:

- α. Να διαθέτουν επαρκείς γνώσεις γύρω από την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών.
- β. Να έχουν αρκετές ικανοποιήσεις στη ζωή τους εκτός από τη δουλειά τους, ώστε να μην αναζητούν στους "πελάτες" τους να αναπληρώσουν αυτές τις ανάγκες.
- γ. Να είναι πρόθυμοι να ξεπεράσουν τα επαγγελματικά όρια, αλλά να μην έχουν την τάση να "θυσιάζονται" για τους άλλους.

(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 204-208.)

Οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, συνήθως είναι άτομα ανώριμα, που παρουσιάζουν καθήλωση σε πρώιμα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης που τα ίδια έχουν απορριφθεί από τις οικογένειες τους. Είναι άτομα τα οποία θέτουν τις δικές τους ανάγκες σε προτεραιότητα από αυτές των παιδιών τους και έτσι ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να μπορεί να θέτει όρια, να παίρνει αποφάσεις για τους άλλους με στόχο το συμφέρον του παιδιού, να έχει την ικανότητα να δίνει κατευθύνσεις και να είναι αντικειμενικός.

Όταν το συμφέρον του παιδιού κινδυνεύει άμεσα και υπάρχει η ανάγκη για άμεσες λύσεις τότε αυτό μπορεί να φέρει σε σύγκρουση τον κοινωνικό λειτουργό γιατί βιώνει δύο αντίθετους ρόλους, αυτόν του θεραπευτή και αυτόν που ασκεί εξουσία.

Το θεραπευτικό πρόβλημα της ομάδας του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού παρείχε διάφορα επιμέρους θεραπευτικά σχήματα:

ι. Ψυχιατρική βοήθεια

Η ψυχιατρική κάλυψη των γονιών περιορίστηκε κυρίως σε διαγνωστική δουλειά και σε συμβουλευτική, υποστηρικτικού τύπου.

ii. Ομάδα γονιών

Η ομάδα αυτή λειτούργησε 6 μήνες και σκοπός της ήταν η αλληλογνωριμία των γονιών ώστε να ξεφύγουν από την κοινωνική τους απομόνωση και να μοιραστούν τα προβλήματα τους.

iii. Βοηθεί μητέρων

Οι γυναίκες αυτές ασχολούνταν με τα παιδιά, τα τάζαν, έπαιζαν με αυτά και συνεργάζονταν με τη μητέρα, όταν ερχόταν, χωρίς να την κρίνουν αρνητικά ή να την ανταγωνίζονται.

iv. Μονάδα ΚαΠα

Λειτούργησε τον Ιούλιο του 1984 στα πλαίσια του Ε.Ο.Π. Δυστυχώς όμως δεν λειτουργεί πιά ως μονάδα κακοποίησης.

(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 166-168.)

Ζ. Πρόληψη στο πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης

Η πρόληψη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικές κατηγορίες που θεωρούνται ως αυτοτελείς αλλά και αλληλένδετοι στόχοι:

-πρωτογενής πρόληψη: στοχεύει στη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Περιλαμβάνει εξασφάλιση βασικής ποιότητας ζωής. Οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, κατοικίας, εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης, πρόνοιας, εργασίας όπως και οι υγιέστερες οικογενειακές σχέσεις αποτελούν στόχο της πρωτογενούς πρόληψης. Χρειάζεται συνεχής ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, με στόχο την αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών που προωθούν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και άλλες κοινωνικές ανισότητες.

-δευτερογενής πρόληψη: περιλαμβάνει προγράμματα για άτομα και ομάδες που προέρχονται από περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση. Η έγκαιρη στήριξη των ομάδων αυτών μπορεί να προλάβει σημαντικά όλες τις μορφές της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.

-τρίτογενής πρόληψη: περιλαμβάνει προγράμματα με στόχο την πρόληψη της επανακακοποίησης των παιδιών. Καλύπτουν τους χώρους της παιδικής προστασίας διεπιστημονικών ομάδων σε νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγείας κ.λ.π.

Όλα τα μέτρα για την προστασία του παιδιού, τη νομική παρέμβαση με σκοπό την κατοχύρωση της ασφάλειάς του, τη στήριξη της οικογένειας ως σύνολο, αποτελούν στόχο της τρίτογενούς πρόληψης.

Ο τρόπος προσέγγισης του πληθυσμού για την πρόληψη της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών διαφέρει σημαντικά από εκείνον που στοχεύει στην πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης. Τα τελευταία χρόνια, η έμφαση αυτής της πρόληψης έχει ως επίκεντρο τα παιδιά και όχι τους ενήλικες. Έτσι, μέσα στα πλαίσια μεθόδων αγωγής υγείας, παιδιά νηπιαγωγείου και δημοτικού σχολείου εκπαιδεύονται από τους δασκάλους τους να ξεχωρίζουν τα χάδια που τους προκαλούν ευχαρίστηση από εκείνα που τα κάνουν να αισθάνονται άσχημα, να λένε "όχι" σε όποιον προσπαθήσει με ήπιο ή βίαιο τρόπο να τα προσεγγίσει χωρίς αυτά να το επιθυμούν, να διαφυλάττουν το σώμα τους "γιατί είναι δικό τους".

Η προσέγγιση αυτή που θα πρέπει να βρίσκει σύμφωνους τους γονείς, οφείλει να γίνεται από ευαισθητοποιημένους νηπιαγωγούς και δασκάλους που αισθάνονται ικανοί να διαχειριστούν ένα τόσο σοβαρό θέμα με μία προσέγγιση κατανοητή για παιδιά αυτής της ηλικίας.

Ενώ η σωματική κακοποίηση και παραμέληση συνδέεται με λιγότερη κοινωνική ενοχή, εφόσον εκλαμβάνεται ως ακραία μορφή πειθαρχίας παιδιών από τους γονείς τους, ή ως προέκταση της γενικότερη κοινωνικής "βίας", στο οικογενειακό κύτταρο.

Στην Ελλάδα, αν και οι ερευνητικές προσπάθειες μιας μικρής επιστημονικής ομάδας στο Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού από το 1977 ως σήμερα έχουν αποκαλύψει και έχουν φέρει στην επιφάνεια το πρόβλημα και έχουν δοκιμάσει τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης, εξακολουθούν να επικρατούν από την μία πλευρά μηχανισμοί άρνησης της ύπαρξής του και από την άλλη, σημαντική έλλειψη ενδιαφέροντος φορέων να αναλάβουν πρωτοβουλία για την αντιμετώπισή του. Αυτό εν μέρει,

σχετίζεται με την παντελή έλλειψη ενός κινήματος παιδικής προστασίας, βασισμένο σε επαγγελματίες κλάδων που ασχολούνται με παιδιά και οικογένεια. Ανάλογα κινήματα σε άλλες χώρες, είχαν ως αποτέλεσμα την πίεση στην κοινωνική πολιτική για ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης.

(Ι.Υ.Π., Οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 22-23.)

Η. Η κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών και το Ελληνικό Δίκαιο

Η νομική παρέμβαση, όταν δεν μπορεί να αποφευχθεί, μπορεί να εμπεριέχει δύο μορφές:

α) την ποινική δίωξη του δράστη και

β) την χρήση ασφαλιστικών μέτρων, με στόχο την αφαίρεση της επιμέλεια ή/και γονικής μέριμνας από τους γονείς-προσωρινά ή μόνιμα-και ανάθεσή της σε τρίτο άτομο, συγγενή ή όχι, ή ίδρυμα.

Ο ποινικός κώδικας του 1950, αναγορεύει σε ιδιώνυμο αδίκημα τη σωματική βλάβη όχι μόνο των ανηλίκων αλλά και κάθε προσώπου (ακόμα και ενήλικου) που ενώ τελεί υπό την επιμέλεια ή την προστασία άλλου προσώπου, αδυνατεί να υπερασπίσει τον εαυτό του λόγω σωματικής ή πνευματικής μειονεξίας.

Η διάταξη του άρθρου 312 του ποινικού κώδικα αναφέρει χαρακτηριστικά ότι "τέτοιες παραλήψεις (που συγκροτούν αυτό που ονομάζουμε παραμέληση) είναι ιδίως η παραμέληση της προς διατροφήν υποχρεώσεως ή και της υποχρεώσεως προς επιμέλειαν", δηλαδή της φροντίδας που πρέπει να παρέχει ο γονιός ή ο δάσκαλος ή ο παιδοφύλακας. Προβλεπόμενη ποινή είναι από τρεις μήνες τουλάχιστον έως πέντε χρόνια, εάν δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης αξιόποινης πράξης. (Βιασμός, παιδοκτονία, ανθρωποκτονία, αποπλάνηση κ.λ.π.) Βέβαια, ένα πολύ μικρό ποσοστό των σχετικών αδικημάτων φθάνει στα δικαστήρια.

Πρέπει να τονιστεί ότι η σχετική καταγγελία στον εισαγγελέα ή στην Αστυνομία μπορεί να γίνει από οποιονδήποτε στην αντίληψη του οποίου υπέπεσε το αδίκημα. Κάθε πολίτης που θα αντιληφθεί παρόμοιο περιστατικό, έχει την υποχρέωση σύμφωνα με το άρθρο 40 της Ποινικής Δικονομίας να καταγγείλει το γεγονός στον εισαγγελέα ή στην Αστυνομία γραπτώς ή και προφορικώς. Πρέπει να προστεθεί πως ο νόμος ομιλεί σαφώς "περί υποχρέωσης του πολίτη να καταγγείλει μια τέτοια πράξη και ότι μεταξύ πολλών λαβόντων γνώσιν έκαστος υποχρεούται ιδιαίτερος". Βέβαια, η παράλειψη της υποχρέωσης αυτής, δεν συνοδεύεται και από ποινικές κυρώσεις (όπως σε μερικά αδικήματα), παραμένει όμως η υποχρέωση αυτή σαν καθήκον κάθε πολίτη που ενδιαφέρεται για την ύπαρξη ευνομούμενης πολιτείας.

Όσον αφορά τη λήψη σωφρονιστικών μέτρων από το γονέα, ο σύγχρονος νόμος 1329/83 που αναμόρφωσε το Οικογενειακό Δίκαιο, ορίζει σαφώς ότι επιτρέπεται η λήψη τέτοιων σωφρονιστικών μέτρων αρκεί:

- α) να είναι παιδαγωγικώς αναγκαία και
- β) να μη θίγουν την προσωπικότητα του τέκνου.

(Αρ. 1518 ν.1329/1983.)

Είναι λοιπόν φανερό ότι οι παραπάνω διατάξεις, τόσο στο μέτρο του επιτρεπτού σωφρονισμού, όσο και στο μέτρο της παιδαγωγικής ανάγκης και την εκτίμηση της προσωπικότητας του παιδιού, τελικώς ερμηνεύονται από τον δικαστή, ο οποίος και κρίνει βάσει των συγκεκριμένων περιστατικών, δεν μπορεί όμως να παραβλέψει το γενικό κλίμα της κοινωνίας και τις κοινά παραδεκτές παιδαγωγικές αντιλήψεις.

Τελικώς, αν κρίνει το δικαστήριο ότι ο γονέας υπερέβει τα όρια αυτά, μπορεί να τον καταδικάσει σε ποινή τουλάχιστον τριών μηνών φυλακίσεως, για παράβαση του αρ. 312 του Ποινικού Κώδικα, ή σε ακόμα βαρύτερη ποινή αν συντρέχουν άλλα αδικήματα εις βάρος του παιδιού. (Σαλκιτζόγλου, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 249-250.)

Ο Δρ. Μουζακίτης επισημαίνει σε άρθρο του, την ανάγκη αλλαγής της σχετικής με το θέμα νομοθεσίας της χώρας μας, ώστε να προστατεύονται άμεσα και το παιδί αλλά και οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι έχουν την ευθύνη της παρέμβασης σε τέτοιες περιπτώσεις.

Στην Ελλάδα εάν καταγγελθεί περίπτωση κακοποίησης-παραμέλησης παιδιού, εάν οι γονείς αρνούνται να συνεργαστούν, ο κοινωνικός λειτουργός δεν μπορεί να παρέμβει, χωρίς την άδεια του εισαγγελέα. Κανείς όμως, δεν ξέρει εάν ο εισαγγελέας έχει γνώση τέτοιων περιπτώσεων, καθώς και για την σπουδαιότητα της άμεσης παρέμβασης σε αυτές. Ενδέχεται επίσης, στην προσπάθειά του, να τηρήσει το γράμμα του νόμου, να ασχοληθεί επί δύο, ίσως και τρεις εβδομάδες με την εξέταση της υπόθεσης και στο μεταξύ να έχει παρέλθει πολύτιμος χρόνος για την κατάσταση του παιδιού. Ενώ στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη εάν οι γονείς αρνηθούν συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό, τότε πηγαίνει ο αστυνομικός και αν αυτό είναι αναγκαίο, παίρνει το παιδί χωρίς την άδειά τους, καθώς το δικαστήριο είναι ενήμερο και ο δικαστής της περιοχής υπογράφει άμέσως την άδεια για την μετακίνηση του παιδιού.

Είναι εξαιρετικής σπουδαιότητας ο συντονισμός όλων των αρμόδιων για το θέμα φορέων, γ'αυτό είναι πολύ βασική η δημιουργία ενός κεντρικού φορέα όπως ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, στον οποίο θα

απευθύνεται ο πολίτης και ο οποίος θα συντονίζει τη λειτουργία όλων των επιμέρους φορέων.

Επίσης οι υπηρεσίες πρέπει να ενισχυθούν με εξειδικευμένους κοινωνικούς λειτουργούς και βέβαια αυτό προϋποθέτει εισαγωγή προγραμμάτων στις σχολές Κοινωνικής Εργασίας σε σχέση με την αιτιολογία του φαινομένου και την έκτασή του.

(Μουζακίτης, Ε.Ο.Π., Φεβρουάριος 1992, σελ. 23-25.)

"Στην Ελλάδα τόσο η επίσημη πολιτεία όσο και οι μη κυβερνητικοί οργανισμοί δεν έχουν αντιληφθεί το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών,επισήμανε πρόσφατα η διευθύντρια του Κέντρου Μελέτης και Πρόληψης της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, Ελένη Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, μιλώντας πρόσφατα στο Διεθνές Συνέδριο της Μαλαισίας για το θέμα.

Η χώρα μας, τόνισε, δεν έχει σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς περιστατικών κακοποίησης, όπως άλλες χώρες. Αποτελεί άμεση αναγκαιότητα, πρόσθεσε, η προώθηση και βελτίωση της πρωτοβουλίας φροντίδας υγείας, όμως σε συνδιασμό συνεργασίας υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας. Το σχήμα αυτό προωθεί την υγεία, ενώ δεν τονίζει την απόκλιση και γίνεται καλύτερα αποδεκτό από το γενικό πληθυσμό. Συγχρόνως, είναι αναγκαία η αποκέντρωση όλων των δομών που ασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί, τόσο για καλύτερη εφαρμογή στη μικροκλίμακα της περιοχής όσο και για την ανταπόκριση στο αίσθημα ταυτότητας του πληθυσμού με τον τόπο κατοικίας.

Αυτήν ακριβώς τη θέση που επισήμανε η κ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, πήρε και η ομάδα εργασίας για την αναθεώρηση του πλαισίου της παιδικής προστασίας που συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και κατέθεσε τις προτάσεις της τον περασμένο Ιούνιο. Ένας άλλος χώρος που έχει ανάγκη ερευνητικής αξιολόγησης στην Ελλάδα, πρόσθεσε, είναι το φαινόμενο της κακομεταχείρισης και παραμέλησης παιδιών από το σύστημα και τις δομές, αρχίζοντας από την ποιότητα που έχουν οι φιλόξενες και επικίνδυνες "παιδικές χαρές", που σωστά ένα παιδί χαρακτήρισε "παιδικές λύπες" ως την ποιότητα της ιδρυματικής φροντίδας για φυσιολογικά παιδιά και παιδιά με ειδικές ανάγκες.

Θα πρέπει κατέληξε η κ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, να επισημανθεί ότι η Ελλάδα, ως χώρα που έχει προ διετίας υπογράψει και επικυρώσει τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Ο.Η.Ε., έχει δεσμευθεί να καταθέσει ως το Φεβρουάριο του 1995, πλήρη έκθεση που αναφέρεται στο επίπεδο που τα δικαιώματα των παιδιών κατοχυρώνονται και προωθούνται μέσα από τους θεσμούς και τις δομές και στα τυχόν προβλήματα και προγραμματισμό για την επίλυσή τους. Η Μογγολία, όπως είπε χαρακτηριστικά, την κατέθεσε ήδη. Εμείς;"

(Νέτα, Ελευθεροτυπία, 30/9/94, σελ. 37.)

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει καμία ειδική ρύθμιση στη νομοθεσία που να αφορά την κακοποίηση του παιδιού, να προβλέπει τον κολασμό του δράστη και να εξασφαλίζει παραπέρα το παιδί, εκτός από τις γενικές διατάξεις περί σωματικής βλάβης. Λίγες περιπτώσεις φθάνουν στα δικαστήρια, ενώ πιθανή δικαστική εμπλοκή των γονέων δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο τη θέση του παιδιού στην οικογένεια, αφού σε αυτήν

ενδείκνυται να επιστρέψει όταν γίνει καλά. Βέβαια, η χώρα μας έχει κυρώσει τις διεθνείς συμβάσεις για τα δικαιώματα του παιδιού, που έχουν αυξημένη τυπική ισχύ σε σχέση με την εσωτερική νομοθεσία, αλλά δεν έχει να επιδείξει ειδική μέριμνα. Το σίγουρο είναι ότι οι σχέσεις γονιού-παιδιού δεν βελτιώνονται με νομικές ρυθμίσεις, αλλά οι ρυθμίσεις αυτές αντανακλούν και το ενδιαφέρον μιας πολιτείας για τα παιδιά της. Και να σκεφτεί κανείς ότι στις Σκανδιναβικές χώρες ακόμα και το χαστούκι σε βάρος παιδιού τιμωρείται...

(Σωτήρχου, Ελευθεροτυπία, 30/9/94, σελ. 37.)

Θ. Αρμόδιοι φορείς για την αντιμετώπιση του προβλήματος
κακοποίησης και παραμέλησης
των παιδιών στον Ελλαδικό χώρο

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

Ο μοναδικός φορέας που ασχολείται από το 1972 με την ερευνητική αποκάλυψη και τη μελέτη του φαινομένου είναι το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Στόχος της ομάδας 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.

Μετά από την πρώτη γραπτή αναφορά με την μορφή επικεφαλίδας σε εφημερίδα το 1976 από τον παιδίατρο Σ. Δοξιάδη τον επόμενο χρόνο το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού άρχισε να ασχολείται με το θέμα.

Από τον μικρό επιστημονικό πυρήνα που δημιουργήθηκε στο Ι.Υ.Π. το 1978 από μία Κοινωνική Λειτουργό, ένα Ψυχολόγο και μία Παιδίατρο που έκαναν την πρώτη μελέτη Pilot το 1979 δημιουργήθηκε μια πλήρης διεπιστημονική ομάδα με μέλη δύο Κοινωνικούς Λειτουργούς-Ψυχολόγους, δύο Παιδίατρους, έναν 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.

Στο διεθνή χώρο η ομάδα του Ι.Υ.Π. συνεργάζεται από το 1982 με την Διεθνή Εταιρεία για την Πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών και με ανάλογα κέντρα της Ευρώπης και των Η.Π.Α.

Από το 1987-1990 το Ι.Υ.Π. έχει περιοριστεί σε καθαρά ερευνητικές μελέτες. Η συνεργασία του με υπηρεσίες που δέχονται περιστατικά σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης είναι πλέον σε συμβουλευτικό επίπεδο και έχει αναπτύξει ένα εντατικό πρόγραμμα ευαισθητοποίησης του επιστημονικού προσωπικού και διαφώτισης του ευρύτερου πληθυσμού, με παρουσιάσεις ερευνητικού υλικού σε Πανελλήνια Ιατρικά και Παιδιατρικά Συνέργια.

II. Μονάδες κρίσης

Μονάδες κρίσης είναι οι μονάδες που δέχονται οικογένειες με προδιάθεση για βία, που βρίσκονται σε περιόδους χρόνιων ή οξέων κρίσεων και λειτουργούν με μορφή ξενώνων για παιδιά προσχολικής ηλικίας, από νεογέννητα έως 5 1/2 ετών. Μια τέτοια μονάδα είναι και η μονάδα ΚΑΠΑ.

Μονάδα κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών (ΚΑΠΑ)

Η συνεργασία της ομάδας Ι.Υ.Π. με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας οδήγησε στη δημιουργία Μονάδας (ΚΑΠΑ), τον πρώτο ξενώνα στην Ελλάδα φιλοξενίας βρεφών και νηπίων 0-3 ετών που πρέπει να απομακρυνθούν από 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 Ε.Ο.Π. στην Αθήνα.

Το Ι.Υ.Π. διατηρούσε την επιστημονική εποπτεία της μονάδας που περιλάμβανε την θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες 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.

