

8168,00-κυ

**Η ενδοοικογενειακή σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών ηλικίας έως 14 ετών στον Ελλαδικό χώρο**



Μετέχουσα σπουδάστρια  
Μάνθου Παναγιώτα

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός  
Πανταζάκα – Στατίκη Αθανασία  
Καθηγήτρια εφαρμογών

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

Πάτρα, Μάρτιος 1999

ΑΡΙΘΜΟΣ	3105
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	



Η Επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή  
Πανταζάκα – Στρατίκη Αθανασία  
Κοιν. Λειτουργός  
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Υπογραφή  
Αλεξοπούλου Ουρανία  
Κοιν. Λειτουργός/  
Καθηγήτρια Εφαρμογών

Υπογραφή  
Αλεξανδράτου Εύα  
Επιστημονική Συνεργάτης  
Του Τ.Ε.Ι. Πατρών  
Κοιν. Λειτουργός / Εγκληματολόγος

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω, πρώτα απ' όλα την οικογένειά μου για τη συμπαράσταση και τη στήριξη που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της ενασχόλησής μου με την παρούσα μελέτη.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους επαγγελματίες, εργαζόμενους σε όλες τις υπηρεσίες τόσο για την θετική ανταπόκρισή τους στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, όσο και για την προθυμία τους στην παροχή πληροφοριών, βιβλιογραφίας και λοιπών στοιχείων γύρω από το θέμα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου Κα Αθανασία Πανταζάκα για την συμπαράστασή της και τις ορθές συμβουλές παρεμβάσεις προκειμένου να ολοκληρωθεί η παρούσα πτυχιακή.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την καθηγήτρια Κα Αλεξανδράτου Εύα για τις συμβουλές, προκειμένου για την ορθή διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα κακοποιημένα – παραμελημένα και εγκαταλελειμένα παιδιά που συνάντησα κατά την πρακτική μου άσκηση στο Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ». Η επαφή με τα παιδιά αυτά και τα όσα λένε αποτελούν «γροθιά στο στομάχι» που δεν πονά μόνο αλλά αφυπνίζει, ευαισθητοποιεί και διδάσκει. Κι εγώ διδάχθηκα από τα παιδιά αυτά, γι' αυτό και τους οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ.

Σας ευχαριστώ

Μάνθου Παναγιώτα

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη αναλύει το πρόβλημα της ενδοοικογενειακής σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών ηλικίας έως 14 ετών, στην ελληνική επικράτεια.

Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει την έκταση του εν λόγω προβλήματος και να εξετάσει το βαθμό αποτελεσματικότητας των εν Ελλάδι αρμοδίων φορέων.

Για το λόγο αυτό επιχειρείται αρχικά μια ανάλυση των συνθετικών και συστατικών στοιχείων του προβλήματος βάση δεδομένων της ελληνικής αλλά και διεθνούς βιβλιογραφίας. Στην συνέχεια επιχειρείται διερευνητική μελέτη στους κόλπους των Ελλήνων, ειδικών για το θέμα, επαγγελματιών, καθώς και παρουσίαση των αποτελεσμάτων της αυτής έρευνας.

Από την όλη μελέτη του θέματος προέκυψε η ποικιλομορφία του σ' ότι αφορά τις αιτίες και τις συνέπειες του και η σοβαρότητα της έκτασης του στην Ελλάδα.

Με βάση τα παραπάνω προτείνεται, πάνω από όλα μέτρα ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, μέτρα πρόληψης και αναμόρφωσης των ελληνικών υπηρεσιών.

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ**

	Σελίδα
Πίνακας 1	23
Πίνακας 2	39
Πίνακας 3	41
Πίνακας 4	44
Πίνακας 5	46
Πίνακας 6	48
Πίνακας 7	50
Πίνακας 8	51
Πίνακας 9	52
Πίνακας 10	53
Πίνακας 11	53
Πίνακας 12	54
Πίνακας 13	58

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
Αναγνώριση	1
Περίληψη μελέτης	2
Πίνακας υπολογισμών	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή	8
1) Το πρόβλημα	11
2) Σκοπός της μελέτης	15
3) Ορισμοί όρων	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ενδοοικογενειακή Σωματική κακοποίηση Παραμέληση του παιδιού.	
Α: Το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης- παραμέλησης του παιδιού.	22
Β: Άλλα είδη κακοποίησης-παραμέλησης.	22
Σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού.	26
1) Ψυχολογική κακοποίηση παιδιού.	29
2) Νέες μορφές κακοποίησης.	32
Γ: Οικογένεια και κακοποίηση-παραμέληση.	
1) Υγιής οικογένεια.	35
2) Αίτια της κακοποίησης-παραμέλησης.	38
2 <sup>α</sup> ) Προσωπικότητα των γονέων-συζυγικές σχέσεις.	38
2β) Ιστορικό εγκυμοσύνης-τοκετού-νεογνικής	



περιόδου.	46
2γ) Γνωρίσματα του παιδιού.	48
2δ) Κατάσταση-συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας.	50
2 <sup>ε</sup> ) Κατάσταση κρίσης.	57
3) Σχέση θύτη-θύματος, γονέα-παιδιού.	59
4) Ο ρόλος των μελών της οικογένειας.	61
4 <sup>α</sup> ) Ο ρόλος της μητέρας.	61
4β) Ο ρόλος του πατέρα.	64
4γ) Ο των αδελφών του θύματος.	66
Δ: Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης- Παραμέλησης.	
1) Επιπτώσεις για το παιδί-θύμα.	68
2) Επιπτώσεις για τους γονείς-θύτες.	74
3) Επιπτώσεις για την οικογένεια.	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης- παραμέλησης.	
A: Αποκάλυψη του προβλήματος.	77
1) Τρόποι αποκάλυψης.	77
2) «Υποπτη» συμπεριφορά των γονέων.	80
3) Ενδεικτικά σημάδια κακοποίησης στο παιδί.	82
4) Ενδεικτικά σημάδια παραμέλησης στο παιδί.	84
5) Χαρακτηριστικά του σωματικώς κακοποιημένου- παραμελημένου παιδιού.	86
6) Δυσκολίες στην αποκάλυψη του προβλήματος.	89
B: Διάγνωση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.	
1) Κλινική εξέταση του παιδιού.	92
2) Η έρευνα των συνθηκών.	95
3) Η διερεύνηση αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης- παραμέλησης και των γενικότερων σχέσεων παιδιού- γονέων.	97

Γ: Θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού-θύματος.	
1) Επιλογή θεραπευτικής μεθόδου και στόχοι παρέμβασης.	98
2 <sup>α</sup> ) Ατομική θεραπεία παιδιού-θύματος.	100
2β) Θεραπευτική σχέση και καλά προετοιμασμένος θεραπευτής.	103
2γ) Δυσχέρειες που εμφανίζονται στην ατομική θεραπεία.	106
3 <sup>α</sup> ) Ομαδική θεραπεία παιδιού-θύματος.	108
3β) Προετοιμασία της ομάδας και του θεραπευτή.	111
3γ) Δυσκολίες στην ομαδική θεραπεία.	114
4) Μέθοδοι και τεχνικές στην ατομική και ομαδική θεραπεία.	116
Δ: Θεραπευτική αντιμετώπιση των γονέων.	
1) Επιλογή θεραπείας-στόχοι.	120
2) Θεραπευτικές προσεγγίσεις-ρόλος θεραπευτή.	122
3) Δυσκολία στη θεραπεία των γονέων.	131
4) Μέθοδοι και τεχνικές στην θεραπεία των γονέων.	132
Ε: Θεραπευτική αντιμετώπιση.	134
Στ: Οικογενειακή θεραπεία.	137
Ζ: Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.	
1) Αξίες και αρχές του Κοιν. Λειτουργού.	141
2) Τρόπος Παρέμβασης.	142
3) Δυσκολίες του Κοιν. Λειτουργού.	150
Η: Ο ρόλος των άλλων ειδικών.	153
1) Ο ρόλος του Παιδοψυχιάτρου.	153
2) Ο ρόλος του γιατρού.	154
3) Ο ρόλος της νοσηλεύτριας και της επισκέπτριας	
Υγείας.	157
Θ: Πρόληψη κακοποίησης-παραμέλησης.	158
Ι: Νομική αντιμετώπιση της σωματικής	
Κακοποίησης-παραμέλησης.	
1) Νομικές προβλέψεις.	163
2) Κωλύματα εφαρμογής του Νόμου.	166
Κ: Αρμόδιοι οργανισμοί αντιμετώπισης	
του προβλήματος.	

1. Παιδική προστασία στην Ελλάδα.	169
2. Αρμόδιοι φορείς-υπηρεσίες.	171
3. Δυσκολίες που αφορούν τους γονείς Και τις υπηρεσίες στην Ελλάδα.	189
Λ: Η Κοινωνία απέναντι στο πρόβλημα.	
1. Γειτονιά – Σχολείο – Μ.Μ.Ε.	191
2. Ο ρόλος του συνανθρώπου.	196
Μ: Η αντιμετώπιση του προβλήματος διεθνώς.	198

Κεφάλαιο 4: Έρευνα για την έκταση την υφή και την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής κακοποίησης - παραμέλησης του παιδιού στην Ελληνική πραγματικότητα.

A: Μεθοδολογία.	206
B: Αποτελέσματα έρευνας.	225

Κεφάλαιο 5: Περίληψη – Συμπεράσματα – Εισηγήσεις. 323

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ: 379

A: Ερωτηματολόγιο

B: Πίνακες Υπολογισμών.

Γ: Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Δ: Νομικές διατάξεις.

Ε: Δημοσιεύματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### Εισαγωγή.

Η κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών από τους γονείς τους φαίνεται κατ' αρχήν σαν πράξη απεχθής, αφύσικη και ξένη στην καθημερινή ζωή, ωστόσο αποτελεί σήμερα ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν όλες οι επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει ειδικότερα το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών από τους γονείς τους, πρόβλημα που συνεπάγεται καταλυτικές αρνητικές επιπτώσεις στην όλη βιοψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών.

Ο διαχωρισμός της σωματικής κακοποίησης από τα άλλα είδη κακοποίησης και η συγκεκριμενοποίηση του θέματος πηγάζει από την ανάγκη για ενδελεχή γνώση πάνω σ' αυτή τη μορφή κακοποίησης.

Ο γεωγραφικός και χρονικός περιορισμός του θέματος προκύπτει από την ανάγκη για εξέταση του προβλήματος σε εθνικό επίπεδο, την ίδια στιγμή που στο αντίστοιχο χρονικό διάστημα σε διεθνές επίπεδο έχει διεξαχθεί ένας αριθμός σημαντικών ερευνών και έχουν ληφθεί αξιόλογα μέτρα.

Αν και πανάρχαιο το φαινόμενο της κακοποίησης (χαρακτηριστικό παράδειγμα ο Καιάδας στην Αρχαία Σπάρτη), το ζηηρό ενδιαφέρον τα τελευταία 27 χρόνια, μετά και την καθιέρωση του όρου «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού», αντικατοπτρίζει τις πολύ σημαντικές αλλαγές στις δυτικές κυρίως κοινωνίες, που αφορούν τη δομή και τη θέση της σύγχρονης οικογένειας στις σχέσεις των γενεών μεταξύ τους, τη θέση των παιδιών άρα και την αξία και την επένδυση στην παιδική ηλικία.

Την αρχική άποψη για το αν τα παιδιά θεωρούνται ανθρώπινα όντα, ακολούθησε το ερώτημα αν ανήκουν στον πατέρα ή και στους δύο γονείς για να φθάσουμε στην σημερινή θεώρηση των παιδιών ως ισοτίμων μελών της κοινωνίας που πρέπει όμως να προστατευθούν από ειδικούς νόμους λόγω της ιδιαιτερότητας τους ως ανήλικα άτομα.

Το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης αποτελεί ένα πολυσύνθετο ιατρικό, ψυχολογικό και κοινωνικό πρόβλημα. Δεν έχει όρια ταξικά, ιδεολογικά, πολιτισμικά ή γεωγραφικά. Τα τελευταία 20 χρόνια αντιμετωπίζεται σαν μια ασθένεια με πολυσύνθετη αιτιολογία, θεραπεία και πρόληψη.

Το μέγεθος του προβλήματος είναι δύσκολο να εκτιμηθεί γιατί η κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών είναι συνήθως μια «κλειστή οικογενειακή υπόθεση» ενώ συχνά καταλήγει σε μια «κλειστή κοινοτική υπόθεση» ενός προβλήματος δηλαδή που μηχανισμοί άμυνας και διάψευσης το κρατούν σφιχτά σφαιρισμένο πίσω από οικογενειακές και κοινοτικές πόρτες, ενώ η Πολιτεία σέβεται «υπερβολικά» την ιδιωτικότητα της οικογένειας.

Άλλοτε πάλι η εκτίμηση γίνεται κατά προσέγγιση με αρνητικό αποτέλεσμα εφ' όσον οι αριθμοί αποτελούν εργαλεία στα χέρια των δημοσιογράφων, των πολιτικών, των χρηματοδοτών και των φιλάνθρωπων που πείθονται με διαστάσεις μεγάλων μεγεθών.

Η σωστή εκτίμηση και αντιμετώπιση του προβλήματος εξαρτάται άμεσα από το βαθμό ευαισθητοποίησης των ειδικών, την ενημέρωση του κοινού και την πολιτική βούληση που θέλει να ξεσκεπάσει σε όλη του την έκταση το πρόβλημα.

Άλλωστε όπως πρωτοείπε και ο παιδίατρος Henry Kempe που πρώτος μίλησε για το «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» στο Ντένβερ του Κολοράντο: « Η κακοποίηση είναι σαν ένα παγόβουνο: το μεγαλύτερο μέρος του βρίσκεται κάτω από την επιφάνεια της θάλασσας». (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Συζήτηση Στρογγυλού Τραπεζιού 1983, σελ. 311)

Η θεραπεία τέτοιων περιπτώσεων πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευελιξία, συνέχεια και εντατικότητα για να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες των παιδιών και των γονέων και να βελτιωθεί η αυτογνωσία των γονέων ως προς το ρόλο τους σε σχέση με τα προβλήματα των παιδιών τους.

Είναι απαραίτητο τέλος να τονισθεί ότι δεν είναι δυνατόν να εξαχθεί λύση που να οδηγεί στον «αφανισμό» του προβλήματος της κακοποίησης από την εις βάθος μελέτη του θέματος μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της έρευνας. Η καλύτερη γνώση και μελέτη του φαινομένου δύναται να καταλήξει σε διάφορες οδηγίες ή προτάσεις τρόπων χειρισμού του προβλήματος, χρήσιμες στους

επαγγελματίες που έρχονται αντιμέτωποι με το σοβαρό αυτό κοινωνικό πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών από τους γονείς.

Αν λάβουμε υπόψη μας ότι πάνω από 1,7 δισεκατομμύρια, το 32% του συνολικού πληθυσμού της γης είναι παιδιά δεν θα ήταν πολύ να πούμε ότι αποτελούν το «αύριο της ανθρωπότητας», «ένα αύριο που είναι άγνωστο και όμως φτιάχνεται σήμερα». Είναι λοιπόν σημαντικό αυτό το αύριο να «φτιαχτεί» σε σωστές και υγιείς βάσεις χωρίς να δηλητηριάζεται από τον «ιό» της βίας που έχει την τάση να αναπαράγεται μέσω της μάθησης από γενιά σε γενιά.

## 1. Το πρόβλημα.

Η σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών δεν αποτελεί πρόβλημα που μόλις σήμερα ανακαλύφθηκε, απλά τα τελευταία χρόνια αποκαλύφθηκε το μέγεθος και η σπουδαιότητα του.

Το φαινόμενο της κακοποίησης των παιδιών αναφέρεται για πρώτη φορά το 1868 από τον Tardieu που σε εκτενή ιατροδικαστική του έκθεση περιγράφει σωματικές κακώσεις που δεν έγιναν τυχαία – non accidental injuries. (Αγάθωνος και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 226)

Το 1962 ο παιδίατρος Kempe περιγράφει το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού και χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον όρο «Battered child Syndrome» (Αγάθωνος, Παιδιατρική σελ. 227)

Οι περιορισμένες πολιτισμικά αντιλήψεις για το γονικό ρόλο και την πεποίθηση ότι η γονική ικανότητα αποτελεί ένα αλάθητο έμφυτο χαρακτηριστικό, συντέλεσαν στο να αντιμετωπισθούν με άρνηση και δυσπιστία σε πρώτη φάση οι δημοσιεύσεις και τα ευρήματα των ερευνών του Kempe.

Η δυσπιστία και η άρνηση των επιστημόνων που ασχολούνταν με τα παιδιά και κυρίως των γιατρών, αντικαταστάθηκε σταδιακά από τον προβληματισμό και την ευαισθητοποίηση μπροστά σε τραυματισμούς, κακώσεις και στασιμότητα της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού.

Στην ευαισθητοποίηση των ειδικών και την γενικότερη ανάληψη ενδιαφέροντος γύρω από το θέμα της σωματικής κακοποίησης και της παραμέλησης συνέβαλλε κυρίως η δράση του φεμινιστικού κινήματος και του κινήματος παιδικής προστασίας.

Συνέπεια του ζωηρού ενδιαφέροντος που αναπτύχθηκε γύρω από το θέμα κακοποίηση-παραμέληση ήταν η προσπάθεια διερεύνησης του θέματος από πλευράς των επιστημόνων με έρευνες που αφορούσαν στην συχνότητα και τους αιτιολογικούς παράγοντες της κακοποίησης. Παράλληλα προτάθηκαν νομοθετικές ρυθμίσεις για την προστασία των θυμάτων, την τιμωρία των θυτών και άρχισαν να συγκροτούνται υπηρεσίες για την αποκατάσταση αμφοτέρων θυμάτων και θυτών.

Σταδιακά επήλθε και η αλλαγή σ' ότι αφορά την ορολογία σχετικά με το πρόβλημα. Έτσι ο αρχικά προτεινόμενος από τον Kempe όρος «Battered Child Syndrome» – «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» παραχώρησε τη θέση

του στον όρο «Child abuse» – «Child neglect» – «Κακοποίηση παιδιού» – «Παραμέληση παιδιού» (Αγάθωνος και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 225-235).

Σήμερα πλέον η σωματική κακοποίηση και παραμέληση θεωρείται μείζον κοινωνικό θέμα γιατί σ' όλες τις περιπτώσεις δεν πρόκειται για στιγμιαίο ξέσπασμα οργής των γονιών προς τα παιδιά τους αλλά για μια σύνθετη, σοβαρή και μακροχρόνια διαταραχή της οικογενειακής ζωής.

Η συχνότητα σε κάθε χώρα δεν είναι απόλυτα γνωστή. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως ο βαθμός διερεύνησης του προβλήματος, το περιεχόμενο που δίνουν στον όρο «κακοποίηση-παραμέληση» οι ερευνητές, η κρατική υποδομή και το πολιτισμικό πλαίσιο κάθε χώρας και τέλος ο βαθμός ευαισθητοποίησης των ειδικών. (Μαρούλη, Επιθεώρηση Κοιν. Ερευνών 1997, σελ. 275-284).

Ενδεικτικά επισημαίνονται από τα «Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής» τα εξής στατιστικά διεθνώς σ' ότι αφορά την κακοποίηση και παραμέληση παιδιών: στην Αμερική υπολογίζεται ότι 1.000.000 παιδιά κακοποιούνται ή παραμελούνται κάθε χρόνο (1-1,5% του παιδικού πληθυσμού). Στα παιδιά αυτά η κακοποίηση αντιπροσωπεύει το 53% (σωματική 28%, σεξουαλική 7%, συναισθηματική 18%) και η παραμέληση 47% (σωματική 14%, συναισθηματική 8%, εκπαιδευτική 25%). Ο αριθμός θανάτων υπερβαίνει τις 20.000 το χρόνο. (Αγάθωνος και συν., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1984, σελ. 28).

Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι μόνο οι βαριές περιπτώσεις κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών ανέρχονται σε 15.000 το χρόνο, με θνησιμότητα 1:26. Στη Γαλλία οι σοβαρές περιπτώσεις κακοποίησης υπολογίζονται σε 6.000 το χρόνο με θνησιμότητα 1:100. Στη Σουηδία όπου η χρήση σωματικής βίας στα παιδιά απαγορεύεται νομοθετικά, περιγράφονται 600 περίπου περιπτώσεις το χρόνο. Στην Βολιβία υπολογίζεται ότι 1:10 παιδιά κακοποιείται ή/και παραμελείται κάθε χρόνο. Στην Ιαπωνία οι περιπτώσεις βαριάς σωματικής κακοποίησης υπολογίζονται σε 20.000 το χρόνο. (Σωτήρχου Ελευθεροτυπία, 30/9/94, σελ. 37).

Η κακοποίηση των παιδιών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ειδικών και στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια.

Δυστυχώς όμως τα στατιστικά στοιχεία που αναφέρονται στον ελλαδικό χώρο δεν μπορούν να χαρακτηριστούν από πληρότητα και επάρκεια. Οι λόγοι, η έλλειψη πειθαρχίας στους κανόνες καταγραφής και βιβλιογραφικής ανασκόπησης καθώς και



το ότι ουσιαστικά δεν έχει καθιερωθεί κατά τρόπο επίσημο και υπεύθυνο, η καταγραφή των περιστατικών αυτών, κάτι που προϋποθέτει σωστή υποδομή και κυρίως νομοθετικά καλυμμένη πρόβλεψη για την πρόληψη και καταστολή του προβλήματος.

Έρευνες από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού όπου λειτουργεί και η μονάδα ΚαΠα (Κακοποίηση-Παραμέληση) ανέφεραν για το 1982 ότι περιπτώσεις κακοποιημένων ή παραμελημένων παιδιών που αντιμετωπίστηκαν από το Ι.Υ.Π. ανέρχονται σε 75 (βλ. Μαραγκός και συν. Παιδιατρική 1983, σελ. 89).

Πιο πρόσφατες έρευνες από το Ι.Υ.Π. και άλλους φορείς αναφέρουν ότι στον ελλαδικό χώρο τα παιδιά που κακοποιούνται ή και παραμελούνται ανέρχονται τουλάχιστον σε 20.000 κάθε χρόνο (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 11).

Σε άρθρο του το 1993 στο περιοδικό Κοινωνική Εργασία ο Χ. Μουζακίτης αναφέρει ότι ο τελευταίος υπολογισμός που έγινε από το Ι.Υ.Π. προσδιορίζει τις ακραίες περιπτώσεις κακοποίησης που έφθαναν στο νοσοκομείο, σε 4.500 το χρόνο. (Χ. Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 94)

Η μόνη μελέτη σε εθνική κλίμακα είναι αυτή που έγινε από τον Χ. Μουζακίτη και τον καθηγητή Α. Ζαφείρη του Πανεπιστημίου του HOUSTON. Η έρευνα προσδιορίζει πολύ συντηρητικά την συχνότητα κακοποίησης παιδιών σε 3.044 το χρόνο, εκ των οποίων οι 1.850 είναι περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και οι 1.194 σεξουαλικής κακοποίησης. (ο.π. σελ. 95)

Οι ασχολούμενοι όμως με το παιδί και τα γενικότερα προβλήματα της ηλικίας αυτής μαρτυρούν ότι τα περιστατικά αυτά έχουν αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια.

Δυστυχώς στην Ελλάδα, αν και η κακοποίηση και παραμέληση παιδιών αποτελούσε υπαρκτό πρόβλημα, ωστόσο μόλις τα τελευταία χρόνια η άρνηση στην ύπαρξη του προβλήματος έχει υποχωρήσει, δίνοντας τη θέση της στην μερική αποδοχή και την προσπάθεια κατανόησης του.

Η ελληνική κοινωνία δεν μπορούσε να δεχτεί την ιδέα ότι οι Έλληνες γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα κακοποιούν τα παιδιά τους. Οι λίγες περιπτώσεις που δημοσιεύονταν στον τύπο θεωρούνταν μεμονωμένα κρούσματα.

Τα τελευταία ωστόσο χρόνια που τα «κρούσματα» αυτά απασχολούν συχνότερα τον τύπο, που οι πρώτες μελέτες και επισημάνσεις των ειδικών μαρτυρούν το

μέγεθος του προβλήματος, άρχισε η μερική ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινωνίας στο σύνολό της.

Επιστήμονες, Πολιτεία, και κοινή γνώμη αντιμετωπίζουν με σκεπτικισμό το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στη χώρα μας. Μένουν, παρ' όλα αυτά, πολλά που πρέπει να γίνουν για την ολοκληρωμένη και συντονισμένη-συστηματική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στη συνέχεια της μελέτης αυτής γίνεται προσπάθεια να εξεταστεί το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα, ειδικότερα στις δύο τελευταίες δεκαετίες.

Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης γίνεται προσπάθεια κατανόησης του προβλήματος, των αιτιολογικών παραγόντων και των συνεπειών του. Μέσω της έρευνας, προσπάθεια να εντοπισθεί το μέγεθος και η έκταση του, κατά προσέγγιση πάντα, καθώς πολλές περιπτώσεις ποτέ δεν θα γίνουν γνωστές, πολλά θύματα ποτέ δεν θα βοηθηθούν και πολλοί δράστες ποτέ δεν θα τιμωρηθούν.

## 2. Σκοπός της μελέτης.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρουσιάσει το πρόβλημα της ενδοοικογενειακής σωματικής κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών ηλικίας έως 14 ετών στον ελλαδικό χώρο, στις δύο τελευταίες δεκαετίες:

A) ενημερώνοντας τους επαγγελματίες γύρω από τις πραγματικές διαστάσεις και τη σοβαρότητα του προβλήματος.

B) καταγράφοντας τις ερευνητικές προσπάθειες διερεύνησης του προβλήματος στην Ελλάδα.

Γ) αξιολογώντας τους υπάρχοντες τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος σε σχέση με την σοβαρότητα του.

Δ) συμβάλλοντας στην εδραίωση της πεποίθησης ότι αποτελεί πλέον ένα μείζον κοινωνικό πρόβλημα που επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα όλη την κοινωνία και γι' αυτό απαιτεί την ευαισθητοποίηση όλων των μελών της.

Ειδικότεροι στόχοι της μελέτης αυτής είναι:

- 1) Να δώσει την δυνατότητα στον αναγνώστη να συγκρίνει το μέγεθος και την έκταση της σωματικής κακοποίησης με τα αντίστοιχα των άλλων ειδών κακοποίησης μέσω μιας συνοπτικής παρουσίασης της σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης.
- 2) Να επισημάνει τα σημάδια εκείνα που μαρτυρούν την ύπαρξη της κακοποίησης-παραμέλησης, επισύροντας έτσι την προσοχή των ειδικών για τέτοια περιστατικά.
- 3) Να καταγράψει τους αιτιολογικούς παράγοντες του προβλήματος ερευνώντας τις πιθανότητες για πρόληψη και προστασία τέτοιων καταστάσεων.
- 4) Να παρουσιάσει τα χαρακτηριστικά της οικογένειας όπου εμφανίζεται το πρόβλημα, την δομή και τις σχέσεις των μελών τους.
- 5) Να προσδιορίσει τα χαρακτηριστικά του θύματος και τις βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της κακοποίησης-παραμέλησης σ' αυτό.
- 6) Να εξετάσει τα χαρακτηριστικά του θύτη-δράστη.
- 7) Να ερευνήσει τη σχέση θύτη-θύματος και τον τρόπο που ο καθένας τους αντιμετωπίζει την κακοποίηση-παραμέληση.
- 8) Να παρουσιάσει τη στάση της κοινωνίας (ΜΜΕ, σχολείο, γειτονιά) απέναντι στο πρόβλημα.

- 9) Να διερευνήσει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για τη νομική προστασία του θύματος, τις ένομες συνέπειες για τον θύτη αλλά και την προστασία του θύτη.
- 10) Να καταγράψει τις υπηρεσίες και τους φορείς που επιλαμβάνονται το βάρος της αντιμετώπισης του προβλήματος στην Ελλάδα.
- 11) Να δώσει τη δυνατότητα στον αναγνώστη να συγκρίνει το ισχύον νομοθετικό, υπηρεσιακό και οργανωτικό πλαίσιο αντιμετώπισης του θέματος στην Ελλάδα, με το αντίστοιχο στις Η.Π.Α. και σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, προσφέροντας μια συνοπτική εικόνα του προβλήματος σε διεθνές επίπεδο.
- 12) Να εξετάσει τρόπους παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού σε περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης, τον ρόλο του, τους χειρισμούς και τις κατευθυντήριες γραμμές που πρέπει να ακολουθήσει όχι μόνο στα στάδια θεραπείας και αποκατάστασης αλλά και στο στάδιο της πρόληψης.
- 13) Να προβάλλει ιδέες και προτάσεις για την λήψη μέτρων και τη δημιουργία ενός πλαισίου ολοκληρωμένου ώστε τα «κρούσματα» κακοποίησης-παραμέλησης να μην εμφανίζουν αυξητική αλλά πτωτική τάση.

Ειδικότερα για τον Κοινωνικό Λειτουργό, όπου ο πολυδιάστατος ρόλος του δεν του επιτρέπει να έχει πλήρη και εις βάθος γνώση για τα ποικίλα ζητήματα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει στην επαγγελματική του πορεία, η μελέτη αυτή στοχεύει:

- 1) Να του δώσει την δυνατότητα να γνωρίσει το πρόβλημα κακοποίησης-παραμέληση, τις αιτίες και τις διαστάσεις του αλλά και τις επιπτώσεις του.
- 2) Να τον βοηθήσει να αναγνωρίζει τα σημάδια της κακοποίησης όντας ο ίδιος σε «επαγρύπνηση».
- 3) Να του παράσχει γνώσεις για τρόπους βοήθειας-παρέμβασης και την δυνατότητα να τους αξιολογεί και να τους τροποποιεί ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- 4) Να του παρουσιάσει το νομοθετικό και υπηρεσιακό πλαίσιο, καλώντας τον να υπερνικήσει, στο μέτρο των δυνατοτήτων του, τα εμπόδια που εμπεριέχονται στο πλαίσιο αυτό και τον αναγκάζουν κάποιες φορές σε αδράνεια.

Καθώς το ζήτημα σωματική κακοποίηση-παραμέληση αποτελεί πρόβλημα, στο οποίο η λύση δεν έρχεται ως δια μαγείας από την μια στιγμή στην άλλη, η μελέτη αυτή δεν υποστηρίζει ότι θα αποτελέσει κλειδί ή φάρμακο για την εξάλειψη της

ασθένειας. Στόχος της είναι η σωματική κακοποίηση-παραμέληση και η ευαισθητοποίηση όλων, ειδικών και μη.

### 3. Ορισμοί Όρων.

Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού είναι γνωστό δια μέσου των αιώνων και εκδηλώνεται με διάφορες μορφές.

Έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί για το σύνδρομο, στη μελέτη όμως αυτή αναφέρονται οι πιο χαρακτηριστικοί.

Σε μια έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρονται τα εξής:

«Η ενεργητική μορφή της «κακομεταχείρισης» περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις που προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Αυτή η μορφή κακοποίησης συνδέεται συνήθως με λεκτική κακομεταχείριση. Η παθητική μορφή της κακομεταχείρισης περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού με αποτέλεσμα να προκαλείται καθυστέρηση στη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξή του.» (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* 1977, σελ. 275-284).

Οι δύο ανωτέρω καταστάσεις είναι εντελώς διαφορετικές αλλά δύναται να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να συνυπάρχει με σωματική ή και συναισθηματική κακοποίηση ή και με τις δύο αυτές μορφές. Αναλυτικότερα:

Σωματική κακοποίηση: Με τον όρο σωματική κακοποίηση νοείται οποιαδήποτε και καθ' οιονδήποτε τρόπο διατάραξη της ανατομικής ακεραιότητας των ιστών του σώματος του παιδιού κι 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 Γεωργόπουλου 1991, σελ. 31)

Ο Gil ως σωματική κακοποίηση του παιδιού θεωρεί τη σκόπιμη ηθελημένη χρήση σωματικής βίας ή τις σκόπιμες ηθελημένες πράξεις αμέλειας από την πλευρά του γονέα ή άλλου ατόμου που φροντίζει το παιδί, οι οποίες στοχεύουν στον τραυματισμό, την κάκωση ή την εξόντωση του παιδιού. (Gil, *Pediatrics* 1969, σελ. 443).

Ένας άλλος τέλος, ορισμός της σωματικής κακοποίησης, από τον Χ. Μουζακίτη αναφέρεται στη βλάβη που υφίσταται το παιδί από σκόπιμες ή μη σκόπιμες πράξεις ή παραλείψεις των γονέων ή των κηδεμόνων που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα του. Οι παντός είδους πράξεις σκληρότητας όπως είναι κάψιμο με ζεματισμένο

νερό, εγκαύματα από σίδερο ή αναμμένα τσιγάρα, κτυπήματα με λάστιχο ή κτυπήματα με τα χέρια και τα πόδια, στο πρόσωπο, στον εγκέφαλο, στα γεννητικά όργανα και γενικά σ' όλο το σώμα του παιδιού, προξενώντας εσωτερικές βλάβες και αιμορραγίες, που κάποτε οδηγούν σε αναπηρίες ή και στον θάνατο. (Χ. Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία 1993, σελ. 94)

Παρατηρούμε λοιπόν ότι όλοι οι επιστήμονες, στην προσπάθεια ορισμού της σωματικής κακοποίησης, δίνουν έμφαση στους τραυματισμούς και τις κακώσεις που υφίσταται το παιδί, λόγω βίαιης συμπεριφοράς των γονέων ή των κηδεμόνων του. Με αυτό το περιεχόμενο θα χρησιμοποιηθεί ο όρος σωματική κακοποίηση παιδιού στην παρούσα μελέτη.

Ψυχολογική κακοποίηση: Ο όρος αυτός περιγράφει την έλλειψη προσοχής στις συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες των παιδιών, σε τέτοια έκταση, ώστε να μην είναι ικανά να δουν τον εαυτό τους σαν άτομα με κάποια αξιοπρέπεια κι εκτίμηση.

Ψυχολογική κακοποίηση θεωρείται ως η έλλειψη ικανότητας από τους γονείς ή άλλα άτομα σε στενή σχέση με το παιδί να δώσουν τα αναγκαία ερεθίσματα, ενθάρρυνση, αναγνώριση και προστασία, κατά τη διάρκεια των διάφορων φάσεων ανάπτυξης του, με αποτέλεσμα την αναστολή της λειτουργικότητας του σε ανώτερο επίπεδο.

Οι όροι «συναισθηματική κακοποίηση» και «ψυχολογική κακοποίηση» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά αν και άλλοι συγγραφείς χρησιμοποιούν τους όρους «σωματική παραμέληση» και «ψυχικό τραυματισμό».

Ο τελευταίος όρος αναφέρεται σε ουσιαστική βλάβη της διανοητικής, ψυχολογικής ή συναισθηματικής ικανότητας όπως φαίνεται από παρεκλιτική συμπεριφορά ή απάνθρωπες ή ασυνείδητες πράξεις.

Σύμφωνα τέλος, με τον Χ. Μουζακίτη, ο όρος ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό παιδιών των οποίων η κατάσταση δεν είναι το αποτέλεσμα βίαιης συμπεριφοράς, αλλά μάλλον μη ανταπόκρισης των γονέων τους στις βασικές τους ανάγκες για στοργή, αγάπη, αναγνώριση κι ασφάλεια. (Χ. Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία 1990, σελ. 243)

Σεξουαλική κακοποίηση: Με τον όρο σεξουαλική κακοποίηση νοείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών ή εφήβων, παρά τη θέληση τους σε πράξεις με σεξουαλικό

περιεχόμενο που υποκινούνται από τον ενήλικο και έχουν σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του δράστη.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Κουτσελίνης (1991), σεξουαλική κακοποίηση νοείται οποιαδήποτε πράξη ή ενέργεια με σεξουαλικό περιεχόμενο γίνεται σε βάρος του παιδιού από άτομο άλλο μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά 5 χρόνια.

Συχνά γίνεται διαχωρισμός της σεξουαλικής κακοποίησης σε ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση ή αιμομιξία και εξωοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση. Βασικό στοιχείο διαφοροποίησης των δύο ορισμών αποτελεί η ύπαρξη ή όχι συγγένειας ή δεσμού αίματος μεταξύ θύτη και θύματος.

Στην πρώτη περίπτωση, οι όροι ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση ή αιμομιξία χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν τη σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού όχι μόνο από ένα μεγαλύτερο άτομο με γονεϊκό ρόλο (πατέρας, μητέρα, μητριά, σύντροφος μητέρας) αλλά και από ένα μέλος της ευρύτερης οικογένειας (θείος, παππούς) και γενικότερα από οποιοδήποτε άτομο φέρει δεσμό συγγένειας μαζί του (αδελφός, ξαδέλφια, κλπ.)

Ειδικότερα για την αιμομιξία, ο Χ. Μουζακίτης (1993) αναφερόμενος στον διαχωρισμό που κάνει ο Ζαφείρης (1982) για τη σεξουαλική κακοποίηση, τονίζει ότι με την αιμομιξία το παιδί υποβάλλεται σε μια διεργασία «εξαρτημένης μάθησης» και συχνά η αιμομικτική σχέση συνεχίζεται για πολλά χρόνια.

Στη δεύτερη περίπτωση της εξωοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης απουσιάζει ο δεσμός της συγγένειας μεταξύ θύτη και θύματος.

Σεξουαλική εκμετάλλευση: Ο όρος 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. Σε τέτοιου είδους περιπτώσεις υπάρχει «εξαρτημένη μάθηση».

Παραμέληση: Ο όρος παραμέληση αναφέρεται σε στέρηση φροντίδας που θέτει σε κίνδυνο τη σωματική ή και ψυχική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά ακόμη και τη ζωή του. Η παραμέληση μπορεί να είναι σωματική ή συναισθηματική ή και τα δύο.

Τέλος, σύμφωνα με τον ορισμό που αναφέρεται στον Οδηγό για επαγγελματίες σχετικά με το θέμα «Κακοποίηση-Παραμέληση» και εκδόθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού: 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 ανάπτυξη του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφεθεί χωρίς φροντίδα για μακρό χρονικό διάστημα ή εάν εγκαταλειφθεί. (Οδηγός για Επαγγελματίες 1992, σελ. 6)

Αν και η παρούσα μελέτη εξετάζει εκτενέστερα το ζήτημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, θεωρήθηκε σκόπιμο να δοθούν και οι ορισμοί των δύο άλλων μορφών κακοποίησης, της σεξουαλικής και της ψυχολογικής κακοποίησης, ώστε να έχουμε μια πληρέστερη εικόνα του τι περιλαμβάνει στο σύνολο του το «κεφάλαιο» κακοποίηση.

Εκτός αυτού, είναι σύνηθες το φαινόμενο της συνύπαρξης περισσότερων της μιας, μορφών κακοποίησης στο ίδιο οικογενειακό περιβάλλον ή ακόμη και στο ίδιο θύμα. Άλλωστε εκεί όπου υφίσταται σωματική κακοποίηση, αναπόφευκτα υφίσταται και ψυχολογική κακοποίηση. Η δε σεξουαλική χαρακτηρίζεται από κάποιους επιστήμονες ως ένα είδος σωματικής κακοποίησης.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι και οι τρεις μορφές κακοποίησης έχουν κοινό παρανομαστή, τις επιζήμιες και επικίνδυνες επιπτώσεις στην βιοψυχο-κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Για τους παραπάνω λοιπόν λόγους, παρατέθηκαν στην ενότητα αυτή οι ορισμοί και των τριών μορφών κακοποίησης.

Ωστόσο στη συνέχεια της μελέτης γίνεται προσπάθεια ανάλυσης και κατανόησης του φαινομένου της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### Η ενδοοικογενειακή Σωματική Κακοποίηση-Παραμέληση του Παιδιού.

#### A. Το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού.

Η σύγχρονη εποχή, η εποχή του 20ου αιώνα της εξέλιξης και της ανάπτυξης, δίκαια έχει χαρακτηριστεί ως η εποχή των αντιφάσεων και των παραλόγων.

Η σωματική κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού από τους ίδιους τους γονείς είναι ένα αντιφατικό και παράλογο φαινόμενο καθώς έρχεται σε αντίθεση με το πνεύμα σεβασμού της ατομικής ελευθερίας και της προσωπικότητας, που ο σύγχρονος πολιτισμός προβάλλει ως την ύψιστη καταξίωση και αναγνώριση των δικαιωμάτων του ανθρώπου στην όλη του πορεία.

Τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, μάλλον καταπάτηση ανθρωπίνων δικαιωμάτων μαρτυρούν παρά αναγνώριση. Καταπάτηση μάλιστα που γίνεται σε βάρος ανηλίκων και οι οποίοι δεν είναι σε θέση να αμυνθούν ή να υπερασπιστούν τον εαυτό τους.

Στην εισαγωγή της μελέτης παρουσιάστηκαν αυτά τα ποσοστά που καταδεικνύουν το μέγεθος και την έκταση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης στην εποχή μας.

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστούν εκτενέστερα, στοιχεία που αφορούν στην υποτροπιάζουσα κακοποίηση-παραμέληση, την θνησιμότητα των παιδιών λόγω κακομεταχείρισης, τις μόνιμες αναπηρίες, συνέπειες δηλαδή της απάνθρωπης συμπεριφοράς των γονέων και τους λόγους παραπομπής των παιδιών στα νοσοκομεία ή Κέντρα Βοήθειας σε ανάλογες περιπτώσεις.

Αναλυτικότερα υπολογίζεται ότι:

- 50% των κακοποιημένων παιδιών θα υποστούν σοβαρές βλάβες από νέα κακοποίηση, αν δεν γίνει άμεση παρέμβαση. Το ποσοστό των παιδιών που κακοποιούνται καθ' υποτροπή χωρίς όμως να εμφανίζουν σοβαρές βλάβες δεν είναι γνωστό.
- Η θνησιμότητα των παιδιών που υφίστανται σοβαρές κακοποιήσεις ή σοβαρή παραμέληση ανέρχεται σε 3-5%.

- Οι μόνιμες αναπηρίες που συνήθως καταγράφονται είναι υδροκέφαλος, αταξία, επιληψία και πνευματική καθυστέρηση, καθώς το κεφάλι είναι πολύ συχνά ο στόχος του χτυπήματος. Συχνά προκαλείται υποσκληρίδιο αιμάτωμα από χτύπημα ή τράνταγμα βρέφους.

- Είναι σαφές ότι η κακοποίηση εκτός από οργανική αναπηρία αφήνει ψυχική και συναισθηματική αναπηρία στις περισσότερες περιπτώσεις. (Βαλάσση Αδάμ, βλ. Αγάθωνος Γεωργόπουλου 1991, σελ. 23-24).

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους παραπέμπονται τα παιδιά σε νοσοκομεία ή υπηρεσίες σχετικές με την κακοποίηση-παραμέληση, καταγράφονται στον πίνακα 1.

Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά λοιπόν, παρατηρούμε ότι τα περισσότερα παιδιά, ποσοστό 52,5% κατετάγησαν στην ομάδα των κακώσεων, 7% κατετάγησαν στην ομάδα των εγκαυμάτων, 37% στην ομάδα των δυστροφιών ή και της παραμέλησης και 3,5% στην ομάδα με άλλης μορφής κακοποίηση ή παραμέληση.

Η παραμέληση αφορά είτε τη σωματική ανάπτυξη (δυστροφικά παιδιά με χαμηλό βάρος) είτε την έλλειψη στοιχειώδους υγιεινής του σώματος (απελπιστικές περιπτώσεις βρώμικων παιδιών με εκτεταμένα παρατρίμματα ή επιμολυσμένες δερματικές βλάβες).

Πίνακας 1.

	%
<b>A. Κακώσεις</b>	
- κατάγματα (κρανίου, πλευρών, άκρων)	21%
- αιμορραγίες στον εγκέφαλο	5%
- κρανιεγκεφαλική κάκωση	3,5%
- ανοιχτά τραύματα, μώλωπες, μελανιές κλπ.	23%
<b>B. Εγκαύματα</b>	
- από τσιγάρα, ηλεκτρικό σίδερο, καυτό νερό κλπ.	7%
<b>Γ. Δυστροφία</b>	
- βάρος σώματος <3 Ε.Θ. χωρίς οργανική νόσο	16%
<b>Δ. Παραμέληση</b>	
- εγκατάλειψη, έκθεση βρεφών κλπ.	21%
<b>Ε. Διάφορα</b>	
- σεξουαλική κακοποίηση, χορήγηση οινόπνεύματος, παιδί σε κίνδυνο	3,5%

Οι κυριότεροι λόγοι παραπομπής των παιδιών που υπέστησαν κακομεταχείριση όπως κατεγράφησαν στο Τμήμα Κακοποίησης-Παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (Οδηγός για επαγγελματίες, 1991, σελ. 32)

Το σύνδρομο της κακοποίησης-παραμέλησης είναι συχνότερο σε μικρές ηλικίες όπου τα παιδιά δεν μπορούν να αμυνθούν ενώ σ' ότι αφορά το φύλο, το ποσοστό των αγοριών που κακομεταχειρίζονται από τους γονείς τους υπερβαίνει κατά πολύ το αντίστοιχο ποσοστό των κοριτσιών. Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε αντίθεση με την εντύπωση ότι στην Ελλάδα η θέση της γυναίκας είναι μειονεκτικότερη από εκείνη του άνδρα, άρα θα περίμενε κανείς να κακοποιούνται περισσότερο τα κορίτσια. (Αγάθωνος Γεωργόπουλου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, σελ. 33)

Μια πιθανή εξήγηση αφορά την ιδιαίτερη αξία που αποδίδεται από την ελληνική οικογένεια στα αγόρια σε συνδυασμό με τη συζυγική δυσαρμονία. Οι μητέρες που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους, και που διάλεξαν τους συντρόφους τους συχνά ενάντια στην επιθυμία των γονιών τους, με τους οποίους οι σχέσεις είναι κακές ή ανύπαρκτες, όταν απογοητεύονται από τη συζυγική τους σχέση, αποτείνονται στους γιους τους για παρηγοριά περιμένοντας (μέσα από ένα

εξωπραγματικό πλέγμα σχέσεων) αγάπη και στοργή που ποτέ δεν είχαν και που δεν λαμβάνουν τώρα.

Συγχρόνως κοινωνικοί θεσμοί πιέζουν το αγόρι σε συμπεριφορά τέτοια, που να έχει στόχο την επιτυχία και την ικανότητα να φροντίσει αργότερα τα εξαρτώμενα γυναικεία μέλη της οικογένειας. Σπάνια μπορεί να ικανοποιήσει τέτοιες εξωπραγματικές γονεϊκές προσδοκίες, ιδιαίτερα εκείνες της μητέρας ένα «δύσκολο» και φιλάσθενο αγοράκι με συνέπεια την κακομεταχείριση του.

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της κακοποίησης-παραμέλησης, είναι ότι οι γονείς δεν ζητούν βοήθεια νωρίτερα από 24 ώρες, ανεξάρτητα από την σοβαρότητα της κάκωσης ή του οποιουδήποτε σκόπιμου τραύματος προκάλεσαν στο παιδί. Αποτέλεσμα αυτού είναι η επιδείνωση της υγείας του παιδιού και η αύξηση του κινδύνου για την ίδια του τη ζωή. (ο.π. σελ. 29)

Θα πρέπει τέλος να επισημανθεί ότι για να συμβεί σωματική κακοποίηση-παραμέληση θα πρέπει να συντρέχουν διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί, τους γονείς, την κατάσταση της οικογένειας και την πιθανή ύπαρξη καταστάσεων κρίσεως. Τις παραμέτρους καθενός από τους παράγοντες αυτούς καθώς και τους συνδυασμούς που μπορεί να συμβούν και να συντελέσουν στην εμφάνιση του προβλήματος καταγράφουν οι ενότητες που ακολουθούν.

Προηγουμένως θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση των άλλων μορφών κακοποίησης-παραμέλησης ώστε ο αναγνώστης να έχει μια ιδέα του τι περιλαμβάνει το φαινόμενο στο σύνολο του και να μπορεί να κάνει μια σύγκριση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης με τις άλλες πλευρές του προβλήματος.

## B. Άλλα είδη κακοποίησης-παραμέλησης.

### 1. Σεξουαλική κακοποίηση παιδιού.

Η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού αναφέρεται, όπως ήδη έχει αναφερθεί στην εισαγωγή, ορισμοί όρων, στο γεγονός ότι το παιδί γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης για σεξουαλικούς σκοπούς.

#### Διακρίνεται σε:

- 1) ενδοοικογενειακή και εξωοικογενειακή
- 2) σεξουαλική παραβίαση με ή χωρίς επαφή

Περιλαμβάνει 4 διαφορετικές κατηγορίες, οι οποίες είναι:

- A) σεξουαλική επίθεση-κακοποίηση (μεμονωμένα και ξαφνικά)
- B) αιμομιξία (μακροχρόνια διάρκεια)
- Γ) σεξουαλική μεταάλλευση (πορνεία, παραγωγή πορνογραφικού υλικού)
- Δ) σεξουαλική εμπλοκή μεταξύ αδελφών (X. Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ.97)

Τα στοιχεία σχετικά με την συχνότητα της στην Ελλάδα δεν μπορούν να χαρακτηριστούν από επάρκεια, εφόσον δεν υπάρχει επίσημο σύστημα καταγραφής, οι κοινωνικές συνθήκες, ο δισταγμός, η άρνηση θυμάτων κλπ., εμποδίζουν τις καταγγελίες των περιστατικών. Έρευνα των Ζαφείρη-Μουζακίτη το 1990, ανέφερε 1194 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης στην Ελλάδα (X. Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ.95)

Όσον αφορά στοιχεία των θυμάτων και δραστών τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι:

- 1 στα 8 κορίτσια και 1 στα 10 αγόρια μπορεί να υποστεί σεξουαλική κακοποίηση πριν τα 18.
- 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.
- 3 στις 10 φορές το παιδί μπορεί να υφίσταται σεξουαλική κακοποίηση καθ' υποτροπή. (Ι.Υ.Π., οδηγός για επαγγελματίες, 1992, σελ. 13)

Υπάρχει μια σειρά παραγόντων που θεωρούνται ως αιτιολογικοί όλων των μορφών της σεξουαλικής παραβίασης παιδιών. Αυτοί είναι οι εξής:

1. Κοινωνικοί παράγοντες (πχ. Ανεργία, αποχωρισμός, απομόνωση κλπ.)
2. Ψυχοπαθολογικοί παράγοντες (ιστορικό σεξουαλικής παραβίασης στον ένα ή και στους δύο γονείς.
3. Διαταραχές στο συζυγικό ρόλο-ασαφή όρια ρόλων.
4. Σεξουαλική δυσαρμονία μεταξύ των συζύγων.
5. Προβλήματα επικοινωνίας.
6. Αναστροφή ρόλου μάνας-κόρης.
7. Χρήση της σεξουαλικής παραβίασης ως μηχανισμός παθολογικής ισορροπίας.
8. Πολυπροβληματικό οικογενειακό περιβάλλον. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, κακοποίηση-παραμέληση παιδιών 1990, σελ. 32-47)

Τα βασικά χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης περιγράφονται ως εξής:

- A) έλλειψη συναίνεσης του θύματος
- B) αμφιθυμία των θυμάτων-παιδιών προς τους δράστες
- Γ) εκμετάλλευση του ανηλίκου από τον ενήλικα
- Δ) πίεση προς το θύμα
- Ε) πρόθεση του ενήλικα για ικανοποίηση των δικών του ορμών
- Στ) μυστικοπάθεια με συνέπεια την απόκρυψη της παραβίασης

Τα χαρακτηριστικά του σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού, οι επιπτώσεις δηλαδή της παραβίασης πάνω του είναι:

- συνεχή παράπονα για πονοκέφαλο
- διαταραχές ύπνου
- συναισθηματική ένταση
- κατάθλιψη, ενοχές, θυμός, επιθετικότητα
- φυγές, παραβατική συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών
- αναστολές στο παιχνίδι
- άρνηση να κάνει γυμναστική
- εξεζητημένη σεξουαλική συμπεριφορά ή ασυνήθιστες γνώσεις για την ηλικία του

- συνήθειες που δηλώνουν καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης (π.χ. ενούρηση)
- ψύχωση και σχιζοφρένεια κάποιες φορές
- σκέψεις αυτοκτονίας και διαταραχή χαρακτήρα
- πιθανή εμφάνιση προβληματικών σεξουαλικών σχέσεων με την πάροδο του χρόνου (π.χ. ομοφυλοφιλία, πορνεία, κλπ.) (Χ. Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία 1992, σελ. 98-101)

Είναι σαφές ότι η σεξουαλική κακοποίηση σφραγίζει ανεξίτηλα την προσωπικότητα του, τον συναισθηματικό του κόσμο τόσο στη νηπιακή, παιδική, εφηβική ηλικία όσο και στην ενήλικη, με παράλληλες προεκτάσεις δυσλειτουργίας στους ρόλους που αναλαμβάνει.

Υπάρχουν υπηρεσίες για την προστασία του σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού, όμως στη χώρα μας, λόγω έλλειψης οργάνωσης και εξειδικευμένου προσωπικού, βρίσκονται σε ανεπίτρεπτα στοιχειώδες επίπεδο.



## 2. Ψυχολογική κακοποίηση παιδιού.

Ψυχολογική κακοποίηση υφίστανται τα παιδιά, τα οποία στερούνται αγάπης, στοργής, αναγνώρισης και ασφάλειας από τους γονείς τους λόγω αδυναμίας των γονιών να ανταποκριθούν σ' αυτές τις ανάγκες των παιδιών.

Τα στατιστικά στοιχεία για την ψυχολογική κακοποίηση είναι λίγα και δεν δίνουν ενδείξεις για συμπεράσματα. Στις Η.Π.Α. αναφέρεται ενδεικτικά ότι 37% των παιδιών είχαν πιθανότητες να καταστούν απροσάρμοστα λόγω της συμπεριφοράς των γονιών τους.

Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία του ποσοστού των ψυχολογικά κακοποιημένων παιδιών.

Οι εκκλητικοί παράγοντες που οδηγούν στην ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών σχετίζονται με ιδιοσυγκρασιακά προβλήματα των γονιών καθώς και άλλες περιστασιακές παραμέτρους.

Αναφορικά με τα ιδιοσυγκρασιακά προβλήματα των γονέων σημειώνονται τα εξής:

- οι γονείς είναι συνήθως απασχολημένοι με τις δικές τους ανάγκες εξάρτησης, ανασφάλειας, κλπ. και δεν είναι ικανοί να δώσουν στα παιδιά τους τις εμπειρίες που θα τους επιτρέψουν να αισθανθούν ότι τα αγαπούν και τα θέλουν.
- οι ίδιοι οι γονείς νιώθουν απόρριψη από τα παιδιά τους και ότι το παιδί δεν εκτιμά τις προσπάθειες των γονιών του να το αναθρέψουν. Δεν συνειδητοποιούν όμως, ότι οι αντιδράσεις των παιδιών είναι η συνέπεια της δικής τους αντίδρασης. Έτσι συνεχίζεται ένας ατέρμονος κύκλος, μη υγιούς επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια.
- πολλοί από τους γονείς σαν παιδιά είχαν υποβληθεί σε στερήσεις και είχαν παραμεληθεί, με αποτέλεσμα την περιορισμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους. Συνήθως, δείχνουν ανωριμότητα σαν άτομα, είναι ψυχαναγκαστικοί και τείνουν να επιζητούν άμεση ικανοποίηση.
- δεν είναι ικανοί να ασκούν πραγματικό έλεγχο και πειθαρχία και αφού γίνονται ανταγωνιστικοί, πεισματικά αποσύρουν δικαιώματα που έχουν δώσει στα παιδιά.
- οι γονείς αυτοί μετακινούνται από μια στάση παθητικότητας και απόσυρσης, σε μια ηφαιστειώδη, βίαιη και εχθρική επικοινωνία με τα παιδιά τους. Τους διακρίνει

λεκτική βαναυσότητα και έλλειψη πολιτισμένης συμπεριφοράς απέναντι στα παιδιά τους.

- οι γονείς αυτοί τέλος, μαστίζονται από ένα βασανιστικό συναίσθημα ανεπάρκειας σαν άτομα και σαν σύζυγοι και γι' αυτό μέσα στο γάμο εμπλέκονται σ' ένα επίπονο αγώνα επικράτησης. Σκοπός των συζύγων, που εμπλέκονται σ' αυτό τον αγώνα, είναι να αποκρύψουν από τον σύντροφο τους την ανεπάρκειά τους και συνήθως, αισθάνονται ότι ο καλύτερος τρόπος να επιτύχουν αυτόν 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. (Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1990, σελ. 243-249)

Όσον αφορά στους περιβαλλοντικούς παράγοντες, τα χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών είναι: συνεχείς οικονομικές ανάγκες, κοινωνική ανασφάλεια, χρόνια εξάρτηση και περιοδικές κρίσεις, χρόνια ασθενείς γονείς, χωρισμός κλπ.

Εξ αιτίας της αποστερημένης ζωής τους και των οικογενειακών τους ελλείψεων, οι γονείς αυτοί κατά συνέπεια δεν δίνουν στα παιδιά τους τη σωστή γονική φροντίδα (ο.π. σελ. 253)

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

1. όταν η συμπεριφορά του παιδιού είναι το αποτέλεσμα μη ικανοποιητικών σχέσεων με τους γονείς
2. όταν το παιδί δεν έχει την ικανότητα στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων
3. όταν το παιδί παρουσιάζει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
4. όταν το παιδί παρουσιάζει από ελαφρά μέχρι σοβαρά κατάθλιψη (ο.π. σελ. 247)

Οι επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης στο παιδί είναι:

- A) ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών και αστάθεια
- B) δυσκολία στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων
- Γ) προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς στο σχολείο
- Δ) απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά, συναισθηματική διαταραχή
- Ε) δυσκολία στην κατανόηση του εαυτού του, ελλιπής αυτογνωσία
- Στ) συμπτώματα όπως δάγκωμα, ενούρηση, βύζαγμα δακτύλου κλπ.
- Ζ) επαναστατικότητα, εκρήξεις θυμού, ψεύδη κλπ.

