

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

Εισηγητής

Χρυσή Καλπίνη – Παπαδοπούλου

Σπουδαστές

Βανάκα Μαρία

Γιώτας Νικόλαος

Απρίλιος, 2009

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1. Εισαγωγή.....	8
1.2. Ορισμός Κακοποίηση.....	11
1.2.1. Ορισμός Παραμέληση.....	11
1.3. Σκοπός Μελέτη	11
1.3.1. Επιμέρους Στόχοι	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1. Ιστορική Αναδρομή.....	13
2.2. Διακήρυξη Δικαιωμάτων του παιδιού.....	19
2.3. Ελληνικά Δεδομένα	20
2.4. Μορφές Κακοποίησης	20
2.4.1. Σωματική Κακοποίηση	20
2.4.2. Σεξουαλική Κακοποίηση	21
2.4.2.1 Μορφές Σεξουαλικής Κακοποίησης.....	21
2.4.3. Ψυχολογική Κακοποίηση.....	26
2.5. Άλλες Μορφές Κακοποίησης.....	27
2.6. Συνέπειες της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού.....	30
2.6.1. Άμεσες Συνέπειες.....	30
2.6.2. Έμμεσες Συνέπειες	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1.	Χαρακτηριστικά του σωματικά κακοποιημένου παιδιού. Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση του παιδιού που βοηθούν στην αναγνώριση σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης.....	36
3.1.1.	Κλινικά χαρακτηριστικά της σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης.....	37
3.1.2.	Γενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς κακοποιημένων ή παραμελημένων παιδιών.....	40
3.1.3.	Κλινικά χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης.....	40
3.1.4.	Γενικά χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού.....	42
3.1.5.	Ψυχιατρικά – Ψυχολογικά χαρακτηριστικά κακοποιημένου παιδιού.....	43
3.2	Αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη σωματική κακοποίηση του παιδιού.....	46
3.3	Χαρακτηριστικά Γονέων που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους.....	48
3.4	Προδιαθεσιακοί παράγοντες που σχετίζονται με τη σεξουαλική.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

4.1	Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις περιπτώσεις κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών	51
4.1.1.	Διαγνωστική εκτίμηση του κοινωνικού λειτουργού.....	54
4.1.2.	Συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με άλλους επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς.....	55
4.2	Θεραπευτική Αντιμετώπιση.....	57
4.2.1	Ελληνική πραγματικότητα – ελλείψεις που παρουσιάζονται στο πλαίσιο της θεραπευτικής παρέμβασης.....	61
4.3.	Πρόληψη κακοποίησης – παραμέλησης παιδιού.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1	Νομική παρέμβαση.....	67
5.1.1	Ποινικές Συνέπειες.....	68
5.1.2	Αστικές συνέπειες.....	69
5.2	Γονική μέριμνα.....	70
5.3	Συμφέρον τέκνου	71
5.4	Ανάθεση γονικής μέριμνας σε τρίτο πρόσωπο.....	73
5.5	Πρόσφατος Νόμος για την αντιμετώπιση ενδοοικογενειακής βίας.....	74

5.6	Χρησιμότητα προσφυγής στη δικαιοσύνη.....	75
5.7	Ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών.....	76
5.8	Ο θεσμός του οικογενειακού ή επιτροπικού δικαστού.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

6.1	Συμπεράσματα μελέτης	78
6.2	Προτάσεις	79
6.3	Επίλογος Εργασίας	80

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΡΩΓΗΣ.....83

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....85

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την πραγματοποίηση μιας μελέτης χρειάζεται η βοήθεια και η καθοδήγηση κάποιων ανθρώπων, που συνήθως είναι καθοριστική για την ολοκλήρωση της. Όση γνώση και να έχει κάποιος, πάντα ανακαλύπτει καινούργια πράγματα και νέες μεθόδους για την υλοποίηση μιας εργασίας. Στην πραγματοποίηση αυτής της μελέτης παρόλο που μια μικρή εικόνα υπήρχε από την πλευρά μας, για την ολοκλήρωσή της, καθοριστικό ρόλο έπαιξε η κ. Χρυσή Καλπίνη-Παπαδοπούλου που ήταν δίπλα μας από την αρχή και μας έδειξε τα βήματα για μια επιτυχημένη και σωστή εργασία.

Περίληψη

Η μελέτη αυτή θα προσπαθήσει να παρουσιάσει το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης ξεκινώντας με μια ιστορική αναδρομή, συγκρίνοντας την πορεία των δυτικών χωρών με τα ελληνικά δεδομένα, θα γίνει ανάλυση της έννοιας, των μορφών και των συνεπειών του προβλήματος. Ακόμη, θα γίνει αναφορά στις αιτίες και τους παράγοντες που υποβοηθούν τη δημιουργία του φαινομένου αυτού και που αφορούν τόσο στο άμεσο όσο και στο έμμεσο περιβάλλον των παιδιών που κακοποιούνται. Θα παρουσιαστούν τρόποι αντιμετώπισης και θεραπείας που ως σήμερα χρησιμοποιούνται, θα αναλυθούν αποτελέσματα ερευνών, προτάσεις, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, οργανισμών αρωγής. Θα γίνει αναφορά στο ρόλο της Δικαιοσύνης, στις ενδεχόμενες νομικές συνέπειες για τους θύτες αλλά και τα θύματα. Έτσι, θα γίνει προσπάθεια να δοθούν όσο το δυνατό κάποιες απαντήσεις για το αν πρέπει να προσφύγει κανείς στη Δικαιοσύνη και κατά πόσο οι λύσεις που προτείνονται είναι βοηθητικές τόσο για τα παιδιά όσο και για τους γονείς.

Ξεκινώντας από τον ορισμό και τη σημασία των εννοιών κακοποίηση – παραμέληση παιδιού θα προσπαθήσει η παρούσα μελέτη να φτάσει στο τελικό συμπέρασμα αξιολόγησης του φαινομένου και των συνεπειών του, δίνοντας μια όσο το δυνατόν απλή, σαφή και ταυτόχρονα πλήρη εικόνα του προβλήματος έτσι ώστε τα συμπεράσματα να είναι σωστά και να αγγίζουν την πραγματική διάσταση του θέματος. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ορισμό της κακοποίησης και της παραμέλησης του παιδιού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή, αναφορά στη διακήρυξη των δικαιωμάτων του παιδιού, γίνεται σύγκριση των διεθνών με τα ελληνικά δεδομένα, περιγράφονται και αναλύονται όλες οι μορφές και τα είδη της κακοποίησης του παιδιού καθώς και οι συνέπειες που επιφέρουν στα θύματα.

Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά των κακοποιημένων παιδιών και αναλύει τις αιτίες και τους προδιαθεσιακούς παράγοντες που είναι δυνατό να οδηγήσουν στην κακοποίηση του παιδιού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται γνωστός ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, η θεραπευτική αντιμετώπιση, άλλες προτάσεις και καινοτομίες και κατά πόσο αυτές μπορούν

να εφαρμοστούν και να αποδώσουν καρπούς. Γίνεται αναφορά σε άλλες έρευνες και μελέτες και στα συμπεράσματα στα οποία οδήγησαν μέχρι σήμερα.

Το πέμπτο κεφάλαιο ασχολείται με το νομικό πλαίσιο της υπόθεσης, παρουσιάζοντας τις ενδεχόμενες για την οικογένεια συνέπειες και τη χρησιμότητα προσφυγής στη Δικαιοσύνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Εισαγωγή

Το γεγονός ότι πολλά είναι τα παιδιά που υφίστανται ή έχουν υποστεί κακοποίηση, δεν αποτελεί πλέον είδηση ούτε και σοκάρει με τον ίδιο τρόπο τα αυτιά της κοινής γνώμης. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την ύπαρξη αυτού του φαινομένου, ούτε και την πραγματική του διάσταση. Η αληθινή έκταση του προβλήματος δεν μπορεί να προσδιοριστεί με απόλυτη ακρίβεια, καθώς τα περισσότερα περιστατικά συνήθως μένουν κλειδωμένα πίσω από καλά κλεισμένες πόρτες, προστατευμένα από τα οικογενειακά μυστικά. Λίγες είναι οι περιπτώσεις που βλέπουν το φως της δημοσιότητας. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

Στην υποθετική ερώτηση αν και πόσο συχνά είναι δυνατό να κακοποιείται ένα παιδί, η απάντηση είναι πως πολύ συχνότερα, από ότι μπορεί να διανοηθεί ο κοινός νους. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987).

Η σκληρή συμπεριφορά των ενηλίκων προς τα παιδιά, δυστυχώς, δεν αποτελεί φαινόμενο άγνωστο στις ανθρώπινες κοινωνίες. Υπάρχουν πολλά ιστορικά παραδείγματα βρεφοκτονιών και παιδοκτονιών που οφείλονται σε λόγους θρησκευτικής δεισιδαιμονίας, κοινωνικούς, οικονομικούς, διαδοχής στην εξουσία και άλλους. Από τον Καιάδα της αρχαίας Σπάρτης όπου η πόλη – κράτος «απαλλασσόταν» από τα παιδιά που θεωρούσε ανίκανα να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της, η σύγχρονη κοινωνία έχει φτάσει στο σημείο να αποδέχεται την καταναγκαστική εργασία των παιδιών η οποία στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτα αλλά παρά συνεχής σωματική κακοποίηση. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987).

Στο σύγχρονο κόσμο των οικονομικά ανεπτυγμένων κοινωνιών, των εθνικών και διεθνών κοινωνικών οργανώσεων, των φορέων προστασίας ανθρώπινων δικαιωμάτων και απροστάτευτων κοινωνικών ομάδων, θα ήταν αναμενόμενο να είχαν εκλείψει φαινόμενα όπως η κακοποίηση παιδιών και να είχαν περιοριστεί μόνο στις λεγόμενες υποανάπτυκτες κοινωνίες όπου προηγείται ο αγώνας για την εξασφάλιση βασικών βιοτικών αγαθών και μπαίνει σε δεύτερη μοίρα η διεκδίκηση κοινωνικών δικαιωμάτων. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987).

Δυστυχώς όμως, στις σύγχρονες, εξελιγμένες κοινωνίες του πλανήτη μας, το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης υπάρχει και διογκώνεται. Πρέπει βέβαια να

διευκρινιστεί ότι ο όρος «κακοποίηση» δεν αφορά στις περιπτώσεις της αυστηρής γονεϊκής τιμωρίας με τη μορφή « χτυπήματος στα μαλακά», αλλά αφορμή για την επισταμένη μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης των παιδιών έδωσαν οι περιγραφές παιδιάτρων, που αντιμετώπιζαν περιστατικά σε νοσοκομεία παιδιών που τα έφερναν οι γονείς τους με σοβαρές κακώσεις, δίνοντας εξηγήσεις που στην πορεία φαίνονταν ανεπαρκείς και ουσιαστικά αποδεικνύονταν ψεύτικες καθιστώντας τον έναν ή και τους δύο γονείς ενόχους. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987).

Έτσι φτάσανε στη δημιουργία του όρου “the battered child” (το χτυπημένο παιδί), και με μεγαλύτερη προσοχή και ευαισθησία άρχισε να ερευνάται το φαινόμενο και να αναδεικνύεται δυστυχώς ένας αριθμός περιστατικών, στις χώρες της Δύσης, από όπου υπήρχαν και τα αποτελέσματα των ερευνών, πολύ μεγαλύτερος από αυτόν που αρχικά αναμενόταν. Το ενδιαφέρον γύρω από το θέμα κορυφώθηκε τα τελευταία χρόνια σε σημείο που να δημιουργηθούν ειδικές ομάδες αντιμετώπισης, πρόληψης και θεραπείας του προβλήματος, ειδικοί φορείς ενημέρωσης και προστασίας, ομάδες έρευνας και μελέτης καθώς και εξειδικευμένοι επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων στο συγκεκριμένο αντικείμενο. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987).

Όπως έχει ήδη αρχίσει να γίνεται σαφές, πρόκειται για ένα πρόβλημα που ούτε είναι μικρό ούτε εμφανίζεται σπάνια. Όπου άρχισε να μελετάται επισταμένως το σύνδρομο του “κακοποιημένου παιδιού” και οι γιατροί άρχισαν να ευαισθητοποιούνται περισσότερο και να γίνονται πιο ικανοί στη διάγνωσή του, φάνηκε πως αρκετές περιπτώσεις κακώσεων που πριν αποδίδονταν σε ατυχήματα ή τυχαία γεγονότα προέρχονταν στην πραγματικότητα από χτυπήματα ή άλλες πράξεις των ίδιων των γονέων. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ακόμη και στις χώρες που και καλές υπηρεσίες υγείας διαθέτουν και οι γιατροί γνωρίζουν το φαινόμενο είναι δύσκολο ή και αδύνατο να γίνει στατιστική μελέτη για τη συχνότητα αυτών των κακώσεων. Ενδείξεις όμως από ευρωπαϊκές χώρες (Βρετανία, Γερμανία) δείχνουν 8.000 κακοποιημένα παιδιά σε καθεμιά κάθε χρόνο. (Παπανικολάου, 1998)

Υπάρχει ο φόβος πως και αυτός ο υψηλός αριθμός είναι μικρότερος από την πραγματικότητα και έχουν αρχίσει προσπάθειες για καλύτερη ανίχνευση και καταγραφή όλων των περιπτώσεων. Παίρνοντας άλλη βάση, έχει υπολογιστεί για τη Βρετανία ότι οι θάνατοι από κακοποίηση σε παιδιά 0-3 ετών είναι οι μισοί από ότι οι θάνατοι από λευχαιμία για την ίδια ηλικία. Έχει επίσης βρεθεί, πάντοτε με στοιχεία που μας παρέχει το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ότι το 25% των καταγμάτων σε παιδιά που έρχονται σε

νοσοκομείο στη χώρα αυτή, προέρχεται όχι από ατύχημα αλλά από χτυπήματα γονιών ή άλλων ενηλίκων. (Παπανικολάου,1998)

Παρόλο που το πρόσφατο ενδιαφέρον για την κακοποίηση των παιδιών άρχισε από παιδίατρος που είναι εξάλλου και οι πρώτοι που βλέπουν τα κακοποιημένα παιδιά, γρήγορα επεκτάθηκε και σε άλλες ειδικότητες και επιστήμες, όπως η Ψυχιατρική, η Κοινωνιολογία, η Ιατροδικαστική, η Νομική. (Παπανικολάου,1998)

Το ενδιαφέρον επεκτάθηκε και σε άλλους επιστημονικούς κλάδους γιατί μετά την πρώτη περίοδο μελέτης που αφιερώθηκε στην αναγνώριση των κλινικών εκδηλώσεων, ακολούθησε η αναζήτηση των αιτιών για μια τέτοια συμπεριφορά των γονιών, καθώς και των μέσων και μεθόδων για την πρόληψη του κοινωνικού προβλήματος και για την προστασία των παιδιών. (Παπανικολάου,1998)

Ακόμη όμως και στις χώρες που ασχολούνταν οι επιστήμονες με το πρόβλημα, τα συμπεράσματα δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ούτε ως τελικά ούτε ως ομόφωνα. Είναι όμως αρκετά σημαντικά για να βοηθήσουν και τις χώρες που έχουν ήδη ξεκινήσει σοβαρή έρευνα αλλά και αυτές που η ύπαρξη τέτοιων περιπτώσεων τώρα μόλις αρχίζει να αναγνωρίζεται. (Τριανταφύλλου,2005)

Τώρα λοιπόν που όλοι είναι πιο προσεκτικοί, έχουν αρχίσει να ανακαλύπτονται στο νοσοκομείο βρέφη και παιδιά που οι κακώσεις τους έχουν προκληθεί από τους γονείς τους. Αυτά τα ίδια παιδιά θα αντιμετωπίζονταν πριν λίγο καιρό με την ίδια κλινική αγωγή (θεραπεία για τους μώλωπες, κατάγματα, εγκαύματα – συχνά από τσιγάρο), αλλά θα γινόταν δεκτή η εξήγηση των γονιών τους ότι ήταν μόνο ένα ατύχημα. (Τριανταφύλλου,2005)

Παρακολουθώντας τι γίνεται και τι προβλήματα παρουσιάζονται στα οικονομικά πιο προηγμένα κράτη, είναι σα να διακρίνεται ποια θα είναι η τύχη όλων μας στο μέλλον, ποιο τίμημα θα πληρώσουμε , αν ακολουθούμε τυφλά το όραμα μιας όσο γίνεται και πιο καταναλωτικής κοινωνίας και όσο λιγότερο ανθρωπίνης.(Τριανταφύλλου,2005)

1.2 Ορισμός Κακοποίησης του Παιδιού

Με τον όρο “κακοποίηση – παραμέληση παιδιού” περιγράφεται «το φαινόμενο όπου ένας ή και περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν οι ίδιοι ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό σοβαρότητας, ώστε συχνά επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και το θάνατο. Πρέπει να επισημανθεί πως ευθύνη φροντίδας ενός παιδιού δεν έχουν μόνο οι γονείς αλλά και οι λοιποί συγγενείς, το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, οι δάσκαλοι και οι παιδαγωγοί γενικότερα, οι βρεφοκόμοι, το προσωπικό ιδρυμάτων και άλλοι». (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

1.2.1 Ορισμός Παραμέλησης του Παιδιού

Παραμέληση θεωρείται «το φαινόμενο όπου η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη, σε βαθμό που παραβλέπεται ή τίθεται σε κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξή του. Ένα παιδί είναι παραμελημένο αν αφηθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εαν εγκαταλειφθεί». (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

1.3 Σκοπός Μελέτης

Η συγκεκριμένη μελέτη προσπαθεί να παρουσιάσει το κοινωνικό πρόβλημα της κακοποίησης του παιδιού σε όσο το δυνατόν πληρέστερη και εκτενή διάσταση, με τρόπο όμως απλό και κατανοητό σε οποιονδήποτε αναγνώστη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδείξει την πραγματική έκταση και ένταση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης, έτσι όπως αυτό παρουσιάζεται στις σύγχρονες, ανεπτυγμένες κοινωνίες μας. Για να επιτύχει το σκοπό αυτό, θα παρουσιάσει αναλυτικά και με τρόπο κατανοητό τους σχετικούς όρους, τα χαρακτηριστικά του φαινομένου, τους τρόπους βοήθειας των εμπλεκομένων – θύτες και θύματα – και τέλος, την κοινωνική ευαισθησία και την κρατική προσέγγιση σε ένα φαινόμενο που διογκώνεται συνεχώς.

1.3.1 Επιμέρους στόχοι

Πιο ειδικά, στόχοι της μελέτης αυτής είναι να παρουσιάσει και να κάνει γνωστούς τους ισχύοντες νόμους, τους φορείς και τα μέσα που μπορεί κανείς να απευθυνθεί σε ότι αφορά την πρόληψη και τη θεραπεία, να παρουσιάσει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και γιατί αυτός είναι απαραίτητο να παρέμβει σε μια τέτοιου είδους υπόθεση, πόσο αξιόπιστα λειτουργούν όλοι αυτοί οι φορείς, ποιες είναι οι μέθοδοι που κατά κύριο λόγο χρησιμοποιούνται, να γίνουν γνωστές οι κύριες αιτίες που συνιστούν το πρόβλημα, τα μέσα που διαθέτουν οι ειδικοί για την αντιμετώπιση και τη θεραπεία του προβλήματος και αν αυτά μπορούν να διανθιστούν και να βοηθηθούν εν γένει μέσα από καινούργιες μελέτες, έρευνες και καινοτομικές μεθόδους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2.1. Ιστορική Αναδρομή

Λέγεται πως κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στη Μυθολογία. Το φαινόμενο της κακοποίησης είναι κι αυτό πανάρχαιο.

Εάν γίνει μια αναδρομή στην Ελληνική Μυθολογία, θα βρεθούν πολλά περιστατικά κακοποίησης, όπως για παράδειγμα η περίπτωση των παιδιών του Κρόνου, που τα καταβρόχθισε ο ίδιος τους ο πατέρας για να μην πάρουν ποτέ τη θέση του. Η Ήρα, θυμωμένη που ο σύζυγός της Ζεύς, είχε εξωσυζυγικές σχέσεις, γέννησε ως εξώγαμο τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος όμως ήταν άσχημος, ανάπηρος και κουτσός, πράγμα που η μητέρα του δεν μπορούσε να αντέξει, κι έτσι τον πέταξε από τον Όλυμπο στη θάλασσα. Σώθηκε τελικά από την Θέτιδα και την Ευρυνόμη, αλλά αναφέρεται πως μισούσε την μητέρα του πάντα, ο ίδιος ήταν βίαιος, και όταν παντρεύτηκε την Αφροδίτη ο γάμος τους απέτυχε. Η ιστορία του Ήφαιστου αποτελεί μια πραγματικά κλασσική περίπτωση κακοποίησης παιδιού, με πολλά από τα χαρακτηριστικά κοινωνικά και ψυχοδυναμικά γνωρίσματα. (www.wikipedia.gr).

Κατά την αρχαιότητα πάλι, οι Σπαρτιάτες ήταν αυτοί που ως γνωστό, πετούσαν τα ανάπηρα παιδιά τους στον Καιάδα, καλλιεργώντας έτσι μεθόδους και τακτικές που βρίσκουν μιμητές ακόμη και στις μέρες μας. (www.wikipedia.gr)

Ο Πλάτωνας, στο σύγγραμμά του «Συμπόσιο», αφήνει να διαφανεί καθαρά η χρησιμοποίηση νεαρών αγοριών από αθηναϊκή ελίτ στα δείπνα εκείνης της εποχής.

Σε διάφορους πολιτισμούς η θυσία παιδιών ήταν παραδεκτή για θρησκευτικούς σκοπούς. Σε ορισμένους περιόδους της ιστορίας αναφέρονται μαζικές σφαγές παιδιών για πολιτικούς λόγους, όπως για παράδειγμα η περίπτωση του Ηρώδη. (www.wikipedia.gr)

Την εποχή του διαφωτισμού, ο Ρουσσώ στο έργο του «Αιμίλιος» αφήνει να διαφανεί ορατά η άποψη της περιόδου εκείνης σχετικά με την αυστηρή τιμωρία των παιδιών, όταν αυτά δεν ακολουθούσαν πιστά τις υποδείξεις των μεγαλύτερων τους. (www.wikipedia.gr)

Κατά την εποχή της Βιομηχανικής Επανάστασης στην Ευρώπη, η εργασιακή εκμετάλλευση μικρών παιδιών από γονείς και εργοδότες αποτελούσε σύνηθες φαινόμενο. Το μέγεθος και οι διαφορετικοί τρόποι κακοποίησης παιδιών δεν είναι σαφώς εύκολο να προσδιοριστούν από λίγα μόνο παραδείγματα. Αυτά αποτελούν μονάχα σημείο ένδειξης

για το τι ακριβώς γινόταν και από πόσο παλιά σε βάρος ανυπεράσπιστων παιδιών. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

Ωστόσο, παρά τα τρανταχτά παραδείγματα της ιστορίας, χρειάστηκαν πολλά χρόνια για να θεωρηθεί η κακοποίηση ενός παιδιού ιατρικό – κοινωνικό πρόβλημα και να αντιμετωπίζεται ως τέτοιο.

Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπισή της ως ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα άρχισε ουσιαστικά το 1962 όταν ένας παιδίατρος στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Henry Kempe, (1962) χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο « battered child syndrome» - το σύνδρομο του κακοποιημένου (χτυπημένου) παιδιού.

Ο Kempe (1962) έκανε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους, όπως και των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους. Η περιγραφή του ήταν βασισμένη σε στοιχεία που μπόρεσαν να μαζευτούν από ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους συναδέλφους του σε διάφορα παιδιατρικά κέντρα της Αμερικής.

Οι πρώτες αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του γιατρού ήταν δυσπιστία και άρνηση. Έμοιαζε πως οι γιατροί προτιμούσαν να πιστέψουν τις αντιφατικές και απίθανες εξηγήσεις που έδιναν οι γονείς για τα τραύματα των παιδιών τους.

Σιγά-σιγά όμως, στην Αμερική και σε άλλες χώρες, οι γιατροί άρχισαν να παραδέχονται πως εκείνοι που φροντίζουν τα παιδιά καμιά φορά μπορεί να τα τραυματίσουν. Άρχισαν να σκέφτονται την κακοποίηση ως πιθανή διάγνωση στην περίπτωση κακώσεων σε βρέφη, και την παραμέληση και στέρηση μητρικής φροντίδας σαν αίτια στασιμότητας της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού. Η διάγνωσή τους γινόταν πιο εύκολη όταν υπήρχε ιστορικό εγκληματικής δράσης στην οικογένεια ή όταν ένας γονιός παρουσίαζε προβλήματα ψυχιατρικής φύσεως ή ήταν αλκοολικός ή ναρκομανής. Σταδιακά όμως, όλο και περισσότεροι γιατροί αντιμετώπιζαν πρόβλημα κακοποίησης σε φαινομενικά φυσιολογικές οικογένειες. Ταυτόχρονα, άρχισαν να συνειδητοποιούν πως το κομμάτι της θεραπείας αποτελούσε το δύσκολο μέρος και ότι η διάγνωση ήταν το εύκολο για τους παιδίατρος, οι οποίοι έπρεπε να ζητήσουν βοήθεια για την επίλυση του προβλήματος από ειδικούς, να συνεργαστούν με κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, ψυχιάτρους. (Gil, 1970).

Η διάγνωση της κακοποίησης, ειδικά όταν τα τραύματα είναι θανατηφόρα, έχει και τη νομική της πλευρά. Η βρεφοκτονία και η παιδοκτονία υπήρξαν πάντοτε αντικείμενο της Ιατροδικαστικής και οι πιο φανερές περιπτώσεις οδηγούσαν το δράστη στο δικαστήριο. Η διάγνωση “ατύχημα” ήταν αυτή που χρησιμοποιήθηκε και από την Παθολογοανατομική .

Έτσι κι αλλιώς τα ατυχήματα είχαν πάντοτε μεγάλη συχνότητα στην παιδική ηλικία. Παράλληλα με τους κλινικούς γιατρούς, οι παθολογοανατόμοι απέκτησαν νέες γνώσεις γύρω από την αιτιολογία των κακώσεων, οι ιατροδικαστές έγιναν πιο φιλόποπτοι. (Gil, 1970).

Όταν κάτι καινούργιο συμβαίνει στον τομέα της Ιατρικής συγκεντρώνει πάντα το ενδιαφέρον του περισσότερου κόσμου και ο συνδυασμός της βίας με ένα καινούργιο “σύνδρομο” έγινε στην αρχή αφορμή για πλείστες δημοσιογραφικές υπερβολές. Οι γονείς παρουσιάζονταν σαν “απάνθρωποι”, “κτήνη”, “τέρατα”. Το πέρασμα του χρόνου όμως έφερε μελέτες που έδειξαν πως και οι ίδιοι οι γονείς αποτελούσαν θύματα είτε της κοινωνίας είτε των δικών τους γονιών. Μπήκαμε σε ένα στάδιο που λιγότερο είχε ως στόχο την τιμωρία και εστίαζε περισσότερο στο κομμάτι της θεραπείας. Γενικά, το φαινόμενο έπαψε να θεωρείται σαν το νέο πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας, αλλά μάλλον σαν κάτι κρυμμένο μέσα στα υπόλοιπα προβλήματα των παιδιών στις προηγούμενες γενιές, την πείνα, τις αρρώστιες και τις λοιμώξεις, την εγκατάλειψη, την υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα. (Gil, 1970).

