

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

"Επιπτώσεις ενδο-οικογενειακής κακοποίησης παιδιού
προσχολικής και σχολικής ηλικίας από (3-12) ετών."

Μετέχουσα σπουδάστρια
Κονάκη Αλεξάνδρα

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

Πάτρα 13 Δεκεμβρίου 2005

Η επιτροπή για την έγκριση της πτυχιακής εργασίας:

Υπογραφή

Δρ. Γιαννικάκης Ηλίας

Καθηγητής του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Υπογραφή

Θεοδωράτου Μαρία

Επιστημονική Συνεργάτης του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Υπογραφή

Αναγνωστοπούλου Κατερίνα, ΜΑ

Εργαστηριακός Συνεργάτης Του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας

Αναγνώριση:

Ευχαριστώ τον κ. Γιαννικάκη Ηλία που με τις πολλές γνώσεις και την εμπειρία πολλών χρόνων μου έδωσε σωστές κατευθύνσεις και με βοήθησε να ξεπεράσω τις δυσκολίες που αντιμετώπισα και έτσι μπόρεσα να συγγράψω την συγκεκριμένη εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι μορφές κακοποίησης του παιδιού από τους γονείς του αποτελούν το αντικείμενο της μελέτης της παρούσας εργασίας. Παρουσιάζονται αναλυτικά η σωματική, η σεξουαλική, η ψυχολογική κακοποίηση, παραμέληση καθώς και η μορφή βίας που ασκείται στο παιδί που γίνεται μάρτυρας βίαιων περιστατικών, ανάμεσα στους γονείς του.

Επίσης γίνεται προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου καθώς και αναζήτηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του προβλήματος.

Επιπλέον αναφέρονται οι επιπτώσεις της κακοποίησης στο παιδί, στην συναισθηματική, στη συμπεριφορμιστική και ψυχοκοινωνική του εξέλιξη και ανάπτυξη, όπως καταθλιπτικές διαταραχές, η επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά κλπ.

Ακόμη, με βάση όλα τα παραπάνω, χρειάζεται η θεραπευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση του προβλήματος και η συμβολή και η συνεργασία των επαγγελματιών που εμπλέκονται στα θέματα κακοποίησης των παιδιών, και κυρίως καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης και καθιέρωσης πολιτικών πρόληψης, για να αποφευχθεί η διαίωσή του.

Τέλος αναφέρονται μελέτες και έρευνες από Πανελλήνια παιδιατρικά Συνέδρια στην Ελλάδα σχετικά με την κακοποίηση του παιδιού και στατιστικά στοιχεία κακοποιημένων παιδιών στα έτη 2003-2004 από το νοσοκομείο παιδών «Αγίας Σοφίας».

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	4
ΠΙΝΑΚΑΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	5-6
Κεφάλαιο I	
Εισαγωγή	8
Το Πρόβλημα	9
Σκοπός της Μελέτη	10
Ορισμοί όρων	10
Κεφάλαιο II	
1. Η ιστορία της παιδικής κακοποίησης	15
2. Η ενδο-οικογενειακή κακοποίηση ως κοινωνικό πρόβλημα.	18
3. Προσπάθειες προσέγγισης της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης (βίας).	19
1. Τύποι και χαρακτηριστικά γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους.	22
2. Η χρήση βίας σαν μέτρο διαπαιδαγώγησης.	26
3. Το φαινόμενο της κακοποίησης του παιδιού στην Ελλάδα.	27
Κεφάλαιο III	
Μορφές κακοποίησης του παιδιού και οι επιπτώσεις στο παιδί.	30
1. α) Προσπάθεια απόδοσης ορισμού της σωματικής κακοποίησης	30
β) Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στο παιδί.	31

2. α) Προσπάθεια απόδοσης του ορισμού της σεξουαλικής κακοποίησης.	34
β) Επιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης στο παιδί.	36
3. α) Προσπάθεια απόδοσης του ορισμού της παραμέλησης .	38
β) Επιπτώσεις της παραμέλησης στο παιδί.	40
4. α) Προσπάθεια απόδοσης του ορισμού της ψυχολογικής κακοποίησης.	41
β) Οι επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης στο παιδί.	42
5. α) Προσπάθεια προσέγγισης της ενδο οικογενειακής κακοποίησης (βίας).	43
β) Επιπτώσεις της ενδο-οικογενειακής βίας στο παιδί.	45

Κεφάλαιο IV

1. α) Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση και τη συμπεριφορά του παιδιού που συμβάλλουν στην αναγνώριση του προβλήματος.	47
β) Η κλίμακα Αγάθωνος για την πρόβλεψη της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.	51
γ) Επαγγελματίες ειδικοί που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της κακοποίησης του παιδιού και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.	52
δ) Προτάσεις για τον περιορισμό και την αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης του παιδιού.	54
ε) Πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση	56-57
στ) Ποινική προστασία	59

Κεφάλαιο V

α) Πανελλήνια παιδιατρικά συνέδρια	64
β) Στατιστικά στοιχεία κακοποιημένων παιδιών από το Ινστιτούτο	

Υγείας του παιδιού του νοσοκομείου «Αγία Σοφία» για τα έτη 2003-2004.	77
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

Αποτελέσματα	84
--------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Συμπεράσματα – εισηγήσεις	86
---------------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
--------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή

Η παιδική κακοποίηση αποτελούσε κοινωνική πραγματικότητα από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Την ιδιαίτερη προσοχή των μελετών όμως προκάλεσε η κακοποίηση του παιδιού από τους ίδιους τους γονείς του, το οποίο και αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης εργασίας.

Πρόκειται για μία βιβλιογραφική έρευνα για τις μορφές ενδο-οικογενειακής κακοποίησης που μπορούν να ασκηθούν σε ένα παιδί μέσα στα στενέ πλαίσια της πυρηνικής οικογένειας (πατέρας – μητέρα- παιδί), τις βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες επιπτώσεις της, τους παράγοντες που ενδέχεται να συμβάλλουν στην έναρξη, ή τη συνέχιση της κακοποίησης ενός παιδιού, ενώ παράλληλα παρουσιάζεται η πορεία της κοινωνικής ευαισθητοποίησης για το συγκεκριμένο θέμα, το οποίο απασχολεί και την Ελλάδα.

Αναλυτικότερα: Στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθεί το πρόβλημα, οι σκοποί και οι στόχοι της παρούσας εργασίας, καθώς και οι ορισμοί των όρων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα γίνει σύντομη παρουσίαση της ιστορίας του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης και την αναγνώριση των κοινωνικών συνεπειών της, αναφέρονται οι θεωρίες που έχουν κατά καιρούς, υποστηριχθεί για την ερμηνεία του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής βίας. Θα γίνει μία προσπάθεια διάκρισης και οριοθέτησης της κακοποίησης από το δικαίωμα άσκησης βίας από τους γονείς στο παιδί τους για λόγους σωφρονισμού και στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούν ποιοι γονείς κακοποιούν τα παιδιά τους, τύποι και χαρακτηριστικά αυτών.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα περιγραφτούν αναλυτικά οι μορφές της παιδικής κακοποίησης: Πρώτη παρουσιάζεται η σωματική κακοποίηση, δεύτερη η σεξουαλική κακοποίηση, τρίτη παρουσιάζεται η παραμέληση του παιδιού και τέταρτη η ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού καθώς και οι επιπτώσεις της κάθε μορφής χωριστά τόσο στην ψυχολογία όσο και στην προσωπικότητα του παιδιού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα παρουσιαστεί το θέμα προστασίας των παιδιών στην Ελλάδα και τέλος θα παρουσιαστούν τρόποι αντιμετώπισης της οικογενειακής παιδικής κακοποίησης και θα αναφερθεί ο ρόλος των ειδικών επαγγελματιών που εμπλέκονται και ασχολούνται με το πρόβλημα αυτό. Επιπλέον, θα γίνει λόγος για το σχεδιασμό προτάσεων και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ώστε να τονιστεί η ανά τον κόσμο αναγκαιότητα χάραξης μιας προληπτικής πολιτικής που θα συμβάλλει στον περιορισμό ή στην διακοπή διαίωνισης του φαινομένου αυτού.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο θα αναφερθούν έρευνες και μελέτες από ελληνικά πανελλήνια Συνέδρια, σχετικά με την κακοποίηση του παιδιού και στατιστικά στοιχεία κακοποιημένων παιδιών στα έτη 2003-2004 από το νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία».

Το πρόβλημα

Η παιδική κακοποίηση αποτελούσε κοινωνική πραγματικότητα πολύ πριν το 1962 που αναγνωρίστηκε ως κοινωνικό πρόβλημα από τον Αμερικάνο παιδίατρο Henry Kemble που χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο Battered Child Syndrome «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. (Νάκου, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Βέβαια στις μέρες μας το φαινόμενο της κακοποίησης του παιδιού έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις. Κανείς πια δεν μπορεί να αμφισβητήσει την ύπαρξη του σοβαρού αυτού φαινομένου ούτε την πραγματική του έκταση ενώ ακόμη δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθός του, γιατί ένας αριθμός κακοποιημένων παιδιών δεν φτάνει στις Αρχές.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα το πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών είναι υπαρκτό αρκετά σοβαρό και απασχολεί σοβαρά την κοινωνία και την πολιτεία.

Σκοπός της Μελέτης:

Επιπτώσεις ενδο-οικογενειακής κακοποίησης (βία) παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας (13-12) ετών.

Στόχοι

1. Η καταγραφή των αιτιών που οδηγούν τους γονείς να κακοποιούν τα παιδιά τους.
2. Περιγραφή των χαρακτηριστικών των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους.
3. Εντοπισμός των επιπτώσεων της κακοποίησης στην ψυχική υγεία του παιδιού.
4. Κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση και σχεδιασμός μέτρων πρόληψης για τον περιορισμό διαίωσισης του προβλήματος.

ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ (1999)* ο γενικός ορισμός της κακοποίησης του παιδιού είναι: "Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση ενός παιδιού περιλαμβάνει όλα τα είδη της σωματικής ή και της

συναισθηματικής κακοποίησης, της σεξουαλικής παραβίασης, της παραμέλησης και της αμελούς θεραπείας, όπως και της εμπορικής ή άλλης εκμετάλλευσης ενός παιδιού, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη της υγείας, της νοητικής, σωματικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής ανάπτυξης ή αξιοπρέπειας, στα πλαίσια μιας σχέσης που χαρακτηρίζεται από ευθύνη, εμπιστοσύνη ή δύναμη". (Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου κ. Μαρία Τσαγγάρη – Αθήνα 1999).

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμό ή κάκωση διαφορετικής σοβαρότητας, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν, ακόμη και με την παραμικρή υποψία, να εξετάζουν με προσοχή όλο το σώμα του παιδιού. (Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου κ. Μαρία Τσαγγάρη, Αθήνα, 1999).

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξή του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφηθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί.

Στα πλαίσια της παραμέλησης εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, αναφέρεται ως ξεχωριστή κατηγορία. (Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα, 1998).

Ανεπάρκεια αύξησης /δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας.

Με τον όρο σύνδρομο δυστροφίας μη-οργανικής αιτιολογίας περιγράφεται η νοσολογική οντότητα σύμφωνα με την οποία το βάρος του σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του όρια, δηλαδή σε τιμές κάτω την 3^η εκατοστιαίου θέση, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση. (Ε. Αγαθ. Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Σύνδρομο Μυγγάουζεν δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων – στην πλειοψηφία μητέρων- που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, υπεрнаτρία, σπασμούς, εμετούς ή και προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (π.χ. αίματος, ούρων). Με τις ενέργειές τους αυτές, απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή διαταραχή ή δημιουργούν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Μη τυχαία δηλητηρίαση

Η μη τυχαία δηλητηρίαση ή χημική κακοποίηση περιγράφει την ηθελημένη χορήγηση τοξικής ουσίας σε ένα παιδί, συνήθως μικρής ηλικίας, με στόχο την πρόκληση βλάβης ή και θάνατο. Ορισμένες μορφές τις έχουν επαλληλία με το σύνδρομο Μυγχάουζεν δι' αντιπροσώπου. (Ε. Μυγχάουζεν δι' αντιπροσώπου. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή.

Ως σύνδρομο του αμέτοχου θεατή ορίζεται η έκθεση του παιδιού για μακρύ χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακή βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Η βία μεταξύ των συζύγων είναι η χαρακτηριστικότερη μορφή ενώ άλλες μορφές είναι η κακοποίηση σωματική, σεξουαλική- άλλου αδερφού μέσα στην οικογένεια ή η βία εναντίων του παππού ή της γιαγιάς. Η λεκτική βία (βρισιές-απειλές) είναι από τις πιο χαρακτηριστικές μορφές του συνδρόμου του αμέτοχου θεατή. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Ψυχολογική κακοποίηση.

Η ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Σεξουαλική παραβίαση αιμομιξία

Σεξουαλική παραβίαση θεωρείτε η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και κακοποίηση του ενήλικα.

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

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι τον βιασμό και την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο «σεξουαλική εκμετάλλευση». (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Αιμομιξία

Η αιμομιξία, η σεξουαλική κακοποίηση στα πλαίσια της οικογένειας, τις περισσότερες φορές συμβαίνει ανάμεσα στον πατέρα (βιολογικό ή θετό) και στην κόρη, μπορεί όμως να συμβεί και ανάμεσα στα αδέρφια, τη μητέρα και το γιο και σπανιότερα, ανάμεσα στην κόρη και τη μητέρα. (Αρτινοπούλου Β., Αθήνα 1995).

Ενδο-οικογενειακή βία (κακοποίηση)

«Με το ρόλο ενδο-οικογενειακή βία εννοούμε τη χρήση βίας από ένα μέλος της οικογένειας (δράστης) δύναμης ή εξουσίας προς ένα άλλο μέλος της (θύμα), προκαλώντας έτσι επιβλαβείς συνέπειες». (Σπινέλλη, 1998, σελ.172).

A. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

1. Η ιστορία της παιδικής κακοποίησης

Κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς βρίσκει αναφορά στη μυθολογία. Κατά τον Ισίοδο, η Ήρα, θυμωμένη επειδή ο σύζυγός της, Δίας, είχε ερωτικές σχέσεις και με άλλες γυναίκες, γέννησε τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος ήταν άσχημος και κουτσός το οποίο η Ήρα δεν άντεξε και τον πέταξε από τον Όλυμπο στη θάλασσα. Ο Ήφαιστος σώθηκε από τη Θέτιδα και την Ευρυνόμη αλλά πάντα μισούσε τη μητέρα του. Ήταν βίαιος και ο γάμος του με την Αφροδίτη, απέτυχε. Η ιστορία του Ηφαίστου αποτελεί μια κλασσική περίπτωση βίας στην οικογένεια και δια-γενεακής αναπαραγωγής της. (Τσελεμέγκου-Αντωνιάδου, Αθήνα, 1987).

Η παιδική κακοποίηση δεν αποτελεί φαινόμενο των ημερών μας. Πρόκειται για ένα φαινόμενο άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες και εξαρτάται από τα εκάστοτε πρότυπα της κοινωνίας σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς προς τα παιδιά.

Στην αρχαιότητα η θυσία των παιδιών για τον εξευμενισμό, των θεών, η θανάτωση παιδιών από βασιλιάδες για αποφυγή, διανομής του κλήρου, οι θρησκευτικές τελετές που περιλάμβαναν σεξουαλική επαφή

ανάμεσα σε ενήλικες και παιδιά αποτελούσαν μια αποδεκτή πραγματικότητα. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1987).

Στους προχριστιανικούς χρόνους, η τύχη και η ζωή των παιδιών βρισκόταν στην πατρική ευχέρεια, καθώς είχε της εξουσία τη στιγμή της γέννησής τους να τα θανατώσει ή να τα αφήσει να ζήσουν. Αργότερα, κατά το Αρχαίο Γερμανικό Δίκαιο, εάν το παιδί είχε καθαριστεί, μετά τη γέννα ο πατέρας είχε μεν την υποχρέωση της προστασίας του, αυτό όμως δεν του στερούσε το δικαίωμα πώλησης των παιδιών του, το οποίο και διατηρούσε μέχρι να παντρευτούν. (Γαβριηλίδης, Αθήνα, 1975).

Στις ανατολικές χώρες η κατάσταση ήταν παρόμοια. Εξαιρέση αποτελούσαν η Αίγυπτος και η Περσία που απαγόρευαν τη θανάτωση των παιδιών και αυτό λόγω των κρατικών συμφερόντων και της ανάγκης για εργατικά χέρια. Η Μωσαϊκή Νομοθεσία απαγόρευε επίσης την θανάτωση των παιδιών στο αρχαίο Ισραήλ με εξαίρεση την ομαδική δολοφονία των βρεφών της Βηθλεέμ από τον Ηρώδη.

Στην Αρχαία Ελλάδα υπάρχουν παραδείγματα θανάτωσης παιδιών με γενετικές ανωμαλίες στην Σπάρτη. Στο Αρχαίο Ελληνικό Δίκαιο όμως, βρίσκουμε προστατευτική διάταξη, την «γραφή κακώσεως», η οποία παρέχει προστασία στις γυναίκες, στα παιδιά, στα ορφανά, στους ηλικιωμένους γονείς και γενικότερα σε εκείνους που δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, και η οποία «παρέχει εις τον προσβληθέντα το δικαίωμα υποβολή μομφής ή μηνύσεως κατά του αδικοπραγήσαντος». (Γαβριηλίδης, Αθήνα, 1975).

Η Χριστιανική διδασκαλία άσκησε σημαντική επιρροή στη γενικότερη εκτίμηση της ανθρώπινης προσωπικότητας. Η αναγωγή του παιδιού σε πολύτιμο παράγοντα ανθρώπινης ευτυχίας προσέδωσε αξία στους ανήλικους και γενικότερα στους αδύνατους. Κατά το 13^ο και 14^ο αιώνα η προστασία των παιδιών ανήκει στην εκκλησία και τα μοναστήρια.

Κατά τον Μεσαίωνα, η κατάσταση και πάλι εκτραχύνεται μέχρι την Αναγέννηση όπου, με την επίδραση των ανθρωπιστικών ιδεών παρατηρείται μια κίνηση από τους πνευματικούς ανθρώπους για την καταστολή της μεταχείρισης των παιδιών και γενικότερα των αδυνάτων.

Εκείνο όμως που κατεξοχήν έδωσε αφορμή για την ποινική αντιμετώπιση του θέματος ήταν η περίπτωση του Kaspar Hauser στην Γερμανία τον 19^ο αιώνα, ο οποίος ήταν κλεισμένος, λόγω τιμωρίας, σε σκοτεινό δωμάτιο επί 15 χρόνια, τρεφόταν μόνο με ψωμί και νερό και, εξαιτίας της στέρησης τροφής, μάθησης και φωτός, παρέμεινε σε νηπιακή κατάσταση. Από αυτό το έγκλημα «ευεργετική προθέσεως» υπήρξε το έναυσμα της συνειδητοποίησης ότι η κακομεταχείριση των ανηλίκων έχει άμεσες επιπτώσεις στην ψυχή του θύματος. (Νάκου Σ., Αθήνα, 1991).

Η σημερινή αντίληψη για το θέμα της κακοποίησης των παιδιών και η αντιμετώπιση του ως κοινωνικό πρόβλημα χρονολογούνται από το 1969 όταν ο Henry Kemple, παιδίατρος στις Ηνωμένες Πολιτείες, εισήγαγε τον όρο «Battered Child Syndrome». Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 1987).

Άξιο σημείωσης αποτελεί το ότι μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα δεν υπάρχει νομοθετική ρύθμιση για την προστασία των ανηλίκων ενώ ήδη από το 1849 υπάρχει ο πρώτος νόμος για την προστασία των ζώων στη Μ. Βρετανία. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2. Η ενδοοικογενειακή βία ως κοινωνικό πρόβλημα

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελούσε κοινωνική κατάσταση πολύ πριν αναγνωριστεί ως κοινωνικό πρόβλημα. «Με τον όρο ενδοοικογενειακή βία εννοούμε τη χρήση βίας από ένα μέλος της οικογένειας (δράστης) δύναμης ή εξουσίας προς ένα άλλο μέλος της (θύμα), προκαλώντας έτσι επιβλαβείς συνέπειες». Ο όρος «βία» περιλαμβάνει τη σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική βία και μπορεί να λάβει μορφή ενεργητική (χτύπημα) ή παθητική (παραμέληση). (Σπινέλλη, 1998, σελ. 172).

Η αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών (χειραφέτηση της γυναίκας, εξασθένιση της παραδοσιακής μορφής της οικογένειας, ανεργία) η τεχνολογική εξέλιξη και η αστικοποίηση που συνέβαλλε στην αλλαγή των παραδοσιακών προτύπων συμπεριφοράς σε συνδυασμό με την ένταση της προσοχής για τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οδήγησε στην αναγνώριση της ενδο-οικογενειακής βίας ως κοινωνικού προβλήματος.

Η ενδο-οικογενειακή βία, πέρα από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις οι οποίες θα παρουσιαστούν αναλυτικά στη συνέχεια, έχει και κοινωνικές. Το κοινωνικό κόστος της ενδοοικογενειακής βίας είναι τόσο βραχυχρόνιο όσο και μακροχρόνιο.