Η) κλοπές, αντικοινωνική συμπεριφορά

Θ) διαταραχές ύπνου (ο.π. σελ. 248)

Γίνεται κατανοητό ότι τα παιδιά που κακοποιούνται ψυχολογικά δεν είναι τόσο εύκολο να προσδιοριστούν, όπως τα παιδιά που κακοποιούνται σωματικά ή σεξουαλικά, καθώς τα πρώτα δεν φέρουν σημάδια κακοποίησης-παραμέλησης στο σώμα τους. Ωστόσο και η ψυχολογική κακοποίηση είναι ιδιαίτερα σοβαρή και αφήνει βαθιά χαραγμένα τα ίχνη της στην παιδική ψυχή, με σημαντικές προεκτάσεις στην όλη ψυχο-κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Η θεραπευτική παρέμβαση θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες των παιδιών και κυρίως στις ανάγκες και τα προβλήματα των γονιών.

### 3. Νέες μορφές κακοποίησης.

Στην κατηγορία αυτή κατατάσσονται κακοποιήσεις που άρχισαν να εμφανίζονται τα τελευταία χρόνια. Στην ουσία δεν είναι καινούριες μορφές κακοποίησης, απλά τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η συχνότητα που συμβαίνουν σε τόπους και συνθήκες.

Οι νέες αυτές μορφές κακοποίησης είναι:

A) Μη τυχαία δηλητηρίαση (ή σύμφωνα με άλλους χημική κακοποίηση).

Ο Kempe ήδη κατά την περιγραφή του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού (1979) ανέφερε ότι καμιά φορά ο γονιός μπορεί να κακοποιεί το παιδί χορηγώντας μεγάλες δόσεις κάποιου φαρμάκου. Ο Lansky (1974) δημοσίευσε περίπτωση μητέρας που δηλητηρίαζε το παιδί για να εκδικηθεί τον πατέρα. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Επιθεώρηση Κοιν. Ερευνών 1977, σελ. 277).

Οι γονείς που κακομεταχειρίζονται κατ' αυτόν τον τρόπο τα παιδιά τους δεν θέλουν να απαλλαγούν από αυτά. Είναι ενέργεια που γίνεται προγραμματισμένα χωρίς αιτία από την πλευρά του παιδιού (π.χ. κλάμα, ζημιά, άρνηση τροφής κλπ.)

Στόχος της δηλητηρίασης δεν είναι το παιδί, αλλά η προσπάθεια επίλυσης προστριβών μεταξύ των συζύγων, η πρόκληση σίκτου από γείτονες, συγγενείς και η μετάθεση στο παιδί του δικού τους άγχους επιβίωσης κλπ.

Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται για γονείς με σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας και διάφορες ψυχολογικές διαταραχές, που καθιστούν αναγκαία την ψυχολογική-ψυχιατρική υποστήριξη των γονιών.

Συχνά, τέτοια περιστατικά προκαλούνται από γονείς (όπως π.χ. νοσοκόμες-μοι, άρρωστοι γονείς) που είναι εξοικειωμένοι με φάρμακα, αρρώστιες, νοσηλευτικές τεχνικές κλπ.

Συνήθως, το παιδί φτάνει στο νοσοκομείο είτε με ιστορικό τυχαίας δηλητηρίασης, είτε με συμπτώματα άγνωστης αιτίας, κυρίως από Κ.Ν.Σ. Σε ποσοστό 30% οι δηλητηριάσεις συνεχίζονται ενώ το παιδί βρίσκεται στο νοσοκομείο, σε ποσοστό 20% προηγείται ή έπεται της δηλητηρίασης σωματική κακοποίηση, ενώ η θνησιμότητα υπολογίζεται ότι φτάνει το 17%. (Βαλάσση Αδάμ, βλ. Αγάθωνος Γεωργοπούλου 1991, σελ. 100-101)

## Β) Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου.

Το 1977 ο Meadow χρησιμοποίησε τον όρο Munchausen by proxy (από το όνομα του βαρόνου Munchausen, γνωστού παραμυθά, που έχαιρε άκρας υγείας και πέθανε σε βαθιά γεράματα) για δύο οικογένειες, όπου οι μητέρες επί χρόνια υπονοούσαν συμπτώματα στα παιδιά τους, με στόχο τη νοσοκομειακή περίθαλψη των παιδιών τους.

Το σύνδρομο αυτό περιγράφει άτομα που εμφανίζουν εξάρτηση-εθισμό στο νοσοκομείο σε τέτοιο βαθμό, ώστε, ενώ γνωρίζουν ότι είναι υγιείς, επινοούν συμπτώματα και προκαλούν άχρηστες θεραπείες, εξετάσεις και επεμβάσεις. Καθώς γνωρίζουν ότι είναι υγιείς, δεν μπορεί να σχετιστούν με τους κατά φαντασίαν ασθενείς.

Στόχος των γονιών αυτών είναι να προκαλέσουν με τον τρόπο αυτό, το ενδιαφέρον και την προσοχή του οικογενειακού περιβάλλοντος και να εξασφαλίσουν υγειονομική περίθαλψη, καθώς κάτι τέτοιο τους ευχαριστεί και τους ηδονίζει.

Οι γονείς αυτοί, (συνηθέστερα είναι μητέρες) είναι πολύ συνδεόμενες με το παιδί και υπερπροστατευτικές. Φιλικά και ευχάριστα άτομα συνδέονται με το προσωπικό, είναι υποστηρικτικά και εκφράζουν συνεχώς την ευγνωμοσύνη και την ευχαρίστηση τους για το ίδρυμα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Συχνά είναι πρώην νοσοκόμες).

Η κλινική εικόνα ποικίλλει. Συνηθέστεροι είναι οι σπασμοί, η μόλυνση βιολογικών δειγμάτων που διακινεί η ίδια η μητέρα, η πρόκληση πορφυρικού εξανθήματος κλπ.

Η σωματική κακοποίηση σπάνια γίνεται από την μητέρα. Το παιδί κακοποιείται σωματικά από τους γιατρούς, οι οποίοι ως ενσυνείδητοι επιστήμονες, αγωνιούν να διαγνώσουν την αιτία της κατάστασης του παιδιού και το υποβάλλουν συνεχώς σε εξετάσεις.

Καμιά φορά τα παιδιά μεγαλώνοντας, συνεργάζονται με τη μητέρα και επινοούν και τα ίδια συμπτώματα.

Η διάγνωση του Munchausen δι' αντιπροσώπου γίνεται τις περισσότερες φορές τυχαία, όταν για κάποιο λόγο απομακρύνεται η μητέρα από το παιδί, οπότε και τα συμπτώματα σταματούν ως δια μαγείας. (ο.π. σελ. 102-103)

### Γ) Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή.

Το σύνδρομο του αμέτοχου θεατή περιγράφει την κατάσταση της πραγματικά τυχαίας κακοποίησης του παιδιού κατά τη συμπλοκή των γονιών. Το παιδί χρησιμοποιείται σαν μέσο προστασίας, σαν ασπίδα, χωρίς ωστόσο να αποτελεί το ίδιο αντικείμενο οργής του εξοργισμένου γονέα. Δεν παύει ωστόσο να αποτελεί ένα παιδί που εκτίθεται σε κίνδυνο άμεσο (καθώς συχνά χρησιμοποιούνται μαχαίρια ή άλλα φονικά εργαλεία) και έμμεσο (εφόσον οι κακές συζυγικές σχέσεις αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για κακοποίηση-παραμέληση).

Παράδειγμα τέτοιου είδους κακοποίησης είναι η μητέρα που κρατά το μωρό στην αγκαλιά της και το χρησιμοποιεί σαν ασπίδα, μπροστά στην απειλή χτυπήματος από τον πατέρα. Λειτουργεί το δικό της ένστικτο αυτοσυντήρησης, χωρίς ωστόσο να κατανοεί τον κίνδυνο στον οποίο υποβάλλει το παιδί (ο.π. σελ. 104-105)

### Δ) Κακοποίηση εμβρύου.

Η κακοποίηση του εμβρύου αναφέρεται στις περιπτώσεις όπου η μητέρα υποβάλλει σε κίνδυνο και κακομεταχείριση το έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης στο ενδομήτριο περιβάλλον.

Η κακοποίηση εμβρύου γίνεται με διάφορους τρόπους όπως π.χ. χρήση ναρκωτικών, χρήση αλκοόλ, κάπνισμα, κλπ. Το βρέφος που θα γεννηθεί, εφόσον έχει υποστεί κακοποίηση ως έμβρυο, έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσει προβλήματα στη σωματική-νοητική του εξέλιξη, ή να υποστεί παραμέληση.

Στην περίπτωση αυτή της κακοποίησης εμβρύου, γεννώνται ερωτήματα, όπως αν είναι δυνατή η αφαίρεση της γονικής μέριμνας της μητέρας και ο τρόπος που μπορεί να γίνει.

## Γ. Οικογένεια και κακοποίηση-παραμέληση.

### 1. Υγιής οικογένεια.

Στην υποενότητα αυτή, θα αναφερθούν γενικά τα χαρακτηριστικά της υγιούς οικογένειας, η σπουδαιότητα της ομαλής οικογενειακής ζωής για την εξέλιξη του παιδιού και τα οφέλη που αποκομίζει το παιδί που μεγαλώνει σ' ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον.

Ο λόγος της αναφοράς στην υγιή οικογένεια έγκειται στην δυνατότητα που δίνει η μελέτη αυτή στον αναγνώστη, να επιχειρήσει την σύγκριση της υγιούς οικογένειας με την μη υγιή οικογένεια όπου παρατηρείται το φαινόμενο της κακοποίησης-παραμέλησης καθώς η τελευταία παρουσιάζεται αναλυτικά στην επόμενη υποενότητα.

Ο θεσμός της οικογένειας διαχρονικά έχει περιβληθεί μ' ένα πέπλο ηθικών αξιών και στοιχείων και έχει χαρακτηριστεί ως «ιερός θεσμός», μια και η δημιουργία οικογένειας θεωρείται ως το κριτήριο ολοκλήρωσης και καταξίωσης του ατόμου στην κοινωνία.

Η ανάπτυξη της παιδικής ψυχολογίας, της ατομικής ψυχολογίας και της ψυχανάλυσης οδήγησε στη διαπίστωση ότι τα βιώματα που λαμβάνουν χώρα μέσα στην οικογένεια παρακολουθούν και επηρεάζουν το άτομο σε όλη του τη ζωή.

Καθίσταται λοιπόν κατανοητή η σημασία και η σπουδαιότητα της εύρυθμης λειτουργικής και ισορροπημένης οικογένειας για την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.

Ιδιαίτερα τονίζεται η σχέση μητέρας-παιδιού στα πρώιμα χρόνια, η οποία αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα της ψυχοσυναλλαγής μεταξύ τους με συμβολή από την πλευρά τόσο του παιδιού όσο και της μητέρας.

Η σχέση μητέρας-παιδιού επηρεάζεται από καταστάσεις και γεγονότα που συμβαίνουν στην διάρκεια της κύησης, καθώς και από διάφορους περιγεννητικούς παράγοντες.

Επίσης, η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζεται από πολύ νωρίς, από τις πρώτες δηλαδή μέρες της ζωής του και η ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη θα ακολουθήσει μια ομαλή πορεία εφόσον η μητέρα ικανοποιεί όλες τις

βασικές του ανάγκες για επιβίωση. Στις βασικές αυτές ανάγκες συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικές ανάγκες, η ανάγκη για αγάπη, στοργή και ασφάλεια.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι η ανάπτυξη δεσμού του παιδιού με τη μητέρα. Το βρέφος συνδέεται ικανοποιητικά από τον 6<sup>ο</sup>-8<sup>ο</sup> μήνα της ζωής του με το άτομο που το φροντίζει και αναπτύσσει έντονο δεσμό με το πρόσωπο αυτό (δηλαδή με τη μητέρα του) το οποίο είναι ευαίσθητο στις ανάγκες του και του παρέχει κοινωνικά ερεθίσματα.

Από την άλλη μεριά, επίσης, έχει επισημανθεί, ότι όσο πιο πολύ το βρέφος απαντάει στη συμπεριφορά της μητέρας, τόσο πιο πολύ στοργική και τρυφερή γίνεται μαζί του και πιο ευαίσθητη στις ανάγκες του. Η μητρική αυτή συμπεριφορά που περιγράφεται από τον Winnicott σαν «αρκετά καλή μητρικότητα» είναι εκείνη που προωθεί τη συναισθηματική, τη νοητική, την κοινωνική ωρίμανση και τη φυσική ανάπτυξη του παιδιού.

Η αρκετά καλή μητρική συμπεριφορά είναι επίσης, εκείνη που τελικά βοηθάει το παιδί να αισθανθεί εσωτερική ασφάλεια για να μπορέσει αργότερα να ανεξαρτητοποιηθεί. (Παρασκευόπουλος 1985, σελ. 30-35)

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η αξία του ρόλου του πατέρα τόσο στον καθορισμό ορίων συμπεριφοράς, όσο και στο στάδιο απόκτησης της ταυτότητας του φύλου, αλλά και στη γενικότερη πορεία ανάπτυξης του παιδιού.

Τα αδέρφια παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο, καθώς η συνδιαλλαγή του παιδιού μαζί τους, του διδάσκει αξίες όπως η ισότητα, ίση κατανομή αγαθών, κοινωνικότητα, ενώ εισπράττει αγάπη και υποστήριξη. (Aobin Skynner, John Keese 1987, σελ. 96-107)

Είναι πέρα από κάθε αμφισβήτηση, ότι το παιδί κτίζει στο πλαίσιο της οικογένειας τη βάση της προσωπικότητάς του. Εκεί αποκτά εμπειρίες που θα επηρεάσουν τη σχέση του με τον άψυχο και έμψυχο κόσμο που το περιβάλλει. Στην οικογένεια θα αντιγράψει στάσεις απέναντι σε πρόσωπα και πράγματα, θα μάθει μορφές αντίδρασης σε καταστάσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπο και θα αποκτήσει την ικανότητα σωστής εκτίμησης του εαυτού του.

Στα πλαίσια της οικογένειας θα μεταδοθούν στο παιδί κοινωνικοί κανόνες και αξίες, καθώς και πρότυπα συμπεριφοράς που θα το βοηθήσουν στον κοινωνικό του



προσανατολισμό και θα το προφυλάξουν σε μεγάλο βαθμό από ανορθολογικές κοινωνικές συγκρούσεις.

Σ' αυτή τη διαδικασία μάθησης, στο χώρο του οικογενειακού περιβάλλοντος, αποκτά το παιδί ένα «ρεπερτόριο» από πρότυπα συμπεριφοράς που είναι κύρια αντιγραφή αντίστοιχων συμπεριφορών των γονέων.

Η συχνή φιλική και γεμάτη φροντίδα ενασχόληση με το παιδί αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με το περιβάλλον του και τη σφυρηλάτηση αυτογνωσίας. Η υπευθυνότητα και ωριμότητα των γονέων αποτελούν στοιχεία εγγύησης για σωστή ανατροφή.

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια θετική εξέλιξη του παιδιού αποτελεί η σταθερότητα του περιβάλλοντος στο οποίο μεγαλώνει. Η προϋπόθεση αυτή, στοιχειοθετεί τη σημασία των κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων. Καλές συνθήκες κατοικίας, σχετική οικονομική άνεση στην κάλυψη αναγκών, έλλειψη προβληματικών καταστάσεων, ύπαρξη κοινωνικού περίγυρου και καλών κοινωνικών σχέσεων της οικογένειας, αποτελούν παράγοντες που συνηγορούν υπέρ μιας λειτουργικής οικογένειας και παρέχουν στο παιδί ασφάλεια καθώς και αίσθηση προστασίας από τους γονείς.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι οι προϋποθέσεις για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού πηγάζουν, τόσο από παράγοντες που σχετίζονται με την υπευθυνότητα και ωριμότητα των γονέων, όσο και από παράγοντες που σχετίζονται με την σχετικά καλή κοινωνικό-οικονομική θέση της οικογένειας. (Εμμανουήλ Νόνα, Αστυνομική Επιθεώρηση 1998, σελ. 688-89)

Με λίγα λόγια η οικογενειακή ζωή πρέπει να πληρεί τέσσερις βασικές λειτουργίες:

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

## 2. Αίτια της κακοποίησης-παραμέλησης.

### 2<sup>α</sup>. Προσωπικότητα των γονέων – συζυγικές σχέσεις.

Ο συνδυασμός των λέξεων «κακοποίηση-παραμέληση» και «γονείς» στον ίδιο τίτλο είναι αρκετά παράδοξος και προκαλεί όσους δεν γνωρίζουν ή δεν δέχονται ορισμένες βασικές αρχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Η έννοια της κακοποίησης είναι καταστρεπτική, επικίνδυνη, προκαλεί φόβο και πανικό, ενώ οι γονείς και κατ' επέκταση η οικογένεια, ορίζουν όπως αναφέρθηκε, το ανθρώπινο εκείνο περιβάλλον όπου υπάρχει αγάπη, ασφάλεια, ζεστασιά και δυνατότητα για ανάπτυξη και ωρίμανση. Οι περισσότερες οικογένειες πληρούν αυτό το ιδανικό.

Υπάρχουν ωστόσο οικογένειες, που δεν συγκεντρώνουν τα χαρακτηριστικά αυτά, αντιθέτως εμφανίζουν στους κόλπους τους παθολογικά φαινόμενα όπως είναι αυτό της κακοποίησης-παραμέλησης.

Η ύπαρξη του φαινομένου της κακοποίησης-παραμέλησης σε μια οικογένεια προκαλείται από παράγοντες που σχετίζονται τόσο με την κατάσταση της οικογένειας, όσο και με την ψυχοσύνθεση των γονέων, καθώς επίσης και με το ίδιο το θύμα.

Ειδικότερα σ' ότι αφορά την ψυχοσύνθεση των γονέων που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους, οι επιστήμονες έχουν επισημάνει μια σειρά χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων που συγκεντρώνουν οι γονείς αυτοί. Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν συνεπάγονται πάντοτε την ύπαρξη κακοποίησης-παραμέλησης στην οικογένεια. Απλά οι γονείς που εμφανίζουν αυτές τις ιδιότητες χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό επικινδυνότητας σ' ότι αφορά την χρήση βίας προς τα παιδιά τους ή την αδιαφορία τους γι' αυτά.

Ο πίνακας 2 καταγράφει τους αιτιολογικούς παράγοντες της κακοποίησης-παραμέλησης που σχετίζονται με τους γονείς.

Πίνακας 2.

1. Ιστορικό κακοποίησης-παραμέλησης στην παιδική ηλικία.
2. Ανεπάρκεια εκπλήρωσης γονεϊκού ρόλου.
3. Έλλειψη συναίσθησης των υποχρεώσεων του γονεϊκού ρόλου.
4. Εξωπραγματικές απαιτήσεις από το παιδί
5. Αντιστροφή του ρόλου γονιών-παιδιών
6. Χαμηλή αυτοεκτίμηση
7. Προβολή αρνητικών χαρακτηριστικών τους στο παιδί.
8. Ταύτιση με τους δικούς τους αυταρχικούς-επιθετικούς γονείς.
9. Χαμηλό νοητικό επίπεδο.
10. Ταύτιση του παιδιού με τους απορριπτικούς γονείς και βίωμα απορριπτικών συναισθημάτων.

Πίνακας αιτιογόνων παραγόντων της κακοποίησης-παραμέλησης που σχετίζονται με την προσωπικότητα και την εν γένει ψυχοσύνθεση των γονέων. (Steele Pomack, Η κακοποίηση του παιδιού 1968, σελ. 32-37).

Η ανάλυση των γνωρισμάτων αυτών ίσως βοηθήσει στην κατανόηση-προσέγγιση των γονέων αυτών και στην επιτυχημένη αντιμετώπιση τους, στα πλαίσια της θεραπείας και αποκατάστασης περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης.

Οι γονείς που έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί ως παιδιά από τους δικούς τους γονείς κουβαλούν μέσα τους ψυχοτραυματικές εμπειρίες. Μέσα από τους μηχανισμούς ταύτισης με τον επιτιθέμενο, προβάλλουν και επαναλαμβάνουν την βία αυτή στα παιδιά τους ή εμφανίζουν χρόνια αποτυχία στην προσπάθεια προστασίας των παιδιών τους από φυσικό κίνδυνο.

Η παραμέληση-κακοποίηση που υπέστησαν τα άτομα αυτά ως παιδιά συντέλεσε στην περιορισμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και την ανωριμότητά τους. (Νόβα Καλτούνη Χ. Αστυνομική Επιθεώρηση 1998, σελ. 423).

Πιο δεκτικοί συνεργασίας είναι οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους σε αντίθεση με τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους και εμφανίζονται ιδιαίτερος μη συνεργάσιμοι.

Οι Steele και Pollock περιγράφουν μια ανεπάρκεια στο γονεϊκό ρόλο καθώς οι γονείς αυτοί δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι εξ αιτίας της

ηλικίας τους ανώριμα. Συχνά σχόλια όπως «τα παιδιά πρέπει να σέβονται τους γονείς» δεν μπορούν να γίνουν για ένα βρέφος 3 μηνών. (ο.π. σελ. 33)

Η αντιστροφή του ρόλου γονιών-παιδιών παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις. Οι γονείς εμφανίζουν αυξημένες ανάγκες για εξάρτηση από το παιδί καθώς προσδοκούν από τα παιδιά τους την ικανοποίηση αναγκών όπως π.χ. για αγάπη, στοργή, φροντίδα κλπ., που οι ίδιοι ως παιδιά στερήθηκαν. Είναι με λίγα λόγια γονείς ανώριμοι, με έντονα ναρκισσιστικές ανάγκες.

Είναι χαρακτηριστικό ότι η λειτουργία του υπερεγώ των γονιών αυτών είναι παθολογική, καθώς δείχνουν άνετοι και αδιάφοροι ενώ στην πραγματικότητα μαστίζονται από τύψεις και ασυνείδητα συναισθήματα ενοχής.

Καθώς το υπερεγώ λειτουργεί παθολογικά, αποδίδοντας στο παιδί τα διωκτικά και σαδιστικά χαρακτηριστικά του γονέα (το παιδί αποκτά για τους γονείς την ιδιότητα του διώκτη-επιτιθέμενου) και καθώς οι γονείς υφίστανται ματαίωση των αναγκών για αγάπη από το παιδί, οδηγούνται στην κακοποίηση-παραμέληση του.

Πρέπει να σημειωθεί ότι το παιδί αντανακλά στους γονείς συμπεριφορά που οι ίδιοι του διδάσκουν. Όταν λοιπόν δεν εισπράττει αγάπη και στοργή δεν είναι σε θέση να την προσφέρει και αυτό οι γονείς το βιώνουν ως ματαίωση των αναγκών τους και ως απόρριψη τους από το παιδί. Ταυτίζουν δηλαδή το παιδί, στην περίπτωση αυτή, με τους γονείς τους και βιώνουν πάλι την απόρριψη που αισθάνθηκαν σαν παιδιά.

Τα άτομα αυτά, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, που σχετίζεται άμεσα με την αδυναμία τους στην εκπλήρωση του γονεϊκού του ρόλου. Στην προσπάθεια τους να αντισταθμίσουν αυτή τη χαμηλή αυτοεκτίμηση απαντούν στο παιδί με προσβολές ή επιθέσεις. Προσπαθούν απελπισμένα να κρατήσουν επιφανειακά τουλάχιστον, την θετική εικόνα του εαυτού τους καταπνίγοντας τα αισθήματα ανεπάρκειας. Το άγχος, η ενοχή και η μείωση της αυτοεκτίμησης απειλούν την ευαίσθητη ναρκισσιστική τους ψυχική ισορροπία.

Στην περίπτωση αυτή, οι γονείς, μέσω του μηχανισμού ταύτισης, ταυτίζονται με τους δικούς τους γονείς. Καθιστούν το παιδί «αποδιοπομπαίο τράγο» και μέσω της προβολής και της μετάθεσης, αποδίδουν στο παιδί όλα τα αρνητικά γονικά χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να ελέγξουν και να συγκρατήσουν. Έτσι μπορούν να ελέγξουν την τραυματική απόρριψη που είχαν νιώσει ως παιδιά με παθητικό

τρόπο, και στρέφουν την επιθετικότητα τους στο παιδί. (Τσιάντης, Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών 1991, σελ. 97-102)

Πρέπει τέλος να αναφερθεί, ότι σε πολλά περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης οι γονείς εμφανίζονται με χαμηλό ή οριακό δείκτη νοημοσύνης. Συνέπεια αυτού είναι η μη κατανόηση και εκπλήρωση του γονεϊκού ρόλου, η έλλειψη συναίσθησης των ευθυνών και υποχρεώσεων του ρόλου αυτού.

Στον πίνακα 3 περιγράφονται τα ψυχοδυναμικά της κακοποίησης-παραμέλησης, ο τρόπος δηλαδή που οι παράγοντες που αναλύσαμε παραπάνω αλληλεπιδρούν και οδηγούν στην κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού. (ο.π. σελ. 97-101)

Πίνακας 3.

Παιδί=	Αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα από γονείς. Ματαίωση αναγκών τους παιδιού.
Γονείς=	Ανικανοποίητες ανάγκες για εξάρτηση. Στέρηση από τους γονείς τους. Έλλειψη υποστήριξης.
Γονείς=	Αυξημένες ανάγκες για εξάρτηση από το παιδί και ικανοποίηση αναγκών τους. Ματαίωση αναγκών γονέων.
Γονείς=	Βλέπουν το παιδί σαν τους απορριπτικούς γονείς τους. Ξαναζούν την αρχική απόρριψη. Αποτέλεσμα: Αγχος, ενοχή.
Γονείς=	Έντονη διαταραχή στην ευαίσθητη ψυχική ισορροπία τους. Προβολή της «κακής» εικόνας εαυτού στο παιδί. Άρνηση, προβολή.
Γονείς=	Ταύτιση με τους «κακούς» γονείς τους και επίθεση στο παιδί τους που αναπαριστά τον αδύναμο κακό εαυτό τους.

Ψυχοδυναμικό κακοποίησης-παραμέλησης.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι οι γονείς που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους χαρακτηρίζονται από ανωριμότητα, ανάγκες για εξάρτηση, μειωμένο αυτοέλεγχο, φόβο, επιφυλακτικότητα, ευαισθησία στις απειλές, χαμηλό νοητικό επίπεδο και έντονες εσωτερικές συγκρούσεις.

Πρέπει να αναφερθεί ότι έρευνες έχουν πιστοποιήσει την ύπαρξη κάποιας ψύχωσης σε ποσοστό 20% ανάμεσα στους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους. (ο.π., σελ. 98)

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της κακοποίησης παραμέλησης που σχετίζονται με τους γονείς δεν αφορούν μόνο την προσωπικότητα των γονέων. Αφορούν επίσης τις μεταξύ των γονέων σχέσεις, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων και το ιστορικό εγκυμοσύνης, την συνειδητή δηλαδή ή μη απόφαση των γονέων να τεκνοποιήσουν.

Έτσι λοιπόν σ' ότι αφορά τις σχέσεις μεταξύ γονέων στις οικογένειες όπου συμβαίνει κακοποίηση-παραμέληση, παρατηρούνται φαινόμενα όπως έλλειψη επικοινωνίας και διαλόγου μεταξύ των γονιών.

Οι γονείς δεν συζητούν μεταξύ τους τα προβλήματα της οικογένειας ή τα προσωπικά τους, τις ανησυχίες ή τις ανάγκες τους. Επικρατεί δηλαδή μια «χαοτική» κατάσταση όπου καθένας δρα αυτόνομα και αυτόβουλα χωρίς την συνεργασία του συντρόφου. Συνέπεια της κατάστασης αυτής είναι η έλλειψη υποστήριξης καθενός από τους συζύγους από τον έτερο σύντροφο.

Επίσης συχνά παρατηρείται έλλειψη ισότητας στον καταμερισμό ευθυνών. Συχνά ο ένας ή και οι δύο σύντροφοι αδυνατούν να εκπληρώσουν τον ρόλο τους, εναποθέτουν συνήθως στον άλλο σύντροφο τις ευθύνες του σπιτιού και της ανατροφής των παιδιών.

Συνέπεια αυτού, είναι ο σύζυγος που έχει επωμιστεί τις ευθύνες, να ασφυκτιά και να βρίσκει διέξοδο στην κακομεταχείριση των παιδιών, ταυτίζοντάς τα με τον υπεύθυνο και ανώριμο σύντροφο.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα παραδοσιακά πρότυπα για τους ρόλους του πατέρα και της μητέρας που ισχύουν και σήμερα σε πολλές περιοχές της ελληνικής επικράτειας.

Ο ρόλος του πατέρα διαγράφεται σαν αυτός του «προμηθευτή», «καθοδηγητή» και του «στηρίγματος» της οικογένειας, ενώ η μητέρα έχει το ρόλο αυτού που

ανατρέφει, φροντίζει και προστατεύει. Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει την υπευθυνότητα για την επιβολή πειθαρχίας στα παιδιά.

Μια τέτοια ατμόσφαιρα μπορεί να είναι ασφυκτική για μια μητέρα ομάδας υψηλού κινδύνου (που παρουσιάζει και προβλήματα προσωπικότητας) που ανίκανη να εκπληρώσει τον κοινωνικά επιβεβλημένο ρόλο της «φροντίδας», στρέφεται στον σύζυγο της για βοήθεια και υποστήριξη. Συγχρόνως ο πατέρας «προμηθευτής» έχοντας εκπληρώσει τον παραδοσιακό ρόλο του ως «υπουργός εξωτερικών» στην οικογένεια δεν της δίνει τη στήριξη που χρειάζεται.

Η μητέρα αυτή τότε στρέφεται στα παιδιά της αναζητώντας την ικανοποίηση που ο άντρας της δεν μπορεί να της δώσει. Ένα μικρό βρέφος όμως ή ένα παιδί δεν μπορεί ποτέ να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες. Η απογοήτευση, η συναισθηματική στέρηση, οι εξωπραγματικές προσδοκίες οδηγούν την μητέρα αυτή στη χρήση βίας ή στην ολοκληρωτική παραίτηση από το μητρικό ρόλο που οδηγεί στην παραμέληση. (Παρίσης, Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών 1987, σελ. 135)

Επίσης διαταραχές στο συζυγικό ρόλο και προβλήματα μεταξύ των συζύγων είναι δυνατόν να οδηγήσουν στην κακομεταχείριση του παιδιού ως μηχανισμό παθολογικής ισορροπίας. Οι γονείς εκφράζουν και προβάλλουν τις επιθετικές τάσεις που έχουν ο ένας για τον άλλον πάνω στο παιδί. Χρησιμοποιούν το παιδί ως μέσο εκτόνωσης, διατηρώντας μια φαινομενικά ισορροπημένη σχέση μεταξύ τους.

Η αίσθηση κατωτερότητας που μπορεί να έχει ο ένας εκ των συντρόφων συγκρίνοντας τον εαυτό του με τον έτερο, και η αγωνιώδης προσπάθεια που καταβάλλει να παρουσιάσει θετική εικόνα στον σύντροφο του, τον οδηγεί σε προβολή των ανασφαλειών του στο παιδί, άρα και στην κακομεταχείριση του παιδιού.

Περίληπτικά οι αιτιολογικοί παράγοντες της κακοποίησης-παραμέλησης που σχετίζονται με τις σχέσεις μεταξύ των συζύγων καταγράφονται στον πίνακα 4 (Αγάθωνος και συν., Child and veglech 1982, sel. 307-311).

Πίνακας 4

1. Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των συζύγων.
Έλλειψη ισότητας και καταμερισμού ευθυνών – υπερφόρτωση ευθυνών στον σένα σύντροφο.
3. Διαταραχές στο συζυγικό ρόλο – συναισθηματική αποστέρηση του ενός συζύγου.
4. Συζυγικά προβλήματα.
5. Χρήση του παιδιού και κακομεταχείριση του ως μηχανισμός διατήρησης της παθολογικής ισορροπίας.
6. Ταύτιση του παιδιού με αισθήματα κατωτερότητας που νοιώθει ο ένας γονιός απέναντι στον άλλον.
7. Χρήση του παιδιού ως πεδίο εκτόνωσης της επιθετικότητας – οργής που νοιώθει ο ένας σύντροφος για τον άλλο.

Αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με προβλήματα στις σχέσεις των γονέων και οδηγούν στην κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού.

Συμπεραίνεται σαφώς από τα παραπάνω η αξία των υγιών διαπροσωπικών σχέσεων των γονέων για την εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας και την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Οι δυσμενείς διαπροσωπικές σχέσεις των γονιών οδηγούν σε δυσλειτουργία της οικογένειας και φαινόμενα όπως αυτά της κακοποίησης-παραμέλησης.

Έρευνες που έγιναν από το Τμήμα Κακοποίησης-Παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, αποδεικνύουν ότι οι γονείς που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους εκφράζονται με απογοήτευση για τη σχέση τους με το σύντροφο τους και φαίνονται πιο απαιτητικοί από τη σχέση αυτή, σε σύγκριση με τους γονείς που δεν κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους. Οι πρώτοι τέλος γονείς, διαφωνούν μεταξύ τους σημαντικά στην εκτίμηση της σχέσης τους. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1984, σελ. 31)

Σ' ότι αφορά τώρα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονιών που μπορεί να τους οδηγήσουν σε κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών τους αναφέρονται κυρίως:



A. το νεαρό της ηλικίας και ο γάμος που συμβαίνει σε μικρή ηλικία. Αυτό συνεπάγεται ανωριμότητα και επιπολαιότητα στην εκπλήρωση του γονεϊκού ρόλου. Πανικό και αποδιοργάνωση μπροστά στις ευθύνες και τους περιορισμούς που συνεπάγεται ο σχηματισμός της οικογένειας και η ανατροφή του παιδιού.

B. το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που συνεπάγεται άγνοια της σπουδαιότητας της σωστής ανατροφής του παιδιού για την περαιτέρω ψυχοκοινωνική του εξέλιξη.

Βέβαια οι παράγοντες αυτοί δεν είναι άκρως καθοριστικοί για την ύπαρξη κακοποίησης-παραμέλησης. Άλλωστε στα ιατρικά δεδομένα έχουν καταγραφεί περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης από γονείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο (π.χ. γονείς που ασχολούνται με τις τέχνες, τις επιστήμες και τα γράμματα).

Η κακοποίηση στις περιπτώσεις αυτές οφείλεται στις υψηλές προσδοκίες των γονιών αυτών για διάκριση των παιδιών τους σε καθετί με το οποίο αυτά καταπιάνονται και στην ανάγκη των γονιών να κερδίζουν τα παιδιά τους μεγάλη προβολή και αναγνώριση.

Η παραμέληση επίσης, οφείλεται στην υπερβολική ενασχόληση των γονιών αυτών με τις δικές τους ανάγκες και υποθέσεις και στην ανάθεση της ανατροφής των παιδιών σε ντανάδες και baby-sitters που αλλάζουν συνεχώς. (ο.π. σελ. 34)

Σ' ότι αφορά τέλος γενικότερα στοιχεία για τους γονείς οι έρευνες του τμήματος ΚαΠα του Ι.Υ.Π. μαρτυρούν ότι σε 40% των περιπτώσεων ευθύνονται και οι δύο γονείς ενώ στο 60% των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης υπεύθυνη είναι κυρίως η μητέρα. (ο.π., σελ. 31)

Επίσης οι γονείς που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους περιέγραψαν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις στις πατρικές τους οικογένειες ως κακές σε ποσοστό 64%, ενώ οι γονείς που δεν παραμελούν ή κακοποιούν τα παιδιά τους σε καμία περίπτωση δεν χαρακτήρισαν τις αντίστοιχες σχέσεις κακές. (ο.π., σελ. 34)

Πιστοποιείται λοιπόν για άλλη μια φορά η σπουδαιότητα των υγιών οικογενειακών σχέσεων για την επιτυχή ανάπτυξη και εκπλήρωση των ρόλων που καλείται να παίξει στην πορεία της ζωής του ο άνθρωπος.

Τέλος πρέπει να επισημανθεί ότι οι αιτιογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά των γονέων είναι αρκετοί, ποικίλοι και πολύπλευροι και απαιτούν προσοχή στην ανίχνευση και αποκατάσταση των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών.

## 2β. Ιστορικό εγκυμοσύνης - τοκετού - νεογνικής - νεογνικής περιόδου.

Υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες της κακοποίησης-παραμέλησης που αφορούν το ιστορικό εγκυμοσύνης του παιδιού, το ιστορικού τοκετού και νεογνικής περιόδου. Οι παράγοντες αυτοί, όπως έχουν καταγραφεί από τους επιστήμονες, παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5.

1. Ανεπιθύμητη / απρογραμματίστη εγκυμοσύνη.
2. Προβληματική εγκυμοσύνη.
3. Δυσκολία στον τοκετό.
4. Προωρότητα.
5. Μεγάλο χρονικό διάστημα αποχωρισμού μητέρας-παιδιού.
6. Προβλήματα στη νεογνική περίοδο-ασθένειες.
7. Χαμηλό βάρος.

Αιτιογόνοι παράγοντες κακοποίησης-παραμέλησης που σχετίζονται με το ιστορικό εγκυμοσύνης-τοκετού-νεογνικής περιόδου. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1984, σελ. 34).

Οι παράγοντες αυτοί έχουν ως συνέπεια να καθίσταται το παιδί ανεπιθύμητο από τους γονείς του, ήδη από την εμβρυϊκή φάση της ζωής του και τις πρώτες μέρες της ζωής του. Οι γονείς αισθάνονται το παιδί ως «βάρος» ή «εμπόδιο» στα μελλοντικά τους σχέδια, αρνούνται να δεχτούν την εγκυμοσύνη, σκέφτονται συχνά τρόπους που θα μπορούσαν να οδηγήσουν στην απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια (όπως π.χ. υιοθεσία του παιδιού από άλλη οικογένεια, τοποθέτηση του παιδιού σε ίδρυμα, κλπ.)

Οι γονείς αυτοί, που ήδη από την εμβρυϊκή φάση του παιδιού διάκινται αρνητικά απέναντι του, εμφανίζουν υψηλές πιθανότητες να κακοποιήσουν ή να παραμελήσουν το παιδί όταν αυτό ενταχθεί στην οικογένεια.

Είναι γονείς, που ήδη, έχουν απορρίψει το παιδί και αρνούνται να δεχτούν την ύπαρξη του. Η γέννηση του σηματοδοτεί γι' αυτούς προβλήματα και όχι την ολοκλήρωση και την καταξίωση τους ως άτομα. Δεν βλέπουν το παιδί ως «δημιούργημα» τους αλλά ως στρεσογόνο παράγοντα στη ζωή τους.

Φυσικά η συμπεριφορά των γονιών αυτών δεν θα είναι φιλική, στοργική και γεμάτη τρυφερότητα προς το παιδί.

Ενδεικτικά αναφέρονται τα παρακάτω στοιχεία από έρευνες του Τμήματος Κακοποίησης-Παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού σχετικά με το ιστορικό εγκυμοσύνης, τοκετού και νεογνικής περιόδου, σε περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης:

A. 28% μητέρων που κακοποιούσαν-παραμελούσαν τα παιδιά τους ανέφεραν ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις μητέρες που δεν κακοποιούσαν-παραμελούσαν τα παιδιά τους ανέρχεται στο 10%.

B. 71% της πρώτης κατηγορίας μητέρων ανέφερε προβληματική εγκυμοσύνη ενώ το αντίστοιχο της δεύτερης κατηγορίας μητέρων κυμαίνονται στο 39%. Αν από την προβληματική εγκυμοσύνη αφαιρεθεί το σύμπτωμα του εμετού, η διαφορά στατιστικών μεταξύ των δύο ομάδων είναι πολύ μεγαλύτερη με σαφή υπεροχή των μητέρων της πρώτης κατηγορίας.

Γ. Τα παιδιά που κακοποιούνταν-παραμελούνταν παρουσίαζαν σημαντική διαφορά στο βάρος του σώματος όταν γεννήθηκαν, από αυτό που δεν υπέστησαν κακοποίηση-παραμέληση αργότερα. Επισημαίνεται σαφώς, η απόρριψη των πρώτων παιδιών από τους γονείς, ήδη κατά την προγεννητική-εμβρυϊκή φάση της ζωής τους. (ο.π., σελ. 31)

## 2γ. Γνωρίσματα του παιδιού.

Ο τίτλος είναι πλάσματικός καθώς είναι αδύνατο ένα βρέφος ή ένα παιδί να ευθύνεται για την κακοποίηση ή την παραμέλησή του.

Στην ουσία υπάρχουν παράμετροι που αφορούν το παιδί και οι οποίες χρησιμοποιούνται από τους γονείς ως δικαιολογία για την βία που ασκούν στο παιδί ή την αδιαφορία τους προς αυτό. Οι παράγοντες αυτοί καταγράφονται στον πίνακα 6. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Συζήτηση Στρογγυλού Τραπέζιου 1983, σελ. 313)

Πίνακας 6.

1. Ηλικία <3 ετών, ιδιαίτερα < έτους.
2. Ιδιαίτερα προβλήματα, π.χ. συγγενείς ανωμαλίες.
3. Ψυχοκινητική καθυστέρηση.
4. Προβλήματα στη νεογνική περίοδο, π.χ. κλάμα.
5. «Δύσκολο» παιδί-υπερκινητικό.
6. Αρρώστια στους πρώτους μήνες ζωής.

Αιτιογόνοι παράγοντες της κακοποίησης-παραμέλησης που σχετίζονται με το θύμα.

Έχει διαπιστωθεί ότι ο αριθμός των παιδιών που κακοποιούνται ή παραμελούνται σωματικά είναι μικρής ηλικίας. Ένα τρίτο του συνόλου των κακοποιημένων ή παραμελημένων παιδιών είναι ηλικίας <έτους, ένα τρίτο είναι ηλικίας 1-6 ετών και ένα τρίτο ηλικίας < 6 ετών. (Βλάση Αδάμ, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 24)

Το παιδί της μικρής ηλικίας δεν μπορεί σαφώς να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις αυξημένες προσδοκίες και απαιτήσεις των γονέων. Οι ίδιοι βιώνουν την ματαιώση των απαιτήσεων τους από το παιδί και εξοργίζονται μαζί του.

Προβλήματα όπως π.χ. συγγενείς ανωμαλίες, ψυχοκινητική καθυστέρηση κλπ., δίνουν την αίσθηση της αποτυχίας στους γονείς. Θεωρούν ότι είναι ανίκανοι να φέρουν στον κόσμο ένα «φυσιολογικό» παιδί. Βιώνουν την απόρριψη και την αποτυχία, σε συνδυασμό με το άγχος ανατροφής του συγκεκριμένου παιδιού λόγω των ιδιαίτερων αναγκών του. Κάποτε κουράζονται (π.χ. συχνή παραμονή σε

νοσοκομείο, τακτικές εξετάσεις). Το παιδί θεωρείται πηγή δυσκολιών και άγχους και συχνά αντιμετωπίζεται με σκληρό τρόπο.

Όσον αφορά στα προβλήματα που σχετίζονται π.χ. με το κλάμα, τις δυσκολίες σίτισης και τις ασθένειες στη νεογνική περίοδο, οι γονείς αυτοί τα θεωρούν υπερβολικά, μεγαλοποιούν τις δυσκολίες και κακομεταχειρίζονται το παιδί ως φορέα αυτών των προβλημάτων. Στην πραγματικότητα όμως πολλά από τα παραπάνω θεωρούνται κατ' άλλους γονείς φυσιολογικές αντιδράσεις και δεν τους οδηγούν στην κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού τους. (Μαρούλη, Εκλογή Απρίλιος 1997, σελ. 31-35)

## 2δ. Κατάσταση – συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας.

Η μελέτη περιστατικών σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης οδήγησε στην καταγραφή ορισμένων προδιαθεσιακών παραγόντων του φαινομένου, που σχετίζονται άμεσα με την κατάσταση και τις συνθήκες που επικρατούν στις οικογένειες όπου εμφανίζεται το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι παράγοντες αυτοί παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7.

1. Κοινωνική απομόνωση των οικογενειών αυτών.
2. Χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση.
3. Χαμηλό βιοτικό και μορφωτικό επίπεδο.
4. Προβλήματα οικονομικής φύσεως.
5. Πολυπροβληματικές καταστάσεις.
6. Υιοθετημένες πολιτισμικές αντιλήψεις για αυστηρή πειθαρχία και υπακοή των παιδιών στους γονείς.
7. Πολυμελείς ή μονογονεϊκές οικογένειες.

Αιτιολογικοί παράγοντες σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης που αφορούν την κατάσταση και τις συνθήκες της οικογένειας. (Τσιάντης Βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 97-99)

Οι έρευνες των επιστημόνων έχουν πιστοποιήσει το γεγονός της σύνδεσης ανάμεσα στην κοινωνική απομόνωση των οικογενειών και την άσκηση βίας ή την αδιαφορία προς το παιδί.

Είναι εύκολο, οι νεαροί γονείς να στρέψουν την επιθετικότητα τους προς το παιδί, όταν ζουν κοινωνικά απομονωμένοι, δεν έχουν κανένα υποστηρικτικό σύστημα (συνήθως έχουν κακές σχέσεις με τις πατρικές τους οικογένειες) και εμφανίζουν έλλειψη φιλικών διαπροσωπικών σχέσεων με τον κοινωνικό περίγυρο. Ο τρόπος ζωής των οικογενειών αυτών χαρακτηρίζεται ως κοινωνικά απόμακρος και αποσυρμένος.

Έχει παρατηρηθεί ότι η πλειονότητα των σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών προέρχεται από τις χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις, -

ποσοστό 50%- που εμφανίζουν συνεπώς και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αν και δεν μπορεί να αγνοήσει κανείς το μέγεθος του προβλήματος στα «άνετα-αστικά» σπίτια. (πίνακας 8)

Πίνακας 8.

Κοινωνική τάξη	%
1. Ανώτερη	3%
2. Μεσαία-αστική	20%
3. Μικρομεσαία	27%
4. Κατώτερη	50%
Σύνολο	100%

Κατανομή οικογενειών όπου παρατηρείται σωματική κακοποίηση-παραμέληση κατά κοινωνικές τάξεις.

Ένας βασικός λόγος για την υπέρ-αντιπροσώπευση πολύ φτωχών οικογενειών στο δείγμα των κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών αφορά στη στάση των γιατρών. Οι γιατροί που μπορούν να διαγνώσουν το πρόβλημα, σπάνια υποπτεύονται την ύπαρξή του ανάμεσα σε οικονομικά εύρωστες οικογένειες και μορφωμένους γονείς και ακόμα πιο σπάνια δηλώνουν την υποψία αυτή. (Αγάθωνος και συν., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1984, σελ. 34).

Έχει επίσης παρατηρηθεί, ότι η κατ' επανάληψη σωματική κακοποίηση-παραμέληση καταγράφεται κυρίως σε λιγότερο προηγμένες κοινωνικοοικονομικά τάξεις, σε γονείς μικρής ηλικίας με ψυχοπαθητικό υπόστρωμα, γονείς τοξικομανείς και με προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις.

Αντίθετα ισχυρή βιαιοπραγία με σοβαρές και συχνά καίριες για τη ζωή κακώσεις παρατηρούνται σε περισσότερο προηγμένες κοινωνικοοικονομικά τάξεις και σε ζευγάρια με έντονα μεταξύ τους προβλήματα που συχνά οδηγούν σε πλήρη διάσταση και αντιπαράθεση. (Κουσελίνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 35).

Προβλήματα σχετικά με κακές συνθήκες κατοικίας, περιβάλλοντος και κατ' επέκταση χαμηλού βιοτικού επιπέδου, που σαφώς σχετίζονται με προβλήματα οικονομικής φύσεως αποτελούν προδιαθεσιακούς παράγοντες για την εμφάνιση σωματικής

κακοποίησης-παραμέλησης σε μια οικογένεια. Τα προβλήματα αυτά φαίνεται να σχετίζονται με την έναρξη και τη συνέχιση κατάθλιψης στους γονείς.

Το αποτέλεσμα είναι ότι οι γονείς βρίσκονται συνεχώς σε ένταση και οπωσδήποτε η συμπεριφορά τους προς τα απιδιά τους όπως και η ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους θα είναι μειωμένη. Οι πιθανότητες δυσλειτουργίας της οικογένειας είναι μεγαλύτερες. Αναμφίβολα ο πληθυσμός αυτός κατατάσσεται στην ομάδα «υψηλού κινδύνου» σ' ότι αφορά την σωματική κακοποίηση-παραμέληση παιδιών.

Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι 40% των μητέρων με μικρά παιδιά από την εργατική τάξη, ιδίως αυτές που είχαν δύο παιδιά και αντιμετωπίζουν συγχρόνως τα προβλήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, πάσχουν από κατάθλιψη αδυνατώντας να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών. (βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν., Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής 1984, σελ. 34).

Ενδεικτικά αναφέρονται τα παρακάτω στοιχεία από έρευνες του Τμήματος Κακοποίησης-Παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού σχετικά με τις συνθήκες κατοικίας και το βιοτικό επίπεδο των οικογενειών όπου συμβαίνει σωματική κακοποίηση-παραμέληση (πίνακες 9-12).

Πίνακας 9.

# = 46%, * = 8%	# = 4%, * = 15%	# = 50%, * = 77%
Πολύ ακατάστατο	Ακατάστατο	Τακτικό
# = γονείς-οικογένειες που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά.		
* = γονείς-οικογένειες που δεν κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά.		

Φροντίδα και τάξη του σπιτιού σε οικογένειες που συμβαίνει η κακοποίηση-παραμέληση σε αντίθεση με αυτές που δεν συμβαίνει. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν., Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής, σελ.32).

Μέσα στο χώρο της ίδιας κοινωνικής τάξης οι οικογένειες που δεν παραμελούν τα παιδιά τους βρέθηκε ότι δεν παραμελούν την υγιεινή και το νοικοκυριό του σπιτιού



σε αντίθεση με τις οικογένειες όπου συμβαίνει η σωματική κακοποίηση-παραμέληση και των οποίων τα σπίτια χαρακτηρίστηκαν ως πολύ ακατάστατα σε ποσοστό 46%.

Επίσης μέσα στο χώρο της ίδιας κοινωνικής τάξης, βρέθηκε ότι η πρώτη κατηγορία οικογενειών ζει σε καλύτερες συνθήκες στέγασης, λαμβανομένου υπόψη του συντελεστή πυκνότητας κατοικίας (αναλογία αριθμού ατόμων κατά δωμάτια). Τα στοιχεία στους πίνακες 9,10 φανερώνουν σημαντική στατιστική διαφορά.

Πίνακας 10.

	Συντελεστής πυκνότητας κατοικίας.
-Οικογένειες που συμβαίνει η κακοποίηση-παραμέληση	2,3
-Οικογένειες που δεν συμβαίνει η κακοποίηση-παραμέληση	1,5

Παρουσίαση του συντελεστή πυκνότητας κατοικίας σε οικογένειες που συμβαίνει ή δεν συμβαίνει η κακοποίηση-παραμέληση (ο.π., σελ. 32).

Πίνακας 11.

	Οικογένειες που συμβαίνει κακοποίηση- παραμέληση	Οικογένειες που δεν συμβαίνει κακοποίηση- παραμέληση
-Αριθμός μελών οικογένειας	2-12	3-4
-Αριθμός ατόμων που συγκατοικούν	4-11	3-4

Παρουσίαση αριθμού ατόμων που ζουν στο ίδιο σπίτι στις δύο κατηγορίες οικογενειών (ο.π., σελ.31).

Παρατηρούμε λοιπόν ότι στις οικογένειες που συμβαίνει κακοποίηση-παραμέληση υπάρχει μεγάλος αριθμός μελών-ατόμων (πολυμελείς οικογένειες) άρα και αυξημένες βιοτικές ανάγκες. Επίσης στις οικογένειες αυτές υπάρχει μεγάλος

αριθμός ατόμων που ουσιαστικά στοιβάζονται σε μικρές κατοικίες, ζώντας κάτω από άσχημες συνθήκες υγιεινής και ακαταστασίας. Οι παράγοντες αυτοί σαφώς είναι στρεσογόνοι για τους γονείς και προδιαθεσικοί για το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

Το τρίτο στοιχείο που αφορά τις συνθήκες κατοικίας είναι ο αριθμός μετακομίσεων. Σε οικογένειες που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους παρουσιάζεται μεγαλύτερη συχνότητα αλλαγής κατοικίας σε διάστημα σχετικά μικρό, π.χ. 3 χρόνια σε αντίθεση με τις οικογένειες που δεν εμφανίζουν πρόβλημα (πίνακας 12).

Πίνακας 12.

	# = 30%, * = 78%	# = 26%, * = 7%	# = 0%, * = 7%	# = 26%, * = 7	# = 18%, * = 0%
Αριθμός μετακομίσεων	0	1	2	3	4
# = οικογένειες που συμβαίνει κακοποίηση-παραμέληση					
* = οικογένειες που δεν συμβαίνει κακοποίηση-παραμέληση					

Παρουσίαση της συχνότητας αλλαγής κατοικίας σε διάστημα τριών ετών σε οικογένειες που συμβαίνει ή δεν συμβαίνει η κακοποίηση-παραμέληση (ο.π., σελ. 33).

Σαφώς η συχνή αλλαγή κατοικίας αποτελεί ένδειξη της αδυναμίας των γονιών που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους, να σταθεροποιήσουν και να οργανώσουν το σπιτικό τους. Οι συχνές αλλαγές μάλλον προβλήματα δημιουργούν

στην ανάπτυξη του παιδιού παρά συντείνουν στην ομαλή εξέλιξη του. Η συχνή αλλαγή περιβάλλοντος (με τα συνακόλουθα προβλήματα της μετακόμισης) του δημιουργεί ανασφάλεια. Σαφώς παρουσιάζει έλλειψη εμπιστοσύνης προς το περιβάλλον του.

Η ύπαρξη προβλημάτων όπως π.χ. χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, μπορεί να θέτουν τους γονείς εκτός εαυτού να επιβαρύνουν την ψυχική και σωματική τους υγεία και το παιδί να αποτελεί μέσο εκτόνωσης της συσσωρευμένης μέσα τους έντασης.

Στους προδιαθεσιακούς παράγοντες της κακοποίησης-παραμέλησης εντάσσεται και ο εμποτισμός της οικογένειας με πολιτισμικές αντιλήψεις περί αυστηρής πειθαρχίας και υπακοής των παιδιών στους γονείς.

Με το πρόσχημα του σωφρονισμού, οι γονείς αυτοί θεωρούν την άσκηση σωματικής βίας ή την στέρηση στην εκπλήρωση κάποιας ανάγκης, ως τα μόνα μέσα για να κατανοήσουν τα παιδιά τους τα λάθη τους. Δεν συνειδητοποιούν την αξία του διαλόγου, της συζήτησης και των επιχειρημάτων ως μέσα που μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να συνετίσουν τα παιδιά τους. Αποδέχονται την βία, την τιμωρία και την παραμέληση, γιατί αυτά τους δίδαξαν και τους μετέδωσαν οι παλιότερες γενιές. Συνήθως πρόκειται για γονείς χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.

Έρευνες που έγιναν από το Τμήμα Κακοποίησης-Παραμέλησης, έδειξαν ότι 82,4% των μητέρων μεσαίας κοινωνικής τάξης, τιμωρούσαν τα παιδιά τους για «κακή» συμπεριφορά. Το 52,2% στερούσαν από τα παιδιά τους κάτι που τους άρεσε (π.χ. τηλεόραση, παιχνίδι), το 49,3% χρησιμοποιούσε σωματική τιμωρία ή άλλου είδους βία και το 27,5% χρησιμοποιούσε την επίπληξη. Σαφώς η χρήση απαράδεκτων μέσων για σωφρονισμό των παιδιών σχετίζεται εκτός από τις πολιτισμικές αντιλήψεις που αναφέρθηκαν παραπάνω και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της οικογένειας. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου 1991, σελ. 135)

Τέλος, προδιαθεσικοί παράγοντες της κακοποίησης σχετίζονται με τον αριθμό μελών της οικογένειας. Ήδη παρουσιάστηκαν στοιχεία για τις πολυμελείς οικογένειες.

Ιδιαίτερα σ' ότι αφορά τις μονογονεϊκές οικογένειες (π.χ. περίπτωση άγαμης μητέρας) ο ένας γονιός αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και ευθύνες στην εκπλήρωση διπλού γονικού ρόλου, καθώς δεν μπορεί να μοιράζεται τις

υποχρεώσεις αυτές με τον σύντροφο. Έτσι παρατηρείται συχνά, η πίεση και η εξάντληση που νοιώθει από το φόρτο ευθυνών, να στρέφεται στο παιδί το οποίο και θεωρεί ως φυσικό υπεύθυνο των δυσκολιών που δοκιμάζει.

Πρέπει να τονισθεί ότι οι παράμετροι που παρουσιάστηκαν αποτελούν προδιαθεσιακούς παράγοντες (αίτια) της κακοποίησης-παραμέλησης. Η ύπαρξη τους ίσως οδηγήσει στην εμφάνιση του προβλήματος. Υπάρχουν ωστόσο οικογένειες που συγκεντρώνουν αυτά τα χαρακτηριστικά και ζουν υπό αυτές τις συνθήκες, δεν κακοποιούν-παραμελούν όμως τα παιδιά τους.

## 2<sup>ο</sup>. Κατάσταση κρίσης.

Η ύπαρξη παραγόντων που παρουσιάστηκαν νωρίτερα δεν σηματοδοτεί και την ύπαρξη του φαινομένου της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης. Πρέπει να επισημανθεί ότι ο μηχανισμός κακοποίησης-παραμέλησης προκειμένου να τεθεί σε κίνηση απαιτεί, κάποιες φορές και την εμφάνιση μιας κρίσης ή μιας σειράς από κρίσεις εκτός από τους προδιαθεσιακούς παράγοντες.

Η κρίση είναι αυτή που συχνά πυροδοτεί τους παράγοντες, τους θέτει σε λειτουργία και οδηγεί στην κακομεταχείριση του παιδιού. Η απουσία κάποιας κρίσης, συγκρατεί συχνά την οικογένεια σε μια κατάσταση εύθραυστης, επιφανειακής ισορροπίας. Η παρουσία κρίσης αυξάνει την δυσλειτουργία της και τα παθολογικά φαινόμενα στους κόλπους της.

Κατάσταση κρίσεως μπορεί να χαρακτηριστεί για παράδειγμα μια κύηση, ένα διαζύγιο, απόλυση από την εργασία ενός εκ των γονέων, ανεργία, ασθένεια ή εισαγωγή κάποιου μέλους της οικογένειας στο νοσοκομείο, θάνατος κλπ. Οι καταστάσεις αυτές καθιστούν την οικογένεια ευάλωτη για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Στέλλα Τσίτουρα και συν. 1990, σελ. 63-69)

Γίνεται ωστόσο κατανοητό, ότι οι καταστάσεις αυτές αποτελούν την αφορμή και όχι την αιτία του πολυσύνθετου και βαθύτερου προβλήματος της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

Συμπεραίνεται λοιπόν ότι πρέπει να υπάρχει ένας συνδυασμός παραγόντων που όταν συμβούν με μια ορισμένη σειρά και σε ορισμένο χρόνο, συντελούν στην εμφάνιση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού, πρόβλημα που επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη και εξέλιξη του.