Μέχρι πρόσφατα, σε πολλά μέρη του πλανήτη το παιδί δεν είχε δικαιώματα, ήταν ιδιοκτησία του πατέρα του, ο οποίος μπορούσε να το κάνει ότι ήθελε. Για να γίνει αντιληπτό το μέγεθος αυτής της αλήθειας, ίσως να βοηθούσε μια γρήγορη ανασκόπηση των μορφών μαζικής κακοποίησης παιδιών σε διάφορες ιστορικές εποχές και γεωγραφικά μήκη:

- **Βρεφοκτονία και εγκατάλειψη.**

Σε διάφορους πολιτισμούς η θυσία παιδιών ήταν παραδεκτή για θρησκευτικούς σκοπούς. Σε ορισμένες περιόδους της ιστορίας αναφέρονται μαζικές σφαγές παιδιών για πολιτικούς λόγους, όπως η σφαγή του Ηρώδη. Η λεγόμενη “τελική λύση για τους Εβραίους”, σχέδιο του Χίτλερ, αποτελεί άλλο παράδειγμα, όπου ο ίδιος ο εμπνευστής της είχε πέσει θύμα πατρικής βίας. Ατομική βρεφοκτονία ή εγκατάλειψη αποτελούσαν λύσεις αναγνωρισμένες από την κοινωνία σε περίπτωση εξώγαμου παιδιού, ανάπηρου ή ακόμη και άλλου φύλου από το επιθυμητό, από αυτό που απαιτούσε η κοινωνία. Υπάρχουν περιγραφές εγκατάλειψης θηλυκών βρεφών στη σημερινή Κίνα, επειδή το κράτος τιμωρεί όσους αποκτούν περισσότερα από ένα παιδιά και προτιμούνται τα αγόρια. (Gil, 1970)

- **Ακρωτηριασμός και ευνουχισμός.**

Στις αραβικές χώρες, ο κλέφτης, άσχετα με την ηλικία του, τιμωρούνταν με το κόψιμο του χεριού, ο δε ψεύτης με κόψιμο της γλώσσας. Επίσης, σε άλλες περιπτώσεις, ακρωτηριασμός γινόταν από γονείς για να ζητιανεύει το παιδί τους.

Ο ευνουχισμός ήταν είδος τιμωρίας, επίσης εφαρμοζόταν σε μικρά αγόρια που τραγουδούσαν για να διατηρηθεί η ψιλή φωνή τους. (Gil, 1970).

- **Εργασία από μικρή ηλικία.**

Σκληρή και επίπονη εργασία από μικρή ηλικία αλλά και με πολύ χαμηλό μισθό, κάτι που εξακολουθεί να είναι μεγάλο πρόβλημα και σε κάποιες σημερινές κοινωνίες. Υπήρξε στο παρελθόν εμπόριο μικρών σκλάβων ακόμη και από τους ίδιους τους γονείς. Ένα σύγχρονο πρόβλημα σε κάποιες χώρες είναι και η σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών για λόγους κερδοσκοπίας. (Gil, 1970).

- **Σκληρή τιμωρία.**

Εκτός από το ρόλο της συνέπειας σε κάποια κακή πράξη, η παραδοσιακή αρχή χρησιμοποιούσε την τιμωρία ως απαραίτητη προϋπόθεση για την πειθαρχία του παιδιού και αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Οι σημερινές αντιλήψεις γύρω από την ψυχολογία του παιδιού έρχονται σε αντίθεση με τις παλιές θεωρίες, στην πράξη βέβαια δεν υπάρχει συμφωνία για το τι είναι παραδεκτό. Στις σκανδιναβικές χώρες έχει απαγορευτεί κάθε χτύπημα, από την άλλη όμως αθώωθηκε Έλληνας πατέρας μετά τον άγριο ξυλοδαρμό της δωδεκάχρονης κόρης του. (Gil, 1970).

Μέχρι το τέλος του περασμένου αιώνα κανείς δε σκέφτηκε να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής των παιδιών. Στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής τα προβλήματα των παιδιών ήταν τόσο πολλά και μεγάλα – πείνα, αρρώστιες, δουλειά από μικρή ηλικία, εγκατάλειψη- το δε “ξύλο” ήταν απλά ένα μέρος της σκληρής ζωής. Τα ορφανοτροφεία που ιδρύθηκαν από την εκκλησία και διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις προσέφεραν στέγη στα εγκαταλελειμένα παιδιά, οι συνθήκες όμως της γενικότερης διαβίωσής τους στα εν λόγω ιδρύματα είναι αμφίβολες και καμιά φορά και αφορμή για τη δημιουργία λογοτεχνικών έργων. (Dickens στο Mouzakititis, 1985)

Από το 1880 και μετά, στην Αγγλία και σε διάφορες πολιτείες της Αμερικής οργανώθηκαν εταιρίες προστασίας παιδιών. Ο απολογισμός της εταιρίας προστασίας παιδιών του Λονδίνου, το 1885 αναφέρει περιπτώσεις παιδιών που ήταν θύματα

εγκατάλειψης, παραμέλησης, πείνας και βίας. Οι γονείς συχνά ήταν αλκοολικοί και η αντιμετώπισή τους ήταν η “ηθική πίεση” και το μαστίγωμα. Η ιατρική βιβλιογραφία της εποχής όμως δεν ασχολείται καθόλου με το πρόβλημα. Η μοναδική περιγραφή περίπτωσης κακοποίησης δημοσιεύτηκε το 1860.(Tardieu,1860)

Ο συγγραφέας ήταν ένας Γάλλος καθηγητής ιατροδικαστικής, ο Tardieu (1860), ο οποίος περιέγραψε 32 παιδιά που κακοποιήθηκαν από τους γονείς, με λεπτομέρειες των τραυμάτων, καθώς και παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά των γονιών και των παιδιών. Τελείωνε με μια παράκληση για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Δυστυχώς, τα λόγια του ξεχάστηκαν από τους γιατρούς για 100 χρόνια σχεδόν. (Jones ,1987)

Αμέσως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, η ιατρική βιβλιογραφία παρουσίασε πολλές περιγραφές παιδιών με κακώσεις χωρίς ιστορικό τραύματος, αλλά κανείς δεν αναφέρθηκε σε βία παρά μόνο σε “αυξημένη οστική ευθραυστικότητα”, “αιμορραγική διάθεση”, και λίγο πιο τολμηρά για “επικίνδυνες περιβαλλοντικές συνθήκες”. Τελικά, το 1957 ένας Αμερικανός ακτινολόγος, ο Caffey (1957), γράφοντας για το συνδυασμό καταγμάτων στα μικρά οστά με υποσκληρίδιο αιμάτωμα σε μικρά παιδιά, τόνισε την αναγκαιότητα να σκεφτεί κανείς την πιθανότητα βίας στην οικογένεια : “ο ακτινολόγος πρέπει να επιμένει στους συναδέλφους που δεν είναι ευαισθητοποιημένοι σε τραύματα να ψάξουν πιο βαθιά το ιστορικό”(Μουζακίτης-Caffey,1957)

Στο συνέδριο «Γονικής Εγκληματικής Παραμέλησης και βαριάς σωματικής κακοποίησης» που διοργάνωσε η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία το 1959, ο Kempe μίλησε για το πρόβλημα της κακοποίησης. (Kempe, 1962).

Το 1960, η κοινωνική λειτουργός Elmer αναφέρθηκε στις δυσκολίες αναγνώρισης της κακοποίησης, ενώ το 1962 η ιστορία καταλήγει στον ορισμό του Kempe “Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού”. Παράλληλα με την κλινική ευαισθητοποίηση, οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες άρχισαν να ορίζουν πιο αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση μια την καταγγελία της βίας – οι ιατροδικαστές Cameron και Camps στην Αγγλία το 1966 και ο Adelson στην Αμερική το 1969, οδηγούσαν τους συναδέλφους τους σε νέα προσέγγιση. Ο Kempe όμως ήταν ο άνθρωπος που τελικά κινητοποίησε τη θεραπευτική ομάδα να κάνει έρευνες στον τομέα της κακοποίησης παιδιών, καθορίζοντας τις πρώτες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διεπιστημονική βάση. (Kempe, 1968)

Από τότε, ομάδες σε πολλά παιδιατρικά κέντρα άρχισαν να διερευνούν το πρόβλημα και να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης των περιπτώσεων μέσα στο πλαίσιο των συγκεκριμένων τοπικών συνθηκών. Ειδικά, οι νομοθετικές δυνατότητες διαφέρουν από

χώρα σε χώρα. Κάθε ομάδα που δουλεύει με κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους περνάει από την ίδια σειρά : η πρώτη είναι δυσπιστία και άρνηση του προβλήματος από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. (Σαλκιτζόγλου,1990)

Οι περιπτώσεις που με ευκολία αναγνωρίζονται είναι ακραίες – ο γονιός είναι εγκληματίας, αλκοολικός, έχει ψυχιατρικό πρόβλημα, ή τα τραύματα είναι τόσο χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να εξηγηθούν διαφορετικά, π.χ. μαχαιριές. Σταδιακά, η διάγνωση γίνεται και στις πιο ελαφρές και λιγότερο φανερές περιπτώσεις που βρίσκονται και σε αρχικό στάδιο σε σχέση με την εξέλιξη του προβλήματος, περιπτώσεις όπου και η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να έχει πιο επιτυχή αποτελέσματα. Ένα επόμενο στάδιο περιλαμβάνει την αναγνώριση οικογενειών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο και, τη λήψη προληπτικών μέτρων. (Σαλκιτζόγλου,1990)

Η πείρα έφερε και μια κάποια διεύρυνση στα όρια και τον ορισμό της κακοποίησης. Ο όρος “σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού”, κατά λέξη “σύνδρομο χτυπημένου παιδιού”, ήταν πράγματι δυνατός και κατάφερε να κερδίσει την προσοχή του κόσμου. Είναι όμως από μόνο του μια φράση αποθαρρυντική στην ευρύτερη χρήση της, τόσο από γιατρούς όσο και από τους ανθρώπους γενικότερα. Έτσι άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος “non accidental injury”- “τραύμα που δεν οφείλεται σε ατύχημα”, όπως και ο γενικότερος όρος “child abuse”, δηλαδή “κακοποίηση παιδιών”, που είναι και ο όρος που προτιμάται σήμερα. (Jay, 1988).

Εκτός από τη σωματική κακοποίηση, οι διεπιστημονικές ομάδες ασχολούνται και με παιδιά που είναι τόσο παραμελημένα ώστε χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, μετά κυρίως από τις παρατηρήσεις του Mc Carthy, σε παιδιά που παρουσίαζαν καθυστέρηση στην ανάπτυξή τους που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια, την οποία ονόμασε “psychological dwarfism”, που σημαίνει “ψυχοκοινωνικός νανισμός”. Ακόμη, τα τελευταία χρόνια ήρθαν στην επιφάνεια άλλες μορφές κακοποίησης παιδιών, όπως η φαρμακευτική κακοποίηση και η στέρηση της ιατρικής φροντίδας. Πολλή είναι και η συζήτηση γύρω από το θέμα της ψυχολογικής κακοποίησης. Σε χώρες με μεγαλύτερη εμπειρία στο θέμα της κακοποίησης, αναφέρεται ότι η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών μέσα στην οικογένεια είναι πολύ πιο συχνή από ότι πιστευόταν ως σήμερα αλλά κρατιέται καλά κρυμμένη. (Jay,1988).

2.2. Διακήρυξη δικαιωμάτων του παιδιού

Ως αποτέλεσμα της ανόδου της παιδικής θνησιμότητας δόθηκε μεγαλύτερη έμφαση στα ατομικά δικαιώματα. Η διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού ψηφίστηκε ομόφωνα στις 20 Νοεμβρίου 1959. Έχει δέκα αρχές από τις οποίες οι τέσσερις έχουν άμεση σχέση με τη σημερινή αντίληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.

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

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

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

Αρχή ένατη : “το παιδί θα προστατεύεται από κάθε μορφή εγκατάλειψης, σκληρότητας και εκμετάλλευσης, δε θα είναι αντικείμενο κανενός είδους συναλλαγής”.

Αυτά είναι αποσπάσματα από το πρωτότυπο της διακήρυξης σε επίσημη μετάφραση και η στέρηση των δικαιωμάτων αυτών αποτελεί, σε ένα γενικό πλαίσιο, κακοποίηση του παιδιού. Επίσης, η έκτη αρχή αναγνωρίζει την ειδική ευθύνη των γονιών και επομένως το μοναδικό άτομο που μπορεί να προξενήσει στέρηση των δικαιωμάτων του παιδιού είναι ο ίδιος ο γονιός απέναντι στο παιδί του, δηλαδή να το κακοποιήσει ή να το παραμελήσει. (Διακήρυξη Ηνωμένων Εθνών).

2.3. Ελληνικά Δεδομένα

Οι ελληνικές αναλογίες δεν απέχουν πολύ από αυτές που έχουν παρατηρηθεί στα συμβάντα του εξωτερικού όπως αυτά περιγράφονται παραπάνω στην προσπάθεια μιας ιστορικής αναδρομής. Όταν η πρώτη ελληνική ομάδα ξεκίνησε το 1977, η γενική αντίδραση ήταν του τύπου “αυτό είναι ένα πρόβλημα που παρουσιάζεται σε άλλες χώρες, όχι εδώ”. Μια αναδρομική μελέτη στα αρχεία της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, αποκάλυψε 43 παιδιά σε 21 οικογένειες που αντιμετωπίστηκαν την περίοδο 1973-1976, που είχαν όλα τα χαρακτηριστικά της κακοποίησης – παραμέλησης μόνο που τους έλειπε ο χαρακτηρισμός. Παρόμοιες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με το χαρακτηρισμό του “κοινωνικού περιστατικού” από τις υπηρεσίες του ΠΚΠΑ. Στο νοσοκομείο παιδών “Η Αγία Σοφία” το 1978 διαγνώστηκαν έξι περιπτώσεις και στη συνέχεια άρχισε η πρώτη μελέτη που έδειξε ότι το πρόβλημα υπάρχει κι εδώ και σε όλες του τις διαστάσεις. Αυτά που δεν υπάρχουν ακόμη είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης όλων των περιπτώσεων όπως πρέπει, με έγκαιρη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και φυσικά πρόληψη. (Ζουλιάνη, 1991).

Παράλληλα επίσης με την άρνηση και τη δυσπιστία, το “ξύλο” συνεχίζει να θεωρείται ως φυσιολογικό μέρος της καθημερινής ζωής. (Ζουλιάνη, 1991).

2.4 Μορφές Κακοποίησης

Η κακοποίηση – παραμέληση των παιδιών περιλαμβάνει κυρίως τις εξής μορφές :

1. Σωματική κακοποίηση-παραμέληση
2. Σεξουαλική κακοποίηση
3. Ψυχολογική κακοποίηση-παραμέληση

2.4.1. Σωματική Κακοποίηση - Παραμέληση

Με τον όρο σωματική κακοποίηση νοείται κυρίως η ηθελημένη χρήση σωματικής βίας ή ηθελημένες πράξεις αμέλειας από την πλευρά του γονέα ή του κηδεμόνα, που βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με το παιδί του οποίου έχει την κηδεμονία, οι οποίες αποσκοπούν στον τραυματισμό, την κάκωση ή την εξόντωση του παιδιού αυτού.

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, 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. (Λυκιαρδοπούλου, 1986).

2.4.2. Σεξουαλική Κακοποίηση

Με τον όρο σεξουαλική κακοποίηση νοείται οποιαδήποτε πράξη ή ενέργεια με σεξουαλικό περιεχόμενο που γίνεται σε βάρος του παιδιού από άλλο άτομο, μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά 5 χρόνια. Η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο που έχουν ως σκοπό τη διέγερση και την ικανοποίηση του δράστη. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικότητα των παιδιών, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης, από την πλευρά του παιδιού, της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις. (Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, 1991).

Η σεξουαλική κακοποίηση εμπεριέχει διάφορες μορφές, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες, μέχρι ασελγείς πράξεις που φτάνουν ως το βιασμό ή την αιμομιξία. Η παιδική πορνεία και πορνογραφία δεν είναι παρά μόνο οι εμπορευματικές πλευρές του ζητήματος. (Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, 1991).

2.4.2.1 Μορφές Σεξουαλικής Κακοποίησης

Ειδικότερα, η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να εκφράζεται με διάφορες και ποικίλες μορφές.

1. Παιδοφιλία

Η παιδοφιλία ως όρος αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου ένα παιδί αποτελεί το κύριο ερωτικό αντικείμενο ενός ενήλικα. Αυτή η μορφή σεξουαλικής κακοποίησης είναι η πιο κοινή και συνήθως δεν περιλαμβάνει βιαιοπραγία κατά του παιδιού. Μπορεί ωστόσο να συνεπάγεται θωπεία, παραφύση επαφή, διείσδυση ή κάθε άλλου είδους ανήθικη συμπεριφορά όπου χρησιμοποιούνται τα γεννητικά μέρη ή όργανα του παιδιού (Κατωπόδη, 2005).

Οι δράστες παιδοφιλίας μπορεί να αναπτύξουν τρεις διαφορετικές συμπεριφορές. Αρχικά, ο ίδιος ο δράστης μπορεί να είναι παιδί ή έφηβος που επιθυμεί να αγγίξει και να χαϊδέψει το παιδί-θύμα (Κατωπόδη, 2005).

Στη δεύτερη κατηγορία βρίσκονται οι δράστες που ωθούνται από αισθήματα ανασφάλειας ή πάσχουν από σεξουαλική ανικανότητα. Στην τρίτη κατηγορία βρίσκεται ο δράστης που αναπτύσσει σαδιστική και βίαιη συμπεριφορά προκειμένου να καλύψει ανάγκες όπως η σεξουαλική διέγερση και ευχαρίστηση (Κατωπόδη, 2005).

2. Βιασμός

Δεν είναι πλήρως γνωστό πόσα παιδιά πέφτουν θύματα βιασμού ετησίως καθώς τα στατιστικά δεδομένα ποικίλουν ώστε καθιστούν αδύνατη τη διαμόρφωση μιας πλήρους και ολοκληρωμένης εικόνας. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια διεθνή ερευνητικά δεδομένα που αφορούν στη συχνότητα της σεξουαλικής παραβίασης.

- ✓ Ένα στα οκτώ κορίτσια και ένα στα δέκα αγόρια μπορεί να είναι θύματα κάποιας μορφής σεξουαλικής παραβίασης πριν την ηλικία των 18 ετών.
- ✓ Ένα στα είκοσι πέντε κορίτσια και ένα στα τριάντα τρία αγόρια έχει πει σε κάποιον ότι έχει υποστεί βιασμό ή αιμομιξία.
- ✓ Ένας στους τέσσερις δράστες είναι μέλος της οικογένειας.
- ✓ Ένας στους δύο δράστες είναι γνωστός ή φίλος της οικογένειας.
- ✓ Οκτώ στις δέκα φορές το παιδί μπορεί να είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής παραβίασης.

Ο βιαστής χαρακτηρίζεται από αντικοινωνική συμπεριφορά, αδιαφορία, φτωχή κρίση και έλλειψη αισθημάτων ανοχής για τις πράξεις του. (Mouzakitis, 1985)

3. Αιμομιξία

Το ζήτημα της αιμομιξίας παραμένει ακόμη και σήμερα ένα από τα κυριότερα ταμπού. Σε πολλά κράτη αιμομιξία θεωρείται μόνο η σεξουαλική επαφή μεταξύ συγγενών εξ αίματος, ενώ σε άλλα αιμομιξία θεωρείται κάθε σεξουαλική σχέση ανάμεσα σε νόμιμους συγγενείς, όπως, για παράδειγμα, μεταξύ υιοθετημένων παιδιών και θετών γονέων. Στην αιμομιξία περιλαμβάνεται και η θωπεία και ο αυνανισμός ή οποιαδήποτε άλλη σεξουαλική επαφή μεταξύ συγγενών. Η αιμομιξία αντιμετωπίζεται ως το πιο κρυφό και επικίνδυνο οικογενειακό μυστικό που ολοκληρή η οικογένεια συνωμοτεί, με τρόπο ενεργητικό ή παθητικό, στην απόκρυψή του. Έχουν καταγραφεί ορισμένα τυπικά χαρακτηριστικά του αιμομίκτη πατέρα :

- ✓ Η μέση ηλικία του δράστη είναι 35 χρόνια.
- ✓ Βρίσκεται σε ένα στάδιο επανεκτίμησης της ζωής του.
- ✓ Βιώνει απόρριψη από τη σύζυγό του.

Επίσης έχει δοθεί το προφίλ της κόρης - θύματος αιμομιξίας :

- ✓ Η μέση ηλικία είναι 8 χρόνια.
- ✓ Συνήθως μπαίνει στην εφηβεία.
- ✓ Συχνά είναι η μεγαλύτερη από όλες τις αδελφές.

Υπάρχει επίσης μια τυπολογία άλλων ειδών αιμομιξίας όπως αυτά εκφράζονται μέσω μιας ιδιάζουσας ατομικής ψυχοπαθολογίας. Ένας τύπος είναι αυτός με τον πατέρα και το γιο, που κρύβει μια ομοφυλοφιλική σύγκρουση. Άλλος τύπος είναι αυτός του αδερφού και της αδερφής, αποτελεί μια έκφραση συνειδητής σύγκρουσης, η μητέρα με την κόρη της, που ανήκει στο πλαίσιο της ψύχωσης, η μητέρα με το γιο, ως υποκατάστατο του απόντος πατέρα, και τέλος ο παππούς και η εγγονή, κρύβοντας μια επιβεβαίωση του ανδρισμού. (Mouzakitis, 1985).

Το θέμα όμως που έχει προκαλέσει τη μεγαλύτερη διαμάχη σχετικά με το ζήτημα της αιμομιξίας αφορά το ρόλο του θύματος. Υπάρχουν ερευνητές που κατηγορούν τα παιδιά ηλικίας από τεσσάρων χρονών και πάνω για υπερβολικά ασυνήθιστη ελκυστικότητα, παραπλάνηση και υιοθέτηση συμπεριφοράς που πυροδοτεί την ανάπτυξη αιμομικτικής σχέσης. Ωστόσο η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνητών υποστηρίζουν ότι μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό εφήβων συμμετέχουν ενεργητικά σε σεξουαλικές εμπειρίες με ενήλικες και στην πραγματικότητα είναι αδύνατο να συγκατατεθούν στη δημιουργία σεξουαλικών σχέσεων. (Mouzakitis, 1985)

4. *Επιδειξιομανία*

Αυτή η μορφή σεξουαλικής διαστροφής συμβαδίζει με την παιδοφιλία και αποτελεί την πιο διαδεδομένη σεξουαλική παρενόχληση που υφίστανται τα παιδιά. Ως επιδειξιομανία περιγράφεται η εμπρόσθετη και ακατάλληλη έκθεση των ανδρικών γεννητικών οργάνων είτε σε γυναίκες είτε σε παιδιά. Παρόλο που έχουν αναφερθεί περιπτώσεις γυναικών που εμφανίζουν ανάλογη συμπεριφορά, το φαινόμενο θεωρείται σπάνιο. (Mouzakitis, 1985).

Η επιδειξιομανία αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση κατά την οποία το άτομο αισθάνεται υποχρεωμένο να εκθέσει τον εαυτό του προκειμένου οι άλλοι να απαλύνουν το υπερβολικό του άγχος. Ο επιδειξιομανής περιγράφεται ως εξής :

- ✓ Εμφανίζει αρκετά φυσιολογική συμπεριφορά εκτός από την επιδειξιομανία του.
- ✓ Έχει μικρή επίγνωση των πράξεών του.
- ✓ Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην αντίδραση του θύματός του.
- ✓ Έχει μια ακατανίκητη επιθυμία να εκθέσει τον εαυτό του και παράλληλα, κατά τη διάρκεια, νιώθει αμηχανία.
- ✓ Η παιδική του ηλικία συχνά ήταν ιδιαίτερα δύσκολη.

Συνήθως οι επιδειξιομανείς δρουν σε δημόσιους χώρους, όπως πάρκα, δρόμους, θέατρα. Όταν ένα παιδί αποτελέσει στόχο επιδειξιομανή, είναι πιθανό να υποστεί την

έκθεση συνήθως μπροστά στο σχολείο του, σε κάποια παιδική χαρά, ή μέσα σε ένα αυτοκίνητο. Τα παιδιά αντιπροσωπεύουν ένα ποσοστό μεταξύ 20% και 50% των θυμάτων επιδειξιμανίας, παρόλο που η επιδειξιμανία είναι από τα πιο διαδεδομένα σεξουαλικά παραπτώματα που διώκονται από το νόμο, ωστόσο οι σχετικές καταγγελίες είναι πιο περιορισμένες. (Mouzakitis, 1985).

Οι καταγγελίες προέρχονται κυρίως από γονείς των οποίων τα παιδιά έχουν πέσει θύματα επιδειξιμανίας. Γενικά υπάρχει μια διφορούμενη στάση της κοινωνίας απέναντι στην επιδειξιμανία. Από μια πλευρά θεωρείται έγκλημα σεξουαλικής φύσης χωρίς όμως να θεωρείται "επικίνδυνο" και από την άλλη αντιμετωπίζεται ως ενόχληση και μόνο, ιδιαίτερα όταν τα θύματα είναι παιδιά. (Mouzakitis, 1985).

5. Παιδική πορνεία

Η σεξουαλική εκμετάλλευση και κακοποίηση των παιδιών ηλικίας τριών ως δεκαεπτά αναπτύσσεται σε μια κερδοφόρα επιχείρηση. Η συντριπτική πλειοψηφία ορίζεται ως η χρησιμοποίηση ή συμμετοχή παιδιών κάτω από την ηλικία των 18 ετών σε σεξουαλικές πράξεις χωρίς την ύπαρξη βίας. Η παιδική πορνεία διαφέρει από το βιασμό και την αιμομιξία στο ότι περιλαμβάνει αμοιβή, συνήθως με λεφτά. Συχνά όμως για αμοιβή δίνονται στα παιδιά ναρκωτικά, δώρα, ρούχα, φαγητό ή οτιδήποτε άλλο. Είναι αρκετές οι περιπτώσεις όπου οι ίδιοι οι γονείς ωθούν τα παιδιά τους στην πορνεία, τα οποία παιδιά είναι πολύ μικρά για να ξεχωρίζουν την ορθότητα και την ηθικότητα της απόφασης των γονιών τους. Συνήθως η παιδική πορνεία σχετίζεται και αποτελεί επακόλουθο της παιδικής πορνογραφίας, της αιμομιξίας, του εθισμού στα ναρκωτικά ή της σωματικής κακοποίησης. (Mouzakitis, 1985).

Το ανησυχητικό είναι ότι παρατηρείται έξαρση αυτού του φαινομένου παιδικής εκμετάλλευσης. Τα παιδιά – θύματα πορνείας είναι κυρίως ηλικίας 13 με 17 ετών, έχουν φύγει μόνα τους από το σπίτι και συνήθως έχουν προβλήματα με τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ. (Mouzakitis, 1985).

