

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θ Ε Μ Α

**Σ Ω Μ Α Τ Ι Κ Η Κ Α Κ Ο Π Ο Ι Η Σ Η**

**Π Α Ρ Α Μ Ε Λ Η Σ Η Π Α Ι Δ Ι Ω Ν**



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
κα Γαϊτάνη Ρεγγίνα

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ  
Λαζάρου Μαρία – Αικατερίνη  
Νικολούζου Μαρία  
Σώκου Ανθή-Ευθυμία

3366

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

1.1 Εισαγωγή .....	3 σελ.
1.2 Το πρόβλημα.....	6 σελ.
1.3 Σκοπός της μελέτης.....	9 σελ.
1.4 Ορισμοί όρων.....	10 σελ.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

##### Βιβλιογραφική ανασκόπηση

1. Ιστορική αναδρομή του προβλήματος.....	13 σελ.
2. Η οικογένεια κοινωνικός θεσμός.....	24 σελ.
2.1 Οικογένεια σε κρίση.....	30 σελ.
2.2 Η βία μέσα στην οικογένεια.....	38 σελ.
2.3 Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους.....	45 σελ.
3. Εικόνα της σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης στην Ελλάδα και στις Η.Π.Α.....	52 σελ.
4. Μορφές κακοποίησης.....	66 σελ.
4.1 Σωματική κακοποίηση: παιδιατρική άποψη.....	75 σελ.
4.1.1 Το κακοποιημένο παιδί: η ορθοπαιδική Άποψη.....	81 σελ.
4.1.2 Το κακοποιημένο παιδί: στο χώρο της Οδοντιατρικής.....	84 σελ.

4.1.3 Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού: ιατροδικαστική άποψη .....	87 σελ.
4.2 Ιατρικά χαρακτηριστικά κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών: Μελέτη .....	92 σελ.
5. Αίτια σωματικής κακοποίησης .....	98 σελ.
5.1 Ψυχολογικές αιτίες γονιών.....	104 σελ.
5.2 Κοινωνικοοικονομικά αίτια .....	113 σελ.
5.3 Αιτιολογικοί παράγοντες ιατρικού χαρακτήρα .....	120 σελ.
6. Επιπτώσεις σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης στο παιδί και την οικογένεια του.....	131 σελ.
6.1 Σωματικές επιπτώσεις στο παιδί.....	133 σελ.
6.1.1. Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις .....	133 σελ.
6.1.2 Κοινωνικές επιπτώσεις στο παιδί.....	144 σελ.
6.2 Επιπτώσεις στην οικογένεια .....	157 σελ.
6.3 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. ....	158 σελ.
7. Διαγνωστική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης.....	159 σελ.
7.1 Θεραπευτική παρέμβαση – αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης.....	166 σελ.
7.2 Πρόληψη .....	173 σελ.
8. Σωματική κακοποίηση – παραμέληση του παιδιού και Ελληνικό Δίκαιο .....	182 σελ.
8.1 Ποινική κάλυψη του κακοποιημένου παιδιού.....	184 σελ.
8.2 Αστική κάλυψη .....	186 σελ.

8.3 Πρακτικά προβλήματα που ανακύπτουν από τις διατάξεις αυτές.....	188 σελ.
8.4 Λύσεις που προβλέπονται από νομικής πλευράς για την αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης – παραμέλησης.....	191 σελ.
8.5 Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κοινωνικός λειτουργός στο χειρισμό των περιπτώσεων κακοποίησης- παραμέλησης .....	194 σελ.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ III**

1. Υπηρεσίες στην Ελλάδα για τον χειρισμό του προβλήματος.....	200 σελ.
2. Κοινωνική εργασία με οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους.....	206 σελ.
Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	
2.1 Σκοπός.....	212 σελ.
2.2 Προσόντα.....	220 σελ.
2.3 Η ομάδα «ειδικών».....	224 σελ.
2.4 Επαγγελματική φθορά.....	228 σελ.

### **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

Μεθοδολογία .....	233 σελ.
Συνεντεύξεις.....	236 σελ.

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ V**

Συμπεράσματα έρευνας .....	255 σελ.
----------------------------	----------

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI**

### *Συμπεράσματα – Προτάσεις*

6.1 Συμπεράσματα ..... 260 σελ.

6.2 Προτάσεις ..... 263 σελ.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ** ..... 267 σελ.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ** ..... 268 σελ.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## **1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η οικογενειακή βία και η κακοποίηση των παιδιών μέσα στην οικογένεια είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο της σύγχρονης κοινωνίας.

Το ότι οι ενήλικοι φέρονται καμιά φορά με αφάνταστη σκληρότητα προς τα παιδιά δεν είναι κάτι καινούργιο. Η ιστορία είναι γεμάτη από περιπτώσεις βρεφοκτονιών για λόγους θρησκευτικούς, για λόγους κοινωνικούς, για δεισιδαιμονίες ακόμη και για λόγους οικονομικούς.

Στη δεκαετία του 1970 διαπιστώθηκε ότι οι ακραίες μορφές επιθετικότητας μέσα στην οικογένεια είναι ευρέως διαδεδομένες και από επιβεβαιώνεται από τότε συνεχώς. Αυτό διέλυσε το μύθο ότι η οικογενειακή εστία είναι ένα ειρηνικό περιβάλλον χωρίς βιαιότητες.

Στη σύγχρονη όμως βιομηχανοποιημένη, εύπορη κοινωνία των χωρών της Δύσης υπήρχε η εντύπωση ότι σωματική, άμεση κακοποίηση των παιδιών από τους γονείς τους, κακοποίηση που να καταλήγει σε σωματική βλάβη και μια φορά σε θάνατο ήταν πια κάτι ανύπαρκτο. Από αυτή τη σφαλερή εφησύχηση άρχισαν να μας βγάζουν εδώ και λίγα χρόνια περιγραφές από παιδίατρους παιδιών που τα φέρνουν στα νοσοκομεία με κακώσεις δέρματος, οστών ή και άλλων οργάνων. Οι γονιοί που έφεραν το παιδί έδιναν διάφορες εξηγήσεις για το πώς έγιναν αυτές οι κακώσεις, αυτές όμως οι εξηγήσεις με βαθύτερη διερεύνηση αποδείχνονταν ψεύτικες και αποκαλυπτόταν ότι η αιτία των κακώσεων ήταν χτυπήματα από έναν από τους γονιούς.

Το ενδιαφέρον για την κακοποίηση των παιδιών άρχισε από παιδίατρους που είναι εξάλλου και οι πρώτοι που βλέπουν τα χτυπημένα παιδιά, γρήγορα εξαπλώθηκε και σε άλλες ειδικότητες και επιστήμες, όπως η ψυχιατρική, η



κοινωνιολογία, η ιατροδικαστική, η νομική. Αυτό ήταν φυσικό, γιατί μετά την πρώτη περίοδο της μελέτης που αφιερώθηκε στην αναγνώριση των κλινικών εκδηλώσεων, ακολούθησε η αναζήτηση των αιτιών για τέτοια συμπεριφορά των γονιών.

Μελετήθηκε όπως ήταν φυσικό πρώτα –πρώτα η κατάσταση των γονιών και τι είδους άνθρωποι είναι αυτοί που τόσο έντονα κακοποιούν τα παιδιά τους. Όπως ίσως θα περίμενε κανείς βρέθηκε μεγάλη αναλογία νευρωτικών ατόμων όπως και ατόμων με χαμηλή νοημοσύνη. Βρέθηκε επίσης συχνά στο ιστορικό αυτών των γονιών ότι και οι ίδιοι είχαν στην παιδική τους ηλικία επώδυνες, ψυχολογικά και σωματικά, εμπειρίες. Οι γονείς προέρχονται κατά μεγαλύτερη αναλογία από κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερες τάξεις, αλλά υπήρχαν και άλλοι, οι εύποροι και οι μορφωμένοι που είχαν κακοποιήσει τα παιδιά τους.

Τα παιδιά που κακοποιούνται – παραμελούνται παρουσιάζουν μια σειρά σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που εμποδίζουν την περαιτέρω ανάπτυξή τους.

Επίκεντρο δεν θεωρείται πια το «παιδί-θύμα» και οι «γονείς-δράστες», αλλά ολόκληρη η οικογενειακή μονάδα που κάτω από την πίεση εξωγενών παραγόντων και ενδογενών ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων, κλυδωνίζεται, με αποτέλεσμα να ασκεί ενεργητική ή και παθητική βία προς τα παιδιά της. Το κακοποιημένο παιδί δεν είναι παρά το σύμπτωμα της οικογενειακής παθολογίας στα πλαίσια ενός ευρύτερου κοινωνικού συστήματος που ασκεί καθημερινά βία σε άλλους.

Ερευνητές διαφόρων κλάδων, αρχίζοντας να συνειδητοποιούν και να κατανοούν το πρόβλημα και τις συνέπειες του, μετουσίωσαν τις γνώσεις σε

πράξεις και συνέβαλλαν στην ανάπτυξη προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής για την ευάλωτη οικογένεια και τα «παιδιά σε κίνδυνο».

Ο νόμος δεν ήταν δυνατόν να μείνει απαθείς στις περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών. Η σύγχρονη νομοθεσία αποδοκιμάζει και τιμωρεί το βάνουσο και βάρβαρο γονέα και οι συνέπειες αυτής της τιμωρίας ανατρέπουν τη νομική δομή της οικογένειας. Ο νόμος μπορεί να αποτελέσει τη λύση των προβλημάτων και να προσφέρει στο παιδί και στους ενδιαφερόμενους το ασφαλές πλαίσιο, μέσα στο οποίο η προστασία, η πρόληψη και η θεραπεία γίνεται δυνατότητα για όλους.

Σήμερα κανείς πια δεν μπορεί να αμφισβητήσει την ύπαρξη του σοβαρού αυτού φαινομένου, ούτε στην πραγματική του έκταση, ενώ ακόμα δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθος του, αφού συμβαίνει πίσω από την κλειστή πορεία της «συνωμοτικής» οικογενειακής σιωπής ή ακόμη και της κοινωνικής σιωπής.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν θα αναλυθούν εκτενέστερα θέματα που αφορούν τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού.

## **1.2 ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ:**

Σύμφωνα με την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), κατά τον Δοξιάδη (1917-1991), το πρόβλημα ούτε μικρό είναι, αλλά και το φαινόμενο δυστυχώς όχι σπάνιο. Σε όσες χώρες άρχισαν να μελετούν το σύνδρομο αυτό του “κακοποιημένου παιδιού” και να γίνονται οι γιατροί ευαίσθητοι και ικανοί για την αναγνώρισή του φάνηκε ότι πολλές περιπτώσεις κακώσεων που πριν αποδίδονταν σε ατυχήματα ή σε τυχαία γεγονότα προέρχονταν στην πραγματικότητα από χτυπήματα ή άλλη πράξη των γονιών. Είναι δύσκολο ή και αδύνατο να γίνει στατιστική μελέτη για τη συχνότητα αυτών των κακώσεων ακόμη και στις χώρες που και καλές υπηρεσίες υγείας έχουν και οι γιατροί γνωρίζουν το φαινόμενο.

Έμμεσες ενδείξεις όμως από ευρωπαϊκές χώρες (Βρετανία, Δυτ. Γερμανία) δείχνουν περίπου 8.000 κακοποιημένα παιδιά σε καθεμία κάθε χρόνο. Υπάρχει ο φόβος ότι 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 στα παιδιά 0-3 χρονών είναι οι μισοί από ότι οι θάνατοι από λευχαιμία για την ίδια ηλικία. Έχει επίσης βρεθεί ότι ο 25% των καταγμάτων σε παιδιά που έρχονται σε νοσοκομείο στη χώρα αυτή προέρχεται όχι από ατύχημα, αλλά από χτυπήματα γονιών ή άλλων ενηλίκων.

Κάποια στιγμή μπήκε στους μελετητές το ερώτημα: γιατί σε μια οικογένεια με 3-4 παιδιά, μόνο το ένα έχει υποστεί –και επανειλημμένα- τέτοια τύχη από τους γονιούς του; και τα άλλα παιδιά που ζούσαν στο ίδιο

περιβάλλον με τους ίδιους γονιούς γιατί ξέφυγαν; Στράφηκε τότε η προσοχή και προς το μικρό παιδί.

Βρέθηκε ότι συχνότερα ανάμεσα στα κακοποιημένα παιδιά ήταν αυτά που πολύ νωρίς στη ζωή τους είχαν χάσει, από κάποια αιτία, τη στενή συναισθηματική σύνδεση που αναπτύσσεται ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος. Μια τέτοια ομάδα ήταν πρόωρα βρέφη (και αναφέρονται μόνο σαν παράδειγμα, γιατί υπάρχουν και άλλες πολλές κατηγορίες), που έμειναν για πολλές εβδομάδες σε μαιευτήρια και νοσοκομεία, με απομόνωση από τη μητέρα τους και δεν στέριωσε σωστά, σε μια κρίσιμη ηλικία, ο δεσμός μητέρας-βρέφους. Έτσι, σε μια οικογένεια με τρία παιδιά και με γονιούς που έχουν τα δικά τους αίτια για να κακοποιήσουν το παιδί αυτό το πρόωρο είναι πιθανότερο να είναι ο στόχος παρά τα άλλα.

Ο αναγνώστης που έφτασε ως εδώ είναι φυσικό να βασανίζεται από το ερώτημα: και στη χώρα μας; Τι γίνεται εδώ; Υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις; Είναι δυνατό στην Ελλάδα που νομίζουν μερικοί πως η οικογένεια είναι αδιάσπαστη, πως οι γονείς λατρεύουν τα παιδιά τους, πως είναι άνθρωποι με ζεστά αισθήματα, είναι δυνατόν στην Ελλάδα να υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις; Είναι πιθανό να υπάρχουν κάθε χρόνο 1,200 βρέφη και μικρά παιδιά, (σύμφωνα με την αναλογία από Δυτ. Γερμανία ή Βρετανία) που βάνουσα και επικίνδυνα κακοποιούνται από τους γονείς τους;

Ότι υπάρχουν τέτοιες περιπτώσεις δεν μπορεί δυστυχώς ν' αμφισβητηθεί. Αρχισαν να ανακαλύπτονται στα νοσοκομεία βρέφη και παιδιά που οι κακώσεις τους έχουν προκληθεί από τους γονείς τους. Αυτά τα ίδια παιδιά θα αντιμετώπιζονταν, πριν από λίγο, με την ίδια κλινική αγωγή (θα

θεραπεύονταν το κάταγμα, οι μώλωπες, τα εγκαύματα –συχνά από τσιγάρο- ), και θα αρκούσε η εξήγηση των γονιών ότι ήταν ένα ατύχημα.

Επομένως, το ερώτημα δεν είναι αν υπάρχουν και εδώ τέτοιες περιπτώσεις –που σαφώς υπάρχουν- αλλά πόσες είναι, αν δηλαδή και στον Ελλαδικό χώρο αποτελεί ή γρήγορα θ' αποτελέσει σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα.

Θα ήταν επιθυμητό όλοι μαζί οι νομικοί, κοινωνιολόγοι, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές αλλά και αστυνομικοί και δημόσιες υπηρεσίες να ασχοληθούν εντονότερα με το «φοβερό» αυτό πρόβλημα. (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 14-16)

### **1.3 Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η συλλογή στοιχείων ενδεικτικών της έκτασης του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στην Ελλάδα καθώς και ανάλυση σχετικά με τους αιτιολογικούς παράγοντες, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των δραστών και των θυμάτων και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού.

Ιδιαίτεροι στόχοι της μελέτης αυτής είναι:

- Ανάλυση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης
- Στοιχεία σχετικά με την έκταση του προβλήματος στον Ελλαδικό χώρο
- Ανάλυση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, δραστών και θυμάτων, της σωματικής κακοποίησης
- Συγκέντρωση απόψεων για τα αίτια της κακοποίησης και τις επιπτώσεις που έχει στο παιδί
- Διερεύνηση σχετικά με τις νέες μορφές κακοποίησης
- Συγκέντρωση στοιχείων όσον αφορά την αντιμετώπιση και πρόληψη της σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης
- Διερεύνηση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων που εφαρμόζονται στον Ελλαδικό χώρο
- Αναφορά στις νομοθετικές ρυθμίσεις για την σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών

#### **1.4 Ορισμοί όρων**

- «Η κακοποίηση και παραμέληση (ΚαΠα) των παιδιών περιλαμβάνει διάφορες μορφές ενεργητικής και παθητικής βίας, η Δε αναγνώριση και αντιμετώπισή τους εξαρτάται από τα όρια που κάθε κοινωνία θέτει στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις διαστάσεις του γονικού ρόλου. Επίσης, εξαρτάται και από την ευρύτερη αντίληψη για τη γενική ποιότητα ζωής και την αξία και την επένδυση που κάθε κοινωνία εναποθέτει στο παιδί». (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991, σελ.261)

##### **α) Σωματική κακοποίηση:**

Κακοποίηση-παραμέληση θεωρείται «οποιαδήποτε και καθ' οιονδήποτε τρόπο διαταραχή της ανατομικής ακεραιότητας των ιστών και οποιαδήποτε κατάσταση είναι αποτέλεσμα μη τυχαίας δυσμενούς επίδρασης εξωγενούς παράγοντα (φύσης μηχανικής, φυσικής ή χημικής) ή αποτέλεσμα στέρησης ενός παράγοντα απαραίτητου για τη ζωή» (Ο.Π.)

##### **β) Σεξουαλική κακοποίηση:**

Θεωρείται «οποιαδήποτε πράξη ή ενέργεια γίνεται σε βάρος του παιδιού από άτομο μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά 5 χρόνια, που αποσκοπεί σε σεξουαλική διέγερση του δράστη» (Ο.Π.)

##### **γ) Συναισθηματική κακοποίηση:**

«Η συστηματική ψυχολογική κακομεταχείριση ενός παιδιού που επηρεάζει ή και αναστέλλει τη φυσιολογικού ψυχική του ανάπτυξη». (Ο.Π., σελ. 262)

δ) Παραμέληση:

Η παραμέληση μπορεί να είναι σωματική και συναισθηματική. Περιλαμβάνει τη στέρηση φροντίδας που θέτει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική του ανάπτυξη, ακόμα και τη ζωή του (Ο.Π.)

Όλες οι παραπάνω μορφές κακοποίησης και παραμέλησης είναι εξαιρετικά επιζήμιες για το παιδί, γιατί θέτουν σε κίνδυνο όχι μόνο τη ζωή του και τη σωματική του ακεραιότητα, αλλά συγχρόνως αναστέλλουν τη φυσιολογική σωματική, ψυχολογική και νοητική του ανάπτυξη και την κοινωνική του προσαρμογή και εξέλιξη. (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 261-262)



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σύμφωνα με την Νάκου (1991) «κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στη μυθολογία. Η Ήρα, θυμωμένη επειδή ο σύζυγός της, ο Ζευς συνενετιζόταν με άλλες γυναίκες, γέννησε εξώγαμο, τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος όμως ήταν άσχημος, ανάπηρος και κουλός, πράγμα που η Ήρα δεν άντεξε και τον πέταξε από τον Όλυμπο στη θάλασσα. Σώθηκε από τη Θέτιδα και την Ευρυνόμη, αλλά αναφέρεται ότι πάντα μισούσε τη μητέρα του, ήταν βίαιος και όταν παντρεύτηκε ο ίδιος με την Αφροδίτη ο γάμος απέτυχε». Η ιστορία του Ηφαίστου αποτελεί πραγματικά μια «κλασική» περίπτωση κακοποίησης παιδιού, με πολλά από τα γνωστά κοινωνικά και ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά (σελ. 19)

Σύμφωνα με την Μαρουλή (1977) «η κακοποίηση των παιδιών δεν είναι χαρακτηριστικό φαινόμενο της εποχής μας μόνο. Αρχίζοντας από τον Καναδά και προχωρώντας στην ιστορία, παρατηρείται ότι στον 16<sup>ο</sup> και 17<sup>ο</sup> αιώνα ακόμα και γερά παιδιά θυσιάζονταν στα θεμέλια κάποιου σπουδαίου κτιρίου. Βρεφοκτονίες και παιδοκτονίες με βάση δεισιδαιμονίες ή λόγους θρησκευτικούς και κοινωνικούς αποτελούσαν ένα κοινωνικά παραδεκτό έγκλημα. Ο σύγχρονος τύπος αναφέρεται αρκετά συχνά σε περιπτώσεις παιδιών που δολοφονήθηκαν, αφέθηκαν να πεθάνουν από πείνα ή κακοποιήθηκαν από γονείς και κηδεμόνες». (σελ. 31)

Η Νάκου (1991), κάνει μια γρήγορη ανασκόπηση των μορφών μαζικής κακοποίησης παιδιών σε διάφορες ιατρικές εποχές και γεωγραφικές περιοχές προκειμένου να κατανοηθεί ότι η κακοποίηση δεν είναι νέο φαινόμενο:

- 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 π.χ. η σφαγή του Ηρώδη. Ένα παράδειγμα ήταν μέρος της «τελικής λύσης για τους Εβραίους» του Χίτλερ, ο οποίος στα παιδικά του χρόνια ήταν ο ίδιος θύμα πατρικής βίας. Ατομική βρεφοκτονία ή εγκατάλειψη αποτελούσαν λύσης αναγνωρισμένης από την κοινωνία σε περίπτωση εξώγαμου παιδιού, ανάπηρου ή ακόμα και λάθος φύλου – δηλαδή το αντίθετο φύλο από αυτό που απαιτεί η κοινωνία. Υπάρχουν περιγραφές εγκατάλειψης θηλυκών βρεφών στη σημερινή Κίνα, επειδή το κράτος τιμωρεί τα ζευγάρια που αποκτούν περισσότερα από ένα παιδιά και προτιμούνται τα αγόρια» (σελ. 22).
- Ακρωτηριασμός και ευνουχισμός: «Στις Αραβικές χώρες, ο κλέφτης άσχετα με την ηλικία, τιμωρείτο με το κάψιμο του χεριού, ο ψεύτης με το κόψιμο της γλώσσας. Επίσης, σε διάφορες χώρες, ακρωτηριασμός γίνονταν από τους γονείς για να ζητιανέψει το παιδί. Ο ευνουχισμός γινόταν για τιμωρία, αλλά επίσης και στους μικρούς τραγουδιστές για να διατηρηθεί η ψηλή φωνή» (σελ. 22).
- Εργασία από μικρή ηλικία: «Εκτός από την εργασία από μικρή ηλικία, συνήθως για πολύ χαμηλό μισθό, που εξακολουθεί να είναι μεγάλο πρόβλημα σε μερικές κοινωνίες σήμερα, υπήρξαν στο παρελθόν πολλές περιπτώσεις σκλαβιάς παιδιών, καθώς και πούλημα παιδιών από τους γονείς. Ένα σύγχρονο πρόβλημα, σε

μερικές χώρες, ήταν η σεξουαλική εκμετάλλευση μικρών παιδιών για κερδοσκοπικούς λόγους. (σελ. 22).

- Σκληρή τιμωρία: «Εκτός από την έννοια της αμοιβής για κάποια «εγκληματική πράξη», η παραδοσιακή αρχή ήταν ότι η σκληρή τιμωρία χρειαζόταν για την πειθαρχία του παιδιού και ότι αποτελούσε ένα απαραίτητο μέρος της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Οι σημερινές αντιλήψεις της ψυχολογίας του παιδιού έρχονται σε αντίθεση με τις παλιές θεωρίες αλλά στην πράξη δεν υπάρχει συμφωνία για το τι είναι παραδεκτό. Στις Σκανδιναβικές χώρες έχει απαγορευτεί κάθε χτύπημα, ακόμα κι ένα χαστούκι. Από την άλλη μεριά, δεν είχαν περάσει 5 χρόνια από τότε που αθώωθηκε ένα Έλληνας πατέρας μετά από τον άγριο ξυλοδαρμό της κόρης του, ηλικίας 12 χρονών. Το συμπέρασμα στο δικαστήριο ήταν ότι, «κόρη του είναι – δεν τον υπάκουσε, έπρεπε να τη δείρει» »(σελ.22)

Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπιση της ως ιατροκοινωνικό πρόβλημα άρχισε, ουσιαστικά, από το 1962 όταν ο παιδίατρος Hentry Kempe στις Ηνωμένες πολιτείες, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «Battered child Syndrome» «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού». (Νάκου, 1991, σελ. 19)

Συμπληρωματικά με τη Μαρουλή (1977), το σύνδρομο της κακοποίησης, ή του «κακομεταχειρισμένου παιδιού» ή «κάκωση του παιδιού που δεν οφείλεται σε ατύχημα», αποποιείται στην Αγγλική βιβλιογραφία με τους όρους battered child syndrome, child abuse, και non accidental injury. (σελ. 31).

Κατά της Νάκου (1991) « Ο Kempe έκανε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους, όπως και των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους. Η περιγραφή ή βασισμένη σε στοιχεία που μαζεύτηκαν στο ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους συναδέλφους τους σε διάφορα παιδιατρικά κέντρα της Αμερικής. Οι πρώτες αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του Kempe ήταν δυσπιστία και άρνηση – οι γιατροί προτιμούσαν να πιστέψουν τις αντιφατικές και απίθανες εξηγήσεις που οι γονείς έδιναν για τα τραύματα των παιδιών τους» (σελ. 20)

«Σιγά – σιγά όμως, στην Αμερική και σ' άλλες χώρες, οι γιατροί άρχισαν να παραδέχονται ότι εκείνοι που φρόντιζαν τα παιδιά, καμιά φορά μπορεί να τα τραυματίσουν. Άρχισαν να σκέφτονται την κακοποίηση σαν «πιθανή διάγνωση» στην περίπτωση κακώσεων σε βρέφη και την παραμέληση και στέρηση μητρικής φροντίδας σαν αιτία στασιμότητας της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού. Η διάγνωση ήταν πιο εύκολη όταν υπήρχε ιστορικό εγκληματικής δράσης στην οικογένεια ή όταν ένας γονιός παρουσίαζε ψυχιατρικά προβλήματα ή ήταν ναρκομανής ή αλκοολικός. Σταδιακά όλο και περισσότεροι γιατροί αντιμετώπιζαν περιπτώσεις κακοποίησης σε «φυσιολογικές» οικογένειες. Ταυτόχρονα, άρχισαν να καταλαβαίνουν ότι στην αρρώστια αυτή η διάγνωση είναι πιο απλή από τη θεραπεία και στην αντιμετώπιση του προβλήματος οι παιδίατροι ζήτησαν βοήθεια από τους συνεργάτες –από τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχιάτρους και ψυχολόγους- ή και το αντίθετο» (Ο.Π. σελ. 20)

Η διάγνωση της κακοποίησης, ειδικά όταν τα τραύματα είναι θανατηφόρα, έχει και τη νομική της πλευρά. Η βρεφοκτονία και η παιδοκτονία

ήταν πάντα αντικείμενο της ιατροδικαστικής και οι πιο φανερές περιπτώσεις οδηγούσαν το δράστη στο δικαστήριο. Παράλληλα με τους κλινικούς γιατρούς. Οι παθολογο-ανατόμοι απέκτησαν νέες γνώσεις γύρω από την αιτιολογία των κακώσεων, οι ιατροδικαστές έγιναν πιο φιλύπτοπτοι και οι νομικές υπηρεσίες αναγκάστηκαν να βρουν καινούργιους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος. Ότι συμβαίνει στον τομέα της ιατρικής προκαλεί πάντα το ενδιαφέρον του περισσότερου κόσμου και ο συνδυασμός της βίας μ' ένα «νέο σύνδρομο» έγινε αφορμή στην αρχή για όργια δημοσιογραφικών υπερβολών. Οι γονείς παρουσιάστηκαν σας «απάνθρωποι», «σκληροί», «κτήνη», «τέρατα». Το πέρασμα όμως του χρόνου, έφερε μελέτες που δείχνουν ότι οι γονείς οι ίδιοι είναι θύματα –είτε της κοινωνίας, είτε των δικών τους γονιών. Η νομοθεσία έγινε λιγότερο «τιμωριτική» και περισσότερο «θεραπευτική». Γενικά, το φαινόμενο δεν θεωρείται πια σαν νέο πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας, αλλά μάλλον σαν ένα πρόβλημα που πάντα υπήρχε και που ήταν κρυμμένο μέσα στ' άλλα τεράστια προβλήματα των παιδιών των προηγούμενων γενεών – πείνα, λοιμώξεις, εγκατάλειψη και υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα.

Με την άνοδο του επιπέδου ζωής, μεγαλύτερη έμφαση δίνεται στα ατομικά δικαιώματα. Σύμφωνα με τη διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του παιδιού όπως αναφέρει η Νάκου (1991) που ψηφίστηκε ομόφωνα στις 20 Νοεμβρίου 1959, υπάρχουν 10 αρχές από τις οποίες οι 4 έχουν σχέση με τη σημερινή αντίληψη της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

Αρχή Δεύτερη: « Το παιδί 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 πρωταρχικής φροντίδας 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 ιατρική περίθαλψης».

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

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

Αυτά είναι αποσπάσματα από το πρωτότυπο της διακήρυξης σε επίσημη μετάφραση και γενικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι η στέρηση αυτών των δικαιωμάτων αποτελεί κακοποίηση του παιδιού. Επίσης η έκτη αρχή αναγνωρίζει την ειδική ευθύνη των γονιών και επομένως στο ατομικό επίπεδο ο γονιός είναι αυτός που είναι στη μοναδική θέση να προξενεί στέρηση των

δικαιωμάτων του παιδιού του, δηλαδή να το κακοποιήσει ή να το παραμελήσει (σελ. 21).

Η Νάκου (1991), αναφέρεται επίσης στην εξελικτική πορεία των ενεργειών των υπευθύνων Παγκοσμίως, όσον αφορά τη διερεύνηση του προβλήματος και την αναζήτηση του τρόπου αντιμετώπισης των περιπτώσεων κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών.

Αναδρομικά με την ίδια, μέχρι το τέλος του τελευταίου αιώνα κανείς δεν σκέφτηκε να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής των παιδιών. Στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής τα προβλήματα των παιδιών ήταν τόσα πολλά και μεγάλα –πείνα, αρρώστια, δουλειά από μικρή ηλικία, εγκατάλειψη- το δε «ξύλο» ήταν απλά ένα μέρος της σκληρής ζωής. Τα ορφανοτροφεία που ιδρύθηκαν από εκκλησίες και φιλανθρωπικές οργανώσεις πρόσφεραν στέγη στα εγκαταλελειμμένα παιδιά, αλλά οι συνθήκες δεν ήταν καλές, όπως π.χ. μας απεικονίζει ο Dickens στο «OLIVER TWIST». (Ο. Π. σελ. 22)

«Από το 1880 και μετά, στην Αγγλία και σε διάφορες πολιτείες της Αμερικής, οργανώθηκαν εταιρείες προστασία παιδιών. Ο απολογισμός της εταιρείας 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 «ηθική πίεση» και μαστίγωμα. Η ιατρική βιβλιογραφία της εποχής, όμως, δεν ασχολείται καθόλου με το πρόβλημα. Η μοναδική περιγραφή περίπτωσης κακοποίησης δημοσιεύτηκε το 1860. Ο συγγραφέας ήταν ένας Γάλλος καθηγητής ιατροδικαστικής. Ο Tordirien, ο οποίος περιέγραψε 32 παιδιά που κακοποιήθηκαν από τους γονείς, με λεπτομέρειες των τυπικών τραυμάτων



(κατάγματα, εγκαύματα, κ.λ.π.) καθώς και παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά των γονιών και των παιδιών. Τελείωσε με μια παράκληση για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Δυστυχώς, τα λόγια του ξεχάστηκαν από τους γιατρούς για σχεδόν 100 χρόνια». (Ο.Π., σελ. 23)

Αμέσως μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η ιατρική βιβλιογραφία παρουσίασε πολλές περιγραφές παιδιών με κακώσεις «χωρίς ιστορικό τραύματος» –κατάγματα, μώλωπες, περιοστικές διογκώσεις, υποσκληρίδια αιματώματα- αλλά κανείς δεν αναφέρθηκε σε βία –παρά μόνο σε «αυξημένη οστική ευθραυστικότητα», για «αιμορραγική διάθεση» και λίγο πιο τολμηρά για «επικίνδυνες περιβαλλοντικές συνθήκες». (Νάκου, 1991, σελ. 23)

Το 1959 ο Kempe μίλησε στην Αμερικάνικη παιδιατρική εταιρεία για το πρόβλημα της «Γονικής εγκληματικής παραμέλησης και βαριάς σωματικής κακοποίησης». Το 1960, η κοινωνική λειτουργός Elmer αναφέρθηκε στις δυσκολίες της αναγνώρισης της κακοποίησης, ενώ το 1962 η ιστορία καταλήγει στο ορισμό του Kempe «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού». Παράλληλα με την κλινική ευαισθητοποίησης οι ιατροδικαστικές υπηρεσίες άρχισαν να ορίζουν πιο αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση και την καταγγελία της βίας. 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. (Ο.Π., σελ. 23)

«Από τότε, ομάδες σε πολλά παιδιατρικά κέντρα άρχισαν να διερευνούν το πρόβλημα και να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης των περιπτώσεων μέσα στα πλαίσια των συγκεκριμένων τοπικών συνθηκών» (Νάκου, 1991, σελ. 23)

Ειδικά οι νομοθετικές δυνατότητες διαφέρουν στις διάφορες χώρες. Κάθε ομάδα που δουλεύει με κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειες τους περνάει από την ίδια σειρά. Η πρώτη αντίδραση είναι δυσπιστία και άρνηση του προβλήματος από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι πρώτες περιπτώσεις που αναγνωρίζονται είναι ακραίες –αυτές που ο γονιός είναι εγκληματίας, αλκοολικός ή έχει ψυχιατρικό πρόβλημα ή που τα τραύματα είναι τόσο χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να εξηγηθούν διαφορετικά π.χ. μαχαιριές. Σταδιακά η διάγνωση γίνεται και στις πιο ελαφρές και λιγότερο φανερές περιπτώσεις και νωρίτερα στην εξέλιξη του προβλήματος όπου η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να έχει πιο επιτυχημένα αποτελέσματα. Ένα επόμενο στάδιο, σύμφωνα με τη Νάκου (1991) συμπεριλαμβάνει την αναγνώριση οικογενειών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο και η λήψη προληπτικών μέτρων (σελ. 24).

«Εκτός από τη σωματική κακοποίηση, οι διεπιστημονικές ομάδες ασχολούνται και με παιδιά που είναι τόσο παραμελημένα ώστε να χρειάζονται ιατρική παρέμβαση, μετά κυρίως από τις παρατηρήσεις του Mc Carthy το 1970 σε παιδιά που παρουσίαζαν καθυστέρηση στην ανάπτυξη, που δεν οφείλονται σε οργανική αιτία που ονόμασε «psychosocial dwarfism» δηλαδή ψυχοκοινωνικός νανισμός. Επίσης τα τελευταία χρόνια έγινε φανερό ότι υπάρχουν άλλες μορφές κακοποίησης παιδιών π.χ. η φαρμακευτική κακοποίηση και η στέρηση της ιατρικής φροντίδας, ενώ πολύ συζήτηση γίνεται για το πρόβλημα 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 είναι «κρυμμένη» ».

(Νάκου, 1991, σελ. 24)

Μια αρκετά συγκεκριμένη εικόνα της πιθανής συχνότητας του προβλήματος προσφέρεται από χώρες όπου η αντιμετώπιση της κακοποίησης παιδιών έχει γίνει πια ρουτίνα. Στη Μεγάλη Βρετανία, κάθε χρόνο αναφέρονται επίσημα 7,000 – 8,000 περιπτώσεις με θανάτους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφέρονται 100,000 –200,000 περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, 700,000 περιπτώσεις παραμέλησης και 60,000 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης κάθε χρόνο με 2,000 θανάτους.

Υπολογίζεται, σύμφωνα με τη Νάκου (1991), ότι «από τα παιδιά ηλικίας κάτω των 3 χρόνων που εξετάζονται στα νοσοκομεία με τραύματα που δεν οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα, το 10% είναι κακοποιημένα και ότι το 30% των καταγμάτων σ' αυτά τα παιδιά οφείλονται σε κακοποίηση. Γενικά, σ' αυτές τις χώρες από κάθε 1,000 παιδιά που γεννιούνται ζωντανά, 3 θα κακοποιηθούν πριν φτάσουν στο δέκατο χρόνο ζωής (σελ. 24-25).

Και στην Ελλάδα οι αναλογίες δεν είναι διαφορετικές. Όταν η πρώτη Ελληνική ομάδα ξεκίνησε το 1977, η γενική αντίδραση ήταν «αυτό είναι πρόβλημα σε άλλες χώρες δεν παρουσιάζεται εδώ». Μια αναδρομική μελέτη στα αρχεία της Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (Μαρουλή, 1977), αποκάλυψε 43 παιδιά σε 21 οικογένειες που αντιμετωπίζονται στην τετραετία 1973 – 1976, που είναι όλα τα χαρακτηριστικά κακοποίησης – παραμέλησης μόνο που δεν είχαν την «ταμπέλα» (σελ. 277 – 284). Παρόμοιες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με το χαρακτηριστικό του «κοινωνικού περιστατικού» από υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ. Στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» το 1978 διαγνώστηκαν 6 περιπτώσεις και στη συνέχεια άρχισε η πρώτη προδρομική μελέτη όπου παρουσιάστηκε στο 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο από τους Νάκου, Μαρουλή, Δοξιάδης (1978), δείχνοντας ότι το πρόβλημα υπάρχει κι

εδώ στην Ελλάδα σ' όλες τις διαστάσεις σ' αυτά που δεν υπάρχουν ακόμα είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης όλων των περιπτώσεων όπως πρέπει, με έγκαιρη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και φυσικά πρόληψη (σελ. 298 – 300).

## **2. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΘΕΣΜΟΣ**

Ο κοινωνικός θεσμός, σύμφωνα με τη Μούσουρου (1996), είναι ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ (κοινωνικά προσδιορισμένων ) ρόλων, ένα σύνολο τυποποιημένων τρόπων ατομικής και ομαδική δράσης. Η σταθερότητα και η τυποποίηση αποτελούν καίρια χαρακτηριστικά του θεσμού και υποδηλώνουν τον εξωατομικό του χαρακτήρα η ατομική βούληση δεν καταργεί ούτε αλλάζει ένα θεσμό. Αντίθετα, ο κοινωνικός θεσμός, επιβάλλεται στα μέλη της κοινωνίας εξασφαλίζοντας σ' αυτά την κοινωνική ένταξη και αποδοχή άλλα και παρέχοντας τους τον προτιμητέο τρόπο επίτευξης κοινωνικά αποδεκτών ή και επιθυμητών, ατομικών όσο και συλλογικών στόχων. Οι στόχοι αυτοί δεν είναι προσωρινοί και πρόσκαιροι αλλά παραμένουν σταθεροί καθώς διατηρούν τη σημασία τους επί μακρό χρονικό διάστημα. Ακόμα μπορεί να είναι πολλοί (και τότε ο θεσμός είναι πολύσκοπος) ή λίγοι (τότε ο θεσμός είναι ολιγόσκοπος) ή και, σπανιότερα, μόνον ένα (τότε πρόκειται για μονόσκοπο θεσμό). Οι όποιοι στόχοι, σε συνδυασμό με τη δομή της κοινωνίας στην οποία υπάρχει ο συγκεκριμένος θεσμός προσδιορίζουν τις λειτουργίες του (σελ. 14-15).

«Ως κοινωνικός θεσμός, η οικογένεια έχει κοινωνικά σημαντικούς σκοπούς που συνοψίζονται στην εξασφάλιση της συνέχειας της κοινωνίας και που αναλύονται στη μεταβίβαση από τη μία γενιά στην άλλη του πολιτισμού ως τρόπου ζωής και τρόπου ύπαρξης, των (υλικών) πραγμάτων και των κοινωνικών θέσεων». (Ο.Π. σελ.15)

Ως θεσμός, λοιπόν, όπως αναφέρει η Μούρουρου (1996), η οικογένεια έχει αφενός ένα χαρακτήρα δημόσιο καθώς αφορά την οργάνωση του συλλογικού βίου και συνδέεται με την εν γένει θέσμιση του βίου αυτού (νομοθεσία) και με την υλική του διάσταση (τρόπο παραγωγής) αφετέρου, η οικογένεια έχει ένα χαρακτήρα ιδιωτικό καθώς αφορά την οργάνωση του ιδιωτικού βίου. Έτσι η οικογένεια είναι θεσμός γιατί συνίσταται σ' ένα σταθερό πλέγμα σχέσεων μεταξύ κοινωνικά προσδιορισμένων ρόλων/ σύζυγος, μητέρα, γιος, αδελφός κ.λ.π). Το γεγονός ότι ένα άτομο δεν αποδέχεται τον κοινωνικά προσδιορισμένο ρόλο του ή τη σχέση του ρόλου αυτού με έναν άλλο στα πλαίσια της οικογενειακής ομάδας δεν διαφοροποιεί τον θεσμό. Μπορεί όμως να έχει επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο. Ως θεσμός, η οικογένεια έχει λειτουργίες με τις οποίες προωθείται η ικανοποίηση στόχων τόσο σημαντικών για τα άτομα και το σύνολο, ώστε ο θεσμός να εμφανίζεται σ' όλες τις εποχές και σ' όλες τις κοινωνίες (σελ. 15-17).

### **Ορισμός**

Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1996) «Η οικογένεια είναι ένας θεσμός με τη δική του κουλτούρα και τους δικούς του ειδικούς τρόπους για την αντιμετώπιση της ζωής. Αποτελείται από άτομα των οποίων η συμπεριφορά και η εμπειρία επηρεάζεται από ένα σύστημα αλληλοδιαπλεκόμενων σχέσεων, στις οποίες συμμετέχουν και αποτελούν μέρος. Παράλληλα τα άτομα-μέλη της οικογένειας έχουν συγκεκριμένα και βαθιά ριζωμένα χαρακτηριστικά ή εσωτερικές σχέσεις» (σελ. 12).

Η οικογένεια, όπως αναφέρει η Χουρδάκη (1995), αποτελεί ένα κύτταρο βασικό από πλευράς κοινωνιολογικής και από πλευράς ψυχολογικής.

«Ανήκουμε σε μια οικογένεια, ανήκαμε σε μιαν άλλη όπου μεγαλώσαμε, θα φτιάξουμε μια νέα δική μας οικογένεια. Μέσα στην οικογένεια, χαιρόμαστε, λυπούμαστε, απογοητευόμαστε, έχουμε τις δεσμεύσεις μας, κ.α» (σελ. 337).

Κατά τη Χουρδάκη (1995) «οικογένεια είναι το σύνολο των προσώπων του ίδιου αίματος, που ζουν κάτω από την ίδια στέγη, ιδίως ο πατέρας, η μητέρα και τα παιδιά». Για να είναι λοιπόν μια ομάδα, οικογένεια πρέπει τα άτομα να ζουν κάτω από την ίδια στέγη και να έχουν το ίδιο αίμα (σελ. 337).

Έτσι ο Mourice Porot στο βιβλίο του «Reliance Familiales» γράφει: «Καλά είναι να υπάρχει στην οικογένεια η ίδια στέγη και το ίδιο αίμα μα αυτό που δένει την οικογένεια είναι η αγάπη, είναι το συναίσθημα που πρέπει να συνδέει αυτούς που καλούνται να ζήσουν μαζί». (Χουρδάκη, 1995, σελ. 337)

Η οικογένεια, σύμφωνα με την Λακάν (1987), εμφανίζεται κατ' αρχήν σαν μια φυσική ομάδα ατόμων ενωμένων με μια διπλή βιολογική σχέση την αναπαραγωγή, η οποία προσφέρει τα συστατικά στοιχεία της ομάδα, και τους περιβαλλοντολογικούς όρους διαβίωσης τους οποίους απαιτεί η ανάπτυξη των νέων και οι οποίοι διατηρούν την ομάδα, εφ' όσον οι ενήλικες γεννήτορες διασφαλίζουν τη λειτουργία της. Αυτή η λειτουργία μέσα στο ζωικό βασίλειο γεννά ενστικτικές συμπεριφορές, συχνά ιδιαίτερα πολύπλοκες. Τα κοινωνικά φαινόμενα που παρατηρούνται στα ζώα εμφανίζονται τόσο διάφορα από τα οικογενειακά ένστικτα, ώστε οι ερευνητές να τα συσχετίζουν μ' ένα πρωτότυπο ένστικτο, αποκαλούμενο ένστικτο αμοιβαίας έλξης (σελ. 15).

Ο Τσιάντης (1996), τονίζει ότι κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου ή της ζωής της οικογένειας σχηματίζεται μεν και επηρεάζεται από την προηγούμενη, αλλά θα σχηματιστεί και την επόμενη. Επίσης αναφέρεται

στο ρόλο της οικογένειας ή στο τί περιμένει η κοινωνία από την οικογένεια (σελ. 13):

- Παροχή στέγης, κατοικίας και υλικών αγαθών στα μέλη της
- Παροχή σωματικής και συναισθηματικής φροντίδας τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά
- Προώθηση και διατήρηση της συναισθηματικής υγείας και της ισορροπίας όλων των μελών της
- Εξασφάλιση της κοινωνικοποίησης των παιδιών
- Δημιουργία σεξουαλικών προτύπων και ρόλων που προετοιμάζουν το δρόμο για την σεξουαλική ωρίμανση και ικανοποίηση.
- Παροχή δυνατοτήτων για την ανάπτυξη προσωπικής ταυτότητας συνδεδεμένης με την οικογενειακή ταυτότητα
- Το αίσθημα ταυτότητας είναι απαραίτητο για να μπορούν τα μέλη της να αντεπεξέρχονται στις καινούργιες εμπειρίες και τη δημιουργία των δεσμών.

Η Χουρδάκη (1995) κάνει αναφορά στον Freud και στους ψυχαναλυτές της εποχής, όπου έστρεψαν τον προβολέα της επιστήμης προς την οικογένεια και υπογραμμίσουν πως η ψυχική υγεία του ατόμου εξαρτάται από τις οικογενειακές σχέσεις. Σήμερα όλοι όσοι μελετούν τον άνθρωπο αρχίζουν από τα παιδικά του βιώματα και ιδιαίτερα από τη στάση των γονέων του, από τις σχέσεις που είχε μαζί τους. Όχι μόνο όταν μελετούν τα παιδιά, μα και την ψυχολογία των συζύγων που έχει τόση σημασία σ' αυτή την εποχή τα πρώτα ερωτήματα αφορούν το βίο και τον τρόπο ζωής στην παιδική ηλικία. Είναι λοιπόν η οικογένεια απαραίτητα για τη διαμόρφωση της σωστής προσωπικότητας του ατόμου. Η οικογένεια δεν είναι μόνο ο πατέρας, η



μητέρα, μα και το σωστό, το εξισορροπημένο συναίσθημα που τους συνδέει έτσι ώστε να περνάει στο παιδί και στα μέλη της οικογένειας η θετική πλευρά της οικογενειακής συμβίωσης. Όταν οι γονείς μιλούν για το παιδί δεν στρέφονται μόνο στο παιδί. Μπορεί να δίνουν στο παιδί τους πολλά μα παίρνουν και από τα παιδιά τους πολλά πράγματα. Οι διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια είναι προς δύο κατευθύνσεις, δίνω και παίρνω. Και καλό θα είναι η συναισθηματική που παίρνουν και που δίνουν να είναι γνήσια, αληθινή και ασφαλής. Η ασφάλεια μέσα στην οικογένεια παίζει μεγάλο ρόλο. Η ανασφάλεια δημιουργεί προβλήματα.

Ο Τσιάντης (1996), υποστηρίζει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του κύκλου ζωής της οικογένειας και του κύκλου ανάπτυξης του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ίδιο, φαίνονται ότι ισχύουν τα εξής: «Κάθε μέλος της οικογένειας αναπτύσσεται και εξελίσσεται συναισθηματικά ακόμα και όταν η φυσική του ανάπτυξη σταματάει. Κάθε στάδιο της ζωής των διαφόρων μελών της οικογένειας εμπεριέχει συγκρίσεις μεταξύ των παρορμήσεων που προέρχονται από τις επιθυμίες του ατόμου και της πίεσης για προσαρμογή σύμφωνα με τις απαιτήσεις της εξωτερικής πραγματικότητας. Τα αναπτυξιακά αυτά επιτεύγματα είναι στο επίκεντρο σε ορισμένες χρονικές περιόδους του ατόμου. Επιτυχής διαπραγμάτευση και κατάκτηση αυτών των επιτευγμάτων οδηγούν σε ωρίμανση και εσωτερική αρμονία και εξασφαλίζουν την επιτυχή διαπραγμάτευση των επομένων αναπτυξιακών φάσεων και επιτευγμάτων. Ενώ ανεπιτυχής διαπραγμάτευση ή κατάκτηση μπορεί να οδηγήσουν σε εσωτερική δυσαρμονία ή έλλειψη παραδοχής από την εξωτερική πραγματικότητα με αποτέλεσμα η διαπραγμάτευση της επόμενης φάσης να μη γίνει επίσης με ικανοποιητικό τρόπο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα

τη δημιουργία σημείων καθήλωσης και εστιών σύγκρουσης». (σελ. 15-16). Κάθε αναπτυξιακό επίτευγμα συνοδεύεται από μια κρίση του ατόμου και μπορεί να κατακτηθεί από την επιτυχή προσαρμογή και ανταπόκριση της οικογένειας. Επιπλέον η κρίση του ατόμου συνοδεύεται από κρίση στην οικογένεια, που τελικά όμως είναι δυνατόν να προωθήσει την ανάπτυξη και την ωρίμανσή της.

## **2.1 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΕ ΚΡΙΣΗ**

Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1996), ορισμένες καταστάσεις αποτελούν μεταβατικές φάσεις στην οικογένεια και μπορούν δυνάμει να βάλουν την οικογένεια σε κρίση, όπως είναι η γέννηση ενός μωρού, η εφηβεία και η κρίση της μέσης ηλικίας των γονέων. Δυνητικά υπάρχουν και πολλές άλλες καταστάσεις που βάζουν την οικογένεια σε κρίση, όπως είναι η συζυγική δυσαρμονία και το διαζύγιο, η βία, η οξεία ασθένεια, η απώλεια και ο θάνατος.

Οι εσωτερικές σχέσεις που στην ουσία αποτελούν τη δυναμική της οικογένειας, όπως ισχυρίζεται ο Τσιάντης (1996), μπορεί να επηρεαστούν από εξωτερικά γεγονότα τα οποία δυνατόν να προκαλέσουν κρίση, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της όποιας ισορροπίας έχει η οικογένεια στη δεδομένη χρονική περίοδο.

Αυτό που θέλει να τονίσει ο ίδιος είναι ότι «Η διαταραχή της ισορροπίας της οικογένειας δεν προκαλείται απλώς και μόνο από την αλλαγή της δομής της οικογένειας ή από τις επισυμβαίνουσες κρίσεις. Τα διάφορα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή της οικογένειας και ότι αυτά συμβολίζουν επηρεάζουν τελικά τις εσωτερικές σχέσεις φαντασιώσεις των ατόμων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται το όλο σύστημα της οικογένειας» (σελ. 12).

Κρίση, σύμφωνα με τον Carlan είναι «μια μεταβατική περίοδος ή καμπή της ζωής ενός ατόμου. Η κρίση δημιουργεί τις προϋποθέσεις για να μπορέσει το άτομο να ωριμάσει. Από την άλλη μεριά όμως μπορεί να γίνει πιο ευάλωτο, ακόμα και να οδηγηθεί σε ψυχική αποδιοργάνωση. Οι γνωστοί μηχανισμοί άμυνας και τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιεί το άτομο κινητοποιούνται, αλλά και δοκιμάζονται στην περίοδο της κρίσης. Η κρίση,

λοιπόν, είναι μια κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε ωρίμανση και περαιτέρω ανάπτυξη αλλά και σε αποδιοργάνωση». (Τσιάντης, 1996, σελ. 12)

Η Lydia Rapoport υποστηρίζει ότι «η κρίση δημιουργεί ένα πρόβλημα που μπορεί να γίνει αντιληπτό από τον δοκιμαζόμενο ή σαν απειλή ή σαν απώλεια ή σαν πρόκληση. Τη θέση αυτή η Rapoport συμπλήρωσε υποστηρίζοντας ότι υπάρχουν τρεις αλληλοσχετιζόμενοι παράγοντες που συνήθως προκαλούν μια κατάσταση κρίσης: ένα επικίνδυνο γεγονός μια απειλή στις επιδιώξεις της ζωής και μια ανικανότητα για αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασης». (Smith, 1984, σελ. 146 – 147)

Ο Howard J. Parad προσδιορίζει την κρίση σαν διαταραχή μιας σταθερής κατάστασης που χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα φαινόμενα: το συγκεκριμένο επώδυνο γεγονός, η συνειδητοποίηση από το άτομο του γεγονότος αυτού σαν σημαντικού και απειλητικού, την αντίδραση στο γεγονός και τις προσαρμοστικές διαδικασίες που κάνει το άτομο για μια επιτυχή προσαρμογή. (Smith, 1984, σελ.147)

Ο Smith (1984) πιστεύει ότι «η κρίση υπάρχει όταν το άτομο αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα που θεωρεί σοβαρό και που δεν υπάρχει άμεση λύση. Συχνά το πρόβλημα δείχνει να είναι απελπιστικό διότι το άτομο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την κρίσιμη κατάσταση με τους συνηθισμένους προσαρμοστικούς μηχανισμού που χρησιμοποιεί για να επιλύει προβληματικές καταστάσεις» (σελ. 147).

Κατά τον Τσιάντη (1996), διακρίνονται δύο κατηγορίες κρίσεων. Η μια που καλείται εξελικτική, βασίζεται στη θέση ότι το άτομο αναπτύσσεται μέσα από μια σειρά φάσεων ή μεταβατικών περιόδων που προκαλούν συναισθηματική αναταραχή. Εξελικτικές κρίσεις συμβαίνουν στη περίοδο της

εφηβείας, της μέσης ηλικίας κτλ. Η δεύτερη κατηγορία είναι αυτή που οφείλεται σε απροσδόκητα γεγονότα, όπως ο φυσικός τραυματισμός, η απώλεια εργασίας κτλ. Το μοντέλο της θεωρίας της κρίσης μπορεί να εφαρμοστεί αντί στο κύκλο ζωής ενός ατόμου, στον κύκλο ζωής της οικογένειας.

Σε καταστάσεις κρίσης της οικογένειας κινητοποιούνται διάφοροι μηχανισμοί αντιμετώπισης της, προσαρμοστικοί ή δυσπροσαρμοστικοί. Η οικογένεια όμως ως σύνολο «ακουμπάει» στην προηγούμενη της εμπειρία και τους γνωστούς τρόπους αντιμετώπισης. Επομένως υπάρχει πιθανότητα να επαναλάβει προηγούμενη συμπεριφορά ακόμα και αν αυτή ήταν δυσπροσαρμοστική. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις η οικογένεια δοκιμάζει να χρησιμοποιήσει νέους τρόπους για να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει την κρίση. Αυτό όμως που έχει σημασία για την οικογένεια, δεν είναι μόνο ο βαθμός συνεχής και αλληλοϋποστήριξης των μελών της, αλλά το κατά πόσο η οικογένεια έχει δεσμούς με την περιβάλλουσα κοινότητα ή υπάρχει ένα κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης προς το οποίο να στραφεί. (Τσιάντης, 1996, σελ 14)

Είναι γνωστό ότι σε περιπτώσεις κακοποίησης του παιδιού υπάρχει κάποτε μια κρίση. Καθώς επίσης, γνωστό είναι ότι η δυνατότητα ενός δικτύου κοινωνικής υποστήριξης για την οικογένεια ή και η δυνατότητα πιο εξειδικευμένης βοήθειας από ανάλογα προγράμματα όχι μόνο μπορεί να είναι σωτηρία, μέσα από την παρέμβαση της κρίσης, αλλά και να προλάβει μελλοντικές κρίσεις με τη συστηματική παροχή βοήθειας. (Ο.Π., σελ. 14)

Σύμφωνα με τον Τσιάντη (1996), κατά τον Carlan έχουν περιγραφεί τέσσερις φάσεις κατά την κρίση:

- Αρχική αύξηση της έντασης που κινητοποιεί γνωστούς μηχανισμούς για να αντιμετωπιστεί η κρίση
- Εάν αυτοί οι μηχανισμοί δεν αποδώσουν, γίνεται μεγαλύτερη αύξηση της έντασης
- Το άτομο κινητοποιείται ακόμα περισσότερο, δοκιμάζει νέους τρόπους αντιμετώπισης. Προσπαθεί να επαναπροσδιορίσει το πρόβλημα, έτσι ώστε να γίνει όμοιο με προηγούμενες εμπειρίες. Το άτομο μπορεί να αρχίσει να συμβιβάζεται για το τι θέλει να πετύχει.
- Εάν το πρόβλημα δεν λυθεί, τότε η ένταση αυξάνει σε υψηλά επίπεδα και μπορεί να έχουμε εκδηλώσεις μια έντονης ψυχικής πίεσης και αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας. (Τσιάντης, 1996, σελ. 120-121)

Η Rapoport ξεχωρίζει τρεις μόνο φάσεις στη κρίση:

- Την αρχική φάση: Στη φάση αυτή της κρίσης υπάρχει μια αύξηση ψυχικής έντασης που οφείλεται στο καθοριστικό για την κρίση γεγονός. Η ένταση αυτή αναγκάζει το άτομο να εφαρμόσει τους συνηθισμένους μηχανισμούς για ν' αντιμετωπίσει τη συγκεκριμένη κατάσταση. Αν αυτοί οι παραδοσιακοί μηχανισμοί αποτύχουν, η ένταση γίνεται πιο μεγάλη και το άτομο προχωρεί στη μεσαία φάση της κρίσης.
- Την μεσαία φάση: Σ' αυτή τη φάση χρησιμοποιούνται κατεπειγόντως μηχανισμοί προσαρμογής για την αντιμετώπιση της κρίσης, όπως η αρνητική φυγή στην αρρώστια, κ.α. η χρησιμοποίηση των μηχανισμών αυτών έχει σαν αποτέλεσμα άλλοτε τη λύση του προβλήματος, άλλοτε τον επαναπροσδιορισμό του και άλλοτε την άρνησή του.
- Την τελική φάση: Όλες οι αντιδράσεις της κρίσης καταλήγουν σε μια τελική φάση, που είναι η επίτευξη κάποιου είδους ισορροπίας. Αυτή η ισορροπία μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο ικανοποιητική από αυτή που υπήρχε πριν από την κρίση. (Smith, 1984, σελ. 148)

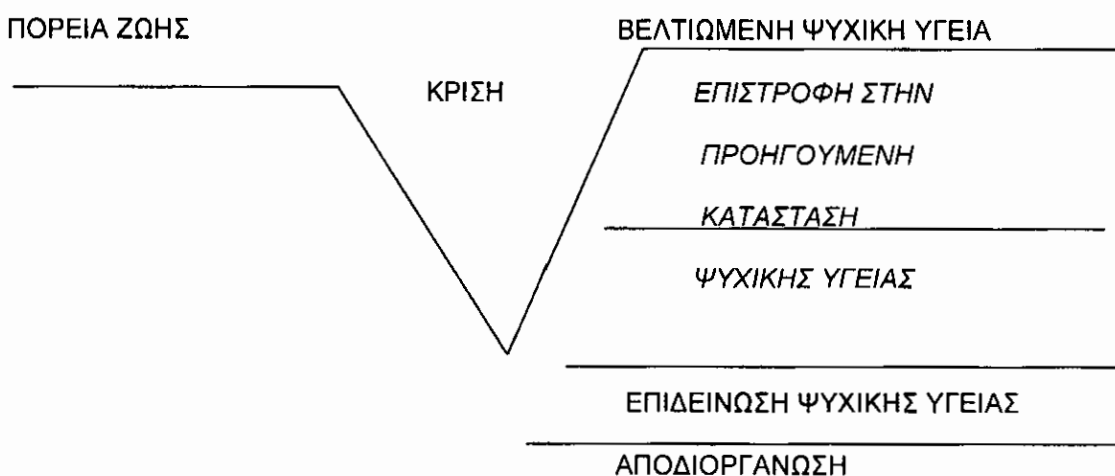
Ο Parad υποστηρίζει ότι όταν ένα γεγονός που προκαλεί ψυχική ένταση εξελίσσεται σε κρίση υπάρχει μια περίοδος αστάθειας που το άτομο είναι ευάλωτο στην ψυχική κατάρρευση αλλά συγχρόνως ευδόκιμο στη θεραπευτική αγωγή. Επίσης επισημαίνει ότι στη διάρκεια της κρίσης το άτομο μπορεί να γίνει παθογόνος φορέας κακής ψυχικής υγείας. Μπορεί, με άλλα λόγια, να έχει καταστρεπτική επίδραση στην ψυχική υγεία των άλλων μελών

στην οικογένεια, των συγγενών ή στενών φίλων ή άλλων ατόμων που είναι σημαντικά στη ζωή του. (Ο.Π. σελ. 148)

Ο Smith (1984) αναφέρεται στη Virginia Socks η οποία χρησιμοποιώντας το διάγραμμα που είχε χρησιμοποιήσει αρχικά η Renben Hill, διαμόρφωσε το δικό της διάγραμμα που δείχνει παραστατικά την πορεία που ακολουθεί η κρίση.