Οι Klaus και Kennel αναφέρονται συνοπτικά στους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη σχέση γονιού-βρέφους, το σχηματισμό δεσμού καθώς και τις διαταραχές που μπορεί να προκύψουν, μία εκ των οποίων είναι και το σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού. (πίνακας 13), (Τσιάνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 101)

### 3. Σχέση θύτη – θύματος, παιδιού – γονέα.

Η σχέση ανάμεσα στο γονιό που κακοποιεί το παιδί του και στο παιδί-θύμα αυτής της κακομεταχείρισης, σαφώς δεν είναι μια σχέση στοργής και αγάπης. Είναι μια σχέση, πάνω απ' όλα, εξουσίας και υποταγής, δύναμης και αδυναμίας.

Ο δυνατός (γονιός) επιβάλλει την θέληση του στον αδύνατο (παιδί) ή καταχράται την εξουσία του σε βάρος του ανίσχυρου. Η βία πηγάζει ουσιαστικά από την κατάχρηση της άνισης κατανομής δύναμης ή εξουσίας μέσα στην οικογένεια. (Άννυ Ντινοπούλου, Αστυνομική Επιθεώρηση, Νοέμβριος 1998, σελ. 559).

Η σωματική κακοποίηση-παραμέληση έχει το στοιχείο του μίσους και της επιθετικότητας του γονέα-θύτη ο οποίος ταπεινώνει, προσβάλλει και βασανίζει το θύμα. Ένας βασανισμός που όμως δεν τελειώνει όταν ο θύτης φύγει ή συλληφθεί αλλά, ακολουθεί το άτομο σ' όλη του τη ζωή.

Ο γονέας-θύτης χρησιμοποιεί τη βία ή την αδιαφορία για να επιβάλει την κυριαρχία του, να εκμηδενίσει, να ασκήσει δύναμη και έλεγχο πάνω στο θύμα, θεωρώντας ότι έτσι αποκτάει έλεγχο της ζωής του και των προβλημάτων του ή απεγκλωβίζεται από τα άγχη του. Στην ουσία χρησιμοποιεί το παιδί ως μέσο εκτόνωσης ή απεμπλοκής από τα προβλήματα του.

Είναι μία σχέση όπου κυριαρχούν οι απειλές, οι απαιτήσεις, ο φόβος, η ανασφάλεια, η άγνοια και η σιωπή. Οι γονείς-θύτες κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους, απλά, γιατί μπορούν να απαιτήσουν από τα παιδιά τους σιωπή και υπακοή, τρομοκρατώντας τα ή απειλώντας τα.

Τα παιδιά-θύματα, δέχονται την κακομεταχείριση γιατί φοβούνται μεγαλύτερη έκρηξη των γονιών, γιατί νοιώθουν ότι δεν μπορούν να εμπιστευτούν σε κανένα τα βάσανα τους, γιατί καταλήγουν και τα ίδια να πιστεύουν ότι είναι ανίκανα, άρα σωστά τους συμπεριφέρονται οι γονείς τους.

Στις περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης πρέπει να τονίσουμε και την ύπαρξη αμφιθυμικών συναισθημάτων στις σχέσεις γονέων-παιδιών. Αμφιθυμία που πηγάζει και από τις δύο πλευρές και κινείται αμφιδρομικά, δηλαδή και από τις δύο πλευρές.

Πίνακας 13.

Σταθεροί παράγοντες	Μεταβλητοί παράγοντες
1. Φροντίδα μητέρας από τη μητέρα της.	1. Συμπεριφορά γιατρών, νοσηλευτικού προσωπικού.
2. Γενετική προδιάθεση της μητέρας.	2. Πρώτες μέρες μετά τη γέννηση, εμπειρίες αποχωρισμού.
3. Πολιτισμικοί παράγοντες.	3. Πρακτικές του νοσοκομείου.
4. Σχέσεις με οικογένεια και σύζυγο.	
5. Εμπειρίες από προηγούμενες εγκυμοσύνες.	
6. Προγραμματισμός εγκυμοσύνης και εμπειρίες εγκυμοσύνης.	

Γονιός	Βρέφος
--------	--------

Αποτελεσματική φροντίδα του βρέφους και σχηματισμός δεσμού (Bonding)	Σοβαρή διαταραχή. 1. Διαταραχή στην ανάπτυξη («Failure to thrive») 2. Σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού.
--	---

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Σύνδρομο ευαίσθητου παιδιού.</li> <li>2. Διαταραγμένες σχέσεις μητέρας παιδιού.</li> <li>3. Ατυχήματα.</li> <li>4. Εξελικτικά και ψυχολογικά προβλήματα σε ομάδες υψηλής επικινδυνότητας (High-Risk)</li> <li>5. Διαταραχές συμπεριφοράς σε υιοθετημένα παιδιά.</li> </ol>
--

Έχει παρατηρηθεί για παράδειγμα, ότι πολλοί γονείς που κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους, παράλληλα τα αγαπούν και προσπαθούν να ενδιαφερθούν και να φροντίσουν τα παιδιά τους.

Τα παιδιά-θύματα από την άλλη αντιδρούν σ' αυτή την αμφιθυμική συμπεριφορά των γονέων τους κατά τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Κάποτε τους βλέπουν σαν βασανιστές με συνέπεια να τους μισούν και κάποτε τους βλέπουν σαν στοργικούς γονείς και τους αγαπούν.

Συμπεραίνεται λοιπόν ότι η σωματική κακοποίηση-παραμέληση ενός παιδιού γίνεται αιτία να διαταραχθεί σοβαρά η σχέση με τους γονείς-θύτες της κακομεταχείρισης. Καταλήγει έτσι να είναι μια σχέση άνιση, αυταρχική και έντονα αμφιθυμική.



#### 4. Ο ρόλος των μελών της οικογένειας.

##### 4<sup>α</sup>. Ο ρόλος της μητέρας.

Στην υποενότητα αυτή θα αναφερθεί αναλυτικά, ο ρόλος της μητέρας απέναντι στο πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού της από τον πατέρα του και σύζυγο της. Η αναφορά αυτή κρίνεται σκόπιμη, καθώς όπως τονίστηκε στην πρώτη υποενότητα, η σχέση μητέρας-παιδιού είναι ιδιαίτερα σημαντική και καθοριστική για την ψυχική υγεία του παιδιού. Ο δεσμός αυτός βασίζεται στην στοργή και την τρυφερότητα συμβάλλει στην ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Οι αντιδράσεις της μητέρας ποικίλουν ανάλογα με διάφορους σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στη ζωή της, όπως π.χ. την ύπαρξη και άλλων προβλημάτων στην οικογένεια, την ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος (φίλοι, συγγενείς κλπ.), την πιθανότητα σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης της ίδιας κατά την παιδική της ηλικία, την ικανότητα της να αντεπεξέρχεται σε περιπτώσεις κρίσεως, την ωριμότητα της, το είδος της σχέσης που έχει με το παιδί αλλά και τον σύζυγο, την οικονομική της εξάρτηση από το σύζυγο, την κοινωνική τάξη, τις προσωπικές αξίες και τα πιστεύω της, τις κοινωνικοπολιτικές αρχές που διδάχτηκε.

Αναλυτικότερα τώρα, η μητέρα μπορεί να παρουσιάσει τις ακόλουθες αντιδράσεις: α) μπορεί να συμφωνεί με την βίαιη συμπεριφορά του συζύγου της, ασπασζόμενη τις απόψεις του και τις δικαιολογίες του, απόλυτα β) μπορεί ενδόμυχα να διαφωνεί με την συμπεριφορά του συντρόφου της αλλά δεν προβάλλει καμία έμπρακτη αντίδραση διαφωνίας γ) μπορεί να εξωτερικεύσει τις διαφωνίες της και να προτιμήσει να συγκρουστεί με το σύζυγο της προκειμένου να προστατέψει το παιδί της. (Νόβας, Αστυνομική Επιθεώρηση 1998, σελ., 688-691).

Στην πρώτη περίπτωση, αν και η μητέρα δεν χρησιμοποιεί τη βία εναντίον των παιδιών της, είναι στην ουσία το ίδιο υπεύθυνη όσο και ο πατέρας. Κατηγορεί και η ίδια το παιδί, του καταλογίζει ευθύνες για οτιδήποτε, και δικαιολογεί συνεχώς το σύντροφό της. Στην ουσία είναι και η ίδια θύτης της κακομεταχείρισης, ανώριμη και ανεύθυνη μητέρα.

Στην δεύτερη περίπτωση, πρόκειται για μια αδύναμη και ανίσχυρη μητέρα που είναι πιθανόν να πέφτει και η ίδια θύμα των βίαιων αντιδράσεων του πατέρα-

συζύγου. Η μητέρα αυτή συνήθως εξαρτάται οικονομικά από το σύζυγο, δεν έχει κανέναν για να της συμπαρασταθεί και υπομένει την κατάσταση όσο δραματική και αν είναι.

Είναι πρόσωπο που έχει μεγαλώσει με την ιδέα της υποταγής και αφοσίωσης στον άνδρα-σύζυγο, έχει υποστεί κακομεταχείριση από τους γονείς της ως παιδί και έχει μάθει να σιωπά και να δέχεται τέτοιες καταστάσεις. Κατανοεί τον πόνο του παιδιού της, αλλά πιστεύει ότι δεν μπορεί να το βοηθήσει. Συχνά δίνει συμβουλές στο παιδί για το πώς θα ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες να «προκαλέσει» τον πατέρα του, μικρές οδηγίες για να προφυλαχθεί ή να μην κάνει αισθητή την παρουσία του στο σπίτι ενόσω βρίσκεται στο σπίτι ο πατέρας. (Παρίσης, Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών 1987, σελ. 134-137)

Κάποτε η μητέρα οδηγείται στην αδράνεια επειδή αμφιταλαντεύεται ανάμεσα στην αγάπη της για το παιδί και στην αγάπη της για το σύζυγο.

Τότε αισθάνεται μια επιθυμία να προστατέψει τον σύντροφο που συνήθως παριστάνει τον «άρρωστο» ή αδύναμο, εξαρτάται συναισθηματικά πάρα πολύ απ' αυτόν, προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει και να υποβιβάσει τη σοβαρότητα της πράξης, αισθάνεται διχασμό, σύγχυση και αμφιβολία.

Προσπαθεί να δικαιολογήσει τον πατέρα όταν συζητά με το παιδί, γιατί κυριεύεται από αίσθημα απώλειας, πιστεύει δηλαδή ότι αντιδρώντας κινδυνεύει να χάσει την ηρεμία της οικογενειακής ζωής.

Στην ουσία όμως γίνεται συνένοχος με τον πατέρα και συμπεριφέρεται ανώριμα και ανεύθυνα προς το παιδί της.

Στις περιπτώσεις αυτές, όπου η μητέρα αδρανει είτε γιατί αισθάνεται αδύναμη είτε γιατί εξαρτάται συναισθηματικά από τον πατέρα-σύζυγο ο δεσμός της με το παιδί μπορεί να είναι στενός, ωστόσο δεν ωφελεί σημαντικά το παιδί.

Στην πραγματικότητα, στις περιπτώσεις όπου η μητέρα επιτρέπει στον πατέρα να κακομεταχειρίζεται το παιδί, δίνει την συγκατάθεση της για το δράμα του παιδιού της. Είναι ανώριμη και αρνείται να αναλάβει τις ευθύνες του ρόλου της, ενώ καλύπτει τις τύψεις με πλείστες δικαιολογίες. Υποβιβάζει το παιδί της, του διδάσκει την υποταγή, την δειλία, το φόβο και επιβαρύνει τον ψυχικό τραυματισμό του.

Στην περίπτωση τέλος που η μητέρα αντιστέκεται στην σκληρή συμπεριφορά του πατέρα προς το παιδί, οι αντιδράσεις της μπορεί να είναι διαπληκτισμός και

λογομαχία με τον πατέρα, υπεράσπιση του παιδιού, φυγή από το σπίτι μαζί με το παιδί της ή και καταγγελία του πατέρα στα αρμόδια όργανα της Πολιτείας. (Νόβα, Αστυνομική Επιθεώρηση 1998, σελ. 688-691).

Η μητέρα αυτή, δεν θα διστάσει, όσο κι αν έχει ανάγκη το σύζυγο της, να συγκρουστεί μαζί του για να προστατέψει το παιδί. Είναι άτομο ώριμο, υπεύθυνο, με ισχυρή αυτοπεποίθηση και ικανότητα να επιλύσει ψύχραιμα καταστάσεις κρίσεων και αρχικά θα προσπαθήσει να λύσει το πρόβλημα συζητώντας με το σύζυγο, προτείνοντας την παρέμβαση κάποιου ειδικού ώστε να βοηθηθεί και ο σύντροφος της.

Όταν τίποτε από αυτό δεν μπορεί να γίνει δεκτό από το σύζυγο, τότε η μητέρα αυτή είναι σε θέση να πάρει αποφάσεις που επηρεάζουν σημαντικά το μέλλον της οικογένειας. Αισθάνεται μεν απογοήτευση από τη συμπεριφορά του συντρόφου της, αρνείται δε να συμφωνήσει στην κακομεταχείριση του παιδιού. Συνήθως έχει υποστηρικτικό σύστημα, π.χ. φίλους, συγγενείς κλπ. Που θα της συμπαρασταθούν.

Ο δεσμός της με το παιδί είναι ζεστός, έντονος και τρυφερός. Θα εξηγήσει στο παιδί ότι δεν ευθύνεται το ίδιο για την κακομεταχείριση του, θα προσπαθήσει να εξαλείψει την απόρριψη και τις ενοχές που αισθάνεται το παιδί και να ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη. Θα του διδάξει την ισότητα και όχι την υποταγή.

Συνήθως όμως οι μητέρες δεν αντιδρούν κατ' αυτό τον τρόπο, αλλά δέχονται παθητικά την κακομεταχείριση του παιδιού τους συμβάλλοντας στον σωματικό του πόνο και τον ψυχικό του κατακερματισμό. Το παιδί αισθάνεται απέναντί τους τα ίδια αμφιθυμικά συναισθήματα που αισθάνεται για τον πατέρα. Νοιώθει μόνο και απροστάτευτο.

#### 4β. Ο ρόλος του πατέρα.

Στις περιπτώσεις όπου η μητέρα είναι η μόνη που κακομεταχειρίζεται το παιδί και ο πατέρας, γνώστης αυτής της κατάστασης δεν αντιδρά συνήθως και αποδέχεται αυτό που συμβαίνει είτε γιατί συμφωνεί με την μητέρα είτε γιατί είναι και ο ίδιος υποταγμένος στην μητέρα του παιδιού και σύντροφο του είτε γιατί το πλήθος και το βάρος των ευθυνών-εργασιών του αποτελεί καλή δικαιολογία για την αδιαφορία του προς την οικογένεια. (Μαρούλη, Εκλογή 1979, σελ. 36-43)

Στην πρώτη περίπτωση λοιπόν, όπου ο πατέρας δεν είναι ο φυσικός φορέας της βίας προς το παιδί, εγκρίνει την συμπεριφορά της μητέρας και επικροτεί τις αντιδράσεις της υπό το σκεπτικό του σωφρονισμού του παιδιού. Δέχεται τον αυταρχισμό της μητέρας και την απόρριψη του παιδιού.

Στην δεύτερη περίπτωση, πρόκειται για έναν πατέρα που δεν είναι σε θέση να αναλάβει ευθύνες, δέχεται παθητικά όλες τις αποφάσεις της συζύγου του και δεν έχει λόγο για ότι αφορά την οικογένεια. Η μητέρα είναι εκείνη που αποφασίζει για όλα και ρυθμίζει τα πάντα.

Συνήθως ο άνδρας αυτός έχει ανατραφεί από μια αυταρχική μητέρα που του εμφύσησε την πεποίθηση ότι είναι ανίκανος να αντεπεξέλθει στις υποχρεώσεις του, του έμαθε την υποταγή, και έτσι μεγαλώνοντας και κάνοντας ο ίδιος οικογένεια, δέχτηκε την υποταγή στη σύζυγο, την πεποίθηση της ανωτερότητας της και της δικής του κατωτερότητας. Έτσι δέχεται παθητικά την κακομεταχείριση του παιδιού. (Leader, Social Casework 1979, σελ. 55-56).

Στην Τρίτη περίπτωση, ο πατέρας εμφανίζεται αδιάφορος για ότι συμβαίνει στην οικογένεια. Θεωρεί σημαντικότερες τις όποιες επαγγελματικές υποχρεώσεις, από την ανατροφή των παιδιών. Ίσως κάνει κάποια λεκτική παρατήρηση στη μητέρα για τη συμπεριφορά της, χωρίς όμως ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το παιδί.

Οι περιπτώσεις όπου ο πατέρας αντιδρά με έντονο τρόπο στην κακομεταχείριση του παιδιού από την μητέρα, είναι σπάνιες.

Σαφώς, η παθητική και αδρανής στάση του πατέρα τον καθιστά συνυπεύθυνο για την δραματική εμπειρία που βιώνει το παιδί. Το παιδί απέναντί του αισθάνεται φόβο, θυμό, λύπη, αγανάκτηση, και νοιώθει πως δεν μπορεί να τον εμπιστευτεί.

Είναι χαρακτηριστικό ότι όταν περιστατικά σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης φτάσουν στο νοσοκομείο και αποκαλυφθούν, τότε ο φόβος της επικείμενης τιμωρίας αναγκάζει τον γονέα που γνώριζε, να καταφέρεται σε κατηγορίες για τον γονέα που έμπρακτα κακομεταχειρίστηκε το παιδί και σε δικαιολογίες του εαυτού του και της παθητικής στάσης του.

#### 4γ. Ο ρόλος των αδερφών του θύματος.

Όταν σε μια οικογένεια κακοποιείται-παραμελείται ένα παιδί σωματικά, συνήθως το ίδιο συμβαίνει (72%) και με τα αδέρφια του, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Στην περίπτωση αυτή τα παιδιά παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά και αντιδράσεις και εμφανίζουν τις ίδιες επιπτώσεις.

Σε αρκετές ωστόσο οικογένειες, παρατηρείται το έξης. Οι γονείς διαχωρίζουν κάποιο παιδί, για διάφορους λόγους (π.χ. το συγκεκριμένο παιδί ήταν ανεπιθύμητο κλπ.) και κακοποιούν-παραμελούν υπερβολικά αυτό το παιδί, το οποίο καταλήγει να γίνεται ο αποδιοπομπαίος τράγος της οικογένειας.

Τα άλλα παιδιά της οικογένειας συνήθως έχουν ομαλή ψυχοκινητική και κοινωνική ανάπτυξη, η γέννηση τους ήταν επιθυμητή, η κύηση και ο τοκετός βιώθηκαν από τη μητέρα με μεγαλύτερη ευκολία από την αντίστοιχη κύηση και τον αντίστοιχο τοκετό του παιδιού που κακοποιείται-παραμελείται.

Εμφανίζονται πιο περιποιημένα από το κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί. Οι γονείς δεν μιλούν γι' αυτά με απόρριψη. Αντίθετα τα χαρακτηρίζουν «εύκολα», «καλά», «ικανά», σε αντίθεση με το «γκρινιάρικο», «δύσκολο», «ανίκανο» παιδί που κακοποιούν-παραμελούν.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα άλλα παιδιά της οικογένειας μοιάζουν φυσιολογικά μεταξύ τους σε αντίθεση με το κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί που εμφανίζει διαφορές στην εξωτερική του εικόνα. (Μαρούλη, Εκλογή Απρίλιος 1997, σελ. 41).

Η σχέση των άλλων παιδιών με τους γονείς είναι σαφώς καλύτερη, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι ιδανική. Και τα παιδιά αυτά δέχονται τιμωρίες από τους γονείς, καλούνται να πειθαρχήσουν στον αυταρχισμό και τις απαιτήσεις τους και γίνονται κάποτε δέκτες της επιθετικότητας των γονιών.

Σαφώς όμως, ένα χαστούκι διαφέρει από ένα κάψιμο με τσιγάρο ή ένα κάταγμα λόγω έντονου ξυλοδαρμού. Εκτός από διαφορά στο είδος της επίθεσης, παρουσιάζεται και διαφορά στη συχνότητα της επίθεσης. Τα άλλα παιδιά δεν γίνονται τόσο συχνά στόχος της βιαιότητας των γονέων.

Είναι κατανοητό ότι τα άλλα παιδιά της οικογένειας δέχονται κάποια αγάπη και στοργή από τους γονείς τους. Για το λόγο αυτό τρέφουν και τα ίδια στοργή και αγάπη για τους γονείς τους εκτός βέβαια από τον φόβο.

Είναι πιθανό τα παιδιά αυτά να αναπτυχθούν πιο ομαλά, από το παιδί που κακοποιείται-παραμελείται, και μεγαλώνοντας να ξεπεράσουν πιο εύκολα τις επιπτώσεις που είχε πάνω τους η ανατροφή τους σε μια δυσλειτουργική οικογένεια.

Τα παιδιά αυτά συμπάσχουν συνήθως με το παιδί που κακοποιείται-παραμελείται, έχουν καλή επαφή μαζί του, το αγαπούν, το προσέχουν, σκαρφίζονται κόλπα για να το προστατέψουν από την οργή των γονιών τους. Βέβαια το νεαρό της ηλικίας τους, ο φόβος των γονιών, η αδυναμία τους, δεν τους επιτρέπουν να αντιδράσουν έντονα στην κακομεταχείριση του / της αδελφού / ης τους. Ωστόσο, το παιδί παίρνει αγάπη από τα αδέρφια του και δεν νοιώθει απομονωμένο. (ο.π. σελ. 42).

Κάποιες φορές, σπάνια όμως, τα αδέρφια τάσσονται με το μέρος των γονιών. Μιλούν και συμπεριφέρονται στον / στην αδελφό-ή τους με άσχημο τρόπο. Τον / την αντιμετωπίζουν με άρνηση και απόρριψη, αισθήματα κατωτερότητας και ανικανότητας.

Το συγκεκριμένο παιδί τότε, βιώνει έντονα τη μοναξιά, την ανασφάλεια και πιστεύει ότι είναι βάρος για την οικογένεια.

## Δ. Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

### 1. Επιπτώσεις για το θύμα-παιδί.

Η σωματική κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού από τους γονείς του έχει όπως ήδη αναφέρθηκε, δραματικές συνέπειες στην σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική του ανάπτυξη.

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες καθοριστικοί της βαρύτητας των συνεπειών αυτών όπως:

1. η ηλικία του θύματος όταν άρχισε η κακοποίηση-παραμέληση
2. ο βαθμός της κακοποίησης-παραμέλησης
3. η διάρκεια της κακομεταχείρισης
4. ο βαθμός της ψυχολογικής πίεσης και το είδος των απειλών που χρησιμοποιήθηκαν για να κρατηθεί το πρόβλημα μυστικό εντός των τειχών της οικογένειας
5. η αμεσότητα της θεραπευτικής παρέμβασης
6. το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης.

Γίνεται κατανοητό πως, όταν το παιδί κακοποιείται-παραμελείται για μεγάλο χρονικό διάστημα με το χειρότερο τρόπο, υφίσταται ψυχολογική πίεση για να μην αποκαλύψει όσα του συμβαίνουν και δεν τυγχάνει αποτελεσματικής και έγκαιρης θεραπευτικής παρέμβασης, οι αρνητικές επιπτώσεις της κακομεταχείρισης του θα είναι πολλές, σοβαρές και δύσκολα εξαλλήψιμες.

Ακόμη, πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν επιπτώσεις του προβλήματος άμεσα ορατές και αντιληπτές και επιπτώσεις που κάνουν την εμφάνιση τους μετά από χρόνια. Διαχωρίζονται δηλαδή οι συνέπειες σε βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες, σ' ότι αφορά τον χρόνο εκδήλωσης τους μετά την εμφάνιση του προβλήματος.

Αναλυτικότερα, σ' ότι αφορά την πρώτη κατηγορία συνεπειών το παιδί-θύμα μπορεί να παρουσιάσει:

A. χαμηλή νοητική ανάπτυξη. Έρευνες έχουν πιστοποιήσει την ύπαρξη διανοητικής καθυστέρησης μεταξύ κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών σε συχνότητα από 20% έως 60%. (Ammerman και συν. *Clinical Physiology* 1986, σελ. 293)



Επίσης ο Sandgrund υποδεικνύει, ότι κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά έχουν σοβαρά προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας και τον συνειρμό των σκέψεων. (ο.π. σελ. 296)

Επόμενο της χαμηλής νοητικής ανάπτυξης είναι η εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών και σχολικών προβλημάτων. Το παιδί δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των σχολικών μαθημάτων και συχνά, παραιτείται εντελώς της προσπάθειας.

Ο λόγος των παιδιών αυτών παρουσιάζεται στερεότυπος, καθυστερημένος, χωρίς φαντασία, ρυθμό και τόνο. Εμφανίζουν δηλαδή και λεκτική καθυστέρηση.

Β. Προβλήματα σωματικής ανάπτυξης. Χαρακτηριστικές περιπτώσεις είναι ο ψυχοκοινωνικός νανισμός και η ανεπάρκεια αύξησης, μη οργανικής αιτιολογίας.

Για παράδειγμα, τα παιδιά με ψυχοκοινωνικό νανισμό είναι παιδιά άνω των 3 ετών με ανάστημα κάτω από την τρίτη εκατοστιαία θέση. Επίσης στα παιδιά όπου τα επίπεδα αυξητικής ορμόνης είναι χαμηλά και οι επιφύσεις παρουσιάζουν καθυστέρηση, είναι χαρακτηριστική η μειωμένη ωρίμανση, π.χ. ένα παιδί 4,5 ετών παρουσιάζει σκελετική ωρίμανση 2,5 ετών. (Νάκου και συν., Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών 1987, σελ. 15-19).

Παρουσιάζουν δηλαδή τα παιδιά αυτά, μικρό ανάστημα και χαμηλό βάρος που δεν συμβαδίζει με την εξελικτική τους φάση.

Γ. προβλήματα συμπεριφοράς και μειωμένη κοινωνική ανάπτυξη. Η σωματική κακοποίηση προκαλεί στο παιδί προβλήματα ύπνου, π.χ. αϋπνίες, εφιάλτες κλπ., ενώ συχνά εμφανίζει παλινδρομική συμπεριφορά (π.χ. ενούρηση, βύζαγμα δακτύλου, εγκόπριση κλπ.) (Ammerman & συν., Clinical Physiology 1986, σελ. 299).

Η μειωμένη κοινωνική ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από αδιαφορία, ανορεξία, φόβο και απροθυμία για επαφή με τους ανθρώπους. Είναι ενδεικτική η μειωμένη ικανότητα προσαρμογής των παιδιών αυτών στο σχολικό περιβάλλον. Η έλλειψη ανταπόκρισης και εμπιστοσύνης στους ανθρώπους, τα εμποδίζει να δημιουργήσουν φιλικές διαπροσωπικές σχέσεις. Αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους με μεγάλη καχυποψία, επιφύλαξη και αρνητισμό. Συνήθως ασχολούνται με δραστηριότητες μόνα τους χωρίς να επιζητούν επαφή. (Αγάθωνος & συν., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1984, σελ. 29-35).

Συνέπεια όμως αυτού, είναι να αντιμετωπίζονται με απόρριψη από τους συνομήλικους τους, να συνεχίζουν να έχουν για τον εαυτό τους την ίδια αρνητική εικόνα, να αποσύρονται και να απομονώνονται περισσότερο και ο φαύλος αυτός κύκλος να συνεχίζεται σ' όλη τους τη ζωή.

Σύμφωνα με τους Green και Ammerman (1986) τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ανοχής και παρορμητικότητα, γι' αυτό και στις όποιες επαφές έχουν, εμφανίζουν την τάση να ελέγχουν και να εκμεταλλεύονται καταστάσεις, ενώ ζητούν πάντα την άμεση ικανοποίηση των απαιτήσεων τους. (Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 94-99).

Εκτός από την επιθετικότητα που χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά των παιδιών αυτών, συνήθως εμφανίζεται και η τάση καταστροφής. Θέλουν να σπάνε να χαλάνε και να διαλύουν κατά τα διάφορα ξεσπάσματα οργής που παρουσιάζουν.

Συχνή είναι επίσης, και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά η οποία εκδηλώνεται με αυτοτραυματισμούς, αυτοακρωτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας. (Αγάθωνος Ε., Παιδιατρική 1982, σελ. 411)

Άλλοτε πάλι η συμπεριφορά των παιδιών αυτών χαρακτηρίζεται από παθητικότητα και υποταγή. Δέχονται αναντίρρητα διαταγές χωρίς καμιά αντίδραση και διαφωνία.

Παρατηρείται όμως, ότι στην πλειοψηφία των αντιδράσεων αυτών των παιδιών, η βία, η επιθετικότητα, η απειθαρχία, ο θυμός και η έλλειψη ελέγχου αποτελούν τους κατευθυντήριους άξονες των συμπεριφορών τους.

Δ. συναισθηματικές διαταραχές. Τα συναισθήματα που κατακλύζουν ένα κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί είναι χαμηλή αυτοεκτίμηση, ανασφάλεια, έκδηλο άγχος, φόβος, πανικός, κατάθλιψη και αίσθημα ανικανοποίησης. Φοβούνται τους γονείς τους, την παραμονή στο σπίτι, ενώ συγχρόνως αισθάνονται ανασφάλεια όταν οι γονείς τα απειλούν ότι θα τα εγκαταλείψουν ή θα τα διώξουν από το σπίτι. (Hull D. Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 91-93).

Στην προσπάθεια τους να ξεπεράσουν αυτά τα συναισθήματα, υιοθετούν τις συμπεριφορές που αναλύθηκαν παραπάνω. Χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας, όπως π.χ. αποστασιοποίηση και άρνηση προσπαθώντας έτσι να ξεπεράσουν την πίεση που βιώνουν από όλα αυτά τα συναισθήματα, κάτι που χαρακτηρίζεται «τραυματική νεύρωση».

Επίσης τα παιδιά αυτά, δεν παρουσιάζουν μητρική αποστέρηση. Δεν αισθάνονται καμιά λύπη, καμιά ανησυχία, όταν απομακρύνονται οι γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα. Άλλωστε ο δεσμός μητέρας-παιδιού έχει διαταραχθεί σοβαρά, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν τη μητέρα με έντονη αμφιθυμία, αλλά και απροθυμία να την χρησιμοποιήσουν ως βάση για να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους.

Τα αισθήματα απομόνωσης, εγκατάλειψης, εκμηδενισμού, είναι τόσο έντονα και τα απιδιά αυτά προκειμένου να τα ελέγξουν, τα αντικαθιστούν με αισθήματα δύναμης και παντοδυναμίας μέσω της ταύτισης με τους γονείς. (ο.π. σελ. 93-99)

Η «τραυματική ψύχωση» είναι σύμφωνα με τον Strogg, μια μορφή ψύχωσης που παρατηρείται στο στάδιο της λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας σε κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά, τα οποία εμφανίζουν μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους. Για παράδειγμα, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα ενώ κατά περιόδους είναι υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους. Ο Strogg μιλώντας για τα απιδιά αυτά αναφέρει ότι «δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταΐζει». (Αγάθωνος και συν., Child abuse and neglect 1982, σελ. 309).

Ε. Κινητικές διαταραχές. Οι κινήσεις των παιδιών αυτών χαρακτηρίζονται ως στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες, χωρίς πρωτοτυπία και φαντασία. Είναι χαρακτηριστικό ότι κάθονται κουνώντας το κεφάλι τους μπρος-πίσω, ή ότι κρατούν το σώμα τους σε μια θέση ακίνητο για αρκετή ώρα ή άλλοτε είναι υπερκινητικά.

Πιο ενδεικτική όμως είναι η κίνηση του ματιού. Μοιάζει σταθερά προσανατολισμένη προς μια κατεύθυνση, ενώ η έκφραση είναι «παγωμένη» και παθητική. Στην ουσία όμως τα μάτια κινούνται σαν «ραντάρ» ανιχνεύοντας κινδύνους και απειλές και κρατούν το παιδί σε επαγρύπνηση. (Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 96).

Σ' ότι αφορά τώρα τις μακροχρόνια εκδηλώσιμες επιπτώσεις της κακοποίησης-παραμέλησης έχει παρατηρηθεί ότι:

Α. η συμπεριφορά των παιδιών αυτών καθώς μεγαλώνουν, χαρακτηρίζεται από χρόνιες παραβιάσεις του νόμου.

Β. Οι παράνομες πράξεις, που ενώ αρχικά ήταν πταίσματα, με την πάροδο του χρόνου έγιναν πράξεις ποινικού δικαίου και αρκετές φορές περιλαμβάνουν εγκλήματα.

Γ. Παρουσιάζονται χρόνιες καταθλιπτικές καταστάσεις, που χαρακτηρίζονται από μεγάλη επιθετικότητα και απόσυρση.

Δ. Εμφανίζονται ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση (π.χ. διαταραχή χαρακτήρα, νευρώσεις κλπ.)

Ε. Είναι εμφανής η ανεπάρκεια στην εκπλήρωση διάφορων ρόλων (Alfado J., Symposium 1973, σελ. 21-22).

Πιο συχνή είναι η ανεπάρκεια εκπλήρωσης του γονικού ρόλου. Τα παιδιά αυτά όταν θα μεγαλώσουν εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα και τάση να γίνουν βίαια ως γονείς και σύζυγοι, καθώς ανατράφηκαν σ' ένα βίαιο και απορριπτικό περιβάλλον και μόνο αυτό τους είναι οικείο, μόνο σ' αυτό αισθάνονται ασφαλή, μόνο σ' αυτό επιβεβαιώνουν την ύπαρξη τους. (Mackeith R., Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 198-201).

Παρατηρείται σαφώς από το παραπάνω, η κυκλική μορφή της κακοποίησης-παραμέλησης, πως τελικά καθίσταται ένα φαινόμενο που αναπαράγεται, είναι όμως δυνατό να διακοπεί σε διάφορα στάδια όπως δείχνει και παρακάτω το σχήμα.

Γονείς που κακοποιούν-παραμελούν

Παιδιά που κακοποιούνται-παραμελούνται

Παιδιά που κακοποιούνται-παραμελούνται

Ανώριμοι δεσμοί, μικρές μητέρες, οικογενειακή

Προβλήματα υγείας, Διαταραχές συμπεριφοράς, Σχολική αποτυχία, παραπτωματικότητα

Ανεργία, περιθωριακή ζωή, εγκληματικότητα, ψυχικά τραύματα

(Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 140)

Συμπεραίνεται λοιπόν από τα παραπάνω ότι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης στην ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού είναι ιδιαίτερος σοβαρές. Η διαδικασία της κακοποίησης-παραμέλησης αφήνει σημάδια που σφραγίζουν ανεξίτηλα την προσωπικότητα του παιδιού, τον ψυχικό του κόσμο και επηρεάζουν αρνητικά την όλη λειτουργικότητα του, ιδιαίτερα την επικοινωνία του στο άμεσο και ευρύτερο περιβάλλον. (Λιλιοπούλου, Έθνος 4/1/94, σελ. 15).

Για να καταστεί το παιδί λειτουργικό και επαρκές έχει ανάγκη άμεσης και ολοκληρωμένης θεραπευτικής παρέμβασης που θα το βοηθήσει να ξεπεράσει τα τραύματα και να κατακτήσει την αυτογνωσία.

## 2. Επιπτώσεις για τους γονείς-θύτες.

Η αρνητική επιρροή της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης δεν έχει περιορισμένη ακτίνα εμβέλειας ώστε να περιλαμβάνει μόνο το παιδί-θύμα. Αντιθέτως, οι αρνητικές επιπτώσεις του προβλήματος εκτείνονται και στους ίδιους τους φορείς του, τους γονείς-θύτες.

Οι επιπτώσεις που αφορούν στους γονείς-θύτες διαχωρίζονται σε έννομες (οι οποίες καταγράφονται στην ενότητα που παρουσιάζει τη νομική αντιμετώπιση του προβλήματος) και ψυχολογικές, οι οποίες παρουσιάζονται στην παρούσα ενότητα.

Η πλειοψηφία των γονιών που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους, γνωρίζει ενδόμυχα ότι η συμπεριφορά αυτή δεν είναι σωστή και αποδεκτή. Άλλωστε, αν πίστευαν κάτι τέτοιο, δεν θα προσπαθούσαν να κρύψουν την αληθινή αιτία για την κατάσταση που έχουν περιέλθει τα παιδιά τους. (Lynch M.A., Roberts J. 1982, σελ. 95-101)

Η γνώση ωστόσο του ανορθόδοξου των αντιδράσεων τους, τους αναγκάζει σ' ένα αγώνα δρόμου, από τη μια να καταπνίξουν τις τύψεις και από την άλλη να μην αποκαλυφθούν και τιμωρηθούν.

Έτσι, σ' ότι αφορά το πρώτο, προσπαθούν συνεχώς να βρίσκουν δικαιολογίες για τη σκληρή συμπεριφορά τους και να ανακαλύπτουν «ελαττώματα» και «λάθη» των παιδιών τους. Επικαλούνται τον σωφρονισμό για να καταπνίξουν τις ενοχές. Άλλοτε πάλι προσπαθούν με δώρα ή άλλους τρόπους να κερδίσουν την συγχώρεση των παιδιών τους, να αμβλύνουν τις τύψεις τους και να ξεπεράσουν την ένταση. (ο.π. σελ. 103)

Τα άσχημα όμως βιώματα στις παιδικές ψυχές δεν επουλώνονται τόσο γρήγορα και απλά, με αποτέλεσμα τα απιδιά να είναι επιφυλακτικά απέναντί τους. Η επιφύλαξη αυτή οδηγεί τους γονείς σε περαιτέρω κακομεταχείριση, καθώς οι ίδιοι την εισπράττουν ως απόρριψη.

Η χρήση του τρόπου αυτού, της κακομεταχείρισης δηλαδή των παιδιών, ως μέσο εκτόνωσης των γενικότερων προβλημάτων των γονιών, οδηγεί τους γονείς σε μεγαλύτερη ψυχολογική πίεση και άγχος. Η αδυναμία των γονιών να ελέγξουν τον εαυτό τους, η ελλιπής αυτογνωσία και ο μειωμένος αυτοέλεγχος που αποδεικνύεται

από τις άσχημες αντιδράσεις, επιτείνει το άγχος και την μειωμένη αυτοεκτίμηση που βιώνουν οι γονείς.

Η αγωνία από την άλλη των γονιών, να μην αποκαλυφθεί η σκληρότητα τους έναντι των παιδιών τους, έχει ως συνέπεια να βιώνουν οι γονείς έντονα συναισθήματα πανικού, τρόμου, φόβου, και απειλών. Τα αισθήματα αυτά αυξάνουν την δυσλειτουργία των γονιών και την ανικανότητα τους να πειθαρχήσουν στην λογική και την ψυχραιμία. (Μαραγκός και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 87-89).

Η αποκάλυψη τέλος, είτε από άλλους ή η παραδοχή από τους ίδιους τους γονείς της ανεπάρκειας τους στην εκπλήρωση του γονικού τους ρόλου, τους οδηγεί συχνά σε κατάθλιψη και ψυχολογική κατάρρευση, καθώς αποδεικνύονται ανίκανοι στην ολοκλήρωση ενός ρόλου που θεωρείται ιερός και ύψιστος. Η δε κοινωνική κατακραυγή και η κριτική αποδυναμώνει τους γονείς και μερικές φορές τους αναγκάζει σε αυτοτιμωρία και αυτοκαταστροφή ή φυγή.

Συμπεραίνεται λοιπόν από τα παραπάνω, ότι η σωματική κακοποίηση-παραμέληση που ξεκινάει από τους γονείς, δρα ως «μπούμερανγκ», που τελικά μαστίζει και τους ίδιους.

Η εναγώνια προσπάθεια των γονιών να υπερασπίσουν τους εαυτούς τους, τους εξαντλεί και τους κουράζει ψυχολογικά, επιβραδύνει την κατάκτηση της αυτογνωσίας και επιτείνει την κατάθλιψη και την αποδιοργανωμένη προσωπικότητά τους. Οι θεραπευτές πρέπει να τους αντιμετωπίσουν με κατανόηση και σεβασμό αν στοχεύουν να τους βοηθήσουν πραγματικά.

### 3. Επιπτώσεις για την οικογένεια.

Η ύπαρξη της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης σε μια οικογένεια αποτελεί έναν πρόσθετο παράγοντα σημαντικής κατάργησης των ορίων μέσα στην οικογένεια αυτή. Τα όρια ήταν ήδη, αδύνατα ή ανύπαρκτα για να επιτραπεί στην κακοποίηση-παραμέληση να συμβεί και η παρουσία της επιτείνει την κατάσταση αυτή.

Τα μέλη της οικογένειας δένονται από την ανάγκη να κρατηθεί μυστικό το συμβάν. Τους ενώνει η απειλή της αποκάλυψης και έτσι απομονώνονται περισσότερο από τους άλλους.

Ωστόσο, από την άλλη μεριά, οι σχέσεις των μελών χαρακτηρίζονται από βιαιότητα, επιθετικότητα και αδιαφορία. Καθένας αισθάνεται μόνος του, πιστεύει ότι κανείς από την οικογένεια δεν μπορεί να τον βοηθήσει, σε κανένα μέλος δεν δείχνει εμπιστοσύνη. Ζουν μαζί και όμως αισθάνονται μόνοι. Συχνά παρατηρούνται στις οικογένειες αυτές φαινόμενα όπως π.χ. διαζύγιο, διάλυση της οικογένειας, εγκατάλειψη της οικογενειακής στέγης για μεγάλο χρονικό διάστημα από κάποια μέλη της οικογένειας.

Ενώ δηλαδή η κακοποίηση-παραμέληση φαινομενικά δείχνει ως ρυθμιστικός παράγοντας παθολογικής ισορροπίας, στην ουσία επιδεινώνει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα της οικογένειας και συντελεί στην αποδιοργάνωση και διάλυση της κάποιες φορές. (Μαρούλη, Εκλογή 1979, σελ. 36- 44).

Όσον αφορά στα άλλα παιδιά της οικογένειας, που δεν υφίστανται κακοποίηση-παραμέληση όπως το ένα συγκεκριμένο παιδί, διδάσκονται και αυτά τη βία, εμφανίζουν μαθησιακά προβλήματα, συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα και οι επιπτώσεις της ανατροφής τους σε άσχημο, βίαιο περιβάλλον, επηρεάζουν σαφώς την μετέπειτα πορεία τους στη ζωή με αρνητικό τρόπο.



### Κεφαλαίο 3.

#### Α. Αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

##### 1. Τρόποι αποκάλυψης.

Το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης συνήθως αποτελεί μια «κλειστή» οικογενειακή υπόθεση. Η αποκάλυψή του καθίσταται συχνά δύσκολη, με εξαίρεση βέβαια τις ακραίες περιπτώσεις σωματικού τραυματισμού ή έκθετων βρεφών που φτάνουν στα νοσοκομεία.

Ωστόσο, υπάρχουν τρόποι για αν γίνει γνωστό, πριν είναι πολύ αργά για την υγεία του παιδιού, αλλά και την αποκατάστασή της λειτουργικότητας της οικογένειας.

Οι τρόποι αποκάλυψης του προβλήματος μπορούν να διακριθούν σε άμεσους και έμμεσους. Οι τρόποι αναφέρονται σε:

- Α. καταγγελία του προβλήματος από συγγενή ή μέλος του γειτονικού περιβάλλοντος της οικογένειας.
- Β. Καταγγελία από το θύμα σε βάρος των γονιών του.
- Γ. Καταγγελία του ενός γονέα σε βάρος του άλλου.
- Δ. Ομολογία του προβλήματος από τους γονείς. (Friedman, Morse, Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 207-209).

Γίνεται κατανοητό ότι στις περιπτώσεις αυτές έχουμε άμεση και σαφή αποκάλυψη της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

Η καταγγελία του προβλήματος από συγγενή ή άτομο του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου της οικογένειας συνεπάγεται και το αίσθημα ευθύνης που νοιώθει το άτομο αυτό, εκτός των ανθρωπιστικών αισθημάτων του, καθώς θα πρέπει να αποδείξει τα όσα ισχυρίζεται κατά των γονιών του παιδιού και ενδεχομένως να εμπλακεί μαζί τους.

Είναι διαδικασία επίπονη και ψυχοφθόρα. Καθώς θεωρείται ότι εμπεριέχει και απειλές για την σωματική ακεραιότητα του καταγγέλλοντος, μια τέτοια στάση δύσκολα υιοθετείται από συγγενείς ή περιοίκους της οικογένειας.

Προτιμούν την ασφάλεια τους, εφησυχάζουν τις όποιες τύψεις τους, γίνονται συνένοχοι του δράματος που υφίσταται το παιδί από τους γείτονες τους και καταγγέλλουν τα όσα γνώριζαν, εκ των υστέρων στα Μ.Μ.Ε. και τα δελτία ειδήσεων.

Η καταγγελία από την πλευρά του θύματος μπορεί να είναι αναφορά του προβλήματος στο δάσκαλο, στο γιατρό, σε επίσημα όργανα της Πολιτείας ή κάποιιο άλλο πρόσωπο. Το πρόσωπο στο οποίο θα απευθυνθεί το θύμα, θα πρέπει να πιστέψει το παιδί, να του συμπαρασταθεί και να το υποστηρίξει στον αγώνα απεγκλωβισμού από τη βία και την αδιαφορία των γονιών του. Παρατηρείται συχνά το φαινόμενο, το παιδί να αντιμετωπίζεται με δυσπιστία ή να μην λαμβάνεται σοβαρά υπόψη για όσα αναφέρει.

Στην περίπτωση που ο ένας γονιός καταγγέλλει την απαράδεκτη συμπεριφορά του άλλου γονέα προς τα παιδιά, πρόκειται συχνά για άτομο που δεν αντέχει να συναινεί σ' ένα πραγματικό μαρτύριο και αποφασίζει να σηκώσει το βάρος μιας τέτοιας καταγγελίας, με όλες τις συνέπειες π.χ. διάλυση του γάμου και της οικογένειας.

Αρκετές φορές ωστόσο, ο φόβος της πιθανής τιμωρίας και του ίδιου ή ο φόβος του γονέα-θύτη τον αναγκάζουν να κρατά το στόμα του κλειστό και να ελπίζει σε αλλαγή της κατάστασης. (ο.π. σελ. 209-210)

Η αποκάλυψη του προβλήματος και από τους δύο γονείς, συγκεντρώνει τις περισσότερες πιθανότητες για ταχύτερη αποκατάσταση του προβλήματος.

Οι γονείς αυτοί συνήθως, υφίστανται τρομερή πίεση και ίσως ενδόμυχα συνειδητοποιούν ότι η συμπεριφορά τους δεν είναι η πλέον ενδεδειγμένη για τη σωστή ανατροφή του παιδιού τους. Η παραδοχή των σφαλμάτων τους ίσως αποτελεί παραδοχή της αδυναμίας τους να ελέγξουν τους εαυτούς τους και παραδοχή της ανάγκης τους για βοήθεια.

Ο φόβος της τιμωρίας πολλές φορές όμως, τους αναγκάζει στην άρνηση του προβλήματος και στην διάψευση της ύπαρξής του.

Στις περιπτώσεις που η αποκάλυψη του προβλήματος γίνεται με τους παραπάνω τρόπους, άμεσα δηλαδή, οι ειδικοί καλούνται να ερευνήσουν το μέγεθος του προβλήματος, τις αιτίες που το προκάλεσαν και να λάβουν μέτρα για την θεραπεία-επίλυση του.

Επαναλαμβάνεται ωστόσο, ότι πρόκειται για σπάνιες περιπτώσεις και σπάνιους τρόπους γνωστοποίησης του προβλήματος. Πολύ ενδεικτικά αναφέρθηκαν μερικές δυσκολίες που εξηγούν την μειωμένη αποκάλυψη του προβλήματος με τους τρόπους αυτούς. Στην συνέχεια καταγράφονται αναλυτικά οι δυσκολίες που σχετίζονται με την γνωστοποίηση του φαινομένου της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

Σ' ότι αφορά, εν τούτοις, τους έμμεσους τρόπους αποκάλυψης του προβλήματος, επισημαίνονται:

A. Η χαρακτηριστική συμπεριφορά και οι αντιδράσεις των γονιών, όταν έρθουν σε επαφή με τους ειδικούς, αντιδράσεις που θέτουν την υποψία κακοποίησης-παραμέλησης.

B. Τα οργανικά συμπτώματα και σωματικά σημάδια του παραμελημένου παιδιού.

Γ. Τα οργανικά συμπτώματα και σωματικά σημάδια του κακοποιημένου παιδιού.

Δ. Οι χαρακτηριστικές συμπεριφορικές και λεκτικές αντιδράσεις του παιδιού που είναι ενδεικτικές της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης. (ο.π. σελ. 207-212).

Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχουν τα σημάδια της κακοποίησης-παραμέλησης και όχι η ρητή και σαφής αναφορά του προβλήματος. Το ζητούμενο, στις καταστάσεις αυτές είναι να γνωρίζουν οι ειδικοί τα σημάδια, να έχουν την ικανότητα να τα αναγνωρίζουν, να εξετάζουν σοβαρά τις όποιες υπόνοιες έχουν, χωρίς να εφησυχάζουν και να αδρανούν. Εφόσον υπάρχουν υποψίες, έστω και μικρές, ότι συμβαίνει κακοποίηση-παραμέληση απαιτείται συνειδητοποιημένη και επαγγελματική στάση από την πλευρά των ειδικών.

Στη συνέχεια αναλύονται οι έμμεσοι αυτοί τρόποι αποκάλυψης του προβλήματος, καθώς αποτελούν στην ουσία γνωρίσματα της κακοποίησης-παραμέλησης που κάθε ειδικός ο οποίος συναναστρέφεται με γονείς και παιδιά, οφείλει να γνωρίζει για να είναι σε θέση να καταπολεμήσει το πρόβλημα.

Δεν κρίνεται σκόπιμο να γίνει περαιτέρω ανάλυση των άμεσων τρόπων αποκάλυψης του προβλήματος, εκτός των στοιχείων που ήδη παρουσιάστηκαν καθώς πρόκειται για περιπτώσεις σαφείς και κατανοητές.

## 2. «Υποπτη» συμπεριφορά των γονέων.

Οι γονείς που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους συμπεριφέρονται με κάποιους χαρακτηριστικούς τρόπους, όταν συναντώνται με ειδικούς των νοσοκομείων ή άλλων κέντρων βοήθειας στα οποία καταφεύγουν, όταν υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι για τη ζωή ή την υγεία του παιδιού.

Αναλυτικότερα, οι γονείς αυτοί εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά στην συμπεριφορά τους:

1. Καθυστερούν να αναζητήσουν βοήθεια. Στα ατυχήματα οι γονείς ζητούν αμέσως βοήθεια. Στη μη τυχαία κάκωση έρχονται στο νοσοκομείο με καθυστέρηση, για την οποία συνήθως, δεν δίνουν δικαιολογία. Το διάστημα αναζήτησης βοήθειας κυμαίνεται από 24 ώρες έως 7 ημέρες αφότου έγινε ο τραυματισμός.

Ο Schmitt αναφέρει χαρακτηριστικά ότι 40% των περιπτώσεων πηγαίνουν στο γιατρό την επόμενη και 40% μία μέχρι τέσσερις ημέρες αργότερα. (Schmitt, The Battered child Syndrome 1975, σελ. 3-10).

2. Δίνουν ασαφείς και ανακριβείς πληροφορίες για το ιστορικό τραυματισμού, οι οποίες είναι: ασυμβίβαστες με την κλινική εικόνα του παιδιού και την εξελικτική του φάση.

Για παράδειγμα ένα βρέφος 2-3 μηνών είναι αδύνατο να εμφανίσει εκχυμώσεις ή κατάγματα γιατί «έπεσε μόνο» του από το κρεβάτι, καθώς σ' αυτή την ηλικία το βρέφος δεν είναι καν σε θέση να κρατά αντικείμενα και να μετατοπίζει κατά τέτοιο τρόπο το σώμα του.

3. Εμφανίζονται έκπληκτοι οι γονείς όταν, οι ειδικοί διαγνώσουν πολλαπλά και πολύμορφα τραύματα. Δηλώνουν άγνοια και απορία για τις ελαφρότερες βλάβες, ενώ δίνουν ιστορικό μόνο για τη σοβαρή.

4. Αδημονούν υπερβολικά να φύγουν από το νοσοκομείο. Βρίσκουν αιτιολογίες για την αναγκαιότητα της παρουσίας τους στο σπίτι. Ισχυρίζονται ότι η θεραπεία του παιδιού μπορεί να γίνει και στο σπίτι και ζητούν επίμονα την εξαγωγή του από το νοσοκομείο, αδιαφορώντας για το κόστος στην υγεία του παιδιού. Ο φόβος της πιθανής αποκάλυψής τους, τους πιέζει να θέλουν να φύγουν το γρηγορότερο από το νοσοκομείο, καθώς γι' αυτούς είναι χώρος που εμπεριέχει κινδύνους.

5. Συμπεριφέρονται στο παιδί μ' ένα τρόπο χαρακτηριστικό και ιδιαίτερο. Αναφέρονται στο παιδί με τρόπο που μαρτυρά απόρριψη ή αδιαφορία. Λέξεις όπως π.χ. "κουτό, δύσκολο, ατίθασο, ανίκανο" είναι συχνές στο λεξιλόγιο αυτών των γονιών.

Συγχρόνως είναι συνεχώς μαζί του, κάτι που στους ανυποψίαστους μπορεί να φαντάζει προστασία ή ακόμα και υπερπροστασία. Ο φόβος μήπως το παιδί αποκαλύψει κάτι, τους οδηγεί να το επιτηρούν στενά. (Friedman, Morse, Η κακοποίηση του παιδιού 1985, 208-210)

Σαφώς όλα τα ανωτέρω δεν αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις για τους γονείς που κατέφυγαν στο νοσοκομείο προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια για τον πραγματικό τυχαίο τραυματισμό του παιδιού τους.

Σ' όλες τις παραπάνω αντιδράσεις διαφαίνεται η αδιαφορία των γονιών προς το παιδί. Αδιαφορία και αντιδράσεις «παράξενες» που πρέπει να βάλουν σε υποψία τους ειδικούς. Αλίμονο αν οι γονείς αυτοί γίνουν πιστευτοί και αφεθούν ανενόχλητοι να κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους, με τις όποιες συνέπειες που αυτό συνεπάγεται.

### 3. Ενδεικτικά σημάδια κακοποίησης στο παιδί.

Υπάρχουν σημάδια στο σώμα του παιδιού, που είναι ενδεικτικά του ότι το παιδί υπέστη κακοποίηση και μπορούν να βοηθήσουν τους ειδικούς στην ανίχνευση τέτοιων περιστατικών.

Επί του προκειμένου, το κακοποιημένο παιδί εμφανίζει:

1. Βλάβες που είναι χαρακτηριστικές κακοποίησης, σχεδόν παθογνωμικές. Τέτοιες βλάβες είναι π.χ. ρήξη χαλινού του άνω χείλους, έγκαυμα που καταλαμβάνει όλη την επιφάνεια του άκρου και σταματά ισούψως αποτελεί ένδειξη ότι το βρέφος εμβαπτίστηκε σκοπίμως, έγκαυμα στο πέλμα κλπ.

Επίσης τα σημάδια που αφήνουν όργανα που χρησιμοποιήθηκαν για κακοποίηση είναι ενδεικτικά όπως π.χ. δαγκωνιές, νυχιές, τσιγάρα, χτυπήματα από ζωστήρα κλπ.

2. Τραύματα διαφορετικής ηλικίας, τραύματα δηλαδή που βρίσκονται σε διαφορετικό βαθμό και στάδιο επούλωσης, πιστοποιούν κακοποίηση που συμβαίνει κατ' επανάληψη.

3. Τραύματα συνήθως πολλαπλά και πολύμορφα. Το παιδί λόγω χάρη, που προσκομίζεται για κάταγμα βραχιονίου, συνήθως θα εμφανίζει εκχυμώσεις ή και εκδορές σε άλλα μέρη του σώματος, πιθανόν και άλλα κατάγματα.

4. Άμεση και ταχεία υποχώρηση και επούλωση των τραυμάτων, με την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο. Αυτό διαχωρίζει την ύπαρξη κακοποίησης από νοσολογικές οντότητες, που μπορεί να μοιάζουν με κακοποίηση.

5. Αντιδράσεις και συμπεριφορά χαρακτηριστική, βλέμμα και έκφραση που δείχνουν απάθεια και απόγνωση ενώ δεν εμφανίζει ανησυχίες ή διαμαρτυρίες (μητρική αποστέρηση) στον αποχωρισμό από τους γονείς. Φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομειακό περιβάλλον από το σπίτι. Αντιδράσεις δηλαδή που δεν εμφανίζονται σ' ένα μη κακοποιημένο παιδί.

6. Τέλος το παιδί δίνει ασαφείς και ανακριβείς εξηγήσεις για την κλινική του κατάσταση. Η αιτιολογία που δίνει για τον τραυματισμό του είναι συνήθως ασυμβίβαστη με το είδος της κάκωσης. (Hull, Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 90-99). Κάποτε βέβαια αναφέρει ευθέως κάκωση από τους γονείς, αλλά όπως ήδη αναφέρθηκε, κινδυνεύει να μην γίνει πιστευτό.

Εφόσον οι ειδικοί εντοπίσουν όλα τα παραπάνω και θεωρήσουν ως πιθανότερο τα τραύματα αυτά να μην είχαν τυχαία προέλευση, αλλά να προκλήθηκαν σκόπιμα, οφείλουν να εξετάσουν με προσοχή αυτά τα περιστατικά.

#### 4. Ενδεικτικά σημάδια παραμέλησης στο παιδί.

Σ' ότι αφορά την παραμέληση, οι ειδικοί θα πρέπει να έχουν γνώση των χαρακτηριστικών εκείνων που μαρτυρούν ότι ένα παιδί δεν τυγχάνει της προσοχής και φροντίδας των γονιών του. Υπάρχουν δηλαδή «σημάδια» που βοηθούν στο να αποκαλυφθεί ένα παιδί παραμελημένο.