Η κατάσταση που αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά μέσα στον κόσμο της πορνείας απέχει πολύ από τις πιθανές προσδοκίες τους. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο της σεξουαλικής τους εκμετάλλευσης και κακοποίησης έρχονται αντιμέτωπα με τη χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, με τη βία των προαγωγών και των "πελατών" τους, με σεξουαλικά νοσήματα, ενώ παράλληλα υφίστανται και ψυχολογική κακοποίηση ζώντας σε μια κατάσταση δουλείας που πολλές φορές τελειώνει με το θάνατο. Οι δράστες είναι κατά κύριο λόγο άνδρες, που μπορεί να προέρχονται από κάθε κοινωνική τάξη. Οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι,

συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα αγόρια, και ασκούν αρκετή κοινωνική και οικονομική επιρροή. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτά τα άτομα νιώθουν αδύναμα και ανίκανα να δημιουργήσουν ισότιμες σεξουαλικές σχέσεις με ενήλικες. (Mouzakitis, 1985)

6. Παιδική πορνογραφία

Ως παιδική πορνογραφία ορίζεται ένα σύνολο από φωτογραφίες, ταινίες, βιβλία και περιοδικά, τα οποία απεικονίζουν παιδιά κάτω από την ηλικία των 18 ετών, εμπλεκόμενα σε σεξουαλικές πράξεις, ομοφυλοφιλικές ή ετεροφυλοφιλικές, με έναν ή περισσότερους ενήλικες. Υπολογίζεται ότι τα κέρδη από τη βιομηχανία της παιδικής πορνογραφίας κυμαίνονται στην Αμερική από ενάμιση έως έξι δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. (Mouzakitis, 1985).

Οι παραγωγοί των πορνογραφικών περιοδικών και ταινιών δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στο να αναζητούν και να εκμεταλλεύονται παιδιά. Υπάρχουν στοιχεία που αποκαλύπτουν πως δίνεται η δυνατότητα επιλογής μεταξύ των δικών τους παιδιών, παιδιών που προμηθεύονται από άλλους καθώς και παιδιών που έχουν φύγει από τα σπίτια τους. (Mouzakitis, 1985).

Η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών προέρχονται από διαλυμένες οικογένειες, αν και ένα σημαντικό ποσοστό προέρχεται από οικογένειες που ουδέποτε αντιμετώπιζαν σοβαρά ενδοοικογενειακά προβλήματα. Το παιδί-θύμα της παιδικής πορνογραφίας αναγκάζεται να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των ενηλίκων ύστερα από εκβιασμό που βασίζεται σε κάθε είδους αδυναμία του παιδιού, όπως για παράδειγμα φόβος, διάφορες ανάγκες, καθώς επίσης και κάτω από την άσκηση βίας ή κάθε άλλου μέσου επιρροής που κατέχει ο δράστης. (Mouzakitis, 1985).

Στις περιπτώσεις σεξουαλικής εκμετάλλευσης των παιδιών, τα ίδια τα παιδιά είναι τόσο ευάλωτα όσο σε καμία άλλη από τις υπόλοιπες μορφές εκμετάλλευσής τους. (Mouzakitis, 1985).

Οι ενήλικες, ως πελάτες προσπαθούν να ικανοποιήσουν κάθε είδους αφύσικη σεξουαλικής υπόστασης επιθυμία τους επάνω στα παιδιά, θέτοντάς την αργότερα σε μια εκλογίκευση στην προσπάθειά τους να τη δικαιολογήσουν. Ως δράστες πάλι, αντιμετωπίζουν τα παιδιά ως ακόρεστη πηγή χρημάτων αδιαφορώντας ή παραβλέποντας την ολοκληρωτική καταστροφή του παιδιού από ψυχολογική, συναισθηματική, σωματική και κοινωνική άποψη. (Mouzakitis, 1985).

Τα παιδιά έχουν γίνει στόχος κάθε είδους σεξουαλικού εγκλήματος, από την αιμομιξία και την παιδοφιλία έως το βιασμό, την πορνεία και την πορνογραφία. Ο διαχωρισμός σχετικά με το ποιοι από τους ενήλικες είναι πιο επικίνδυνοι, αυτοί που τα παρενοχλούν ή αυτοί που τα προάγουν και τα εκμεταλλεύονται, μπορεί να είναι δύσκολος, ωστόσο αναπτύσσεται μια γενικότερη τάση περιορισμού της πορνογραφικής εκμετάλλευσης των παιδιών, γιατί μέσω αυτού του είδους της σεξουαλικής παρενόχλησης οι ενήλικες προσεγγίζουν ή φαντασιώνουν κάποιες επιθυμίες τους διαπράττοντας έτσι σεξουαλικά εγκλήματα εις βάρος ανηλίκων. (Mouzakitis, 1985).

2.4.3. Ψυχολογική Κακοποίηση

Με τον όρο ψυχολογική κακοποίηση νοείται η συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού, που επηρεάζει ή αναστέλλει τη φυσιολογική του ανάπτυξη. Προσδιορίζονται δύο τύποι ψυχολογικής κακοποίησης, η συναισθηματική παραμέληση και η συναισθηματική κακοποίηση. Η πρώτη αναφέρεται στις παραλήψεις από πλευράς γονιών στη φροντίδα του παιδιού, δηλαδή την ανικανότητα του γονέα να παρέχει στο παιδί ερεθίσματα μέσω της φροντίδας, της σταθερότητας και της ασφάλειας, που είναι απαραίτητα για τη νοητική και ψυχολογική του εξέλιξη. (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου, 1991).

Η συναισθηματική κακοποίηση αναφέρεται στην εκτέλεση γονεϊκών πράξεων που φανερά ερεθίζουν το παιδί, ζημιώνοντας τη νοητική, κοινωνική ή ψυχολογική του εξέλιξη, με αποτέλεσμα να αποκτά αρνητική εικόνα του εαυτού του ή να εμφανίσει διαταραγμένη συμπεριφορά. (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου, 1991).

Οι τρεις αυτές μορφές κακοποίησης είναι διαφορετικές αλλά μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου, 1991).

2.5 Άλλες Μορφές Κακοποίησης Παιδιών

Σύμφωνα με έρευνες υπάρχουν και άλλοι τρόποι κακοποίησης των παιδιών πέρα από τους πιο συνήθεις, που προαναφέρθηκαν, όπως οι παρακάτω :

Μη τυχαία δηλητηρίαση

Έχει προταθεί και ο όρος Χημική Κακοποίηση παρόλο που ο Kempe (1959, The Battered child), αναφέρει ότι καμιά φορά ο γονιός μπορεί να κακοποιεί το παιδί χορηγώντας μεγάλες δόσεις φαρμάκου. Το 1974 δημοσιεύεται περίπτωση μητέρας που δηλητηρίαζε το παιδί της για να εκδικηθεί τον πατέρα του. Οι γιατροί έρχονται συχνά σε επαφή με παιδιά που αντιμετωπίζουν συμπτώματα δηλητηρίασης που αποβλέπει στο θάνατο του παιδιού, αλλά πλέον η μη τυχαία δηλητηρίαση έχει πάρει άλλη, νέα μορφή. Είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρώ και χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς την κλασική σωματική κακοποίηση που γίνεται συνήθως σε στιγμές κρίσης όπου ο ενήλικας χάνει τον έλεγχο μη ανέχοντας την ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού (κλάμα, γκρίνια κλπ). (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι γονείς είναι συνήθως άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα και ψυχολογικά προβλήματα και χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση. Συνήθως το παιδί φτάνει στο νοσοκομείο είτε με ιστορικό τυχαίας δηλητηρίασης είτε με συμπτώματα αγνώστου αιτίας, που παρουσιάζονται συχνότερα στο Κ.Ν.Σ. Αντίθετα μάλιστα με τους ξυλοδαρμούς, που σταματούν μόλις το παιδί εισαχθεί και όσο βρίσκεται στο νοσοκομείο, οι δηλητηριάσεις συνεχίζονται σε ποσοστό 30% . Όχι και τόσο σπάνια (20% των περιπτώσεων) προηγείται ή έπεται της δηλητηρίασης σωματική κακοποίηση. Ενώ η θνησιμότητα, σε σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση των δημοσιευμένων περιπτώσεων, υπολογίστηκε να φτάνει το 17%. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Στον επιστημονικό Τύπο αναφέρεται μόλις πρόσφατα η τυχαία κακοποίηση του παιδιού κατά τη συμπλοκή των γονιών ή άλλων ενηλίκων υπευθύνων, για τη φροντίδα του. Η μητέρα που κρατά το μωρό στην αγκαλιά της, μπροστά στην απειλή χτυπήματος, από ένστικτο αυτοσυντήρησης το χρησιμοποιεί σαν ασπίδα και το παιδί κακοποιείται χωρίς να είναι το ίδιο αντικείμενο της οργής του πατέρα. Είναι δηλαδή μια τυχαία κακοποίηση.

Ωστόσο, πρόκειται για ένα παιδί που βρίσκεται σε άμεσο και έμμεσο κίνδυνο : άμεσο γιατί τα επεισόδια συνήθως επαναλαμβάνονται και συχνά χρησιμοποιούνται

μαχαίρια ή άλλα φονικά όπλα και έμμεσο γιατί είναι γνωστό πως οι κακές σχέσεις μεταξύ συζύγων είναι ο σταθερότερος προδιαθεσιακός παράγοντας για την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Κακοποίηση εμβρύου

Μία ακόμα νέα μορφή κακοποίησης αποτελεί και η κακοποίηση εμβρύου. Σήμερα οι νόμοι που προστατεύουν την εγκυμοσύνη αναφέρονται μόνο στην ίδια την έγκυο, χωρίς να υπάρχει ανάλογη νομική προστασία του εμβρύου. Είναι όμως γεγονός ότι υπάρχουν σήμερα παιδιά που κυοφορούνται με επικίνδυνες συνθήκες ενδομητρίου περιβάλλοντος, για τις οποίες ευθύνεται η μητέρα και έχουν ανάγκη από προστασία-παρέμβαση τόσο πριν όσο και μετά τη γέννηση.

Χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις όπου μητέρες κακοποιούν τα έμβρυα που κυοφορούν : Όταν μια μητέρα παίρνει ναρκωτικά ή μεθά κατά την εγκυμοσύνη, ασφαλώς κακοποιεί το έμβρύο της αλλά πώς θα μπορούσε να της αφαιρεθεί η γονική μέριμνα. Η έγκυος που έχει εξάρτηση από κάποια ουσία, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού, αναστολής της ανάπτυξης του εμβρύου, πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα, προεκλαμψίας. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Το νεογνό της θεωρείται ήδη κακοποιημένο και υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να παρουσιάσει προβλήματα στη σωματική και πνευματική του εξέλιξη. Έρευνες στη Δανία έδειξαν πως μόνο το 25% των παιδιών με μητέρες ναρκομανείς μπόρεσαν να θεωρηθούν φυσιολογικά. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Το ερώτημα που έχει τεθεί στο σημείο αυτό είναι σχετικά με το ποια θα μπορούσε να είναι η παρέμβαση σε μια τέτοια περίπτωση. Δεν είναι βέβαια εφικτό να απαγορευτεί η τεκνοποίηση σε γυναίκες όπου ο κίνδυνος ενδεχόμενης κακοποίησης του εμβρύου είναι μεγάλος (ναρκομανείς, αλκοολικές κτλ). Μια δεύτερη σκέψη είναι να απομακρυνθεί το έμβρυο από το ανθυγιεινό περιβάλλον της μήτρας και να συνεχιστεί η κυοφορία από θετή μητέρα, κάτι που προς στιγμή μοιάζει τερατώδες και αντιδεοντολογικό (όπως φάνταζε πριν 15 χρόνια το ενδεχόμενο της εξωσωματικής γονιμοποίησης και η προγεννητική διάγνωση). Θα έπρεπε όμως να πάψει να θεωρείται η περίπτωση κακοποίησης του εμβρύου κάτι το πολύ τραβηγμένο και να αναζητηθούν τρόποι αντιμετώπισης, και ίσως το πρώτο βήμα να βρίσκεται στην κινητοποίηση των γιατρών που πρέπει να προηγείται κατά πολύ της νομοθεσίας. Οι ίδιοι οι νομικοί υποστηρίζουν πως οι νόμοι θα πρέπει να έπονται των κοινωνικών αλλαγών. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Σύνδρομο Münchhausen δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο Münchhausen περιγράφει άτομα που έχουν τέτοια εξάρτηση – εθισμό στο Νοσοκομείο ώστε επινοούν ανύπαρκτα συμπτώματα και προκαλούν άχρηστες εξετάσεις, θεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν πρόκειται για κατά φαντασία ασθενείς. Γνωρίζουν ότι είναι υγιείς αλλά ηδονίζονται να επινοούν και να κατασκευάζουν συμπτώματα για να εξασφαλίζουν υγειονομική περίθαλψη και να τραβούν το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος. Ο βαρόνος Münchhausen, γνωστός παραμυθάς, έχαιρε άκρας υγείας και πέθανε σε βαθειά γεράματα. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

Το 1977 πρώτος ο Meadow χρησιμοποίησε τον όρο Münchhausen όπου περιέγραφε μητέρες που επί χρόνια επινοούσαν συμπτώματα στα παιδιά τους. Η πρώτη αυτή αναφορά δεν προκάλεσε ιδιαίτερες αντιδράσεις. Ακολούθησε μία δεύτερη δημοσίευση στο Arch.Pis Child (1987) που κατακλύζεται από ανακοινώσεις παρόμοιων περιστατικών. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

Τα παρακάτω παραδείγματα είναι ενδεικτικά, δείχνουν όμως το μέγεθος του προβλήματος και τη σπουδαιότητα που έχει η εμμονή αυτή των μητέρων στα παιδιά τους.

Ένα παιδί έφτασε στην εφηβεία καθηλωμένο σε αναπηρικό καροτσάκι λόγω ανεξήγητης αδυναμίας (ανύπαρκτης στην πραγματικότητα) των μυών των κάτω άκρων. Κάποιο άλλο παιδί, σε ηλικία 5 ετών είχε ήδη στο ιστορικό του 250 ιατρικές επισκέψεις. Ασφαλώς οι περισσότερες από αυτές δεν κατέληξαν σε ιατρογενή σωματική κακοποίηση. Ωστόσο ένας γιατρός δεν ανέχεται εύκολα να του διαφύγει η διάγνωση και η επιμονή του υποτιθέμενου συμπτώματος τον παρασύρει σε ειδικούς που κι αυτοί θεωρούν καθήκον τους να διερευνήσουν την περίπτωση σε βάθος. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω, κάθε περίπτωση ανεξήγητων συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ευρημάτων που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, πρέπει να βάζει στους ειδικούς την υποψία ύπαρξης συνδρόμου Münchhausen δι' αντιπροσώπου και οι πληροφορίες που δίνει η μητέρα να επιβεβαιώνονται και από άλλα μέλη της οικογένειας, οι εξετάσεις να παίρνονται με ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς την ανάμιξη της μητέρας και το παιδί να παρακολουθείται για λίγες ημέρες χωρίς να έρχεται σε επαφή μαζί της. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).

2.6 Συνέπειες της Κακοποίησης – Παραμέλησης του Παιδιού

Η αναφορά στις συνέπειες που υφίστανται παιδιά που έχουν υποστεί το δράμα της κακοποίησης είναι ένας γλαφυρός τρόπος να αντιληφθούν οι ενήλικες το πόσο εύθραυστη και ανυπεράσπιστη μπορεί να είναι η ψυχική και σωματική υγεία ενός παιδιού, ακόμη και η ίδια του η ζωή. Ακόμη και η συνέχιση της ύπαρξής του μοιάζει με Γολγοθά κουβαλώντας το βάρος των συνεπειών του παρελθόντος είτε αυτές διαγράφονται στο σώμα είτε κρύβονται βαθειά στην ψυχή του. (Κούτση, 1992).

2.6.1 Άμεσες Συνέπειες

Οι συνέπειες που υφίσταται ένα παιδί που έχει κακοποιηθεί αγγίζουν τη φυσιολογική του ανάπτυξη, την υγεία του, την ψυχολογική και νευρολογική του κατάσταση και γενικότερα την πλήρη και ομαλή ωρίμανσή του, με άμεσα ή έμμεσα αποτελέσματα.

Αναλυτικότερα, οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες αναφέρονται σε :

▼ Φυσιολογικές Κακώσεις

Οι φυσιολογικές κακώσεις αποτελούν τις άμεσες και πρωταρχικές συνέπειες που αντιμετωπίζει το παιδί μετά την κακοποίησή του.

Καθώς δεν έχει ολοκληρωθεί πλήρως η σωματική και φυσική του ανάπτυξη, εάν κακοποιηθεί τίθεται σε κίνδυνο η φυσική του ωρίμανση και γίνεται επιρρεπές σε πολλές αρρώστιες. Η σωματική κακοποίηση του παιδιού, εκτός από κατάγματα και εσωτερικά τραύματα μπορεί να προκαλέσει επίσης διαταραχή στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.), η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε νοητική καθυστέρηση, σε ακουστικά και οφθαλμολογικά προβλήματα, ακόμα και σε μαθησιακές δυσκολίες. Μερικές από τις συνέπειες της διαταραχής του Κ.Ν.Σ. μπορεί να προκαλέσουν μόνιμες βλάβες στον οργανισμό ή να επιφέρουν και το θάνατο. (Mayhall - Norgard, 1983).

Στις φυσιολογικές κακώσεις συμπεριλαμβάνεται και η παραμέληση του παιδιού δεδομένου ότι είναι δυνατό να ευθύνεται για την κακή διατροφή του παιδιού και για την έλλειψη της απαιτούμενης ιατρικής φροντίδας, παράγοντες που επηρεάζουν την ομαλή σωματική και πνευματική ανάπτυξη και λειτουργία του οργανισμού. (Mayhall - Norgard, 1983).

▼ Φυσική Υγεία

Τα κακοποιημένα παιδιά τείνουν να είναι πιο ευάλωτα σε συναισθηματικές διαταραχές και γενικότερα δείχνουν λιγότερο υγιή από ότι τα παιδιά που δεν έχουν υποστεί καμία μορφή. (Mayhall - Norgard, 1983)

Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία, τα κακοποιημένα παιδιά είναι πέντε φορές πιθανότερο να εμφανίσουν σοβαρές αρρώστιες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. (Mayhall - Norgard, 1983)

Μια αρρώστια η οποία απαντάται σε μεγάλο ποσοστό παιδιών που έχουν κακοποιηθεί είναι η αναιμία, η οποία προκαλεί απάθεια, μειωμένη ικανότητα μάθησης και εξάντληση. Συνέπειες στη φυσική υγεία του παιδιού λόγω κακοποίησης αποτελούν και το χαμηλό βάρος και ύψος για την ηλικία του παιδιού, η ελλιπής λήψη πρωτεϊνών, τα προβλήματα ακοής κ.α. (Mayhall - Norgard, 1983)

▼ Ψυχολογικές Συνέπειες

Στις αρχικές κλινικές παρατηρήσεις, οι αναφορές στις ψυχολογικές συνέπειες της κακοποίησης του παιδιού ήταν ελάχιστες έως μηδαμινές καθώς ήταν ιδιαίτερα δύσκολο να σκιαγραφηθεί ο τρόπος επίδρασης της κακοποίησης στο συναισθηματικό κόσμο του παιδιού. (Mayhall - Norgard, 1983).

Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες έρχονται να καλύψουν αυτήν την παράλειψη παρουσιάζοντας λεπτομερώς ευρήματα τα οποία αναδεικνύουν τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στο παιδί που έχει κακοποιηθεί. (Mayhall -Norgard, 1983).

Οι Martin & Beezly (1977), ανακάλυψαν πως τεσσεράμισυ χρόνια μετά τη διεξαγωγή της έρευνάς τους τα παιδιά που είχαν συμμετάσχει σε αυτή, εμφάνισαν κατάθλιψη και συμπτώματα που είχαν ως αποτέλεσμα να απομονωθούν από το φιλικό, σχολικό και κοινωνικό τους περίγυρο, δηλαδή τους γονείς, τους φίλους και τους δασκάλους τους. Χαρακτηριστικά που εμφάνισαν μεταξύ άλλων ήταν ψυχιατρικού τύπου συμπτώματα, προβλήματα στο σχολείο, μειωμένη αυτοεκτίμηση, απόσυρση, αδυναμία διασκέδασης, αυπνία και ανώριμη συμπεριφορά.(Martin-beezley, 1977)

Ο Green (1978), παρουσίασε παρόμοια δεδομένα από τη μελέτη και θεραπεία είκοσι κακοποιημένων παιδιών επιπλέον, εντόπισε και άλλες σημαντικές διαταραχές, όπως αδυναμία λειτουργίας του Εγώ, έντονες αντιδράσεις σε καταστάσεις πίεσης, μαζοχιστική και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και έλλειψη πίστης και εμπιστοσύνης στους άλλους ανθρώπους. (Green,1978)

Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των παιδιών είχαν πέσει θύματα επαναλαμβανόμενης κακοποίησης τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους.

Σε μια άλλη έρευνα των Roberts, Lynch και Duff (1978), κάποια από τα συμπτώματα που παρουσίασαν κακοποιημένα παιδιά ήταν μεταξύ άλλων η κοινωνική απομόνωση, η επιθετικότητα, η εχθρική συμπεριφορά, η βία και γενικότερα η διαταραγμένη συμπεριφορά. (Roberts-Lynch-Duff, 1978)

▼ *Νευρολογικό Αντίκτυπο*

Έχει παρατηρηθεί ότι στα κακοποιημένα παιδιά οι νευρολογικές διαταραχές ποικίλουν ως προς το είδος αλλά και τη σοβαρότητα. Άσχετα όμως από αυτές τις δύο παραμέτρους, οι νευρολογικές ανωμαλίες που προκαλούνται στα κακοποιημένα παιδιά είναι εμφανέστατες. Σύμφωνα με το Royal College of Psychiatrists εάν κάθε χρόνο κακοποιούνται 75 παιδιά ανά εκατομμύριο του συνολικού πληθυσμού, τότε τα 18 με 19 από αυτά θα εμφανίσουν διανοητικά προβλήματα και αδυναμία. (Jay-Doganis-Weidenfeld-Nicolson, 1988)

Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι το 53% των παιδιών του δείγματος εμφάνισαν κάποιου βαθμού νευρολογικές ανωμαλίες, ενώ στο ένα τρίτο αυτών των παιδιών προκλήθηκε σοβαρή αναπηρία. (Jay-Doganis-Weidenfeld-Nicolson, 1988)

Παρόλο που τα χτυπήματα στο κεφάλι είναι σε σημαντικό βαθμό υπεύθυνα για τη νευρολογική αναπηρία του παιδιού, ωστόσο είναι δυνατό και έχουν βρεθεί περιπτώσεις όπου υπάρχει σοβαρή αναπηρία στον εγκέφαλο του παιδιού οφειλόμενη σε βίαιο τράνταγμα της κεφαλής του χωρίς όμως να προκληθούν εξωτερικά τραύματα. Έχει βρεθεί ότι τα τραύματα στο κεφάλι καθυστερούν την ανάπτυξη και την ωρίμανση του παιδιού γεννώντας παράλληλα νευρολογικές δυσλειτουργίες. Από την άλλη πλευρά τονίζεται ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, παρόλο που έχει προκληθεί σοβαρός τραυματισμός στο κεφάλι του παιδιού, εν τούτοις δεν παρουσιάζει διανοητική καθυστέρηση ή νευρολογική ανωμαλία. (Jay-Doganis-Weidenfeld-Nicolson, 1988)

▼ Προβλήματα Ανάπτυξης

Είναι συνηθισμένο να παρουσιάζονται προβλήματα ανάπτυξης στα κακοποιημένα παιδιά.

Σύμφωνα με έρευνες, ένα ποσοστό 25 – 30% παιδιών που έχουν κακοποιηθεί εμφανίζουν φτωχή σωματική ανάπτυξη και η διατροφή τους υπήρξε ελλιπής. Σε άλλη έρευνα με κακοποιημένα παιδιά, εξετάστηκαν χωριστά αυτά που η διατροφή τους ήταν επαρκής από αυτά που η διατροφή δεν ήταν η αρμόζουσα. Αποδείχθηκε πως τα παιδιά της δεύτερης ομάδας εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό προβλήματα νοητικής δυσλειτουργίας και νευρολογικής ανεπάρκειας. (Green, 1978)

2.6.2 Έμμεσες Συνέπειες

Όλα τα παραπάνω αποτελούν τα άμεσα και εμφανή αποτελέσματα των συνεπειών στα κακοποιημένα παιδιά. Υπάρχουν όμως και οι έμμεσες, μακροπρόθεσμες συνέπειες, των οποίων τα αποτελέσματα δεν είναι μικρότερης σοβαρότητας (Green-Roberts-Lynch-Duff, 1978)

▼ Κακώσεις στο κεφάλι από ηθελημένο τραυματισμό

Στην εργασία του για τα πορίσματα της νεκροψίας παιδιών που πέθαναν από κακοποίηση χωρίς προηγούμενο ιστορικό, ο Weston (1973), υποστήριξε ότι "η συνηθέστερη παθολογική ανακάλυψη ήταν η υποσκληρίδια αιμορραγία. Αυτή ήταν οξείας μορφής και στις περισσότερες περιπτώσεις είχε σχέση με υποκειμενικούς μωλωπισμούς του εγκεφαλικού φλοιού. Ανάμεσα στα 23 παιδιά που πέθαναν εξαιτίας πολλαπλών τραυματισμών, οι εσωτερικές κακώσεις ήταν ουσιαστικά οι ίδιες, αλλά σημαντικά μεγαλύτερης έκτασης".