**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1**

ΠΟΡΕΙΑ ΖΩΗΣ



Η κρίση, όπως δείχνει το διάγραμμα 1, οδηγεί πρώτα το άτομο σε μια κατάσταση αποδιοργάνωσης. Από κει και έπειτα, ανάλογα με το πώς το άτομο θ' αντιμετωπίσει την κρίση, η κατάληξη μπορεί να είναι να λειτουργεί το άτομο καλύτερα από πριν. Η οποιαδήποτε κατάληξη της κρίσης έχει σχέση με τη βοήθεια που παίρνει το άτομο από τρίτους στην περίοδο της κρίσης. Επιδίωξη της τεχνικής της παρέμβασης είναι η επιστροφή του ατόμου στο επίπεδο λειτουργικότητας που είχε πριν εμφανιστεί η κρίση και η ελπίδα για βελτίωσή της.

Η παρέμβαση στην κρίση (Τσιάντης 1996) είναι μια θεραπευτική τεχνική που στόχο έχει να βοηθήσει το άτομο και την οικογένεια να αντιμετωπίσουν



την κρίση και να ξαναλειτουργήσουν στο επίπεδο που είχαν πριν από αυτήν. Τονίζει επίσης ότι ως βασική αρχή στη φάση της παρέμβασης για να αντιμετωπιστεί η κρίση είναι ότι πρέπει να γίνει επικέντρωση της προσπάθειας στη στήριξη του εγώ του ατόμου, που βρίσκεται σε κατάσταση αποδιοργάνωσης, παρά στην απόκτηση επίγνωσης ασυνείδητων συγκρούσεων. Αυτό προϋποθέτει μια μάλλον ενεργητική συμμετοχή από την πλευρά του θεραπευτή για την αντιμετώπιση της κρίσης. Επίσης, ο Τσιάντης (1996) αναφέρεται ότι το αποτέλεσμα μιας κρίσης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, από τους οποίους μερικοί είναι:

- Η δυνατότητα υποστήριξης του ατόμου ή της οικογένειας από συγγενείς, φίλους ή την κοινότητα. Το τελευταίο έχει σχέση και με τις αξίες και στάσεις της συγκεκριμένης κοινωνίας όπου ζει το άτομο.
- Η γνώση αλλά και ευαισθητοποίηση του προσωπικού του νοσοκομείου (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού) για τις επιπτώσεις της αρρώστιας στο παιδί, στην οικογένεια αλλά και στους ίδιους.

Εξαρτάται επίσης και από ατομικούς παράγοντες. Μερικοί από αυτούς είναι:

- Ο βαθμός ωριμότητας της προσωπικότητας και οι δυνατότητες (έμφυτες – επίκτητες) που έχει το άτομο να αντιμετωπίσει την κρίση
- Η ύπαρξη προηγούμενων όμοιων εμπειριών και το κατά πόσο αντιμετωπίστηκε η κρίση με επιτυχία. (Τσιάντης, 1996, σελ. 121 – 122)

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η οικογένεια στον κύκλο ζωής της έχει να αντιμετωπίσει πολλές φυσιολογικές λεγόμενες κρίσεις. Η συναισθηματική ωριμότητα των μελών της, η συμπληρωματικότητα στο ρόλο των γονέων, η

ύπαρξη ενός κοινωνικού δικτύου υποστήριξης και η οργανωμένη κοινωνική φροντίδα μπορεί να βοηθήσει τα μέλη της για την αντιμετώπιση των κρίσεων μέσα από την ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών. Η κρίση εμπεριέχει τη δυνατότητα για περαιτέρω ανάπτυξη και ωρίμανση. Η οικογένεια για να αντιμετωπίσει τις κρίσεις ακουμπάει στην προηγούμενη της εμπειρία και τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που είχε δοκιμάσει με επιτυχία παλιότερα.

## **2.2 Η ΒΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Η βία στην οικογένεια είναι ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα. Οι διαφορετικές «εμφανίσεις» της οικογενειακής βίας συγκλίνουν σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1996), στα επόμενα γενικά χαρακτηριστικά:

- Οι οικογένειες αυτές φαίνεται να μη διαθέτουν την απαιτούμενη δύναμη να αντιμετωπίσουν εντάσεις, απομόνωση, προσφορά φροντίδας
- Οι πηγές βοήθειας έξω από το οικογενειακό σύστημα παρουσιάζουν σοβαρότατα κενά στις πηγές προσφοράς υπηρεσιών με αποτέλεσμα η σύνδεσή τους με την οικογένεια να είναι αδύνατη
- Ατομικά αλληλεξαρτημένα προβλήματα μελών της οικογένειας αποδίδουν και σε γενικότερες περιβαλλοντικές συνθήκες
- Οι πηγές επίλυσης και αντιμετώπισης προβλημάτων των ευάλωτων , των οικογενειών δηλαδή που κινδυνεύουν δεν συντονίζονται και δεν επιστρατεύονται, κάτι που είναι επιβεβλημένο
- Η σχέση ανάμεσα στους τύπους βίας στο οικογενειακό σύστημα αποδεικνύονται και από άλλα κοινά χαρακτηριστικά προσωπικών και κοινωνικών προσδοκιών θύτη και θύματος όπως: α) το θύμα, έως ένα βαθμό εξαρτάται σωματικά και ψυχολογικά για φροντίδα και στήριξη από αυτόν που το κακοποιεί, β) υποβαθμίζεται το κοινωνικό επίπεδο των ομάδων που εμπεριέχουν θύματα κάποιας μορφής βίας, γ) περιβαλλοντικοί και διαπροσωπικοί «στρεσογόνοι» παράγοντες ενδημούν και στους θύτες και στα θύματα, δ) ο ρόλος αυτού που αναλαμβάνει τη φροντίδα του θύματος γίνεται το μέσον για τον

έλεγχου των αναγκών που επιζητεί να καλύψει ο θύτης, ε) το θύμα συχνά αναλαμβάνει την ευθύνη για τη βία και δυστυχώς ενθαρρύνεται σ' αυτό από την ίδια την κοινωνία όπως π.χ. σε θέματα υποχρέωσης του θύματος σε υπακοή, σεβασμό, υποχωρήσεις κ.λ.π, στ) στα μέσα για τη διερεύνηση της βίας είναι ανεπαρκέστατα (Παπαϊωάννου, 1996, σελ. 242-243)

Η βία έχει περιγραφεί από τους Archer και Browne ως «η άσκηση σωματικής δύναμης για τη βλάβη ή ζημιά ατόμων ή περιουσίας δηλαδή, η μεταχείριση ή χρησιμοποίηση ατόμων ή περιουσίας δηλαδή, η μεταχείριση ή χρησιμοποίηση ατόμων ή περιουσίας με τρόπο που προκαλεί σωματικές βλάβες και παρεμβαίνει δια της βίας στην προσωπική ελευθερία». (Αγάθωνος, 1993, σελ. 80)

Ο Kevin D. Browne, ισχυρίζεται ότι η οικογενειακή βία μπορεί να χαρακτηριστεί με τον ίδιο τρόπο και να διαχωριστεί σε «ενεργό» και «παθητική» μορφή. Η ενεργός βία συνεπάγεται πράξεις κακοποίησης με σωματικό, ψυχολογικό ή σεξουαλικό περιεχόμενο. Η παθητική βία αναφέρεται στην παραμέληση, μέσα στα ίδια πλαίσια. Η παραμέληση μπορεί να θεωρηθεί μορφή βίας μόνο μεταφορικά εφόσον δεν συνεπάγεται άσκηση σωματικής βίας. Παρόλα αυτά μπορεί να προκαλέσει τόσο σωματική όσο και ψυχολογική βλάβη.

Η σύγκριση μεταξύ των διαφόρων μορφών οικογενειακής βίας ανέδειξε τα κοινά στοιχεία μεταξύ εκείνων που κακοποιούν σωματικά και σεξουαλικά τα παιδιά τους.

Τα στοιχεία αυτά είναι:

- Λανθασμένη αντίληψη του θανάτου,

- Χαμηλή αυτό-εκτίμηση,
- Αίσθηση ανικανότητας,
- Κοινωνική απομόνωση,
- Έλλειψη υποστήριξης και βοήθειας,
- Έλλειψη ευσυναίσθησης,
- Συζυγικές δυσκολίες,
- Κατάθλιψη
- Χαμηλή αυτοκυριαρχία και
- Ιστορικό κακοποίησης και παραμέλησης στην παιδική ηλικία

Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι όλες οι μορφές βίας μέσα στην οικογένεια είναι αλληλένδετες και επηρεάζουν την οικογένεια στο σύνολό της. (Αγάθωνος, 1993, σελ. 80-83)

Ο Τσιάντης (1996) τονίζει ότι στο όρο βία δεν συμπεριλαμβάνονται μόνο οι ανοιχτές εκδηλώσεις βίας, όπως μπορεί να εκδηλωθούν με φυσικό τρόπο, τη σωματική, δηλαδή βία. Αναφέρεται επίσης και σ' αυτές τις εκδηλώσεις βίας που μπορεί να εκφραστούν με ψυχολογικό τρόπο, άμεσο ή έμμεσο. Η βία αυτή μπορεί να εκδηλωθεί με αυταρχικότητα και απορριπτικότητα στις καθημερινές μεταξύ μας σχέσεις, τις σχέσεις με τα παιδιά μας, τις σχέσεις παιδιών-δασκάλων, τις εργασιακές σχέσεις, τις σχέσεις με τους συνανθρώπους μας (σελ. 30).

Από την άλλη μεριά υπάρχει και αυτή η μορφή βίας που ξεκινάει από το ίδιο το παιδί. Φαίνεται λοιπόν, και είναι, γενικά παραδεκτό ότι η βία, η καταστρεπτικότητα και η επιθετικότητα είναι συνυφασμένες με την ανθρώπινη φύση, όπως είναι και η αγάπη, η αλληλεγγύη και η τάση για επανόρθωση. Οι θεωρίες για την εξήγηση του φαινομένου της βίας είναι πολλές: βιολογικές,

κοινωνιολογικές, ανθρωπολογικές, ψυχαναλυτικές, πολιτικό-οικονομικές. Είναι ευνόητο ότι μια και μόνο ερμηνεία είναι δύσκολο να ερμηνεύσει το φαινόμενο. Είναι ακόμη απαραίτητο να διατυπωθεί ότι παράλληλα με την μυθοποίηση και την εμπορευματοποίηση του σεξ, υπάρχει ανάλογη μυθοποίηση και εμπορευματοποίηση της βίας. Η μυθοποίηση της βίας και τα συστατικά της βίας είναι τα μέσα με τα οποία το παιδί στην εποχή μας τροφοδοτείται από πολύ νωρίς από την τηλεόραση, τα κόμικς, τον κινηματογράφο, τους γονείς, το σχολείο, τους συνομήλικους, καθώς και τους διάφορους πολέμους. Ως συνέπεια των παραπάνω και με σαφή επίγνωση των επιπτώσεων που μπορεί να έχει οποιαδήποτε μορφή βίας επάνω στο παιδί και κατ' επέκταση στην οικογένεια, στην ευρύτερη κοινότητα, στη χώρα μας και σε κάθε χώρα. (Τσιάντης, 1996, σελ. 30)

Η βία είναι ταυτόσημη με την επιθετικότητα και την έκφραση της ή προς τα έξω ή προς τον εαυτό με την μορφή της αυτοκαταστροφικότητας. Ως μια παγκόσμια ανθρώπινη δυνατότητα εξετάζεται όχι μόνο από τη σκοπιά αυτού που την ασκεί. Υπάρχει πάντοτε και το θύμα, δηλαδή το αντικείμενο της βίας, ο τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται η βία και η συγκεκριμένη περίοδος στο χρόνο που εκδηλώνεται. Η κακοποίηση του παιδιού είναι ένα παράδειγμα όπου υπάρχει το θύμα, ο θύτης και η περίοδος του χρόνου που εκδηλώνεται η βία. Οι δυνάμεις που επενεργούν για να εκδηλωθεί ή όχι μια πράξη βίας προέρχονται από το ίδιο το άτομο και έξω από το άτομο. Αυτές που προέρχονται από το άτομο είναι οι παρορμητικές δυνάμεις, που χαρακτηρίζονται από τη φύση και τη δυναμικότητά της και οι ελεγκτικές δυνάμεις, που χαρακτηρίζονται από το πόσο αποτελεσματικές είναι. Η

παρόρμηση για να γίνει μια βίαιη πράξη ξεκινά αρχικά σαν μια παρόρμηση για επίθεση.

Στο Πανεπιστήμιο του Leicester της Αγγλίας, ερευνητική ομάδα για την οικογενειακή βία, συνέταξε κατάλογο 12 σημείων που είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπ' όψιν από τους εμπλεκόμενους επιστήμονες για την θετική αντιμετώπιση του προβλήματος την κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών:

1. Ηλικία μητέρας,
2. Χρόνος ανάμεσα σε εγκυμοσύνες,
3. Χωρισμός γονιών μετά τη γέννα,
4. Προωρότητα, χαμηλό βάρος, μειονέκτημα ή αναπηρία,
5. Μονογενική οικογένεια,
6. Ψυχιατρικά προβλήματα,
7. Απομόνωση-δυσκολίες στην κοινωνικοποίηση.

Η έρευνα αυτή απέδειξε ότι μέσα στο 7% του πληθυσμού υψηλού κινδύνου 1 στους 63 θα κακοποιήσουν τα παιδιά τους τον πρώτο χρόνο της ζωής τους ενώ 1 στους 6709 από τους χαμηλούς κινδύνους. (Παπαϊωάννου, 1996, σελ. 241)

Γενικά σε κάθε μορφή βίας στην οικογένεια η παρέμβαση, σύμφωνα με την Παπαϊωάννου (1996), περιλαμβάνει:

- προσπάθεια για μείωση των άμεσων κινδύνων κακοποίησης όσο ενθαρρύνεται η οικογένεια να συμμετέχει στη Συμβουλευτική
- επιλογή προβλημάτων επιβίωσης που προηγούνται γιατί είναι γνωστό ότι υπάρχουν αναρίθμητα προβλήματα παράλληλα με την κακοποίηση για να αρχίσει η Συμβουλευτική
- διερεύνηση πιθανών πηγών που μπορεί να χρησιμοποιηθούν από την οικογένεια για την αντιμετώπιση προβλημάτων οικονομικών, υγείας κ.λ.π. Γενικά η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας συνεργασίας, εμπιστοσύνης και αμοιβαίας προσπάθειας.

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει τεράστια πρόοδος στη προαγωγή της σωματικής υγείας των παιδιών με την εφαρμογή των νέων ιατρικών και επιστημονικών μεθόδων. Αυτή η εφαρμογή πρέπει να αρχίσει πριν ακόμα το παιδί γεννηθεί, διαφορετικά η επιθυμία να έχουν όλα τα παιδιά στη ζωή ίδιες και ίσες ευκαιρίες για ανάπτυξη θα παραμείνει μια χίμαιρα. Η εφαρμογή αυτής της γνώσης μπορεί να γίνει με διαφορετικούς τρόπους και μορφές, μερικές από τις οποίες όπως αναφέρει ο Τσιάντης (1996), είναι οι εξής:

- Κοινωνικό –οικονομική βοήθεια στους νέους γονείς με στόχο καλύτερες συνθήκες διαβίωσης
- Δημιουργία συμβουλευτικών οικογενειακών σταθμών και κέντρων οικογενειακού προγραμματισμού με στόχο την παροχή συμβουλών στους μελλοντικούς γονείς, καθώς και στις οικογένειες.
- Προγράμματα για τη βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης παιδιών και νέων, μαζί με δυνατότητες για την επαγγελματική τους αποκατάσταση, ιδίως όμως όσων μειονεκτούν κοινωνικά, συναισθηματικά ή πνευματικά, όπως για παράδειγμα, παιδιά μεταναστών.
- Κατάλληλη νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων του παιδιού και των γονέων του.
- Δημιουργία παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών τόσο σε γενικά νοσοκομεία, όσο και στην κοινότητα, με στόχο την πρόληψη.

Πρακτικά, για να γίνουν τα παραπάνω, απαιτείται ενέργεια στο ατομικό, το οικογενειακό, το κοινωνικό και κυρίως στο πολιτικό επίπεδο με στόχο να παρθούν τα κατάλληλα μέτρα και να αντιμετωπιστούν τα πολλαπλά προβλήματα που συντηρούν το φαύλο κύκλο της κοινωνικής αποστέρησης



και της απόρριψης, που οδηγούν εκτός των άλλων και στη βία. (Τσιαντής, 1996, σελ. 38-39)

### **2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ**

Σύμφωνα με την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), τα ψυχιατρικά και 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. Παράλληλα, μερικοί από τους γονείς αυτούς έχουν χαμηλή νοημοσύνη και προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Σ' αυτά τα ευρήματα πρέπει να προστεθούν ανωριμότητα, παρορμητικότητα, μεγάλες ανάγκες για εξάρτηση και έντονα διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Έχουν επίσης γίνει προσπάθειες για να περιγραφεί μια τυπολογία των γονιών μαζί με μοντέλα συμπεριφοράς τους.

Η Αγάθωνος παραθέτει τα παρακάτω:

- Έχει διαπιστωθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς είχαν κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, επαναλαμβάνοντας στη σχέση με τα παιδιά τους το ίδιο, μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο. Μάλιστα, στο σημείο αυτό υποστηρίζεται ότι υπάρχει μια βασική διαφορά μεταξύ των γονιών που εκφράζουν βία με φυσικό τρόπο στα παιδιά τους, σε αντιδιαστολή από αυτούς τους γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους. Κατά την Chesser, οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους το κάνουν αυτό από άγνοια και κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Αντίθετα, οι γονείς που εκφράζουν τη βία με φυσικό τρόπο είχαν έντονα ψυχοτραυματικές εμπειρίες

στην παιδική τους ηλικία και ήταν οι ίδιοι θύματα βίας από τους γονείς τους. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι η πρώτη κατηγορία γονιών είναι πιο δεκτική σε συνεργασία.

- Οι Steele και Pollock περιγράφουν μια ανεπάρκεια στο μητρικό ρόλο όπου οι γονείς αυτά δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι εξαιτίας της ηλικίας τους ανώριμα. Συχνά σχόλια που ακούμε από αυτούς τους γονείς είναι ότι «τα παιδιά πρέπει να σέβονται τους γονείς τους» και ότι «δεν πρέπει να υποχωρούμε στις απαιτήσεις των παιδιών γιατί τα κακομαθαίνουμε». Η αναφορά βέβαια μπορεί να γίνει για ένα βρέφος 3 μηνών.
- Αντιστροφή του ρόλου γονιών-παιδιών παρατηρείται σε μερικές περιπτώσεις. Δηλαδή, οι γονείς αυτοί περιμένουν από τα παιδιά τους να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση και ότι στην ουσία τα παιδιά τους υπάρχουν για να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Είναι συνήθως γονείς με έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και μεγάλη ανωριμότητα.

Ένα αρκετά κοινό χαρακτηριστικό αυτών των γονιών είναι η παθολογική λειτουργία του υπερεγώ τους, σύμφωνα με την οποία αν και επιφανειακά μπορεί να φαίνονται αδιάφοροι, έχουν έντονα ασυνείδητα συναισθήματα ενοχής. Αυτό είναι σημαντικό να είναι γνωστό για την αντιμετώπιση των γονιών αυτών, γιατί αν αισθανθούν και συνειδητά ένοχοι, τότε η κατάθλιψή τους γίνεται έντονη και μπορεί να διακόψουν την επαφή τους με τις ιατροκοινωνικές υπηρεσίες που προσπαθούν να τους βοηθήσουν. Η διαταραχή του υπερεγώ του γονιού μπορεί να εκδηλωθεί και με διαφορετικό τρόπο σύμφωνα με τον οποίο αποδίδονται στο παιδί τα διωκτικά και

σαδιστικά χαρακτηριστικά του υπερεγώ τους κι έτσι το παιδί αποκτά για το γονιό του την ιδιότητα του διώκτη και επιτιθέμενου – όπως όταν το μωρό κλαίει- με αποτέλεσμα ο γονιός να κατακλύζεται, να υπερτερούν τα επιθετικά συναισθήματα από τα συναισθήματα αγάπης και να επιτίθεται τελικά στο παιδί.

- Χαρακτηριστικό των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους, είναι επίσης η χαμηλή αυτοεκτίμηση που έχουν. Είναι πολύ χαρακτηριστικό από την κλινική πράξη, οι γονείς αυτοί να περιγράφουν τη χαμηλή εκτίμηση που έχουν για τον εαυτό τους που σχετίζεται με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του μητρικού και πατρικού τους ρόλου. Οπωσδήποτε κάτι άλλο που συμβαίνει σ' αυτές τις οικογένειες, ιδίως στις περιόδους της κακοποίησης, είναι μια κρίση στην οικογένεια ή και κρίση στη σχέση γονιού- παιδιού.
- Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι απαιτούν στις προσβολές ή επιθέσεις ενάντια στον εαυτό τους για τον οποίο τρέφουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, μ' έναν αντισταθμιστικό τρόπο. Σαν αποτέλεσμα οι γονείς του παιδιού προσπαθούν απελπισμένα να κρατήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού τους, έστω και επιφανειακά, απέναντι στα βαθύτερα συναισθήματα ανεπάρκειας. Αυτό το πραγματοποιούν με τη χρήση των αμυντικών μηχανισμών της προβολής και της εξωτερίκευσης.
- Η προβολή των αρνητικών γονικών χαρακτηριστικών γίνεται προς το παιδί (αναφέρθηκε πιο πάνω στη λειτουργία του υπερεγώ) και το

παιδί γίνεται «ο αποδιοπομπαίος τράγος» 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 δυνατόν να συγκρατηθούν από τη μητέρα και μεταθέτονται στο παιδί μέσα από τους μηχανισμούς της άμυνας, της προβολής και της εξωτερίκευσης. Με αυτή τη μετάθεση η μητέρα ταυτίζεται με τη δική της «κακή» μητέρα που αναπαριστά το τιμωρητικό υπερεγώ της και παλιές ανεπάρκειες της. Αυτή η ταύτιση με την επιθετική μητέρα της επιτρέπει να ελέγξει την τραυματική απόρριψη που η ίδια είχε βιώσει με παθητικό τρόπο στη σχέση με τη δική της μητέρα.

Τα δυναμικά της κακοποίησης συνοπτικά περιγράφονται από την Αγάθωνος στο παρακάτω διάγραμμα. Ελληνικά ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται σε μερικά από τα χαρακτηριστικά των γονιών και των οικογενειών τους όπως το 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.

## Δ Ι Α Γ Ρ Α Μ Μ Α

### ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

- ΠΑΙΔΙ → Αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα από μητέρα.  
Ματαιώση αναγκών παιδιού
- ΜΗΤΕΡΑ → Ανικανοποίητες ανάγκες για εξάρτηση.  
Στέρηση από τη μητέρα της.  
Έλλειψη υποστήριξης από σύζυγο, κοινωνικό  
Περίγυρο.
- ΜΗΤΕΡΑ → Αυξημένες ανάγκες για εξάρτηση από παιδί  
και ικανοποίηση αναγκών της.  
Ματαιώση αναγκών μητέρας.
- ΜΗΤΕΡΑ → Βλέπει το παιδί της σαν την απορριπτική μητέρα της  
Ξαναζεί την αρχική απόρριψη.  
Αποτέλεσμα: Άγχος, ενοχή.
- ΜΗΤΕΡΑ → Έντονη διαταραχή στην ευαίσθητη ψυχική ισορροπία  
της.  
Προβολή της «κακής» εικόνας εαυτού στο παιδί  
(άρνηση, προβολή).
- ΜΗΤΕΡΑ → Ταύτιση με την «κακή» μητέρα της και επίθεση στο  
παιδί της, που αναπαριστά τον αδύναμο και «κακό»  
εαυτό της.

Αναφέρθηκε ακόμα ότι στις οικογένειες αυτές συνυπάρχουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, ενώ ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτών

των οικογενειών είναι η κοινωνική απομόνωση. Έτσι, η νεαρή καταθλιπτική μητέρα που είναι κοινωνικά απομονωμένη, χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα, είναι εύκολο να στέψει την επιθετικότητά της προς το βρέφος.

Οι στάσεις των γονιών και της κοινωνίας γενικότερα στο θέμα της σωματικής τιμωρίας των παιδιών μπορεί να ενθαρρύνει την άσκηση σοβαρής σωματικής βίας σ' ένα παιδί αν και τα στοιχεία που υπάρχουν δεν αποδεικνύουν την παραπάνω θέση. Αντίθετα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά συμπεριφέρονται καλύτερα στο σχολείο όταν δεν χρησιμοποιείται σωματική τιμωρία.

Ένα γενικό κλίμα όμως, το οποίο ευνοεί τη σωματική τιμωρία των παιδιών, είναι πολύ πιθανό να μειώσει το όριο πάνω από το οποίο οι γονείς τείνουν να χρησιμοποιήσουν φυσική βία ακόμη και εναντίον πολύ μικρών βρεφών.

Φαίνεται λοιπόν ότι είναι απαραίτητο να γίνει επιτέλους κατανοητό ότι έχει φτάσει ο χρόνος να σταματήσει κάθε μορφή φυσικής βίας προς τα παιδιά. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στη Σουηδία και την Ολλανδία απαγορεύεται η χρήση σωματικής βίας όχι μόνο στα σχολεία, αλλά και από τους γονείς, μέσα στην οικογένεια.

Η ίδια θετική στάση για τη χρησιμοποίηση της βίας υπάρχει και από μερικούς ενήλικες που εργάζονται σε ιδρύματα ή υπηρεσίες παιδικής προστασίας. Μερικοί από αυτούς τους ενήλικες για λόγου δικής τους ψυχοπαθολογίας και επωφελούμενοι από τη γενικότερη θετική στάση του κόσμου απέναντι στη σωματική τιμωρία, φέρονται επιθετικά στα παιδιά. Στην Ελλάδα υπάρχει μια προκαταρκτική μελέτη που δείχνει μερικές πλευρές του προβλήματος της βίας που παρατηρείται στα ιδρύματα για παιδιά.

Το τελευταίο αυτό θέμα είναι τεράστιο και με αυτή τη διατύπωση δεν γίνεται καμιά προσπάθεια να μειωθούν ή να θιγούν οι εργαζόμενοι στα ιδρύματα που φροντίζουν τα παιδιά. Απλώς επισημαίνεται ένα πρόβλημα, το οποίο χρειάζεται να αξιολογηθεί και να εκτιμηθεί από τους αρμόδιους φορείς, με στόχο να διερευνηθούν οι συνθήκες και οι καταστάσεις που το προκαλούν ή το συντηρούν με στόχο τη μείωσή του ή και την εξάλειψή του. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 98-103)



### **3. ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΙΣ ΗΠΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Από την εποχή που ο παιδίατρος Kempe περιέγραψε το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού (1962) πολλοί επιστήμονες – διαφόρων επιστημονικών κλάδων – ασχολήθηκαν με το πολύπλοκο αυτό ιατροκοινωνικό πρόβλημα. Η πληθώρα των εργασιών που έχουν δημοσιευθεί, η έκδοση βιβλίων και οι άλλες επιστημονικές εκδηλώσεις, έχουν συμβάλει σημαντικά στην αποκάλυψη του μεγέθους του προβλήματος και στην όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπισή του.

Όταν ο Kempe περιέγραψε το σύνδρομο, αναφερόταν κυρίως σε παιδιά μικρής ηλικίας με πολλαπλές και βαριές σωματικές κακώσεις (κατάγματα, εγκεφαλικές αιμορραγίες, εκτεταμένα τραύματα, εγκαύματα κ.λπ.). με την πάροδο των ετών περιγράφηκαν πολλές και ποικίλες άλλες περιπτώσεις (ελαφρότερες σωματικές κακώσεις, σεξουαλική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση και παραμέληση, εκπαιδευτική παραμέληση, ιατρική παραμέληση, κλπ) ώστε ο όρος βαθμιαία αντικαταστάθηκε με τον αντίστοιχο «κακοποίηση – παραμέληση παιδιών». Με τον όρο αυτό εννοούμε όλες τις περιπτώσεις κακομεταχείρισης των παιδιών που χρειάζεται να γίνει παρέμβαση. (Μαραγκός, 1987, σελ. 41)

Είναι αυτονόητο ότι σε πολλές περιπτώσεις το ίδιο το παιδί μπορεί να είναι κακοποιημένο ή /και παραμελημένο σωματικά ή /και συναισθηματικά. Γι' αυτό η διάκριση σε κατηγορίες έχει σχετική μόνο αξία και είναι αναμενόμενο να υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά συχνότητας στις διάφορες μορφές του συνδρόμου που δίνουν οι διάφοροι ερευνητές.

Η «διερεύνηση» του όρου της κακοποίησης είχε σαν επακόλουθο την εξαιρετικά μεγάλη αύξηση του αριθμού των νέων περιπτώσεων κακοποίησης – παραμέλησης, που περιγράφονταν κάθε χρόνο.

Στις Η.Π.Α., ενώ τα πρώτα χρόνια μετά την περιγραφή του συνδρόμου, ο αριθμός των κακοποιημένων παιδιών κάθε χρόνο υπολογιζόταν σε μερικές δεκάδες χιλιάδες, εργασίες αναφέρουν ότι για το 1985 ο αντίστοιχος αριθμός υπολογιζόταν σε 1-6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις. Επίσης ο αντίστοιχος αριθμός θανάτων στην διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας «αυξήθηκε» από 100 σε 2,000 – 3,000 περιπτώσεις το χρόνο. (Μαραγκός, 1987, σελ. 42)

Σε ακόμη πιο πρόσφατες έρευνες για την έκταση του προβλήματος, αναφέρεται ότι το πρόβλημα όσον αφορά την έκταση και τις διαστάσεις του στις Η.Π.Α. και σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες είναι γνωστό ότι εκατοντάδες χιλιάδες παιδιά κακοποιούνται σωματικά και σεξουαλικά κάθε χρόνο.

«Στις Η.Π.Α. με βάση τις τελευταίες στατιστικές, οι επιβεβαιωμένες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης ανέρχονται γύρω στις 600,000 και σεξουαλικής στις 70,000 το χρόνο. Δέκα τοις εκατό (10%) αυτών των περιπτώσεων θεωρούνται ως πολύ σοβαρές και μεταξύ 2000 με 5000 παιδιά πεθαίνουν κάθε χρόνο. (MASSACHUSETTS SPECIAL LEGISLATIVE COMMISSION OF VIOLENCE 1982). Στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ιταλία υπολογίζονται για τις δύο μορφές κακοποίησης μέχρι και 16,000 το χρόνο, ενώ σε άλλες χώρες όπως η Φιλανδία, η Σουηδία και η Δανία με μικρότερο πληθυσμό, η συχνότητα και για τις δύο μορφές κακοποίησης υπολογίζονται μεταξύ 4,000 με 5,000 περιπτώσεις». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 93)

Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι ο βαθμός εντοπισμού περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης είναι μεγαλύτερος από τον βαθμό εντοπισμού

περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης λόγω της έντονης προσπάθειας κάλυψης του θέματος κύρια από την οικογένεια.

Σε άλλα, επίσης πρόσφατα, στατιστικά στοιχεία, αναφέρεται «ότι στην Αμερική κακοποιούνται ή /και παραμελούνται ένα εκατομμύριο παιδιά το χρόνο με θνησιμότητα 2<sup>ο</sup>/οο και στην Αγγλία 15,000 παιδιά με θνησιμότητα μέχρι 18<sup>ο</sup>/οο. Στην Τουρκία τώρα που κυριαρχεί η σεξουαλική κακοποίηση, στη διάρκεια ενός χρόνου δηλώθηκαν σεξουαλικές κακοποιήσεις σε 80,000 παιδιά ηλικίας 12-18 χρόνων». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 93)

Πριν τώρα προχωρήσουμε στην εικόνα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην Ελλάδα είναι πολύ ενδιαφέρον να δούμε και να αναφερθούμε σε ευρήματα μιας παλιότερης Αμερικανικής Έρευνας όπου τα δεδομένα της είναι βασισμένα σε επίσημες αναφορές παιδικής παραμέλησης και κακοποίησης στις Η.Π.Α.

Το ενδιαφέρον βρίσκεται κυρίως στην κατανομή των δεδομένων ως προς τον τρόπο και τα πρόσωπα που εμπλέκονται σε μια πράξη παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης περισσότερο και λιγότερο ως προς τα ποσοστά, τα οποία βέβαια και αυτά έχουν αυξηθεί κατακόρυφα.

«Η Εθνική λοιπόν Μελέτη των Η.Π.Α. έλαβε 296,321 αναφορές από 33 πλήρως διαφοροποιημένες πολιτείες» (Holder M. Wayne and Schene Patricia, 1981, p.2)

Η American Human Association μάζεψε και ανέλυσε τις παραπάνω αναφορές και τις ταξινόμησε ως εξής:

α) Σπουδαιότητα της παιδικής παραμέλησης

Το βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας σ' αυτή τη χώρα είναι η παραμέληση των παιδιών περισσότερο

από το 48% των αναφορών που λήφθηκαν από την ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ από τις διάφορες πολιτείες, ήταν για την παραμέληση των παιδιών, 25% ήταν για παιδική κακοποίηση και 18% των αναφορών εμπεριείχαν και τα δύο. Άλλοι τύποι αναφορών ανέρχονται στο 9%. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι κάποιες φορές η παραμέληση μπορεί να έχει τις ίδιες σοβαρές επιπτώσεις όπως και η κακοποίηση. Αναφέρθηκε ότι 165 παιδιά πέθαναν ως αποτέλεσμα κακομεταχείρισης ενώ 142 παιδιά αναφέρθηκε ότι πέθαναν λόγω παραμέλησης.

### β) Η ηλικία των κακοποιημένων παιδιών

Η παραμέληση και η κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα για όλα τα παιδιά όλων των ηλικιών. Υπάρχει μια ομαλή σχέση, σχεδόν ίση κατανομή των εμπλεκόμενων παιδιών για όλα τα γκρουπ των ηλικιών, μέχρι την ηλικία των 14 ετών, απ' όπου μετά οι περιπτώσεις αυξάνουν κατά λίγο. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν ίδια σε αριθμό 12χρονα παιδιά θύματα της παραμέλησης και κακοποίησης με τα θύματα ηλικίας 2 ετών. Αυτά τα ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με την κοινώς αποδεκτή αντίληψη, ότι η παραμέληση και κακοποίηση αφορά πολύ περισσότερο τα πολύ νεαρά παιδιά. Αυτή η αντίθεση επιβάλλει την ανάγκη για ανάπτυξη προγραμμάτων που θα αφορούν μεγαλύτερα σε ηλικία θύματα παραμέλησης και κακοποίησης.

### γ) Το φύλο των εμπλεκόμενων παιδιών

Αν και στη γενικότητα υπάρχει ένας ίσος αριθμός αρσενικών και θηλυκών θυμάτων παιδικής παραμέλησης και κακοποίησης, υπάρχουν διαφορές στα γκρουπ των ηλικιών. Υπάρχουν περισσότερα αρσενικά απ' ότι

θηλυκά θύματα σε κάθε γκρουπ ηλικίας από την βρεφική έως την ηλικία των 11.

Από την ηλικία των 12 έως 17 απ' την άλλη μεριά τα θηλυκά θύματα ξεπερνούν τα αρσενικά.

δ) Ποιος αναφέρει την παιδική παραμέληση και κακοποίηση

Η βασική πηγή αναφορών παραμένουν -οι φίλοι, οι γείτονες και οι συγγενείς της οικογένειας (36% όλων των αναφορών)-. Το προσωπικό επιβολής του Νόμου, καθηγητές και άλλοι σχολικοί παράγοντες (23%). Το Ιατροκοινωνικό προσωπικό των νοσοκομείων, νοσοκόμες και ιδιωτικοί γιατροί το (11%) των περιπτώσεων.

ε) Ποιοι είναι οι δράστες

Περισσότερο από τους μισούς δράστες ήταν μεγαλύτεροι απ' την ηλικία των 30 ετών, αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με άλλη έρευνα που δείχνει ότι οι δράστες ήταν γενικώς νέοι. Τα δεδομένα απ' τις πολιτείες έδειξαν ότι μόνο το 7% ήταν κάτω από 20 ετών όταν έκαναν το επεισόδιο.

Η συντριπτική πλειοψηφία των δραστών της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης ήταν οι φυσικοί γονείς των παιδιών, ποσοστό που ανέρχεται στο 82% των περιπτώσεων. Η επόμενη πιο συχνή κατηγορία ήταν οι θετοί γονείς σε ποσοστό 7%. Το θύμα της παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης σχεδόν πάντα έζησε αυτή την περιπέτεια στο ίδιο του το σπίτι και στα χέρια των γονιών του. (Wayne M. Holder and Patricia Schene, 1981, p. 3)

Και εδώ είναι που ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει τότε όπως είναι φυσικό και όπως θα δείτε σε άλλο κεφάλαιο, να δουλέψει με όλη την

οικογένεια για να διαφυλάξει την ακεραιότητα του παιδιού και όπου είναι δυνατόν την ακεραιότητα του σπιτικού.

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

Το 10% των ατυχημάτων σε παιδιά μικρότερα των 3 ετών – εκτός από τροχαία.

Το 10% των περιπτώσεων τραυματισμού που εξετάζονται σε ιατρεία και αφορούν παιδιά κάτω των 5 ετών.

Το 25% των καταγμάτων σε παιδιά κάτω των 3 ετών.

Επίσης, 1% του γενικού παιδικού πληθυσμού θα μπορεί να κακοποιηθεί κάποια στιγμή της ζωής του». (Τριχόπουλος, 1996, σελ. 3-5)

## ΕΛΛΑΔΙΚΟΣ ΧΩΡΟΣ

«Στη χώρα μας τώρα μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του '70, το πρόβλημα της σωματικής αλλά και της σεξουαλικής κακοποίησης δεν είχε λάβει καμιά ιδιαίτερη προσοχή. Μόνο ο τύπος έφερε στη γνώση του κοινού περιπτώσεις κακοποίησης και θανάτου παιδιών.

Πρώτη προσπάθεια συλλογής πληροφοριών πάνω στο θέμα έγινε απ' την Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», που εβασίζετο σε ακραίες περιπτώσεις κακοποίησης που έφθναν στο Νοσοκομείο». (Χρ. Μουζακίτης, 1993, σελ. 94)

Γενικά οι έρευνες στην Ελλάδα είναι περιορισμένης εμβέλειας και περιορίζονται στις περιοχές Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Υπολογισμός περιπτώσεων που έγινε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού τις ανάγει στον αριθμό των 4,500 τον χρόνο.

Σ' ένα άρθρο όμως της εφημερίδας το ΕΘΝΟΣ (4 Μαρτίου του '96, σελ. 3) αναφέρεται μεταξύ άλλων ότι το νούμερο που προβλέπεται για τα κακοποιημένα παιδιά στη χώρα μας είναι πραγματικά εφιαλτικό. Κάθε χρόνο, μεταφέρονται σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας χιλιάδες παιδιά με κακώσεις στο κεφάλι, το σώμα, κατάγματα στα άκρα και καψίματα. Η δικαιολογία των γονιών που τα συνοδεύουν είναι σχεδόν πάντα η ίδια: «έλειψα για λίγο και όταν γύρισα το βρήκα έτσι». Οι γιατροί τις περισσότερες φορές είναι σε θέση να αναγνωρίσουν ένα κακοποιημένο παιδί αλλά συνήθως δεν ξέρουν πώς να αντιδράσουν. Σωπαίνουν ή απλά περιορίζονται στο αυστηρά ιατρικό τους καθήκον.

Έτσι υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα – σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού – κάθε χρόνο κακοποιούνται σοβαρά 1,000-3,000 παιδιά – στο μεγαλύτερο ποσοστό αγόρια – εκ των οποίων 30-150 πεθαίνουν ενώ άλλα τόσα μένουν σοβαρά ανάπηρα. Αλλά ακόμα και για' κείνα που τα σημάδια της κακοποίησης εξαφανίζονται απ' το κορμί τους, τα σημάδια της ψυχής δεν σβήνουν ποτέ όπως υποστηρίζουν οι παιδοψυχίατροι και όπως η πρακτική της ζωής αποδεικνύει.

Στην Ελλάδα, αναφέρεται στο ίδιο άρθρο, ακόμη δεν υπάρχει κάποιο επίσημο σύστημα αναφοράς περιπτώσεων κακοποίησης. Οι περιπτώσεις που φτάνουν στο Τμήμα και την Εισαγγελία Ανηλίκων είναι ελάχιστες σε σχέση μ' αυτές που στην πραγματικότητα υπάρχουν ακριβώς γιατί ούτε απλοί πολίτες ή γονείς που γνωρίζουν ή ζουν ανάλογα περιστατικά, ούτε ειδικοί (όπως γιατροί) που κάνουν τη διάγνωση, δεν ξέρουν που να παραπέμψουν αυτά τα παιδιά και τους γονείς τους για περαιτέρω βοήθεια.

Μοναδική υπηρεσία στην Ελλάδα που να ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με περιπτώσεις κακοποίησης είναι η μονάδα κακοποίησης και παραμέλησης (ΚαΠα) του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, όπου στα λίγα χρόνια λειτουργίας της έχουν παραπεμφθεί (από κλινικές, ιδιώτες, γιατρούς κλπ.) και αντιμετωπιστεί 75 περιπτώσεις κακοποιημένων ή /και παραμελημένων παιδιών μόνο απ' την περιοχή της πρωτεύουσας.

Σε μελέτη, της μονάδας κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών που ήταν βασισμένη σ' ένα μεγάλο δείγμα παιδιών (n=86: 51 αγόρια, 35 κορίτσια) ηλικίας 0-3 ετών (μέση ηλικία 17 μήνες) με κακοποίηση ή /και παραμέληση βαριάς μορφής διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα παιδιά (ποσοστό 52,5%) κατατάγησαν στην ομάδα των κακώσεων, 7% κατατάγησαν στην ομάδα των



εγκαυμάτων, 37% στην ομάδα των δυστροφιών ή /και της παραμέλησης και 3,5% στην ομάδα με άλλης μορφής κακοποίησης ή παραμέλησης.

Και απ' την ίδια πάλι μελέτη με βάση τους λόγους παραπομπής, από τα στοιχεία του ιστορικού των παιδιών, την κλινική εξέταση και τον κλινικό έλεγχο, προέκυψε ότι:

α. «Σε πολλά παιδιά τα προβλήματα άρχισαν πριν ακόμα γεννηθούν.

Πολλά ήταν απρογραμματίστα και ανεπιθύμητα και στην διάρκεια της ενδομήτριας ζωής τους δεν έτυχαν της κατάλληλης προστασίας και φροντίδας.

β. Σε σημαντικό ποσοστό παιδιών το βάρος της γέννησής τους ήταν χαμηλό και τα προβλήματα υγείας τις πρώτες μέρες και εβδομάδες της ζωής ήταν πολλά. Λίγα παιδιά είχαν ευχαρίστηση να θηλάσουν τις μητέρες τους.

γ. Η ιατρική παρακολούθηση δεν ήταν πλήρης και υπήρχαν πολλές αρνητικές εμπειρίες από τις κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, την απουσία των γονιών από το σπίτι και την τοποθέτηση μερικών παιδιών σε ίδρυμα ή σε συγγενικό περιβάλλον.

δ. Πολλά παιδιά παρουσίαζαν χαμηλό βάρος και ύψος σώματος κατά την εξέταση και προβλήματα στην ψυχοκινητική τους ανάπτυξη, στοιχεία ενδεικτικά ακατάλληλου τρόπου διατροφής και σχέσης με την μητέρα». (Μαραγκός, 1987, σελ. 55)

Η μελέτη όμως αυτού του αριθμού των περιπτώσεων αντιπροσωπεύει πιθανότατα ένα ελάχιστο ποσοστό στο σύνολο των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, που υπάρχουν στην χώρα μας. Ο συνολικός

αριθμός δεν είναι γνωστός γιατί το πρόβλημα στην Ελλάδα, τώρα βρίσκεται στο στάδιο της αναγνώρισής του.

Κατά συνέπεια δεν υπάρχει κατάλληλη οργάνωση και υποδομή, ευαισθητοποίηση των «ειδικών» (Γιατρών, Κοιν. Λειτουργών, Αστυνομικών, Δικαστικών, κλπ.) ούτε ενημέρωση του κοινού ώστε να προσδιοριστεί το μέγεθος του. Για τη χώρα μας είναι φανερό ότι ισχύει ο χαρακτηρισμός του φαινομένου ως παγόβουνου, που είναι ορατή μόνο η κορυφή του, ενώ ο τεράστιος όγκος του βρίσκεται κάτω απ' την επιφάνεια της θάλασσας.

Σημαντική προσπάθεια ρήξης του παγόβουνου είναι αυτή που έγινε, σε εθνική κλίμακα, από τους Αλέξανδρο Ζαφείρη, καθηγητή του Πανεπιστημίου του HOUSTON και Χρήστο Μουζακίτη, καθηγητή κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Αθήνας.

Η έρευνά τους προσδιόρισε, πολύ συντηρητικά (όπως και οι ίδιοι αναφέρουν) τη συχνότητα του προβλήματος κακοποίησης παιδιών, στις 3,044 το χρόνο εκ των οποίων οι 1,850 είναι περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και οι 1,194 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης. (Μουζακίτης, 1993, σελ. 94)

Ειδικότερα η συχνότητα της σωματικής κακοποίησης, ογδόντα δύο (82) από τους 308 ερωτηθέντες ή περίπου το  $\frac{1}{4}$  του συνόλου του πληθυσμού αυτής της μελέτης είχαν λάβει αναφορές ή /και είχαν χειρισθεί περιπτώσεις την τελευταία πενταετία. Συγκεκριμένα, 285 περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, από τις οποίες τα  $\frac{4}{5}$  των περιπτώσεων ανέφεραν οι ερωτηθέντες της περιοχής Αθηνών, που πιθανόν να οφείλεται στο μεγάλο αριθμό κατοίκων ή /και πιθανόν στο γεγονός ότι υπάρχουν περισσότερες

υπηρεσίες στην Αθήνα που χειρίζονται το πρόβλημα ή /και ίσως να οφείλεται στην καλύτερη ενημέρωση του κοινού στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας.

Κατά τη διάρκεια της πενταετίας, δηλαδή από την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 1982 μέχρι την 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 1986, το 1/3 των ερωτηθέντων ή 102 από αυτούς ανέφεραν ότι είχαν λάβει ή ότι είχαν χειρισθεί ένα συνολικό αριθμό 184 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, εκ των οποίων το 70% υπεδείχθη από επαγγελματίες της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας. Όπως στη σωματική κακοποίηση, η μεγαλύτερη συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης στην περιοχή Αθηνών συγκρινόμενη με τις άλλες περιοχές μπορεί να οφείλεται, στον μεγάλο αριθμό κατοίκων ή /και πιθανόν στην εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες που χειρίζονται το πρόβλημα ή /και στην καλύτερη ενημέρωση του κοινού από μαζικά μέσα ενημέρωσης στην Αθήνα. (Ζαφείρης – Μουζακίτης, 1990, σελ. 131-132)

Κάθε φορά όμως που χρησιμοποιούνται ποσοστά ή δεδομένα προκειμένου να προσδιορισθεί η συχνότητα του προβλήματος οι ερευνητές όλων των μελετών είναι επιφυλακτικοί ακόμη και όταν η έρευνά τους αγγίζει το απόλυτο. Κι αυτό συμβαίνει επειδή στην Ελλάδα, όπως ήδη αναφέραμε, δεν έχουμε κατάλληλη υποδομή για να εξάγουμε απόλυτα συμπεράσματα ως προς το πρόβλημα.

Έτσι όλες, οι μέχρι σήμερα, μελέτες και έρευνες παρέχουν κατά προσέγγιση στατιστικά στοιχεία του προβλήματος.

Αλλα επίσης σημαντικά στατιστικά στοιχεία, μας δίνει, για το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, το τεύχος 1991 της Στατιστικής Επιθεώρησης του 3<sup>ου</sup> Τμήματος Ανηλίκων, όπου ο ανήλικος αναφέρεται ως θύμα αδικήματος και προκύπτει ότι, οι περιπτώσεις των

οποίων επιλαμβάνεται το Τμήμα Ανηλίκων όταν ο ανήλικος είναι θύμα κάποιας άδικης πράξης, φαίνεται πως μειώνονται χρόνο με το χρόνο.

Έτσι, ενώ «το 1988 οι περιπτώσεις αυτές ανέρχονται σε 123, μειώθηκαν το 1989 σε 84 και το 1990 σε 36, ενώ το 1991 δεν ξεπερνούν τις 38. Η εξέλιξη αυτή θα πρέπει να αποδοθεί στη δομή και λειτουργία του Τμήματος Ανηλίκων παρά σε κάποια μείωση αυτών των περιστατικών». (Καλτσούνη - Νόβα, 1992, σελ. 70 -74)

Το σύνολο των περιπτώσεων που έφτασαν στο Τμήμα Ανηλίκων ανέρχονται στις 38 για το 1991, όπως είπαμε, από αυτές οι 22 (57,9%) ήταν αγόρια και 16 (42,1%) κορίτσια.

Το Τμήμα Ανηλίκων επίσης επιβεβαιώνει και με την δική του έρευνα αυτό που και προηγούμενες μελέτες διαπιστώνουν, ότι δηλαδή οι ανήλικοι πέφτουν συχνότερα θύματα του στενού συγγενικού ή φιλικού τους περιβάλλοντος και σπάνια αγνώστων, και ακόμη ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ο δράστης είναι ο πατέρας του ανήλικου ενώ αμέσως μετά ακολουθεί η μητέρα, η οποία όμως κρατάει την πρωτιά σε περιπτώσεις εγκατάλειψης βρεφών και θανατώσεις.

Στην περίπτωση αυτή, πολλές και κυρίως νεαρές είναι οι μητέρες που γεννούν το μωρό τους στο μαιευτήριο, αλλά φεύγουν χωρίς αυτό. Κάποιες δίνουν ακόμη και παραπλανητικά στοιχεία στα μαιευτήρια, προκειμένου να απαλλαγούν από το μωρό τους. Ενώ άλλες απαλλάσσονται απ' αυτό, παρατώντας το, είτε σε κάποιο νοσοκομείο, είτε έξω από κάποια πόρτα, ένα ίδρυμα, μια εκκλησία.

Τα περισσότερα απ' τα εγκαταλελειμμένα παιδιά είναι βρέφη. Ελάχιστα απ' αυτά είναι 4-5 ετών.

Μέσα σε έξι χρόνια, από το 1989 έως το 1994, 83 συνολικά μωρά εγκαταλείφθηκαν στην τύχη τους από τους φυσικούς γονείς και οδηγήθηκαν στο «Μητέρα».

Τα περισσότερα από αυτά υιοθετήθηκαν από άτεκνα ζευγάρια ή δόθηκαν σε ανάδοχες οικογένειες. (Αθανασίου, 1995, σελ. 13)

Σύμφωνα πάλι με στοιχεία του Κέντρου Βρεφών «Μητέρα» σε 7 από τις 19 περιπτώσεις εγκατάλειψης παιδιών του 1993, δεν ανευρέθησαν ποτέ οι φυσικοί γονείς – παρά τις προσπάθειες της Αστυνομίας και των Κοινωνικών Υπηρεσιών του Ιδρύματος.

«Το ποσοστό των «παιδιών χωρίς ταυτότητα» είναι πολύ υψηλό- 37%». (Αθανασίου, 1995, σελ. 13)

Κοινή είναι λοιπόν η διαπίστωση πολλών ειδικών του θέματος, βάση παλιών και πρόσφατων μελετών τους, ότι και στη χώρα μας – ίσως περισσότερο στην Ελλάδα – το πρόβλημα είναι το ίδιο σημαντικό μ' εκείνο των βιομηχανικά ανεπτυγμένων χώρων.

Περίπου «πάνω από 4,000 παιδιά κακοποιούνται κάθε χρόνο, πάνω από 100 πεθαίνουν και πάνω από 100 μένουν σοβαρά ανάπηρα. Το σύνολο των νέων περιπτώσεων κακοποίησης- παραμέλησης παιδιού κάθε χρόνο πιθανότατα ξεπερνά τις 20,000». (Αθανασίου, 1995, σελ. 13)

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία, πως τα παιδιά αυτά, που δεν φέρουν καμία ευθύνη, για το πρόβλημά τους, έχουν τα ίδια δικαιώματα περίθαλψης, φροντίδας, αγάπης και στοργής όπως κάθε άλλο άρρωστο παιδί.

Γι' αυτό το λόγο είναι πια υποχρέωση της Πολιτείας, για να μην πούμε επιτακτική ανάγκη να δημιουργήσει την κατάλληλη υποδομή και να συντονίσει τις δραστηριότητες όλων όσων ασχολούνται με το θέμα, αλλά και να

ενημερώσει τους πολίτες ότι το πρόβλημα τους αφορά άμεσα, για να βρει επιτέλους (το πρόβλημα) την κατάλληλη, δυνατή, λύση.

#### **4. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Ο τίτλος νέες μορφές κακοποίησης, σύμφωνα με τη Βαλάσση – Αδάμ (1991) είναι παραπειστικός: μορφές πραγματικά νέες, καινούργιες δεν υπάρχουν. Η κακοποίηση είναι τόσο παλιά όσο και ο κόσμος. Στη μυθολογία, στην ιστορία, στη λογοτεχνία, στον καθημερινό τύπο, μπορεί κανείς να βρει και την πιο απίστευτη περιγραφή κακοποίησης που και οι ίδιοι οι γιατροί έχουν την τάση να αγνοούν μέχρι κάποιος να δημοσιεύσει μια περίπτωση σε επιστημονικό περιοδικό. Τότε οι περισσότεροι αναγνωρίζουν πάμπολλα παρόμοια περιστατικά τόσο οφθαλμοφανή, τόσο τυπικά, τόσο κραυγαλέα που απορούν πως διέφυγαν τη διάγνωση. Έπειτα εμφανίζονται στη βιβλιογραφία νέες περιπτώσεις σε τόπους και συνθήκες που κανείς δεν φανταζόταν πιθανά και η συχνότητα αυξάνει αφήνοντας τους την αμφιβολία: αυξήθηκαν πραγματικά οι περιπτώσεις ή αυξήθηκε η ικανότητά τους να τις αναγνωρίζουν και να τις καταγράφουν (σελ. 111).

Η Βαλάσση –Αδάμ (1991) αναλύει τέσσερις νέες μορφές κακοποίησης την: α) μη τυχαία δηλητηρίαση, β) σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου, γ) σύνδρομο του αμέτοχου θεατή και δ) κακοποίηση εμβρύου.