Η μονάδα ΚΑΠΑ άρχισε να λειτουργεί από τον Ιούλιο του 1984 στηριζόμενη στο πρότυπο των μονάδων κρίσης. Συγκεκριμένα η ομάδα προοριζόταν για δύναμη 10-12 παιδιών από 40 ημερών έως τριών ετών ή μέχρις ότου να μπορούν να ενταχθούν στην κανονική δύναμη παιδιών του Αγίου Ανδρέα. Τα παιδιά αυτά ήταν κατά κανόνα φυσιολογικά που μεγάλωναν σε παθολογικό περιβάλλον. Η παθολογία αυτή έθετε σε κίνδυνο τη ζωή τους εφόσον κακοποιούνταν σωματικά και παραμελούνταν σε βαθμό που χρειάζονταν ιατρική παρέμβαση. Τις περισσότερες φορές η έγκαιρη παρέμβαση προλάμβανε μόνιμες βλάβες ή αναπηρίες.

Η παραμονή των παιδιών στην μονάδα δεν προβλεπόταν να είναι μακρόχρονη εκτός από εξαιρέσεις. Η εντατική συνεργασία με την οικογένεια είχε σκοπό την επανεξέταση 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 αποσκοπούσε στην επανένταξη του παιδιού στην οικογένεια, έπρεπε 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 κρινόταν κατά περίπτωση από το επιστημονικό προσωπικό του Ι.Υ.Π. σε συνεργασία με την Κοινωνική Υπηρεσία του Ιδρύματος Πρόνοιας Παιδιού.

Το 1987 η επιστημονική εποπτεία της μονάδος ενισχύθηκε με τριμελή επιστημονική ομάδα του Ε.Ο.Π. (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 μια διοικητική απόφαση η οποία αποτελεί σοβαρή οπισθοδρόμηση στην ιστορική εξέλιξη της παιδικής προστασίας στην Ελλάδα. Μία νέα δομή καταργήθηκε ενώ απαρχαιωμένες δομές (π.χ. ιδρύματα κλειστής περίθαλψης) 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 το ΠΙΚΠΑ δεν περιλαμβάνει 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.

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 διάφορους κινδύνους.
- ε) Παροχή Υπηρεσιών από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες προκειμένου να εξασφαλιστεί η εξέλιξη της συμπεριφοράς των ανηλίκων.

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 φθάνουν στην υπηρεσία μέσω της Αστυνομίας Ανηλίκων, του περιβάλλοντος που βρίσκεται και ζει η οικογένεια (γείτονες, συγγενείς, φίλοι), από τον έναν 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 πέντε 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 καθυστερεί την έγκαιρη διάγνωση της ψυχοπαθολογίας της οικογένειας.

V. Κέντρο Βρεφών "Η Μητέρα"

Το "Μητέρα", ξεκίνησε το Νοέμβριο του 1988 ένα πρόγραμμα "Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών", μετά από διαπίστωση ότι οι περιπτώσεις αυτές πληθαίνουν και χρειάζονται περισσότερες μονάδες εκτός από 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 μια και απαιτείται ειδικός χειρισμός από εξειδικευμένο προσωπικό.

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

α) Κατ'αρχήν προβαίνει σε μία άμεση εκτίμηση του προβλήματος και της κρίσης που έχει παρουσιαστεί στην οικογένεια, ώστε να αποφασιστεί η άμεση απομάκρυνση του παιδιού ή των παιδιών από τους γονείς, αν αποφασιστεί ότι κινδυνεύει και ότι είναι προς όφελος 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 από οικογενειακό περιβάλλον. Εφόσον δεν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για το παιδί, παραμένει στην οικογένεια του αλλά υπό στενή παρακολούθηση και συνεργασία με το "Μητέρα".

β) Σε δεύτερη φάση, η διεπιστημονική ομάδα προβαίνει σε μια 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 και βέβαια ο ρόλος του Ψυχιάτρου και του Ψυχολόγου είναι σημαντικός.

γ) Στην επόμενη φάση και με βάση την διεπιστημονική εκτίμηση η διεπιστημονική ομάδα προχωρά: 1) σε θεραπευτική κατά το δυνατόν συνεργασία με τους γονείς, 2) σε παρέμβαση ψυχοκοινωνικής στήριξης και 3) 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 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 εάν είχε απομακρυνθεί. Εάν αποδειχθεί ότι η ψυχοπαθολογία των γονέων είναι τέτοια που δεν μπορούν παρά με 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 εξετάζονται 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 στη μόνιμη απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια.

Οπωσδήποτε 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 του παιδιού είναι ποινικό αδίκημα. 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 κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών της περιοχής της Αθήνας, που φθάνουν 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 σε 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 τη δίωξη του δράστη αναζητούνται, σε συνεργασία με συναρμόδιους φορείς, τρόποι για παροχή βοήθειας στο ίδιο το ανήλικο (π.χ. μεταφορά του στο Νοσοκομείο ή τοποθέτηση σε κατάλληλο ίδρυμα). Πρέπει να σημειωθεί ότι σχεδόν κανένας από τους αστυνομικούς δεν έχει λάβει ειδική εκπαίδευση πάνω στο πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού.

Συμπερασματικά, παρά τη 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 ευαισθησία 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 οικογένειων. Οι περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών φθάνουν σε φορείς όπως το ΠΙΚΠΑ, ο Ε.Ο.Π., 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. Δυστυχώς 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Μεθοδολογία

1) 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 στη λήψη γνώμης των εμπειρογνομόνων πάνω στο θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας μέσα στην οικογένεια.

2) Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η συλλογή στοιχείων ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας από την μητέρα 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 κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών.

Ειδικότερα γίνεται προσπάθεια να ερευνηθούν τα εξής:

- i. Στοιχεία σχετικά με την έκταση και τη συχνότητα του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας διεθνώς και ειδικότερα στον Ελλαδικό χώρο.
- ii. Ανάλυση του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού όσον αφορά τους αιτιολογικούς παράγοντες που οδηγούν στο πρόβλημα, όπως επίσης και στην ανάλυση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της μητέρας "δράστριας" και των παιδιών-θυμάτων της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού.
- iii. Στοιχεία σχετικά με τον τρόπο αναγνώρισης και αντιμετώπισης των περιστατικών από τους εμπειρογνώμονες.
- 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-παραμελημένα παιδιά.
- vi. Συγκέντρωση απόψεων των ειδικών, σχετικά με την καλύτερη και ορθότερη αντιμετώπιση του προβλήματος.
- vii. Συγκέντρωση απόψεων των ειδικών, σχετικά με τους παράγοντες που προκαλούν τα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης και τις επιπτώσεις που έχει η κακοποίηση-παραμέληση στο παιδί-θύμα.
- viii. Συγκέντρωση στοιχείων σχετικά με τον τρόπο πρόληψης των περιστατικών από τις υπηρεσίες.

3) Ερωτήματα-υποθέσεις

A. Ερωτήματα

Η βιβλιογραφική μελέτη του θέματος της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας από την μητέρα, όπως και η παρουσίαση των θεραπευτικών παρεμβάσεων μέσα στον Ελλαδικό χώρο, θέτει ορισμένα ερωτήματα στα οποία επιχειρεί να απαντήσει αυτή η έρευνα.

1. Οι επαγγελματίες που έχουν ασχοληθεί με περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση για τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόληψη τέτοιων περιστατικών;
2. Ποιές οι γνώσεις των ειδικών σχετικά με τον ορισμό της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών;
3. Ποια είναι συνήθως η ηλικία των παιδιών-θύματων όταν γίνεται γνωστή η κακοποίηση-παραμέληση;
4. Ποιά είναι πιο συχνά τα θύματα κακοποίησης-παραμέλησης, τα αγόρια ή τα κορίτσια;
5. Ποια είναι συνήθως η ηλικία της μητέρας-δράστριας όταν γίνεται γνωστή η κακοποίηση;

6. Ποια είναι τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση-παραμέληση;
7. Ποιες είναι οι πιο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις στα παιδιά-θύματα της κακοποίησης-παραμέλησης;

B. Υποθέσεις

1. Δεν υπάρχει διαφορά απόψεων των ειδικών διαφόρων επαγγελμάτων, πάνω στο θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών.
2. Δεν υπάρχει διαφορά στο χειρισμό των περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών από τους ειδικούς των διαφόρων επαγγελμάτων.
3. Υπάρχει ειδική εκπαίδευση στους ειδικούς που ασχολούνται με περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.
4. Οι μύθοι που αφορούν την κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών δε γίνονται πιστευτοί από τους επαγγελματίες και εθελοντές διαφόρων προγραμμάτων.

4) Δειγματοληψία

Σε αυτή την έρευνα το δείγμα που επιλέχθηκε αποτελείται από επαγγελματίες οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με περιστατικά κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών. Η μελέτη είναι διερευνητική, δηλαδή ανιχνεύει και προσπαθεί να κάνει μια πρώτη προσέγγιση στο θέμα σε γενικότερα πλαίσια. Το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν δείγμα κρίσης και όχι αντιπροσωπευτικό.

Σαν κριτήριο επιλογής τέθηκε η επιλογή αυτών των ατόμων που έχουν αντιμετωπίσει περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, μέσα στις υπηρεσίες όπου εργάζονται.

Οι εμπειρογνώμονες που ρωτήθηκαν εργάζονται σε υπηρεσίες, στην περιοχή της Αθήνας. Επιλέχθηκε η Αθήνα σαν τόπος για να γίνει αυτή η έρευνα, επειδή σε αυτή βρίσκονται συγκεντρωμένες όλες οι υπηρεσίες και οι αρμόδιοι φορείς με αποτέλεσμα να παραπέμπονται περιστατικά από όλη την Ελλάδα.

Πρώτο βήμα ήταν η ανίχνευση όλων των υπηρεσιών όπου φθάνουν και αντιμετωπίζονται περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

Στη συνέχεια έγινε η επιλογή των επαγγελματιών που είχαν ασχοληθεί με τέτοιου είδους περιστατικά. Τα άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα ήταν 40 και είχαν τις ακόλουθες ειδικότητες: 17 Κοινωνικοί Λειτουργοί, 3 Ψυχολόγοι, 2 Ψυχίατροι, 7 Παιδίατροι, 5 Αστυνομικοί, 2 Δικαστές, 4 Δικηγόροι, οι οποίοι δέχθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο, ενώ 2 άτομα από τα οποία 1 δικαστής και 1 αστυνομικός αρνήθηκαν να απαντήσουν.

Οι υπηρεσίες στις οποίες εργάζονται οι ερωτώμενοι ήταν οι ακόλουθες: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας [ΕΟΠ], Δικαστήριο Ανηλίκων, Παιδοψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Παίδων 'Αγία Σοφία', Κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων 'Αγία Σοφία', Κέντρο Βρεφών 'Μητέρα', Κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων 'Αγλαΐα Κυριακού', Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων, Αστυνομία Ανηλίκων, ΠΙΚΠΑ.

Η επιλογή αρχικά των συγκεκριμένων υπηρεσιών έγινε μετά από ανίχνευση όλων των υπηρεσιών, που λειτουργούν αυτήν την περίοδο στην Αθήνα και οι οποίες ασχολούνται με περιστατικά κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών.

Για την ανίχνευση όλων των υπηρεσιών, σημαντικό ρόλο έπαιξε 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 αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

Οι επαγγελματίες που επιλέχθηκαν από κάθε υπηρεσία ως δείγμα της μελέτης μας ήταν:

Από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού επιλέχθηκαν και δέχτηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο της έρευνας 3 Κοινωνικοί Λειτουργοί, 1 Ψυχολόγος και 1 Ψυχίατρος.

Από τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας [ΕΟΠ], 3 Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Από το Δικαστήριο Ανηλίκων Αθήνας, 1 Κοινωνικός Λειτουργός, 2 Δικηγόροι, 2 Αστυνομικοί και 1 Δικαστής.

Από την Παιδοψυχιατρική κλινική του Νοσοκομείου Παίδων 'Αγία Σοφία', 1 Κοινωνικός Λειτουργός, 3 Παιδίατροι, 1 Ψυχολόγος και 1 Ψυχίατρος.

Από την Κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων 'Αγία Σοφία', 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί και 2 Παιδίατροι.

Από το Κέντρο βρεφών 'Μητέρα', 1 Κοινωνικός Λειτουργός και 1 Ψυχολόγος.

Από την Κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων 'Αγλαΐα Κυριακού', 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί και 2 Παιδίατροι.

Από την Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων Αθήνας [ΕΠΑΑ], 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί, 2 Δικηγόροι και 1 Δικαστής.

Από την Αστυνομία Ανηλίκων, 3 Αστυνομικοί.

Και τέλος από το ΠΙΚΠΑ Αθήνας, 2 Κοινωνικοί Λειτουργοί.

5) Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αποτελείται από 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 περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο ήταν 36, από τις οποίες οι ανοικτές ερωτήσεις ήταν 3 και αφορούσαν τον ορισμό της κακοποίησης, τον ορισμό της παραμέλησης, προτάσεις επαγγελματιών για την αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών.

(Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται στο παράρτημα Γ).

6) Γενικότερο πλαίσιο για την μελέτη

Σαν πρώτη επαφή με το θέμα έγινε προσπάθεια συνάντησης με εμπειρογνώμονες από διάφορες υπηρεσίες που είναι αρμόδιες για περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες ήταν:

-Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών [ΕΠΑΑ]: Πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με την προϊστάμενη του τμήματος, σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας πάνω σε περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης όπως και με την μεθοδολογία που ακολουθείται αλλά και τον τρόπο συνεργασίας με άλλες υπηρεσίες.

-ΠΙΚΠΑ: Συνέντευξη με την υπεύθυνη κοινωνική λειτουργό σχετικά με πληροφορίες που αφορούσαν περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

-Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ):

Πραγματοποιήθηκε συνάντηση με ένα κοινωνικό λειτουργό, και δόθηκαν πληροφορίες για περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, καθώς και για τον τρόπο λειτουργίας της υπηρεσίας.

-Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού:

Πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με την υπεύθυνη ψυχολόγο σχετικά με το πρόγραμμα της υπηρεσίας όσον αφορά περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

-Δικαστήριο Ανηλίκων:

Πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με ένα δικηγόρο σχετικά με την εκδίκαση και τον χειρισμό των υποθέσεων κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

-Αστυνομία Ανηλίκων:

Πραγματοποιήθηκε συνέντευξη με τον Αστυνομικό διευθυντή της υπηρεσίας και πραγματοποιήθηκε έρευνα στα αρχεία της υπηρεσίας με σκοπό την ανάγνωση περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

Επίσης έγιναν οι ακόλουθες ενέργειες:

-Ανίχνευση βιβλιογραφίας για την συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων σχετικά με την έκταση και τη συχνότητα περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών στον Ελλαδικό χώρο στις εξής υπηρεσίες:

-Παιδαγωγική βιβλιοθήκη Αθήνας

-Δημοτική βιβλιοθήκη Πάτρας

-Δημοτική βιβλιοθήκη Αθήνας

-Κεντρική βιβλιοθήκη Τ.Ε.Ι. Πάτρας

-Εφημερίδες: Έθνος, Νέα

-Ίδρυμα Μπότση: με σκοπό τη συγκέντρωση υλικού σχετικά με το θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

7) Περιορισμοί της έρευνας

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η έρευνα περιορίστηκε σε υπηρεσίες της Αθήνας και τα 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 τη δυνατότητα για μία εικόνα της έκτασης 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 άνηκαν σε διαφορετικές ειδικότητες ώστε να δοθεί μια σφαιρική άποψη πάνω στο συγκεκριμένο θέμα.

Λαμβάνοντας υπόψιν το γεγονός ότι οι εμπειρογνώμονες εξαιτίας της φύσης και των πλαισίων, των επαγγελμάτων τους εξετάζουν τα περιστατικά ανάλογα με την αρμοδιότητά τους, υπήρξε κάποιο πρόβλημα για να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις από μερικούς.

Η διαφορά στον αριθμό των ειδικοτήτων που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, οφείλεται στο γεγονός ότι και ο αριθμός των ειδικοτήτων που εργάζονται σε κάθε υπηρεσία δεν ήταν ισάριθμος.

8) Τρόπος ανάλυσης των στοιχείων

Τα στοιχεία τα οποία συγκεντρώθηκαν από την έρευνα αναλύθηκαν με την βοήθεια αναλύτριας-προγραμματίστριας Η/Υ. Η επεξεργασία 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, αναλύθηκαν και παρουσιάζονται ξεχωριστά.

9) Τρόπος παρουσίασης του υπολοίπου της μελέτης

Το υπόλοιπο της μελέτης παρουσιάζεται ως εξής:

Στο κεφάλαιο IV παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε, με ειδικότερη αναφορά στην ανάλυση των προκατασκευασμένων, των κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων.

Στο κεφάλαιο V παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας καθώς και συγκεκριμένες προτάσεις και εισηγήσεις για το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού από την μητέρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Αποτελέσματα της έρευνας

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η συλλογή στοιχείων, ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας από την μητέρα στην Ελλάδα και του βαθμού αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Τα ερωτηματολόγια της έρευνας απαντήθηκαν από 40 επαγγελματίες από τους οποίους οι 23 ήταν γυναίκες (57.5%) και οι 17 άνδρες (42.5%).

(Πίνακας 1, παράρτημα Α .)

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων, που αποτέλεσαν το δείγμα για την έρευνα, ήταν γυναίκες.

Όσον αφορά την ηλικία των ερωτώμενων οι 8 από τους 40 ήταν από 20-29 ετών (20%), οι 18 από τους 40 ήταν από 30-39 ετών (45%), οι 10 από τους 40 ήταν από 40-49 ετών (25%) και οι 4 από τους 40 ήταν 50-59 ετών (10%).

(Πίνακας 2, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι οι ηλικίες των ερωτωμένων που επικρατούν είναι από 30 -49 ετών (70%).

Οι ειδικότητες των ερωτώμενων ήταν οι εξής:

Από τους 40 οι 17 ήταν Κοινωνικοί Λειτουργοί (42.5%), οι 3 ψυχολόγοι (7.5%), οι 2 ψυχίατροι (5%), οι 7 παιδίατροι (17.5%), οι

5 αστυνομικοί (12.5%) οι 2 δικαστές (5%) και οι 4 δικηγόροι (10%).

(Πίνακας 3, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η ειδικότητα του Κοινωνικού Λειτουργού είναι εκείνη που επικρατεί αριθμητικά στις υπηρεσίες που ασχολούνται με το θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού.

Από το δείγμα των ερωτώμενων από τους 17 Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι 6 (35.3%), ασκούσαν το επάγγελμα λιγότερο από 3 χρόνια, οι 8 (47.06%) από 4-6 χρόνια, οι 2 (11.76%) από 7-9 χρόνια και ο 1 (5.88%) από 10-12 χρόνια

Από τους 3 ψυχολόγους, οι 2 (66.66%) ασκούσαν το επάγγελμα 4-6 χρόνια και ο 1 (33.33%) από 7-9 χρόνια.

Από τους 2 ψυχιάτρους και οι 2 (100%) ασκούσαν το επάγγελμα 4-6 χρόνια.

Από τους 7 παιδίατρους οι 2 (28,58%) ασκούσαν το επάγγελμα λιγότερο από 3 χρόνια, οι 3 (42.86%) από 4-6 χρόνια, ο 1 (14.28%) από 7-9 χρόνια και ο 1 (14.28%) από 10-12 χρόνια.

Από τους 5 αστυνομικούς ο 1 (20%) ασκούσε το επάγγελμα λιγότερο από 3 χρόνια, οι 2 (40%) από 4-6 χρόνια και οι 2 (40%) από 7-9 χρόνια.

Από τους 2 δικαστές και οι 2 (100%) ασκούσαν το επάγγελμα από 4-6 χρόνια.

Από τους 4 δικηγόρους, ο 1 (25%) ασκούσε το επάγγελμα λιγότερο από 3 χρόνια και οι υπόλοιποι 3 (75%), από 4-6 χρόνια.

Βλέπουμε λοιπόν ότι από τους 40 ερωτώμενους, οι 10 (25%)

ασκούσαν το επάγγελμα λιγότερο από 3 χρόνια, οι 22 (55%) από 4-6 χρόνια, οι 6 (15%) από 7-9 χρόνια και οι 2 (5%) από 10-12 χρόνια.

(Πίνακας 4, παράρτημα Α.)

Οι υπηρεσίες στις οποίες εργάζονται οι ερωτώμενοι ήταν:

Από τους 40, οι 17 (42.5%) εργάζονται σε Ιατροπαιδαγωγική μονάδα, οι 14 (35%) σε Νοσοκομείο, οι 6 (15%) σε δικαστήριο, οι 3 (7.5%) σε Αστυνομία.

(Πίνακας 5, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται, ότι τα περισσότερα περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών παραπέμπονται σε Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες και σε Νοσοκομεία.

Από τους 17 Κοινωνικούς Λειτουργούς που ρωτήθηκαν οι 12 (70.59%) δεν είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών και μόνο 5 (29.41%) είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση.

Από του 3 ψυχολόγους και οι 3 (100%) είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση, από τους 2 ψυχιάτρους και οι 2 (100%) είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση, από τους 7 παιδίατρους μόνο 1 (14.28%), από τους αστυνομικούς και τους δικαστές κανένας και από τους 4 δικηγόρους, οι 2 (50%) είχαν λάβει ειδική εκπαίδευση.

(Πίνακας 6, παράρτημα Α.)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων, όπως βλέπουμε (67.5%), δεν έχει λάβει ειδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτωμένων, από τους 40 οι 32 (80%), πιστεύουν ότι το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών από την μητέρα στον τόπο μας είναι μεγάλων διαστάσεων, ενώ οι υπόλοιποι 8 (20%), πιστεύουν ότι είναι αρκετά σοβαρό.