Από τα 42 παιδιά που εισήχθησαν στο νοσοκομείο των Η.Π.Α. για ηθελημένο τραυματισμό το 1968, διαπιστώθηκαν ενδοκρανιακές αιμορραγίες σε 9 και κατάγματα του κρανίου σε 12. (Weston, 1973)

Πιθανή επίπτωση του "ταρακουνήματος" ενός μωρού

Ο Caffey (1972) διατύπωσε ότι το βίαιο "ταρακούνημα" ενός μωρού μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι κατά τους έξι πρώτους μήνες της ζωής, οπότε το "ταρακούνημα" επιδρά σε μαστίγωμα που πλήττει τον εγκέφαλο στις πλευρές του κρανίου και προκαλεί μικροσκοπικές αιμορραγίες και βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία. Συμπληρωματικές μελέτες δύο μικρών ομάδων παιδιών αποκάλυψαν μια εντυπωσιακή συχνότητα διανοητικής καθυστέρησης.(Caffey,1972)

Ο Caffey υπέδειξε ότι συμβαίνουν συσσωρευτικές βλάβες κι ότι ορισμένες – πολλές ίσως – εγκεφαλοαγγειακές κακώσεις που αποδίδονται σε μολύνσεις πριν από τη γέννηση, συγγενή δυσμορφία, τραυματισμούς από τον τοκετό και γενετικές ασθένειες του μεταβολισμού, προκαλούνται στην πραγματικότητα από μη εντοπισμένες συνέπειες "ταρακουνήματος" κατά τις πρώτες εβδομάδες ή τους πρώτους μήνες της ζωής. (Caffey, 1957)

▼ Οι συνέπειες του υποσκληρίδιου αιματώματος

Οι συνέπειες του υποσκληρίδιου αιματώματος αναφέρονται στην πραγματικότητα στο συνδυασμό εγκεφαλικών μωλωπισμών υποσκληρίδιου αιματώματος. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται από την πεποίθηση των νευροχειρουργών ότι ο ηθελημένος τραυματισμός είναι μια κύρια – μολονότι όχι η μόνη – αιτία του υποσκληρίδιου αιματώματος. (Caffey, 1957)

Σε μια συμπληρωματική μελέτη 76 παιδιών με υποσκληρίδιο αιμάτωμα, ανακαλύφθηκε ότι το 5% ήταν νεκρά, 8% ανεπίδεκτα μάθησης και 12% κάτω του μέσου όρου από εκπαιδευτική άποψη. (Caffey, 1957)

Σε άλλη συμπληρωματική μελέτη 65 παιδιών με υποσκληρίδιο αιμάτωμα, βρέθηκε ότι τι 6% είχαν χαθεί, 10% ήταν νεκρά, 25% είχαν μέτρια αναπηρία (Weston, 1973)

Οι δύο αυτές μελέτες μαζί οδηγούν στην υπόθεση ότι σε κάθε παιδί που πεθαίνει από υποσκληρίδιο αιμάτωμα αναλογούν και άλλα δύο ή τρία που επιζούν με σοβαρή αναπηρία και άλλα δύο ή τρία που επιζούν με μέτρια αναπηρία, κυρίως διανοητική. Ένα επιφυλακτικό συμπέρασμα είναι ότι σε κάθε θάνατο από ηθελημένο τραυματισμό αντιστοιχούν ίσως τέσσερα παιδιά με χρόνιες νευρολογικές συνέπειες που προκαλούν αναπηρία (Caffey, 1957)

▼ *Συχνότητα εμφάνισης μόνιμης νευρολογικής διαταραχής μετά από ηθελημένο τραυματισμό*

Μια άλλη εκτίμηση θα μπορούσε να στηριχθεί στις εκθέσεις που δημοσιεύονται σχετικά με παιδιά που υφίστανται ηθελημένο τραυματισμό. Ο Kempe (1971), δήλωσε ότι τα μισά από τα παιδιά που υφίστανται ηθελημένο τραυματισμό θα τραυματιατούν σοβαρά, αλλά όχι απαραίτητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ούτε μόνιμα.

Οι Kempe και Martin (1974), προσπάθησαν να κάνουν συμπληρωματική εξέταση 159 παιδιών αλλά δεν κατόρθωσαν να πείσουν παρά μόνο 58 από αυτά να συνεργαστούν. Οι κακώσεις που είχαν υποστεί ήταν σχετικά ελαφρές. Στο 53% των παιδιών παρατηρήθηκε ανεπαρκής λειτουργία του νευρικού συστήματος ενώ στο 31% σημειώθηκαν σοβαρές νευρολογικές διαταραχές. Από τα στοιχεία που παρέχουν οι μελέτες αυτές δεν είναι δυνατό να συναχθούν αυστηρά συμπεράσματα. Ωστόσο, αν το 3% των παιδιών με ηθελημένο τραυματισμό παθαίνουν Εγκεφαλική Πάρεση, ανεπάρκεια της όρασης κλπ, τότε, με τον ελάχιστο αριθμό των 3.000 περιπτώσεων ηθελημένου τραυματισμού ημερησίως στη Βρετανία, οι ηθελημένοι τραυματισμοί θα προκαλούν 90 νέες περιπτώσεις νευρολογικής ανεπάρκειας κάθε χρόνο, και ίσως το 6% των νέων περιπτώσεων Εγκεφαλικής Πάρεσης (Helfer-Kempe-Martin, 1974)

▼ *Συχνότητα εμφάνισης πνευματικής αναπηρίας μετά από ηθελημένο τραυματισμό*

Σύμφωνα με έρευνες, το 3% των παιδιών σχολικής ηλικίας δεν πήγαν ποτέ σχολείο, ενώ το 13% παρακολούθησε τάξεις μικρότερες από εκείνες που αντιστοιχούσαν κανονικά στην ηλικία τους. (Μαραγκός, Βαλάση –Αδάμ κ.ά, 1981).

Σύμφωνα με άλλους, σε σύνολο 25 παιδιών, τα δύο είναι πολύ καθυστερημένα, τα έξι καθυστερημένα, τα 5 παρουσιάζουν κλονισμό, τα 8 είναι φυσιολογικά και τα 4 έχουν πεθάνει. (Μαραγκός, Βαλάση –Αδάμ κ.ά, 1981).

Σε μια ομάδα 30 παιδιών που είχαν υποστεί ηθελημένο τραυματισμό διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν καθυστέρηση στην ανάπτυξη σε ποσοστό κατά 24% μεγαλύτερο από ότι τα παιδιά μιας ομάδας ελέγχου όπου δεν είχαν υποστεί κακοποίηση. (Μαραγκός, Βαλάση –Αδάμ κ.ά, 1981).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

3.1. Χαρακτηριστικά του σωματικά κακοποιημένου παιδιού. Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση του παιδιού που βοηθούν στην αναγνώριση σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης.

Τα χαρακτηριστικά αυτά, σύμφωνα με την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, (1991), αποτελούν απλές ενδείξεις. Πληρέστερη αξιολόγηση γονιών και οικογένειας οδηγεί σε μια πιο ολοκληρωμένη διάγνωση.

- *Παραμέληση :*
 - Συστηματική κακή σίτιση
 - Δυστροφία
 - Κακή υγιεινή
 - Ακατάλληλη ένδυση (όπως καλοκαιρινά ρούχα μέσα στο χειμώνα)
 - Εγκατάλειψη
 - Στέρηση τροφής
 - Ασταθής σχολική φοίτηση
 - Παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο
 - Συνεχής κόπωση, απάθεια, ή ύπνος μέσα στην τάξη
 - Αναφέρει το ίδιο το παιδί ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει
 - Χρήση οινόπνευματων ή τοξικών ουσιών

- *Σωματική κακοποίηση*
 - Μελανιές ή σημάδια από χτύπημα
 - Διαστρέμματα, εξαρθρώσεις, δαγκώματα, κοψίματα
 - Κάταγμα, ιδιαίτερα σε βρέφη
 - Πληγές ή εκδορές
 - Δηλητηρίαση
 - Κακώσεις από τράνταγμα
 - Υποσκληρίδιο αιμάτωμα
 - Εσωτερικές κακώσεις
 - Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα

3.1.1. Κλινικά Χαρακτηριστικά

- Μώλωπισμοί

Όταν το βρέφος αρχίσει να περπατάει, συνήθως πέφτει προς τα εμπρός μωλωπίζοντας τα πόδια και το μέτωπό του. Ωστόσο, μώλωπες στο θώρακα, την κοιλιά και γύρω από το στόμα προκαλούνται πολύ πιο σπάνια από ατύχημα. Έτσι οι μώλωπες στις περιοχές αυτές, σε παιδιά κάτω των δύο ετών, ή σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος σε βρέφη που δεν έχουν ακόμη περπατήσει, εγείρουν υποψίες ηθελημένου τραυματισμού. Συχνά, αν ένα μικρό που κλαίει ταρακουνηθεί βίαια από τους γονείς του, μπορεί να παρουσιάσει μώλωπες από τη δύναμη των δακτύλων τους, κατά τρόπο ώστε είναι εύκολο να διαπιστωθεί πως έπιασαν και ζούληξαν το μωρό. Τα σημάδια από τα δάχτυλα και του αντίχειρα παρατηρούνται κατά μήκος της πλάτης ή εγκάρσια στο στήθος ή ορισμένες φορές γύρω από το στόμα. (Kempe, 1968)

- Κακώσεις των οστών

Αυτές αποτελούν συνήθως το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα ενός κακοποιημένου βρέφους. Και πάλι, στα βρέφη που ακόμη δεν περπατούν, σπάνια εμφανίζεται θραύση οστού. Θραύση οστού με αξιοσημείωτη μετατόπιση μπορεί να προκληθεί συνήθως από έναν ενήλικα με απότομο λύγισμα του άκρου. Οι κακώσεις ωστόσο είναι συνήθως πολύ πιο ανεπαίσθητες και έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του αναπτυσσόμενου οστού. Χαρακτηριστικά των κακώσεων των οστών που είναι συνήθως δύο – η επιφυσική αποκόλληση και η πάρωση του περιosteού – είναι αρχικά το οδυνηρό οίδημα και κατόπιν η δημιουργία πόρου. Άλλα γνωρίσματα οστικών κακώσεων είναι τα πολλαπλά έλκη σε διάφορα σημεία του σώματος και η ύπαρξη ελκών σε διάφορα στάδια επούλωσης και αποκατάστασης. Οι κακώσεις αυτές των οστών δεν οδηγούν συνήθως σε μόνιμη βλάβη. Άλλες κακώσεις στα παιδιά είναι τα κατάγματα των πλευρών, το κάταγμα του βραχίονα, το κάταγμα του μηρού, καθώς επίσης κακώσεις και τραυματισμοί κατά τον τοκετό, οι οποίοι μπορεί να περάσουν απαρατήρητοι στο διάστημα που ακολουθεί και περιλαμβάνουν κατάγματα στα πλευρά και στα άκρα. (Kempe, 1968)

- Κακώσεις στο κεφάλι

Σύμφωνα με το Kempe, οι κακώσεις στο κεφάλι περιλαμβάνουν τα κατάγματα του κρανίου και τα υποσκληρίδια αιματώματα.

α) Κατάγματα του κρανίου

Τα βρέφη και τα παιδιά μπορεί να πέσουν ή να τα ρίξει κάποιος κάτω με το κεφάλι και να ραγίσουν το κρανίο τους, μερικές φορές όμως ανακαλύπτεται ότι κουνάμε τα βρέφη έχουν κουνηθεί κρατώντας τα από τα πόδια και το κρανίο τους σπάει χτυπώντας στον τοίχο. (Kempe, 1968)

Η διάγνωση του κατάγματος στο κρανίο μπορεί εύκολα να γίνει με ακτινογραφία, αν και οι ραφές του κρανίου μπορεί να μοιάζουν πολύ με κάταγμα. Η αντιμετώπιση και η πρόγνωση αυτής της κατάστασης εξαρτώνται από την εγκεφαλική βλάβη που θα προκληθεί. Το βρέφος μπορεί να πεθάνει αμέσως ή λίγο αργότερα, από προοδευτική ενδοεγκεφαλική αιμορραγία χωρίς να αποκτήσει τις αισθήσεις του, ή μπορεί να αναρρώσει αρχικά και αμέσως μετά να χειροτερέψει λόγω της συνεχιζόμενης αιμορραγίας στο κεφάλι. Η φύση της κάκωσης δε διαφωτίζει σχετικά με τον τρόπο από τον οποίο προκλήθηκε. (Kempe, 1968)

β) Υποσκληρίδια αιματώματα

Τα βρέφη μπορεί να αρχίσουν και να αιμορραγούν στο εσωτερικό του κρανίου και γύρω από τον εγκέφαλο μετά από τραυματισμό, χωρίς να υπάρχει κάταγμα στο κρανίο. Η αιμορραγία μπορεί να αναπτυχθεί πολύ αργά και κατά συνέπεια είναι δύσκολο να γίνει διάγνωση. Η αναγνώριση του συνδυασμού υποσκληρίδιας αιμορραγίας με κακώσεις των οστών σε άλλα σημεία, οδηγούν στην υπόθεση ότι και τα δύο μπορεί να οφείλονται σε ηθελημένο τραυματισμό. Υποσκληρίδια αιμορραγία μπορεί να παρουσιαστεί μετά από απότομο χτύπημα στο κεφάλι, ιδιαίτερα στο εμπρός ή στο πίσω μέρος, και μετά από απότομο ταρακούνημα του κεφαλιού. (Kempe, 1968)

Τα βρέφη που έχουν υποσκληρίδια αιμορραγία μπορεί να εμφανίσουν σπασμούς ή εμετό ή υπερβολική νωθρότητα ή ανορεξία. Από την άλλη πλευρά η κάκωση μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο όταν έχει προκαλέσει τέτοια βλάβη στον εγκέφαλο, ώστε να παρεμβαίνει στη διανοητική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού. (Kempe, 1968)

- Σύνδρομο οργανικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτιολογίας

Το σύνδρομο οργανικής καθυστέρησης μη οργανικής αιτιολογίας είναι μια ξεχωριστή παθολογική κατάσταση. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται οφείλονται στην ανεπάρκεια διαφόρων λειτουργιών του οργανισμού, όπως για παράδειγμα η αύξηση σώματος, νοητική ανάπτυξη, ψυχική ωρίμανση.

Είναι γεγονός ότι τα ερεθίσματα που δέχεται ένα παιδί μέσα από τις αισθήσεις του προέρχονται από το περιβάλλον του, και αν αυτά τα ερεθίσματα είναι ανεπαρκή για τις

λειτουργίες, τότε αυτές δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην αποστολή τους.(Γιαννούλια,2005)

Στις αρχές του αιώνα ο παιδίατρος Champrix (1900), παρατήρησε ότι η σωματική ανάπτυξη των παιδιών που μεγάλωσαν σε ανάδοχες οικογένειες ήταν μεγαλύτερη από αυτήν των παιδιών που μεγάλωσαν σε ιδρύματα. Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο παρατηρήθηκε ότι ένα δυσμενές περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσει σωματική καθυστέρηση. Το 1945 ο Spitz (1945) περιέγραψε το σύνδρομο του ιδρυματισμού, ενώ το 1949 ο Backwin χρησιμοποίησε τον όρο «συναισθηματική αποστέρηση». Το 1952 ο Bowlby αναφέρεται στο «σύνδρομο της μητρικής αποστέρησης», ενώ λίγο αργότερα, το 1957 οι Coleman και Prouince χρησιμοποίησαν τον όρο «περιβαλλοντική καθυστέρηση». Ο Elmer λίγο αργότερα, 1960, συμπεριέλαβε όλα αυτά τα είδη με την ονομασία «Failure to thrive syndrome».(Mayhall-Norgand, 1983)

- Άλλα κλινικά γνωρίσματα.

Στις καταγγελίες που έχουν γίνει, αναφέρονται ποικίλες κακώσεις σε βρέφη μετά από επίθεση των κηδεμόνων τους, όπως ρήξη των σπλάχνων (συκώτι, σπλήνα, νεφρά), κακώσεις των ματιών με επακόλουθη εξασθένιση της όρασης, διάφορα δερματικά έλκη, εμφανείς εκδορές και εγκαύματα. ».(Mayhall-Norgand, 1983)

Διάφορα όργανα μπορούν να εισαχθούν στο στόμα βίαια και να τραυματίσουν τον ουρανίσκο ή να διαρρήξουν το χαλινό της γλώσσας του βρέφους, ή να εισαχθούν στον πρωκτό προκαλώντας αιμορραγία και πυόποια. (Mayhall-Norgand, 1983)

Επίσης, η γενική κατάσταση του παιδιού σε ό,τι αφορά τη διατροφή, την καθαριότητα και την περιποίηση του δέρματος μπορεί να είναι ανεπαρκής. Η ευαισθησία και οι αντιδράσεις του βρέφους μπορεί να είναι τόσο αφύσικες ώστε να φαίνεται συχνά καθυστερημένο. (Mayhall-Norgand, 1983)

Στην περίπτωση που τα κλινικά γνωρίσματα παραπέμπουν από νομική και ιατρική πλευρά σε κακοποίηση του παιδιού, θα πρέπει να τεκμηριωθούν προσεκτικά οι κακώσεις που παρατηρήθηκαν, καθώς και το περιστατικό, όπως το παρουσίασαν οι γονείς, και να ληφθεί πλήρες και λεπτομερειακό κοινωνικό ιστορικό. (Mayhall-Norgand, 1983)

3.1.2. Γενικά χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του κακοποιημένου – παραμελημένου παιδιού.

Ο Martin & Beezley,(1977) ανέφεραν το ακόλουθα:

- Δυσκολία στο να επενδύσει σε σχέσεις με ενήλικες
- Ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαισθησία)
- Φόβος προς τους γονείς του
- Φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του
- Προσκόλληση σε άγνωστα άτομα
- "Παγωμένο" βλέμμα
- Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Παιδί υπάκουο, παθητικό, αποσυρμένο
- Έκδηλο άγχος
- Παιδί που παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές του με συνομήλικους και άλλα άτομα
- Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία
- Παλινδρομική συμπεριφορά (ενούρηση,εγκόπριση κλπ.)

(Martin-Beezley,1977)

3.1.3. Κλινικά χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης

Η κακοποίηση του παιδιού έχει μπει στις συνηθισμένες, καθημερινές διαγνώσεις της παιδιατρικής. Όταν υπάρχει υποψία σεξουαλικής κακοποίησης, το θύμα πρέπει να εξεταστεί για τυχόν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Πολλά παιδιά μπορεί να έχουν συμπτωματική λοίμωξη από γλαμύδια. Επίσης σύφιλη, HIV, απλό έρπητα τύπου HSY-T. Μερικά ενδεικτικά χαρακτηριστικά που προκαλούν υποψίες στους ειδικούς για την ύπαρξη σεξουαλικής κακοποίησης είναι :

- Αιματώματα, αμυχές, δαγκωνιές ή άλλα τραύματα στο στήθος, γλουτούς, υπογάστριο ή μηρούς.
- Δυσκολία στο βάδισμα ή στο κάθισμα.
- Σχισμένα, λερωμένα ή ματωμένα εσώρουχα ή ρούχα που έχουν βγει και ξαναμπει (π.χ. φορεμένα ανάποδα).
- Σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα.

- Εγκυμοσύνη σε έφηβη, ειδικά όταν αποκρύπτεται η ταυτότητα του πατέρα.
- Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.
- Ψυχοσωματικά προβλήματα, όπως υποτροπιάζοντα κοιλιακά ή πονοκέφαλοι. (Martin & Beezley,1977)

Στο σημείο αυτό θα γίνει μια σύντομη αναφορά στον ακρωτηριασμό των γεννητικών οργάνων στα κορίτσια. Εφαρμόζεται σε ένα ηλικιακό φάσμα από τη βρεφική ηλικία έως την εφηβεία. Σήμερα εκτελείται σε 26 χώρες της Αφρικής με συχνότητα από 5 – 99%, ενώ σπάνια στην Ασία. Αυτή η χειρουργική επέμβαση είναι αποδεκτή σε διάφορες κοινωνικοοικονομικές τάξεις και διαφορετικές εθνικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές ομάδες. Συνήθως εκτελείται σε κορίτσια από 4 έως 10 ετών. Αυτού του είδους οι ακρωτηριασμοί έχουν μεγάλη πολιτισμική σημασία, στενά συνδεδεμένη με τη σεξουαλικότητα της γυναίκας και τον αναπαραγωγικό της ρόλο. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιούνται οι επεμβάσεις αυτές θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία των παιδιών αυτών. Συχνά έχουν ως αποτέλεσμα οξείες και χρόνιες σωματικές επιπλοκές και ψυχολογικές συνέπειες. Οι οξείες σωματικές επιπλοκές περιλαμβάνουν την αιμορραγία, σοβαρό πόνο, αποπληξία και θάνατο. Το 20% των ακρωτηριασμένων γυναικών πεθαίνουν κατά τον τοκετό. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Το ψυχολογικό τραύμα δεν είναι ασήμαντο. Πολλά νέα κορίτσια ζουν με το χρόνιο άγχος και την κατάθλιψη λόγω της ανησυχίας τους για την κατάσταση των γεννητικών τους οργάνων, τη δυσμηνόρροια και το φόβο της στειρότητας. Υπάρχουν γυναίκες που μεταναστεύουν σε χώρες που δεν ασκείται αυτή η πρακτική αναζητώντας άσυλο για αυτές και ασφάλεια για τις κόρες τους. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Οι νομικές απόψεις διαφέρουν ανάλογα με τη χώρα, πάντως στη Σουηδία, την Αγγλία και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν νομικές κυρώσεις ενάντια στην περιτομή του θήλεος. Πρόσφατα το Αμερικανικό Κογκρέσο ψήφισε νομοσχέδιο για την απαγόρευση του ακρωτηριασμού των κοριτσιών και για την παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων στις μειονότητες των μεταναστών σχετικά με τους κινδύνους που ελλοχεύει η πρακτική αυτή αλλά και για τις νομικές συνέπειες που την ακολουθούν. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

Στο παρόν πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον, ο ακρωτηριασμός των γεννητικών οργάνων στα κορίτσια θεωρείται κακοποίηση του παιδιού. (Βαλάση – Αδάμ, 1991).

3.1.4. Γενικά χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών περιγράφει τις αρνητικές επιπτώσεις στον ψυχολογικό κόσμο και στη συμπεριφορά του σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού. Παλινδρομικά συμπτώματα (βύζαγμα του αντίχειρα, δάγκωμα των νυχιών, ενούρηση), προβλήματα ύπνου και εφιάλτες, ανησυχίες και νευρώσεις, θυμός και φόβος για το δρόστη, απώλεια αυτοεκτίμησης, απαισιοδοξία ή και σκληρότητα, ενοχή και ντροπή, τάσεις αυτοκτονίας, παρορμητικότητα, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτά είναι κάποια από τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά των παιδιών αυτών. (Θωμαΐδης, 1989)/

Πιο συγκεκριμένα, το παιδί μπορεί να παρουσιάσει τις παρακάτω αντιδράσεις :

- Συνεχή παράπονα για πονοκέφαλο ή πόνο στην κοιλιά (σωματοποίηση του προβλήματος).
- Δυσκολίες στο σχολείο ή απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης.
- Άρνηση να κάνει γυμναστική ή αθλητικά.
- Εξεζητημένη σεξουαλική συμπεριφορά ή ασυνήθιστες γνώσεις για την ηλικία του σχετικά με τη σεξουαλικότητά του.
- Συνήθειες που δηλώνουν καθήλωση σε προηγούμενα στάδια της ανάπτυξης (πιπίλα, δαγκώματα, παλινδρομικές κινήσεις, ενούρηση κλπ).
- Διαταραχές ύπνου.
- Αναστολές στο παιχνίδι.
- Διαταραχές συμπεριφοράς.
- Συναισθηματική ένταση.
- Κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού.
- Απόπειρα αυτοκτονίας.
- Φυγές, παραβατική συμπεριφορά, χρήση ουσιών.

3.1.5 Ψυχιατρικά – Ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού

Τα παιδιά που κακοποιούνται ή και παραμελούνται παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις .

Κλαίνει πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα. Ο όρος "παγωμένο βλέμμα" περιγράφει τη χαρακτηριστική έκφραση που έχουν. Στη σχέση τους με τρίτους είναι πολύ επιφυλακτικά για σωματική επαφή και γενικά καχύποπτα. Φαίνεται επίσης ότι έχουν μια ετοιμότητα να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον. (Green, 1978).

Η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς των παιδιών αυτών έδειξε ότι τα παιδιά που κακοποιούνται είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά, η δε συναλλαγή τους με τους άλλους δεν έχει φαντασία ενώ παράλληλα οι αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές. Τα παιδιά αυτά φαίνονται πολύ συμπαθητικά, αλλά είναι ανίκανα να αντέξουν την παραμικρή ματαίωση και ξεσπούν πολύ εύκολα σε κλάματα ή εκρήξεις οργής. Η αργή φυσική ανάπτυξή τους επηρεάζεται θετικά όταν απομακρυνθούν από το σπίτι, αλλά οι διαταραχές στο λόγο ή προβλήματα με τη συμπεριφορά τους δεν αποκαθίστανται εύκολα. Αυτά τα πολύ γενικά χαρακτηριστικά δείχνουν ότι υπάρχει μια σοβαρή διαταραχή της

προσωπικότητας, που είναι πολύ πιθανό να συνεχίσει να υπάρχει κι όταν αυτό το παιδί γίνει ενήλικας. (Τσιάντης, 1987).

Είναι προφανές ότι το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί που κακοποιείται χαρακτηρίζεται από απόρριψη και επιθετικότητα και δεν είναι καθόλου εκείνο το διευκολυντικό περιβάλλον που συντελεί στην ωρίμανση του παιδιού. (Τσιάντης, 1987).

Στη μελέτη των Martin και Beezley (1977), αναφέρεται πως μελετήθηκαν 51 παιδιά από τα οποία 31 έμειναν με τους φυσικούς τους γονείς και τα υπόλοιπα σε ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Η εκτίμησή τους έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές (παιδίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό). Εντοπίστηκαν εννέα χαρακτηριστικά κριτήρια σ' αυτά τα παιδιά, με τη χρήση συνέντευξης με γονείς και παιδιά και εκθέσεις από δασκάλους :

- Μειωμένη ικανότητα για ευχαρίστηση 33
- Σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς 31
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση 26
- Απόσυρση 19
- Εναντιωματική συμπεριφορά 19

- Μεγάλη διεγερσιμότητα 11
- Ψυχαναγκαστικότητα 11
- Ψευδο-ενήλικη συμπεριφορά 10
- Μαθησιακά προβλήματα

(Martin-Beezley,1977)

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά και η σοβαρότητά τους δεν εξαρτώνται από τον τύπο και τη σοβαρότητα της φυσικής βίας. Το ψυχικό τραύμα που έχει προκληθεί στα παιδιά αυτά από το περιβάλλον της κακοποίησης είναι τόσο έντονο ώστε να οδηγεί στη δημιουργία αυτών των χαρακτηριστικών, με αποτέλεσμα οι δάσκαλοι και οι συνομήλικοι να τα απορρίπτουν. (Martin-Beezley, 1977)

Όπως είναι επόμενο, τα κακοποιημένα παιδιά έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους με πιθανή πρόγνωση να συνεχιστεί ο φαύλος κύκλος σε όλη τους τη ζωή. Τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερους φίλους και αρκετά από αυτά αναπτύσσουν διαταραχές της συμπεριφοράς. Μια ευρωπαϊκή μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της πολύ αυστηρής και τιμωρικής συμπεριφοράς των γονιών και των επιπτώσεων στην προσωπικότητα των παιδιών. Βρέθηκε ότι τα παιδιά, εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς, ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ονομάστηκε "διαταραχή της διαγωγής" ή ένα άλλο σύνδρομο όπου τα παιδιά παρουσιάζουν άγχος ή κατάθλιψη. Σε μια άλλη παλιότερη μελέτη σε 23 οικογένειες βρέθηκε ότι μετά από 3 χρόνια το 30% των παιδιών είχαν ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί και το 70% των παιδιών απέκλινε από την ομαλή συναισθηματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη της ηλικίας τους. (Martin- Beezley, 1977)

Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί πως δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν μόνο τις ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης. Αυτό οφείλεται στο ότι εκτός από την κακοποίηση συμβαίνει και μια άλλη σειρά από εμπειρίες στο παιδί, όπως εισαγωγή στο νοσοκομείο, απομάκρυνση από το σπίτι, ανάδοχες οικογένειες κλπ. Είναι επομένως δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιπτώσεις από την κακοποίηση και αυτές που οφείλονται στις άλλες εμπειρίες. (Τσιάντης, 1987).

Υποστηρίζεται επίσης ότι τα αποτελέσματα της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εκδηλώνονται με τη μορφή εξελικτικών διαταραχών στο Κ.Ν.Σ. (Τσιάντης, 1987).

Το εύρημα αυτό φαίνεται να συνδέεται με την ποιότητα της γονικής φροντίδας που είχαν τα παιδιά αυτά. (Τσιάντης, 1987).