##### **α. Μη τυχαία δηλητηρίαση**

Ο Shnaps και οι συνεργάτες του έχουν προταθεί και τον όρο «χημική κακοποίηση». Παρόλου που ο Kempe ήδη από την αρχική περιγραφή του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού (1962) αναφέρει ότι «καμιά φορά ο γονιός μπορεί να κακοποιεί το παιδί χορηγώντας μεγάλες δόσεις κάποιου φαρμάκου», όπως η περίπτωση μιας μητέρας που δηλητηρίαζε το παιδί της

για να εκδικηθεί τον πατέρα του, μόλις τα τελευταία χρόνια αρχίζει να προβάλλεται το σύνδρομο στη βιβλιογραφία της κακοποίησης. (Βαλάσση – Αδάμ, 1991, σελ. 112)

Η Βαλάσση – Αδάμ (1991) επισημαίνει ότι «οι γιατροί είναι αρκετά εξοικειωμένοι με τη δηλητηρίαση που αποσκοπεί στο θάνατο του παιδιού. Είναι μια κατάσταση χρόνια όπου οι γονείς δεν θέλουν να απαλλαγούν από το παιδί τους. Κάθε άλλο είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν΄ ψυχρώ και χωρίς το να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς την κλασσική σωματική κακοποίησης που γίνεται συνήθως σε στιγμές κρίσης όπου ο ενήλικος χάνει τον έλεγχο μη ανήκοντας την ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού (κλάμα, άρνηση τροφής, γκρίνια, ζημιά) (σελ. 112).

Στην πλειοψηφία τους οι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση. Δεν είναι βίαιος. Πολύ συχνά πρόκειται για μητέρες που είτε λόγω επαγγέλματος (πρακτικές νοσοκόμες), είτε λόγω δικής τους ασθένειας είναι εξοικειωμένες με αρρώστιες, φάρμακα και νοσηλευτικές τεχνικές. (Ο.Π. , σελ. 112)

Γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων ισχυρίζονται ότι το παιδί συνήθως φτάνει στο Νοσοκομείο ότι με ιστορικό τυχαίας δηλητηρίασης, είτε με συμπτώματα άγνωστης αιτίας, συχνότερα από το ΚΝΣ. Αντίθετα με τους ξυλοδαρμούς που σταματούν μόλις το παιδί εισαχθεί και όσο βρίσκονται στο Νοσοκομείο, οι δηλητηριάσεις σε ποσοστό 30% συνεχίζονται. Η λήψη καλού ιστορικού αποκαλύπτει ότι κάποιος από τους γονείς βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνιο πρόβλημα. Οι ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι πολλές. Πρώτο σε σειρά συχνότητας είναι το αλάτι, ακολουθούν το νερό, τα



βαρβιτουρικά, τα ηρεμιστικά και σπανιότερα τα διουρητικά, το πιπέρι, η γλυκόλη, η φαινοφθαλείνη. (Ο.Π. σελ.112)

Η θνητότητα σε σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση των δημοσιευμένων περιπτώσεων υπολογίστηκε ότι φτάνει το 17%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χημική κακοποίηση είναι συχνότερη πιο ύπουλη και πιο επικίνδυνη από την κλασική κακοποίηση, γίνεται από γονείς σχετικά υψηλού μορφωτικού επιπέδου και καλό είναι να μπαίνει στη διαφορική διάγνωση των περιπτώσεων που εμφανίζουν ανεξήγητα συμπτώματα.

#### β. Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου

Κατά τους Meadow και Lennert, το σύνδρομο Munchausen περιγράφει άτομα που έχουν τόση εξάρτηση- εθισμό στο Νοσοκομείο ώστε επινοούν θεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν πρόκειται για κατά φαντασίαν ασθενείς. Γνωρίζουν ότι είναι υγείς (ο βαρόνος Munchausen, γνωστός Παραμυθάς, έχαιρε άκρας υγείας και πέθανε σε βαθιά γεράματα!), αλλά ηδονίζονται να επινοούν και να κατασκευάζουν συμπτώματα για να εξασφαλίζουν υγειονομική περίθαλψη και για να τραβούν το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος. (Βαλάσση – Αδάμ, 1991, σελ. 113)

Το 1977 ο Meadow χρησιμοποίησε τον όρο Munchausen by proxy για δύο οικογένειες, όπου οι μητέρες επί χρόνια επινοούσαν συμπτώματα στα παιδιά τους. Το άρθρο δεν προκάλεσε τότε μεγάλη ανταπόκριση ίσως γιατί δεν ήταν σε παιδιατρικό περιοδικό, ίσως δεν είχε έρθει ακόμα το πλήρωμα του χρόνου. Μετά τη δεύτερη δημοσίευση του Meadow η βιβλιογραφία κατακλύζεται από ανακοινώσεις παρόμοιων περιπτώσεων.

Ο ίδιος ο Meadow μέσα σε λίγους μήνες μάζεψε πάνω από 60. Από την Αγγλία και Σκωτία μόνο. Το περίεργο είναι, λέει, ότι άρχισαν και οι ίδιοι οι γονείς να καταγγέλλουν τις πράξεις τους. Οι γονείς, συνήθως η μητέρα, είναι άτομα ευχάριστα, πολύ συνδεδεμένα με το παιδί, υπερπροστατευτικό. Συχνά είναι πρώην νοσοκόμες. Μέσα στο Νοσοκομείο, συνδέονται φιλικά με το προσωπικό, βοηθούν, είναι υποστηρικτικές και δεν παύουν να εκφράζουν την εκτίμησή τους για το ίδρυμα και την ευγνωμοσύνη τους για την υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα που έχει το παιδί! (Ο.Π. σελ 113)

Σύμφωνα με την Βαλάση – Αδάμ (1991), κατά τον Meadow συνηθέστεροι είναι οι σπασμοί που έχουν το πλεονέκτημα ότι οι γιατροί δεν έχουν την απαίτηση να δουν την κρίση για ν' αρχίσουν εξετάσεις και θεραπεία αναφέρονται από τις πολύ απλές μέχρι τις πιο εξωτερικές συμπτωματολογίες ανάλογα με τις γνώσεις της μητέρας και τη νοσοκομειακή υποδομή. Αρκετά συχνή είναι η μόλυνση βιολογικών δειγμάτων που αναλαμβάνει να διακινήσει η μητέρα, με αίμα δικό της ή του παιδιού. Ένα παιδί έφτασε στην εφηβεία καθηλωμένο σε αναπηρικό καροτσάκι λόγω ανεξήγητης (ανύπαρκτης) αδυναμίας των μυών των κάτω άκρων. Καμιά φορά τα παιδιά μεγαλώνοντας αρχίζουν να συνεργάζονται με τη μητέρα π.χ. μαθαίνουν πως όταν αναφέρεται επεισόδιο σπασμών αναμένεται από αυτά να είναι κάπως ληθαργικά. Σιγά σιγά καταλήγουν να επινοούν κι αυτά συμπτώματα και εξελίσσονται σε άτομα υποχόνδρια ή σε κλασικό σύνδρομο Munchausen (σελ. 114).

Η διάγνωση του Munchausen δι' αντιπροσώπου γίνεται συνήθως τυχαία όταν για κάποιο λόγο απομακρυνθεί η μητέρα από το παιδί. Τότε τα

συμπτώματα ή τα εργαστηριακά ευρήματα σταματούν ως εκ θαύματος. (Ο.Π., σελ. 114)

Σε κάθε περίπτωση ανεξήγητων συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ευρημάτων που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, πρέπει να μπαίνει η υποψία Munchausen δι' αντιπροσώπου, οι πληροφορίες που δίνει η μητέρα να επιβεβαιώνονται από άλλα μέλη της οικογένειας, οι εξετάσεις να παίρνονται με ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς ανάμιξη της μητέρας και το παιδί να παρακολουθείται για λίγες μέρες χωρίς επαφή μαζί της. (Ο.Π. σελ. 114)

γ. Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Ο Nelson αναφέρεται, στην πραγματικά τυχαία κακοποίηση του παιδιού κατά της συμπλοκής των γονιών του ή άλλων ενηλίκων υπευθύνων για τη φροντίδα του (Innocent Bystander). (Βαλάσση – Αδάμ, 1991, σελ. 115)

Η βία μεταξύ συζύγων δεν είναι βέβαια καινούργιο φαινόμενο. Το καινούργιο είναι ίσως ότι δεν θεωρείται πια φυσιολογική κατάσταση και καταγράφεται από τις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ άλλοτε γινόταν προσπάθεια να μείνει κρυφή ακόμη και από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον.

Σήμερα στις ΗΠΑ, κατά τον Nelson το 20% των ζευγαριών αναφέρουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο σωματικής κακοποίησης το χρόνο και το 8 % έχουν κακοποίηση τόσο σοβαρή, ώστε να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση. 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 είναι ένα παιδί που

βρίσκεται σε κίνδυνο άμεσο και έμμεσο: άμεσο γιατί τα επεισόδια συνήθως επαναλαμβάνονται και χρησιμοποιούνται συχνά μαχαίρια ή άλλα φονικά όπλα και έμμεσο γιατί γνωρίζουμε ότι οι κακές σχέσεις μεταξύ συζύγων είναι ο σταθερότερος προδιαθέσιμος παράγοντας για κακοποίηση – παραμέληση. (Ο.Π., σελ. 115)

Πρέπει λοιπόν, οι περιπτώσεις αμέτοχου – αθώου θεατή να γνωρίζονται, να καταγράφονται και να αντιμετωπίζονται με την ίδια διαδικασία που υπάρχει και για τις μορφές κλασικής σωματικής κακοποίησης.

#### δ. Κακοποίηση εμβρύου

Για την Βαλάσση – Αδάμ (1991), η κακοποίηση εμβρύου είναι κατάσταση ακραία που συζητείται όλο και περισσότερο από όσους ασχολούνται με την κακοποίηση – παραμέληση, αλλά πολύ δύσκολα θα ενταχθεί σ' αυτή επίσημα για λόγους θεωρητικούς και πρακτικούς (σελ. 115).

Τους υγειονομικούς και κοινωνικούς επιστήμονες τους προβληματίζει το φαινόμενο και οι πρακτικές προτάσεις τους. Παρόλα αυτά θέτουν τα παρακάτω ερωτήματα και ανησυχίες:

«Όταν μια μητέρα δίνει ναρκωτικό ή ουίσκι στο βρέφος της για να μην κλαίει κι ενοχλεί τον εραστή της, χωρίς αμφιβολίες και χωρίς μεγάλη δυσκολία η περίπτωση θεωρείται ότι εμπίπτει στα πλαίσια της κακοποίησης και το βρέφος προστατεύεται από τους όποιους νόμους έχει θεσπίσει η πολιτεία (π.χ. μπορεί η μητέρα να χάσει τη γονική μέριμνα). Όταν μια άλλη μητέρα παίρνει ναρκωτικά ή μεθά κατά την εγκυμοσύνη ασφαλώς κακοποιεί το έμβρυο που κυοφορεί, αλλά πώς να της αφαιρέσουν τη γονική μέριμνα; Κι εκείνη που καπνίζει ενώ γνωρίζει ότι ο καπνός βλάπτει το κύημα; δεν το

κακοποιεί; Η έγκυος που έχει εξάρτηση από κάποια ουσία, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού, αναστολής αναπτύξεως του εμβρύου, πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα, προεκλαμψίας. Το νεογνό της είναι ήδη «κακοποιημένο» κι έχει μεγάλο κίνδυνο να παρουσιάσει προβλήματα στη σωματική και πνευματική του εξέλιξη από παραμέληση. Σε έρευνες στη Δανία μόνο 25% των παιδιών, ναρκομανών μητέρων μπόρεσαν να θεωρηθούν φυσιολογικά». (Βαλάσση – Αδάμ, 1991, σελ. 116)

Η Βαλάσση – Αδάμ (1991), συνεχίζει λέγοντας ότι είτε τα ονομάσουν κακοποιημένα, είτε χρησιμοποιήσουν τον άλλο όρο, υπάρχουν σήμερα στην Ελλάδα παιδιά που κυφορούνται με επικίνδυνες συνθήκες ενδομήτριου περιβάλλοντος για τις οποίες ευθύνεται η μητέρα. Τα ποια μπορεί να είναι η παρέμβαση χρειάζεται να ερευνηθεί με μεγάλη προσοχή. Δεν γίνεται βέβαια, να απαγορευτεί η τεκνοποίηση σε γυναίκες που έχουν μεγάλο κίνδυνο κακοποίησης τους εμβρύου (ναρκομανείς, αλκοολικές). Το να απομακρυνθεί το έμβρυο από το ανθυγιεινό περιβάλλον της μήτρας μοιάζει τερατώδες και αντιδεοντολογικό. Το ίδιο τερατώδες και αντιδεοντολογική ήταν και η απομάκρυνση του κακοποιημένου βρέφους. Το να πεθάνει ένα παιδί στα χέρια της μητέρας του καλύτερα είναι να μεγαλώσει μακριά της έστω και ιδρυματικό. Το να καθιερωθεί η κυοφορία από θετή μητέρα ως παρέμβαση εκλογής σε περίπτωση κακοποίησης εμβρύου, φαίνεται να ανήκει αυτή τη στιγμή στο χώρο της επιστημονικής φαντασίας (σελ. 116).

Χαρακτηριστικό της αλλαγής στον τρόπο του σκέπτεσθαι είναι τούτο: Μέχρι τώρα οι νόμοι που προστατεύουν την εγκυμοσύνη αναφέρονται στην ίδια την έγκυο. Όποιος την κακοποίησε τιμωρείται ανάλογα με τις βλάβες που προκάλεσε σ' αυτήν. Τώρα υπάρχει η τάση να θεσπιστούν νόμοι και να

τιμωρηθούν ανάλογα και με τη βλάβη που προκλήθηκε στο έμβρυο. Η ίδια δόση βίας μπορεί να προκαλέσει μικροτραυματισμούς στη μητέρα, αλλά μόνιμες βλάβες του ΚΝΣ στο κύημα. Η διαφορά είναι σημαντική. (Ο.Π., σελ. 116-117)

Ως μορφές κακοποίησης, όχι όμως νέες, θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν, αναφορικά και οι παρακάτω:

- Ανήλικοι στην πορνεία
- Ανήλικοι επαίτες
- Παιδιά των φαναριών
- Ανήλικοι εργαζόμενοι

Το φαινόμενο των παραπάνω μορφών παρατηρείται από πολύ παλιά. Οι ανήλικοι εργάζονταν σε βαριές και ανθυγιεινές χειρονακτικές εργασίες, στους δρόμους ή σε ύποπτα στέκια με σκοπό να εξασφαλίσουν τα προς το ζην, προκειμένου να επιβιώσουν. Σε αντίθεση με τότε, σήμερα το ποσοστό των παιδιών αυτών όχι μόνο έχει αυξηθεί αλλά παρατηρείται και μια ριζική αλλαγή ως προς το σκοπό. Οι ανήλικοί μένοντας απροστάτευτοι πέφτουν πολύ συχνά θύματα εκμετάλλευσης από άτομα του υπόκοσμου (παράνομα κυκλώματα) όπου τους εκβιάζουν και τους απειλούν ακόμα και για τη ζωή τους. Έτσι για τη χαρά της ζωής, υποκύπτουν στις προσταγές των δυνατών.

Το πρόσφατο ενδιαφέρον για την κακοποίηση των παιδιών, άρχισε από παιδίατρους που είναι εξάλλου και οι πρώτοι που βλέπουν τα χτυπημένα παιδιά, γρήγορα εξαπλώθηκε και σε άλλες ειδικότητες όπως ορθοπεδική, οδοντιατρική και σε επιστήμες όπως η ψυχιατρική, η κοινωνιολογία, η ιατροδικαστική, η νομική. Αυτό ήταν φυσικό, γιατί μετά την πρώτη περίοδο της μελέτης που αφιερώθηκε στην αναγνώριση των κλινικών εκδηλώσεων

ακολούθησε η αναζήτηση των αιτιών για τέτοια συμπεριφορά των γονιών καθώς και των μέσων και μεθόδων για την πρόληψη του κοινωνικού προβλήματος και για την προστασία των παιδιών.

#### **4.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Παιδιατρική άποψη**

Η κακοποίηση παιδιού δεν θεωρείται πια ούτε σπάνιο, ούτε εξωτικό νόσημα. Έχει μπει στις συνηθισμένες, καθημερινές διαγνώσεις της παιδιατρικής. Ωστόσο, οι σημερινοί παιδίατροι έχουν διδαχτεί ελάχιστα ή καθόλου τη συμπτωματολογία, τη διαγνωστική, την παθογένεια και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του συνδρόμου.

Για να αναγνωριστεί το κακοποιημένο παιδί, ο παιδίατρος πρέπει να αποδεχτεί την ύπαρξη του συνδρόμου. Μέχρι πριν λίγα χρόνια υπήρχε και στον Ελληνικό χώρο άρνηση στην ιδέα ότι οι Έλληνες γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα μπορεί ποτέ να κακοποιούν τα παιδιά τους. Αλλά σε μια έρευνα που έγινε στις 22-23 Ιουνίου 1985 μεταξύ 220 παιδιάτρων, 69% είχαν συνάντηση στη σταδιοδρομία τους περιπτώσεις κακοποίησης, στο Νοσοκομείο (60%) και έξω από (40%). (Βαλάσση – Αδάμ, 1985)

Ο κάθε γιατρός, σύμφωνα με την Αδάμ, θα πρέπει να γνωρίζει ότι η κακοποίηση είναι παθολογική αιτία: 1) συχνή, 2) υποτροπιάζουσα, 3) με μεγάλη θνητότητα, 4) με μεγάλο ποσοστό αναπηρίας, 5) ιάσιμη και 6) προλήψιμη. (Αγάθωνος, 1991, σελ. 27)

α) Συχνότητα: Είναι άγνωστη. Τα στοιχεία που υπάρχουν από διάφορες μελέτες είναι απλώς ενδεικτικά. Ποικίλουν ανάλογα με την ευαισθητοποίηση και των υγειονομικών και ανάλογα με τον ορισμό που δίνεται σε κάθε χώρα. Πάντως εάν θεωρηθεί σωματική κακοποίηση μόνο στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, τότε υπολογίζεται ότι περίπου 10% των παιδιών <5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για κάποια τραυματισμό, είναι κακοποιημένα. Το σύνδρομο είναι συχνότερο σε



μικρές ηλικίες. Ένα τρίτο του συνόλου των κακοποιημένων παιδιών είναι ηλικίας < 1 έτους, ένα τρίτο 1-6 ετών και ένα τρίτο > 6 ετών . (Ο.Π., σελ. 28)

β) Υποτροπές: Υπολογίζεται ότι το 25% των κακοποιημένων παιδιών θα υποστούν σοβαρές βλάβες από νέα κακοποίηση αν δεν γίνει θεραπευτική παρέμβαση. Το ποσοστό των παιδιών που κακοποιούνται καθ' υποτροπή, χωρίς όμως σοβαρές βλάβες δεν είναι γνωστό . (Ο.Π. σελ. 28)

γ) Θνητότητα: Υπολογίζεται μεταξύ 3-5%. (Παλιότερες εργασίες την ανεβάζουν σε 18%, πιθανόν γιατί παλιότερα αναγνωρίζονταν μόνο οι βαριές περιπτώσεις). (Ο.Π., σελ. 28)

δ) Μόνιμες αναπηρίες: Το κεφάλι είναι πολύ συχνά ο στόχος του χτυπήματος. Οι Schmitt και Snyder ισχυρίζονται ότι «συχνά προκαλείται υποσκληρίδιο αιμάτωμα από χτύπημα ή από τράνταγμα ενός βρέφους. Αναφέρονται υδροκέφαλος, αταξία, επιληψία και πνευματική καθυστέρηση. Εκτός από την οργανική αναπηρία η κακοποίηση αφήνει ψυχική και συναισθηματική αναπηρία. Τα κακοποιημένα παιδιά έχουν κοινά χαρακτηριστικά την υπερκινητικότητα και την επιθετικότητα και συχνά εξελίσσονται σε απροσάρμοστα άτομα και σε γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους». (Αγάθωνος, 1991, σελ. 28)

ε) Ίαση: Με σωστή, ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της οικογένειας σε 80-90% των περιπτώσεων μπορεί, σύμφωνα με τους Schmitt , Snyder και Friedman, να αποκατασταθεί η ισορροπία στις σχέσεις και να εξασφαλιστεί επαρκής γονική φροντίδα. Σε 10-15% των οικογενειών θα χρειαστεί συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη. Σε 1-2% δεν υπάρχει ίαση και η μόνη λύση

είναι η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, είτε με οικογένεια, είτε με τοποθέτηση σε ίδρυμα. (Αγάθωνος, 1991, σελ. 28)

στ) Πρόληψη: Ο Kempe και οι συνεργάτες του παρακολούθησαν 300 μητέρες – παιδιά μέσα στο μαιευτήριο. Επεσήμαναν στοιχεία στη συμπεριφορά των μητέρων που τις χαρακτήριζαν ως «εν κίνδυνος να κακοποιήσουν αργότερα τα παιδιά τους. Σε μια ομάδα των εν κινδύνω μητέρων έκαναν κάποια προληπτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας με μεγάλη συχνότητα τις συνήθεις ιατρικές υπηρεσίες. Σε άλλη ομάδα προσφέρθηκαν οι συνηθισμένες υπηρεσίες από διάφορους υγειονομικούς φορείς.

Μέσα σε δύο χρόνια παρακολούθησης, 5 παιδιά μπήκαν στο νοσοκομείο με βαριές σωματικές βλάβες. Ήταν και τα 5 από την ομάδα όπου δεν είχε γίνει παρέμβαση. (Αγάθωνος, 1991, σελ. 29)

Ο Kempe (1985) μαζί με άλλους παιδιάτρους για να κατανοήσουν το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού ασχολήθηκαν με οικογένειες της ανώτερης και μέσης κοινωνικής τάξης, διότι θεώρησαν ότι άτομα τα οποία ευνοούνται από την εκπαίδευση και τις υπάρχουσες ανέσεις, χωρίς να πιέζονται από την έλλειψη χώρου, την κακή υγεία και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, θα τους βοηθούσαν περισσότερο να κατανοήσουν τη βασική δυναμική της ασθένειας. Καταλήξαν να θεωρούν ότι στο 5% περίπου των οικογενειών όπου δέρνουν τα παιδιά, ο ένας γονέας υποφέρει από ψύχωση με παραισθήσεις ή κατάθλιψη, ενώ ορισμένοι δεν έχουν καμιά επικοινωνία και ευαισθησία απέναντι σ' ένα συγκεκριμένο παιδί, σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Ένα άλλο 5% των γονέων φαίνεται ότι είναι επιθετικά ψυχοπαθείς. Αυτά είναι άτομα, άντρες κυρίως, που χτυπούν τους πάντες αδιάκριτά, τη σύζυγο τους, τους φίλους, τα παιδιά τους. Απομένει το υπόλοιπο 90% των

γονέων που χτυπούν τα παιδιά τους, οι οποίοι έχουν, απ' ό,τι φαίνεται σοβαρά προβλήματα με τη φροντίδα τους (σελ. 103-104).

Τα χαρακτηριστικά που πρέπει να θέσουν την υποψία της κακοποίησης είναι:

α. Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας. Στα ατυχήματα οι γονείς ζητούν αμέσως ιατρική βοήθεια. Στη μη τυχαία κάκωση, έρχονται στο νοσοκομείο με καθυστέρηση.

β. Ιστορικό με ασάφεια, που δεν ταιριάζει με την κλινική εικόνα, ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού. Για παράδειγμα ένα βρέφος με κάταγμα του μηριαίου και εκχυμώσεις στο πρόσωπο, δίνεται το ιστορικό «δεν ξέρω πως έπεσε! Ώσπου να γυρίσω να δω το βρήκα σ' αυτά τα χάλια». Ο γιατρός, πολύ συχνά δεν σκέφτεται να αμφισβητήσει την αξιοπιστία του ιστορικού και τούτο γιατί δεν τον ενδιαφέρει ο τρόπος που έγινε ο τραυματισμός αλλά το τελικό αποτέλεσμα. Για τον ευαισθητοποιημένο στην ύπαρξη της κακοποίησης γιατρό, η λήψη του ιστορικού είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική.

γ. Οι βλάβες είναι συχνά πολλαπλές και πολύμορφες. Το παιδί που προσκομίζεται για κάταγμα βραχίονα, συνήθως θα παρουσιάζει και εκχυμώσεις ή εκροές ή ακόμη και άλλα κατάγματα.

δ. Οι βλάβες είναι διαφορετικής ηλικίας, πράγμα που μαρτυρά τα επανειλημμένα επεισόδια κακοποίησης.

ε. Μερικές βλάβες είναι χαρακτηριστικές κακοποίησης, όπως για παράδειγμα η ρήξη του χαλινού του άνω χείλους είναι πολύ απίθανο να είναι τυχαία, το έγκαυμα που καταλαμβάνει όλη τη επιφάνεια του άκρου και σταματά ισουψώς, δείχνει καθαρά πως στο άκρο έπεσε καυτό υγρό. Συχνά το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για την κακοποίηση αφήνει χαρακτηριστικά

σημάδια π.χ. νυχιές, δαγκωνιές, χτυπήματα από ζωστήρα, εγκαύματα από τσιγάρο κ.λπ.

στ. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι χαρακτηριστικά όχι μόνο το βλέμμα και η έκφρασή του δείχνουν απόγνωση και απάθεια.

ζ. Ο τρόπος που αναφέρονται οι γονείς στο παιδί, μαρτυρά απόρριψη, παραπονιούνται ότι είναι «δύσκολο», «ατίθασο», «ανικανοποίητο», «κουτό», κ.α.

η. Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο Νοσοκομείο (Αγάθωνος, 1991, σελ. 29-30)

Σύμφωνα με την Αγάθωνος (1991), η Αδάμ αναφέρει μια σειρά ενεργειών για το τι πρέπει να κάνει ο γιατρός.

- Να βάλει την κακοποίηση στη διαφορική διάγνωση
- Να την κατατάξει στις επείγουσες διαγνώσεις
- Να αντιμετωπίζει την κακοποίηση με απαισιοδοξία
- Να εισάγει το παιδί στο νοσοκομείο
- Να αντιμετωπίσει τους γονείς με ειλικρίνεια, αλλά συμπάθεια
- Να ζητήσει να πάρει ιστορικό και από τους δύο γονείς, ή όποιον άλλο είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα του παιδιού
- Να περιγράψει λεπτομερώς τις βλάβες στο ιστορικό, την ημέρα της εισαγωγής
- Να κάνει ακτινογραφία όλου του σώματος
- Να ζητήσει να εξεταστούν τα αδέρφια μέσα στις επόμενες 24 ώρες
- Να μην χαρακτηρίζει τη σοβαρότητα της κακοποίησης και την πρόγνωση με κριτήριο τη σοβαρότητα της οργανική βλάβης.

- Να αντιμετωπίσει θεραπευτικά, ταυτόχρονα α) τη βλάβη και β) την κακοποίηση

Τα παραπάνω στοιχεία μπορούν να βοηθήσουν τον παιδίατρο στην αναγνώριση του προβλήματος και στη διάγνωση και αρχική αντιμετώπιση των περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης.

Συμπερασματικά για νόσο με θνητότητα 3-5%, ο παιδίατρος δεν έχει δικαίωμα να εκφράσει παθητικά τη λύπη του για την έλλειψη οργανωμένων υπηρεσιών αντιμετώπισης της. Ακόμη και σε χώρες με άριστα οργανωμένες υπηρεσίες ο γιατρός συνεργάζεται, αλλά δεν μεταφέρει την ευθύνη του σ' αυτές και παίζει πάντα σημαντικό ρόλο στη διάγνωση, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και στην πρόληψη της σωματικής κακοποίησης. Όμως παρόλα αυτά δεν πρέπει να χειριστεί το θέμα μόνος του. Θα πρέπει να δεχτεί προσωπικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς και να αναγνωρίσει τις γνώσεις άλλων συνεργατών, όπως και την ικανότητα τους να χειριστούν μια οικογένεια με λεπτότητα και διακριτικότητα. Ο ρόλος του παιδίατρο, ιδίως σε περίπτωση παραμέλησης, είναι δύσκολος και λεπτός γιατί ξεφεύγει από τις παραδοσιακές κλινικές νόσους που ο παιδίατρος είναι προετοιμασμένος να θεραπεύσει με τα επιστημονικά «όπλα» που του προσφέρουν επαγγελματική αλλά και συναισθηματική ασφάλεια η ευαισθητοποίηση του όμως στο κλινικό και ψυχοκοινωνικό πρόβλημα της παραμέλησης των παιδιών θα περιορίσει σημαντικό αριθμό πολύπλοκων εργαστηριακών εξετάσεων, ενώ η σωστή του τοποθέτηση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής πολλών παιδιών και των οικογενειών της.

#### **4.1.1. Το κακοποιημένο παιδί: Η ορθοπαιδική άποψη**

Κακοποίηση είναι η ηθελημένη σωματική επίθεση ή σωματικός τραυματισμός, από απλός μέχρι θανατηφόρος, που γίνεται σε παιδιά από άτομα που ασκούν την κηδεμονία τους. (Ντουντουλάκης, 1991, σελ. 62)

Από μελέτες που έχουν γίνει από ειδικούς σε νεογνά διαπιστώθηκε ότι τα νεογνά χαρακτηρίζονταν από υποσκληρίδιο αιμάτωμα και είχαν πολλαπλά κατάγματα στα μακρά οστά, χωρίς ιστορικό κάκωσης και επίσης χωρίς κλινική ή ακτινολογική υποψία γενικευμένης πάθησης που να δικαιολογεί τα κατάγματα αυτά. (Ο.Π. σελ. 62)

Το ποσοστό των κακοποιημένων παιδιών δεν είναι απόλυτα εξακριβωμένο σε καμιά χώρα και είναι απόλυτα βέβαιο ότι τα ποσοστά, όπου αυτά υπάρχουν είναι στην πραγματικότητα πολύ μεγαλύτερα από ότι φαίνονται. Στις Η.Π.Α 1% του πληθυσμού κακοποιείται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Από το σύνολο των κακοποιημένων παιδιών που παραπέμπονται σε ιατρικά κέντρα 85% είναι παιδιά με σωματικές κακώσεις. Επίσης υπολογίζεται ότι περίπου 10% των παιδιών κάτω των 5 ετών που φτάνουν στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων είναι κακοποιημένα. Στη Δ. Γερμανία καταγγέλλθηκαν στην αστυνομία 30,000 περιστατικά σε πληθυσμό 60 εκατομμυρίων. Στην Ν. Βρετανία, το ποσοστό επανακακοποίησης ενός παιδιού μετά το πρώτο επεισόδιο βρέθηκε να είναι 20%. Στη Φιλαδέλφια των ΗΠΑ έπειτα από μελέτη σε 217 κακοποιημένα παιδιά βρέθηκαν ότι περίπου 50% ήταν ηλικίας κάτω του ενός έτους και 78% ήταν μικρότερα από 3 ετών. Πιο συχνή κάκωση βρέθηκε να είναι τα κατάγματα των πλευρών, το κάταγμα βραχιονίου, το κάταγμα μηρού κ.λ.π. Οι

βλάβες αυτές συνυπάρχουν συνήθως με άλλες εκδηλώσεις, όπως εκχυμώσεις, εγκαύματα κ.λ.π. (Ντουντουλάκης, 1991, σελ. 63)

Στην Ορθοπαιδική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία» η οποία έχει 50 κρεβάτια με κάλυψη 90%, το 1984 έγιναν 2,500 εισαγωγές. Να υπολογιστεί, σύμφωνα με τον Ντουντουλάκη (1991), ότι από τις 2,500 εισαγωγές, τα κακοποιημένα παιδιά που στάλθηκαν στην Ομάδα ΚάΠΑ (Κακοποίησης – Παραμέλησης του Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού) ήταν 3 δηλαδή ποσοστό 0,13% πολύ μικρό σε σχέση με την πραγματικότητα. Καμιά εργασία δεν αναφέρεται στο ποσοστό των κακοποιημένων παιδιών στην Ελλάδα, πάντως το πρόβλημα είναι πολύ μεγαλύτερο από ότι αναγνωρίζουν οι ειδικοί. Οι λόγοι που τους διαφεύγουν τα κακοποιημένα παιδιά είναι κυρίως δύο. Ο ένας είναι η μη ευαισθητοποίηση τους στο κακοποιημένο παιδί και ο άλλος είναι ο φόρτος της δουλειάς της ημέρας της γενικής εφημερίας (σελ. 63).

Τα περιστατικά που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία σαν επείγοντα και τα οποία δεν εισάγονται διότι έχουν μικροκακώσεις που δεν δικαιολογούν εισαγωγή στο Νοσοκομείο, δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία. Από τα περιστατικά που εισάγονται σαν επείγοντα, η Ορθοπαιδική Κλινική διαγιγνώσκει περίπου 2-3 τον κάθε χρόνο. Ως ύποπτα κακοποίησης πρέπει να θεωρούνται όλα τα παιδιά που έχουν ένα κατάγμα και δεν έχουν περπατήσει ακόμα. Παιδιά της ίδιας ηλικίας που έχουν περισσότερα από ένα κατάγματα, θεωρούνται σχεδόν βέβαια κακοποιημένα. (Ο.Π. σελ. 63)

Μία από τις πιο χαρακτηριστικές βλάβες που μπορεί να δει κανείς στις ακτινογραφίες είναι η δημιουργία νέου περιεπιθητικού οστού συμμετρικά και η δημιουργία υποπεριεπιθητικού αιματώματος. Τα παιδιά αυτά έχουν

επανελημμένους τραυματισμούς στο ίδιο σημείο και πολλές φορές έχουν ανωμαλίες στην τραυματισμένη μετάφυση. Τα άκρα στο ύψος των καταγμάτων είναι οιδηματώδη και επώδυνα και πολλές φορές υπάρχει περιοριστική κινητικότητα. Ο οστικός πόρος είναι συνήθως μεγάλος λόγω έλλειψης ακινητοποίησης του κατάγματος. (Ο.Π. σελ. 64)

Διαφορική διάγνωση, σύμφωνα με τον Ορθοπεδικό Ντουντουλάκη (1991), πρέπει να γίνει από ατελή οστεογένεση στην οποία είναι δυνατόν να συνυπάρχουν πρόσφατα αλλά και παλιά κατάγματα. Η διαφορική διάγνωση βασίζεται συνήθως στη διαφορετική υφή των οστών. Επίσης στην ατελή οστεογένεση τα μικρά οστά είναι λεπτά με λεπτούς φλοιούς και αφαλατωμένα. Αρκετές φορές χρειάζεται να γίνει διαφορική διάγνωση από γενικευμένη πάθηση (υποφωσφαταιμία, μεταφυσική δυσπλασία κ.λπ.) ιδιαίτερα όταν τα κατάγματα εντοπίζονται στις μεταφύσεις των οστών και είναι πολλαπλά (σελ. 64).

Η θεραπεία των καταγμάτων στα παιδιά μικρής ηλικίας είναι συνήθως απλή, αλλά πολλές φορές δυνατόν να σημαίνει αρκετή ταλαιπωρία ή και αναπηρία για το ανάπηρο παιδί.

Το κακοποιημένο παιδί είναι ένα σύνδρομο που διαγιγνώσκετε όχι πολύ συχνά, τουλάχιστον στη χώρα μας και οι λόγοι είναι κυρίως η μη ευαισθητοποίηση των γιατρών, ο φόρτος της δουλειάς της ημέρας εφημερίας και πολλές φορές η έλλειψη οργανωμένων ομάδων εργασίας στα περισσότερα κέντρα.



#### **4.1.2. ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ**

Το σύνδρομο του «κακοποιημένου παιδιού» αποτελεί ένα καυτό κοινωνικό πρόβλημα που άπτεται πολλών ειδικοτήτων της ιατρικής. Ανάμεσα σ' αυτές η οδοντιατρική έχει ένα σεβαστό μερίδιο συμμετοχής, διότι ο οδοντίατρος μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών. Σύμφωνα με την Αγάθωνος (1991), κατά τη Κεράνη-Κουμουτσέα «το 67% των βλαβών στα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζονται στην κρανιοπροσωπική χώρα. Μια από τις συνέπειες των βλαβών αυτών είναι η ανάγκη για οδοντιατρική περίθαλψη των παιδιών αυτών, άρα ο οδοντίατρος φαίνεται ότι συχνά έρχεται σ' επαφή με το σύνδρομο αυτό» (σελ. 67).

Παρόλα αυτά, η ενημέρωση του οδοντιάτρου για το πρόβλημα αυτό, μέχρι προ ολίγων ετών ήταν ανεπαρκείς. Οι λόγοι για την έλλειψη ενημέρωσης των οδοντιάτρων, ήταν διάφοροι. Καταρχήν τα περιστατικά αυτά έφευγαν απαρατήρητα λόγω μη καλής διάγνωσης. Άλλοι λόγοι ήταν η έλλειψη νομικής υποχρέωσης των οδοντιάτρων να αναφέρουν στις ειδικές αρχές αυτά τα περιστατικά και ο φόβος εκ μέρους των οδοντιάτρων εμπλοκής στην όλη διαδικασία της αναφοράς του περιστατικού και της αντιμετώπισης των γονέων του παιδιού. (Ο.Π. σελ. 68)

Οι βλάβες που μπορεί να διαγνώσει ο οδοντίατρος, σύμφωνα με την Κεράνη-Κουμουτσέα, είναι εκείνες που δημιουργούνται από την άσκηση βίας στο πρόσωπο και στο στόμα του παιδιού. Έτσι στην περιοχή του προσώπου μπορεί να διαγνώσει: κατάγματα των γνάθων, μώλωπες, εκδορές,

εκχυμώσεις, εγκαύματα που προέρχονται κυρίως από τσιγάρο. (Αγάθωνος, 1991, σελ.69)

Οι ενδοστοματικές βλάβες είναι: κακώσεις του βλεννογόνου στο εσωτερικό μέρος του άνω χείλους, κοντά στο χαλινό. Η βλάβη αυτή δημιουργείται από βίαιο χτύπημα στο στόμα σε μια προσπάθεια να ηρεμήσει ένα παιδί που κλαίει. Η ρήξη του χαλινού αναφέρεται σαν παθογνωμονικό στοιχείο της κακοποίησης εγκαύματα στα χείλη και στη γλώσσα, αποχρωματισμός δοντιών που σημαίνει νέκρωση του πολφού των δοντιών και περιακρορριζικές αλλοιώσεις, κάθε είδους τραυματικές βλάβες στα δόντια όπως κατάγματα μύλης και ρίζας, ενσφηνώσεις δοντιών μέσα στο φατνίο, μετατοπίσεις και τέλος, ολική εκγόμφωση των δοντιών. (Ο.Π. σελ. 69)

Για την σωστή διάγνωση των ενδοστοματικών βλαβών που οφείλονται σε κακοποίηση, θα πρέπει οι οδοντίατροι να λάβουν υπόψη τους και ορισμένα άλλα στοιχεία του συνδρόμου, όπως για παράδειγμα αναφέρει η Κεράνη – Κουμουτσέα, τη γενική κατάσταση και τη σωματική ανάπτυξη του παιδιού, το χρόνο που έχει μεσολαβήσει από τη δημιουργία των βλαβών μέχρι την ώρα της εξέτασης και τέλος, τη συμπεριφορά των γονέων. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι γονείς δεν δίνουν σαφείς πληροφορίες για το πρόβλημα του παιδιού και γενικά υπάρχουν αντιφάσεις μεταξύ του ιστορικού και των κλινικών ευρημάτων, θα πρέπει να υποψιαστούν οι παιδίατροι περίπτωση «κακοποίησης του παιδιού». (Αγάθωνος, 1991, σελ. 69)

Διαφορική διάγνωση των βλαβών που οφείλονται σε κακοποίηση πρέπει να γίνεται από τις πραγματικές τραυματικές βλάβες που οφείλονται σε ατυχήματα. Και η διαφορική διάγνωση θα στηριχθεί: 1) στην καλή υγεία του

παιδιού που υπάρχει στις πραγματικές τραυματικές βλάβες, 2) στην ηλικία του παιδιού όπου οι πραγματικές τραυματικές βλάβες συμβαίνουν στη σχολική κυρίως ηλικία, ενώ αντίθετα τα περισσότερα κακοποιημένα παιδιά είναι ηλικίας μέχρι 4 ετών. (Ο.Π. σελ. 69)

Σύμφωνα με την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), κατά τη Κεράνη-Κουμουτσέα «η θεραπεία των ενδοστοματικών βλαβών στο κακοποιημένο παιδί δεν διαφέρει από εκείνη των τραυματικών βλαβών από ατυχήματα και επιτυγχάνεται με διάφορες μεθόδους και τεχνικές, όπως π.χ. ενδοδοντικές θεραπείες των απόλων δοντιών, ανασυστάσεις, προσθετικές αποκαταστάσεις, ορθοδοντικές μετακινήσεις κ.λ.π. (σελ. 70).

Σημασία μεγάλη έχει η πρόληψη της επανακακοποίησης του παιδιού, η οποία μπορεί να επιφέρει ακόμη και το θάνατο. Και αυτό γίνεται με την έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου και την παραπομπή του περιστατικού στις αρμόδιες υπηρεσίες από τον οδοντίατρο.

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού δεν είναι έργο ενός επιστήμονα, αλλά ομάδα επιστημόνων μέσα στους οποίους απαραίτητος είναι ο οδοντίατρος.

#### **4.1.3. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ:**

##### **Ιατροδικαστική Άποψη**

Η κακοποίηση και η παραμέληση των παιδιών, αποτελούν όπως είναι γνωστό, ένα διεθνές σήμερα πρόβλημα.

Στις Η.Π.Α. σύμφωνα με την Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (1991) κατά τον Κουτσελίνη, το πρόβλημα αυτό φαίνεται να έχει λάβει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα σημαντικές διαστάσεις, αφού αναφέρονται από επίσημες πηγές ότι περισσότερα από 1,000,000 παιδιά, κάθε χρόνο κακοποιούνται από τους γονείς τους και από αυτά 2,000 – 5,000 περίπου πεθαίνουν από τις κακώσεις. Αναφέρονται ακόμη ότι περισσότερες από 125,000 περιπτώσεις αφορούν σωματική κακοποίηση, τα πιο πολλά δε είναι άρρενα ηλικίας από μηνός μέχρι 10-11 χρονών, ενώ το 50% περίπου αφορά περιπτώσεις παιδιών κάτω του έτους. Οι ασχολούμενοι με το παιδί και τα γενικότερα προβλήματα της ηλικίας αυτής μαρτυρούν, ότι τα περιστατικά αυτά έχουν τα τελευταία χρόνια σημαντικά αυξηθεί (σελ. 34).

Η κακοποίηση του παιδιού αποτελεί σήμερα μια πραγματικότητα και μια έννοια σαφώς καθορισμένη και προσδιορισμένη με βάση συγκεκριμένα στοιχεία. Τόσο η «σωματική» όσο και η «σεξουαλική» και «συναισθηματική» κακοποίηση είναι έννοιες που στοιχειοθετούνται με βάση ορισμένες παραμέτρους, το ίδιο ισχύει και για την παραμέληση, καταστάσεις για τις οποίες έχει ήδη αναγνωριστεί και ο άδικος χαρακτήρας τους. Η στοιχειοθέτηση του αδικήματος της «κακοποίησης» θα στηριχθεί:

- Στην εξακρίβωση της κακοποίησης, με βάση εμπειριστατωμένη και ιδιαίτερη προσεκτική εξέταση

- Στην έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες πραγματοποιήθηκε η κακοποίηση, συνθήκες που θα αναζητηθούν στο άμεσο περιβάλλον του παιδιού (σπίτι – γειτονιά) καθώς και στη διερεύνηση των σχέσεών του με τους γονείς.
- Στη συσχέτιση καις την πιστοποίηση αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης και διαπροσωπικών σχέσεων γονιών – παιδιού.

Η στοιχειοθέτηση της αδικοπραξίας δεν προϋποθέτει μόνο την ύπαρξη της βλάβης, αλλά και την εξακρίβωση ότι η βλάβη αυτή είναι αποτέλεσμα μιας, οποιασδήποτε αιτιολογίας, διαταραχής στις σχέσεις γονιών –παιδιού και όχι συνέπεια ενός τυχαίου γεγονότος. (Κουτσελίνης, 1985, σελ. 378-382)

**α. Η διάγνωση της «κακοποίησης»** μπορεί να αφορά έρευνα στο πτώμα ή στο ζωντανό παιδί, καθώς και η διάκριση μεταξύ μιας πρώτης ή «κατ' επανάληψη» βιαιοπραγίας.

Στο πτώμα, γίνεται εμπειριστατωμένη νεκροψιακή και νεκροτομική έρευνα. Κατά τη νεκροψία σημειώνεται η παρουσία και η πρόοδος των πτωματικών φαινομένων που μπορεί να δώσουν χρήσιμα στοιχεία για το χρόνο του θανάτου και την αρχική θέση του πτώματος, ο βαθμός θρέψης, η ύπαρξη παθολογικών στοιχείων, βελονυγμών, ουλών και κυρίως η παρουσία κακώσεων που περιγράφονται κατά τρόπο σχολαστικό (θέση, είδος, βαρύτητα) έτσι ώστε να καταστεί δυνατή και η αναγνώριση του μέσου που τις προκάλεσε. Ιδιαίτερα ελέγχονται το τριχωτό της κεφαλής, ο αυχέννας, η πλάτη και αναζητούνται αμυχές, αιματώματα και θλαστικά τραύματα. Εξετάζονται ακόμη οι γλουτοί και τα πέλματα και διενεργούνται πολλαπλές τομές για την αποκάλυψη «εν τω βαθεί» αιματωμάτων, όπως επίσης ελέγχονται η κοιλότητα

του στόματος, του πρωκτού και του κόλπου, στα θήλαα, για την ανεύρεση κακώσεων, αφροδισίου νοσήματος ή σπέρματος ενδεικτικού μια σεξουαλικής βιαιοπραγίας. Απαραίτητη επίσης είναι η εξέταση των ενδυμάτων του παιδιού και ο λεπτομερής ακτινολογικός έλεγχος για την αποκάλυψη προσφάτων ή παλαιότερων «εν επουλώσει» καταγμάτων, ενδεικτικών της ασκηθείσας βίας. (Ο.Π. σελ. 378-379)

Παραμέληση που τελικά καταλήγει στο θάνατο έχει περισσότερο χαρακτηριστικά στοιχεία, όπως π.χ. μια εκσεσημασμένη απίσχνανση η (λόγω πλημμελούς διατροφής του παιδιού ή ακόμα και παντελούς στέρησης της τροφής), εκτεταμένες φλεγμονές στο δέρμα που έχουν προκληθεί από ούρα και κόπρανα, λόγω κακής σπαργάνωσης (που δεν ανανεώνεται και συχνά) κ.λ.π.

Ο νεκροτομικός έλεγχος πρέπει να είναι πλήρης και αφορά πάλι την αναζήτηση κακώσεων αλλά και διαφόρων άλλων παθολογικών επεξεργασιών που θα πρέπει να διακριθούν αιτιολογικά – παθογενετικά από κάποιο αποτέλεσμα κακοποίησης ή παραμέλησης. Η ιστοπαθολογική εξέταση των σπλάγχων και η τοξικολογική και μικροβιολογική εξέταση δεν πρέπει να παραλείπονται. (Ο.Π. σελ. 379)

Ο ιατρογνώμονας πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

- Η απουσία επιφανειακών κακώσεων (κατά τη νεκροψία) δεν αποκλείει την κακοποίηση, αφού μπορεί να έχουν προξενηθεί σωματικές βλάβες, εσωτερικές, στα όργανα ή στο σκελετό.
- Η διάκριση μεταξύ μιας «πρώτης» κακοποίησης και «κατ' επανάληψη» βιαιοπραγιών θα στηριχθεί στο χαρακτήρα και στη βαρύτητα των κακώσεων

- Η διάκριση μεταξύ «κακοποιημένων» και παραμελημένων παιδιών δεν είναι πάντοτε σαφής. Άλλωστε δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η παραμέληση φαίνεται σαν η χειρότερη μορφή κακοποίησης.
- Ψευδείς «αύλακες» από στενά ρούχα μπορεί να δώσουν την εντύπωση κακώσεων ως εξ απαγχονισμού ή στραγγαλισμού με βρόχο
- Η επανεξέταση, εξωτερικά του πτώματος, μετά το τέλος της νεκροτομής είναι επιβεβλημένη, αφού η αποσυμφόρηση της περιφέρειας κατά τη νεκροτομή, μπορεί να αποκαλύψει κακώσεις που προηγουμένως είχαν διαφύγει της προσοχής. (Κουτσελίνης, 1985, σελ. 379-380)

Στο ζωντανό παιδί, η εξέταση περιλαμβάνει την αναζήτηση, εξωτερικά των ίδιων κακώσεων που καταμαρτυρούν την άσκηση της βίας. Σημειώνονται και πάλι το είδος και η κατάσταση των ενδυμάτων, η καθαριότητα και η εν γένει περιποίηση του σώματος, με βάση Δε τα στοιχεία αυτά γίνεται μια πρώτη εκτίμηση της παρεχόμενης στο παιδί φροντίδας. Ακολουθεί η εξέταση που περιλαμβάνει τη λεπτομερειακή αναζήτηση και καταγραφή των παθολογικών αλλοιώσεων και των κακώσεων που υπάρχουν στο σώμα, καθώς και εμπειριστατωμένο κλινικό έλεγχο με ψηλάφηση, επίκρουση, ακρόαση, κ.λ.π. Σημειώνεται επίσης ο βαθμός της θρέψης, η χαμηλή θερμοκρασία, η ύπαρξη δερματίτιδας από κακή σπαργάνωση, η κατατονία και ραθυμία στις κινήσεις, η διαταραχή της αναπνευστικής λειτουργίας, κ.λ.π. Σε ορισμένες περιπτώσεις διενεργούνται και παρακλινικές εξετάσεις, όπως λεπτομερής ακτινολογικός έλεγχος, υπερηχογραφία ακόμη και αξονική τομογραφία. (Ο.Π. σελ. 380)

β. Η έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες έγινε η κακοποίηση, σύμφωνα με τον Κουτσελίνη (1985), περιλαμβάνει:

- Την αυτοψία του χώρου διαβίωσης του παιδιού (σπίτι – γειτονιά)
- Τη λήψη χωριστών συνεντεύξεων από τους γονείς, τα αδέρφια, τη γειτονιά ακόμη, κ.λ.π. (Ο.Π. σελ. 381)

γ. Η αναζήτηση αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης και γενικότερα των σχέσεων γονέων – παιδιού, θα στηριχθεί στα ευρήματα και διαπιστώσεις των πιο πάνω ερευνών. Η ανεύρεση μια καθοριστικής για τη ζωή βλάβης και η ομολογία των γονέων αποτελούν την απλούστερη περίπτωση που δεν είναι όμως και η συνηθέστερη.

Κακοποίηση «κατ' επανάληψη» ή /και παράμεληση παρατηρείται κυρίως σε λιγότερο προηγμένες κοινωνικοοικονομικές τάξεις, σε γονείς μικρής ηλικίας, με ψυχοπαθητικό υπόστρωμα ή /και διανοητική καθυστέρηση, όπως επίσης σε γονείς τοξικομανείς και με προβλήματα στις μεταξύ τους σχέσεις.

Αντίθετα, ισχυρή βιαιοπραγία με σοβαρές κακώσεις παρατηρούνται σε περισσότερο «προηγμένες» τάξεις και σε ζευγάρια με εικόνα μεταξύ τους προβλήματα που συχνά οδηγούν σε πλήρη διάσταση και αντιπαράθεση. Ως αιτιολογία, εκ μέρους των γονέων αυτών, αυτό που συχνά προβάλλεται είναι η άγνοια, το ατύχημα ή /και σωφρονιστικοί λόγοι. Η έρευνα σ' ορισμένες περιπτώσεις και προς την πλευρά των baby-sitters δεν πρέπει να αποκλείεται. (Κουτσελίνης, 1985, σελ. 381-382)



**4.2. ΙΑΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ –**

**ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ : Μελέτη**

Η διεπιστημονική ομάδα του Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού σε προηγούμενη μελέτη τους περιέγραψαν τα χαρακτηριστικά του φαινομένου της κακοποίησης στον Ελλαδικό Χώρο. Η μελέτη αυτή βασίστηκε στην περιγραφή 30 περιπτώσεων παιδιών, ηλικίας 0-12 ετών (μέση ηλικία 3,5 έτη), με σωματική κακοποίηση ή /και παραμέληση ελαφριάς έως βαριάς μορφής. Επειδή στα χρόνια που πέρασαν παραπέμφθηκαν στο Τμήμα Κακοποίησης – Παραμέλησης του Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού πολλές νέες περιπτώσεις, θεωρείται σκόπιμο η διεπιστημονική ομάδα να περιγράψει τα ιατρικά χαρακτηριστικά του φαινομένου βασισμένα σ' ένα μεγάλο δείγμα παιδιών (n=86:51 αγόρια, 35 κορίτσια) ηλικίας 0-3 ετών (μέση ηλικία 17 μήνες) με κακοποίηση ή /και παραμέληση κυρίως βαριάς μορφής. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 46)

Οι λόγοι για τους οποίους παραπέμφθηκαν τα παιδιά από διάφορα τμήματα παιδιατρικών Νοσοκομείων, από υπηρεσίες ή και ιδιώτες, φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Επειδή σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν διάφοροι λόγοι παραπομπής έγινε κατάταξη των παιδιών σε 5 ομάδες, με κριτήριο τη βαρύτητα των κακώσεων και το βαθμό παραμέλησης.

**Σωματική Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών**

<b>A. ΚΑΚΩΣΕΙΣ</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Κατάγματα (κρανίου, πλευρών, άκρων)	18	21
Αιμορραγίες στον εγκέφαλο	4	5
Κρανιεγκεφαλική κάκωση	3	3,5
Ανοιχτά τραύματα, μώλωπες, μελανιές	20	23
<b>B. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ</b>		
Από τσιγάρο, ηλεκτρικό σίδερο, καυτά υγρά, κ.λ.π.	6	7
<b>Γ. ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ</b>		
Βάρος σώματος <3n Ε.Θ., χωρίς οργανική νόσο	14	16
<b>Δ. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ</b>		
Εγκατάλειψη, έκθεση βρεφών κ.λ.π.	18	21
<b>Ε. ΔΙΑΦΟΡΑ</b>		
Σεξουαλική κακοποίηση, χορήγηση οινόπνεύματος, παιδί σε κίνδυνο	3	3,5
<b>Σ Υ Ν Ο Λ Ο</b>	<b>86</b>	<b>100%</b>

**ΠΙΝΑΚΑΣ:** Λόγοι παραπομπής των παιδιών στο Τμήμα ΚάΠα του Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού.

Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια τα περισσότερα παιδιά (ποσοστό 52,5%) κατετάγησαν στην ομάδα των κακώσεων 17% κατετάγησαν στην ομάδα των εγκαυμάτων, 37% στην ομάδα των δυστροφιών ή /και της παραμέλησης και 3,5% στην ομάδα άλλης μορφής κακοποίησης ή παραμέλησης.

Ορισμένα από τα ευρήματα αυτής της έρευνας διαφέρουν από τα αντίστοιχα προηγούμενης μελέτης του τμήματος πριν 5 χρόνια. Αυτό είναι αναμενόμενο γιατί το υλικό στις δύο έρευνες διαφέρει σε πολλές παραμέτρους. Ιδιαίτερα στο αριθμό των περιπτώσεων, στην ηλικία των παιδιών και στη βαρύτητα της κακοποίησης ή παραμέλησης. (Αγάθωνος, 1991, σελ. 55)

Το ποσοστό 67% όπου διαπιστώθηκε ότι η εγκυμοσύνη ήταν απρογραμματίστη αναμφισβήτητα είναι μεγάλο. Φαίνεται λοιπόν ότι σε πολλές περιπτώσεις οι γονείς απέκτησαν ένα παιδί χωρίς να το επιθυμούν γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί κακό προγνωστικό στοιχείο για τις μελλοντικές σχέσεις γονιών με το παιδί τους. (Ο.Π. σελ. 55)

Το ποσοστό των εγκύων που γέννησαν με καισαρική τομή (13%) ή απέκτησαν πρόωρα παιδιά (10%) δεν διαφέρει από το ανάλογο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό. Το μεγάλο ποσοστό μητέρων (82%) που γέννησαν σε δημόσια μαιευτήρια αντανακλά προφανώς το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, αν ληφθεί υπ' όψη ότι, ο τοκετός στα δημόσια μαιευτήρια της Ελλάδας κοστίζει πολύ πιο φθηνά (σε σχέση με ιδιωτικές κλινικές) και το ποσοστό των εγκύων που γεννούν σ' αυτά αντιπροσωπεύει μόνο 13%. (Ο.Π. σελ. 56)

Το χαμηλό βάρος γέννησης και τα σοβαρά προβλήματα υγείας που παρουσίασαν πολλά παιδιά μετά τον τοκετό, θα μπορούσαν να αποδοθούν σε ανεπαρκή φροντίδα ή και πλήρη αδιαφορία των γονιών για το έμβρυο. Είναι εύλογο για τις περιπτώσεις που η κύηση είναι ανεπιθύμητη, οι γονείς να έχουν μειωμένο ενδιαφέρον στο να τη φέρουν σε πέρας όσο το δυνατόν καλύτερα.

Το ποσοστό των παιδιών που θήλασαν και η περίοδος θηλασμού είναι πολύ μικρότερα, σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά στο γενικό Ελληνικό πληθυσμό. Η διαφορά αυτή –στα ποσοστά των νεογνών που θήλασαν– πρέπει να αποδοθεί σ' ένα βαθμό και στο γεγονός ότι πολλά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά είχαν προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό, παρέμειναν αρκετό διάστημα στο Νοσοκομείο (μερικά μπήκαν σε θερμοκοιτίδα) και επομένως δεν ήταν δυνατόν να θηλάσουν. Όμως η διαφορά στο χρόνο που οι μητέρες θήλασαν τα παιδιά τους θα πρέπει να αναζητηθεί κυρίως στο δεσμό της μάνας με το παιδί της και στα προβλήματα που υπήρχαν στην οικογένεια την περίοδο μετά τον τοκετό. (Ο.Π., σελ. 56-57)

Η πλημμελή ή και η ανύπαρκτη παρακολούθηση των παιδιών και ο ανεπαρκής εμβολισμός για τα βασικά εμβόλια, σύμφωνα με την Βαλάση – Αδάμ και τους συνεργάτες της (1981), δείχνουν τις δυσκολίες των γονιών στην άσκηση του γονικού τους ρόλου ακόμη και για τόσο απλά στη διαδικασία του θέματα, που είναι όμως σοβαρά για την υγεία των παιδιών τους. Θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη ότι πρόκειται για γονείς που ζουν στην περιοχή της πρωτεύουσας και η προσπέλαση σε Κέντρα Υγείας, για δωρεάν παρακολούθηση και εμβολιασμό των παιδιών τους είναι εύκολη (σελ. 202).