Στο βραχυχρόνιο κόστος περιλαμβάνεται το κόστος της περίθαλψης των ατόμων-θυμάτων της σωματικής ενδο-οικογενειακής κακοποίησης, το κόστος συντήρησης μονάδων για την ψυχολογική στήριξη των θυμάτων, οι αμοιβές των συμβούλων για την οικογένεια, η μείωση της παραγωγικότητας των ατόμων που μετέχουν στην ενδο-οικογενειακή κακοποίηση... Τα αισθήματα μειονεξίας και ανασφάλειας

που αναπτύσσουν τα παιδιά-θύματα ενδο-οικογενειακής κακοποίησης και τα οποία διατηρούν σε όλη τη μετέπειτα ζωή τους καθώς και η θεωρία για τον κύκλο της βίας που συνδέει την κακοποίηση του παιδιού με την βίαιη συμπεριφορά του ίδιου σαν ενήλικας, εντάσσονται στο μακροχρόνιο κόστος της ενδο-οικογενειακής βίας για την κοινωνία. (Ibaruett, Millet Perriu, Perriu, 1991).

3. Προσπάθεια προσέγγισης της ενδο-οικογενειακής βίας (κακοποίηση).

Η ενδο-οικογενειακή βία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και όπως σ' όλα τα κοινωνικά φαινόμενα υπάρχουν αιτιώδεις σχέσεις με κάποιο συγκεκριμένο παράγοντα. Για το λόγο αυτό αναφέρονται οι παρακάτω θεωρίες.

Ψυχοπαθολογική προσέγγιση: Ανήκει στην ομάδα των πρώτων θεωριών σχετικά με την ενδο-οικογενειακή βία. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η βίαιη συμπεριφορά του θύτη μέσα στην οικογένεια οφείλεται σε παθολογικά στοιχεία του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ίδιου ή του θύματος και μόνη λύση αποτελεί η ειδική θεραπεία.

Πάντως, από τις περιπτώσεις ενδο-οικογενειακής βίας που καταγγέλλονται, ελάχιστες οφείλονται σε ψυχοπαθολογικά αίτια. (Σπινέλλη, Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Μαραγκός, Σαλκιτζόγλου, Αλεξίου, 1989).

Βιολογική προσέγγιση: Η βίαιη συμπεριφορά έχει συνδεθεί και με αρκετούς βιολογικούς παράγοντες, όπως είναι η δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και χρωμοσωμικές και ορμονικές ανωμαλίες. Για παράδειγμα, σε άνδρες με ιδιαίτερα επιθετική

συμπεριφορά έχουν βρεθεί υψηλά ποσοστά δυσλειτουργίας της πρόσθιας περιοχής μετωπιαίου λοβού (μέρους του εγκεφάλου όπου οι ψυχικές διεργασίες). Σύνδεση της βίαιης συμπεριφοράς έχει γίνει και με την υψηλή τιμή της τεστοστερόνης στο πλάσμα. Όμως τα ευρήματα αυτά δεν ισχύουν για όλα τα άτομα με βίαιη συμπεριφορά και έτσι και πάλι δεν μπορεί να αποδοθεί αιτιώδης σχέση. (Kashuai, Wesley, 1998).

Κοινωνιολογική προσέγγιση: σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ενδο-οικογενειακή βία είναι αποτέλεσμα των δομών της κοινωνίας που έχει οδηγήσει στην ανεργία, στη φτώχεια, στο συνωστισμό των μελών της οικογένειας σε μικρό χώρο, στις μονογονεϊκές οικογένειες... Αν και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης λειτουργούν υποστηρικτικά για φαινόμενα ενδο-οικογενειακής βίας, θύτες και θύματά της υπάρχουν και στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. (Kashuai, Wesley, 1998).

Κυκλική προσέγγιση: Η βία που προκαλεί κάποιο ενήλικο άτομο πάνω στα μέλη της οικογένειάς του είναι αποτέλεσμα της βίας που υφίστατο ως θύμα ή ως παρατηρητής κατά την παιδική ηλικία και η οποία υιοθετήθηκε αργότερα ως μορφή συμπεριφοράς. Στην ίδια κατηγορία εντάσσεται και η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας η οποία εξηγεί τη μίμηση από μέρους του παιδιού, του ισχυρού μοντέλου συμπεριφοράς της οικογένειας και την υιοθέτηση του(ταύτιση της συμπεριφοράς των παιδιών, ανεξαρτήτως φύλλου, με τη βίαιη συμπεριφορά του πατέρα). (Σπινέλλη, Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Μαραγκός, Σαλκιτζόγλου, Αλεξίου, 1989, σ.239).

Υπόθεση της δύναμης του ισχυρότερου: σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, η ενδο-οικογενειακή βία αποτελεί μέρος μιας διαδικασίας επιβολής του ισχυρότερου στην οικογένεια, συνήθως του άντρα, ή επιβεβαίωσης της ισχύος σε φάση που ενδέχεται να αμφισβητηθεί. Ενδιαφέρον

παρουσιάζουν τα εμπειρικά στοιχεία όπου, η βίαιη συμπεριφορά του άνδρα ξεκινάει σε περιόδους ανεργίας του ή σε περιπτώσεις προσπάθειας της συζύγου να αποκτήσει μία κάποιας μορφή ανεξαρτησίας, για παράδειγμα οικονομική (Finlelhore, 1983).

Αλληλόδραση προσωπικότητας γονέα και παιδιού: Δεν θα πρέπει να αγνοηθεί ο παράγοντας της σχέσης ανάμεσα στο παιδί και τον γονέα. Πολλοί γονείς έχουν υπέρμετρες προσδοκίες από τα παιδιά τους έστω και αν αυτά δεν έχουν φτάσει στο στάδιο ηλικίας και ωριμότητας για να ανταποκριθούν σε αυτές. Σε μία τέτοια περίπτωση ενδέχεται η βίαιη αντίδραση του γονιού ή η απορριπτική του στάση απέναντι στο παιδί να προκαλέσει εσωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων που ίσως το οδηγήσει σε συνεχή λάθη και αρνητική συμπεριφορά. Έτσι, ο κύκλος του «εχθρικού κλίματος» τροφοδοτείται και συνεχίζεται.

Πατριαρχεία: Η απόδοση του ισχυρού ρόλου της οικογένειας τον πατέρα, η οποία ισχύει και σήμερα, για πολλούς αιώνες προσέφερε και το δικαίωμα της βίαιης του συμπεριφοράς εις βάρος των υπόλοιπων μελών της οικογένειας. Οι παράγοντες κοινωνικοποίησης των ανδρών υπαγορεύουν στα δύο φύλλα μια διαφορετική συμπεριφορά που, σε αρκετές περιπτώσεις συντηρεί αυτό το πατριαρχικό μοντέλο και τα στερεότυπα για τους ρόλους των δύο φύλλων. (Baruett, Miller-Perriu, Perriu, 1997).

Υπόθεση της επίδρασης του οιοπνεύματος: Η χρήση ή η κατάχρηση του οιοπνεύματος μειώνει τις αναστολές του χρήστη στις περισσότερες περιπτώσεις. Και στην περίπτωση της ενδο-οικογενειακής βίας, έχει παρατηρηθεί συσχέτιση ανάμεσα στη χρήση οιοπνεύματος και στη βίαιη

συμπεριφορά, χωρίς όμως να συνδέονται με αιτιολογική σχέση και χωρίς να αποκλείεται η χρήση του οινοπνεύματος ως άλλοθι συμπεριφοράς.

4. ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Όταν μιλάμε για γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν αναφερόμαστε σε κάποια ειδική κατηγορία ανθρώπων και σκληρών ατόμων, ανίκανων και ανάξιων να αγαπήσουν και να φροντίσουν το παιδί τους. Πρόκειται μάλλον για άτομα με εμπειρίες βίας κατά την παιδική τους ηλικία, με συναισθηματική στέρηση κυρίως από την πλευρά της μητέρας τους, μερικές φορές με εμπειρίες διαβίωση σε ίδρυμα.

Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από ανωριμότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη ικανότητα για ψύχραιμη αντιμετώπιση των κρίσεων, ανάρμοστες εκδηλώσεις θυμού, χαμηλή αντοχή στις στέρσεις, υπερβολικές προσδοκίες από τα παιδιά τους, πίστη στην αξία της αυστηρής ανατροφής και έλλειψη ικανότητας επικοινωνίας. (Τσιάντης Γ., Αθήνα, 1991).

Η χρήση αλκοόλ και κακοποίησης του ίδιου του γονέα στα παιδικά χρόνια.

Παράγοντες που συμβάλλουν στην άσκηση βίας από τους γονείς είναι οι μονογονεϊκές οικογένειες, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ο δύσκολος τοκετός, η ύπαρξη και άλλων μικρών παιδιών στην οικογένεια, η μικρή ηλικία της μητέρας, ενδεχομένως κάποια προβλήματα υγείας της ίδιας, η φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση και γενικότερα όλοι εκείνοι οι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν κρίση στην ομαλή ζωή της οικογένειας. (Αγάθωνος, Μαραγός, Σαραφίδου, Browue, 1996).

Συχνά ο ένας γονιός είναι επιθετικός και ο άλλος παθητικός. Ο παθητικός γονέας είναι πλήρως υποταγμένος στον επιθετικό σύντροφό του, έχει ολοκληρωτικά αποδεχτεί την υπάρχουσα κατάσταση, δεν προσπαθεί να την αλλάξει και η παραμονή στο γάμο θεωρείται δεδομένη όσο άσχημη και αν είναι η κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι.

Συνήθως η μητέρα θεωρείται εκείνο το πρόσωπο που έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να ασκήσει βία στο παιδί της. Έρευνες όμως δεν πιστοποιούν κάτι τέτοιο διότι μπορεί τα περιστατικά κακοποίησης από μητέρες να είναι περισσότερα, η αναλογία όμως των περιστατικών με το χρόνο που ο κάθε γονιός περνάει μαζί με το παιδί του, δείχνουν ότι περισσότερο ο πατέρας παρά η μητέρα ασκεί βία στο παιδί.

ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Δύο κύριες θεωρητικές σχολές έχουν επικρατήσει ως προς την αιτιολογία του προβλήματος.

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

Η μελέτη του Gil τόνισε ότι είναι τόσο διαδεδομένο φαινόμενο, η βία συμπεριφορά ενηλίκων προς παιδιά, δεν μπορεί να αποδοθεί αιτιολογικά στην ατομική ψυχοπαθολογία του κάθε ενήλικα, παρά μόνο σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και κοινωνικούς θεσμούς. (Τσιάνης Γ., Αθήνα, 1993).

Αντίθετα με τη θεωρία του Gil η ψυχολογική άποψη που υποστηρίζεται από τη σχολή του Dewey αποδίδει τα αίτια της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην ψυχοπαθολογία των

γονέων τους ή άλλων υπευθύνων. Τα άτομα αυτά περιγράφονται μικρής ηλικίας, ανώριμοι, κοινωνικά απομονωμένα, με σημαντικές εμπειρίες βίας, παραμέλησης και συναισθηματικής αποστέρησης στην παιδική τους ηλικία με κακές σχέσεις προς τις πατρικές οικογένειες. (Τσιάντης, Γ., Αθήνα, 1993).

Επίσης αναφέρεται ότι είναι άτομα με σοβαρά ψυχικά νοσήματα περίπου το 10% και το 90% είναι άτομα με στερημένα, μοναχικά και θυμωμένα, που ζουν σε συνθήκες ψυχολογικής και κοινωνικής έντασης. Η αυτοεκτίμησή τους είναι πολύ χαμηλή, αισθάνονται έντονη ανασφάλεια, δύσκολα εμπιστεύονται άλλους, ιδιαίτερα πρόσωπα που συνδέονται με την έννοια της εξουσίας. (Γιάννης Τσιαντής, Αθήνα, 1993).

Οι κύριοι ερευνητές της σχολής του Dewey στις Η.Π.Α υποστηρίζουν ότι προϋπόθεση για κακοποίηση (παραμέληση) αποτελούν τέσσερις βασικοί παράγοντες:

- Ø Η προδιάθεση για κακοποίηση ενυπάρχει στο γονέα ή σε άλλο άτομο που φροντίζει το παιδί.
- Ø Ένα παιδί το οποίο πιστεύουν ότι χρειάζεται ξύλο.
- Ø Μία ή περισσότερες οικογενειακές κρίσεις.
- Ø Γονείς που δεν έχουν συγγενείς ή φίλους στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν σε περιόδους κρίσης. (Γιάννης Τσιαντής, Αθήνα, 1993).

Οι γονείς που κακοποιούν /παραμελούν τα παιδιά τους έχουν εξωπραγματικές απαιτήσεις από αυτά. Αυτές οι απαιτήσεις αφορούν κυρίως τους τομείς ανάπτυξης, της συμπεριφορά και των συναισθηματικών τους αντιδράσεων. Αναζητώντας να αντλήσουν από τη σχέση τους με τα παιδιά τους τη συναισθηματική ζεστασιά, παραδοχή και επιβράβευση που δεν πήραν εκείνοι από τους δικούς

τους γονείς τείνουν να αναπαράγουν τον τύπο της γονικής φροντίδας που οι ίδιοι έχουν βιώσει.

Οι εξωπραγματικές τους απαιτήσεις σε συνδυασμό με την έντονη συναισθηματική τους στέρηση και την πεποίθησή τους σε σωφρονιστικές μεθόδους σωματικής τιμωρίας και τη χρήση αυστηρών πειθαρχικών μεθόδων για την αγωγή των παιδιών οδηγούν συχνά σε τελείως παράλογες μορφές κακοποίησης, π.χ. μια νεαρή μητέρα παιδιού 11 μηνών, έκαψε με τσιγάρο τα γεννητικά του όργανα μετά από επανηλλημένες αποτυχίες να το εκπαιδεύσει στον έλεγχο των σφικτήρων του...θεωρώντας ότι το λέρωμα του παιδιού σήμαινε προσβολή απέναντί της και άρνηση αγάπης προς εκείνη.

Σε συναισθηματικό επίπεδο, οι γονείς αυτοί προσδοκούν από τα παιδιά τους να κάνουν κάτι γι' αυτούς, παρά το αντίστροφο. Περιμένουν δηλαδή να τους αγαπούν να τους φροντίζουν να τους παρηγορούν όταν είναι λυπημένοι και όταν το βρέφος δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, το χαρακτηρίζουν αδιάφορο, εχθρικό και αντιδρούν με θυμό και τιμωρία.

Συνήθως και οι δύο γονείς συμμετέχουν στη διαδικασία της κακοποίησης του παιδιού τους, ο ένας χτυπώντας το και ο άλλος μη μπορώντας ή μη θέλοντας να το προστατέψει. Άλλοτε και οι δύο γονείς εναλλάξ κακοποιούν, ποτέ όμως δεν είναι δυνατό να μη γνωρίζει ο ένας τι γίνεται ,ακόμα και στην περίπτωση που ζουν χωριστά. Συχνότερα κακοποιούν οι μητέρες ίσως γιατί εκείνες βρίσκονται περισσότερες ώρες μαζί με τα παιδιά τους, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο πατέρας είναι άνεργος και μένει στο σπίτι με τα παιδιά για να εργαστεί η μητέρα, τότε εκείνος κακοποιεί συχνότερα. (Τσιάντης Γιάννης, Αθήνα, 1993).

5. Η χρήση της βίας σαν μέσο διαπαιδαγώγησης

Σύμφωνα με την Φερέτη, 2000, σ.543 ορίζεται «Σωματική τιμωρία ορίζεται η επιβολή πόνου στο σώμα του παιδιού ως τιμωρία για πράξη ή συμπεριφορά που δεν εγκρίνει ο /η τιμωρός. Συχνότερες μορφές θεωρούνται: ξύλο, χαστούκισμα, άγριο σπρώξιμο ή γράπωμα του παιδιού. Επίσης, το χτύπημα με κάποιο αντικείμενο, όπως ζώνη, βέργα, αποτελούν χαρακτηριστικές μορφές του φαινομένου». (Φερέτη E, 2000, σ. 543).

Αυτό που διαφοροποιεί την τιμωρία από την κακοποίηση είναι η κοινωνική αποδοχή της πράξης και η σοβαρότητά της, αν και τις περισσότερες φορές η κακοποίηση ξεκινάει σαν σωματική τιμωρία και στη συνέχεια ξεφεύγει από τον έλεγχο των γονιών.

Η σωματική τιμωρία, αν και σχεδόν αποδεκτή και συνηθισμένη τακτική γονέων, δεν παύει να εξοικειώνει τα παιδιά με τη χρήση της βίας ως μέσο επιβολής του ισχυρού και αποκατάστασης του δικαίου. (Φερέτη E, Αθήνα, 2000).

Εγκληματολογικές έρευνες και στατιστικές επισημαίνουν την σύνδεση της άσκησης βίας ως μέσο τιμωρίας με την ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς των ανηλίκων.

«Μορφές οικογενειακού ελέγχου, ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις, έλλειψη κατάλληλης επίβλεψης και σαφήνειας των γονικών προσδοκιών, η αναποτελεσματικότητα των χρησιμοποιούμενων πειθαρχικών μεθόδων και οι πιθανές επιδράσεις των διαφόρων ειδών τιμωρίας στη συμπεριφορά του παιδιού, αποτελούν βασικές παραμέτρους πολλών ερευνών στο χώρο της παραβατικής συμπεριφοράς των ανηλίκων». (Φερέτη E, Αθήνα, 2000, σ. 545).

4. Το φαινόμενο της κακοποίησης του παιδιού στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα, το θέμα της παιδικής κακοποίησης αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Σ. Δοξιάδη, το 1975. Πολλοί βιάστηκαν να το χαρακτηρίσουν ως πρόβλημα των υπόλοιπων χωρών. Με επιμονή του Σ. Δοξιάδη δημιουργήθηκε ερευνητική και εκπαιδευτική μονάδα το « Κέντρο Μελέτης και Πρόληψης της Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών» στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Μέσα από τις έρευνες αποκαλύφθηκε ότι η ενδο-οικογενειακή βία υπάρχει και στην Ελλάδα και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις. Οι αριθμοί και η συχνότητά της επιβάλουν την επανεξέταση του ρόλου του γιατρού που κάνει τη διάγνωση και του κοινωνικού λειτουργού, τη δημιουργία προγραμμάτων στήριξης της οικογένειας καθώς και την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών μέσα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. (Μιχαηλίδη-Παπαδάκη, 1996).

Στη χώρα μας, όπως και στις υπόλοιπες χώρες εξάλλου, η κακοποίηση του παιδιού μέσα στην οικογένεια αποτελεί ένα έγκλημα με πολύ υψηλά ποσοστά «σκοτεινού αριθμού». Οι περιπτώσεις που φθάνουν στην Αστυνομία και τα νοσοκομεία είναι συνήθως οι πιο σοβαρές, εκείνες που θέτουν πλέον σε κίνδυνο τη ζωή των παιδιών.

«Γενικά πάντως, έχει υπολογισθεί ότι περισσότερα από 4.000 παιδιά κακοποιούνται σοβαρά κάθε χρόνο, περισσότερα από 100 πεθαίνουν και περισσότερα από 100 μένουν με μία μόνιμη αναπηρία λόγω της κακοποίησης – παραμέλησής τους». (Σπινέλη, Αθήνα, 1992).

Σε έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού μελετήθηκαν 250 κακοποιημένα παιδιά στην περίοδο 1979-1987. Τα αποτελέσματα δείχνουν την στάση των γονιών απέναντι στα παιδιά τους. Σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 129% η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη. Κατά τη

διάρκεια της εγκυμοσύνης το 16% των γυναικών δεν είχε καμία ιατρική παρακολούθηση ενώ το 27% δεν έπαιρνε Fe και βιταμίνες, κάτι που δείχνει επιπολαιότητα και αδιαφορία για την υγεία της εγκύου ή του παιδιού, εφόσον η έρευνα απευθυνόταν σε γονείς που διέμεναν στην πρωτεύουσα και η προσέλευση σε κάποιο κέντρο υγείας για δωρεάν παρακολούθηση της εγκύου ήταν εύκολη. Η αμέλεια αυτή σε αρκετές περιπτώσεις οδήγησε σε υψηλά ποσοστά επιπλοκής της εγκυμοσύνης, χαμηλό βάρος γέννησης και προβλήματα υγείας των νεογνών. Υπήρξε επίσης παραμέληση της ανάγκης εμβολιασμού του παιδιού, οπού και πάλι οι οικονομικοί λόγοι δεν ευσταθούν διότι υπάρχει δωρεάν παροχή. Επίσης υπήρξε παραμέληση της ανάγκης εμβολιασμού του παιδιού, όπου και πάλι οι οικονομικοί λόγοι δεν ευσταθούν διότι υπάρχει δωρεάν παροχή. Επίσης, πολλά παιδιά δεν τρέφονταν σωστά και παρουσίασαν υστέρηση στην συναισθηματική και ψυχοκινητική τους ανάπτυξη. Τέλος, αρκετοί γονείς, ιδιαίτερα πατέρες, εγκατέλειψαν για κάποιο χρονικό διάστημα την οικογένεια.

Από την έρευνα προέκυψε το πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών στην Ελλάδα, που χαρακτηρίζεται από μεγάλη θνησιμότητα (3,2%) και μεγάλο ποσοστό αναπηρίας (4,3%).

(Μαραγκός Χ, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Μάιος-Ιούνιος τεύχος 3, 1989).