Η μεγάλη συχνότητα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που έχει περιγραφεί σε κακοποιημένα παιδιά σε σχέση με φυσιολογικά ή παραμελημένα παιδιά συμπεριλαμβάνει αυτό-ακρωτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας και συνδέεται με χαρακτηριστικές μεταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού. (Τσιάντης, 1987).

Έχει επίσης περιγραφεί καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι τα παιδιά δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον τους για να μιλήσουν και επομένως η καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής, εξαιτίας της παραμέλησης. (Τσιάντης, 1987).

Η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών επίσης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό, φαίνεται δε ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης-παραμέλησης και όχι με τη σοβαρότητα των τραυμάτων. (Τσιάντης, 1987).

Έχει περιγραφεί μια μορφή ψύχωσης, η λεγόμενη "τραυματική ψύχωση", σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας. Τα χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης είναι μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, καθώς και αλλόκοτη συμπτωματολογία. Τα παιδιά αυτά βρέθηκε ότι είχαν κακοποιηθεί πολύ νωρίς στη ζωή τους, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα, ενώ παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους. (Τσιάντης, 1987).

Τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση ότι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού είναι σοβαρές. (Τσιάντης, 1987).

3.2. Αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη σωματική κακοποίηση του παιδιού.

Η σωματική κακοποίηση του παιδιού είναι αποτέλεσμα μιας χρόνιας οξείας οικογενειακής κρίσης. Θεωρείται μια "κραυγή απελπισίας" από γονείς ανήμπορους να αντιμετωπίσουν τα συσσωρευμένα προβλήματα, όπως και ένα ειδικό πρόβλημα που κάνει τελικά το ποτήρι να ξεχειλίσει. (Ζουλιάνη, 1991).

Από μελέτες που έχουν γίνει για την ανίχνευση των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν τους γονείς στην κακοποίηση των παιδιών τους, έχουν συγκεντρωθεί ορισμένα κριτήρια, ο συνδυασμός των οποίων μπορεί να βοηθήσει στο να θεωρούνται τέτοιοι γονείς ως "ομάδα υψηλού κινδύνου". Μερικά από τα κριτήρια αυτά είναι :

- Έφηβοι γονείς.
- Ανεπιθύμητη κύηση.
- Άγαμη μητέρα.
- Συχνές, απρογραμμάτιστες κυήσεις.
- Μητέρα έγκυος όταν κακοποιεί ή παραμελεί.
- Πρόβλημα στην εγκυμοσύνη ή στον τοκετό.
- Συναισθηματικά προβλήματα γονέων.
- Προβλήματα στις σχέσεις του ζευγαριού και κακές σχέσεις με τους δικούς τους γονείς.
- Γονείς που έχουν και οι ίδιοι κακοποιηθεί ή παραμεληθεί σε μικρή ηλικία.
- Γονείς οι οποίοι εξαιτίας ψυχικών ή νοητικών διαταραχών δεν είναι σε θέση να προστατεύσουν τα παιδιά τους.
- Οικονομικά προβλήματα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.
- Εξωπραγματικές απαιτήσεις από το παιδί.
- Διαταραχή του δεσμού μητέρας – παιδιού.
- Προβλήματα υγείας των γονιών.
- Σύγχυση των ρόλων.
- Απουσία ορίων.
- Ισχυρός, παθολογικά στενός δεσμός μεταξύ των μελών της οικογένειας (οικογένεια κλεισμένη στον εαυτό της).
- Ψυχοπαθητική προσωπικότητα.
- Εξαρτημένες προσωπικότητες – Μεθοριακές προσωπικότητες

(Ζουλιάνη, 1991).

Πολλές από τις αιτίες που οδηγούν τους γονείς στην κακοποίηση των παιδιών τους αναφέρονται στις σχέσεις των γονιών με το παιδί και ιδιαίτερα της μητέρας, που είναι και το πρόσωπο που ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες του παιδιού. Πολλές φορές η μητέρα δεν αντιλαμβάνεται σωστά τα μηνύματα του παιδιού της, με αποτέλεσμα να μην ανταποκρίνεται σωστά στις επιθυμίες του. Αυτό συχνά προκαλεί εκνευρισμό στο παιδί και την άρνησή του να λάβει αρκετή ποσότητα τροφής. Αυτή όμως η στάση εκνευρίζει τη μητέρα, η οποία άλλοτε γίνεται πειστική και άλλοτε αδιάφορη. Η κακοποίηση – παραμέληση συχνά οφείλεται στην υπερβολική κόπωση της μητέρας λόγω της διαταραχής του δεσμού της με το παιδί. Οι λόγοι αυτής της διαταραχής πρέπει να αναζητηθούν στην προσωπικότητα της μητέρας, στα διάφορα κοινωνικά προβλήματα ή ακόμη και σε προβλήματα που αφορούν στο ίδιο το παιδί. Τέλος, η υπερπροστασία του παιδιού είναι φαινόμενο της ελληνικής οικογένειας. Η πίεση όμως που συχνά ασκείται στο παιδί δημιουργεί ένταση. Αυτή η ίδια υπερπροστασία εξάλλου μπορεί να φέρει τα ίδια αποτελέσματα με την κακοποίηση και την παραμέληση. (Ζουλιάνη, 1991).

Στα πρώιμα χρόνια, η σχέση μητέρας – παιδιού αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα της ψυχοσυναλλαγής μεταξύ τους με συμβολή τόσο από το παιδί όσο κι από τη μητέρα. Η σχέση μητέρας – παιδιού επηρεάζεται από καταστάσεις και γεγονότα που συμβαίνουν στη διάρκεια της κύησης, καθώς και από διάφορους περιγεννητικούς παράγοντες. Επίσης, η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζεται από πολύ νωρίς, από τις πρώτες κιόλας μέρες της ζωής του, και η ψυχοσυναισθηματική του εξέλιξη θα ακολουθήσει μια ομαλή πορεία εφόσον η μητέρα του ικανοποιεί όλες τις βασικές του ανάγκες για επιβίωση. Όσο πιο πολύ ένα βρέφος απαντάει στη συμπεριφορά της μητέρας του τόσο πιο στοργική και τρυφερή γίνεται μαζί του και πιο ευαίσθητη στις ανάγκες του. Η μητρική αυτή συμπεριφορά είναι που προωθεί τη συναισθηματική, τη νοητική, την κοινωνική ωρίμανση και τη φυσική ανάπτυξη του παιδιού. Σχεδόν όλα τα παιδιά που ζουν σε συνηθισμένες οικογένειες έχουν ικανοποιητική συναλλαγή με τη μητέρα τους για να αναπτυχθεί δεσμός μαζί της. (Ζουλιάνη, 1991).

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες έχουν επίσης μεγάλη σημασία. Έχει βρεθεί ότι μια μεγάλη αναλογία των μητέρων με μικρά παιδιά από την εργατική τάξη, ιδίως αυτές που έχουν δύο παιδιά μικρότερα των τριών ετών, υποφέρουν από κατάθλιψη με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους. (Τσιάντης, 1987).

Προβλήματα σχετικά με τις κακές συνθήκες κατοικίας, περιβάλλοντος και φτώχειας, μεγαλώνουν τις δυσκολίες και φαίνεται να συσχετίζονται με την έναρξη και τη συνέχιση της κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα των κακών αυτών συνθηκών διαβίωσης είναι πως οι μητέρες βρίσκονται συνεχώς σε ένταση και οπωσδήποτε η συμπεριφορά προς τα παιδιά τους και η ικανότητα να καλύπτουν τις ανάγκες τους θα είναι μειωμένη. Εάν αυτό συνδυαστεί με τις κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει ολόκληρη η οικογένεια, τότε οι πιθανότητες δυσλειτουργίας της οικογένειας θα είναι σίγουρα μεγαλύτερες. Αναμφίβολα δηλαδή αυτός ο πληθυσμός αποτελεί μια ομάδα "υψηλού κινδύνου". (Τσιάντης, 1987).

3.3. Χαρακτηριστικά γονέων που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους.

Τα ψυχιατρικά και τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά αυτών των γονιών έχουν εκτενώς μελετηθεί . Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας με συνηθέστερη κλινική εικόνα τη διαταραχή της προσωπικότητας. Λίγοι γονείς έχουν την εικόνα της ψύχωσης.(Τσιάντης, 1987)

Παράλληλα, μερικοί από τους γονείς αυτούς έχουν χαμηλή νοημοσύνη και προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Πιο συγκεκριμένα, στα ευρήματα μιας προκαταρκτικής μελέτης που έγινε στην Ελλάδα συμπεριλαμβάνονται και η ανωριμότητα, η παρορμητικότητα, μεγάλες ανάγκες για εξάρτηση και έντονα διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (Τσιάντης, 1987):.

- Έχει βρεθεί ότι οι ίδιοι γονείς είχαν κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, επαναλαμβάνοντας στη σχέση με τα παιδιά τους το ίδιο, μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο.
- Οι γονείς αυτοί δεν μπορούν να αντιληφθούν πως τα παιδιά τους είναι ανώριμα λόγω της ηλικίας τους, ακόμη και όταν πρόκειται για ένα βρέφος.
- Οι γονείς αυτοί περιμένουν από τα παιδιά τους να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση και στην ουσία έχουμε αντιστροφή των ρόλων αφού είναι σα να πιστεύουν ότι τα παιδιά τους υπάρχουν για να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Πρόκειται συνήθως για γονείς με έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και μεγάλη ανωριμότητα. Ένα βασικό χαρακτηριστικό τους είναι η παθολογική λειτουργία του υπερεγώ τους, σύμφωνα με την οποία αν και επιφανειακά μπορεί να φαίνονται αδιάφοροι, έχουν έντονα ασυνείδητα συναισθήματα ενοχής.

- Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση που έχουν, που σχετίζεται με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του πατρικού και μητρικού τους ρόλου.

Η προβολή των αρνητικών γονικών χαρακτηριστικών γίνεται προς το παιδί, που παίρνει τελικά τη μορφή του αποδιοπομπαίου τράγου προς τον οποίο στρέφεται όλη η επιθετικότητα των γονιών. Η μητέρα δηλαδή παθητικά ξαναβιώνει με το κακοποιημένο παιδί την απόρριψη και την ταπείνωση που η ίδια βίωσε με τη μητέρα της. Το άγχος, η ενοχή και η μείωση της αυτοεκτίμησης της μητέρας απειλούν την πολύ ευαίσθητη ναρκισσιστική της ψυχική ισορροπία. Η "κακή εικόνα εαυτού" και τα παραπάνω συναισθήματα δεν είναι δυνατό να συγκρατηθούν από τη μητέρα και μεταθέτονται στο παιδί μέσα από τους μηχανισμούς της άμυνας, της προβολής και της εξωτερίκευσης. Με αυτήν τη μετάθεση η μητέρα ταυτίζεται με τη δική της "κακή" μητέρα που αναπαριστά το τριμωρητικό υπερεγώ της και παλιές ανεπάρκειές της. Αυτή η ταύτιση με την επιθετική μητέρα της, της επιτρέπει να ελέγξει την τραυματική απόρριψη που η ίδια είχε βιώσει με παθητικό τρόπο στη σχέση με τη δική της μητέρα. (Τσιάντης, 1987).

Τα γενικά χαρακτηριστικά των γονιών και των οικογενειών τους συνοψίζονται στο ότι οι οικογένειες ήταν πολύ προβληματικές με πολλαπλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, οι γονείς ήταν νεαρής ηλικίας και δεν είχαν σταθερή εργασία, ενώ είχαν κακές σχέσεις με τις δικές τους οικογένειες. (Τσιάντης, 1987).

3.4. Προδιαθεσικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη σεξουαλική κακοποίηση – παραμέληση

Η πλειοψηφία των θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης είναι κορίτσια και η πλειοψηφία των δραστών είναι άνδρες, αν και τα τελευταία χρόνια, με βάση νεότερες έρευνες, αυξάνει συνεχώς ο αριθμός των περιπτώσεων κακοποίησης αγοριών με δράστες γυναίκες. Αυτό είναι ενδεικτικό του ότι στην αιτιολογία της σεξουαλικής κακοποίησης από κοινωνιολογικής πλευράς, κύριοι παράγοντες συνδέονται με τρόπους κοινωνικοποίησης των δύο φύλων, που αντιμετωπίζουν τις γυναίκες και τα παιδιά σαν υποδεέστερα άτομα. (Κούτση, 1992).

Οι περισσότεροι δράστες σεξουαλικής κακοποίησης είναι πρόσωπα που το παιδί γνωρίζει και εμπιστεύεται, όπως πατέρας, αδελφός, άλλοι συγγενείς, οικογενειακοί φίλοι. Αυτή ακριβώς η σχέση εμπιστοσύνης, σε συνδυασμό με την ανηλικιότητα, την υποδεέστερη δηλαδή θέση του παιδιού, διευκολύνουν την απόκρυψη της πράξης. Οι

δράστες είτε με την πειθώ είτε με απειλές αναγκάζουν το παιδί "να κρατήσει το μυστικό". Στην ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση σπάνια χρησιμοποιείται φυσική βία. (Κούτση, 1992).

Ο όρος "ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση" περιλαμβάνει κάθε άτομο που γνωρίζει και εμπιστεύεται το παιδί, άσχετα αν συνδέεται με συγγενικούς δεσμούς ή όχι. Ορισμένοι από τους ατομικούς και κοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν στη σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού είναι :

- Ένα πρώην θύμα σεξουαλικής κακοποίησης – οι κακές σχέσεις με τους γονείς.
- Προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού.
- Προβλήματα υγείας στους γονείς (π.χ. άρρωστη μητέρα).
- Οικονομικά προβλήματα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, σύγχυση ρόλων.
- Απουσία ορίων, ψυχοπαθολογία των γονιών, ψυχοπαθητική προσωπικότητα.
- Ισχυρός, παθολογικά στενός δεσμός μεταξύ των μελών της οικογένειας (απομόνωση, οικογένεια κλεισμένη στον εαυτό της).
- Εξαρτημένες προσωπικότητες, μεθοριακές προσωπικότητες.

(Κούτση, 1992).

Ο πατέρας : Συνήθως ο αιμομίκτης πατέρας είναι ένα άτομο που δεν παρουσιάζει εμφανή παθολογία, αλλά έχει ιδιαίτερη κυριαρχική συμπεριφορά, ζηλεύει και επιθυμεί το παιδί του, στη ζωή του οποίου επεμβαίνει έντονα, άσχετα από την ηλικία του. Είναι συνήθως άτομο αδύναμο, ανώριμο, στερημένο, που αναζητά στη σχέση με τη γυναίκα του μια εξιδανικευμένη εικόνα της μητέρας του. (Κούτση, 1992).

Η μητέρα : Η στάση της μητέρας μέσα στην οικογένεια, στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παίζει σημαντικό ρόλο. Συχνά υπήρξαν οι ίδιες θύματα αιμομιξίας ή άλλης μορφής σεξουαλικής κακοποίησης. Πρόκειται για άτομα αδύνατα να ανταποκριθούν στο ρόλο τους ως σύζυγοι και μητέρες. Συχνά, αν και γνωρίζουν τι συμβαίνει, αδυνατούν να το εμποδίσουν. Δείχνουν παθητικές και καταθλιπτικές, αλλά ταυτόχρονα τυραννικές και πολύ προσκολλημένες στη διατήρηση του οικογενειακού δεσμού. Γι' αυτό συνήθως δε στηρίζουν την προσπάθεια του παιδιού τους στην αποκάλυψη της σεξουαλικής κακοποίησης μέσα στην οικογένεια, ενώ πολλές φορές το συμβουλεύει να μη μιλάει ή να υπακούει ή το κατηγορεί πως λέει ψέματα. (Κούτση, 1992).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

4.1. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις περιπτώσεις κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών.

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι από τους πρώτους επαγγελματίες που θα έρθει σε άμεση επαφή με το παιδί-θύμα και το οικογενειακό του περιβάλλον. Ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός στις περιπτώσεις κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών γιατί προσπαθεί να αναπτύσσει μια θερμή σχέση μεταξύ των γονιών-δραστών και του ίδιου, με σκοπό να προσφέρει κάθε μορφή βοήθειας στους γονείς, αλλά και, κυρίως, να διασφαλίσει το παιδί. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που θα έρθει σε επαφή με τους γονείς και θα δημιουργήσει το κατάλληλο κλίμα για την περαιτέρω συνεργασία έτσι ώστε να γίνει δεκτή η βοήθεια και να μη φανεί ή χαρακτηριστεί ως εισβολή ή επέμβαση του ειδικού και της πολιτείας. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Ο χειρισμός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ώστε να μην επιβεβαιώσει την ήδη εσφαλμένη εντύπωση που έχουν συχνά οι γονείς ότι έρχεται ως τιμωρός τόσο γι' αυτούς όσο και για το παιδί-θύμα. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την ανάγκη μεγάλης προσοχής, από την πρώτη κιόλας συνέντευξη, η οποία είναι μια πολύ δύσκολη δοκιμασία τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς, ιδιαίτερα όταν η κακοποίηση δεν είναι εμφανής αλλά γίνεται κατόπιν καταγγελίας. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Η βοήθεια που προσφέρεται κάθε φορά έχει σχέση με τα ιδιαίτερα προβλήματα που παρουσιάζει κάθε περίπτωση κακοποίησης και τη συναισθηματική κατάσταση των γονιών. Ο κοινωνικός λειτουργός εμφανίζεται ως άτομο που μεριμνά, χωρίς απαιτήσεις, με πρώτο μέλημα να δοθεί στους γονείς η δυνατότητα βοήθειας, συμπαράστασης, καθώς και η δυνατότητα διαφορετικών λύσεων για τη σωστότερη φροντίδα του παιδιού. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ρόλος θεραπευτή. Πρωταρχικός στόχος είναι η θεραπεία της οικογένειας και η ασφαλής παραμονή του παιδιού σε αυτήν. Αρκετά συχνά κρίνεται απαραίτητη η άμεση απομάκρυνση του παιδιού από το επικίνδυνο οικογενειακό περιβάλλον. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι υποχρέωση του κοινωνικού λειτουργού να ελέγξει τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα φιλοξενηθεί προσωρινά το

παιδί. Σε περίπτωση που εργάζεται σε νοσοκομείο, δεδομένου ότι καλύπτει μεγάλη γεωγραφική περιοχή, η διαγνωστική του εκτίμηση περιορίζεται σε 1 – 2 επισκέψεις στο σπίτι, με μεγαλύτερη δυνατότητα λάθους. Ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ της οικογένειας και των υπηρεσιών που μπορούν να προσφέρουν βοήθεια. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Η κοινωνική εργασία, σα μέθοδος αποτελεί την πιο διαδεδομένη προσέγγιση για τις οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Το φαινόμενο της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού δεν αφορά αποκλειστικά το παιδί αλλά επεκτείνεται σε ολόκληρη την οικογένεια, επομένως, για την καλύτερη αντιμετώπισή του είναι απαραίτητη η προσέγγιση όλων των μελών της οικογένειας. Ο κοινωνικός λειτουργός ξεκινά την εργασία του με κάθε μέλος χωριστά και κατόπιν με όλα τα μέλη μαζί προκειμένου να εντοπίσει περιοχές αδυναμιών οι οποίες ευθύνονται για τη δημιουργία του φαινομένου. (Ζουλιάνη, 1991).

Αφού εντοπίσει τις αδυναμίες αυτές, η παρέμβασή του θα κατευθυνθεί στο να αλλάξει ορισμένα χαρακτηριστικά και να ενισχύσει και να ενδυναμώσει κάποια άλλα χαρακτηριστικά της οικογένειας. Πολλές φορές οι επαγγελματίες επικεντρώνουν τις προσπάθειες της θεραπείας, ακόμα και της διάγνωσης, στη μητέρα περισσότερο από κάθε άλλο μέλος. Η μητέρα είναι το πιο προσιτό άτομο για τον κοινωνικό λειτουργό που επισκέπτεται την οικογένεια στο σπίτι. (Ζουλιάνη, 1991).

Τα τελευταία πενήντα χρόνια έχει επικρατήσει η φιλοσοφία ότι αν μια μητέρα μπορούσε να βοηθηθεί στο να γίνει πιο τρυφερή και επαρκής με το παιδί της, ή πιο ικανή να σταθεροποιήσει το γάμο της, ακόμη και αν ο πατέρας ήταν ο κύριος υπεύθυνος για την κακοποίηση του παιδιού, κάποιο καλό αποτέλεσμα θα μπορούσε να προκύψει για το ίδιο το παιδί και τα αδέρφια του. (Ζουλιάνη, 1991).

Η κοινωνική εργασία είναι περισσότερο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων όταν μπορεί να συνδυαστεί με σχήματα θεραπευτικής αντιμετώπισης που έχουν σημειώσει επιτυχία, όπως για παράδειγμα μονάδες-ξενώνες κρίσης, οι ομάδες αλληλοβοήθειας "ανώνυμοι γονείς", θεραπευτικοί ξενώνες για όλη την οικογένεια. (Ζουλιάνη, 1991).

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να φροντίσει για την προστασία του παιδιού. Η προστασία του περιλαμβάνει κυρίως λύσεις γρήγορες όπως άμεση εισαγωγή του παιδιού σε "ξενώνα για περιόδους κρίσης" ή άμεση τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια ή σε άλλο αρμόδιο ίδρυμα. Είναι ο κύριος υπεύθυνος για να διερευνήσει τις συνθήκες στις οποίες ζει το παιδί και να παρέμβει όταν το κρίνει σκόπιμο για την απομάκρυνση του παιδιού από επικίνδυνους γονείς. (Ζουλιάνη, 1991).

Κύρια επιδίωξή του είναι να επουλώσει τα τραύματα που δημιουργεί ένα τέτοιο δυσάρεστο γεγονός στην παιδική ψυχή. (Ζουλιάνη, 1991).

Προσπαθεί να πείσει το παιδί ότι πλέον δεν απειλείται και ότι περιβάλλεται από άτομα που το αγαπούν και το φροντίζουν και νοιάζονται για το καλό του. Επιδιώκει να διασφαλίσει κλίμα εμπιστοσύνης, έτσι ώστε το παιδί να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά του και να δώσει σημαντικές πληροφορίες, οι οποίες θα οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα προκειμένου να διαμορφωθεί ένα πιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα θεραπείας. (Ζουλιάνη, 1991).

Στην επιμέλεια του κοινωνικού λειτουργού είναι και η παρακολούθηση και των υπολοίπων παιδιών της οικογένειας, ώστε να προληφθεί μια μελλοντική κακοποίηση άσχετα αν τα ίδια έχουν προς το παρόν κακοποιηθεί ή όχι. Επίσης, στην επιτυχία του χειρισμού της υπόθεσης, συμβάλλει η ενθάρρυνση του παιδιού να συνεχίσει τις κοινωνικές του δραστηριότητες όπως παιχνίδι, σχολείο, παρέες με συνομήλικους, για να βοηθηθεί να ξεπεράσει τα ψυχικά του τραύματα. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Τέλος, επειδή το φαινόμενο της κακοποίησης δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί, οι επαγγελματίες που ασχολούνται με κακοποιημένα παιδιά θα πρέπει να είναι οπλισμένοι με υπομονή και κουράγιο ώστε να είναι ικανοί να παρέχουν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική βοήθεια τόσο στο παιδί όσο και στην υπόλοιπη οικογένειά του. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

4.1.1. Διαγνωστική εκτίμηση του κοινωνικού λειτουργού

Η διαγνωστική εκτίμηση αρχίζει από την ημέρα που αποκαλύπτεται η κακοποίηση. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαθέτει όλα τα μέσα και την ετοιμότητα να δουλέψει αντικειμενικά. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Σύμφωνα με το βιβλίο «Κακοποίηση – Παραμέληση παιδών», της Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1993), απαραίτητη προϋπόθεση για μια σωστή και αντικειμενική διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας είναι η στάση του επαγγελματία. Πολλές φορές, κάτω από την πίεση και το άγχος για τη σωστή αντιμετώπιση της περίπτωσης, είναι πολύ εύκολο να ταυτιστεί με το παιδί και να φερθεί επιθετικά απέναντι στους γονείς. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την άρνηση της συνεργασίας από την πλευρά των γονέων, γεγονός που δυσχεραίνει το έργο του. Εκείνο που ενδιαφέρει κάθε επαγγελματία είναι η διαπίστωση ότι έχει υποστεί κακοποίηση το παιδί μέσα στην οικογένειά του, άρα οφείλει να αντιμετωπίσει μια οικογένεια σε κρίση. Ο κοινωνικός λειτουργός, προκειμένου να έχει μια σωστή διαγνωστική εκτίμηση, θα πρέπει να συζητήσει και με τους γονείς για τα δικά τους προβλήματα και ανησυχίες. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Επίσης, θα πρέπει να τους καθησυχάζει λέγοντάς τους πως είναι εκεί για να βοηθήσει και τους ίδιους εφόσον η κακοποίηση του παιδιού τους είναι ένα θέμα που αφορά και αυτούς. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Στις περιπτώσεις που οι γονείς αρνούνται να συνεργαστούν παρ'όλες τις προσπάθειες του κοινωνικού λειτουργού, τότε πρέπει να βρεθούν διάφοροι τρόποι, μέσω άλλων οδών, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η προστασία του παιδιού. Η άμεση προστασία του παιδιού αποτελεί βασική προϋπόθεση της διαγνωστικής εκτίμησης παιδιού και οικογένειας. Η διαγνωστική φάση περιλαμβάνει κυρίως τους εξής χειρισμούς :

- Προσεκτική ακρόαση του παιδιού, καθησύχαση και διαβεβαίωση ότι όλα θα πάνε καλά.
- Απενοχοποίησή του. Εμπιστοσύνη σε αυτά που λέει. Τα παιδιά σπάνια λένε ψέματα για την κακομεταχείρησή τους.
- Εξήγηση των ενεργειών που θα ακολουθήσουν για να αισθανθεί σιγουριά.
- Κατανόηση των λόγων για τους οποίους ένα σωματικά κακοποιημένο παιδί δε θέλει να εγκαταλείψει την αγκαλιά του γονέα-δράστη.
- Κατανόηση των λόγων που ένα σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί καλύπτει το γονέα-δράστη.

- Ο ρόλος δεν πρέπει να είναι ανακριτικός. Η συλλογή πολλών λεπτομερειών στη φάση αυτή δε βοηθάει.

Η διαγνωστική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει :

- Κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας, με έμφαση στο διαγενειακό κύκλο της βίας, την οικογενειακή λειτουργία και την ύπαρξη υποστηρικτικών συστημάτων για την οικογένεια.
- Παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου παιδιού και όλων των αδερφών του.
- Κλινική, ψυχολογική εκτίμηση.
- Ψυχιατρική εκτίμηση.

(Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

4.1.2. Συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με άλλες επιστημονικές ομάδες και κοινωνικούς φορείς.

Έχει αναγνωριστεί προ πολλού η ανάγκη για διεπιστημονική αντιμετώπιση του προβλήματος σε όλα τα επίπεδα : διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, πρόληψη, καθώς και η ανάγκη να κατευθύνουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους προς την ίδια κατεύθυνση με συνοχή και αποτελεσματικότητα. (Schmitt, 2001).