(Πίνακας 7, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω το μεγαλύτερο μέρος των ερωτωμένων συμφωνεί ότι το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού από την μητέρα στον τόπο μας, τείνει να λάβει σημαντικές διαστάσεις.

Όσον αφορά το αν έχουν πέσει στην αντίληψη των ερωτώμενων περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών από τη μητέρα τους και οι 40 (100%), απάντησαν καταφατικά.

(Πίνακας 8, παράρτημα Α.)

Βλέπουμε λοιπόν ότι όλοι οι ερωτώμενοι έχουν ασχοληθεί με περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιού.

Από τους 40 ερωτώμενους, οι 4 (10%), είχαν αντιμετωπίσει 1-5 περιστατικά, οι 23 (57.5%), από 6-10 περιστατικά και οι 13 (32.5%), από 10 περιστατικά και πάνω.

(Πίνακας 9, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται πως το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού από την μητέρα αν και σημαντικών διαστάσεων, δυστυχώς δεν φθάνει στις ειδικά συγκροτημένες υπηρεσίες για το θέμα.

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα περιστατικά φθάνουν στους ειδικούς, οι ερωτώμενοι απάντησαν: 1 (2.5%) από το θύμα, 6

(15%) από τον πατέρα, 10 (25%) από συγγενείς, 5 (12.5%) από γείτονες, 18 (45%) με παραπομπή από άλλη υπηρεσία.

(Πίνακας 10, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται πως τα περισσότερα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού από τη μητέρα, φθάνουν με παραπομπή από άλλες υπηρεσίες, οι οποίες διέγνωσαν κακοποίηση-παραμέληση. Εξίσου σημαντική είναι και η συχνότητα που αναφέρθηκε από συγγενικά πρόσωπα και γείτονες. Ενώ ελάχιστο είναι το ποσοστό των περιπτώσεων που το ίδιο το παιδί ανέφερε το περιστατικό.

Από τους 40 ερωτώμενους, οι 27 (67.5%) απάντησαν ότι τα περισσότερα παιδιά που κακοποιήθηκαν από τη μητέρα τους ήταν αγόρια και 13 (32.5%) απάντησαν ότι ήταν κορίτσια.

(Πίνακας 11, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι τα αγόρια κακοποιούνται σε μεγαλύτερο ποσοστό απ'ότι τα κορίτσια.

Έρευνα της Αγάθωνος Ε. στα αρχεία της ΕΠΑΑ κατά τη χρονική περίοδο 1973-1976 έδειξε ότι ο αριθμός των αγοριών που έφθασαν στην υπηρεσία με περιστατικό κακοποίησης-παραμέλησης ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των κοριτσιών.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτωμένων, 31 από τα 93 περιστατικά (33.33%) έφεραν μωλωπισμούς, ουλές, μελανιές από τσιμπιές, δαγκώματα, 17 περιστατικά (18.3%), έφεραν κατάγματα στο κρανίο, στα μακρά οστά, στα πλευρά, τραύματα στα οστά χωρίς να υπάρχει κάταγμα, 6 περιστατικά (6.45%) έφεραν εγκεφαλικές αιμορραγίες, 3 περιστατικά (3.22%), παρουσίαζαν δηλητηρίαση, 28

περιστατικά (30.1%), παρουσίαζαν παραμέληση στην ένδυση, στην τροφή, 8 περιστατικά (8.6%), παρουσίαζαν καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια και 3 ερωτώμενοι (7.5%), απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 12, παράρτημα Α.)

Όπως βλέπουμε στα περιστατικά που αντιμετωπίστηκαν τόσο η σωματική κακοποίηση, όσο και η παραμέληση εμφανίζονται συχνά.

Από έρευνα της ομάδας του Ι.Υ.Π. στα έτη 1979-1982 διαπιστώθηκε ότι οι μώλωπες και οι εκδορές αποτελούσαν το 42.5% των παιδιών που μελετήθηκαν, ενώ επίσης σε μια μελέτη της ομάδας 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 τη μελέτη Pilot που πραγματοποιήθηκε από το Ι.Υ.Π. το 1984 έδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών που κακοποιούνται, παρουσιάζουν ως κύρια συμπτώματα χτυπήματα, σχισήματα, κατάγματα στα άκρα και στο κεφάλι, υποσκληρίδια αιματώματα και καψίματα.

Σχετικά με την ηλικία των παιδιών όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση προέκυψαν τα ακόλουθα στοιχεία: οι 22 από τους 40 ερωτώμενους (55%), απάντησαν ότι η ηλικία των παιδιών ήταν 1-3 χρονών, οι 10 (25%),

κάτω του ενός έτους, οι 4 (10%), 4-5 χρονών, οι 3 (7.5%), 6-7 χρονών και 1 (2.5%) δεν γνώριζε.

(Πίνακας 13, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά, η κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού συμβαίνει περισσότερο στις μικρές ηλικίες.

Όπως υποστηρίζεται και από τους Shmitt D.B. και Kempe H.C. (1983), το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού είναι συχνότερο σε μικρότερες ηλικίες.

Όπως αναφέρει επίσης η Ε. Αγάθωνος (1978) ένα παιδί πιο συχνά κακοποιείται σε πολύ μικρή ηλικία, δεδομένου ότι σε αυτή τη φάση της ηλικίας αποτυγχάνει να ανταποκριθεί στις προσδοκίες και απαντήσεις των γονικών του.

Σύμφωνα επίσης με την έρευνα του Hahn (1983), στον αριθμό των 77 παιδιών που είχαν κακοποιηθεί και παραμεληθεί διαπιστώθηκε ότι τα 21 από τα 77 παιδιά (27%) ήταν κάτω των έξι μηνών και 66 (85%) κάτω των δύο ετών.

Σχετικά με τη διάρκεια της κακοποίησης-παραμέλησης, οι 29 από τους 40 ερωτώμενους (72.5%) ανέφεραν ότι η κακοποίηση ήταν χρόνια, οι 5 (12.5%), ότι συνέβη μία φορά και οι 6 (15%) δεν γνώριζαν.

(Πίνακας 14, παράρτημα Α.)

Στο μεγαλύτερο ποσοστό δηλαδή η κακοποίηση του παιδιού από τη μητέρα ήταν χρόνια.

Οι Shmitt D.B. και Kempe H.C. (1983), αναφέρουν ότι οι βλάβες που εντοπίστηκαν είναι διαφορετικής ηλικίας, πράγμα που δείχνει τη διάρκεια της κακοποίησης του παιδιού και τα επεισόδια επανακακοποίησης.

Η ύπαρξη ενός μεγάλου ποσοστού χρόνιας κακοποίησης δείχνει για άλλη μια φορά την απουσία διαγνωστικών συστημάτων της κακοποίησης.

Στην περίπτωση που η κακοποίηση ήταν χρόνια οι 7 από τους 40 ερωτώμενους (17.5%), απάντησαν ότι είχε περάσει ένας χρόνος από τότε που η κακοποίηση είχε αρχίσει, οι 18 (45%), ότι είχαν περάσει δύο χρόνια, οι 8 (20%), ότι είχαν περάσει τρία χρόνια, οι 5 (12.5%), πάνω από τέσσερα χρόνια και οι 2 (5%) δεν γνώριζαν.

(Πίνακας 15, παράρτημα Α.)

Σύμφωνα με τα παραπάνω φαίνεται ότι η κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα, διαρκεί τουλάχιστον δύο έως τρία χρόνια.

Όσον αφορά το εάν ο πατέρας ήταν γνώστης της κακοποίησης του παιδιού από τη μητέρα, 22 από τους 40 ερωτώμενους (55%), ανέφεραν ότι ο πατέρας ήταν γνώστης, 6 (15%) απάντησαν ότι δεν ήταν γνώστης του γεγονότος της κακοποίησης και οι υπόλοιποι 12 (30%), ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν.

(Πίνακας 16, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο πατέρας τις περισσότερες φορές είναι γνώστης της κατάστασης.

Όπως αναφέρει και η Ε. Αγάθωνος (1987), πάντα ο άλλος γονέας γνωρίζει τη συμπεριφορά του συντρόφου του απέναντι στο παιδί.

Ο David Gill (1985), αναφέρει ότι κάθε άτομο επιλέγει το σύντροφό 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 Rollock (1968), μόνο ένας από τους δύο γονείς κακοποιεί το παιδί.

Ο άλλος ωστόσο, συμβάλλει πάντα στην κακοποίηση είτε αποδεχόμενος την, συνειδητά είτε ασυνείδητα.

Πολύ συχνό παράδειγμα αποτελεί η ισχυρή υποστήριξη που παρέχουν οι γονείς μεταξύ τους, όταν διακηρύττουν την αθωότητά τους, αν και είναι σαφές ότι και οι δύο γνώριζαν ότι η κακοποίηση θα οδηγούσε σε τραυματισμούς.

Παρά το γεγονός ότι ο ένας γονέας κατηγορεί τον άλλο ανοικτά 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 συγχωρέσει.

Όπως επίσης αναφέρουν οι Steele και Rollock, αμεσότερη υποκίνηση για κακοποίηση παρατηρείται όταν ο ένας από τους δύο συζύγους εκφράζει τη 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 μπορέσει 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 κατάστειλε 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/στη σύζυγό του, αισθήματα φθόνου, εγκατάλειψης και θυμού που οδηγούν στην επίθεση κατά του μωρού.

Όπως επίσης τονίζουν οι Steele και Pollock ο ένας γονέας είναι ο ενεργός δράστης και ο άλλος ο παρασκηνιακός συνεργός του. Αυτές οι τάσεις των γονέων γίνονται εμφανείς όταν κατά την θεραπεία ο γονέας που κακοποίησε το παιδί γίνεται πιο ευγενικός και εκείνος που προηγουμένως δεν κακοποιούσε το παιδί αρχίζει να το κακοποιεί.

Κατά μία έννοια το παιδί γίνεται το εξιλοστήριο θύμα των συγκρούσεων ανάμεσα στους γονείς.

Σχετικά με την ηλικία της μητέρας, όταν έγινε γνωστό το περιστατικό της κακοποίησης προέκυψαν τα ακόλουθα: οι 15 από τους 40 ερωτώμενους (37.5%), απάντησαν ότι η μητέρα ήταν κάτω των 20 ετών, οι 18 (45%), ότι ήταν 20-30 ετών και οι υπόλοιποι 7 (17.5%), ότι ήταν 30-40 ετών.

(Πίνακας 17, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα πιο πάνω ποσοστά η μεγαλύτερη συχνότητα σχετικά με την ηλικία της μητέρας όταν έγινε γνωστό το περιστατικό, βρίσκεται ανάμεσα στις ηλικίες από 20-30 ετών.

Όπως υποστηρίζεται από μελέτη του Ι.Υ.Π. (1979-1981) η μέση ηλικία των μητέρων είναι 29.1 χρόνια. Η συχνότητα για ηλικία των μητέρων από 30 ετών και άνω όπως και από 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 κακοποιούσαν τα παιδιά τους ήταν κάτω των 20 ετών.

Καθώς επίσης έρχεται και σε αντίθεση με τον Gill (1969), ο οποίος υποστηρίζει μέσα από μία έρευνα του ότι ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων που έχουν κακοποιήσει ή παραμελήσει το παιδί τους είναι περίπου 19.7 ετών.

Το αποτέλεσμα της παρούσας όμως έρευνας συμφωνεί με μία μελέτη που αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος που εκπόνησε το Ι.Υ.Π. από το 1979 έως το 1981, το οποίο έδειξε ότι σε σύνολο 30 κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, η μέση ηλικία των μητέρων που κακοποιούσαν τα παιδιά τους ήταν 29.1 έτη.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας οι 5 από τους 40 ερωτώμενους (12.5%), απάντησαν ότι η μητέρα ήταν αγράμματη, οι 14 (35%), ότι ήταν απόφοιτος Δημοτικού, οι 12 (30%), ότι ήταν απόφοιτος Γυμνασίου, ο 1 (2.5%), ότι ήταν απόφοιτος Λυκείου και οι 8 (20%), ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 18, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η μεγαλύτερη συχνότητα κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού, συναντάται σε μητέρες οι οποίες έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Ο Gill (1973) υποστηρίζει ότι τα περιστατικά ιδίως σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης εμφανίζονται κυρίως σε σ'κογένειες και γονείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση της μητέρας οι 8 από τους 40 ερωτώμενους (20%), απάντησαν ότι η μητέρα εργαζόταν, οι 11

(27.5%), ότι δεν είχε μόνιμη εργασία, οι 14 (35%), ότι ήταν άνεργη και οι 7 (17.5%), ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 19, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω ποσοστά, το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων που κακοποιούν τα παιδιά τους ήταν άνεργες ή δεν είχαν μόνιμη εργασία. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν γνώριζαν την επαγγελματική κατάσταση της μητέρας, οφείλεται στο γεγονός ότι σε κάποιες ειδικότητες, η επαγγελματική κατάσταση ή η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο δεν θεωρείται αναγκαίο από τους ειδικούς για να κρατήσουν κάποια στοιχεία.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ε. Αγάθωνος (1977), το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων μένουν στο σπίτι μόνες με τα παιδιά. Συνδιάζοντας το γεγονός αυτό με την άποψη του Steele (1968), ότι η αποστέρηση που βίωσε ο γονέας στη βρεφική του ηλικία τον οδηγεί στο να αναζητά βοήθεια από το παιδί, για να γεμίσει το κενό που αισθάνεται μέσα του είτε από τη 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 κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.

Όσον αφορά το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της μητέρας οι 17 από τους 40 ερωτώμενους (42.5%), απάντησαν ότι η μητέρα είχε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι 8 (20%) ότι είχε μεσαίο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι 6 (15%) ότι είχε υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι 9 (22.5%) ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 20, παράρτημα Α.)

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω στοιχεία η μητέρα που έχει χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κακοποιεί σε μεγαλύτερο ποσοστό το παιδί της.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την άποψη του Selwyn Smith (1975) ο οποίος υποστηρίζει ότι υπάρχει συσχετισμός της χαμηλής κοινωνικής τάξης και της κακοποίησης, αλλά να αναφέρουμε επίσης ότι και ο ίδιος αμφισβητεί κατά ένα μέρος αυτήν του την τοποθέτηση γιατί η έρευνα του δεν καλύπτει όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Επίσης ο Gill (1973) υποστηρίζει ότι η ζωή στη φτώχεια και στα γκέτο των μειονοτήτων δημιουργεί συνήθως πολλά πειστικά 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 ακόμα υποστηρίζει, οι φτωχοί και όσοι ανήκουν σε μειονότητες 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 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 από ότι οι άλλες ομάδες του πληθυσμού.

Όσον αφορά την πιο συχνή μορφή κακοποίησης που παρατηρήθηκε, οι 4 από τους 40 ερωτώμενος (10%), απάντησαν ότι τα παιδιά παρουσίαζαν ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση, οι 18 (45%), ότι παρουσίαζαν σεξουαλική κακοποίηση, οι 13 (32.5%) ότι παρουσίαζαν σωματική κακοποίηση και οι 5 (12.5%), ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 21, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, οι μορφές κακοποίησης που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση.

Η ομάδα έρευνας της μονάδας ΚΑΠΑ έκανε μια ανάλυση των χαρακτηριστικών 86 παιδιών που έμειναν στη μονάδα, ηλικίας 0-2 ετών το 1987, σύμφωνα με την οποία διαπιστώθηκε ότι στα παιδιά πέρα από την ύπαρξη στοιχείων σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης υπήρξαν και παιδιά που παρουσίασαν και άλλης μορφής κακοποίησης όπως σεξουαλική κακοποίηση, έκθεση του παιδιού σε κίνδυνο.

Όσον αφορά την αιτιολογία της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού από τη μητέρα, σύμφωνα με την έρευνα προέκυψαν τα εξής στοιχεία: από τους 40 ερωτώμενους , οι 17 (42.5%), απάντησαν ότι η κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα υποβοηθείται να εκδηλωθεί από προσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα της μητέρας με τον σύντροφό της, οι 9 (22.5%), απάντησαν ότι υποβοηθείται να εκδηλωθεί από αίτια ψυχοπαθολογίας της μητέρας, από διανοητική καθυστέρηση της μητέρας, καθώς και από αλκοολισμό ή/και χρήση ναρκωτικών ουσιών, οι 14 (35%), απάντησαν ότι η κακοποίηση-παραμέληση από τη μητέρα υποβοηθείται να εκδηλωθεί από μία κακή,

τυχαία (απρογραμμάτιστη) εγκυμοσύνη καθώς και από τη συμπεριφορά του παιδιού.

(Πίνακας 22, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι η παρουσία και η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων υποβοηθά να εκδηλωθεί η κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα.

Όσον αφορά το εάν ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί-παραμεληθεί, είναι πιθανόν μεγαλώνοντας να αναπαράγει την ίδια συμπεριφορά, 38 από τους 40 ερωτώμενους (95%), απάντησαν ότι είναι πιθανό, ενώ 2 (5%), δεν γνώριζαν.

(Πίνακας 23, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω στοιχεία η κακοποίηση ενός παιδιού αναπαράγει πρότυπα συμπεριφοράς.

Οι Allen R. και Olliver J. (1982), αναφέρουν ότι μέσα από τη μελέτη τους έχει διαπιστωθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς που κακοποίησαν, 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 εκφράζουν τη βία με φυσικό τρόπο στα παιδιά τους, είχαν έντονες ψυχοτραυματικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία και ήταν και οι ίδιοι θύματα βίας από τους γονείς τους.

Όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους η μητέρα διαπράττει την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού, οι 29 από τους 40 ερωτώμενους (72.5%) απάντησαν ότι η μητέρα διαπράττει την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού εξαιτίας ψυχολογικών διαταραχών, επιβολής

κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια αλλά και λόγω παρελθόντος μιας συναισθηματικά στερημένης παιδικής ηλικίας, ενώ οι II (27,5%), πιστεύουν ότι η μητέρα διαπράττει την κακοποίηση λόγω προσπάθειας κάλυψης προσωπικών αναγκών και λόγω επιβολής κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια.

(Πίνακας 24, παράρτημα Α.)

Σύμφωνα με τα παραπάνω η παρουσία και η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων με έμφαση στις ψυχολογικές διαταραχές, στην επιβολή κυριαρχίας μέσα στην οικογένεια και στην ύπαρξη μιας συναισθηματικά στερημένης παιδικής ηλικίας, οδηγούν τη μητέρα στο να διαπράξει την κακοποίηση-παραμέληση.

Σύμφωνα με τους Steele και Pollock όσοι κακοποιούν τα μωρά έχουν στερηθεί τόσο τη μητρική αγάπη όσο και τη βαθιά αίσθηση του να φροντίζει κάποιος γι'αυτούς από τα πρώτα τους χρόνια .

Στην έρευνα του Smith και των συνεργατών του (1973) οι μητέρες παρουσίαζαν μικρή ή μεγάλη ανωμαλία της προσωπικότητας σε ποσοστό 76,5%, ενώ 48% ήταν νευρωτικές και 3,4% ψυχωσικές.

Επίσης οι ερωτώμενοι σύμφωνα με την εμπειρία αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης, σε σύνολο 93 περιστατικών απάντησαν ότι 27 περιστατικά (29%), παρουσίαζαν ψυχιατρικά συμπτώματα, 18 (19,3%) μειωμένη αυτοεκτίμηση, 14 (15,1%) μειωμένη κανότητα για ευχαρίστηση, 11 (11,8%), απόσυρση, 8 (8,6%), μαθησιακά προβλήματα, 2 (2,2%), υπεργρήγορη, 3 (3,2%), ψευδοενηλικία συμπεριφορά, 5 (5,4%), τάσεις αυτοκτονίας, 3 (3,2%)

ψυχαναγκαστικότητα και 2 (2.2%), δεν παρουσίαζαν ψυχολογικές συνέπειες.

(Πίνακας 25, παράρτημα Α.)

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω ποσοστά οι ψυχολογικές συνέπειες που παρατηρήθηκαν στα παιδιά κατά σειρά συχνότητας είναι: ψυχιατρικά συμπτώματα, μειωμένη αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση, μαθησιακά προβλήματα, τάσεις αυτοκτονίας, ψευδοενήλικη συμπεριφορά, ψυχαναγκαστικότητα, ενώ το ποσοστό αυτών που δεν παρουσίαζαν κάποιες ψυχολογικές συνέπειες είναι αρκετά μικρό.

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 μια θλιβερή ομάδα των οποίων η ικανότητα να νοιώσουν 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.

Σχετικά με την αντιμετώπιση των περιστατικών από τις υπηρεσίες, από τους 40 ερωτώμενους, οι 8 (20%) απάντησαν ότι η αντιμετώπιση των περιστατικών γίνεται από ιατροπαιδαγωγικές μονάδες, οι 16 (40%) από Νοσοκομεία Παιδών, οι 6 (15%) από το Ινστιτούτο Υγείας του

παιδιού, οι 6 (15%) από τα δικαστήρια και οι 4 (10%) από την Αστυνομία.

(Πίνακας 26, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι οι Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες και τα Νοσοκομεία Παίδων είναι αυτές οι υπηρεσίες που αντιμετωπίζουν πιο άμεσα την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού.