Σε μία άλλη έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού των Φερέτη Ε. και Σταυριανάκη Μ. του 1997 σχετικά με τη χρήση της σωματικής τιμωρία ως μέσο διαπαιδαγώγησης, φαίνεται ότι τα αγόρια, τα παιδιά στις πρώτες σχολικές τάξεις, εκείνα που έχουν αδέρφια, έχουν και τις μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν σωματική τιμωρία. Μία στις τρεις μητέρες ανέφερε ότι δέρνει τα παιδιά της μπροστά σε άλλους, γεγονός που δείχνει την κοινωνική αποδοχή του φαινομένου, ενώ ως προς της αποτελεσματικότητα της μεθόδου, το 90% των παιδιών κάνουν

πάλι την ίδια την πράξη για την οποία τα έδειραν. Σε μερικές περιπτώσεις σωματική τιμωρίας, έχει προκληθεί μικροτραυματισμός. Τέλος, η ανάλυση ενέδειξε ως ισχυρότερο παράγοντα στη χρήση σωματική τιμωρίας την αντίληψη ότι αποτελεί δικαίωμα των γονέων του. (Φερέτη Ε, Αθήνα, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Β. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

1. Σωματική κακοποίηση του παιδιού.

α) Προσπάθεια απόδοσης του ορισμού της σωματικής κακοποίησης.

Η προσπάθεια απόδοσης ορισμού της έννοιας της σωματική κακοποίησης του παιδιού στα πλαίσια της οικογένειας είναι εξαιρετικά δυσχερής. Εκ μέρους των επιστημόνων, δεν υπάρχει σύγκλιση απόψεων ως προς τι εννοείται ακριβώς με τον όρο. Επίσης, οι μελέτες σχετικά με τη σωματική κακοποίηση των παιδιών στηρίζονται στα περιστατικά που έχουν αναφερθεί στις Αρχές και, εξαιτίας του μεγάλου «σκοτεινού αριθμού» που παρουσιάζει το φαινόμενο, οι περιπτώσεις που μελετώνται δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα. Εξαιρετικής σημασίας είναι και η πολιτισμική κουλτούρα του κάθε λαού και η αποδοχή, εκ μέρους της κοινωνίας, του ρόλου του γονιού και των εξουσιών του πάνω στο παιδί. Τέλος, είναι πολύ δύσκολος ο διαχωρισμός της σωματικής κακοποίησης από την παραμέληση, διότι οι δύο αυτές μορφές κακοποίησης συνυπάρχουν στα περιστατικά ενδο-οικογενειακής βίας εις βάρος των παιδιών. (Pagelow, 1984, σ. 47).

Στα πλαίσια της παιδικής σωματικής κακοποίησης έχουν αναφερθεί διάφορα περιστατικά όπως μελανιές, κάψιμο με το τσιγάρο, χτύπημα στο κεφάλι, κάταγμα των οστών, εσωτερικές κακώσεις (π.χ. ρήξη σπλάχνων), γενικότερα κάθε σωματικό τραύμα που έχει διάρκεια πάνω από 48 ώρες, πνίξιμο, πρόκληση ασφυξίας με τοποθέτηση

σακούλας ή μαξιλαριού στο κεφάλι του παιδιού και θάνατος. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, κ. Τσαγκάρη Μ, Αθήνα, 1999).

Μια μορφή κακοποίησης του παιδιού που προσφάτως έχει προκαλέσει ενδιαφέρον των επιστημόνων είναι το σύνδρομο Μυνχάουζ (δι' αντιπροσώπου), όπου οι γονείς υποβάλλουν τα παιδιά τους σε φαρμακευτικές αγωγές, χειρουργεία και άλλες πρακτικές χωρίς να υπάρχει λόγος, χωρίς δηλαδή το παιδί να έχει πραγματικά κάποιο πρόβλημα υγείας. (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Σε μία ύστατη προσπάθεια ορισμού της σωματικής κακοποίησης του παιδιού, καταλήγουμε στον παρακάτω ορισμό:

Σωματική κακοποίηση ενός παιδιού (κάτω των 18 ετών) αποτελεί η σκόπιμη, μη τυχαία χρήση σωματική δύναμης καθώς και η μη τυχαίες πράξεις παράληψης εκ μέρους του γονιού ή άλλου προσώπου που έχει αναλάβει τη φροντίδα του και έχει συμβάλλει στον πόνο, τραυματισμό, μόνιμη βλάβη ή θάνατο του παιδιού.

Ελάχιστα γνωρίζουμε για την πραγματική συχνότητα της κακοποίησης των παιδιών. Ο ακριβής προσδιορισμός είναι ανέφικτος καθώς και οι περισσότερες περιπτώσεις κακοποίησης των παιδιών δεν υποπίπτουν στην αντίληψη των Αρχών. Εξάλλου τα σαφή όρια ανάμεσα στην κακοποίηση και τη μη- κακοποίηση διατηρούνται καθώς μερικά παιδιά δεν υφίστανται σοβαρές σωματικές κακώσεις και δεν αναζητούν βοήθεια.

β) Επιπτώσεις σωματικής κακοποίησης στο παιδί.

Οι μελέτες για τις επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στο παιδί είχαν μέχρι πρόσφατα περιοριστεί στα σωματικά τραύματα. Πρόσφατες όμως έρευνες δείχνουν ότι η σωματική κακοποίηση του

παιδιού ασκεί επίδραση και στις κοινωνικές, συναισθηματικές και διανοητικές λειτουργίες του παιδιού. (Παπανικολάου Ε, 1998, τόμος 1, τεύχος 1).

Υγεία: Οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης στην υγεία του παιδιού είναι πολλές και καλύπτουν όλων των ειδών τις κακώσεις, από τις πιο απλές (π.χ. μελανιές σε ασυνήθιστα, όμως, σημεία του σώματος, όπως στην πλάτη) μέχρι τις πιο σοβαρές, όπως η μόνιμη αναπηρία. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις ενδέχεται η σωματική κακοποίηση να οδηγήσει και στον θάνατο. Μια από τις πιο επικίνδυνες μορφές κακοποίησης είναι το χτύπημα του παιδιού στο κεφάλι που αποτελεί και την πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου παιδιών που κακοποιούνται.

Διανοητικά προβλήματα: Έρευνες σε παιδιά που υφίστανται σωματική κακοποίηση έχουν δείξει χαμηλότερη διανοητική και αντιληπτική ικανότητα των παιδιών αυτών σε σχέση με την ομάδα ελέγχου τόσο σε πεδία γενικής αντίληψης όσο και σε ειδικά πειράματα για τη λεκτική ευχέρεια, τη μνήμη, την ικανότητα επικοινωνίας. Σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου έχουν χαμηλότερη επίδοση στο σχολείο με ιδιαίτερα προβλήματα στην ανάγνωση και στα μαθηματικά και έχουν περισσότερες πιθανότητες να επαναλάβουν την τάξη. (Τσιαντής Γ., Αθήνα, 1993).

Προβλήματα συμπεριφοράς: Η κατάθλιψη, η επιθετικότητα και η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι τα πιο κοινά γνωρίσματα παιδιών που υφίστανται σωματική κακοποίηση έχουν προβλήματα στην προσκόλληση στα άτομα που τα φροντίζουν και στις κοινωνικές τους επαφές. Η ποιότητα της σχέσης γονιού και παιδιού χαρακτηρίζεται από ανασφάλεια εκ μέρους του παιδιού. Αυτή η αλληλόδραση παιδιού-γονέα δημιουργεί αρνητικές προϋποθέσεις για δημιουργία σχέσεων του παιδιού με άλλα παιδιά, κυρίως με τα μεγαλύτερα και εκδηλώνεται με μειωμένη

ικανότητα συμμετοχής σε ομαδικά παιχνίδια, μειωμένη επιθυμία για να μοιραστεί αντικείμενα με άλλα παιδιά, στέρηση φαντασίας και ανικανότητα να αντέξει την παραμικρή ματαίωση.

Παιδιά που υφίστανται σωματική κακοποίηση παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη και αίσθημα του αβοήθητου. (Τσιαντής Γιάννης, 1993).

Μετα-τραυματικό άγχος: Πολλά παιδιά που ζουν σε περιβάλλον ενδο-οικογενειακής βίας ενδέχεται να εμφανίσουν συμπτώματα μετα-τραυματικού άγχους, κυρίως εφιάλτες και άγχος κατά τη διάρκεια σχετικών συζητήσεων. Το μετα-τραυματικό άγχος κατά τη διάρκεια σχετικών συζητήσεων. Το μετα-τραυματικό άγχος εμφανίζεται κυρίως στα παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, κυρίως γιατί υπάρχουν έντονα συναισθήματα ντροπής και απόκρυψης, έχει όμως παρατηρηθεί και σε περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης,

Η σωματική κακοποίηση του παιδιού στις περισσότερες περιπτώσεις συνυπάρχει με άλλα οικογενειακά προβλήματα όπως η βία μεταξύ των γονιών, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών ουσιών, η ψυχολογική κακοποίηση, τα ψυχολογικά προβλήματα των γονιών, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας, πολλές φορές η αλλαγή περιβάλλοντος και η τοποθέτηση σε ίδρυμα ή η υιοθέτηση από άλλες οικογένειες.

Είναι λοιπόν δύσκολο να απομονώσουμε τις επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στο παιδί από τα άλλα προβλήματα από τα οποία βάλλεται.

Η σωματική κακοποίηση δεν έχει τις ίδιες επιδράσεις σε όλα τα παιδιά. Η αυστηρότητα και η διάρκεια της κακοποίησης παίζει σημαντικό ρόλο. Όσο πιο αυστηρή και διαρκής είναι η κακοποίηση, τόσο σοβαρότερα θα είναι και τα προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί.

Και όσο η σωματική κακοποίηση συνυπάρχει και με τις υπόλοιπες μορφές κακοποίησης (σεξουαλική, ψυχολογική, παραμέληση, βία ανάμεσα στους γονείς), τόσο πιο τραγικές θα είναι και οι συνέπειές της.

Τα μακροχρόνια αποτελέσματα της σωματικής κακοποίησης του παιδιού είναι μη προβλέψιμα και ξεχωριστά για το κάθε άτομο. Ενδέχεται να εκδηλωθούν με διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις του ενήλικα πλέον, προδιάθεση για συναισθηματική διαταραχή και αυξημένη πιθανότητα κακοποίησης των δικών του παιδιών.

Καθοριστικής ευνοϊκής σημασίας για την μείωση των επιδράσεων της βίας στο παιδί είναι η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού γονέα που του προσφέρει αγάπη και κατανόηση. (Παπανικολάου Ε., 1998, τόμος 1, τεύχος 1).

2. Σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού.

Προσπάθεια προσέγγισης ορισμού σεξουαλικής κακοποίησης.

Υπάρχει σύγχυση με τη διαφορά των εννοιών της σεξουαλικής κακοποίησης και της αιμομιξίας. Η αιμομιξία λαμβάνει χώρα μόνο ανάμεσα σε άτομα που ο νόμος δεν θα τους επέτρεπε να παντρευτούν μεταξύ τους, όπως είναι ο πατέρας (θετός ή βιολογικός) με την κόρη, η μητέρα με το γιο, τα αδέρφια μεταξύ τους ή άλλοι συγγενείς, ενώ η σεξουαλική κακοποίηση συμβαίνει ανάμεσα σε ανήλικο και ενήλικο άτομο. Στην παρούσα μελέτη, εφόσον το ενδιαφέρον στρέφεται προς τη βία εις βάρος του παιδιού που λαμβάνει χώρα μέσα στα πλαίσια της πυρηνικής οικογένειας, οι έννοιες σεξουαλική κακοποίηση και αιμομιξία χρησιμοποιούνται για να δηλώσουν την ίδια πράξη. (Finkelhor D., Vol. 18, No 5, 99409-803, 1997).

Η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού δεν είχε αναγνωρισθεί ως κοινωνικό πρόβλημα πριν το 1975. Το 1978 ο παιδίατρος Kemple έδωσε τον ακόλουθο ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης.

Ως σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται η συμμετοχή, εξαρτημένων και πνευματικά ανώριμων, παιδιών και ενηλίκων σε σεξουαλικές δραστηριότητες τις οποίες (τα ανώριμα άτομα) δεν μπορούν ουσιαστικά να αντιληφθούν, στις οποίες υποβάλλονται, χωρίς να συναινέσουν και οι οποίες καταργούν τα ταμπού της κοινωνίας για τους ρόλους μέσα στην οικογένεια. (Παπανικολάου Ε, 1998 "σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια", τόμος 1, τεύχος 1)

Άλλοι μελετητές με τον όρο σεξουαλική παρενόχληση του παιδιού στα πλαίσια της οικογένειας, δεν περιορίζονται στη σεξουαλική επαφή αλλά εννοούν επίσης και την πρόθεση ή την επιθυμία για απόκτηση σεξουαλικών σχέσεων.

Το εθνικό κέντρο για την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού στην Αμερική έδωσε το 1978 τον ακόλουθο ορισμό:

Σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού αποτελούν οι επαφές συμπεριφοράς ανάμεσα σε ένα παιδί και έναν ενήλικα όταν το παιδί χρησιμοποιείτε για τη σεξουαλική διέγερση του θύτη ή ενός τρίτου προσώπου. Επίσης, σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να διαπραχθεί από ένα άτομο κάτω των 18 ετών όταν έχει σημαντική διαφορά ηλικίας από το θύμα. (διαφορά άνω των πέντε ετών) και ασκεί εξουσία ή έλεγχο στο παιδί.

Τη σεξουαλική παραβίαση μπορούμε να τη διακρίνουμε σε σεξουαλική παραβίαση χωρίς συνουσία και σε σεξουαλική παραβίαση με επαφή. Η πρώτη, περιλαμβάνει την έκθεση του παιδιού σε παντός είδους πορνογραφικό υλικό ή την εμπειρία του παιδιού με επιδειξιμανείς, πάντα με σκοπό την ικανοποίηση του θύτη, ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει

την απόπειρα ή πλήρη σεξουαλική παραβίαση του παιδιού με επαφή. (Παπανικολάου Ε., τόμος 1, τεύχος 1, 1998).

Ε) Οι επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης στο παιδί.

Όταν η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού αναγνωρίστηκε ως υπαρκτή κατάσταση και ως κοινωνικό πρόβλημα αρκετοί έσπευσαν να υποτιμήσουν τις επιπτώσεις της πάνω στο παιδί. Έρευνες όμως έδειξαν ότι μια πληθώρα προβλημάτων ψυχολογίας, συμπεριφοράς και διαπροσωπικών σχέσεων εμφανίζονται πολύ πιο συχνά και πολύ πιο έντονα στα άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση σε σχέση με άλλους που δεν είχαν παρόμοιες εμπειρίες.

Οι επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης, πέρα από τις φυσικές συνέπειες δηλαδή κακώσεις γεννητικών οργάνων, ρήξη παρθενικού υμένα, χρόνιοι ερεθισμοί, αυξημένες εκκρίσεις, αφροδισιακά νοσήματα, διακρίνονται σε αρχικές (παρατηρούνται δηλαδή, κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων μετά την κακοποίηση), και μακροχρόνιες (παρατηρούνται μετά το πέρασμα των δύο χρόνων). (Μιχαηλίδη Παπαδακη, 1996).

Αρχικά συμπτώματα: ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα ανάμεσα σε παιδιά που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση είναι η ασυνήθιστα έντονη για την ηλικία του ενασχόληση του παιδιού με σεξουαλικά ζητήματα (διάθεση για παιχνίδια με σεξουαλικό περιεχόμενο με άλλα παιδιά, επίμονες ερωτήσεις για σεξουαλικά θέματα, ψυχαναγκασμός, αυνανισμός. (Παπανικολάου Ε, τόμος 1. τεύχος 1, 1998).

Άλλα συμπτώματα είναι η έντονη ντροπή και το μίσος για το σώμα του, υστερικά συμπτώματα, απότομη αλλαγή συμπεριφοράς καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης (νυχτερινή ενούρηση, απομύζηση του

αντίχειρα), διαταραχή του ύπνου/ εφιάλτες, συνεχή παράπονα για πονοκεφάλους ή πόνους στην κοιλιά. Επίσης, παρατηρούνται μαθησιακές δυσκολίες, έλλειψη αυτοεκτίμησης, άρνηση συμμετοχής σε φυσική άσκηση και τέλος, έλλειψη εμπιστοσύνης στους ενήλικες, αδύναμες σχέσεις με τους συνομήλικούς του, αισθήματα στιγματισμού, απομόνωση, δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων και ομαλής σεξουαλικής ζωής, το θλιμμένο, απομονωμένο παιδί αναπτύσσει παραβατική συμπεριφορά, επιθετικότητα και ανικανότητα να κάνει φίλους. (Μιχαηλίδη-Παπαδάκη, 1996).

Μακροχρόνια συμπτώματα: τα μακροχρόνια συμπτώματα της σεξουαλικής κακοποίησης είναι εξίσου σημαντικά με τα αρχικά. Έτσι, οι έφηβοι και οι ενήλικες πλέον, εμφανίζουν μετά-τραυματικό άγχος, αντικοινωνική συμπεριφορά, πρώιμες σεξουαλικές επαφές, κρίσεις υστερίας, ανικανότητα τεκνοποίησης, απόπειρες αυτοκτονίας, εξάρτηση από αλκοόλ και ναρκωτικά. Συχνά εγκαταλείπουν το σπίτι τους. Τα αγόρια και κορίτσια μπορεί να αναπτύξουν ομοφυλοφιλικές τάσεις ή να εμπορεύονται το σώμα τους. Τα κορίτσια ιδιαίτερα μπορεί να αποφεύγουν τους άνδρες από φόβο ή να δείχνουν ψυχρότητα στις σεξουαλικές τους σχέσεις. Τέλος, τα παιδιά αυτά διδάσκονται και νομίζουν ότι κάθε στενή σχέση πρέπει να έχει και σεξουαλικό χαρακτήρα και δεν εμπιστεύονται πλέον τις καλές προθέσεις κανενός. (Συμεωνίδου, 1994).

Τα παραπάνω συμπτώματα δεν εμφανίζονται σε όλες τις περιπτώσεις των παιδιών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Ισχυρός παράγοντας γι' αυτό, είναι η μορφή της σεξουαλικής κακοποίησης που υφίσταται το παιδί (ολοκληρωμένη ή όχι), το άτομο που την επιβάλλει, η διάρκεια της κακοποίησης, ο συνδυασμός της με άλλες μορφές ενδο-οικογενειακής βίας, οι αντιδράσεις των τρίτων

προσώπων εάν υπήρξε αποκάλυψη και τέλος, η προσωπικότητα του ίδιου του παιδιού. (Συμεωνίδου, 1994).

Προσπάθεια προσέγγισης του ορισμού της παραμέλησης.

Το να φέρει κάποιος στον κόσμο ένα παιδί συνεπάγεται ορισμένες υποχρεώσεις. Οι γονείς οφείλουν να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα για α) την ασφάλεια του παιδιού, β) τη διαβίωσή του σε κατάλληλες συνθήκες, γ) την μόρφωσή του και δ) την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους.

Το πρόβλημα της παραμέλησης του παιδιού από τους γονείς του είχε παραμεληθεί για πολλές δεκαετίες μετά από τη συνειδητοποίηση του δεύτερου προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών. Είχε θεωρηθεί πρόβλημα μικρότερης σημασίας σε σχέση με την σωματική και σεξουαλική κακοποίησή του.

Η συνειδητοποίηση όμως ότι η παραμέληση ενός παιδιού από τους γονείς του είναι η πιο συχνή μορφή κακοποίησης, κίνησε το ενδιαφέρον των ερευνητών.

Η παραμέληση του παιδιού μπορεί να οριστεί ως αποτυχία των γονιών και γενικότερα των ατόμων που έχουν αναλάβει την φροντίδα του, να του παρέχουν προστασία της υγείας του, επίβλεψη, κατάλληλη διατροφή, προσωπική υγιεινή, συναισθηματική κάλυψη, παιδεία και ασφαλές περιβάλλον διαβίωσης.

Η κριτική που ασκήθηκε στον ορισμό αυτό, διαχωρίζει την παραμέληση ενός γονιού που μπορεί να προσφέρει όλα τα παραπάνω στο παιδί του, από εκείνον που δε μπορεί για κοινωνικό-οικονομικούς λόγους ή για άλλους λόγους.

Ο ορισμός της παραμέλησης παρουσιάζει ιδιομορφία, εάν δηλαδή το παιδί υπέστη κάποια σοβαρή σωματική βλάβη εξαιτίας της

παραμέλησης, του γονιού. Δεν είναι παραμέληση το να υπάρχει όπλο μέσα στο σπίτι, αποτελεί όμως παραμέληση όταν το παιδί μπορεί να το βρει και να το χρησιμοποιήσει στο παιχνίδι. Εξαιρετικής σημασίας είναι και η σοβαρότητα της παραμέλησης, όπου για παράδειγμα η έλλειψη επίβλεψης μπορεί να προκαλέσει ένα μικρό κάψιμο στο χέρι του παιδιού, μπορεί όμως και να οδηγήσει στην δηλητηρίαση του παιδιού από την κατάποση απορρυπαντικού. Σημασία, τέλος, έχει και η συχνότητα καθώς και η διάρκεια της παραμέλησης. (Τσιάντης Γ, Αθήνα, 1991).

B) Μορφές παραμέλησης.

Οι βασικές μορφές παραμέλησης του παιδιού είναι τέσσερις:

Προγενετική παραμέληση: πρόκειται για μια ιδιαίτερη μορφή παραμέλησης που συνίσταται στην παράληψη, κυρίως εκ μέρους της μητέρας, της τακτικής επίσκεψης στο γυναικολόγο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της λήψης ειδικών βιταμινών και φαρμάκων που λειτουργούν επιβοηθητικά για την ίδια και το έμβρυο και γενικότερα της δημιουργίας των προϋποθέσεων εκείνων για την απόκτηση ενός υγιούς μωρού.