Η διαπίστωση ότι τόσο πολλά παιδιά (34:86) παρουσίασαν σοβαρές λοιμώξεις ή κακώσεις σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα της ζωής τους, δεν μπορεί να θεωρηθεί τυχαίο γεγονός. Η εξήγηση θα πρέπει να αναζητηθεί στις συνθήκες που επικρατούσαν μέσα στην οικογένεια. Σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά είχαν προβλήματα από τις πρώτες ημέρες της ζωής τους, γεγονός που επιδείνωσε τις σχέσεις μέσα στην οικογένεια και δημιούργησε «κατάλληλο

κλίμα» για παραμέληση, κακοποίηση και εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας. (Αγάθωνος, 1991, σελ. 57)

Οι αρνητικές εμπειρίες στην οικογένεια, εκτός του ότι επηρεάζουν τη ζωή των παιδιών σ' όλη τους τη ζωή και την προσαρμογή τους στην κοινωνία, «μεταβιβάζονται» από γενιά σε γενιά με επακόλουθο ο αριθμό των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών να αυξάνει με την πάροδο των ετών.

Συμπερασματικά από τα στοιχεία της μελέτης φαίνεται ότι:

- Σε πολλά παιδιά τα προβλήματα άρχισαν πριν ακόμη γεννηθούν. Πολλά ήταν απρογραμματίστα και ανεπιθύμητα και στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής τους δεν έτυχαν την κατάλληλη προστασία και φροντίδα
- Σε σημαντικό ποσοστό παιδιών το βάρος γέννησης ήταν χαμηλό και τα προβλήματα υγείας τις πρώτες μέρες και εβδομάδες της ζωής ήταν πολλά. Λίγα παιδιά είχαν την ευχαρίστηση να θηλάσουν τις μητέρες τους.
- Η ιατρική παρακολούθηση δεν ήταν πλήρης και υπάρχουν πολλές αρνητικές εμπειρίες από τις κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, την απουσία των γονιών από το σπίτι και την τοποθέτηση μερικών παιδιών σε ίδρυμα ή σε συγγενικό περιβάλλον.
- Πολλά παιδιά παρουσίαζαν χαμηλό βάρος και ύψος σώματος κατά την εξέταση και προβλήματα στην ψυχοκινητική τους ανάπτυξη, στοιχεία ενδεικτικά ακατάλληλου τρόπου διατροφής και σχέσης με τη μητέρα.

Από την εμπειρία του Τμήματος Κακοποίησης – Παραμέλησης του Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού φαίνεται πως και στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι ανάλογο μ' εκείνο των βιομηχανικά αναπτυγμένων χωρών. Με τα στοιχεία αυτά μπορεί να εκτιμηθεί ότι πάνω από 4,000 παιδιά κακοποιούνται σοβαρά κάθε χρόνο, πάνω από 100 πεθαίνουν και πάνω από 100 μένουν σοβαρά ανάπηρα. Το σύνολο των νέων περιπτώσεων κακοποίησης – παραμέλησης παιδιού κάθε χρόνο πιθανότατα ξεπερνά τις 20,000. Δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία πως τα παιδιά αυτά που δεν φέρουν καμιά ευθύνη για το πρόβλημά τους, έχουν τα ίδια δικαιώματα περίθαλψης και φροντίδας όπως κάθε άλλη άρρωστο παιδί. Είναι υποχρέωση της πολιτείας να δημιουργήσει την κατάλληλη υποδομή και να συντονίσει τις δραστηριότητες όλων των επιστημόνων που ασχολούνται με το θέμα αυτό, ώστε το πρόβλημα της κακοποίησης – παραμέλησης στην Ελλάδα να βρει την καλύτερη δυνατή λύση. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 59-60)

**5. ΑΙΤΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ**

«Θερίζεις αυτό που σπέρνεις.

Η βία πάντα προκαλεί τη βία ...»

SHELLEY

Τα αίτια και οι παράγοντες της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα, όπως και στον κόσμο είναι πολλά. Υπάρχουν προσωπικά, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα, τα οποία αποτελούν αφορμές να την πληρώνουν τα παιδιά; Κακοποίηση, υπάρχει σε όλες τις τάξεις, αλλά οι περιπτώσεις από τις χαμηλές τάξεις είναι αυτές που φτάνουν στις κοινωνικές οργανώσεις διεθνώς, πράγμα που οφείλεται στη μικρότερη δυνατότητα συγκάλυψης σκανδάλων σ' αυτή την κοινωνική τάξη.

Το ξύλο που ρίχνουν οι γονείς πότε-πότε στα «μαλακά» για να κάνουν το παιδί τους «καλύτερο» αν και αυτή η μέθοδος δεν αποτελεί την πλέον κατάλληλη.

Η κακοποίηση- παραμέληση, αφορά κυρίως τις συστηματικές κακώσεις τέτοιας μορφής και έντασης που χρειάζονται ιατρικής παρέμβασης, σε παιδιά κάτω των 12 ετών και τις πιο πολλές φορές σε παιδιά ηλικίας 3 χρονών, ή ακόμα και κάτω του έτους.

Είναι σημαντικό για να μπορέσουμε να προσεγγίσουμε και να αγγίξουμε όλες, στο μέτρο του δυνατού βέβαια, τις αιτίες του προβλήματος της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών να τις χωρίσουμε ή να τις κατατάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες. Έτσι λοιπόν στην πρώτη αναφέρονται οι παράγοντες που προκύπτουν ή αφορούν την οργάνωση της κοινωνίας, την κοινωνική δομή.

Στη δεύτερη, καταγράφονται οι αιτίες ή οι προδιαθεσιακοί παράγοντες που αφορούν τους γονείς και στην τρίτη οι αιτίες ή οι παράγοντες που αναφέρονται στο ίδιο το παιδί.

### *α) Παράγοντες κοινωνικής δομής*

Οι αιτίες που προκύπτουν απ' αυτή την πρώτη κατά σειρά κατηγορία και που έχουν ως τόπο αναφοράς την κοινωνία και την επίσημη πολιτεία είναι τόσο πολλές ώστε μόνο συνοπτικά θα μπορούσε κανείς να αναφερθεί σ' αυτές.

Έτσι έχουμε:

- Περιορισμένη κρατική ή ιδιωτική οργανωμένη προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος (διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση)
- Περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση ερευνητικού προγράμματος.



- Έλλειψη ευαισθητοποίησης ειδικών (γιατρών, κοιν. λειτουργών, ψυχολόγων, επισκεπτών/ τριών αδελφών, αστυνομικών, επιμελητών ανηλίκων) κ.ά.

- Έλλειψη ευαισθητοποίησης κοινού

- Εκτεταμένη παραδεκτή χρήση βίας μέσα στην οικογένεια, στα πλαίσια της διαδικασίας κοινωνικοποίησης των παιδιών.

- Έλλειψη ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως:

η νομική κατοχύρωση προσωπικού (ιδιαίτερα κοιν. λειτουργών), που εργάζονται σε προγράμματα κακοποίησης-παραμέλησης και η τακτική της αστυνομίας να αποφεύγει τις οικογενειακές υποθέσεις

- Έλλειψη σταθμού Α' κοινωνικών βοηθειών για την αντιμετώπιση επειγόντων κοινωνικών περιστατικών.

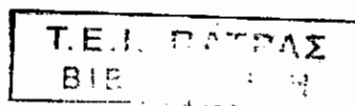
- Ανεπαρκής συντονισμός υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης. (Δραγώνα, 1993, σελ. 220-222)

Στον ευρύτερο χώρο τα αίτια συνοπτικά είναι:

- Ποιοτικά πολύ χαμηλή και ακατάλληλη παιδική προστασία (ανάδοχες οικογένειες, κλειστή και ανοιχτή περίθαλψη, επιδοτήσεις και άλλα)

- Ανεπαρκής συντονισμός και κατακερματισμός των υπηρεσιών ιδιαίτερα σ' ότι αφορά την περαιτέρω παρακολούθηση των περιπτώσεων μεταξύ των πολλαπλών και διαφορετικών φορέων

- Έλλειψη παρακολούθησης των νέων που «αποφοιτούν» από τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης



- Ποσοτική και ποιοτική ανεπάρκεια βρεφονηπιακών σταθμών και περιορισμένο ωράριο λειτουργίας τους καθώς και ύπαρξη περιοριστικών όρων απόδοχής παιδιών
- Έλλειψη συμβουλευτικών κέντρων για την οικογένεια
- Πλήρης ανεπάρκεια ενημέρωσης του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης και προστασίας της υγείας, ειδικά σε ό, τι αφορά την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Η άγνοια στον τομέα αυτό είναι ιδιαίτερα αισθητή στην ελληνική επαρχία.
- Περιορισμένη ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού
- Αποκλεισμός των γονιών από τα τμήματα εντατικής νοσηλείας πρόωρων και νεογνών.
- Παντελής έλλειψη παρεμβατικών προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας, για κοινωνικά απομονωμένες, πολυπροβληματικές οικογένειες.
- Έλλειψη προγραμμάτων προετοιμασίας των νέων για τον γονεϊκό ρόλο.
- Περιορισμένη και ανεπαρκής έρευνα της Ελληνικής Οικογένειας
- Ελάχιστη και ασυντόνιστη έρευνα στον τομέα της παιδικής προστασίας
- Περιορισμένα ειδικά προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας σε οικιστικές περιοχές «υψηλού κινδύνου»
- Συγκεντρωτική διοίκηση στον χώρο της κοινωνικής πρόνοιας, ιδιαίτερα της παιδικής προστασίας
- Περιορισμένη αξιοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για εκπαιδευτικά προγράμματα και ενημερωτικές συζητήσεις
- Άτολμη παιδική προστασία. Σε περιπτώσεις γονεϊκής ακαταλληλότητας, ο προσανατολισμός των διαφόρων φορέων είναι

τέτοιος, ώστε σχεδόν πάντα προασπίζει το «γονεϊκό» συμφέρον και ότι το ατομικό συμφέρον του παιδιού. Αποτέλεσμα, τα παιδιά να «λιμνάζουν» στα ιδρύματα επί χρόνια, χωρίς προγραμματισμό.

- Άνιση κατανομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας και σε κάποιες (περιοχές) επίσης ανυπαρξία τέτοιων υπηρεσιών

- Χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο προσωπικού ιδρυμάτων, κλειστής περιθάλψης, περιορισμένη μετεκπαίδευση, επιλογή προσωπικού ιδρυμάτων με αναχρονιστικά, πολλές φορές κριτήρια. (Δημητρίου – Βασιλοπούλου, 1993, σελ. 119-122)

#### *β. Παράγοντες που αφορούν τους γονείς*

Εκτός όμως απ' τις παραπάνω αιτίες του κοινωνικοπολιτειακού πλαισίου, σημαντικότερες είναι και αυτές, που αφορούν τους γονείς των κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών. Τους γονείς που φτάνουν στο σημείο να κακοποιούν και να παραμελούν τα παιδιά τους επανειλημμένα ή έστω και μεμονωμένα για μια φορά. Ποιοι είναι οι λόγοι, οι παράγοντες, που επηρεάζουν ένα γονιό να φερθεί μ' ένα τρόπο εντελώς ακατάλληλο προς το ίδιο του το παιδί;

Σταθμός στη ζωή κάθε ατόμου είναι η απόκτηση της γονεϊκής ιδιότητας. Η ιδιότητα αυτή συνήθως χαρακτηρίζει το τελικό πέρασμα στην ωριμότητα και υπευθυνότητα και αποτελεί, όπως οι ειδικοί υποστηρίζουν την ολοκλήρωση του ζευγαριού.

Η προσαρμογή μας σ' αυτή, την ιδιότητα, έχει σχέση με την ωριμότητά μας και ιδίως με την κατάκτηση της διάστασής του «είναι» μας.

Ο γονιός έχει απέναντι του ένα μικρό απροστάτευτο και γεμάτο ανάγκες και απαιτήσεις πλάσμα.

Πρέπει να είναι σε θέση να προσφέρει σ' αυτό την στοργή και την αγάπη του, αναγνωρίζοντάς το ταυτόχρονα σαν μια «εν εξελίξει» προσωπικότητα-ιδιαιτερότητα.

Η κάθε «κίνηση» του γονιού χαράζεται βαθιά μέσα στο παιδί και είναι ένα λιθάρι στο κτίσιμο της προσωπικότητάς του.

Επομένως απαιτείται μια ειδική, λεπτή συμπεριφορά έναντι του παιδιού, που θα το βοηθάει στη σωστή ανάπτυξή του.

Οι θεωρίες της παιδαγωγικής σήμερα είναι ιδιαίτερα ευνοϊκές για το παιδί. Αναγνωρίζει (παιδαγωγική) το παιδί, ως άτομο ίσο μεταξύ των άλλων και του προσδίδει δικαιώματα και υποχρεώσεις. Πόσοι όμως και ποιοι είναι αυτοί, που γνωρίζουν αυτές τις θεωρίες ή ακόμη πιο σημαντικό, που τις εφαρμόζουν;

Η αναγνώριση ενός δημοκρατικού, προοδευτικού τρόπου αγωγής ενός παιδιού εξαρτάται σίγουρα από την ιδιοσυγκρασία κάθε γονιού καθώς και από το ψυχοπαθολογικό και κοινωνιολογικό πλέγμα που κουβαλά μαζί του. Έτσι πολλές φορές τα αίτια της κακοποίησης – παραμέλησης, που οφείλονται στους γονείς είναι αλληλένδετα και πατούν, τόσο στα χωράφια της ψυχολογίας, της κοινωνικό-οικονομίας, όσο και της Ιατρικής. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1990, σελ. 78-100)

### **5.1 Ψυχολογικές αιτίες γονιών**

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αλλαγές και πρόοδοι στον τομέα της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας. Με βάση διάφορες εκσυγχρονιστικές μεθόδους επιτεύχθηκε η αξιολόγηση και ταξινόμηση ατόμων με «ψυχοπαθητική προσωπικότητα», όρος που εισήγαγε η ψυχιατρική και απέδωσε σε άτομα με συγκεκριμένη παθολογική συμπεριφορά.

Έχει ξεκινήσει λοιπόν μια προσπάθεια κατάταξης και τυποποίησης της προσωπικότητας των γονιών, που κακοποιούν τα παιδιά τους. Οι ειδικοί αναφέρουν, πως το βασικότερο πρόβλημα των κακοποιούντων γονιών είναι καθαρά πρόβλημα επιθετικότητας που εκδηλώνεται, είτε με άμεσο τρόπο οπότε έχουμε άμεση βία ενάντια στα παιδιά τους, είτε με έμμεσο τρόπο, όπως είναι οι ψυχοτραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, με αποτέλεσμα τη συναισθηματική αποστέρηση.

Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι οι γονείς (και κυρίως οι μητέρες) που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους έχουν αυξημένη ψυχοπαθολογία.

«Σαν κλασικό παράδειγμα από τη διεθνή βιβλιογραφία μπορεί να αναφερθεί η έρευνα των Smith και συν. Στη μελέτη αυτή οι μητέρες παρουσίαζαν μικρή ή μεγάλη ανωμαλία της προσωπικότητας, σε ποσοστό 76% ενώ 48% ήταν νευρωτικές και 3,4% ψυχωσικές. Τα ποσοστά αυτά της διαταραχής της προσωπικότητας και της νεύρωσης διέφεραν στατιστικά από την ομάδα ελέγχου και το ποσοστό των ψυχωσικών διαταραχών ήταν γενικά υψηλότερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού. Στην ίδια έρευνα οι πατέρες διέφεραν στατιστικά όσον αφορά την προσωπικότητα, έχοντας κάποια

ανωμαλία στην προσωπικότητά τους σε ποσοστό 64% ενώ το ποσοστό 10% της νεύρωσης δεν διέφερε στατιστικά από την ομάδα ελέγχου.

Στην Ελλάδα υπάρχει μια προκαταρκτική μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, σε δείγμα 15 οικογενειών στις οποίες έγινε ψυχιατρική εκτίμηση από ψυχίατρο. Βρέθηκε, ότι από τις 12 μητέρες που εξετάστηκαν, οι 11 είχαν στοιχεία διαταραχής της προσωπικότητας, 10 εμφάνιζαν σημεία αντιδραστικής κατάθλιψης και άγχους και 1 είχε σχιζοφρένεια. Από τους 10 πατέρες που εξετάστηκαν οι 9 είχαν συμπτώματα διαταραχής της προσωπικότητας, 4 εμφάνιζαν στοιχεία αντιδραστικής κατάθλιψης και άγχους και 1 είχε συμπτώματα παρανοϊκής ψύχωσης». (Πατρίτσης, 1987, σελ. 134-135)

Οι περισσότεροι γονείς απ' αυτούς που κακοποιούν τα παιδιά τους, παρουσιάζουν στην προσωπικότητά τους μεγάλη ανωριμότητα, ανάγκη εξάρτησης, ασθενές εγώ. Είναι δηλ. άτομα που κάτω από συνθήκες πίεσεων «stress», αντιδρούν με μετατροπή του συναισθήματός τους σε πράξεις χωρίς την παρέμβαση συνειδητής σκέψης. Μία σειρά από ψυχολογικά test, όπως παρουσιάστηκαν από την κα Κοκκέβη – Κλινική Ψυχολόγο, στην ομιλία της στο 1<sup>ο</sup> Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο, κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, 4-5/10/1985 έδωσαν ως εξής την εικόνα της προσωπικότητας των κακοποιούντων γονέων:

**Test Waiss (νοημοσύνης).** Τα περισσότερα άτομα βρέθηκαν με χαμηλή νοημοσύνη μέχρι και βαθμού καθυστέρησης. Ορισμένα άτομα παρουσίασαν οργανική δυσλειτουργία.

**Test Foulds (επιθετικότητας).** Σ' όλα τα άτομα η βαθμολογία στην κλίμακα ξεπερνά τα ανώτατα φυσιολογικά όρια.

Στα μισά έχουμε ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα, στα άλλα μισά εξωστρεφόμενη επιθετικότητα ο συντελεστής που βρέθηκε περισσότερο υψηλός ήταν της «παραληρηματικής επιθετικότητας» και της ενδοστρεφόμενης ο συντελεστής της «ενοχής».

**Test Navrana (εξάρτησης).** Τα 2/3 των ατόμων έδωσαν δείκτη εξάρτησης ψηλότερο του ανωτέρου φυσιολογικού ορίου.

**Test Roseurveca (ματαίωσης).** Στα περισσότερα άτομα υπήρχαν ενδείξεις «ασθενούς εγώ».

Με όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνεται η διαταραχή προσωπικότητας των εξεταζομένων γονιών που σε τελική ανάλυση μεταθέτουν τα πολλαπλά προβλήματά τους και ψυχοσυγκρούσεις τους ανεξέλεγκτα πάνω στα παιδιά και τα κακοποιούν ή /και τα παραμελούν.

Πολλές παρατηρήσεις που έγιναν, απέδειξαν ότι οι κακοποιούντες γονείς έχουν μια βαθιά υποσυνείδητη ναρκισσιστική στάση απέναντι στα παιδιά τους, με χαρακτηριστικό, ότι αυτά (παιδιά) υπάρχουν μόνο για να ικανοποιούν τις ανάγκες τους, πράγμα που αποδεικνύεται σε πολλές μελέτες του φαινομένου της διαταραγμένης γενικής ικανότητας της οποίας βάση, αποτέλεσε η περιγραφή εκείνων των τρόπων γονικής συμπεριφοράς, που επικρατούν σε προβληματικές οικογένειες. Οι περιγραφές αυτές όπως εμφανίζονται στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν: υψηλά επίπεδα τιμωρητικότητας, απόρριψη και εχθρικότητα, μειωμένη ικανότητα για τρυφερότητα, πιστή στην τιμωρία και εξωπραγματικές απαιτήσεις από το παιδί.

Πως ξεκινά όμως αυτό; Γιατί ο γονιός βλέπει το παιδί του ως μέσο ικανοποίησης των αναγκών του;

Ο λόγος είναι ίσως μια παρόμοια αντιμετώπιση από τον δικό του γονιό. Έτσι ενσωματώνει, ελλείπει γονεϊκών σωστών προτύπων, αυτή την αντικοινωνική θέση και την εφαρμόζει σαν κάτι το φυσιολογικό.

Επίσης μπορεί να υπάρχει στον γονιό έντονη συναισθηματική αποστέρηση οφειλόμενη σε τραυματικές παιδικές εμπειρίες. Αυτός ο άνθρωπος ίσως να μην έχει γευτεί, για διάφορους λόγους (παθολογικό περιβάλλον, ορφάνεια, εγκατάλειψη, διαζύγιο), αγάπη, προσοχή, δοτικότητα. Θέλει τα πάντα να δουλεύουν για να παρέχουν σ' αυτόν, όσα έχει «χάσει» τόσο καιρό. Δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα, αφού σαν παιδί δεν έχει πάρει τίποτα.

Ο Kempe επί παραδείγματι θεωρεί την έλλειψη «μητρικού αποτυπώματος» σαν βασικό δυναμικό της πιθανότητας για κακοποίηση – παραμέληση. Με άλλα λόγια ένα πρόσωπο έχει ανατραφεί με ένα τρόπο που παρεμποδίζει την εμπειρία του να νιώσει την μητρική φροντίδα και στοργή. Έτσι σαν ενήλικας αυτό το άτομο δεν μπορεί να παρέχει μητρότητα και αγάπη και στα δικά του παιδιά.

Σχετική μ' αυτή την ανικανότητα του γονιού για στοργή είναι μια αλληλεπίδραση άλλων δυναμικών όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους, η τάση για απομόνωση, μια συζυγική σχέση χωρίς αλληλοϋποστήριξη και υπερβολικές απαιτήσεις προς την μεριά του παιδιού, όπως θα δούμε.

Ο Kempe υποστηρίζει, επίσης, ότι το επιβαρυντικό για κακοποίηση-παραμέληση, είναι κυρίως το ψυχοδυναμικό των γονιών που έγκειται:

- αν έχει λάβει την απαραίτητη στοργή από τους δικούς του γονείς ο ίδιος ο γονιός και



- αν έχει την ικανότητα της μητρότητας, ο βαθμός της οποίας ποικίλλει.

Έτσι πρόσωπο με ελαφρύ «αποτύπωμα μητρότητας» έχει προδιάθεση μαζί με τις καταστάσεις άγχους για κάκοποίηση-παραμέληση του παιδιού του.

Οι γονείς αυτοί επιπλέον πιστεύουν, ότι τα παιδιά τους, όταν δεν ικανοποιούν την ανάγκη τους για «ολοκληρωτικό δόσιμο» πρέπει να τιμωρηθούν και μάλιστα με φυσική τιμωρία.

Η ανάγκη αυτή για να παίρνουν ικανοποιήσεις από τα παιδιά τους, εμφανίζεται πολύ νωρίς, σε μια ηλικία που το παιδί δεν μπορεί να προσφέρει τίποτα.

Οι γονείς όντας ανώριμοι, συναισθηματικά άδαιοι, ανασφαλείς, θέλουν να πάρουν ικανοποιήσεις και επιβεβαιώσεις από τα βρέφη τους, ότι είναι καλοί γονείς. Ανίκανοι οι ίδιοι να λειτουργήσουν ικανοποιητικά στο σπίτι και την κοινωνία προσπαθούν να «κερδίσουν» λίγη ικανοποίηση από το ρόλο τους σαν γονείς και συχνά αγνοούν την παιδική ανάπτυξη. Αναμένουν συμπεριφορά πολύ προχωρημένη από μικρά παιδιά.

Έχουμε λοιπόν μια αντιστροφή ρόλου. Αντί οι γονείς να δείξουν αγάπη και στοργή στα παιδιά τους, περιμένουν τα παιδιά τους να του δείξουν. Και εάν δεν το κάνουν αυτό θα πρέπει να τιμωρηθούν. Χρησιμοποιώντας τη μόνη πειθαρχία που γνωρίζουν, την σωματική πειθαρχία. Οι ίδιοι οι γονείς πολλές φορές απαιτούν σεβασμό και υπακοή από παιδιά μόλις μερικών μηνών.

Χαρακτηριστικό γεγονός του/της κακοποιού πατέρα/μητέρας είναι, ότι αισθάνεται να αμφισβητείται από το βρέφος η ποιότητα μητρικής ή πατρικής φροντίδας.

Ένα παράδειγμα συμπεριφοράς που το αποδεικνύει, είναι το εξής:

Το μωρό κλαiei. Η μητέρα το ταΐζει και το μωρό συνεχίζει να κλαiei. Η μητέρα το αλλάζει, αλλά πάλι τα ίδια, η μητέρα προσπαθεί μάταια να το καθησυχάσει, τελικά εξοργίζεται και το κτυπά.

Φτάνουμε έτσι στη μεγάλη σύγκρουση μεταξύ επιθυμίας για ανταπόκριση στις ανάγκες του παιδιού μαζί με μεγάλη απογοήτευση και θυμό.

Το ανώριμο της προσωπικότητας του γονιού φαίνεται ότι πιστεύει, πως το βρέφος που κλαiei λει: «δεν είσαι καλός γονιός». Όπως αναφέρει ο ψυχίατρος-παιδοψυχίατρος Ι. Τσιάντης, τη χρονική στιγμή της κακοποίησης υπάρχουν 3 στάσεις που αλληλοσυγκρούονται.

«Μια στάση είναι η υγιής επιθυμίας που έχει η μητέρα να κάνει κάτι καλό για το παιδί της και να το ανακουφίσει.

Η δεύτερη είναι μια βαθιά υποσυνείδητη, ανάγκη, ότι το παιδί πρέπει να αντιδράσει, έτσι ώστε, να γεμίσει ο κενός εσωτερικός κόσμος της μητέρας. Η Μητέρα τότε χρειάζεται, την επιβεβαίωση ότι είναι καλή μητέρα, μιας και δεν είναι τόσο σίγουρη για τον μητρικό της ρόλο.

Η Τρίτη στάση είναι μια αυστηρή στάση, ότι είναι γονεϊκό δικαίωμα να περιμένουμε από το παιδί να αντιδράσει «σωστά» ανεξαρτήτως ηλικίας». (Τσιάντης, 1987, σελ. 93 – 94)

Εάν το παιδί αντιδράσει «σωστά» δεν γίνεται κακοποίηση. Συνέπεια αυτής της ψυχολογικής έντασης είναι τα ολέθρια αποτελέσματα για το παιδί, τόσο για τον κίνδυνο της υγείας του, σωματικής και ψυχικής, τη στιγμή της κακοποίησης όσο και αργότερα όταν περάσει η έντασή της. Χαρακτηριστική είναι εδώ η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας μετά την κακοποίηση.

Υπάρχουν βεβαίως πολλοί γονείς που παραγνωρίζουν το συμβάν της κακοποίησης. Πιστεύουν ότι ο πόνος στο χέρι μετά την κακοποίηση δεν είναι σημαντικό γεγονός παρόλη την ενδεχόμενη ύπαρξη κατάγματος.

Υποσυνείδητοι συναισθηματικοί λόγοι παρά την αποδιοργανωμένη γονεϊκή προσωπικότητα δεν αφήνουν να δει ο γονιός το συμβάν. Εδώ έχει παρατηρηθεί, σε κατ' επανάληψη κακοποιημένα παιδιά (από μαρτυρίες των ίδιων των παιδιών) στο χρονικό διάστημα μεταξύ δύο κακοποιήσεων, ότι υπάρχει «μεγάλη αγάπη» από πλευράς γονιών.

Ταυτόχρονα υπάρχει στους γονείς και ο φόβος της απόρριψης των «άλλων» καθώς επίσης και ο φόβος των συνεπειών του νόμου.

Η καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας μπορεί να είναι ολέθρια για το παιδί. Εκτός της πιθανότητας για συνέχιση της κακοποίησής του, μπορεί οι βλάβες που παρουσιάζονται λόγω της παραμέλησης, να αποβούν μοιραίες για το παιδί, καθόσον στο πλατύ Ελληνικό κοινό οι γνώσεις παροχής ιατρικών βοηθειών δεν είναι αρκετά διαδεδομένες και οι υπηρεσίες παροχής ιατρικής βοήθειας σε πολλές περιοχές είναι ανύπαρκτη ή υπολειπόμενη.

Ένα επιπρόσθετο ψυχολογικό αίτιο για κακοποίηση-παραμέληση είναι η ανεπιθύμητη κύηση. Αυτό μπορεί να οφείλεται καθαρά σε κακές εμπειρίες παιδικής ηλικίας.

Η κατάσταση της μητέρας να φέρνει στον κόσμο ένα παιδί που δεν θέλει, είναι πολύ σοβαρή λόγω της χρονικότητάς της. Το παιδί θα αποτελέσει γι' αυτή το «κόκκινο πανί» και σε συνδυασμό με μια έντονη κρίση, η κακοποίηση του είναι σίγουρη και μπορεί να φτάσει στο φόνο.

Μπορεί επίσης εδώ, να αναφερθεί, σαν παράγοντας επικείμενης κακοποίησης και η ανεπιθύμητη κύηση μητέρας με κακές συζυγικές σχέσεις.

Συνήθως ένα τέτοιο ζευγάρι ζει συμβατικά, τυπικά, χάρη του κοινωνικού περιγύρου. Ένα παιδί λοιπόν αν και φαίνεται να ενώνει και να ολοκληρώνει ένα ζευγάρι, πολλές φορές κάνει το χάσμα μεταξύ τους πιο πλατύ και τους διαλύει. Το κακό ξεκινά απ' την κύηση, την προσπάθεια απαλλαγής του ζευγαριού απ' το παιδί με ανεξέλεγκτα και μερικές φορές αθέμιτα μέσα. Όταν τελικά γεννηθεί το παιδί, ο καθένας απ' τους δύο συζύγους το αντιμετωπίζει, ως το παιδί του άλλου και θέλοντας να τιμωρήσει τον άλλον σύζυγο «πατάει» πάνω στο παιδί, ξεσπάει σ' αυτό και το κακοποιεί βάνουσα.

Άλλο χαρακτηριστικό στοιχείο των γονιών που κακοποιούνται παιδιά τους είναι η έλλειψη σωστών σχέσεων.

Τις περισσότερες φορές τα άτομα αυτά δεν είχαν σαν παιδιά σωστές σχέσεις με τους γονείς και τα αδέρφια τους, και κατ' επέκταση δεν έχουν τώρα καλές σχέσεις σαν σύζυγοι και γονείς, με σύζυγο και παιδιά.

Στους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους, στις σχέσεις τους ως σύζυγοι πέρα του ότι απουσιάζει ο διάλογος, καθένας προσπαθεί να υποσκάψει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του άλλου γιατί, αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να αποκρύψουν την συναισθηματική τους ανεπάρκεια από τον σύντροφό τους. Έτσι προσπαθούν να δημιουργήσουν συμμαχίες και συνασπισμούς με τα παιδιά τους, ή εναντίον των παιδιών τους.

Σ' αυτό τον αγώνα πρωταρχική σημασία έχει ποιανού το μέρος θα πάρουν τα παιδιά. Έτσι καθένας φέρεται χαριστικά και μεγαλόψυχα προς τα παιδιά ενώ ταυτόχρονα κατηγορεί και επικρίνει το σύντροφό του, πολλές φορές μπροστά στα παιδιά, για να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους.

Τη στιγμή εκείνη τα παιδιά, όμως, κακοποιούνται ψυχολογικά. Νιώθουν ότι δεν ζουν σε μια οικογένεια, όπου η αλληλοϋποστήριξη και η αγάπη πρέπει

να είναι κοινός τόπος, αλλά σε ένα ρινγκ που τα ίδια είναι οι διαιτητές και οι γονείς οι εμπλεκόμενοι. Βρίσκονται σε απόγνωση δεν ξέρουν τι πρέπει να κάνουν, ποιον να δικαιώσουν και ποιανού το μέρος να υποστηρίξουν. Βρίσκονται σε μια διαρκή παλινδρόμηση απ' τον ένα γονιό στον άλλο, που τα εξαντλεί συναισθηματικά και τα καταρρακώνει ψυχολογικά.

Επιπλέον στις περιπτώσεις όπου η σύναψη συμμαχίας ανάμεσα στον ένα γονιό και το παιδί είναι ισχυρή, ο άλλος θα επιτεθεί όσο πιο βίαια μπορεί.

Σύμφωνα με τον Blair και την Rita Justice (1976), «Μια μητέρα για παράδειγμα είχε επενδύσει τόσο στο παιδί της, που ο άνδρας της κυριολεκτικά ξέσκισε το παιδί απ' τα χέρια της με αποτέλεσμα αυτό να πάθει σοβαρές βλάβες όταν το κεφάλι του χτύπησε δυνατά πάνω στην πόρτα».

(Mouzakitis, 1987 p.113 )

### **5.2 Κοινωνικό – οικονομικά αίτια**

Εκτός βεβαίως από τα καθαρά ψυχολογικά αίτια που τρέπουν τους γονείς σε κακοποίηση ή /και παραμέληση είναι όπως εκ προοιμίου αναφέρθηκε και οι κοινωνικό – οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν μια οικογένεια και καθιστούν «κακοποιούς» τους γονείς για τα παιδιά τους.

Πρώτο και σημαντικότερο αίτιο σ' αυτό το γκρουπ είναι οι οικονομικές δυσκολίες- δυσχέρειες της οικογένειας.

Δεν είναι λίγοι οι γονείς που προσπαθούν να διώξουν τα παιδιά τους από σπίτι επειδή δεν του φέρνουν χρήματα ή που τα χτυπούν επειδή τα θεωρούν επιβάρυνση και «χάσιμο» για την τσέπη τους. Αυτό βεβαίως συμβαίνει σε οικογένειες με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο ζωής. Πόσοι γονείς δεν στρέφουν τα παιδιά τους στην επαιτεία και πόσοι δεν τα κακοποιούν προκειμένου να τα εξαναγκάσουν να γίνουν επαίτες!

Άλλη αιτία κακοποίησης με κοινωνικό – οικονομικό χαρακτήρα είναι η ανεπιθύμητη κύηση μιας πολυμελούς οικογένειας, με χαμηλό οικονομικό επίπεδο.

Οι οικογένειες αυτές αντιμετωπίζουν την κύηση και την γέννηση του παιδιού, ως ένα επιπρόσθετο βάρος, αφού τα προβλήματα είναι πολλά και η κρατική πρόνοια (βοήθεια) σχεδόν ανύπαρκτη.

Όλες λοιπόν οι πιέσεις που δέχονται οι γονείς απ' την δύσκολη αυτή κατάσταση της επικείμενης ανεπιθύμητης κύησης, έχουν ως αποτέλεσμα να συνδέονται αρνητικά με αυτή (κύηση) και το αποτέλεσμα της δηλ. το ίδιο το παιδί. Έτσι βλέπουν το νέο μέλος εχθρικά, σαν κάτι που συνεχώς, με τις «απαιτήσεις» του θα τους στερεί και θα τους δυσκολεύει οικονομικά.

Η αρνητική αυτή αντιμετώπιση του επερχόμενου παιδιού ως βάρος, μοιραία θα οδηγήσει στην κακοποίηση ή την παραμέληση του.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί βεβαίως και μ' ένα νιόπαντρο ζευγάρι, που δεν θέλει ένα παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του μέχρι να αποκατασταθεί οικονομικά και κοινωνικά, πράγμα που όμως η κοινωνία μας, θεωρεί ιδανικό για την επιτυχία της ζωής τους.

Άλλη αιτία είναι η εξώγαμη κύηση, που στο κοινωνικό μας σύστημα θεωρείται «στίγμα». Οι κοινωνικές προκαταλήψεις που έχουν βαθιές ρίζες, τοποθετούν την άγαμη μητέρα και το εξώγαμό της σε μειονεκτική θέση απέναντι στην νόμιμη, «κλασσική» οικογένεια.

Η στάση της κοινωνίας μας απέναντί τους είναι καθ' όλα απορριπτική και τιμωρητική. Η στάση αυτή βρίσκει συχνά την έκφρασή της στους νόμους, στις διατάξεις και την έλλειψη προγραμμάτων πρόνοιας.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι ισχύοντες νόμοι σήμερα, που αφορούν την άγαμη μητέρα και το παιδί της, εκτός γάμου, θέλουν ριζικές και ουσιαστικές αλλαγές.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες ανύπαντρων μητέρων:

- στην πρώτη, έχουμε την μητέρα, άγαμη φεμινίστρια, που θέλει το παιδί για τον εαυτό της, χωρίς σύζυγο.

- στην δεύτερη, έχουμε την γυναίκα, προσδευτική, υψηλού επιπέδου μόρφωσης, που βρίσκεται αντιμέτωπη με το πρόβλημα της κύησης και αποφασίζει να κρατήσει το παιδί

- τέλος στην Τρίτη κατηγορία είναι η πολύ νέα και άπειρη γυναίκα που δημιουργεί ένα δεσμό, δεν ξέρει πώς να αποφύγει την εγκυμοσύνη, που

πολλές φορές αγνοεί (!). Τελικά κρατά το παιδί, επειδή πείθεται από τους γύρω της, ώστε να αναγκάσει έτσι τον πατέρα του μωρού σε γάμο.

Αυτής της τελευταίας κατηγορίας η γυναίκα έχει την μεγαλύτερη προδιάθεση για κακοποίηση-παραμέληση. Βλέπει το παιδί της, σαν βάσανο, που την απομακρύνει, από το οικογενειακό της περιβάλλον και την απομονώνει και από το κοινωνικό της περιβάλλον. Πολλές φορές στο πρόσωπο του παιδιού βλέπει τον πατέρα του, που την εγκατέλειψε. Έτσι θέλοντας να τον εκδικηθεί, φτάνει στην κακοποίηση ή την παραμέληση του ίδιου του παιδιού της. Η ανωριμότητά της δεν της επιτρέπει να δει ρεαλιστικά το γεγονός και να αναλάβει τις ευθύνες της. Με το να κρατήσει το παιδί νιώθει ότι θα φθάσει στο στόχο της, που δεν είναι άλλος από έναν εκβιαστικό και αναγκαστικό γάμο.

Στο προσκήνιο έρχεται τώρα και ο πατέρας που τον ανάγκασαν να κάνει ένα γάμο.

Αυτός με τη σειρά του βλέπει το παιδί ως τον κύριο υπεύθυνο της κατάστασής του. Το παιδί είναι το βασικό εμπόδιο στη ζωή του, είναι η «φυλακή» του. Οι ενδοοικογενειακές σχέσεις είναι τόσο τεταμένες, που οι πιθανότητες κακοποίησης ή /και παραμέλησης είναι πολλές.

Μια άλλη αιτία, είναι η διάθεση αποσύνδεσης, είτε απ' την μεριά του πατέρα, είτε απ' την μεριά της μητέρας, που αρνείται να παίξει έναν ισχυρό και συγκεκριμένο ρόλο στην οικογένεια και οδηγείται στην κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών του.

Ο άλλος σύζυγος που μένει, αγανακτεί τόσο απέναντι στον σύντροφο – σύζυγο, όσο και στο παιδί.



Απ' τη στιγμή που το παιδί απαιτεί το χρόνο του και την προσοχή του, αποτελεί έναν εύκολο στόχο για την αγανάκτησή του. Είναι αυτό που πρόκειται να πληγωθεί.

Άλλη αιτία στο γκρουπ των κοινωνικοοικονομικών αιτιών, και ίσως η σημαντικότερη, είναι αυτή της κοινωνικής απομόνωσης. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η μοναξιά, το φαινόμενο της εποχής μας, που άλλες φορές την επιλέγουμε και τότε δεν αποτελεί τραγωδία και άλλες φορές μας επιλέγει και τότε έχουμε πρόβλημα. Είναι η μοναξιά που η ίδια η κοινωνία και ο σημερινός απρόσωπος τρόπος ζωής, μας επιβάλλει.

Στην πρώτη περίπτωση, λοιπόν, έχουμε τα άτομα που είναι απομονωμένα γιατί φοβούνται τους συνανθρώπους τους και οικειοθελώς απομακρύνονται απ' αυτούς. Ενώ στη δεύτερη, έχουμε την μοναξιά «ως κατάρα» της σύγχρονης κοινωνίας, τη μοναξιά, που έχει κάνει τους ανθρώπους απρόσωπους, άκαμπτους, σκληρούς και άχαρους.

Η ελληνική παραδοσιακή, εκτεταμένη οικογένεια, με τις ισχυρές δυνάμεις στην σχέση των μελών της είναι πια μύθος.

Πολλές απ' τις ελληνικές οικογένειες προέρχονται από εσωτερική μετανάστευση, που άφησαν την ήσυχη επαρχιακή ζωή και μπήκαν στο αστικό κύκλωμα, της συνεχούς κοπιαστικής δουλειάς, των μεγάλων απαιτήσεων και αποστάσεων ζωής, της αβεβαιότητας, του άγχους, του συνεχούς τρεξίματος, και μετατράπηκαν σε ρομπότ.

Ο ERICH FROMM, λει πολύ ωραία:

«Στον 19<sup>ο</sup> αιώνα το πρόβλημα ήταν ότι πέθανε ο θεός.

Στον 20<sup>ο</sup> αιώνα το πρόβλημα είναι ότι πέθανε ο άνθρωπος.

Στον 19<sup>ο</sup> αιώνα η απανθρωπιά είχε το νόημα της κτηνωδίας.

Στον 20ο αιώνα, σημαίνει σχιζοφρενική αυτοαλλοτρίωση. Ο κίνδυνος στο παρελθόν ήταν πως οι άνθρωποι γίνονται δούλοι. Ο κίνδυνος του μέλλοντος είναι πως οι άνθρωποι μπορεί να γίνουν ΡΟΜΠΟΤ....» (Δημακάκος – Κυριαζόπουλος, 1984, σελ. 9-11)

Ο σύγχρονος τρόπος κατασκευής των κατοικιών, επιπλέον, οι πολυκατοικίες, η αδιαφορία για τον συνάνθρωπο, η κρίση αξιών, ο έντονος αμοραλισμός, ο περιορισμός, για να μην πούμε η έλλειψη της φιλίας, έχουν κάνει τον σύγχρονο άνθρωπο να ζει απομονωμένος, αποκομμένος μέσα στο άψυχο διαμέρισμά του.

Μέσα στη ζούγκλα της σύγχρονης πόλης έχει χάσει την επαφή του ακόμη και με τους στενότερους συγγενείς του. Έχει χάσει τις ευαισθησίες του και για όλα αυτά κάπου πρέπει να ξεσπάσει και δεν βρίσκει πιο εύκολο στόχο απ' τα ίδια του τα παιδιά.

Ο σύγχρονος άνθρωπος χωμένος βαθιά στο άγχος και την αβεβαιότητα με απώλεια της ψυχικής ταυτότητας, προσπαθεί κάπου να «βάλει» τα προβλήματά του και στρέφεται στα παιδιά του. Πιεσμένος από παντού βλέπει τις ανάγκες των παιδιών του να τον πνίγουν, να τον δεσμεύουν και να του στερούν την ξεκούραση ή την διασκέδαση. Η αρνητική αυτή θεώρηση και στάση έναντι των παιδιών αποτελεί πολλές φορές το έναυσμα για κακοποίηση ή /και παραμέλησή τους.

Σημαντικό λόγο, ως αιτία κακοποίησης-παραμέλησης, μπορεί να αποτελέσει επίσης και το χαμηλό μορφωτικό και πνευματικό επίπεδο των γονιών, οι οποίοι ελλείπει ορθής κρίσης, αντιμετώπισης και διαπαιδαγώγησης του παιδιού οδηγούνται στην άλογη κακοποίηση ή /και παραμέλησή του.

Δεν είναι λίγοι οι γονείς που αγνοούν βασικά θέματα ανατροφής των παιδιών. Σχεδόν τα περισσότερα ζευγάρια με τα οποία έχουν ασχοληθεί οι στατιστικές, εμφανίζουν σημαντική έλλειψη γνώσης γύρω από τα στάδια της παιδικής ανάπτυξης καθώς και για το τι χρειάζονται τα παιδιά στις διάφορες ηλικίες και πώς πρέπει οι γονείς να συμπεριφέρονται απέναντί τους.

Για το λόγο αυτό σκόπιμο είναι στο σημείο αυτό να αναφερθούμε λίγο στη σχέση μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης και κοινωνικής τάξης γονιών. «Κακοποιούς» γονιούς βρίσκουμε, όπως ήδη έχει αναφερθεί, σ' όλες τις κοινωνικές τάξεις, ανώτερες και κατώτερες απλά έχουν διαφορετική πορεία. Αυτό σημαίνει, ότι τα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης των κατώτερων τάξεων έρχονται στην επιφάνεια με μεγάλη ευκολία, ενώ εκείνα των ανώτερων κοινωνικά-οικονομικά τάξεων καλύπτονται με μεγάλη επιδεξιότητα. «Έξω απ' την οικογένεια οι γονείς αυτοί είναι καθ' όλα ευυπόληπτοι άνθρωπο, τίμιοι, σεβαστοί, συχνά διακεκριμένοι...» . (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1990, σελ. 78)

Τόσο που είναι υπεράνω πάσης υποψίας, ενώ οι άλλοι που δεν διαθέτουν αστραφτερό σελοφάν, πιάνονται και διασύρονται ως γονείς «τέρατα», ως γονείς «τύραννοι», σκληροί και άψυχοι.

Συχνά συναντούμε παιδιά που κακοποιούνται ή /και παραμελούνται από γονείς που βρίσκονται σε διάσταση.

Εδώ οι γονείς κακοποιούν ή /και παραμελούν τα παιδιά τους ή για να απελευθερωθούν απ' αυτά, ή πιο συχνά γιατί βλέπουν στο πρόσωπό τους το σύζυγο που έφυγε ή γιατί ακόμη χειρότερα τα θεωρούν αιτία της φυγής του συζύγου, οπότε και τα ξυλοφορτώνουν.

Αυτό βεβαίως ενισχύεται και από την αντίληψη της κοινωνίας, ότι οι σύζυγοι που βρίσκονται σε διάσταση είναι γονείς «β' κατηγορίας».

Άλλο ενισχυτικό στοιχείο κακοποίησης-παραμέλησης, είναι η ύπαρξη ή όχι ικανοποιητικού επαγγέλματος των γονιών. Το επάγγελμα και ο μισθός εξασφαλίζει στον άνθρωπο οικονομική δυνατότητα και κατά συνέπεια μεγάλη σιγουριά, ασφάλεια και ψυχική ισορροπία. Ο άνεργος γονιός λοιπόν, γεμάτος άγχος και αγωνία για το πώς θα τα καταφέρει γίνεται ευέξαπτος, ενοχλείται με το παραμικρό και για ασήμαντο λόγο μπορεί να φτάσει ακόμα και σε κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού του.

Καθώς βλέπει το παιδί του να «φωνάζει», λόγω της έντονης κατάστασης και της οικονομικής ανέχειας, ότι δεν εκπληρώνει το ρόλο του σαν γονιός, αφού δεν του εξασφαλίζει τα απαραίτητα, κινείται προς αυτό (παιδί) απειλητικά.

Ο ίδιος πάλι ο γονιός πιέζεται και από την κοινωνία που τον βλέπει, ως κύριο υπεύθυνο για την ανεργία του. Έτσι (ο γονιός) ανώριμος να δει ρεαλιστικά την κατάστασή του ξεσπάει στα παιδιά του.

Τέλος, μπορούμε να αναφερθούμε στην εργαζόμενη μητέρα. Αυτή έχει αναλάβει δύο δουλειές. Η μια εκτυλίσσεται εκτός του σπιτιού και η δεύτερη μέσα στο σπίτι. Για την ελληνική πραγματικότητα υπεύθυνη για την διεκπεραίωση και των δύο είναι αποκλειστικά και μόνο η εργαζόμενη μάνα.

Έτσι φορτωμένη και φορτισμένη απ' την ένταση που συναντά μέσα και έξω απ' το σπίτι ξεσπά πολλές φορές, χωρίς και η ίδια να το καταλάβει στα παιδιά της, που σε στιγμές εκνευρισμού τα αντιμετωπίζει ως επιπρόσθετο βάρος στην ζωή της. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1990, σελ. 79)

### **5.3 Αιτιολογικοί παράγοντες ιατρικού χαρακτήρα**

Μια πρώτη αιτία τώρα στην Τρίτη αυτή ομάδα αιτιολογικών παραγόντων μπορεί να είναι μια πιθανή δυσκολία στην εγκυμοσύνη ή/ και τον τοκετό. Παρότι το επίπεδο της τεχνολογίας και η ανάπτυξη των μέσων στην ιατρική είναι προχωρημένη, ωστόσο κάθε φορά που μια γυναίκα, βρίσκεται στην ευχάριστη, αλλά και δύσκολη θέση της κύησης και του τοκετού, αυτή και όσοι εμπλέκονται στην όλη διαδικασία, ανησυχούν μήπως κάτι δεν πάει καλά και προκληθούν δυσάρεστα γεγονότα για την γυναίκα-μητέρα ή το παιδί.

Η κύηση και ο τοκετός είναι καταστάσεις, όπου οι ισορροπίες είναι λεπτές και γι' αυτό και οι χειρισμοί θα πρέπει να είναι απ' όλους (κυρίως από τους γιατρούς) πολύ προσεκτικοί και μελετημένοι.

Τα πράγματα για την σωματική και ψυχική υγεία της μητέρας δυσκολεύουν, όταν εμφανιστούν δυσκολίες στην κύηση και τον τοκετό.

Δεν είναι λίγες οι φορές όπου μια μητέρα, συνήθως ανώριμη και πολύ νεαρή πιστεύει ότι για την δυσκολία της κατάστασης στην οποία βρίσκεται φταιει το παιδί που πρόκειται να φέρει στον κόσμο. Έτσι το θεωρεί απειλή για την ζωή της και προκειμένου να σωθεί, φτάνει στο σημείο ακόμη και να ζητήσει την διακοπή της κύησης. Αντιμετωπίζει εχθρικά το παιδί πριν ακόμη γεννηθεί και όταν τελικά φτάσει στον τοκετό μπορεί με την εμφάνιση μιας κρίσης να το κακοποιήσει ή /και να το παραμελήσει.

Δεύτερη κατά σειρά αιτία είναι μια αρρώστια στους πρώτους μήνες της ζωής του παιδιού.

Το νεογνό αμέσως μετά την γέννησή του περνά σ' ένα, τελείως διαφορετικό, του προηγούμενου, χώρο και είναι φυσικό τους πρώτους μήνες της ζωής του να δημιουργηθούν προβλήματα υγείας.

Η αρρώστια του πρωτόγνωρη σ' αυτό, εκδηλώνεται με συνεχές και ακατάπαυστο κλάμα. Οι ευθύνες της μητέρας σ' αυτή τη φάση της ζωής του παιδιού της είναι πολλές και όταν η μητέρα είναι μικρή σε ηλικία και άπειρη στο μητρικό ρόλο, τότε τα προβλήματα πολλαπλασιάζονται, το βάρος της ευθύνης μεγαλώνει και η ίδια νιώθει να πνίγεται, αφού ούτε η «πείρα» της προηγούμενης ζωής τη βοηθάει σ' αυτή την φάση ούτε και το μωρό την διευκολύνει.

Έτσι η ανασφάλειά της, η απειρία της και η αβεβαιότητά της για την εξέλιξη της υγείας του παιδιού της μεγαλώνει, την φοβίζει και την εκνευρίζει συνάμα. Ακούει το κλάμα του παιδιού και νιώθει ότι είναι το κατηγορητήριο για 'κείνη, και δεν μπορεί να το βοηθήσει και κατά συνέπεια δεν είναι καλή μητέρα και δεν ξέρει το ρόλο της.

Και ' κείνη με την σειρά της θέλει να απαλλαγεί απ' αυτή την «αλήθεια» και στην προσπάθειά της να σταματήσει το κλάμα του μωρού, που δεν το αντέχει πια, το χτυπά.

Μια άλλη τέλος, ιατρικού περιεχομένου, αιτία κακοποίησης-παραμέλησης είναι ο αποχωρισμός μητέρα-παιδιού κατά την περιγεννητική περίοδο, την περίοδο δηλ. λίγο μετά την γέννηση του παιδιού.

Τα προβλήματα στην απόκτηση δεσμού μητέρας-παιδιού, που μπορεί να προκύψουν την νεογνική περίοδο, μπορεί να αποδειχθούν αργότερα, προάγγελος κακοποίησης ή /και παραμέλησης του νεογνού από την μητέρα του.

Είναι γνωστό, ότι ο δεσμός μάνας – παιδιού επηρεάζεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από τις παιδικές εμπειρίες της μητέρας και από την εγκυμοσύνη της και τον τοκετό.

Έτσι τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα, όπως και σε άλλες χώρες, δόθηκε και δίνεται μεγάλη έμφαση στην ιατρική παρακολούθηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Το γεγονός αυτό δημιούργησε τις συνθήκες για αύξηση της τεχνικής προόδου, τόσο στον τομέα της μαιευτικής όσο και στην περιγεννητική φροντίδα. Έτσι τα περισσότερα μωρά σήμερα γεννιούνται στα μαιευτήρια με σαφώς λιγότερα προβλήματα υγείας και περισσότερη φροντίδα.

Παράλληλα με τα παραπάνω, αυξήθηκε και το ενδιαφέρον για την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τοκετού στην μητέρα με ιδιαίτερη σημασία στους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην απόκτηση δεσμού μητέρας-παιδιού.

Επειδή όμως «ουδέν καλόν αμιγές κακού» εκφράστηκαν φόβοι ότι αυτή η τεχνολογική ανάπτυξη, που εξασφαλίζει την άνετη ζωή του νεογνού, μπορεί να εμποδίζει την μητέρα, στην ανάληψη του ρόλου της, ως πηγή μητρικής φροντίδας.

Έτσι λοιπόν, σύμφωνα, πάντα με την ελληνική πραγματικότητα, η εμπειρία του τοκετού σε «ξένο» περιβάλλον (νοσοκομείο, μαιευτήριο), που συχνά περιλαμβάνει γενική νάρκωση, χειρουργική επέμβαση και στη συνέχεια αποχωρισμό του παιδιού από την μητέρα τις πρώτες ώρες της ζωής του, αλλά και αφαίρεση από την μητέρα της ευθύνης για την καθημερινή φροντίδα του νεογνού, μπορεί να δημιουργήσουν σ' αυτή αισθήματα αποπροσωποποίησης και αποπροσανατολισμού από τον ρόλο της.

Οι περισσότερες γυναίκες κατορθώνουν και προσαρμόζονται γρήγορα στον μητρικό τους ρόλο, αλλά για μερικές μπορεί μια κακή εμπειρία στην περιγεννητική περίοδο να αποτελέσει, αφορμή για απόρριψη του παιδιού και

στη συνέχεια πιθανή κακοποίηση ή / και παραμέλησή του με την συνύπαρξη βέβαια μιας κρίσης. (Μαραγκός, Σταυρινάκη, Αγάθωνος, Αντωνιάδου, Αναγνωστόπουλος, 1993, σελ. 155 – 167)

#### *A. Παράγων παιδί*

Ένας τρίτος τώρα και πολύ σημαντικός παράγων, που συντρέχει στο να κακοποιηθεί ή/ και να παραμεληθεί ένα παιδί είναι το ίδιο το παιδί.

Αρκετοί ειδικοί μιλάνε για το ρόλο του παιδιού στην κακοποίηση-παραμέληση σαν να είναι κάτι που μπορεί να προσδιοριστεί, να απομονωθεί και να ειδωθεί σαν ξεχωριστό γεγονός.

Η κακοποίηση ή /και η παραμέληση είναι μια κατάσταση στην οποία εμπλέκονται παραπάνω από δύο άτομα. Είναι μια κατάσταση που εξαρτάται απόλυτα από την δυναμική, όπως έχει αναφερθεί, των σχέσεων μέσα στην οικογένεια.

«Ο Kempe πιστεύει ότι σε κάθε σωματική κακοποίηση θα είναι πιο αποτελεσματικό να μελετάται όχι μόνο αυτό που χαρακτηρίζει το παιδί αλλά και τι χαρακτηρίζει το γονιό.

Πιο συγκεκριμένα τώρα για το κακοποιημένο-παραμελημένο παιδί υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά, που προηγούνται της κακοποίησης-παραμέλησής τους» (Μουζακίτης 1993, σελ. 89)

Τα παιδιά αυτά είναι συνήθως μικρά σε ηλικία 3 ετών, πρόωρα, φιλάσθενα, υπερευαίσθητα, με κολικούς, νόθα ή ανεπιθύμητα, απαιτητικά, κλασιάρικα και γκρινιάρικα, δύσκολα στον ύπνο και το φαγητό, παιδιά με χαμηλό νοητικό δυναμικό και με περιορισμένη αντιδραστικότητα.



Στο πολύ νεαρό της ηλικίας συνηθέστερη εξήγηση είναι, ότι τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να μαρτυρήσουν το χτύπημα, έτσι οι γονείς τα χτυπούν χωρίς το φόβο να αποκαλυφθούν.

Έτσι εξηγείται και το γεγονός ότι οι «κακοποιοί» γονείς που έχουν περισσότερα από ένα παιδιά, θα διαλέγουν να κακοποιήσουν το μικρότερο παιδί της οικογένειας. Το γεγονός επίσης, ότι τα μικρά παιδιά, αδυνατούν να ξεφύγουν από τους γονείς που τα κακοποιούν εφόσον η ψυχοκινητική τους εξέλιξη δεν τους επιτρέπει ούτε να τρέξουν, ούτε να κρυφτούν για να γλιτώσουν αλλά ούτε να μιλήσουν και να εξηγήσουν το τι τους συμβαίνει, τα καθιστά εύκολη λεία στα νύχια των γονιών τους.

Η κακοποίηση των πρόωρων και φιλάσθενων παιδιών μπορεί να εξηγηθεί με το γεγονός ότι έχει ίσως επηρεασθεί, κλονισθεί η δημιουργία δεσμού μητέρας και παιδιού στην περιγεννητική περίοδο. Άλλη εξήγηση είναι ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες στον ύπνο και το φαγητό με αγχογόνα αποτελέσματα για τον επιρρεπή γονιό.