Έτσι λοιπόν, αναφέρεται ότι το παραμελημένο παιδί:

1. είναι συνήθως αδύνατο
2. έχει μικρό ανάστημα
3. εμφανίζει βρεφικές αναλογίες
4. έχει πρησμένη κοιλιά
5. παρουσιάζει συχνά επεισόδια διάρροιας
6. έχει δέρμα ωχρό και ψυχρό, το οποίο είναι σε κακή κατάσταση καθώς παρουσιάζει εκδορές και μικρά έλκη
7. έχει άκρα κυανωτικά και κρύα και οιδηματώδη πόδια, μηρούς κλπ.
8. εμφανίζει αραιά και ξηρά μαλλιά με περιοχές αλωπεκίας
9. χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση στην σωματική εξέλιξη, αλλά και στην εξέλιξη των άλλων τομέων (συναισθηματικό, διανοητικό, κινητικό, κοινωνικό)
10. συμπεριφέρεται, κινείται και μιλά με τρόπο καθυστερημένο και στερεοτυπικό
11. είναι απομονωμένο, απαθές, φοβισμένο και δεν εμφανίζει μητρική αποστέρηση όταν λείπουν οι γονείς
12. εμφανίζει διαταραχές στην αναπνοή και χαμηλή θερμοκρασία
13. όταν τρωει καταβροχθίζει την τροφή του. Είναι ενδεικτικό ότι κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο, το βάρος του αυξάνει σημαντικά. (Κάσιμος, Παιδιατρικά χρονικά 1987, σελ. 34-44)

Είναι σαφές ότι αρκετά από τα παραπάνω γνωρίσματα (π.χ. μικρό ανάστημα, στερεοτυπικός λόγος κλπ.) συναντώνται και στην περίπτωση του κακοποιημένου παιδιού. Άλλωστε μερικές φορές η διάκριση ανάμεσα στη σωματική κακοποίηση και παραμέληση δεν είναι εύκολη.

Στην περίπτωση ωστόσο της σωματικής παραμέλησης δεν εμφανίζονται



διάφορα σημάδια λόγω άσκησης σωματικής βίας. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμη μια ξεχωριστή παρουσίαση των σωματικών συμπτωμάτων της κακοποίησης από εκείνα της παραμέλησης.

Στην πράξη ωστόσο είναι δύσκολος ο διαχωρισμός, καθώς όπως αναφέρθηκε τα σημάδια μπορούν να συνυπάρχουν στο ίδιο παιδί.

## 5. Χαρακτηριστικά του σωματικώς κακοποιημένου-παραμελημένου παιδιού.

Το παιδί που κακοποιείται-παραμελείται σωματικά, συμπεριφέρεται και αντιδράει μ' ένα ιδιαίτερο τρόπο. Έναν τρόπο που δεν θεωρείται φυσιολογικός ή συνηθισμένος. Βέβαια αυτό που υφίσταται δεν είναι κάτι συνηθισμένο.

Οι αντιδράσεις αυτές του παιδιού, μπορούν, αν τύχουν της προσοχής των ειδικών (αλλά και των δασκάλων, των γειτόνων κλπ.) να οδηγήσουν στην αποκάλυψη του προβλήματος.

Ήδη, στις προηγούμενες υποενότητες αναφέρθηκαν συνοπτικά κάποιες συμπεριφορές, που απαντώνται στο κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί. Στην ενότητα αυτή θα γίνει προσπάθεια μιας πιο αναλυτικής καταγραφής των χαρακτηριστικών αυτού του παιδιού.

Έχει παρατηρηθεί λοιπόν ότι τα παιδιά που κακοποιούνται-παραμελούνται εμφανίζουν έντονες συναισθηματικές διαταραχές, ψυχολογικά προβλήματα, συμπεριφορικά προβλήματα, διαταραγμένη συναισθηματική, αντιληπτική, κοινωνική ανάπτυξη και σωματικές αναπηρίες.

Το ψυχολογικό τραύμα που έχει προκληθεί στα παιδιά αυτά, η «τραυματική νεύρωση» όπως την ονομάζει χαρακτηριστικά ο Green έχει ως συνέπεια να βιώνουν οδυνηρά συναισθήματα, για παράδειγμα πανικό, πόνο, συναίσθημα αδιεξόδου, απόρριψη. Για να αντεπεξέλθουν υιοθετούν μηχανισμούς άμυνας όπως άρνηση, προβολή, αποφυγή, αποστασιοποίηση, διαχωρισμό. (Χ. Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 95).

Έτσι γίνονται επιφυλακτικά στις σχέσεις τους με τους άλλους, καχύποπτα, βλέπουν με αμφιβολία την όποια προσπάθεια των άλλων για σωματική επαφή. Είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά, δεν έχουν φίλους, ίσως ελάχιστους, και εμφανίζουν έλλειψη εμπιστοσύνης στους ανθρώπους. Η δε συναλλαγή τους με τους άλλους στερείται φαντασίας, ενώ παράλληλα οι αντιδράσεις τους είναι ασταθείς. (Τσιάντης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 19991, σελ. 104).

Χαρακτηριστική είναι η εικόνα «παγερής εγρήγορσης» που έχουν τα παιδιά αυτά και πιο συγκεκριμένα αυτό το «παγωμένο» βλέμμα που έχουν. Βλέμμα απόμακρο, αδιάφορο και απαθές. Στην ουσία πρόκειται για κατάσταση «εγρήγορσης», ετοιμότητας, καθώς παρακολουθούν και αντιλαμβάνονται τα πάντα, ώστε να είναι

ικανά να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον. Ενώ δείχνουν παθητικά στην ουσία βρίσκονται σε επαγρύπνηση. (Μαραγκός, Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιών 1987, σελ. 41-57)

Όσον αφορά στις κοινωνικές επαφές οι Johnson, Moore και Ammerman επισημαίνουν ότι στα παιδιά αυτά παρατηρείται έλλειψη ανταπόκρισης, αρνητισμός, πείσμα και κατάθλιψη. (Μαραγκός και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 88).

Ιδιαίτερα μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, τα απιδιά αυτά, ενώ φαίνονται πολύ συμπαθητικά, ωστόσο αποδεικνύονται αδύναμα να αντέξουν και την παραμικρή ματαίωση και ξεσπούν σε κλάματα, εκρήξεις οργής και γίνονται απαιτητικά. (Τσιάνης βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 105).

Έχουν την τάση να ελέγχουν και να εκμεταλλεύονται καταστάσεις και εμφανίζουν την ανάγκη για άμεση ικανοποίηση των αναγκών τους.

Συχνά ο θυμός για τους ενήλικες γονείς τους που τους κακομεταχειρίστηκαν, προβάλλεται σε άλλα άτομα (π.χ. δασκάλους, γιατρούς, αδέρφια κλπ.) και αντιδρούν σ' αυτούς με υπερβολική επιθετικότητα και τάση στο να τους προκαλούν. Όταν βέβαια ο θυμός προς τους γονείς προβάλλεται στον εαυτό τους, εμφανίζουν αυτοκαταστροφικές ή αυτοκτονικές συμπεριφορές. (Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 96).

Καθώς εμφανίζουν συχνά καθυστέρηση ή διαταραχή λόγου, δείχνουν προτίμηση στη χρήση κινητικής, φυσικής έκφρασης για να επικοινωνούν. Η προτίμηση αυτή των κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, θεωρείται κατά τον Green (1973) ως αποτέλεσμα μαθησιακής αποφυγής, για να προστατέψουν τους εαυτούς τους από νέα κακοποίηση. Ο Martin (1976) τη θεωρεί ως πιθανή προσαρμογή στο βίαιο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν. (ο.π. σελ. 96-97).

Γενικά οι μελέτες έχουν δείξει ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης των παιδιών αυτών στο περιβάλλον τους, τους θέτει εμπόδια για να μιλήσουν. Φυσικό επακόλουθο είναι η αναχαίτιση στην εξέλιξη του λόγου, ενώ συνήθης είναι η ύπαρξη νοητικής καθυστέρησης μεταξύ των παιδιών αυτών.

Τέλος πρέπει να επισημάνουμε ότι στην βιβλιογραφία, έχουν επικρατήσει γενικότερα 9 χαρακτηριστικά κριτήρια των σωματικά κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, όπως προέκυψαν από μελέτη των Martin και Beezley σχετικά με την προσωπικότητα των παιδιών σε 51 περιστατικά.

Τα κριτήρια αυτά ουσιαστικά φωτογραφίζουν τις χαρακτηριστικές συμπεριφορές που απαντώνται σε κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά και μπορούν να αποβούν χρήσιμο εργαλείο στα χέρια ειδικών. Ένας συνοπτικός οδηγός για την ανίχνευση περιπτώσεων άσκησης βίας ή αδιαφορίας από την πλευρά των γονέων προς τα παιδιά τους.

Τα 9 λοιπόν χαρακτηριστικά κριτήρια του παιδιού που κακοποιείται-παραμελείται σωματικά είναι:

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

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

Δίπλα από κάθε χαρακτηριστικό αναφέρεται και η συχνότητα που εμφανίστηκε στη μελέτη των 51 περιπτώσεων.

Είναι ενδεικτική η αδυναμία των παιδιών αυτών να βιώσουν την χαρά, την ικανοποίηση, την ευχαρίστηση σε οτιδήποτε κάνουν. Με τον τρόπο αυτό οδηγούνται στην αποτελμάτωση και στην κατάρρευση.

Όλα όσα παρουσιάστηκαν στην υποενότητα αυτή, αλλά και στις τρεις προηγούμενες, αποτελούν στην ουσία κώδωνες που κρούουν τον κίνδυνο ύπαρξης του προβλήματος. Ειδικοί και μη, οφείλουν να λαμβάνουν έγκαιρα τα σήματα και να δρουν αναλόγως.

## 6. Δυσκολίες στην αποκάλυψη του προβλήματος.

Η κακομεταχείριση παιδιών από τους ίδιους τους γονείς τους καθίσταται, όπως ήδη αναφέρθηκε, μια «κλειστή» οικογενειακή υπόθεση, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Είναι κάτι που συμβαίνει μέσα στην οικογένεια και μένει εκεί. Σ' αυτό συμβάλει σημαντικά η στάση της κοινωνίας αλλά και της Πολιτείας που σέβονται υπερβολικά την ιδιωτικότητα της οικογένειας.

Κάτω από τις συνθήκες αυτές, γίνεται δύσκολος ο εντοπισμός περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης, πέραν των ακραίων περιπτώσεων που φτάνουν στα νοσοκομεία. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις παιδιών, που σχεδόν καθημερινά παραμελούνται ή πέφτουν θύματα άσκησης βίας από τους γονείς τους, παραμένουν στην αφάνεια.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι στη χώρα μας μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 70 το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών δεν είχε λάβει καμία ιδιαίτερη προσοχή. Μόνο ο τύπος έφερε στη γνώση του κοινού περιπτώσεις κακοποίησης και θανάτου παιδιών.

Οι όποιες έρευνες γίνονταν, βασίζονταν σε ακραίες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης, που έφταναν στο νοσοκομείο και ήταν περιορισμένης εμβέλειας καθώς εξετάζαν μόνο τις περιοχές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Η αποκάλυψη λοιπόν του προβλήματος, ο εντοπισμός δηλαδή των περιστατικών συναντά δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται με τη στάση του θύματος, της οικογένειας, του κοινωνικού περιγύρου, των ειδικών, αλλά και της επίσημης Πολιτείας, και καταγράφονται ως εξής:

1. Ο δισταγμός του κοινωνικού περιγύρου να καταγγείλει την ύπαρξη του προβλήματος στη γειτονική οικογένεια, παρόλο που το ζει καθημερινά. Το βάρος των απειλών, υπερνικά το βάρος των τύψεων για συνενοχή και προτιμάται η σιωπή και η ασφάλεια της οικογενειακής ηρεμίας.
2. Η αδιαφορία των γειτόνων που συχνά σχετίζεται μόνο με την απομόνωση των ανθρώπων και την προσήλωση στα οικεία προβλήματα. Συνέπεια και φαινόμενο των καιρών μας που συνδέεται άμεσα με τον τρόπο ζωής του σύγχρονου ανθρώπου.

3. Ο δισταγμός και η άρνηση του θύματος να αποκαλύψει την κακοποίηση-παραμέληση. Στη στάση αυτή οδηγείται το θύμα γιατί

- \*. φοβάται «αντίποινα» από τους γονείς-θύτες καθώς δέχεται πιέσεις και εξαναγκασμούς.

- \*. Δέχεται το ρόλο του ως αποδιοπομπαίου τράγου της οικογενείας και μέσου εκφόρτισης της έντασης, που υπάρχει στο οικογενειακό σύστημα.

- \*. Αισθάνεται ένοχο και υπεύθυνο, για όλα τα προβλήματα της οικογένειας και δεν προδίδει τους γονείς του.

- \*. Νοιώθει πως αν μιλήσει, διαταράσσει την ισορροπία του σπιτιού.

- \*. Θεωρεί, ότι αυτός είναι ο μόνος τρόπος, για να τυγχάνει της προσοχής των γονέων και να γίνεται αρεστό σ' αυτούς.

- \*. Φοβάται ότι δεν θα γίνει πιστευτό.

- \*. Δεν εμπιστεύεται εύκολα τους ενήλικες.

- \*. Θεωρεί ότι το μόνο που θα κερδίσει είναι ο στιγματισμός, κι έτσι υπομένει καρτερικά την κακομεταχείριση του.

4. Ο δισταγμός και η άρνηση των γονέων να αποκαλύψουν το πρόβλημα καθώς φοβούνται τις επιπτώσεις (ποινική τιμωρία, πιθανή διάλυση του γάμου κλπ.) και το στιγματισμό τους ως γονείς. Στην περίπτωση, που ο ένας γονιός θελει να καταγγείλει τη βίαιη συμπεριφορά του άλλου, ενεδρεύει πάντα ο φόβος για τιμωρία, για «αντίποινα».

5. Η έλλειψη ή πλημμελής λειτουργία συστήματος αναφοράς ή παραπομπής τέτοιων περιπτώσεων.

6. Η έλλειψη ακριβούς πληροφόρησης για την ύπαρξη έστω και υποτυπώδους συστήματος υπηρεσιών προστασίας των θυμάτων και αποκατάστασης της λειτουργικότητας της οικογένειας. Πολύ απλά η άγνοια για τις όποιες υπηρεσίες, κρατά κλειστά τα στόματα των θυμάτων, περιοίκων κλπ.

7. Η στάση των γιατρών, που άλλοτε αντιμετωπίζουν με δυσπιστία το παιδί, άλλοτε δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν το πρόβλημα, και άλλοτε υποτιμούν οποιοδήποτε πρόβλημα που ξεφεύγει από την αυστηρά οργανική αιτία. Η ανωτέρω στάση, ευτυχώς, δεν χαρακτηρίζει την πλειοψηφία των γιατρών. Σαφώς, υπάρχουν συνειδητοποιημένοι επιστήμονες, που ανιχνεύουν και εξετάζουν με προσοχή τέτοιες περιπτώσεις.

8. Οι επικρατούντες κοινωνικές αξίες που φθάνουν σε κάποιες περιοχές να θεωρούν την κακοποίηση-παραμέληση ως τρόπο σωφρονισμού των παιδιών. ( Deckmank. Η κακοποίηση του παιδιού, 1985, σελ. 67-79).

Όλα τα παραπάνω συναιούν στο να μείνει η κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού, υπόθεση αυστηρά περιορισμένη στα πλαίσια του σπιτιού και της οικογένειας και καθιστούν την αποκάλυψη της έργο δύσκολο αν όχι αδύνατο.

## B. Διάγνωση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.

### 1. Κλινική εξέταση του παιδιού.

Η διάγνωση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης αφορά:

- A) Την κλινική εξέταση του παιδιού
- B) Την έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες έγινε η κακοποίηση-παραμέληση.
- Γ) Την διεύρυνση αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης και των γενικότερων σχέσεων παιδιού-γονέα.

Ειδικότερα σ' ότι αφορά την κλινική εξέταση, η οποία αποτελεί το πρώτο στάδιο για την εξακρίβωση της κακοποίησης-παραμέλησης μετά την αποκάλυψή της, αναφέρεται ότι περιλαμβάνει έρευνα είτε στο ζωντανό παιδί είτε στο πτώμα.

Και στις δυο περιπτώσεις ο ιατρογνώμονας θα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

- Η απουσία επιφανειακών κακώσεων δεν αποκλείει την κακοποίηση, αφού μπορεί να έχουν προκληθεί εσωτερικές βλάβες στα όργανα ή στο σκελετό.
- Η διάγνωση μιας πρώτης κακοποίησης και μιας κακοποίησης που συμβαίνει κατ' επανάληψη, θα εξακριβωθεί από την εξέταση της σοβαρότητας, του χαρακτήρα και του βαθμού επούλωσης των τραυμάτων.
- Η διάκριση μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης δεν είναι πάντοτε σαφής. Είναι γνωστό, ότι οι περισσότερες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης κάτω του έτους καταλήγουν συνήθως στο θάνατο. Άλλωστε πολύ συχνά η παραμέληση φαίνεται σαν η χειρότερη μορφή κακοποίησης. (Κουστελίνης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 30-34).

Η κλινική εξέταση και στις δυο περιπτώσεις (ζωντανό παιδί, πτώμα) περιλαμβάνει:

1. Λεπτομερή καταγραφή της θέσης, του είδους και της σοβαρότητας των κακώσεων, καθώς έτσι εξάγονται συμπεράσματα και αναγνωρίζεται το όργανο που προκάλεσε τις κακώσεις.
2. Έρευνα για ύπαρξη παθολογικών στοιχείων όπως π.χ. εξανθήματα, ουλές, εκχυμωτικά αποτυπώματα.



3. Εξέταση όλων των μερών του σώματος π.χ. τριχωτό της κεφαλής, πέλματα, γλουτοί, αυχένιας, πλάτη κλπ. Με προσεκτική ψηλάφηση για ανεύρεση θλαστικών τραυμάτων, αμυχών κλπ. και όχι μόνο εξέταση του σημείου στο οποίο εμφανίζεται η κάκωση.
4. Έλεγχος για ψευδείς αύλακες από υποτιθέμενα στενά ρούχα που όμως ίσως μαρτυρούν προσπάθειες απαγχονισμού ή στραγγαλισμού.
5. Εξέταση του βάρους του σώματος και σημείωση του βαθμού θρέψης, καθώς ελλιπής βαθμός θρέψης οδηγεί στην αναγνώριση σωματικής κακοποίησης- παραμέλησης. Ιδιαίτερα στην περίπτωση που η παραμέληση οδηγεί στο θάνατο, η ανεύρεση στοιχείων εκσεσημασμένης απίσχνασης λόγω πλημμελούς διατροφής ή ασιτίας συνηγορούν υπέρ της παραμέλησης.
6. Μελέτη των ενδυμάτων του παιδιού, του είδους, της κατάστασης τους, του βαθμού καθαριότητας τους, καθώς αποτελούν στοιχεία, βάσει των οποίων γίνεται μια πρώτη εκτίμηση της φροντίδας που παρέχουν οι γονείς στο παιδί.
7. Τέλος ερευνάται η ύπαρξη ή μη δερματίτιδος ή εκτεταμένων δερματικών φλεγμονών, που έχουν προκληθεί από ούρα ή κόπρανα. Εξετάζεται επίσης η καθαριότητα και η γενικότερη περιποίηση του σώματος που μαρτυρούν κακή οργάνωση και έλλειψη ίσως ενδιαφέροντος για την υγιεινή του παιδιού. (ο.π. σελ. 30-34)

Ιδιαίτερα σ' ότι αφορά την έρευνα στο πτώμα, γίνεται εμπειριστατωμένη νεκροψιακή και νεκροτομική εξέταση. Κατά τη νεκροψία, σημειώνονται η παρουσία και η πρόοδος των πτωματικών φαινομένων, εφόσον αποτελούν πηγές στοιχείων για το χρόνο θανάτου και την αρχική θέση του πτώματος.

Ο νεκροτομικός έλεγχος είναι πλήρης και αφορά πάλι την αναζήτηση κακώσεων και άλλων παθολογικών στοιχείων.

Επίσης δεν παραλείπονται εξετάσεις όπως ιστοπαθολογική εξέταση των σπλάχνων και η τοξικολογική ενώ και η μικροβιολογική εξέταση αποδεικνύεται συνήθως χρήσιμη.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί, ότι μετά το πέρας της νεκροτομής, γίνεται επανεξέταση του σώματος εξωτερικά. Η εν λόγω εξέταση θεωρείται επιβεβλημένη,

καθώς μπορεί να αποκαλύψει κακώσεις που προηγουμένως είχαν διαφύγει της προσοχής του ιατρογνώμονα.

Στο ζωντανό παιδί, ο έλεγχος εκτός της αναζήτησης εξωτερικά των κακώσεων που αποκαλύπτουν την άσκηση βίας και της έρευνας, που παρουσιάστηκε προηγουμένως (κοινά σημεία ερευνών στο ζωντανό παιδί και στο πτώμα) περιλαμβάνει την καταμέτρηση της θερμοκρασίας του σώματος, την παρατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας και την καταγραφή της κινητικής λειτουργίας.

Ενδείξεις όπως π.χ. χαμηλή θερμοκρασία, διαταραχές αναπνευστικής λειτουργίας, κατατονία κλπ., ήδη αναφέρθηκε ότι συνηγορούν υπέρ της κακοποίησης-παραμέλησης.

Διενεργούνται ακόμη παρακλινικές εξετάσεις, όπως π.χ. λεπτομερής ακτινολογικός έλεγχος, υπερηχογραφία, κάποτε και αξονική τομογραφία. (ο.π., σελ. 30-34).

Με την κλινική εξέταση πιστοποιείται η ύπαρξη κακοποίησης-παραμέλησης και αποκτούν βαρύτητα οι ισχυρισμοί όσων την αποκάλυψαν. Με την εξέταση αυτή, στην ουσία εδραιώνονται ή καταρρίπτονται οι υπόνοιες για την ύπαρξη του προβλήματος.

Είναι σαφές, ότι η κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται με προσοχή, συστηματικά και ολοκληρωμένα και πάντα με σεβασμό προς το παιδί αλλά και τους γονείς του.

## 2. Η έρευνα των συνθηκών.

Το δεύτερο στάδιο στην εξέταση περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης, είναι η έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες το παιδί υπέστη κακομεταχείριση. Η έρευνα των συνθηκών περιλαμβάνει:

A. την αυτοψία του χώρου διαβίωσης του παιδιού (σπίτι-γειτονιά)

B. την λήψη χωριστών συνεντεύξεων από τους γονείς, τα αδέρφια, τη γειτονιά ίσως, κλπ. (Hall M.H., Η Κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 98).

Όσον αφορά στην αυτοψία του χώρου, ελέγχονται οι συνθήκες διαβίωσης του παιδιού, το είδος και η κατάσταση του σπιτιού, ο βαθμός καθαριότητας, η κατάσταση των ειδών υγιεινής, η ύπαρξη εντόμων κλπ.

Όλα αυτά καταγράφονται λεπτομερώς, καθώς αποτελούν βάση εκτίμησης τόσο του βαθμού ωριμότητας των γονέων και της φροντίδας που παρέχουν στο παιδί, όσο και της καταλληλότητας ή μη του σπιτιού για ανθρώπινη κατοικία, εφόσον υπάρχουν οι στοιχειώδεις κανόνες υγιεινής.

Είναι σαφές, ότι η εξέταση των συνθηκών διαβίωσης του παιδιού μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, εξυπηρετεί κι έναν πρόσθετο στόχο. Την πιθανή ανεύρεση κάποιας σχέσης μεταξύ του οικογενειακού περιγύρου και των κακώσεων που εμφανίζει το παιδί. Καθίσταται λοιπόν αναγκαία μια τέτοια αυτοψία να γίνεται άμεσα και προσεκτικά, εφόσον έχει υπάρξει υπόνοια για κακοποίηση-παραμέληση.

Η αμεσότητα της αυτοψίας στοχεύει στην πρόληψη του ενδεχομένου οι υπαίτιοι γονείς να αλλάξουν το «σκηνικό», ώστε να απομακρύνουν τις κατηγορίες. (ο.π., σελ. 98)

Γίνεται κατανοητό, ότι σε περίπτωση θανάτου η αυτοψία του χώρου καθίσταται απαραίτητη και επιβεβλημένη.

Η διερεύνηση των συνθηκών διαβίωσης γίνεται από εξειδικευμένα όργανα, όπως π.χ. επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, κλπ. Χρήσιμη πάντοτε αποδεικνύεται η παρουσία του ιατρογνώμονα, καθώς μπορεί να συσχετίσει ευρήματα και πληροφορίες από το χώρο του σπιτιού, με την κατάσταση του παιδιού που ο ίδιος διέγνωσε και εξέτασε.

Η λήψη συνεντεύξεων από τους γονείς (πάντοτε χωριστά), τα αδέρφια και όποιον σχετίζεται με το περιστατικό, στόχο έχει την λήψη πληροφοριών, που ίσως εξηγούν την κλινική κατάσταση του παιδιού.

Ο ειδικός, μέσα από τις συνεντεύξεις αυτές, μπορεί να πιστοποιήσει την ύπαρξη ή μη παραμέλησης-κακοποίησης και να ενεργήσει προς όφελος του παιδιού, αλλά και της οικογένειας. (Friedman, Morse, Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 209).

Και στην περίπτωση των συνεντεύξεων, υπάρχει η ανάγκη για άμεση διενέργεια τους, ώστε να μην δοθεί η ευκαιρία για μια οποιαδήποτε άλλη σκηνοθετημένη παρουσίαση γεγονότων. Οι συνεντεύξεις λαμβάνονται από ειδικούς επιστήμονες π.χ. κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, παιδοψυχολόγους.

### 3. Η διερεύνηση αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης και των γενικότερων σχέσεων παιδιού-γονέων.

Η αναζήτηση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης και της σχέσης παιδιού-γονέων περιλαμβάνει την ανεύρεση των παραγόντων, που οδήγησαν τους γονείς στην κακομεταχείριση του ίδιου τους του παιδιού.

Μελετώντας λοιπόν στοιχεία, όπως η προσωπικότητα των γονέων, η ύπαρξη ψυχοπαθητικού υποστρώματος, διαπροσωπικά-συζυγικά προβλήματα, ηλικία των γονέων, η νοημοσύνη τους, οι συνθήκες ανατροφής τους, η πιθανή χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών από τους γονείς καθώς και η οικονομική και κοινωνική κατάσταση της οικογένειας (Hall M.H., Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 99)

Πληροφορίες για όλα τα παραπάνω προσφέρουν οι συνεντεύξεις με τους γονείς και τα αδέλφια, η διερεύνηση των συνθηκών διαβίωσης της οικογένειας, η παρατήρηση των αντιδράσεων των γονέων προς το παιδί και της συμπεριφοράς του παιδιού προς τους γονείς, καθώς και η συνέντευξη με το παιδί, εφόσον φυσικά έχει την ικανότητα για συνέντευξη.

Οι ειδικοί (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι κλπ.) βγάζουν χρήσιμα συμπεράσματα, για τους λόγους που συνέτειναν στην κακοποίηση-παραμέληση και είναι έτσι, σε θέση να βοηθήσουν τους γονείς στην κατανόηση του ρόλου τους ως γονέων και στην πιθανή κάλυψη των αναγκών τους.

## Γ. Θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού θύματος.

### 1. Επιλογή θεραπευτικής μεθόδου και στόχοι της παρέμβασης.

Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης για ένα σωματικά κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί, βασίζεται σε παράγοντες όπως: η ηλικία του παιδιού, το επίπεδο της αντιληπτικής και κοινωνικής του ανάπτυξης, τη διάγνωση, την οικογένεια και τις συνθήκες διαβίωσης του, καθώς και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών αλλά και των ειδικών. (Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1990, σελ. 250-252).

Όταν το παιδί είναι πολύ μικρής ηλικίας π.χ. βρεφικής, σαφώς η θεραπευτική προσέγγιση δεν επικεντρώνεται στο παιδί, αλλά στους γονείς. Αντίθετα, όταν τα παιδιά είναι μεγαλύτερης ηλικίας, θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην όλη θεραπευτική εμπλοκή.

Ακόμη, η παρέμβαση για να είναι ουσιαστική, θα πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες των παιδιών και όχι στην ιδιαίτερη προτίμηση του ειδικού για ένα συγκεκριμένο πρότυπο θεραπείας.

Οι ειδικοί στην προστασία του παιδιού, θα λάβουν υπ' όψιν την διαθεσιμότητα και τις πιθανές ελλείψεις των υπηρεσιών, και θα αποφασίσουν, βάσει ενός ρεαλιστικού σχεδίου παρέμβασης, την παραπομπή του περιστατικού σε άλλους Οργανισμούς και Υπηρεσίες, που μπορούν να προσφέρουν καλύτερη εξυπηρέτηση και φροντίδα.

Η θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη, για να εξασφαλιστεί συμπαράσταση, ιδιαίτερος κατά την κρίση που εμφανίζεται μετά την αποκάλυψη της κακοποίησης-παραμέλησης, ώστε να αντιμετωπιστούν τα άμεσα προβλήματα και οι αντιδράσεις που παρουσιάζονται, αλλά και να εξεταστούν τα μακροπρόθεσμα προβλήματα.

Οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής προσέγγισης που σχετίζονται με το παιδί-θύμα είναι:

A) η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση-παραμέληση

B) η προαγωγή του αυτοσυναισθήματος του παιδιού-θύματος, για να ξανακερδίσει κάποιο έλεγχο στη ζωή του, η προσπάθεια δηλαδή αποκατάστασης της συναισθηματικής και κοινωνικής του ανάπτυξης. (ο.π., σελ. 291).

Ειδικότερα σ' ότι αφορά το πρώτο, η κ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (1991) αναφέρει ότι η επιτυχία της παρέμβασης είναι μεγάλη, αν το ποσοστό επανακακοποίησης δεν ξεπεράσει το 17% (κι αυτό σε ελαφρότερο πάντα βαθμό), κατά τα πρώτα στάδια της θεραπευτικής προσέγγισης.

Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας επικεντρώνεται στην, όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχολογικής βλάβης (σε συνδυασμό φυσικά με την αντιμετώπιση των σωματικών τραυμάτων).

Το ρόλο του θεραπευτή, στις περιπτώσεις κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, αναλαμβάνουν ειδικοί όπως: ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι με ευελιξία και ωριμότητα, επιλέγουν την σωστή θεραπευτική μέθοδο που αρμόζει στις ιδιαιτερότητες κάθε παιδιού.

Η θεραπεία του παιδιού μπορεί να είναι ατομική ή ομαδική ή και τα δύο. Στην συνέχεια αναλύονται οι δύο αυτές θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες εφαρμόζονται και στη χώρα μας, σε περιορισμένα όμως κέντρα (αναφέρονται στην ενότητα που αφορά τις υπηρεσίες) και σε περιορισμένο αριθμό περιστατικών.

## 2. Ατομική θεραπεία του παιδιού-θύματος.

Το πρώτο και βασικό βήμα, που απαιτείται στην ατομική θεραπεία του παιδιού-θύματος, είναι η πληρέστερη και ακριβέστερη διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού, βάσει της οποίας θα σχεδιαστεί η παραπέρα πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η ατομική θεραπεία προσφέρει την δυνατότητα στο παιδί να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης μ' έναν ενήλικα, να βιώσει την ασφάλεια και την αποδοχή. (Ounsted και συν., Η κακοποίηση του παιδιού 1985, σελ. 172)

Το θύμα μπορεί να έχει την βοηθητική και διορθωτική εμπειρία της έκφρασης των συναισθημάτων για την εμπειρία που έζησε και για τους γονείς του.

Τα συναισθήματα που εκφράζει το θύμα κατά την ατομική θεραπεία, είναι ο θυμός, η ενοχή, η ντροπή, η έχθρα, η μνησικακία. Ο θεραπευτής είναι ανάγκη να είναι άνετος για να βοηθήσει στην ανάδυση και στο χειρισμό αυτών των συναισθημάτων.

Ο θυμός, για παράδειγμα, μπορεί να στραφεί ενάντια στο θεραπευτή, ο οποίος θα πρέπει να τον δεχτεί με ένα μη αμυντικό τρόπο, να κάνει τον πελάτη-παιδί να καταλάβει καλύτερα τα δυναμικά του θυμού και να τον τοποθετήσει εκεί που ανήκει, δηλαδή στους γονείς. Καθορίζεται έτσι το επίπεδο του θυμού και η κατεύθυνσή του.

Ερωτήσεις που προτείνονται από τους Kempe & Helfer (1985) είναι: «Με ποιόν είσαι θυμωμένος-η; Είσαι θυμωμένος-η, ή εξοργισμένος-η ή γεμάτος-η μίσος και λύσσα» είναι χρήσιμο να συζητηθούν και να δοκιμαστούν από τον θεραπευτή.

Με την παραδοχή των συναισθημάτων αυτών ως δικαιολογημένα και ενδεικτικά της ανάγκης για ενεργοποίηση του παιδιού-θύματος, ο θεραπευτής μπορεί να διαβεβαιώσει το παιδί ότι ο θυμός του μπορεί να εκφραστεί πιο εποικοδομητικά, ενώ επιβλαβείς και αρνητικές εκφράσεις των συναισθημάτων, όπως κατάθλιψη, ακατάλληλες λεκτικές και σωματικές επιθέσεις σε τρίτους και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορούν να αποφευχθούν.

Το συναίσθημα της ενοχής, που βιώνει το παιδί, είτε γιατί πιστεύει ότι πρόδωσε τους γονείς του, είτε γιατί θεωρεί ότι το ίδιο ευθύνεται για την κακοποίηση-παραμέληση του, είτε γιατί νομίζει ότι συντέλεσε στην διάλυση της οικογενειακής «γαλήνης» είναι σκόπιμο να αντιμετωπίζεται στη θεραπεία.



Ο ειδικός πρέπει να διαβεβαιώσει το παιδί για την έλλειψη ευθυνών του ίδιου, να το κάνει να πιστέψει ότι αυτό που συνέβη δεν εξυπηρετούσε την ομαλή λειτουργία της οικογένειας, να του δώσει τη δυνατότητα να σκεφτεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση θα βοηθήσει και τους ίδιους τους γονείς του. Πολύ απλά να ενισχύσει την μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του παιδιού.

Απαραίτητο είναι επίσης, να ξεπεράσει το παιδί-θύμα το φόβο της αλλαγής και να νοιώσει ασφάλεια στο θεραπευτικό περιβάλλον, καθώς και σιγουριά για τον θεραπευτή. Το οικογενειακό περιβάλλον, όσο βάρβαρο κι αν ήταν, ήταν ωστόσο οικείο στο παιδί. Πρέπει λοιπόν να βοηθηθεί το παιδί, να νοιώσει άνετα, τόσο στο καινούριο περιβάλλον, όσο και προς τα καινούρια πρόσωπα. Να καταλάβει ότι οι αλλαγές, οι διεργασίες, τα πρόσωπα που παρεμβαίνουν, στόχο έχουν την προστασία του ίδιου αλλά και της οικογένειας του. (Pringle 1985, σελ. 67-69).

Σημαντικό εξάλλου, κατά την ατομική θεραπεία του παιδιού, είναι να μην αισθανθεί πίεση, να πιστέψει ότι ο θεραπευτής είναι δίπλα του και θα περιμένει να ακούσει την αφήγησή του, όταν το ίδιο είναι έτοιμο να μιλήσει.

Πρέπει δηλαδή ο θεραπευτής να μπορεί να υποφέρει και χειρίζεται τη σιωπή ή το παραμίλημα του παιδιού, χωρίς να το κατακεραυνώνει με ερωτήσεις. Το παιδί ντρέπεται ή αρνείται πολλές φορές να μιλήσει. Η σιωπή του φαίνεται ο πιο ασφαλής δρόμος.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να περιμένει υπομονετικά, εξηγώντας στο παιδί ότι θα είναι δίπλα του όταν έχει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τα βιώματα και τα συναισθήματα του. Η ικανοποίησή που αντλεί το παιδί με το να βρίσκεται κοντά σ' ένα θεραπευτή που μπορεί να αντέξει το νόημα της μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως και της περιστασιακής επικοινωνίας, το οδηγεί τελικά, να εμπιστευτεί και να πιστέψει τον συγκεκριμένο θεραπευτή. (Assen & συν. Child Abuse and Neglect 1986, σελ. 47-57).

Η αμφιθυμία του παιδιού για τους γονείς του, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι πολύ έντονη. Η αμφιθυμία αυτή πρέπει να βγει στην επιφάνεια και να αντιμετωπιστεί. Η συνύπαρξη των εννοιών του γονέα και του βασανιστή ή αδιάφορου στο ίδιο πρόσωπο είναι πολύ αντιφατική και δεν μπορεί να κατανοηθεί από το παιδί.

Η συζήτηση και η επεξεργασία αυτή της αντίφασης, θα βοηθήσει το παιδί στον έλεγχο των συναισθημάτων του και της στάσης του προς τους γονείς. Θα πρέπει να

κατανοήσει ότι οι αντιδράσεις των γονιών του ήταν λανθασμένες, υποκινήθηκαν από παράγοντες ανεξάρτητους από εκείνο, υπάρχουν όμως περιθώρια να αμβληθούν οι δυσχέρειες και να αποκατασταθούν οι σχέσεις γονέων-παιδιού. (Martin 1974, σελ. 248-267).

Ο πόνος, όχι μόνο σωματικός αλλά και ψυχολογικός του παιδιού είναι πολύ μεγάλος. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει το παιδί να εκφράσει τον πόνο αυτό, να δώσει στο παιδί την δυνατότητα να πιστέψει ότι είναι ένα συναίσθημα απόλυτα φυσιολογικό και αποδεκτό. Ο πόνος, μόνο όταν εκφραστεί μπορεί να αντιμετωπιστεί και να ελεγχθεί. Ο πόνος που καταπιέζεται για μεγάλο διάστημα, ξεσπάει αργότερα με έντονο τρόπο και ολέθριες συνέπειες.

Συχνά το παιδί δοκιμάζει τον θεραπευτή, ελέγχει πριν εμπιστευτεί. Η στάση του παιδιού μπορεί να παρουσιάζεται αντιφατική, κατά τις πρώτες κυρίως συναντήσεις. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει σταθερή στάση δείχνοντας ότι δίνει προσοχή στην διατήρηση της ψυχολογικής επαφής με το παιδί, κάτι που οι γονείς δεν έκαναν.

Η αντιμετώπιση όλων αυτών των συναισθημάτων, μέσω της έκφρασης και της επεξεργασίας τους, η συζήτηση γύρω από τα βιώματα και τις εμπειρίες του παιδιού, συντελεί στην εκτόνωση του, στον απεγκλωβισμό του από τα καταπιεσμένα αισθήματα, στον έλεγχο της επιθετικής και αυτοκαταστροφικής του συμπεριφοράς. (Junewicz, Treatment of child emotional maltreatment 1985, σελ. 297-319).

Η ατομική θεραπεία βοηθάει το παιδί να αποδεχτεί τον εαυτό του, να πιστέψει στον εαυτό του και στους άλλους, να ελέγξει τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα του, να ενεργοποιήσει τη σκέψη του και να μπορέσει να αναπτυχθεί, όσο το δυνατόν πιο καλά και σωστά.

Με την ατομική θεραπεία μπορεί το παιδί, μεγαλώνοντας, να χειρίζεται πιο εποικοδομητικά την άσχημη εμπειρία του και να αποφύγει να υποστεί τις μακροχρόνιες συνέπειες της κακοποίησης-παραμέλησης του, και να ανταποκριθεί με επάρκεια στους διάφορους ρόλους που θα αναλάβει ως ενήλικας (π.χ. γονιός κλπ.).

## 2β. Θεραπευτική σχέση και καλά προετοιμασμένος θεραπευτής.

Απαραίτητο, όπως ήδη διαφάνηκε, είναι η επαναπρόκτηση της εμπιστοσύνης του παιδιού για τους άλλους και κυρίως τους ενήλικες. Η θεραπευτική σχέση, είναι το ασφαλές πεδίο, όπου οικοδομείται η εμπιστοσύνη αυτή και καταπολεμάτε η καχυποψία και η απόσυρση.

Αναγκαία καθιστάτε η οικοδόμηση ορίων σε μια θεραπευτική σχέση, κάτι που σαφώς έρχεται σε αντίθεση με την έλλειψη δομής και την παραβίαση ορίων στις σχέσεις που βίωσε το παιδί με τους γονείς του. Εμπιστοσύνη, έλεγχος και ευαισθησία, αποτελούν σημαντικά ζητήματα για το παιδί-θύμα.

Η αξία της σχέσης αυτής είναι ιδιαίτερος σημαντική, καθώς το παιδί βιώνει, ίσως για πρώτη φορά μέσα σε μια διαπροσωπική σχέση, την αποδοχή, την ασφάλεια, την συμπαράσταση και την ειλικρίνεια. Είναι η σχέση που παράγει αγάπη, ελπίδα, προστασία, αναχαιτίζει το φόβο, το άγχος, το θυμό, τον πόνο, βάζει σε ενέργεια την αυτογνωσία, την αυτοεκτίμηση και προσφέρει διέξοδο και υποστήριξη. (Ounsted και συν 1989, σελ. 172-185).

Για να μπορέσει ωστόσο, η θεραπευτική σχέση να καταστεί ουσιαστική και βοηθητική, είναι απαραίτητη η κατάλληλη προετοιμασία και η ενσυναίσθητη στάση του θεραπευτή.

Η θεραπευτική δουλειά πρέπει, όπως αναφέρθηκε, να συναντά τις θεραπευτικές ανάγκες του παιδιού. Είναι λοιπόν αναγκαίο να γίνεται ένα ατομικό πρόγραμμα για τις ανάγκες κάθε παιδιού με γνώμονα την γενικότερη αξιολόγηση του.

Οι συναντήσεις θεραπευτή-παιδιού πρέπει να προετοιμάζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να διενεργούνται σ' ένα χώρο ήσυχο, ασφαλές και κατάλληλο για παιχνίδι, συζήτηση, αισθηριακή δουλειά κλπ.

Ο θεραπευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος για τη δυσκολία χειρισμού τέτοιων περιστατικών. Η δύσκολη στάση του παιδιού, η προβολή από το παιδί αρνητικών συναισθημάτων στο πρόσωπο του θεραπευτή, οι υπερβολικές ίσως απαιτήσεις του παιδιού, πιθανόν να προκαλέσουν δυσφορία και αγανάκτηση στον ειδικό. Ο καλά προετοιμασμένος όμως θεραπευτής, χειρίζεται με υπομονή και ευελιξία αυτές τις αντιδράσεις. (Cohn, Social work 1979, σελ. 513).

Κάποιες αποκαλύψεις του παιδιού είναι τόσο οδυνηρές και εφιαλτικές, που δημιουργούν στον θεραπευτή αποστροφή και συναισθήματα απογοήτευσης, θυμού, άγχους για την φύση των σχέσεων γονέων-παιδιού. Ο θεραπευτής ωστόσο, θα πρέπει να αντέξει την ασχήμια αυτής της εμπειρίας, να χειρισθεί τα συναισθήματά του, γιατί μόνο τότε, μπορεί να ακούσει το παιδί και να του συμπαρασταθεί.

Σε περιπτώσεις, που ο θεραπευτής είχε βιώσει ανάλογη εμπειρία κατά την παιδική του ηλικία, χωρίς να έχει επιτύχει τον αποτελεσματικό χειρισμό της, κρίνεται σκόπιμο την θεραπεία του παιδιού να αναλάβει κάποιος άλλος ειδικός, καθώς η παρουσία του πρώτου δεν βοηθάει το παιδί.

Ο ρόλος του θεραπευτή θα πρέπει να είναι ξεκάθαρος και σταθερός. Διαχωρίζεται η θέση του θεραπευτή από αυτή του γονέα. Ο ρόλος του είναι διαφορετικός από εκείνον του γονέα. Η σχέση του με το παιδί είναι μια σχέση ενός προσώπου που βοηθάει το παιδί στην επίλυση των εσωτερικών συγκρούσεων, δεν είναι σχέση γονέα-παιδιού.

Ο διαχωρισμός αυτός έχει σημασία, γιατί συχνά παρατηρείται το φαινόμενο, παιδιά που έχουν κακοποιηθεί-παραμεληθεί από τους γονείς τους, να προσκολλώνται στο θεραπευτή, ως πρόσωπο έμπιστο και ασφαλές. Ο ειδικός δεν πρέπει να ενθαρρύνει την εξάρτηση αυτή, ούτε να κολακεύεται από την προτίμηση του παιδιού. Οφείλει να οριοθετεί τη σχέση του με το παιδί, να εξηγεί τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις αμοτέρων, του ίδιου και του παιδιού, να επιδιώκει την εμπιστοσύνη και όχι την εξάρτηση του παιδιού στο πρόσωπο του.

Επίσης ο θεραπευτής πρέπει να είναι σταθερός και απέναντι σε ότι υπόσχεται να κάνει για το παιδί. Η πραγματοποίηση αυτή των υποσχέσεων, συντελεί στην αντιμετώπιση του θεραπευτή με εμπιστοσύνη, και στην δημιουργία εποικοδομητικής σχέσης μεταξύ ειδικού και παιδιού. (Fraklin 1985, σελ. 62-66).

Η στάση τέλος του θεραπευτή πρέπει να χαρακτηρίζεται από αποδοχή, εμπάθεια και ευαισθησία. Ο ειδικός πρέπει να πιστέψει και να αποδεχτεί την εμπειρία του παιδιού και το ίδιο το παιδί. Να κατανοήσει τα συναισθήματά του και τις αντιδράσεις του. Άλλωστε η ανάπτυξη του αυτοσυναισθήματος του παιδιού, επιτυγχάνεται με την ευαίσθητη και σταθερή αποδοχή του, ως πρόσωπο σημαντικό που καταβάλει προσπάθειες να αντιμετωπίσει τα όσα του συνέβησαν και όσα εξακολουθούν να του συμβαίνουν. (ο.π. σελ. 62-66).

Γίνεται λοιπόν κατανοητό από τα παραπάνω, ότι ο θεραπευτής που θα συνεργαστεί με κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά, θα πρέπει να είναι καλά προετοιμασμένος, να έχει την ικανότητα χειρισμού των δικών του αισθημάτων, αλλά και την ικανότητα ανταπόκρισης στα συναισθήματα του παιδιού με σταθερότητα και ειλικρίνεια, για να μπορέσει να καταστεί βοηθητικός και υποστηρικτικός για το παιδί.

## 2γ. Δυσχέρειες που εμφανίζονται στην ατομική θεραπεία.

Η ατομική θεραπεία αντιμετωπίζεται με δυσπιστία από τους γονείς και συχνά τίθενται ενάντια σ' αυτό το θεραπευτικό σχήμα, καθώς ενοχλούνται από την δημιουργία μιας «ατομικής» σχέσης του παιδιού τους με κάποιο πρόσωπο εξουσίας, έξω από την οικογένεια. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 145).

Κάποια άλλη αιτιολογία που προβάλλεται από τους γονείς για την διακοπή της ατομικής θεραπείας του παιδιού τους, αφορά το οικονομικό βάρος μιας τέτοιας παρέμβασης, καθώς συχνά οι θεραπείες αυτές γίνονται από θεραπευτές που εργάζονται ιδιωτικά, και όχι σε δημόσιες υπηρεσίες.

Η ατομική θεραπεία, ειδικά στο αρχικό στάδιο, φέρνει στην επιφάνεια τα καταπιεσμένα συναισθήματα, τα οποία εκδηλώνονται με επιδείνωση της συμπεριφοράς του παιδιού π.χ. ενούρηση, επιθετική συμπεριφορά κλπ. Τα προβλήματα αυτά πρέπει όμως να αντιμετωπιστούν από τους γονείς. Η αδυναμία των γονέων να χειριστούν επιτυχώς αυτές τις καταστάσεις, οδηγεί κάποτε σε επαναλαμβανόμενη κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού.

Η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος για το παιδί μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον σε συνδυασμό με την επιδεινώμενη συμπεριφορά του παιδιού, που ακολουθεί τις βραχυπρόθεσμες απελευθερωτικές συνέπειες της θεραπείας, οδηγεί σε χαρακτηρισμό της θεραπείας ως ακατάλληλης και στη διακοπή της. (Martin 1974, σελ. 248-267).

Άλλο πρόβλημα που προκύπτει και συντελεί στην διακοπή της θεραπείας, σχετίζεται με τον περιορισμένο αριθμό ειδικών σε σχέση με τον αριθμό των κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών. Αποτέλεσμα αυτής της δυσαναλογίας είναι, είτε η βραχυχρόνια ατομική θεραπεία των παιδιών, χωρίς ωστόσο ουσιώδη αποτελέσματα, είτε ο αποκλεισμός σημαντικού αριθμού παιδιών από την ατομική θεραπεία.

Άλλοτε πάλι, οι ειδικοί στρέφονται εξ ολοκλήρου στους γονείς, θεωρώντας τα παιδιά πολύ μικρά για ατομική θεραπεία ή γιατί υπάρχει περιορισμένος επαγγελματικός χρόνος. Στις περιπτώσεις όμως αυτές, τα συναισθήματα του παιδιού παραμένουν καταπιεσμένα. Συνέπεια, να εκδηλώνονται μακροπρόθεσμα με εντονότερο τρόπο.

Παρατηρούνται λοιπόν, πολλές παράμετροι και πολλοί λόγοι που εμποδίζουν την εφαρμογή αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, της τόσο ωφέλιμης και ουσιαστικής για την περαιτέρω ανάπτυξη του παιδιού.

### 3<sup>α</sup>. Ομαδική θεραπεία του παιδιού-θύματος.

Ένας δεύτερος τρόπος θεραπευτικής αντιμετώπισης του παιδιού-θύματος σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης είναι η ομαδική θεραπεία, οι ομαδικές δηλαδή συγκεντρώσεις ενός μικρού αριθμού παιδιών που συντονίζονται από κάποιον θεραπευτή.

Η μέθοδος αυτή μπορεί να είναι ιδιαίτερος βοηθητική, καθώς για πολλά παιδιά, η ομάδα είναι περισσότερο οικεία και λιγότερο απειλητική.

Ο λόγος είναι, ότι μέσα στην ομάδα το παιδί-θύμα αντιλαμβάνεται, ότι αυτό που του συνέβη δεν είναι κάτι το μοναδικό, αντιλαμβάνεται ότι κι άλλα παιδιά είχαν παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες στην οικογένεια τους. Η αντίληψη αυτή χαλαρώνει τα αισθήματα ενοχής, άγχους και μοναξιάς του κάθε παιδιού και το κάνει να αισθάνεται οικεία με τ' άλλα μέλη της ομάδας, να αισθάνεται ίσως και κάποια ασφάλεια μαζί τους. Σαφώς κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται σταδιακά, καθώς η ομαδικές διεργασίες προχωρούν και τα παιδιά-μέλη γνωρίζονται μεταξύ τους αλλά και με τον θεραπευτή.

Η ομάδα είναι ασφαλές πεδίο, που ομαλοποιεί την εμπειρία της κακοποίησης-παραμέλησης και προσφέρει αμοιβαία υποστήριξη. Μέσα στην ομάδα τα παιδιά μπορούν πιο άνετα να μιλήσουν για τα βιώματα και τα συναισθήματα τους χωρίς να φοβούνται ότι θα κατηγορηθούν ή θα αντιμετωπιστούν με δυσπιστία. (Kemper, Helfer 1985, σελ. 213-224).

Ο πόνος, ο θυμός, η αγωνία, καθώς και διάφορες αντιδράσεις όπως κλάμα, λυγμοί, κραυγές κλπ. Έρχονται πιο εύκολα στην επιφάνεια, μέσα στην ομαδική θεραπεία. Καθώς τα συναισθήματα εκφράζονται και καθώς το παιδί βιώνει την εμπιστοσύνη και τη συμπαράσταση της ομάδας, αποφορτίζεται, αισθάνεται ανακουφισμένο και πιο δυνατό, αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι δεν ευθύνεται το ίδιο για την κατάστασή του.

Με το να επεξεργάζεται τα συναισθήματά του, να μοιράζεται με τα άλλα παιδιά τις εμπειρίες του, και να συνειδητοποιεί ότι και τα άλλα μέλη βιώνουν αυτά τα συναισθήματα, αποκτάει το παιδί μια αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Η ανεκτικότητα της ομάδας συντελεί στο να αποδεχθεί τον εαυτό του.



Μέσα στην ομάδα το κάθε παιδί αντιλαμβάνεται, ότι όχι μόνο μπορεί να νοιώσει, αλλά είναι σε θέση να αντανakλά αγάπη, καλοσύνη, αλληλεγγύη και υποστήριξη σε άλλα πρόσωπα. Βιώνει τη συναλλαγή, μεταξύ αυτού και των άλλων μελών, θετικών συναισθημάτων κι έτσι αισθάνεται πιο σίγουρο και πιο δυνατό, ενώ καταπολεμάει την επιφύλαξη που είχε μπροστά σε οποιαδήποτε διαπροσωπική σχέση και επαφή. (Martin 1974, σελ. 248-267).

Έτσι λοιπόν, κατά την ομαδική θεραπεία, καταπολεμάτε η αντικοινωνικότητα του παιδιού, η απομάκρυνση και η απομόνωση και ενισχύεται η ικανότητα και η θέληση για διαπροσωπικές σχέσεις και φιλίες.

Η επιθετική ή η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή η παθητικότητα μπορούν να αντιμετωπιστούν καλύτερα ίσως, στην ομαδική θεραπεία. Και αυτό γιατί οι συμπεριφορές αυτές μπορούν εκφραστούν και να γίνουν, πιο εύκολα αποδεκτές στην ομάδα που τις κατανοεί και έτσι να μπορέσει κάθε παιδί μέλος να τις επεξεργαστεί και να τις ελέγξει. Να μπορέσει να αναζητήσει και να ανακαλύψει ασφαλής και αποδεκτούς τρόπους έκφρασης του θυμού. (Assen και συν. Child abuse and neglect 1986, σελ. 47-57).

Μέσα στο ομαδικό κλίμα, εκφράζονται και χειρίζονται τα ίδια συναισθήματα, που προκύπτουν και στην ατομική θεραπεία π.χ. θυμός, ενοχή, άγχος, φόβος, απογοήτευση, κατάθλιψη κλπ. Η διαφορά έγκειται στο ότι κατά τον χειρισμό αυτών των συναισθημάτων είναι πολύ βοηθητική και η συμβολή των υπολοίπων μελών, όπως και η αποδοχή που δείχνουν. Είναι πιο βοηθητικό για κάθε παιδί να γίνεται αποδεκτό από ένα σύνολο, από το να γίνεται αποδεκτό από ένα άτομο.

Στόχοι της ομαδικής θεραπείας είναι:

- 1) να απελευθερώσει όλες τις πλευρές της τραυματικής εμπειρίας
- 2) να απομακρύνει την ενοχή, την κατάθλιψη, τη μοναξιά
- 3) να ξεκαθαρίσει στιγμές στην παρούσα κατάσταση όπου το θύμα αντιδρά, όπως έκανε όταν κακοποιούνταν-παραμελούνταν
- 4) να αναδείξει το αίσθημα του να είσαι κάποιος, σε αντίθεση από το να είσαι ένα θύμα, να εμφυσήσει δηλαδή στα παιδιά τον αυτοσεβασμό. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 145)

Για να επιτευχθούν αυτά, είναι απαραίτητο ένα κλίμα αποδοχής, εμπιστοσύνης, ειλικρίνειας και υποστήριξης. Είναι γεγονός ότι η ομάδα βρίσκει δύναμη στην συνοχή

και στην ανεκτικότητα της. Η δύναμη αυτή ενισχύει την ομάδα και καθιστά τα μέλη της λιγότερο φοβισμένα.

· Η ομαδική δουλειά είναι μια διαδικασία ανακάλυψης για όλους όσους παίρνουν μέρος. Ανακάλυψης νέων τρόπων σκέψης και δουλειάς, αλλά και ανακάλυψης νέων πραγμάτων για το κάθε παιδί αλλά και τους άλλους. Από την αναγνώριση και το μοίρασμα των πραγμάτων αυτών, μπορούν τα μέλη της ομάδας να ξεπεράσουν τις επιπτώσεις της τραυματικής τους εμπειρίας.

### 3β. Προετοιμασία της ομάδας και του θεραπευτή.

Η ομαδική θεραπεία, δεν είναι απλά μια συγκέντρωση παιδιών που υπέστησαν κακοποίηση-παραμέληση από τους γονείς τους και είναι δυνατόν, μέσα από κοινές συναντήσεις, να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προέκυψαν από την άσχημη εμπειρία τους.

Η ομαδική θεραπεία είναι μια επιστημονική μέθοδος που εφαρμόζεται συστηματικά και ολοκληρωμένα, προκειμένου να επιτύχει τους στόχους της. Δεν γίνεται τυχαία ή ασυντόνιστα. Αντίθετα απαιτεί οργάνωση και προετοιμασία τόσο των παιδιών που θα αποτελέσουν τα μέλη της ομάδας όσο και του θεραπευτή που θα τη συντονίσει.

Η προετοιμασία λοιπόν της ομαδικής θεραπείας περιλαμβάνει:

1) ατομική αξιολόγηση κάθε παιδιού, πριν αρχίσει η ομαδική θεραπεία. Μέσα από τις ατομικές αξιολογήσεις, προκύπτουν τα θέματα και τα προβλήματα που κάθε παιδί αντιμετωπίζει, οι σκέψεις, τα συναισθήματα του, το είδος της κακοποίησης-παραμέλησης που υπέστη, η ηλικία του, το πνευματικό του επίπεδο, κλπ. Με τον τρόπο αυτό, ο θεραπευτής σχηματίζει μια πρώτη εικόνα για κάθε παιδί και το παιδί νοιώθει πιο άνετα με τη θεραπεία. (Martin 1974, σελ. 251-3).

2) Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει τον καθορισμό κριτηρίων για τα μέλη της ομάδας. Από τις ατομικές αξιολογήσεις παρουσιάζονται κάποια σημεία κοινά στα παιδιά. Έτσι, τα παιδιά που συγκεντρώνουν μεταξύ τους τα περισσότερα κοινά σημεία, επιλέγονται ως μέλη της ομάδας. (ο.π., σελ. 251-3).

Είναι βασικό, να συγκροτηθεί μια ομάδα που μπορεί να εξυπηρετήσει όλα τα μέλη της, καθώς θα παρουσιάζουν κοινές ανάγκες και κοινούς προβληματισμούς, άρα θα έχουν και κοινούς στόχους μέσα στην ομάδα. Η ομάδα αυτή είναι περισσότερο βοηθητική για τα μέλη της απ' ό,τι μια ανομοιογενής ομάδα.