Φυσική παραμέληση: Πρόκειται για τη στέρηση τροφής, ενδυμασίας και στέγης στο παιδί. Επίσης, παράληψη ή καθυστέρηση αναζήτησης ιατρικής βοήθειας για πρόβλημα υγείας του παιδιού, εγκατάλειψη, αποπομπή του παιδιού από το σπίτι ή εμπόδιση επιστροφής του και έλλειψη εποπτείας.

Παραμέληση εκπαίδευσης και ανάπτυξης της προσωπικότητας:

Συνίσταται στη στέρηση των προϋποθέσεων και των εμπειριών που θα βοηθήσουν το παιδί να λάβει την απαραίτητη μόρφωση και να αναπτύξει μια υγιή προσωπικότητα.

Συναισθηματική παραμέληση: Συνίσταται στην επιτυχία του γονιού να δημιουργήσει στο παιδί αισθήματα ασφάλειας, στήριξης και ψυχικής ηρεμίας. Συναισθηματική παραμέληση παρουσιάζει επικαλύψεις με την ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών. (Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση κακοποίησης-παραμέλησης, Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1998).

Γ) Επιπτώσεις της παραμέλησης στο παιδί.

Οι έρευνες για τις συνέπειες της παραμέλησης πάνω στα παιδιά συνήθως αφορούν την παραμέληση σε συνδυασμό και με τις υπόλοιπες μορφές κακοποίησης και κατά συνέπεια είναι δύσκολος ο διαχωρισμός των επιπτώσεων της.

Κοινωνικές δυσκολίες: Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα των παιδιών που υφίστανται παραμέληση είναι η δυσκολία συμμετοχής τους σε κοινωνικές εκδηλώσεις και η δυσκολία προσαρμογής τους. Επίσης, έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει στα παιδιά αυτά μια ιδιαίτερα αγχώδη σχέση προσκόλλησης στο άτομο που τα φροντίζει, σε σχέση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Άλλοι μελετητές έχουν επισημάνει δυσκολία των παιδιών αυτών στην επικοινωνία τους και αυξημένη επιθετικότητα.

Διανοητική υστέρηση: τα παιδιά που υφίστανται παραμέληση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, υπολείπονται των άλλων στην ικανότητα του χειρισμού της γλώσσας, στην επίδοση στο σχολείο, στην ευφυΐα και στην ικανότητα λύσης προβλημάτων.

Συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς: Σε μία έρευνα των Egelaud et al, (1985) αναφέρεται το εξής συμπέρασμα για παιδιά που παραμελούνται και γενικότερα κακοποιούνται: Πρόκειται για μια ομάδα παιδιών που δείχνουν την αρνητική συμπεριφορά από όλες τις άλλες ομάδες και γενικότερα δεν έχουν την ικανότητα και την

υποδομή για να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις. Άλλοι πάλι ερευνητές δεν εντοπίζουν σύνδεση ανάμεσα στην παραμέληση και τα προβλήματα συμπεριφοράς.

Φυσικές συνέπειες: Πέρα από όλα τα παραπάνω, η παραμέληση δεν παύει να έχει και φυσικές συνέπειες με την πιο σοβαρή, το θάνατο. Μια άλλη συνέπεια είναι η υστέρηση του παιδιού στην ανάπτυξη του η οποία περιγράφεται αναλυτικά στη συνέχεια. (Τσιάντης Γ., Αθήνα, 1993).

Προσπάθεια προσέγγισης του ορισμού της ψυχολογικής κακοποίησης

Εάν υπήρχε κάποια δυσκολία στο να ορίσουμε τις προηγούμενες μορφές κακοποίησης των παιδιών στα πλαίσια της οικογένειας, η προσπάθεια απόδοσης του ορισμού της ψυχολογικής κακοποίησης είναι ακόμη πιο δύσκολη, περισσότερο διότι η διάγνωσή της είναι εξαιρετικά δυσχερής.

Αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού αποτελεί την πιο διαβρωτική μορφή κακοποίησης. Ο λόγος είναι συχνά πιο ισχυρός από το μαστίγιο. Ο προσβλητικός χαρακτηρισμός, η υποτιμητική σύγκριση, η περιφρονητική φράση, η ειρωνεία, η ταπεινωτική τιμωρία καταρρακώνουν και εξευτελίζουν μια προσωπικότητα στην περίοδο της διαμόρφωσής της και συρρικνώνουν τον ευαίσθητο ψυχισμό του παιδιού. (Τσιάντης, Μπαλάσκας, Αγάθωνος, Αθήνα, 1983).

Ψυχική η συγκινησιακή κακοποίηση είναι κάθε μορφή συμπεριφοράς που είναι δυνατόν να δημιουργήσει στο παιδί διαρκείς ή μόνιμες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές ή νοητική καθυστέρηση. Η ψυχολογική απόρριψη ή η μη εκδήλωση στοργής και αγάπης, οι ταπεινώσεις και γενικά οι διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται

ότι είναι δείγματα των μορφών συμπεριφοράς στις οποίες αναφέρεται ο παραπάνω ορισμός. (Σπινέλλη, 1992, σ.172).

Η ψυχολογική κακοποίηση τις περισσότερες φορές συνδυάζεται και με τις άλλες μορφές κακοποίησης χωρίς όμως να είναι απαραίτητο. Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή κακοποίησης και διαπράττεται σχεδόν από όλους τους γονείς οι οποίοι λένε πράγματα στο παιδί τους τα οποία αργότερα εύχονται να μην τα είχαν πει. Επίσης, η εκτόνωση της ψυχολογικής κρίσης της οικογένειας με την τοποθέτηση του παιδιού στο ρόλου του αποδιοπομπαίου τράγου αποτελεί και αυτό ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού.

Έχουν καταγραφεί οκτώ μορφές ψυχολογικής κακοποίησης κατά τον Miller και Barnett.

1. απόρριψη
2. τρομοκράτηση
3. υποβίβαση (λεκτική βία)
4. απομόνωση
5. λανθάνουσα κοινωνικοποίηση (περιβάλλον διαφθοράς)
6. στέρηση συναισθηματικής ανταπόκρισης
7. εκμετάλλευση
8. ισχυρός περιορισμός.

β) Επιπτώσεις της ψυχολογική κακοποίησης στο παιδί.

Σε κάθε περίπτωση ψυχολογικής κακοποίησης, τα παιδιά αισθάνονται ενοχές που απογοητεύουν τους γονείς τους, τους ντροπιάζουν και δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους. Οι υπαινιγμοί και τα αρνητικά σχόλια αποτελούν πλήση εγκεφάλου.

Τα παιδιά δεν διαμαρτύρονται για την κακή μεταχείριση που υφίστανται, αντίθετα, αναζητούν διαρκώς της αναγνώριση του γονέα

που τα απορρίπτει. Έχουν εσωτερικεύσει την αρνητική εικόνα του εαυτού τους (είμαι ένα τίποτα) και την αποδέχονται σαν να τους αξίζει.

Τα παιδιά που υφίστανται ψυχολογική κακοποίηση είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν μια αγχώδη σχέση εξάρτησης με κάποιο γονιό, σε σχέση με άλλα παιδιά που δεν έχουν τέτοια ανάλογες εμπειρίες. Επίσης έχουν δυσκολίες συμμετοχής σε ομάδες συνομηλίκων, δύσκολα στο να κάνουν φιλίες, χαμηλότερη επίδοση στο σχολείο και δυσχέρειες αντιληπτικής ικανότητας σε σχέση με την ομάδα του ελέγχου. Τέλος, η επιθετικότητα, η παραβατικότητα, η άσχημη συμπεριφορά στην τάξη, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ο υπέρμετρος θυμός και το άγχος όταν αντιλαμβάνονται τη σύγκρισή τους με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου, αποτελούν τα αρχικά συμπτώματα της ψυχολογικής κακοποίησης.

Στα μακροχρόνια αποτελέσματα, αναφέρονται διάφορα ψυχολογικά προβλήματα όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, κοινωνικές δυσκολίες, υπερευαισθησία. Το χειρότερο όμως όλων είναι η πεποίθηση, πλέον, του ατόμου ότι είναι άχρηστο, ανίκανο να ικανοποιεί πρόσωπα που αγαπάει. Έτσι, η πορεία της ζωής τους αποτελεί μια αυτό-εκληρούμενη προφητεία. (Hirigogen (2000), μετάφραση Γεωργιάδου Μ., εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα).

6. Η βία ανάμεσα στους γονείς σαν μια μορφή κακοποίησης του παιδιού.

α) Η βία ανάμεσα στους γονείς.

Ένα μεγάλο κομμάτι που εξετάζουν την ενδο-οικογενειακή βία και τα προβλήματα που πηγάζουν από αυτή, εστίασαν το ενδιαφέρον τους

στα παιδιά που γίνονται μάρτυρες της βίας ανάμεσα στους γονείς τους συγκρίνοντας τα με τα παιδιά που τα ίδια υφίστανται κακοποίηση. Προκύπτει ότι τα παιδιά που κακοποιούνται έχουν τα ίδια προβλήματα συμπεριφοράς με εκείνα που γίνονται μάρτυρες της βίας ανάμεσα στους γονείς τους. (Μαγγανάς Α., 1999).

Η βία σε ένα ζευγάρι συνήθως ασκείται από τον άνδρα εις βάρος της γυναίκας και έχει φυσική, συναισθηματική και ψυχολογική μορφή. Ο όρος βία στο ζευγάρι αναφέρεται σε ζευγάρια παντρεμένα αλλά όχι απαραίτητα, καθώς κάποια παιδιά έχουν περιγράψει την κακοποίηση της μητέρας τους από το φίλο της.

Οι γονείς που βρίσκονται σε μια έντονη σύγκρουση μεταξύ τους συνήθως υστερούν στο γονεϊκό τους ρόλο. Ο πατέρας είναι υπερβολικά ευέξαπτος ακόμα και με τα πιο απλά θέματα, όπως είναι η διακοπή του μεσημεριανού ύπνου, γι' αυτό και συνήθως είναι βίαιος και με τα παιδιά του. Η μητέρα παρουσιάζει αισθήματα ενοχής, κατάθλιψης, χαμηλής αυτοεκτίμησης και φόβου για την ασφάλειά της και σε αρκετές περιπτώσεις γίνεται και εκείνη βίαιη με τα παιδιά της.

Η χρήση του αλκοόλ εμφανίζει ισχυρή σύνδεση με την κακοποίηση ανάμεσα στο ζευγάρι, είτε για την έναρξή της, είτε για τη διατήρησή της, τουλάχιστον όπως οι ίδιες οι κακοποιημένες γυναίκες έχουν δηλώσει. (Kashau, Wesley, 1998).

Σαν μια προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάστασης, οι γυναίκες ενδέχεται να προσπαθήσουν ν' αλλάξουν τη συμπεριφορά του συντρόφου τους ώστε να διατηρηθεί η σχέση, να τον εγκαταλείψουν ή να γίνουν κι εκείνες βίαιες. Σε ακραίες περιπτώσεις, ενδέχεται να καταλήξουν και στο φόνο. Πολλά εγκλήματα ανάμεσα σε ζευγάρια διαπράττονται από το άτομο που κακοποιείται. Οι φόνοι αυτοί έχουν τη μορφή αυτοάμυνας και δεν είναι προμελετημένοι.

Εξαιρετικής σημασίας είναι το μοντέλο συμπεριφοράς που εισπράττεται από τα παιδιά που βλέπουν τους γονείς να συμπεριφέρονται και να αντιδρούν με τέτοιο τρόπο. Άνδρες που εκδηλώνουν επιθετική συμπεριφορά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης τους κατά την παιδική τους ηλικία, αλλά και σε υψηλότερο ποσοστό υπήρξαν μάρτυρες βίαιων περιστατικών ανάμεσα στους γονείς τους, σε σχέση με τους άνδρες της ομάδας ελέγχου.

Από την άλλη μεριά, τα κορίτσια που γίνονται μάρτυρες βίαιων περιστατικών ανάμεσα στους γονείς, είναι πιθανό να θεωρήσουν ότι η παθητική συμπεριφορά της γυναίκας είναι κάτι το φυσικό.

Παρόλα αυτά, έρευνες δεν πιστοποιούν πλήρως ότι οι γυναίκες που κακοποιούνται είχαν βιώσει παρόμοια περιστατικά κατά την παιδική τους ηλικία και η σύνδεση των δύο αυτών εμπειριών χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. (Kashui, Wesley, 1998).

β) Οι επιπτώσεις της βίας στη συμπεριφορά του παιδιού.

Η βία ανάμεσα στο ζευγάρι τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από την παιδική κακοποίηση. Ο πατέρας που κακοποιεί τη γυναίκα του, συνήθως κακοποιεί και τα παιδιά του, κυρίως τα αγόρια. Είναι δύσκολο, συνεπώς να διαχωρίσουμε τα αποτελέσματα των δύο αυτών μορφών βίας, παρόλα αυτά θα επιχειρήσουμε μια προσπάθεια.

Τα παιδιά μάρτυρες της βίας απέναντι στους γονείς τους έχουν χαρακτηριστεί ξεχασμένα ή αθώα θύματα. Είναι νευρικά, αγχώδη και φοβούνται για τον τραυματισμό της μητέρας τους. Πολλές φορές οι γονείς τους τα μετατρέπουν σε «αποδιοπομπαίους τράγους», μεταφέροντάς τους την ευθύνη των συζυγικών τους προβλημάτων. Η επίδοσή τους στο σχολείο είναι χαμηλή και σύμφωνα με μελέτες θα αποτελέσουν τη νέα γενιά ανδρών που κακοποιούν και γυναικών που

κακοποιούνται. Η ψυχολογική κατάσταση εκείνων των παιδιών έχει, ονομαστεί περπάτημα πάνω σε τσόφλια αυγών κατά την οποία σκοπός του παιδιού γίνεται η άμεση ικανοποίηση κάθε επιθυμίας του γονιού για την αποφυγή κάθε πιθανής έντασης, καταπιέζοντας, όμως έτσι, τον δικό του ψυχισμό και τις δικές του ανάγκες.

Τα αγόρια προσχολικής ηλικίας δείχνουν πολύ πιο συχνά θυμό και ανησυχία, σε σχέση με τα παιδιά χωρίς εμπειρίες βίας ανάμεσα στους γονείς τους. Τα αγόρια της προσχολικής ηλικίας συνήθως εγκαταλείπουν το σπίτι ή συχνά βιαιοπραγούν εις βάρος της μητέρας τους, το οποίο μας παραπέμπει στην υιοθέτηση από το παιδί της συμπεριφοράς του πατέρα.

Αν και στα δύο φύλλα έχουν εντοπιστεί εσωτερική σύγχυση, άγχος και κατάθλιψη, συνήθως τα αγόρια την εκδηλώνουν περισσότερο αρνητικά. Τα κορίτσια έχουν την τάση να υιοθετούν μια πιο παθητική συμπεριφορά, να κατηγορούν τον εαυτό τους για δυσάρεστες καταστάσεις και να μην αντιδρούν. (Kashuai, Wesley, 1998,σ. 38).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

A) Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση και στη συμπεριφορά του παιδιού που συμβάλουν στην αναγνώριση του προβλήματος.

Τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παρακάτω αποτελούν απλές ενδείξεις, ενώ η πληρέστερη αξιολόγηση γονέων και οικογένειας θα μας οδηγήσει σε μια πιο ολοκληρωμένη άποψη.

1. Σωματική κακοποίηση

α. ευρήματα από την κλινική εξέταση

- Ø Μελανιές ή σημάδια από χτύπημα
- Ø Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα.
- Ø Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη
- Ø Πληγές ή εκδορές.
- Ø Δηλητηρίαση
- Ø Κακώσεις από τραντάγματα σε βρέφη, π.χ. αιμορραγία αμφιφλησροειδούς.
- Ø Υποσκληρίδιο αιμάτωμα
- Ø Εσωτερικές κακώσεις.
- Ø Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα.(Ε. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, ινστιτούτο υγείας του παιδιού, Αθήνα, 1998).

β. Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά.

- Ø Ανεξήγητες κακώσεις ή εγκαύματα, ιδιαίτερα όταν είναι επαναλαμβανόμενα.
- Ø Απίθανες δικαιολογίες που δίδονται για να ερμηνευθούν οι κακώσεις.

- Ø Άρνηση να συζητηθεί το θέμα των κακώσεων.
- Ø Περιοχές του τριχωτού κεφαλής, χωρίς τρίχωμα.
- Ø Κακώσεις χωρίς ιατρική αντιμετώπιση.
- Ø Το παιδί δέχεται υπερβολική τιμωρία από τους γονείς του ή άλλα πρόσωπα φροντίδας.
- Ø Το παιδί φοβάται την πιθανότητα επικοινωνίας του σχολείου ή άλλου υπευθύνου με τους γονείς του.
- Ø Το παιδί φοράει ρούχα που καλύπτουν χέρια και πόδια, παρά το ζεστό καιρό.
- Ø Το παιδί αποφεύγει τη σωματική επαφή με άλλους.
- Ø Το παιδί φοβάται την παροχή ιατρικής βοήθειας.
- Ø Αυτοκαταστροφικές τάσεις του παιδιού.
- Ø Επιθετικότητα του παιδιού προς τρίτους.
- Ø Το παιδί το σκάει επανειλημμένα από την οικογένεια ή από άλλο πλαίσιο ζωής.
- Ø Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας.
- Ø Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού (π.χ. ένα βρέφος 2-3 μηνών δεν πέφτει μόνο του από το κρεβάτι).
- Ø Βλάβες, χαρακτηριστικές κακοποιήσεις (π.χ. ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους).
- Ø Ο τρόπος που οι γονείς μιλούν για το παιδί τους δείχνει απόρριψη, δύσκολο, χαζό, γκρινιάρικο, αρρωστιάρικο ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά.
- Ø Το παιδί δεν αντιδράς τον αποχωρισμό από τους γονείς, φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομείο από το σπίτι, ακολουθεί εύκολα τους επαγγελματίες. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, οδηγός για αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης, Αθήνα, 1998).

γ) Γενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού.

- Ø Δυσκολία να επενδύει στις σχέσεις με τους ενήλικες.
- Ø Ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαίσθησία).
- Ø Φόβος προς τους γονείς του.
- Ø Φόβος να επιστρέψει στο σπίτι ου.
- Ø Προσκόλληση σε άγνωστα άτομα.
- Ø Παγωμένο βλέμμα.
- Ø Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Ø Παιδί υπερβολικά υπάκουο, παθητικό, αποσυρμένο.
- Ø Έκδηλο άγχος.
- Ø Παιδί που παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομηλίκους ή ενήλικες.
- Ø Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία.
- Ø Παλινδρομημένη συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπιση, κ.λπ). (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα, 1998).

2. Παραμέληση

- Ø Κακή σωματική υγιεινή.
- Ø Κακή κατάσταση ρουχισμού.
- Ø Στέρηση τροφής.
- Ø Συστηματική κακή σίτιση.
- Ø Δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας.
- Ø Διαρκής κόπωση
- Ø Πολύ χαμηλό βάρος.
- Ø Ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου.
- Ø Ακατάλληλη ένδυση.

- Ø Παράταση της παραμονής στο σχολείο, χωρίς συγκεκριμένο λόγο.
- Ø Συνεχής κόπωση, απάθεια, ή ύπνος μέσα στην τάξη.
- Ø Το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει.
- Ø Χρήση οινοπνευματωδών ή τοξικών ουσιών από το παιδί.
- Ø Τάσεις αυτοκαταστροφής.
- Ø Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Ø Ιατρικά προβλήματα χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση.
- Ø Νευρωσική συμπεριφορά.
- Ø Έλλειψη κοινωνικών σχέσεων.
- Ø Επανειλημμένες φυγές από την οικογένεια ή άλλο πλαίσιο ζωής.
- Ø Κλέβει ή και τρώει από τα σκουπίδια, με ψυχαναγκαστικό τρόπο.
(Ε. Αγάθωνος –Γεωργοπούλου κ. Μαρία Τσαγκάρη, Αθήνα, 1999).

3. Συναισθηματική κακοποίηση.

- Ø Καθυστέρηση στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού όταν κάνει λάθη.
- Ø Το παιδί δέχεται υπερβολική τιμωρία.
- Ø Υπερβολική αντίδραση του παιδιού όταν κάνει λάθη.
- Ø Συνεχής υποτίμηση εαυτού.
- Ø Αιφνίδιες διαταραχές στην ομιλία.
- Ø Φόβος για νέες καταστάσεις.
- Ø Ανάρμοστες συναισθηματικές αντιδράσεις σε επίπονες καταστάσεις.
- Ø Νευρωσική συμπεριφορά (π.χ. πιπίλισμα δαχτύλου, στριφογύρισμα τούφας μαλλιών, επαναλαμβανόμενο κούνημα).
- Ø Αυτό- ακρωτηριασμός

- Ø Φόβος για την επικοινωνία του σχολείου ή άλλων υπευθύνων, με τους γονείς.
- Ø Ακραία παθητικότητα ή επιθετικότητα του παιδιού.
- Ø Κατάχρηση ουσιών ή απορρυπαντικών.
- Ø Επανελημμένα το σκάει από την οικογένεια ή άλλο πλαίσιο ζωής.
- Ø Κλέβει ή και τρώει από τα σκουπίδια, με ψυχαναγκαστικό τρόπο. (Ε. Αγάθωνος -Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1999).