Μια Τρίτη εξήγηση που προέκυψε από διάφορες ψυχολογικές έρευνες είναι ότι οι γονείς αυτών των παιδιών δεν μπορούν να αποδεχθούν το γεγονός ότι εκείνοι γέννησαν ένα παιδί που δεν είναι τελείως «καλά», που δεν είναι σας τ' άλλα παιδιά.

Τα υπερευαίσθητα, τώρα, στην παραμικρή αλλαγή ρουτίνας και του περιβάλλοντός τους, παιδιά γίνονται για τους γονείς κουραστικά. Οι γονείς αυτών των παιδιών συχνά νοιώθουν αμηχανία για το πώς θα πρέπει να φερθούν στα παιδιά τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να βρίσκουν διέξοδο στο αδιέξοδο τους κακοποιώντας ή /και παραμελώντας τα.

Άλλη ομάδα «υψηλού κινδύνου» θα λέγαμε ότι είναι τα παιδιά με κολικούς. Αυτά παρουσιάζουν ιδιαίτερες δυσκολίες γιατί είναι πολύ δύσκολο να καθησυχάσουν. Η ψυχολογική ερμηνεία που δίνεται εδώ είναι, ότι ο γονιός δέχεται απόρριψη από το παιδί αφού δεν αντιδρά θετικά στην περιποίηση που του προσφέρει.

Άλλη ομάδα είναι τα νόθα και ανεπιθύμητα παιδιά. Αυτά συνήθως γίνονται πολύ δύσκολα αγαπητά και αποδεκτά επειδή συνδέονται με αντίξοες κοινωνικές συνθήκες. Είναι τα παιδιά που οι μητέρες τους, τα μισούν πριν ακόμα τα γνωρίσουν, εφόσον είναι το διαβατήριο για την κοινωνική περιθωριοποίησή τους.

Για τα απαιτητικά και κλαψιάρικα παιδιά ισχύει η συνθήκη της μεγάλης ψυχολογικής πίεσης, πάνω στο γονιό τους. Με το κλάμα τους, κουράζουν τους γονείς, τους αποσυντονίζουν και τους αποδιοργανώνουν, καθιστώντας τους ανήμπορους, εφόσον δεν ξέρουν πια, τι να προσφέρουν στο παιδί τους. Και αυτό το αίσθημα ανικανότητας που αποκτούν οι γονείς είναι ικανό να τους οδηγήσει στην κακοποίηση ή /και παραμέληση του παιδιού τους.

Άλλη πολύ σημαντική αιτία είναι το χαμηλό νοητικό δυναμικό και η περιορισμένη αντιδραστικότητα των παιδιών.

Η περιορισμένη αντιδραστικότητα είναι κάτι που οι «κακοποιοί» γονείς, συχνά φέρουν ως αιτιολογία για κακοποίηση. Συγκεκριμένα μπορούν να πουν, ότι το παιδί τους ήταν απαθές εξ' αρχής, δεν αντιδρούσε σε τίποτα, τους απογοήτευε και τους εκνεύριζε, προκαλώντας τους τέλος να το χτυπήσουν. Και εδώ φαίνεται καθαρά η «απόρριψη» που νοιώθουν αυτοί απ' την πλευρά του παιδιού τους.

Σε ό, τι αφορά τώρα το χαμηλό νοητικό δυναμικό, υπάρχει σε πολλές περιπτώσεις αδυναμία διάκρισης, για τον εάν αποτελεί η συγκεκριμένη αδυναμία, αιτία (απόρριψη του «κακώς έχοντος» από το γονιό) ή αποτέλεσμα κακοποίησης (οργανικές, ψυχολογικές βλάβες). Στην περίπτωση αυτή πολλοί είναι οι γονείς που δεν μπορούν να αποδεχτούν το πρόβλημα του παιδιού το οποίο (παιδί) θεωρούν και υπεύθυνο για το συγκεκριμένο πρόβλημα.

Άλλη επιπλέον αιτία κακοποίησης-παραμέλησης είναι κάποια συγγενή ανωμαλία του παιδιού. Και σ' αυτή την περίπτωση οι γονείς αδυνατούν να δεχτούν το παιδί τους, επειδή είναι «μη φυσιολογικό» και μόνη λύση για να «ξεχνούν» το πρόβλημά τους ή να «γλιτώσουν» απ' αυτό είναι να το ξυλοφορτώσουν. Το πρόβλημα της κακοποίησης ή /και παραμέλησης γίνεται εντονότερο όταν η ανωμαλία του παιδιού είναι παρμένη από το συγγενικό περιβάλλον του άλλου γονιού. Εκεί δημιουργούνται προβλήματα όχι μόνο με το παιδί αλλά και με το ίδιο το ζευγάρι. Οι γονείς αλληλοκατηγορούνται για το «μη φυσιολογικό» παιδί του άλλου.

Γενικά το κακοποιημένο παιδί περιγράφεται από την μητέρα του σαν δύσκολο ή σαν παιδί που ξεχωρίζει απ' τα άλλα ή από τους γονείς, τρωει ιδιαίτερα πολύ ή λίγο, κοιμάται λίγες ώρες, κλαίει αδιάκοπα κ.ά. (Κοκκεβή, 1<sup>ο</sup> Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο, κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, 4-5/10/1985)

### *B. Παράγων «Κρίση ζωής»*

Τελευταίες στο γκρουπ των αιτιολογικών παραγόντων είναι οι καταστάσεις κρίσης. Οι καταστάσεις αυτές περιγράφονται ως χαστικές καταστάσεις που αναστατώνουν μια οικογένεια και δημιουργούν ανασφάλεια

στους γονείς. Η κρίση συνυπάρχει με τους παράγοντες παιδί και γονείς και αποτελεί το προσάναμμα της κακοποίησης του παιδιού.

Η κρίση αυτή μπορεί να είναι χρόνια, περιστασιακή ή με ραγδαία εξέλιξη και συνήθως οξείας μορφής έτσι ώστε να αποδιοργανώνει εντελώς την οικογενειακή ζωή.

«Κατάσταση κρίσης» σε μια οικογένεια μπορεί να δημιουργηθεί από διάφορες αιτίες και με ποικιλία στο βαθμό έντασης από την κάθε μια (αιτία). Επίσης διαφέρει και η εξέλιξη που μπορεί να προκαλέσουν.

Μια ραγδαία εξέλιξη αλλαγών, λοιπόν, είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί από κάποιον απ' ότι είναι μια περιστασιακή κρίση. Σε μια περιστασιακή κρίση που μπορεί να εμπειρέχει: διαζύγιο, απώλεια δουλειάς ή ασθένεια, οι άμυνες του ατόμου εξασθενούν όσο το στρες είναι πιο έντονο, αλλά έχει (ο άνθρωπος) το χρόνο να βρει νέες πηγές για να λύσει το πρόβλημά του. Εάν το λύσει επιτυχώς φτάνει σ' ένα υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας, με μεγαλύτερη συναισθηματική ικανοποίηση απ' ότι πριν.

Μια κρίση ζωής ωστόσο συνίσταται από μια σειρά περιστασιακών γεγονότων τα οποία συμπίπτουν χρονικά και μερικές φορές συνοδεύονται από συζυγικά προβλήματα που αφορούν το γάμο, μια εγκυμοσύνη ή ακόμα και την φυγή απ' το σπίτι κάποιου παιδιού. Για να μην αναφερθούμε και στα προβλήματα της χρόνιας κρίσης όπως είναι οι οικονομικές δυσκολίες, η ανεργία, η απομόνωση.

Η μεγάλη αλλαγή στους κακοποιούντες γονείς δημιούργησε μια σειρά προβλημάτων που μείωσαν την ικανότητά τους για προσαρμογή. Πρακτικά μπορεί να ειπωθεί ότι τα άτομα αυτά δεν είχαν το χρόνο να ανασυγκροτηθούν, πριν χτυπηθούν από μια νέα κρίση, έτσι ώστε να μην δημιουργείται στην

οικογένεια αποδιοργάνωση, στρες και έντονη δυσλειτουργικότητα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται προστριβές και καταστάσεις βίας μεταξύ των μελών και κυρίως μεταξύ γονιών και παιδιών. (Κοκκεβή, 1<sup>ο</sup> Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών 4-5/10/1985)

*Γ. Έμμεσοι αιτιολογικοί παράγοντες*

Όλες οι παραπάνω αιτίες του προβλήματος αφορούν άμεσα την σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών. Υπάρχουν όμως και αιτιολογικοί παράγοντες που φέρουν εμμέσως την ευθύνη για την σωματική κάκωση των παιδιών. Ο βαθμό σοβαρότητάς τους μάλιστα είναι το ίδιο σημαντικός με 'κείνον των άμεσα αιτιολογικών παραγόντων γι' αυτό και κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν εδώ.

Τα παιδιά καθημερινά πέφτουν θύματα πνιγμού, εγκαυμάτων, τροχαίων, δηλητηριάσεων και άλλων ατυχημάτων.

Έχουμε σκεφτεί όμως ποτέ ότι πίσω από την λήξη ατύχημα κρύβεται η ανευθυνότητα των μεγάλων που ακούσια ή εκούσια προκαλούν κακοποιήσεις στα παιδιά;

Σε άρθρο του Έθνος (04/03/96, σελ. 3) με θέμα «Τρομακτική αύξηση κακοποιημένων παιδιών το 1995» αναφέρεται:

«Η συχνότητα των παιδικών ατυχημάτων χρεώνεται κυρίως, στην ανεμελιά των μεγάλων, στην έλλειψη χώρων για παιχνίδι, στην ανύπαρκτη ενημέρωση εκ μέρους της πολιτείας για τους κινδύνους που τα περιβάλλουν, τον επηρεασμό της τηλεόρασης, την αρρυθμία που επικρατεί στα νοσοκομεία για την αντιμετώπιση σοβαρών εγκαυμάτων ή άλλων ατυχημάτων με θύματα τα παιδιά».

Στο ίδιο άρθρο αναφέρεται:

«Είναι απίστευτο, αλλά ακόμα και τα παιδικά παιχνίδια έχουν ενοχοποιηθεί για μια σειρά ατυχημάτων. Ας σημειωθεί ότι τα παιχνίδια έχουν καταταγεί ανάμεσα στις δέκα πιο επικίνδυνες κατηγορίες προϊόντων στις Η.Π.Α., ενώ στην Μ. Βρετανία ανέρχονται σε τουλάχιστον 13,000 το χρόνο.»

Υπάρχουν ακόμη πολλά παραδείγματα παιδιών που προσπαθώντας να υποδυθούν τους τηλεοπτικούς ήρωες στα κατορθώματά τους, τραυματίζονται ή και σκοτώνονται. Άλλα έχουν καταπιεί παιχνίδια ή έχουν δηλητηριαστεί με μικροαντικείμενα που πετάμε στο δρόμο, χωρίς ιδιαίτερη σκέψη (καπάκια από φάρμακα, απορρυπαντικά κλπ.).

Άλλος κίνδυνος στο δρόμο είναι τα τροχαία. Αν υπήρχε σωστή κυκλοφοριακή αγωγή πολλά δράματα θα μπορούσαν να προληφθούν για τα μικρά, που δεν έχουν αίσθηση του κινδύνου και φόβο για τις συνέπειες.

Πολλοί τραυματισμοί γίνονται επίσης και μέσα στο σπίτι που αποτελεί παγίδα για τα παιδιά, όταν οι ίδιοι οι γονείς με πολύ ξεγνοιασιά και αμυαλιά αφήνουν εκτεθειμένα αντικείμενα (φάρμακα, γυμνά καλώδια, αιχμηρά αντικείμενα, απορρυπαντικά, κλπ.).

Το Σεπτέμβριο του 1996 το Έθνος (03/09/96, σελ. 22) δημοσιεύοντας ένα άρθρο με θέμα «Κακοποίηση ανηλίκων – Η μεγάλη ανατριχίλα» αναφέρει ότι: «ο τραυματισμός είναι η παραμελημένη αρρώστια» της σημερινής κοινωνίας.

Ελάχιστοι είναι όμως αυτοί που το γνωρίζουν και όσοι ακόμη το ξέρουν δεν μπορούν να κάνουν και πολλά για να βελτιωθεί ουσιαστικά η κατάσταση.

Οι κίνδυνοι για τα παιδιά είναι πολλοί και άπειρες οι αιτίες τους τόσο μέσα όσο και έξω από την οικογένεια.

Υπεύθυνοι για την σωρεία αυτή των αιτιολογικών παραγόντων είμαστε όλοι γονείς, επαγγελματίες, απλοί πολίτες. Ο καθένας έχει το μερίδιο της ευθύνης του γιατί με πράξεις ή με παραλείψεις του συνέβαλε στο να παρουσιαστούν, να πολλαπλασιαστούν και δαιωνιστούν όλες αυτές οι αιτίες που συμβάλλουν στην αποκαρδιωτική και εξευτελιστική για το ανθρώπινο γένος εικόνα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών μας.

**6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ  
ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ**

*«... Αν ο ιστός αυτός καταστραφεί από μια βάνουση  
κακοποίηση, τότε ανοίγουν οι πόρτες για την  
διαμόρφωση οποιασδήποτε ανώμαλης προσωπικότητας»  
(Klein)*

Σημαντικό κομμάτι στην υπόθεση της σωματικής κακοποίησης - παραμέλησης, αποτελεί η «ζημιά», που επιφέρει τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένεια του. Ειδικά για το παιδί, που πλήττεται τριπλά, σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά, τα αποτελέσματα της παιδικής κακοποίησης-παραμέλησης μπορεί να είναι καταστρεπτικά, τραυματικά ή ακόμη και θανάσιμα.

Το φαινόμενο αυτό κλονίζει βαθιά την κοινωνικότητα του παιδιού πράγμα που αποκαλύπτεται στις μετέπειτα σχέσεις του με τους συνανθρώπους του. Γι' αυτό οι «μεγάλοι» θα πρέπει πια να καταλάβουν, ότι είναι καιρός να τροποποιήσουν και να ελέγξουν την συμπεριφορά τους



απέναντι στα παιδιά, αφού η γνωστή και τόσο διάτρητη θέση τους, «εμείς ξέρουμε καλύτερα, έχουμε μεγαλύτερη πείρα» έχει προ πολλού φθαρεί.

Ο κόσμος του κάθε παιδιού υφαίνεται σαν ένας ιστός ισορροπίας, που συγκρατεί όλες τις μέχρι τώρα εμπειρίες, γνώσεις, ψυχικές αφομοιώσεις. Αν ο ιστός αυτός καταστραφεί από μια βάνουση κακοποίηση, τότε ανοίγουν οι πόρτες για την διαμόρφωση οποιασδήποτε ανώμαλης προσωπικότητας.

Κακοποιώντας ένα παιδί, το οδηγούμε σ' ένα πλήθος ενδεχομένων που μπορούν να του συμβούν.

Ενδεχόμενα που θα το σημαδέψουν και θα το σημαδεύουν τόσο σωματικά, συναισθηματικά, όσο και συμπεριφορολογικά.

«Θα το ματώσουν, τόσο απ' έξω όσο κι από μέσα. Και δυστυχώς εκείνο που για μια ζωή θα μένει είναι το μέσα, αφού όσο κι αν προσπαθήσουμε να κλείσουμε τις πληγές που τρέχουν στο σώμα, δεν θα μπορέσουμε να επουλώσουμε αυτές που μένουν στην ψυχή ενός παιδιού.

Το μελάνιασμα-ράπισμα του κορμιού προχωρά στο μελάνιασμα-ράπισμα της ψυχής, κι αυτό με την σειρά του προκαλεί το σάπισμα της ζωής του σημερινού παιδιού και αυριανού γονιού.» (Dalewiter, 1986, p. 39)

### **6.1 Σωματικές επιπτώσεις στο παιδί**

Για τις σωματικές επιπτώσεις της κακοποίησης – παραμέλησης στο παιδί, έχουμε ήδη αναφερθεί αναλυτικά και διεξοδικά σε ιδιαίτερο κεφάλαιο που αφορά στην κλινική εικόνα του παιδιού.

«Οι Σωματικές και Οργανικές βλάβες εκδηλώνονται με παντός είδους πράξεις σκληρότητας, όπως είναι το κάψιμο με ζεματιστό νερό, εγκαύματα από σίδηρο ή αναμμένα τσιγάρα, κτυπήματα με λάστιχα, σιδερόβεργες, κρεμάστρες, αλυσίδες ή κτυπήματα με τα χέρια ή τα πόδια στα γεννητικά όργανα, στο στόμα, στα μάτια, στον εγκέφαλο και γενικά σε όλο το σώμα του παιδιού προξενώντας εσωτερικές βλάβες και αιμορραγίες και σε πολλές περιπτώσεις προκαλούν αναπηρίες και θάνατο.» (Μουζακίτης, 1993, σελ. 92)

#### **6.1.1 Ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις**

Εάν όμως ένα παιδί σταθεί «τυχερό» τελικά στον άνισο αγώνα του με τον κακοποιό γονιό ή ενήλικα και καταφέρει να επουλώσει τις πληγές του κορμιού και να ορθοποδήσει, θα πρέπει στην συνέχεια να παλέψει με το συναίσθημα, για να κρατήσει τις ισορροπίες και να μπορέσει να εξελιχθεί ομαλά «ψυχή τε και σώματι».

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης είναι πολυδιάσπατες. Κι αυτό γιατί η κακοποίηση σε οποιαδήποτε μορφή της αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την δημιουργία ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών συμπεριφοριακών διαταραχών.

«Κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν ψυχολογικές δυσλειτουργίες, συμπεριφορικά προβλήματα, διαταραγμένη συναισθηματική –αντιληπτική και κοινωνική ανάπτυξη». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 95)

- Όχι σπάνια η προϋπάρχουσα λαχτάρα για ζωή μετατρέπεται σε λαχτάρα για καταστροφή δική του ή των άλλων.

- Το παιδί μεγαλώνει με το αίσθημα της ερημιάς, θρυμματισμένο ψυχικά, μέσα στις πικρές του σκέψεις και εμπειρίες.

- Δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος στον ψυχικό και διανοητικό του κόσμο. Γίνεται φοβισμένο, μελαγχολικό ή επιθετικό, καταστρεπτικό, συναισθηματικά ή και σωματικά διαταραγμένο.

- Τα πρότυπα, η συμπεριφορά και γενικότερα ο κόσμος που θα εσωτερικεύσει, θα εκδηλώνεται προς τα έξω αρνητικά και τραυματικά.

- Τα κακοποιημένα ή /και παραμελημένα παιδιά τις περισσότερες φορές παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κλαινε πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα. Ο όρος «παγωμένο βλέμμα» περιγράφει την χαρακτηριστική έκφραση που έχουν τα παιδιά αυτά. 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. (Μουζακίτης, 1993, σελ. 95)

«Κλινικό παράδειγμα αποτελεί η Άννα ένα παιδί 3 χρόνων, που είχε δυσκολίες να αποχωριστεί την μητέρα της κατά την συνέντευξη. Οι λόγοι της παραπομπής ήταν η συνεχής τάση της Άννας για κλάμα, η υπερκινητικότητα και η καταστροφικότητα των αντικειμένων. Η Άννα στη συνέντευξη ήταν επιφυλακτική και κοίταζε τον ειδικό με πλάγιο τρόπο, ή του γύρναγε την πλάτη της. Ο ειδικός (παιδοψυχίατρος) προσπάθησε να κάνει ένα σχόλιο για το

παιχνίδι της, αλλά φαίνεται ότι κάτι δεν πήγε καλά με τον τόνο της φωνής του και εκείνη σήκωσε τα χέρια της προς τα πάνω, όπως όταν αντιδρά κανείς για να προφυλαχτεί από το να τον χτυπήσουν. Η κίνηση αυτή και γενικά η στάση της, ήταν αφορμή να διαπιστωθεί το πρόβλημα της κακοποίησης.

Τα μικρά παιδιά που παραμελούνται και δεν μπορούν, να αναπτυχθούν είναι απαραίτητο να εισάγονται στο Νοσοκομείο. Έτσι μετά την εισαγωγή τους παρατηρούνται τα εξής: τα παιδιά αυτά φαίνονται πολύ συμπαθητικά, αλλά είναι ανίκανα να αντέξουν και την παραμικρή ματαίωση και ξεσπούν πολύ εύκολα σε κλάματα ή εκρήξεις οργής.

Η οργή φυσική ανάπτυξή τους επηρεάζεται θετικά, όταν απομακρυνθούν από το σπίτι, αλλά οι διαταραχές στο λόγο ή τα προβλήματα με την συμπεριφορά τους, δεν αποκαθίστανται εύκολα.

Αυτά τα χαρακτηριστικά αποδεικνύουν ότι υπάρχει μια σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας που είναι πολύ πιθανό να συνεχίσει να υπάρχει κι όταν το παιδί γίνεται ενήλικας.

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 κατά τον Winnicott συντελεί στην ωρίμανση του παιδιού». (Αγάθωνος, Μπαλάσκας, Ναυρίδης, Σαρρή, Τσιάντης, 1983, σελ. 330)

Σ' αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί «η μελέτη των Martin και Beezley (Τσιάντης, 1987, σελ. 93) σχετικά με την προσωπικότητα αυτών των παιδιών. Μελετήθηκαν 51 παιδιά από τα οποία τα 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, κοιν. λειτουργό). Εντοπίστηκαν 9 χαρακτηριστικά κριτήρια σ' αυτά τα παιδιά με τη χρήση συνέντευξης με γονείς και παιδιά και εκθέσεις από δασκάλους.

Τα 9 αυτά κριτήρια που έπρεπε να είχαν βρεθεί από τους τρεις ερευνητές ήταν:

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

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά και η σοβαρότητα τους δεν εξαρτώνται από τον τύπο της σοβαρότητας 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. Όπως είναι επόμενο, τα κακοποιημένα παιδιά έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους με πιθανή πρόγνωση, να συνεχιστεί ο φαύλος κύκλος σ' όλη τους τη ζωή».

«Χρειάζεται βεβαίως εδώ να αναφέρουμε, ότι δεν υπάρχουν μελέτες, που να διερευνούν αποκλειστικά και μόνο τις ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης. Αυτό οφείλεται στο ότι μαζί με 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.

Υποστηρίζεται ότι τα αποτελέσματα της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εκδηλώνονται με την μορφή εξελικτικών διαταραχών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Το εύρημα αυτό φαίνεται να συνδέεται με την ποιότητα της γονικής φροντίδας που είχαν τα παιδιά αυτά, ενώ έχει επίσης περιγραφεί καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου, δηλαδή 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.

Η νοητική επιπλέον καθυστέρηση των παιδιών αυτών επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Φαίνεται ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης – παραμέλησης και όχι με τη σοβαρότητα των τραυμάτων». (Αγάθωνος, 1990, σελ. 79).

«Ο Strogg έχει περιγράψει μια μορφή ψύχωσης, τη λεγόμενη «τραυματική ψύχωση» σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας.

Τα χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης είναι: μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, καθώς και αλλόκοτη συμπτωματολογία. Τα παιδιά αυτά βρέθηκε ότι είχαν κακοποιηθεί πολύ νωρίς στη ζωή τους, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα ενώ

παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους. Χαρακτηριστικά ο Strogg αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά «δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταΐζει», γεγονός που δηλώνει έντονη διαταραχή στην «συμπεριφορά δεσμού». (Κεράνη, Καμουτσέα, Μαρρουσώ, 1987, σελ. 95)

Στο άρθρο του Χρ. Μουζακίτη επίσης για την «Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού –επιπτώσεις στην υγεία του» (1993, σελ. 94-95) σημειώνεται ότι «ο GREEN αναφερόμενος στον ψυχολογικό τραυματισμό του παιδιού, σαν αποτέλεσμα της σωματικής κακοποίησης, τον χαρακτηρίζει ως τραυματική νεύρωση (TRAUMATIC NEUROSIS), αφού συχνά συνοδεύεται από αποδιοργάνωση του ΕΓΩ, ναρκισσιστικό τραυματισμό (NARCISSISTIC INJURY), συναισθηματικό πόνο, πρωταρχικούς μηχανισμούς άμυνας, ψυχαναγκαστική επανάληψη του τραυματισμού, πανικό και συναίσθημα αδιεξόδου. Ο GREEN κάνει την εισήγηση, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης τα κριτήρια που έχει θεσπίσει ο DSMIII για την μετατραυματική διαταραχή ικανοποιούνται:

- εάν υπάρχει μια συγκεκριμένη στρεσογόνος κατάσταση
- εάν παρατηρείται επανάληψη της εμπειρίας του τραύματος (επαναλαμβανόμενα όνειρα και επίμονες σκέψεις της εμπειρίας της κακοποίησης)
- εάν παρατηρείται μείωση της εμπλοκής με τον έξω κόσμο (μείωση συναισθημάτων, απασχόληση)
- εάν παρουσιάζονται τραυματικά συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα της κακοποίησης είναι κλινικά εμφανή (όπως διαταραχές ύπνου, υπερ- επαγρύπνηση, αποφυγή περιστατικών ή ασχολιών που μπορεί να οδηγήσουν στην υπερβολή των συμπτωμάτων επανάληψης του

τραύματος, δηλ. τείνουν να παρουσιάσουν φοβία, επιθετικότητα σε καταστάσεις που μοιάζουν ή συμβολίζουν κακοποίηση).

Πολλοί συγγραφείς δίνουν έμφαση στην τραυματική φύση της κακοποίησης. Ο KRIS (1965), αναφέρει και πάλι ο συγγραφέας του άρθρου, διατυπώνει την άποψη ότι η σωματική κακοποίηση με τον ενυπάρχοντα φόβο στο παιδί, καταστροφής ή εγκατάλειψης, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα υπερβολικό τραύμα ή ως SHOCK τραύμα». Ο KHAN (1963) επίσης λει, σύμφωνα πάντα με το άρθρο του Χρ. Μουζακίτη, ότι η ανεπάρκεια της μητρικής φροντίδας και η εχθρική γονεϊκή στάση καθώς επίσης και η νευρολογική βλάβη που προέρχεται από τη σωματική κακοποίηση, μπορούν να θεωρηθούν ως τα στοιχεία της έντασης του συγκεντρωτικού «CUMULATIVE» τραύματος.

Ο GREEN πάλι διατυπώνει πρωτόγονους αμυντικούς μηχανισμούς που συνήθως παρατηρούνται σε κακοποιημένα παιδιά, όπως αποφυγή, αποστασιοποίηση, άρνηση, προβολή και διαχωρισμό. Αυτοί οι μηχανισμοί άμυνας ενισχύονται από την άρνηση των γονέων, των επεισοδίων της κακοποίησης και από τον φόβο της αυτοεκδίκησης ή εκμηδενισμού εάν το παιδί παραδέχονταν την πραγματικότητα».

«Τα κακοποιημένα παιδιά, συχνά αποφεύγουν την οπτική επαφή και παρουσιάζουν μια εικόνα «παγερής εγρήγορσης» δηλαδή κάθονται παθητικά και ακίνητα, αλλά επαγρυπνούν, έτσι ώστε να μπορούν να εντοπίσουν τον κίνδυνο ή να αποφύγουν τους γονείς τους. Οι συμπεριφορές αυτές είναι οι πρώτες ενδείξεις της άρνησης, προβολής και διαχωρισμού που παρατηρείται σε μερικά από τα παιδιά, όταν ενηλικιωθούν». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 96)



«Οι JOHNSON και MOORE και AMMERMAN και οι συνεργάτες του έχουν διατυπώσει ότι τα κακοποιημένα παιδιά χαρακτηρίζονται από έλλειψη ανταπόκρισης, αρνητισμό, πείσμα και κατάθλιψη. Ο GARDSTON αναφέρεται σε τέτοιου είδους χαρακτηριστικά όπως απάθεια, απροθυμία, φόβο, ανορεξία και μια αδιαφορία για επαφή με τους ανθρώπου. Σύμφωνα με τους GREEN και AMMERMAN ET AL κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν τέτοιες συμπεριφορές, όπως μειωμένη ικανότητα ανοχής, παρορμητικότητα, έλλειψη εμπιστοσύνης και καχυποψία στους ενήλικες, τάση να ελέγχουν και να εκμεταλλεύονται καταστάσεις, ανάγκη για άμεση ικανοποίηση, υπερβολική επιθετικότητα, προτίμηση στην χρήση κινητικής φυσικής έκφραση για να επικοινωνούν, τάση στο να προκαλούν τους άλλους, βίαιες φαντασιώσεις, ψευτοανεξαρτησία και πρόωρα επιτεύγματα σε ορισμένες περιοχές».  
(Μουζακίτης, 1993, σελ. 96).

«Στην μελέτη της Elmer δεν βρέθηκαν διαφορές ανάμεσα στα κακοποιημένα παιδιά και στα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Στη μελέτη που έκανε ο Oates στο Camperdown Children's Hospital του Σίδνεϋ είχε χρησιμοποιηθεί ένα τεστ αδρής μόνο αξιολόγησης. Ο Kindard βρήκε χαμηλή έννοια του εαυτού και αυξημένη επιθετικότητα, ενώ ο Lynch, που για την ομάδα ελέγχου χρησιμοποίησε τα αδέλφια των κακοποιημένων παιδιών, βρήκε προβλήματα και στις δύο ομάδες πράγμα που δείχνει τη σημασία του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Σ' αυτή τη μελέτη κατά την Kim Oates όμως τα κακοποιημένα παιδιά παρουσίαζαν μεγαλύτερη καθυστέρηση από τα αδέλφια τους. Ο Egeland στη μελέτη παρακολούθησης μετά από 3,5 έτη, βρήκε ότι τα κακοποιημένα παιδιά έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερο εύρος αρνητικών

συναισθημάτων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου». (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993, σελ. 35)

Γενικότερα τώρα στην αντιπαράθεση που έγινε μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των κακοποιημένων παιδιών αποδείχθηκε ότι υπήρχε διαφορά στο Δ.Ν. της τάξης του 95 για τα κακοποιημένα παιδιά και 106 για τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Διαφορά υπήρχε και στις λεκτικές ιδιότητες. Στην εξελικτική κλίμακα του προφορικού λόγου τα κακοποιημένα παιδιά είχαν μέση βαθμολογία 92 ενώ για τα παιδιά της ομάδας ελέγχου ήταν 100.

Όταν έγινε σύγκριση της ηλικίας αναγνώρισης 35 παιδιών της κάθε ομάδας, βρέθηκε ότι οι αναγνωστικές δεξιότητες τόσο των κακοποιημένων παιδιών, όσο και των παιδιών της ομάδας ελέγχου, ήταν κάτω από το μέσο όρο, πράγμα που ίσως να οφείλεται στην κυρίως χαμηλή κοινωνική προέλευση και των δύο ομάδων. Παρόλα αυτά τα κακοποιημένα παιδιά ήταν σημαντικά πίσω από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου: 17 από τα 35 κακοποιημένα παιδιά υστερούν στην ανάγνωση κατά ένα χρόνο ή και περισσότερο σε σύγκριση με 10 μόνο παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Ακόμη τα κακοποιημένα παιδιά είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην έννοια του εαυτού, απ' ό,τι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου. Τα κακοποιημένα παιδιά είχαν μέση βαθμολογία έννοιας του εαυτού 47 σε σύγκριση με την μέση βαθμολογία 70 των παιδιών της ομάδας ελέγχου.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των δύο ομάδων ήταν επίσης διαφορετικά. Μια από τις ερωτήσεις που ετίθετο στο παιδί ήταν πόσους φίλους είχε, 17 κακοποιημένα παιδιά ισχυρίστηκαν ότι είχαν πολλούς φίλους σε σύγκριση με τα 26 της ομάδας ελέγχου. Αντίθετα μόνο 4 παιδιά της ομάδας

ελέγχου είπαν ότι είχαν πολύ λίγους φίλους σε σύγκριση με 16 παιδιά της ομάδας κακοποίησης, που απάντησαν στην ίδια ερώτηση. Το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Cattell (Cattell Personality Questionnaire) με το οποίο εξετάστηκαν τα παιδιά και των δύο ομάδων έδειξε ότι τα κακοποιημένα παιδιά ήταν σημαντικά πιο σοβαρά, επιφυλακτικά, συνεσταλμένα και με αναστολές στις προσωπικές τους σχέσεις, απ' ότι τα παιδιά της ομάδας ελέγχου.

Για να διαπιστωθεί επίσης πως οι άλλοι βλέπουν τα κακοποιημένα παιδιά δόθηκε και στους δασκάλους των παιδιών αυτών το ερωτηματολόγιο Συμπεριφοράς του Παιδιού (Child Behavior Questionnaire) του Rutter. Μ' αυτό χωρίζει τις προσωπικότητες σε φυσιολογικές και μη φυσιολογικές ομάδες. Οι μη φυσιολογικές υποδιαιρούνται σε αντικοινωνικές και νευρωτικές ομάδες. Η βαθμολογία του 45% μόνο των κακοποιημένων παιδιών τα κατέτασσε στη φυσιολογική κατηγορία, το 34% εντάσσονταν στην αντικοινωνική κατηγορία, το 16% στη νευρωτική κατηγορία και το υπόλοιπο 5% ήταν αδιαφοροποίητο. Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου, το 81% των περιπτώσεων εντάσσονταν στη φυσιολογική κατηγορία, το 13% στην αντικοινωνική, το 3% στην νευρωτική, ενώ η βαθμολογία δεν διαφοροποιούσε το υπόλοιπο 3%. (Τα στατιστικά στοιχεία είναι από το βιβλίο της Ελ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1993, σελ. 134 – 136 – σε ένα κείμενο της Kim Oates).

Στο ίδιο ερωτηματολόγιο κλήθηκαν επίσης να απαντήσουν και οι μητέρες για τα παιδιά προκειμένου να διαπιστωθεί τυχόν διαφορά με την άποψη των δασκάλων.

Και στις δύο ομάδες οι μητέρες έβλεπαν μεγαλύτερα ποσοστά ανωμαλιών στα παιδιά τους σε σύγκριση με τους δασκάλους. Στην ομάδα κακοποιημένων παιδιών μόνο το 19% των παιδιών θεωρούνταν φυσιολογικά, 46% αντικοινωνικά, 16% νευρωτικά και 19% μη φυσιολογικά.

Αντίθετα από τα παιδιά της ομάδας ελέγχου που όμως τα βαθμολόγησαν οι μητέρες, ήταν 60% φυσιολογικά, 19% νευρωτικά, 13% αντικοινωνικά και 3% δεν εντάσσονταν σε καμιά κατηγορία.

Η μια και μόνη δοκιμασία στην οποία δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ήταν η κλίμακα κοινωνικής ωριμότητας Vineland (Vineland Social Maturity Scale). Εδώ τα κακοποιημένα παιδιά, παρόλη τη χαμηλότερη νοητική ικανότητα, ήταν εξίσου ώριμα κοινωνικά. Η αιτία αυτού του παράδοξου ευρήματος έγινε φανερή κατά την συνέντευξη των παιδιών και των μητέρων τους. Ήταν σαφές ότι τα κακοποιημένα παιδιά ήταν αναγκασμένα για τη δική τους προστασία και επιβίωση για την οποία φυσικά δεν μπορούσαν να βασιστούν στους γονείς τους, να αναπτύξουν ορισμένες δεξιότητες». (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1993, σελ. 136)

Από τα παραπάνω είναι εμφανές, ότι η εξέλιξη των κακοποιημένων παιδιών δεν είναι ικανοποιητική ακόμη κι αν η κακοποίηση είχε σταματήσει πριν από πολύ καιρό. Έχουν χαμηλότερες ικανότητες ανάγνωσης και προφορικού λόγου, χαμηλότερους δείκτες νοημοσύνης, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Έχουν τη τάση να είναι συνεσταλμένα και εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων συμπεριφοράς.

Τα τρία τελευταία μάλιστα στοιχεία (φίλοι, αναστολή, προβλήματα συμπεριφοράς), μας δίνουν μια πολύ αδρή εικόνα και των Κοινωνικών επιπτώσεων, που η σωματική κακοποίηση-παραμέληση προκαλεί στα παιδιά.

### **6.1.2 Κοινωνικές επιπτώσεις στο παιδί**

Είναι γεγονός πως καμία κοινωνία μέχρι σήμερα, δεν μπορεί απόλυτα να τονώσει το τραυματισμένο «εγώ» του κακοποιημένου – παραμελημένου παιδιού και να θέσει έτσι τα θεμέλια για μια ισορροπημένη αναπτυξιακή πορεία ζωής.

Είναι πραγματικότητα, ότι η ελληνική κοινωνία σήμερα τρέφεται ακόμα με παλαιολιθικά οράματα. Όπως ότι οι γονείς πρέπει πάση θυσία να επιτύχουν στο γάμο τους έστω κι αν το αντίτιμο είναι μερικά σπασμένα πλευρά του παιδιού. Ακόμα προτιμάει να βγάλει τη μάνα που κακοποιεί το παιδί της τρελή ή υστερική παρά να προσφέρει λύσεις υγιείς σ' αυτή και την οικογένειά της.

Έτσι τα προβλήματα παραμένουν και γίνονται εντονότερα, όσο περνά ο καιρός και πιο σοβαρά όσο το ίδιο το παιδί μεγαλώνει. Βγαίνοντας από τον πυρήνα της οικογένειας, το παιδί κουβαλά μαζί του και τα προβλήματα που έμειναν από το μαρτύριο της κακοποίησης-παραμέλησης.

Ο Χρ. Μουζακίτης αναφέρει σε σχετικό άρθρο του ότι «οι MARTIN και BEEZLEX (1976) σε μια μελέτη τους μεταξύ άλλων ευρημάτων, παρατηρούν ότι τα παιδιά που κακοποιούνται σωματικά παρουσιάζουν μαθησιακά προβλήματα και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον». (1993, σελ. 96).

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 τιμωρητικής 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 που τα παιδιά παρουσιάζουν «άγχος ή κατάθλιψη». (Τσιάντης, 1987, σελ. 94).

Τα παιδιά αυτά επιπλέον δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον τους, κάτι που πρώτα απ' όλα φαίνεται από το γεγονός της καθυστέρησης στην εξέλιξη του λόγου. Υποστηρίζεται ότι αποφεύγουν να μιλήσουν στο περιβάλλον τους και επομένως η καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής εξαιτίας της παραμέλησης.

Για το ίδιο γεγονός πάντως «ο GREEN διατυπώνει την άποψη ότι η αναχαίτιση της ομιλίας και κινητικότητας των κακοποιημένων παιδιών μπορεί να είναι αποτέλεσμα μαθησιακής αποφυγής για να προστατέψουν τους εαυτούς των από περαιτέρω κακοποίηση ή ίπως ισχυρίζεται ο MARTIN μπορεί να είναι προσαρμογή στο βίαιο περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 96)

« Ο BLAGER και ο MARTIN υποδεικνύουν ότι μικρά κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν πιο εμφανείς; Καθυστερήσεις και ελαττωματικότητα στην ομιλία τους, ενώ μεγαλύτερα παιδιά έχουν γλωσσική επάρκεια αλλά υστερούν στην επικοινωνία». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 97)

Μελέτες της κοινωνικής συμπεριφοράς αυτών των παιδιών έδειξαν ότι τα παιδιά που κακοποιούνται είναι λιγότερα κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά, η δε συναλλαγή τους με τους άλλους δεν έχει φαντασία, ενώ παράλληλα οι αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές.

*α. Επιπτώσεις στο σωματικά κακοποιημένο παιδί*

Ιδιαίτερα τώρα για το σωματικά κακοποιημένο παιδί, αυτό αντιμετωπίζει ένα δίλημμα, όταν πρέπει να συμμορφωθεί με τις επιθυμίες των γονιών του, καθώς επιχειρεί να προσαρμοστεί με το μήνυμα, ότι όλα ή τα περισσότερα απ' όσα κάνει αποτελούν μια παράβαση. Αυτό δεν δίνει στο παιδί καμία επιλογή.

Δημιουργεί απογοήτευση και θυμό σε κάποια παιδιά και μάταια παθητικότητα σε άλλα.

Και οι δύο ομάδες των παιδιών συμπεραίνουν, παρά την επιθυμία τους για γονική προσοχή, ότι οι γονικές σχέσεις δεν είναι καλές ή ασφαλείς και ότι ο κόσμος δεν είναι ευχάριστος. Επιπλέον συμπεράσματα μπορεί να επηρεάζουν το παιδί, έτσι ώστε να βλέπει τον εαυτό του, ως υπεύθυνο για τις επιθέσεις που δέχεται και νιώθει ενοχή.

Το παιδί μαθαίνει απ' τη σωματική κακοποίηση ότι η βία είναι τρόπος ζωής. Ότι δεν είναι απαραίτητο να ελέγχουμε τις παρορμήσεις μας και ότι είναι άτομα «κατώτερης ποιότητας». Αυτά τα παιδιά ζούνε τη ζωή τους κατόπιν, εκφράζοντας αυτές τις ιδέες.

Έτσι ανεξάρτητα από φύλο, τόσο τα κακοποιημένα, όσο και τα παραμελημένα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να κακοποιήσουν τα αδέρφια τους. Ως νέοι είναι πιο πιθανό να φερθούν βίαια προς τους γονείς τους, δηλ. προς την κατεύθυνση από την οποία προήλθε η βία.

Στις ερωτικές τους σχέσεις, επίσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν βίαιο σεξ και επιθετικότητα προς τον ερωτικό τους σύντροφο. Όταν τελικά κατασταλάξουν, είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν βία και συμπεριφορά βιαστή προς τον σύζυγό τους και να κακοποιήσουν τα παιδιά τους σωματικά και σεξουαλικά.

Η συναισθηματική εμπάθεια επιπλέον αυτών των παιδιών, πολλές φορές είναι η αιτία της επίθεσής τους προς τους άλλους, συνομηλίκους και ενηλίκους.

Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω θυματοποίηση από τους δασκάλους και το εκπαιδευτικό σύστημα, το οποίο, ως αποτέλεσμα, μπορεί να παράγει ένα παραπτωματικό παιδί, που συχνά εμφανίζει αντικοινωνική συμπεριφορά προς τους άλλους.

Το σωματικά κακοποιημένο παιδί αναπτύσσει ένα εξωτερικό σημείο ελέγχου, θεωρώντας ότι για τα κοινωνικά προβλήματά του, φταίνε οι άλλοι. Έχει ελάχιστη προσωπική ευθύνη για τη διαταρακτική του συμπεριφορά. (Πατρίσης, 1987, σελ. 137)

*β. Οι επιπτώσεις στο παραμελημένο παιδί.*

Το πιο σημαντικό εδώ είναι ότι τα παραμελημένα παιδιά έχουν μια ισχυρή ομοιότητα με τους γονείς τους, που το παραμελούν.

Τα παιδιά αυτά μπαίνουν στον κόσμο μας από ένα προστατευτικό περιβάλλον με πλήρεις παροχές στη μήτρα. Στις πρώτες ημέρες τους και εβδομάδες εξάγουν συμπεράσματα γι' αυτόν τον περίεργο κόσμο, είτε με ασφαλή, είτε με πιο επικίνδυνο τρόπο.

Τα παραμελημένα παιδιά είναι στερημένα από την πιο βασική φροντίδα, το μοναδικό τους συμπέρασμα, είναι ενός επικίνδυνου και μη ευχάριστου μέρους. Μαθαίνουν να μην εμπιστεύονται τον κόσμο τους ή κανέναν σ' αυτόν εκτός ίσως απ' τον εαυτό τους. Ύστερα απ' αυτό το κλείσιμο στον εαυτό τους ξεκινά και μπορεί να μην μάθουν ποτέ να εκφράζουν προφορικά αυτό το συναίσθημα.



Επίσης ας θεωρήσουμε τα παραμελημένα παιδιά απ' την μεριά της ανάπτυξης. Η ανάπτυξή τους απαιτεί κατάλληλη φροντίδα και στοργή. Πρώτα έρχεται η βασική φροντίδα, όπως το φαγητό ή η στέγη, μετά η στοργή, η ζεστασιά και η αγάπη. Αυτά δεν είναι ταξινομημένα ή αποκλειστικά, αλλά είναι αλληλένδετα και εξαρτημένα. Το καθένα συνυπάρχει μαζί με τον άλλο.

Η βασική φροντίδα στο παιδί δημιουργεί μια αίσθηση εμπιστοσύνης ενώ παραπέρα η στοργή χτίζει αυτή την εμπιστοσύνη και τη μετατρέπει σε προσωπική και κοινωνική ασφάλεια.

Όταν λοιπόν στο παραμελημένο παιδί δεν προσφέρεται η κατάλληλη φροντίδα ή πολλές φορές και καθόλου φροντίδα, δεν μπορεί κατά συνέπεια να υπάρξει γι' αυτό το παιδί κοινωνική ασφάλεια και κοινωνική ένταξη, προκειμένου να αναπτυχθεί και να εξελιχθεί φυσιολογικά στην κοινωνία της οποίας είναι μέλος.

Τα παραμελημένα παιδιά επιπλέον στρέφουν, όπως αναφέρθηκε, τα προβλήματα του κοινωνικού τους κόσμου προς τα μέσα.

Έχουν ένα εσωτερικό σημείο ελέγχου και κατηγορούν τον εαυτό τους.

Τα παιδιά και των δύο κατηγοριών δεν ελέγχουν τις παρορμήσεις τους, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, είναι θλιμμένα και νοιώθουν με το παραμικρό κατάθλιψη. Αυτό μπορεί να συσχετισθεί με την κακή προσαρμογή στο σχολείο. Δεν είναι επομένως περίεργο που, όταν μεγαλώσουν αυτά τα παιδιά και γίνουν έφηβοι ή νέοι ενήλικες, μπορεί να εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά προς τον εαυτό τους και προς τους άλλους. Εκτός από τις μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν θύματα της βίας των άλλων.

Οι σοβαρές επιπτώσεις και οι εκδηλώσεις αρνητικής συμπεριφοράς, τόσο του σωματικά κακοποιημένου όσο και του παραμελημένου παιδιού, μπορεί αρχικά να μην αναπτύσσονται αμέσως.

Συχνά, η κοινωνία μας δεν είναι γνώστης των λιγότερο φανερών συμπτωμάτων των ψυχοσυναισθηματικών συνεπειών, που προκαλούνται στα σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά, μέχρι που αυτά, να φτάσουν στην εφηβεία και μέχρι που η αντιδραστικότητα και η αντικοινωνικότητα, να γίνει τρόπος ζωής των παιδιών αυτών.

Η συμπεριφορά αυτή εκδηλώνεται με διάφορα αδικήματα, χρόνιο σκασιαρχείο, χαμηλές σχολικές επιδόσεις καθώς και ανικανότητα να επιτύχουν σύμφωνα με τις έμφυτες ικανότητές τους.

Τα παιδιά επιπλέον αυτά διακρίνονται για την επίμονη σκληρότητά τους, την καταστρεπτική συμπεριφορά τους και την έλλειψη εσωτερικού ελέγχου.

Ο βαθμός σοβαρότητας, βέβαια, των επιπτώσεων της κακοποίησης-παραμέλησης, εξαρτάται και από την χρονιότητά τους. «Χρόνια κακοποίηση μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αρχικής ταύτισης με τον επιτιθέμενο, σε ελαττωματικό έλεγχο της παρόρμησης και σε μια προδιάθεση για βία. Οι φόβοι εγκατάλειψης και εκμηδενισμού που έχουν προξενηθεί από την τραυματική εμπειρία της κακοποίησης-παραμέλησης αντικαθίστανται από ένα συναίσθημα δύναμης και παντοδυναμίας όταν υπάρξει ταύτιση με τον επιτιθέμενο. Ο ίδιος μηχανισμός μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως μετάθεση της οργής του παιδιού προς τον κακοποιό γονιό, ως επίσης, σας μέσο να αντισταθμίσει οδυνηρά συναισθήματα και να ανακουφιστεί από την πίεση. Επίσης η μίμηση της παρορμητικής και επιτιθέμενης στάσης μπορεί κατά

συνέπεια να οδηγήσει σε επιθετική και βίαιη συμπεριφορά, ως κύριος τρόπος σχέσης». (Μουζακίτης, 1993, σελ. 77-99)

Η βιαιότητα στις σχέσεις διακρίνεται περισσότερο και ευκολότερα κατά την περίοδο της εφηβείας στα παιδιά αυτά, πράγμα αρκετά επικίνδυνο τόσο για τα ίδια, όσο και για το κοινωνικό σύνολο.

Δυστυχώς η κύρια προσοχή αυτών, που ασχολούνται με το κακοποιημένο – παραμελημένο παιδί συγκεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό, πάνω στα παιδιά μικρής ηλικίας και στις οικογένειες τους. Στους κακοποιημένους εφήβους δεν έχει δοθεί ακόμη η πρέπουσα προσοχή. Και οι περισσότερες συμβάσεις γενικά είναι προεκτάσεις εκείνων, που χρησιμοποιούνται με μικρότερα παιδιά χωρίς έτσι να υπάρχει αποτέλεσμα θετικό.

Χρειάζεται επομένως όχι μόνο να υπάρξουν ξεχωριστοί τρόποι παρέμβασης και θεραπείας και για τους κακοποιημένους – παραμελημένους εφήβους, αλλά θα πρέπει να γίνει και διαφοροποίηση μεταξύ τους προκειμένου να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα, τόσο για τους χρόνιους, όσο και για τους μη χρόνια κακοποιημένους εφήβους.

Πριν όμως μιλήσουμε και επικεντρωθούμε στις επιπτώσεις, που προκαλούνται στην κάθε μια από τις δύο παραπάνω ομάδες εφήβων, είναι σκόπιμο να αναφερθούμε στα κοινά χαρακτηριστικά όλων των εφήβων, όπως αυτά αναφέρονται σε άρθρο του Χρ. Μουζακίτη. «Τα πιο σπουδαία είναι:

- Όλοι τους έχουν την εμπειρία των φυσιολογικών και συναισθηματικών αναστατώσεων της εφηβείας.

- Όλοι τους έχουν σωματική κακοποίηση η έχουν υποστεί διάφορες στερήσεις από την πρώτη τους επαφή με τις αρχές.
- Όλοι τους παρουσιάζουν διεγερτική συμπεριφορά και είναι μπλεγμένοι σε μικρές η σοβαρές παρεμβάσεις του νόμου περί ανηλίκων.

Αν και υπάρχουν αυτές οι ομοιότητες, που μπορούν να αποπροσανατολίσουν έναν τυχαίο παρατηρητή, αυτοί οι έφηβοι έχουν διαφορές σε ορισμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, που είναι το αποτέλεσμα της διάρκειας του χρόνου κακοποίησης και της ιδιαιτερότητας του οικογενειακού περιβάλλοντος». (Μουζακίτης, 1986, σελ. 26)

*γ. Επιπτώσεις των χρόνια κακοποιημένων εφήβων.*

Οι χρόνια κακοποιημένοι έφηβοι τώρα αποτελούν ένα πιο περιπλεγμένο πρόβλημα σε σύγκριση με μικρότερα παιδιά και με τους μη χρόνια κακοποιημένους εφήβους. Δεν είναι πάντοτε οι έφηβοι που δεν μπορούν να αμυνθούν και που αδιαμαρτύρητα υφίστανται κακοποιήσεις απ' τους γονείς τους. Αν και πολλοί απ' αυτούς υποφέρουν την κακομεταχείριση τους αδιαμαρτύρητα, άλλοι αντίθετα ανταποκρίνονται με βίαιη συμπεριφορά και άλλοι εγκαταλείπουν την οικογένεια.

Δεν είναι άστοχο να υποθέσει κανείς ότι τα παιδιά που υπόκεινται σε κακοποίηση, για μεγάλο χρονικό διάστημα, υφίστανται σοβαρές αρνητικές αντιδράσεις καθώς μεγαλώνουν.

Αυτό έχει βεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές που έχουν επισημάνει τις καταστρεπτικές επιδράσεις της χρόνιας κακοποίησης στην προσωπικότητα

των παιδιών, στις διαπροσωπικές σχέσεις τους, στην αυτογνωσία και γενικά στην προσαρμογή τους.

«Οι επιδράσεις της χρόνιας κακοποίησης στα παιδιά εκδηλώνονται συνήθως με αντικοινωνική συμπεριφορά , όταν φθάσουν στο στάδιο της εφηβείας.

Αυτή η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να αφορά μικροπαραβάσεις αλλά συχνά , εκδηλώνεται με εγκληματικές πράξεις , όπως ένοπλη ληστεία , διαρρήξεις , πλαστογραφία , κατοχή και χρήση ναρκωτικών». (Μουζακίτης, 1986, σελ. 26-27)

Σύμφωνα πάλι με τον Χρ. Μουζακίτη, οι διαπροσωπικές σχέσεις των χρόνια κακοποιημένων εφήβων, χαρακτηρίζονται από επιθετικότητα, εχθρικήτητα, δυσπιστία και έλλειψη ικανότητας να αποκτούν καλές σχέσεις με συνομήλικους ή και ενήλικες. Τα παιδιά αυτά , ακόμη , αισθάνονται διωγμένα και παραμελημένα από τους γονείς και όλους, όσους έρχονται σε επαφή μαζί τους. Η αυτογνωσία τους είναι περιορισμένη και αυτό ενισχύει την αδυναμία επαφής με τους άλλους , καθώς και την ανικανότητα για καλές επιδόσεις στο σχολικό κομμάτι.

Οι απρόβλεπτες συναισθηματικές τους προσκολλήσεις σε άλλους , αποτελούν αποτυχημένες προσπάθειες, στην επίλυση προβλημάτων ανάπτυξης κατά την εφηβεία τους. Επιδιώκουν ανεπιτυχώς με πράξεις ανορθόδοξες για τα προβλήματα τους , να αποκτήσουν νέα ταυτότητα, ανεξαρτησία, καθώς και σεξουαλική πολλές φορές ανάπτυξη. Πολλοί απ' αυτούς τους εφήβους, αποδεικνύεται ότι εμπλέκονται σε σεξουαλικές σχέσεις χωρίς διάκριση, ότι είναι αναξιόπιστοι σε ότι τους ανατίθεται, χρησιμοποιούν ναρκωτικά και γενικώς δημιουργούν κακές σχέσεις με τους άλλους.

Οι αποτυχημένες προσπάθειες των εφήβων στο χειρισμό αναπτυξιακών προγραμμάτων μπορεί να αποδοθεί σε χρόνια κατάθλιψη , της οποίας η αρχή έχει ρίζες στην κακοποίηση και στην έλλειψη ψυχολογικών υποστηριγμάτων, στα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Η καθυστερημένη ανάπτυξη περιορίζει τις ικανότητες τους, να αντιμετωπίζουν με σωστή αντίληψη , τόσο τη σχέση με τον εαυτό τους , όσο και με το κοινωνικό περιβάλλον , τις πιέσεις που συνεπάγεται η ωρίμανση. Οι ελλείψεις αυτές επιδεινώνουν το αίσθημα ανικανότητας που έχουν , το οποίο κατά συνέπεια οδηγεί σε πιο έντονη κατάθλιψη που η εκδήλωση της καλύπτεται από διάφορους τύπους υπερβολικής αντικοινωνικής συμπεριφοράς . (Μουζακίτης, 1986, σελ. 28)

Γενικά, σύμφωνα πάντα με την άποψη του Χρ. Μουζακίτη (1986 , σελ. 29) οι χρόνια κακοποιημένοι έφηβοι διακρίνονται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- Χρόνιες παραβάσεις του νόμου για πράξεις, που άρχισαν στην εφηβεία και έχουν έκτοτε συνεχιστεί.
- Χρόνιες εμπειρίες κακοποίησης και παραμέλησης είναι καταφανείς στο ιστορικό τους.
- Παράνομες πράξεις που ενώ κατ' αρχήν ήσαν πταίσματα, με την εφηβεία έγιναν πράξεις του κοινού ποινικού δικαίου και περιλαμβάνουν εγκλήματα.
- Χρόνιες καταθλιπτικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από μεγάλη επιθετικότητα η μεγάλη απόσυρση.
- Ψυχοπαθολογία είναι εμφανείς σε τέτοιες συμπεριφορές , όπως έλλειψη ικανότητας να ελέγχουν την επιθετικότητα.

- Η οικογενειακή κατάσταση χαρακτηρίζεται από τα χρόνια προβλήματα των γονέων.

*δ. Επιπτώσεις για τους μη χρόνια κακοποιημένους εφήβους.*

Συνήθως εδώ , αναφέρει σε σχετικό άρθρο του και πάλι ο Χρ. Μουζακίτης (1986, σελ. 30) η κακοποίηση αρχίζει με την έναρξη της εφηβείας, καθώς οι γονείς προσπαθούν να ελέγξουν την επαναστατικότητα των παιδιών και την τυπική τάση που έχουν να απαρνούνται τη γονική εξουσία σ' αυτή τη φάση ανάπτυξης τους. Η κακοποίηση είναι περιστασιακή και είναι σύμπτωμα της έλλειψης ικανότητας από μέρος των γονιών, να επικοινωνούν με τα παιδιά τους.

Σ' αυτή την περίπτωση, οι επιπτώσεις της βίαιης συμπεριφοράς των γονιών μπορεί να είναι ανατρέψιμες επειδή ακριβώς δεν υπάρχει χρονιότητα.

Οι τυπικές αντιδράσεις των εφήβων στην κακοποίηση είναι η εξέγερση και εκφόρτιση, παράνομη συμπεριφορά, άρνηση για βελτίωση συμπεριφοράς, φυγοπονία, εξαφάνιση και αντικοινωνικές πράξεις .

Οι αντιδράσεις αυτές μπορούν να οφείλονται στην κατάθλιψη , που είναι το κοινό αποτέλεσμα υπερβολικών, περιβαλλοντικών πιέσεων. Η σοβαρότητα Δε και η διάρκεια της, μπορεί να εξαρτηθεί από το είδος του στρες, αλλά η κακοποίηση και η βία στην οικογένεια αυξάνουν τις πιθανότητες για κατάθλιψη και προβληματική συμπεριφορά.

Ελλιπής σχολική φοίτηση και επίδοση , κούραση , ασταμάτητη αδιαφορία και αδιάκοπη αναζήτηση νέων φίλων , με περισσότερα ενδιαφέροντα είναι μερικές από τις μεθόδους , που οι έφηβοι αυτοί χρησιμοποιούν προκειμένου να καλύψουν την κατάθλιψη τους.

Τα ιστορικά τώρα αυτών των παιδιών δεν ενδείκνυται για κακοποίηση η ψυχολογική αποστέρηση. Έχουν ανατραφεί από γονείς με παιδοκεντρική διάθεση και έχουν δώσει αγάπη, τρυφερότητα και ασφάλεια στα παιδιά τους. Όμως η σύγκρουση μ' αυτά (παιδιά) έρχεται με την έναρξη της εφηβείας.