Όσον αφορά τις λύσεις που δόθηκαν στις περισσότερες περιπτώσεις, σε σύνολο 93 περιστατικών, τα 31 (33,4%) αντιμετωπίστηκαν με απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, τα 19 (20,4%) με επίπληξη, τα 17 (18,3%) με δικαστική αντιμετώπιση, τα 11 (11,8%) με παραμονή του παιδιού στην οικογένεια και θεραπεία της οικογένειας και τα 15 (16,1%) δεν γνώριζαν τί απέγινε.

(Πίνακας 27, παράρτημα Α.)

Είναι λοιπόν φανερό ότι ο κυριότερος τρόπος αντιμετώπισης της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού είναι η απομάκρυνσή του από την οικογένεια.

Όσον αφορά την επάρκεια του χειρισμού των περιπτώσεων οι 15 από τους 40 ερωτώμενους (37,5%) απάντησαν ότι ο χειρισμός ήταν επαρκής, οι 22 (55%) όχι και οι 3 (7,5%) δεν γνωρίζω.

(Πίνακας 28, παράρτημα Α.)

Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτωμένων δεν είναι ικανοποιημένο με το χειρισμό των περιστατικών.

Όσον αφορά την ισχύουσα νομοθεσία από τους 40 ερωτώμενους οι 29 (72,5%) απάντησαν ότι η ισχύουσα νομοθεσία στον Ελλαδικό χώρο

δεν είναι επαρκής για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης- παραμέλησης, οι 11 (27.5%) ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 29, παράρτημα Α.)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι επαγγελματίες δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι με την ισχύουσα νομοθεσία για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης στον Ελλαδικό χώρο.

Σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών αιτέ του 40 ερωτώμενους οι 10 (25%) απάντησαν ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζονται τα περιστατικά κακοποίησης είναι επαρκής, 28 (70%) απάντησαν πως δεν είναι και 2 (5%) ότι δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 30, παράρτημα Α.)

Βλέπουμε λοιπόν πως η γνώμη των ερωτώμενων είναι ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζονται τα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών στη χώρα μας δεν είναι επαρκής.

Σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης της μητέρας δράστριας, οι 18 από τους 40 ερωτώμενους (45%) απάντησαν ότι η μητέρα πρέπει να αντιμετωπίζεται με θεραπευτική παρέμβαση, οι 16 (40%) με απομάκρυνση από την οικογένεια, οι 2 (5%) με καταδίκη, οι 4 (10%) με κάποιον άλλο τρόπο.

(Πίνακας 31, παράρτημα Α.)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, είναι φανερό ότι η μητέρα πρέπει να αντιμετωπίζεται θεραπευτικά και όχι τιμωρητικά.

Σχετικά με τον τρόπο παρουσίασης τέτοιων περιστατικών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης από τους 40 ερωτώμενους οι 11 (27.5%) απάντησαν πως η παρουσίαση τέτοιων περιστατικών από τα Μέσα

Μαζικής Ενημέρωσης έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση συναισθημάτων οργής και απέχθειας, οι 9 (22.5%) την ενημέρωση του κοινού, οι 8 (20%) τον κοινωνικό στιγματισμό, οι 8 (20%) την αύξηση της αναγνωσιμότητας και οι 4 (10%) τον παραδειγματισμό.

(Πίνακας 32, παράρτημα Α.)

Σύμφωνα με τα προηγούμενα βλέπουμε πως η παρουσίαση τέτοιων περιστατικών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης δεν προβάλλεται με το σωστό τρόπο έτσι ώστε να λειτουργεί ενημερωτικά και επιμορφωτικά.

Επίσης από τους 40 ερωτώμενους οι 9 (22.5%), απάντησαν πως ο τρόπος που τα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού παρουσιάζονται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, είναι ο κατάλληλος, οι 23 (57.5%) πως δεν είναι ο κατάλληλος και οι 8 (20%) πως δεν γνωρίζουν.

(Πίνακας 33, παράρτημα Α.)

Το αποτέλεσμα από τα παραπάνω επιβεβαιώνει τον άσχημο τρόπο προβολής τέτοιων περιστατικών.

Ανάλυση ανοικτών ερωτήσεων

Στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στις ανάγκες της πτυχιακής εργασίας εκτός των άλλων ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν σε τρεις ανοικτές ερωτήσεις.

Στην πρώτη ανοικτή ερώτηση ζητήθηκε να δοθεί ένας ορισμός της κακοποίησης του παιδιού. Από τους ορισμούς που δόθηκαν προκύπτουν ορισμένα χαρακτηριστικά που οι ερωτώμενοι θεώρησαν ότι συνθέτουν την κακοποίηση. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: θέση εξουσίας του δράστη σε σχέση με το θύμα και άσκηση σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας λόγω της πολιτιστικής δικαίωσης της βίας σαν μέσο διαι παιδαγωγικής, παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού να ζει και να αναπτυχθεί φυσιολογικά. Και οι δύο ψυχίατροι που κλήθηκαν να δώσουν έναν ορισμό για την κακοποίηση, όρισαν την κακοποίηση του παιδιού σαν μια πράξη που επιβάλλεται από τη 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.

Η άσκηση σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας λόγω της πολιτιστικής δικαίωσης της βίας σαν μέσο διαι παιδαγωγικής, υποστηρίχθηκε από την πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών και των Παιδιάτρων. Επίσης αναφέρθηκε από την μειοψηφία των Ψυχολόγων, των Αστυνομικών, των Δικαστών και των Δικηγόρων.

Η παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού να ζει και να αναπτυχθεί φυσιολογικά αναφέρθηκε από την πλειοψηφία των

Ψυχολόγων. Μια Ψυχολόγος έδωσε τον εξής ορισμό για την κακοποίηση: "παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού και άσκηση βίας ή εξευτελισμός της προσωπικότητας του παιδιού με κοινωνικό στιγματισμό και τραυματικά βιώματα στην ψυχολογία του παιδιού".

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 ένα ορισμό της παραμέλησης των παιδιών. Όλοι οι ^{επ'} Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Παιδίατροι, οι Ψυχίατροι, οι Αστυνομικοί, οι Δικαστές συμφώνησαν ότι παραμέληση είναι η αδιαφορία ή η αμέλεια των γονέων ως προς το να καλύψουν τις ανάγκες των παιδιών τους (σωματικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές κ.λ.π.). Επίσης με τον παραπάνω ορισμό συμφώνησε το 1/3 των Ψυχολόγων, ενώ οι υπόλοιποι υποστήριξαν 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 μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών συμφωνούν μεταξύ τους ως προς τον ορισμό της παραμέλησης ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αν και συμφωνεί με τους υπόλοιπους δίνει κάποιες επιπλέον διαστάσεις του προβλήματος.

Η τρίτη ανοικτή ερώτηση που έγινε προς τους ερωτώμενους αφορούσε τυχόν προτάσεις αναφορικά με το τι θα μπορούσε να γίνει στον τομέα της αντιμετώπισης της παιδικής κακοποίησης στην Ελλάδα. Έγιναν οι ακόλουθες προτάσεις:

1. Δημιουργία ειδικής υπηρεσίας με εξειδικευμένο προσωπικό (Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, Παιδοψυχιάτρους, Παιδίατρους, Κοινωνιολόγους και Νομικούς Συμβούλους), με σκοπό τη διάγνωση και την θεραπευτική αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης. Βέβαια αναφέρθηκε η ύπαρξη του Ι.Υ.Π. αλλά η πρόταση αναφέρεται στη δημιουργία μιας άλλης υπηρεσίας μιας και το έργο του Ι.Υ.Π. μπορεί να λειτουργήσει είτε ανεξάρτητα, είτε στα Νοσοκομεία Παιδών, είτε στα πλαίσια συνοικιακών κέντρων, είτε σε κοινοτικό επίπεδο στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
2. Ειδική εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των ειδικών που πιθανόν να αντιμετωπίσουν περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης στην επαγγελματική τους ζωή (π.χ. Κοινωνικοί Λειτουργοί, Παιδαγωγοί, Παιδίατροι, Αστυνομικοί, Δικαστικοί), μέσω ειδικών σεμιναρίων.
3. Δημιουργία ξενώνων με ειδικό προσωπικό (Κλινικό Ψυχολόγο, Παιδοψυχίατρο, Κοινωνικό Λειτουργό, Παιδαγωγό, Παιδίατρο, Βρεφοκόμο), 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 ξενώνες δεν θα πρέπει να έχουν μορφή ιδρύματος αλλά μιας τεχνητής οικογένειας που θα αντικαταστήσει για κάποιο χρονικό διάστημα την φυσική τους οικογένεια.

4. Προσπάθεια θεραπείας της οικογένειας (ατομική ή ομαδική θεραπεία) και επανένταξης του παιδιού στο κοινωνικό περιβάλλον γιατί όπως υποστηρίχθηκε το καλύτερο ίδρυμα δεν μπορεί να αντικαταστήσει την χειρότερη οικογένεια για ένα παιδί.
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.
6. Προτάθηκαν αυστηρότερες ποινές για τους δράστες και κατά περίπτωση σφαίρεση της γονικής επιμέλειας. Ένας επαγγελματίας πρότεινε ευέλικτες ποινές για τους δράστες με εναλλακτική λύση τη 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 γίνεται κεκλεισμένων των θυρών για να αποφευχθεί ο κοινωνικός στιγματισμός του παιδιού και η δημιουργία περισσότερων ενοχών και ψυχολογικών τραυματισμών.
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.

9. Δημιουργία προγραμμάτων οικονομικής ενίσχυσης για όσες οικογένειες από αυτές που διαπράττουν την κακοποίηση είναι χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και παράλληλος προγραμματισμός υποστηρικτικής και συμβουλευτικής βοήθειας πάνω σε θέματα καθημερινής λειτουργίας της οικογένειας.
10. Εμπλοκή του εκπαιδευτικού συστήματος στην πρόληψη (σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αγωγή γονέων με ομάδες στα σχολεία).
11. Δημιουργία θεραπευτικών οικοτροφείων για οικογένειες που θα αποτελούνται από ψυχιατρική νοσοκόμα, κοινωνικό λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτή, ψυχολόγο και ψυχίατρο. Εκεί θα γίνεται μία λεπτομερειακή διαγνωστική εκτίμηση και στη συνέχεια θα γίνεται η θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο των μητέρων, όσο και των παιδιών.
12. Οι ερωτώμενοι πρότειναν να γίνει καλύτερη διερεύνηση του προβλήματος στην Ελλάδα και να εξιχνιαστεί 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 και ότι πρέπει να γίνει πρώτα η αναγνώριση κατ'αρχήν από ειδικούς και στη συνέχεια από τους υπόλοιπους και μετά να δημιουργηθούν τα ειδικά προγράμματα αντιμετώπισης του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

1) Περίληψη- Σκοπός μελέτης

Σκοπός της μελέτης που έγινε για τις ανάγκες αυτής της πτυχιακής ήταν η συλλογή στοιχείων, ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας από τη μητέρα στην Ελλάδα και του βαθμού αναγνώρισης της σοβαρότητας του προβλήματος σε σχέση με τις υπάρχουσες υπηρεσίες.

Γι' αυτό προσεγγίστηκαν τα παρακάτω θέματα:

- Κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα.
- Παράγοντες που οδηγούν στην κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα.
- Αναγνωριστικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού.
- Θεραπευτική παρέμβαση στην Ελλάδα.
- Πρόληψη στο πρόβλημα.
- Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών και το Ελληνικό Δίκαιο-Αρμόδιοι φορείς για την αντιμετώπιση του προβλήματος.
- Παρουσίαση της έρευνας και των αποτελεσμάτων που αφορούν την έκταση του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών από τη μητέρα στην Ελλάδα και τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισής του.

2) Συμπεράσματα

Θα πρέπει να επισημανθεί, ότι ο αριθμός των επαγγελματιών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν μόλις 40, ένα μικρό ποσοστό των επαγγελματιών της Ελλάδας και δεν μπορεί να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα γενικευμένα. Όμως παρά το ελάχιστο του δείγματος, τα αποτελέσματα δεν αποκλίνουν σχεδόν καθόλου από τη βιβλιογραφία.

Τα σπουδαιότερα γενική συμπεράσματα της έρευνας σε συσχέτιση με όλη την κύρια βιβλιογραφική μελέτη και με όλες τις ερευνητικές υποθέσεις, μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Αξίωμα εναντίον της υγείας του παιδιού δεν θεωρείται μόνο η κακοποίηση αλλά και αυτή η παραμέληση της θεραπείας του, όταν την έχει ανάγκη.
- Παραμέληση ορίζεται σαν η χρόνια αποτυχία των γονέων να προστατέψουν τα παιδιά τους από φυσικό κίνδυνο και αυτό, σύμφωνα με τους ειδικούς το κάνουν από άγνοια και κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες.
- Οι τρόποι βασανισμού των παιδιών ξεπερνούν ακόμη και κινηματογραφικά σενάρια. Κακώσεις, εγκαύματα, σεξουαλική κακοποίηση, έκθεση του παιδιού σε κίνδυνο, τιμωρίες με ξυλοδαρμούς, μωλωπισμοί, ουλές, είναι μόνο μερικές από τις βάνουσες μεθόδους κακοποίησης.
- Η κακοποίηση συνέβη περισσότερο από μία φορά και τα θύματα ήταν μικρής ηλικίας και βρέφη.

- Άγνοια, κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, διαταραχές της προσωπικότητας, ανωριμότητα, παρορμητικότητα, μεγάλες ανάγκες για εξάρτηση, διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις, χαρακτηρίζουν την μητέρα που κακοποιεί τα παιδιά της σύμφωνα με την γνώμη των ειδικών.
- Ένα άλλο χαρακτηριστικό των μητέρων που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση, που σχετίζεται με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του μητρικού τους ρόλου.
- Διαπιστώθηκε σε πολλές περιπτώσεις ότι τα προβλήματα είχαν ξεκινήσει πριν να γεννηθεί το παιδί ή όταν απέκτησαν ένα παιδί χωρίς να το επιθυμούν. Άλλοι ξυλοδαρμοί συνδέονται με συχνές και απρογραμμάτιστες εγκυμοσύνες ή με σοβαρά προβλήματα της μητέρας στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό.
- Η κοινωνική προέλευση κάθε φορά ποικίλλει αλλά τα περισσότερα κρούσματα εμφανίζονται σε οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα, μητέρες με χαμηλό επίπεδο κοινωνικής και ουσιαστικής μόρφωσης, μητέρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα ανεργίας.
- Συνεισθηματικά "κρύο" οικογενειακό περιβάλλον. Ενδοοικογενειακά "αντίξοα" γεγονότα, μητέρες που βιώνουν προβληματικές σχέσεις στο γάμο τους. Δεν υπάρχει συνοχή και αλληλοϋποστήριξη.
- Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτών των οικογενειών είναι η κοινωνική απομόνωση. Έχουν ελάχιστες επαφές έξω από τον πυρήνα της οικογένειάς τους. Δεν εμπιστεύονται κανέναν και δεν

υπάρχει κανείς στον οποίο να μπορούν να απευθυνθούν σε ώρα ανάγκης. Έτσι η νεαρή καταθλιπτική μητέρα που είναι κοινωνικά απομονωμένη, χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα είναι εύκολο να στρέψει την επιθετικότητά της προς το παιδί.

-Έχει βρεθεί 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.

-Ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί εμφανίζει διαταραχές στον ύπνο του, έχει αναστολές στο παιχνίδι, διαταραχές στη συμπεριφορά του, συναισθηματική ένταση, παρουσιάζει κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού. Διακατέχεται από τάσεις αυτοκτονίας ή φυγής από το σπίτι, έχει παραβατική συμπεριφορά.

-Τα Νοσοκομεία είναι σε πολλές περιπτώσεις οι πρώτοι "σταθμοί" στην οδύσσεια των κακοποιημένων παιδιών.

-Πολλές περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών από τη μητέρα παραμένουν επτασφράγιστα μυστικά που πνίγονται στο κλειστό οικογενειακό και κοινοτικό περιβάλλον, που σ' αυτό το σημείο παίζει το ρόλο του προστατευτικού κελύφους.

-Παρ'όλο που η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια είναι η πιο συχνή λύση αντιμετώπισης των περιστατικών, υποστηρίχθηκε πως το καλύτερο θα ήταν να φτιαχθούν "υγιείς" οικογένειες, αφού έχει αποδειχθεί πως η ιδρυματική περίθαλψη έχει τοξική επίδραση στη ψυχική υγεία του παιδιού.

- Η κοινωνική αναλγησία και η αδυναμία της πολιτείας να παρέμβει έγκαιρα και να στηρίξει τις οικογένειες που περνούν βαθιά και χρόνια κρίση, έχουν φθάσει σε τέτοιο τραγικό βαθμό, ώστε κάθε φορά να χρειάζεται το πτώμα ενός παιδιού ως αδιάψευστο πειστήριο. Τραγικό πειστήριο της απουσίας μιας ουσιαστικής παιδικής προστασίας και κοινωνικής πολιτικής για την οικογένεια, εκεί όπου πραγματικά υπάρχει η μεγαλύτερη ανάγκη, η πλέον αδιαπέραστη κοινωνική απομόνωση, εκεί όπου η ζωή σημαίνει μια συνεχή ψυχική και φυσική εξόντωση.
- Οι τραυματογεννητικές πρακτικές και ο στιγματισμός δεν περιορίζονται στις εκδηλώσεις της κακοποίησης ή της παραμέλησης. Χαρακτηρίζουν σχεδόν ελόκληρο το φάσμα των χειρισμών αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών από τους φορείς του επίσημου κοινωνικού ελέγχου.
- Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, εφημερίδες, τηλεόραση, περιοδικά, όλο και πιο συχνά αναφέρονται στην κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών. Ενδεικτικές και πολλές φορές απαράδεκτες φωτογραφίες εμφανίζονται σε αυτά. Η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος γίνεται κατά προσέγγιση με αρνητικό αποτέλεσμα εφόσον οι αριθμοί αποτελούν εργαλεία στα χέρια των δημοσιογράφων. Έτσι η κοινή γνώμη εντυπωσιάζεται όταν το "θέαμα" της κακοποίησης κυριαρχεί στις οθόνες και τα ερτζιανά και ύστερα... ξεχνά!

3) 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 κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού από τη μητέρα στον Ελληνικό χώρο:

1. Μεγάλη βαρύτητα στο θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού έχει ο παράγοντας πρόληψη. Προτείνεται, η βελτίωση των παραγόντων εκείνων του περιβάλλοντος που επηρεάζουν αρνητικά τη δημιουργία μιας γερής απόλης της πλευρές, οικογένειας. Εφόσον δεχόμαστε ότι οι ρίζες της κακοποίησης είναι βαθύτερες στις μη προνομιούχες κοινωνικές τάξεις, σκοπός μας θα πρέπει να είναι η βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, η βελτίωση του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου, η κοινωνική προστασία όλων αυτών που την χρειάζονται.
2. Επίσης βασικός παράγοντας στην πρόληψη είναι η εκπαίδευση, τόσο με την έννοια των ακαδημαϊκών γνώσεων, όσο και με την προετοιμασία των νέων για τον συζυγικό ρόλο, τις σχέσεις με το άλλο φύλο, το ρόλο του γονιού. Πρέπει λοιπόν να γίνεται προσπάθεια για έγκαιρη και σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση. Αυτή θα πρέπει να συνεχίζεται στη μέση εκπαίδευση, όχι μόνο με έννοια βιολογική αλλά με την έννοια της ευρύτερης προετοιμασίας.

3. Είναι ακόμη πολύ σημαντικό να δημιουργηθούν προγράμματα για την αντιμετώπιση των κρίσεων ατομικά, αλλά και των κρίσεων στην οικογένεια καθώς και άμεση βοήθεια.
4. Δημιουργία παιδικών σταθμών για ανακούφιση των μητέρων έστω και για λίγες ημέρες ή ώρες, όταν υπάρχει κατάσταση κρίσης, καθώς και δημιουργία σώματος εθελοντών-βοηθών μητέρων.
5. Όπως αποκάλυψε αυτή η έρευνα που έγινε για τις ανάγκες της παρούσας πτυχιακής, ένας σημαντικός αριθμός των επαγγελματιών που ασχολούνται με περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, δεν έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση. Προτείνεται λοιπόν η οργάνωση ειδικών σεμιναρίων, που θα απευθύνονται σε επαγγελματίες που ασχολούνται με περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών, προσφέροντάς τους τις απαραίτητες γνώσεις των δυναμικών που συνθέτουν το πρόβλημα και των τρόπων αντιμετώπισής του. Επίσης μπορούν να γίνουν εκπαιδευτικά σεμινάρια και επιμορφωτικές ομάδες σε κάθε ειδικότητα ξεχωριστά, με σκοπό την ενημέρωση των επαγγελματιών για το ρόλο της υπηρεσίας τους και το ρόλο των άλλων υπηρεσιών πάνω στην αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών. Απαραίτητο είναι να τονιστεί η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας τόσο στην αναγνώριση του προβλήματος.
6. Η έρευνα των θεραπευτικών παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα, οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι υπηρεσίες που ασχολούνται με τέτοια περιστατικά συνεχώς περιορίζονται.