3) Ο καθορισμός της διάρκειας, του χρόνου και της συχνότητας των συναντήσεων της ομάδας αποτελεί το επόμενο βήμα. Με την οριοθέτηση αυτή, τα μέλη αισθάνονται ασφάλεια αφενός και αφετέρου βιώνουν, ίσως για πρώτη φορά, την εμπειρία της ύπαρξης ορίων σε μια κατάσταση, σε αντίθεση με τα ασαφή και μπερδεμένα όρια της οικογενειακής τους ζωής. (Allen, Oliver, Child abuse and neglect 1982, σελ. 300).

Τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί-παραμεληθεί, έχει ήδη αναφερθεί, ότι νοιώθουν έντονο άγχος και μοναξιά. Η επίγνωση της ημερομηνίας των συναντήσεων, μειώνει την ανασφάλεια και το άγχος τους, ενώ ενισχύει την αίσθηση ότι πλέον ανήκουν κάπου σε μια ομάδα, δεν είναι μόνα και εγκαταλελειμμένα.

Επίσης, αναφέρθηκε ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζονται συχνά απαιτητικά, και εξοργίζονται όταν δεν ικανοποιούνται άμεσα οι ανάγκες τους. Ο καθορισμός των συναντήσεων της ομάδας αποτελεί το πρώτο βήμα για να μπορέσουν τα παιδιά αυτά να ελέγχουν τον εαυτό τους, τα ξεσπάσματα τους και τις απαιτήσεις τους. Να μάθουν να οριοθετούν την συμπεριφορά τους και όχι να αντιδρούν αχαλίνωτα και παρορμητικά, αδιαφορώντας για τις συνέπειες. Οι ίδιοι οι θεραπευτές πρέπει να είναι πάντα παρόντες και συνεπείς στις ομαδικές συναντήσεις τους, καθώς η στάση τους θα αποτελέσει πρότυπο για τα παιδιά.

4) Τέλος ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην επιτυχία της ομαδικής θεραπείας και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή, είναι το περιβάλλον στο οποίο θα πραγματοποιηθούν οι συναντήσεις. Η προετοιμασία του χώρου είναι αναγκαία, προκειμένου να διασφαλιστεί ένα περιβάλλον άνετο, ευχάριστο, ασφαλές, το οποίο να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των παιδιών (π.χ. ανάγκη για παιχνίδι). Ένα σωστό θεραπευτικό περιβάλλον, μια καλή ατμόσφαιρα βοηθάει την έκφραση των συναισθημάτων και εξυπηρετεί την ενίσχυση του συναισθήματος της ασφάλειας. (Martin 1974, σελ. 260-267).

Όσον αφορά τώρα στον θεραπευτή που θα συντονίζει την ομάδα, αυτός, εκτός από τις γνώσεις γύρω από το θέμα κακοποίηση-παραμέληση, την ψυχολογία αυτών των παιδιών ειδικά και την ψυχολογία του παιδιού γενικότερα, θα πρέπει να γνωρίζει τις θεωρίες που αφορούν τον σχηματισμό και τον δυναμικό της ομάδας.

Ο θεραπευτής θα πρέπει, επίσης, να είναι προετοιμασμένος για να αντιμετωπίσει το κλίμα δυσπιστίας και επιφύλαξης, όπως και τη σιωπή που είναι συνηθέστερη, στις πρώτες συναντήσεις της ομάδας θα πρέπει να καταπολεμήσει το κλίμα αυτό, ενισχύοντας τα μέλη, δείχνοντας ευαισθησία και ειλικρίνεια. Τα παιδιά μπορούν να αισθανθούν εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του, να αισθανθούν εμπιστοσύνη και στην ομάδα. (Franklin 1985, σελ. 62-66).

Η σιωπή των παιδιών είναι ένδειξη ανασφάλειας και αμηχανίας. Ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να κατακεραυνώνει με ερωτήσεις τα παιδιά θέλοντας να σπάσει την

σιωπή, αλλά να τους δώσει χρόνο να εξοικειωθούν και να σεβαστεί την ανάγκη τους, να αισθανθούν κάποια ασφάλεια πριν μιλήσουν. Πρέπει να κάνει τα παιδιά να συνειδητοποιήσουν ότι η ομάδα είναι γι' αυτά, για τις δικές τους εμπειρίες. Τότε μόνο, μπορούν τα παιδιά να αξιοποιήσουν την ομάδα όταν πιέζονται.

Ο χειρισμός του θυμού, που πιθανόν να μεταβιβάσουν τα παιδιά στον θεραπευτή, και η κατανόηση του συναισθήματος αυτού, προσφέρει όπως και στην ατομική θεραπεία, μια υγιή βάση για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Έτσι τα παιδιά αρχίζουν σιγά-σιγά, να ανοίγονται τόσο με τον θεραπευτή, όσο και μεταξύ τους.

Ο θεραπευτής επίσης, θα πρέπει να έχει μεγάλη ικανότητα στην παρατήρηση. Συναισθήματα που καταπιέζονται και δεν εκφράζονται λεκτικά, δίνουν σήματα της ύπαρξης τους μέσω των αντιδράσεων των παιδιών, μέσω δηλαδή της λεγόμενης γλώσσας του σώματος. Απαιτείται λοιπόν, παρατηρητικότητα, οξυδέρκεια και διορατικότητα, ώστε να αντιληφθεί ο θεραπευτής, τις αντιδράσεις που κρύβουν τα δυσάρεστα συναισθήματα του πόνου, του πανικού, του φόβου κλπ. (Cohn, Social work 1979, σελ. 517-9).

Πρέπει ο θεραπευτής, να βοηθήσει τα παιδιά να μοιραστούν αυτά τα συναισθήματα τους και όχι να τα αρνούνται ή να τα κρύβουν. Η «μάσκα» αυτή πέφτει, όταν τα παιδιά νοιώθουν ότι τα συναισθήματα τους αυτά είναι σεβαστά και αποδεκτά.

Συμπεραίνεται από τα παραπάνω, ότι η επιτυχία της ομαδικής θεραπείας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Για να μπορέσει αυτή η θεραπευτική παρέμβαση να καταστεί βοηθητική, θα πρέπει όλοι αυτοί οι παράγοντες να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Η επιλογή της προσέγγισης αυτής θα πρέπει να γίνεται μόνον εφόσον έχει γίνει σωστή προετοιμασία και έχουν εξασφαλιστεί όλα τα ανωτέρω. Η τυχαία και απρογραμματιστή χρήση της ομαδικής θεραπείας μάλλον θα επαυξήσει τα προβλήματα των παιδιών.

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να αξιοποιήσει την ανάγκη των παιδιών να βρίσκονται με συνομήλικους τους και έτσι να βοηθήσει περισσότερα παιδιά από ότι η ατομική θεραπεία

### 3γ. Δυσκολίες στην ομαδική θεραπεία.

Η εφαρμογή της ομαδικής θεραπείας συναντά δυσκολίες που οφείλονται σε αντικειμενικούς παράγοντες, στη στάση των γονέων, των θεραπευτών ή και των παιδιών κάποτε.

Έτσι, πολύ συχνά αναφέρεται η έλλειψη υποδομής και κατάλληλου θεραπευτικού χώρου για την διεξαγωγή των ομαδικών συναντήσεων.

Άλλοτε πάλι, η αρνητική στάση των γονέων έχει ως συνέπεια, να μην φέρνουν τα παιδιά τους στις συγκεντρώσεις της ομάδας, με αποτέλεσμα ο αριθμός και η σύσταση των μελών της ομάδας να είναι διαφορετική σε κάθε συνάντηση. Αυτό, όμως, δυσκολεύει την ανάπτυξη συνοχής και εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών και παρεμποδίζει την έκφραση των συναισθημάτων τους. (Peckham, 1985, σελ. 68-9)

Ο αριθμός ειδικών-θεραπευτών, ειδικότερο στη χώρα μας, είναι περιορισμένος και ως εκ τούτου δεν γίνονται ομαδικές θεραπευτικές συναντήσεις ή δημιουργείται μία, συνήθως, ομάδα παιδιών. Έτσι, όμως, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών αποκλείεται από τα οφέλη της ομαδικής θεραπείας.

Ήδη αναφέρθηκε ότι η εναλλαγή ρόλων, όπως επίσης και η ανάγκη παρατήρησης όλων των μελών της ομάδας είναι μεγάλη. Πολλές φορές, ο ένας θεραπευτής δυσκολεύεται να καταγράψει και να αντιληφθεί στο σύνολο τους τα δρώμενα μέσα στην ομάδα. Για το λόγο αυτό απαιτείται η παρουσία δύο θεραπευτών ή το ιδανικότερο, η παρουσία δύο θεραπευτών διαφορετικού φύλου που προσφέρουν στα παιδιά πρότυπα διαφορετικά από εκείνα που προσέφεραν οι γονεϊκές φιγούρες.

Το θεραπευτικό αυτό σχήμα μπορεί να συντελέσει στην καλύτερη ερμηνεία και κατανόηση των καταστάσεων. Δυστυχώς όμως σ' ότι αφορά τη χώρα μας, η εφαρμογή του είναι αν όχι αδύνατη, τουλάχιστον ιδιαίτερα δύσκολη για τους λόγους που προαναφέρθηκαν (μικρός αριθμός ειδικών, κλπ.).

Έτσι, όλο το βάρος της ομαδικής θεραπείας πέφτει σε έναν μόνο ειδικό που το έργο του γίνεται δύσκολο και κοπιαστικό.

Άλλοτε πάλι, η στάση των παιδιών, η επιφύλαξη, η άρνηση κλπ, μπορεί να δημιουργήσουν άγχος και κούραση στους θεραπευτές. Ειδικότερα στον άπειρο θεραπευτή η στάση των παιδιών, καθ' όλα φυσιολογική αν ληφθεί υπόψη η εμπειρία τους, μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση καθώς δεν βλέπει την ομάδα να

«προχωράει». Με τον τρόπο αυτό όμως δεν διευκολύνει την ομάδα, αντίθετα την αναγκάζει σε αναδίπλωση. Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει υπομονή και επιμονή καθώς η αλλαγή δεν είναι απότομη αλλά σταδιακή. (Ounsted και συν. 1985, σελ. 174-5).

Συχνά όταν ο θεραπευτής έχει να κάνει με παιδιά, θεωρεί ότι λόγω του νεαρού της ηλικίας τους, δεν είναι σε θέση ν' αναλάβουν πρωτοβουλίες και έτσι αναλαμβάνει ο ίδιος το ρόλο του καθοδηγητή. Η στάση αυτή ωστόσο, δυσκολεύει την ανάπτυξη αυτοπεποίθησης των παιδιών, ενώ ενισχύει την αίσθηση της αδυναμίας τους. Ο θεραπευτής θα πρέπει να συνεργάζεται και όχι να «εξουσιάζει». Θα πρέπει να δίνει στα παιδιά τόσες ευθύνες όσες εκείνα μπορούν να αντέξουν.

Η στάση του θεραπευτή θα πρέπει να συγκεντρώνει τα εξής γνωρίσματα: αποδοχή, κατανόηση και υποστήριξη. Σε αντίθετη περίπτωση, η ομαδική θεραπεία θα είναι για τα παιδιά, μια συνάντηση φοβισμένων παιδιών μ' έναν δυνατό ενήλικα. (ο.π., σελ. 178-9).

Παρόλα τα οφέλη της θεραπευτικής αυτής μεθόδου, γίνεται σαφές από τα ανωτέρω, ότι η εφαρμογή της ειδικά στη χώρα μας, θεωρείται με εξαίρεση λίγες περιπτώσεις αδύνατη. Όμως έτσι, τα παιδιά δεν βιώνουν την εμπειρία της συναλλαγής των εμπειριών και των συναισθημάτων τους με συνομήλικους τους και συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν με δυσπιστία την φιλία ή τις διαπροσωπικές σχέσεις.

#### 4. Μέθοδοι και τεχνικές στην ατομική και ομαδική θεραπεία.

Το παιδί δεν μπορεί λόγω της ηλικίας του να εκφράσει, να περιγράψει και να χειριστεί τα συναισθήματά του όπως θα έκανε ένας ενήλικας. Ιδιαίτερα το σωματικά κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί, εκτός των συναισθηματικών συστολών του, εμφανίζει και κάποια καθυστέρηση στη λεκτική και αντιληπτική του ικανότητα, με αποτέλεσμα να μπλοκάρεται περισσότερο η λεκτική έκφραση και ανάλυση των συναισθημάτων και εμπειριών.

Για τους λόγους αυτούς, ο θεραπευτής που ασχολείται με σωματικώς κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά, χρησιμοποιεί εναλλακτικές μεθόδους και τεχνικές, που βοηθούν στην ανάδυση και την επεξεργασία των συναισθημάτων.

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές αυτές είναι κοινές στην ατομική και ομαδική θεραπεία, γ' αυτό κρίνεται σκόπιμη η παρουσίαση τους σε μια υποενότητα.

Οι εναλλακτικές λοιπόν τεχνικές, όπως καταγράφονται από τον John Roberts (1989) περιλαμβάνουν:

1) Παιχνίδι, κατευθυνόμενο ή μη κατευθυνόμενο. Το παιχνίδι (π.χ. με κούκλες, μαριονέτες, παζλ, βιβλία κλπ.) μπορεί να οδηγήσει σε θέματα όπως η οικογένεια, οι οικογενειακές σχέσεις κλπ., και σε αναφορά του παιδιού σε προσωπικά βιώματα. Ο θυμός, η λύπη, το κλάμα, που πιθανόν να προκύψουν, απαιτούν λεπτούς χειρισμούς από το θεραπευτή.

2) Art work ή art therapy (εργασία μέσω τέχνης ή θεραπεία μέσω τέχνης) όπως π.χ. ζωγραφική, κολάζ κλπ. Ειδικότερα η δραστηριότητα της ζωγραφικής είναι πολύτιμη για την εξαγωγή πληροφοριών. Ο τρόπος που ζωγραφίζει το παιδί, τα χρώματα που χρησιμοποιεί, οι γραμμές και τα σχήματα, δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για τα συναισθήματα του παιδιού απέναντι στους γονείς αλλά και τον εαυτό του.

Χαρακτηριστικές απεικονίσεις που περιλαμβάνονται στα σχέδια των παιδιών αυτών είναι τα τεράστια χέρια των γονιών, το μικροσκοπικό μέγεθος της προσωπικής τους φιγούρας, η απουσία της προσωπικής τους απεικόνισης κατά το σχεδιασμό της οικογένειας τους, κλπ. Κυριαρχούν το μαύρο, το κόκκινο και οι πολλές μουντζούρες.



3) Role-play (παίξιμο ρόλων). Είναι μια από τις πιο διαδεδομένες και αποτελεσματικές μεθόδους. Στην ατομική θεραπεία ο θεραπευτής παίρνει το ρόλο του γονέα, ενώ στην ομαδική το ρόλο αυτό, εκτός από το θεραπευτή, μπορεί να ερμηνεύσει κάποιο άλλο μέλος. Με τον τρόπο αυτό, διευκολύνεται η μεταβίβαση και η μετάθεση των αισθημάτων του παιδιού για τους γονείς του στον θεραπευτή ή στο άλλο παιδί. Καθώς τα συναισθήματα αποκαλύπτονται, μπορούν και να συζητηθούν.

4) Τεχνικές από το ψυχόδραμα συντελούν το ίδιο αποτελεσματικά στην ανάλυση βιωμάτων του παιδιού.

5) Το χτύπημα του μαξιλαριού και

6) Το χτύπημα του τοίχου, με πηλό ή άλλα αντικείμενα συνοδευόμενα από λεκτικές εκφράσεις, είναι παιχνίδια που προσφέρουν διέξοδο και εκτόνωση από το θυμό, το μίσος, την έχθρα και την απόγνωση.

7) Η γραφή γραμμάτων. Συναισθήματα, απορίες, κατηγορίες που δεν είναι εύκολο να εκφραστούν με το στόμα, μπορούν να γίνουν γνωστά με την αποτύπωση τους σ' ένα γράμμα. Η εκτόνωση επιτυγχάνεται και με τον τρόπο αυτό, παρόλο που μπορεί να κυριαρχεί η σιωπή στον λεκτικό τομέα.

Εκτός από τις μεθόδους αυτές, στην εργασία με κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά, ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει παιχνίδια που σχετίζονται ειδικά με τον αισθητηριακό τομέα, τη χαλάρωση και τη συζήτηση.

Ήδη, αναφέρθηκε ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν συχνά μειωμένη κινητική ανάπτυξη, ενώ αντιμετωπίζουν με καχυποψία οποιαδήποτε προσπάθεια των άλλων να τα αγγίξουν.

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι πρέπει να ασκηθούν στον κινητικό και αισθητηριακό τομέα. Μέσα από παιχνίδια γυμναστικής να μάθουν να μην φοβούνται να τρέξουν, να χοροπηδήσουν κλπ. Να βοηθηθούν να αγγίξουν π.χ. πηλό, ύφασμα κλπ. κατά τη διάρκεια παιχνιδιών, ώστε να μπορέσουν, μέσα σ' ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας να δεχτούν και να ανταποδώσουν το χάδι. (Roberts John, Community Care, 1989, σελ. 145-61).

Σ' ότι αφορά τα παιχνίδια που σχετίζονται με τον κινητικό τομέα ειδικότερα, στόχο έχουν να καταπολεμήσουν την στερεοτυπία και την καθυστέρηση που χαρακτηρίζουν τις κινήσεις αυτών των παιδιών.

Για να επιτευχθεί η χαλάρωση και η αποφόρτιση των παιδιών από τα αρνητικά συναισθήματα, χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές χαλάρωσης (π.χ. κινήσεις της κεφαλής, των ματιών, του σώματος κλπ.). Οι τεχνικές αυτές βοηθούν τα παιδιά να απεγκλωβιστούν από το άγχος και την ένταση, ακόμη και όταν δεν βρίσκεται κοντά ο θεραπευτής ή η ομάδα (ο.π., σελ. 145-6).

Η συζήτηση, σαφώς και γίνεται τόσο στην ατομική και ομαδική θεραπεία, είναι όμως μια τεχνική που μπορεί αυτόνομη να χρησιμοποιηθεί με μεγαλύτερα παιδιά, που έχουν μεγαλύτερη ικανότητα έκφρασης και αντίληψης. Στα μικρότερα παιδιά η συζήτηση συνοδεύει τις άλλες τεχνικές ή απορρέει από αυτές, π.χ. με αφορμή ένα παραμύθι γίνεται συζήτηση για την οικογένεια.

Τέλος, υπάρχουν δραστηριότητες και παιχνίδια που έχουν κυρίως ψυχαγωγικό χαρακτήρα και περιορισμένη θεραπευτική αξία. Η χρήση τους όμως από τους ειδικούς, θεωρείται απαραίτητη, καθώς αφενός μεν συντελούν στην ενίσχυση της εμπιστευτικής και ασφαλούς ατμόσφαιρας, αφετέρου δε ανταποκρίνονται σε μια από τις βασικότερες ανάγκες της παιδικής ηλικίας, την ανάγκη για διασκέδαση, ψυχαγωγία και χαρά. (ο.π., σελ. 146).

Μέσα από τα παιχνίδια και κυρίως τα ομαδικά, εκτός από το να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τα παιδιά διδάσκονται τα όρια και τους κανόνες. Μαθαίνουν την σημασία τους και την ανάγκη της ισότιμης συμμετοχής, όπως και την αξία του αλληλοσεβασμού.

Τονίζεται βέβαια, ότι καμιά τεχνική από μόνη της δεν θα έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα, αν δεν διενεργείται από έναν προετοιμασμένο θεραπευτή, στα πλαίσια ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος. Η αποτελεσματικότητα των τεχνικών κρίνεται κυρίως από την ικανότητα του θεραπευτή να προσεγγίσει το παιδί και από τη δυναμική της ομάδας, όταν πρόκειται για ομαδική θεραπεία.

Όλες οι ανωτέρω τεχνικές, σαφώς αποτελούν πολύτιμα εργαλεία για τον ειδικό, καθώς τον βοηθούν να φέρει στην επιφάνεια καταπιεσμένα και οδυνηρά βιώματα και συναισθήματα. Ο θεραπευτής που χρησιμοποιεί τις μεθόδους αυτές, θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις. Στόχος του δεν θα πρέπει να είναι μόνο η έκφραση, αλλά και ο χειρισμός τους.

Σημειώνεται ωστόσο, ότι οι τεχνικές αυτές δεν είναι κατάλληλες για τις ανάγκες όλων των παιδιών. Ο ειδικός θα πρέπει να χρησιμοποιεί εκείνες που ταιριάζουν

καλύτερα στις ανάγκες και τα προβλήματα κάθε παιδιού. Θα πρέπει να τις προσαρμόζει δηλαδή στις ιδιαιτερότητες κάθε παιδιού και στον επιδιωκόμενο κάθε φορά στόχο.

Όσον αφορά στον ειδικό, οι μέθοδοι αυτοί δεν είναι δεσμευτικοί. Η φαντασία και η ευελιξία του θα τον βοηθήσουν να τις τροποποιεί ή να επινοεί καινούριες, ανάλογα με την περίπτωση. Δεν θα πρέπει να νοιώθει σκλάβος και δέσμιος αυτών των τεχνικών και να πιστεύει ότι είναι υποχρεωμένος να τις εφαρμόσει. Ήδη, τονίσθηκε ότι αποτελούν εναλλακτικές λύσεις προσέγγισης και αντιμετώπισης του προβλήματος.

## Δ. Θεραπευτική αντιμετώπιση των γονέων.

### 1. Επιλογή θεραπείας – Στόχοι.

Η σωματική κακοποίηση-παραμέληση ενός παιδιού, αποτελεί ένδειξη παρουσίας ποικίλων και πολυάριθμων προβλημάτων στους γονείς αυτούς. Στοχεύοντας στην αντιμετώπιση του προβλήματος, η θεραπευτική προσέγγιση του θύματος μόνον, δεν επαρκεί, καθώς δεν «χτυπάει το κακό στη ρίζα του». Ο αποκλεισμός των γονέων από οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση καθιστά στην ουσία, το πρόβλημα άνευ λύσεως και τις όποιες θεραπείες του παιδιού άνευ ουσίας.

Για την αντιμετώπιση λοιπόν της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης, απαραίτητη είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση των γονέων.

Η μέθοδος προσέγγισης που ενδείκνυται, είναι αυτή που χαρακτηρίζεται από ευελιξία και προσαρμόζεται στις ανάγκες των γονέων, λαμβάνοντας υπόψη την ψυχοκοινωνική και οικονομική τους κατάσταση.

Σύμφωνα με το Χ. Μουζακίτη (1990) ο Κοινωνικός Λειτουργός ή ο οποιοσδήποτε ειδικός που εμπλέκεται στην θεραπεία των γονέων που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους, θα πρέπει να είναι εκλεκτικός κατά την επιλογή θεραπευτικής παρέμβασης. Θα πρέπει να «ανταποκριθεί νρήγορα στις ανάγκες μιας περίπτωσης, στην αποδοχή και προσαρμογή τεχνικών και δεξιοτήτων που είναι οι πιο κατάλληλες για την επίτευξη των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασης». (Χ. Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1990, σελ. 251)

Το πρώτο λοιπόν βήμα στη θεραπεία των γονιών αυτών, είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη και ακριβέστερη διαγνωστική τους εκτίμηση. Η εκτίμηση αυτή συνήθως γίνεται στα πλαίσια διεπιστημονικής ομάδας, και περιλαμβάνει την ανάλυση τόσο των χαρακτηριστικών των γονέων, όσο και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Η εκτίμηση των παραγόντων αυτών και της βαρύτητας τους, καθορίζει εκτός από τη θεραπεία και τους στόχους της παρέμβασης.

Κύριος και βασικός στόχος είναι η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση. Οι δε αντικειμενικοί στόχοι που σχετίζονται με τους γονείς, περιλαμβάνουν την εξάλειψη πιεστικών προβλημάτων στους γονείς, που έχουν σχέση με το γάμο, τα οικονομικά, τις ψυχολογικές δυσκολίες, την έλλειψη γονικών

δεξιοτήτων, την ανάγκη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας κλπ. Η αποκατάσταση δηλαδή της λειτουργικότητας των γονέων, σε όσο το δυνατόν πιο υγιή και ισορροπημένη βάση.

Σύμφωνα με την Κα Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, ο παιδίατρος Kempe, που έφερε το ζήτημα της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης για πρώτη φορά στο προσκήνιο το 1961, περιγράφει τους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης που κατευθύνεται στους γονείς ως εξής:

«Κανείς ποτέ δεν θα πρέπει να νομίσει ότι τα άτομα αυτά μπορούν να γίνουν ολοκληρωμένοι άνθρωποι. Είναι αφελές για όλους μας να πιστεύουμε κάτι τέτοιο.

Το περισσότερο που μπορεί να ελπίζει κανείς, είναι ότι θα αποκτήσουν μια εμπειρία ανάπτυξης εμπιστοσύνης με τον ενήλικα και ότι θα αρχίσουν να συμπεριφέρονται διαφορετικά στα παιδιά τους... Αν ο στόχος μας είναι η απόλυτη υγεία, θα πρέπει να το ξεχάσουμε. Είναι ήδη πολύ κατεστραμμένοι». (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 153).

Γίνεται αντιληπτό, ότι ο ειδικός θα πρέπει να στοχεύει στην σταδιακή βελτίωση της συμπεριφοράς των γονέων και όχι στην απότομη, αυτόματη, ως δια μαγείας αλλαγής τους.

Η θεραπεία των γονέων μπορεί να είναι ατομική (κάθε γονιός χωριστά), ομαδική (συμμετοχή των γονέων σε ομάδες) ή από κοινού θεραπευτική αντιμετώπιση των δύο γονέων. Συνήθως, στην αρχή λαμβάνονται ξεχωριστές συνεντεύξεις από κάθε γονιό, και ακολουθούν συναντήσεις του ειδικού και με τους δύο μαζί, όταν φυσικά είναι εφικτό.

Ο ειδικός θεραπευτής, είναι στην περίπτωση των γονέων κάποιος κοινωνικός λειτουργός ή ψυχολόγος ή ψυχίατρος η πιο σπάνια μια διεπιστημονική ομάδα.

## 2. Θεραπευτικές προσεγγίσεις – Ρόλος του θεραπευτή.

Η διαγνωστική εκτίμηση των γονέων που κακοποιούν -παραμελούν τα παιδιά τους, καταγράφει εκτός των ψυχοπνευματικών χαρακτηριστικών τους και την πορεία της θεραπευτικής αντιμετώπισης τους.

Το πρώτο συνήθως πράγμα που καταδεικνύει η διαγνωστική αυτή εκτίμηση, είναι η ύπαρξη μιας κατάστασης κρίσεως στην οικογένεια. Η κρίση αυτή μπορεί να είναι οξεία (π.χ. ξαφνική απώλεια εργασίας του ενός γονέα) ή χρόνια (π.χ. πολυπροβληματικές καταστάσεις, όπως αλκοολισμός, χρήση ναρκωτικών κλπ.).

Συνεπώς το πρώτο βήμα στην πορεία της θεραπευτικής προσέγγισης των γονέων, αποτελεί η αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής. Ειδικός και γονείς από κοινού, εξετάζουν και αναλύουν την κατάσταση, προτείνουν και αξιολογούν εναλλακτικές λύσεις, και σχεδιάζουν ένα πρόγραμμα αντιμετώπισης της. (Fraklin, Child abuse and neglect 1990, σελ. 17-25).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η συμμετοχή των γονέων στα αρχικά στάδια είναι περιορισμένη λόγω του πανικού και της γενικότερης αποδιοργάνωσής τους. Ωστόσο, ο ειδικός δεν επιβάλλει λύσεις. Διευκολύνει τους γονείς να αντιληφθούν καλύτερα τις διαστάσεις της κατάστασης και τους τρόπους χειρισμού της. Τους ενθαρρύνει να αναλάβουν πρωτοβουλίες και ευθύνες.

Συχνά, κατά το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την αντιμετώπιση μιας κρίσης (οξείας συνήθως), προτιμάται η απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι, έως ότου οι γονείς ξεπεράσουν τις πρώτες δυσκολίες. Η απομάκρυνση αυτή όταν γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη των γονέων, διευκολύνει την θεραπευτική παρέμβαση.

Σε αντίθεση περίπτωση, όπου οι γονείς διαφωνούν με την προσωρινή παραμονή του παιδιού σε κάποιο κέντρο και την απομάκρυνσή του από το σπίτι, ο ειδικός θα πρέπει να τους εξηγήσει ότι η λύση αυτή είναι προς όφελος όλης της οικογένειας. Θα προτείνει τρόπους όπου οι γονείς και το παιδί θα μπορούν να συναντώνται στα πλαίσια προγραμματισμένων επισκέψεων στο Κέντρο Φιλοξενίας του παιδιού τους. Με τον τρόπο αυτό, οι αντιστάσεις των γονέων κάμπτονται, και η θεραπεία προχωρά.

Αρκετά συχνά, οι καταστάσεις κρίσεως συνδέονται με φυσικές ασθένειες των γονέων ή άλλα προβλήματα, όπως π.χ. αλκοολισμός. Στις περιπτώσεις αυτές,

προκύπτει η ανάγκη άμεσης ιατροφαρμακευτικής βοήθειας ή νοσηλείας και εξυγίανσης αυτών των προβλημάτων των γονέων.

Έχει αποδειχθεί, ότι η θεραπεία των γονιών για προβληματικές καταστάσεις και η παροχή βοήθειας για σωματικές ασθένειες, είναι ένας πολύ αποτελεσματικός τρόπος, για να γίνει ολοκληρωμένη και συστηματική θεραπευτική προσέγγιση των γονέων. Η συμμετοχή των γονέων σε κάποια προγράμματα και ομάδες, στοχεύει στην άμεση αντιμετώπιση των άλλων προβλημάτων τους, ώστε να καταστούν στην συνέχεια ικανοί, να εξετάσουν και το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού τους. (Lampo Michiels 1987, σελ. 214-242).

Ο προσεκτικός θεραπευτής, συζητώντας με τους γονείς, μπορεί να καταγράψει με τους γονείς τα προβλήματα αυτά και να τα ιεραρχήσουν από κοινού, ξεκινώντας από τα πιο σοβαρά. Στη συνέχεια, θέτουν συγκεκριμένους και οριοθετημένους στόχους για την αντιμετώπιση των καταστάσεων κρίσης, οι οποίοι είναι περισσότερο αποδεκτοί από τους γονείς, απ' ότι μια γενικότερη πρόσκληση για θεραπεία του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού τους.

Έτσι είναι πιο εύκολο για παράδειγμα να δεχθούν οι γονείς να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα αποτοξίνωσης για ναρκωτικά ή σε ένα ιατρικό πρόγραμμα για την ασθένεια τους, παρά να δεχθούν παραπομπή για συμβουλευτική θεραπεία ή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Η όλη θεραπευτική προσέγγιση, θεωρείται αρχικά από τους γονείς απειλητική, αντιμετωπίζεται με δυσπιστία και συχνότερα, με άρνηση. Ο φόβος και η άρνηση κάμπτονται, όταν η παρέμβαση συνδέεται με συγκεκριμένους στόχους βοήθειας για τα άμεσα προβλήματα των γονέων. (Leader, Social Casework 1979, σελ. 55).

Η επιτυχημένη αντιμετώπιση μιας κρίσιμης κατάστασης ή ενός χρόνιου προβλήματος μειώνει την επιφύλαξη των γονέων προς το πρόσωπο του ειδικού, αυξάνει την εμπιστοσύνη και την αποδοχή του προς αυτόν, ενισχύει την θέλησή τους για συμμετοχή στην θεραπευτική διεργασία και τονώνει την αυτοπεποίθησή τους και την ενεργοποίησή τους. Αντίθετα αποτελέσματα έχει η αποτυχημένη αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων.

Ο ειδικός με τη στάση του απέναντι στους γονείς και στον προγραμματισμό των χειρισμών του αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς θεραπευτικής έκβασης. Η στάση του θεραπευτή θα πρέπει να είναι μια στάση αποδοχής και συμπαράστασης προς

τους γονείς. Δεν θα πρέπει να είναι διστακτικός, απρόθυμος και προκατειλημμένος απέναντι τους.

Με ειλικρίνεια, θα προχωρήσει στην αναγνώριση της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού και της ευθύνης των γονέων γι' αυτό, κατανοώντας ωστόσο και το πλήθος των άλλων δυσκολιών τους. Η στάση αυτή θα βοηθήσει τους γονείς να μην αποφύγουν να αναλάβουν τις ευθύνες τους έναντι της συμπεριφοράς τους στο παιδί.

Όταν αντιλαμβάνονται ότι ο ειδικός, αφενός γνωρίζει τα σφάλματά τους προς το παιδί, αφετέρου τους κατανοεί και είναι σε θέση να τους υποστηρίξει, οι γονείς πιο εύκολα παραδέχονται τα λάθη τους και ζητούν να διορθωθούν.

Η αναφορά του ειδικού στο θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην κατηγορηθούν οι γονείς και να μην αισθανθούν ότι έχουν εγκαταλειφθεί από το σύστημα ή ότι το σύστημα θα τους κατακερματίσει γι' αυτό. Σε καμία περίπτωση ο θεραπευτής δεν θα πρέπει να συμφωνήσει με την άποψη των γονέων περί διαφορετικότητας της οικογένειάς τους εν συγκρίσει με το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Κάτι τέτοιο ενισχύει το αίσθημα στιγματισμού των γονέων.

Η αναφορά περί αδυναμίας των γονέων αυτών να αλλάξουν, είναι οπωσδήποτε ανεπίτρεπτη από μέρος του ειδικού, καθώς αποθαρρύνει και αποκλείει την παραπέρα συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική προσέγγιση. (Lampo, Michiels, Συνέδριο 1987, σελ. 227).

Ο ειδικός θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευελιξία, διορατικότητα και ικανότητα προσαρμογής των προγραμμάτων στις ανάγκες των γονέων. Ικανότητα ορθής αντίληψης, αξιολόγησης και προγραμματισμού των αναγκών και στόχων της θεραπευτικής διεργασίας που σχετίζεται με τους γονείς.

Η αναφορά στο ρόλο και στη στάση του ειδικού κατά το αρχικό στάδιο της θεραπείας των γονέων, το οποίο περιλαμβάνει τις πρώτες συνεντεύξεις με τους γονείς και την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων και μακροχρόνιων δυσχερειών, κρίθηκε σκόπιμη γιατί καθορίζει την συνέχεια ή μη της θεραπευτικής προσέγγισης των γονέων; την ανάπτυξη ή μη μιας εμπιστευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτού και γονέων και την επιτυχία της όλης θεραπευτικής αντιμετώπισης του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού.



Τέλος, σ' ότι αφορά την παρέμβαση σε κατάσταση κρίσεως, πρέπει να επισημανθεί ότι στις περισσότερες περιπτώσεις απαιτείτε η συνδρομή περισσότερων του ενός, θεραπευτών (π.χ. διεπιστημονική ομάδα) και το συντονισμό αρκετών υπηρεσιών και φορέων (π.χ. κοιν. Πρόνοια, ΟΑΕΔ, Νοσοκομείο, Κέντρο Αποτοξίνωσης κλπ)

Στην συνέχεια της θεραπευτικής παρέμβασης εξετάζονται ζητήματα, όπως οι συζυγικές-διαπροσωπικές σχέσεις των γονέων, οι υποχρεώσεις του γονεϊκού ρόλου, η ανατροφή των παιδιών, τεχνικές και δεξιότητες των γονέων, οι ανάγκες των γονέων, τόσο αυτών που διέπραξαν την κακοποίηση των παιδιών (δηλ. των θυτών) όσο και αυτών που σιωπηλά συναίνεσαν. (Jossely, Social Casework 1983, σελ. 342-3).

Η συμβουλευτική θεραπεία που περιλαμβάνει τα παραπάνω ζητήματα, είναι στην ουσία η ανάλυση των αιτιών που οδήγησαν τους γονείς στην κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού τους, η κατανόηση και η αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων από τους γονείς. Στόχος της εξέτασης αυτής είναι να αντιληφθούν οι γονείς τον ρόλο τους και να μπορέσουν να επιλύουν τις δυσκολίες που τους παρουσιάζονται χωρίς να κακομεταχειρίζονται το παιδί.

Αναλυτικότερα, σ' ότι αφορά τη συζυγική θεραπεία, η προσοχή τόσο του θεραπευτή όσο και των γονέων, συνίσταται στην απόκτηση της ικανότητας των γονέων να διακανονίσουν τις προσωπικές τους διαμάχες χωρίς να εμπλέξουν το παιδί τους.

Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τους γονείς να εκφράσουν τα συναισθήματα που τρέφει ο ένας για τον άλλο, ακόμη και αν αυτά είναι αρνητικά. Επίσης οι γονείς εκφράζουν τα παράπονα που ο καθένας έχει από τον / την σύντροφο του, τις ανάγκες που ο / η σύζυγος δεν καλύπτει και την αδυναμία τους να ενεργούν από κοινού σαν ζευγάρι. (ο.π. σελ. 343-4).

Συχνά, παρατηρούνται έντονες διαμάχες και αλληλοκατηγορίες, ο θεραπευτής όμως μετά την έκφραση των συναισθημάτων και των αλληλοκατηγοριών, μετά δηλαδή την έκφραση όλων των καταπιεσμένων σε κάθε γονέα στοιχείων, θα πρέπει να τους βοηθήσει να αντιληφθούν τις δυσκολίες στην μεταξύ τους επικοινωνία. Θα χρειασθεί να βοηθήσει τους γονείς να αναλύσουν σε βάθος τα αισθήματά τους και να απαντήσουν σε όλα τους τα ερωτηματικά.

Η ανάλυση αυτή θα βοηθήσει τους γονείς να εξετάσουν ζητήματα όπως η αποκατάσταση και η επαναδημιουργία εμπιστοσύνης και ικανότητας για συζήτηση-διάλογο. Η σεξουαλική επαφή, η ειλικρινής και ισότιμη σχέση, η ισότητα, ο σεβασμός, το μοίρασμα των ευθυνών και των προνομίων, αποτελούν αντικείμενα εξέτασης κατά την συζυγική θεραπεία των γονιών.

Ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να συνειδητοποιήσει στους γονείς την ανάγκη ύπαρξης αλληλοσεβασμού στην μεταξύ τους σχέση, καθώς και την πίστη στην αξία του κάθε ατόμου. Από τη στιγμή που οι γονείς αποδέχονται την προσωπικότητα του / της συντρόφου τους και την ατομική του / της αξία, τότε σέβονται και αναγνωρίζουν την ισότιμη σχέση. (Martin 1974, σελ. 248-267).

Ο αλληλοσεβασμός των γονέων εξυπηρετεί την ήρεμη και επιτυχή επίλυση των μεταξύ τους συγκρούσεων. Συχνά καλούνται οι γονείς να ανατρέξουν στο παρελθόν, να αναζητήσουν τον τρόπο που επέλυναν τις διαμάχες τους με επιτυχία και να προσδιορίσουν τα αίτια που τους οδήγησαν στην απομάκρυνση και την αδυναμία επικοινωνίας τους στο παρόν. Ο προσδιορισμός αυτών των αιτιών κάνει πιο συγκεκριμένες τις αλλαγές που πρέπει να τολμήσουν οι γονείς για να επανακτήσουν την μεταξύ τους εμπιστοσύνη, ασφάλεια και ειλικρίνεια.

Κατά τη συζυγική θεραπεία, ενθαρρύνονται συχνά οι γονείς να εφαρμόζουν στο σπίτι κάποιες τεχνικές που εντόπισαν στην θεραπευτική διεργασία και διευκολύνουν την επανασύνδεση τους και την συναισθηματική προσέγγισή τους (π.χ. να δούνε μαζί ένα έργο στην τηλεόραση και να το σχολιάσουν κλπ.)

Τα αποτελέσματα της συζυγικής θεραπείας δεν είναι άμεσα ορατά. Απαιτούνται πολλές θεραπευτικές συναντήσεις για να μπορέσουν οι γονείς να βιώνουν κάποια αρμονία στις συζυγικές τους σχέσεις. Σαφώς η επιτυχία της προσέγγισης αυτής εξαρτάται από την θέληση και την υπομονή των γονέων να αντιμετωπίσουν τις μεταξύ τους δυσκολίες, για να μπορέσει τόσο η σχέση τους όσο και η οικογένεια γενικότερα, να μοιάζει όσο το δυνατόν λιγότερο με «πεδίο μάχης». (Jones O' Kell, *Social work with Abused and Neglected Children* 1981, σελ. 225-7).

Η ικανότητα των γονέων να επιλύουν με επιτυχία τις μεταξύ τους συγκρούσεις, εξοικονομεί ενέργεια και από τους δύο, απαραίτητη για την φροντίδα του παιδιού και της οικογένειας γενικότερα. Η ήρεμη οικογενειακή ατμόσφαιρα προσθέτει δύναμη και σιγουριά σε κάθε μέλος της οικογένειας.

Κατά τη συζυγική θεραπεία, ο ειδικός θα πρέπει όσο το δυνατόν περισσότερο να αποφύγει να πάρει το μέρος του ενός ή του άλλου γονέα. Στόχος του είναι να βοηθήσει τους γονείς να αντιληφθούν μόνοι τους τα λάθη και τα συναισθήματα τους, αλλά και να τους υποστηρίξει στην προσπάθεια τους να βελτιώσουν τη σχέση τους. Η αποδοχή και η κατανόηση είναι ίσως η βασικότερη βοήθεια που μπορεί να τους προσφέρει.

Ζητήματα που σχετίζονται με την θεραπεία των γονέων αφορούν και τον γονεϊκό ρόλο, τις υποχρεώσεις τους ως γονείς και την σπουδαιότητα της σωστής ανατροφής του παιδιού τους. (Αγάθωνος και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 232-235).

Οι γονείς θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η συμπεριφορά τους προς τα παιδιά τους επιδρά με δυσμενή ή ευνοϊκό τρόπο ανάλογα, στην ανάπτυξη των παιδιών τους. Θα πρέπει να καταλάβουν ότι τα παιδιά δεν είναι υπεύθυνα για την κακοποίηση-παραμέληση τους, ούτε για τα προβλήματα που παρουσιάζουν εξ αιτίας αυτής της κατάστασης. Άρα οι γονείς δεν θα πρέπει να επιβαρύνουν τις ενοχές των παιδιών, αντίθετα θα πρέπει να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι αντιδράσεις του παιδιού, ιδιαίτερα κατά τα αρχικά στάδια της θεραπείας του, χαρακτηρίζονται από έντονα επιθετική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και απόσυρση. Οι γονείς θα πρέπει να βοηθηθούν να κατανοήσουν τις συμπεριφορές αυτές και να περιμένουν αυτές τις αντιδράσεις, δείχνοντας υπομονή και ψυχραιμία.

Καθώς οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν ένδειξη της χαμηλής αυτοεκτίμησης του παιδιού και του μειωμένου αυτοσεβασμού του, οι γονείς θα πρέπει να διδαχθούν τεχνικές και δεξιότητες ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης του παιδιού. Θα πρέπει να μάθουν να προσφέρουν αγάπη, στοργή και κατανόηση, ανάγκες βασικές για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και την εξάλειψη του ψυχολογικού τραύματος της κακομεταχείρισης.

Θέματα όπως σωφρονισμός των παιδιών, πειθαρχία και τήρηση των κανόνων-αρχών του σπιτιού, καθορισμένα δικαιώματα και όρια κάθε μέλους, έπαινος και ρουτίνα μέσα στο σπίτι μπορούν να γίνουν αντικείμενο συζήτησης από τον θεραπευτή και τους γονείς. (Leader, Social Casework 1979, σελ. 53-59).

Οι γονείς θα πρέπει να κατανοήσουν τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τους και να προσπαθήσουν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του παιδιού τους. Θα πρέπει να

μάθουν να επικοινωνούν ανοιχτά και ειλικρινά με το παιδί, να εκφράζουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, να το φροντίζουν και να το ανατρέφουν σωστά.

Καθώς τα παιδιά, ως πρότυπο συμπεριφοράς λαμβάνουν τους γονείς, θα πρέπει να γίνει σαφές στους γονείς ότι η άσχημη συμπεριφορά τους προς το παιδί μπορεί να επιφέρει για το ίδιο μακροχρόνια, οδυνηρές συνέπειες. Για το λόγο αυτό οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρυνθούν, για να αποτελέσουν σωστά πρότυπα για τα παιδιά τους.

Ο ειδικός, κατά την συζήτηση των ανωτέρω θεμάτων, αντιμετωπίζει με συμπάθεια την άγνοια ή την ανικανότητα των γονέων να ανταποκριθούν με επάρκεια στο ρόλο τους. Τους βοηθάει να διορθώσουν τα σφάλματά τους και τους στηρίζει, όταν η συμπεριφορά του παιδιού αντανακλά την απόρριψη τους από το παιδί.

Οι ανάγκες των γονέων, ιδίως μετά την αποκάλυψη της κακοποίησης-παραμέλησης είναι σημαντικές, γι' αυτό πρέπει να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν στην θεραπευτική διαδικασία.

Η κοινωνική κριτική και τα «κατηγορώ» συγγενών και γειτόνων πέφτουν βροχή, ευθύς αμέσως αποκαλυφθεί το πρόβλημα. Οι γονείς απομονώνονται, καταβάλλονται από άγχος, ενοχή και ανασφάλεια. Ντροπή και θυμός, συχνά είναι έντονος και αμφίδρομος, προς τον εαυτό τους και τον κοινωνικό περίγυρο.

Η ανάγκη λοιπόν των γονέων σ' αυτή τη δύσκολη φάση της ζωής τους, είναι να τους φερθούν με αξιοπρέπεια και σεβασμό, να ακούσουν τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους, να κατανοήσουν τα προβλήματα τους και να τους αποδεχτούν ως άτομα.

Η γεμάτη αποδοχή και ειλικρίνεια στάση του ειδικού προς τους γονείς, θα καλύψει την ανάγκη αυτή των γονέων και θα τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα.

Η αίσθηση του διαφορετικού, του «μιαρού», ο στιγματισμός, οδηγεί τους γονείς σε πανικό και άρνηση. Ο ειδικός θα πρέπει να τους επιβεβαιώσει ότι δεν είναι οι μοναδικοί γονείς που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα αυτό, ωστόσο έχουν περιθώρια να το επιλύσουν. (Jones O' Kell, *Social Work with abused and neglected children* 1981, σελ. 223-224).

Η ανάγκη των γονέων να ασκήσουν έλεγχο της ζωής και των σκέψεων τους, να επεξεργαστούν συναισθήματα, ψυχολογικά προβλήματα, τραυματικές προσωπικές

τους εμπειρίες κακομεταχείρισης κατά την παιδική ηλικία, και να προγραμματίσουν τις αλλαγές στη ζωή της οικογένειας μετά την αποκάλυψη του προβλήματος, ακινητοποιούν συχνά τους γονείς καθώς η ανάληψη ευθύνης για όλα τα παραπάνω φαντάζει αδύνατη.

Ο ειδικός θα βοηθήσει τους γονείς να αντιληφθούν ότι όλες οι δυσκολίες μπορούν να επιλυθούν σταδιακά και θα προσπαθήσει να καταπολεμήσει την αποδιοργάνωση τους.

Ειδικότερα, η επεξεργασία των ψυχικών τραυμάτων των γονέων που προκλήθηκαν από τη δική τους κακοποίηση-παραμέληση, βοηθάει τους γονείς να επιλύσουν ψυχικές συγκρούσεις, να κατανοήσουν την εμπειρία που βίωσε το παιδί τους και να δραστηριοποιηθούν για να απαλύνουν τα τραύματα που οι ίδιοι του προκάλεσαν. Είναι πιθανό η αντιμετώπιση αυτής της εμπειρίας των γονιών να βοηθήσει και στην επανασύνδεση τους με τις πατρικές τους οικογένειες, προσφέροντάς τους ένα υποστηρικτικό σύστημα, χρήσιμο στην αντιμετώπιση των υπολοίπων προβλημάτων της οικογένειας. (Jossely, *Social Casework* 1983, σελ. 338-9).

Οι γονείς, σε πολλές περιπτώσεις, ζητούν πληροφορίες σχετικά με την υγεία του παιδιού ή τα νομικά ζητήματα του προβλήματος. Συχνά όμως αντιμετωπίζονται με άρνηση και απόρριψη. Εκείνο που ζητούν οι γονείς είναι να βρουν υποστήριξη και πληροφόρηση για τις υπηρεσίες που πρέπει να απευθυνθούν.

Επίσης οι ανάγκες των γονέων για στοργή και υποστήριξη από τα απιδιά τους, μέσω της αντιστροφής ρόλων γονέων και παιδιών, είναι απαραίτητο να εξεταστούν για να μπορέσουν οι γονείς να αντιμετωπίσουν ρεαλιστικά την πραγματικότητα και να μην προβάλουν υπερβολικές ανάγκες από τα παιδιά τους.

Σ' ότι αφορά τους γονείς που δεν είναι θύτες, αλλά σιωπώντας ενίσχυαν την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού τους από τον άλλο γονέα, απαιτείται προσοχή και συμπάρασταση, ώστε να αμβλύνουν τις ενοχές τους, να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση τους και την πίστη στην αξία του εαυτού τους, για να μπορέσουν να προβάλλουν τα δικαιώματα και τη γνώμη τους χωρίς να αναγκάζονται σε υποταγή και παθητική στάση. Έτσι θα μάθουν να μην άγονται και φέρονται από τον οποιοδήποτε, καταπατώντας τις ανάγκες τους.

Στις περιπτώσεις τώρα, που υπάρχει διάλυση της οικογένειας ή εγκατάλειψη του σπιτιού από τον ένα γονέα, ο θεραπευτής θα πρέπει να συμπαρασταθεί στο γονέα που αναλαμβάνει την φροντίδα του παιδιού, να τον βοηθήσει να επιβιώσει οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά.

Τέλος, ένα άλλο ζήτημα που αφορά τη θεραπευτική προσέγγιση των γονέων, συνίσταται στην ενημέρωση τους γύρω από θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Ήδη αναφέρθηκε, ότι η ανεπιθύμητη ή προβληματική εγκυμοσύνη, μπορεί να οδηγήσει στην κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού που θα γεννηθεί. Γι' αυτό λοιπόν προκύπτει η ανάγκη για ενημέρωση των γονέων σε θέματα ελέγχου γεννήσεων, προγραμματισμού των γεννήσεων, αντισυλληπτικών μεθόδων, ιατρικού ελέγχου κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της νεογνικής περιόδου. (Αγάθωνος, κακοποίηση και Παραμέληση Παιδιών 1987, 140-154).

Η βοήθεια του ειδικού για την επιτυχή αντιμετώπιση όλων των ανωτέρω ζητημάτων από τους γονείς είναι κύριο σημείο της θεραπευτικής διαδικασίας. Η αποδοχή, η ειλικρίνεια, η συμπάθεια, η ενσυναίσθηση, η κατανόηση του θεραπευτή, είναι τα βασικότερα στοιχεία στη σχέση του με τους γονείς. Η στάση αυτή θα κερδίσει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία των γονέων, ενώ η ευελιξία και η διορατικότητα του, διευκολύνουν την επιλογή και προσαρμογή της θεραπείας στις ανάγκες των γονέων και του περιστατικού.

### 3. Δυσκολίες στην θεραπεία των γονέων.

Η θεραπεία των γονέων μπορεί να τους βοηθήσει να επιδείξουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές με συγκεκριμένες πράξεις και να βελτιώσουν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Υπάρχουν ωστόσο, προβλήματα που δυσχεραίνουν την εφαρμογή της εν λόγω θεραπείας. Έτσι για παράδειγμα, η θεραπευτική αυτή προσέγγιση δεν παρέχεται ολοκληρωμένη σε όλους τους γονείς που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους, καθώς το προσωπικό των αρμοδίων υπηρεσιών (ειδικά στην Ελλάδα) είναι ολιγάριθμο και ο χρόνος περιορισμένος. Αποτέλεσμα, να αντιμετωπίζονται λίγοι γονείς και όχι όπως το απαιτούν οι ανάγκες τους.

Ακόμη τα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης δεν συντονίζονται και δεν συνεργάζονται επιτυχώς μεταξύ τους, με συνέπεια τη μη ολοκληρωμένη και συστηματική αντιμετώπιση των γονέων.

Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση είναι συνήθως μακροχρόνια και επίπονη, έτσι συχνά είτε οι γονείς είτε οι ειδικοί κουράζονται και παραιτούνται καθώς, όπως τονίσθηκε, τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα και ορατά. (Αγάθωνος και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 225-235).

Άλλοτε πάλι, τα ταμπού και οι προκαταλήψεις, καταλαμβάνουν και τους ειδικούς, και έτσι εμποδίζονται στην σωστή προσέγγιση των γονέων, τους αντιμετωπίζουν με άρνηση, οι γονείς τότε επίφυλάσσονται και απομακρύνονται, αρνούνται να δεχτούν τη συζήτηση και τη θεραπεία.

Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις, οι πολυάριθμες ανάγκες των γονέων και τα ποικίλα προβλήματα τους, τα οποία πρέπει να αντιμετωπισθούν από ένα ειδικό μόνο, τον πανικοβάλλουν και δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει ευέλικτα τη θεραπεία.

Διαπιστώνεται σαφώς ότι οι δυσκολίες αυτές, πρέπει να αντιμετωπιστούν εγκαίρως προς όφελος τόσο των γονέων αλλά και της οικογένειας στο σύνολο της.

#### 4. Μέθοδοι και τεχνικές στην θεραπεία των γονέων.

Ο θεραπευτής στην θεραπεία των γονέων έχει στη διάθεση του ποικίλα μέσα και τεχνικές. Αναφέρουμε τα εξής:

1. role-play (παίξιμο ρόλων). Με αυτή τη μέθοδο μπορούν να βγουν στην επιφάνεια συναισθήματα και στάσεις του ενός γονέα προς τον άλλο, να συζητηθούν και να αξιολογηθούν.

Κατά την ομαδική θεραπεία, με τη μέθοδο αυτή μπορούν να τεθούν ζητήματα όπως ο σωφρονισμός των παιδιών, οι σχέσεις γονέων-παιδιών. Καθώς τα ζητήματα αυτά έρχονται στην επιφάνεια, οι γονείς ανταλλάσσουν σκέψεις και ιδέες, απόψεις συγκρούονται και συναισθήματα βγαίνουν στην επιφάνεια

2. βιβλία. Οι γονείς ενθαρρύνονται να διαβάσουν βιβλία για την ανατροφή των παιδιών και τις συζυγικές σχέσεις. Διδάσκονται και κατανοούν τα λάθη και τις δυσκολίες

3. ομιλίες ειδικών. Συνήθως κατά τις ομαδικές συγκεντρώσεις των γονέων, καλείται να τους μιλήσει κάποιος επιστήμονας πάνω σε συγκεκριμένα κάθε φορά θέματα. Έτσι τους δίνονται πληροφορίες πάνω σε ζητήματα όπως π.χ. οικογενειακός προγραμματισμός, νομικά ζητήματα, ιατρικά θέματα, φροντίδα των παιδιών κλπ.

4. ταινίες. Ένας άλλος τρόπος ευαισθητοποίησης των γονέων είναι η παρακολούθηση ταινιών. Είναι πιο εύκολο οι γονείς να προτιμήσουν να δουν μια ταινία πάνω στο πρόβλημα που τους απασχολεί, παρά να διαβάσουν ίσως μια επιστημονική εργασία ή ένα βιβλίο. Η ταινία είναι για πολλούς γονείς πιο ευχάριστη και πιο κατανοητή

5. συμβουλές-συμφωνίες. Οι γονείς συμφωνούν μεταξύ τους και με τον ειδικό να αλλάξουν κάποιο σημείο της συμπεριφοράς τους, για π.χ. μια εβδομάδα και να παρατηρήσουν τις αλλαγές που εμφανίστηκαν από αυτή την συμπεριφορική τους μεταβολή.

Η σταδιακή συμπεριφορική αλλαγή, μέσω αυτής της συμφωνίας για την τήρηση «κανόνων», σε συνδυασμό με τη συνεχή συμπαράσταση και επιβράβευση του ειδικού, οι γονείς μπορούν να κατακτήσουν την επιθυμητή συμπεριφορά και να αρχίσουν να λειτουργούν όσο το δυνατόν πιο ισορροπημένα



6. τεχνικές-δεξιότητες. Οι ειδικοί διδάσκουν στους γονείς τεχνικές και δεξιότητες χειρισμού του θυμού, της απομόνωσης και των εκρήξεων των παιδιών τους. Οι τεχνικές αυτές βοηθούν τους γονείς να αντιμετωπίσουν θέματα σωφρονισμού και παραδειγματισμού των παιδιών τους

7. συζήτηση. Η ανάλυση, η εξέταση και η έρευνα σκέψεων, συναισθημάτων και εμπειριών επιτυγχάνεται μέσα από τη συζήτηση. Η επικέντρωση και εις βάθος συζήτηση ορισμένων θεμάτων, που επιτυγχάνεται με τη σωστή καθοδήγηση και προσοχή του ειδικού, βοηθάει τους γονείς να κατανοήσουν καλύτερα τις δυσκολίες τους και να πάρουν αποφάσεις για το μέλλον τους. (Robert John, Community Care 1989, σελ. 132-147).

Σαφώς η επιτυχία της χρήσης των μεθόδων αυτών κρίνεται όπως διαφάνηκε, από την οξυδέρκεια, την διορατικότητα, την ετοιμότητα και την ευελιξία του ειδικού. Η στάση, οι γνώσεις και οι ικανότητες του θα συντελέσουν στην πραγματική επιτυχία της μεθόδου και στην ουσιαστική βοήθεια των γονέων. Το σημαντικότερο από όλα όμως είναι η αποδοχή των ειδικών προς τους γονείς και η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας μαζί τους. Άλλωστε αυτή η εμπειρία, όπως ανέφερε ο Kempe, είναι η πιο μεγάλη βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί στους γονείς.

## Ε. Θεραπευτική αντιμετώπιση των αδερφών του θύματος.

Σε ορισμένες οικογένειες αναφέρθηκε, ότι οι γονείς είναι δυνατόν να κακοποιούν-παραμελούν εκτενώς ένα από τα παιδιά τους. Να γίνετε δηλαδή ένα μόνο παιδί αντικείμενο κακομεταχείρισης των γονέων καθώς, σύμφωνα με τους γονείς αυτούς το συγκεκριμένο παιδί συγκεντρώνει χαρακτηριστικά απαράδεκτα και ανεπιτήρητα.

Ωστόσο, και τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας, μεγαλώνοντας σε ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον βιώνουν τραυματικές εμπειρίες και οδυνηρά συναισθήματα. Μπορεί να υφίσταται σπάνια ή καθόλου τα βίαια ξεσπάσματα των γονιών τους, νοιώθουν όμως την απειλή και το φόβο της ατμόσφαιρας που επικρατεί στο σπίτι.