Η ενδοοικογενειακή διαμάχη ξεπηδά από την εκρηκτική συμπεριφορά των εφήβων σε συνδυασμό με την αντίδραση και τα προβλήματα, με αποτέλεσμα την διαταραχή της οικογενειακής ισορροπίας.

Τα γενικά χαρακτηριστικά, τώρα, που παρατηρούμε στη συμπεριφορά και στο ιστορικό, των μη χρόνια κακοποιημένων εφήβων είναι, όπως αυτά αναφέρονται σε άρθρο του Χρ. Μουζακίτη (1986, σελ. 31), τα ακόλουθα:

- Η κακοποίηση είναι κάτι που συνέβη τελευταία ή είναι μικρής διάρκειας και συχνά συμβαίνει μια μόνο φορά.
- Η παραπτωματική συμπεριφορά είναι μικρής διάρκειας και σε πολλές περιπτώσεις περιλαμβάνει ένα περιορισμένο αριθμό πταισμάτων.
- Η προδιάθεση για κατάθλιψη σαν αντίδραση στις περιβαλλοντικές πιέσεις και στις οικογενειακές καταστάσεις, που εκδηλώνονται με τέτοιες συμπεριφορές, όπως περιοδική επιθετικότητα και απόσυρση.
- Η ψυχοπαθολογία, εάν υπάρχει, είναι προσωρινή και το αίτιο δεν είναι η κακοποίηση αλλά μάλλον ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά ή και αναπτυξιακά προβλήματα.
- Η οικογένεια είναι σε μια κατάσταση κρίσης λόγω των προβλημάτων των γονέων και της έλλειψης ικανότητας για επικοινωνία.

«Γενικότερα τώρα για τα κακοποιημένα – παραμελημένα παιδιά. «Οι PARKE και COLLMER διατυπώνουν την άποψη ότι τα παιδιά που έχουν



μεγαλώσει σε επιθετικό και βίαιο περιβάλλον έχουν αυξημένη τάση , να γίνουν βίαιοι ως γονείς και σύζυγοι. Ο SARLES , εξάλλου παίρνει τη θέση , ότι η βία στο σπίτι θεωρείται από το παιδί , ως η μέθοδος λύσης προβλημάτων και που το παιδί ενσωματώνει στο σύστημα αξιών του. Πολλοί άλλοι συγγραφείς, όπως οι STEEL και POLLOCK, HOLTER και FREIDMAN, MELNICK και HARLEY (1996), WASSERMAN (1967), STOVALL ET AL (1990) , SMITH S. ET. AL (1991), διατυπώνουν την άποψη ότι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους παρουσιάζουν στο ιστορικό τους συναισθηματική και σωματική κακοποίηση. Οι OLIVER και TAVLOR (1971) έχουν αναφερθεί σε μια περίπτωση , που η κακοποίηση των παιδιών εντοπίστηκε πέντε γενιές πίσω. (Μουζακίτης, 1993, σελ. 97)

Με βάση τις παραπάνω μελέτες και έρευνες που έχουν γίνει πάνω στο θέμα μπορούν να εξαχθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

- Συναισθηματικές διαταραχές που έχουν επιπτώσεις στην όλη λειτουργικότητα του και ιδιαίτερα στην επικοινωνία του στον άμεσο και ευρύτερο χώρο , όπως συνομήλικους , δάσκαλους και άλλους.
- Βλάβη στη μαθησιακή ικανότητα του παιδιού με έντονες ενδείξεις για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών διανοητικής καθυστέρησης.
- Χαμηλό βαθμό αυτοεκτίμησης, χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση και με τάσεις εγκατάλειψης του σχολείου.
- Παραπτωματική και πολύ εγκληματική συμπεριφορά στην εφηβεία και στην μετέπειτα ζωή του.
- Κατάθλιψη, απόσυρση, υπερκινητικότητα, απειθαρχία, έλλειψη έλεγχου.

- Ενσωμάτωση στο σύστημα αξιών του, της βίας , σαν μέσου επίλυσης προβλημάτων.
- Ψυχοπαθολογικές καταστάσεις». (Μουζακίτης , 1993 , σελ. 97-98)

## **6.2 Επιπτώσεις στην Οικογένεια**

Διαπιστώνουμε τελικά ότι οι συνέπειες από μια πράξη ή πράξεων σωματικής κακοποίησης - παραμέλησης συνοδεύουν το παιδί σ' όλη τη διάρκεια του βίου του, δημιουργώντας προβλήματα όχι μονάχα στο ίδιο αλλά και στο οικογενειακό, σχολικό και εργασιακό περιβάλλον αργότερα.

Το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού πληρώνει μαζί του σκληρά το τίμημα της σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης του.

Και «πληρώνει» τόσο επίσημα με βάση τους γραπτούς νόμους της πολιτείας , όσο και ανεπίσημα με βάση τους άγραφους νόμους της κοινωνίας.

Όπως και να' χει όμως , το σημαντικό είναι , ότι διαλύεται η οικογένεια, το παιδί χάνει τους γονείς του. Η κακοποίηση – παραμέληση είναι το ψαλίδι που θα κόψει τον ομφάλιο λώρο του παιδιού με το σπίτι του. Η αγάπη , η κατανόηση, η συμπόνια και η φροντίδα δεν υπάρχουν. Την θέση τους παίρνουν η αποδιοργάνωση, το άγχος , η σύγχυση , η αντιπάθεια και το μίσος.

Δημιουργούνται στην οικογένεια εντάσεις και οι γονείς αποκλείονται από τους ιερούς ρόλους της μητρότητας και της πατρότητας.

Καθίστανται ανίκανοι να εκτελέσουν αυτούς τους ρόλους και ως ανίκανοι αντιμετωπίζονται τόσο απ' την επίσημη πολιτεία , όσο και από την ευρύτερη κοινωνία. (Μαραγκός, Κεφαλάκης, Αγάθωνος, Παπακωνσταντίνου, 1983, σελ. 68-70)

### **6.3 Ο ρόλος των Μ.Μ.Ε.**

Ο δημόσιος διασυρμός τους και η εξευτελιστική παρουσίαση τους από τα Μ. Μ. Ε. δεν τους αφήνουν περιθώρια για αλλαγή και μετάνοια. Είναι οι κακοί και απάνθρωποι γονείς και έτσι καταδικάζονται να συνεχίσουν το υπόλοιπο του βίου τους.

Η οικογένεια διαλύεται από το κοινωνικό στίγμα, που τους ακολουθεί «κατά πόδας» και στην ακραία περίπτωση που ένας από τους δυο γονείς πρέπει να φυλακιστεί, τότε πια η οικογένεια καταπατείται.

Τα προβλήματα είναι μεγάλα τόσο για το παιδί που χάνει σε πολλές περιπτώσεις την ευκαιρία να ξεκινήσει μια καινούργια σχέση με τους γονείς, όσο και για τους γονείς που χάνουν το ίδιο τους το παιδί ή τα παιδιά τους, όταν υπάρχουν και αδέρφια στην οικογένεια. (Μαραγκός, Κεφαλάκης, Αγάθωνος, Παττακωνσταντίνου, 1983, σελ. 68-72)

Ανακεφαλαιώνοντας, λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε ότι όπως κάθε κοινωνικό πρόβλημα έτσι και το πρόβλημα της κακοποίησης – παραμέλησης έχει να «προσφέρει» αμέτρητες και αναρίθμητες επιπτώσεις, η διάφορα όμως αυτής της κοινωνικής ασθένειας σε σχέση με τις άλλες της κοινωνίας είναι ότι κατακρεουργεί και διαλύει την ανθρώπινη υπόσταση με τον χειρίστο τρόπο, το ξύλο και τη βία σ' ένα περιβάλλον που καταδεικνύει την στοργή, την κατανόηση, σ' ένα περιβάλλον απ' όπου αναδύεται η αγάπη και η φροντίδα το περιβάλλον της οικογένειας.

## **7. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ**

Σε κάθε περίπτωση κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού, σύμφωνα με την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), η κοινωνική αποκατάσταση παίζει ουσιαστικό ρόλο στο τετράπτυχο: διάγνωση → προστασία → θεραπεία → πρόληψη.

Η διαγνωστική εκτίμηση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού αρχίζει από την ημέρα που αποκαλύπτεται η κακοποίηση και γίνεται γνωστή από τους ειδικούς (παιδιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.α.) στα Νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής υγιεινής, κοινωνικές υπηρεσίες κ.α. οι περισσότερες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης παιδιών αναγνωρίζονται είτε μετά από την μεταφορά των παιδιών σε Νοσοκομείο με σοβαρές σωματικές κακώσεις, μωλωπισμοί, εγκαύματα, δυστροφία κ.τ.λ, είτε σαν αποτέλεσμα ισχυρισμών των ιδίων των παιδιών.

Η Ruth Porter αναφέρει ότι η αποκάλυψη της σωματικής κακοποίησης γίνεται με δύο βασικούς τρόπους-εξαιτίας σωματικών εκδηλώσεων ή με άμεση αναφορά (προφορική ανακάλυψη).

α) Σωματικές εκδηλώσεις: ένα παιδί που έχει υποστεί σωματική βία μπορεί να εισαχθεί στο Νοσοκομείο. Σύμφωνα με την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991) τα κύρια κλινικά ευρήματα σωματικής κακοποίησης που μπορούν να αναγνωριστούν σε ένα παιδί είναι κακώσεις στο δέρμα και στο στόμα, ξηρού ή υγρού εγκαύματα, εσωτερικές αιμορραγίες, δηλητηρίαση,

σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου, καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια

β) Άμεση αναφορά: Σύμφωνα με την Porter η εξομολόγηση της σωματικής κακοποίησης σ' έναν επαγγελματία μπορεί να γίνει από το ίδιο το παιδί, από ένα μέλος της οικογένειας, από έναν οικογενειακό φίλο ή γείτονα και σπάνια από τον ίδιο τον δράστη.

Σύμφωνα με τον Hull (1985) τα χαρακτηριστικά που μπορούν να οδηγήσουν τους γιατρούς στη διαγνωστική εκτίμηση της κακοποίησης είναι τα εξής:

Όταν : - υπάρχει μια ανεξήγητη καθυστέρηση από την ώρα που έγινε ο τραυματισμός ως την ώρα που το παιδί μεταφέρθηκε στο γιατρό

- μοιάζει απίθανο το ατύχημα, που περιέγραψαν οι γονείς, να οδηγήσει στον τραυματισμό που παρουσιάζει το παιδί ή όταν τα χαρακτηριστικά του περιστατικού, όπως τα διηγούνται οι γονείς ή οι κηδεμόνες, είναι φανερό ή αποδεικνύεται ότι είναι ψευδή.
- Το παιδί έχει επισκεφθεί επανειλημμένα άλλους γιατρούς και άλλα νοσοκομεία για διάφορα προβλήματα
- Η μητέρα ομολογεί πως μερικές φορές, όταν το μωρό της την εκνευρίζει ή την ενοχλεί, αισθάνεται την επιθυμία να το ταρακουνήσει, ή όταν οι γονείς υπαινίσσονται ότι ένας από τους δύο θα μπορούσε να τραυματίσει το παιδί
- Οι γονείς είναι άρρωστοι, εσωστρεφείς ή συμπεριφέρονται με ανάρμοστο τρόπο ή ακόμη επικοινωνούν πάντα σωματικά.

Ο Ounsted και οι συνεργάτες του υποστηρίζουν ότι το πρώτο βήμα στη θεραπεία είναι να γίνει η διάγνωση και να αντιμετωπισθεί με ηρεμία. Στην

πρώτη τους συνέντευξη λένε στους γονείς ότι οι κακώσεις είναι τέτοιες συνήθως το δέχονται με ανακούφιση, η οποία όμως μπορεί να μην εκδηλωθεί σαφώς ώσπου να προχωρήσει η θεραπεία. Υποστηρίζουν επίσης ότι ο ειδικός πρέπει να ακολουθεί τέσσερις τύπους διάγνωσης. (Hull, 1985, σελ. 172)

*α. Διάγνωση άλλης ασθένειας*

Μετά από μια μελέτη που έκαναν οι πιο πάνω ειδικοί ανακαλύψανε ότι πολλά παιδιά που έχουν κακοποιηθεί έχουν παραγνωρισμένες ανωμαλίες στην κατασκευή και / ή τη συμπεριφορά ή τουλάχιστον ότι οι μητέρες τους πιστεύουν πως τις έχουν. Αυτό ίσχυσε για τις μισές σχεδόν οικογένειες της ομάδας του Νοσοκομείου Park που υπέστησαν θεραπεία. Οι ανωμαλίες ήταν διαφόρων ειδών. Ένα παιδί για παράδειγμα, είχε εισαχθεί επτά φορές στο νοσοκομείο πριν ανακαλύψουν ότι ήταν τυφλοί και δεν μπορούσε να δει τη μητέρα του. Οι γονείς είχαν υιοθετήσει μια στάση εντελώς αμυντική, ώσπου τους είπαν ότι το παιδί τους ήταν τυφλό εκ γενετής, οπότε η άμυνά τους εξασθένησε. Το πρώτο στάδιο στη διάγνωση είναι να δημιουργήσει ο γιατρός μαζί τους μια ανοικτή σχέση γεμάτη κατανόηση. Το δεύτερο στάδιο είναι επίσης θεραπευτικό. Ένα άτομο μοιράζεται με τη μητέρα και τον πατέρα εκείνα τα χαρακτηριστικά της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς του παιδιού που θα μπορούσαν να προκαλέσουν οποιονδήποτε να το κακοποιήσει. (Ο.Π., σελ. 172)

*β. Διάγνωση των γονέων*

Μια πλήρης λεπτομερής και συστηματική, από ψυχιατρική άποψη διάγνωση και των δύο γονέων είναι απαραίτητα. Η διαδικασία που θα οδηγήσει σε αυτή πρέπει να είναι σταδιακή.

Στη μελέτη του οι Ounsted, Oppenheimer και Lindsay συναντήσανε σοβαρές ψυχικές ασθένειες, ψυχοπάθειες και ανεπαρκείς προσωπικότητες. Δεν μπόρεσαν να έχουν ακριβή στατιστικά στοιχεία και πιστεύουν ότι η στατιστική ερμηνεία των στοιχείων είναι πιθανότερο να οδηγήσει σε παραπλανητικά συμπεράσματα παρά να αποσαφηνίσει την κατάσταση. (Ο.Π., σελ. 173)

#### *γ. Διάγνωση της οικογένειας*

Η διάγνωση που επεκτείνεται σε ολόκληρο το γενεαλογικό δένδρο πρέπει να γίνει λεπτομερώς. Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους προέρχονται συχνά από οικογένειες στις οποίες η βία αποτελούσε κανόνα επί πολλές γενεές. Πρέπει και οι δύο γονείς να συνειδητοποιήσουν αυτό το πρότυπο και μετά να καταλάβουν ότι το καθήκον τους είναι να εξαλείψουν από πού συχνά θεωρούν οικογενειακή κατάρα και το οποίο μεταδίδεται από γονέα σε γονέα. Οι γονείς υπήρξαν και αυτοί παιδιά που δεν γνώρισαν αγάπη και ιδιαίτερα παιδιά στα οποία έδιναν πολύ λίγα και από τα οποία απαιτούσαν πολλά. Πολλές από τις μητέρες έχουν μια σχέση εξάρτησης και μίσους με τις μητέρες τους. Απαραίτητο λοιπόν είναι να γίνεται μια σαφή και ακριβή διάγνωση των εμπειριών που είχαν κατά την ανάπτυξη του (σελ. 173).

#### *δ. Διάγνωση των οικογενειακών σχέσεων*

Όλες αυτές οι οικογένειες είναι κλονισμένες, εξ ορισμού αλλά επιβάλλετε όσο προχωρεί η θεραπευτική αγωγή να προσδιορίζεται η φύση αυτών των διαφορετικών διαταραχών. Η ζήλια για παράδειγμα είναι σχετικά διαταραχή αυτό σημαίνει ο ένας από τους γονείς ζηλεύει παθολογικά τα αισθήματα που

τρέφει ο άλλος για το παιδί. Ο πατέρας μπορεί πολλές φορές να αισθάνεται ότι το μωρό τον έχει εκτοπίσει από την καρδιά της συζύγου του (σελ. 174).

Η διαγνωστική εκτίμηση μιας περίπτωσης κακοποίησης παιδιού γίνεται, όπως ισχυρίζεται η Αγάθωνος – Γεωργοπούλους (1991), πάντα σε περίοδο κρίσης. Έτσι ο Κοινωνικός Λειτουργός, σαν κύριο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ή μόνος, πρέπει να έχει την ετοιμότητα να δουλέψει μέσα στην κρίση, με αντικειμενικότητα. Πολλές είναι οι παρατηρήσεις «κλειδιά» που διευκολύνουν την αρχική εκτίμηση, που πρέπει σε σύντομο διάστημα να συμπληρωθεί με επίσκεψη στο σπίτι της οικογένειας. Σε νοσοκομειακά πλαίσια, κάθε παιδί με κακώσεις –από απλούς μώλωπες μέχρι σοβαρά τραύματα- όπου διαπιστώνεται διάσταση μεταξύ του ιστορικού που δίνουν οι γονείς και των ευρημάτων πρέπει να εισάγεται όσο το παιδί βρίσκεται μέσα στο νοσοκομείο και συνεχίζεται στο σπίτι. Περιλαμβάνει κοινωνική αξιολόγηση με ειδικό ερωτηματολόγιο, παιδιατρική αξιολόγηση του συγκεκριμένου παιδιού και των αδερφών του όπως και λήψη μαιευτικού ιστορικού για κάθε παιδί. Ακολουθεί ψυχιατρική αξιολόγηση των γονιών που θέλουν να συνεργαστούν για κάτι τέτοιο. Η πρώτη επίσκεψη στο σπίτι της οικογένειας γίνεται μέσα στις πρώτες 2-3 μέρες της επιστροφής του παιδιού ενώ συχνά ο κοινωνικός λειτουργός συνοδεύει τους γονείς με το παιδί στο σπίτι κατά την αναχώρησή τους από το Νοσοκομείο (σελ. 198-199).

Η άμεση συλλογή πληροφοριών πρέπει να καλύπτει τα θέματα που αριθμούνται, σύμφωνα με τον Stroud στον παρακάτω πίνακα.

1. Όνομα, διεύθυνση και ημερομηνία γέννησης του παιδιού
2. Λεπτομέρειες για το νοικοκυριό – ονόματα, ηλικίες, επαγγέλματα και βαθμός συγγένειας ή σχέσης με το παιδί



3. Γενική κατάσταση του παιδιού
4. Λεπτομερή περιγραφή των κακώσεων
5. Η εξήγηση των γονιών για τις κακώσεις
6. Επισκέφθηκαν πρόσφατα Νοσοκομείο, ή ιδιώτη γιατρό ή άλλο υγειονομικό ή προνοιακό φορέα εκφράζοντας ανησυχία για φαινομενικά απλά προβλήματα ή παράπονα; (αν ναι, να αναφερθούν με λεπτομέρεια)
7. Καταγραφή όλων των στοιχείων που αφορούν προηγούμενες εισαγωγές ή ιατρικές επισκέψεις για τραυματισμούς, μώλωπες, δυστροφία, απορριπτική συμπεριφορά και κακομεταχείριση του συγκεκριμένου παιδιού ή των αδελφών του
8. Πέθανε κανένα αδελφί του ως τώρα; Αν ναι, τότε και γιατί.
9. Υπάρχουν στοιχεία για επιβαρημένες προγεννητικές και περιγεννητικές συνθήκες του συγκεκριμένου παιδιού; π.χ. πρόωρος τοκετός, θερμοκοιτίδα, κύηση ανεπιθύμητη ή απρογραμματίστη
10. Παρουσιάζει το παιδί προβλήματα όπως συχνές αρρώστιες με επίμονο κλάμα ή είναι απαιτητικό παιδί;
11. Υπάρχει ιστορικό ψυχικής νόσου, αστάθειας ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς σ' έναν ή τους δυο γονείς;
12. Είναι οι γονείς κοινωνικά απομονωμένοι ή ειδικά απομονωμένοι από τους γονείς τους και άλλους συγγενείς;
13. Η γενική κατάσταση του σπιτιού είναι τέτοια που να υπονοεί ότι υπάρχουν προβλήματα οικονομικά ή κακής διαχείρισης του νοικοκυριού ή ψυχαναγκαστικής καθαριότητας;

14. Υπάρχουν προβλήματα κατοικίας όπως σοβαρή ακαταλληλότητα του σπιτιού, ή υψηλός δείκτης πυκνοκατοίκησης ή συγκατοίκησης;
15. Αλλάζει η οικογένεια συχνά κατοικία;
16. Ποια είναι η εκτίμηση για το οικογενειακό περιβάλλον των γονιών; π.χ. υπάρχει ιστορικό αποστέρησης, χαώδους οικογένειας ή άλλων διαταραχών;
17. Ποιες είναι οι παρατηρήσεις σας για τη στάση των γονιών προς το παιδί και την αντίδραση του παιδιού σ' αυτή;

Η αρχική αυτή εκτίμηση θα πρέπει να αξιολογείται κατά την πορεία της συνεργασίας με την οικογένεια και να καταγράφεται.

## **7.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ**

Η θεραπευτική προσέγγιση στις οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, όπως υποστηρίζει η Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), δεν μπορεί παρά να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παθολογία της οικογένειας σας σύνολο και των μελών της ξεχωριστά, με την οξεία ή χρόνια κρίση που αντιμετωπίζουν, με τη ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών, με την ποσοτική και ποιοτική επάρκεια των στελεχών που καλούνται να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και με την υποδομή σε υπηρεσίες και προγράμματα (σελ. 155).

Ο όρος «θεραπεία» χρησιμοποιείται με τη στενή έννοια της θεραπευτικής παρέμβασης τόσο στην οικογένεια σας σύνολο τόσο και ξεχωριστά σε κάθε μέλος που έχει ανάγκη θεραπείας.

Οι δύο κύριοι σκοποί της θεραπευτικής προσέγγισης για την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991) είναι οι εξής:

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

Όπως αναφέρει η ίδια μια άλλη περιγραφή του σκοπού της θεραπευτικής παρέμβασης θα μπορούσε να είναι «η βελτίωση της ποιότητας ζωής όλης της οικογένειας προσφέροντας σε κάθε μέλος ένα καινούργιο ξεκίνημα και ευκαιρία για συναισθηματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση» (σελ. 155).

Για κάθε παιδί σύμφωνα με τον Franklin, η οικογενειακή ζωή πρέπει να πληρεί τέσσερις βασικές λειτουργίες

- Να εξασφαλίζει την ομαλή εξέλιξη και τη σωματική υγεία
- Να του προσφέρει την κατάλληλη κατεύθυνση για συναισθηματικές εμπειρίες
- Να είναι η οικογενειακή ζωή το παράδειγμα του σωστού γονικού ρόλου
- Να του διδάσκει τη συμπεριφορά που οδηγεί και εξασφαλίζει ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 156)

Τόσο η αντιμετώπιση και η θεραπεία της κακοποίησης των παιδιών όσο και η ακριβής πρόγνωση εξαρτώνται από την πληρέστερη αναγνώριση των πολλαπλών παραγόντων που συνθέτουν το πρόβλημα.

Ο Franklin, αναφέρει τους σημαντικότερους από αυτούς:

- α. Η φύση του βασικού προβλήματος
- β. Η επιθυμία των γονιών να βοηθήσουν
- γ. Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση.
- δ. Η επάρκεια πηγών βοήθειας (Ο.Π., σελ. 157)

Η αντιμετώπιση του προβλήματος θα είχε απλουστευθεί αν μπορούσαν οι ειδικοί να κατατάξουν τις οικογένειες σε ξεκάθαρες κατηγορίες, δηλαδή τους ψυχοπαθείς, εκείνους με διαταραχές της προσωπικότητας, τους ανώριμους, τους ανεπαρκείς κ.λ.π. Η μόνη παρέμβαση που μπορεί να γίνει στις οικογένειες αυτές είναι η μόνιμη και νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση του

παιδιού. Και μία άλλη «θεραπεία» δεν μπορεί να αποκαταστήσει την «οικογένεια». (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 157)

- Ο ρόλος των ειδικών

Κατά την Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991) «η διαγνωστική εκτίμηση κάθε περίπτωσης κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού είναι ο καθοριστικός παράγοντας, για την έκβαση, ενώ προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό το άμεσο παρόν και το μέλλον του παιδιού και της οικογένειας» (σελ. 200).

Σύμφωνα με τον Kempe, περίπου 80% από τους γονείς είναι εξαρτημένα, ανεπαρκή και πονεμένα άτομα. Άλλα 10% είναι επικίνδυνοι ψυχοπαθείς, άτομα δηλαδή με παρανοειδή σχιζοφρένεια, ψυχοπαθητική προσωπικότητα κ.α. που επικοινωνούν μόνο με βία. Με τους γονείς αυτούς, η κοινωνική εργασία μπορεί να λειτουργήσει μόνο αφού απομακρυνθεί το παιδί από την οικογένεια. Η προσπάθεια να κρατηθεί το παιδί μέσα στην οικογένεια έχει στις περιπτώσεις αυτές οδηγήσει σε πολλές τραγωδίες. Γι' αυτό σε κάθε περίπτωση κακοποίησης παιδιού πρέπει να υπάρχει διάγνωση της οικογενειακής παθολογίας, κατά προτίμηση από διεπιστημονική ομάδα. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 200)

Η Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991) τονίζει ότι η διεπιστημονική ομάδα δεν μπορεί να δημιουργηθεί με μια διοικητική απόφαση. Έχει τη δική της οργανική ζωή. Πολλές διεπιστημονικές ομάδες συνδέονται με υπηρεσίες ή μονάδες παιδικής προστασίας ή υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων, ενώ ένας σημαντικός αριθμός ανήκουν σε γενικά ή ειδικά Νοσοκομεία που διαθέτουν παιδιατρικά κρεβάτια. Σκοπός της διεπιστημονικής ομάδας είναι «η διάγνωση και η θεραπεία όπως και ο σωστός συντονισμός των διαφόρων υπηρεσιών

που είναι εμπλεγμένες σε κάθε περίπτωση όλα τα μέλη της ομάδας πρέπει να συμφωνούν με τους σκοπούς αυτούς». Σε ομάδες Νοσοκομείων τα μέλη βλέπουν κατευθείαν τις περιπτώσεις. Τα μέλη τέσσερα ως οκτώ θεωρούνται σαν συμβουλευτικά μέλη. Συμμετέχουν περισσότερο στη διαγνωστική εκτίμηση και παίζουν συμβουλευτικό και εποπτικό ρόλο. Κύριο ρόλο παίζει ο νομικός σύμβουλος. Τα υπόλοιπα μέλη είναι κινητά, δηλαδή είναι οι διάφοροι επαγγελματίες στην κοινότητα που αντιμετωπίζουν το περιστατικό από εκεί και πέρα (π.χ. αστυνομικό, εκπαιδευτικός, άλλος γιατρός, εκπρόσωπος της εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων). Η ομάδα συντονίζεται από τον πιο έμπειρο κοινωνικό λειτουργό σε θέματα κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών (σελ. 200-201).

Η Κοινωνική Εργασία, λειτουργεί σήμερα καλύτερα στην αντιμετώπιση του πληθυσμού αυτού όταν μπορεί να συνδυαστεί με νέα σχήματα θεραπευτικής αντιμετώπισης που έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία όπως οι «βοηθοί-γονιών», οι Μονάδες – ξενώνες κρίσης (crisis units ή shelters), οι θεραπευτικές ομάδες γονιών, οι ομάδες αλληλοβοήθεια “ανώνυμοι γονείς”, τα θεραπευτικά νηπιαγωγεία, οι θεραπευτικοί ξενώνες για όλη την οικογένεια ή άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις που δοκιμάστηκαν στον ειδικό αυτό πληθυσμό. (Ο.Π., σελ. 195)

Η σημαντική αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών αλλά ιδιαίτερα του κοινού στη 10 ετία του 70' για το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, όπως αναφέρει η Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), οδήγησε στην ανάγκη να αναζητηθεί ο καταλληλότερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος. Ένα πλήθος από ερευνητικά προγράμματα, μελέτες αξιολόγησης και πρότυπες υπηρεσίες, που χρηματοδοτήθηκαν από

δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, προσπάθησαν να ανιχνεύσουν και να προσδιορίσουν τις αιτίες και τα αποτελέσματα της κακοποίησης και παραμέλησης στα παιδιά, να μελετήσουν τις διάφορες μεθόδους βοήθειας εντοπίζοντας τις πιο αποτελεσματικές για να εφαρμόσουν ευρύτερα (σελ. 163).

Η αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης είναι ευκολότερη αν το μέτρο των επαγγελματιών είναι το να μην επαναληφθεί η κακοποίηση. Με κανένα τρόπο όμως δεν μπορεί η έλλειψη επανακακοποίησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας να θεωρηθεί σαν επιτυχία, ή ακόμα σαν ο κύριος συντελεστής της επιτυχίας. (Ο.Π., σελ. 163)

Η λεπτομερής εκτίμηση του παιδιού σε διάφορα χρονικά στάδια της ζωής του προσφέρει ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης κάθε μορφής θεραπευτικής παρέμβασης. Αλλά και στο χώρο της κατασταλτικής αντιμετώπισης του προβλήματος (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 259), έχουν γίνει μικρά αλλά σημαντικά βήματα που προήλθαν έπειτα από μελέτη της αντιμετώπισης της κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα από ομάδα εργασίας συγκροτημένο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

- 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.
- Απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ για τη δημιουργία ξενώνων για παιδιά με προβλήματα συναισθηματικά ή κακοποίησης –παραμέλησης, στα πλαίσια του προγράμματος για την ψυχική υγεία.

- Κέντρο τηλεφωνικής συμπαράστασης S.O.S. από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- Δημιουργία Ελληνικής Εταιρείας για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών
- Προσπάθειες για μετεκπαίδευση επαγγελματιών στο θέμα της κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών. Το Α' Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο οργανώθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού τον Οκτώβρη 1985, ενώ το δεύτερο έγινε το Νοέμβρη 1986.

Για τις Αγάθωνος, Σταθακοπούλου (1991), ο τομέας της θεραπευτικής παρέμβασης για ολόκληρη την οικογένεια έχει αρκετή επαλληλία με την έννοια της αποκατάστασης και περιλαμβάνει την πολλαπλή βοήθεια σε κάθε μέλος χωριστά και στην οικογένεια Σα σύνολο ώστε να βελτιωθεί η λειτουργικότητα της και να αναζητήσει νέους τρόπους διεξόδου της εσωτερικής έντασης. Σημειώνουν ότι στην πράξη, ελάχιστες είναι οι προσπάθειες στο διεθνή χώρο που περιλαμβάνουν προγράμματα θεραπείας της οικογένειας. Οι κύριοι λόγοι γι' αυτό είναι τα μειωμένα κίνητρα που έχουν οι οικογένειες αυτές για την αναζήτηση ή τη συνέπεια στην αποδοχή μιας τέτοιου είδους βοήθειας, τα πολλαπλά επείγοντα προβλήματα υγείας, ανεργίας, συνθηκών ζωής που έχουν, σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια και το υψηλό κόστος παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών όπως η θεραπεία της οικογένειας (σελ. 171).

Τα σχήματα κοινωνικής αποκατάστασης για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και τις οικογένειες τους που μπορεί να προσφέρει κάθε χώρα, πόλη ή κοινότητα, σύμφωνα με τις παραπάνω ειδικούς, προσδιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής που θα έχει μακροπρόθεσμα κάθε



παιδί και η οικογένεια του. Όσο πιο έγκαιρα παρεμβαίνει η πολιτεία στο ποσοστό των οικογενειών που είναι τόσο «άρρωστες» ποτέ να μην προβλέπεται να λειτουργήσουν έστω και στοιχειωδών, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχουν τα παιδιά τους να αναπτυχθούν φυσιολογικά σε μια νέα θετή οικογένεια. (Ο.Π., σελ. 171)

Συγχρόνως, η ποιότητα των προγραμμάτων παιδικής προστασίας που διαθέτει κάθε χώρα προσδιορίζει την ποιότητα ζωής των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Όσο σύγχρονα, ευρηματικά και πολυεπίπεδα είναι τα προγράμματα παιδικής προστασίας τόσο η αποκατάσταση των παιδιών αυτών είναι ποιοτικά καλύτερη, εξασφαλίζοντας με προτεραιότητα το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειάς του. (Ο.Π., σελ. 172)

## **7.2 ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρόληψη του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα βασίζεται σε εμπειρίες άλλων χωρών αλλά και στις ιδιαίτερες ανάγκες της χώρας.

Η διεπιστημονική ομάδα που συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και πρόνοιας μετά από πρόταση του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού το 1984, όπως αναφέρει η Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1991), ισχυρίζεται ότι η πρόληψη συνδέεται άμεσα με την αιτιολογική θεώρηση του φαινομένου της κακοποίησης. Εφόσον δηλαδή θεωρούν ότι το πρόβλημα είναι αποτέλεσμα δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και ανισοτήτων και ατομικής και οικογενειακής παθολογίας που ενεργούν χωριστά αλλά και αλληλένδετα, η πρωτογενής πρόληψη θα αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (φυσικό περιβάλλον – κατοικία-εργασία –κοινωνική προστασία –εκπαίδευση). Υπεύθυνη για την πρωτογενή πρόληψη θα πρέπει να είναι οικονομολόγοι, κοινωνιολόγοι, πολεοδόμοι, εκπαιδευτικοί, πολιτικοί και πολλοί άλλοι (σελ. 276-277).

Σύμφωνα με τη Μαρουλή (1977) σκοπός της πρωτογενούς πρόληψης είναι «η βελτίωση των παραγόντων εκείνων του περιβάλλοντος που επηρεάζουν αρνητικά τη δημιουργία μιας γερής απ' όλες τις πλευρές οικογένειας» (σελ. 36).

Εφ' όσον οι άνθρωποι δέχονται ότι οι ρίζες της κακοποίησης είναι βαθύτερες στις μη προνομιούχες κοινωνικές τάξεις, σκοπός τους θα πρέπει να είναι η βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, η δημιουργία νέων πόλεων, η βελτίωση του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου, η κοινωνική προστασία

όλων αυτών που τη χρειάζονται. Ανώτερος σκοπός: ισορροπημένες και ευτυχισμένες οικογένειες με όσα παιδιά θέλουν και όποτε θέλουν. (Μαρουλή, 1977, σελ. 36)

Για τον Τσιάντη (1996), η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλο τον πληθυσμό, ιδιαίτερα Δε για οικογένειες με μικρά παιδιά. Η βελτίωση της γενικότερης ποιότητας ζωής μέσα από αναβαθμισμένα προγράμματα υγείας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης μειώνει τις κοινωνικές ανισότητες και προσφέρει ισότητα ευκαιριών σε όλο τον πληθυσμό. Η πρωτογενής πρόληψη προϋποθέτει ενέργειες στα εξής επίπεδα:

- Βελτίωση των κοινωνικό – οικονομικών συνθηκών, ιδίως για τις νέες και φτωχές οικογένειες
- Ευρεία εκπαίδευση και διαφώτιση, με στόχο την προαγωγή της υγείας γενικότερα και της ψυχικής υγείας ειδικότερα
- Αλλαγή των στάσεων σε θέματα της ανατροφής των παιδιών, ιδίως στη χρησιμοποίηση της σωματικής τιμωρίας
- Πρόγραμμα οικογενειακού προγραμματισμού
- Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για νέες έγκυες μητέρες, καλές συνθήκες τοκετού και συστηματική παρακολούθηση των νεογνών. Διευκόλυνση των συνθηκών που ενισχύουν το δεσμό μητέρας-παιδιού, όπως αύξηση του χρόνου άδειας κύησης και τοκετού κ.α.

(Τσιαντής, 1996, σελ. 57)

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η συνεργασία κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων, οικονομολόγων, παιδιάτρων, παιδοψυχιάτρων και φυσικά της πολιτείας.

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει “στη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, κατοικίας, εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης, πρόνοιας, εργασίας, όπως και οι υγιέστερες οικογενειακές σχέσεις αποτελούν στόχο της πρωτογενούς πρόληψης. Η συνεχής ευαισθητοποίηση του πληθυσμού οφείλει να στοχεύει στην αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών που προωθούν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και άλλες κοινωνικές ανισότητες”. (Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού, 1992, σελ. 22)

Η έννοια της δευτερογενούς πρόληψης (Μαρουλή, 1977, σελ. 36), έχει τα παρακάτω στοιχεία:

- Προσδιορισμός των γονιών που έχουν τη δυνατότητα να κακοποιήσουν. (αυτό γίνεται ήδη στην Αμερική με βάση ερευνητικά δεδομένα)
- Προγράμματα για την αντιμετώπιση των κρίσεων στη οικογένεια και άμεση βοήθεια
- Διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα σε αστικές περιοχές
- Αύξηση της ευθύνης των ιατρών και ευαισθητοποίηση τους στο πρόβλημα της κακοποίησης
- Παιδικοί σταθμοί για ανακούφιση των μητέρων έστω και για λίγες μέρες ή ώρες, όταν υπάρχει κρίση στην οικογένεια
- Θεσμός αναδόχων οικογενειών
- Σώμα εθελοντών – βοηθών μητέρων

Όλες αυτές οι προσπάθειες σκοπό έχουν να μειώσουν τις κοινωνικές και ψυχολογικές προϋποθέσεις για την κακοποίηση των παιδιών.

Ο Τσιάντης (1996), από τη μεριά του πιστεύει ότι «στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων με στόχο τον εντοπισμό οικογενειών και παιδιών που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου». Η έγκαιρη εντόπιση εγκύων που ανήκουν σε τέτοιες ομάδες και η παρακολούθησή τους, καθώς και των παιδιών που θα γεννηθούν για ορισμένο χρονικό διάστημα, μπορεί να προλάβει σοβαρά προβλήματα διαταραχής δεσμού ή γενικότερης διαταραχής στη γονική ικανότητα, που με ειδική παρέμβαση μπορούν να αποκατασταθούν» (σελ. 58).

Η διεπιστημονική ομάδα εργασίας συγκροτημένη από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η *δευτερογενής πρόληψη* πρέπει να περιλαμβάνει μέτρα για: 1) την υποστήριξη της μητρότητας, 2) την υποστήριξη της οικογένειας, 3) τη βελτίωση της παιδικής προστασίας, 4) ειδικά προληπτικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών. (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991, σελ. 277-278)

Τα μέτρα αυτά παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

- **Μέτρα για την υποστήριξη της μητρότητας**

- Ανάπτυξη επαρκούς αριθμού βρεφονηπιακών σταθμών και βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε 24ωρη λειτουργία για κάλυψη μητέρων που εργάζονται με βάρδιες
- Ανάπτυξη θεσμού επαγγελματιών "οικογενειακών βοηθών" (homemaker service) για βοήθεια της οικογένειας σε στιγμές δυσκολίας (αρρώστια, θάνατος, φυλακή, κοινωνικό πρόβλημα). Οι «οικογενειακοί βοηθοί» πληρώνονται από τις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, έχουν ασφάλιση

- και εργάζονται σε ημερήσια βάση ή σε ανάγκη, εσωτερικοί για μικρό χρονικό διάστημα
- Ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών στις μαιευτικές μονάδες (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός)
  - Παροχές διευκολύνσεων στην εργαζόμενη μητέρα για την αντιμετώπιση έκτακτων οικογενειακών καταστάσεων (π.χ. ασθένεια παιδιού)
  - Ελεύθερα επισκεπτήρια για τους γονείς στα τμήματα πρόωρων και στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών. Σκοπός, η διευκόλυνση του δεσμού γονιών, ιδιαίτερα της μητέρας με το βρέφος της
  - Γενικότερη μελέτη συνθηκών λειτουργίας των μαιευτηρίων και βελτίωση τους με σκοπό την καλύτερη αλληλεπίδραση μητέρας – παιδιού.
  - Ελαστικά ωράρια και δυνατότητα μερικής απασχόλησης για τη μητέρα
- **Μέτρα για την υποστήριξη της οικογένειας**
- Εκπαίδευση και προετοιμασία των νέων και των δύο φύλων για την οικογενειακή ζωή και το γονικό ρόλο. Ευθύνη του σχολείου και των μέσων μαζικής ενημέρωσης.
  - Γενική ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού
  - Γενικά υποστηρικτικά προγράμματα για τους γονείς στο χώρο της δουλειάς, του σχολείου της γειτονιάς

- Αναδιοργάνωση των συμβουλευτικών κέντρων του ΠΙΚΠΑ, εμπλουτισμός τους με προγράμματα οικογενειακής συμβουλευτικής
- Αύξηση του ποσού των οικογενειακών επιδοτήσεων, νέα κριτήρια για επιδοτήσεις, διεύρυνση προγραμμάτων
- Ανάπτυξη του θεσμού των Σχολών Γονέων
- Έρευνα στο χώρο της προσχολικής εκπαίδευσης
- Ανάπτυξη συνεργασίας οικογένειας – σχολείου
- Ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού
- **Μέτρα για τη βελτίωση της παιδικής προστασίας**
  - Αναμόρφωση και ανάπτυξη του θεσμού των αναδόχων οικογενειών
  - Αναμόρφωση και βελτίωση της κλειστής περίθαλψης
    - Φοίτηση παιδιών ιδρυμάτων σε σχολεία της κοινότητας
    - Κατασκηνωτική εμπειρία, παιδιών ιδρυμάτων
    - Ένταξη ιδρυμάτων στην τοπική αυτοδιοίκηση για άμεση συνεργασία με την κοινότητα
  - Βελτίωση κριτηρίων επιλογής και εκπαίδευση προσωπικού ιδρυμάτων
    - Οικονομική ενίσχυση των δήμων για προνοιακά προγράμματα
    - Τα συμβουλευτικά κέντρα να περιλαμβάνουν προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης

**- Ειδικά προληπτικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών**

- Συνεργασία της “Πανελλήνιας Εταιρείας για την Πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών” με το επιτελικό όργανο ΚαΠα (ΚΕΣΥ)

- Καθιέρωση προγράμματος παρακολούθησης όλων των παιδιών αμέσως μετά τη γέννηση και ως 2ετών και των οικογενειών τους από επισκέπτρια υγείας με σκοπό την εντόπιση οικογενειών σε αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση – παραμέληση των παιδιών τους ή άλλου είδους διαταραχές της οικογενειακής ζωής που μπορεί, αν δεν προληφθούν, να οδηγήσουν σε κακοποίηση.

- Εντόπιση κυήσεων “αυξημένου κινδύνου” κατά τη διάρκεια της ιατρικής παρακολούθησης και εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων

- Ενίσχυση της έρευνας στο χώρο της οικολογίας της ελληνικής οικογένειας, ιδιαίτερα δε στο χώρο της ενδοοικογενειακής βίας, με την ιδιαίτερη έκφραση της προς τα παιδιά.

- Νέα κριτήρια για τη γονική καταλληλότητα με στόχο το συμφέρον του παιδιού

- Ενεργοποιημένες και τολμηρές νομικές υπηρεσίες σε κάθε πλαίσιο παιδικής προστασίας ή ειδικό πλαίσιο για αντιμετώπιση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και την οικογένεια τους

- Όλοι που ασχολούνται με υπηρεσίες και προγράμματα για παιδιά (περιλαμβανομένων και των δικαστών και δικαστών ανηλίκων)



μέσα στην εκπαίδευση τους να επισκέπτονται ιδρύματα παιδικής προστασίας

- Όλοι που ασχολούνται με παιδική προστασία να εκπαιδεύουν σχετικά με τα δικαιώματα των παιδιών.

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει «στην έγκαιρη εντόπιση του πληθυσμού-νέων ατόμων, πριν ή μετά το γάμο, νέων γονιών ή οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες για την ανάπτυξη συμπεριφορών (υψηλού κινδύνου) όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις και το γονικό ρόλο. Η έγκαιρη στήριξη των ομάδων αυτών μπορεί να προλάβει όλες τις μορφές της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. (Ινστιτούτο Υγείας και παιδιού, 1992, σελ. 22)

Η τριτογενής πρόληψη ασχολείται με παιδιά που έχουν ήδη κακοποιηθεί και τις οικογένειες τους, με στόχο να μην ξανακακοποιηθεί το συγκεκριμένο παιδί και τα αδέρφια του που ήδη υπάρχουν ή που θα γεννηθούν. (Τσιάντης, 1996, σελ. 58)

Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει:

- Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες (παιδοψυχιάτροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδίατροι, νομικοί)
- Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι, τουλάχιστον στην αρχική φάση
- Θεραπεία και υποστήριξη των γονέων
- Βελτίωση των κακών κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών της οικογένειας
- Ψυχοθεραπεία του παιδιού, όπου υπάρχουν ενδείξεις

- Αν είναι αναγκαίο, αφαίρεση έστω και προσωρινά της επιμέλειας από τους γονείς
- Μεταβολή στις υπάρχουσες νομοθετικές διαδικασίες αναφορικά με την απομάκρυνση του παιδιού και την αφαίρεση της επιμέλειας από τους γονείς. Ρύθμιση των θεμάτων σχετικά με την καταγγελία για τα κακοποιημένα παιδιά. (Ο.Π. σελ. 58)

Η *τριτογενής πρόληψη* έχει στόχο «τη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών που ήδη κακοποιούνται ή /και παραμελούνται και των οικογενειών τους. Όλα τα μέτρα για την προστασία του παιδιού, τη νομική παρέμβαση με στόχο την κατοχύρωση της ασφάλειας του, τη στήριξη της οικογένειας ως σύνολο αποτελούν στόχο της τριτογενούς πρόληψης» (Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, 1992, σελ. 22)

Ο στόχος, λοιπόν των επαγγελματιών που ασχολούνται με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών είναι η πρόληψη του προβλήματος και η θεραπεία αυτών που πάσχουν. Η κοινή γνώση βοηθάει να καταλάβουν όλοι οι ειδικοί ότι υπάρχουν διαφορετικές μέθοδοι για να πετύχει κανείς τον ίδιο στόχο και ότι το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας σύμφωνα με την Αγάθωνος (1991) δεν μονοπωλεί την πιο σωστή.

## **8. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΙΚΑΙΟ**

Η κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού, κατά τους Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου (1987) είναι ένα κοινωνικό πρόβλημα που έχει σοβαρές επιπτώσεις στην όλη ανάπτυξη και προσαρμογή του παιδιού καθώς και στην οικογένεια του. Η έκταση και οι φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και νομικές διαστάσεις του προβλήματος έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης από τις περισσότερες Δυτικοευρωπαϊκές Χώρες και ιδιαίτερα από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, που είχε σαν αποτέλεσμα την λήψη μέτρων προστασίας του παιδιού και τη δημιουργία ειδικών υπηρεσιών (σελ. 77).

Στην Ελλάδα δεν έχει δοθεί στο πρόβλημα αυτή η δέουσα προσοχή αν και υπάρχει σχετική νομοθεσία προστασία του παιδιού και πολύ λίγο γνωρίζουμε για την έκταση του και τις επιπτώσεις που αυτό έχει στο παιδί και στην οικογένεια. Πάντως ο Μουζακίτης και ο Ζαφίρης, τον Απρίλιο του 1987 παρουσίασαν μια περιορισμένη διερευνητική μελέτη που έκαναν τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, αποκαλύπτοντας τις μεγάλες διαστάσεις του προβλήματος, την έλλειψη ειδικών υπηρεσιών προστασίας του παιδιού και την έλλειψη γνώσης του υπάρχοντος νομικού καθεστώτος για την κακοποίηση και παραμέλησή του.

Η παρακάτω παρουσίαση, για τους Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου (1987) έχει σαν σκοπό να εξετάσει το νομικό καθεστώς για την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού στην Ελλάδα, να προσδιορίσει τα προβλήματα που οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν στον χειρισμό της κακοποίησης του

παιδιού σε σχέση με το υπάρχον νομικό καθεστώς και άλλους παράγοντες (σελ. 77).

Στην ελληνική νομοθεσία δεν υπάρχει ακριβώς ο όρος «κακοποίηση του παιδιού». Τούτο δεν σημαίνει όμως ότι ο νόμος στην Ελλάδα αγνοεί τις περιπτώσεις που το παιδί κακοποιείται ή παραμελείται από τους γονείς του ή από οποιονδήποτε άλλον. Αντίθετα, τουλάχιστον από απόψεως νομικών διατάξεων, η προστασία που παρέχει ο Ελληνικός Νόμος είναι επαρκής. Παράλληλα όμως απομένουν πολλά να γίνουν για την υλοποίηση της προστασίας που πρέπει να απολαμβάνει το θύμα της κακοποίησης, δηλαδή το ανυπεράσπιστο παιδί. (Ο.Π., σελ. 78)

### **8.1 ΠΟΙΝΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ**

Ο Ελληνικός Ποινικός Κώδικας του 1950 περιέχει πολλές διατάξεις που τιμωρούν αυτόν που ενώ είναι υπεύθυνος για την προστασία και επίβλεψη κάποιου ανηλίκου, είτε σαν γονέας, είτε σαν δάσκαλος, εργοδότης, τροφός, νοσοκόμος, παιδί, φύλακας κ.τ.λ. παρά ταύτα επιφέρει με θετικές πράξεις ή και παραλείψεις σωματικές και ψυχικές κακώσεις στην υγεία του. Κυριότερη διάταξη είναι αυτή που προβλέπεται από το άρθρο 312 Π.Κ. που είναι γνωστή σαν «σωματική βλάβη ανηλίκου». Στις παραλήψεις που συγκροτούν αυτό που εννοούμε με τον όρο «παραμέληση» περιλαμβάνεται ιδίως η παραμέληση της φροντίδας για την ανατροφή ή την υγεία του παιδιού. (Μουζακίτης – Σαλκτιτζόγλου, 1987, σελ. 78)

Η διάταξη αυτή του άρθρου 312 ΠΚ, έχει επικουρικό ή επιβοηθητικό χαρακτήρα. Εφαρμόζεται δηλαδή μόνον αν η κακοποίηση - παραμέληση του παιδιού δεν τιμωρείται με άλλη βαρύτερη πράξη.

Έτσι η εντύπωση που δυνατόν να προκληθεί, ότι ο Ποιν. Κώδικας αγνοεί άλλες σοβαρότερες μορφές κακοποίησης-παραμέλησης είναι λανθασμένη. Και αυτό γιατί οπωσδήποτε αποτελούν σοβαρότερες περιπτώσεις κακοποίησης-παραμέλησης όπως α) έκθεση (άρθρο 306 ΠΚ), β) παράβαση της υποχρέωσης προς διατροφή (άρθρο 358 Π.Κ.), γ) παραμέληση αποτροπής από επαιτεία ή αλητεία (άρθρο 409 ΠΚ), δ) όλες οι περιπτώσεις «σεξουαλικής» λεγόμενης κακοποίησης (άρθρο 342/343, 345/346 ΠΚ) που η τιμωρία μπορεί να φτάσει μέχρι τα ισόβια δεσμά και τη θανατική ποινή. (Ο.Π. σελ. 78)

Η ποινή δίωξης προχωρεί αυτεπάγγελτα, χωρίς δηλαδή να υπάρχει ανάγκη να κατατεθεί μήνυση από τον ανήλικο παθόντα, ή τον νόμιμο εκπρόσωπο του παθόντος. Τούτο έχει την έννοια ότι εφόσον καθ' οιονδήποτε τρόπο υποπέσει στην αντίληψη της αστυνομίας ή του εισαγγελέως οποιαδήποτε περίπτωση κακοποίησης-παραμέληση, τίθεται αμέσως σε ενέργεια ο μηχανισμός της ποινικής δίκης χωρίς καν να το επιθυμεί ο παθών ανήλικος ή οι γονείς του. Υπάρχει μάλιστα και γενική διάταξη στο άρθρο 40 του κωδ. Ποινικής Δικονομίας που επιβάλλει την υποχρέωση σε κάθε ιδιώτη να προβαίνει σε καταγγελίες στην Αστυνομία ή τον Εισαγγελέα για κάθε παράνομη πράξη που υποπίπτει στην αντίληψη του και φυσικά για κάθε περίπτωση κακοποίησης του παιδιού.

(Ο.Π. , σελ. 79)

## **8.2 ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Το ελληνικό οικογενειακό δίκαιο, για τους Μουζακίδη και Σαλκιτζόγλου (1987), αποδοκιμάζει και τιμωρεί τον βάνουσο γονέα που κακοποιεί ή παραμελεί τα παιδιά του. Όταν διαπιστωθεί δικαστικά το γεγονός της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού ανατρέπεται η νομική δομή της οικογένειας, γιατί ο νόμος θεωρεί ότι αυτός που επιφέρει κακώσεις, βασανίζει ή και αδιαφορεί για το παιδί του δεν είναι δυνατόν να εξακολουθεί να ασκεί τα δικαιώματά του και τα καθήκοντα του γονέως, αυτό δηλαδή που μετά το ν. 1329/83 αποκαλείται γονική μέριμνα του ανηλίκου και ασκείται ισότιμα και από κοινού και από τους δύο γονείς (σελ. 79).

Η κακή άσκηση της γονικής μέριμνας (ακραία εκδήλωση της οποίας είναι η κακοποίηση παιδιού ) αντιβαίνει στη διάταξη του άρθρου 1507 του Αστικού Κώδικα «η ηθική υποχρέωση των γονέων και των παιδιών για αμοιβαία βοήθεια, στοργή και σεβασμό ή όπου πηγάζει από τη φύση και τον προορισμό της οικογένειας, μεταβάλλεται σε νομική υποχρέωση που η εκπλήρωσή της δεν μπορεί όμως να εκβιαστεί δικαστικά». Αυτό δεν σημαίνει βέβαια, ότι η μη εκπλήρωση ή αθέτηση της κατ' ΑΚ 1507 υποχρέωσης στερείται οποιαδήποτε συνέπεια. (Γεωργιάδη – Σταθοπούλου, 1993, σελ. 96-98)

Διακρίνονται δύο περιπτώσεις δικαστικής βεβαιώσεως της κακής άσκησης της γονικής μέριμνας:

α) Η πρώτη και σοβαρότερη είναι ότι ο γονέας εκπίπτει από τη γονική μέριμνα αν καταδικάστηκε τελεσίδικα σε φυλάκιση τουλάχιστον ενός μηνός για αδίκημα που διέπραξε με δόλο και που αφορά τη ζωή, την υγεία και τα ήθη

του τέκνου. Το δικαστήριο μπορεί σ' αυτή την περίπτωση, εκτιμώντας τις περιστάσεις, να αφαιρέσει από το γονέα τη γονική μέριμνα και ως προς τα λοιπά τέκνα του, ύστερα από αίτηση του άλλου γονέα, των πλησιέστερων συγγενών ή του εισαγγελέα (1537 ΑΚ). (Ο.Π., σελ. 303)

β) Αν ο πατέρας ή η μητέρα παραβαίνουν τα καθήκοντα που τους επιβάλλει το λειτούργημά τους για την επιμέλεια του προσώπου του τέκνου ή τη διοίκηση της περιουσίας του ή αν ασκούν το λειτούργημα από καταχρηστικά ή δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν σ' αυτό, το δικαστήριο, εφ' όσον το ζητήσουν ο άλλος γονέας ή οι πλησιέστεροι συγγενείς του τέκνου ή ο εισαγγελέας, μπορεί να διατάξει οποιοδήποτε πρόσφορο μέτρο. Το δικαστήριο μπορεί ιδίως να αφαιρέσει από τον ένα γονέα την άσκηση της γονικής μέριμνας ολικά ή μερικά και να την αναθέσει αποκλειστικά στον άλλον ή αν συντρέχουν και στο πρόσωπο αυτού οι προϋποθέσεις της προηγούμενης παραγράφου, να αναθέσει την επιμέλεια του τέκνου ολικά ή μερικά σε τρίτο ή να διορίσει επίτροπο (1532 ΑΚ). (Ο.Π., σελ 281)

Η αφαίρεση του συνόλου της επιμέλειας του προσώπου του τέκνου και από τους δύο γονείς και η ανάθεσή της σε τρίτο διατάσσονται από το δικαστήριο μόνο όταν άλλα μέτρα έμειναν χωρίς αποτέλεσμα ή κρίνεται ότι δεν επαρκούν για να αποτρέψουν τον κίνδυνο της σωματικής, πνευματικής ή ψυχικής υγείας του τέκνου. Το δικαστήριο αποφασίζει την ανάθεση στον τρίτο ύστερα από έλεγχο του ήθους, των βιοτικών συνθηκών και γενικά της καταλληλότητάς του, στηριζόμενο υποχρεωτικά σε βεβαίωση αρμόδιας υπηρεσίας. Η ανάθεση γίνεται συνήθως σε συγγενικά πρόσωπα ή σε κατάλληλο ίδρυμα. Το δικαστήριο ορίζει την έκταση της γονικής μέριμνας που παραχωρεί στον τρίτο και τους όρους της άσκησής της (1533 ΑΚ). (Ο.Π., σελ. 281)



### **8.3 ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΑΚΥΠΤΟΥΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΑΥΤΕΣ**

Η τετράχρονη περίπου εμπειρία από την ισχύ των διατάξεων αυτών που ετέθησαν σε εφαρμογή με τον νόμο 1329/1983 και που αντικατέστησαν σχετικά άρθρα του Αστικού Κώδικα του 1946 απέδειξε, κατά τη γνώμη των Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου (1987), ότι ενώ οι διατάξεις αυτές είναι στο σύνολο τους από άποψη νομικής επάρκειας ικανοποιητικές, έφεραν όμως στην επιφάνεια άλλες αδυναμίες του κοινωνικού και κρατικού μας μηχανισμού, που δυσχεραίνουν την αποδοτικότητά τους. Οι δυσχέρειες αυτές είναι διαδικαστικού, αλλά και πολλές φορές ουσιαστικού χαρακτήρα (σελ. 80).

Η απαρίθμηση των δυσχερειών αυτών, είναι ακόμα ενδεικτική, διότι ο χρόνος εφαρμογής του νέου νομοθετήματος είναι σχετικά μικρός.