Η κακοποίηση - παραμέληση του παιδιού είναι ένα θέμα με πολύπλευρη αιτιολογία που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από επαγγελματίες ενός μόνο κλάδου, π.χ. μόνο παιδίατρο ή μόνο κοινωνικό λειτουργό. Η διεθνής εμπειρία έχει αποδείξει ότι ο ικανότερος ψυχίατρος ή ψυχολόγος ή κοινωνικός λειτουργός δεν μπορεί να ανταποκριθεί με επάρκεια στις πολυσύνθετες ανάγκες μιας δυσλειτουργικής οικογένειας. (Schmitt, 2001).

Λύση σε αυτό το αδιέξοδο αποτελεί η διεπιστημονική ομάδα, μια ομάδα επιστημόνων που εκπροσωπούν τους βασικούς κλάδους που ασχολούνται με το παιδί και την οικογένεια.

Η ομάδα πρέπει να είναι μικρή ή μεγάλη, ανάλογα με τις δυνατότητες του φορέα και τις ανάγκες του πληθυσμού που εξυπηρετεί. Η διεπιστημονική ομάδα βρίσκεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, συζητά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο κάθε επαγγελματίας ξεχωριστά, ακούγονται απόψεις και παίρνονται τελικά συλλογικές αποφάσεις. Σε περίπτωση λάθους, τα μέλη της ομάδας μοιράζονται τη λύπη και την ευθύνη. Ο ρόλος του κάθε μέλους είναι ο εξής :

- Κοινωνικός λειτουργός : Είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση των προϋποθέσεων για την παραμονή του παιδιού στην οικογένεια με ασφάλεια, και για τις προτάσεις τρόπων της θεραπευτικής προσέγγισης.(Schmited,2001)
- Παιδίατρος : Ένα ιδανικό πρόσωπο για τη διάγνωση θα πρέπει να είναι ο παιδίατρος αλλά μπορεί να είναι και ο οικογενειακός γιατρός. Συνήθως έχει μερική απασχόληση στην ομάδα. .(Schmited,2001)
- Ο συντονιστής : Είναι ο άνθρωπος-κλειδί στην ομάδα, αυτός που συντονίζει τους επαγγελματίες και τις οργανώσεις που έχουν αναμιχθεί σε μια περίπτωση.(Schmited,2001)
- Ψυχίατρος ή ψυχολόγος : Έχει κυρίως διαγνωστικό ρόλο. Χρειάζεται να έχει γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση ανηλίκων. Υποστηρίζει τους κοινωνικούς λειτουργούς που ασχολούνται με μακρόχρονα περιστατικά.(Schmitt,2001)
- Δικηγόρος : Είναι σκόπιμο να παρευρίσκεται στα συμβούλια της ομάδας. Σε ομάδες νοσοκομείων συμμετέχει ο νομικός σύμβουλος του νοσοκομείου. Αν πρόκειται για εξωτερικό δικηγόρο, καλό είναι να εργάζεται στο δικαστήριο ανηλίκων.(Schmitt,2001)
- Αστυνομικός : Σε μικρά μέρη μπορεί να είναι ένα σταθερό πρόσωπο του τοπικού αστυνομικού τμήματος. Σε αστικές περιοχές μπορεί να προέρχεται από το τμήμα ανηλίκων της αστυνομίας.(Schmitt,2001)

Επισκέπτης υγείας : Μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμος σε πολυμελείς κυρίως οικογένειες ή νεαρά ανώριμα ζευγάρια με μικρά παιδιά. (Schmitt, 2001)

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης σε διοικητικά ή γεωγραφικά διαχωρισμένες περιοχές όπου μπορεί να επισκέπτεται οικογένειες "σε κίνδυνο".

Η λεπτομερής αναφορά στην "Ιδανική Ομάδα" δε θα πρέπει να απογοητεύει φορείς που με λίγα μέσα θέλουν να αρχίσουν να αντιμετωπίζουν το πρόβλημα. Σε νοσοκομειακά πλαίσια, τα περισσότερα μέλη της ομάδας μπορεί να είναι κάλλιστα τακτικό προσωπικό του νοσοκομείου, που οι ίδιοι συγκροτούνται για κάθε περιστατικό. (Schmitt, 2001)

4.2. Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Ο όρος "θεραπεία" χρησιμοποιείται με την έννοια της θεραπευτικής παρέμβασης τόσο στην οικογένεια σα σύνολο όσο και ξεχωριστά σε κάθε μέλος που έχει ανάγκη. (Παπαδάτου, 1980).

Οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης είναι :

- Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση.
- Η αποκατάσταση της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι.

Είναι γεγονός πως πρέπει να δίνεται μια προτεραιότητα στη σωματική κακοποίηση που συχνά τα αποτελέσματα είναι τραγικά. Όμως, η βιασύνη των "ειδικών" για ταχύτερη αποκατάσταση της οικογένειας έχει πολλές φορές οδηγήσει σε επανακακοποίηση. Η οικογενειακή ζωή πρέπει να πληρεί τέσσερις βασικές λειτουργίες για κάθε παιδί :

- Να εξασφαλίζει την ομαλή ανάπτυξη και τη σωματική υγεία.
- Να του προσφέρει την κατάλληλη κατεύθυνση για συναισθηματικές εμπειρίες.
- Να αποτελεί η οικογενειακή ζωή το παράδειγμα του γονεϊκού ρόλου.
- Να το διδάσκει τη συμπεριφορά που οδηγεί και εξασφαλίζει ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις. (Παπαδάτου, 1980).

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία της κακοποίησης των παιδιών εξαρτάται από την πληρέστερη αναγνώριση των πολλαπλών παραγόντων που συνθέτουν το πρόβλημα. Αυτοί είναι :

- Η φύση του βασικού προβλήματος.
- Η επιθυμία των γονιών να βοηθήσουν.
- Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση.
- Η επάρκεια πηγών βοήθειας.

(Παπαδάτου, 1980).

Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Το 10% των γονιών είναι ψυχικά άρρωστοι. Η μόνη παρέμβαση που μπορεί να γίνει στις οικογένειες αυτές είναι η μόνιμη και νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση του παιδιού. Καμιά άλλη θεραπεία δεν μπορεί να φέρει την αποκατάσταση της οικογένειας. Η ατολμία ή η αντικειμενική δυσκολία των "ειδικών" να απομακρύνουν μόνιμα ένα παιδί από τους γονείς, έχει οδηγήσει παιδιά σε χρόνια σοβαρά ψυχικά προβλήματα, άλλα με μόνιμες σωματικές αναπηρίες, ακόμη και στο θάνατο.

Στο 80% όμως των περιπτώσεων, η οικογένεια μπορεί να κρατήσει τα παιδιά εξασφαλίζοντάς τους, αν όχι το ιδανικό πλαίσιο για μακρόχρονη ψυχική υγεία, τουλάχιστον μια καθημερινή ζωή σε οικογενειακό περιβάλλον. (Kemp, 1972).

Η βοήθεια που μπορεί να προσφερθεί απευθύνεται σε όλη την οικογένεια, ως σύνολο, αλλά και στο κάθε μέλος της, ως άτομο, ξεχωριστά:

i. Πηγές βοήθειας για όλη την οικογένεια :

Μονάδες-ξενώνες για περιόδους κρίσης : Οποιαδήποτε μητέρα μπορεί να φέρει το παιδί της μόνη, χωρίς την παρέμβαση καμιάς υπηρεσίας, οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας, και να το αφήσει όσο καιρό χρειάζεται. (Κατωπόδη, 2005).

Θεραπευτικά οικοτροφεία και οικογένειες : Αυτή τη στιγμή υπάρχουν δύο τέτοια οικοτροφεία, το ένα είναι το Park Hospital for Children στην Οξφόρδη και το Tronle στο Άμστερνταμ. Εκεί η οικογένεια μπορεί να μείνει για 3 – 5 εβδομάδες. Το προσωπικό αποτελείται από ψυχιατρική νοσοκόμο, κοινωνική λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτή, ψυχολόγο, ενώ την ομάδα κατευθύνει ψυχίατρος, χωρίς να είναι ενεργό μέλος της. Στο ίδιο πλαίσιο προσφέρονται θεραπευτικές μέθοδοι όπως ψυχοθεραπεία συζύγων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, αν και η πιο σημαντική προσφορά είναι η ανεπίσημη ψυχοθεραπεία, το πρότυπο του γονικού ρόλου που προβάλλεται μέσα από την πρακτική βοήθεια που παρέχεται. Η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με υπηρεσίες της κοινότητας, προετοιμάζει την επιστροφή της οικογένειας στον κοινοτικό χώρο. (Κατωπόδη, 2005).

Θεραπευτικό νηπιαγωγείο : Λειτουργεί στα πρότυπα παιδοψυχιατρικού ειδικού νηπιαγωγείου για παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς, κακοποίηση, παραμέληση και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής προσαρμογής που χρειάζονται έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση. (Κατωπόδη, 2005).

Θεραπεία οικογένειας : Έχει δοκιμαστεί σε οικογένειες με μεγαλύτερα παιδιά. Έχει κριθεί σε μια προσέγγιση που μόνη της δεν μπορεί να καλύψει τις σύνθετες ανάγκες των οικογενειών αυτών. Απευθύνεται ακριβώς στη γονική ιδιότητα, δηλαδή εκείνη όπου οι γονείς έχουν αποτύχει. Εφαρμόζεται σε περιορισμένη κλίμακα και σε ειδικά κέντρα. (Κατωπόδη, 2005).

ii. Πηγές βοήθειας για το παιδί :

Παιδιατρική κάλυψη : Προσφέρεται παιδιατρική αξιολόγηση και παρακολούθηση στο πλαίσιο παιδιατρικού νοσοκομείου, τοπικού κέντρου υγείας, ή οικογενειακού γιατρού. (Κατωπόδη, 2005).

Βοήθεια από μη ειδικούς : Τα άτομα αυτά έχουν περισσότερο ρόλο οικογενειακού φίλου και συμπαραστάτη και λιγότερο "θεραπευτή". (Κατωπόδη, 2005).

Θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών : Θεραπευτική ομαδική προσέγγιση για παιδιά προσχολικής ηλικίας με συμμετοχή και των γονιών. (Κατωπόδη, 2005).

Παιγνιοθεραπεία : Συνήθως γίνεται σε θεραπευτικό παιδοψυχιατρικό πλαίσιο ή άλλο κέντρο ψυχικής υγείας, με τη μορφή ατομικών συνεδρίων και απευθύνεται σε παιδιά προσχολικής ηλικίας κυρίως. (Κατωπόδη, 2005).

Ατομική ψυχοθεραπεία : Απευθύνεται σε μεγαλύτερα παιδιά. Συχνά οι γονείς εναντιώνονται σε μια "ατομική" σχέση του παιδιού τους με κάποιο πρόσωπο εξουσίας εκτός οικογένειας. (Κατωπόδη, 2005).

Ομαδική ψυχοθεραπεία : Ομαδική θεραπευτική βοήθεια για παιδιά σχολικής ηλικίας. (Κατωπόδη, 2005).

iii. Πηγές βοήθειας για γονείς :

24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία : Έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προλάβει σοβαρές οικογενειακές κρίσεις που καταλήγουν στη χρήση βίας προς τα παιδιά ή την εγκατάλειψή τους από γονείς που βρίσκονται σε απόγνωση. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Υπηρεσίες επισκέπτη υγείας : Παρέχονται στο πλαίσιο κυρίως κοινοτικών κέντρων υγείας και ψυχικής υγείας. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Θεραπεία από μη ειδικούς : Το πρόγραμμα "βοηθοί γονιών" εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία στις Η.Π.Α. Οι "βοηθοί γονιών" είναι πάντα έτοιμοι να ακούσουν υπομονετικά όλα τα προβλήματα και τις δυσκολίες χωρίς να ασκούν κριτική και να σερβίρουν λύσεις. Εποπτεύονται από κοινωνικούς λειτουργούς ή ψυχιατρική ομάδα και πληρώνονται από τις τοπικές υπηρεσίες πρόνοιας. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Κοινωνική εργασία : Η θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθεί το μοντέλο της "παρέμβασης στην κρίση" ή της "επιθετικής κοινωνικής εργασίας" που γίνεται στο πλαίσιο διεπιστημονικής προσέγγισης, έχει αποδειχθεί σαν πλέον αποτελεσματική. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Η ύπαρξη υποδομής υποστηρικτών και προνομιακών υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για όλα τα μοντέλα παρέμβασης. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Ατομική ψυχοθεραπεία : Έχουν δοκιμαστεί διάφορες προσεγγίσεις. Η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν εφαρμόζεται πολύ, κυρίως γιατί πρόκειται για πληθυσμό με μειωμένο κίνητρο για αλλαγή και γιατί το κόστος είναι πολύ υψηλό και η θεραπεία μακρόχρονη. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Θεραπεία συζύγων : Προϋποθέτει κίνητρα και από τους δύο γονείς, γεγονός αρκετά σπάνιο για τους γονείς αυτούς. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Ομαδική ψυχοθεραπεία : Βοηθάει τους γονείς να ξεφύγουν από την κοινωνική τους απομόνωση, να μοιραστούν με άλλους γονείς τις καθημερινές δυσκολίες με τα παιδιά τους, να ανακαλύψουν τις όντως εξωπραγματικές απαιτήσεις τους από αυτά και να απαιτήσουν αυτοεκτίμηση. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Ανώνυμοι γονείς : Πρόκειται για ομάδες αυτοβοήθειας γονιών, που λειτουργούν σύμφωνα με το πρότυπο των "ανώνυμων γονιών". (Κατωπόδη, 2005).

Άλλο πρόγραμμα που έχει δοκιμαστεί με επιτυχία στις Η.Π.Α. είναι οι «ανάδοχοι παππούδες και γιαγιάδες». Πληρώνονται με ωριαία αμοιβή από τις τοπικές προνοιακές υπηρεσίες. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

Οικιακοί βοηθοί : Πληρώνονται από τις τοπικές προνοιακές υπηρεσίες για να καλύπτουν τις ανάγκες του νοικοκυριού. Παρόλο που ο στόχος τους είναι η βοήθεια στο νοικοκυριό, οι οικιακοί βοηθοί επιλέγονται με βάση την ωριμότητα και την προσωπικότητά τους και λιγότερο για την ικανότητά τους να καθαρίζουν τέλεια ένα σπίτι. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 2003).

4.2.1. Ελληνική πραγματικότητα – Ελλείψεις που παρουσιάζονται στο πλαίσιο της θεραπευτικής παρέμβασης.

Σήμερα, 20 χρόνια περίπου μετά την πρώτη δημοσίευση σχετικά με το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού στην Ελλάδα και παρά τη συνεχή επιστημονική προβολή του θέματος, ακόμη και παρά τα τραγικά και θανατηφόρα περιστατικά που προβάλλουν στα Μ.Μ.Ε., η επίσημη πολιτεία στέκεται παρά πίσω, αγνοεί ή σιωπά. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Η πρόοδος που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, σε ό,τι αφορά τη βία προς τα παιδιά, οφείλεται περισσότερο στην επιμονή και το πείσμα μιας μικρής ομάδας επαγγελματιών. Όταν όμως οι προσπάθειες ή οι καινοτομίες συνδέονται με άτομα ή ομάδες και όχι με θεσμούς, πολύ πιο εύκολο είναι να πέσουν στο κενό. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Αυτή ακριβώς η έλλειψη συγκεκριμένου θεσμικού πλαισίου προστασίας σε συνδυασμό με τη μη ύπαρξη σταθερής ομάδας πίεσης των αρμόδιων φορέων προς την κατεύθυνση λήψης μέτρων, απομακρύνει τους αρμόδιους από το πρόβλημα και τους στρέφει σε άλλες προτεραιότητες. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Το πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών είναι ύπουλο, πολυσύνθετο και απογοητευτικό, τουλάχιστον για εκείνους που επιδιώκουν δραστικές και άμεσες λύσεις. Η σταδιακή, συστηματική, επιμονή και αισιόδοξη προσέγγιση του προβλήματος θα σώσει από βέβαιο θάνατο 150 παιδιά και άλλα 4.500 παιδιά που, σύμφωνα με εκτιμήσεις, κακοποιούνται σοβαρά στην Ελλάδα κάθε χρόνο και θα προσφέρει μια νέα ποιότητα ζωής στις οικογένειές τους. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Οι ελλείψεις που υπάρχουν στο χώρο της παιδικής προστασίας είναι τεράστιες. Οι επαγγελματίες που στελεχώνουν τις αρμόδιες υπηρεσίες εμφανίζουν έλλειψη ειδικών γνώσεων και ικανοτήτων, γεγονός που αποτελεί βασικό εμπόδιο στο χειρισμό τέτοιων περιπτώσεων. Η επαγγελματική κατάρτιση περιορίζεται στην παροχή γενικών γνώσεων χωρίς καμιά εξειδίκευση στους διάφορους τομείς πρακτικής εφαρμογής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας σειράς προβλημάτων που έχουν σχέση με τη σωστή

διάγνωση και εκτίμηση μιας περίπτωσης καθώς και με τις πιο αποτελεσματικές παρεμβατικές ενέργειες για την άμεση προστασία των θυμάτων της κακοποίησης και για την ουσιαστική συνεργασία των οικογενειών τους με τους κοινωνικούς λειτουργούς. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Ελλείψεις ακόμη εντοπίζονται και στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, αφού δεν υπάρχει ένα σύστημα υπηρεσιών με οργάνωση και ουσιαστική σύνδεση μεταξύ τους. Οι λιγοστές κοινωνικές υπηρεσίες βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα, με ανεπίτρεπτα στοιχειώδες επίπεδο, ενώ στην υπόλοιπη Ελλάδα υπάρχει παντελής έλλειψη. (Ζουλιάνη, 1991).

Ακόμη, η έλλειψη μιας ειδικής στατιστικής υπηρεσίας, που να καταγράφει τα περιστατικά των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, όχι μόνο αφήνει τα παιδιά απροστάτευτα αλλά και δημιουργεί σημαντικά εμπόδια στους επαγγελματίες για τον αποτελεσματικότερο χειρισμό τέτοιων περιπτώσεων. (Ζουλιάνη, 1991).

Απαραίτητη είναι η ύπαρξη μονάδων προσωρινής φιλοξενίας κακοποιημένων παιδιών, όταν η συνύπαρξη στο φυσικό τους περιβάλλον καθίσταται αδύνατη. (Ζουλιάνη, 1991).

Ένα άλλο σημείο όπου θα έπρεπε η πολιτεία να επικεντρώσει το ενδιαφέρον της είναι η βελτίωση της ήδη υπάρχουσας νομοθεσίας, η οποία αφήνει ακάλυπτο το παιδί-θύμα. (Ζουλιάνη, 1991).

Τέλος, η πολιτεία θα πρέπει να φροντίσει για τη σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού είτε μέσω των Μ.Μ.Ε. είτε μέσω υποχρεωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σεξουαλικής αγωγής και οικογενειακής ζωής, τα οποία θα απευθύνονται σε παιδιά, γονείς και δασκάλους. Η ενημέρωση των κοριτσιών και των αγοριών για την κακοποίηση δε θα πρέπει να γίνεται εφάπαξ και βιαστικά. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Αυτές είναι μερικές από τις ελλείψεις οι οποίες καθιστούν το πρόβλημα όλο και πιο έντονο και την αντιμετώπισή του αναγκαία. Η ριζική αλλαγή που επιτακτικά χρειάζεται στην αναχρονιστική και "απροστάτευτη" παιδική προστασία θα προσφέρει ένα καταλληλότερο πλαίσιο αποκατάστασης, όχι μόνο για κακοποιημένα παιδιά αλλά για κάθε παιδί που γεννιέται και μεγαλώνει σε δυσλειτουργική οικογένεια ή που χρειάζεται να φύγει ή μοιραία καταλήγει να ζήσει μακριά από τη φυσική του οικογένεια. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993).

Μελέτη που έγινε, από Ομάδα Εργασίας που συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα, προτείνει μια σειρά από μέτρα, κατασταλτικά και

προληπτικά, που πρέπει να ληφθούν στην Ελλάδα για να αντιμετωπιστεί και στη χώρα μας ένα καυτό πρόβλημα που αφορά τη ζωή, τη σωματική και ψυχική υγεία και την κοινωνική προσαρμογή χιλιάδων παιδιών κάθε χρόνο. (www.xamogelo.gr).

Η ανάπτυξη συμβουλευτικών σταθμών για γονείς στο χώρο της τοπικής αυτοδιοίκησης, η αριθμητική επέκταση και η ποιοτική βελτίωση των παιδικών σταθμών, οι παροχές διευκόλυνσης στην εργαζόμενη μητέρα, η νομική και κοινωνική υποστήριξη των παιδιών εκτός γάμου και άλλα κοινωνικά μέτρα που στοχεύουν στην υποστήριξη της οικογένειας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, βοηθούν σημαντικά τις οικογένειες που έχουν πρόβλημα κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών τους.

Έχουν γίνει βέβαια κάποια μικρά αλλά σημαντικά βήματα στο χώρο της κατασταλτικής αντιμετώπισης του προβλήματος. Κάποια από αυτά είναι :

- Μονάδα-ξενώνας κρίσης για κακοποιημένα και παραμελημένα βρέφη και νήπια 0-3 ετών, που δημιούργησε ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας με την επιστημονική συμπαράσταση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.
- Δημιουργία ξενώνων για παιδιά με προβλήματα συναισθηματικά ή κακοποίησης – παραμέλησης στο πλαίσιο του προγράμματος για την Ψυχική Υγεία.
- Κέντρο τηλεφωνικής συμπαράστασης S.O.S. από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- Δημιουργία Ελληνικής Εταιρίας για την Πρόληψη της Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών.
- Προσπάθειες για τη μετεκπαίδευση επαγγελματιών στο θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.
- Οργάνωση Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου για την Κακοποίηση και Παραμέληση των Παιδιών, από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

(www.wikipedia.com).

Οι περισσότερες από τις παραπάνω προτάσεις έγιναν με πρωτοβουλία της διεπιστημονικής ομάδας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού που ασχολείται επισταμένως με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Ο ενθουσιασμός όμως ενός μικρού πυρήνα στελεχών ενός ερευνητικού οργανισμού δεν μπορεί να επαρκέσει για την κάλυψη των αναγκών ούτε μπορεί ή είναι σκόπιμο ένας φορέας να υποκαταστήσει αρμοδιότητες βασικών υπουργείων. Γι' αυτό η προσδοκία όλων όσων εργάζονται με "παιδιά σε κίνδυνο" είναι η κατάρτιση νομοσχεδίου για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα.

4.3. Πρόληψη της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού.

Η πρόληψη της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών διαφέρει από εκείνη της σεξουαλικής κακοποίησης και αυτό γιατί κύριος αιτιολογικός παράγοντας στη σωματική κακοποίηση – παραμέληση θεωρείται η διαταραχή της γονεϊκής ικανότητας, ενώ στη σεξουαλική κακοποίηση κύριες αιτίες θεωρούνται η βαθιά διαταραχή στη σχέση του ζευγαριού, η ψυχοπαθολογία του δράστη και οι κοινωνικοί θεσμοί που αφορούν την κοινωνικοποίηση των δύο φύλων. (Τριανταφύλου,2005)

Κάθε μορφή πρόληψης – πρωτογενής, δευτερογενή, τριτογενής – πρέπει να απευθύνεται στις ιδιαιτερότητες του κάθε φαινομένου.

Ενώ ο στόχος όλων πρέπει να είναι η πρωτογενής πρόληψη, η αλλαγή δηλαδή στις κοινωνικές δομές, αξίες και θεσμούς που προωθούν τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, η προώθηση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής για όλους, θα πρέπει συγχρόνως πάντα να εργαζόμαστε στα επίπεδα της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Έτσι θα πρέπει αφενός να γίνεται έγκαιρη εντόπιση οικογενειών ή νέων γονιών "υψηλού κινδύνου" όσον αφορά την ανάπτυξη προβλημάτων που σχετίζονται με τη γονική τους ικανότητα και κατόπιν η στήριξή τους με προγράμματα που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, αφετέρου δε η στήριξη της οικογένειας που κακομεταχειρίζεται ένα παιδί της, με στόχο να μην επανακακοποιηθεί ούτε να μεταφερθεί αυτή η μορφή συμπεριφοράς στα αδέρφια του. (Τριανταφύλου, 2005)

I. Πρωτογενής Πρόληψη

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού, ιδιαίτερα δε σε οικογένειες με μικρά παιδιά, ώστε να εξασφαλιστεί ότι το άτομο δε θα κακοποιηθεί ή παραμεληθεί ποτέ στη ζωή του. Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δοκιμαστεί προγράμματα που συνδυάζουν με επιτυχία πιο συγκεκριμένους στόχους και προληπτική αποτελεσματικότητα. Μερικά από αυτά αφορούν :

- Την προετοιμασία των νέων για το γονεϊκό ρόλο στο πλαίσιο της κοινότητας. Ειδικά προγράμματα στα σχολεία, στα κέντρα νεότητας, στα Μ.Μ.Ε. Η προετοιμασία αυτή καλύπτει ευρύ περιεχόμενο, όπως τις αναπτυξιακές ανάγκες των βρεφών και των μικρών παιδιών, τις ευθύνες του γονεϊκού ρόλου, τα πρακτικά προβλήματα της καθημερινής φροντίδας του παιδιού, τις πηγές βοήθειας.

- Ευρεία εκπαίδευση και διαφώτιση με στόχο την προαγωγή της υγείας γενικότερα και της ψυχικής υγείας ειδικότερα.
- Βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών, ιδίως για τις νέες και φτωχές οικογένειες.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για νέες έγκυες μητέρες, καλές συνθήκες τοκετού και συστηματική παρακολούθηση των νεογνών. Διευκόλυνση των συνθηκών που ενισχύουν το δεσμό μάννας – παιδιού, όπως αύξηση του χρόνου άδειας κύησης κτλ.

(Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987)

II. Δευτερογενής Πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη έχει ως στόχο τον εντοπισμό οικογενειών και παιδιών "υψηλού κινδύνου" με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση – παραμέληση, δηλαδή να μη διαγωνίζεται η εμπειρία των ήδη κακοποιημένων γονέων στα παιδιά που αποκτούν.

(Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987)

III. Τριτογενής Πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη ασχολείται με παιδιά που έχουν ήδη κακοποιηθεί και τις οικογένειές τους, με σκοπό να μην ξανακακοποιηθεί το συγκεκριμένο παιδί και τα αδέρφια του που ήδη υπάρχουν ή που θα γεννηθούν. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987)

Η μορφή αυτή πρόληψης είναι εφικτή όταν γονείς και επαγγελματίες προσφέρουν την υποστήριξή τους για να μετριάσουν την αυτοκατηγορία. Οι γονείς θα πρέπει να ελέγξουν τα συναισθήματα ενοχής τους, την αγωνία και τη φρίκη τους και να εμπλακούν ενεργά στην απαραίτητη θεραπεία. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987)

Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει τα προγράμματα κακοποίησης στο χώρο της παιδικής προστασίας, της διεπιστημονικής ομάδας των νοσοκομείων κτλ. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει :

- Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από τη διεπιστημονική ομάδα.
- Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι, τουλάχιστον στην αρχική φάση.
- Θεραπεία και υποστήριξη των γονέων.
- Ψυχοθεραπεία του παιδιού.
- Βελτίωση των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας.