Το νεαρό της ηλικίας τους, η αίσθηση της αδυναμίας τους, έχει ως αποτέλεσμα να νοιώθουν και αυτά τον τρόμο, τον πόνο, τον πανικό, την απογοήτευση και την απόγνωση κάθε φορά που οι γονείς τους μπροστά στα μάτια τους, κακομεταχειρίζονται τον / την αδερφό /ή τους. Η αγωνία ότι ίσως την επόμενη φορά, βρεθούν στην ίδια θέση και ο θυμός για τους γονείς βιώνονται έντονα από τα αδέλφια του θύματος. (Assen και συν., Child abuse and neglect 1986, σελ. 183-51).

Ήδη αναφέρθηκε ότι οι συνέπειες της ανατροφής σε ένα τέτοιο περιβάλλον θα είναι και για τα αδέλφια του θύματος σημαντικές.

Για το λόγο αυτό, κατά την ολοκληρωμένη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και τα αδέλφια του θύματος.

Οι συνεντεύξεις-συναντήσεις με τα αδέλφια του θύματος, τονίσθηκε, ότι στο στάδιο της διάγνωσης του προβλήματος παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την έκταση και τη σοβαρότητα του.

Όσον αφορά τώρα την θεραπευτική αντιμετώπιση των αδελφών του θύματος (ατομική ή ομαδική) στόχος πρέπει να είναι η αντιμετώπιση των τραυματικών βιωμάτων, η έκφραση και ο χειρισμός των συναισθημάτων που καταγράφηκαν παραπάνω, η προώθηση της ψυχοκοινωνικής και πνευματικής τους ανάπτυξης και η όσο το δυνατόν καλύτερη αποκατάσταση των σχέσεων τους με τους γονείς.

Ο χειρισμός των συναισθημάτων και των εμπειριών των αδελφών γίνεται με τον ίδιο τρόπο που αντιμετωπίζονται τα συναισθήματα και οι εμπειρίες του παιδιού-θύματος. Ενθαρρύνεται από το θεραπευτή η έκφρασή τους, η «απελευθέρωση» αυτών των βιωμάτων και κατόπιν η ανάλυση και η κατανόηση τους.

Συναισθήματα που βιώνουν πιο έντονα τα αδέρφια του θύματος είναι οι ενοχές, η αμηχανία και το αίσθημα ανικανότητας να προστατέψουν τον /την αδελφό /ή τους. Ο θεραπευτής θα πρέπει να στηρίζει τα παιδιά αυτά και να τους κάνει αντιληπτό ότι τα ίδια δεν ευθύνονται για την κατάσταση του /της αδελφού /ης τους. Μπορούν να βοηθήσουν πραγματικά το παιδί αυτό με το να του συμπαρασταθούν και να του προσφέρουν αγάπη, ειδικά στο στάδιο που ακολουθεί την αποκάλυψη του προβλήματος. (Jossely, Social Casework 1983, σελ. 338-9).

Ένα πράγμα που βιώνεται έντονα από τα αδέρφια του θύματος κατά το στάδιο αυτό είναι ο στιγματισμός του κοινωνικού περιγύρου. Οι ερωτήσεις συγγενών και γειτόνων, τα αστεία ή οι κρίσεις των συμμαθητών τους, δίνουν στα αδέρφια του θύματος την αίσθηση του διαφορετικού ή χειρότερα την αίσθηση του κατώτερου. Ο θεραπευτής θα πρέπει να προστατέψει τα παιδιά αυτά και να μην επιτρέψει στην πεποίθηση αυτή να τα καταβάλει.

Επίσης, ο φόβος για πιθανή αποδιοργάνωση της οικογένειας είναι έντονος στα παιδιά αυτά, καθώς γίνονται πράγματα που πολλές φορές δεν κατανοούν και τους φαντάζουν απειλητικά. Γι' αυτό συχνά κρατούν επιφυλακτική ή αρνητική στάση στη θεραπεία. Ο ειδικός θα τα βοηθήσει να ξεπεράσουν τους φόβους αυτούς πιο εύκολα εξηγώντας την χρησιμότητα της παρέμβασης για την ομαλή λειτουργία της οικογένειας, με απλά φυσικά λόγια.

Υπάρχουν ωστόσο μέλη της οικογένειας, παιδιά δηλαδή που βιώνουν διαφορετικά συναισθήματα. Ταυτίζονται με τους γονείς και θεωρούν μάλλον φυσιολογική την κακομεταχείριση του /της αδελφού /ης τους. Τα παιδιά αυτά ήδη «μυήθηκαν» στην βία, διδάχθηκαν τις αξίες της αυστηρότητας και της υποταγής του αδυνάτου. Τα θέματα αυτά θα πρέπει να συζητηθούν από τον θεραπευτή κατά τη θεραπευτική διεργασία. Θα πρέπει να «απογυμνωθεί» η ιδέα της βίας και να αποσυνδεθεί από τις έννοιες του καλού ή ηθικού που έχει προβληθεί από τους γονείς. (Assen και συν., Child Abuse and Neglect 1986, σελ. 186-9).

Ένα άλλο ζήτημα, σχετικό με το παραπάνω, είναι η αξία της ύπαρξης ορίων μέσα στην οικογένεια και στις σχέσεις των μελών της. Τα παιδιά θα πρέπει να κατανοήσουν ότι μόνο ο αλληλοσεβασμός και η αλληλεγγύη των μελών μιας οικογένειας εγγυάται την συνοχή και την λειτουργικότητα της, καθώς και την ασφάλεια για τα μέλη της. (ο.π., σελ. 338-9).

Είναι κατανοητό ότι η μη αντιμετώπιση των θεμάτων αυτών κατά τη θεραπεία των αδελφών του θύματος, σε συνδυασμό με τις οδυνηρές οικογενειακές εμπειρίες, πιθανόν να οδηγήσει τα παιδιά αυτά μακροχρόνια σε επιθετική, παραπτωματική ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Ένα συναίσθημα τέλος που βιώνουν τα παιδιά-αδέλφια του θύματος, τα οποία ταυτίζονται με τους γονείς είναι το συναίσθημα της προδοσίας από το κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί, ειδικά στο στάδιο της αποκάλυψης του προβλήματος. Θεωρούν ότι το παιδί πρόδωσε την οικογένεια και ευθύνεται για την αποδιοργάνωση της.

Και αυτό το λάθος σκεπτικό πρέπει να αντιμετωπιστεί από τον θεραπευτή. Θα πρέπει ο ειδικός να συνειδητοποιήσει στα παιδιά αυτά, τον λανθασμένο προηγούμενο τρόπο λειτουργίας της οικογένειας και την ευκαιρία που της παρέχεται να βρει διέξοδο στις δυσκολίες της μέσω της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η επιλογή της θεραπείας για τα αδέλφια του θύματος καθορίζεται (όπως και στη περίπτωση του θύματος) από παράγοντες όπως η ηλικία, πνευματικό, κοινωνικό επίπεδο, ανάγκες κλπ.

Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που χρησιμοποιεί ο θεραπευτής είναι ίδιες όπως π.χ. role-play, ζωγραφική, χειροτεχνία, βιβλία, παραμύθια, συζήτηση κλπ., ανάλογα με την περίπτωση, τις ανάγκες των παιδιών και το σκοπό της συνάντησης, κάθε φορά.

Οι δυσκολίες για την εφαρμογή και αυτής της μεθόδου έγκειται στην αρνητική στάση των γονιών, την έλλειψη υποδομής, προσωπικού ειδικευμένου στα ζητήματα αυτά, την αρνητική ίσως στάση των παιδιών κλπ.

Σαφώς η επιτυχία και αυτής της θεραπευτικής αντιμετώπισης καθορίζεται από τον ειδικό θεραπευτή (κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο, παιδοψυχίατρο). Η αποδοχή των παιδιών θα κερδίσει την εμπιστοσύνη τους και τη πίστη τους στην θεραπευτική προσέγγιση. Η ειλικρίνεια του θεραπευτή και η ικανότητα του θα έχει ως αποτέλεσμα να ευοδώσει η συνεργασία του με τα παιδιά-αδέλφια του θύματος και να μπορέσουν τα ίδια να αποκτήσουν δύναμη και αυτοπεποίθηση.

## ΣΤ. Οικογενειακή θεραπεία.

Η οικογενειακή θεραπεία γίνεται από ένα ειδικευμένο και έμπειρο θεραπευτή, αφότου γίνουν οι ατομικές συναντήσεις με κάθε μέλος της οικογένειας. Οι ατομικές αυτές συναντήσεις-θεραπείες θα δώσουν στον θεραπευτή πολύτιμα στοιχεία για την κατάσταση της οικογένειας, τις ανάγκες κάθε μέλους κλπ. και θα τον βοηθήσουν στην οργάνωση και καθοδήγηση των συναντήσεων όλης της οικογένειας.

Στόχος της οικογενειακής θεραπείας είναι να αντιληφθεί η οικογένεια την κακοποίηση-παραμέληση ως οικογενειακό πρόβλημα και να σταματήσει τις προσπάθειες ανεύρεσης ενός αποδιοπομπαίου τράγου. Στο ρόλο αυτό συνήθως η οικογένεια καταδικάζει το παιδί που κακοποιείται-παραμελείται και το οποίο «ευθύνεται» για όλα τα δεινά της οικογένειας. Η οικογενειακή λοιπόν θεραπεία στοχεύει στην αλλαγή αυτής της κατάστασης και τη σύσφιξη των οικογενειακών σχέσεων μέσω της από κοινού αντιμετώπισης των οικογενειακών προβλημάτων από τα μέλη της οικογένειας (Fraklin, Child abuse and neglect 1980, σελ. 17-25).

Ο θεραπευτής μέσα από την παρατήρηση του τρόπου συμπεριφοράς των μελών μεταξύ τους (τρόπος που συνδιαλέγονται λεκτικά, τρόπος που κοιτάζονται, τρόπος που κάθονται κλπ.) καθώς και του τρόπου που συναλλάσσονται συναισθηματικά θα μπορέσει να αντιληφθεί τα δυναμικά της οικογένειας και να καταλήξει σε μια ρεαλιστική απόφαση όσον αφορά τη πορεία της οικογενειακής θεραπείας.

Η πορεία της θεραπείας πρέπει να είναι τέτοια ώστε να αποκλείει νέες ενέργειες κακοποίησης-παραμέλησης που είναι συχνές σε αρχικές φάσεις θεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς συναισθήματα που έμειναν καταπιεσμένα βγαίνουν στην επιφάνεια πολύ έντονα. Ο έλεγχος των συναισθημάτων αυτών θα βοηθήσει στην αποφυγή επανάληψης της κακομεταχείρισης.

Πολλές φορές τα μέλη της οικογένειας αποφεύγουν ή αρνούνται να συζητήσουν για την κακοποίηση-παραμέληση γιατί φοβούνται ότι εκείνος που την προκάλεσε θα κατηγορηθεί ή θα απορριφθεί ή φοβούνται ότι διαφέρουν από τις άλλες οικογένειες. Ο ειδικός -θα πρέπει να τους δώσει πληροφορίες και πρότυπα που θα καταπολεμήσουν αυτές τις αντιστάσεις. Θα πρέπει να βοηθήσει τα μέλη να εκφράσουν αυτούς του φόβους χωρίς να νοιώθουν κατώτεροι ή διαφορετικοί.

Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να διευκολυνθούν να ξεπεράσουν τα συναισθήματα θυμού, οργής που ίσως τρέφουν ο ένας για τον άλλον καθώς και το αίσθημα αδυναμίας που τους δημιούργησε το γεγονός της κακοποίησης-παραμέλησης. Η κατανόηση αυτών των αισθημάτων από το θεραπευτή και η συμπαράσταση του θα βοηθήσει τα μέλη να προσφέρουν κατανόηση και συμπαράσταση στις μεταξύ τους σχέσεις.

Συχνά τα μέλη διαφωνούν, κατηγορούν ή αμφισβητούν το ένα το άλλο. Ο ειδικός θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιληφθεί αφενός, τα στοιχεία που καταδεικνύουν οι συγκρούσεις αυτές και αφετέρου να τις χειριστεί και να τις αντιμετωπίσει. (Jossely, *Social Casework* 1983, σελ. 338-9).

Τα ζητήματα των ορίων μέσα στην οικογένεια και των κανόνων συμπεριφοράς των μελών θα απασχολήσουν σε μεγάλο μέρος την οικογενειακή θεραπεία. Ο ειδικός θα βοηθήσει την οικογένεια όχι μόνο να αντιληφθεί τη σημασία των ορίων αλλά και να προχωρήσει στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την οριοθέτηση της συμπεριφοράς των μελών.

Μικρές «συμφωνίες» ή μικρό «συμβόλαιο» μεταξύ των μελών αλλά και μεταξύ του ειδικού και της οικογένειας, θα εξυπηρετήσουν το σκοπό αυτό. Θα μπορούν δηλαδή τα μέλη να αλλάζουν κάθε φορά κάποιο στοιχείο της λανθασμένης συμπεριφοράς τους και παρατηρώντας τα οφέλη αυτής της αλλαγής, να οδηγηθούν σε μια όσο το δυνατόν ορθότερη συμπεριφορά.

Η συμπαράσταση του ειδικού αποδεικνύεται πολύτιμη βοηθός στην πορεία αυτής της αλλαγής. Η επαναλαμβανόμενη καθησύχηση και η πίστη του ειδικού για την μελλοντική βελτίωση του οικογενειακού σκηνικού δύναται να μειώσει την ανησυχία των μελών και να ισχυροποιήσει την δύναμη και την αυτοπεποίθησή τους. (Τσίτουρα Στέλλα 1990, σελ. 51-63).

Ο ειδικός κατά την οικογενειακή θεραπεία, χρησιμοποιεί μεθόδους όπως αυτές που αναφέρθηκαν στις προηγούμενες ενότητες (π.χ. role-play, ανάγνωση βιβλίων, τεχνικές από το ψυχόγραμμα κλπ.) ανάλογα βέβαια με τις ανάγκες της οικογένειας και τον επιδιωκόμενο στόχο. Καθώς η αναφορά στις μεθόδους αυτές μάλλον επανάληψη των όσων ήδη αναφέρθηκαν θα αποτελεί, δεν κρίνεται σκόπιμη η ανάλυση τους και στην παρούσα ενότητα.

Ο θεραπευτής επίσης θα πρέπει να παρέχει στην οικογένεια πληροφορίες π.χ. για ομάδες οικογενειών που έχουν το ίδιο πρόβλημα, σεμινάρια πληροφόρησης του κοινού πάνω σε θέματα ανατροφής των παιδιών και ζητήματα οικογενειακών σχέσεων και για τις διαθέσιμες πηγές στήριξης στην κοινότητα. (Assen και συν., Child abuse and neglect 1986, σελ. 193-5).

Θα πρέπει επίσης να κινητοποιήσει την οικογένεια να προσφύγει και σε αυτά τα μέσα και τις υπηρεσίες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η ενθάρρυνση αυτή δεν έχει σκοπό την «απαλλαγή» του ειδικού από το βάρος της οικογενειακής θεραπείας αλλά την ανάπτυξη της ικανότητας αυτοενέργειας και δραστηριοποίησης της οικογένειας για την επίλυση των προβλημάτων της. (Fraklin 1985, σελ. 62-66).

Ο ειδικός θα πρέπει να μπορέσει να εμπνεύσει στην οικογένεια την εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του με την ειλικρίνεια, την αποδοχή και την ευαισθησία του. Η εμπιστοσύνη αυτή θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της θεραπευτικής διεργασίας και την προσέλευση των μελών στις θεραπευτικές συναντήσεις.

Η οικογενειακή θεραπεία συχνά δεν εφαρμόζεται όχι μόνο λόγω του περιορισμένου αριθμού ειδικών και της ελλιπούς υλικοτεχνικής υποδομής των υπηρεσιών αλλά και γιατί συνήθως πολλές οικογένειες δεν κατορθώνουν να συγκεντρωθούν, έτσι ώστε να εμφανισθούν σε μία τέτοια συνάντηση, δηλαδή όλοι μαζί.

Άλλοτε πάλι οι ελλείψεις γνώσεις και η αδυναμία του ειδικού καταδικάζουν σε αποτυχία τις πρώτες συναντήσεις και προκαλούν την απροθυμία της οικογένειας να συνεχίσει την θεραπευτική παρέμβαση.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, το γεγονός της αναγκαιότητας για μακροχρόνια και επίπονη θεραπεία, απογοητεύει την οικογένεια και την αναγκάζει σε φυγή, πριν ακόμη ολοκληρωθούν οι διαγνωστικές διεργασίες. Ο ειδικός θα πρέπει να θέσει σταθερά όρια, κατανοώντας τις δυσκολίες και επιβεβαιώνοντας την πίστη στην θετική βελτίωση. (Peckham 1985, σελ. 67-9).

Η κούραση μπορεί να προέλθει και από την πλευρά του ειδικού, ακόμα και η απογοήτευση. Γι' αυτό ο θεραπευτής πρέπει να είναι προετοιμασμένος για επίπονη και ίσως εξαντλητική εργασία. Διαφαίνεται συχνά η ανάγκη ύπαρξης διεπιστημονικής ομάδας όπου μπορούν τα μέλη να ανατροφοδοτηθούν και να αλληλοενθαρρυνθούν

για την συνέχεια της θεραπείας με την οικογένεια. (Αγάθωνος και συν., Παιδιατρική 1983, σελ. 228-235).

Η οικογενειακή θεραπεία, όπως αναφέρθηκε, ακολουθεί τις ατομικές συναντήσεις του θεραπευτή με τα μέλη. Μπορούν όμως οι ατομικές αυτές συναντήσεις να συνεχίζονται παράλληλα με την οικογενειακή θεραπεία, συμπληρώνοντας την θεραπευτική διεργασία και καθιστώντας την ολοκληρωμένη και συστηματική.

Σαφώς η επιλογή και της μεθόδου αυτής θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες (όπως π.χ. η ηλικία των παιδιών κλπ.) και θα πρέπει πάντα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες όλης της οικογένειας.

Είναι μια μέθοδος που όταν γίνεται με προσοχή και ενσυναίσθηση μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της οικογένειας να προσεγγίσουν το ένα το άλλο και την οικογένεια σαν σύνολο να ανακτήσει την λειτουργικότητά της.

Είναι αυτό το τελευταίο που πρέπει να έχει στο νου του ο θεραπευτής και για το λόγο αυτό θα πρέπει να προσπαθήσει να ενεργοποιήσει την οικογένεια για την εξάλειψη των δυσκολιών που αντιμετωπίζει. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να ενθαρρύνει την εξάρτηση της οικογένειας από το άτομό του. Αν συμβεί κάτι τέτοιο, τότε μόλις πάψει η επαφή ειδικού-οικογένειας, θα επανεμφανιστούν φαινόμενα δυσλειτουργίας και παθολογίας στο οικογενειακό σκηνικό και περιβάλλον.

Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση μπορεί να χαρακτηριστεί επιτυχής όταν κατορθώνει να αξιοποιεί και να επεκτείνει τα θετικά δυναμικά της οικογένειας και όταν τα μέλη της αισθάνονται ότι μπορούν να εμπιστευτούν το ένα το άλλο.



## Ζ. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.

### 1. Αξίες – Αρχές του Κοινωνικού Λειτουργού.

Η στάση και ο ρόλος του Κ.Λ. κατά τον χειρισμό των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης καθορίζονται με άξονα τις αξίες και τις αρχές που διέπουν τον ίδιο, τόσο ως άνθρωπο όσο και ως επαγγελματία.

Οι αξίες-αρχές αυτές θα αποτελέσουν τους κατευθυντήριους παράγοντες της δράσης και της προσφοράς του ως επαγγελματία ειδικό.

Αναλυτικότερα, ο Κ.Λ. κινείται με γνώμονα:

Α) την πίστη του στην μοναδικότητα και αξιοπρέπεια κάθε ατόμου, στην αξία με άλλα λόγια, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας

Β) την πίστη του στο δικαίωμα κάθε ατόμου να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και κατανόηση

Γ) την αποδοχή του δικαιώματος κάθε ατόμου να ενεργεί ελεύθερα, την αποδοχή δηλαδή του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης κάθε ανθρώπου

Δ) την αντίθεσή του σε διακρίσεις ή προκαταλήψεις εις βάρος των ατόμων ορισμένης ομάδας π.χ. φυλετικής, κοινωνικής κλπ.

Ε) την υπεράσπιση του δικαιώματος κάθε προσώπου να ικανοποιεί τις βιολογικές, κοινωνικές και ψυχοπνευματικές του ανάγκες και να διαβιώνει σε ένα ικανοποιητικό και αξιοπρεπές περιβάλλον

Στ) την τήρηση του απόρρητου των συνδιαλλαγών του με το άτομο

Ζ) την υποχρέωσή του να συμπαρασταθεί στο άτομο ώστε να επιλύσει τα προβλήματα του. (Davoren, *The Battered Child* 1968, σελ. 135-9).

Ο Κ.Λ. που έχει κάνει βίωμα του αυτές τις αξίες-αρχές σέβεται και βοηθά πραγματικά το άτομο, δεν το κρίνει, δεν το κατηγοριοποιεί, αντίθετα το αντιμετωπίζει με ευαισθησία, παρέχοντάς του ευκαιρίες αυτοδιάθεσης και αυτοενέργειας. Στοιχεία σαφώς απαραίτητα για την ορθή αντιμετώπιση των περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης.

## 2. Τρόπος παρέμβασης.

Ο Κ.Λ. είναι κατά κύριο λόγο, ο ειδικός που αναλαμβάνει το μεγαλύτερο βάρος της ευθύνης, για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, σ' ότι αφορά την ελληνική πραγματικότητα.

Η στάση του και ο ρόλος του ως θεραπευτή θα πρέπει να συγκεντρώνουν τα στοιχεία που καταγράφηκαν στις προηγούμενες ενότητες, δηλαδή αποδοχή, συμπαράσταση, ωριμότητα, υπευθυνότητα και ειλικρίνεια.

Ειδικότερα, για το θέμα αυτό ο «Οδηγός για Επαγγελματίες» του Ι.Υ.Π. (1991) αναφέρει ότι τα κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διευκολύνουν τον Κ.Λ. στην τήρηση ορθής στάσης κατά τον χειρισμό περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης είναι:

Α) η επάρκεια γνώσεων που σχετίζονται με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών

Β) η ύπαρξη αρκετών ικανοποιήσεων στην ιδιωτική του ζωή, ώστε να αποφεύγεται η αναζήτηση ικανοποίησης αυτών των αναγκών από τους πελάτες του, μέσω της εξανάγκασής του πελάτη σε εξάρτηση από τον Κ.Λ. ή την εμμονή συνεχούς ευγνωμοσύνης του πελάτη προς τον Κ.Λ.

Γ) και τέλος η προθυμία να ξεπεράσει τα επαγγελματικά όρια όταν συντρέχουν λόγοι, χωρίς ωστόσο την «αυτοθυσία» του για τους άλλους ή την ψυχική του καταπίεση. (Ι.Υ.Π., Οδηγός για Επαγγελματίες 1991, σελ. 104-108).

Ο τρόπος παρέμβασης του Κ.Λ. σε περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης θα πρέπει να βασίζεται στα πρότυπα της παρέμβασης σε κρίση ή της επιθετικής κοινωνικής εργασίας.

Η παραδοσιακή κοινωνική εργασία, σύμφωνα με την Κα Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, δεν μπορεί να εφαρμοστεί κατά τον έλεγχο αυτών των περιστατικών. Στοιχεία όπως η τήρηση επαγγελματικής απόστασης, οι προγραμματισμένες συνεντεύξεις, η «ευγνωμοσύνη» από τον πελάτη, μπορεί να δημιουργήσουν δυσχέρειες, ιδιαίτερα κατά τα αρχικά στάδια της παρέμβασης.

«Το να δώσει το τηλέφωνο του σπιτιού του για κατευθείαν επικοινωνία, πέρα από το υπηρεσιακό πλαίσιο, το να μιλήσει στους γονείς στον ενικό και να μπορεί να βρίσκεται κοντά τους οποιαδήποτε ώρα τον χρειάζονται» είναι μερικά στοιχεία που

συντελούν στην ανάπτυξη εμπιστευτικού κλίματος μεταξύ του Κ.Λ. και των γονέων. Είναι κατανοητό ότι τα στοιχεία αυτά, η στάση αυτή του Κ.Λ. επισύρουν τις αποδοκιμασίες και προκαλούν αντιδράσεις των υποστηρικτών του μοντέλου παρέμβασης της παραδοσιακής κοινωνικής εργασίας. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 166).

Ωστόσο, η «επιθετική κοινωνική εργασία» αποδεικνύεται στην πράξη πιο αποτελεσματική καθώς προσεγγίζει τους στόχους της παρέμβασης σε μεγαλύτερο βαθμό, από ότι η παραδοσιακή μέθοδος.

Όσον αφορά ειδικότερα, τους στόχους της παρέμβασης καταγράφονται ως εξής:

A) η προσπάθεια του Κ.Λ. να αποτρέψει περαιτέρω κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού, η προστασία δηλαδή της υγείας του παιδιού

B) η θεραπευτική συνεργασία του Κ.Λ. με την οικογένεια ώστε να βελτιωθούν οι ενδοοικογενειακές σχέσεις και να διασφαλίζεται η ασφάλεια της επιστροφής του παιδιού στο σπίτι. Παράλληλα επιδιώκεται η βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας. (Χ. Μουζακίτης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 157-167).

Ο Κ.Λ. λοιπόν που ασκεί το έργο, θα πρέπει αφενός να «γνωρίζει» το πρόβλημα, αφετέρου να μπορεί να χειρίζεται κάθε υπόθεση ανάλογα.

Με τον όρο «να γνωρίζει το πρόβλημα», εννοείται η γνώση του Κ.Λ. γύρω από την έκταση του προβλήματος, τους αιτιογόνους παράγοντες, τις επιπτώσεις του και τα χαρακτηριστικά του σημάδια που επισημαίνουν την ύπαρξη κακοποίησης-παραμέλησης.

Ιδιαίτερα αυτό το τελευταίο, θα βοηθήσει τον Κ.Λ. να αξιολογήσει την πιθανότητα ύπαρξης του προβλήματος όταν έρχεται σε επαφή με περιστατικά, τα οποία ο γιατρός που τα έχει εξετάσει τα θεωρεί ως ύποπτα κακοποίησης-παραμέλησης. έχοντας τα στοιχεία αυτά στο νου του ο Κ.Λ. μπορεί να σχηματίσει μια πρώτη, προσεκτική εκτίμηση για τους γονείς και το παιδί. Τα στοιχεία αυτά πάνω από όλα θα βοηθήσουν τον Κ.Λ. στην αντιμετώπιση του περιστατικού πάνω σε προσεκτική βάση και θα τον κινητοποιήσουν στο να εξετάσει το ζήτημα με σοβαρότητα. (Πανούσης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 27-33).

Ο Κ.Λ. δεν θα πρέπει να πανικοβληθεί στην ιδέα της κακοποίησης-παραμέλησης, γιατί κάτι τέτοιο θα δυσκολέψει την αντιμετώπιση του προβλήματος. Δεν θα πρέπει

να αμελήσει ή να αδιαφορήσει μπροστά στα «σημάδια» αυτά απορρίπτοντας την περαιτέρω έρευνα.

Για την εξακρίβωση του θέματος, ο Κ.Λ. θα προσφύγει στη βοήθεια των γιατρών. Τα στοιχεία των ιατρικών εξετάσεων θα τον βεβαιώσουν για την ύπαρξη ή μη του προβλήματος. Η εξειδικευμένη βοήθεια του γιατρού είναι εξέχουσας σημασίας, γι' αυτό και ο Κ.Λ. πρέπει να επιζητά την συνεργασία μαζί του.

Το επόμενο βήμα του Κ.Λ. αφορά την διαγνωστική εκτίμηση της οικογένειας και του παιδιού. Ο Κ.Λ. θα πρέπει να καταγράψει το ιστορικό της οικογενειακής κατάστασης. Στο φάκελο του περιστατικού θα πρέπει να συγκεντρώνονται αρχικά στοιχεία του ιστορικού του τραύματος, πληροφορίες των ιατρικών εξετάσεων, δεδομένα από το ιστορικό της οικογένειας και τον τρόπο που τα μέλη συμπεριφέρονται, επικοινωνούν και συναλλάσσονται μεταξύ τους. (ο.π. σελ. 27-33).

Τα στοιχεία αυτά θα βοηθήσουν τον Κ.Λ. να προχωρήσει σε ένα πρώτο σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη τις δυνατότητες της υπηρεσίας αλλά και τα προβλήματα της οικογένειας.

Σε περιπτώσεις αδυναμίας της υπηρεσίας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του περιστατικού, ο Κ.Λ. θα πρέπει να ζητήσει τη συνδρομή άλλων αρμοδίων για το θέμα φορέων και υπηρεσιών και να παραπέμψει την οικογένεια στους κατάλληλους ειδικούς.

Όταν υπάρχουν δυνατότητες αντιμετώπισης του προβλήματος στα πλαίσια της συγκεκριμένης υπηρεσίας, το επόμενο βήμα του Κ.Λ. είναι οι ξεχωριστές συναντήσεις με κάθε μέλος της οικογένειας.

Οι συναντήσεις με τους γονείς, το παιδί και τα αδέρφια θα βοηθήσουν τον Κ.Λ. στην οργάνωση της παρέμβασης του, η οποία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευελιξία και δυνατότητα προσαρμογής σε νέα δεδομένα.

σχέσης και επικοινωνίας με έναν ενήλικα. (Daroven, *The Battered Child* 1969, σελ. 135-139).

Βασικό στοιχείο της παρέμβασης είναι η ανάπτυξη μιας εμπιστευτικής σχέσης μεταξύ γονέων και Κ.Λ. Ο Κ.Λ. θα πρέπει μέσα από σωστούς χειρισμούς να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις ανάπτυξης ισχυρών δεσμών μεταξύ αυτού και των γονέων, ανάπτυξης ενός κλίματος συνεργασίας, εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης.

Οι προϋποθέσεις αυτές θα εξυπηρετήσουν την αντιμετώπιση όλων των θεμάτων που θα προκύψουν κατά την θεραπευτική διαδικασία, κατά τρόπο ουσιώδη και επιτυχή.

Ζητήματα που άπτονται προσοχής και ανάλυσης αφορούν την αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων στην οικογένεια, την κάλυψη ιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των γονέων, τον χειρισμό συζυγικών προβλημάτων, την ενημέρωση των γονέων για θέματα ανατροφής, υγείας, πειθαρχίας των παιδιών και την εκπαίδευση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και άλλα ίσως θέματα που πιθανόν να σχετίζονται ιδιαίτερα με κάποιο συγκεκριμένο περιστατικό. (Martin 1974, σελ. 248- 267).

Η αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών, γίνεται από τον Κ.Λ. κατά τον τρόπο που παρουσιάστηκε στις προηγούμενες υποενότητες και πάντα σε ένα κλίμα αποδοχής και κατανόησης των γονέων.

Ο επιτυχημένος σταδιακά χειρισμός των ανωτέρω θεμάτων, ισχυροποιεί την θέληση των γονέων για συνεργασία με τον Κ.Λ. καθώς αυξάνει η πίστη και η σιγουριά τους για το πρόσωπο.

Συγχρόνως όμως γεννάται το ερώτημα, αν ισχυροποιείται και η εξάρτηση τους από τον Κ.Λ. Ειδικότερα για το θέμα της εξάρτησης ο Χ. Μουζακίτης (1990) αναφέρει ότι η στάση του Κ.Λ. θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να κινητοποιεί τους γονείς σε αυτενέργεια, πρωτοβουλία και ανάληψη των ευθυνών τους.

Η Κα Μαρούλη (1979) επισημαίνει ωστόσο ότι οι ανάγκες των γονέων για εξάρτηση από τον Κ.Λ., θα πρέπει να ενισχυθούν γιατί θεωρούνται απαραίτητες στην διαδικασία ωρίμανσης των γονιών. Μέσω της εξάρτησης αυτής, οι γονείς βιώνουν ξανά τη σχέση με γονεϊκά πρότυπα, νέες μορφές εξουσίας και είναι σε θέση

να διορθώσουν τις τραυματικές εμπειρίες των παιδικών τους χρόνων. Άρα στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του Κ.Λ. είναι ρόλος γονεϊκού υποκατάστατου.

Ο Κ.Λ. βέβαια θα πρέπει να ανταποκριθεί στις ανάγκες των γονέων για αναγνώριση, αποδοχή, στήριξη χωρίς ωστόσο να ενθαρρύνει την προσκόλληση και προσήλωση των γονέων στο πρόσωπο του. Θα πρέπει να τους καταστήσει όσο το δυνατόν πιο ικανούς για να αναλάβουν τις ευθύνες τους και να επιλύσουν τα προβλήματά τους, ενεργώντας κατά το μέγιστο τρόπο αυτόνομα και αυτοδύναμα.

Σε ορισμένα περιστατικά απαιτείται η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια. Ο Κ.Λ. όταν κρίνει ότι κάτι τέτοιο είναι αναγκαίο δεν θα πρέπει να διστάσει να προχωρήσει στην ενέργεια αυτή. Έτσι αφενός μεν θα πρέπει να συνεργαστεί με τα αρμόδια Κέντρα που θα αναλάβουν την φροντίδα του παιδιού, αφετέρου δε να συζητήσει το θέμα με τους γονείς και το παιδί. (Μαρούλη, Εκλογή 1979, σελ. 39-41).

Ο σωστός χειρισμός αυτού του ζητήματος, κατά τη θεραπευτική συνεργασία με τους γονείς καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την πορεία της διαδικασίας. Για το λόγο αυτό ο Κ.Λ. θα πρέπει να εξηγεί στους γονείς τους λόγους που καθιστούν αναγκαία αυτή την απομάκρυνση, να τους παρέχει πληροφορίες για το Κέντρο και τις συνθήκες διαβίωσης του παιδιού εκεί, καθώς και για τον τρόπο που οι ίδιοι θα συναντούν το παιδί.

Η επίλυση ενός τόσο λεπτού ζητήματος θα προφυλάξει τον Κ.Λ. από κατηγορίες που μπορεί να τον σκιαγραφούν υπονομευτή και εχθρό της οικογένειας ή παράγοντα διάλυσης της. Συγχρόνως, έχει επιβεβαιωθεί ότι η αποδοχή μιας τέτοιας λύσης από τους γονείς συμβάλλει ουσιαστικά στην βελτίωση των σχέσεων γονέα-παιδιού από ότι η παραμονή του παιδιού στο σπίτι.

Ο ρόλος λοιπόν του Κ.Λ. στην συνεργασία με τους γονείς συνίσταται κυρίως στο να ακούει τις ανάγκες τους, να αντιλαμβάνεται τα προβλήματά τους, να εξυπηρετεί την επικέντρωσή τους σε ένα κάθε φορά ζήτημα, να τους ενθαρρύνει να το αντιμετωπίσουν, να τους πληροφορήσει για πηγές βοήθειας στην κοινότητα, να τους συμβουλευτεί και να τους συμπαρασταθεί, ειλικρινά χωρίς να «προδίδει» την εμπιστοσύνη τους διαδίδοντας ή συζητώντας με άλλους, άσχετους, τις ανάγκες και το πρόβλημά τους, καταργώντας έτσι το απόρρητο των συναντήσεών τους. (Kemper, Child abuse and neglect, 1979, σελ. 33-35).

Κατά την συνεργασία του με τους γονείς ο Κ.Λ. συνήθως χρειάζεται να συνεργαστεί με ειδικούς και οργανώσεις, που λειτουργούν στα πλαίσια της κοινότητας, ώστε να επιτύχει την αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων των γονέων. Απαιτείται σαφώς γνώση των φορέων αυτών και του τρόπου πρόσβασης σε αυτούς καθώς και ικανότητα συνεργασίας. Ειδικοί ή φορείς, την συνδρομή των οποίων δύναται να ζητήσει ο Κ.Λ., ανάλογα με το περιστατικό είναι π.χ. ο ψυχίατρος, ο γιατρός, ΟΑΕΔ, Ομάδα Αλκοολικών, Πρόνοια, κλπ.

Ο ρόλος του Κ.Λ. είναι ιδιαίτερα ουσιώδης και κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού. Βασικά σημεία της διαδικασίας αποτελούν η σωστή διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού και η ανάπτυξη εμπιστευτικής θεραπευτικής σχέσης μαζί του.

Βοηθητικός είναι για το παιδί ο Κ.Λ. που το ακούει προσεκτικά, και αντιλαμβάνεται τα λεγόμενα του. Ο Κ.Λ. που λαμβάνει σοβαρά υπόψη τη γνώμη του παιδιού, συζητά ανοιχτά τα προβλήματα της κακομεταχείρισης του, επιτρέπει την έκφραση των καταπιεσμένων συναισθημάτων του, κατανοεί τις φοβίες του, του παρέχει την δυνατότητα να απεικονίζει γραπτά όσα του συνέβησαν και όσα του συμβαίνουν, κερδίζει την εμπιστοσύνη και την συνεργασία του παιδιού. (Martin, 1974, σελ.. 250-255).

Επίσης ζητήματα που σχετίζονται με την ορθή θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού από τον Κ.Λ. αφορούν την παροχή στο παιδί πληροφοριών για το πρόβλημα του, τις ιατρικές εξετάσεις, την πορεία της υγείας του, την αναγκαιότητα και τους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης.

Ουσιαστικά στοιχεία της παρέμβασης αυτής είναι να νοιώσει το παιδί ότι ο Κ.Λ. το πιστεύει και ότι το ίδιο δεν ευθύνεται για την κατάσταση που έχει περιέλθει. Η πληροφόρηση του παιδιού για την μετέπειτα εξέλιξη των γεγονότων (π.χ. επιστροφή στο σπίτι, φιλοξενία σε αρμόδιο Κέντρο, συνέχιση ή μη της συνεργασίας του με τον Κ.Λ.) καθώς και η προετοιμασία του για τις όποιες ενδεχόμενες αλλαγές, μειώνουν την απόγνωση, την άγνοια και την ανασφάλεια του παιδιού.

Η συμπάρσταση και αβροφροσύνη του Κ.Λ. προς το παιδί, προσφέρει, όπως και στην περίπτωση των γονέων, την δυνατότητα μιας εμπειρίας εμπιστοσύνης με γονεϊκό πρότυπο και την ευκαιρία χειρισμού των τραυματικών βιωμάτων που προκλήθηκαν από τους ίδιους τους γονείς. Σαφώς η απόλυτη εξάρτηση και

προσήλωση του παιδιού στον Κ.Λ. πρέπει να αποθαρρύνεται καθώς αποδυναμώνει την αυτοπεποίθησή του. (Μαρούλη, Εκλογή 1979, σελ. 31-45).

Και κατά την θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού είναι αναγκαία σε ορισμένες περιπτώσεις η συμβολή άλλων ειδικών π.χ. γιατρού, παιδοψυχιάτρου, λογοπεδικού, επισκέπτριας υγείας, νομικού κλπ. ή φορέων όπως π.χ. Εισαγγελέα Ανηλίκων, κέντρα Φιλοξενίας, πρόνοια κλπ.

Ο Κ.Λ. ίσως χρειαστεί κάποιες φορές εκτός από την οικογένεια, να χειριστεί και το προσωπικό του οργανισμού όπου εργάζεται. Εφόσον επισημάνει δείγματα αρνητικής ή επιθετικής συμπεριφοράς του προσωπικού προς τους γονείς, οφείλει να τα αντιμετωπίσει. Πρέπει να παράσχει ενημέρωση και εκπαίδευση στο προσωπικό για το ζήτημα της κακοποίησης-παραμέλησης, στοχεύοντας στην ευαισθητοποίηση του και την εξάλειψη των προκαταλήψεων τους. Σαφώς αυτό πρέπει να γίνει με τρόπο διακριτικό και προσεκτικό χωρίς να επισύρει την κριτική του προσωπικού στο άτομο του. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 182-3).

Ήδη αναφέρθηκε ότι ο Κ.Λ. οφείλει να κρατάει φάκελο του κάθε περιστατικού, όπου θα περικλείει τα σχετιζόμενα με αυτό στοιχεία.

Θα πρέπει συνεχώς να ενημερώνει την ατομική καρτέλα του περιστατικού καταγράφοντας κάθε καινούριο δεδομένο, την εξέλιξη της παρέμβασης και τις ατομικές αξιολογήσεις του ίδιου.

Η τήρηση ενός αρχείου των περιπτώσεων αυτών κατά τρόπο υπεύθυνο και συστηματικό εξυπηρετεί τον Κ.Λ. καθώς έχει όλα τα στοιχεία που τον ενδιαφέρουν συγκεντρωμένα, ερευνητικές προσεγγίσεις του προβλήματος (με βάση τα στοιχεία που διαθέτει) μπορεί να αξιολογήσει την πορεία της παρέμβασης του και να πιστοποιήσει την ύπαρξη επαναλαμβανόμενης κακοποίησης αναζητώντας στο αρχείο του στοιχεία για το περιστατικό. (Assen και συν., *Child Abuse and Neglect* 1986, σελ. 211-3).

Στις περιπτώσεις τέλος, που το περιστατικό έχει φύγει από το νοσοκομείο, ο ρόλος του Κ.Λ. και η παρέμβασή του, δεν σταματά. Οφείλει να παρακολουθεί τακτικά την περίπτωση, για διάστημα τέτοιο που αρμόζει στις ανάγκες της. Καθώς η κατάσταση της οικογένειας βελτιώνεται, αυτό το follow up, όπως έχει επικρατήσει να λέγεται, διεξάγεται κατά μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Με τον τρόπο αυτό ο Κ.Λ. βοηθά την οικογένεια να κάνει πράξη όσα βίωσε κατά την θεραπευτική διεργασία, ασκεί



πρόληψη ενάντια σε νέα κακοποίηση-παραμέληση και αξιολογεί τον τρόπο της παρέμβασης του και του βαθμού αποτελεσματικότητας του χειρισμού του. (ο.π., σελ. 217-218).

Πολύτιμη ίσως αποδειχθεί η βοήθεια ειδικών όπως π.χ. Επισκέπτρια Υγείας για την διεξαγωγή αυτής της τακτικής παρακολούθησης της περίπτωσης. Ωστόσο, αυτό το Follow up, δεν εφαρμόζεται συχνά ή συστηματικά στην Ελλάδα με αποτέλεσμα την παροδική αντιμετώπιση του προβλήματος και την επανεισαγωγή συνήθως του παιδιού στο νοσοκομείο, λόγω νέας κακομεταχείρισης.

Όπου ο Κ.Λ. αποτελεί μέλος μιας διεπιστημονικής ομάδας (π.χ. με μέλη εκτός του Κ.Λ., γιατρό, παιδοψυχίατρο, νομικό κλπ.) απαιτείται ικανότητα συνεργασίας και υποδοχής των μελών. Προκύπτει η αναγκαία χάραξη ορίων παρέμβασης και ο ακριβής προσδιορισμός των ρόλων μεταξύ των ειδικών. (Γ. Πανούσης, Κοιν. Εργασία 1993, σελ. 31).

Η ορθή λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας επιτυγχάνεται όταν τα μέλη συνδιαλέγονται σωστά, συζητούν, αναλύουν και συναποφασίζουν για τα περιστατικά. Συνεργάζονται δηλαδή χωρίς να παρεμβαίνει ο ένας στο έργο του άλλου ή να το παραγκωνίζει ενώ παρέχουν μεταξύ τους συμπαράσταση, κατανόηση και σεβασμό.

Την αποφόρτιση από την ένταση της αντιμετώπισης περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης, ή την καθοδήγηση σε στιγμές αδιεξόδου μπορεί να προσφέρει στον Κ.Λ. (και κάθε ειδικό) η εποπτεία. Το ασφαλές περιβάλλον της εποπτικής ομάδας παρέχει στον Κ.Λ. την δυνατότητα να εκφράσει το άγχος, την αγωνία ή ακόμη και την χαρά για την έκβαση των περιπτώσεων, μπορεί να αντλήσει δύναμη μέσω της ανατροφοδότησης, της στήριξης ή της επιβράβευσης, να πάρει πληροφορίες και γνώσεις και να χειριστεί το ζήτημα με μεγαλύτερη ενέργεια. Δυστυχώς η εποπτεία αποτελεί κάτι συχνά παράδοξο ή παράλογο για τις ελληνικές υπηρεσίες, κάποτε δε περιττό.

### 3. Δυσκολίες του Κοινωνικού Λειτουργού.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ο Κ.Λ. αδυνατεί να ακολουθήσει αυτό τον τρόπο παρέμβασης λόγω δυσκολιών που πηγάζουν είτε από τον ίδιο είτε από παράγοντες ανεξάρτητους από αυτόν.

Έτσι συχνά ο Κ.Λ. αντιμετωπίζει αδιέξοδο στην έκβαση των περιπτώσεων ή αδυναμία αντικειμενικής εκτίμησης και συνεργασίας με τρίτους. Η αιτία αυτών των δυσκολιών προέρχεται από την επιβάρυνση των Κ.Λ. σχεδόν, με το μέγιστο μέρος της διαγνωστικής εκτίμησης, του μεγάλου αριθμού περιστατικών και τον υπερβολικό φόρτο εργασίας. Κατάσταση ιδιαίτερα γνώριμη σε υπηρεσίες όπου ο θεσμός της διεπιστημονικής ομάδας δεν υφίσταται.

Κάτι τέτοιο όμως, κουράζει και απογοητεύει τον Κ.Λ. καθώς δεν του παρέχεται συμπαράσταση και συμβουλή, ή απάντηση σε πολλά ερωτήματά του. Συνέπεια όπως αναφέρθηκε, η κωλυσιεργία λύσης των περιστατικών ή η απομάκρυνση του Κ.Λ. από τους άλλους ειδικούς με την ιδέα της παντοδυναμίας μέσα του.

Άλλοτε πάλι, η σοβαρότητα της κατάστασης του παιδιού, επιφέρει έντονα επίθετικά και αρνητικά συναισθήματα για τους γονείς του παιδιού, τα οποία ο Κ.Λ. τα εκφράζει στις συναντήσεις του μαζί τους ως απόρριψη και δυσπιστία ή προκατάληψη. (Jossely, *Social Casework* 1983, σελ. 38-9).

Ωστόσο, επισημαίνεται ότι η σοβαρότητα ενός τραύματος δεν σημαίνει απαραίτητα και ύπαρξη αξεπέραστων προβλημάτων στους γονείς.

Επιπλέον η απορριπτική και προκατειλημμένη στάση προς τους γονείς, αποθαρρύνει την συμμετοχή τους στη θεραπεία, την οποία ιδιαίτερα στην αρχή δεν «βλέπουν με καλό μάτι».

Κάποτε, νομικές διατάξεις και νομικά κωλύματα αποτελούν αιτίες παρεμπόδισης του έργου του Κ.Λ. Ο νόμος δηλαδή δεν του παρέχει ούτε το δικαίωμα, ούτε την κάλυψη να αυτενεργήσει σε περιπτώσεις άμεσου κινδύνου της ζωής του παιδιού ή της υγείας του, εφόσον οι γονείς αντιτίθενται στην απομάκρυνση του παιδιού από κοντά τους.

Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται η συγκατάθεση και η άδεια του Εισαγγελέα Ανηλίκων. Διαδικασίες χρονοβόρες και ίσως καθοριστικές για την κατάσταση του παιδιού.

Υπάρχουν επίσης στιγμές, όπου ο Κ.Λ. όπως επισημαίνει η Κα Σωτηροπούλου (Κ.Λ. στο Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ») δεν τυγχάνει της συνεργασίας και κατανόησης των αρμοδίων των διάφορων Κέντρων Φιλοξενίας Παιδιών ή των υπευθύνων άλλων υπηρεσιών.

Παρά το γεγονός ότι ο Κ.Λ. τους εκθέτει την αναγκαιότητα π.χ. απομάκρυνσης του παιδιού από το σπίτι του ή συμμετοχής των γονέων σε ένα πρόγραμμα αποτοξίνωσης κλπ., συναντά συχνά, την άρνηση των αρμοδίων. Ο συνήθης λόγος είναι ο μεγάλος αριθμός ατόμων που εξυπηρετούνται από τις οργανώσεις αυτές και η απουσία κενών θέσεων.

Διαπιστώνεται έντονα, η απουσία υποστηρικτικού δικτύου, γεγονός που δυσκολεύει την αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών και την τακτική παρακολούθησή τους.

Η προσπάθεια του Κ.Λ. να απομακρυνθεί το παιδί από τους γονείς αποτελεί συχνά σημείο αιχμής στη σχέση του Κ.Λ. με τους γονείς και εστία εκτόξευσης έντονης κριτικής εις βάρος του. Οι κατηγορίες πολλές φορές προέρχονται όχι μόνο από τους γονείς αλλά και από τον κοινωνικό περίγυρο ή τα μαζικά μέσα ενημέρωσης.

Στο πρόσωπό του επικεντρώνουν την αιτία διάλυσης της οικογένειας, αποτελεί για όλους εξιλαστήριο θύμα, ο «αποδιοπομπαίος τράγος» που ευθύνεται για την ύπαρξη και διάσταση του θέματος.

Είναι δυνατόν τότε ο Κ.Λ. να καταβάλλεται από απογοήτευση ή θυμό καθώς κανείς δεν αντιλαμβάνεται ότι κίνητρο των ενεργειών του είναι κύρια το συμφέρον του παιδιού αλλά και της οικογένειας.

Άλλοτε πάλι ο Κ.Λ. δεν έχει πλήρη γνώση της περιγραφής της τυπικής οικογένειας όπου συμβαίνει κακοποίηση-παραμέληση. Αυτό δυσχεραίνει σημαντικά τόσο την διαγνωστική όσο και τη θεραπευτική κατανόηση του προβλήματος.

Ωστόσο οι δυσχέρειες αυτές οφείλουν να αντιμετωπιστούν άμεσα προκειμένου για ολοκληρωμένη και συστηματική αντιμετώπιση του προβλήματος από τον Κ.Λ.

Όταν ο Κ.Λ. συμπεριφέρεται με εμπάθεια και ενσυναίσθηση στους γονείς και το παιδί και όταν δεν συντρέχουν οι παραπάνω παράγοντες δυσκολιών, τότε σαφώς η παρέμβαση του μπορεί να έχει τα αναμενόμενα ή σχεδόν αναμενόμενα θετικά αποτελέσματα. (Reavley G., Social Work Today, 1976, σελ. 10-12).

Στην συνέχεια θα αναφερθεί με συντομία ο ρόλος κάποιων ειδικών, η συμβολή των οποίων σε ζητήματα κακοποίησης-παραμέλησης θεωρείται λίαν σημαντικός.

Η αναλυτική αναφορά στο ρόλο του Κ.Λ. απορρέει από το ιδιαίτερο ενδιαφέρον μας ως Κ.Λ. για τις αρμοδιότητες, τα καθήκοντα και τις ικανότητες που απαιτεί ο χειρισμός τέτοιων περιστατικών από ένα Κ.Λ. Το ενδιαφέρον μας λοιπόν για το ρόλο είναι άμεσο.

Σε καμία περίπτωση η αναλυτική περιγραφή στο ρόλο του Κ.Λ. σε σύγκριση με την περιληπτική αναφορά του ρόλου των υπόλοιπων ειδικών δεν συνεπάγεται τον υποβιβασμό τους. Η συμβολή τους στην αντιμετώπιση του προβλήματος θεωρείται ισότιμη και ισάξια με την συμβολή των Κ.Λ.

Η παράλειψη αναφοράς σε ειδικούς όπως εργοθεραπευτού, λογοπεδικού κλπ. συνίσταται στην ανάγκη περιορισμού της μελέτης και αποφυγής περαιτέρω εξειδικεύσεων.

## Η. Ο ρόλος των άλλων ειδικών.

### 1. Ο ρόλος του παιδοψυχιάτρου.

Ο παιδοψυχίατρος μπορεί να προσφέρει ουσιαστικό έργο στην διάγνωση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Έτσι ο παιδοψυχίατρος μπορεί να αναλάβει:

1. τη διαγνωστική αξιολόγηση των γονιών όταν υπάρχουν υποψίες ή συμπτώματα ψυχικής νόσου
2. την διαγνωστική αξιολόγηση του παιδιού, όταν το παιδί συνοδεύεται από ιστορικό εξελικτικών ή φυσιολογικών προβλημάτων.

Σε περίπτωση όπου έχει διαγνωστεί ψυχική διαταραχή στους γονείς, τότε ο παιδοψυχίατρος μπορεί να τους παραπέμψει σε κατάλληλες υπηρεσίες ψυχιατρικής περίθαλψης. Όταν η διαταραχή εντοπίζεται είναι δυνατόν να αναλάβει και ο ίδιος την θεραπευτική προσέγγιση.

Επίσης ο παιδοψυχίατρος μπορεί περιοδικά να εξετάζει περιστατικά κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, κατά τη διάρκεια θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών από ειδικούς που ίσως δεν είναι τόσο ειδικευμένοι στην ψυχολογική διαταραχή. Με τον τρόπο αυτό εξαλείφονται παραλήψεις ή αδυναμίες της θεραπευτικής παρέμβασης. (Τσιάντης, βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 97).

Σημαντική βοήθεια μπορεί να προσφέρει ο παιδοψυχίατρος στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, τα οποία έχουν το βάρος της θεραπείας και της αποκατάστασης των περιστατικών, από το πρώτο στάδιο. Μπορεί να τους προσφέρει υποστήριξη και συμβουλευτική συμπαράσταση και ενημέρωση σχετικά με ψυχοπαθολογικά δεδομένα. Εξετάζει, συνεργάζεται και συναποφασίζει για τα περιστατικά με την ομάδα. Το ίδιο μπορεί να κάνει και με το λοιπό προσωπικό του Κέντρου, να τους ενημερώσει και να τους βοηθήσει στην επικοινωνία με τους γονείς και τα παιδιά.

### 3. Ο ρόλος του γιατρού .

Ο γιατρός κατά τη διάγνωση και γενικότερα την αντιμετώπιση της κακοποίησης-παραμέλησης οφείλει:

A) να βάλει και την κακοποίηση στην διαφορετική διάγνωση κάθε τραυματισμού που έχει ύποπτο ιστορικό

B) να αντιμετωπίσει το περιστατικό και τη διάγνωση του ως επείγοντα ζητήματα. Να προσπαθήσει δηλαδή άμεσα να εξακριβώσει αν η κατάσταση του παιδιού οφείλεται σε κακομεταχείριση του από τους γονείς. Ακόμη κι αν δεν έχει συμβεί αυτό, η έρευνα του γιατρού που θα γίνει προσεκτικά και υπεύθυνα δεν θα βλάψει το παιδί αλλά θα το βοηθήσει.

Γ) να μην αδιαφορήσει, να μην αμελήσει και να μην θεωρήσει ότι η κακοποίηση προκλήθηκε τυχαία, λόγω κάποιας οξείας κρίσης, θα πρέπει δηλαδή να δείξει ενδιαφέρον έχοντας στο νου του την πιθανότητα της επαναλαμβανόμενης κακομεταχείρισης

Δ) να εισάγει το παιδί στο νοσοκομείο, για να έχει την δυνατότητα επιβεβαίωσης της διάγνωσης αλλά και να προστατέψει το παιδί. Η επούλωση του τραύματος και η άμεση επιστροφή του στο σπίτι, δεν οδηγεί στην αποκάλυψη των περιστατικών κακομεταχείρισης. Ο γιατρός οφείλει να εισάγει το παιδί στο νοσοκομείο για να επιβεβαιώσει ή να καταρρίψει την υποψία, οφείλει να ελέγξει τις ενδείξεις

Ε) αν σταθεί απέναντι στους γονείς με ειλικρίνεια αλλά και κατανόηση κάνοντας γνωστό ότι ο ίδιος έχει αντιληφθεί την ευθύνη τους για την κατάσταση του παιδιού, ωστόσο είναι διατεθειμένος να τους βοηθήσει να ξεπεράσουν το πρόβλημα

Στ) να ζητήσει, στη συνέχεια να πάρει ιστορικό του περιστατικού συζητώντας με τους γονείς

Ζ) να καταγράψει αναλυτικά τις βλάβες και τους τραυματισμούς στην κατάσταση που υπάρχουν όταν το παιδί εισέρχεται στο νοσοκομείο. Να περιγράψει δηλαδή λεπτομερώς την κατάσταση του παιδιού, όταν το πρωτοσυναντά. Η περιγραφή αυτή μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς δίνει στο γιατρό την δυνατότητα να συγκρίνει την πορεία της κατάστασης του παιδιού κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο

Η) να προχωρήσει σε ακτινολογική εξέταση του παιδιού, η οποία μπορεί να υποδείξει τραύματα που εξωτερικά έχουν επουλωθεί, τραύματα δηλαδή που δεν είναι ορατά με γυμνό μάτι

Θ) να ζητήσει να προσέλθουν για ιατρική εξέταση τα αδέρφια του θύματος, καθώς πολλές φορές η κακομεταχείριση είναι φαινόμενο που στρέφεται σε όλα τα ανήλικα μέλη της οικογένειας

Ι) να αποφύγει τη σύνδεση της σοβαρότητας του τραύματος με την γενικότερη κατάσταση της οικογένειας ή του περιστατικού

Κ) να επιχειρήσει θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο της βλάβης όσο και της κακοποίησης ως οικογενειακό πρόβλημα. Αυτό μπορεί να συμβεί σε νοσοκομεία ή κέντρα όπου δεν υπάρχουν ειδικοί επιστήμονες. Ο γιατρός θα πρέπει να συνεργαστεί με τους γονείς, να τους συμβουλευτεί και να τους συμπαρασταθεί

Λ) να ενημερώσει τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για την κατάσταση του παιδιού. Να τους πληροφορεί για την πορεία της υγείας του παιδιού και κάθε νέο στοιχείο που προκύπτει από τις εξετάσεις, καθώς και τις αντιδράσεις του παιδιού

Μ) να παραπέμψει τα περιστατικά στην Κοινωνική Υπηρεσία. Οι γιατροί είναι οι πρώτοι που έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες καταστάσεις, οφείλουν λοιπόν να ενημερώσουν την Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου ή του κέντρου όπου απασχολούνται. Στις περιπτώσεις αυτές δεν λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα αντιμετώπισης περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης αλλά το βάρος της ευθύνης αυτών των θεμάτων αναλαμβάνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Γι' αυτό οι γιατροί οφείλουν να τους καθιστούν γνώστες της κατάστασης, παρέχοντας τους όλες τις πληροφορίες. (Βαλάση Αδάμ, Κακοποίηση και Παραμέληση Παιδιών 1987, σελ. 23-29).