Προτείνεται λοιπόν η δημιουργία ειδικών τμημάτων μέσα στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες που ασχολούνται με την παιδική προστασία (Π.Ι.Κ.Π.Α., Νοσοκομεία, κ.λ.π.) και η στελέχωσή τους με εξειδικευμένο προσωπικό. Απαραίτητο σε κάθε τέτοιο τμήμα είναι να υπάρχει διεπιστημονική ομάδα (παιδοψυχίατρος, παιδίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός), ώστε τα περιστατικά να μην αντιμετωπίζονται από άτομα μεμονωμένα. Επίσης απαραίτητη είναι η συνεργασία αυτών των υπηρεσιών για την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών καθώς και η δημιουργία περισσότερων διαγνωστικών και θεραπευτικών κέντρων σε αστικές περιοχές.

7. Τα θεραπευτικά προγράμματα που λαμβάνουν χώρα στην Ελλάδα, επί το πλείστον οδηγούν στην απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια και την τοποθέτησή του σε ιδρύματα ή ανάδοχες οικογένειες. Όμως με τον τρόπο αυτό, το παιδί στιγματίζεται για την υπόλοιπη ζωή του και νοιώθει ενοχές γιατί απομονώνεται από το οικογενειακό του περιβάλλον, χωρίς να γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης. Γι'αυτό προτείνεται η απομάκρυνση να εφαρμόζεται σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις και να γίνεται διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων. Για τις περιπτώσεις βέβαια που η απομάκρυνση είναι αναπόφευκτη, προτείνεται η παραμονή του παιδιού σε ανάδοχη οικογένεια και η δημιουργία στέγης φιλοξενίας και όχι ο εγκλεισμός σε ίδρυμα.

8. Προτείνεται επίσης ο θεσμός του "επιτροπικού δικαστηρίου", που σε περιπτώσεις σωματικού ή συναισθηματικού κινδύνου επεμβαίνει

άμεσα και δραστήρια. Επίσης προτείνεται να γίνει ευκολότερη η διαδικασία για την αφαίρεση επιμέλειας και γονικής μέριμνας με την δυνατότητα επανεξέτασης της περίπτωσης, όταν οι γονείς είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι, με ψυχιατρικές διαταραχές.

9. Ακόμη προτείνεται η δημιουργία συμβουλευτικών ομάδων για γονείς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, ενταγμένων σε προγράμματα υγειονομικής και προνοιακής περίθαλψης του πληθυσμού αλλά και η δημιουργία Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού, σε κάθε πρόγραμμα ή πλαίσιο που ασχολείται με κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά, με σκοπό να γίνει κάτι στο χώρο της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.
10. Επίσης ιδιαίτερα σημαντική είναι η κατανομή των υπηρεσιών, γι' αυτό προτείνεται η ίση κατανομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στις διάφορες περιοχές της χώρας. Η διοικητική αποκέντρωση και η ανάληψη της ευθύνης από διοικητικά και γεωγραφικά μικρότερες και ευέλικτες δομές όπως οι νομαρχίες και η τοπική αυτοδιοίκηση θα συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση και στην πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού.
11. Επίσης προτείνεται νομοθετική κάλυψη του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στην αναγνώριση και στην αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης καθώς και συνεργασία του με την διεπιστημονική ομάδα. Στα πλαίσια επίσης της νομοθεσίας προτείνεται η δημιουργία ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων που θα εξασφαλίζουν προσωρινά την ασφάλεια του παιδιού έως ότου γίνει

η αξιολόγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος από τον κοινωνικό λειτουργό.

12. Για την αναγνώριση του προβλήματος και για την καλύτερη αντιμετώπιση του είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση των πολιτών και η ενημέρωσή τους σχετικά με τις πηγές βοήθειας και με τις υπηρεσίες, όπου μπορούν να απευθυνθούν. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο η προβολή περιστατικών κακοποίησης παιδιών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης πρέπει να γίνεται χωρίς ποιοτικές κρίσεις και ονόματα που στιγματίζουν την οικογένεια αλλά με ιδιαίτερη προσοχή τονίζοντας περισσότερο τα πιθανά αίτια που προκάλεσαν την κακοποίηση-παραμέληση και προσκαλώντας ειδικούς να μιλήσουν για το πρόβλημα.

Καταλήγοντας αξίζει να σημειωθεί ότι το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού στον Ελλαδικό χώρο τείνει να λάβει σημαντικές διαστάσεις και είναι αναγκαία η διερεύνηση και η αντιμετώπιση του σε βάθος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΦΥΛΛΟ	F	(%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	23	57,5%
ΑΝΔΡΕΣ	17	42,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 1: Φύλο των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα

ΗΛΙΚΙΑ	F	(%)
20 - 29	8	20%
30 - 39	18	45%
40 - 49	10	25%
50 - 59	4	10%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 2 : Ηλικία των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	F	(%)
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	3	7,5
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	5
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	7	17,5
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	5	12,5
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	2	5
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	4	10
ΣΥΝΟΛΟ	40	100

Πίνακας 3 : Ειδικότητα των επαγγελματιών που αποτέλεσαν το δείγμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	F	ΔΙΑΡΚΕΙΑ (ΕΤΗ)	(%)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	6	< 3	35,29%
	8	4-6	47,67%
	2	7-9	11,76%
	1	10-12	5,88%
ΣΥΝΟΛΟ	17		100%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	2	4-6	66,67%
	1	7-9	33,33%
ΣΥΝΟΛΟ	3		100%
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	4-6	100%
ΣΥΝΟΛΟ	2	4-6	100%
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	1	< 3	20%
	2	4-6	40%
	2	7-9	40%
ΣΥΝΟΛΟ	5		100%
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	2	4-6	100%
ΣΥΝΟΛΟ	2		
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	1	< 3	25%
	3	4-6	75%
ΣΥΝΟΛΟ	4		100%
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	2	< 3	28,58%
	3	4-6	42,86%
	1	7-9	14,28%
	1	10-12	14,28%
ΣΥΝΟΛΟ	7		

Πίνακας 4 : Χρονικό διάστημα άσκησης επαγγέλματος των ερωτηθέντων

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	F	(%)
ΙΑΤΡΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ	17	42,5%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	14	35%
ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΟ	6	15%
ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ	3	7,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 5 : Υπηρεσίες που εργάζονται οι επαγγελματίες

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	(%)	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΛΑΒΑΝ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	(%)
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤ.	5	29,41%	12	70,59%
ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ	3	100%	-	0
ΨΥΧΙΑΤΡΟΙ	2	100%	-	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΙ	1	14,28%	6	85,71
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΙ	-	0	5	100%
ΔΙΚΑΣΤΕΣ	-	0	2	100%
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	2	50%	2	50%

Πίνακας 6 : Ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών πάνω στην αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης- παραμέλησης

	F	(%)
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ	-	0
ΑΡΚΕΤΑ ΣΟΒΑΡΟ	8	20%
ΜΕΓΑΛΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ	32	80%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 7 : Διαστάσεις του προβλήματος της κακοποίησης-
παραμέλησης των παιδιών από τη μητέρα

	F	(%)
ΝΑΙ	40	100%
ΟΧΙ	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 8 : Αριθμός επαγγελματιών που έχουν ασχοληθεί με περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	F	(%)
1 - 5	4	10%
6 - 10	23	57,5%
10 ΚΑΙ ΑΝΩ	13	32,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 9 : Αριθμός περιστατικών που ασχολήθηκαν οι επαγγελματίες

ΤΡΟΠΟΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ	F	(%)
ΑΠΟ ΤΟ ΘΥΜΑ	1	2,5%
ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ	6	15%
ΑΠΟ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	10	25%
ΑΠΟ ΓΕΙΤΟΝΕΣ	5	12,5%
ΜΕ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	18	45%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 10 : Τρόποι με τους οποίους τα περιστατικά έφθασαν στους επαγγελματίες

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ	F	(%)
ΑΓΟΡΙΑ	27	67,5%
ΚΟΡΙΤΣΙΑ	13	32,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 11 : Φύλο των παιδιών που είχαν κακοποιηθεί και παραμεληθεί

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	%
ΜΩΛΩΠΙΣΜΟΙ, ΟΥΛΕΣ, ΜΕΛΑΝΙΕΣ, ΤΣΙΜΠΙΕΣ ΔΑΓΚΩΜΑΤΑ	26	32,1%
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΚΡΑΝΙΟΥ, ΜΑΚΡΩΝ ΟΣΤΩΝ, ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΟΣΤΩΝ ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΓΜΑ	17	21%
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ	6	7,4%
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	3	3,7%
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΤΡΟΦΗ	21	25,9%
ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΧΩΡΙΣ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΑΙΤΙΟ	8	9,9%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	7,5%

Πίνακας 12 : Συμπτώματα που παρουσίαζαν τα παιδιά

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ	F	(%)
1 - 3 ΕΤΩΝ	22	55%
ΚΑΤΩ ΤΟΥ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ	10	25%
4 - 5 ΕΤΩΝ	4	10%
5 - 7 ΕΤΩΝ	3	7,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	1	2,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 13 : Ηλικία κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση

ΔΙΑΡΚΕΙΑ	F	(%)
ΧΡΟΝΙΑ	29	72,5%
ΣΥΝΕΒΗ ΜΙΑ ΦΟΡΑ	5	12,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	6	15%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 14 : Διάρκεια της κακοποίησης και παραμέλησης

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΡΟΝΙΑΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	F	(%)
1 ΕΤΟΣ	7	17,5%
2 ΕΤΗ	18	45%
3 ΕΤΗ	8	20%
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 4 ΕΤΗ	5	12,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 15: Διάρκεια της χρόνιας κακοποίησης-παραμέλησης

Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	F	(%)
ΗΤΑΝ ΓΝΩΣΤΗΣ	22	55%
ΔΕΝ ΗΤΑΝ ΓΝΩΣΤΗΣ	6	15%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	12	30%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 16 : Ο πατέρας γνώριζε ή όχι το γεγονός

ΗΛΙΚΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	F	(%)
ΚΑΤΩ ΤΩΝ 20 ΕΤΩΝ	15	37,5%
20 - 30 ΕΤΩΝ	18	45%
30 - 40 ΕΤΩΝ	7	17,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 17 : Ηλικία της μητέρας όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	F	(%)
ΑΓΡΑΜΜΑΤΗ	5	12,5%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	14	35%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	12	30%
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	1	2,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	8	20%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 18 : Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	F	(%)
ΕΡΓΑΖΟΤΑΝ	8	20%
ΔΕΝ ΕΙΧΕ ΜΟΝΙΜΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	11	27,5%
ΗΤΑΝ ΑΝΕΡΓΗ	14	35%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	7	17,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 19 : Επαγγελματική κατάσταση της μητέρας του κακοποιημένου παιδιού

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΗΤΕΡΑΣ	F	(%)
ΧΑΜΗΛΟ	17	42,5%
ΜΕΣΑΙΟ	8	20%
ΥΨΗΛΟ	6	15%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	9	22,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 20 : Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της μητέρας

ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΜΟΡΦΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	F	(%)
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜ.	4	10%
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ	18	45%
ΣΩΜΑΤΙΚΗ	13	2,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	5	12,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 21 : Συχνότερη μορφή κακοποίησης

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	F	(%)
ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	17	42,5%
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥ- ΣΤΕΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ Ή ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ	9	22,5%
ΤΥΧΑΙΑ - ΚΑΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	14	35%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 22 : Παράγοντες που υποβοηθούν την εμφάνιση του προβλήματος, από τη μητέρα

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	F	(%)
ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ	38	95%
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ	-	0
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 23 : Απόψεις των επαγγελματιών για την πιθανότητα επανάληψης της κακοποίησης

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	F	(%)
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ, ΕΠΙΒΟΛΗ ΚΥΡΙΑΡΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΜΙΑΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΣΤΕΡΗΜΕΝΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	29	72,5
ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΒΟΛΗ ΚΥΡΙΑΡΧΙΑΣ	11	27,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 24 : Λόγοι για τους οποίους μία μητέρα γίνεται
δράστρια κακοποίησης ή παραμέλησης ο
με τους επαγγελματίες

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	(%)
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	27	29%
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	18	19,3%
ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ	14	15,1%
ΑΠΟΣΥΡΣΗ	11	11,8%
ΜΑΘΗΣΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	8	8,6%
ΥΠΕΡΓΡΗΓΟΡΣΗ	2	2,2%
ΨΕΥΔΟΕΝΗΛΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	3	3,2%
ΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	5	5,4%
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	3	3,2%
ΔΕΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ	2	2,2%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	93	100%

Πίνακας 25 : Ψυχολογικές επιπτώσεις στα παιδιά - θύματα της κακοποίησης

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	F	(%)
ΙΑΤΡΟΠΕΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	8	20%
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ	16	40%
ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	6	15%
ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΑ	6	15%
ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ	4	10%
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 26 : Υπηρεσίες που οι επαγγελματίες γνωρίζουν ότι ασχολούνται με περιστατικά κακοποίησης- παραμέλησης

ΤΡΟΠΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	(%)
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	31	33,4%
ΕΠΙΠΛΗΞΗ ΜΗΤΕΡΑΣ	19	20,4%
ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ	17	18,3%
ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	11	11,8%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	15	16,1%
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	-	0
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	93	100%

Πίνακας 27 : Τρόποι χειρισμού των περιστατικών από τους επαγγελματίες

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ	F	(%)
ΕΠΑΡΚΗΣ	15	37,5%
ΟΧΙ ΕΠΑΡΚΗΣ	22	55%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	7,5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 28 : Απόψεις των επαγγελματιών για την αποτελεσματικότητα ή όχι του χειρισμού

ΙΣΧΥΟΥΣΑ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	F	(%)
ΕΠΑΡΚΗΣ	-	0
ΟΧΙ ΕΠΑΡΚΗΣ	29	72,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	11	27,5%
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	40	100%

Πίνακας 29 : Απόψεις των επαγγελματιών σχετικά με την επάρκεια ή μη της ισχύουσας νομοθεσίας

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	F	(%)
ΕΠΑΡΚΗΣ	10	25%
ΜΗ ΕΠΑΡΚΗΣ	28	70%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	2	5%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 30 : Απόψεις των επαγγελματιών για την επάρκεια ή μη του χειρισμού των περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	F	(%)
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	18	45%
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	16	40%
ΜΕ ΚΑΤΑΔΙΚΗ	2	5%
ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ	4	10%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 31 : Τρόποι αντιμετώπισης των μητέρων που έχουν κακοποιήσει-παραμελήσει τα παιδιά τους, σύμφωνα με τους επαγγελματίες

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΑΠΟ ΤΑ Μ.Μ.Ε.	F	(%)
ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜ. ΟΡΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΧΘΕΙΑΣ	11	27,5%
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΟΙΝΟΥ	9	22,5%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ	8	20%
ΑΥΞΗΣΗ ΑΝΑΓΝΩΣΤΙ- ΚΟΤΗΤΑΣ	8	20%
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ	4	10%
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ	-	0
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 32 : Επιπτώσεις της παρουσίασης περιστατικών από
τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ	F	(%)
ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ	9	22,5%
ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΣ	23	57,5%
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	8	20%
ΣΥΝΟΛΟ	40	100%

Πίνακας 33 : Απόψεις των επαγγελματιών για την καταλληλότητα ή όχι παρουσίασης των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

(Α) ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (το μήνα πριν από την ημερομηνία ΚαΠα)

Όνομα	Σχέση με παιδί	Ηλικία	φύλο	Μόρφωση	Υγεία	Παρατηρήσεις
.....
.....
.....
.....
.....

Αριθ. ατόμων στην «πυρηνική» οικογένεια ¹⁹ Σύνολο ατόμων στο σπίτι ^{20, 21}

Σειρά γέννησης παιδιού ²² Αριθ. αδελφ. ίδιου φύλου ²³ και αντίθετου ²⁴ φύλου

ΝΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ: 0. Άγνωστη, 1. Νόμιμο, 2. Αναγνωρισμένο εξώγαμο, 3. Μη αναγνωρισμένο εξώγαμο, 4. Άλλο ²⁵

(Β) ΚΑΤΟΙΚΙΑ-ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Είδος κατοικίας

1. Φτωχού τύπου μονοκατοικία
2. Μέσου τύπου μονοκατοικία
3. Πολυτελής μονοκατοικία
4. Εργατική πολυκατοικία
5. Μέσου τύπου πολυκατοικία
6. Πολυτελής πολυκατοικία
7. Ίδρυμα
8. Άλλο

²⁶

Νομικός τύπος κατοικίας

1. Ιδιόκτητο
2. Με δάνειο
3. Με ενοίκιο
4. Άλλο

³⁰

Γενική κατάσταση σπιτιού

0. Άγνωστη
1. Καλή
2. Μέτρια
3. Κακή

³¹

Φροντίδα σπιτιού

0. Άγνωστη
1. Σχολαστικά τακτικό
2. Τακτικό
3. Ακατάστατο

³²

Συντελεστής κατοικίας

άτομα  δωμάτια ²⁷⁻²⁹

Αλλαγές σπιτιού την τελευταία 3ετία

0. Καμιά
 1. Μία
 2. Δύο
 3. Τρεις
 4. > Τρεις
- Σύνολο ³³

<p>Χρόνος στην τωρινή διεύθυνση</p> <p>1. < 1 μήνα 4. > 1 χρόνο 2. -6 μήνες Πόσο; 3. -1 χρόνο</p> <p style="text-align: right;">34 <input type="checkbox"/></p>	<p>Τόπος γέννησης γονιών</p> <p>0. Άγνωστος 3. Χωριό 1. Πόλη 4. Άλλο 2. Κωμόπολη</p> <p style="text-align: right;">41 Π <input type="checkbox"/> 42 Μ <input type="checkbox"/></p>
(Γ) ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ	
<p>Ηλικία</p> <p>0. Άγνωστη 4. 30-34 χρ. 1. < 20 χρ. 5. 35-39 χρ. 2. 20-24 χρ. 6. > 40 χρ. 3. 25-29 χρ.</p> <p style="text-align: right;">35 Π <input type="checkbox"/> Μ <input type="checkbox"/> Π <input type="checkbox"/> 36 Μ <input type="checkbox"/></p>	<p>43, 44 Π <input type="checkbox"/> 45, 46 Μ <input type="checkbox"/></p> <p>Αν δεν γεννήθηκαν στην Αθήνα, πόσα χρόνια ζουν στην Αθήνα;</p> <p>Απασχόληση γονιών</p> <p>0. Δεν εργάζεται 47 1. Πλήρης απασχόληση Π <input type="checkbox"/> 2. Μερική απασχόληση 48 3. Άλλο Μ <input type="checkbox"/></p> <p>πατέρας (ώρες απασχόλησης) μητέρα (ώρες απασχόλησης)</p>
<p>Νομική σχέση πατέρα και μητέρας</p> <p>0. Άγνωστη 1. Άγαμη/ος 2. Έγγαμη/ος 3. Χήρα/ρος 4. Σε διάσταση 5. Συζεί (ενώ είναι σε διάσταση ή διαζύγιο) 6. Συζεί (άγαμη/ος ή χήρα/ος)</p> <p style="text-align: right;">37 Π <input type="checkbox"/> 38 Μ <input type="checkbox"/></p>	<p>Εργασία γονιών</p> <p>1. Φοιτητής 10. Υπάλληλος 2. Άνεργος 11. Στρατιωτικός 3. Οικιακά 12. Εκπαιδευτικός 4. Αγρότης 13. Κληρικός 5. Ανεπίδοτος εργάτης 14. Ανώτερος Υπάλληλος 6. Ειδικευμένος εργάτης 15. Εργολάβος 7. Ναυτικός 16. Ελεύθερος επαγγελματίας 8. Οικ. βοηθός 17. Επιστήμονας 9. Βιοτέχνης 18. Άλλο</p> <p style="text-align: right;">49, 50 Π <input type="checkbox"/> 51, 52 Μ <input type="checkbox"/></p> <p>Πατέρας: Μητέρα:</p>
<p>Ηλικία γονιών όταν παντρεύτηκαν</p> <p>0. Άγνωστη 4. 30-34 χρ. 1. < 20 χρ. 5. 35-40 χρ. 2. 20-24 χρ. 6. > 40 χρ. 3. 25-29 χρ.</p> <p style="text-align: right;">39 Π <input type="checkbox"/> Μ <input type="checkbox"/> Π <input type="checkbox"/> 40 Μ <input type="checkbox"/></p> <p>ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΑΜΟΥ</p>	<p>Μόρφωση</p> <p>0. Αγράμματος 1. Μερικές τάξεις Δημοτικού 2. Απόφοιτος Δημοτικού 3. Μερικές τάξεις Γυμνασίου 4. Τεχνική εκπαίδευση 5. Απόφοιτος Γυμνασίου 6. Ανώτερη εκπαίδευση 7. Ανωτάτη</p> <p style="text-align: right;">53 Π <input type="checkbox"/> 54 Μ <input type="checkbox"/></p> <p>Πατέρας: Μητέρα:</p>

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΟΝΙΩΝ

(Α) ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

	ΟΝΟΜΑ	ΣΧΕΣΗ	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΜΟΡΦ	ΥΓΕΙΑ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΠΑΤΕΡΑΣ							
ΜΗΤΕΡΑ							

Αριθμός ατόμων στη γονική οικογένεια Π 55 Μ 56 Σειρά γέννησης
 πατέρα/μητέρα Π 57 Μ 58 Αριθ. αδελφών ίδιου φύλου Π 59 Μ 60
 και του αντίθετου φύλου Π 61 Μ 62