Τέλος, στο πλαίσιο της πρόληψης, μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στο ψυχολογικό προφίλ των επαγγελματιών που βρίσκονται στα κέντρα που πηγαίνουν τα παιδιά, όπως παιδικοί σταθμοί, κέντρα παιδικής προστασίας, έτσι ώστε να αποφεύγεται οποιαδήποτε μορφή επανακακοποίησης των παιδιών αυτών. (Τσιάντης – Μανωλόπουλος, 1987)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

5.1 Νομική Παρέμβαση

Στην ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ακριβώς ο όρος "κακοποίηση του παιδιού". Αυτό σημαίνει ότι ο νόμος στην Ελλάδα αγνοεί τις περιπτώσεις που το παιδί κακοποιείται ή παραμελείται από τους γονείς του ή από οποιονδήποτε άλλον. Αν και οι νομικές διατάξεις και γενικότερα η καταστολή των αδικημάτων που συγκροτούν την κακοποίηση – παραμέληση είναι επαρκής, απομένουν πολλά να γίνουν για την υλοποίηση της προστασίας που πρέπει να παρέχεται στο θύμα της κακοποίησης, δηλαδή στο ανυπεράσπιστο παιδί. (Σαλκιτζόγλου, 1990)

Η νομική παρέμβαση, όταν δεν μπορεί να αποφευχθεί, μπορεί να εμπεριέχει δύο μορφές : την ποινική δίωξη του δράστη και τη χρήση ασφαλιστικών μέτρων με στόχο την αφαίρεση της επιμέλειας ή/και γονικής μέριμνας από τους γονείς –προσωρινά ή μόνιμα- και ανάθεσή της σε τρίτο άτομο, συγγενή ή όχι, ή ίδρυμα. (Σαλκιτζόγλου 1990)

Αν κάθε μορφή κακομεταχείρισης ενός παιδιού αποτελεί νομικά "έγκλημα", πρέπει να διατηρούνται επιφυλάξεις ως προς την ποινικοποίηση μιας οικογενειακής υπόθεσης, εφόσον μπορεί να αντιμετωπιστεί διαφορετικά η οικογένεια και το παιδί. Κι αυτό, γιατί η απόδοση του δικαίου δε σχετίζεται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση της περίπτωσης, άρα δε βοηθιέται η οικογένεια. Ποινική δίωξη πρέπει να ασκείται μόνο αν από τη διαγνωστική εκτίμηση προκύψει ότι ο δράστης είναι άτομο εκτός οικογενείας (π.χ. φίλος μητέρας) ή αν ο γονιός – δράστης είναι επικίνδυνος και για τους άλλους. (Μουζάκης, 1985).

Η συχνότερη χρήση του νόμου αφορά στη λήψη ασφαλιστικών μέτρων για το συμφέρον του παιδιού. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι εκείνος που συνήθως παρίσταται στο δικαστήριο υποστηρίζοντας το συμφέρον του παιδιού στο πλαίσιο του γενικότερου συμφέροντος της οικογένειας. Έτσι, οι γονείς προφυλάσσονται και οι ίδιοι από περαιτέρω κακομεταχείριση του παιδιού τους άρα και από εις βάρος τους συνέπειες. Όλοι οι επαγγελματίες που έχουν εμπλακεί στην περίπτωση πρέπει να στηρίζουν τον κοινωνικό λειτουργό, παιδίατρο ή άλλο συνάδελφό τους που καταθέτει στο δικαστήριο, παρέχοντάς του πλήρεις εκθέσεις και προσφέροντάς του συναισθηματική υποστήριξη. (Μουζάκης, 1985).

Οποιαδήποτε νομική παρέμβαση και αν επιλεγεί, πρέπει να είναι αποτέλεσμα λεπτομερούς αξιολόγησης και πάντα στο πλαίσιο μιας γενικότερης θεραπευτικής

αντιμετώπισης παιδιού και οικογένειας. Νομικές παρεμβάσεις έξω από αυτό το πλαίσιο είναι καταδικασμένες να αποτύχουν. (Σαλκιτζόγλου,1990)

5.1.1 Ποινικές Συνέπειες

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας του 1990 περιέχει πολλές διατάξεις οι οποίες τιμωρούν αυτόν που είναι υπεύθυνος για την ανάπτυξη, προστασία και επίβλεψη κάποιου ανηλίκου. Οι διατάξεις αυτές απευθύνονται στους γονείς, δασκάλους, νοσοκόμους, παιδοφύλακες, που μπορεί να προκαλέσουν σωματικές και ψυχικές κακώσεις της υγείας του παιδιού. Εδώ περιλαμβάνονται και διάφορες παραλήψεις που οδηγούν στην παραμέληση της διατροφής, εγκατάλειψη του παιδιού στην τύχη του από απόψεως ανατροφής, άρνηση παροχής εκπαίδευσης, άρνηση θεραπείας σε περίπτωση ασθένειας. Κυριότερη διάταξη είναι αυτή που προβλέπεται στο άρθρο 312 Π.Κ. και είναι γνωστή σα "σωματική βλάβη ανηλίκου". Η διάταξη αυτή εφαρμόζεται μόνο αν η κακοποίηση – παραμέληση του παιδιού δεν τιμωρείται με άλλη βαρύτερη πράξη. Ενδεικτικά αναφέρονται σοβαρότερες μορφές κακοποίησης – παραμέλησης που προβλέπονται από τον ποινικό κώδικα (Σαλκιτζόγλου,1990) :

- Έκθεση (άρθρο 306 Π.Κ.). Με τη διάταξη αυτή τιμωρείται όποιος αφήσει αβοήθητο κάποιο άτομο. Όταν στο άτομο αυτό επέλθει βαριά βλάβη της υγείας του, τότε επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι 10 έτη.
- Παράβαση της υποχρέωσης προς διατροφή (άρθρο 358 Π.Κ.). Στην περίπτωση αυτή τιμωρείται ο γονιός που δεν προβλέπει την παροχή διατροφής στο παιδί και αυτό αναγκάζεται να ζητήσει τη βοήθεια τρίτων. Προβλεπόμενη ποινή φυλάκισης ενός έτους.
- Παραμέληση αποτροπής από επαιτεία ή αλητεία (άρθρο 409 Π.Κ.). Προβλεπόμενη ποινή φυλάκισης μέχρι 6 μήνες.
- Όλες οι περιπτώσεις "σεξουαλικής λεγόμενης κακοποίησης" στην οποία εντάσσονται τα εξής αδικήματα όταν τελούνται εις βάρος των παιδιών : α) Κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια (άρθρο 345 Π.Κ.), β) Ασέλγεια δια καταχρήσεως εξουσίας (άρθρο 343 Π.Κ.), γ) Αιμομιξία (άρθρο 345 Π.Κ.), δ) Μαστροπεία (άρθρο 349 Π.Κ.).

Στις περιπτώσεις αυτές η προβλεπόμενη ποινή είναι φυλάκιση τουλάχιστον ενός έτους, όταν το αδίκημα διαπραχθεί από τους γονείς ή από τρίτους που έχουν αναλάβει τη φύλαξη του παιδιού. (Σαλκιτζόγλου,1990)

Σε διάφορα αδικήματα που διαπράττονται από τρίτους, όπως επικίνδυνη σωματική βλάβη, βιασμός, αποπλάνηση ανηλίκου κλπ, αναφέρονται άλλες διατάξεις. (Σαλκιτζόγλου,1990)

Στις περιπτώσεις που επέλθει ο θάνατος του παιδιού υπάρχουν άρθρα που τιμωρούν βαρύτερα τους δράστες. Η τιμωρία τους μπορεί να φτάσει τα ισόβια δεσμά και τη θανατική ποινή. Η ποινική δίωξη προχωρεί αυταπάγγελτα, χωρίς να κατατεθεί μήνυση από τον παθόντα ή κάποιον εκπρόσωπό του, όταν υποπέσει στην αντίληψη της αστυνομίας ή του εισαγγελέως οποιαδήποτε περίπτωση κακοποίησης – παραμέλησης. Αμέσως τίθεται σε λειτουργία ο μηχανισμός της ποινικής δίκης χωρίς καν να το επιθυμεί ο ανήλικος παθών ή οι γονείς του. (Σαλκιτζόγλου,1990)

Τέλος, υπάρχει γενική διάταξη στο άρθρο 40 του κώδικα ποινικής δικονομίας που επιβάλλει σε οποιονδήποτε αντιληφθεί περόπτωση κακοποίησης – παραμέλησης παιδιού να προχωρά σε καταγγελίες στην Αστυνομία ή στον Εισαγγελέα. (Σαλκιτζόγλου,1990)

5.1.2 Αστικές Συνέπειες

Οι συνέπειες της κακοποίησης, όταν αυτή γίνεται από γονείς, επεκτείνονται και στις νομικές σχέσεις που υπάρχουν μέσα στην οικογένεια. Μετα τη δικαστική πιστοποίησή της, ανατρέπεται η νομική δομή της οικογένειας. Ο νόμος θεωρεί ότι αυτός που προκαλεί κακώσεις, βασανίζει η αδιαφορεί για το παιδί του δεν μπορεί να ασκεί τα δικαιώματα και τα καθήκοντά του ως γονέας. Η κακή άσκηση γονικής μέριμνας έρχεται σε αντίθεση με το άρθρο 1507 του Α.Κ. που προβλέπει : "Γονείς και τέκνα οφείλουν αμοιβαία μεταξύ τους βοήθεια, στοργή και σεβασμό". (Σαλκιτζόγλου,1990)

Όταν διαπιστωθεί δικαστικά η ύπαρξη κακοποίησης – παραμέλησης, τότε μπορεί να συμβούν διαζευτικά τα εξής :

- Η έκπτωση από τη γονική μέριμνα, μετά από τελεσίδικη ποινική καταδίκη σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μήνα για αδίκημα που διέπραξε ο γονέας με δόλο και που αφορά τη ζωή, την υγεία και τα ήθη του παιδιού (1537 Α.Κ.). Στην περίπτωση αυτή, το δικαστήριο εκτιμώντας τις περιστάσεις μπορεί να προχωρήσει στην αφαίρεση της επιμέλειας των γονέων από τα υπόλοιπα τέκνα, διότι ο Νόμος δεν μπορεί να εμπιστευθεί τα υπόλοιπα παιδιά σε ένα γονιό που έχει αποδειχθεί βάνανυσος, έστω και σε ένα από τα παιδιά του.
- Σε όσες περιπτώσεις δεν υπάρχει τελεσίδικη απόφαση, η κακή άσκηση γονικής μέριμνας ή η ανικανότητα και ακαταλληλότητα των γονέων οδηγούν στην

αφαίρεσή της από αυτούς (άρθρο 1532-1533 Α.Κ.). Στις περιπτώσεις αυτές το δικαστήριο μπορεί, αφού πειστεί πρώτα για την κακή άσκηση της γονικής μέριμνας, να αφαιρέσει το σύνολο της γονικής μέριμνας ή μέρος αυτής και να την αναθέσει στον άλλο γονέα ή σε ίδρυμα ή σε τρίτο πρόσωπο, εφόσον υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις. (Σαλκιτζόγλου,1990)

5.2. Γονική Μέριμνα

Ο όρος αυτός αντικατέστησε τον απαρχαιωμένο όρο και θεσμό της πατρικής εξουσίας. Η αντικατάσταση του όρου αυτού, που κρατούσε την καταγωγή του από το ρωμαϊκό δίκαιο, υπαγορεύτηκε όχι μόνο από την ανάγκη της κατάργησης του αναχρονιστικού και πατριαρχικού στοιχείου που υπονοούσε, αλλά και από την ανάγκη προσαρμογής της νομοθεσίας στη συνταγματική αρχή της ισότητας των δύο φύλων και στην επίσης συνταγματική αρχή της προστασίας του παιδιού. Καθιερώνεται έτσι το σύστημα της "δυαρχίας " για όλα τα οικογενειακά ζητήματα, από τα οποία βέβαια το ζήτημα της φροντίδας και της ανατροφής των παιδιών είναι το σπουδαιότερο. Έτσι οι δυο σύζυγοι και γονείς αποφασίζουν και συνασκούν το παιδαγωγικό τους έργο με απόλυτη ισοτιμία. Η γονική μέριμνα λοιπόν είναι η φροντίδα για το ανήλικο τέκνο, που αποτελεί καθήκον και δικαίωμα των γονιών, οι οποίοι την ασκούν από κοινού. Από τα δικαιώματα που συγκροτούν το περιεχόμενο της γονικής μέριμνας σπουδαιότερο είναι το δικαίωμα της επιμέλειας του παιδιού, που περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων την ανατροφή, την εκπαίδευση, τη μόρφωση και την επίβλεψή του, καθώς και το δικαίωμα προσδιορισμού του τόπου κατοικίας του παιδιού.(Κούτση,1992)

Όλα τα δικαιώματα που προβλέπονται για τη γονική μέριμνα είναι συγχρόνως και πρώτα απ' όλα καθήκοντα. Πολύ περισσότερο μάλιστα καθήκοντα παρά δικαιώματα, γιατί έχουν ταχθεί για την προστασία του παιδιού, που λόγω της ηλικίας του είναι απροστάτευτο και έχει ανάγκη από βοήθεια για να μεγαλώσει και να αναπτυχθεί σωστά. Γι' αυτόν το λόγο ακριβώς η γονική μέριμνα χαρακτηρίζεται σα δικαίωμα "λειτουργικό". Προσομοιάζει δηλαδή περισσότερο με λειτούργημα. Και η άσκηση του λειτουργήματος δεν επιτρέπει την αλόγιστη και ανεξέλεγκτη άσκησή του, ούτε την άσκησή του εναντίον του συμφέροντος εκείνου υπέρ του οποίου λειτουργεί το δικαίωμα, ούτε καν την αποχή του δικαιούχου από αυτό (δηλαδή τη μη άσκησή του). Ενώ στα υπόλοιπα δικαιώματα του αστικού, εμπορικού και γενικά ιδιωτικού δικαίου ο δικαιούχος μπορεί, αν θέλει, να μην ασκήσει καθόλου το δικαίωμά του, στο δικαίωμα της γονικής μέριμνας, ακριβώς επειδή είναι λειτουργικό,

απαγορεύεται η μη άσκησή του, αφού κάτι τέτοιο αντιστρατεύεται άμεσα το συμφέρον του παιδιού, υπέρ του οποίου και λειτουργεί το δικαίωμα.(Κούτση,1992)

Κάθε παράβαση του κανόνα αυτού αποτελεί κακή άσκηση της γονικής μέριμνας και η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας είναι δυνατό να στοιχειοθετήσει, στις ακραίες βέβαια περιπτώσεις της, αυτό που αποκαλούμε "κακοποίηση - παραμέληση" του παιδιού.(Κούτση,1992)

5.3. Συμφέρον του Τέκνου

Η κρίση του δικαστηρίου για τη διαζευκτική συνδρομή μιας από τις προϋποθέσεις που οδηγεί σε αφαίρεση της άσκησης της γονικής μέριμνας δεν εγκαταλείπεται στην απόλυτη διακριτική ευχέρεια του δικαστού.(Θωμαΐδης,1989)

Αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, τότε θα ισοδυναμούσε με την παροχή δυνατότητας για αυθαίρετες αποφάσεις. Ο νόμος καθιέρωσε σα θεμελιώδες και βασικό κριτήριο για τη λήψη κάθε απόφασης που ρυθμίζει θέματα γονικής μέριμνας την εξυπηρέτηση του "συμφέροντος του τέκνου". Το συμφέρον του παιδιού πρέπει να πρυτανεύει στη λήψη κάθε απόφασης, είτε αυτή λαμβάνεται από το δικαστήριο είτε από τους γονείς που ασκούν τη γονική μέριμνα.(Θωμαΐδης,1989)

Σα συμφέρον του παιδιού εννοούμε όχι μόνο το ειδικότερο σωματικό, ψυχικό, πνευματικό, οικονομικό ή κοινωνικό συμφέρον, αλλά τη συνισταμένη όλων αυτών, έστω και αν η προτίμηση του ενός ειδικότερου συμφέροντος σημαίνει τη θυσία κάποιου άλλου ειδικότερου επίσης συμφέροντος. Αυτό φαίνεται ξεκάθαρα όταν π.χ. προτιμάται η ανάθεση της επιμέλειας στη μητέρα, που έχει μικρότερες οικονομικές δυνατότητες από τον πατέρα, αλλά είναι βέβαιο ότι διαθέτει περισσότερο χρόνο και ικανότητα για την ανατροφή του παιδιού.(Θωμαΐδης,1989)

Το συμφέρον του τέκνου, στη συνολική του θεώρηση, είναι από τις λεγόμενες "αόριστες νομικές έννοιες", εκείνες δηλαδή που για να οριστικοποιηθούν και να διαγνωσθούν απαιτούν τη δικαστική κρίση, και η δικαστική αυτή κρίση δεν αφήνεται εν λευκώ στο δικαστή. Ο νόμος έχει τάξει (άμεσα ή έμμεσα) ορισμένα κριτήρια, τα οποία ο δικαστής είναι υποχρεωμένος να σεβαστεί προκειμένου να εξειδικεύσει και να διαγνώσει το συμφέρον του παιδιού. Τα κριτήρια αυτά είναι :

- Οι δεσμοί του παιδιού με τους γονείς και τα αδέρφια του.
- Οι ικανότητες και προσωπικές κλίσεις του παιδιού.

- Η γνώμη του ίδιου του παιδιού, που λαμβάνεται υπ' όψιν ανάλογα με την ωριμότητά του.
- Η ενίσχυση της προσωπικότητάς του ώστε να αναπτυχθεί υπεύθυνα και με κοινωνική συνείδηση, χωρίς καμιά διάκριση φύλου.
- Η σταθερότητα των συνθηκών ανάπτυξης του παιδιού.
- Οι δεσμοί του με τρίτα πρόσωπα, που δεν είναι δηλαδή γονείς του (π.χ. ανάδοχη οικογένεια).

Από όλα αυτά τα κριτήρια, η εκφρασμένη γνώμη του ίδιου του παιδιού, ανάλογα βέβαια με την ωριμότητά του, είναι όχι μόνο η σπουδαιότερη καινοτομία του δικαίου της γονικής μέριμνας, αλλά και το κριτήριο που πρωτανεύει έναντι όλων των άλλων.(Θωμαΐδης,1989)

Είναι φανερό ότι το φαινόμενο της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού, εφόσον διαπιστωθεί από τη διεπιστημονική ομάδα (γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδοψυχολόγοι κτλ), αποτελεί βαριά και βάνανυση προσβολή που στρέφεται άμεσα κατά της υγείας, της ανάπτυξης, της προσωπικότητας και πολλές φορές και κατά της ίδιας της ζωής του παιδιού. Είναι λοιπόν αυταπόδεικτο πως η κακοποίηση – παραμέληση του παιδιού αντιστρατεύεται εξόφθαλμα το συμφέρον του παιδιού, και η χρησιμοποίηση κριτηρίων για την εξειδίκευση του συμφέροντος αυτού δεν μπορεί να έχει άλλο λόγο παρά την υλοποίηση της συνέχισης της γονικής μέριμνας.(Ζουλιάνη,1991)

Η γονική μέριμνα ή έστω μόνο η επιμέλεια θα ανατεθεί σε εκείνον που θα εγγυάται την ορθή ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, θα εξυπηρετεί τις κλίσεις και τις προσωπικές ικανότητές του, δε θα διακόπτει τους δεσμούς, κατά το δυνατόν, με τα αδέρφια του ή άλλα πρόσωπα (π.χ. ανάδοχη οικογένεια) και θα παρουσιάζει την προοπτική μιας συνεχούς σταθερότητας. Φυσικά, μερικές από αυτές τις αρχές, είναι δυνατόν (και μοιραία μπορεί να συμβεί αυτό) να θυσιαστούν προκειμένου να εξασφαλιστεί το ουσιαστικό συμφέρον του παιδιού, το οποίο, στην περίπτωση του κακοποιημένου – παραμελημένου παιδιού ταυτίζεται προ παντός άλλου με τη σωτηρία και τη διαφύλαξη της υγείας του ή και της ζωής του. Επομένως, η απομάκρυνση του παιδιού από το φυσικό – βιολογικό του περιβάλλον προβάλλει σαν απαραίτητη ανάγκη και άμεση συνέπεια της κακοποίησης. Πρέπει δε να τονιστεί ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η γνώμη του κακοποιημένου – παραμελημένου παιδιού δεν είναι εκ των πραγμάτων δυνατό να ληφθεί, λόγω της βρεφικής ή νηπιακής του ηλικίας.(Ζουλιάνη,1991)

5.4. Ανάθεση της γονικής μέριμνας σε τρίτο

Η απομάκρυνση του κακοποιημένου παιδιού από το φθοροφόρο και επικίνδυνο περιβάλλον του συνοδεύεται φυσικά από αντίστοιχη αφαίρεση της άσκησης της γονικής μέριμνας του παιδιού ή μόνο της επιμέλειας από τους ακατάλληλους γονείς του και την ανάθεσή της σε τρίτο πρόσωπο ή σε επίτροπο. Η ανάθεση μάλιστα της επιμέλειας μπορεί να γίνει και σε κατάλληλο ίδρυμα ή σε συγγενικά πρόσωπα. Το δικαστήριο αποφασίζει την ανάθεση της γονικής μέριμνας σε τρίτο πρόσωπο μόνο μετά από έλεγχο του ήθους, των βιοτικών συνθηκών και εν γένει της καταλληλότητας του τρίτου, στηριζόμενο υποχρεωτικά σε βεβαίωση αρμόδιας υπηρεσίας. ([www. xamogelo.gr](http://www.xamogelo.gr))

Την αίτηση για κάθε μεταβολή στους φορείς της γονικής μέριμνας μπορεί να υποβάλει τόσο ο άλλος γονέας όσο και οι πλησιέστεροι συγγενείς ή και ο εισαγγελέας. Δεν προβλέπεται η υποβολή τέτοιας αιτήσεως στο δικαστήριο από τρίτο πρόσωπο, απλό πολίτη, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της καταγγελίας για την αξιόποινη πράξη της σωματικής βλάβης ανηλίκου. Ο τρίτος, μη συγγενής, στην αντίληψη του οποίου θα υποπέσει η περίπτωση ενός κακοποιημένου – παραμελημένου παιδιού, μπορεί και πρέπει να απευθύνεται στον εισαγγελέα, ο οποίος και ζητά από το δικαστήριο την αφαίρεση της άσκησης γονικής μέριμνας ή και μόνο της επιμέλειας. Ο εισαγγελέας δηλαδή αναγορεύεται σε φύλακα και προστάτη της παιδικής ηλικίας, που υποχρεούται να προσφεύγει στο δικαστήριο, εφόσον βεβαίως κάτι τέτοιο δεν αποφασίζει να το κάνει ο άλλος γονέας ή κάποιος συγγενής και, βεβαίως, στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν καν συγγενείς ή γονείς. (www. xamogelo.gr)

5. 5. Πρόσφατος Νόμος για την αντιμετώπιση ενδοοικογενειακής βίας

Εκτός από τις ισχύουσες γενικές διατάξεις του αστικού και του ποινικού κώδικα για την προστασία των ανηλικών θυμάτων κακοποίησης, ψηφίστηκε πρόσφατα στη χώρα μας και ο Ν. 3500/2006 «Για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας». Σκοπός του νόμου αυτού είναι η αντιμετώπιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, στη βάση των αρχών της ελευθερίας, της αυτοδιαθέσεως και της αξιοπρέπειας του ατόμου, ώστε να ενισχυθεί η αρμονική συμβίωση των προσώπων στο πλαίσιο της οικογένειας(Φ.Ε.Κ. Α 232/)

Θύματα του φαινομένου αυτού είναι πρωτίστως οι γυναίκες, αλλά και οι ανήλικοι, οι υπερήλικοι, καθώς και οι ανάπηροι. Ιδιαίτερη και πλέον αυξημένη προστασία παρέχεται στην έγκυο, στο ανήλικο μέλος της οικογένειας, αλλά και σε κάθε άλλο μέλος της, το οποίο για οποιονδήποτε λόγο αδυνατεί να αντισταθεί στην ενδοοικογενειακή σωματική βλάβη που τελείται σε βάρος του. Αξίζει στο σημείο αυτό να τονιστεί, ότι, σύμφωνα με το άρθρο 17 του νομοθετήματος, όλες οι μορφές της ενδοοικογενειακής σωματικής βλάβης διώκονται αυτεπαγγέλτως. Χαρακτηρίζονται επίσης ως εγκλήματα, όχι μόνο η άσκηση σωματικής βίας αλλά και η παράνομη βία και η απειλή, όταν δράστες και παθόντες είναι μέλη της ίδιας οικογένειας, όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 1 Παρ. 2 του νόμου. Τονίζεται επίσης στο σημείο αυτό ότι και η ενδοοικογενειακή απειλή διώκεται αυτεπαγγέλτως (άρθρο 17). (Φ.Ε.Κ. Α/232)

Επίσης, στο άρθρο 9 του νομοθετήματος καθιερώνεται ιδιαίτερο έγκλημα ενδοοικογενειακής προσβολής της γεννητήσιας αξιοπρέπειας, η αντικειμενική υπόσταση του οποίου συνίσταται στην προσβολή της αξιοπρέπειας μέλους της οικογένειας με ιδιαίτερα ταπεινωτικό λόγο ή έργο, που ανάγεται στη γεννητήσια ζωή του, ενώ, αν ο παθών είναι και ανήλικος, προβλέπεται βαρύτερη ποινή. (Εδώ υπάγονται οι περιπτώσεις του βιασμού μέσα στην οικογένεια ή άλλες μορφές προσβολής της γεννητήσιας ελευθερίας και αξιοπρέπειας όπως ασελγείς πράξεις, χειρονομίες κ.λ.π.). Μάλιστα, οι διατάξεις του άρθρου αυτού εφαρμόζονται αντιστοίχως και όταν ο δράστης εργάζεται σε φορέα παροχής κοινωνικής μέριμνας, η δε πράξη του στρέφεται εναντίον προσώπου, το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες του φορέα αυτού. Και η εν λόγω πράξη της ενδοοικογενειακής προσβολής της γεννητήσιας αξιοπρέπειας, διώκεται αυτεπαγγέλτως (άρθρο 17).(Φ.Ε.Κ. Α 232)

Οι ποινές που απειλεί ο νόμος αυτός για τους δράστες των εγκλημάτων ενδοοικογενειακής βίας ξεκινούν από φυλάκιση 6 μηνών και φτάνουν έως την κάθειρξη 10 ετών ή και ισόβια, ανάλογα με την βαρύτητα του εγκλήματος και την ηλικία του θύματος.