Ο ρόλος λοιπόν του γιατρού είναι ιδιαίτερος σημαντικός καθώς είναι ο επιστήμονας που θα συμβάλει, με την υπεύθυνη και ενσυνείδητη στάση του, στην γνωστοποίηση των περιπτώσεων και θα δώσει το έναυσμα για την θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος. (Βαλάση και συν. 1985, σελ. 149-175).

Παρόλα αυτά, υπάρχει ένας αριθμός γιατρών που δυσκολεύονται να διαγνώσουν το πρόβλημα, υποτιμούν οποιοδήποτε πρόβλημα στο οποίο δεν διαγνώνουν οργανική αιτία, καθησυχάζουν τις όποιες υποψίες τους και εμποδίζουν την αντιμετώπιση του θέματος.

Η ευαισθητοποίηση στις μέρες μας, γύρω από το ζήτημα αυτό, έχει αυξηθεί σημαντικά και έτσι μπορούμε να μιλάμε για μικρό αριθμό τέτοιων μη προσεκτικών και μη υπεύθυνων γιατρών.



#### 4. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας και της επισκέπτριας υγείας.

Η νοσηλεύτρια βρίσκεται ίσως πιο πολλές ώρες με το παιδί κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Έτσι μπορεί να προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες στην διεπιστημονική ομάδα για τις αντιδράσεις και την συμπεριφορά του παιδιού, αλλά και των γονιών.

Η προσεκτική θεραπευτική αγωγή του παιδιού θα το βοηθήσει να έχει την εμπειρία μιας «μητρικής στοργής και φροντίδας», μα αποκτά έτσι εμπιστοσύνη στο νοσοκομειακό περιβάλλον και τους ειδικούς και να ανταποκριθεί θετικά στην θεραπευτική του προσέγγιση από τους ειδικούς. (Assen και συν., Child Abuse and Neglect 1986, σελ. 85-90).

Η αντίδραση της νοσηλεύτριας προς τους γονείς θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αποδοχή και κατανόηση. Δεν θα πρέπει να συμπεριφέρεται στους γονείς έντονα, κριτικά, εκφράζοντας ανοιχτά επιθετικά, συναισθήματα προς αυτούς. Δεν θα πρέπει επίσης να τους «βομβαρδίζει» με ερωτήσεις προσπαθώντας να ικανοποιήσει την περιέργεια της, καταργώντας έτσι την ανάγκη μιας διακριτικής αντιμετώπισης των γονέων. Συχνά αυτά τα τελευταία συμβαίνουν και αναγκάζουν τους γονείς σε άρνηση της θεραπείας και σε επιθετικότητα προς τους άλλους.

Η επισκέπτρια υγείας μπορεί να προσφέρει σημαντικό έργο ιδιαίτερα μετά την απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι. Στις επισκέψεις της στο σπίτι της οικογένειας παρέχει πληροφορίες στους γονείς για θέματα υγείας και υγιεινής διαβίωσης και συμπαράσταση ή και οδηγίες για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του παιδιού.

Συγχρόνως συλλέγει στοιχεία για τη συμπεριφορά των γονέων και του παιδιού, ενημερώνει την διεπιστημονική ομάδα, συμβάλλοντας έτσι στην προώθηση της θεραπευτικής προσέγγισης.

Δεν ασκεί ωστόσο κριτική στους γονείς, για ένα π.χ. ακατάστατο σπίτι ή για το ότι δεν παίζουν καλά το ρόλο τους, γιατί τότε γίνεται ένα ακόμη πρόσωπο που καταδικάζει τους γονείς.

Οι πρακτικές συμβουλές για θέματα υγείας και η συμπαράσταση που τους παρέχει η επισκέπτρια υγείας σε τακτικές συναντήσεις, (οι οποίες μειώνονται με την πάροδο του χρόνου και την βελτίωση του οικογενειακού σκηνικού) είναι στην ουσία και προληπτικά μέτρα εναντίον της επανακακοποίησης-παραμέλησης.

### Θ. Πρόληψη της κακοποίησης-παραμέλησης.

Ο παιδίατρος Kempe που πρώτος επισήμανε το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών από τους γονείς τους, προχώρησε και στο σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων.

Μέσα στο μαιευτήριο, παρακολούθησε μαζί με τους συνεργάτες του 300 μητέρες και παιδιά. Επισήμαναν χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς των μητέρων που τις χαρακτήριζαν «εν κινδύνω» να κακοποιήσουν αργότερα τα παιδιά τους.

Σε μια ομάδα αυτών των μητέρων άσκησαν κάποια προληπτική παρέμβαση η οποία συνίστατο κυρίως στην μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης των συνηθισμένων ιατρικών υπηρεσιών. Σε άλλη ομάδα δεν προσφέρθηκαν παρά οι συνηθισμένες υπηρεσίες από διάφορους υγειονομικούς φορείς.

Αποτέλεσμα, 5 παιδιά με την πάροδο 2 χρόνων εισήχθησαν στο νοσοκομείο με βαριές σωματικές βλάβες. Τα παιδιά αυτά προέρχονταν από την ομάδα όπου δεν είχε γίνει η προληπτική παρέμβαση. Είναι χαρακτηριστικό ότι το κόστος θεραπείας αυτών των παιδιών αποδείχθηκε υπερβολικά μεγάλο εν συγκρίσει με το κόστος όλης της παρέμβασης.

Το παράδειγμα αυτών των προληπτικών μέτρων του Kempe επιβεβαιώνει την σημασία της πρόληψης στην αντιμετώπιση της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου 1991, σελ. 167-9).

Η πρόληψη προκειμένου να καταστεί ουσιώδης και αποτελεσματική πρέπει να χαρακτηρίζεται από οργάνωση και διαρθρωτική ταξινόμηση των προγραμμάτων. Η ταξινόμηση αυτή οδηγεί στον διαχωρισμό της προληπτικής διεργασίας σε τρεις φάσεις που φαινομενικά θεωρούνται αυτοτελείς, στην πραγματικότητα είναι αλληλένδετες. Εκείνο που τις συνδέει είναι η αλληλουχία των επιδιωκόμενων κάθε φορά στόχων.

Έτσι η πρόληψη διαχωρίζεται σε:

- 1) πρωτογενής πρόληψη - 1<sup>η</sup> φάση διεργασίας
- 2) δευτερογενής πρόληψη - 2<sup>η</sup> φάση διεργασίας
- 3) τριτογενής πρόληψη - 3<sup>η</sup> φάση διεργασίας.

Αναλυτικότερα, μπορούν να αναφερθούν τα εξής:

1) πρωτογενής πρόληψη. Τα μέτρα που λαμβάνονται στη φάση αυτή σχετίζονται άμεσα με την καταπολέμηση των αιτιολογικών παραγόντων της κακοποίησης-παραμέλησης. Αντικειμενικός στόχος των μέτρων αυτών είναι η προώθηση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Τα μέτρα που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνουν:

- βελτίωση κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης, καλύτερες συνθήκες κατοικίας, εργασίας, πρόνοιας, εκπαίδευσης, περίθαλψης κ.α.
- ενημέρωση για θέματα υγείας και κυρίως για ζητήματα φυσικής υγείας
- ενημέρωση για θέματα ανατροφής και πειθαρχίας των παιδιών
- διαφώτιση για ζητήματα ενδοοικογενειακών σχέσεων, ορίων και δικαιωμάτων καθώς και υποχρεώσεων
- συζήτηση θεμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης, αντισύλληψης
- φροντίδα εγκύων, ιατρική παρακολούθηση, καλές συνθήκες τοκετού, παρακολούθηση μητέρας και νεογνού
- προγράμματα ενίσχυσης της μητρότητας, άδειες κύησης και τοκετού (Ι.Υ.Π. οδηγός για Επαγγελματίες 1992, σελ. 95-97)

2) δευτερογενής πρόληψη. Στοχεύει στην έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση οικογενειών με αυξημένη παθολογία, άρα και αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης του προβλήματος. Τα μέτρα του σταδίου αυτού επικεντρώνονται στην παρακολούθηση των εγκύων και στον εντοπισμό εκείνων που ίσως μελλοντικά κακοποιήσουν-παραμελήσουν το παιδί τους. Είναι παρέμβαση βασισμένη στο πρότυπο πρόληψης του Kempe.

Γίνεται αντιληπτή η σύνδεση της άμεσης ανίχνευσης επικίνδυνων οικογενειών, με την έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση και αποφυγή εκδήλωσης του προβλήματος στις οικογένειες αυτές.

3) τριτογενής πρόληψη. Στόχο έχει την αποφυγή επανακακοποίησης ή παραμέλησης ενός παιδιού που ήδη έχει υποστεί κακομεταχείρισης ή την αποφυγή εκδήλωσης παρόμοιας συμπεριφοράς των γονέων και στα άλλα παιδιά της οικογένειας.

Τα προληπτικά αυτά μέτρα σχετίζονται άμεσα με την θεραπευτική παρέμβαση σε ένα περιστατικό. Στην ουσία είναι ίδια, δηλαδή:

- αξιολόγηση της κατάστασης από διεπιστημονική ομάδα
- θεραπευτική αντιμετώπιση γονέων
- αντιμετώπιση των προβλημάτων της οικογένειας που αφορούν κρίσεις
- θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού
- απομάκρυνση του παιδιού από το οικογενειακό περιβάλλον
- αφαίρεση γονικής επιμέλειας

Πάνω σ' αυτό το σχήμα βασίστηκε ένα από τα ελάχιστα (αν όχι το μοναδικό) προληπτικό πρόγραμμα της χώρας μας που διενέργησε το Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παιδών «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», υπό την εποπτεία του γνωστού παιδοψυχιάτρου κ. Τσιάνη.

Στο πρόγραμμα αυτό λοιπόν συμμετείχαν Επισκέπτριες Υγείας των ιατρείων του Ι.Κ.Α. Μετά από σεμινάρια και ειδική εκπαίδευση οι επισκέπτριες αυτές ασχολήθηκαν με τη συστηματική παρακολούθηση εγκύων μητέρων στα πλαίσια των ιατρείων του Ι.Κ.Α.

Η παρέμβαση περιελάμβανε τα μέτρα της πρωτογενούς πρόληψης, συμπαράσταση των γυναικών και συμβουλευτική υποστήριξη. Οι συναντήσεις γινόταν κυρίως στα σπίτια των οικογενειών κάποτε, πιο σπάνια στις εγκαταστάσεις του Ι.Κ.Α.

Στην συνέχεια η παρακολούθηση περιελάμβανε και την εξέταση των παιδιών (δευτερογενής πρόληψη, έρευνα ενδοοικογενειακών σχέσεων κλπ.)

Παράλληλα χρησιμοποιήθηκε και μια ομάδα ελέγχου, μητέρες δηλαδή που δεν είχαν ιδιαίτερη συνεργασία με τις επισκέπτριες υγείας.

Τα αποτελέσματα ήταν χαρακτηριστικά. Στην πλειοψηφία τους τα παιδιά των μητέρων της ομάδας ελέγχου γεννήθηκαν με μικρότερο βάρος από τα παιδιά των μητέρων της ομάδας παρέμβασης. Τα πρώτα παιδιά και οι μητέρες τους αντιμετώπισαν δυσκολίες όπως προβληματική κύηση, δύσκολος τοκετός, προβλήματα στη νεογνική φάση της ζωής του βρέφους και διαταραχές στην σχέση μητέρας-παιδιού. Αντίθετα στην ομάδα παρέμβασης οι δυσκολίες αυτές και τα ανωτέρω προβλήματα συναντιόταν σε πολύ περιορισμένο έως σπάνιο ποσοστό.

Κατά την είσοδο των παιδιών στο σχολείο, τα παιδιά της ομάδας ελέγχου παρουσίασαν μειωμένη ψυχική, σωματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη ενώ εμφάνισαν δυσκολίες προσαρμογής και επιθετικότητα. Αντίθετα στα παιδιά της ομάδας παρέμβασης οι δυσκολίες αυτές ήταν περιορισμένες, η ανάπτυξη των παιδιών ομαλή και η προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον πιο εύκολη.

Το πρόγραμμα συνεχίζεται και στοχεύει στην παρακολούθηση των παιδιών και των οικογενειών τους, με τακτικό και συστηματικό τρόπο, στην αξιολόγηση της ομαλής ή μη επιτυχίας των παιδιών στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των νέων σταδίων ανάπτυξης τους καθώς και στην αξιολόγηση της όλης προληπτικής παρέμβασης.

Η αξιολόγηση και η αναπροσαρμογή του προγράμματος στα νέα δεδομένα είναι συνεχής και επιτακτική. Η συνεχής επιμόρφωση των Επισκεπτριών Υγείας και η ανατροφοδότηση τους μέσω εποπτικών συναντήσεων ενίσχυσε την πίστη τους στο πρόγραμμα και την θέληση τους για δουλειά.

Η στάση αποδοχής και συμπάραστασης, σεβασμού και αναγνώρισης των Επισκεπτριών Υγείας προς τις γυναίκες της ομάδας παρέμβασης συνέβαλλε στην κινητοποίηση των ίδιων για την επίλυση των οικογενειακών τους προβλημάτων.

Σύμφωνα με ομολογίες των ίδιων των Επισκεπτριών που συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό, η ανάμειξή τους στις διεργασίες αυτού του είδους εξυπηρέτησε και τις ίδιες στην κατανόηση του εαυτού τους, των ενδοοικογενειακών σχέσεων και προβλημάτων τους.

Η αναλυτική αναφορά του προληπτικού αυτού προγράμματος μοναδικού και ίσως πρωτοποριακού για τα ελληνικά δεδομένα μπορεί να αιτιολογηθεί καθώς αποτελεί ένα πιο οργανωμένο και σωστά καθορισμένο σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε σύγκριση με την χαώδη ουσιαστικά κατάσταση των ελληνικών υπηρεσιών και φορέων. Το πρόγραμμα αυτό μπορεί να αποτελέσει την βάση για εκπόνηση και διενέργεια νέων προληπτικών προγραμμάτων.

Δυσκολίες που πηγάζουν από τη μειωμένη ή παντελή έλλειψη χρηματοδότησης, την έλλειψη οργάνωσης και σχεδιασμού, την απουσία συντονισμού και την απροθυμία των ειδικών για συμμετοχή, δυσχεραίνουν την εφαρμογή τόσο του εν λόγω προγράμματος, όσο και άλλων παρομοίων που πιθανόν έχουν εκπονηθεί.

Η σημασία της πρόληψης είναι τεράστια. Είναι πιο εύκολο και πιο ανώδυνο να προλαμβάνεται ένα πρόβλημα παρά να γίνεται προσπάθεια θεραπείας των ποικίλων επιπτώσεων του.

Και από οικονομικής πλευράς αν εξετασθεί το ζήτημα είναι φανερό ότι τα οφέλη της Πολιτείας είναι μεγαλύτερα αν επενδύσει στην πρόληψη κυρίως και λιγότερο στη θεραπεία.

Όλα αυτά θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους οι υπεύθυνοι της Πολιτείας και να προχωρήσουν στην προσεκτική λήψη μέτρων πρόληψης του προβλήματος στην Ελλάδα. Η έκταση και η σοβαρότητα του προβλήματος στη χώρα μας δεν επιδέχονται καθυστερήσεις ή απροσεξία. Η καθυστέρηση που εμφανίζει η Ελλάδα στον τομέα κακοποίηση-παραμέληση παιδιών είναι εμφανής, άμεσα ορατή και αντιληπτή, δεν γίνεται λοιπόν να μπορέσει να διαψεύσει την πραγματικότητα μόνο σε λεκτικό επίπεδο. Απαιτείται πλέον δράση σε πρακτικό επίπεδο.

## I. Νομική αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης

### 1. Νομικές προβλέψεις

Η οικογένεια, ως θεσμός, αναγνωρίζεται και προστατεύεται από το Ελληνικό Δίκαιο, με διάφορες ρυθμίσεις και διατάξεις. Η διάταξη του άρθρου 21§ 1 του Συντάγματος θέτει υπό την προστασία του Κράτους το γάμο, την οικογένεια, την μητρότητα και την παιδική ηλικία.

Κανόνες με τυπική ισχύ που αφορούν το Οικογενειακό Δίκαιο υπάρχουν εκτός από το Σύνταγμα του 1975 και σε διεθνή κείμενα που δεσμεύουν την Ελλάδα. Τα κυριότερα από αυτά τα διεθνή δεσμευτικά για την Ελλάδα κείμενα είναι : η διάταξη του άρθρου 16 § 1 της Παγκόσμιας Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, τα άρθρα 12 και 14 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και η Διεθνής Σύμβαση του ΟΗΕ που επικυρώθηκε το 1983 (Τσελεμέγκου - Αντωνιάδου Παιδαγωγικά Χρονικά, 1992, σελ. 231).

Το Οικογενειακό Δίκαιο, όπως είναι γνωστό, ρυθμίζει τις σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, οι οποίες αναλύονται σε δικαιώματα και υποχρεώσεις. Τα όρια της κατάχρησης των οικογενειακών δικαιωμάτων, χαράσσονται πολύ αυστηρότερα απ' ότι των άλλων δικαιωμάτων, σε ορισμένες περιπτώσεις.

Υπάρχουν, ωστόσο περιπτώσεις, όπου οι οικογενειακές σχέσεις περιγράφονται οριοθετούνται κατά τρόπο ρευστό, αμφισβητήσιμο και «χαλαρό».

Έτσι, για παράδειγμα, αναφορικά με 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 μην θίγουν την προσωπικότητα του τέκνου (Αρ. 1518, ν. 1329/1983).

Γίνεται, ωστόσο, κατανοητό ότι η επιτρεπτικότητα του σωφρονισμού, η ύπαρξη παιδαγωγικής ανάγκης, και η εκτίμηση της προσωπικότητας του παιδιού είναι παράγοντες ρευστοί, επιδέχονται πολλών αναλύσεων και μπορούν να ερμηνευθούν εφόσον ληφθούν υπόψη το γενικό κλίμα της κοινωνίας και οι κοινά παραδεκτές παιδαγωγικές αντιλήψεις.

Γεννάται, όμως το ερώτημα, του τι συμβαίνει σε περιπτώσεις όπου τα μέτρα σωφρονισμού των γονέων υπερβαίνουν τα όρια, σε περιπτώσεις όπου τα μέτρα δεν είναι παιδαγωγικά, σε περιπτώσεις δηλαδή κακοποίησης-παραμέλησης.

Στον Ποινικό Κώδικα που ισχύει σήμερα στην Ελλάδα υπάρχουν πολλές διάσπαρτες διατάξεις σε διάφορα κεφάλαια που τυποποιούν εγκληματικές πράξεις σε βάρος των ανηλίκων. Λείπει όμως ένα ενιαίο κεφάλαιο στο οποίο να συγκεντρώνονται οι διατάξεις αυτές.

Έτσι στον Ποινικό Κώδικα του 1950, αναγορεύεται σε ιδιώνυμο αδίκημα η σωματική βλάβη όχι μόνο των ανηλίκων αλλά και κάθε προσώπου (ακόμα και ενηλίκου) που τελεί υπό την επιμέλεια ή την προστασία άλλου προσώπου και αδυνατεί να υπερασπίσει τον εαυτό του λόγω σωματικής ή πνευματικής μειονεξίας. (Δραγάσης, 1997, σελ. 163-167).

Στο άρθρο 312 τιμωρείται όποιος με συνεχή σκληρή συμπεριφορά προξενεί κάκωση ή βλάβη στην υγεία ανηλίκου (οπ. σελ. 164).

Στο κεφάλαιο «Εγκλήματα κατά της Οικογένειας» και ειδικότερα, στο άρθρο 358 αναφέρεται ως άδικη πράξη η παραβίαση της υποχρέωσης διατροφής προς το παιδί και στο άρθρο 360 η παραμέληση εποπτείας ανηλίκου.

Στις περιπτώσεις λοιπόν, όπου καταγγέλλεται σωματική κακοποίηση-παραμέληση και απαιτείται νομική παρέμβαση, αυτή εμπεριέχει δύο μορφές :

α) την ποινική δίωξη του δράστη. Προβλεπόμενη ποινή είναι από τρεις μήνες τουλάχιστον έως 10 χρόνια, εάν δεν συντρέχει περίπτωση βαρύτερης αξιόποινης πράξης

β) την χρήση ασφαλιστικών μέτρων, που αποσκοπούν στην αφαίρεση της επιμέλειας ή ακόμα και της γονικής μέριμνας από τους γονείς, προσωρινά ή μόνιμα, και την ανάθεσή της σε τρίτο πρόσωπο, συγγενή ή ίδρυμα. (Σαλιτιζόγλου, βλ. Αγάθ.-Γεωρ. 1991, σελ. 250) ειδικότερα, σ' ότι αφορά στη γονική μέριμνα, το άρθρο 1507, του Οικογενειακού Δικαίου, επισημαίνει ότι η γονική μέριμνα ανήκει από κοινού και στους δύο γονείς και μπορεί να αφαιρεθεί σε δύο περιπτώσεις :

1) μετά από προηγούμενη τελεσίδικη καταδίκη σε φυλάκιση ενός, τουλάχιστον μηνός, για αδίκημα που διέπραξε με δόλο κατά της ζωής, της υγείας ή των ηθών του τέκνου.



2) κατόπιν κακής ασκήσεως της γονικής μέριμνας (Υπουργ. Δικαιοσύνης, 1984, σελ. 243-270). Γίνεται, λοιπόν, κατανοητό, ότι η γονική μέριμνα αφαιρείται όταν ο πατέρας ή η μητέρα παραβαίνουν τα καθήκοντά τους, όταν ασκούν το λειτούργημά τους καταχρηστικά ή όταν δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν.

Πρέπει, ωστόσο να επισημανθεί, ότι η άσκηση ποινικής δίωξης κατά των γονέων δεν συνεπάγεται ταυτόχρονη απομάκρυνσή του παιδιού από το περιβάλλον που το έβλαψε. Η άσκηση όμως της ποινικής αυτής δίωξης μπορεί να επιφέρει τον εξοργισμό των γονέων με επιπλέον δυσμενείς επιπτώσεις για το παιδί ή για το πρόσωπο που κατήγγειλε την κακοποίηση-παραμέληση.

Αυτή η τελευταία συνέπεια, ο φόβος δηλαδή για αντίποινα από το δράστη, αναγκάζει, συγγενείς και γείτονες να σιωπούν και να μην αναφέρουν το πρόβλημα στις Αρχές.

Εν τούτοις το άρθρο 40 του Ποινικού Κώδικα ομιλεί σαφώς «περί υποχρέωσης του πολίτη να καταγγείλει μια τέτοια πράξη και ότι μεταξύ των λαβόντων γνώσιν έκαστος υποχρεούτε ιδιαιτέρως».

Η παράβλεψη της υποχρέωσης έγγραφης ή προφορικής καταγγελίας στον Εισαγγελέα ή την Αστυνομία από οποιονδήποτε αντιληφθεί παρόμοια περιστατικά, δεν συνεπάγεται ωστόσο ποινικές κυρώσεις εις βάρος του. Θεωρείται, από το νόμο, καθήκον κάθε πολίτη που ενδιαφέρεται για την ύπαρξη ευνομούμενης πολιτείας.

Σύμφωνα, λοιπόν, με το ισχύον νομοθετικό καθεστώς της χώρας μας, οι γονείς που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους υφίστανται κυρώσεις, οι πράξεις τους χαρακτηρίζονται άνομες και διώκονται, καθώς προσβάλλουν το συμφέρον και τα δικαιώματα των παιδιών τους.

## 2. Κωλύματα εφαρμογής του Νόμου

Το κοινωνικό αγαθό της παιδικής ηλικίας, διαφαίνεται μεν σαν ξεχωριστό έννομο αγαθό, σε ορισμένες, όμως, διάσπαρτες διατάξεις του Ποινικού Κώδικα. Δεν αποτελεί αυτοτελές έννομο αγαθό όπως θα έπρεπε. Δεν περιλαμβάνονται δηλαδή, όλες οι διατάξεις που αφορούν την προσβολή των δικαιωμάτων του παιδιού σε ένα ενιαίο ξεχωριστό κεφάλαιο με τίτλο π.χ. «Εγκλήματα κατά της παιδικής ηλικίας».

Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού κακοποίησης-παραμέλησης είναι τι θ' απογίνει το παιδί. Η ποινική δίωξη του δράστη, αναφέρθηκε, ότι δεν οδηγεί σε ταυτόχρονη απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι. Ο Νόμος δηλαδή τιμωρεί το δράστη, αλλά αφήνει έκθετο το παιδί. Απουσιάζουν, στην ουσία, νομοθετικές ρυθμίσεις που να εξασφαλίζουν την παραμονή του παιδιού σε ασφαλές μέρος, παρά τη θέληση των γονέων, ώσπου να αξιολογηθεί το οικογενειακό περιβάλλον.

Αυτό αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, αν ληφθεί υπόψη ότι το ποσοστό επανακακοποίησης, απουσία θεραπευτικής παρέμβασης ανέρχεται στο 50%.

Οι περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης που φτάνουν στα δικαστήρια, εκδικάζονται από τα Ποινικά Δικαστήρια, καθώς στην Ελλάδα, απουσιάζει ο θεσμός του Επιτροπικού, Οικογενειακού, δηλαδή, Δικαστηρίου. Συνέπεια της έλλειψης αυτής είναι η μακρόχρονη και συχνά επιφανειακή αντιμετώπιση του περιστατικού. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Συζήτηση Στρογγυλού Τραπεζίου, 1983, σελ. 332).

Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου ο εισαγγελέας του Ποινικού Δικαστηρίου, δεν έχει γνώση τέτοιων περιστατικών καθώς και της αναγκαιότητας της άμεσης παρέμβασης. Είναι, επομένως πιθανό, στην προσπάθειά του να τηρήσει το νόμο, να εξετάζει την υπόθεση επί δύο ή και περισσότερες εβδομάδες. Χρονικό διάστημα, ωστόσο, πολύτιμο και σημαντικό για την κατάσταση του παιδιού.

Είναι χαρακτηριστικό, ότι κατά τους θερινούς μήνες, οι αναπληρωτές εισαγγελείς δηλώνουν αναρμόδιοι και αρνούνται κατηγορηματικά να επιληφθούν αυτά τα περιστατικά, παρά την επίμονή των υπευθύνων διαφόρων υπηρεσιών. Παραπέμπουν εν τούτοις τα περιστατικά στους τακτικούς εισαγγελείς που επιστρέφουν μετά τις θερινές τους διακοπές όπως επισήμανε η Εισαγγελέας Ανηλίκων κα Δημητρίου.

Άλλοτε πάλι, η αφαίρεση της επιμέλειας και γονικής μέριμνας από γονείς επικίνδυνους που ασκούν καταχρηστικά το δικαίωμα αυτό, καθίσταται δύσκολη και μακροχρόνια διαδικασία. Έτσι, συχνά, επιβάλλεται στους γονείς μια ποινή με αναστολή, που τους επιτρέπεται να επιστρέψουν στο σπίτι για να συνεχίσουν να «φροντίζουν» το παιδί. Οι διαδικασίες δηλαδή των δικαστηρίων δεν οδηγούν πάντα στο συμφέρον του παιδιού (Peckham, Η κακοποίηση του παιδιού, 1985, σελ. 68).

Σ' ότι αφορά την υποχρέωση της καταγγελίας του περιστατικού, η απουσία ποινικών κυρώσεων προς οιονδήποτε γνωρίζει και σιωπά (σε συνδυασμό με την έλλειψη ευαισθητοποίησης και την παθητική στάση) καταδικάζει πολλά παιδιά σε μακροχρόνια κακοποίηση-παραμέληση.

Ειδικότερα, σε ότι σχετίζεται με το έργο του κοινωνικού λειτουργού, αναφέρθηκε ήδη, ότι ο νόμος δεν παρέχει την άδεια στον κοινωνικό λειτουργό να παρέμβει στην αντιμετώπιση αυτών των περιπτώσεων, χωρίς προηγούμενη εντολή-άδεια του εισαγγελέα. Είναι σαφές ότι όταν οι γονείς αρνούνται τη συνεργασία, η αντιμετώπιση του προβλήματος από τον Κοινωνικό Λειτουργό καθίσταται δυσχερής. Σε περιπτώσεις που αυτενεργεί ή αναλαμβάνει πρωτοβουλία δεν προστατεύεται νομικά, ενώ ενδέχεται να υποστεί κυρώσεις για παραγνώριση εντολής εισαγγελέως. (Μουλακίτης και συν. Εκλογή, 1987, σελ. 77-85).

Ο κ. Μουλακίτης (1990) επισημαίνει σε άρθρο του την ανάγκη αλλαγής της σχετικής νομοθεσίας ώστε να προστατευθούν άμεσα το παιδί αλλά και οι κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν την ευθύνη αυτών των περιστατικών.

Διαπιστώνεται λοιπόν, από τα παραπάνω ότι το Ελληνικό Δίκαιο δεν παρέχει απόλυτη προστασία στα παιδιά. Κατοχυρώνει, εν μέρει και σποραδικά τα δικαιώματά τους και τις ανάγκες τους, έναντι εκείνων που τα κακομεταχειρίζονται.

Η νοοτροπία της Πολιτείας θα πρέπει να αλλάξει και να παρεμβαίνει πιο εύκολα στις οικογενειακές σχέσεις. Θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι τα παιδιά, πολίτες χωρίς ψήφο, αποτελούν άτομα με απόλυτη πολιτική ακεραιότητα.

Σαφώς και δεν βελτιώνονται οι σχέσεις γονιών-παιδιού με αλλαγές των νομοθετικών διατάξεων, οι διατάξεις όμως αυτές αποτελούν ένδειξη του ενδιαφέροντος της Πολιτείας για τα παιδιά της.

Ο παραλληλισμός του Ελληνικού Δικαίου και των αρμοδίων για την εφαρμογή των θεσμών (π.χ. Εισαγγελέας, Δικαστήριο) με τα αντίστοιχα ισχύοντα στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. κάνει εμφανή την ανάγκη άμεσων αλλαγών στον Ελληνικό χώρο.

Είναι χαρακτηριστικό το παράδειγμα των Σκανδιναβικών χωρών (κατ' άλλους ακραίο) όπου το χαστούκι σε βάρος ανήλικου τιμωρείται (Σωτήρχου, Ελευθεροτυπία, 30/9/94, σελ. 37).

## Κ. Αρμόδιοι οργανισμοί αντιμετώπισης του προβλήματος

### 1. Παιδική Προστασία στην Ελλάδα

Η Ελλάδα δεν έχει μακρόχρονη παράδοση, όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία προβλήματος κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών.

Η προστασία που καλείται να καλύψει τις ανάγκες κακοποιημένων παραμελημένων παιδιών στην Ελλάδα είναι η ίδια που «καλύπτει» όλα τα παιδιά που χρειάζονται κρατική φροντίδα. Στην Ελλάδα η κοινωνική πρόνοια καλύπτεται από :

- α) το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας
- β) άλλα Υπουργεία όπως Υπουργείο Δικαιοσύνης, Εργασίας
- γ) οργανισμούς όπως π.χ. Π.Ι.Κ.Π.Α. και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας τα οποία χρηματοδοτούνται και εποπτεύονται από το Υπουργείο υγείας και Πρόνοιας
- δ) την Ελληνική Ορθόδοξη Εκκλησία
- ε) Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, περισσότερα από τα οποία λειτουργούν στις μεγάλες αστικές περιοχές της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (Αγάθωνος, Μαραγκός, Κοιν. Εργασία, 1986, σελ. 101).

Τα προγράμματα παιδικής προστασίας μπορούν να χωριστούν σε 1) εκείνα που παρέχουν κλειστή ιδρυματική περίθαλψη σε παιδιά όλων των ηλικιών και 2) σε εκείνα που παρέχουν ανοικτή περίθαλψη.

Όσον αφορά στην κλειστή περίθαλψη υπάρχουν κρατικά ιδρύματα όπως π.χ. ορφανοτροφεία που τώρα ονομάζονται Κέντρα Παιδικής Μέριμνας, σπίτια Παιδιών, τα οποία ανήκουν στον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας και άλλα ιδρύματα που διευθύνονται από την Εκκλησία ή ανήκουν στην ιδιωτική πρωτοβουλία.

Αξίζει εδώ να αναφερθεί, η προσπάθεια του παιδικού χωριού S.O.S., που δημιουργήθηκε με συνδυασμένη πρωτοβουλία του Διεθνούς Οργανισμού S.O.S. και ενός Ελληνικού Οργανισμού, μη κερδοσκοπικού. Στο χωριό αυτό, τα παιδιά έχουν την δυνατότητα να βιώσουν την εμπειρία της οικογενειακής ζωής καθώς ζούνε σε σπίτια, 6-7 παιδιά μαζί, αδέρφια όπως καλούνται μεταξύ τους με την «μητέρα». (Μια κυρία που ζει μαζί τους, τα ανατρέφει και τους συμπεριφέρεται σαν πραγματική τους μητέρα).

Η κλειστή περίθαλψη χωλαίνει στην Ελλάδα. Αν και έχουν γίνει σοβαρές προσπάθειες για την βελτίωση των συνθηκών ζωής στα Ιδρύματα ωστόσο η κατάσταση είναι θλιβερή. Περιορισμένος αριθμός ειδικών, μεγάλος αριθμός παιδιών, άσχημες συνθήκες διαβίωσης, έλλειψη προγραμμάτων, απουσία επιστημόνων, έλλειψη γνώσεων και ευαισθησίας στο προσωπικό, χαρακτηρίζουν τα περισσότερα ιδρύματα της χώρας μας.

Η ανοικτή περίθαλψη τώρα περιλαμβάνει :

- 1) ανάδοχες οικογένειες (θεσμός με περιορισμένη ανάπτυξη στην Ελλάδα)
- 2) παιδικούς σταθμούς (δυσαναλογία αριθμού παιδιών και αντίστοιχου αριθμού παιδικών σταθμών στην χώρα μας)
- 3) υιοθεσία
- 4) επιδόματα παιδιών (δίνονται σε παιδιά έως 14 ετών, που έχουν εγκαταλειφθεί ή έχουν χάσει τον πατέρα τους ή σε οικογένειες που δεν μπορούν να φροντίσουν τα παιδιά τους. Το ποσό ωστόσο είναι πολύ μικρό για να καλύψει τις πραγματικές ανάγκες των παιδιών), (Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, βλ. Στέλλα Τσίτουρα, 1990, σελ. 61-71).

Τα υπάρχοντα ωστόσο προγράμματα ακολουθούν κλασικές δομές που δεν μπορούν να καλύψουν σύγχρονες και διαρκώς αναδυόμενες ανάγκες, πτόσο μάλλον τις ανάγκες των κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών.

Στην συνέχεια θα καταγραφούν οι φορείς που κυρίως ασχολούνται με την κακοποίηση-παραμέληση καθώς και τα προγράμματα που διεξάγονται υπό την αιγίδα κάθε φορέα όπως παρουσιάστηκαν στις συνεντεύξεις με τους ειδικούς των υπηρεσιών.

## 2. Αρμόδιοι Φορείς-Υπηρεσίες

### 1. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού - Ι.Υ.Π.

Αποτελεί ίσως το μοναδικό, αυτή τη στιγμή φορέα, που αντιμετωπίζει το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών με μέγιστη σοβαρότητα και προσοχή, στα επιτρεπτά, λόγω των επικρατούντων συνθηκών, πλαίσια δράσης.

Στόχος του Ι.Υ.Π. είναι γενικά η έρευνα γύρω από το παιδί και την ομαλή ή μη ανάπτυξή του σε όλους τους τομείς εξέλιξής του (σωματικό, νοητικό, ψυχικό, κοινωνικό) καθώς και η διάδοση των δεδομένων που προκύπτουν από την έρευνα αυτή.

Η πρώτη γραπτή αναφορά του παιδίατρου Δοξιάδη το 1976, παρά την περιορισμένη της έκταση στον τύπο, είχε ως αποτέλεσμα την ενασχόληση του Ι.Υ.Π. με το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης κατά τρόπο ουσιώδη και συστηματικό από την επόμενη χρονιά. (Νάκου και συν., Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, 1987, σελ. 15-22).

Η αρχική διεπιστημονική ομάδα αποτελούνταν το 1978 από έναν παιδίατρο και μια κοινωνική λειτουργό. Η δυάδα αυτή διενήργησε και την πρώτη πιλοτική μελέτη γύρω από το θέμα, και άρχισε την προσπάθεια αποκάλυψης, κατανόησης, θεραπείας, πρόληψης και έρευνας του προβλήματος στον Ελλαδικό χώρο.

Η δυάδα αυτή τον επόμενο χρόνο, 1979, επεκτάθηκε και στελεχώθηκε με νέους επιστήμονες. Την σύνθεσή της συγκροτούσαν πλέον τέσσερις κοινωνικοί λειτουργοί, δύο εκ των οποίων ήσαν και συμβουλευτικοί ψυχολόγοι, ένας ψυχίατρος-σύμβουλος και ένας νομικός με κατά περίπτωση συνεργασία.

Τα μέλη της ομάδας συνεργάζονταν στενά για την επιτυχημένη αντιμετώπιση κάθε περιστατικού. Στις συναντήσεις των ειδικών γίνονταν εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας, συζητιόνταν με προσοχή ο κατάλληλος για κάθε περίπτωση τρόπος παρέμβασης σε σχέση τόσο με τις ανάγκες αυτές όσο και την ευρύτερη κοινωνική υποδομή και τις δυνατότητες της ομάδας.

Η συμμετοχή τόσο των μελών της ομάδας όσο και των φορέων που γνώριζαν την οικογένεια καθώς και των εκπροσώπων της κλινικής όπου παρέμεινε το παιδί,

κρίνονταν αναγκαίο για την διάγνωση και αντιμετώπιση του περιστατικού με πλήρη και συστηματικό τρόπο.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση που ακολουθήθηκε ήταν η διεπιστημονική παρέμβαση στην κρίση σε συνδυασμό με την «επιθετική ή παρεμβατική κοινωνική εργασία». Σύμφωνα με τους ειδικούς του Ι.Υ.Π. τα δυναμικά που δημιουργούνται σε μια κρίση αποτελούν πολύτιμα εργαλεία για το χειρισμό του προβλήματος.

Πρόκειται στην ουσία για εφαρμογή της κινέζικης γραμματολογίας, κατά την οποία η λέξη κρίση σημαίνει κίνδυνος και ευκαιρία, ευκαιρία για δραστηριοποίηση της οικογένειας, σ' ότι αφορά το θέμα μας.

Η θεραπευτική προσέγγιση των γονέων, σύμφωνα με τους ειδικούς του Ι.Υ.Π. βασίζεται στην αποδοχή και τον σεβασμό των γονέων, την ειλικρινή προς αυτούς στάση, την κατανόηση των συναισθημάτων και των αντιδράσεών τους και στην ανάπτυξη μιας εμπιστευτικής σχέσης μεταξύ γονέων και θεραπευτή ή θεραπευτικής ομάδας.

Οι στόχοι της παρέμβασης θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί χωρίς προβολές υπερβολικών απαιτήσεων στους γονείς για την αυτόματη συμπεριφοριακή τους αλλαγή. Η σταδιακή αλλαγή είναι η μόνη πιθανή να συμβεί. Απαραίτητες ωστόσο προϋποθέσεις επιτυχίας της θεραπείας είναι οι γνώσεις και οι ικανότητες του ειδικού αλλά και η συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας μεταξύ τους και με άλλους φορείς.

Εκτός από τις συνεντεύξεις της διαγνωστικής φάσης, τις επισκέψεις στον παιδίατρο και τον ψυχίατρο της ομάδας, η όλη παρέμβαση εφαρμόστηκε κυρίως στο σπίτι της οικογένειας. Η παρέμβαση βασίζεται στην αναγνώριση πρόκλησης του προβλήματος από τους γονείς και την ταυτόχρονη παραδοχή της διάθεσης της ομάδας να τους βοηθήσει να επιτύχουν μια καλύτερη αλλαγή της συμπεριφοράς τους.

Από το 1985 η ομάδα του Ι.Υ.Π. δεχόταν παραπομπές μόνο από το Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ». Ο λόγος του περιορισμού αυτού ήταν η ανάγκη μακροχρόνιας και επίμονης εργασίας των ειδικών με τα περιστατικά και όχι η επιφανειακή εξέταση ενός μεγάλου αριθμού οικογενειών.

Η θεραπευτική παρέμβαση περιελάμβανε και επιμέρους θεραπευτικά σχήματα :



1) Ψυχιατρική βοήθεια. Σ' ότι αφορά αυτό το είδος της βοήθειας το Ι.Υ.Π. παρείχε διαγνωστική εκτίμηση και συμβουλευτική, υποστηρικτικού τύπου στους γονείς. Οι γονείς αποδείχθηκε ότι συνεργάστηκαν στα πλαίσια αυτής της βοήθειας, επιτυχώς με τους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς αντιμετώπισαν επαρκέστερα τις συναισθηματικές αλλά και τις πρακτικές τους ανάγκες.

2) Ομάδα γονέων. Λειτουργήσε έξι μήνες και σταμάτησε λόγω πρακτικών δυσκολιών (κόστος μεταφοράς, αποστάσεις). Μια φορά την εβδομάδα γονείς που κακοποιούσαν-παραμελούσαν τα παιδιά τους συναντιόνταν στο χώρο του Νοσοκομείου «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» με έναν κοινωνικό λειτουργό και έναν παιδίατρο για 2 ώρες.

Σκοπός ήταν η αλληλογνωριμία των μελών, η φυγή από την κατάσταση κοινωνικής απομόνωσης, η από κοινού εξέταση ζητημάτων ανατροφής των παιδιών, πειθαρχίας, προβλημάτων ύπνου και φαγητού.

3). Ομάδα παιδιών. Λειτουργούσε παράλληλα με την ομάδα γονέων υπό την ευθύνη εκπαιδευόμενου ψυχολόγου με στόχο την παρατήρηση της συμπεριφοράς των παιδιών και την έκφραση των συναισθημάτων τους.

4). Βοηθοί μητέρων. Η συνεργασία με μια μικρή ομάδα γυναικών από τη Ν. Σμύρνη οδήγησε στην υιοθέτηση αυτού του θεραπευτικού σχήματος. Οι βοηθοί μητέρων είχαν ως αποκλειστική απασχόλησή τους την παροχή φροντίδας και προσοχής στο παιδί, την παροχή μιας ζεστής μητρικής αγκαλιάς. Απαραίτητη ήταν η συνεργασία των γυναικών αυτών με τις πραγματικές μητέρες των παιδιών, όταν οι τελευταίες τα επισκέπτονταν στο Νοσοκομείο.

Η στάση των γυναικών αυτών δεν θα έπρεπε να είναι κριτική, απορριπτική ή ανταγωνιστική προς τη μητέρα.

Αποτέλεσμα αυτής της φροντίδας προς τα παιδιά ήταν η απότομη αύξηση του βάρους τους κατά την ενδονοσοκομειακή παραμονή τους.

5). Μονάδα κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών - Μονάδα ΚαΠα. Λειτουργήσε τον Ιούλιο του 1984, με σημαντικά αποτελέσματα. Παρά το γεγονός ότι πλέον δεν λειτουργεί κρίνεται σκόπιμη η αναλυτική παρουσίαση του προγράμματος της Μονάδας στην συνέχεια της μελέτης, καθώς αποτέλεσε πρότυπο για την ελληνική πραγματικότητα, και η διακοπή της λειτουργίας της μέγιστο λάθος, μελανό σημείο

στην αντιμετώπιση του προβλήματος στη χώρα μας. (Αγάθωνος - Γεωργοπούλου 1991, σελ. 140-154).

Από το 1987, ωστόσο το Ι.Υ.Π. έχει περιορίσει την δραστηριότητά του στον τομέα της έρευνας και της πρόληψης. Έτσι κύρια λειτουργία του Ι.Υ.Π. είναι η συμβουλευτική πληροφόρηση και η διαφώτιση των επιστημόνων των υπηρεσιών που συνεργάζεται και του ευρύτερου πληθυσμού της χώρας γύρω από τα προβλήματα της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών. Την ευαισθητοποίηση αυτή επιδιώκει να καταφέρει μέσω δημοσιεύσεων και παρουσιάσεων των ερευνητικών δεδομένων σε περιοδικά, Πανελλήνια Ιατρικά, Παιδιατρικά κ.α. Συνέδρια.

Για το σκοπό αυτό συνεργάζεται ήδη από το 1982 με την Διεθνή Εταιρεία για την πρόληψη της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών και με ανάλογα κέντρα στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α.

## 2. Μονάδα κακοποιημένων και Παραμελημένων Παιδιών – ΚαΠα

Από την συνεργασία του Εθνικού Οργανισμού Προνοίας και της Ομάδας Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών του Ινστιτούτου υγείας του Παιδιού «γεννήθηκε» η Μονάδα ΚαΠα. Ο πρώτος ξενώνας στην Ελλάδα για τη φιλοξενία βρεφών και νηπίων 0-3 ετών, τα οποία χρήζουν άμεσης απομάκρυνσης από το οικογενειακό τους περιβάλλον για ένα διάστημα ανάλογο με τις ανάγκες κάθε περιστατικού.

Η Μονάδα άρχισε να λειτουργεί τον Ιούλιο του 1984 σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο ιδρύματος κλειστής περίθαλψης του ΕΟΠ στην Αθήνα με αριθμό 4 παιδιών, 6 ατόμων (προσωπικό) για την φροντίδα των παιδιών και μια καθαρίστρια. Το προσωπικό στο τέλος του χρόνου έφτασε τα 11 άτομα που δούλευαν σε 7ώρες βάρδιες. Ο αριθμός των παιδιών άλλαζε διαρκώς (άλλα έρχονταν στην Μονάδα και άλλα έφευγαν) χωρίς ωστόσο ποτέ να ξεπεράσει το σύνολο των 12 παιδιών. Η αναλογία νηπιοκόμων-παιδιών ανά μήνα κυμαίνονταν συνήθως από 1 μέχρι και 0,7 (Αγάθωνος, Μαραγκός, Κοιν. Εργασία, 1986, σελ. 105).

Η Μονάδα λειτούργησε στο πρότυπο των μονάδων κρίσης. Η δύναμη των παιδιών δεν έπρεπε να υπερβαίνει τα 10-12 παιδιά ηλικίας όπως αναφέρθηκε έως 3 ετών. Τα παιδιά αυτά είχαν υποστεί σοβαρή σωματική κακοποίηση-παραμέληση λόγω του παθολογικού τους οικογενειακού περιβάλλοντος. Η παραμονή τους στην Μονάδα τους παρείχε προστασία από περαιτέρω κακομεταχείριση και δυνατότητα πρόληψης επικείμενων μόνιμων βλαβών-αναπηριών.

Στόχος του προγράμματος ήταν η βοήθεια στο παιδί για την επούλωση των ψυχολογικών και σωματικών τραυμάτων της κακομεταχείρισης και η ξεχωριστή θεραπευτική αντιμετώπιση των γονέων ώστε να μπορούν να συμβιώνουν με τα παιδιά τους, όσο το δυνατόν καλύτερα και χωρίς τα τελευταία να διατρέχουν κίνδυνο για την ζωή τους. Πολύ απλά στόχος ήταν η επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια, όταν εκείνη είχε αντιμετωπίσει κάποιες από τις δυσκολίες της και είχε κατακτήσει κάποιο βαθμό λειτουργικότητας.

Η παραμονή λοιπόν στην μονάδα δεν προβλέπονταν να είναι μακροχρόνια. Ο μέσος όρος παραμονής των παιδιών ήταν τέσσερις μήνες. Η περαιτέρω παραμονή χαρακτήρισε τις εξαιρετικές περιπτώσεις.

Εφόσον η επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια καθορίζονταν από την ετοιμότητα των γονέων, κρίνονταν αναγκαία η εντατική συνεργασία με την οικογένεια και η ενίσχυση της επικοινωνίας γονέων-παιδιού. Η επικοινωνία αυτή κρίνονταν από την διεπιστημονική ομάδα του Ι.Υ.Π. σε συνεργασία με την Κοινωνική υπηρεσία της Μονάδας ΚαΠα, με βάση τις ανάγκες και τις ικανότητες των γονέων αλλά και τις ανάγκες του παιδιού.

Οι περιπτώσεις όπου το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού κρίνονταν ως ανεπίδεκτο βελτίωσης αντιμετωπίζονταν με προσπάθειες αποκατάστασης του παιδιού μέσω υιοθεσίας ή ανάδοχων οικογενειών κλπ.

Η αντιμετώπιση των θεμάτων αυτών, καθώς επίσης του ζητήματος της θεραπευτικής συνεργασίας με τις οικογένειες των παιδιών και της επιστημονικής εποπτείας του προσωπικού της Μονάδας καθιστούσε αναγκαία την εποπτεία της Μονάδας από το Ι.Υ.Π.

Το 1987 τριμελής επιστημονική ομάδα του Ε.Ο.Π. (παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός) συνεργάζεται με το προσωπικό της Μονάδας, βελτιώνει την εποπτεία της, στα πλαίσια μερικούς απασχόλησης.

Το Δεκέμβριο του 1985 η λειτουργία της Μονάδας διεκόπηκε προκειμένου να αναπτυχθεί στο χώρο της πρόγραμμα μελέτης παιδιών σχολικής ηλικίας της περιοχής. Ένα μοναδικό στην Ελλάδα, πρότυπο πρόγραμμα καταργήθηκε ενώ διατηρούνται άθλια ιδρύματα παιδικής προστασίας.

### 3. Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».

Το Τμήμα αυτό ιδρύθηκε το 1978 και είναι η πρώτη παιδοψυχιατρική υπηρεσία σε Γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο στη χώρα μας. Το Τμήμα το οποίο λειτουργεί υπό την διεύθυνση του γνωστού παιδοψυχίατρου κ. Τσιάνη, παρέχει υπηρεσίες σε παιδιά και εφήβους έως 15 ετών και στις οικογένειές τους, που κατοικούν στην Αθήνα και άλλες περιοχές της χώρας στις οποίες δεν υπάρχουν παρόμοιες υπηρεσίες.

Το Τμήμα αντιμετωπίζει περιστατικά αποστέρησης, παραμέλησης και κακοποίησης, δύσκολων οικογενειακών σχέσεων, συναισθηματικών και συμπεριφοριακών δυσκολιών κλπ.

Οι ενδιαφερόμενοι προσέρχονται στο Τμήμα ή τηλεφωνούν με δική τους πρωτοβουλία ή έρχονται κατόπιν παραπομπής από εκπαιδευτικούς, παιδιάτρους ή άλλους επαγγελματίες.

Ο Τομέας περιλαμβάνει τις ακόλουθες υπηρεσίες :

- α) Μονάδα εξωτερικών Ιατρείων
- β) Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας
- γ) Μονάδα Κοινωνικής Παιδοψυχιατρικής
- δ) Κέντρο Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Εφήβων
- ε) Μονάδα Διασυνδετικής - Συμβουλευτικής
- στ) Ομάδα Ψυχοθεραπείας Παιδιών και Εφήβων
- ζ) Ομάδες Ειδικού Αντικειμένου (π.χ. περιπτώσεις οικογενειών όπου παρουσιάζεται κακοποίηση-παραμέληση- οικογενειακή θεραπεία)

Οι διεπιστημονικές ομάδες του Τμήματος (κοινωνικός λειτουργός, παιδοψυχολόγος, λογοπεδικός κλπ) αναπτύσσουν τις ακόλουθες δραστηριότητες :

- πρόληψη κακοποίησης-παραμέλησης
- διάγνωση περιστατικών
- θεραπεία γονέων και παιδιών
- αποκατάσταση περιπτώσεων
- εκπαίδευση και έρευνα

Βέβαια ο αριθμός των ειδικών είναι περιορισμένος και ο αριθμός των περιστατικών μεγάλος. Η λειτουργία του Τμήματος εξαρτάται σαφώς από την χρηματοδότηση του Κράτους και την ενίσχυση που απαιτείται για την εξάπλωση των δραστηριοτήτων του. Οι δυσκολίες που πηγάζουν από την σύνδεση του Τομέα με τον Κρατικό Μηχανισμό κωλυσιεργούν το έργο των ειδικών.

Ανάλογες υπηρεσίες λειτουργούν υποτυπωδώς και σε περιορισμένο αριθμό άλλων Νοσοκομείων, χωρίς ωστόσο δυνατότητα παροχής επαρκών υπηρεσιών στις

οικογένειες. Για το λόγο αυτό αναφέρθηκε μόνο η περίπτωση του ανωτέρω τμήματος στο Νοσοκομείο «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

#### 4. Π.Ι.Κ.Π.Α.

Περιπτώσεις κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών φθάνουν συχνά σε φορείς όπως το Π.Ι.Κ.Π.Α.

Η παραπομπή των παιδιών γίνεται, συνήθως, κατόπιν αιτήσεων που υποβάλλουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, που ασχολούνται σε υπηρεσίες αναφοράς τέτοιων περιστατικών (π.χ. Κοινωνικές Υπηρεσίες Νοσοκομείων). Οι κοινωνικοί λειτουργοί με την άδεια και την σύμφωνη γνώμη του Εισαγγελέα ανηλίκων ζητούν την προσωρινή ή μόνιμη φιλοξενία των παιδιών στο Π.Ι.Κ.Π.Α.

Η περαιτέρω παραμονή των παιδιών στο οικογενειακό περιβάλλον κρίνεται επιβλαβής για το παιδί καθώς πρόκειται, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων για πολυπροβληματικές οικογένειες με έντονες καταστάσεις κρίσεων.

Σπάνια, οι γονείς δίνουν την συγκατάθεση τους για αυτή την απομάκρυνση του παιδιού. Όταν, βέβαια, συμβαίνει αυτό, ρυθμίζεται και ο τρόπος που γονείς και παιδί θα συναντιόνται. Αυτό συμβαίνει με την συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και από τις δύο υπηρεσίες (ΠΙΚΠΑ και κέντρου αναφοράς) και των γονιών.

Όταν η επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια είναι αδύνατη, τότε εφαρμόζονται προγράμματα όπως π.χ. ανάδοχη οικογένεια ή πιο σπάνια υιοθεσία. Δεν ισχύει όμως κανένα θεραπευτικό πρόγραμμα.

Το Π.Ι.Κ.Π.Α. όπως είναι γνωστό, επιλαμβάνεται πολλά περιστατικά παιδιών που χρίζουν προστασίας (π.χ. παιδιά με νοητική υστέρηση κλπ). Ο μεγάλος αριθμός αυτών των παιδιών, η έλλειψη υποδομής, οργάνωσης και προσωπικού έχει σαν συνέπεια πολλές-φορές τα παιδιά να «στοιβάζονται» στο Κέντρο, χωρίς διάκριση αναγκών και χωρίς να τους παρέχεται η απαραίτητη φροντίδα.

Οι υπεύθυνοι παρά τις όποιες προσπάθειες που ίσως καταβάλλουν δεν βελτιώνουν την κατάσταση. Η εφαρμογή νέων θεραπευτικών προγραμμάτων

φαντάζει αδύνατη με αποτέλεσμα την παραμονή των παιδιών σε ένα χώρο εξίσου σκληρό και απόμακρο όπως το σπίτι τους.

### 5. Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ»

Το «Μητέρα» ανέκαθεν αναλάμβανε περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών. Η διαπίστωση όμως της αύξησης των περιστατικών, της αναγκαιότητας ύπαρξης περισσότερων μονάδων αντιμετώπισης του προβλήματος και της έλλειψης προγραμμάτων οδήγησε τους υπεύθυνους του «Μητέρα» στην οργάνωση ενός προγράμματος ειδικά για το θέμα της «Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών», το Νοέμβριο του 1988.

Το πρόγραμμα «Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών» του «Μητέρα» συνίσταται στην αντιμετώπιση κάθε περιστατικού από διεπιστημονική ομάδα. Την ομάδα αυτή στελεχώνουν οι εξής επιστήμονες : κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, ψυχίατρος, παιδίατρος, νηπιοβρεφοκόμος-παιδαγωγός και νομικός. Οι δραστηριότητες της διεπιστημονικής αυτής ομάδας, περιλαμβάνουν ενέργειες που διενεργούνται σταδιακά σε τέσσερις φάσεις.

Αναλυτικότερα, οι ενέργειες αυτές είναι οι εξής :

1) Σε πρώτη φάση η αξιολόγηση και διαγνωστική εκτίμηση του προβλήματος καταλαμβάνει το κύριο μέρος της προσοχής της ομάδας. Η εκτίμηση του παιδιού, των γονιών, της κατάστασης της οικογένειας θα βοηθήσει του ειδικούς να αποφασίσουν την άμεση ή όχι απομάκρυνση του παιδιού από το οικογενειακό περιβάλλον.

Η απόφαση για να φιλοξενηθεί το παιδί στο «ΜΗΤΕΡΑ», στόχο έχει την προστασία του παιδιού από κακοποίηση-παραμέληση κατ' επανάληψη. Αν δηλαδή το παιδί κινδυνεύει, τότε η απόφαση αυτή εξυπηρετεί το παιδί. Σε αντίθετη περίπτωση, απουσία δηλαδή άμεσου κινδύνου, προτιμάται η παραμονή του παιδιού στο σπίτι του και η συνεργασία της οικογένειας με το «Μητέρα».

Όταν το παιδί φιλοξενείται στο «Μητέρα» ενδέχεται να τοποθετηθεί σε ανάδοχη οικογένεια ή απλά να παραμείνει στο Κέντρο. Η διεπιστημονική ομάδα σε συνεργασία με τους γονείς, ρυθμίζει τα ζητήματα των συναντήσεων γονέων-παιδιού.

2). Το δεύτερο βήμα του προγράμματος αφορά την αναλυτικότερη περιγραφή των προβλημάτων της οικογένειας και των χαρακτηριστικών των γονέων. Οικονομικά και πρακτικά προβλήματα καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις (δυναμικό οικογένειας, σχέσεις μελών, προσωπικότητα μελών, τρόπος συμπεριφοράς κλπ) εξετάζονται από την διεπιστημονική ομάδα και ερευνάται το ενδεχόμενο επανάκτησης λειτουργικότητας στην οικογένεια, και ανάπτυξης ικανότητας των γονιών να φροντίζουν τα παιδιά τους.

3). Στην τρίτη φάση η διεπιστημονική ομάδα επιλέγει την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση που αρμόζει στις ανάγκες κάθε οικογένειας. Η βοήθεια που παρέχεται στους γονείς στοχεύει στην αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων τους και στην ψυχοκοινωνική στήριξή τους.

Ειδικότερα σ' ότι αφορά τα πρακτικά προβλήματα παρέχονται διευκολύνσεις όπως π.χ. εξεύρεση εργασίας, επιδότηση για αλλαγή κατοικίας, οικιακή βοήθεια για ενίσχυση της μητέρας, βοήθεια για φροντίδα του παιδιού στις ώρες εργασίας των γονιών κλπ.