ΝΟΜΙΚΗ ΘΕΣΗ ΠΑΤΕΡΑ/ΜΗΤΕΡΑΣ: 0. Άγνωστη, 1. Νόμιμο, 2. Ανα-

γνωρισμένο εξώγαμο, 3. Μη αναγνωρισμένο εξώγαμο, 4. Άλλο Π 63 Μ 64

<p>(B) ΑΤΜΟΣΦΑΙΡΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</p> <hr/> <p>Οικογενειακές σχέσεις</p> <p>0. Άγνωστες 65 Π <input type="checkbox"/></p> <p>1. Καλές 66 Μ <input type="checkbox"/></p> <p>2. Μέτριες</p> <p>3. Κακές</p>	<p>Γνωριμία των γονιών του παιδιού</p> <p>1. Ελεύθερη (από μόνοι τους) 73</p> <p>2. Συνοικέσιο (με τη συναίνεσή τους) Π <input type="checkbox"/></p> <p>3. Συνοικέσιο (χωρίς τη συναίνεσή τους) 74</p> <p>4. Κλέφτηκαν Μ <input type="checkbox"/></p> <p>5. Άλλο</p>
<p>Απαιτήσεις των γονιών τους</p> <p>— Πώς ήταν η μητέρα σας μαζί σας; Ήταν αυστηρή; Είχε πολλές απαιτήσεις;</p> <p>0. Δεν ξέρω 67</p> <p>1. Πολύ αυστηρή, τιμωρητική, με εξωπραγματικά κριτήρια Π <input type="checkbox"/></p> <p>2. Είχε κριτήρια για ορισμένη συμπεριφορά, έδειχνε όμως δυσαρέσκεια για τις αδυναμίες 68</p> <p>3. Καλωσυνάτη, ανεκτική Μ <input type="checkbox"/></p> <p>— Και ο πατέρας σας; Είχε υπερβολικές απαιτήσεις από σας;</p> <p>0. Δεν ξέρω 69</p> <p>1. Πολύ αυστηρός, τιμωρητικός, με εξωπραγματικά κριτήρια Π <input type="checkbox"/></p> <p>2. Είχε κριτήρια για ορισμένη συμπεριφορά, έδειχνε όμως δυσαρέσκεια για τις αδυναμίες 70</p> <p>3. Καλωσυνάτος, ανεκτικός Μ <input type="checkbox"/></p>	<p>Σταθερότητα σχέσης 75</p> <p>0. Άγνωστη Π <input type="checkbox"/></p> <p>1. Ασταθής/εφήμερη 76</p> <p>2. Σχετικά σταθερή Μ <input type="checkbox"/></p> <p>3. Αρκετά ή πολύ σταθερή</p> <p>(ΑΝ Η ΑΡΧΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΕΧΕΙ ΑΛΛΑΞΕΙ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΤΩΡΙΝΗ ΣΧΕΣΗ)</p> <p>Γνωριμία με τωρινό σύντροφο ή σύζυγο</p> <p>1. Ελεύθερη (από μόνοι τους) 77</p> <p>2. Συνοικέσιο (με τη συναίνεσή τους) Π <input type="checkbox"/></p> <p>3. Συνοικέσιο (χωρίς τη συναίνεσή τους) 78</p> <p>4. Κλέφτηκαν Μ <input type="checkbox"/></p> <p>5. Άλλο</p>
<p>Τιμωρία στην παιδική του/της ηλικία</p> <p>— Τι γινόταν όταν είσασαν εσείς άτακτη σαν παιδί; Πώς σας αντιμετώπιζε γενικά η δική σας μητέρα;</p> <p>0. Δεν ξέρω 71</p> <p>1. Κυρίως με σωματική τιμωρία Π <input type="checkbox"/></p> <p>2. Κυρίως με στέρηση δικαιωμάτων 72</p> <p>3. Κυρίως με μάλωμα Μ <input type="checkbox"/></p> <p>4. Κυρίως με στέρηση αγάπης</p>	<p>ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</p> <p>Αρχηγία στην οικογένεια</p> <p>— Ποιός παίρνει τις αποφάσεις συνήθως στο σπίτι;</p> <p>0. Δεν ξέρω 81</p> <p>1. Ο πατέρας Π <input type="checkbox"/></p> <p>2. Η μητέρα 82</p> <p>3. Κανείς Μ <input type="checkbox"/></p> <p>4. Μαζί</p> <p>5. Άλλος</p>

Πού στηρίζονται κυρίως
σε ώρες κρίσης

0. Άγνωστο
1. Σε κανέναν
2. Σύζυγο
3. Μητέρα/πατέρα
4. Άλλο συγγενή
(ποιόν;
5. Οικογενειακό ή άλλο γιατρό
6. Κοινωνική οργάνωση
(ποιά
7. Γείτονες/φίλους
8. Εκκλησία
9. Δεν ισχύει

83 84
Π Μ

Σχέσει συζύγου ή συντρόφου
με το παιδί

— Πώς τα πάει ο πατέρας/
μητέρα με τον . ; Βοηθάει
καθόλου; Τούχει αδυναμία;

0. Δεν ξέρει
1. Μεγάλο ενδιαφέρον (π.χ.
παίζει μαζί του πολύ, κ.λπ.)
2. Αρκετό ενδιαφέρον
3. Αδιαφορία
4. Απόρριψη
5. Δεν ισχύει

85 86
Π Μ

Επαφές με συγγενείς
και φίλους

1. Σχεδόν κάθε μέρα, 2. Σχεδόν
μία φορά τη βδομάδα, 3. Περίπου
μία φορά το μήνα, 4. Πολύ
σπάνια, 5. Ποτέ, 6. Δεν ισχύει

87 88
Π Μ

Γονείς

89 90
Π Μ

Άλλους συγγενείς

91 92
Π Μ

Γείτονες

93 94
Π Μ

Άλλους φίλους

Ανησυχίες στην οικογένεια

— Σας ανησυχεί κανένα από
τα παρακάτω;

0. Δεν ξέρω
1. Κανένα
2. Χρήματα
3. Γκρίνια στο σπίτι
4. Η υγεία μου
5. Η υγεία των άλλων
6. Οι συνθήκες κατοικίας
7. Η εργασία
8. Οικογενειακή κατάσταση
9. Άλλα, προσωπικά ή ηθικά

95
Π

96
Μ

Άλλες επαφές με ειδικά
κέντρα και κοινωνικές οργα-
νώσεις στο παρελθόν ή τώρα
(Ποιά;)

0. Καμία
1. 1-2
2. > 3

97

Κριτήρια πειθαρχίας

— Μερικοί γονείς θέλουν τα παιδιά τους να υπακούουν αμέσως όταν τους λένε να ησυχάσουν κ.λπ. Άλλοι, δεν το νομίζουν τόσο σημαντικό να υπακούουν αμέσως. Εσείς τι νομίζετε;

0. Δεν ξέρω

1. Γενικά, περιμένει από το παιδί να υπακούει με την πρώτη ή δεύτερη προσταγή. Δεν αντέχει την καθυστέρηση.

2. Θέλει το παιδί να πειθαρχεί αλλά είναι λίγο ελαστικός. Καμιά φορά χρησιμοποιεί πίεση, αλλά γενικά έχει αντοχή.

5. Δεν απαιτεί ή περιμένει πειθαρχία. Πιστεύει ότι αυτό δεν ισχύει για ένα παιδί τόσο μικρό. «Οι γονείς μπορούν κι αυτοί να κάνουν λάθη».

Π 98Μ 99**Στάση και προσδοκίες από το παιδί**

Σε παρακαλώ απάντησε με ναι ή όχι στις πιο κάτω φράσεις:

— Τα παιδιά πρέπει να σεβονται και να υπακούουν τους γονείς τους;

1. Ναι 2. Όχι Π 100

Μ 101

— Δεν πρέπει να υποχωρούμε στις απαιτήσεις των παιδιών γιατί τα κακομαθαίνουμε.

1. Ναι 2. Όχι Π 102

Μ 103

— Πιστεύετε ότι λίγο-πολύ κάνατε στη ζωή σας αυτό που περιμένατε (σπουδές, εργασία, κ.λπ.) ή θα θέλατε να ήταν τα πράγματα πολύ διαφορετικά.

0. Δεν ξέρει

1. Ναι κατάφερα να κάνω ότι ήθελα.

2. Έτσι κι έτσι, κατάφερα μερικά, άλλα όμως όχι.

3. Όχι θάθελα νάχαν πάει τα πράγματα πολύ διαφορετικά. Π 104

4. Άλλο. Μ 105

— Τι σχέδια κάνετε για τον/την Μέχρι που θα θέλατε να φτάσει στα γράμματα;

1. Λίγες τάξεις Δημοτικού

2. Δημοτικό, Γυμνάσιο

3. Να τελειώσει Λύκειο

4. Τεχνική εκπαίδευση

5. Πανεπιστήμιο

6. Άλλο

Π 106Μ 107

— Και τι δουλειά να κάνει;

.....

..... Π 108..... Μ 109

— Νομίζετε ότι θα μπορέσουν να εκπληρωθούν αυτά τα σχέδια και όνειρά σας;

0. Δεν ξέρω

1. Ναι

2. Όχι

Π 110Μ 111

ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ένταση στις δια-
προσωπικές σχέσεις

Βαθμολογία: 0. Άγνωστο/δεν ισχύει, 1. Όχι αξιοσημείωτη, 2. Υπάρχει σε μέτριο βαθμό, 3. Σε σοβαρό βαθμό.

Μέσα στην οικογένεια ... 112

Με άλλους συγγενείς ... 113

Με άλλους 114

Άλλα προβλήματα
στην οικογένεια

0. Αλκοολισμός, 1. Ναρκωτικά, 2. Ποινικό μητρώο, 3. Ανεργία, 4. Ασθένειες, 5. Ψυχιατρικό πρόβλημα, 6. Υπερβολική φτώχεια, 7. Απουσία πατέρα/μητέρας, 8. Άλλο.

0. Κανένα
1. Ένα ως δύο
2. Τρία ως τέσσερα
3. Περισσότερα από πέντε .. 115

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΑΤΕΡΑ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ
(Εκτίμησή Ερευνητή)

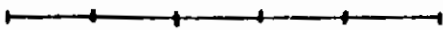
Δίνει επαρκείς
πληροφορίες
για το πρόβλημα



Θεωρεί το παιδί
υπεύθυνο
για το πρόβλημα



Θεωρεί τον εαυτό
του υπεύθυνο
για το πρόβλημα



Φαίνεται να έχει
υψηλό νοητικό
επίπεδο



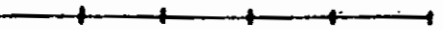
Δείχνει εχθρική
ή επιθετική
διάθεση



Δείχνει ανησυχία
και ταραχή



Φαίνεται
ικανοποιημένος
όταν φεύγει



Δίνει ανεπαρκείς
πληροφορίες
για το πρόβλημα

Θεωρεί το παιδί
ανεύθυνο
για το πρόβλημα

Θεωρεί τον εαυτό
του/της ανεύθυ-
νο για το πρό-
βλημα

Φαίνεται να έχει
χαμηλό νοητικό
επίπεδο

Δείχνει φιλική και
μη επιθετική
διάθεση

Δείχνει ηρεμία
και ψυχραιμία

Φαίνεται
δυσανεστημένος
όταν φεύγει

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ
(Εκτίμηση Ερευνητή)

Δίνει επαρκείς
πληροφορίες
για το πρόβλημα



Δίνει ανεπαρκείς
πληροφορίες
για το πρόβλημα

Θεωρεί το παιδί
υπεύθυνο
για το πρόβλημα



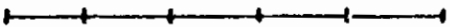
Θεωρεί το παιδί
ανεύθυνο
για το πρόβλημα

Θεωρεί τον εαυτό
του υπεύθυνο
για το πρόβλημα



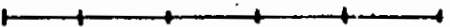
Θεωρεί τον εαυτό
του/της ανεύθυ-
νο για το πρό-
βλημα

Φαίνεται να έχει
υψηλό νοητικό
επίπεδο



Φαίνεται να έχει
χαμηλό νοητικό
επίπεδο

Δείχνει εχθρική
ή επιθετική
διάθεση



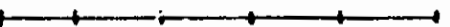
Δείχνει φιλική και
μη επιθετική
διάθεση

Δείχνει ανησυχία
και ταραχή



Δείχνει ηρεμία
και ψυχραιμία

Φαίνεται
ικανοποιημένη
όταν φεύγει



Φαίνεται
δυσανεστημένη
όταν φεύγει

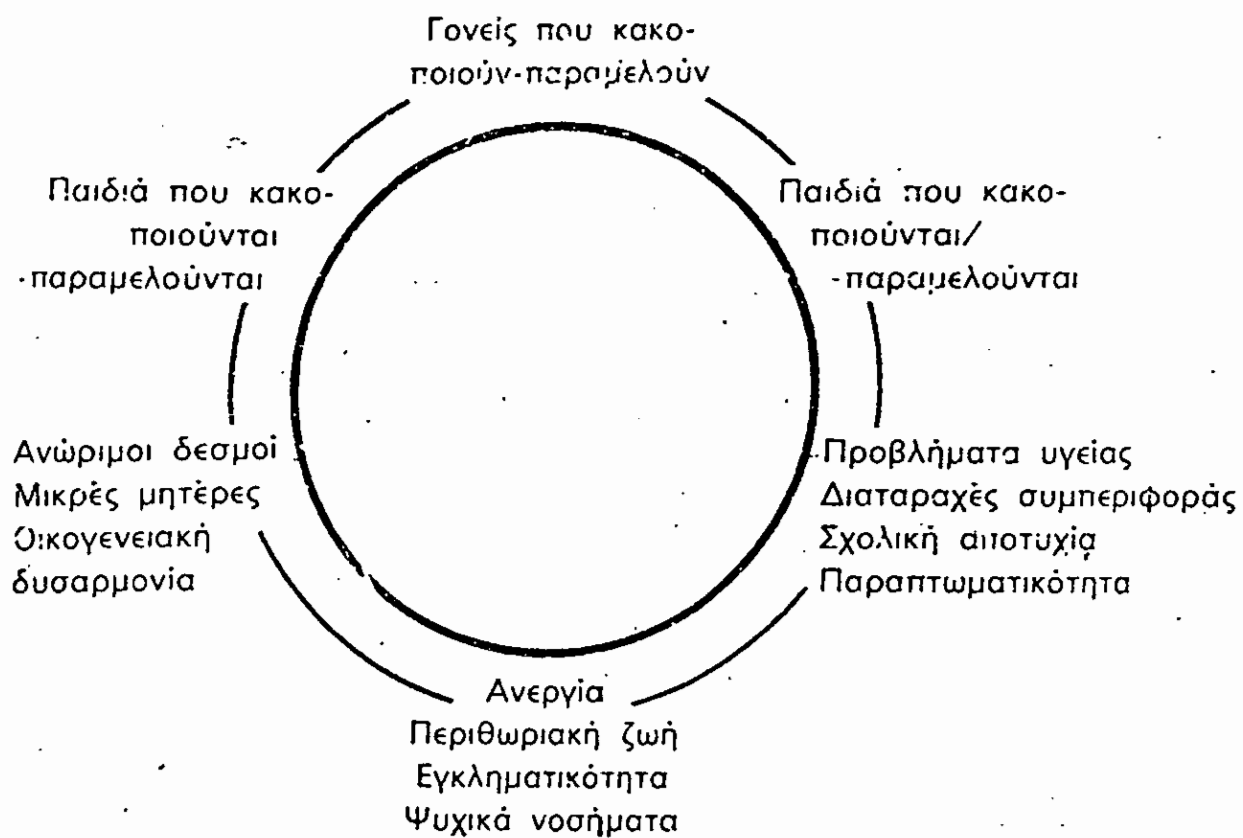
ΠΑΤΕΡΑΣ		ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΑΝΤΩΝ	ΜΗΤΕΡΑ	
Τελ. χρ.	Τελ. μην.		Τελ. χρ.	Τελ. μην.
		1. Θάνατος παιδιού		
		2. Θάνατος συζύγου		
		3. Φυλάκιση		
		4. Θάνατος ενός στενού μέλους της οικογένειας (γονιός, αδελφός)		
		5. Απιστία συζύγου		
		6. Μεγάλες οικονομικές δυσκολίες (πολύ μεγάλα χρέη, χρεοκοπία)		

		7. Αποτυχία σε μια οικονομική επιχείρηση		
		8. Απόλυση		
		9. Αποβολή ή γέννηση νεκρού παιδιού		
		10. Διαζύγιο		
		11. Χωρισμός συζύγων λόγω φιλονικίας		
		12. Έμφάνιση στο Δικαστήριο για σοβαρή νομική παράβαση		
		13. Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη		
		14. Εισαγωγή μέλους της οικογένειας σε Νοσοκομείο (σοβαρή αρρώστια)		
		15. Χωρίς δουλειά για ένα μήνα		
		16. Θάνατος ενός στενού φίλου		
		17. Επαγγελματικός υποβιβασμός		
		18. Σοβαρή οργανική αρρώστια (εισαγωγή σε Νοσοκομείο ή αναρρωτική άδεια για ένα μήνα)		
		19. Αρχή εξωσυζυγικής σχέσης		
		20. Απώλεια αγαπημένου προσωπικού αντικειμένου		
		21. Μύνηση		
		22. Ακαδημαϊκή αποτυχία (σημαντικό διαγώνισμα ή μάθημα)		
		23. Γάμος παιδιού χωρίς τη συναίνεση του εξεταζόμενου		
		24. Διάλυση αρραβώνα		
		25. Αύξηση προστριβών με σύζυγο		

		26. Αύξηση προστριβών με μέλος της οικογένειας που ζει στο σπίτι		
		27. Αύξηση προστριβών με μνηστήρα ή με «μόνιμο δεσμό»		
		28. Δανεισμός χρημάτων (ποσό μεγαλύτερο του 1/2 των ετήσιων αποδοχών)		
		29. Στράτευση του γιού		
		30. Προστριβές με τον προϊστάμενο ή συνεργάτη		
		31. Προστριβές με μέλος της οικογένειας που ζει χωριστά (πεθερικά, συγγενείς)		
		32. Μετακίνηση σε άλλη χώρα		
		33. Εμμηνόπαυση		
		34. Μέτριες οικονομικές δυσκολίες (ενοχλητικές αλλά όχι σοβαρές π.χ. αυξημένες δαπάνες, πιέσεις από ωφειλότες)		
		35. Αποχωρισμός από σημαντικό πρόσωπο (στενό φίλο ή συγγενή)		
		36. Συμμετοχή σε κύριο διαγώνισμα		
		37. Χωρισμός συζύγων χωρίς φιλονικία		
		38. Αλλαγή ωραρίου εργασίας (υπερωρίες, δεύτερη δουλειά, λιγότερη από συνήθως)		
		39. Καινούργιο πρόσωπο στο νοικοκυριό		
		40. Συνταξιοδότηση		
		+i. Αλλαγή στις συνθήκες εργασίας (καινούργιο τμήμα, καινούργιος προϊστάμενος, μεγάλη αναδιοργάνωση)		
		42. Αλλαγή στο είδος της εργασίας		
		43. Διάκοπή μόνιμου δεσμού. (τουλάχιστον για 3 μήνες)		

		44. Μετακίνηση σε άλλη πόλη		
		45. Αλλαγή σχολείων		
		46. Διακοπή σπουδών (αποφοίτηση ή εγκατάληψη των σπουδών με τη θέλησή του)		
		47. Παιδί φεύγει από το σπίτι π.χ. Πανεπιστ.		
		48. Επανασύνδεση συζυγικών σχέσεων (εφόσον ο ένας σύζυγος είχε φύγει από το σπίτι)		
		49. Μικρού βαθμού νομική παράβαση		
		50. Γέννηση ζωντανού παιδιού (για μητέρα)		
		51. Εγκυμοσύνη συζύγου		
		52. Γάμος		
		53. Προαγωγή		
		54. Όχι σοβαρή οργανική αρρώστια (που να χρειάζεται ιατρική περίθαλψη)		
		55. Μετακίνηση στην ίδια πόλη		
		56. Γέννηση παιδιού (για πατέρα) ή υιοθεσία		
		57. Αρχή σπουδών (μερική ή ολική απασχόληση)		
		58. Παιδί αρραβωνιάζεται		
		59. Αρραβώνας		
		60. Επιθυμητή εγκυμοσύνη		
		61. Παιδί παντρεύεται με τη συναίνεση του εξεταζόμενου		