Ο νόμος αυτός που εκδόθηκε κατ' εφαρμογή της από 15/3/2001 απόφασης του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ένα βήμα προς την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας, την οποία οφείλει να προσφέρει ένα σύγχρονο κράτος δικαίου απέναντι στα θύματα της αρρωστημένης λειτουργίας των οικογενειακών σχέσεων. (Φ.Ε.Κ. Α/232)

5.6. Χρησιμότητα της προσφυγής στη δικαιοσύνη

Η προσφυγή στο δικαστήριο σημαίνει οπωσδήποτε μια δραστική παρέμβαση στα ενδότερα μιας οικογένειας, η οποία δημιουργεί σίγουρα προστριβές, αντιδικίες και αντιδράσεις. Τις περισσότερες φορές οι ίδιοι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους εξεγείρονται και αρνούνται να το παραδεχτούν, πολύ δε περισσότερο αρνούνται να συναινέσουν στην απόσπαση του παιδιού από το οικογενειακό του περιβάλλον. Σκηνές απερίγραπτες έχουν δημιουργηθεί όταν ο δικαστικός επιμελητής επιβάλλει δια της βίας τη διαταχθείσα από το δικαστήριο απόσπαση του παιδιού, σκηνές που πολύ εύκολα διαστρεβλώνονται από τα Μ.Μ.Ε. έτσι που να αυξάνει η σύγκρουση μεταξύ των κοινωνικών και δικαστικών υπηρεσιών που επισπεύδουν την αφαίρεση της γονικής μέριμνας και των γονιών του παιδιού που συχνά αντιδρούν λυσσαλέα σε αυτήν. Η δικαστική λύση του προβλήματος της κακοποίησης θα μένει έτσι ατελής, αν δε συνοδεύεται από κατάλληλη προεργασία και διαφώτιση των γονέων από τον κοινωνικό λειτουργό, έτσι που οι γονείς να αποδεχθούν, όσο αυτό είναι δυνατόν, την προτεινόμενη λύση και να συνεργαστούν. Πολλές φορές οι ίδιοι οι κακοποιοί γονείς ή και ο βιαστής πατέρας της ανήλικης κόρης του απολύεται προσωρινά και επιστρέφει στο ίδιο το σπίτι, όπου συνεχίζει τη δραστηριότητά του. Άλλοτε πάλι το ίδιο το παιδί που έχει ήδη καταθέσει στο δικαστήριο εναντίον του πατέρα ή της μητέρας, που βλέπει την αναταραχή και την οικογενειακή διάλυση που επακολούθησε, μαστίζεται από τύψεις και συμπλέγματα ενοχής, τα οποία επιδεινώνουν περισσότερο την ευάλωτη ψυχοσύνθεσή του. (Φ.Ε.Κ. Α 232)

Όλα αυτά τα προβλήματα, που είναι καθημερινά, πρέπει να εκτιμηθούν σωστά και να αντιμετωπιστούν από πριν, ώστε να αποφευχθούν ή τουλάχιστο να μειωθεί κατά το δυνατόν η δυσμενής επίδρασή τους. Η διεπιστημονική ομάδα που ασχολείται με περιπτώσεις κακοποίησης – παραμέλησης έχει ως κύριο έργο της τη στάθμιση όλων αυτών των παραμέτρων και οδηγός της πρέπει να είναι πάντοτε το συμφέρον του παιδιού και μόνον αυτό. Και προ παντός δεν πρέπει να ξεχνιέται ότι η δικαστική λύση, μόνη και αποσπασμένη από τη συνδρομή των κοινωνικών, ιατρικών και ψυχολογικών υπηρεσιών

προς το παιδί, είναι πολύ ατελής και μπορεί καμιά φορά να περιπλέξει αντί να λύσει τα προβλήματα.(Φ.Ε.Κ. Α 232)

5.7. Ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών

Ο Νόμος καθιερώνει υποχρεωτική γνωμοδότηση από κοινωνικές υπηρεσίες για τις περιπτώσεις αφαιρέσεως γονικής μέριμνας και ανάθεσής της σε τρίτο πρόσωπο. Όμως οι κοινωνικές υπηρεσίες αυτές δεν υπάρχουν στην έκταση που χρειάζονται. Ιδίως οι Εισαγγελείς θα έπρεπε να βοηθούνται από ειδική κοινωνική υπηρεσία, η οποία θα γνωματεύει σε ποιες περιπτώσεις πρέπει όντως να κινηθεί η διαδικασία αφαίρεσης της γονικής μέριμνας. Ήδη για την υποχρέωση αυτή του εισαγγελέα υπάρχει εκτός των άλλων και η σχετική νύξη στο νόμο 1329/1983, ο οποίος τροποποιώντας το παλιό άρθρο 1519 του Αστικού Κώδικα ορίζει ότι : "το αρμόδιο δικαστικό όργανο οφείλει να παρέχει στους γονείς κατά την άσκηση της επιμέλειας του προσώπου του τέκνου την υποστήριξή του, εφόσον του το ζητήσουν". Και παρακάτω, με τη διάταξη που αντικατέστησε το κείμενο του άρθρου 1534 Αστικού Κώδικα, αντιμετωπίζεται το γνωστό και τόσο συνηθισμένο φαινόμενο των γονέων που επιμένουν να αρνούνται τη συνέχιση ιατρικής θεραπείας ή την ιατρική επέμβαση στα παιδιά τους, από λόγους άγνοιας, ισχυρογνωμοσύνης ή και δολιότητας. "Σε περίπτωση που υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο Εισαγγελεύς Πρωτοδικών μπορεί αν αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια, ύστερα από αίτηση του αρμόδιου για τη θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται το τέκνο, ή οποιουδήποτε άλλου αρμόδιου υγειονομικού οργάνου"(Φ.Ε.Κ. Α. 232)

5.8. Ο θεσμός του Οικογενειακού ή επιτροπικού δικαστού

Αξίζει να σημειωθεί πως η λειτουργία του νέου αυτού προαναφερθέντα νόμου (1329/1983) θα γίνει πιο αποτελεσματική όταν εισαχθεί και στην Ελλάδα ο θεσμός του Οικογενειακού ή Επιτροπικού Δικαστού.(Φ.Ε.Κ. Α 232)

Αυτό που σημαίνει Δικαστής Ανηλίκων στο Ποινικό Δίκαιο θα είναι και ο Επιτροπικός Δικαστής για το Οικογενειακό Δίκαιο, εάν κάποτε εισαχθεί στην Ελλάδα ο θεσμός αυτός. Θα δώσει έτσι τη δυνατότητα ταχείας και αποτελεσματικής επέμβασης στο χώρο της πολιτικής δικαιοσύνης με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού και με κριτήριο την ύπαρξη ηθικού ή κοινωνικού κινδύνου ή κινδύνου ζωής και υγείας. Ο οικογενειακός δικαστής θα παρακολουθεί την άσκηση της γονικής μέριμνας, θα επιλύει οικογενειακές

διαφορές, θα αποφασίζει για την εισαγωγή παιδιών σε ιδρύματα, για την επιμέλεια των παιδιών σε διαζύγια κτλ. Δε νοείται φυσικά θεσμοθέτηση του Επιτροπικού Δικαστή χωρίς παράλληλη ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας που θα τον βοηθά και θα γνωμοδοτεί. Θέματα τόσο εκρηκτικά, όπως η κακοποίηση του παιδιού, η εγκατάλειψη του παιδιού, το εξώγαμο παιδί κτλ, δεν μπορούν να αφήνονται χωρίς βαθύτερη και επιστημονική κοινωνική εργασία σε όλα της τα επίπεδα, από τον ίδιο το Δικαστή μέχρι και το εκτελεστικό όργανο που θα υλοποιήσει την απόφασή του.(Φ.Ε.Κ. Α 232)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

6.1. Συμπεράσματα μελέτης

Ξεκινώντας από έναν απλό ορισμό της έννοιας της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού επιχειρήθηκε να γίνει μια εκτενής αλλά και κατανοητή ανάλυση του φαινομένου.

Αναφέρθηκε η πορεία του κοινωνικού αυτού φαινομένου από τις Ευρωπαϊκές χώρες, φτάνοντας και στην ελληνική πραγματικότητα, ενώ αναπτύχθηκαν σε βάθος οι μορφές που μπορεί να πάρει και σε ποιες και τι είδους συνέπειες αυτές οδηγούν για την ψυχή και το σώμα ενός παιδιού-θύματος, στο άμεσο ή μακροπρόθεσμο μέλλον.

Σκιαγραφήθηκε ένα πορτρέτο κακοποιημένου παιδιού καθώς και η προσωπικότητα του γονιού-δράστη. Αιτιολογήθηκε, στο μέτρο του δυνατού, η ανάρμοστη αυτή συμπεριφορά των ανώριμων για το ρόλο που καλούνται να παίξουν γονιών, και έτσι φάνηκε το όριο της κοινωνικής και της προσωπικής ευθύνης.

Επεξηγήθηκε ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού και πώς αυτός μπορεί και πρέπει να παρέμβει σε οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση. Με ποιους πρέπει να συνεργάζεται, ποιες μορφές θεραπείας πρέπει να ακολουθούνται καθώς και ο τρόπος που οφείλει να αντιμετωπίζει τους γονείς, ως επίσης θύματα κοινωνικοοικονομικών συνθηκών ή και του ίδιου τους κακού τους εαυτού. Βοήθεια χρειάζεται ολόκληρη η οικογένεια γιατί ολόκληρη νοσεί. Για ένα επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα θα πρέπει από το θύτη ως και το θύμα να αναγνωριστεί το υπάρχον πρόβλημα.

Πριν φτάσει κανείς στο στάδιο της θεραπείας, ακόμη πιο επιθυμητός τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη του προβλήματος, κυρίως σε ομάδες που κοινωνικά δυνάμει εσωκλείουν τον κίνδυνο της κακοποίησης πιο εμφανώς.

Τέλος, αναφέρθηκε ο ρόλος της Δικαιοσύνης και των κοινωνικών υπηρεσιών, ποιες είναι οι διαζευκτικές λύσεις που προτείνονται μέσα από το ελληνικό δίκαιο, αλλά και κατά πόσο υπάρχουν ελλείψεις στο πολιτικοκοινωνικό σύστημα που χρειάζονται προτάσεις και καινοτομίες για να γίνει μια πιο εποικοδομητική προσέγγιση στο μεγάλης σημασίας κοινωνικό αυτό θέμα.

6.2. Προτάσεις

Μέσα από την μελέτη που πραγματοποιήσαμε για το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης διαπιστώσαμε πόσο τεράστια διάσταση έχει πλέον και στην Χώρα μας το φαινόμενο αυτό. Το κράτος παρόλο που έχει θεσπίσει νόμους έτσι ώστε να μπορέσει να προφυλάξει τα παιδιά-θύματα δεν πιστεύουμε ότι είναι πάντα αρκετό.

Οι προτάσεις που έχουμε ύστερα από την μελέτη αυτού του φαινομένου είναι:

- ◆ Το κράτος θα πρέπει να θεσπίσει ένα πρόγραμμα στα σχολεία από το νήπιαγωγείο έως και την δευτεροβάθμια εκπαίδευση όπου θα κάνει πλήρη ενημέρωση για το φαινόμενο αυτό. Τα παιδιά γνωρίζοντας για την κακοποίηση-παραμέληση, καθώς και που μπορούν να απευθυνθούν θα μπορούν πολύ πιο εύκολα να αναζητούν βοήθεια στην περίπτωση που είναι θύματα.

- ◆ Να τοποθετηθούν στα σχολεία επιστημονικές ομάδες, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών για να μπορούν να παρατηρούν και να προλαμβάνουν κάποιο περιστατικό που μπορεί να συμβεί. Επίσης ο ρόλος τους θα είναι αρκετά βοηθητικός σε κάποιο παιδί-θύμα που θα χρειάζεται βοήθεια.

- ◆ Τέλος, με το διορισμό ψυχολόγων-κοινωνικών λειτουργών στα σχολεία θα ήταν χρήσιμο να θέσπιζε μια μηνιαία υποχρεωτική συνάντηση με τους γονείς του κάθε παιδιού έτσι ώστε να υπήρχε μια εικόνα για την οικογενειακή κατάσταση του κάθε παιδιού. Έτσι οι ειδικοί θα μπορούν να εκτιμήσουν ή και προλάβουν ένα περιστατικό παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης.

Έτσι πιστεύουμε πως το φαινόμενο της Παιδικής Κακοποίησης-Παραμέλησης μπορεί να ξεκινήσει σιγά-σιγά να εξαλείφεται.

6.3. Επίλογος εργασίας

Η εικόνα της κακοποίησης και παραμέλησης στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ομοιότητες αλλά και αρκετές διαφοροποιήσεις από τα δεδομένα του διεθνούς χώρου. Βασικό στοιχείο είναι ότι ο αριθμός των αγόριων είναι πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των κοριτσιών που κακοποιούνται. Η αιτιολογία θα πρέπει να αναλυθεί σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ελληνικής οικογένειας, γιατί οι αντίστοιχες στατιστικές ξένων χωρών δε δίνουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα φύλα. (Σαλκιτζόγλου, 1990)

Ένα ακόμα βασικό στοιχείο είναι ότι οι μητέρες που κακοποιούν συνήθως το παιδί, είχαν επιπλοκές στην κύηση του συγκεκριμένου παιδιού. Οι γονείς που κακοποιούν, πολύ συχνά προέρχονται από διαταραγμένες οικογένειες και θεωρούν τις δικές τους συζυγικές σχέσεις διαταραγμένες, ενώ οι οικογένειες κακοποιημένων παιδιών συχνά ζουν κάτω από δυσμενείς συνθήκες κατοικίας και συχνά αλλάζουν τόπο διαμονής. Οι ίδιοι οι γονείς συνήθως περιγράφονται ως ανώριμοι, παρορμητικοί, με έντονες ανάγκες εξάρτησης, χαμηλή αντοχή στη ματαίωση και υψηλό βαθμό επιθετικότητας. Σχεδόν όλοι χαρακτηρίζονται από ελαφρύτερες ή σοβαρότερες διαταραχές προσωπικότητας, με στοιχεία άγχους και αντιδραστικής κατάθλιψης. (Σαλκιτζόγλου, 1990)

Πρώτη και κύρια δυσκολία στην αντιμετώπιση του προβλήματος είναι το χαμηλό επίπεδο ευαισθητοποίησης των ειδικών σε συνδυασμό με μια γενικότερη άρνηση για τη δυνατότητα παρέμβασης. Η σταδιακή ευαισθητοποίηση ειδικών και κοινού τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει όχι μόνο σε σημαντική αύξηση παραπομπών στο νοσοκομείο και στις ειδικές υπηρεσίες αλλά κυρίως σε ένα γενικότερο προβληματισμό για την ενδοοικογενειακή βία και ιδιαίτερα αυτήν που απευθύνεται στα παιδιά. Τώρα πλέον γίνεται εμφανής η έλλειψη υποδομής, υπηρεσιών, στελεχών και ιδρυμάτων. (Σαλκιτζόγλου, 1990)

Η επιτυχία οποιασδήποτε προσπάθειας λύσης του προβλήματος στη Ελλάδα, ακόμα και με τις ιδεωδέστερες συνθήκες στελεχών πρώτης γραμμής, εξαρτάται άμεσα από την ποσοτική και ποιοτική επάρκεια προνοιακού και νομοθετικού πλαισίου. (Σαλκιτζόγλου, 1990)

Ο νόμος δεν προβλέπει περιπτώσεις καλυμμένης κακοποίησης. Πέρα από την αναστολή που επικρατεί στην Ελλάδα για οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης, ιδίως στην οικογένεια, η βασική αμφιταλάντωση του ειδικού οφείλεται στο απόλυτα πραγματικό γεγονός ότι "εφόσον δεν υπάρχουν υπηρεσίες παρέμβασης και αποκατάστασης, για ποιο λόγο να τα σκαλίζουμε"...

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες όπου η κοινωνική πρόνοια βασίζεται στο παραδοσιακό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο "ο πελάτης" που έχει πρόβλημα ζητάει βοήθεια από τον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος ανταποκρίνεται με μοναδικό του εφόδιο την άσκηση της κοινωνικής εργασίας. Όμως το μοντέλο αυτό είναι δυσλειτουργικό για την κάλυψη των αναγκών στο χώρο της κακοποίησης. Γονείς χωρίς κίνητρα αλλαγής και παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο δεν είναι δυνατό να αντιμετωπίζονται με τεχνικές του λόγου.(Σαλκιτζόγλου,1990)

Η κοινωνική εργασία με οικογένειες που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους προϋποθέτει ώριμα, εξειδικευμένα στελέχη, καλή εποπτεία, διεπιστημονική προσέγγιση και πολύ μικρό αριθμό περιπτώσεων. Εφόσον ο κοινωνικός λειτουργός έχει για τους γονείς ρόλο και θέση γονεϊκού υποκατάστατου, οι ώρες που θα αφιερώνει για κάθε οικογένεια θα πρέπει να είναι ανάλογες. Πέρα από αυτό, ως επαγγελματίας θα πρέπει να καλύπτεται με "νομική ισχύ", δηλαδή να μπορεί να ασκήσει ρόλο εξουσίας με νομική κάλυψη όταν το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο.(Σαλκιτζόγλου,1990)

Η κατάσταση στο χώρο της Δικαιοσύνης είναι ακόμα σε φάση αναπροσαρμογής. Το μέγεθος του προβλήματος ως ποινικού αδικήματος είναι "τυπικά άγνωστο". Στη στατιστική του υπουργείου Δικαιοσύνης, στην κατηγορία των σωματικών βλαβών δεν περιλαμβάνονται τα παιδιά. Ένα σημαντικό πρόβλημα έχει δημιουργηθεί από το 1983 με την εφαρμογή του άρθρου 1532 του αστικού κώδικα, στο οικογενειακό δίκαιο. Στο άρθρο αυτό αναφέρεται ότι αν η άσκηση της γονικής επιμέλειας είναι ανεπαρκής ή καταχρηστική "το δικαστήριο εφόσον το ζητήσει ο άλλος γονιός (που συνήθως είναι ο σιωπηρός κακοποιός που δέχεται ή και υποθάλπει τη βία) ή οι πλησιέστεροι συγγενείς ή ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο". Πλησιέστεροι συγγενείς που συνήθως είναι ανύπαρκτοι ή αδιάφοροι. Εισαγγελέας με μεγάλο φόρτο εργασίας. Δικαστήριο χρονοτριβεί.(Σαλκιτζόγλου,1990)

Ένα άλλο σοβαρότατο κενό στο χώρο της νομοθεσίας είναι το θέμα της αναγκαστικής παραμονής κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών στο νοσοκομείο, παρά τη θέληση των γονιών τους. Η παραμονή αυτή, πέρα από το χρόνο της ιατρικής νοσηλείας του παιδιού, επιβάλλεται για λόγους ασφαλείας, ώστε να δοθεί ο κατάλληλος χρόνος στους ειδικούς που ασχολούνται με την περίπτωση να εκτιμήσουν το οικογενειακό περιβάλλον, την επικινδυνότητά του, και να διανεργήσουν τις κατάλληλες ενέργειες για την απομάκρυνσή του, αν κριθεί απαραίτητο. Το άρθρο 1534 του οικογενειακού δικαίου προβλέπει παρέμβαση εισαγγελέα μόνο σε περίπτωση όπου υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του παιδιού.

Στην Ελλάδα, μόνο την δετία 1977-1985 ήρθε στην επιφάνεια το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ο χρόνος της αμφισβήτησης πέρασε και πρέπει να κινηθεί με ταχύτητα ο μηχανισμός της αντιμετώπισης. (Σαλκιτζόγλου,1990)

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΡΩΓΗΣ

ΑΘΗΝΑ – ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- Εταιρεία προστασίας ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 7-18 ετών), δι/νηση : Σωκράτους 65, τηλ. 2105221865
- Κέντρο βρεφών "Η Μητέρα" (για παιδιά 0-4 ετών), δι/νηση: Λ. Δημοκρατίας 65, τηλ. 2102611185, 2102627155
- Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.) (για παιδιά 3,5-18 ετών), κεντρικά γραφεία δι/νηση : Υπατίας 6, τηλ. 2103220898, 2103250534
- ΠΙΚΠΑ (για παιδιά 0-14 ετών), κεντρικά γραφεία δι/νηση : Τσόχα 5, Αμπελόκηποι, τηλ. 2106423144, 2106430289
- Αστυνομία Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νηση : Λ. Αλεξάνδρας 173, τηλ. 2106464925, 2106447687, 2107705711 (εσωτ. 336)
- Δικαστήριο Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 7-17 ετών), Αθήνα, τηλ. 2103244463
- Δικαστήριο Ανηλίκων Πειραιά (υπηρεσία επιμελητών), (για παιδιά 7-17 ετών), δι/νηση : Τσαμαδού 43, 6ος όροφος, Πειραιάς, τηλ. 2104273659, 2104112410
- Μονάδα Ψυχικής Υγείας Εφήβων Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (για παιδιά 13-18 ετών), τηλ. 2106820568, 2106834208
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Δυτικής Αττικής (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νηση : Προύσσης 2, Αιγάλεω, τηλ. 21059068838, 2105900483
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Ανατολικής Αττικής (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νηση : Μεσογείων 459, Αγ. Παρασκευή, τηλ. 2106567955
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Αθηνών (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νηση : Φειδιππίδου και Μιχαλακοπούλου 31, τηλ. 2107711613, 2107710463, 2107710301
- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Πειραιά (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νηση : Ηρώων Πολυτεχνείου 19, Πειραιάς, τηλ. 2104124636
- Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα – Καισαριανής (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νηση: Δήλου 14 και Ανδριανουπόλεως, Καισαριανή, τηλ. 2107640111, 2107644705
- Έρευνα, εκπαίδευση επαγγελματιών, εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών, κέντρο ΚαΠα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, δι/νηση : Ολόρου 7, Γουδί, τηλ. 2107793648, 2107715791

- Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής ΙΚΑ (για παιδιά 0-18 ετών), δι/νση : Ιπποκράτους και Αραχώβης 17, Αθήνα, τηλ. 2103604850
- Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής Νοσοκομείου Παίδων Αγ. Σοφία (για παιδιά 0-14 ετών), Αθήνα, τηλ. 2107778748

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- Μονάδα Προστασίας Παιδιού Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ (για παιδιά 0-18 ετών), Θεσσαλονίκη, τηλ. 22310993263

ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- Κέντρα Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας
- Κέντρα Υγείας
- Κέντρα Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού
- Κοινωνικές Υπηρεσίες και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων
- Κοινωνικές Υπηρεσίες στις έδρες των Νομαρχείων
- Εισαγγελικές Υπηρεσίες
- Υπηρεσίες Επιμελητών Υπουργείου Δικαιοσύνης (για παιδιά 7-17 ετών)
- Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων
- Υπηρεσίες ΠΙΚΠΑ
- Υπηρεσίες Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1993), *Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών*, εκδ.Γρηγόρης, ΑΘΗΝΑ
- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε. (1993), *Οικογένεια-Παιδική Προστασία*,εκδ.Γρηγόρης ΑΘΗΝΑ
- Βαλάση – Αδάμ Ε. (1991), *Νέες μορφές κακοποίησης. Κακοποίηση-παραμέληση παιδιού*, εκδ. Γρηγόρης, ΑΘΗΝΑ
- Γιαννούλια Ε-Τριανταφύλλου.(2005),*Η χρήση σωματικής τιμωρίας στην οικογένεια*,ΑΘΗΝΑ
- Ζουλιάνη Μ. (1991), *Η προστασία των κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών στην Ελλάδα*, ΑΘΗΝΑ
- Θωμαΐδης Θ. (1989), *Θέματα κοινωνικής Παιδιατρικής*, εκδ. Σακκούλα, ΑΘΗΝΑ
- Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού (1993), *Κακοποίηση – Παραμέληση παιδιού. Οδηγός για επαγγελματίες*, ΑΘΗΝΑ
- Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού (2003), *Αρχή Ελληνικής Ιατρικής*, εκδ. Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ
- Κούτση Β. (1992), *Σεξουαλική εκμετάλλευση ανηλίκων*, ΑΘΗΝΑ
- Κατωπόδη Α. (2005), *Παιδική Σεξουαλική κακοποίηση, οικογένεια & κοινωνία. Αίτια – ρόλοι – συνέπειες*, εκδ. Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ
- Μαραγκός Χ., Βαλάση Ε., Μαρσανιώτης Ν. (1981), *Σωματομετρικά στοιχεία κατά τη γέννηση*, εκδ. Γρηγόρη, ΑΘΗΝΑ
- Παπαδάτου Α.Π. (1980), *Η επιθετικότητα, η βία και η καταστροφικότητα στην κοινωνική διαβίωση*, εκδ. Σακκούλα, ΑΘΗΝΑ
- Παπανικολάου Ε. (1998),*Σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια*,ΑΘΗΝΑ
- Σαλκιτζόγλου Π. (1990), *Νομοθεσία και Οικογένεια*, εκδ. Γρηγόρη, ΑΘΗΝΑ
- Τσιάντης Γ. Μανωλόπουλος (1987), *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής*, εκδ. Καστανιώτη, ΑΘΗΝΑ
- Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2000), *N.3500/2006 για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας και άλλες διατάξεις*, Φ.Ε.Κ. Α 232/27/10/2006

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Caffey J. (1957), *Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma*.AJR.1946;56:163-173
- Colvin I., Steiner H., Bamford F., Taylor M., Wynne J. Jones D.P.H., Zeiltin H. (1998),*Criminal law review*, ENGLAND pp.677-681
- Gil D.G.,(1970), *Violence against children: Physical abuse in the United States* στο Μουζακίτης X., (1985), *Social Work treatment with abused and neglected children*,
- Green A. (1978),*Child sexual abused: Immediate and long term effects and intermention* //Journal of American Academy of child adolescent psychiatry.1993.Vol 32 pp.890-902
- Helfer R. (1985), *Review of the literature on the prevention of child abuse neglect of interpersonal violence*,2:27-45
- Jay M., Doganis Weidnfeld S., Nicolson (1988), *Battered. The abuse of children* .Child Abuse Review,biblio,inci,USA.
- Jones D.P.H. & Krugman R. (1987), *Can a three-year-old child bear witness to her sexual assault and attempted murder?*
- Jones D.P.H. & McGraw G.M. (1970), *Reliable and fictions accounts of sexual abuse to children*
- Jones D.P.H. (1987), *The evidence of a three-year-old child*,Criminal Law Review. October,England,pp.677-681
- Jones D.P.H. (1987),*Reliable and fictional accounts of sexual abused to children. Journal of interpersonal violence*,2,issue 1(inpress)
- Jones D.P.H. (1987),*Reliable and fictional accounts of sexual abused to children. Journal*
- Kempe Ch. (1968), *The battered child syndrome. Journal of the American Medical Association*,181:17-24
- Kempe Ch. & Helfer R. (1972), *Helping thE battered children and his family* .Philadelphia.Lippincott.
- Lynch M.A., Steinberg D., Ounsted C. (1985), *Family unit in a children's psychiatric hospital*, Br Med issue 2:127-129
- Martin H.P., Beezley P. (1977), *Behavioural observations of abused children:Journal of Child phyciology and phychiatry*. Vol 21 issue 1,pp 21-25
- Mayhall D. & Norgand K (1983), *Child Abused neglect: shaving responsibility*. NEW YORK:wiley

Mouzakitis Ch. and Varghese R. (1985), *Social Work treatment with abused and neglected children*, Charles C. Thomas Publishers, USA

Nelson G.K. (1970), *Assembluy the pieces: An Africa-American perspective an community and Family Violence. News letters of National institute on Domestic Violence in Africa-America community,1(2),pp 1-3*

Roberts J., Lynch M., Duff P. (1988), *Abused children and their siblings. Journaly of child phychiology and psychiatry , Vol 31.isseu 4, pp.657-662*

Sauzier & Mitscus C. (1972), *Sexual abuse and rape in childhood. Child psychology*

Schmitt B. D. (2001) *Team Purpose and structure in child abuse and neglect .The child protector*

Spastics Society (1983), *Healthy mother, healthy baby*, by Spastics Society, USA

Winnicott D.W. (1978), *Papers on development in the naturational process and the facilitating environment* .Phychalytic electronic publishing.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

www.hamogelo.gr (2001), *Κακοποιημένα παιδιά*

www.wikipedia.gr, (2008), *Φιλοσοφία Και Κοινωνικές Επιστήμες, Ψυχολογία*