Η κλίμακα Αγάθωνος για την πρόβλεψη της σωματικής κακοποίησης (και παραμέλησης) των παιδιών.

A. Χαρακτηριστικά υψηλής προβλεπτικής ικανότητας.

- Ø Κακή κατάσταση υγιεινής του παιδιού κατά την παραπομπή για κλινική διαγνωστική εκτίμηση και αντιμετώπιση.
- Ø Γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- Ø Γονείς με αντίξοες εμπειρίες ζωής (π.χ. ζωή σε ίδρυμα ή άλλο πλαίσιο παιδικής προστασίας, εμπειρίες διάφορων μορφών εκμετάλλευσης, κ.λπ).
- Ø Μητέρα με εμπειρίες αυστηρής πειθαρχίας από τους γονείς της. (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, κ. Μαρία Τσαγγάρη, Αθήνα, 1999).

B. Χαρακτηριστικά μέτριας προβλεπτικής ικανότητας.

- Ø Γεγονότα ζωής για τους γονείς, τον τελευταίο χρόνο.
- Ø Παιδί δεν ζει με 2 φυσικούς γονείς.
- Ø Μητέρα που δεν εμπιστεύεται κανέναν σε περιόδους κρίσης.
- Ø Πατέρας άνεργος ή με περιστασιακή εργασία.

- Ø Μητέρα 21 κατά τη γέννηση του παιδιού (Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, κ. Μαρία Τσαγγάρη, Αθήνα, 1999).

Γ. Χαρακτηριστικά χαμηλής προβλεπτικής ικανότητας.

- Ø Ψυχοκινητική καθυστέρηση του παιδιού.
- Ø Παιδί με άλλες ασθένειες πριν την παραπομπή (δηλ. γονείς αναφέρονται αόριστα σε ασθένειες που δεν εμπίπτουν σε όλα τα πιθανά νοσήματα της παιδικής ηλικίας).
- Ø Παιδί που δεν θήλασε.
- Ø Γονείς που απαιτούν άμεση υπακοή από το παιδί.
- Ø Απουσία γονέα πριν την παραπομπή για κλινική διαγνωστική εκτίμηση και αντιμετώπιση. (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αγάθωνος Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια. Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση κακοποίησης).

Επαγγελματίες και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα και στοιχεία σχετικά με τους τρόπους παρέμβασης, πρόληψης και αντιμετώπισης, αφορά τους επαγγελματίες που εμπλέκονται και ασχολούνται με το φαινόμενο της ενδο-οικογενειακής παιδικής κακοποίησης.

Υποστηρίζεται ευρέως η σημασία σύστασης και συνεργασίας διεπιστημονικών ομάδων από χώρους όπως, το σχολείο, Κ.Ψ.Υ., κοινωνική υπηρεσία, νοσοκομείο, δικαστήριο, αστυνομία για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη προσέγγιση και τον χειρισμό περιστατικών παιδικής κακομεταχείρισης / παραβίασης μέσα στην οικογένεια, ειδικότερα, για περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης αναφέρεται π.χ. ότι, μια ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει δύο

επαγγελματίες, όπως παθολόγο και κοινωνικό λειτουργό ή να αποτελείται από ειδικούς περισσοτέρων κλάδων (παιδίατρο, παιδοψυχίατρο κ.λπ.).

Όποια και να είναι η σύνθεση της ομάδας, ο απώτερος στόχος είναι η ανίχνευση κάθε περίπλοκου ζητήματος ή δυσκολίας που αφορά την παρέμβασή και σταδιακά μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση του περιστατικού. (Krugau, 1987, Wilson, 1992, που αναφέρονται στους Giargio P.A Cheisha W.G.K. Giargio R.E., 1991).

Επίσης, όσον αφορά περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, υπάρχουν πολλοί επαγγελματίες οι οποίοι από τη στιγμή που θα αντιληφθούν σημάδια και συμπτώματα στο παιδί, μπορούν και πρέπει να αναμιχθούν στην αντιμετώπιση του εμφανιζόμενου προβλήματος, τέτοιοι επαγγελματίες είναι:

- Ø Δάσκαλοι
- Ø Κοινωνικοί λειτουργοί
- Ø Επισκέπτες υγείας
- Ø Ιατροί παθολόγοι
- Ø Το προσωπικό νηπιαγωγείου
- Ø Αστυνομία
- Ø Σχολικοί γιατροί
- Ø Παιδίατροι
- Ø Εμπυχωτές/ καθοδηγητές σε ομάδες παιχνιδιού
- Ø Φορείς και υπεύθυνοι κοινωνικής και εκπαιδευτικής πρόνοιας
- Ø Υπάλληλοι υπηρεσιών νεότητας και κοινοτικοί υπάλληλοι.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην κακοποίηση του παιδιού.

Για τον κοινωνικό λειτουργό πρωταρχικό καθήκον αποτελεί η προστασία του παιδιού. Είναι εξουσιοδοτημένος να διασφαλίσει ότι όλοι οι ισχυρισμοί για παιδική κακοποίηση εξετάζονται εξονυχιστικά.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός βρίσκεται σε θέση «κλειδί», εφόσον είναι συνήθως να ελέγξει, μαζί με τους άλλους εμπλεκόμενους φορείς, τις πληροφορίες σχετικά με τα παιδιά και τις οικογένειες που έχουν παραπεμφθεί και να εξασφαλίσει ότι θα συγκληθεί η συνεδρία για τη μελέτη της περίπτωσης, αφού προηγουμένως έχει ολοκληρωθεί η διερεύνηση της υπόθεσης. Βασική ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί επίσης η συνεργασία με τους άλλους εμπλεκόμενους επαγγελματίες. Ο Κοινωνικός Λειτουργός σχετίζεται άμεσα με τις ανάγκες και την προστασία του παιδιού και συχνά είναι αυτός που προγραμματίζει για τις ιατρικές εξετάσεις και για την απαιτούμενη συμβουλευτική.

Σε περίπτωση που η σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται δεδομένη, χωρίς καμία αμφιβολία είναι υποχρεωμένος, μέσω του επαγγελματικού συμβολαίου, να δώσει πληροφορίες στην αστυνομία.

Κατά τα αρχικά στάδια παραπομπής, ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επαφή με τα παιδιά και τους γονείς με ποικίλους τρόπους.

1. απαντώντας σε ερωτήσεις και παρέχοντας πληροφορίες.
2. επιτρέποντας να ακουστούν οι ανησυχίες και τα άγχη/ στρες που νιώθουν οι γονείς.
3. συγκεντρώνοντας ολοκληρωμένες προηγούμενες πληροφορίες , το λεγόμενο κοινωνικό ιστορικό, το οποίο αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση και την μελλοντική αντιμετώπιση του περιστατικού. (Potter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse Within The Family*, 1987).

Προτάσεις για τον περιορισμό και την αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης του παιδιού.

Η ιδιαιτερότητα και η πολυπλοκότητα του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής βίας καθιστά σαφές, ότι η αντιμετώπιση του απαιτεί πολύ επίπεδες και διεπιστημονικές παρεμβάσεις, αλλά και συνέχιση της θεωρητικής και ερευνητικής μελέτης. Μέτρα πρέπει να ληφθούν σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.

Πρωτογενής πρόληψη: η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών ζωής, ιδιαίτερα για τις οικογένειες με μικρά παιδιά. Η βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών των οικογενειών αυτών, η εκπαίδευση, τα προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, η αλλαγή των στάσεων σε θέματα ανατροφής των παιδιών, η διευκόλυνση των συνθηκών που ενισχύουν το δεσμό ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί (αύξηση του χρόνου άδειας κύησης και τοκετού), καθώς και η συνεργασία ειδικών επιστημόνων (κοινωνιολόγων, ψυχολόγων, παιδιάτρων...) περιλαμβάνονται στην πρωτογενή πρόληψη. (Τσιάντης Γ., Αθήνα, 1991).

Δευτερογενείς πρόληψη: Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων εντοπισμού οικογενειών και παιδιών «υψηλού κινδύνου» (οικογένειες με αλκοολικό πατέρα ή μητέρα με ψυχολογικά προβλήματα). Ο έγκαιρος εντοπισμός τους θα προλάβει την ανάπτυξη προβληματικών σχέσεων που με ειδική παρέμβαση μπορεί να αποκατασταθούν. (Τσιάντης Γ., Αθήνα, 1991).

Τριτογενείς πρόληψη: Αντικείμενο της τριτογενούς πρόληψης είναι τα παιδιά που έχουν ήδη κακοποιηθεί και οι οικογένειές τους, με στόχο την αποτροπή νέας κακοποίησης του ίδιου του παιδιού ή των υπολοίπων μελών της οικογένειας. Έτσι η απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι σε μία αρχική φάση, η θεραπεία και υποστήριξη των γονίων, η ψυχοθεραπεία του παιδιού, η αφαίρεση (προσωρινή ή οριστική) της επιμέλειας του παιδιού από τους γονείς και η μεταβολή στις υπάρχουσες

νομοθετικές ρυθμίσεις όπου εμφανίζονται προβληματικές, αποτελούν μέρος της τριτογενούς πρόληψης της κακοποίησης των παιδιών μέσα στην οικογένεια. (Τσιάντης Γ., Αθήνα, 1991).

Η συνδρομή ολόκληρου του κοινωνικού συστήματος κρίνεται αναγκαία. Το σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας, υγείας, δικαιοσύνης, εκπαίδευσης, η εκκλησία, τα μέσα επικοινωνίας, οι κυβερνητικές υπηρεσίες και το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να δρουν, επικουρικά στην ενίσχυση του ρόλου της οικογένειας και των μελών της. (Μαγγανάς, Αθήνα, 1998, σ, 1146-1147).

Αντιμετώπιση – πρόληψη

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι σημαντικό να γνωρίζουμε, ότι ο τραυματισμός του παιδιού από τους γονείς είναι ένδειξη άρρωστης οικογένειας. Είναι λάθος να βλέπουμε το πρόβλημα μόνο ιατρικά, χωρίς να γίνει προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η άρρωστη οικογένεια από διεπιστημονική ομάδα. Είναι επομένως, απαραίτητο σε κάθε περίπτωση ατυχήματος που δεν είναι τυχαίο να γίνεται μια πλήρης εκτίμηση της οικογένειας από έμπειρη διεπιστημονική ομάδα. (κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, παιδοψυχίατρος, παιδίατρος).

Σε περίπτωση που υπάρχει υποψία για κακοποίηση χρειάζεται άμεση εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο. Με αυτό τον τρόπο προστατεύουμε τη ζωή του παιδιού και έμμεσα τους γονείς.

Στη στάση μας απέναντι στις οικογένειες με ιστορικό κακοποίησης, χρειάζεται να γνωρίζουμε ότι:

α) Συχνά γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό αρνούνται την ύπαρξη της κακοποίησης, επειδή δεν θέλουν να πιστέψουν ότι υπάρχουν γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους. Το αποτέλεσμα είναι ότι συχνά, σε

περιπτώσεις παιδιών νοσηλεύονται σε παιδιατρικά νοσοκομεία με τραυματισμούς ή άλλα ατυχήματα δε διερευνάται η πιθανότητα κακοποίησης.

β) Άλλες φορές η αντίδραση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι έντονη εκφράζονται ανοιχτά επιθετικά συναισθήματα προς τους γονείς. Το αποτέλεσμα είναι βέβαια ότι με αυτόν τον τρόπο δεν κερδίζεται η εμπιστοσύνη των γονέων κι έτσι δεν εξασφαλίζονται οι βάσεις για συνεργασία.

γ) Βοηθάει αν η περιέργειά μας κατά την εξέταση είναι ελεγχόμενη και η στάση μας διακριτική, χωρίς να ενοχοποιούμε και να επιβαρύνουμε τους γονείς.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Πρέπει να τονιστεί ότι η ολοκληρωμένη διάγνωση κάθε περίπτωσης κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού θα πρέπει να βασιστεί σε διαγνωστικά χαρακτηριστικά που αφορούν το παιδί τους γονείς, την οικογένεια και τις συνθήκες ζωής. Η διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση είναι ο σωστότερος και αποτελεσματικότερος τρόπος προσέγγισης κάθε περίπτωσης.

Δύο είναι οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης σε περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών.

α) Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση.

β) Η αποκατάσταση της καλής λειτουργίας της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι, καθώς και τη γενικότερη βελτίωση ποιότητας ζωής της οικογένειας. (Γιάννης Τσιάντης, Αθήνα, 1993).

Η θεραπευτική προσέγγιση στις οικογένειες αυτές δεν μπορεί παρά να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παθολογία της οικογένειας και τις περιβαλλοντολογικές συνθήκες, αλλά και με την ποιοτική και ποσοτική

επάρκεια των ειδικών που ασχολούνται με το θέμα, καθώς και με την υποδομή σε προγράμματα και υπηρεσίες.

Η παρέμβαση αυτή διαμορφώνεται ανάλογα με τη μορφή της κακοποίησης. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την προτεραιότητα που πρέπει να δίνεται στη σωματική κακοποίηση που εύκολα μπορεί να προκαλέσει θάνατο ή μόνιμη αναπηρία στο παιδί. Η συγκέντρωση, όμως της προσοχής μας στη σωματική κακοποίηση έχει σημαντικά παραβλέψει την ανάπτυξη προγραμμάτων για άλλες πιο «ύπουλες» μορφές κακοποίησης που δεν οδηγούν σε σπασμένα οστά αλλά σε κατεστραμμένες προσωπικότητες. Η σύγχρονη «ανακάλυψη» της έκτασης της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών έχει οδηγήσει σε ένα νέο επιστημονικά ενδιαφέρον για τις πολλαπλές μορφές του προβλήματος που μέχρι τώρα ήταν συγκαλυμμένες.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν ισχύσει τα τελευταία είκοσι χρόνια περιλαμβάνουν οχήματα που απευθύνονται γενικότερα στην αντιμετώπιση προβληματικών ατόμων και οικογενειών, ενώ άλλες έχουν δοκιμαστεί για τον ειδικό αυτό πληθυσμό.

Η συνάντηση ομάδας εργασίας που έγινε το 1975 στην Ιταλία, κατέληξε σε μια σειρά από απαραίτητες πηγές βοήθειας που απευθύνονται στην οικογένεια ως σύνολο, στους γονείς μόνο και στα παιδιά.

A. Πηγές βοήθειας για όλη την οικογένεια.

1. Ξενώνες παιδιών για περιόδους κρίσης.
2. Θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες.
3. Θεραπευτικό νηπιαγωγείο.
4. Θεραπεία οικογένειας.

B. Πηγές βοήθειας για τα παιδιά.

1. Προσφορά παιδιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια προγραμμάτων κοινωνικής παιδιατρικής. (επισκέψεις στο σπίτι, συμβουλευτική).
2. Βοήθεια από «μη ειδικούς» (επιλέγονται άτομα με ώριμα κίνητρα και ενθουσιασμό, τα οποία με την κάλυψη ειδικού επαγγελματία-κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου- ασχολούνται με τα παιδιά παίζοντας ρόλο οικογενειακού φίλου και όχι «θεραπευτή».
3. Θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών προσχολικής ηλικίας.
4. Παιγνιοθεραπεία.
5. Ατομική ψυχοθεραπεία.
6. Ομαδική ψυχοθεραπεία.

Γ. Πηγές βοήθειας για τους γονείς.

1. 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία.
2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών.
3. Υπηρεσίες επισκεπτριών αδελφών.
4. Θεραπεία από μη ειδικούς.
5. Κοινωνική εργασία.
6. Ατομική ψυχοθεραπεία.
7. Ομαδική ψυχοθεραπεία.
8. Ανώνυμοι γονείς.
9. Οικιακοί βοηθοί.

Ποινική προστασία

Σύμφωνα με τον Μουζακίτη-Σαρκιτζόγλου, 1987 τομέας της κακοποίησης των παιδιών είναι ο κατ' εξοχήν τομέας που έχει αποτύχει η ποινική καταστολή, εφόσον το 90% των περιπτώσεων ποτέ δεν φτάνει στην προσοχή των αρμοδίων. (αστυνομία, εισαγγελέας. κ.λπ.). Στη χώρα

μας, αν και υπάρχει σχετική νομοθεσία για την προστασία του παιδιού η εφαρμογή των νομοθετικών κανόνων στην πράξη συναντά κάποιες δυσκολίες.

Ο Ποινικός Κώδικας του 1950 αναγορεύει σε αδίκημα την πρόκληση σωματικής βλάβης, όχι μόνο σε ανηλίκους, αλλά σε κάθε πρόσωπο που βρίσκεται υπό την προστασία τρίτου ατόμου. Το άρθρο 312 του Ποινικού Κώδικα «δεν αρκείται μόνο στη δια θετικών πράξεων κακοποίηση π.χ. ξυλοδαρμός), αλλά και στην δια παραλείψεων επέλευση όμοιου αποτελέσματος», λέγοντας παραλείψεις εννοούνται η παραμέληση των υποχρεώσεων διατροφής και επιμέλειας. Στην περίπτωση αυτή η ποινική δίωξη γίνεται αυτεπάγγελα πράγμα που σημαίνει ότι αν γίνει αντιληπτή από την Αστυνομία ή την Εισαγγελία οποιαδήποτε περίπτωση κακοποίησης ή παραμέλησης, ενεργοποιείται αμέσως ο μηχανισμός της Ποινικής Δικαιοσύνης, χωρίς να ενδιαφέρει το αν επιθυμεί ο παθών ή οι γονείς του. Η προβλεπόμενη ποινή ξεκινά από τους τρεις μήνες και μπορεί να φθάσει και τα πέντε χρόνια, αν συντρέχουν και άλλα σοβαρότερα αδικήματα, όπως είναι βιασμός, παιδοκτονία, αποπλάνηση...

Τέλος, κάθε πολίτης που θα αντιληφθεί παρόμοιο περιστατικό, σύμφωνα με το άρθρο 40 της Ποινικής δικονομίας υποχρεούται να καταγγείλει το γεγονός στον Εισαγγελέα ή την Αστυνομία, γραπτώς ή προφορικώς. Βέβαια παράληψη της υποχρέωσης αυτής δεν συνοδεύεται από ποινικές κυρώσεις.

Η διάταξη του άρθρου 312 της Ποινικής Δικονομίας συγκρούεται με το δικαίωμα του γονέα που ασκεί την επιμέλεια του ανηλίκου για άσκηση σωφρονιστικών μέτρων. Ως σωφρονιστικά κρίνονται τα μέτρα εκείνα που βοηθούν στην παιδαγωγική αναμόρφωση του παιδιού, όπως η επίπληξη, ο περιορισμός της ελευθερίας, η σωματική τιμωρία και η στέρηση ψυχαγωγίας τα οποία, όσο δεν υπερβαίνουν τα κοινώς

παραδεκτά κοινωνικά όρια, δεν αποτελούν ποινικά αδικήματα. Σύμφωνα με το νόμο 1329/83, τα σωφρονιστικά μέτρα οφείλουν να είναι παιδαγωγικώς αναγκαία και να μη θίγουν την προσωπικότητα του παιδιού.

Επίσης, και πάλι όσον αφορά την ποινική αντιμετώπιση του θέματος, τα άρθρα 306, 360, 358 και 409 της Ποινικής Δικονομίας αναφέρεται στην παραμέληση εποπτείας ανηλίκου νεότερου από 17 ετών, παραλείπει να τον παρεμποδίσει από την τέλεση αξιόποινης πράξης ή από το να επιδίδεται στην πορνεία, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους. (Μαγγανάς, 1999).

Στο αστικό δίκαιο, η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας αντιβαίνει στη διάταξη του άρθρου 1507 του Αστικού Κώδικα σύμφωνα με το οποίο «Γονείς και τέκνα οφείλουν αμοιβαία μεταξύ τους βοήθεια, στοργή και σεβασμό». Η γονική μέριμνα ανήκει και στους δύο γονείς και μπορεί να αφαιρεθεί είτε μετά από καταδίκη σε φυλάκιση ενός μηνός τουλάχιστον, για αδικήματα που διέπραξε με δόλο κατά της ζωής, της υγείας και των ηθών του τέκνου, είτε αν γίνεται κακή άσκηση της γονικής μέριμνας. Και στις δύο περιπτώσεις την αίτηση την υποβάλλει ο άλλος γονέας ή κάποιος συγγενείς ή ο Εισαγγελέας. Εφόσον η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας διαπιστωθεί διστακτικά, οδηγεί στην έκπτωση των γονέων από αυτή ή στην αφαίρεση της με διστακτική απόφαση. (Μουζακίτης-Σαλκιτζόγλου, 1987).

Το συμφέρον του παιδιού πρέπει να είναι η βασική σκέψη που θα κυριαρχήσει για τη λήψη της μιας απόφασης, αν υπάρξει δικαστική συνέχεια, η οποία μπορεί να έχει θετικά αλλά και αρνητικά αποτελέσματα. Στα θετικά αποτελέσματα της δικαστικής παρέμβασης, πέρα από την ικανοποίηση του κοινού περί δικαίου αισθήματος, με την αφαίρεση της γονικής μέριμνας και την προσωρινή ή οριστική απομάκρυνση του παιδιού από το επιβλαβές περιβάλλον, τερματίζεται de

facto η κακοποίηση / παραμέληση του παιδιού και ο βάνουσος ή αδιάφορος γονέας θα αποφύγει να επαναλάβει την ίδια συμπεριφορά. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ελένη, Αθήνα, 1993).