Η κυκλική μορφή της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών



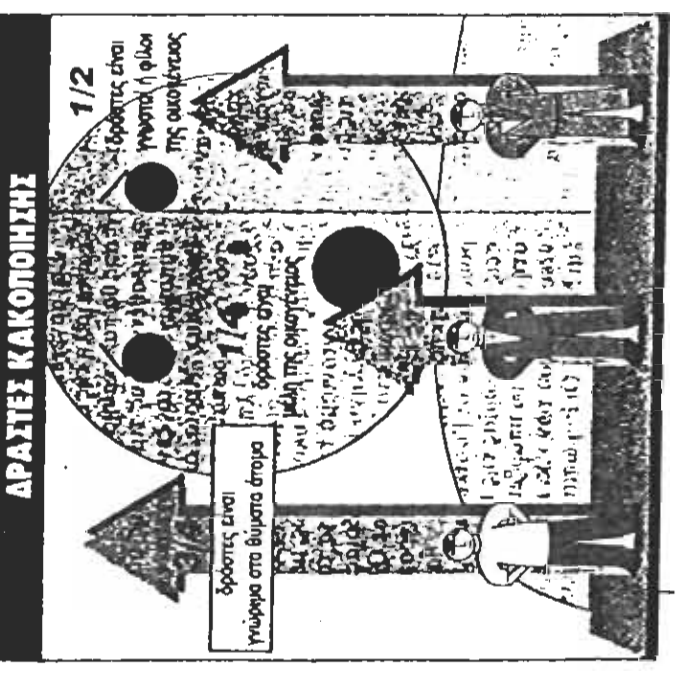
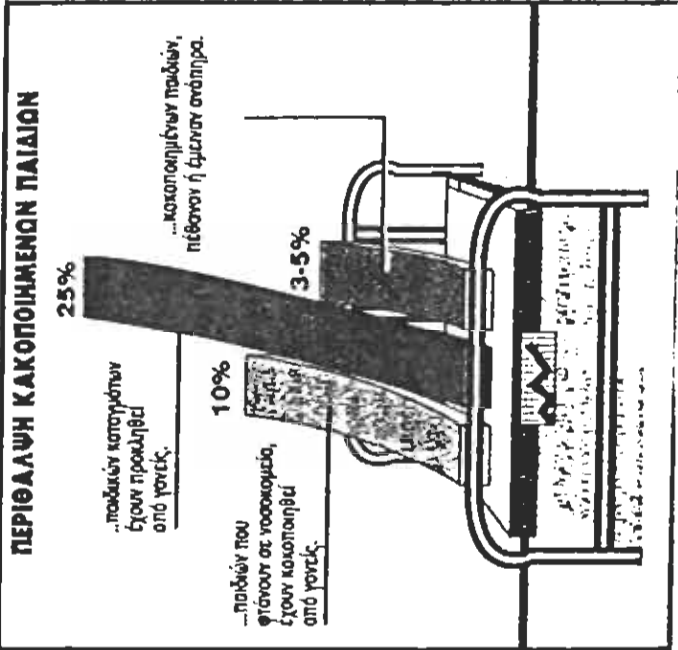
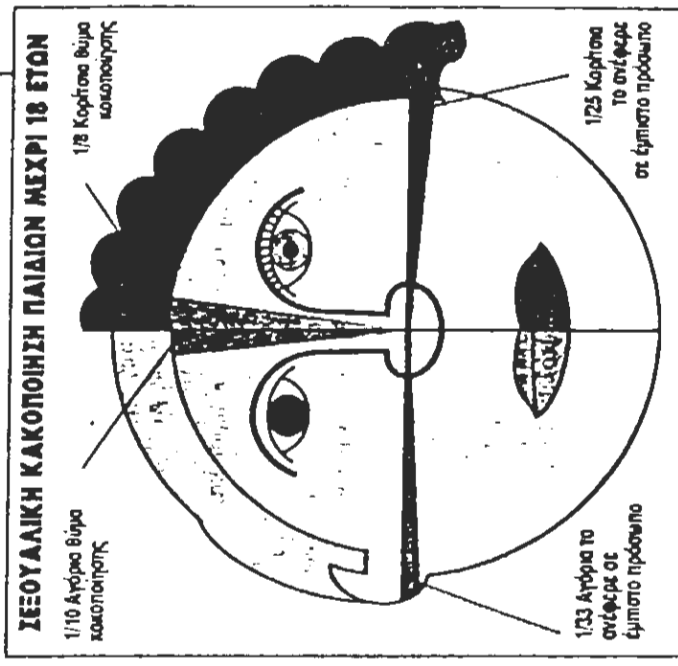
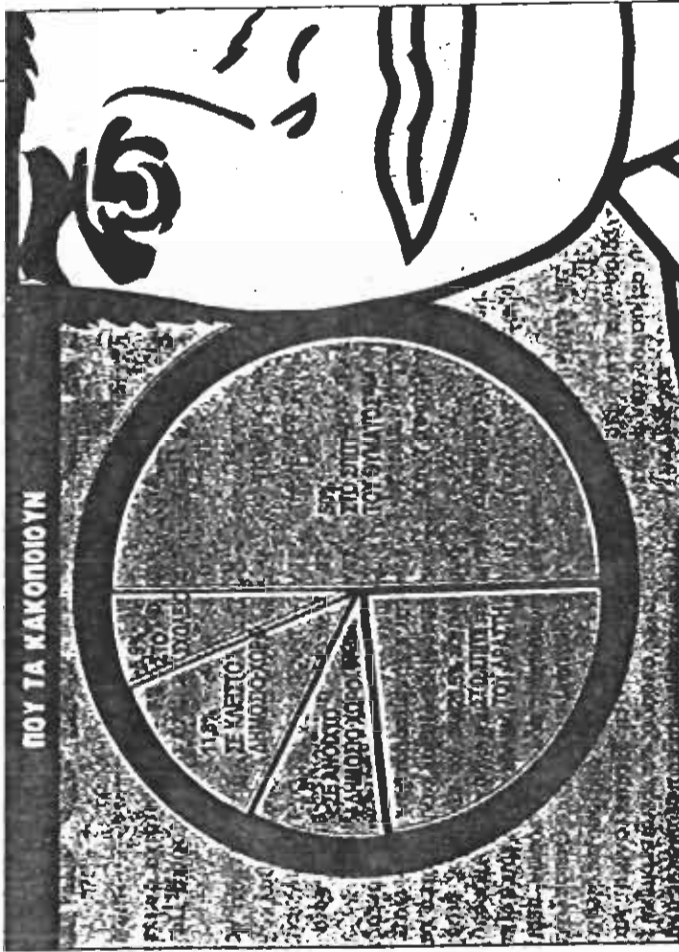
Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα στο χώρο της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών συνοψίζεται ως εξής:

Άμεσος χώρος ΚαΠα

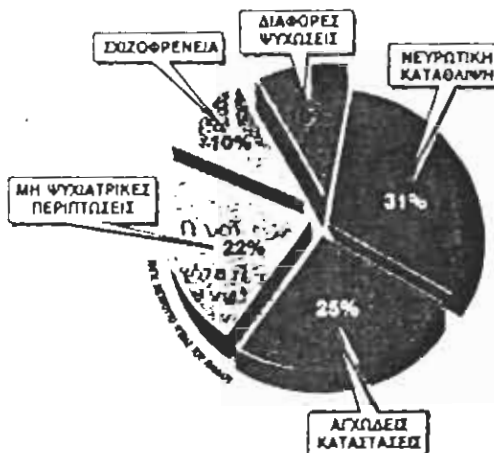
1. Απουσία οποιασδήποτε κρατικής ή ιδιωτικής οργανωμένης προσπάθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος (διάγνωση-θεραπεία-αποκατάσταση).
2. Περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση ερευνητικού προγράμματος (Ι.Υ.Π.).
3. Έλλειψη ευαισθητοποίησης ειδικών (γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτών υγείας, αστυνομίας, επιμελητών ανηλίκων κ.ά.).
4. Έλλειψη ευαισθητοποίησης κοινού.
5. Εκτεταμένη παραδεκτή χρήση βίας μέσα στην οικογένεια στα πλαίσια της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης των παιδιών.
6. Έλλειψη ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος, δηλαδή:
 - α) Επιτροπικό δικαστήριο
 - β) Εξασφάλιση παραμονής του κακοποιημένου παιδιού στο Νοσοκομείο, παρά τη θέληση των γονιών, για ορισμένο χρονικό διάστημα (place of safety order)
 - γ) Προϋποθέσεις ακαταλληλότητας γονέων και αναπλήρωσης επιμέλειας.
 - δ) Προϋποθέσεις και διαδικασία καταγγελίας περιστατικών ΚαΠα
 - ε) Νομική κατοχύρωση προσωπικού ιδιαίτερα κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε προγράμματα ΚαΠα.
 - στ) Η Αστυνομία συνήθως αποφεύγει να ασχοληθεί με «οικογενειακές υποθέσεις».
7. Έλλειψη Σταθμού Α΄ Κοινωνικών Βοηθειών για την αντιμετώπιση επειγόντων κοινωνικών περιστατικών.
8. Ανεπαρκής συντονισμός υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης.

Ευρύτερος χώρος

1. Ποιτικά πολύ χαμηλή και ακατάλληλη Παιδική Προστασία (ανάδοχες οικογένειες, κλειστή και ανοικτή περίθαλψη, επιδοτήσεις κ.ά.).
2. Ανεπαρκής συντονισμός και κατακερματισμός των υπηρεσιών ιδιαίτερα σε ότι αφορά την περαιτέρω παρακολούθηση (follow-up) των περιπτώσεων μεταξύ των πολλαπλών και διαφορετικών φορέων.
3. Έλλειψη παρακολούθησης (follow-up) των νέων που «αποφοιτούν» από τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.
4. Αριθμητική και ποιοτική ανεπάρκεια βρεφονηπιακών σταθμών και περιορισμένο ωράριο λειτουργίας τους.
5. Έλλειψη συμβουλευτικών κέντρων για την οικογένεια.
6. Ανεπαρκής ενημέρωση πληθυσμού σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ειδικά σε ότι αφορά την Ψυχική Υγεία και την Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.
7. Περιορισμένη ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού.
8. Αποκλεισμός των γονιών από τα τμήματα εντατικής νοσηλείας ..ρωρών και νεογνών.
9. Παντελής έλλειψη παρεμβατικών προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας (out-reach programs), για κοινωνικά απομονωμένες, πολυπροβληματικές οικογένειες.
10. Έλλειψη προγραμμάτων προετοιμασίας των νέων για το γονικό ρόλο.
11. Περιορισμένη και ανεπαρκής έρευνα της ελληνικής οικογένειας.
12. Ελάχιστη και ασυντόνιστη έρευνα στον τομέα της Παιδικής Προστασίας.
13. Έλλειψη ειδικών προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας σε οικιστικές περιοχές «αυξημένου κινδύνου».
14. Συγκεντρωτική διοίκηση στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, ιδιαίτερα της παιδικής προστασίας.
15. Έλλειψη αξιοποίησης των μέσων μαζικής ενημέρωσης για εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα.
16. Άτολη παιδική προστασία. Σε περιπτώσεις γονικής καταλληλότητας, ο προσανατολισμός των διάφορων φορέων είναι τέτοιος ώστε σχεδόν πάντα προασπίζει το «γονικό» συμφέρον και όχι το ατομικό συμφέρον του παιδιού. Αποτέλεσμα, τα παιδιά να «λιμνάζουν» στα ιδρύματα επί χρόνια, χωρίς προγραμματισμό.
17. Άνιση κατανομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας.
18. Χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο προσωπικού ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης, παντελής έλλειψη μετεκπαίδευσης, επιλογή προσωπικού ιδρυμάτων με αναχρονιστικά κριτήρια (π.χ. απόφοιτοι ιδρυμάτων προτιμούνται).



**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ
48 ΜΗΤΕΡΩΝ**



Τα ψυχιατρικά χαρακτηριστικά των μητέρων κακοποιημένων παιδιών είναι αντικείμενο επιστημονικής έρευνας. Στο πλαίσιο μιας τέτοιας έρευνας, που παρουσιάστηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, έγινε ψυχιατρική ταξινόμηση 48 μητέρων κακοποιημένων παιδιών. Μόνο 11 περιπτώσεις (ποσοστό 22%) κρίθηκαν μη ψυχιατρικές. Για τις υπόλοιπες, η αξιολόγηση ήταν: Νευρωτική κατάθλιψη 15 περιπτώσεις (31%), αγχώδεις καταστάσεις 12 (25%), σχιζοφρένεια 5 (10%), άλλες ψυχώσεις 5 (10%).

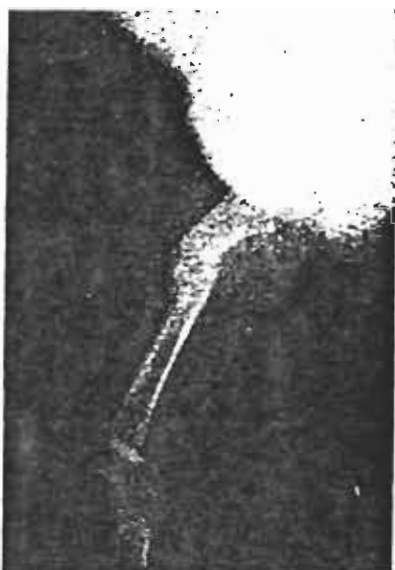


Η αναζήτηση της Ιθάκης στην Οδύσσεια των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών είναι μια σημαντική πτυχή στη δράση της κοινωνίας μας και των οργανωμένων φορέων της. Τα στοιχεία του γραφήματος προέρχονται από την έρευνα για κοινωνική αποκατάσταση 89 κακοποιημένων παιδιών. Από αυτά, τα 19 φοίτησαν σε παιδιατρικό σταθμό, τα 34 εισήχθησαν σε ίδρυμα κλειστής περιθαλψής. Για τα 12 υπήρξαν ανάδοχες οικογένειες, για το 1 υιοθεσία, για τα 23 νομοθετική παρέμβαση και για τα 7 φοίτηση σε ημερήσιο ειδικό σχολείο.

Παιδί με πολλαπλές κατώσεις στο πρόσωπο



Παιδί με τραύματα στο μέτωπο και στο πρόσωπο (χαρακτηριστικό το «παγερό» βλέμμα του παιδιού)



Κάταγμα μηριαίου οστού σε κακοποιημένο παιδί



Μελανιές στα κάτω άκρα και ουλές (απο εγκαύματα τσιγάρου)
σε παιδί ηλικίας 3 ετών



Πολλαπλά εγκαύματα (2ου και 3ου βαθμού από ηλεκτρικό σίδερο) και μελανιές στο γλουτό, σε παιδί ηλικίας 16 μηνών



Το παιδί που ήρθε από το Πουθενά

ΑΥΤΟ το κορίτσι είναι δύο χρόνων. Βγήκε μόνο του, ζηλευμένα, σ' ένα δωμάτιο της Θεσσαλονίκης. Το όνομά του δεν υπάρχει σε κανένα ληξιαρχείο. Την είχαν Νινθία κι έρχεται από το πουθενά. Ζαν τους αγέλαους...

Η ψυχοπαθής, άνεργη και άστεγη μάνα
πέταξε το κοριτσάκι της από το παράθυρο

ΦΟΝΙΚΗ ΜΙΖΕΡΙΑ

**Γονείς – τέρατα
κακοποιούσαν
δύο παιδιά**

18χρονη σερβιτόρα εγκατέλειψε τη 10μηνη κόρη της

ΧΩΡΙΣ ΜΑΝΑ

"ΤΑ ΝΕΑ" 12/10/1993

Χιλιάδες Ελληνόπουλα δέχονται σωματική
σεξουαλική και ψυχολογική βία κάθε
χρόνο από τους γονείς τους!

Κόλαση για 9.000 παιδιά

1 ΜΙΚΡΗ ΑΝΝΑ - Μαρία σώθηκε από θούμα. Το παιδί έχει μώλωπες στην πλάτη, αλλά δεν τιμωπίζει κανένα άλλο πρόβλημα. Ούτε συμπτισμό ούτε κακώσεις.
2 ΜΟΛΙΣ 26 μηνών ΑΝΝΑ - Μαρία νοσηλεύεται από χτες το μεσημέρι στη νευροχειρουργική κλινική. Μοναδική της συντροφιά και οι γιατροί και οι νοσοκόμες, που προτιθούν να αναπληρώσουν τα χάδια και τη

στοργή που είναι εμφανές ότι της λείπουν... Το παιδί ούτε κλαίει ούτε γελάει. Έχει μια έκφραση αφύσικα πογερή για την ηλικία του. Καλά καλά δεν μιλάει. «Ένα τόσο μικρό

μωρό δεν μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά του», λέει ο πρόεδρος του νοσοκομείου κ. Ν. Ντόνος, αλλά η μικρή ΑΝΝΑ - Μαρία τον διαψεύδει με τη στάση της: Ούτε μια

στιγμή, από τότε που πήγε στο νοσοκομείο, δεν είπε τη λέξη «μαμά»... Στο «Παιδών Αγία Σαφί» έφτασε γύρω στις 12.30 το μεσημέρι, χωρίς να συνοδεύεται από κανέναν. Οι τραυματιοφορείς είπαν στους γιατρούς ότι την πέταξε η μητέρα της από τον 2ο όροφο αστυνομικού τμήματος, αλλά κανείς δεν το πίστεψε στο πρώτο άκουσμα.

Στο «σκαμνί» και για αιμομειξία
η... μάνα του 9χρονου Νίκου
που είναι κλινικά νεκρός

Αποπλανούσε το γιο της!

Θεσσαλονίκη
Ενας αρρωστημένος κόσμος αποκαλύπτεται στην υπόθεση της 42χρονης μητέρας από τον Εύοσμο, που κακοποιούσε τα δύο ανήλικα παιδιά της, με αποτέλεσμα ο 9χρονος γιος να προσπαθήσει να βάλει τέλος στη ζωή του παίρνοντας μεγάλη ποσότητα ναρκωτικών χαπιών.

Η Θεοδώρα Σουφάρα, σύμφωνα με τις φρικιαστικές καταγγελίες του άτυχου αγοριού της Νίκου Βατάμνα, στην Αστυνομία, όχι μόνο τον κακομεταχειριζόταν, αλλά και τον υποχρέωνε με τη βία να έχει... οεξουαλικές σχέσεις μαζί της.

Η υπόθεση αυτή ερευνάται από τις αρχές του καλοκαιριού, όταν το αγόρι κατέφυγε στο τοπικό αστυνομικό τμήμα ζητώντας από τους αστυνομικούς να τον βοηθήσουν να επιστρέψει στο ορφανοτροφείο, επειδή η ζωή με την μητέρα του ήταν αβάσταχτη.

Εκείνο ακριβώς το χρονικό διάστημα είχε εισαχθεί και η 4χρονη αδελφή του Γιάννα στο νοσοκομείο, με ψυχολογικά τραύματα, που είχαν δημιουργηθεί στην παιδική της ψυχή από τη «μητρική» συμπεριφορά.

Το ανήλικο αγόρι τότε είχε περιγρόψει με ανατριχιαστικές λεπτομέρειες ότι ακριβώς το ανάγκαζε να κάνει η μητέρα του.

Οι αστυνομικοί είχαν παρακλήσει την υπόθεση στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε διατάξει να ερευνηθεί η υπόθεση σε βάθος, καθώς η Σουφάρα δεν είχε εντοπιστεί στο πλαίσιο του Αυτοφώρου.

Η 42χρονη είχε χαρακτηρίσει «μύθους» τις καταγγελίες του γιου της και ισχυρίστηκε ότι δεν είχε οεξουαλική ζωή, καθώς αντιμετώπιζε διάφορα γυναικολογικά προβλήματα.

Ο εισαγγελέας, όμως, που διενήργησε την προκαταρκτική εξέταση, βρήκε εννοιοποιητικά στοιχεία για την Σουφάρα, και άσκησε σε βάρος της ποινική δίωξη για αποκλήρωση ανήλικου και αιμομειξία κατ'

εξακολούθησιν. Για την υπόθεση αυτή η 42χρονη θα απολογηθεί στον ανακριτή το πρωί της Τρίτης.

Η Σουφάρα λικοθύμησε και πτες, για δεύτερη φορά, κατά την προσαγωγή της στην ανακριτρία κ. Στρούγκα. Απολογούμενη αρνήθηκε τις κατηγορίες της έκθεσης ανήλικου σε βαθμό κακουργηματος και την παράνομη κατοχή ναρκωτικών χαπιών, που της είχαν απαγγελθεί.

«Εγώ αγαπώ τα παιδιά μου», ισχυρίστηκε, «και γι' αυτά ήρθα στην Ελλάδα από την Τσεκία. Είναι όλα ψέματα. Δεν τα χτυπούσα, ούτε τα κακομεταχειριζόμουν».

Μιλώντας για τον 9χρονο Νίκο, που είναι κλινικά νεκρός στην εντατική κλινική του Ιπποκράτειου νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, είπε ότι το παιδί είναι διανοητικά καθυστερημένο, και κατηγορήσε τους γιατρούς πως αδιαφόρησαν για την περιπτώσή του.

Αναφερόμενη στα ναρκωτικά χάπια που βρέθηκαν στο σπίτι της, είπε ότι κάνει χρόνια κρήση, καθώς είχε ψυχολογικά προβλήματα, αλλά δεν απάντησε στην ερώτηση γιατί τα είχε αφήσει επάνω στο τραπέζι της κουζίνας και δίπλα είχε αφήσει ένα μουσκάλι κοντινοφάρμακο.

Η κατηγορούμενη κρίθηκε προφυλακιστέα, θα κρατηθεί προσωρινά στο τμήμα Μεταγωγών μέχρι την Τρίτη, και

στη συνέχεια θα μεταφερθεί στις φυλακές Κορυδαλλού.

Η Θεοδώρα Σουφάρα πριν από δύο χρόνια είχε καταδικαστεί σε φυλάκιση 11 μηνών για έκθεση ανήλικου.

Τότε είχε κακοποιήσει την ανήλικη κορούλα της, Γιάννα, την οποία μάλιστα είχε αφήσει και για μέρες νηστική.

Η επιμέλεια των παιδιών είχε αφαιρεθεί δύο φορές από την 42χρονη, αλλά ύστερα από λίγους μήνες κατόρθωνε και έκαιρνε πίσω στο σπίτι τα παιδιά της γιατί δεν της είχε αφαιρεθεί η γονική μέριμνα.



Η 42χρονη Θεοδώρα Σουφάρα κατά την προσαγωγή της στην ανακριτρία.