α. Ο νόμος καθορίζει ότι την αίτηση για την έκδοση δικαστικής απόφασης που θα κηρύσσει την έκπτωση ή την αφαίρεση της γονικής μέριμνας μπορεί να την υποβάλλει ο άλλος γονέας ή κάποιος από τους πλησιέστερους συγγενείς ή ο εισαγγελέας. Υπάρχουν όμως πολλές περιπτώσεις που είτε δεν υπάρχει, είτε δεν τολμά να υποβάλλει τέτοια αίτηση ο άλλος γονέας ή έστω κάποιος από τους πλησιέστερους συγγενείς. Έτσι το βάρος του σοβαρού αυτού δικαστικού διαβήματος πέφτει στους ώμους του εισαγγελέως της περιοχής.

Ο εισαγγελέας δηλαδή αναγορεύεται σε φύλακας και προστάτης της παιδικής ηλικίας που υποχρεούται να προσφύγει στο Δικαστήριο, εφ' όσον βεβαίως κάτι τέτοιο δεν αποφασίζει να το κάνει ο άλλος γονέας ή κάποιος συγγενείς. (Ο.Π. σελ. 80)

β. Ο νόμος 1329/83 ομιλεί επίσης περί βεβαιώσεως αρμόδιας υπηρεσίας, η οποία θα πιστοποιεί την καταλληλότητα του τρίτου προσώπου (εκτός δηλαδή των γονιών) το οποίο θα αναλάβει τη γονική μέριμνα ή την επιμέλεια του κακοποιημένου παιδιού, που θα απομακρυνθεί από την οικογένεια του. Δυστυχώς όμως δεν έχουν εκδοθεί ακόμα τα αναγκαία Προεδρικά Διατάγματα, που θα καθορίσουν ποιες είναι οι αρμόδιες αυτές υπηρεσίες ή ακόμα καλύτερα που θα συστήσουν τέτοιες ειδικές υπηρεσίες. Τούτο γιατί οι υπηρεσίες που προβλέπει το άρθρο 9 του Νόμου 610/70 δεν επαρκούν αλλά και δεν ευρίσκονται υπό τον άμεσο δικαστικό ή εισαγγελικό έλεγχο. (Ο.Π., σελ. 81)

γ. Άλλη ατέλεια του ν.1329/83, κατά τους προαναφερόμενους είναι οπωσδήποτε και η διάταξη του νέου άρθρου 1519 ΑΚ που ορίζει ότι «το αρμόδιο δικαστικό όργανο οφείλει να παρέχει στους γονείς κατά την άσκηση της επιμέλειας του προσώπου του τέκνου τους, την υποστήριξη του» (Δικαστική Συμπάρασταση).

Η έλλειψη αυτή αναπληρώνεται σήμερα εκ των ενόντων πάλι από τον εισαγγελέα της περιοχής, οπωσδήποτε όμως για να υλοποιηθεί με επιτυχία η διάταξη αυτή προϋποθέτει τη δημιουργία ειδικής νομικής υπηρεσίας που θα φροντίζει για τη δικαστική αρωγή και την κίνηση των διαδικασιών που προστατεύουν ποινικά και αστικά τον ανήλικο, παρέχοντας δωρεάν συνηγόρου στις σχετικές δίκες, φροντίζοντας για τον διορισμό επιτρόπων κ.λ.π. (Ο.Π., σελ. 81)

δ. Η θεσμοθέτηση και στη χώρα μας του επιτροπικού (ή οικογενειακού Δικαστού) θα δώσει τη δυνατότητα της ταχείας και αποτελεσματικής

επέμβασης στο χώρο της αστικής δικαιοσύνης με γνώμονα το συμφέρον πάντοτε του παιδιού και με κριτήρια την ύπαρξη ηθικού ή κοινωνικού κινδύνου ή κινδύνου ζωής και υγείας.

Ο Μουζακίτης και ο Σαλκιτζόγλου (1987), συνεχίζουν λέγοντας ότι ο οικογενειακός δικαστής, θα παρακολουθεί την άσκηση της γονικής μέριμνας, θα αποφασίζει την εισαγωγή των παιδιών σε ιδρύματα, θα αναθέτει σε τρία πρόσωπα την άσκηση της επιμέλειας του κακοποιημένου παιδιού. Φυσικά δεν νοείται θεσμοθέτηση Επιτροπικού Δικαστού χωρίς παράλληλη ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας που θα τον βοηθά και θα γνωμοδοτεί κατά περίπτωση (σελ. 81).

**8.4 ΛΥΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΝΟΜΙΚΗΣ ΠΛΕΥΡΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ**

Οι λύσεις που προβλέπονται από νομικής πλευράς για την αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης – παραμέλησης είναι οι ακόλουθες:

- Κατ' αρχήν υπάρχει η δυνατότητα της άμεσης επέμβασης της Αστυνομίας, η οποία μπορεί να κινητοποιηθεί σε περίπτωση που διαδραματίζεται ένα περιστατικό κακοποίησης ή παραμέλησης ή έκθεσης παιδιού με τελικό αποδέκτη τον Εισαγγελέα
- Σε περίπτωση όμως που το πρόβλημα είναι οξύ και ενδεχομένως πιο μόνιμο υπάρχει η δυνατότητα της απευθείας προσφυγής στην δικαιοσύνη (ποινικής και αστικής)

Για να ενεργοποιηθεί όμως η ποινική διαδικασία και να ασκηθεί σε τελική φάση σε βάρος του υπαίτιου ποινική δίωξη χρειάζεται κατ' αρχήν να υποβληθεί μήνυση σε βάρος του υπαίτιου από το ή τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια του δηλ. αν υποθεθεί ότι το ανήλικο κακοποιείται από τον ένα γονέα, από τον άλλο ή από άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος ή από πρόσωπα στα οποία θα έχει ενδεχομένως ανατεθεί η επιμέλεια ή εποπτεία.

Σε περίπτωση όμως που λείπουν τα πρόσωπα αυτά η ποινική διαδικασία μπορεί να ενεργοποιηθεί ακόμη και με την υποβολή αναφοράς προς τον Εισαγγελέα από κάθε πρόσωπο στην άμεση αντίληψη του οποίου θα έχουν υποπέσει περιστατικά κακοποίησης – παραμέλησης και θα έχει την δυνατότητα απόδειξης αυτών δηλ. από το γειτονικό –φιλικό περιβάλλον αλλά ακόμη και από τους δασκάλους οι οποίοι έχουν προς τούτο όχι μόνο ηθική αλλά και νομική υποχρέωση.

Στην περίπτωση αυτή ανάλογα με το αποδεικτικό υλικό που υπάρχει ή θα ασκηθεί κατ' ευθείαν ποινική δίωξη ή θα διαταχθεί έρευνα από την εισαγγελία δηλαδή θα γίνει προκαταρκτική εξέταση και εφ' όσον διαπιστωθεί η βασιμότητα των καταγγελλομένων συνήθως με την ανεύρεση κλινικών ευρημάτων θα κινηθεί η ποινική δίωξη.

Παρόμοια αντιμετώπιση είναι δυνατόν να υπάρξει και με την παραμέληση ανηλίκων.

Η παραμέληση ανηλίκων μπορεί να εκδηλωθεί με τις εξής δύο μορφές που προβλέπονται και τιμωρούνται από τον ποινικό κώδικα.

Δηλαδή την έκθεση η οποία εκδηλώνεται με την παράληψη διατροφής και εν γένει φροντίδας των ανηλίκων παιδιών από εκείνους που έχουν την υποχρέωση διατροφής και περίθαλψης του δηλαδή από τους γονείς του κατά κύριο λόγο, αλλά και την παράληψη εποπτείας για την αποφυγή τέλεσης αδίκων πράξεων.

Παράλληλα όμως με τον ανώτερο τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος το οποίο αποβλέπει στην τιμωρία του δράστη για κάποιες συγκεκριμένες πράξεις, δίχως όμως συχνά να θεραπεύει ουσιαστικά το πρόβλημα, εάν υπάρχει ροπή για τέλεση παρομοίων πράξεων από πλευράς δικαιοσύνης υπάρχουν και οι εξής δυνατότητες επεμβάσεων σε περίπτωση κακοποίησης – παραμέλησης ανηλίκων παιδιών.

Δηλαδή σε περίπτωση που η κακοποίηση – παραμέληση ασκείται με τρόπο συστηματικό ο οποίος αποδεικνύει ότι ο γονέας ή οι γονείς είναι ακατάλληλοι να ασκήσουν τα καθήκοντα που επιβάλλει το λειτούργημά τους υπάρχει η δυνατότητα εκ μέρους του άλλου γονέα, των πλησιέστερων συγγενών του εισαγγελέα ή και ανεπάγγελα να κινηθεί διαδικασία αφαίρεσης

της γονικής μέριμνας και ανάθεσης της φροντίδας του τέκνου σε τρίτο κατάλληλο επίτροπο.

Σε περίπτωση κατεπείγουσας ανάγκης Ιατρικής επέμβασης, για να αποτραπεί κίνδυνος ζωής ή υγείας του τέκνου, ο εισαγγελέας ως πρωτοδικών μπορεί, να αρνούνται οι γονείς, να δώσει αυτός αμέσως την απαιτούμενη άδεια ύστερα από αίτηση του αρμοδίου για τη θεραπεία γιατρού ή του διευθυντή της κλινικής όπου νοσηλεύεται το τέκνο ή οποιουδήποτε άλλου αρμοδίου υγειονομικού οργάνου. (Χρυσοβελώνη, Πρακτικά Ημερίδας Βόλου, 1999)

## **8.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΣΤΟΝ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ**

Οι Μουζακίτης και Σαλκιτζόγλου (1987), πιστεύουν ότι ο όλος χειρισμός του προβλήματος από μέρους του κοινωνικού λειτουργού είναι η συνισταμένη πολλών και ποικίλων παραγόντων που έχουν άμεση σχέση με τον κοινωνικό λειτουργό σας επαγγελματία αλλά και με την ευρύτερη κοινωνική πραγματικότητα μέσα στην οποία αυτός κινείται και εργάζεται (σελ. 81)

Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που επιδρούν στο χειρισμό του προβλήματος, σύμφωνα με τους παραπάνω, είναι οι εξής:

### **- Η επαγγελματική κατάρτιση του κοινωνικού λειτουργού**

Η κοινωνική εργασία σαν επάγγελμα στην Ελλάδα έχει ζωή περίπου 30 χρονών και η εκπαίδευση μέχρι προ ολίγων ετών παρείχεται από ιδιωτικές τριετείς σχολές που τελευταίως ενσωματώθηκαν σε τρεις σχολές κοινωνικής εργασίας στον χώρο της τριτοβάθμιας Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (σελ. 82).

Κατά των Faller και Kathleen η επαγγελματική κατάρτιση περιορίζεται στην παροχή γενικών γνώσεων χωρίς καμία εξειδίκευση στους διάφορους τομείς πρακτικής εφαρμογής. Η θεσμοθέτηση του επαγγέλματος είναι περιορισμένη και η παρουσία των κοινωνικών λειτουργών είναι εμφανής σε πολύ περιορισμένο αριθμό παραδοσιακών υπηρεσιών και ανύπαρκτη ή υποτυπώδης σε οργανισμούς και ιδρύματα κοινωνικού χαρακτήρα. Η λήψη κοινωνικού ιστορικού θεωρείται σαν η πιο ενδεδειγμένη δουλειά που κάνει ο κοινωνικός λειτουργός και εάν κάνει κάτι διαφορετικό αυτό είναι αποτέλεσμα

χαρισματικής πράξης κι όχι επαγγελματικής ευθύνης και δικαιώματος. Είναι διεθνώς τεκμηριωμένο, ότι το μεγαλύτερο μέρος της παιδικής προστασίας που αφορά περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης δεν είναι δουλειά του ψυχιάτρου ή του ψυχολόγου. Είναι κατά κύριο λόγο δουλειά του κοινωνικού λειτουργού, του εκπαιδευμένου κοινωνικού λειτουργού, που είναι παρών με το παιδί και την οικογένεια του από την αρχή μέχρι το τέλος μιας περίπτωσης. (Ο.Π., σελ. 82)

Σύμφωνα με τους Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου (1987), η έλλειψη ειδικών γνώσεων και ικανοτήτων είναι ένα σοβαρό εμπόδιο στο χειρισμό τέτοιων περιπτώσεων από τον κοινωνικό λειτουργό που έχει σαν αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση του ρόλου του και την ανάληψη του από άλλους "ειδικούς" λόγω status που ούτε τη γνώση έχουν, ούτε τις απαιτούμενες δεξιότητες, ούτε την απαραίτητη πείρα, αλλά ούτε και τον χρόνο να εργασθούν ουσιαστικά με αυτές τις περιπτώσεις (σελ. 82).

**- Έλλειψη συστήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών**

Σοβαρότερο εμπόδιο για τον περιορισμένο αριθμό κοινωνικών λειτουργών που εμπλέκονται σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης στη χώρα μας, οι Μουζακίτης και Σαλκιτζόγλου (1987) θεωρούν την υποτυπώδη ύπαρξη Κοινωνικών Υπηρεσιών Προστασίας του κακοποιημένου παιδιού σε ορισμένα αστικά κέντρα και την έλλειψη αυτών στην υπόλοιπη χώρα. Η αναφορά σε σύστημα Κοινωνικών Υπηρεσιών σε σχέση με το κακοποιημένο και παραμελημένο παιδί σημαίνει:

- την ύπαρξη ειδικής υπηρεσίας που έχει σαν σκοπό την λήψη αναφορών περιπτώσεων, τη διερεύνησή τους, την ταχεία



προώθησή τους στη δικαιοσύνη ή την άμεση παραπομπή τους στο υπάρχον θεραπευτικό σύστημα ή και την άμεση παροχή υπηρεσιών από την ίδια την ειδική υπηρεσία

- την ύπαρξη ενός πλέγματος ανάδοχων γονέων όπου το κακοποιημένο παιδί μπορεί να τοποθετηθεί από την ειδική υπηρεσία ή από το δικαστήριο για μικρό ή μεγάλο διάστημα.

- την ύπαρξη μικρών θεραπευτικών ή μη θεραπευτικών μονάδων που μπορούν να εξυπηρετήσουν 6 με 8 παιδιά όταν η κατάστασή τους δεν τους επιτρέπει επιστροφή στην οικογένεια τους ή την τοποθέτηση τους με ανάδοχους γονείς. (Ο.Π. σελ. 82-83)

**- Έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού σε πρωτογενείς και δευτερογενείς υπηρεσίες**

Με τον όρο πρωτογενείς υπηρεσίες, για τους Μουζακίτη και Raju εννοούνται οι υπηρεσίες εκείνες (όπως η Κοινωνική Πρόνοια) όπου ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πρωταρχικής σημασίας στην παροχή υπηρεσιών και με τον όρο δευτερογενείς υπηρεσίες εννοούνται αυτές όπου ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού (όπου και εάν βέβαια υπάρχει κοινωνικός λειτουργός) είναι δευτερεύων σε σχέση με άλλες ειδικότητα επιστημόνων, όπως για παράδειγμα συμβαίνει σε ένα νοσοκομείο ή ψυχιατρείο. Ειδικευμένο προσωπικό στις πρωτογενείς υπηρεσίες είναι εκείνο που έχει τις ειδικές γνώσεις και δεξιότητες και που αποκλειστικά χειρίζονται περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης σ' όλες τις φάσεις παρέμβασης. Ειδικευμένο προσωπικό στις δευτερογενείς υπηρεσίες είναι εκείνο που εκτός από την εκπαίδευση στην ειδικότητα του έχει εκπαιδευθεί επί πλέον και στο αντικείμενο της κακοποίησης του παιδιού και τον χειρισμό του προβλήματος

και τον χειρισμό του προβλήματος από την ειδική θέση που κατέχει όπως είναι ο γιατρός, ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο δικαστικός, ο αστυνόμος κ.λπ. (Μουζακίτης – Σαλκιτζόγλου, 1987, σελ. 83)

Είναι πράγματι αδύνατος ο επιτυχής χειρισμός περιπτώσεων σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης χωρίς την εξειδίκευση προσωπικού τόσο στις πρωτογενείς όσο και στις δευτερογενείς υπηρεσίες. Για παράδειγμα ο Μουζακίτης και Raju αναφέρονται σε μια καταγγελία μιας περίπτωσης σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης στην αστυνομία όπου ο εφημερεύον αστυνομικός δεν ξέρει τι να κάνει και πρέπει να διαβάσει τον νόμο την στιγμή εκείνη για να δει πώς να χειρισθεί την περίπτωση και που ακόμη δεν γνωρίζει την ύπαρξη υπηρεσιών προστασίας του παιδιού, δημιουργεί προβλήματα με αρνητικές επιπτώσεις στη διεκπεραίωση μιας οποιασδήποτε περίπτωσης κακοποίησης από τα πρώτα κιάλας βήματα χειρισμού της. Επίσης η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού σε πρωτογενείς υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας δημιουργεί μια σειρά προβλημάτων που έχουν σχέση: α) με τη σωστή διάγνωση και εκτίμηση μιας περίπτωσης από νομικής και ψυχοκοινωνικής πλευράς, β) 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, είτε άλλους ειδικούς σε δευτερογενείς υπηρεσίες. (Ο.Π. σελ. 83)

#### **- Η έλλειψη συστήματος αναφοράς**

σημειώνεται, από τους Μουζακίτη και Σαλκιτζόγλου (1987), ότι ο νόμος ορίζει ότι κάθε πολίτης είναι υποχρεωμένος να αναφέρει περιπτώσεις κακοποίησης ή παραμέλησης που εμπíπτουν στην προσοχή του στον εισαγγελέα ή στην αστυνομία, το ευρύ κοινό είτε δεν γνωρίζει ότι από τον

νόμο έχει υποχρέωση να το κάνει αυτό είτε και αν γνωρίζει αυτή του την υποχρέωση δεν γνωρίζει τι είναι κακοποίηση ή παραμέληση όπως ο νόμος ορίζει (σελ. 83).

Είναι καταφανές, σύμφωνα με τους παραπάνω, ότι το “υπάρχον σύστημα” αναφοράς περιπτώσεων όπως ο νόμος ορίζει, δεν είναι αποτελεσματικό αφού το 90% των περιπτώσεων ποτέ δεν φτάνουν στην προσοχή των αρμοδίων. Η έλλειψη επαρκούς συστήματος αναφοράς περιπτώσεων κακοποίησης όχι μόνο αφήνει το παιδί απροστάτευτο αλλά δημιουργεί υπερβολικά εμπόδια για τους κοινωνικούς λειτουργούς στον χειρισμό εκείνων των περιπτώσεων που υποπίπτουν στην αντίληψη του εισαγγελέα ή της αστυνομίας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ακόμη και για τη λήψη κοινωνικού ιστορικού σ’ αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται να καταβάλουν υπεράνθρωπες προσπάθειες να πείσουν τους γονείς ότι δεν είναι τιμωροί και ότι ο ρόλος τους είναι να τους βοηθήσουν, ρόλος εντελώς διάφορος από εκείνο τον ρόλο που οι γονείς αποδίδουν στον εισαγγελέα ή τον αστυνόμο. (Ο.Π. , σελ. 84)

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ**

**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

## **1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΕΙΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

Στον Ελλαδικό χώρο υπάρχουν αρκετές υπηρεσίες, που ασχολούνται με την προστασία των παιδιών, ελάχιστες όμως είναι αυτές, που ασχολούνται αποκλειστικά με το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών

Στις υπηρεσίες προστασίας του παιδιού έρχονται συχνά προβλήματα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, τα οποία είναι συγκολλημένα από το πρωταρχικό πρόβλημα της οικογένειας και του παιδιού που έρχεται στην υπηρεσία και γι' αυτό το λόγο χρειάζεται από τους επαγγελματίες σε τέτοιες υπηρεσίες περισσότερη και σε βάθος έρευνα, προκειμένου να αγγίξουν το πραγματικό πρόβλημα και σε συνεργασία με τις ειδικές υπηρεσίες να το αντιμετωπίσουν.

Στη συνέχεια αναφέρονται όλες οι υπηρεσίες προστασίας του παιδιού πανελλαδικά, κι όπου μπορούν να παραπεμφθούν.

Πρέπει επίσης να τονισθεί εδώ ότι οι περισσότερες υπηρεσίες προστασίας παιδιού βρίσκονται, όπως συμβαίνει με τις περισσότερες υπηρεσίες της χώρας, στην πρωτεύουσα χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι και η επαρχία δεν διαθέτει ανάλογες υπηρεσίες. Το πρόβλημα είναι ότι δεν είναι αρκετές ποσοτικά και επαρκείς ποιοτικά.

## **A. ΠΕΡΙΟΧΗ ΑΘΗΝΩΝ – ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

### **1. ΕΡΕΥΝΑ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ – ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

- Κέντρο Κακοποίησης – Παραμέληση παιδιού, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού. (Ολόρου 7, Γουδί, 157 72 Αθήνα, τηλ. 7793648, 7715791)

Είναι το μόνο κέντρο πανελλαδικά που ασχολείται με προβλήματα κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών τόσο από την πλευρά της έρευνας και εκπαίδευσης ειδικών, όσο και από παροχή εξειδικευμένης θεραπείας και αποκατάστασης κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Το θέμα είναι εάν η έρευνα, η εκπαίδευση και η θεραπεία που παρέχει είναι τόσο καλά οργανωμένη ώστε να είναι και αποτελεσματική.

### **2. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι περισσότερες υπηρεσίες της πρωτεύουσας που υπάρχουν για να παρέχουν κατευθύνσεις, θεραπευτική αγωγή και αποκατάσταση σε κακοποιημένα – παραμελημένα παιδιά και στις οικογένειες τους.

Οι υπηρεσίες αυτές είναι πιο συγκεκριμένα οι εξής:

- Αστυνομία ανηλίκων Αθηνών, για παιδιά 0-18 ετών  
(Λ. Αλεξάνδρας 173, 115 22 Αθήνα, τηλ. 6464925, 6447687, 7705711)
- Εταιρεία προστασίας ανηλίκων Αθηνών, για παιδιά 7-18 ετών  
(Σωκράτους 65, 104 31 Αθήνα, τηλ. 5221863, 5223290)
- Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ", για παιδιά 0-4 ετών

(Λ. Δημοκρατίας, Άγιοι Ανάργυροι Αττικής, 135 61 τηλ. 2611285, 2627155)

- Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ), για παιδιά 2,5 – 18 ετών  
(Κεντρικά Γραφεία: Υπατίας 6, 101 10 Αθήνα, τηλ. 3220898, 3222146)

- Δικαστήριο Ανηλίκων Αθηνών, για παιδιά 7-17 ετών  
(Σταδίου 65, 105 51 Αθήνα, τηλ. 3244463)

- Δικαστήριο Ανηλίκων Πειραιά (Υπηρεσία Επιμελητών), για παιδιά 7-17 ετών

(Τσουμαδού 43, 6<sup>ος</sup> όροφος, 185 32 Πειραιάς, τηλ. 4173659, 4112410)

- ΠΙΚΠΑ, για παιδιά 0-14 ετών

Τσόχα 5, 115 21 Αθήνα, τηλ. 6423144, 6430289, 6427856)

- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Δυτ. Αττικής (Νομαρχία Αιγάλεου), για παιδιά 0-18 ετών

(Ιερά Οδός 227, 122 41 Αιγάλεω, τηλ. 5906838)

- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Ανατ. Αττικής, για παιδιά 0-18 ετών

(Μεσογειών 459, 153 43 Αγία Παρασκευή, τηλ. 6567955)

- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Αθηνών, για παιδιά 0-18 ετών

(Φειδιππίδου και Μιχαλακοπούλου 31, 115 28 Αθήνα, τηλ. 7711613)

- Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Πειραιά, για παιδιά 0-18 ετών

(Ηρώων Πολυτεχνείου 19, 185 32 Πειραιάς, τηλ. 4179394, 4124636)

- Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα – Καισαριανής, για παιδιά 0-18 ετών

(Δήμου 14 και Ανδριανουπόλεως, 161 21 Καισαριανή, τηλ. 7640111, 7644705)

- Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Νοσοκομείου "Ευαγγελισμός" για παιδιά 0-17 ετών

(Φερεκύδου 5, Παγκράτι, τηλ. 7519550, 7016590)

- Μονάδα Ψυχικής Υγείας Εφήβων Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, για παιδιά 13-18 ετών.

(Καποδιστρίου 23, 152 37 Φιλοθέη, τηλ. 6820568, 6834208)

- Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής ΙΚΑ, για παιδιά 0-18 ετών.

(Ιπποκράτους και Αραχόβης 17, 106 80 Αθήνα, τηλ. 3604850)

- Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής Νοσοκομείου Παίδων "Αγία Σοφία", για παιδιά 0-14 ετών

(115 21 Αθήνα, τηλ. 7798748)



**B. ΠΕΡΙΟΧΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

α) Μονάδα Προστασίας Παιδιού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, για παιδιά ηλικίας από 0-18 ετών.

**Γ. ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ**

α) Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα

β) Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας

γ) Κέντρα Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού

δ) Κοινωνικές Υπηρεσίες και Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων

ε) Κοινωνικές υπηρεσίες στις έδρες των Νομαρχιών

στ) Εισαγγελικές υπηρεσίες

ζ) υπηρεσίες Επιμελητών Υπουργείου Δικαιοσύνης, για παιδιά ηλικίας από 7-18 ετών

η) Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων

θ) Υπηρεσίες ΠΙΚΠΑ

ι) Υπηρεσίες Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας (ΕΟΠ) (Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, 1990, σελ. 25-27)

Πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι υπάρχουν πράγματι στη χώρα μεγάλες και πολλές υπηρεσίες προστασίας του παιδιού, όμως η γενική αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού στις διάφορες μορφές του, λόγω έλλειψης οργάνωσης και εξειδικευμένου προσωπικού και μάλιστα κοινωνικών λειτουργών, είναι σε στοιχειώδες επίπεδο.

Δυστυχώς πολλές από αυτές τις υπηρεσίες λειτουργούν περισσότερο ως υπηρεσίες γραφείου, παρά ως υπηρεσίες οργανωμένες για την αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου.

Άλλες πάλι έχουν ξεφύγει από τον σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκαν και έχουν περιοριστεί σε απλές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα είναι τα επιδόματα, τα δικαιολογητικά επιδομάτων, ή παραπομπή και εγκλεισμός των ανηλίκων σε κάποιο ίδρυμα, που πολλές φορές αποδεικνύεται και ακατάλληλο για τον ίδιο τον ανήλικο ή έκδοση κάποιου “επίσημου” κρατικού εγγράφου για το νοητικό επίπεδο κάθε παιδιού.

Η σε βάθος έρευνα, καθώς και η αποτελεσματική βοήθεια και αντιμετώπιση ζωτικών προβλημάτων για την παρούσα και μέλλουσα ζωή των παιδιών, είναι περιορισμένη αν όχι ανύπαρκτη.

Σ’ αυτό βεβαίως δεν φταίνε μονάχα οι επαγγελματίες. Το πρόβλημα ξεκινά και πάλι από τον παράγοντα κράτος που δεν φροντίζει για την πλήρη στελέχωση, την ανανέωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών τόσο με έμπυχο όσο και με άψυχο υλικό κατάλληλο και απαραίτητο για την αντιμετώπιση κοινωνικών “ασθενειών” όπως αυτής της σωματικής κακοποίησης και της παραμέλησης παιδιών.

## **2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ**

*«Η μόνη επαγγελματική ομάδα που από παράδοση, δεν «επιλέγει» τον κόσμο με τον οποίο θα συνεργαστεί και είναι πάντα έτοιμη να βοηθήσει την οικογένεια στο χώρο που βρίσκεται, δηλαδή στο σπίτι είναι οι ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ»*

Η κοινωνική εργασία ως μέθοδος έχει παραμείνει μέχρι σήμερα η πιο διαδεδομένη προσέγγιση για τις οικογένειες, που εμπíπτουν σε κακοποίηση ή /και παραμέληση των παιδιών τους. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι αποτελούν το τμήμα εκείνο του πληθυσμού, που δεν έχει ή τουλάχιστον που έχει μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση βοήθειας από προνομιακές οργανώσεις. Η μόνη επαγγελματική ομάδα, που από παράδοση δεν «επιλέγει» τον κόσμο με τον οποίο θα συνεργαστεί και είναι πάντα έτοιμη να βοηθήσει την οικογένεια στο χώρο που βρίσκεται, δηλαδή το σπίτι, είναι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Αυτή άλλωστε είναι και η ειδοποιός διαφορά από όλες τις άλλες ομάδες επαγγελματιών, που επίσης απευθύνονται σε πληθυσμό με κοινωνικά προβλήματα αλλά κυρίως σε πληθυσμό με κίνητρα για συνεργασία, πράγμα που εξασφαλίζει σημαντικό κομμάτι για την επιτυχία της εξέλιξης της περίπτωσης.

Η Ελ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου (1987) αναφέρει ότι «τα τελευταία 70 χρόνια που στο διεθνή χώρο οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας ασχολούνται με διαταραγμένες οικογένειες, το επίκεντρο της θεραπείας, ακόμα και της

διάγνωσης, είναι η μητέρα παρά ξεχωριστά κάθε μέλος της οικογένειας. Η τακτική αυτή δεν μας εκπλήσσει γιατί η μητέρα ήταν πιο προσιτή στον Κοινων. Λειτουργό, που επισκεπτόταν την οικογένεια σε ώρες, που ο πατέρας ήταν στη δουλειά του. Επιπλέον, τα τελευταία πενήντα χρόνια η φιλοσοφία των υπηρεσιών προστασίας είχε επικεντρωθεί στην ιδέα ότι αν μια μητέρα μπορούσε να βοηθηθεί να γίνει πιο επαρκής και πιο τρυφερή με το παιδί της ή πιο ικανή να σταθεροποιήσει το γάμο της ακόμη κι αν ο πατέρας μπορούσε να είναι ο κύριος υπεύθυνος για την κακοποίηση του παιδιού, ότι κάποιο καλό αποτέλεσμα θα προέκυπτε για το ίδιο το παιδί και για τ' αδέρφια του. Για τους λόγους αυτούς παρόλο που θα υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία, που να αφορά την κοινωνική εργασία με μητέρες, υπάρχει πολύ λιγότερη δουλειά, που να αφορά τους πατέρες και ελάχιστη, που να αφορά το ίδιο το κακοποιημένο παιδί» (σελ. 70).

Η κοινωνική εργασία στις μέρες μας εφαρμόζεται καλύτερα και αποδίδει περισσότερο στα προβλήματα του πληθυσμού αυτού, όταν μπορεί να συνδυαστεί με νέα σχήματα θεραπευτικής αντιμετώπισης, που θα αναφερθούν σε επόμενο κεφάλαιο αυτής της εργασίας και που έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία, όπως: Οι «βοηθοί –γονιών», οι Μονάδες – ξενώνες κρίσης (Crisis Units ή Shelters), οι θεραπευτικές ομάδες γονιών, οι ομάδες αλληλοβοήθειας «ανώνυμοι γονείς», τα θεραπευτικά νηπιαγωγεία, οι θεραπευτικοί ξενώνες για όλη την οικογένεια. Η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν ένα ή περισσότερα από αυτά τα σχήματα θεραπείας, καταλύει την σημερινή χρονοβόρα διαδικασία της αξιολόγησης και της απόφασης για το μέλλον του παιδιού, ιδιαίτερα σε εκείνες τις περιπτώσεις,

που απ' την αρχή διαφαίνεται η ανάγκη για αποκατάσταση του παιδιού μακριά από το οικογενειακό του περιβάλλον.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η κοινωνική εργασία στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της σωματικής και εν γένει της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού διαφοροποιείται ή τουλάχιστον έτσι πρέπει από το κλασικό μοντέλο της παιδικής προστασίας του 1925, που όλοι γνωρίζουμε.

Το μοντέλο δηλαδή που επικρατούσε μέχρι πριν λίγα χρόνια στις ΗΠΑ και τον Καναδά- χώρες, που πρωτοτυπούν στην αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, και δη του προβλήματος κακοποίησης-παραμέλησης και που σε πολλές άλλες χώρες εξακολουθεί να υπάρχει (κλασικό μοντέλο) δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε προβλήματα κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών.

Κι αυτό γιατί σύμφωνα με το μοντέλο του 1925, κοινωνικοί λειτουργοί αγωνίζονται να βοηθήσουν οικογένειες χωρίς τη βοήθεια γιατρών, δικηγόρων, δικαστηρίων, ακόμα και της ίδιας της κοινωνίας, που τους πληρώνει για να κάνουν αυτή τη δουλειά. Περιορίζονται στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας, που είναι βασισμένη στις αρχές ότι ο κοινών. λειτουργός οφείλει να ακούει χωρίς να καθοδηγεί ενεργητικά ή να διδάσκει ή να αποφασίζει για την οικογένεια. «Το μοντέλο αυτό χαρακτηριζόταν από πέντε βασικά κριτήρια που ο κοιν. λειτουργός έβαζε στον πελάτη: 1) να έρθει ο πελάτης στο γραφείο του, 2) να είναι στην ώρα του, 3) να έχει κίνητρα, 4) να έχει επαρκή αντίληψη του προβλήματος του, 5) να είναι ευγνώμων». (Αγάθωνας-Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 178-180)

Τίποτα όμως απ' όλα αυτά δεν «δουλεύει» στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Έτσι οι ίδιοι οι κοιν. λειτουργοί αργά αλλά σταθερά διαπίστωσαν, ότι όσο πιο ευέλικτες καταστήσουν κάποιες απ' τις άκαμπτες αρχές της κοιν. εργασίας μπορούν να καταφέρουν πολύ περισσότερα πράγματα και με μεγαλύτερη αποδοτικότητα.

Πρωτοβουλίες απλές, όπως το να στείλουν χριστουγεννιάτικες κάρτες, να βγουν μια βόλτα με τη μητέρα και τα παιδιά ή ακόμα-ακόμα σε κάποιες περιπτώσεις-εξαιρέσεις, να δώσουν το τηλέφωνό τους χωρίς απ' αυτά να περιμένουν κάτι, ανοίγουν μια πόρτα συνεργασίας και εμπιστοσύνης πράγμα πολύ σημαντικό για τους ανθρώπους αυτούς που βρίσκονται σε μια πολύ δύσκολη «κρίση» της ζωής τους. Όλα αυτά όμως δύσκολα προχωρούν από έναν και μόνο επαγγελματία, αφού οι αποφάσεις που πρέπει να παρθούν θα καθορίσουν το μέλλον ενός παιδιού.

Η παραδοσιακή εποπτεία στα πλαίσια μιας οργάνωσης γινόταν από επόπτη που τις περισσότερες φορές ήταν αποκομμένος απ' την πραγματικότητα και ασκούσε απλά εξουσία. (Αγάθωνας-Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 181)

Σε κάποιες περιπτώσεις αυτό δυστυχώς συνεχίζεται και σήμερα στη χώρα μας.

Όμως και αυτή η δυσκολία σταδιακά υποχώρησε ή φαίνεται να υποχωρεί με την εμφάνιση της ομάδας ειδικών. Σήμερα η διεπιστημονική ομάδα όπως μερικοί ονομάζουν ή πιο απλά η συνεργασία ειδικών με το θέμα, που πολλές φορές έχει ως υπεύθυνο ένα κοιν. λειτουργό και ως συνεργάτες, παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο, νοσηλεύτη, ψυχολόγο, νομικό με διπλές ειδικότητες ως συμβούλους όπου και όταν χρειάζεται, μπορεί

αποτελεσματικότερα, αλλά και να θεραπεύσει μια οικογένεια που κακοποιεί ή /και παραμελεί το παιδί ή τα παιδιά της.

Άλλο ένα σημαντικό στοιχείο του μοντέλου του 1925 που επικρατεί μέχρι σήμερα σε πολλά κράτη και που έχει αποδειχθεί εξαιρετικά δυσλειτουργικό, για την αντιμετώπιση προβλημάτων κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών είναι η ιδεολογία ή η στάση, ότι ο κοιν. λειτουργός πρέπει να μείνει μακριά από το δικαστήριο. Αυτό συμβαίνει, γιατί πιστεύεται ότι η αναφορά της περίπτωσης ή η παρουσία του κοιν. λειτουργού στο δικαστήριο διαταράσσει τη σχέση του με την οικογένεια παρότι η παρουσία του κρίνεται επιβεβλημένη για το καλό όλων (παιδιού, γονιών, πολιτείας) εξ' ου και η απαίτηση για την δημιουργία και στην Ελλάδα του θεσμού του Οικογενειακού Δικαστή.

Σημαντική πρόοδο, στο κλασικό μοντέλο της παιδικής προστασίας, αποτέλεσε, η καθιέρωση της συνεργασίας μεταξύ κοινωνικών οργανώσεων και των επαγγελματιών υγείας.

Παλιότερα οι κοιν. λειτουργοί, ζητούσαν κάποια ιατρική γνωμάτευση «για το συμφέρον του παιδιού» χωρίς ποτέ οι γιατροί να μαθαίνουν τι τελικά έγινε το παιδί αυτό.

Από τη στιγμή που οι κοιν. λειτουργοί συνεργάζονται στενά με τους γιατρούς, οι γιατροί βελτίωσαν τη διαγνωστική τους ικανότητα πάνω σε θέματα κακοποίησης-παραμέλησης και με προθυμία δίνουν ιατρικές γνωματεύσεις. Όταν οι γιατροί παρακολουθούν την πορεία της ωρίμανσης της οικογένειας και βελτίωσης του παιδιού ξεπερνούν το ρόλο τους στο ιατρικό μοντέλο και λειτουργούν ως μέλη ομάδας.

Παρόλη την έκταση που έχει πάρει η κοιν. εργασία σαν μέθοδος παρέμβασης στις οικογένειες αυτές, δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτή μπορεί

να θεραπεύσει τα πάντα, με την πρόοδο που σημειώνεται σε καταστάσεις κακοποίησης-παραμέλησης παιδιού.

«Χαρακτηριστικά ο Kempe αναφέρει ότι η διακεκομμένη και περιστασιακή κοιν. εργασία που δεν είναι εντατική, δεν προϋποθέτει υψηλές επαγγελματικές ικανότητες και που δεν εποπτεύεται στενά, ή η άσκηση της κοιν. εργασίας ρουτίνας, αντενδείκνυται απόλυτα σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας που περιλαμβάνει σαφή ψυχιατρικά προβλήματα».  
(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 182-183)

Με βάση όλα τα παραπάνω, η κοιν. εργασία θα πρέπει σήμερα να θεωρηθεί και να αποβεί, ως μια αποτελεσματική μέθοδος προσέγγισης οικογενειών με πρόβλημα κακοποίησης – παραμέλησης των παιδιών, εφόσον λειτουργεί με ειδικές επαγγελματικές προδιαγραφές και μπορεί με τη βοήθεια νέων υποστηρικτικών σχημάτων να τα καταφέρει, τουλάχιστον σε ό, τι αφορά τη χώρα μας που η εξέλιξη στο φαινόμενο της κακοποίησης-παραμέλησης είναι αργή και σταδιακή.



## **Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού**

### **2.1 Σκοπός**

Ο ρόλος του κοιν. λειτουργού στον οδυνηρό κόσμο της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών, είναι ρόλος «θεραπευτή». Αν και ο προτιμότερος και προτεινόμενος στόχος καθώς και επιθυμία της θεραπευτικής παρέμβασης είναι βεβαίως η παραμονή του παιδιού στο οικογενειακό του περιβάλλον με ασφάλεια, πολλές φορές η αρχή της θεραπείας ή η μόνη θεραπεία, είναι αυτή της άμεσης απομάκρυνσης του παιδιού από την οικογένεια του, η οποία με βάση τα προβλήματα, που προκύπτουν και τις συνθήκες που υπάρχουν, αποδεικνύεται επικίνδυνη.

Ο ρόλος του κοιν. λειτουργού, κατευθύνεται, διαμορφώνεται και εκτυλίσσεται ανάμεσα στους δύο αυτούς άξονες (οικογένεια – παιδί). Αυτό προϋποθέτει σωστή εκτίμηση και γνώση του οικογενειακού περιβάλλοντος καθώς και του κλίματος, που επικρατεί σ' αυτό. Ο ρόλος του κοιν. λειτουργού επηρεάζεται σημαντικά από το πλαίσιο εργασίας του. Πολλές φορές υπάρχει η πιθανότητα, ο κοιν. λειτουργός, που εργάζεται σε πλαίσιο παιδικής προστασίας και συγκεκριμένα σε κάποιο κοινοτικό κέντρο παιδικής προστασίας, να γνωρίζει την οικογένεια με την οποία πρόκειται να συνεργαστεί και κατά συνέπεια να είναι σε θέση να εκτιμήσει τη δυνατότητα υποστήριξης της οικογένειας μέσα στην κοινότητα.

Σε αντίθεση βέβαια με τον κοιν. λειτουργό, ο οποίος εργάζεται σε νοσοκομειακό πλαίσιο, που επειδή καλύπτεται μια ευρύτερη γεωγραφική περιοχή να μην μπορεί να έχει ολοκληρωμένη και καλύτερη αντίληψη της οικογένειας με την οποία συνεργάζεται. Στη δεύτερη αυτή περίπτωση ο κοιν.

λειτουργός περιορίζεται στη διαγνωστική εκτίμηση της οικογένειας στο χώρο του νοσοκομείου καθώς και στην ίδια αντίληψη που θα έχει από 1-2 επισκέψεις στο σπίτι της οικογένειας, ώσπου να παραπέμψει την περίπτωση σε τοπικό κέντρο παιδικής προστασίας.

Όλα τα παραπάνω συνήθως συμβαίνουν σε χώρες με προνοιακή υποδομή, τέτοια ώστε να ευοδώνει την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διάφορα επίπεδα φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια κλπ). (Μουζακίτης, 1987, σελ. 100-101)

Σε χώρες όπως η Ελλάδα ο παραπάνω διαχωρισμός δεν είναι ακόμα εφικτός γι' αυτό το λόγο, ο αριθμός των διαγνώσεων είναι μειωμένος, ή η διάγνωση μπαίνει χωρίς στην ουσία να γίνεται τίποτα ή τέλος μια συγκεκριμένη ομάδα ειδικών στην παιδική προστασία, αναλαμβάνει εξ' ολοκλήρου την διεκπεραίωση μιας περίπτωσης σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης παιδιού, όπως γίνεται σήμερα από το Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού και από διάφορα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα.

Πιο συγκεκριμένα τώρα για το μεγάλο κομμάτι της δουλειάς του κοιν. λειτουργού, που δεν είναι άλλο από την Κοινωνική Εργασία με την οικογένεια, μιλάμε πάντα για τις περιπτώσεις κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, ο ίδιος θα πρέπει πρώτα απ' όλα να εξετάσει, τι τρόπους έχει διαλέξει η οικογένεια για να λύσει τις διαφορές της; ποιες είναι οι αξίες της οικογένειας, ποιες υποομάδες συγκρούονται ; μήπως η κακοποίηση του παιδιού είναι ένας τρόπος για να διατηρεί ακόμα την ισορροπία του ένα σύστημα που από καιρό δυσλειτουργεί ; με ποιους άλλους παραδεκτούς τρόπους θα μπορούσε η οικογένεια να διατηρήσει την ισορροπία της ;

Έπειτα θα βοηθήσει τα μέλη να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους (αμφίρροπα, θυμού, αγανάκτησης κλπ.) να επικοινωνήσουν ευθέως μεταξύ τους με καθαρούς στόχους. Θα προσφέρει βοήθεια, ώστε ν' αποκτήσουν κοινή αντίληψη ο ένας του άλλου και της κατάστασης, που ζουν για να μην ενδιαφέρεται ο καθένας μόνο για το δικό του σκοπό, γεγονός που προκαλεί συγκρούσεις.

Βοήθεια για ανάπτυξη δεσμού μεταξύ των μελών και αμοιβαία υποστήριξη, που θα προέλθει, αφού καταλάβουν, ότι υπάρχουν κοινές ανάγκες να καλύψουν. Σημασία πρέπει να δώσει ο κοιν. λειτουργός στο να αποδεχθούν οι γονείς το ρόλο τους και να αποκτήσουν την ικανότητα να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του. Να μάθουν ν' αυτοεκφράζονται μέσα απ' αυτόν, να ισορροπούν, να νιώσουν ασφάλεια, να μην συγχέουν τους διάφορους ρόλους τους και η συμμετοχή κάθε γονιού να είναι ουσιαστική στο χώρο της οικογένειας.

Επίσης θα βοηθήσει τους γονείς ν' αντλούν ικανοποιήσεις μέσα από τη σωστή φροντίδα και αγωγή προς το παιδί τους. (Μουζακίτης, 1987, σελ. 105)

Ένας κοιν. λειτουργός, που εργάζεται σε μονάδα νοσηλείας κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών θα κάνει κοιν. εργασία με ομάδες παιδιών. Οι ομάδες σκοπό έχουν να προσφέρουν νέες διορθωτικές εμπειρίες στα παιδιά, ώστε ν' αρχίσουν να αποκτούν τη βασική εμπιστοσύνη για τη ζωή. Είναι ομάδες «ανάπτυξης» όπου τα παιδιά χρειάζονται άμεση βοήθεια στα αναπτυξιακά τους προβλήματα.

Ο κοιν. λειτουργός θα προγραμματίσει δραστηριότητες που ενδιαφέρουν τα παιδιά αλλά ταυτόχρονα που δεν ενισχύουν την ανταγωνιστικότητα, την

επιθετικότητα, θα προτιμήσει παιχνίδια που θα διδάξουν στα παιδιά τι σημαίνει καλή σχέση, συνεργασία, οργάνωση, ή συζητήσεις, όταν πρόκειται για κακοποιημένους – παραμελημένους εφήβους ώστε να αποκτήσουν την αξιοπιστία και την εμπιστοσύνη που χρειάζονται.

Στην ομάδα θα παρέχονται οι ευκαιρίες να γίνει λεπτομερής αξιολόγηση των επιπτώσεων σε ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές και παράλληλα ν' αναπτύξει το παιδί τις ικανότητες εκείνες, που μέσα σε ένα εχθρικό περιβάλλον θα έχουν παραμεληθεί π.χ. να εκφράζεται, να χαίρεται, να λυπάται, να θυμώνει, ν' αγαπά, να διατηρεί σχέσεις με άλλα παιδιά, να είναι δημιουργικό.

Όταν η ομάδα θα ικανοποιεί ακάλυπτες μέχρι τότε ανάγκες του παιδιού (φυσικές, ασφαλείας, «ανήκειν», εκτίμηση, αυτοπραγμάτωση) ο κοιν. λειτουργός θα έχει ευκαιρίες να χειριστεί κατάλληλα τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των παιδιών, για να επιτύχει θεραπευτικούς στόχους. Έγκαιρες παρεμβάσεις είναι αυτές που γίνονται σε ομάδες προσχολικής ηλικίας, με στόχο να παίρνουν υγιή πρότυπα αξιών και να μπορούν να τα διατηρήσουν όταν παύσουν να είναι μέλη της ομάδας.

Ο κοιν. λειτουργός θα κάνει την εκλογή των παιδιών, που θ' απαρτίζουν κάθε ομάδα ανάλογα με την προσωπικότητα, την υγεία και την ηλικία ή και άλλα χαρακτηριστικά που θεωρούν σημαντικά. Πρέπει να καταλαβαίνει τα αίτια της κακής προσαρμογής όπου υπάρχουν στην ομάδα και να δείχνει παραδοχή. (Μουζακίτης, 1987, σελ. 106)

Συγκρούσεις και αδυναμία συνεργασίας, είναι η ατμόσφαιρα του σπιτιού, που έχει αφήσει τη σφραγίδα της πάνω στο παιδί. Η απουσία του ανθρώπινου περιβάλλοντος το έχει επηρεάσει στο σχηματισμό της εικόνας,

που έχει για τον εαυτό του και έχει υψώσει τείχη άμυνας (νευρώσεις), στην επικοινωνία του με τον υπόλοιπο κόσμο.

Ίσως παρατηρηθούν στην ομάδα ακραίοι τύποι συμπεριφοράς, παιδιά επιθετικά, υποχωρητικά. Σ' αυτό το σημείο ο κοιν. λειτουργός θα έχει ιδιαίτερη συνεργασία με το παιδί, που η συμπεριφορά του, εμποδίζει τις δραστηριότητες όλης της ομάδας ή θα το αλλάξει ομάδα ή θα το απομονώσει από τις δραστηριότητες της ομάδας, για λίγο διάστημα αν χρειαστεί.

Η κοιν. λειτουργός επιπλέον μέσα από τις διαδικασίες της ομαδικής συνάντησης θα βοηθήσει τα παιδιά ν' αποκτήσουν συναίσθηση εαυτού, απόκτηση εγώ, αυτοπεποίθηση, ευθύνη της συμμετοχής τους στην ομάδα, που λείπουν από την πληγωμένη προσωπικότητά τους. (Μουζακίτης, 1987, σελ. 107)

Ο κοιν. λειτουργός μπορεί να δημιουργήσει ομάδες με τους γονείς των παιδιών.

«Οι ομάδες αυτές θα έχουν σκοπό την τροποποίηση της συμπεριφοράς, διαφοροποίηση στη στάση, νέους προσανατολισμούς, ευαισθητοποίηση και έλεγχο προσωπικών τοποθετήσεων, ενίσχυση αυτοεκτίμησης.

Ανταλλάσσονται εμπειρίες, οι γονείς θα πάρουν κατευθύνσεις για να δώσουν λύση σε προβλήματα ζωής που τους είναι κοινά και να αμβλύνουν τις πιέσεις που δέχονται από αυτά, ώστε να μην ξεσπούν στα παιδιά τους.

Ο κοιν. λειτουργός σ' αυτές τις ομάδες θα πρέπει να έχει υπόψη μια βασική αρχή της Κοινωνικής Εργασίας: «βοήθεια στο να γίνουν τα μέλη ικανά να βιώσουν όλο και πιο ικανοποιητικούς τρόπους λύσης συγκρούσεων, να προχωρήσουν από τον καβγά στη λύση διαφορών με συζήτηση, συμβιβασμό και διαπραγμάτευση ή χρήση άλλων δημοκρατικών μεθόδων».

Πρέπει να δημιουργήσει το κατάλληλο κλίμα για διάλογο και να είναι αντικειμενικός. Γιατί αν κάποιος απ' τους γονείς νοιώσει απόρριψη, θ' απομονωθεί, θα φοβηθεί να συμμετέχει ουσιαστικά σε μια ομάδα, που εμπλέκονται τα προσωπικά του προβλήματα. Αρκετοί γονείς που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά τους, δεν έχουν ικανότητα για κοινωνικές σχέσεις γι' αυτό πρέπει να παρέχει ευκαιρίες στην ομάδα στην απόκτηση δεξιοτήτων για επικοινωνία και ανθρώπινες σχέσεις. Προγράμματα που να επιτρέπουν την καλή επικοινωνία είναι κατάλληλα να διοχετευθεί η ένταση και να τονωθεί το ηθικό τους.

Ο κοιν. λειτουργός σε συνεργασία μαζί τους πρέπει να οργανώνει δραστηριότητες σχετικά με την διεκπεραίωση κάποιου έργου ώστε να αντλούν ικανοποιήσεις από το να φανούν κοινωνικά χρήσιμοι. Θα παρατηρεί την προσωπικότητα κάθε γονιού και την τάση του να φέρεται κατά ορισμένο τρόπο σε διαφορετικές καταστάσεις π.χ. αυταρχισμός, κυριαρχικές τάσεις, τάση προβολής, ενοχές κλπ. Στην ομάδα θα γνωρίσει πιο καθαρά τη σχέση κάθε ζευγαριού, όπου υπάρχει στέρηση ελευθερίας κάποιου από τους δύο, στέρηση πρωτοβουλίας, εξάρτηση άλλου είδους.

Ο κοιν. λειτουργός μπορεί να δώσει στην ομάδα και χαρακτήρα εκπαιδευτικού περιεχομένου ώστε οι γονείς ν' αποκτήσουν εμπειρία να χειρίζονται πρακτικά προβλήματα στην φροντίδα του παιδιού.

Στον χώρο της κοινότητας δεν έχουν γίνει αξιόλογες προσπάθειες μέχρι στιγμής εκτός από τα σεμινάρια, που δίνει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην Κοιν. Εργασία με την κοινότητα γιατί με τις προσδοκίες της, τις νόρμες της, τις προκαταλήψεις της, τη

σύνθεσή της, τις δομές, τις επικοινωνίες της καθώς και τη συνοχή της παίζει ιδιαίτερο ρόλο στην εξέλιξη του προβλήματος.

Τι μπορεί όμως να κάνει ο κοιν. λειτουργός με τα τωρινά δεδομένα; Να βρίσκει ευκαιρίες για ένα «άνοιγμα» των παιδιών της μονάδας κλειστής περίθαλψης, συμμετέχοντας σε προγράμματα της κοινότητας (ψυχαγωγικά, επιμορφωτικά κλπ.). Επίσης τα παιδιά να οργανώσουν προγράμματα, που θα προκαλούν φορείς της κοινότητας. Σκοπός είναι τόσο να ωφεληθούν τα παιδιά ψυχολογικά όσο και να γνωρίσει η κοινότητα από κοντά τις ανάγκες αυτών των παιδιών. Να έρθει σε επαφή με όλους τους φορείς της κοινότητας, που παίζουν ρόλο στη ζωή μιας οικογένειας κακοποιημένου-παραμελημένου παιδιού σε κάθε χώρο (επαγγελματικό, γειτονιά, φιλικό κλπ).

Ο κοιν. λειτουργός θα έχει ρόλο να διαφωτίσει για τη στάση που πρέπει να έχουν προς όλη την οικογένεια, για να την βοηθήσουν στην καλή κοινωνική της προσαρμογή. Επίσης θα έχει ρόλο συντονιστή των φορέων, που θα βοηθούν στην καλή παρακολούθηση της ανατροφής του παιδιού, όταν ξαναγυρίσει στην οικογένεια και θα παρέχουν διευκολύνσεις όταν η κρίση της οικογένειας οφείλεται σε εξωτερικά αίτια (ανεργία, αρρώστια κλπ).

Ο κοιν. λειτουργός θα ανακαλύψει, όπου υπάρχει άνιση μεταχείριση της οικογένειας και θα συνεργαστεί με τους ηγέτες της κοινότητας για την δημοκρατική μεταχείρισή της. Αν αντιληφθεί ότι από κάποια περιοχή προέρχονται συχνότερες περιπτώσεις κακοποίησης, πρέπει να ενημερώσει την ηγεσία της και να τους ευαισθητοποιήσει ώστε να λάβουν μέτρα π.χ. κινητοποίηση των Μ.Μ.Ε. που διαθέτει η κοινότητα. Ακόμα να συνεργαστεί με οικογένειες κοινωνικά απομονωμένες για τη συμμετοχή τους στα κοινά. Ουσιαστικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας θα παίξουν

οικογένειες με ιστορικό κακοποίησης, που τώρα έχουν θεραπευτεί. Οπότε μιλάμε για ένα σύστημα εθελοντριών οικογενειών.

Στην ίδια κοινότητα ο κοιν. λειτουργός μπορεί να έχει ρόλο εμπειρογνώμονα υποδεικνύοντας, ποια ειδικά προγράμματα πρέπει να εφαρμοστούν προληπτικά. Όταν προωθηθεί το θέμα της σωματική κακοποίησης – παραμέλησης σε εθνικό επίπεδο και οργανωθεί Πανελλήνια επιστημονική Εταιρεία για την πρόληψη και αντιμετώπιση, ο κοιν. λειτουργός, θα έχει πολλές δυνατότητες να δουλέψει σε τοπικό επίπεδο. Τότε θα υπάρχει δυνατότητα σε φορείς παιδικής προστασίας να δημιουργούν αυτοδύναμες επιστημονικές ομάδες για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η ικανοποιητική εξέλιξη του σωματικά κακοποιημένου-παραμελημένου παιδιού, θα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις μεθόδους και τις τεχνικές, που θα εφαρμόσει ο κοιν. λειτουργός για να κινητοποιήσει ηγέτες και κατοίκους στις προτεινόμενες αλλαγές. Κι αυτό γιατί περισσότερο από κάθε άλλον ειδικό μπορεί να έρθει πολύ κοντά με τους κατοίκους, να γνωρίσει τι ιδέες έχουν και τι επιθυμούν, με ποιο τρόπο θέλουν να συμμετέχουν.

Πρέπει να επιδιώξει ενεργό ρόλο στην οργάνωση του προγραμματισμού, συγχρόνως να ασκεί επιρροή σ' όλες τις πηγές ισχύος που υπάρχουν για την επιτυχία της αποστολής του.

Σε πρώτη φάση ο κοιν. λειτουργός θα συνεργαστεί στην έρευνα για να καθοριστούν επακριβώς οι συνισταμένες του προβλήματος.

Στη δεύτερη φάση θα πρέπει να εξετάσει ποιες είναι οι επιπτώσεις κοινωνικές, οικονομικές για κάθε πιθανή λύση.

Στην τρίτη φάση θα συνεργαστεί, ώστε να αξιολογηθεί σε βάθος κάθε πρόταση, τι πηγές και μέσα έχει στη διάθεσή του, τι πολιτική υποστήριξη θα



έχει κλπ. Η τελευταία φάση της εφαρμογής θα του δίνει ένα ρόλο αξιολογητή για τα λάθη και τις βελτιώσεις που πρέπει να γίνουν στο μέλλον.

Στον τομέα της πρόληψης ο κοιν. λειτουργός, θα είναι υπεύθυνος μαζί με ομάδα άλλων επιστημόνων στην οργάνωση και λειτουργία υποστηρικτικών προγραμμάτων (Support systems) για τη μητέρα, το παιδί και την οικογένεια, αυτών που υπάρχει αυξημένος κίνδυνος. (Αγάθωνος, Νάκου, Παπαϊωάννου, 1983, σελ. 222-225)

## 2.2 Προσόντα

Για την επίτευξη όλων όσων αναφέρθηκαν χρειάζεται να υπάρχουν έμπειροι και καλά εκπαιδευμένοι κοιν. λειτουργοί.