Δυστυχώς όμως, με την επιλογή δικαστικής οδού, διακυβεύεται η όποια συνοχή της οικογένειας και κυρίως στιγματίζονται όλα τα μέλη. Σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης που χρειάζεται η κατάθεση του ίδιου του παιδιού, πέρα από τη «δευτερογενή» του κακοποίηση, στο παιδί παρουσιάζονται σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες και το ίδιο καταλογίζει στον εαυτό του τη φυλάκιση του πατέρα και τη διάλυση της οικογένειάς του. Επίσης, εφόσον σπάνια ασκείται αυτόφωρη διαδικασία στην κακοποίηση, η καθυστέρηση της δίκης για δύο- τρία χρόνια σημαίνει τη συμβίωση του δράση μα το θύμα του και τη συνέχιση της κακοποίησης του.

Τέλος, η αθώωση του δράστη για διάφορους λόγους (για παράδειγμα, έλλειψη επαρκών αποδεικτικών στοιχείων) έχει σαν αποτέλεσμα την επιστροφή του δράστη στο σπίτι και τη συνέχιση της κακοποίησης ή τη διενέργεια πράξεων αυτοεκδίκησης.

Το άρθρο 324 του Ποινικού Κώδικα που προβλέπονται και τιμωρούνται, αντίστοιχα, η αποπλάνηση παιδιών, η κατάρχηση ανηλίκων σε ασέλγεια και η ασέλγεια παρά φύσην, προστατεύονται οι ανήλικοι από την σεξουαλική κακοποίηση, όχι όμως ικανοποιητικά, αφενός γιατί οι διατάξεις έχουν ως προσβαλλόμενο έννομο αγαθό τη «γενετήσια ελευθερία» και τη μη οικονομική εκμετάλλευση της «γενετήσιας ζωής» και όχι δεν υπάρχουν ειδικές δικονομικές διατάξεις, που να προβλέπουν ειδική διαδικασία για τη διεξαγωγή ανάκρισης και την εκδίκαση τέτοιων υποθέσεων, καθώς και τη λήψη προνομιακών μέτρων για τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου Ελένη, Αθήνα, 1993).

Κλείνοντας, απαραίτητη από τους ειδικούς κρίνεται η εισαγωγή στη χώρα μας του θεσμού του «Οικογενειακού Δικαστηρίου», στο οποίο

θα δοθεί «η δυνατότητα ταχείας και αποτελεσματικής επέμβασης στο χώρο της πολιτικής δικαιοσύνης με γνώμονα του συμφέρον του παιδιού και με κριτήριο την ύπαρξη του ηθικού ή κοινωνικού κινδύνου ζωής και υγείας. Ο οικογενειακός ή επιτροπικός δικαστής θα παρακολουθεί την άσκηση της γονικής μέριμνας. Θα αποφασίζει για την επιμέλεια των παιδιών, στα διαζύγια κ.λπ. Στην περίπτωση αυτή, αναγκαία κρίνεται η συνδρομή των κοινωνικών υπηρεσιών. (Αγάθωνος Γεωργοπούλου Ελένη, Αθήνα, 1993).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Παρουσίαση ερευνών και περιστατικών ενδο-οικογενειακής κακοποίησης του παιδιού σε πανελλήνια παιδιατρικά συνέδρια.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται περιστατικά και έρευνες σχετικά με την κακοποίηση παιδιών που έφθασαν στα νοσοκομεία « Η Αγία Σοφία» και «Αγλαΐα Κυριακού», όπως αναφέρονται στο 28^ο, 30^ο, 31^ο, 32^ο, 33^ο και 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο.

Στο 28^ο, Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, θέμα «ενδο-οικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση παιδιών»: κλινικά ευρήματα, αναφέρεται ότι σε διάστημα δύο χρόνων (1987-1989) παραπέμφθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία της παιδιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», 16 παιδιά, θύματα ενδο-οικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης, που εντάχθηκαν σε ειδικό πρόγραμμα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

1. Οι ηλικίες των παιδιών κυμαίνονται από 2 εβδομάδες έως 16 χρόνια με μέση ηλικία 9,6 χρόνια. Από τα παιδιά αυτά 11 ήταν κορίτσια (μέση ηλικία 11,9 χρόνια) και τα πέντε ήταν αγόρια (μέση ηλικία 4,9 χρόνια). Κλινικά ευρήματα βρέθηκαν σε 10 παιδιά και κυμαίνονται από ρήξη του παρθενικού υμένα και ρήξη του σφιγκτήρος μέχρι ρωγμές στο ελεύθερο χείλος του παρθενικού υμένα και μερική χάλαση του σφυγκτήρος. Υπεύθυνοι για τη σεξουαλική κακοποίηση ήταν άτομα του άμεσου και έμμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος των παιδιών.

2. Στο 3^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, με θέμα τη «μελέτη των προβλημάτων για τα οποία εκλήθη η κοινωνική υπηρεσία, σύγκριση αυτών και εξαγωγή συμπερασμάτων» αναφέρεται ο σκοπός ότι ο σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη των προβλημάτων για τα οποία ζητήθηκε η βοήθεια της κοινωνικής υπηρεσίας, σε νοσηλευόμενα παιδιά

του νοσοκομείου. Η μελέτη είναι αναδρομική και αναφέρεται στα έτη 1980, 1985, 1990. Οι πληροφορίες ελήφθησαν από τα τηρούμενα στοιχεία της Κοινωνικής Υπηρεσίας. Οι περιπτώσεις για το 1980 ήταν 246, το 1985 ήταν 186 και το 1990 ήταν 126.

Στα ευρήματα περιλαμβάνονται οι εξής κατηγορίες: Ως προς τον τόπο προσελεύσεως του ασθενούς, από την Αθήνα το 1980 προέρχεται το 59,76% τον 1985 το 56,99% και το 1990 το 64,84%. Η επαρχία μετέχει σε μικρότερα ποσοστά.

Στην κατηγορία «ηλικίες» υπάρχουν 5 κατηγορίες, αναφέρεται εκείνη που αφορά την ηλικία μέχρι 3 ετών, όπου το 1980 αντιπροσωπεύει το 31,30% το 1985 το 39,7% και το 1990 το 25%.

Στην κατηγορία «φύλλο» αναφέρονται αγόρια σε ποσοστό 54,47% και κορίτσια σε ποσοστό 45,53%, το 1985 τα αγόρια κάλυπταν το 62,3% ενώ τα κορίτσια το 37,63% και το 1990 το 60,16% ήταν αγόρια και το 39,84% κορίτσια.

Ως προς το ποιος έφερε το παιδί υπάρχουν έξι κατηγορίες, από τις οποίες αναφέρεται εκείνη που αφορά τους γονείς. Έτσι το 1980 το 42,28% εκείνων που έφεραν στο νοσοκομείο το παιδί ήταν γονείς, το 1985 το ποσοστό των γονιών ήταν 41,40% και το 1990 έφτασε το 46,88%.

Σχετικά με τη νοσοκομειακή κάλυψη υπάρχουν έντεκα κατηγορίες, από τις οποίες αναφέρονται δύο (ΙΚΑ και ΑΠΟΡΙΕΣ). Εκείνοι που είχαν ασφάλιση του ΙΚΑ αποτελούσαν το 1980 το 36,59%, το 1985 38,71% το 1985 το 37,63% και το 33,59%.

Σχετικά με την κλινική που κάλεσε την κοινωνική υπηρεσία υπάρχουν επτά κατηγορίες από τις οποίες αναφέρεται μία, η παθολογική κλινική με ποσοστό το 1980 38,21%, το 1985 59,14% και το 1990 71,88%.

Στην κατηγορία «κατάσταση οικογένειας» υπάρχουν δεκατέσσερις κατηγορίες από τις οποίες αναφέρονται δύο: α) χωρισμένοι γονείς μαζί με κακές ενδο-οικογενειακές σχέσεις, που το 1980 κάλυπτε το 14,84% και β) κακές σχέσεις γονέων-παιδιών που το 1980 κάλυπτε το 1,44%, το 1985 το 0,00% και ο 1990 το 5,47% .

Όσον αφορά τις προσφερθείσες υπηρεσίες από την κοινωνική υπηρεσία υπάρχουν οι εξής τέσσερις κατηγορίες: 1) Ψυχολογική υποστήριξη, 2) Εξυπηρέτηση, 3) Ψυχολογική υποστήριξη και εξυπηρέτηση, 4) Κοινωνική έρευνα. Για το 1980 το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν στην κατηγορία εξυπηρέτηση με ποσοστό 72,76% το 1985 επίσης στην ίδια κατηγορία με 36,51% και το 1990 την εξυπηρέτηση με 44,26% και στην κοινωνική έρευνα με 40,16%.

Σχετικά με τα ατυχήματα αναφέρονται δύο κατηγορίες. α) Τροχαία, όπου το 1980 το ποσοστό ήταν 2,85%, το 1985 1,61% και το 1990 5,47%. Στην κατηγορία αυτή μελετήθηκε και η κατάσταση της οικογένειας (με πέντε κατηγορίες) αναφέρεται η κατηγορία «προβλήματα στην οικογένεια» όπου για το 1980 κάλυπτε το 1,63%, το 1985 το 6,58% και το 1990 το 3,14%.

Στην κατηγορία «ψυχολογικά προβλήματα» έγινε συσχετίσή τους με την κατάσταση της οικογένειας. Αναφέρονται δύο κατηγορίες: α) καλές ενδο-οικογενειακές σχέσεις. Το 1980 ποσοστό καλών οικογενειακών σχέσεων δεν υπήρχε (0,00%), η κατηγορία «χωρισμένοι γονείς με κακές ενδο-οικογενειακές σχέσεις» έφτανε το 2,44% ενώ τα ψυχολογικά προβλήματα κάλυπταν το 2,44%. Το 1985 οι καλές ενδο-οικογενειακές σχέσεις κάλυπταν 0,54%, οι άσχημες σχέσεις χωρισμένων γονιών το 1,61% ενώ τα ψυχολογικά προβλήματα το 2,15%, οικιακές σχέσεις των χωρισμένων γονέων το 7,03% και τα ψυχολογικά προβλήματα το 10,94%.

Στην κατηγορία αυτοκτονίες το 1980 αναφέρεται ποσοστό 2.03%, το 1985 1,61% και το 1990 14,06%. Είναι κυρίως φαρμακευτικές και συνυπάρχουν κακές ενδο-οικογενειακές σχέσεις (περιλαμβάνονται πέντε κατηγορίες). Μέσος όρος ηλικίας είναι τα 13 έτη.

Όσον αφορά την κακοποίηση το 1980 αναφέρεται ποσοστό 0,81% το 1985 1,62% και το 1990 4,69%. Συνυπάρχουν πέντε κατηγορίες κακής οικογενειακής κατάστασης.

Τέλος, από τα άτομα που μελετήθηκαν, οι πολύτεκνοι αποτελούσαν το 1980 το 5,28%, το 1985 το 11,29% και το 1990 το 11,72%. Οι αθίγγανοι το 1980 κάλυπταν το 2,03%, το 1985 το 4,30% και το 1990 το 7,03%. Οι αλλοδαποί το 1980 έφταναν το 3,25%, το 1985 το 2,69% και το 1990 το 3,91%. Τέλος οι πρόσφυγες το 1980 είχαν ποσοστό 0,005, το 1985 0,00% και το 1990 4,69%.

Συνοπτικά, τα μεγαλύτερα ποσοστά των ασθενών ήταν με κοινωνικά προβλήματα, από την Αθήνα και στις ηλικίες μέχρι πέντε ετών. Περισσότερα ήταν τα αγόρια. Προσκομίσθηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό και από τους δύο γονείς. Η νοσοκομειακή τους κάλυψη ήταν κυρίως ΙΚΑ και ΑΠΟΡΙΑΣ. Η παθολογική κλινική κάλεσε σε μεγαλύτερο ποσοστό την κοινωνική υπηρεσία.

3. Στο 31^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο με θέμα «χαρακτηριστικά οικογενειών σε παιδιά με ψυχική κακοποίηση» αναφέρεται ότι σκοπός της εργασίας είναι να αποτυπωθούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των οικογενειών των παιδιών που υπέστησαν ψυχική κακοποίηση (τιμωρία, εκφοβισμό, κ.πλ.) και παρακολουθούνται από το 1991 στους βρεφονηπιακούς σταθμούς του Δήμου Αθηναίων. Η μελέτη έγινε με βάση τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου. Μελετήθηκαν οι απαντήσεις που δόθηκαν από γονείς 52 οικογενειών και αφορούσαν σε 54 παιδιά ηλικίας 1 έως 12 χρόνων 6/12, στα οποία επισημάνθηκε κάποια μορφή κακοποίησης.

Τα παιδιά (51,9%) ζούσαν με τους δύο γονείς τα 18 (34,6%) ζούσαν με την μητέρα τους και από αυτά τα 11 ζούσαν σε μονογονεϊκή οικογένεια λόγω ανύπανδρης μητέρας. Οι γονείς που ήταν απόφοιτοι δημοτικού ή αγράμματοι, εμφανίζουν ποσοστά, οι πατέρες 30,8% και οι μητέρες 40,4% ενώ με ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση βρέθηκαν πατέρες 30,75 και μητέρες 26,9%, ενώ μόνιμη ή συνεχή απασχόληση ανέφερε το 71,2% των πατέρων και το 69,2% των μητέρων. Οι γονείς σε ποσοστό 46,2% αναφέρουν ότι χρειάζονται βοήθεια για τη φροντίδα του παιδιού στο σπίτι, που όμως δεν έχουν. Αξιοσημείωτο είναι ότι ποσοστό 57,7% δήλωσαν ότι έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για τη σωστή ανατροφή του παιδιού. Τέλος θεωρούν αρμόδιο για την ενημέρωσή τους σε θέματα ανατροφής σε ποσοστό 30,8% τον παιδίατρο και σε ποσοστό 32,7% τον παιδίατρο ή παιδοψυχίατρο.

Συμπερασματικά, ένα υψηλό ποσοστό ψυχικά κακοποιημένων παιδιών που ζει μόνο με τη μητέρα και σε υψηλότερο ποσοστό οι γονείς δεν έχουν συνειδητοποιήσει την ψυχολογική κακοποίηση που ασκούν. Το μορφωτικό επίπεδο των γονιών δεν φαίνεται να διαδραματίζει μόνο του βασικό ρόλο, ενώ ουσιώδη ρόλο φαίνεται ότι ενέχει το χαμηλό οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Επισημαίνεται η ανάγκη παρέμβασης του ψυχιάτρου και άλλων λειτουργών υγείας.

Στο ίδιο συνέδριο, στην έρευνα με θέμα την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού σε σχέση με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας ως σκοπός της εργασίας αναφέρεται η μελέτη των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των οικογενειών των παιδιών που παρακολουθούνται, αφενός μεν σε ιδιωτικούς βρεφονηπιακούς σταθμούς της Ν. Σμύρνης και του Παλαιού Φαλήρου, όπου κατά τεκμήριο οι συνθήκες είναι καλές, αφετέρου δε στους κρατικούς σταθμούς του Δήμου Αθηναίων. Η μελέτη έγινε με βάση τη συμπλήρωση ειδικού ερωτηματολογίου. Μελετήθηκαν συγκριτικά οι απαντήσεις που δόθηκαν

από τους υπευθύνους 17 παιδικών σταθμών του Π. Φαλήρου που αφορούσαν 1.000 παιδιά καθώς και των 30 σταθμών του Δήμου Αθηναίων που αφορούσαν 2.318 παιδιά. Η ηλικία των παιδιών κυμαινόταν από 6 μηνών έως 56/12 χρόνων.

Από τις οικογένειες των σταθμών του Π. Φαλήρου, ποσοστό 0,3% ήταν μονογονεϊκές λόγω ανύπανδρης μητέρας και 5% λόγω διαζυγίου, ενώ στους σταθμούς του Δήμου Αθηναίων το ποσοστό βρέθηκε 1,9% και 3,6% αντίστοιχα. Το ποσοστό των οικογενειών με αλλοδαπούς γονείς (1 ή 2) στους σταθμούς του Π. Φαλήρου ανερχόταν στο 1,6% και σε αυτούς του Δήμου Αθηναίων το 24,3%. Η σωματική κακοποίηση (δηλ. μώλωπες, τραυματισμοί, κατάγματα και βία), βρέθηκε 0,3% στο Π. Φάληρο και 0,2% στο Δήμο Αθηναίων. Βρέθηκαν όμως 60 παιδιά (2,6%) με ψυχική κακοποίηση (δηλ. τιμωρία, εκφοβισμό κ.α.) στην πρώτη περίπτωση και κανένα στη δεύτερη. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα παραπάνω παιδιά προέρχονται από οικογένειες με οικονομικά προβλήματα. Τέλος, στους σταθμούς του Π. Φαλήρου ο αριθμός των παραμελημένων παιδιών μη καλή σίτιση, ένδυση και σωματική υγιεινή, ανερχόταν σε 29 (2,9%) ενώ στους σταθμούς του Δήμου Αθηναίων 118 (5%).

Συμπερασματικά βρέθηκε ικανός αριθμός παιδιών οικογενειών με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Η παραμέληση παρατηρήθηκε και στις δύο περιοχές και δεν εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Επισημαίνεται η ανάγκη για παρέμβαση και βοήθεια που πρέπει να δοθεί στις περιπτώσεις αυτές.

4. Στο 3^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο και τη μελέτη με θέμα: «Παράγοντες υψηλού κινδύνου στη σωματική κακοποίηση- παραμέληση των παιδιών και η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη», ο σκοπός της μελέτης ήταν η διεύρυνση παραγόντων υψηλού

κινδύνου για σωματική κακοποίηση-παραμέληση παιδιών με στόχο την πρόληψη του φαινομένου. Μελετήθηκαν 197 περιπτώσεις παιδιών που παραπέμφθηκαν σε διεπιστημονική ομάδα τα έτη 1987-1988 από την ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας, και οι οικογένειές τους. Την ομάδα μαρτύρων αποτελούσαν 163 παιδιά και οι οικογένειές τους. Η συλλογή του υλικού βασίστηκε σε δομημένα ερωτηματολόγια και κλίμακες που αφορούσαν το ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό παιδιού και οικογένειας. Το υλικό αποτέλεσαν 126 αγόρια και 71 κορίτσια ηλικίας από 7 ημερών ως και 17 ετών.

Από τη στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι το σύνολο των 194 μεταβλητών, 59 παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα σε επίπεδο $p < 0.01$. Η περαιτέρω επεξεργασία του υλικού με τη μέθοδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης προσδιόρισε ορισμένους παράγοντες ο συνδυασμός των οποίων προσφέρεται για πρόβλεψη του φαινομένου, άρα και για δευτερογενή πρόληψη. Οι περισσότεροι παράγοντες συνδέονται με το ατομικό ιστορικό των γονιών και την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, ενώ δεν φαίνεται να υπάρχουν χαρακτηριστικά του παιδιού που να συμβάλλουν στην κακοποίησή του. Ο έγκαιρος εντοπισμός αυτών των ατόμων, ιδιαίτερα μητέρων, με τους παράγοντες αυτούς σε συνδυασμό με την κλινική εκτίμηση, είναι δυνατόν να προσδιορίσει εκείνες τις οικογένειες οι οποίες χρειάζονται έγκαιρη ψυχοκοινωνική υποστήριξη ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες να εκδηλώσουν προβλήματα γονικής ικανότητας.

Στο 33^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, στη μελέτη με θέμα «follow up» 89 κακοποιημένων παιδιών 2-12 χρόνια μετά την αρχική παραπομπή: ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά ως σκοπός της μελέτης αναφέρεται η εκτίμηση της επίδρασης της σωματικής κακοποίησης στα παιδιά. Το υλικό αποτελέστηκε από 89 παιδιά ηλικίας 5-24 ετών (Μ.Ο= 11,4 έτη). Σημαντικός αριθμός παιδιών παρουσίαζε χρόνια προβλήματα

(25%) νοητική στέρηση (27%) προβλήματα ψυχικής υγείας (45%). Δέκα παιδιά (11%) είχαν εμπειρίες σεξουαλικής παραβίασης. Η σύγκριση των δεικτών βάρους και ύψους κατά την παραπομπή και την επανεξέταση έδειξε σημαντική βελτίωση, που εκτιμάται ως αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης. Η σχολική φοίτηση των παιδιών παρουσίαζε ιδιαιτερότητες: 63% παρακολουθούσαν κανονικό σχολείο, 13% ειδικό σχολείο, 7% άλλα προγράμματα ενώ 17% είχαν εγκαταλείψει την υποχρεωτική 9ετή εκπαίδευση. Σημαντικός αριθμός παιδιών παρουσίαζε παραβατική συμπεριφορά με κύρια έκφρασή της τη βία έναντι σε συνομηλίκους. Η οικογενειακή ζωή παρουσίαζε σοβαρά προβλήματα: 61% ζούσαν με ένα ή και τους δύο γονείς, 8% με συγγενείς, 12% σε ανάδοχες οικογένειες, 17% σε ιδρύματα και 2% σε άλλα πλαίσια. Τα επαγγέλματα των πατέρων κυμαίνονταν από ανειδίκευτοι εργάτες (45%), ειδικευμένοι (30%), ως μικροεπιχειρηματίες και επιστήμονες (20%). Παρά την παρέμβαση, 1:2 γονείς συνέχιζαν να κακομεταχειρίζονται το παιδί τους αλλά μόνο 1:10 είχαν νομικές συνέπειες.