Η ΜΙΚΡΗ ΝΙΝΕΤΑ - ΑΔΗΛΩΤΗ ΣΤΟ ΛΗΞΙΑΡΧΕΙΟ - ΠΕΡΠΑΤΟΥΣΕ ΧΤΥΠΗΜΕΝΗ ΝΥΧΤΑ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

όνη, γυμνή και «ανύπαρκτη»

ΡΕΠΟΡΤΑΖ:
Βίκυ Χαρισσοπούλου

Το παιδί, που κυκλοφορούσε χτυπημένο, ημίγυμνο και απροστάτευτο στις 3 τα ξημερώματα χθες στην περιοχή της Ευαγγελίστριας Θεσσαλονίκης, είναι... τυπικά ανύπαρκτη. Η μικρή Νινέτα, δύο μόλις χρόνων, αλλά και η αδελφή της Ελένη, τριών χρόνων, δεν έχουν δηλωθεί ποτέ στο Ληξιαρχείο και για την πολιτεία... δεν υπάρχουν.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Γραφείο Βόθρ. Ελλάδας

ΤΑ ΞΗΜΕΡΩΜΑΤΑ χθες η μικρή Νινέτα βρέθηκε μόνη, γυμνή και με δεκάδες μώλωπες στα χέρια και το πρόσωπο να... περιφέρεται σε κεντρικό δρόμο της περιοχής Ευαγγελίστριας.

Το παιδί εντόπισαν τυχαία περιπολούντες αστυνομικοί και το μετέφεραν στο Κεντρικό Νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται.

Μια ακόμη τραγική ιστορία δύο παιδιών - αν όχι «ένός... κατώτερου Θεού» - αλλά σίγουρα δύο δόλων ικανών για το μεγαλύτερο τους γονιών - βγήκε χθες στο φως της δημοσιότητας.

Η άγνωστη μικρή, που συνάντησαν οι αστυνομικοί να περιφέρεται σε κεντρικούς δρόμους της Ευαγγελίστριας σχεδόν μπουκουλιάνιας (δεν κερπατά ακόμη καλά), δεν ήξερε να τους πει καν το όνομά της.

Φώναζε μονάχα «Ελένη» - καλώντας σε βοήθεια τη μεγαλύτερη της αδελφή - όπως διαπιστώθηκε αργότερα.

Η μητέρα των δύο παιδιών - και έγκυος στον τέταρτο μήνα, σ' ένα τρίτο παιδί - Αλεξάνδρα Μακρίδου, 27 ετών, ισχυρίζεται πως... άφησε το παιδί στο σπίτι με τον φίλο της, πήγε μαζί της τη μεγαλύτερη κόρη της και... πήγε να συναντήσει τον άλλο φίλο της - και πατέρα των δύο παιδιών - Βασίλη Μακαδαίο.

Όταν γύρισε το πρωί για να παραλάβει τη μικρή Νινέτα, διαπίστωσε πως το παιδί έλειπε.

Η νεαρή μητέρα έχει κατά καιρούς νοσηλευθεί στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης με έντονα ψυχικά προβλήματα.

Εκεί γνώρισε πριν από τέσσερα χρόνια τον Μακαδαίο - που νοσηλευόταν επίσης - και μαζί τους έκανε τα δύο κοριτσάκια.

Ο Μακαδαίος δεν αναγνώρισε ελλίσματα τα δύο - του παιδιού - τα οποία, όπως διαπιστώθηκε, δεν έχουν ποτέ δηλωθεί στο Ληξιαρχείο.

Η Μακρίδου, σύμφωνα πάντα με την κατάθεσή της στην αστυνομία, εγκατέλειψε τον Μακαδαίο - τον οποίο συζούσε, όταν γνώρισε έναν Ρώσο - πρόσφυγα αλλά εδώ και επτά μήνες εγκατέλειψε και το δεύτερο φίλο της για να συζήσει τελικά με υ νόο τραστή της, τον ιδιωτικό υπάλληλο Δημήτριο Ψαραλέξη, 32 ετών, στο σπίτι του τελευταίου την Ευαγγελίστρια.

Το βράδυ της Τρίτης, ο Ρώσος πρόσφυγας - πρώην τραστής της πήγε στο σπίτι του Ψαραλέξη περικυκλώνοντας τη Μακρίδου, οι δύο άντρες συνελκίστηκαν και η νεαρή μητέρα, που δούλευε τους τελευταίους μήνες σε μπαρ της Θεσσαλονίκης, πήγε από το σπίτι πορνώντας μαζί της τη μεγαλύτερη κόρη της, Ελένη.

Η Μακρίδου, πέρασε τη νύχτα με τον πατέρα των παιδιών της Βασίλη Μακαδαίο και το πρωί πείστηκε στο σπίτι για να παραλάβει και τη μικρή Νινέτα...

Ο Ψαραλέξης που ρωτήθηκε για την πύχη του «παιδιού», δήλωσε πως κομμάτιαν (!). Το παιδί είναι... θανάω να βγήκε στο δρόμο και να χάθηκε αναζητώντας τη μητέρα του...



Στο νοσοκομείο. Η 3χρονη Νινέτα νοσηλεύεται τώρα στο «Ιπποκράτειο» - με ελαφρά τραύματα σε όλο της το κορμί και εμφανώς βαρύτερα στην ψυχή της



Μητέρα. Δύο παιδιά αδέλφια, έγκυος στο τρίτο, τρεις φίλους και νοσηλεία στην Ψυχιατρική Κλινική

Τραύματα πρόσφατα και παλιά

Ο ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΗΣ Μιχαήλος Τσοπίγκας, που εξέτιμει τη μικρή Νινέτα στο Κεντρικό Νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται, διαπίστωσε τραύματα και μώλωπες από χτυπήματα στο πρόσωπο τα χέρια του παιδιού - όχι μόνο πρόσφατα αλλά και άλλα προκλήθηκαν παλιότερα.

Χαρακτηριστικό είναι πως όταν οι αστυνομικοί και οι νοσημείς ρωτούσαν το παιδί για το όνομα των γονιών του, μόνο άκουσμα των λέξεων «μαμά» και «παπάς» η μικρή Νινέτα έδειχνε γοργά και «γαντζωνόταν» στην αγκαλιά των «κόμμων»...

Η 27χρονη μητέρα που συνελήφθη και ανακρίνεται, αρνήθηκε κατηγορηματικά να δώσει τα παιδιά της σε ιδίωμα και δηλώσεως να τα μεγαλώσει.

Ο φυσικός τους - όχι όμως και νόμιμος - πατέρας διεκδικεί τώρα την επιμέλεια των παιδιών, ενώ ο νύγος τραστής της Μιχαδου, - ο 32χρονος Δημήτρης Ψαραλέξης - δηλώνει πλήρη άγνοια για την... προέλευση των χτυπημάτων που φέρει το παιδί δηλώνει πως... είναι πατέρας μόνο του παιδιού που κινούσε Μακρίδου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Η έρευνα αυτή είναι μια έρευνα γνώμης που θα γίνει σε επαγγελματίες που έχουν ασχοληθεί με περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

Σκοπός της μελέτης αυτής ειδικότερα είναι η συγκέντρωση στοιχείων που θα δώσουν μια άποψη της έκτασης του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού από τη μητέρα, καθώς και της αντιμετώπισής του, σήμερα στην Ελλάδα.

Τα ερωτηματολόγια απαντώνται αγώνυμα, οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη συγγραφή πτυχιακής εργασίας με θέμα:

“Η κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα”

Η πτυχιακή αυτή εργασία γίνεται
από τις σπουδάστριες
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΤΣΙΡΟΠΙΑΝΝΗ ΔΩΡΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Πόσο ετών είστε;

α) 20-29

β) 30-39

γ) 40-49

δ) 50-59

ε) 60 ετών και άνω

2. Είστε,

α) Άνδρας

β) Γυναίκα

3. Τι επάγγελμα κάνετε;

α) Κοινωνικός Λατουργός

β) Ψυχολόγος

γ) Ψυχίατρος

δ) Παιδίατρος

ε) Αστυνομικός

στ) Δικαστής

ζ) Δικηγόρος

η) Άλλο επάγγελμα

4. Πόσα χρόνια κάνετε αυτό το επάγγελμα,

α) Λιγότερο από 3 χρόνια

β) 4-6 χρόνια

γ) 7-9 χρόνια

δ) 10-12 χρόνια

ε) 13 και άνω χρόνια

5. Σε ποια υπηρεσία εργάζεσθε;

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 κακοποίησης ή/και παραμέλησης παιδιών;

α) Ναι

β) Όχι

7. Τι είναι για σας κακοποίηση παιδιών,

.....

8. Τι είναι για σας παραμέληση παιδιών;

.....

9. Το πρόβλημα της κακοποίησης ή/και παραμέλησης παιδιών από τη μητέρα στον τόπο μας είναι:

α) Περιορισμένων διαστάσεων

β) Αρκετά σοβαρό

γ) Μεγάλων διαστάσεων

δ) Δεν γνωρίζω

10. Έχουν πέσει στην αντίληψή σας περιστατικά κακοποίησης ή/ και παραμέλησης παιδιών από τη μητέρα τους;

α) Ναι

β) Όχι

(Σημείωση: Αν όχι παραπομπή ερώτηση 24)

11. Κατά το χρονικό διάστημα που εξασκείτε το επάγγελμα έχουν πέσει στην αντίληψη σας

- α) 1-5 περιστατικά.....
- β) 6-10 περιστατικά.....
- γ) από 10 περιστατικά και πάνω.....

12. Πως έφθασαν σε σας τα περιστατικά;

- α) Από το θύμα.....
- β) Από τον πατέρα.....
- γ) Από συγγενείς.....
- δ) Από γείτονες.....
- ε) Με παραπομπή από άλλη υπηρεσία.....
- στ) Με άλλο τρόπο.....

(Σημείωση: Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις.)

13. Τα περισσότερα παιδιά ήταν:

- α) Αγόρια.....
- β) Κορίτσια.....

14. Τα συμπτώματα που παρουσίαζαν τα παιδιά ήταν:

α) Νιλωπισμοί, ουλές, μελανιές από τσιμπιές, δαγκώματα _____ αριθμός περιπτώσεων

β) Κατάγματα στο κρανίο, στα μακρά οστά, στα πλευρά, τραύματα στα οστά χωρίς να υπάρχει κάταγμα _____

γ) Εγκεφαλικές κακώσεις _____

δ) Εσωτερικές αιμορραγίες _____

ε) Δηλητηρίαση _____

στ) Παραμέληση στην ένδυση, στην τροφή, κ.τ.λ. _____

ζ) Καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια _____

η) Κάτι άλλο _____

θ) Δεν γνωρίζω _____

(Σημείωση: Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις.)

15. Η ηλικία των παιδιών όταν έγινε γνωστή η κακοποίηση ήταν:

α) Κάτω του ενός έτους _____

β) 1-3 χρονών _____

γ) 4-5 χρονών _____

- δ) 6-7 χρονών.....
- ε) 8-9 χρονών.....
- στ) 10-12 χρονών.....
- ζ) Δεν γνωρίζω.....

16. Η κακοποίηση ήταν:

- α) Χρόνια.....
- β) Συνέβη μία φορά.....
- γ) Δεν γνωρίζω.....

17. Στην περίπτωση που ήταν χρόνια, πόσος καιρός είχε περάσει από τότε που άρχισε,

- α) Ένας χρόνος.....
- β) Δύο χρόνια.....
- γ) Τρία χρόνια.....
- δ) Τέσσερα χρόνια.....
- ε) Πάνω από τέσσερα χρόνια.....
- στ) Δεν γνωρίζω.....

18. Ο πατέρας ήταν γνώστης του γεγονότος της κακοποίησης.

- α) Ναι.....
- β) Όχι.....
- γ) Δεν γνωρίζω.....

19. Η ηλικία της μητέρας όταν έγινε γνωστό το περιστατικό ήταν:

- α) Κάτω των 20 ετών.....
- β) 20-30 ετών.....
- γ) 30-40 ετών.....
- δ) 40-50 ετών.....
- ε) 50 ετών και άνω.....
- στ) Δεν γνωρίζω.....

20. Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας ήταν:

- α) Αγράμματη.....
- β) Απόφοιτος Δημοτικού.....
- γ) Απόφοιτος Γυμνασίου.....
- δ) Απόφοιτος Λυκείου.....
- ε) Απόφοιτος Ανωτέρας ή Ανωτάτης Σχολής.....
- στ) Δεν γνωρίζω.....

21. Η μητέρα του κακοποιημένου παιδιού:

α) Εργαζόταν _____

β) Δεν είχε μόνιμη εργασία _____

γ) Ήταν άνεργη _____

δ) Δεν γνωρίζω _____

22. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της μητέρας ήταν:

α) Χαμηλό _____

β) Μεσαίο _____

γ) Υψηλό _____

δ) Δεν γνωρίζω _____

23. Ποιά ήταν η πιο συχνή μορφή κακοποίησης που παρατηρήθηκε:

αριθμός
περιπτώσεων

α) Ψυχολογική/Συναισθηματική κακοποίηση _____

β) Σεξουαλική κακοποίηση _____

γ) Σωματική κακοποίηση _____

δ) Δεν γνωρίζω _____

24. Κατά την γνώμη σας η κακοποίηση ή/και παραμέληση του παιδιού από τη μητέρα, υποβοηθείται να εκδηλωθεί από τους εξής παράγοντες

α) Προσωπικά προβλήματα της μητέρας.....

β) Έλλειψη γνώσης γονεϊκών δεξιοτήτων της μητέρας.....

γ) Διαπροσωπικά προβλήματα της μητέρας με το σύντροφό της.....

δ) Αλκοολισμός ή/και χρήση ναρκωτικών ουσιών.....

ε) Ψυχοπαθολογία της μητέρας.....

στ) Διανοητική καθυστέρηση της μητέρας.....

ζ) Κακή εγκυμοσύνη.....

η) Τυχαία / απρογραμμάτιστη εγκυμοσύνη.....

θ) Συμπεριφορά του παιδιού.....

ι) Κάτι άλλο.....

(Σημείωση: Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις.)

25. Ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί ή/ και παραμεληθεί, μεγαλώνοντας είναι πιθανόν να αναπαράγει την ίδια συμπεριφορά;

α) Ναι.....

β) Όχι.....

γ) Δεν γνωρίζω.....

26. Η μητέρα διαπράττει την κακοποίηση ή/ και παραμέληση του παιδιού εξαιτίας:

α) Ψυχολογικών διαταραχών.....

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 από μία απαντήσεις.)

27. Οι ψυχολογικές συνέπειες που παρατηρήθηκαν στο παιδί ήταν:

σθμός
περιπτώσεων

α) Μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση.....

β) Ψυχιατρικά συμπτώματα (π.χ. ενούρηση, παροξυσμός νεύρων, υπερδραστηριότητα, παράδοξη συμπεριφορά).....

γ) Μειωμένη αυτοεκτίμηση.....

δ) Απόσυρση.....

ε) Εναντιωματική συμπεριφορά.....

στ) Ψυχαναγκαστικότητα.....

ζ) Ψευδοενήλικη συμπεριφορά.....

η) Υπεργρήγορη.....

θ) Μαθησιακά προβλήματα.....

ι) Δεν παρατηρήθηκαν ψυχολογικές συνέπειες

κ) Τάσας για αυτοκτονία

λ) Δεν γνωρίζω

(Σημείωση Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις)

28. Η αντιμετώπιση των περιστατικών γίνεται από

α) Ιατροπαιδαγωγικές μονάδες

β) Νοσοκομεία Παιδών

γ) Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

δ) Κοινωνικές Υπηρεσίες άλλων φορέων

ε) Αστυνομία

στ) Δικαστήρια

ζ) Κάτι άλλο

(Σημείωση Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις)

29. Οι λύσεις που δόθηκαν στις περισσότερες περιπτώσεις ήταν:

α) Επίπληξη στην μητέρα

β) Δικαστική αντιμετώπιση

γ) Παραμονή του παιδιού στην οικογένεια και θεραπεία της οικογένειας

δ) Απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια

ε) Κάτι άλλο

στ) Δεν γνωρίζω

(Σημείωση: Ο ερωτώμενος μπορεί να δώσει παραπάνω από μία απαντήσεις)

30. Ο χειρισμός κατά τη γνώμη σας ήταν επαρκής;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν γνωρίζω

31. Η ισχύουσα νομοθεσία στον Ελλαδικό χώρο είναι επαρκής για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν γνωρίζω

32. Ο τρόπος που αντιμετωπίζονται τα περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στη χώρα μας είναι επαρκής;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν γνωρίζω

33. Αν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε όχι, τί θα προτείνατε,

.....

.....

.....

.....

.....

34. Η μητέρα πρέπει να αντιμετωπίζεται

- α) Με καταδίκη.....
- β) Με απομάκρυνση από την οικογένεια.....
- γ) Με θεραπευτική παρέμβαση.....
- δ) Με κάποιο άλλο τρόπο.....

(Σημείωση. Ο ερωτώμενος μπορεί να διαλέξει μόνο μια απάντηση ή περισσότερες κατά σειρά προτεραιότητας.)

35. Η παρουσία τέτοιων περιστατικών από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχει σαν αποτέλεσμα

- α) Την ενημέρωση του κοινού.....
- β) Τον παραδειγματισμό.....
- γ) Τον κοινωνικό στιγματισμό.....
- δ) Την πρόκληση συναισθημάτων οργής και απέχθειας.....
- ε) Την αύξηση της αναγνωσιμότητας.....
- στ) Κάτι άλλο.....

36. Ο τρόπος που τα περιστατικά κακοποίησης και παραμέλησης παρουσιάζονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης είναι ο κατάλληλος;

α) Ναι.....

β) Όχι.....

γ) Δεν γνωρίζω.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αγάθωνος Ε, "Θεραπευτική Παρέμβαση σε οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους"
Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Α' Έκδοση, Αθήνα 1987.
- 2) Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε
Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991.
- 3) Allen R. Oliver J, "The effects of child maltreatment on language development"
Child abuse and neglect, 1982.
- 4) Βαλάση Αδάμ, "Νέες μορφές Κακοποίησης"
Κακοποίηση και Παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991.
- 5) Gil D.E, "Physical abuse of children",
Pediatrics, 1969.
- 6) Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού,
"Κακοποίηση και Παραμέληση παιδιών, Οδηγός για επαγγελματίες", Αθήνα 1990.
- 7) Κουτσελίνης Α, "Το Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού,
Κακοποίηση και Παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991.
- 8) Kemple, Hefler, "Νεοτεριστικές, θεραπευτικές προσεγγίσεις",
Η Κακοποίηση του παιδιού, (μετάφ. Εκδ. Κουτσούμπος), The Open university, 1985.

- 9) Λιακοπούλου Μ., "Ψυχοκοινωνικός Ναυισμός",
Κακοποίηση και Παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του
παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991
- 10) Λιλιουπούλου Σ., "Εγκληματική προσωπικότητα", ΕΘΝΟΣ,
4/1/1994.
- 11) Lynch M. A., "Child abuse: the critical path",
Journal of maternal and child health, 1976.
- 12) Μάνδρου Ι., "Ιδιοτροπίες γονέων παιδεύουν τέκνα", Το Βήμα,
24/10/1993.
- 13) Μαρούλη Ε., "Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια κακοποιημένου
παιδιού", Εκλογή, Απρίλιος 1979.
- 14) Μαρούλη Ε., "Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου του
κακοποιημένου παιδιού", Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών,
1977, τεύχος 30.
- 15) Μουζακίτης Χ., "Ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού-
διάγνωση, θεραπεία", Κοινωνική Εργασία, 1990, τεύχος 20.
- 16) Μουζακίτης Χ., "Σωματική και Σεξουαλική κακοποίηση του
παιδιού", Κοινωνική Εργασία, 1993, τεύχος 30.
- 17) Μουζακίτης Χ., "Σημειώσεις στο μάθημα Κ.Ε.Ο.", τμήμα
Κοινωνικής Εργασίας, Σ.Ε.Υ.Π. Πατρών, 1990.
- 18) Νάκου Σ., Μαρούλη Ε., Δοξιάδη Σ., "Το σύνδρομο του
κακοποιημένου παιδιού στην Ελλάδα", Πρακτικά τετάρτου
Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, 1978.
- 19) Νάκου Σ., "Κακοποίηση και Παραμέληση Παιδιών: Ιστορική
αναδρομή", Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο
Υγείας του παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991

- 20) Νέτα Σ, "Το πορτραίτο του γονιού που κακοποιεί",
Ελευθεροτυπία, 30/9/1994.
- 21) Σαλκίτζόγλου Π., "Κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών
και το Ελληνικό Δίκαιο", Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών,
Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991.
- 22) Σωτήρχου Ι, "20.000 Ελληνόπουλα βασανίζονται κάθε
χρόνο", Ελευθεροτυπία, 30/9/1994.
- 23) Smith S.M., "The Maltreatment of children, The battered child
syndrome", London, 1975.
- 24) Steele, Pollack, "Γενικά χαρακτηριστικά των γονέων που
κακοποιούν τα παιδιά τους", Η Κακοποίηση του παιδιού,
(μετάφ. Έκδ. Κουτσούμπος). The Open university, 1985.
- 25) Τσιάντης Γ., "Σωματική Κακοποίηση-Παραμέληση και ψυχική
υγεία", Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας
του παιδιού, Β' Έκδοση, Αθήνα 1991.