4) Στην φάση αυτή αποφασίζετε η επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια ή η μόνιμη απομάκρυνσή του. Εάν η θεραπευτική συνεργασία με τους γονείς έχει επιφέρει σημαντικές αλλαγές, τότε, το παιδί επανέρχεται στην οικογένεια και συνεχίζεται η παρακολούθηση του περιστατικού για κάποιο διάστημα.

Όταν, όμως, η ψυχοπαθολογία των γονιών είναι τέτοια, ώστε επιστροφή του παιδιού συνεπάγεται άμεσο κίνδυνο της υγείας του ή όταν οι γονείς δηλώνουν, ότι δεν επιθυμούν, να αναλάβουν το παιδί εξετάζονται λύσεις, όπως υιοθεσία του παιδιού η μόνιμη τοποθέτησή του σε ανάδοχη οικογένεια.

Ο στόχος της διεπιστημονικής ομάδας δεν είναι η διάλυση της οικογένειας ή η απομάκρυνση του παιδιού. Στόχος δεν είναι ούτε η κριτική ή η κατηγορία των



γονιών. Στόχος είναι το συμφέρον του παιδιού και η εξασφάλιση ενός σταθερού και ομαλού ει δυνατόν οικογενειακού περιβάλλοντος για το παιδί.

Η απομάκρυνση του παιδιού έρχεται συνήθως ως απόρροια των πολλών προβλημάτων της οικογένειας, της σοβαρότητας των περιστατικών, της μακροχρονιότητας και πολυπλοκότητας των περιπτώσεων.

Η διεπιστημονική ομάδα του προγράμματος «Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών» του «Μητέρα» δεν δρα αυτόνομα και απόμακρα από τις λοιπές οργανώσεις και υπηρεσίες. Επιδιώκει και κατορθώνει την απαραίτητη συνεργασία με Υπηρεσίες όπως π.χ. Εισαγγελία Ανηλίκων, Δικαστήριο Ανηλίκων, Αστυνομία, Κοινωνικές Υπηρεσίες κέντρων αναφοράς κλπ.

Αυτές λοιπόν είναι οι δραστηριότητες του προγράμματος του «Μητέρα» το οποίο απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 0-3 ετών.

Υπάρχουν ωστόσο και αρνητικές κριτικές για το εν λόγω πρόγραμμα του «Μητέρα». Οι αποδοκιμαστές του προγράμματος υποστηρίζουν ότι οι ειδικοί δεν διακρίνονται από ιδιαίτερη αποδοχή και υποστήριξη προς τους γονείς. Επίσης οι κριτικοί του προγράμματος πρεσβεύουν ότι η στρατηγική του Κέντρου είναι περισσότερο η απομάκρυνση του παιδιού και η υιοθεσία του και λιγότερο η ενίσχυση της οικογένειας του παιδιού.

Η παρούσα μελέτη δεν είναι σε θέση να εξετάσει την επάρκεια ή όχι του προγράμματος του «Μητέρα». Ως πρόγραμμα σχετικό με το θέμα, το παραθέτει, αναφέροντας συγχρόνως και τις κριτικές που συγκεντρώνει. Καθώς απουσιάζουν έρευνες αξιολόγησης των υπαρχόντων στην Ελλάδα προγραμμάτων είναι δύσκολο να υποστηριχθεί η κατάργηση ή η συνέχιση ή η αλλαγή του προγράμματος.

#### 6.Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθήνας - Ε.Π.Α.Α.

Το 1940 ιδρύθηκε επίσημα με το Α.Ν. 2724/40 και άρχισε να λειτουργεί η Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθήνας. Από το 1924 έως το 1940 λειτουργούσε ο Σύλλογος Προστασίας Κρατουμένων Γυναικών και Ανηλίκων, οπότε και μετονομάστηκε στην εν λόγω εταιρεία.

Τα περιστατικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών που επιλαμβάνεται η Ε.Π.Α.Α. είναι κυρίως παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Οι παραπομπές των περιστατικών γίνονται κυρίως από την Αστυνομία Ανηλίκων, Εισαγγελία ανηλίκων, καταγγελίες του κοινωνικού και συγγενικού περιβάλλοντος της οικογένειας και αναφορές κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες υπηρεσίες.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των περιστατικών συνίσταται κυρίως σε :

- 1) υποστηρικτική θεραπεία οικογένειας
- 2) συμβουλευτική θεραπεία οικογένειας

Βασικές μέθοδοι της κοινωνικής εργασίας (όπως π.χ. κοινωνική εργασία με άτομο - ΚΕΑ, κοινωνική εργασία με οικογένεια - Κ.Ε.Ο. και κοινωνική εργασία με κοινότητα - Κ.Ε.Κ.) χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς της Ε.Π.Α.Α. για την αντιμετώπιση των περιπτώσεων.

Όσον αφορά, πιο συγκεκριμένα τους ειδικούς της Ε.Π.Α.Α., αναφέρεται ότι περιλαμβάνουν επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς (οι οποίοι έχουν και το βάρος της ευθύνης των περιστατικών) σπουδαστές κοινωνικούς λειτουργούς και επαγγελματίες εθελοντές και μη νομικούς ή δικαστικούς προκειμένου για την επίλυση των νομικών ζητημάτων.

Όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί της Ε.Π.Α.Α. αντιλαμβάνονται, ότι είναι αδύνατη η συνεργασία ή η βελτίωση της οικογένειας και προκειμένου για την προστασία του παιδιού, καταφεύγουν στους συναδέλφους του Π.Ι.Κ.Π.Α. ή του «ΜΗΤΕΡΑ». Τα περιστατικά αυτά μετά την παραπομπή τους από την Ε.Π.Α.Α. στα Κέντρα αυτά είτε τοποθετούνται σε ανάδοχη οικογένεια ή υιοθετούνται.

Σκοπός, βέβαια, της Ε.Π.Α.Α. δεν είναι η απομόνωση του παιδιού από την οικογένεια, αντίθετα σκοπός είναι η προστασία του παιδιού και η εξάλειψη των μακροχρόνιων συνεπειών της κακοποίησης-παραμέλησής του.

Αυτό επιτυγχάνεται με τους εξής τρόπους :

- 1) δικαστηριακή και νομική αρωγή και προστασία ανηλίκων
- 2) προστασία ανηλίκων από διάφορους κινδύνους
- 3) οργάνωση προγραμμάτων γενικής πρόληψης της εγκληματικότητας των ανηλίκων
- 4) άσκηση ειδικής πρόληψης για συγκεκριμένους ανήλικους
- 5) παροχή υπηρεσιών από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και τις κοινωνικές Υπηρεσίες με στόχο την ομαλή συμπεριφοριακή εξέλιξη των παιδιών.

Τόσο στην Ε.Π.Α.Α., όσο και στις ανάλογες Εταιρείες Προστασίας Ανηλίκων που εδρεύουν σε άλλες πόλεις η εφαρμογή των ανωτέρω προγραμμάτων καθίσταται δύσκολη.

Δυσχέρειες όπως π.χ. περιορισμένος αριθμός Κοινωνικών Λειτουργών, απουσία ειδικευμένων επιστημόνων, όπως ψυχολόγων κλπ. Και περιορισμένος επαγγελματικός χρόνος, δυσανάλογος με τον αριθμό των περιπτώσεων καθιστούν όχι και τόσο ουσιαστική την αντιμετώπιση των περιστατικών. Είναι χαρακτηριστικό, ότι η εφαρμογή, έστω κάποιου συγκροτημένου/ συστηματικού προγράμματος στα πλαίσια της Ε.Π.Α.Α. θεωρείται αν όχι αδύνατη τουλάχιστον εξαιρετικά δύσκολα.

Γίνεται σαφώς αντιληπτή η ανάγκη βελτίωσης και εκσυγχρονισμού της Ε.Π.Α.Α. για να μπορεί το έργο της να θεωρηθεί επαρκές και συστηματικό.

### 7. Αστυνομία ανηλίκων - Ρόλος του Αστυνομικού

Η Αστυνομία Ανηλίκων λαμβάνει γνώση των περιπτώσεων κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών είτε μέσω καταγγελιών που γίνονται απευθείας στο Τμήμα (π.χ. από συγγενείς, γείτονες) είτε μέσω αναφορών των κατά τόπους αρμοδίων τμημάτων είτε μέσω καταγγελιών που γίνονται σε κάποιο άλλο αρμόδιο θεσμό και ο οποίος ενημερώνει την Αστυνομία ανηλίκων.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος από την Αστυνομία Ανηλίκων συνίσταται στις ακόλουθες ενέργειες, ανάλογα βέβαια με το αδίκημα :

- 1) επίπληξη των γονέων και αναφορά της αναγκαιότητάς τους να συνεντιστούν με τους κανόνες της αρμόζουσας γονεϊκής συμπεριφοράς
- 2) συλλογή στοιχείων και ενημέρωση αρμοδίων φορέων π.χ. Εισαγγελέα Ανηλίκων, κοινωνικούς λειτουργούς του Δήμου
- 3) 3) σύλληψη και δίωξη των γονέων
- 4) μεταφορά του παιδιού στο Νοσοκομείο για ιατρική εξέταση/ νοσηλεία ή τοποθέτηση σε ίδρυμα για την άρση κινδύνου της ζωής του.

Στις περιπτώσεις αυτές οι αστυνομικοί συνεργάζονται με τους ειδικούς των Νοσοκομείων ή των Ιδρυμάτων (π.χ. γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς) και τους παρέχουν πληροφορίες για την κατάσταση του παιδιού, των γονέων και του σπιτιού κατά την επέμβασή τους.

Η παρουσία του Αστυνομικού σ' αυτές τις περιπτώσεις δηλώνει ότι οι θεσμοί του Κράτους μπορούν να προστατέψουν τα θύματα της ενδοοικογενειακής κακομεταχείρισης και να αποτρέψουν πολλές φορές τη συνέχισή της.

Η παρουσία του Αστυνομικού, το τι θα πει και τι θα κάνει μπορεί να παίξει ένα σημαντικό ρόλο. Η στάση του Αστυνομικού είναι αυτή που θα βοηθήσει το παιδί να αντιληφθεί ότι ο αστυνομικός στόχο έχει να προστατέψει το ίδιο και όχι να καταστρέψει την οικογένειά του. Ο αστυνομικός θα πρέπει να έχει στο νου του ότι το παιδί είναι πολύ ευάλωτο ψυχολογικά άρα απαιτείται προσοχή στην μεταχείριση του και όχι πίεση και «βομβαρδισμός» του με ερωτήσεις για την εξακρίβωση του προβλήματος. Η πίεση αυτή μπορεί να βιωθεί από το παιδί ως ενοχοποίησή του για το πρόβλημα.

Βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την αστυνομική παρέμβαση είναι :

- 1) η προστασία του θύματος
  - 2) η άμεση κινητοποίηση των αστυνομικών δυνάμεων και όχι η αδιαφορία και η καθυστέρησή τους στην εξακρίβωση καταγγελιών
  - 3) ο σεβασμός του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης του θύματος
  - 4) ο σεβασμός και η αξιοπρεπής αντιμετώπιση του γονέα-θύτη, χωρίς παρορμήσεις και προκαταλήψεις
  - 5) η αναγκαιότητα τιμωρίας της άδικης-παράνομης συμπεριφοράς του δράστη
  - 6) ο διαχωρισμός του θύματος από το δράστη, πιο συγκεκριμένα η κατανόηση της ανυπαρξίας σχέσης μεταξύ συμπεριφοράς του θύτη και ευθυνών του θύματος.
- (Πατεράκη Μαρία, Αστυνομική Επιθεώρηση, 1998, σελ. 16-17).

Το θύμα-παιδί είναι βασικό να νοιώσει από την πρώτη στιγμή διάθεση προστασίας της Αστυνομίας. Αυτό διαφυλάσσει το παιδί από την απογοήτευση ή την συνέχιση της κακομεταχείρισης.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθούν ότι η έλλειψη ειδικής εκπαίδευσης των αστυνομικών πάνω στο πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης, το φόρτο εργασίας τους, η αναληψία και εμμονή τους σε συστάσεις των γονέων για αλλαγή της συμπεριφοράς τους και όχι η λήψη έγκαιρων μέτρων, η πιεστική στάση προς το θύμα, δυσκολεύουν την σωστή αντιμετώπιση των περιστατικών και τις πιθανότητες πρόληψης ακραίων περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών.

## 8. Εισαγγελία Ανηλίκων

Τα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών γίνονται γνωστά στην Εισαγγελία Ανηλίκων κατά τον ίδιο τρόπο με τον οποίο καταγγέλλονται στους Φορείς που αναφέρθηκαν παραπάνω (καταγγελίες γειτόνων, ενημέρωση από άλλες υπηρεσίες κλπ).

Ο Εισαγγελέας Ανηλίκων ζητάει από τους αρμόδιους κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, ψυχολόγους, αστυνομικούς, εκθέσεις που να αφορούν την κατάσταση της οικογένειας, την ιατρική-ψυχολογική κατάσταση του παιδιού, τον τρόπο παρέμβασης των αρμοδίων φορέων κλπ. Αν κρίνει σκόπιμο ζητά και την ιατρική και ψυχοκοινωνική εξέταση των γονέων.

Ενημερώνεται διαρκώς για το περιστατικό, διώκει ποινικά τους γονείς-θύτες, όταν απαιτείται ή άλλοτε σε ελαφρότερα περιστατικά υποδεικνύει την ανάγκη να συμμορφωθούν. Κάνει και ο ίδιος την εκτίμηση των γονέων μέσα από τις συναντήσεις μαζί τους.

Ο Εισαγγελέας Ανηλίκων δίνει την εντολή στον κοινωνικό λειτουργό να προχωρήσει στην απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, όταν αυτό είναι απαραίτητο και τονίζει στα αρμόδια Κέντρα την ανάγκη άμεσης φιλοξενίας του παιδιού.

Οι αποφάσεις του στοχεύουν στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακομεταχείριση του παιδιού και πιθανόν να συνεπάγονται κάποιες φορές την αφαίρεση της επιμέλειας του παιδιού από τους γονείς του.

Δυστυχώς και εδώ συναντώνται δυσκολίες που προκύπτουν από την έλλειψη γνώσεων που προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης την εμμονή στην κατά γραμμή τήρηση του Νόμου, το φόρτο εργασίας κλπ. και κάποτε αναγκάζουν σε μη ταχεία και βάθος αντιμετώπιση του θέματος.

## 9. Επ. Προώθηση Πρόληψης Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών

Το έργο της εν λόγω εταιρείας είναι κυρίως ερευνητικό και επιστημονικό. Συγκομίζει στοιχεία και εκπονεί διάφορα προγράμματα πρόληψης. Δυστυχώς τα προγράμματα αυτά δεν έχουν άμεση πρακτική εφαρμογή μέχρι στιγμής, στοιχείο που συντελεί στην αύξηση του προβλήματος στην χώρα μας.

Οι ειδικοί της Ε.Π.Κ.Π.Π. συγκεντρώνουν στοιχεία με βάση τις αναφορές άλλων φορέων όπως π.χ. Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αστυνομίας Ανηλίκων.

#### 10. Τηλεφωνική υποστήριξη-καθοδήγηση

Αυτή τη στιγμή λειτουργούν στην Ελλάδα τρεις τηλεφωνικές γραμμές που στοχεύουν στην υποστήριξη των θυμάτων και στην καθοδήγηση όσων καταγγέλλουν περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, ώστε να απευθυνθούν στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Οι τηλεφωνικές αυτές γραμμές είναι :

- I). γραμμή Ζωής 175, του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής
- II). το Γαλάζιο Τηλέφωνο, μια πρωτοβουλία του σταθμού 93.1 ΤΙΚ-ΤΑΚ στα FM
- III) γραμμή S.O.S. 1056, από το «Χαμόγελο του Παιδιού»

Στόχος των ειδικών που απασχολούνται στις γραμμές αυτές είναι η αντιμετώπιση και η πρόληψη του προβλήματος. Γονείς και παιδιά, καθώς και κοινή γνώμη ενθαρρύνονται να «σπάσουν τη σιωπή» τους, να αναζητήσουν βοήθεια και να μπορέσουν να καταγγείλουν το πρόβλημα.

Οι τηλεφωνικές αυτές γραμμές και οι ειδικοί που τις λειτουργούν δίνουν την δυνατότητα στο άτομο που θα ζητήσει την βοήθειά τους να μιλήσει για το πρόβλημα, να νοιώσει ότι κάποιος πραγματικό ακούει και συμπαραστέκεται. Έτσι βοηθιέται να ξεπεράσει το φόβο και το άγχος, ώστε να μπορέσει να καταφύγει στις αρμόδιες υπηρεσίες και να ζητήσει βοήθεια. Η υποστηρικτική και ενθαρρυντική στάση των ειδικών εξυπηρετεί την ουσιαστική αποκάλυψη του προβλήματος.

#### 11. Ίδρυμα για το παιδί και την οικογένεια

Η αντιμετώπιση της κακοποίησης-παραμέλησης γίνεται με ερευνητικό τρόπο. Δηλαδή συγκεντρώνονται στοιχεία για την έκταση του προβλήματος στην Ελλάδα, τα αίτια πρόκλησής του, τις επιπτώσεις στο θύμα και την οικογένεια, την επιτυχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Τα στοιχεία αυτά ανακοινώνονται σε περιοδικά επιστημονικού περιεχομένου και σε διάφορα σεμινάρια. Η αξιοποίηση των δεδομένων αυτών σε πρακτικό επίπεδο, μέχρι στιγμής δείχνει αδύνατη.

## 12. Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός - Τμήμα Εθελοντών

Σε περιπτώσεις νοσηλείας κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών όπου η παρουσία των γονέων κοντά στο παιδί είναι δύσκολη είτε γιατί οι γονείς έχουν διωχθεί ποινικά είτε γιατί έχουν εγκαταλείψει το παιδί είτε γιατί οι ειδικοί-θεραπευτές βεβαιώνουν την ανάγκη απομάκρυνσης γονέων-παιδιού, η παρουσία των Εθελοντριών του Ε.Ε.Σ. είναι πολύ βοηθητική.

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί των Νοσοκομείων ζητούν την συνδρομή των Εθελοντριών του Ε.Ε.Σ. για τους εξής λόγους :

- 1) την αναγκαιότητα παρουσίας μιας μητρικής φιγούρας κοντά στο παιδί. Μιας «φιγούρας» που θα το φροντίζει, θα του παρέχει ζεστασιά και τρυφερότητα.
- 2) την εξάλειψη των κινδύνων από την παραμονή του παιδιού στο Νοσοκομείο χωρίς συνοδό. Οι νοσηλεύτριες-τές σαφώς έχουν στο νου τους, το μόνο παιδί, φροντίζουν να το επισκέπτονται συχνά αλλά ο μεγάλος αριθμός των νοσηλευόμενων παιδιών δεν επιτρέπει την αποκλειστική ενασχόληση του/της νοσηλευτή-τριας με το παιδί αυτό.

Περιστατικά όπως π.χ. αρπαγή βρεφών από νοσοκομειακό περιβάλλον, θάνατος βρέφος λόγω αδιαφορίας των υπευθύνων απασχολούν κάποιες φορές τον τύπο και την κοινή γνώμη.

Η παρουσία των εθελοντριών του Ε.Ε.Σ. κοντά στο παιδί καταπολεμά τα προβλήματα αυτά ενώ δίνει στο παιδί την δυνατότητα να βιώσει αγάπη και αποδοχή στην σχέση του με έναν ενήλικα. Είναι ενδεικτικό ότι το βάρος του παιδιού αυξάνει σημαντικά λόγω της παρουσίας ενός τέτοιου προσώπου.

## 13. Ξενώνας του Συλλόγου «Χαμόγελο του παιδιού»

Στις 12-2-99 εγκαινιάστηκε στην Νίκαια-Αττικής ένας ξενώνας φιλοξενίας για παιδιά εγκαταλελειμμένα-παραμελημένα. Ο ξενώνας δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία του Συλλόγου «Χαμόγελο του παιδιού» και της κοινότητας της Νίκαιας. Η Δημοτική Αρχή της περιοχής προσέφερε το κτήριο για την φιλοξενία των παιδιών και οι υπεύθυνοι του Συλλόγου ανέλαβαν την οργάνωση και λειτουργία του.

Στόχος των υπευθύνων εκτός της φιλοξενίας είναι η διενέργεια ποικίλων προγραμμάτων εκπαίδευσης, ψυχαγωγίας, ψυχολογικής στήριξης των παιδιών κλπ.

Καθώς πρόκειται για καινούργιο πρόγραμμα το μόνο που μπορεί να ειπωθεί είναι η ευχή όλων για την επιτυχή έκβασή του.



### 3. Δυσκολίες που αφορούν τους φορείς και της υπηρεσίες στην Ελλάδα

Η παρουσίαση των αρμοδίων για την αντιμετώπιση του προβλήματος στην Ελλάδα, φορέων και υπηρεσιών, ανέδειξε μια αντιφατική εικόνα. Την σοβαρότητα του προβλήματος αφενός και την μειωμένη ευαισθησία της πολιτείας αφετέρου. Δείγματα αυτής της μειωμένης ευαισθησίας αποτελούν οι ελλείψεις των προγραμμάτων και των υπηρεσιών που επισημάνθηκαν.

Συνοπτικά, διαπιστώθηκε η αναγκαστική συρρίκνωση των δραστηριοτήτων του Ι.Υ.Π. στον τομέα της έρευνας, καθώς δεν παρέχεται στο Ι.Υ.Π. η αναγκαία υποστήριξη για διενέργεια και θεραπευτικών προγραμμάτων. Επίσης η κατάργηση της Μονάδας ΚαΠα αποτελεί δείγμα κρατικής αναληψίας.

Η απουσία θεραπευτικών προγραμμάτων στο ΠΙΚΠΑ και στο «ΜΗΤΕΡΑ» και ο προσανατολισμός της παρέμβασής τους στην υιοθεσία ή την αναδοχή των παιδιών. Απουσία προγραμμάτων χαρακτηρίζει και την Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων. Απουσία ουσιαστικής δραστηριότητας της Εταιρείας Πρόληψης της Κακοποίησης- Παραμέλησης. Αδυναμία εφαρμογής των ερευνητικών δεδομένων σε πρακτικό επίπεδο. Ελλιπής πληροφόρηση του κοινού για τις τηλεφωνικές γραμμές και την δυνατότητα χρήσης τους.

Τα προγράμματα παιδικής προστασίας αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες του ευρύτερου παιδικού πληθυσμού πόσο μάλλον των παιδιών που κακοποιούνται- παραμελούνται. (Αγάθωνος και συν., Κοιν. Εργασία, 1986, σελ. 101-103).

Εκτός αυτών, επισημαίνεται έλλειψη επαρκούς αριθμού ειδικευμένων επιστημόνων (τόσο στην θεραπεία όσο και στην έρευνα και στην πρόληψη του προβλήματος), καθώς και απουσία συνεργασίας των ειδικών που απασχολούνται στις ανωτέρω υπηρεσίες. I επαγγελματίες αυτοί βιώνοντας το φόρτο όλων αυτών των περιστατικών, μη γνωρίζοντας για υπηρεσίες που παρέχουν άλλοι φορείς και μη συνεργαζόμενοι μαζί τους. Πολλές φορές αυτοσχεδιάζουν κατά την αντιμετώπιση των περιπτώσεων.

Η απουσία ενός κοινού τρόπου αντιμετώπισης, η έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών, ο κατακερματισμός τους και η απουσία κάποιας κρατικής ή έστω ιδιωτικής οργανωμένης προσπάθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος καταδεικνύουν το χαμηλό επίπεδο εθνικής ευαισθητοποίησης απέναντι στην

κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών, όπως επισημαίνει και η και Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, διευθύντρια του Ι.Υ.Π.

Προσθέτοντας τις επιστημονικές και λειτουργικές ελλείψεις, καθίσταται στην πραγματικότητα ουτοπία η προσδοκία ύπαρξης προγραμμάτων ανώτερων του μηδενικού σχεδόν επιπέδου που ισχύει σήμερα στην Ελλάδα.

Απαιτείται δραστηριοποίηση άμεση ειδικών, πολιτείας, κοινής γνώμης και ενδιαφερόντων για να υπάρξουν ουσιαστικές αλλαγές. Η αδράνεια δεν φέρνει την λύση, αλλά την αύξηση του προβλήματος. Ενός προβλήματος που αντανακλάται όχι μόνο στο παρόν αλλά και στο μέλλον των παιδιών και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

## Λ. Η κοινωνία απέναντι στο πρόβλημα

### 1. Γειτονιά - Σχολείο - Μ.Μ.Ε.

Διαπιστώσεις που αφορούν την στάση του κοινωνικού περίγυρου της οικογένειας παρουσιάστηκαν και σε προηγούμενη ενότητα.

Επισημάνθηκε ότι στις περισσότερες (αν όχι σε όλες) περιπτώσεις κακομεταχείρισης ενός παιδιού από τους γονείς του, οι γείτονες είναι γνώστες αυτής της κατάστασης. Αντιλαμβάνονται τι συμβαίνει, ακούνε τις κραυγές και τα κλάματα του παιδιού, την κραυγή αναζήτηση βοήθειας και τον πόνο του, όμως προτιμούν να «κλείσουν τα αυτιά» τους.

Η συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης από τη μια και η παθητική στάση των γειτόνων από την άλλη συνθέτουν μια αντιφατική εικόνα.

Οι τύψεις που τους «επισκέπτονται» κάποιες φορές, εξ αιτίας του ότι γνωρίζουν το πρόβλημα αλλά προτιμούν να το αφήνουν στην αφάνεια, αντιμετωπίζοντας με πληθώρα δικαιολογιών. Όπως για παράδειγμα, ο σεβασμός στην ιδιωτική ζωή του γείτονα που κακοποιεί-παραμελεί το παιδί του. Ισχυρίζονται λοιπόν ότι δεν έχουν το δικαίωμα να παρέμβουν στην οικογενειακή - ιδιωτική ζωή του βάνουσου γείτονά τους.

Άλλοτε πάλι, βεβαιώνουν την προθυμία τους να παρέμβουν, ωστόσο ο φόβος για αντίποινα από τον γονέα-δράστη ή η πιθανότητα ανάμειξης τους σε νομικές ή δικαστικές διαμάχες, τους αναγκάζουν σε αδράνεια. Η έλλειψη πληροφόρησης για τις αρμόδιες υπηρεσίες καταγγελίας των περιστατικών δεν κινητοποιεί τους γείτονες ώστε να αποκαλύψουν το πρόβλημα. (Gil, *Childhood and Socialisation*, 1973, σελ. 124-12).

Συνήθως, οι γείτονες αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές με την οικογένεια στο σύνολό της, την αντιμετωπίζουν με αρνητική και κριτική διάθεση, δεν επιδιώκουν την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με την οικογένεια καταδικάζοντάς την σε κοινωνική απομόνωση.

Τα ταμπού, οι προκαταλήψεις και η μειωμένη ευαισθητοποίηση των γειτόνων, τους οδηγούν στην επανάπαυση και προτίμηση της οικογενειακής τους ασφάλειας,

παρά στην κινητοποίηση και υπεύθυνη αντιμετώπιση των κρουσμάτων κακοποίησης-παραμέληση που συμβαίνουν γύρω τους.

Η περιέργειά τους, ενδέχεται να τους οδηγήσει κάποιες φορές στον να πλησιάσουν το παιδί και να προσπαθήσουν να αποσπάσουν κάποιες λεπτομέρειες της οδυνηρής κατάστασης που βιώνει. Ο τρόπος, όμως, που κάνουν αυτή την προσέγγιση, οι απανωτές και πιεστικές ερωτήσεις, τα σχόλια και η κριτική βιώνονται από το παιδί ως απόρριψη και στιγματισμός και το αναγκάζουν σε άρνηση οποιασδήποτε επαφής με τους γείτονες. (Unesco, 1968, σελ. 740-810).

Εκτός αυτού, η προσέγγιση του παιδιού σ' αυτές τις περιπτώσεις γίνεται με σκοπό την ικανοποίηση της περιέργειας του γείτονα και όχι με σκοπό την εξακρίβωση και αντιμετώπιση του προβλήματος.

Συχνά, μετά την δημοσιοποίηση ενός περιστατικού κακοποίησης-παραμέλησης, οι γείτονες επιβεβαιώνουν ότι γνώριζαν το πρόβλημα, δίνουν μάλιστα λεπτομερείς περιγραφές στους εκπροσώπους του τύπου και επιζητούν την προβολή τους από τις τηλεοπτικές κάμερες. Η στάση αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί το λιγότερο θρασύς. Στην ουσία μαρτυρούν την συνειδητή τους στην συνέχιση του προβλήματος. Βέβαια η στάση αυτή διευκολύνεται και λόγω της απουσίας νομοθετικών ρυθμίσεων που να υπαγορεύουν ένομες συνέπειες στις περιπτώσεις παράλειψης καταγγελίας του προβλήματος. (GU, Childhood and Socialisation, 1973, σελ. 130- ).

Πρέπει, ωστόσο, να αναφερθεί και ένα μικρό ποσοστό γειτόνων που αγανακτεί από την βάνουση συμπεριφορά του γείτονά τους προς τα παιδιά του και κινητοποιείται. Η κινητοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει προσέγγιση και συμπάρασταση του παιδιού, ή έγγραφη επώνυμη καταγγελία στις αρμόδιες αρχές ή ανώνυμη τηλεφωνική καταγγελία π.χ. στην Αστυνομία, στον Εισαγγελέα κ.α.

Ειδικότερα σ' ότι αφορά αυτό το τελευταίο καταδεικνύεται η άμεση ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των υπευθύνων των αρμοδίων υπηρεσιών προκειμένου να εξακριβώσουν το αληθές της καταγγελίας. Το γεγονός ότι η αναφορά γίνεται ανώνυμα δεν θα πρέπει να αδρανοποιήσει τους ειδικούς με το αιτιολογικό της πιθανής «φάρσας». Υπάρχει πάντα η πιθανότητα η αναφορά να είναι αληθινή και ο κίνδυνος του παιδιού άμεσος. (Ντινοπούλου Αννυ, Αστυνομική Επιθεώρηση, 1998, σελ. 558-559).

Ειδικότερα για την Ελλάδα, όπως επισημαίνει και η κα Σωτηροπούλου (στο Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», η μειωμένη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης, των γειτόνων κλπ. αποτελεί πρόβλημα στην αντιμετώπιση της κακοποίησης-παραμέλησης. Γίνεται φανερή η ανάγκη ενημέρωσης, εκπαίδευσης και καλλιέργειας ευαισθησίας στην κοινή γνώμη γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα.

Το κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί χαρακτηρίζεται, όπως επισημάνθηκε, από αρνητική ή επιθετική συμπεριφορά, δυσκολία προσαρμογής, μαθησιακές δυσκολίες και απομόνωση σ' ότι αφορά την σχολική του ζωή. Οι δυσκολίες αυτές καθώς και η κριτική στάση του σχολικού περιβάλλοντος επιβαρύνουν την κατάσταση του παιδιού.

Συνήθως, ο δάσκαλος (κάποτε και οι συμμαθητές) αντιλαμβάνεται ότι κάτι συμβαίνει στο συγκεκριμένο παιδί. Οι αντιδράσεις και η συμπεριφορά του είναι τόσο ενδεικτικό στοιχείο που δεν χρειάζεται μεγάλη εξειδίκευση για να αντιληφθεί ο δάσκαλος την ύπαρξη κάποιας προβληματικής κατάστασης στο παιδί. (Τσιάντης, Συζήτηση Στρογγυλού Τραπεζίου, 1983, σελ. 331-332).

Ωστόσο, ο μεγάλος αριθμός των παιδιών που πρέπει να ασχοληθεί, το φόρτο εργασίας, η αδυναμία του να προσεγγίσει το παιδί ή η μειωμένη ευαισθησία του αποτελούν παράγοντες που σταματούν κάθε περαιτέρω προσπάθεια του δασκάλου να διερευνήσει το πρόβλημα.

Συχνά, η στάση του παιδιού προκαλεί την οργή, το θυμό, την κριτική και την απόρριψη του δασκάλου, καθώς ο δάσκαλος αδυνατεί ή αδιαφορεί να κατανοήσει αυτό που βρίσκεται κάτω από την «επιφάνεια», κάτω από την άρνηση ή την επίθεση του παιδιού (ο.π. σελ. 332).

Η απομόνωση του παιδιού από τις μαθητικές παρέες και η απροθυμία του για κοινωνικές επαφές βιώνεται από τους συμμαθητές του ως απόρριψη των ιδίων με αποτέλεσμα την δική τους απορριπτική στάση του παιδιού. Ο φαύλος αυτός κύκλος διαιωνίζεται, καθώς το παιδί αδυνατεί να εμπιστευτεί στους συμμαθητές το πρόβλημά του και εκείνοι δεν έχουν την ωριμότητα να του προσφέρουν την απαραίτητη συμπαράσταση και αποδοχή.

Για τα Μ.Μ.Ε. η αποκάλυψη περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης αποτελεί είδηση με μεγάλη ακροαματικότητα. Στην ουσία, τα Μ.Μ.Ε. δεν στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης γύρω από την έκταση και τις διαστάσεις του

προβλήματος. Στοχεύουν στην υψηλή ακροαματικότητα, στην εμπορευματοποίηση δηλαδή του περιστατικού. (Assen και συν., *Childhood and neglect*, 1986, σελ. 55-56).

Στοιχεία όπως ηχητικά εφέ, εμμονή σε «ανατριχιαστικές» λεπτομέρειες ή εικόνες, μετάδοση συχνά ψευδών στοιχείων και κριτικά σχόλια ή γκριμάτσες του δημοσιογράφου καθώς και εκτεταμένη χρήση βαρύγδουπων, αρνητικών χαρακτηρισμών συνθέτουν τον τρόπο που τα Μ.Μ.Ε. αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης.

Παρουσιάζουν μια εικόνα των γονιών ανάλογη αυτής των ανθρωπόμορφων τεράτων της μυθολογίας ή εκείνης των βαριά ψυχασθενών καθώς τους «στολίζουν» με πληθώρα αρνητικών προσδιορισμών. Συχνά περιμένουν τους γονείς έξω από το σπίτι ή την εισαγγελία ή την Αστυνομία κλπ. και τους βομβαρδίζουν με ερωτήσεις.

Ερωτήσεις όπως π.χ. «Μετανιώσατε γι' αυτό που κάνατε;» ή «Τι αισθάνεστε;» ή «Θέλετε να πείτε κάτι στην κόρη/στον γιο σας τώρα;» κλπ. μοιάζουν παράλογες και ασυμβίβαστες με την ψυχολογική κατάσταση του γονέα, τον πόνο και το άγχος του γύρω από την έκβαση του προβλήματός του.

Η στάση αυτή στην ουσία είναι κριτική και κατηγορηματική προς τους γονείς, και επιβαρύνει την απόρριψη και το άγχος που βιώνουν.

Ζητήματα που αφορούν τα γενικότερα προβλήματα της οικογένειας, την ανεπάρκεια των ελληνικών υπηρεσιών για συστηματική αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών, την αναγκαιότητα διορθωτικών αλλαγών και ολοκληρωμένων προγραμμάτων εντός των υπηρεσιών, την ευαισθητοποίηση και πληροφόρηση της κοινής γνώμης γενικότερα για το πρόβλημα στην χώρα μας, επιμελώς αποσιωπούνται από τα Μ.Μ.Ε.

Η εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σχετίζεται από τα Μ.Μ.Ε. με βαρύγδουπους τίτλους και ανατριχιαστικές περιγραφές των γειτόνων ή των δημοσιογράφων στις ειδήσεις ή σε εκπομπές όπως τα λεγόμενα «reality shows».

Κάτω από τις συνθήκες αυτές, μπορεί ίσως να θεωρηθεί μέγα ευτύχημα, η απουσία εμπλοκής των παιδιών κατά τις διαδικασίες ενημέρωσης του κοινού, από τους δημοσιογράφους. Σύμφωνα με τους κανονισμούς της Ε.Σ.Η.Ε.Α., απαγορεύεται η τηλεοπτική παρουσίαση των ανηλίκων που αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως π.χ. αυτό της κακοποίησης-παραμέλησής τους.

Ευτυχώς δηλαδή τα παιδιά, δεν «θυσιάζονται» στο βωμό της ενημέρωσης, με άμεσο τρόπο. Η παρακολούθηση, όμως, της εξιστόρησης του προσωπικού τους δράματος από την τηλεόραση, έμμεσα, επηρεάζει την ψυχολογική τους κατάσταση, με αρνητικό σαφώς τρόπο.

Κάποιες φορές, ωστόσο, τα παιδιά παρουσιάζονται με «εκλεπτυσμένο» τρόπο. Έχουν για παράδειγμα γυρισμένη την πλάτη τους ή καλυμμένα τα πρόσωπά τους, ενώ δέχονται βροχή τις ερωτήσεις των δημοσιογράφων της τηλεόρασης ή του τύπου γενικότερα.

Δεν μπορεί, όμως, μια τέτοια στάση των Μ.Μ.Ε. να χαρακτηριστεί αντικειμενικά ορθή και παραδεκτή. Πρέπει να γίνει αντιληπτό στους δημοσιογράφους ότι κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να του συμπεριφέρονται με σεβασμό, να βιώνει το προσωπικό του δράμα χωρίς αυτό να γίνεται αντικείμενο εμπορευματοποίησης και να αντιμετωπίζεται με διακριτικότητα και ευγένεια (Unesco, 1968, σελ. 782).

## 2. Ο ρόλος του συνανθρώπου

Η κοινωνία είναι στην ουσία το σύνολο των ανθρώπων και η κοινωνική στάση απέναντι σε ένα πρόβλημα διαμορφώνεται από την στάση και τις συμπεριφορές των μελών του συνόλου.

Προκειμένου λοιπόν για ορθή στάση της κοινωνίας απέναντι στην κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού, καθίσταται αναγκαία η ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος από κάθε άνθρωπο χωριστά.

Η ορθή αυτή αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται κυρίως από την ευαισθησία και την κατανόηση του συνανθρώπου που ζει κοντά στην οικογένεια και βιώνει το πρόβλημά της.

Ο ρόλος λοιπόν του συνειδητοποιημένου συνανθρώπου συνίσταται σε

- α) εκδήλωση πραγματικού ενδιαφέροντος για κάθε περίπτωση όπου υπάρχουν υπόνοιες για κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού
- β) επικοινωνία με τους ειδικούς των αρμοδίων υπηρεσιών με στόχο την συζήτηση μαζί τους, την πληροφόρηση του και την πιο εύκολη καταγγελία του προβλήματος από τον συνάνθρωπο-γείτονα
- γ) συνεργασία με τους ειδικούς προκειμένου να έχει και ο ίδιος συμπαράσταση κατά τις χρονοβόρες και επίπονες διαδικασίες αποκάλυψης του προβλήματος
- δ) σεβασμό μπρος τα δικαιώματα του θύματος-παιδιού και αντιμετώπισή του με αξιοπρέπεια, στοργή και αγάπη
- ε) αποδοχή και πίστη των πληροφοριών που μεταδίδει το παιδί ως στοιχείων αληθειών. Αποφυγή έκφρασης δυσπιστίας ή αμφισβήτησης των λεγομένων του παιδιού ή πολλαπλών ερωτήσεων
- στ) συμπαράσταση στο παιδί και διαβεβαίωσή του για την απουσία ευθύνης του στην δημιουργία του προβλήματος, παροχή εμπιστοσύνης και ασφάλειας, κατανόησης και ειλικρίνειας
- ζ) ψύχραιμη και προσεκτική αντιμετώπιση για τα λεγόμενά του θύματος, χωρίς να κρίνει και να κατηγορεί
- η) καταγγελία του προβλήματος στην Αστυνομία, σε περιπτώσεις άμεσου κινδύνου της ζωής του παιδιού και όταν η σταδιακή συμπαράσταση της οικογένειας δεν έχει επιφέρει αποτελέσματα



θ) αποφυγή άμεσης αντιμετώπισης του γονέα-θύτη και αποφυγή πρόκλησης της οργής ή του θυμού του δράστη γιατί κάτι τέτοιο οδηγεί σε συγκρούσεις και διαμάχες. (Kemper, Child abuse and neglect, 1979, σελ. 34).

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι ο ρόλος του συνανθρώπου πρέπει να χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον και ευαισθησία. Η αμέλεια, η αδιαφορία, η δυσπιστία και η αδράνεια δεν αρμόζουν σε ένα συνειδητοποιημένο άνθρωπο.

Όταν κάθε άνθρωπος, κάθε μέλος της κοινωνίας αντιμετωπίζει το πρόβλημα κατ' αυτόν τον τρόπο, σαφώς οι ελπίδες μείωσης της συχνότητας εμφάνισής του είναι πολλές και σημαντικές.

## M. Η αντιμετώπιση του προβλήματος διεθνώς

Στις προηγούμενες ενότητες, έγινε μια προσπάθεια ανάλυσης του τρόπου χειρισμού του προβλήματος στον Ελληνικό χώρο με βάση τα δημοσιευμένα στοιχεία και τα συγγράμματα των επιστημόνων. Παρουσιάστηκαν, συγχρόνως και οι δυσκολίες που κάθε φορά συναντώνται και εμποδίζουν την ολοκληρωμένη και συστηματική καταπολέμηση του προβλήματος.

Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούν, εν συντομία, οι τρόποι θεραπείας, έρευνας και αποκατάστασης των περιστατικών κακοποίησης-παραμέλησης, καθώς και τα προληπτικά μέτρα που ισχύουν σε διεθνές επίπεδο και πιο συγκεκριμένα σε ορισμένα ενδεικτικά κράτη. Στόχος της αναφοράς αυτής, είναι όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή της μελέτης, η δυνατότητα που παρέχεται στον αναγνώστη να επιχειρήσει μια μικρή σύγκριση της ισχύουσας κατάστασης σε εθνικό επίπεδο με την αντίστοιχη διεθνή κατάσταση.

Έτσι παρουσιάζεται το πρόβλημα στις εξής χώρες:

1. **Αγγλία.** Είναι η χώρα που σαφώς πρωτοπορεί στην Ευρώπη τόσο στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών σε παιδιά και οικογένειες με το ειδικό αυτό πρόβλημα όπως και σε ειδικά ερευνητικά προγράμματα που καλύπτουν πρόληψη και αντιμετώπιση.

Οι λύσεις για την αντιμετώπιση των οικογενειών αυτών είναι πολλαπλές : ειδικές θεραπευτικές μονάδες, όπου μπορεί να πάει όλη η οικογένεια για σύντομο διάστημα άμεσης παρέμβασης λίγων εβδομάδων, ανάδοχες οικογένειες ειδικά εκπαιδευμένες για απομάκρυνση του παιδιού για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα, ειδικοί παιδικοί σταθμοί ή play groups, βοηθοί μητέρων (mum's help) που πληρώνονται από προνομιακά προγράμματα της τοπικής αυτοδιοίκησης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Παιδιατρική 1982, σελ. 410)

Τα ερευνητικά προγράμματα στην Αγγλία έχουν κέντρα συνήθως γενικά ή ειδικά νοσοκομεία και εθελοντικές ημι-επαγγελματικές οργανώσεις. Έτσι π.χ. στο Park Hospital λειτουργεί μικρό παιδοψυχιατρικό νοσοκομείο της Οξφόρδης με μικρή ομάδα ερευνητών.

Σ' ότι αφορά την θεραπεία, στην Αγγλία, προωθείται η στρατηγική της άμεσης αντιμετώπισης πρακτικών προβλημάτων της οικογένειας.

Τα προληπτικά μέτρα στον τομέα της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών στοχεύουν στον προσδιορισμό ομάδων πληθυσμού ή ατόμων σε «αυξημένο κίνδυνο». Τα καταλληλότερα πλούσια για την εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων είναι : 1) ιατρεία παρακολούθησης εγκύων πριν και μετά τον τοκετό 2) αίθουσες τοκετού 3) τμήματα εντατικής νοσηλείας βρεφών και 4) κοινωνικές υπηρεσίες της κοινότητας, επανδρωμένες με ειδικούς επιστήμονες (ο.π., σελ. 410).

**2. Βέλγιο.** Στη χώρα αυτή η θεραπευτική αντιμετώπιση περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης γίνεται από διεπιστημονικές κυρίως, ομάδες με μέλη παιδίατρος, κοινωνικούς λειτουργούς, παιδοψυχιάτρους, κοινωνικούς παιδαγωγούς, νομικούς και γραμματείς, οι οποίες ομάδες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα με βάση την ψυχοδυναμική θεωρία. (π.χ. Πανεπιστήμιο Αντβέρπης).

Σ' ότι αφορά την έρευνα και την πρόληψη εφαρμόζονται τα εξής προγράμματα : 1) μελέτη της προσωπικότητας γονέων που έχουν ήδη κακοποιήσει-παραμελήσει τα παιδιά τους 2) έρευνες στον τομέα της πρωτοπαθούς πρόληψης και παρακολούθηση μητέρων με αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση των παιδιών τους πριν και μετά τον τοκετό 3) παρακολούθηση αυτών των μητέρων και των παιδιών τους μέχρι την νηπιακή ηλικία των παιδιών από παιδίατρος και παιδοψυχιάτρους και άλλους ειδικούς (π.χ. προγράμματα που εφαρμόζονται στο Ελεύθερο Πανεπιστήμιο των Βρυξελλών) 4) συνεργασία Πανεπιστημιακών ερευνητικών τμημάτων με παιδιατρικές κλινικές με στόχο την έγκαιρη πρόληψη όσο και την έγκαιρη παρέμβαση στη σχέση μάνας-παιδιού (π.χ. συνεργασία Πανεπιστημίου Λιέγης με παιδιατρική κλινική και Τμήμα παρακολούθησης εγκύων). (ο.π., σελ. 412).

Τα ερευνητικά δεδομένα διαμορφώνουν την κοινωνική πολιτική του Βελγικού κράτους στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Αντιμετώπιση που προβάλλεται ολοκληρωμένη και συστηματική με την προώθηση διεπιστημονικών ομάδων σε όλους του τομείς έρευνα, θεραπεία, πρόληψη.

**3. Δανία.** Το πιο ενδεικτικό παράδειγμα χειρισμού του προβλήματος στην εν λόγω χώρα αποτελεί το Child Copenhagen Council Hospital. Στο Νοσοκομείο αυτό διεπιστημονική ομάδα μελετά το θέμα της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών ως 15 ετών. Όλα εισάγονται στο Νοσοκομείο για εξετάσεις μεταξύ των

οποίων και έλεγχο παλαιών τραυμάτων με αξονικό τομογράφο. Συγχρόνως μελετάται όλη η οικογένεια και ελέγχεται μετά δύο και πέντε χρόνων. (ο.π. σελ. 411)

4. Ολλανδία. Το πρόγραμμα των «Εμπιστευτικών Γιατρών» είναι ο κύριος φορέας αντιμετώπισης του προβλήματος στη χώρα αυτή. Πρόκειται για πρόγραμμα, που λειτουργεί, ήδη από το 1972, έχει αποδειχθεί επιτυχημένο και επεκτείνεται συνεχώς. Η διεπιστημονική ομάδα (παιδίατρος, κοινωνικός λειτουργός, διοικητικοί υπάλληλοι) αποτελεί τον πυρήνα και την ουσία του προγράμματος.

Το εξειδικευμένο αυτό προσωπικό συγκροτεί συγκροτημένα Κέντρα αντιμετώπισης του προβλήματος που εδρεύουν σε αγροτικές και αστικές περιοχές της χώρας, εξυπηρετώντας το σύνολο του παιδικού πληθυσμού. (ο.π. σελ. 416).

Πρέπει να σημειωθεί ότι συγχρόνως διεξάγονται ερευνητικά προγράμματα με στόχο όχι μόνο την αξιολόγηση της στάσης του πληθυσμού της χώρας απέναντι στο πρόβλημα αλλά και την αξιολόγηση των αρχών και της μεθοδολογίας χειρισμού του φαινομένου. Έτσι επιτυγχάνεται η ο προσαρμογή των προγραμμάτων στις ανάγκες των πολιτών.

5. Γερμανία. Στην Γερμανία ο αριθμός των ερευνητικών προγραμμάτων είναι πιο περιορισμένος σε σχέση με τα αντίστοιχα των χωρών, που ήδη παρουσιάστηκαν. Το πιο αξιόλογο πρόγραμμα είναι αυτό που εφαρμόζεται στην Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική του Μονάχου, με πρωτοβουλία του παιδίατρου R Frank και το οποίο ξεκίνησε το 1980. Στόχο έχει τη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών και οικογενειών με το πρόβλημα αυτό. (ο.π. σελ. 414).

Είναι χαρακτηριστικό ότι ένας ιδιαίτερος πληθυσμός του προγράμματος αυτού αποτελείται από παιδιά μεταναστών δηλαδή από ομάδες με αυξημένο κίνδυνο.

6. Ιταλία. Το ιδιαίτερο με την χώρα αυτή είναι η διαφορά της παιδικής προστασίας ανάμεσα στην Βόρεια και Νότια Ιταλία (απόρροια της διαφοράς βιοτικού επιπέδου). Η παιδική προστασία παρουσιάζεται σαφώς καλύτερη στο βόρειο τμήμα της χώρας.

Στην Ιταλία, ήδη από το 1982, λειτουργούσαν 708 Κέντρα οικογένειας που στόχευαν στην προληπτική ιατρική παιδιών και ολόκληρης της οικογένειας (ο.π. σελ. 415).

Ερευνητικά προγράμματα (όπως αυτό του Πανεπιστημίου της Ρώμης από την ψυχαναλύτρια παιδοψυχίατρο Gaddini) στοχεύουν στον εντοπισμό μητέρων με αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης-παραμέλησης, στον έλεγχο της συναλλαγής μητέρας-παιδιού τον πρώτο μήνα της ζωής του παιδιού και στην έγκαιρη παρέμβαση για την θεραπεία του προβλήματος.

7. Καναδάς. Ο Καναδάς έχει να επιδείξει πληθώρα μέτρων σ' ότι αφορά την προστασία του παιδιού αλλά και της οικογένειας γενικότερα από το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης.

Στην πρώτη βαθμίδα του προγράμματος αντιμετώπισης περιλαμβάνονται :

- α) κοινωνική ασφάλιση
- β) βρεφονηπιακοί σταθμοί σε ευρεία κλίμακα
- γ) προετοιμασία εφήβων για τον γονεϊκό ρόλο
- δ) προγραμματισμός γεννήσεων - απαραίτητη στενή παρακολούθηση κάθε νεογνού
- ε) έλεγχος στην κατανάλωση αλκοόλ
- στ) πρόγραμμα υποχρεωτικού εμβολιασμού για όλους τους πολίτες
- ζ) προγράμματα υποστήριξης της οικογένειας
- η) ευρεία ενημέρωση του κοινού για το πρόβλημα
- θ) διεπιστημονικές ομάδες διάγνωσης και θεραπείας τέτοιων περιστατικών σε κάθε κοινότητα
- ι) διδασκαλία ειδικών στο θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης (ο.π. σελ. 416)

Σε δεύτερη φάση ο χειρισμός του προβλήματος περιλαμβάνει μέτρα όπως :

- α) υποχρεωτική για τους πολίτες καταγγελία, περιπτώσεων κακομεταχείρισης παιδιών έως 18 ετών
- β) εκπαίδευση του πληθυσμού
- γ) εντοπισμό περιπτώσεων κατά την περιγεννητική περίοδο
- δ) έγκαιρο εντοπισμό περιστατικών σε νοσοκομεία βρεφονηπιακούς σταθμούς και σχολεία

- ε) 24ώρη τηλεφωνική επικοινωνία με στόχο την πρόληψη οξέων οικογενειακών κρίσεων
- στ) κεντρικά αρχεία όλων των περιπτώσεων
- ζ) ειδικές κοινοτικές υπηρεσίες
- η) προγράμματα νομικής παρέμβασης (ο.π. σελ. 416).

Τα πιο χαρακτηριστικά ερευνητικά προγράμματα είναι αυτό στο «West End Greche» (λειτουργεί εδώ και δύο δεκαετίες) και στο «Hospital for Sick Children» (ο.π. σελ. 416).

Το πρώτο αποτελεί έναν ειδικό παιδικό σταθμό για κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά 2-5 1/2 ετών, όπου μελετώνται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αυτών των παιδιών και των οικογενειών τους.

Στο δεύτερο η διεπιστημονική ομάδα του νοσοκομείου αναλαμβάνει την διάγνωση, αξιολόγηση και θεραπεία των νοσοκομειακών περιστατικών, καθώς και την λειτουργία συμβουλευτικού κέντρου για επαγγελματίες με στόχο την εκπαίδευση των εντός και εκτός νοσοκομείου ειδικών που ασχολούνται με το θέμα.

Τέλος, επισημαίνεται, ότι βάση της νομοθεσίας της χώρας, δύναται το δικαστήριο αρκετά εύκολα να άρει προσωρινά ή μόνιμα την γονική εξουσία και να αποκαταστήσει το παιδί μέσω π.χ. ανάδοχων οικογενειών, τεχνητών οικογενειών, υιοθεσίας, φιλοξενίας σε ανάλογα κέντρα παιδικής προστασίας (ο.π. σελ. 416)

8. Η.Π.Α. Στην χώρα αυτή το πρόβλημα της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών, όσο παράδοξο και αν φαίνεται, είναι ιδιαίτερος μεγάλο. Έχουν αναπτυχθεί, για το λόγο αυτό ποικίλα προγράμματα σε εθνικό και πολιτειακό επίπεδο.

Στην Washington, για παράδειγμα, το Εθνικό Κέντρο για Κακοποίηση και Παραμέληση του παιδιού, αναλαμβάνει τη χρηματοδότηση εθνικών ερευνητικών προγραμμάτων και θεραπευτικών προσεγγίσεων.

Η Εθνική Επιτροπή για την Πρόληψη της Κακοποίησης Παιδιών με έδρα το Σικάγο και το C. Henry Kempe Εθνικό Κέντρο για την Πρόληψη και Θεραπεία της Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών, στο Denver του Colorado, στοχεύουν στην αξιολόγηση προγραμμάτων, στην εκπαίδευση κοινού και ειδικών, στην ανάπτυξη θεραπευτικών και προληπτικών προγραμμάτων (ο.π. σελ. 415).

Στην χώρα αυτή, προτείνεται η αντιμετώπιση του προβλήματος σε επίπεδο συγκεκριμένου πληθυσμού και συγκεκριμένης κοινότητας, η οποία έχει τις δικές της συγκεκριμένες ανάγκες.

Η πρόληψη θεωρείται υπόθεση της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Ενδεικτικά μέτρα που εφαρμόζονται σε τοπική κλίμακα είναι :

- α) υποστηρικτικά προγράμματα για τους γονείς
- β) εκπαίδευση γονέων
- γ) έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής σχέσης γονέα-παιδιού και τακτική θεραπευτική παρακολούθηση
- δ) προγράμματα παιδικής προστασίας
- ε) ειδικά προγράμματα για κακοποιημένα-παραμελημένα παιδιά
- στ) εκπαίδευση μαθητών για το γονεϊκό ρόλο
- ζ) 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία αντιμετώπισης οξέων κρίσεων
- η) ενημέρωση-εκπαίδευση του κοινού για την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού, την οικογενειακή και κοινωνική παθολογία
- θ) προγράμματα κοινοτικής οργάνωσης (ο.π. σελ. 415)

**9. Τουρκία.** Κανένα ουσιώδες πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του προβλήματος δεν υπάρχει στην χώρα αυτή. Είναι μάλιστα τραγική η έλλειψη προγραμμάτων, αν ληφθεί υπόψη ο μεγάλος αριθμός εγκαταλελειμμένων και κακοποιημένων παιδιών στην Τουρκία. Όχι μόνο η σωματική κακοποίηση αλλά και η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών είναι προβλήματα τεραστίων διαστάσεων στην χώρα αυτή, ενώ η αδράνεια της Πολιτείας μεγεθύνει τις διαστάσεις του.

Το μόνο ερευνητικό πρόγραμμα, εφαρμόζεται στην Άγκυρα και μελετά την εγκατάλειψη παιδιών σε ιδρύματα της περιοχής, χωρίς όμως να προχωρά στην λήψη μέτρων παιδικής προστασίας (ο.π. σελ. 413).

Είναι χαρακτηριστικό, ότι στη γείτονα χώρα, η παράνομη σκληρή εργασία ανήλικων παιδιών, η πιο φανερή κακοποίηση παιδιών βρίσκεται σε έξαρση.

Από την αναφορά των προγραμμάτων των παραπάνω χωρών (με εξαίρεση την Τουρκία) διαπιστώνεται σαφώς η έμφαση των χωρών αυτών στην πρόληψη του προβλήματος, στην έρευνα, ερμηνεία και κατανόησή του. Σαφώς η σωστή έρευνα,

οδηγεί σε σωστά προληπτικά μέτρα και σαφώς η πρόληψη οδηγεί στην μείωση του προβλήματος.

Αυτό το τελευταίο, φαίνεται ότι δεν γίνεται κατανοητό στην Ελλάδα όπου η αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως παρουσιάστηκε στις προηγούμενες ενότητες, επικεντρώνεται στην θεραπεία και αποκατάσταση και όχι στην έρευνα και στην πρόληψη. Εκτός αυτού τόσο η θεραπεία όσο και η αποκατάσταση, παρέχονται στην χώρα μας σε, επίσης, περιορισμένο αριθμό, λόγω δυσκολιών που οι υπεύθυνοι αρνούνται να αντιμετωπίσουν.

Εκείνο που δεν γίνεται αντιληπτό στην χώρα μας από τους φορείς της Πολιτείας είναι ότι προτιμότερο είναι να προλαμβάνεις ένα πρόβλημα παρά να το θεραπεύεις. Άλλωστε, τα αποτελέσματα των ερευνητικών προληπτικών προγραμμάτων, σε διάφορες χώρες, έχουν πιστοποιήσει αυτήν ακριβώς την ιδέα.

Τα αποτελέσματα των διεθνών προγραμμάτων που καταδεικνύουν την αναγκαιότητα τόσο της πρόληψης όσο και της άμεσης ολοκληρωμένης και μακροχρόνιας θεραπευτικής παρέμβασης θα έπρεπε να γίνουν αντικείμενο μελέτης από την Ελληνική Πολιτεία.

Οι ιδέες και οι σκέψεις που θα προκύψουν από την μελέτη αυτή σε συνδυασμό με την ανάλυση των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού, μπορούν να οδηγήσουν στην εκπόνηση και διενέργεια προγραμμάτων κατάλληλων για την σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας.