Τα αποτελέσματα τονίζουν την ανάγκη ανάπτυξης διεπιστημονικών ομάδων σε κάθε νοσοκομείο όπως και τη συνεργασία υπηρεσιών υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας σε πρώτο βαθμό, με στόχο την πρόληψη και την καλύτερη αντιμετώπιση.

Στο ίδιο συνέδριο, η μελέτη με θέμα «Αξιολόγηση συμπεριφοράς κακοποιημένων παιδιών-συσχέτιση με οικογενειακή λειτουργία και θεραπευτική παρέμβαση παιδιών, οικογενειακής λειτουργίας και θεραπευτικής παρέμβασης.».

Μελετήθηκαν 70 κακοποιημένα παιδιά 7-16 ετών και οι οικογένειές τους 2-12 χρόνια μετά την αρχική παραπομπή τους με διεπιστημονική ομάδα. Σκοπός ήταν να εκτιμηθεί η διαχρονική παρέμβαση τόσο από την ομάδα, όσο και από το ευρύτερο πλαίσιο της παιδικής προστασίας και να συσχετισθεί με τη συμπεριφορά των παιδιών.

Για την εκτίμηση της συμπεριφοράς χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Rutter για γονείς. Με τη δοκιμασία MacNeman συγκρίθηκαν τα χαρακτηριστικά των οικογενειακών κατά την επανεκτίμηση.

Η ανάλυση αυτή εντόπισε θετικές αλλαγές που συνδέονται με τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης τις προσδοκίες των γονιών από τη συμπεριφορά των παιδιών τους, τις ενδο-οικογενειακές σχέσεις, τα γεγονότα ζωής και τις συνθήκες κατοικίας. Οι αρνητικές αλλαγές συνδέονται με τη διάλυση της οικογένειας και τις επιπτώσεις στη μητέρα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι τα προβλήματα της συμπεριφοράς συνδέονται με α) αρνητικές αλλαγές την οικογένεια, β) απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι, γ) επανακακοποίηση και δ) ορισμένους παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση με κυριότερο τον παράγοντα «γονείς με αρνητικές εμπειρίες ζωής».

6. Το 34^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο με θέμα την

«κακοποίηση-παραμέληση παιδιών» σκοπός της εργασίας ήταν η διεύρυνση των παραγόντων που επηρεάζουν της συμπεριφορά των γονέων οδηγώντας τους στο θλιβερό σημείο να παραμελήσουν ή να κακοποιήσουν τα παιδιά τους. Μελετήθηκαν 30 περιστατικά. Η ηλικία των παιδιών στην πλειοψηφία ήταν μικρότερη των 3 ετών (76,7%) ενώ το συνηθέστερο κλινικό εύρημα ήταν ο τραυματισμός στα μαλακά μόρια (50%).

Στις περισσότερες οικογένειες το κοινωνικό οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο ήταν χαμηλό (63,3%) , χωρίς αξιόλογη επαγγελματική αποκατάσταση (66,7%) σε τόπο διαμονής «φτωχού τύπου» κατοικία (86,8%) στην ευρύτερη περιοχή της πρωτεύουσας (100%). Περισσότερες από τις μισές μητέρες χαρακτηρίζονται σαν άτομα με ελαφρές έως βαριές ψυχοδιανοητικές διαταραχές (53,3%), ενώ στους πατέρες το ποσοστό ήταν το χαμηλότερο (10%). Προβληματικές χέσεις

στις πατρικές οικογένειες υπήρξαν σε υψηλό ποσοστό και στους δύο γονείς 60% μητέρας, 50% (πατέρα), ενώ το ποσοστό το οικογενειών εκτός γάμου ήταν αυξημένο (10%).

Τα περισσότερα από τα θύματα δεν είχαν αδέρφια είχαν γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό από μαιευτήρια (80%) σε οργανωμένο μαιευτήριο (96,7%). Τα ποσοστά προωρότητας (13,3%) ή χαμηλού βάρους γέννησης (13,3%) δεν ήταν αυξημένα. Το 60% των μητέρων δήλωσαν άγνοια τρόπων αντισύλληψης, ενώ 76,7% από τις κυήσεις ήταν απρογραμματίστες και 33,3% ανεπιθύμητες. Τα μισά νεογνά 50% είχαν θηλάσει για μικρό διάστημα, ενώ παρουσιάζει ενδιαφέρον το αυξημένο ποσοστό επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη (58%) καθώς και των προβλημάτων στο νεογνό μετά τον τοκετό (33%) όταν ο δράστης ήταν μητέρα. Η αντιμετώπιση περιλάμβανε απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι σε ποσοστό 80%, ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας που δεν συνεργάστηκαν οπότε θεωρείται πολύ πιθανή η συνέχιση της κακοποίησης. Κανένα από τα θύματα δεν κατέληξε.

Σαν συμπέρασμα αναφέρεται ότι η παραμέληση κακοποίηση των παιδιών αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό φαινόμενο της εποχής μας. Παρατηρείται κυρίως σε χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου οικογένειες στην ενημέρωση και παρακολούθηση των οποίων θα πρέπει να στοχεύει κάθε προσπάθεια.

Στο ίδιο συνέδριο, στη μελέτη με θέμα «κακοποίηση-παραμέληση παιδιών και εφήβων στη Ρόδο με στόχο την ευαισθητοποίηση για την αναγνώριση, καταγραφή και δυνατότητα παρέμβασης, έγινε προσπάθεια καταγραφής (1990-1995) από την Κοινωνική Υπηρεσία του Ν.Γ.Ν. Ρόδου παιδιών και εφήβων, που υπέστησαν κακοποίηση-παραμέληση, ηλικίας 0-18 ετών.

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε πάρθηκε από τα περιστατικά που παραπέμφθηκαν στην Κοινωνική Υπηρεσία από την Παιδιατρική

Κλινική, Β' Παθολογική κλινική και εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου.

Διεγνώσθησαν και αντιμετωπίσθηκαν συνολικά 39 περιστατικά με προβλήματα:

α) Σωματικής κακοποίησης, **β)** Παραμέληση, **γ)** Σεξουαλική Παρενόχλησης, **δ)** Συναισθηματικής κακοποίησης.

Σαν συμπέρασμα αναφέρεται ότι επειδή η προσπάθεια αυτή για ευαισθητοποίηση δεν φαίνεται να είναι επαρκής και εξαρτάται α) από το είδος της κακοποίησης-παραμέλησης, β) από το βαθμό ευαισθητοποίησης ειδικών και κοινού και γ) από το σύστημα καταγραφής και τα προγράμματα αντιμετώπισης. Προτείνεται και τίθεται σαν στόχος η ευρύτερη κινητοποίηση -ευαισθητοποίηση ιατρών και νοσηλευτών για αναγνώριση του προβλήματος, αλλά και κοινωνικών φορέων και πρόνοιας για δυνατότητα καταγραφής και παρέμβασης στα περιστατικά. Έτσι, διαχρονικά θα είναι δυνατή η πρόωμη πρόληψη εξελικτικών διαταραχών σε ευάλωτα βρέφη-παιδιά, εφήβους και στις οικογένειές τους.

7. Στο 37^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο γίνεται αναφορά στο «σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου» είναι μια μορφή παιδικής κακοποίησης. Ο γονιός, συνήθως η μητέρα ή κάποιος άλλος που έχει την επιμέλεια του παιδιού, ισχυρίζεται ότι το παιδί είναι άρρωστο και καταφεύγει στο γιατρό επιζητώντας διάγνωση και θεραπεία για συμπτώματα που ο ίδιος επινοεί. Το παιδί «κακοποιείται συχνά από το γιατρό που προσπαθεί να διαγνώσει και να θεραπεύσει την ασθένεια. Η συχνότητα του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου είναι άγνωστη, φαίνεται όμως ότι είναι μεγαλύτερη απ' ό τι πιστεύεται.

Περιγράφεται περίπτωση κοριτσιού ηλικίας 11 χρόνων με σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου. Η ασθενής είναι το πρώτο από τα δύο παιδιά που διαζευγμένων γονιών. Προσκομίστηκε στην κλινική

για έλεγχο πεπτικού, γιατί παρουσίαζε αιμορραγία από τον όρθο. Στο ιστορικό της αναφέρθηκαν καρδιακή αρρυθμία, χειρουργηθείσα μεσοκολπική επικοινωνία με ανώμαλη εκβολή της δεξιάς πνευμονικής φλέβας, μετεγχειρητική θρόμβωση και στένωση άνω κοίλης φλέβας, σκωληκοειδίτιδα, ανατομική ανωμαλία των νεφρών, επεισόδιο ολιγουρίας και βαριά δυσκοιλιότητα. Μέσα σε πέντε χρόνια το παιδί νοσηλεύτηκε σε 6 μεγάλα νοσηλευτικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και υποβλήθηκε σε μία μεγάλη καρδιοχειρουργική επέμβαση, πέντε καρδιακούς καθετηριασμούς, σκωληκοειδεκτομή, κυστεοσκόπηση, ορθοσιγμοειδοσκόπηση και πολύ μεγάλο αριθμό άλλων αιματολογικών και μη επεμβατικών παρακλινικών εξετάσεων. Λόγω της σοβαρότητας της αρρώστιας της είχε διακόψει το σχολείο. Η παρατεταμένη ασθένεια που όμως δεν επηρέαζε τη γενική κατάσταση του παιδιού, οι επανειλημμένες νοσηλείες, η εναλλαγή γιατρών και νοσοκομείων, ο ιδιαίτερα εκτεταμένος εργαστηριακός έλεγχος, η συνεχής αποτυχία της ενδεδειγμένης θεραπείας, οι υπερβολικές ιατρικές γνώσεις της μητέρας σε συνδυασμό με την αρνητική κλινική εξέταση κίνησαν την υποψία συνδρόμου «Munchausen δι' αντιπροσώπου». Η υποψία επιβεβαιώθηκε από τον αρνητικό εργαστηριακό έλεγχο. Η ευαισθητοποίηση και η γνώση των χαρακτηριστικών του συνδρόμου «Munchausen δι' αντιπροσώπου» είναι απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση των θυμάτων της ιδιότυπης αυτής κακοποίησης.

Τέλος, στο ίδιο συνέδριο αναφέρεται το φαινόμενο της βαριάς δυστροφία από παραμέληση. Σε χώρες με καλό βιοτικό επίπεδο η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους οφείλεται συνήθως σε μη οργανικά αίτια. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, η καλή κλινική εξέταση και η παρακολούθηση του βάρους υπό ελεγχόμενες συνθήκες θέτουν συνήθως τη διάγνωση χωρίς να είναι απαραίτητος ο εργαστηριακός έλεγχος.

Περιγράφεται αγόρι, ηλικίας 12 μηνών με βαριά δυστροφία από παραμέληση. Ήταν το τρίτο παιδί οικογένειας με καλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο. Ο ασθενής παρουσίαζε στασιμότητα βάρους από την ηλικία των τριών μηνών. Παρόλα αυτά η παρακολούθησή του από τον παιδίατρο ήταν ελλιπής. Όταν προσκομίστηκε στο νοσοκομείο στην ηλικία των 12 μηνών παρουσίαζε βαριά δυστροφία. Όλα τα σωματομετρικά του στοιχεία ήταν «3^η Ε.Θ.». Είχε πλήρη έλλειψη υποδόριου λίπους, λεπτό διάφανο δέρμα, μετεωρισμό της κοιλιάς και ατροφία των μυών. Το παιδί παρουσίαζε επιπλέον αναπτυξιακή καθυστέρηση. Δεν μπορούσε να σταθεί όρθιο, ήταν νωθρό, ανέκφραστο, αδιάφορο για το περιβάλλον και τη μητέρα του. Το ιστορικό που έδωσε η μητέρα δεν μπορούσε να δικαιολογήσει τη δυστροφία του παιδιού . η συνέντευξη όμως με τον πατέρα αποκάλυψε σοβαρή διαταραχή στις σχέσεις των γονιών και παραμέληση του παιδιού. Το παιδί σιτίστηκε και υπήρξε ψυχιατρική παρέμβαση στην οικογένεια. Τέσσερις μήνες μετά την έναρξη της παρέμβασης το παιδί παρουσίαζε πού μεγάλη βελτίωση της σωματικής του αύξησης και της αναπτυξιακής του εξέλιξης.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα στοιχεία πάρθηκαν απ' το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού που βρίσκεται στο νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία».

Συνολικός αριθμός κακοποιημένων παιδιών για τα έτη 2003 έως 2004 ήταν 141 παιδιά. Απ' αυτά τα 39 υπέστη σωματική κακοποίηση, τα 49 σεξουαλική παραβίαση, τα 37 παραμέληση και υπόνοια σεξουαλικής παραβίασης 8 και 8 οικογένεια σε κρίση και παιδιά σε κίνδυνο.

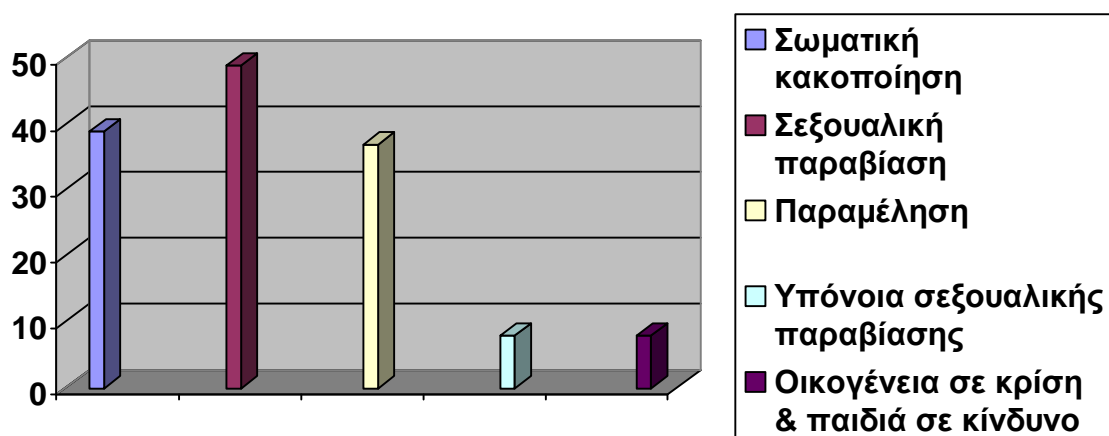
Τα παιδιά ήταν ηλικίας από 3 έως 12 ετών προσχολικής και σχολικής ηλικίας.

Α. Κατηγορίες παιδικής κακοποίησης

1)		Παιδιά		Αγόρια		Κορίτσια	
	Σωματική κακοποίηση	39	100,0%	23	58,9%	16	41,1%
	Σεξουαλική παραβίαση	49	100,0%	12	24,5%	37	75,5%
	Παραμέληση	37	100,0%	27	73,0%	10	27,0%
	Υπόνοια σεξουαλικής παραβίασης	8	100,0%	3	37,5%	5	62,5%

2)		Παιδιά		Αγόρια		Κορίτσια	
	Οικογένεια σε κρίση & παιδιά σε κίνδυνο	8	100,0%	3	37,5%	5	62,5%

Διάγραμμα Α. Κατηγορίες παιδικής κακοποίησης



Στο διάγραμμα Α παρατηρείται ότι η σεξουαλική κακοποίηση είναι υψηλότερη και έπεται η σωματική, παραμέληση και υπόνοια σεξουαλικής παραβίασης και οικογένεια σε κρίση και παιδιά σε κίνδυνο.

Στη σωματική κακοποίηση το δείγμα είναι 39 παιδιά (100,0%), από τα οποία 23 είναι αγόρια (ποσοστό 59,9%) και τα 16 είναι κορίτσια (ποσοστό 41,1%).

Στη σεξουαλική κακοποίηση τα παιδιά είναι 49 (100,0%) εκ των οποίων τα 12 είναι αγόρια (ποσοστό 24,5%) και τα 37 είναι κορίτσια (με ποσοστό 75,5%). Η παραμέληση έχει 37 παιδιά (100,0%) εκ των οποίων τα αγόρια είναι 27 (με ποσοστό 73%) και τα κορίτσια είναι 10 (με ποσοστό 27,0%).

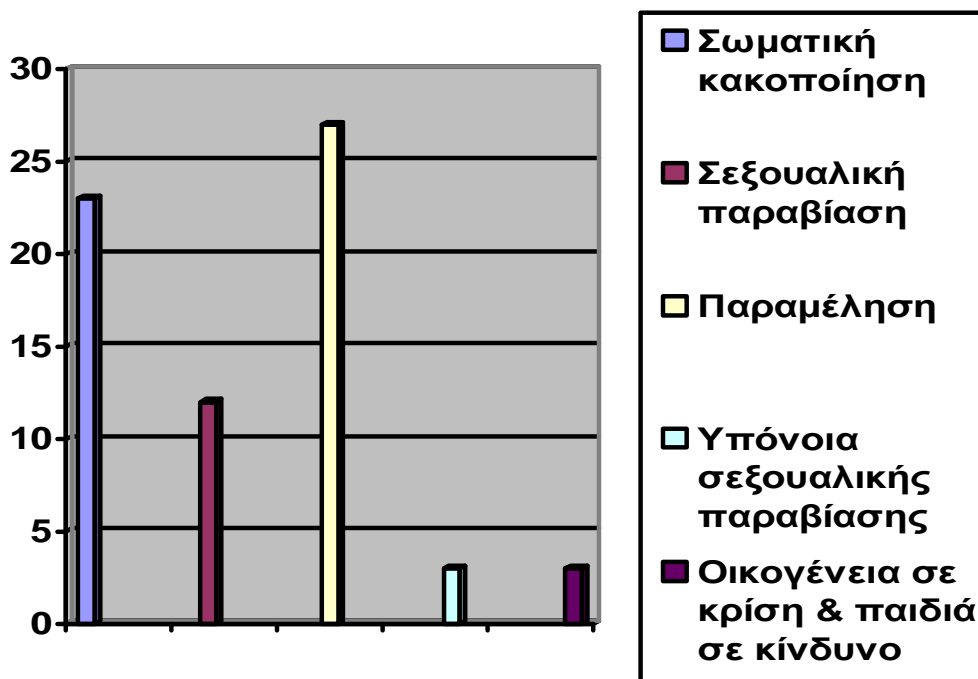
Υπόνοια σεξουαλικής παραβίασης τα παιδιά είναι 8 (ποσοστό 100,0%) εκ των οποίων τα 3 είναι αγόρια (με ποσοστό 37,5%) και 5 κορίτσια (με ποσοστό 62,5%).

Οικογένεια σε κρίση και παιδιά σε κίνδυνο τα παιδιά είναι 8 (ποσοστό 100,0%) από τα οποία τα 3 είναι αγόρια (ποσοστό 37,5%) και 5 κορίτσια (ποσοστό 62,5%).

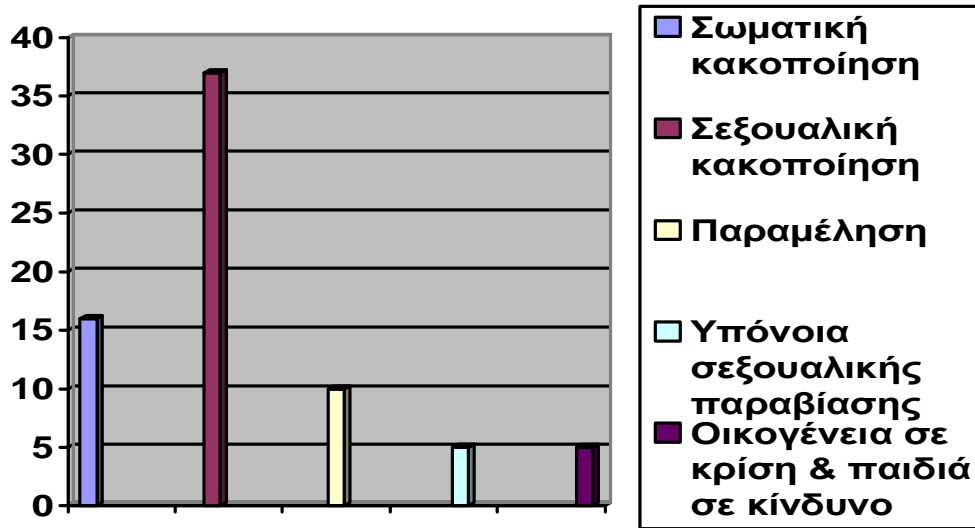
Β. Κακοποιημένα παιδιά τα έτη 2003-2004

	Αγόρια		Κορίτσια	
Σωματική κακοποίηση:	23	33,8%	16	21,9%
Σεξουαλική παραβίαση:	12	17,6%	37	50,7%
Παραμέληση:	27	39,7%	10	13,7%
Υπόνοια σεξουαλικής παραβίασης:	3	4,4%	5	6,8%
Οικογένεια σε κρίση & παιδιά σε κίνδυνο:	3	4,4%	5	6,8%
Σύνολο	68	100,0%	73	100,0%

Διάγραμμα Β. Κακοποιημένα αγόρια τα έτη 2003-2004



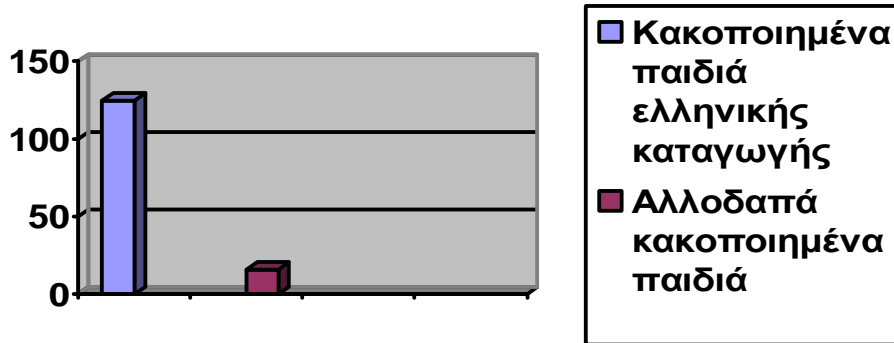
Διάγραμμα Γ. Κακοποιημένα κορίτσια τα έτη 2003-2004



Γ. Κακοποιημένα παιδιά που είναι ελληνικής καταγωγής και αλλοδαπά παιδιά

Κακοποιημένα παιδιά Ελληνικής καταγωγής	125	88,6%
Κακοποιημένα παιδιά αλλοδαπά	16	11,4%
Σύνολο κακοποιημένων παιδιών	141	100,0%

Διάγραμμα Δ. Κακοποιημένα παιδιά ελληνικής καταγωγής και αλλοδαπά παιδιά



τα κακοποιημένα παιδιά ελληνικής καταγωγής είναι 125 (ποσοστό 86,6%) και αλλοδαπά κακοποιημένα παιδιά είναι 16 (ποσοστό 11,4%). Στο συγκεκριμένο διάγραμμα παρατηρείται τα κακοποιημένα παιδιά ελληνικής καταγωγής έχουν υψηλότερο ποσοστό από τα αλλοδαπά κακοποιημένα παιδιά.

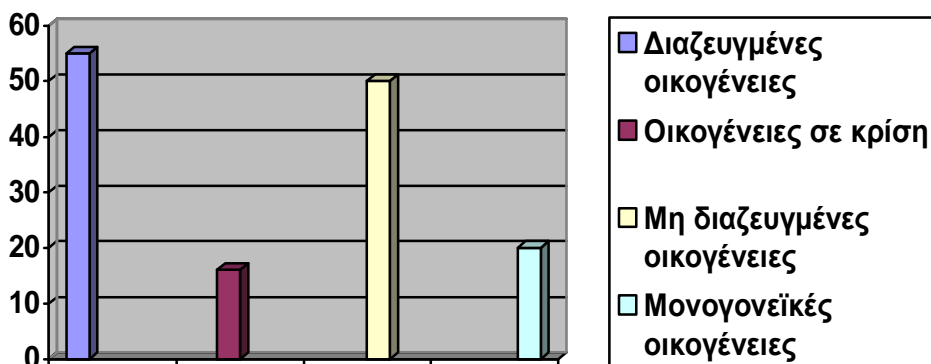
Ενδοοικογενειακή κακοποίηση υπάρχει τόσο σε οικογένειες με ένα παιδί, όσο και σε οικογένειες με πολλά παιδιά. Επίσης τόσο οι οικογένειες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όσο και αυτές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κακοποιούν τα παιδιά τους και συνήθως στις οικογένειες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η σεξουαλική κακοποίηση υπερτερεί των υπολοίπων κακοποιήσεων, όπως ακριβώς και στις διαζευγμένες οικογένειες. Στις οικογένειες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, υπερτερεί η σωματική κακοποίηση. Τέλος το μορφωτικό επίπεδο των γονέων είναι: αγράμματοι, απόφοιτοι δημοτικού, γυμνασίου, τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Δ. Από τα 141 παιδιά (κακοποιημένα) που κακοποιήθηκαν, οι οικογένειές τους βρίσκονταν:

✓	Διαζευγμένη οικογένεια:	55	39,0%
✓	Οικογένεια σε κρίση:	16	11,3%
✓	Μη διαζευγμένη οικογένεια:	50	35,5%
✓	Μονογονεϊκή οικογένεια:	20	14,9%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι διαζευγμένες οικογένειες έχουν κακοποιημένα παιδιά 55 (ποσοστό 39,0%) έπεται η μη διαζευγμένη οικογένεια με 50 παιδιά (ποσοστό 35,5%) ακολουθεί η μονογονεϊκή οικογένεια με 20 παιδιά (ποσοστό 14,9%) και οικογένεια σε κρίση με 16 παιδιά (ποσοστό 11,3%)

Διάγραμμα Ε. Οικογενειακή κατάσταση



Στο διάγραμμα Ε παρατηρείται ότι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους ανήκουν σε όλα τα μορφωτικά επίπεδα. Οι αγράμματοι είναι 36 (ποσοστό 25,5%), υποχρεωτικής εκπαίδευσης 41 (ποσοστό 29,0%), μέσης εκπαίδευσης 27 (ποσοστό 19,1%), τεχνολογικής εκπαίδευσης 21 (ποσοστό 14,9%) και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης 16 (ποσοστό 11,3%).

ΣΤ. Μορφωτικό επίπεδο γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους στο δείγμα

Πατέρες		
Αγράμματοι	36	25,5%
Υποχρεωτικής εκπαίδευσης	41	29,0%
Μέσης εκπαίδευσης	27	19,1%
Τεχνολογικής εκπαίδευσης	21	14,9%
Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης	16	11,3%
Σύνολο	141	100,0%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη βιβλιογραφική μελέτη και την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων «Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού» του νοσοκομείου Αγίας Σοφίας για τα έτη 2003-2004 προκύπτουν τα εξής:

Στην ελληνική κοινωνία υπάρχουν όλες οι μορφές κακοποίησης δηλ. σεξουαλική, σωματική κακοποίηση και παραμέληση. Δέκτες της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης είναι και αγόρια και κορίτσια. Δηλαδή έχουν τις ίδιες πιθανότητες να κακοποιηθούν από τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια. Συγκεκριμένα στη μεν σωματική κακοποίηση και παραμέληση υπάρχει μικρή διάκριση στα αγόρια ενώ στην σεξουαλική παραβίαση διακρίνονται τα κορίτσια. Όσο βέβαια για την ψυχολογική κακοποίηση δεν υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία γι' αυτό η διάγνωση της είναι εξαιρετικά δυσχερείς.

Συνήθως δράστης της κακοποίησης είναι η μητέρα, γιατί βρίσκεται πολλές ώρες μαζί με το παιδί και όταν βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης, οι ευκαιρίες να απομακρυνθεί απ' αυτό είναι περιορισμένες. Επίσης ο άνεργος πατέρας που μένει το ίδιο σπίτι ασκεί βία στο παιδί. Κυρίως γονείς με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, με ψυχικά νοσήματα, γονείς που έχουν κακοποιηθεί στην παιδική τους ηλικία, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με ανασφάλεια έχουν διαπιστωθεί ότι κακοποιούν τα παιδιά τους.

Επίσης η ενδο-οικογενειακή κακοποίηση υπάρχει και στις πολύτεκνες οικογένειες.

Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί ότι στις υπηρεσίες φτάνουν περιστατικά ενδο-οικογενειακής κακοποίησης απ' όλα τα κοινωνικά

στρώματα και οι γονείς των παιδιών ανήκουν σ' όλα τα μορφωτικά επίπεδα. Η σωματική κακοποίηση και παραμέληση υπάρχει σε οικογένειες κατώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, ενώ η σεξουαλική παραβίαση υπάρχει σε μεγαλύτερο βαθμό στους πλούσιους. Φυσικά, οι αρνητικές επιπτώσεις της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης στο παιδί (ψυχολογικές, κοινωνικές, συμπεριφορικές κ.α.) εκδηλώνονται είτε παθητικά (αίσθημα ανασφάλειας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κατάθλιψη, κοινωνικές δυσκολίες), είτε ενεργητικά (επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά).

Γι' αυτό κρίνεται αναγκαίο για την μείωση των αρνητικών συνεπειών της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης λ κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης απ' τις υπηρεσίες και τους ειδικούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

Συμπεράσματα-Εισηγήσεις.

Συμπεράσματα

Ύστερα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το φαινόμενο της ενδο-κακοποίησης του παιδιού προκύπτουν τα εξής:

Οι πολλαπλές και ποικίλες ενδείξεις της κακοποίησης του παιδιού είτε είναι ορατές είτε αφορούν συμπεριφορικές και συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού, μαρτυρούν το φαινόμενο και συμβάλλουν σε περαιτέρω ολοκληρωμένη εικόνα και άποψη γι' αυτό, διευκολύνοντας σε μεγάλο βαθμό τη διάγνωση, αξιολόγηση και αποκατάστασή του.

Εξίσου σημαντική είναι η διαπίστωση και καταγραφή παραγόντων «υψηλού κινδύνου» δηλαδή ατομικών χαρακτηριστικών των εμπλεκόμενων στην κακοποίηση μελών-γονέων και παιδιών και χαρακτηριστικών του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τα οποία αλλοιώνουν τους ρόλους μέσα στην οικογένεια και την καθιστούν επιρρεπή στην άσκηση βίας. Η αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου στοχεύει, αφενός στην καλύτερη δυνατή κλινική αντιμετώπιση και αφετέρου στην δευτερογενή πρόληψη, δηλαδή στον έγκαιρο εντοπισμό των γονέων με δυσκολίες άσκησης του γονεϊκού ρόλου και με προδιάθεση για κακοποίηση των παιδιών τους.

Φυσικά, οι αρνητικές επιπτώσεις της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης στο παιδί (ψυχοσυναισθηματικές, ψυχοκοινωνικές, συμπεριφορικές κ.α.) αποτελούν την ουσιαστικότερη, ίσως διάσταση του προβλήματος και απαιτούν προσεκτική και σε βάθος εξέταση εφόσον, πρώτ' απ' όλα, συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια, προστασία και ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Επιπλέον, καθορίζουν την γενικότερη

θεραπευτική και υποστηρικτική προσέγγιση που γίνεται στο πλαίσιο της οικογένειας τόσο προς το παιδί, όσο και προς τους γονείς.

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και κάθε μορφής αντιμετώπιση αφενός προϋποθέτουν συντονισμό, αλληλοενημέρωση και συστηματική, διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών και των φορέων που ασχολούνται με περιπτώσεις ενδο-οικογενειακής παιδικής κακοποίησης. Αφετέρου, έχουν σαν απώτερο σκοπό να διασφαλίσουν ισορροπημένη ζωή και εξέλιξη του παιδιού, αλλά και να κάνουν αποδεκτούς τους ρόλους τους οι γονείς, να αποκαταστήσουν θετικές σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών.

Ωστόσο, όπως άλλωστε αναγνωρίζεται, η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Επομένως καθίσταται επιτακτική ανάγκη η σχεδίαση και εφαρμογή πολιτικών πρόληψης με πνεύμα υπευθυνότητας και συνέπειας, θα συμβάλλουν στον περιορισμό και στην πλήρη εξάλειψη του φαινομένου της ενδο-οικογενειακής παιδικής κακοποίησης, πράγμα που αποτελεί κοινή ευχή και ελπίδα.

Εισηγήσεις

Με βάση των αποτελεσμάτων της βιβλιογραφικής μελέτης θεωρείται απαραίτητο να γίνουν ορισμένες προτάσεις, που η πραγματοποίησή τους, μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και σφαιρική αντιμετώπιση του προβλήματος της ενδο-οικογενειακής κακοποίησης παιδιών στον ελληνικό χώρο.

- 1) Για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση ενός προβλήματος απαραίτητη προϋπόθεση είναι η γνώση και η εμπειρία στο συγκεκριμένο αντικείμενο. Προτείνεται οργάνωση ειδικών σεμιναρίων που να απευθύνονται σε επαγγελματίες που ασχολούνται

με περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών, προσφέροντας τις απαραίτητες γνώσεις για την αντιμετώπιση των περιστατικών.

Επίσης εκπαιδευτικά σεμινάρια και επιμορφωτικές ομάδες μπορεί να γίνει σε κάθε ειδικότητα ξεχωριστά με σκοπό την ενημέρωση των επαγγελματιών για το ρόλο της υπηρεσίας τους και το ρόλο των άλλων υπηρεσιών πάνω στην αντιμετώπιση αυτών των περιστατικών. Απαραίτητο είναι να τονιστεί η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συνεργασίας τόσο στην αναγνώριση όσο και στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού ενδο-οικογενειακής κακοποίησης.

2) Προτείνεται επίσης η ενημέρωση του κοινού από τα μέσα ενημέρωσης τα περιστατικά κακοποιημένων παιδιών να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή χωρίς ποιοτικές κρίσεις και ονόματα που στιγματίζουν την οικογένεια. Αντίθετα θα ήταν πού εποικοδομητικό αν οι εκπρόσωποι του τύπου αν οι εκπρόσωποι του τύπου και της τηλεόρασης να προσκαλέσουν κάποιον ειδικό να μιλήσει γι' αυτό και δίνοντας πληροφορίες για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στην Ελλάδα. Τα θεραπευτικά προγράμματα που λαμβάνουν χώρο στην Ελλάδα είναι η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια και η τοποθέτησή του σε ανάδοχες οικογένειες ή ιδρύματα.

3) Το πρόγραμμα που ακολουθεί κάθε υπηρεσία για την αντιμετώπιση των περιστατικών κακοποίησης θα είναι γνωστό στους πολίτες μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης καθώς και ειδικών σεμιναρίων που θα οργανώνει κάθε υπηρεσία γι' αυτούς.

Για την αναγνώριση του προβλήματος και για την καλύτερη αντιμετώπισή του είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση των πολιτών με κάθε τρόπο και η ενήμερωσή τους πάνω στις πηγές βοήθειας και τις υπεύθυνες υπηρεσίες όπου μπορούν να απευθυνθούν π.χ.

(θεραπευτικά οικοτροφεία, ξενώνες, σε περιόδους κρίσης, θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών, παιχνιδιοθεραπεία κ.λπ.)

- 4) Δημιουργία ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων που θα εξασφαλίζουν προσωρινά την παραμονή του παιδιού σε περιβάλλον ασφαλές (νοσοκομείο, ανάδοχη οικογένεια, ίδρυμα), παρά τη θέληση των γονέων σε σοβαρές περιπτώσεις ώσπου να αξιολογηθεί το οικογενειακό περιβάλλον από τον κοινωνικό λειτουργό.
- 5) Σε περιόδους κρίσης της οικογένειας, οι γονείς να φιλοξενούνται σε θεραπευτικούς ξενώνες ώστε να βοηθηθούν από ειδικούς σ' αυτή τη δύσκολη φάση.
- 6) Δημιουργία προγραμμάτων προετοιμασίας των νέων για γονεϊκό ρόλο μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης και συμβουλευτική από ειδικούς (κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους), σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών.
- 7) Η πολιτεία να δίνει περισσότερα κίνητρα σε οικογένειες ώστε να αποκτήσει περισσότερο έδαφος ο θεσμός της ανάδοχης οικογένειας. Γιατί το κακοποιημένο παιδί απομακρύνεται από την οικογένεια του, όταν κακοποιείται από αυτήν και είναι προτιμότερο να ζει την ζεστασιά της οικογένειας παρά να βρίσκεται σε κάποιο ίδρυμα. Ακόμη καλύτερο είναι αν οι συνθήκες είναι κατάλληλες να μείνει στην οικογένειά του γιατί κανένα ίδρυμα δεν μπορεί να την αντικαταστήσει.
- 8) Δημιουργία ειδικών τμημάτων μέσα στις υπάρχουσες υπηρεσίες που ασχολούνται με την παιδική προστασία και η στελέχωση τους με εξειδικευμένο προσωπικό (Νοσοκομείο, ΠΙΚΠΑ, Παιδικοί Σταθμοί κ.α.). είναι απαραίτητο σε κάθε τέτοιο τμήμα να υπάρχει παιδοψυχίατρος, παιδίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, ώστε να αντιμετωπίζονται τα περιστατικά από μια διεπιστημονική ομάδα και όχι από άτομα μεμονωμένα. Επίσης είναι απαραίτητη η συνεργασία αυτών των υπηρεσιών για την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών.

9) Τέλος προτείνεται και η κατανομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας σε διάφορες περιοχές της χώρας και η στελέχωσή τους με εξειδικευμένο προσωπικό για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της ενδο-οικογενειακής βίας.

Βιβλιογραφία

- 1) Γαβριηλίδης Α. (1975), Σωματική βλάβη ανηλίκων κ.λπ. (άρθρον 312 Π.Κ.), Αθήνα.
- 2) Αγάθωνος Ε, Μαραγγός Χ, Σαραφίδου Ε, Browne Κ. (1996). Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών.
- 3) Τσιάντης Γ. (1991), «Σωματική κακοποίηση-παραμέληση και ψυχική υγεία»
- 4) Τσιάντης Γιάννης, Αθήνα (1993), ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας.
- 5) Φερέτη Ε, Αθήνα, (2000), Η χρήση της βίας στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών.
- 6) Μαραγγός Χ., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 6, τεύχος 3 Μάιος-Ιούνιος, (1989).
- 7) Μαγγανάς Α. (1999), « Η παραμέληση ανηλίκων», Ποινική Δικαιοσύνη-Νομοθεσίες και Νομολογία, Θεωρία και Πράξη, Εκδόσεις, Νομική Βιβλιοθήκη.
- 8) Μουζακίτης, Σαλκιτζόγλου, 1987. Το νομικό καθεστώς για την κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στην Ελλάδα και τα

προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Κοινωνικός Λειτουργός, Εκλογή (73).

- 9) Οικογένεια-παιδική προστασία-κοινωνική πολιτική, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Ελένη Αγάθωνος Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1993.
- 10) Νάκου Σ. (1991). Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών: Ιστορική αναδρομή.
- 11) Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού, Ε. Αγάθωνος Γεωργοπούλου, κ, Μαρία Τσαγγάρη, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα, 1999.
- 12) «Ινστιτούτο υγείας του παιδιού», Επιμέλεια, Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης, Αθήνα, (1998).
- 13) «Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένειας». Γιάννης Τσιάντης, Αθήνα, (1993).
- 14) Finkelhor D., The institutional epidemiology of child sexual abuse, Child abuse and Neglect, vol.18, No 5, pp 409-803,1997.
- 15) Παπανικολάου Ε. 1998 «Σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια», τόμος 1, τεύχος 1.
- 16) Μιχαηλίδη-Παπαδάκη Ε. (1996). Η επιθετικότητα στην οικογένεια σχολείο και στην κοινωνία. Σεξουαλική κακοποίηση παιδιών.

Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Β΄ Έκδοση, Αθήνα.

- 17) Συμεονίδου Υ. (1994), Βία... μια άλλη όψη, Διεθνές Κέντρο Επιστημονικής και Πολιτιστικής Επιμόρφωσης.
- 18) Αρτινοπούλου Βάσω. (1995), Αιμομιξία-Θεωρητικές προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- 19) Hirigoyen M. (2000). Ηθική παρενόχληση-Η κρυμμένη βία στην καθημερινή ζωή/ μετάφραση Γεωργιάδου Μ. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα..
- 20) Σπινέλλη Κ (1992), Ελληνικό δίκαιο ανήλικων δραστών και θυμάτων. Ένας κλάδος υπό διαμόρφωση, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σακκούλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- 21) Σπινέλλη Κ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε, Μαραγκός Χ, Σαλκιτζόγλου Π., Αλεξίου Λ. (1989), Βία μέσα στην οικογένεια, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής σ.238-250.
- 22) Kashau H.J-Allan, The impact of family violence on Children and Adolescents, 1998.
- 23) Pagelow D.M., Family Violence, ptaeg et, Praeger publishers, New York, 1984.

- 24) Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών. Ελένη Αγάθωνος-Γεωργοπούλου. Εκδόσεις Γρηγόρη. Αθήνα, 1998, δεύτερη έκδοση.
- 25) Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ελένη, Σεξουαλική παραβίαση παιδιών, Αθήνα, 1990.
- 26) Νάκου, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Αθήνα, 1991

Παιδιατρικά Συνέδρια

- 1) Τσιτούρα Ε, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου ε. (1990), Ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση παιδιών: Κλινικά ευρήματα, 28^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 5 Α.
- 2) Τσιτούρα Σ, Διαρεμέ Σ, Τσιάντης Ι. (1995). Διαπολιτισμική μελέτη εγκυρότητας ερωτηματολογίου για την ανίχνευση γονιών υψηλού κινδύνου να κακοποιήσουν σωματικά τα παιδιά τους, 33^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 27Β.Α.
- 3) Τσίφτης Γ, Νεστοριάδου Α, Καχριμανίδου Γ, Ψαρρά Α, Τσαρμακλής Γ, Θωμαΐδης Θ. (1993), Χαρακτηριστικά οικογενειών σε παιδιά με ψυχιατρική κακοποίηση, 31^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 27Β.Α.
- 4) Μαμέλη Ε, Δουρουδή Τ., Μπαρούτσου-Τσέλιου Ε. (1992), Μελέτη των προβλημάτων για τα οποία εκλήθη η Κοινωνική Υπηρεσία, σύγκριση αυτών και εξαγωγή συμπερασμάτων, 30^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 312Α.

- 5) Μαραγκός Χ, Νόβα Χ, Αγάθωνος Ε. (1996), Γνώσεις και στάσεις αστυνομικών σε θέματα κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, 34^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 116ΒΑ.

- 6) Χατζηαντωνίου-Πιπικάκη Μ, Παχύλη-Μαχαιρίδη Κ. (1996), Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στη Ρόδο, 34^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, 219ΑΑ.