Κοινή διαπίστωση σε πολλές χώρες του κόσμου και στην Ελλάδα, είναι ότι πάντα υπάρχει, ακόμη και σήμερα, έλλειψη καλά εκπαιδευμένων και έμπειρων κοιν. λειτουργών, που να δουλεύουν «στην πρώτη γραμμή». Συνήθως, δυστυχώς ίσως, οι επαγγελματίες αυτοί στελεχώνουν σχολές κοιν. εργασίας ή ασχολούνται μόνο με την εποπτεία. Έτσι οι επαγγελματίες, που αναλαμβάνουν περιστατικά σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης, πρέπει να είναι έμπειροι, σίγουροι για τον εαυτό τους, χωρίς αμφιθυμία γι' αυτό που κάνουν. Τα άτομα που κακοποιούν σωματικά ή παραμελούν τα παιδιά τους, έχουν τόση ανασφάλεια για τον εαυτό τους, ώστε να μην μπορούν να αντέξουν και την ανασφάλεια του ειδικού, που θα τους βοηθήσει να προσπελάσουν τα δικά του προβλήματα.

Κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διευκολύνουν κοιν. λειτουργούς που επιθυμούν να δουλέψουν στο χώρο κακοποίησης –

παραμέλησης των παιδιών είναι, σύμφωνα με την άποψη της Ελ. Αγάθωνος - Γεωργοπούλου: (1987, σελ. 182-184)

- Να είναι πρόθυμοι να ξεπεράσουν τα επαγγελματικά όρια για να βοηθήσουν την οικογένεια, αλλά να μην έχουν την τάση να «θυσιάζονται» για τους άλλους, που συνήθως δυσανασχετούν.
- Να έχουν οι ίδιοι αρκετές ικανοποιήσεις στη ζωή τους εκτός από τη δουλειά τους, ώστε να μην αναζητούν στους «πελάτες» τους να αναπληρώσουν αυτές τις ανάγκες.
- Να έχουν επαρκείς γνώσεις γύρω από την ανάπτυξη και συμπεριφορά των παιδιών, ώστε να μπορούν να τις μοιράζονται με τους γονείς αυτούς, όταν χρειάζεται.
- Να γνωρίζουν καλά τις διάφορες μορφές κακοποίησης-παραμέλησης και να έχουν πληροφόρηση σ' ό,τι περιλαμβάνει το πρόβλημα. Να γνωρίζουν τις διαστάσεις που η κοινωνία δίνει στο γονεϊκό ρόλο (ηθικές, πολιτιστικές, νομικές κλπ) και να προβληματίζονται πάνω στη σημερινή μορφή της οικογένειας.
- Να έχουν την ικανότητα να μελετούν το πρόβλημα, όχι μονόπλευρα, αλλά να το τοποθετούν μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της κοινωνίας που ζουν. Όταν έχουν περιορισμένο υλικό να το επεξεργάζονται και να έρχονται σε επαφή με όλες τις πηγές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη συλλογή περισσότερων στοιχείων. Βασική να είναι η συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά σεμινάρια. Ακόμα η ενημέρωσή τους για τη συχνότητα των περιπτώσεων και την αντιμετώπιση, που γίνεται σε

παρεμφερείς χώρους εργασία, συνάντηση και συνεργασία με τους εκεί κοιν. λειτουργούς, ανταλλαγές απόψεων.

- Να επικεντρώνουν την προσοχή τους στο ατομικό συμφέρον του παιδιού προκειμένου να χειριστούν μια περίπτωση και όχι να προασπίζονται το «γονεϊκό» συμφέρον ή οποιοδήποτε άλλο. Αυτό μπορεί να τους συμβεί και υποσυνείδητα γι' αυτό πρέπει να έχει αυτογνωσία και αντικειμενικότητα, να ελέγχουν την γραμμή τους σύμφωνα με ότι ωφελεί το παιδί.

Να προμελετούν τις πιθανότητες να επανακακοποιηθεί ένα παιδί και να λαμβάνουν ότι μέτρα μπορούν για τη αποφυγή της καθώς ν' αναπτύξουν ικανότητες στη διάγνωση των εγκληματικών ενεργειών εναντίον παιδιών που παρουσιάζονται με την μορφή ατυχήματος.

- Όπου έχουν την δυνατότητα να παρεμβαίνουν με άμεσες ενέργειες χωρίς αμέλεια ή ευθυνοφοβία. Ο κοιν. λειτουργός πρέπει να κινείται σ' όλα τα επίπεδα ποιότητας ζωής της οικογένειας (φυσικό περιβάλλον, κατοικία, εργασία κλπ).

- Να έρχονται σε συνεργασία με διάφορες ειδικότητες ατόμων που μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικότερα στην αντιμετώπιση κάθε σοβαρής περίπτωσης. Όταν έχουν κοντά τους άτομα ευαισθητοποιημένα, ως συνεργάτες, θ' αξιοποιήσουν καλύτερα τις ευκαιρίες που τους παρέχονται από εξωτερικές πηγές καθώς και τις δυνατότητες, που τους δίνει ο ρόλος τους, ν' ανταποκριθούν εποικοδομητικά στο πρόβλημα.

- Να κάνουν ενημερωτικές ομιλίες για την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων που εργάζονται στον ίδιο χώρο καθώς και των οικογενειών

κακοποιημένων –παραμελημένων παιδιών. Οι γονείς πρέπει να διαφωτιστούν για το πώς μια συστηματική κακομεταχείριση επηρεάζει και αναστέλλει τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και ποιες κατάλληλες προϋποθέσεις βοηθούν στην ομαλή ανάπτυξη. Διαφώτιση πρέπει να κάνουν όσον αφορά τον οικογενειακό προγραμματισμό.

- Να κάνουν προσπάθειες για τη δημιουργία κάποιου προγράμματος στο πλαίσιο εργασίας του με σκοπό προληπτικό π.χ. την προετοιμασία νέων ζευγαριών για το γονεϊκό ρόλο.

- Ιδιαίτερη σημασία να δώσουν ή /και να δίνουν στην οργάνωση παρακολούθησης των περιπτώσεων, που βγαίνουν από το πλαίσιο νοσηλείας τους.

- Να κάνουν εισηγήσεις και προτάσεις στη σφαίρα επιρροής τους, από το συνδυασμό ελληνικών στοιχείων και ξένων, από την ιδιότητά τους σαν κοιν. λειτουργών και την επαγγελματική εμπειρία του χώρου, που εργάζονται και άλλων χώρων, που τυχόν εργάστηκαν στο παρελθόν.

Απαραίτητη τέλος θα πρέπει να θεωρείται η συμμετοχή τους σε κρατικές ή ιδιωτικές οργανωμένες προσπάθειες. Ο ρόλος, άλλωστε, του κοιν. λειτουργού είναι και η οργάνωση, όπως ήδη ξέρουμε, ομάδων από γονείς, που παλαιότερα είχαν κακοποιήσει – παραμελήσει τα παιδιά τους, προκειμένου να τους οδηγήσουν σε μια προσωπική ισορροπία.

Οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, είναι συνήθως άτομα ανώριμα, καθηλωμένα σε πρώιμα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, μεγαλωμένα σε απορριπτικές, χαοτικές οικογένειες. Οι προσωπικές τους ανάγκες, μοιάζουν με 'κείνες των εφήβων σε σύγκρουση,

παρά με νέων γονιών γι' αυτό και προηγούνται από τις ανάγκες των παιδιών τους. Έτσι ο κοιν. λειτουργός πρέπει να μπορεί να υποκαταστήσει σ' αυτά τα άτομα το γονικό πρότυπο, όπως και άλλα πρόσωπα εξουσίας. Η κατάλληλη επίσης χρήση εξουσίας σε συνδυασμό με τη σταθερότητα της στάσης προς τους γονείς καλύπτει βαθιές συναισθηματικές ανάγκες των γονιών αυτών, ενώ συγχρόνως εξασφαλίζει τη συνεργασία.

Η ανάγκη για λύσεις άμεσες για το συμφέρον του παιδιού που κινδυνεύει, φέρνει συχνά σε σύγκρουση τον κοιν. λειτουργό γιατί βιώνει δύο αντίθετους ρόλους, που καλείται να παίξει, αυτόν του θεραπευτή και εκείνον του ανθρώπου που ασκεί εξουσία. Όμως μόνο η συνεχής εκπαίδευση και η εμπειρία μπορούν να βοηθήσουν τον κοιν. λειτουργό να ισορροπήσει και να συμφιλιωθεί με τη σύγκρουση αυτή.

### *2.3 Η ομάδα των «ειδικών»*

Η ομάδα αυτή, δεν μπορεί να δημιουργηθεί με μια διοικητική απόφαση. Έχει τη δική της οργανική ζωή και όπως συμβαίνει με το γάμο, που δεν δημιουργείται με την τελετή του γάμου, έτσι και η ομάδα δεν εξαρτάται από συγκεκριμένη διαδικασία (εθιμοτυπική) αλλά από ουσιαστική λειτουργία, που να της εξασφαλίζει ευοίωνη πορεία.

Για να αποτελέσει κανείς μέλος της διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να ζήσει μέσα σ' αυτή. «Η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει με επάρκεια όταν έχει αντιμετωπίσει 20 περίπου περιπτώσεις και έχει ζήσει μαζί 6 - 9 μήνες, όσο δηλ. χρειάζεται για μια φυσιολογική κύηση» (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 185)

Όταν οι περιπτώσεις της ομάδας πηγαινούν καλά, είναι ευχαριστημένη. Όταν υπάρχει πρόβλημα ή γίνεται κάποιο λάθος θα πρέπει να μοιράζονται τη λύπη και την ευθύνη.

«Στην πολιτεία του Colorado, από τις πιο ευαίσθητοποιημένες στο πρόβλημα της κακοποίησης, εφ' όσον εκεί έζησε και εργάστηκε ο Henry Kempe, ο νόμος προβλέπει ότι κάθε διοικητική περιοχή θα δημιουργεί αυτόματα μια διεπιστημονική ομάδα όταν φτάνει 50 παραπομπές ύποπτων περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών μέσα σ' ένα χρόνο.

Εφ' όσον ο νόμος προβλέπει για ύποπτες και όχι επίσημα διαγνωσμένες περιπτώσεις, κάθε περιοχή έχει τη δική της ομάδα». (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 185 – 186)

Στην Ελλάδα δεν συμβαίνει βεβαίως ακριβώς το ίδιο. Στη χώρα μας υπάρχουν και λειτουργούν διεπιστημονικές ομάδες στα πλαίσια της παιδικής προστασίας αλλά είναι όλες σχεδόν συγκεντρωμένες, ως συνήθως, στην πρωτεύουσα ενώ οι ελάχιστες που υπάρχουν στην Επαρχία έχουν μορφή δυαδική ή υπολειτουργούν.

Πολλές διεπιστημονικές ομάδες συνδέονται με υπηρεσίες ή μονάδες παιδικής προστασίας ή υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων, ενώ ένας σημαντικός αριθμό ανήκει σε γενικά ή Ειδικά Νοσοκομεία, που διαθέτουν παιδιατρικά κρεβάτια.

«Μια ομάδα μπορεί με επάρκεια να δέχεται 100 νέες παραπομπές το χρόνο, εφ' όσον όμως υπάρχει επαρκής υποδομή υπηρεσιών για την αποκατάσταση παιδιού και οικογένειας». (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 186)

Ο αριθμός των μελών της ομάδας εξαρτάται από την επάρκεια των επαγγελματιών στην περιοχή. Το μικρότερο μέγεθος είναι δύο επιστήμονες, που θέλουν να συνεργαστούν, συνήθως ένας κοιν. λειτουργός κι ένας γιατρός. Το μεγαλύτερο χρονικά σταθερό μέγεθος είναι δέκα μέλη. Η μικρότερη χρονική διάρκεια εργασίας είναι έξι μήνες αν και η ομάδα λειτουργεί πολύ καλύτερα με στελέχη, που έχουν πείρα πολλών ετών. Συνήθως τα πρώτα τρία μέλη περιγράφονται σαν «πυρήνας» της ομάδας και κατά κόρον είναι κοιν. λειτουργοί και παιδίατροι. «Στις ομάδες των Νοσοκομείων τα μέλη αυτά βλέπουν κατευθείαν τις περιπτώσεις. Τα μέλη τέσσερα ως οκτώ θεωρούνται σαν συμβουλευτικά μέλη. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 186)

Ο ρόλος του κάθε μέλους τώρα περιγράφεται πολύ ωραία και με λεπτομέρεια από τον Shmith, (1987, σελ. 186 – 187):

- **Ο κοινωνικός λειτουργός:** Είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση των προϋποθέσεων της παραμονής του παιδιού στην οικογένεια με ασφάλεια και για τις προτάσεις τρόπων θεραπευτικής προσέγγισης. Ο ψυχιατρικός κοιν. λειτουργός είναι ο πλέον κατάλληλος για το ρόλο αυτό.
- **Ο παιδίατρος :** Είναι το υπεύθυνο πρόσωπο για τη διάγνωση. Ιδανικά θα πρέπει να είναι παιδίατρος αλλά μπορεί να είναι και οικογενειακός γιατρός. Συνήθως έχει μερική απασχόληση στην ομάδα.
- **Ο συντονιστής:** Είναι ο άνθρωπος κλειδί στην ομάδα. Συντονίζει τους επαγγελματίες και τις οργανώσεις που έχουν αναμειχθεί σε μια περίπτωση.

- **Ψυχίατρος ή Ψυχολόγος:** Έχει κυρίως διαγνωστικό ρόλο. Χρειάζεται να έχει γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση ενηλίκων. Υποστηρίζει τους κοιν. λειτουργούς, που ασχολούνται με μακροχρόνια περιστατικά.
- **Δικηγόρος:** Είναι σκόπιμο να παρευρίσκεται στα συμβούλια της ομάδας. Σε ομάδες Νοσοκομείων συμμετέχει ο νομικός σύμβουλος του Νοσοκομείου εκτός αν έχει αποφασιστεί αλλιώς. Αν πρόκειται για εξωτερικό δικηγόρο, καλό είναι να εργάζεται στο δικαστήριο ανηλίκων.
- **Ειδικός στην ανάπτυξη:** Είναι ειδικευμένος στην εκτίμηση της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς των παιδιών. Μπορεί να είναι παιδοψυχίατρος ή ψυχολόγος για παιδιά ή παιδίατρος.
- **Αστυνομικός:** Σε μικρά μέρη μπορεί να είναι σταθερό πρόσωπο του τοπικού αστυνομικού τμήματος. Σε αστικές περιοχές μπορεί να προέρχεται από το τμήμα ανηλίκων της αστυνομίας.
- **Επισκέπτης υγείας:** Μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμος σε πολυμελείς οικογένειες ή νεαρά ανώριμα ζευγάρια με μικρά παιδιά. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης σε διοικητικά ή γεωγραφικά διαχωρισμένες περιοχές όπου μπορεί να επισκέπτεται οικογένειες σε «κίνδυνο».

Η παραπάνω λεπτομερέστατη αναφορά στην «ιδανική ομάδα» δεν θα πρέπει, βεβαίως, να απογοητεύσει τους επαγγελματίες, που βρίσκονται ήδη σε ομάδες αντιμετώπισης κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών και που με τα ελάχιστα μέσα που διαθέτουν, επιτυγχάνουν θετικά αποτελέσματα.

Είναι όμως απαραίτητη η σταδιακή ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων, σε όλα τα πλαίσια παιδικής προστασίας, κι αυτό γιατί είναι η αρχή για την ευαισθητοποίηση που θα συνεχιστεί με την ανάπτυξη προγραμμάτων σε κοινοτικό επίπεδο.



#### 2.4 Επαγγελματική φθορά

«Ο όρος «burn out» που μεταφράζεται σε «επαγγελματική εξάντληση» έχει επικρατήσει στον επιστημονικό χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών για να δηλώσει ένα συχνό φαινόμενο. Επαγγελματίες που επί τρία χρόνια δουλεύουν στην «πρώτη γραμμή», χωρίς τη δυνατότητα για εναλλακτική απασχόληση εξαντλούνται τόσο πολύ που υποφέρουν συναισθηματικά και δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες των οικογενειών αυτών». (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1987, σελ. 189)

«Στις χώρες όμως, όπου η επάρκεια θέσεων εργασίας είναι πραγματικότητα, οι επαγγελματίες ανανεώνονται με την εναλλακτική απασχόληση. Η αλλαγή αντικείμενου εργασίας τους βοηθά να μη λιμνάζουν επαγγελματικά, να ανανεώνονται συναισθηματικά κάνοντας λειτούργημα και όχι αγγαρεία.

Στην Ελλάδα δυστυχώς, η πολυτέλεια αυτή δεν ισχύει, τις περισσότερες φορές οι επαγγελματίες κοιν. λειτουργοί μένουν ξεχασμένοι στο πλαίσιο απ' όπου ξεκίνησαν την επαγγελματική τους δράση, έχοντας χάσει τη διάθεση για δράση. Κουρασμένοι και συναισθηματικά φορτισμένοι «παραιτούνται» από το πραγματικό αντικείμενο της δουλειάς τους και γίνονται απλοί διεκπεραιωτές προβλημάτων. Και όταν ακόμη αναζητούν την αλλαγή πλαισίου τότε αυτό ηχεί στ' αυτιά των ιθυνότων σας κάτι εξωπραγματικό και παράλογο.

Ένας δεύτερος λόγος επαγγελματικής φθοράς είναι η πίεση, να αναλαμβάνουν οι κοιν. λειτουργοί μεγαλύτερο, από την αντοχή τους αριθμό περιπτώσεων. Οι διοικήσεις υπηρεσιών και οι επόπτες πολλές φορές, δεν ξέρουν ή δεν θέλουν να καταλάβουν, ότι ένας κοιν. λειτουργός, που δουλεύει

με οικογένεια, με προβλήματα όπως της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών, δεν μπορεί να έχει «ανοιχτές» παραπάνω από 8 περιπτώσεις συγχρόνως, εάν υπολογίζουμε στην σωστή και με όλες τις λεπτομέρειες κοιν. εργασία.

Δεν μπορεί ένας κοιν. λειτουργός που δουλεύει «κατά κόρον» με άτομα καχύποπτα, εχθρικά και ψυχολογικά τραυματισμένα, να κάνει ποιοτική δουλειά, όταν ο αριθμός των ανθρώπων αυτών ξεπερνά τις επαγγελματικές του δυνατότητες.

Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει αν όχι η διοίκηση, τουλάχιστον οι επόπτες να αναλαμβάνουν και οι ίδιοι 1-2 περιπτώσεις προκειμένου, να μην χάνουν ποτέ την επαφή με την πραγματικότητα.

Σημαντική τέλος υποστήριξη σε εξαντλημένους και φθαρμένους επαγγελματίες, μπορεί να προσφέρει η ομάδα, όπως και η δυνατότητα που έχει ο φορέας να δώσει στο άτομο αυτό ευκαιρίες για μετεκπαίδευση ή περιοδική απασχόληση σε άλλο αντικείμενο». (Αγάθωνος, 1987, σελ. 190)

Συμπερασματικά λοιπόν, θα λέγαμε, ότι ο κοιν. λειτουργός αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο σε μια περίπτωση κακοποίησης-παραμέλησης.

Είναι αυτός που μπορεί με τις γνώσεις και τα προσόντα του, να βοηθήσει το παιδί και την οικογένεια να βρουν το δρόμο τους και μαζί με τους συναδέλφους του (ειδικούς) να προσφέρουν σε παιδί και οικογένεια, την καλύτερη δυνατή πορεία.

Αλλά, όλα αυτά, επιτυγχάνονται καλύτερα όταν οι ειδικοί, που ασχολούνται με το θέμα πέρα από τις γνώσεις, τα προσόντα και την πείρα, διαθέτουν και ψυχική δύναμη, κουράγιο και όρεξη να δώσουν ότι καλύτερο

μπορούν, χωρίς να πνίγονται, από το χείμαρρο της φθοράς, της εξάντλησης και της επαγγελματικής ρουτίνας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

**ΜΕΘΕΔΟΛΟΓΙΑ**

## **ΜΕΘΕΔΟΛΟΓΙΑ**

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η θεωρητική ανάλυση του προβλήματος της σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών και η συλλογή στοιχείων σχετικά με τους χειρισμούς και τρόπους αντιμετώπισης τους προβλήματος αυτού σε πρακτικό επίπεδο.

Οι πόλεις στις οποίες πραγματοποιήθηκε η έρευνα αυτή ήταν η Κέρκυρα, ο Βόλος και η Αθήνα.

Οι ειδικότητες στις οποίες απευθύνθηκε ήταν οι εξής:

- 1 Κοιν. Λειτουργός από το τμήμα Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της Κέρκυρας

- 1 Κοιν. Λειτουργός του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου της Κέρκυρας

- 1 Κοιν. Λειτουργός του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου του Βόλου

- 1 Κοιν. Λειτουργός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου

- 2 Κοιν. Λειτουργοί από τον Σύλλογο “Χαμόγελο του παιδιού”

- 1 Ψυχολόγος του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου

- 1 Σχολική ψυχολόγος (ιδιώτης) στην Αθήνα

- 1 Παιδίατρος του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βόλου

- 1 Εργοθεραπευτής από το “Κ.Ε. η χαρά”

Η προϋπηρεσία των παραπάνω Κοιν. Λειτουργών κυμαίνεται από 5-25 χρόνια.

Του ψυχολόγων από 5-20 χρόνια.

Του παιδιάτρου 20 χρόνια

Του εργοθεραπευτή 3 χρόνια

Ο σχεδιασμός των συνεντεύξεων διήρκησε συνολικά 2 ημέρες. Ο προγραμματισμός των συναντήσεων όπου έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας ολοκληρώθηκε στο διάστημα των 20 ημερών. Η επεξεργασία των πληροφοριών διήρκησε 3 ημέρες.

Ο χρόνος διάρκειας των συνεντεύξεων κυμάνθηκε από 40" έως 50".

Τέλος δεν παρουσιάστηκε καμία δυσκολία πριν, μετά ή κατά την διάρκεια της διεξαγωγής των συνεντεύξεων.

**ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ**

1. Πώς φτάνουν τα περιστατικά στην υπηρεσία;
2. Ποια είναι η πιθανή αιτιολογία κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών;
3. Ποια είναι τα σωματικά – συναισθηματικά χαρακτηριστικά των σωματικά κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών;
4. Είναι εύκολο για τα κακοποιημένα – παραμελημένα παιδιά να αναπτύξουν το αίσθημα της εμπιστοσύνης ως προς το περιβάλλον;
5. Ποια είναι η μεθοδολογία που ακολουθείτε σε τέτοια περιστατικά στην υπηρεσία σας;
6. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των γονέων (προφίλ) που κακοποιούν-παραμελούν τα παιδιά ;
7. Ποιοι είναι οι χειρισμοί σας στην περίπτωση που το παιδί συνεχίζει να ζει μέσα στην οικογένεια ή χρειαστεί να απομακρυνθεί από αυτήν;
8. Παραπομπές γίνονται από την υπηρεσία σας; Αν ναι πού;

**Παρακάτω αναγράφονται συνοπτικά οι συνεντεύξεις:**

**Συνέντευξη 1<sup>η</sup>**

*Κοινωνική Λειτουργός Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Κέρκυρας:*

Η κ. Β.Γ. απαντώντας στις ερωτήσεις, ανέφερε συνοπτικά τα εξής:

Τα περιστατικά κακοποίησης καταρχήν, στο Νοσοκομείο της Κέρκυρας είναι πολύ αραιά έως σπάνια, και οι γονείς είναι αυτοί που τα φέρνουν στο νοσοκομείο για λόγους υγείας και ιατρικής περίθαλψης.

Τα αίτια της κακοποίησης είναι : οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας (ανεργία, φτώχεια, κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις), καθώς και οι γονείς με κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως: πολύ νεαρή ηλικία, ανώριμη προσωπικότητα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, κακοποίηση των ίδιων στο παρελθόν.

Τα κακοποιημένα παιδιά δεν μπορούν ν' αναπτύξουν εύκολα εμπιστοσύνη προς το περιβάλλον τους και είναι συνήθως φοβισμένα, εξαρτώμενα παιδιά, με χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Τα σωματικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης είναι οι μώλωπες, τα κατάγματα, οι εξαρθρώσεις, τα τσιμπήματα, τα καψίματα, η ρήξη του χαμνού στα χείλη.

Όσον αφορά τη μεθοδολογία που ακολουθείται σε περιστατικά κακοποίησης, τα οποία βασίζονται μόνο σε υποψίες, διότι δεν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό, περιορίζεται σε συζητήσεις των κοινωνικών λειτουργών μεταξύ τους αλλά και με τον γιατρό και τον ψυχολόγο. Κάποιες



φορές γίνονται συναντήσεις με τους γονείς – θύτες, αλλά συνήθως τα περιστατικά παραπέμπονται στην επιμελήτρια ανηλίκων και στην Πρόνοια.

Οι χειρισμοί οι οποίοι αναφέρθηκαν απ' την κ. Β.Γ., σε περίπτωση απομάκρυνσης του παιδιού απ' την οικογένεια ή συνέχιση διαμονής του μαζί της, ήταν θεωρητικού επιπέδου, λόγω έλλειψης εμπειρίας. Ανέφερε ότι και στις δύο περιπτώσεις πρέπει να βοηθηθούν γονείς και παιδί, με την υποστήριξη και ενθάρρυνση του ειδικού, ώστε οι γονείς να μπορέσουν να σταθούν στα πόδια τους, να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση και να συνειδητοποιήσουν τον γονεϊκό τους ρόλο και το παιδί να μπορέσει να βρει την ψυχική του ηρεμία και την σωματική του υγεία.

## Συνέντευξη 2<sup>η</sup>

*Κοινωνική Λειτουργός τμήματος Πρόνοιας, Ν. Α. Κέρκυρας*

Η κ. Α.Κ., απαντώντας στις ίδιες ερωτήσεις, ανέφερε τα εξής:

Τα περιστατικά κακοποίησης στο τμήμα Πρόνοιας της Ν.Α. Κέρκυρας είναι σπάνια και συνήθως φτάνουν από το Νοσοκομείο αλλά και από μητέρες που καταγγέλλουν τους συζύγους τους για βιαιοπραγίες μέσα στην οικογένεια.

Τα αίτια της κακοποίησης είναι οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας (φτώχεια, ανέχεια) καθώς και γονείς οι οποίοι έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, πολύ νεαρή ηλικία, γονείς που δεν έχουν συνειδητοποιήσει το γονεϊκό τους ρόλο και έχουν κακοποιηθεί στο παρελθόν.

Τα παιδιά που κακοποιούνται, δύσκολα αναπτύσσουν εμπιστοσύνη προς τον κοινωνικό τους περίγυρο. Είναι φοβισμένα, εσωστρεφή ή επιθετικά, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και υποτάσσονται σε αυτό που τους συμβαίνει.

Τα σωματικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης είναι συνήθως οι μώλωπες και τα καψίματα. Μπορεί επίσης να υπάρχουν κατάγματα, που οι γονείς τα αποδίδουν σε πτώσεις κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού.

Όσον αφορά τη μεθοδολογία που ακολουθείται σε περιστατικά κακοποίησης, πραγματοποιείται έρευνα, ώστε να διαπιστωθεί αν όντως συμβαίνει κάτι τέτοιο μέσα στην οικογένεια.

Στη συνέχεια, αν η κατάσταση δεν είναι σοβαρή, πραγματοποιούνται κάποιες συναντήσεις και συζητήσεις με την οικογένεια, συμβουλευτικού και υποστηρικτικού χαρακτήρα.

Αν όμως τα πράγματα είναι σοβαρά συνήθως παραπέμπεται το περιστατικό στην επιμελήτρια ανηλίκων.

Σχετικά με τους χειρισμούς, σε περίπτωση παραμονής ή απομάκρυνσης του παιδιού απ' την οικογένεια, η κ. Α.Κ. ανέφερε πως και στις δύο περιπτώσεις βοηθούνται, γονείς και παιδί, ώστε να καλυτερέψουν τις ενδοοικογενειακές τους σχέσεις. Οι χειρισμοί όμως αυτοί είναι πολύ λεπτοί και απαιτείται μεγάλη δεξιοτεχνία απ' τον ειδικό, γι' αυτό σχεδόν πάντα, τα περιστατικά κακοποίησης παραπέμπονται, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στην επιμελήτρια ανηλίκων .

### **Συέντευξη 3**

*Παιδίατρος , Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου και αναπληρωτής,  
μέλος του συντονιστικού συμβουλίου Κακοποίησης – Παραμέλησης*

Ο κ. Κ.Α. απάντησε στις ερωτήσεις που του τέθηκαν ως εξής:

Τα περιστατικά φτάνουν στην Παιδιατρική Κλινική είτε έπειτα από εισαγγελική εντολή, είτε από την αστυνομία, είτε από το τμήμα εκτάκτων περιστατικών του Νοσοκομείου, είτε από συγγενείς κατ' εντολή κάποιας υπηρεσίας, είτε παρουσιάζεται ο ένας από τους δύο γονείς (συνήθως η μητέρα όπου γνωρίζει ότι ο πατέρας κακοποιεί κατ' επανάληψη το παιδί τους).

Η πιθανή αιτιολογία εισαγωγής είναι ένα κάταγμα, έγκαυμα, μώλωπες ή συμπτώματα κάποιας ασθένειας. Οι γονείς όταν ερωτηθούν από τους γιατρούς από τί προκλήθηκαν τα τραύματα εκείνοι προκειμένου να κρύψουν την πράξη κακοποίησης εκφέρουν διάφορες δικαιολογίες του τύπου, π.χ. έπεσε και χτύπησε, δεν ξέρω δεν ήμουν μπροστά στο περιστατικό κ.α. Οι παιδίατροι όμως εξετάζοντας το παιδί διαγνώνουν ότι δεν ήταν τυχαίο, ήταν μια περίπτωση κακοποίησης, επομένως το κάταγμα ή το έγκαυμα ήταν εσκημένο ή διαπιστώνουν κάτι διαφορετικό π.χ. μηνιγγίτιδα η οποία κρύβει εγκεφαλική αιμορραγία. Πριν την εισαγωγή το παιδί υποβάλλεται σε παρακλινικές εξετάσεις, έπειτα εισάγεται στην κλινική και ανάλογα με την διάγνωση υποβάλλεται και σε ακτινογραφικό έλεγχο. Αντιλαμβανόμενοι οι παιδίατροι μια κακοποίηση δίνουν παράταση στη νοσηλεία του παιδιού κάνοντας του σε καθημερινή βάση εξετάσεις έως ότου εντοπίσουν το πρόβλημα.

Ανάλογα όμως με το βαθμό και τη μορφή της κακοποίησης το περιστατικό πιθανόν να παραπεμφθεί και σε ειδικά εργαστήρια όπου τα παιδιά υποβάλλονται σε ειδικές μικροβιολογικές εξετάσεις.

Η παρακολούθηση των σωματικά κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών είναι εντατική. Αρκετές είναι οι φορές που οι παιδιατρικές κλινικές μετατρέπονται σε ξενώνες μέχρι να βρεθεί η “χρυσή τομή”. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στην πρώτη προσέγγιση παρίσταται όλη η διεπιστημονική ομάδα.

Τα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν συνήθως τα παιδιά που κακοποιούνται είναι απομόνωση, φόβο, απομάκρυνση από το περιβάλλον και έλλειψη ως προς τις δραστηριότητες. Η ανάπτυξη κοινωνικότητας δεν είναι και τόσο εύκολη ιδίως όταν η κακοποίηση είναι συστηματικά. Παρόλα αυτά οι παιδίατροι από τη μεριά τους τα προσεγγίζουν με τον τρόπο τους προκειμένου να τα κινητοποιήσουν. Από την άλλη οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά του προέρχονται από χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις εκείνων οι οποίοι στην παιδική τους ηλικία έχουν περάσει την ίδια εμπειρία. Πολλοί επίσης γονείς λόγω της πολύωρης εργασίας τους και ου ελάχιστου ελεύθερου χρόνου τους, κουρασμένοι σωματικά και συναισθηματικά ξεσπούν πάνω στα παιδιά τους. Άλλοι πάλι λόγω έλλειψη γνώσεως ως προς τις αντιδράσεις ενός μωρού το κακοποιούν ασυνείδητα π.χ. ταρακουνώντας ένα μωρό προκειμένου να σταματήσει να κλαίει του προκαλούν εγκεφαλικές διαταρές. Δεν παραλείπονται επίσης και οι γονείς που φτάνουν να κακοποιούν δικαιολογώντας την πράξη τους εις βάρος της ανάρμοστης συμπεριφοράς του παιδιού τους.

Όταν τα παιδιά συνεχίζουν να ζουν με τους γονείς τους μετά την εξαγωγή από το νοσοκομείο, ο παιδίατρος συστήνει στους γονείς και τον επισκέπτονται συχνά, για επανέλεγχο, σκοπεύοντας σε μια συνεχή επαφή μαζί του.

Το περιστατικό του κακοποιημένου παιδιού παραπέμπεται στην Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου πριν το εξιτήριο, για τη διερεύνηση του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του.

#### **Συέντευξη 4**

*Κοινωνική Λειτουργός, Κέντρο Ψυχικής Υγείας και μέλος του συντονιστικού συμβουλίου κακοποίησης – παραμέλησης*

Η κ. Σ.Ε. απαντώντας στις ερωτήσεις ανέφερε συνοπτικά τα εξής:

Οι παραπομπές στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας γίνονται κατά κύριο λόγο, από την αστυνομία, τη διεύθυνση πρόνοιας, και την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Δεν λείπουν όμως και οι περιπτώσεις όπου απευθύνονται από μόνοι τους οι γονείς μαζί με το κακοποιημένο – παραμελημένο παιδί τους για το λόγο ότι υπάρχει διάθεση απενεχοποίησης από το πρόβλημα.

Οι ειδικοί εφαρμόζοντας ένα θεωρητικό θεραπευτικό μοντέλο προσέγγισης, καθιστούν το Κέντρο Ψυχικής Υγείας ως τη πιο κατάλληλη υπηρεσία .

Η κάθε περίπτωση κακοποίησης είναι διαφορετική. Τα παιδιά που κακοποιούνται – παραμελούνται δεν εμφανίζουν για την Κοινωνική Λειτουργό, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με την θεωρία. Τα θύματα της κακοποίησης – παραμέλησης δεν είναι καθόλου ανέφικτο όμως να αναπτύξουν και κοινωνικότητα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί του κέντρου παίζουν βοηθητικό ρόλο ως προς την ανάπτυξη αισθήματος εμπιστοσύνης, αυτές που βοηθούν περισσότερο είναι οι συγκαιρίες της ζωής παρά ο ρόλος των ειδικών.

Όσον αφορά όμως τους γονείς που κακοποιούν – παραμελούν τα παιδιά τους, οι παράγοντες που τους ωθούν σ' αυτή τους την πράξη είναι κυρίως ψυχολογικοί και καθοριστικοί.

Η μέθοδος που ακολουθείται είναι η συστημική θεωρία της οικογένειας. Ο ειδικός επικοινωνεί τηλεφωνικά με τους ενδιαφερόμενους για τον καθορισμό της πρώτης συνάντησης, ενημερώνοντας τους επίσης ότι μπορούν να συμμετέχουν όποιοι θέλουν από την οικογένεια. Σ' αυτή την πρώτη συνάντηση γίνεται και η αξιολόγηση των μελών της οικογένειας. Στη συνέχεια συμφωνούν με τον θεραπευτή για το χρόνο επεξεργασίας του προβλήματος, συνήθως μια φορά στις δεκαπέντε ημέρες, με μέσο όρο δέκα συναντήσεων. Σκοπός της εργασίας είναι να εντοπίσει η κοινωνική λειτουργός τις άσχημες πλευρές της οικογένειας και της επικοινωνίας και να προταθούν από τους θύτες και τα θύματα φυσικά και από τον ειδικό άλλες καλύτερες.

Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου πρέπει το παιδί να απομακρυνθεί από την οικογένεια διότι κινδυνεύει η σωματική του ακεραιότητα και να φιλοξενηθεί σε κάποιο ίδρυμα όπου παρακολουθείται από ειδικούς που εμπλέκονται σε τέτοια είδους καταστάσεις. Στην προκείμενη περίπτωση η κοινωνική λειτουργός δουλεύει με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας για τη βελτίωση του κλίματος όταν γυρίσει το παιδί.

Όταν όμως απευθύνεται μια οικογένεια στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας με συγκεκριμένο αίτημα που δεν ανταποκρίνονται στις αρμοδιότητές του. Ο ειδικός συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες (κλινικές και κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου).



## **ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ 5<sup>η</sup> και 6<sup>η</sup>**

*Χαρά Δ. (Κοιν. Λειτουργός "Χαμόγελο του παιδιού")*

*Κατερίνα Σ. (Κοιν. Λειτουργός πρώην εργ. "Χαμόγελο του Παιδιού")*

Οι κυρίες Χαρά Δ., και Κατερίνα Σ. απαντώντας στις ερωτήσεις ανέφεραν τα εξής:

Τα περιστατικά στον οργανισμό φτάνουν κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας. Γίνονται επώνυμες ακόμη και ανώνυμες καταγγελίες, ξεκινούν οι έρευνες οι οποίες πραγματοποιούνται από την εταιρεία προστασίας ανηλίκων και οι Κοιν. Λειτουργοί της Πρόνοιας.

Η διαδικασία αυτή διαρκεί από μια εβδομάδα έως και έξι μήνες –κατά περίπτωση-.

Η καταγγελία μπορεί να γίνει ακόμη και από το ίδιο το παιδί (Βέβαια εδώ υπάρχουν και οι περιπτώσεις που το παιδί ψεύδεται για λόγους εκδίκησης χωρίς να υπάρχει το ενδεχόμενο σωμ. Κακοποίησης παραμέλησης). Τέλος υπάρχει η γραμμή SOS 1056.

Πιθανή αιτιολογία κακοποίησης των παιδιών αυτών είναι οι στόχοι των γονέων που δεν εκπληρώθηκαν ποτέ και θεώρησαν τα παιδιά ως αιτία. Το ότι δεν υπάρχουν όρια και σταθερές σχέσεις, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, το χαμηλό νοητικό επίπεδο και η ψυχική νόσος. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δεν είναι σταθμό.

Τα παιδιά αυτά χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια, απομονώνονται στον εαυτό τους, ξεσπούν σε κλάματα χωρίς αιτία, έχουν φοβίες και εφιάλτες, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν δένονται με τους γύρω τους παρά μόνο με τα άλλα παιδιά (σωματικά κατάγματα, μώλωπες, καψίματα).

Τα παιδιά αυτά δεν είναι εύκολο να αναπτύξουν εμπιστοσύνη προς τον περίγυρό τους το πρώτο χρονικό διάστημα πρέπει να αναπτυχθεί το αίσθημα της οικειότητας με τον χώρο και τα παιδιά και ύστερα με τους υπολοίπους.

Μέσο της ειδικότητας της Κοιν. Εργασίας στα παιδιά αυτά προσφέρετε, Κοιν. Εργ. με Άτομο, υποστηρικτική με σκοπό την ενίσχυση της αυτοεκτίμησής προσωπικότητας, μοναδικότητας, του κάθε παιδιού, αυτογνωσίας.

Στάνταρ χαρακτηριστικά γονέων δεν υπάρχουν παρά μόνο εάν και αυτοί ήταν κακοποιημένα παιδιά.

Στην περίπτωση που απομακρύνονται τα παιδιά από τους γονείς φιλοξενούνται στους ξενώνες της Νίκαιας και του Περιστερίου. Ο σύλλογος αναλαμβάνει όλες τις υποχρεώσεις που έχει ένα παιδί (ρουχισμός, φροντιστήρια, γυμναστήρια κ.τ.λ.) όπως επίσης και την κηδεμονία του και ακολουθείτε παρακολούθηση από το επιστημονικό προσωπικό.

Παραπομπές γίνονται από τον εισαγγελέα σε αντίστοιχους συλλόγους – ξενώνες ή σε ψυχιάτρους όταν η περίπτωση είναι σοβαρή.

## Συνέντευξη 7<sup>η</sup>

Ιωάννης Στ. (Εργοθεραπευτής Κ.Ε. «Η Χαρά»)

Ο κύριος Ιωάννης Σ. απαντώντας στις ερωτήσεις αναφέρει τα εξής:

Οι κατευθύνσεις δίνονται από τον ψυχολόγο και ξεκινά η παρακολούθηση της περίπτωσης μέσω του παιχνιδιού

Χρησιμοποιείτε:

- εκσφηνώσεις
- παζλ
- μεγέθη
- προσανατολισμός χώρου
- ενίσχυση αυτογνωσίας
- αντιληπτικό επίπεδο
- ψυχοκινητικό αισθητηριακό επίπεδο
- θυμητικό
- συγκεκριμένες λέξεις
- ήρεμος λόγος

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους:

Σωματικά: μώλωπες, καψίματα, κατάγματα

Συναισθηματικά: αμφιθυμικές αντιδράσεις, κλάματα άνευ λόγου, φοβίες εσωστρέφεια.

Για τους γονείς δεν υπάρχει κάτι το οποίο να τους χαρακτηρίζει παρά μόνο η αποτυχία τους συνδυασμένη με το παιδί.

Για έγκυρες απαντήσεις οι υπόλοιπες ερωτήσεις να απαντηθούν από άλλες ειδικότητες εξειδικευμένες.

**Συνέντευξη 8<sup>η</sup>**

Χρυσούλα Π (Σχολική Ψυχολόγος)

Η κ. Χρυσούλα Π. απαντώντας στις ερωτήσεις ανέφερε τα εξής:

Τα περιστατικά φτάνουν, στο γραφείο της συγκεκριμένης ψυχολόγου μέσω των εκπαιδευτικών.

Η πιθανή αιτία κακοποίησης αυτών των παιδιών είναι η αποτυχία των γονέων των επιθυμητών στόχων-σκοπών και προβάλλουν σαν αιτιολογία τα ίδια τα παιδιά. Η το γεγονός ότι οι ίδιοι οι γονείς ήταν κακοποιημένα παιδιά και συνεχίζετε ο φαύλος κύκλος της κακοποίησης.

Τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά των παιδιών αυτών (αναφορικά) είναι τα εξής: εσωστρέφεια, απομόνωση στον εαυτό τους, ξέσπασμα κλάματος άνευ λόγου, φοβίες, εφιάλτες, χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Τα σωματικά κατάγματα, μώλωπες, καψίματα.

Το αίσθημα εμπιστοσύνης για αυτά τα παιδιά και πολύ δύσκολο να αναπτυχθεί.

Η μεθοδολογία που ακολουθείτε είναι:

- Ατομικές – Θεραπευτικές συνεδρίες
- Tests
- Θεραπεία γονέων
- Ενίσχυση – προσωπικότητας
  - Αυτοεκτίμησης
  - Ορίων (θέτηση)
  - Εμπιστοσύνης
  - Διασφάλιση σχέσεων της οικογένειας

- Ενθάρρυνση / ενίσχυση δραστηριοτήτων για αυτονόμηση της καθημερινής ζωής
- Προαγωγή εκπαίδευσης

Οι γονείς δεν έχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά παρά μόνο αυτά που προκύπτουν από την πιθανή αιτιολογία κακοποίησης δηλ. είναι άτομα αποτυχημένα.

Παραπομπές γίνονται σε ιδιάζουσες περιπτώσεις, σε ψυχίατρο.

Όσον αφορά τους χειρισμούς εάν απομακρυνθούν τα παιδιά από το σπίτι δεν γνωρίζω. Γνωρίζω πάντως πως παράλληλα παρακολουθούνται και οι γονείς.

## **Συνέντευξη 9<sup>η</sup>**

*Κοινωνική Λειτουργός – Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου και αναπληρώτρια μέλος τους συντονιστικού συμβουλίου Κακοποίησης – Παραμέλησης*

Σύμφωνα με τα όσα ειπώθηκαν από την κ. Τ.Α., αναφέρονται τα εξής:

Τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία του νοσοκομείου είτε από το Τμήμα Εκτάκτων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) είτε από τις διάφορες κλινικές του νοσοκομείου. Οι παραπομπές γίνονται προκειμένου να δοθούν στο παιδί και στους γονείς του τρόποι θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι γονείς που κακοποιούν – παραμελούν τα παιδιά τους είναι συνήθως άτομα χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που έχουν κακοποιηθεί και αυτά στην παιδική τους ηλικία. Από την άλλη τα παιδιά-θύματα της βιαιότητας των γονιών τους παρουσιάζουν φοβίες, απόσυρση, μοναξιά, σωματικά συμπτώματα, αντικοινωνική συμπεριφορά, παραβατικότητα και έλλειψη κοινωνικότητας, η οποία μπορεί να αντιμετωπισθεί έπειτα από ψυχολογική στήριξη και για αρκετό καιρό.

Η κοινωνική λειτουργός στο νοσοκομείο εφαρμόζει τη μέθοδο Κοινωνική Εργασία με άτομο. Παίρνει συνέντευξη από το παιδί και από τους γονείς ξεχωριστά, για τη συλλογή πληροφοριών, βοηθητικών στην συμπλήρωση ενός πλήρη κοινωνικού ιστορικού.

Η αρχική εκτίμηση αξιολογείται κατά την πορεία της συνεργασίας με την οικογένεια και καταγράφεται.

Μετά την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο ενδέχεται να απομακρυνθεί από την οικογένεια του όταν δεν πληρή της κατάλληλες προϋποθέσεις ανάπτυξής του και κινδυνεύει η σωματική του ακεραιότητα και να φιλοξενηθεί σε ίδρυμα όπου θα του παρέχεται στήριξη από ειδικούς οι οποίοι θα του προσφέρουν εφόδια προκειμένου να αρχίσει να κοινωνικοποιείται. Αντίθετα εάν δεν απομακρυνθεί και συνεχίσει να ζει με τους γονείς του, παρακολουθείται συχνά από κοινωνικούς λειτουργούς.

Κοινωνική λειτουργός που εργάζεται σε ένα νοσοκομειακό πλαίσιο που καλύπτει μια μεγάλη γεωγραφική περιοχή, μετά την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο περιορίζεται σε 1-2 επισκέψεις στο σπίτι ώσπου να παραπέμψει την περίπτωση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας και στο Κέντρο Ερευνών για θέματα ισότητας.

## **Συνέντευξη 10η**

*Ψυχολόγος – Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου*

Η κ. Κ.Ε. απάντησε στις ερωτήσεις ως εξής:

Τα περιστατικά των σωματικών κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών φτάνουν στην ψυχολόγο έπειτα από παραπομπή της παιδιατρικής κλινικής, από ειδικούς άλλων υπηρεσιών ή είναι αίτημα κάποιου μέλους της οικογένειας. Οι ειδικοί που παραπέμπουν τα περιστατικά έχουν υπόνοιες κακοποίησης.

Τα σωματικός κακοποιημένα – παραμελημένα παιδιά παρουσιάζουν δυσκολία επικοινωνίας, απόσυρση, μεγάλη διεγερσιμότητα, διαταραχές συμπεριφοράς και μαθησιακά προβλήματα. Επίσης χαρακτηρίζονται από έλλειψη εμπιστοσύνης, καχυποψία στους ενήλικες και αδιαφορία για επαφή με ανθρώπους. Παρέχοντας στα παιδιά αυτά κατάλληλη βοήθεια μπορούν να καθιστούν ικανά για να αναπτύξουν κοινωνικότητα, εκτός εάν υπάρχει νοητική καθυστέρηση.

Η μέθοδος που εφαρμόζεται από την ψυχολόγο, αρχίζει από ψυχολογική εξέταση και εκτίμηση του παιδιού, έπειτα συνεργάζεται με το περιβάλλον που εμπλέκεται και τέλος εφαρμόζει τη μέθοδο της ατομικής ψυχοθεραπείας στο παιδί.

Η ειδικός ανάλογα το περιστατικό επιλέγει έναν έμμεσο τρόπο προσέγγισης, ενισχύοντας με θετικά στοιχεία την οικογένεια.

Συνήθως οι γονείς είναι άτομα με χαμηλό νοητικό επίπεδο (όχι καθυστέρηση), χαμηλό οικονομικό επίπεδο και χαμηλές δυνατότητες.



Τέλος, ανάλογα με τη διαγνωστική της εκτίμηση τα παιδιά μπορεί να παραπεμφθούν σε παιδοψυχιάτρους, σε ψυχιάτρους εντατικής παρακολούθησης και στην Πρόνοια.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ V**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κατόπιν συλλογής πληροφοριών από συγκεκριμένες ειδικότητες (Κοινωνικούς Λειτουργούς, Ψυχολόγους, Παιδίατρους, Εργοθεραπευτές) και επεξεργασία των πληροφοριών αυτών, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Τα περιστατικά φτάνουν στις υπηρεσίες από:

- τα τμήματα έκτακτων περιστατικών και άλλα τμήματα των Νοσοκομείων
- τα τμήματα Πρόνοιας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων
- καταγγελίες πολιτών και
- μέσω εισαγγελικών εντολών

2. Τα αίτια της κακοποίησης είναι:

- οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας (φτώχεια, ανεργία κ.α.)
- οι κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις
- οι γονείς με χαμηλό μορφωτικό και νοητικό επίπεδο, ανώριμη προσωπικότητα, πολύ νεαρή ηλικία
- οι γονείς που δεν έχουν συνειδητοποιήσει τον γονεϊκό τους ρόλο και τις απαιτήσεις του
- οι γονείς που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα και έχουν υποστεί και οι ίδιοι σωματική κακοποίηση στο παρελθόν

3. • Τα σωματικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης είναι:

- οι μώλωπες
- τα καψίματα
- τα κατάγματα

- η ρήξη του χαλινού (στα χείλη)
- οι εξαρθρώσεις
- οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Τα συναισθηματικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης είναι:
  - ο φόβος και γενικότερα οι φοβίες
  - οι διαταραχές του ύπνου
  - η μοναξιά
  - η εσωστρέφεια
  - η επιθετικότητα
  - η εξάρτηση
  - η παθητικότητα
  - η κατωτερότητα
  - η ανασφάλεια
  - η χαμηλή αυτοεκτίμηση
  - η έλλειψη εμπιστοσύνης προς το περιβάλλον

4. Τα σωματικώς κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά δεν μπορούν να αναπτύξουν εύκολα εμπιστοσύνη προς τον κοινωνικό τους περίγυρο. Αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία, διότι είναι φοβισμένα, ανασφαλή και εσωστρεφή.

5. Η μεθοδολογία που ακολουθείται σε τέτοιο είδους περιστατικά, διαφέρει από ειδικότητα σε ειδικότητα και από υπηρεσία σε υπηρεσία. Συνήθως όμως τα περιστατικά παραπέμπονται σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, που ασχολούνται με το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

6. Τα χαρακτηριστικά των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι:

- το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- ο χαμηλός δείκτης νοημοσύνης
- η πολύ νεαρή ηλικία
- η χαμηλή αυτοεκτίμηση
- τα ψυχολογικά προβλήματα

Επίσης :

- Οι γονείς που ζουν κάτω από άσχημες συνθήκες διαβίωσης (φτώχεια, ανεργία κ. α.)
- Οι γονείς που δεν έχουν συνειδητοποιήσει τις απαιτήσεις του γονεϊκού ρόλου και
- Οι γονείς που έχουν κακοποιηθεί και οι ίδιοι στο παρελθόν

7. Σε περίπτωση που το παιδί συνεχίσει να ζει μέσα στην οικογένεια, οι χειρισμοί του επαγγελματία περιορίζονται στον προγραμματισμό ορισμένων συναντήσεων με την οικογένεια, οι οποίες έχουν υποστηρικτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα. Με τον τρόπο αυτό ο επαγγελματίας προσπαθεί να βοηθήσει την οικογένεια να βελτιώσει τις ενδοοικογενειακές της σχέσεις.

Αν όμως έπειτα από έρευνα, διαπιστωθεί ότι το παιδί πρέπει να απομακρυνθεί από την οικογένεια για κάποιο διάστημα, ο επαγγελματίας στο διάστημα αυτό προσπαθεί να βοηθήσει τους γονείς, ώστε να αναθεωρήσουν και αναδομήσουν ορισμένες απόψεις, στάσεις και αντιδράσεις τους. Τους υποστηρίζει ηθικά, τους συμπαραστέκεται, του ενθαρρύνει και τους συμβουλεύει, βοηθώντας τους έτσι να σταθούν στα πόδια τους, να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους, να συνειδητοποιήσουν τον γονεϊκό τους ρόλο και να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του.

Το παιδί επίσης ενθαρρύνεται, υποστηρίζεται και γίνεται προσπάθεια για την αποκατάσταση της ψυχικής του ηρεμίας. Δίνεται μεγάλη σημασία επίσης στην διατροφή του, διότι συνήθως τα παιδιά αυτά είναι και παραμελημένα.

Όταν το παιδί επιστρέψει στην οικογένεια, συνεχίζονται οι επισκέψεις από τον ειδικό, μέχρις ότου κρίνει ότι η κατάσταση έχει βελτιωθεί ικανοποιητικά. Υπάρχει όμως και η περίπτωση η κατάσταση να μην βελτιωθεί και να κριθεί απαραίτητο να δοθεί το παιδί για υιοθεσία. Σ' αυτήν την περίπτωση θα πρέπει φυσικά, να υπάρχουν πολύ σοβαρά επιχειρήματα.

8. Κάθε υπηρεσία, ανάλογα με το αντικείμενο και τις δυνατότητες της, παραπέμπει ή όχι τα περιστατικά που φτάνουν σ' αυτήν. Οι παραπομπές γίνονται σε υπηρεσίες περισσότερο εξειδικευμένες στον τομέα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

### **6.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Φτάνοντας στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης, αποδεικνύεται ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη προστασίας των παιδιών που είναι θύματα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, γιατί είναι αδύναμα και δεν μπορούν να αμυνθούν, με αποτέλεσμα να τραυματίζονται για μικρό χρονικό διάστημα ή σε όλη τους τη ζωή.

Η απουσία τόσο της κρατικής όσο και της ιδιωτικής οργανωμένης προσπάθειας για την αντιμετώπιση του προβλήματος, καθιστά απαραίτητα την συσπείρωση και ένωση όλων των δυνάμεων, για την ουσιαστική παρουσία τόσο του κράτους όσο και της ιδιωτική πρωτοβουλίας.

Η κρατική μέριμνα, είναι ποιοτικά πολύ χαμηλή με περιορισμένα κρατικά κονδύλια, γεγονός που δυσκολεύει την ολοκληρωμένη μελέτη και τον προγραμματισμό καθώς και την λειτουργία των ήδη υπάρχουσων υπηρεσιών. Η θλιβερή αυτή πραγματικότητα είναι ένα κομμάτι μόνο από τις τεράστιες ελλείψεις στο χώρο της κοινωνικής Πρόνοιας για την ελληνική οικογένεια.

Τα σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν απροσάρμοστα, να στραφούν προς το έγκλημα, προς την αυτοκαταστροφή. Το συμπέρασμα αυτό αποδεικνύεται από την ραγδαία αύξηση της εγκληματικότητας.

Επίσης, τα παιδιά αυτά, μεγαλώνοντας, συνεχίζουν στην ίδια πορεία με τα δικά τους παιδιά και ο φαύλος κύκλος δεν τελειώνει, με αποτέλεσμα να χρειάζονται περισσότερες ειδικές υπηρεσίες και φυσικά το κοινωνικό κόστος της πολιτείας αυξάνεται. Αυτό γίνεται γιατί δεν έχει δοθεί η πρέπουσα σημασία στον τομέα της πρόληψης.



Οι προσπάθειες περιορίζονται στην εντόπιση και τον χειρισμό των κακοποιημένων – παραμελημένων παιδιών, με αποτέλεσμα να μην έχει αναπτυχθεί ο τομέας αυτός.

Οι αξίες, ο τρόπος ζωής και γενικότερα ολόκληρη η κοινωνία επηρεάζουν την συμπεριφορά του πολίτη και χειροτερεύουν ίσως το πρόβλημα. Η οικογένεια, το σχολείο, η ευρύτερη κοινωνία, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ), δεν βοηθούν ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση του προβλήματος, αλλά μαθαίνουν πολλές φορές στα παιδιά με διάφορους τρόπους, ότι για να επιζήσουν χρειάζονται τη βία.

Μερικοί από τους τρόπους αυτούς είναι για παράδειγμα, το ξύλο, γιατί δεν πήρε καλούς βαθμούς, το βρίσιμο, όταν δεν περνάει στις εξετάσεις, η επικρησία, όταν δεν φτάνει σε ό,τι θεωρείται επιτυχία.

Αλλά και όταν ακόμα η στάση των μεγάλων είναι άρτια προς το παιδί, αυτό μιμείται την στάση τους στο υπόλοιπο πλαίσιο ζωής, όπως για παράδειγμα σπρώξιμο ή βρίσιμο στα μέσα μαζικής συγκοινωνίας, ξυλοδαρμό όταν χάνει η ομάδα τους, σκοτωμοί για λόγους τιμής ή συμφερόντων κ.λ.π.

Επομένως υπάρχει βία στο σπίτι, ιδιωτική βία στους επαγγελματικούς χώρους, βία στην πολιτική, βία στους δρόμους, βία στις εφημερίδες και τα περιοδικά και βία στην τηλεόραση.

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ), εκτός από τις πολύ συχνές σκηνές βίας που παρουσιάζουν ακόμα και στα δελτία ειδήσεων, οι προσπάθειες τους για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους προβλημάτων, έχει φέρει ανά καιρούς τα αντίθετα αποτελέσματα. Και αυτό γιατί δεν περιορίζονται στην παρουσίαση του προβλήματος με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού και των αρμόδιων φορέων, αλλά υιοθετώντας

πολλές φορές τον ρόλο του ειδικού, ασχολούνται με συγκεκριμένες περιπτώσεις κακοποίησης, εκθέτοντας ονόματα, πρόσωπα και καταστάσεις.

Και εδώ δημιουργούνται τα εξής ερωτήματα:

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με τον τρόπο αυτό προσπαθούν να τονίσουν το μέγεθος του προβλήματος;

Να ευαισθητοποιήσουν και να παρακινήσουν το κοινό να αντιδράσει; ή αποβλέπουν τελικά στην αύξηση της τηλεθέασής τους εκμεταλλευόμενοι τον ανθρώπινο πόνο;

Το πρόβλημα παρουσιάζεται σχεδόν πάντα ιατροκεντρικό γιατί συγκινεί περισσότερο, όμως η σωματική κακοποίηση – παραμέληση δεν είναι μόνο ιατρικό πρόβλημα, διότι εκτός από τις σωματικές, επιφέρει και σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις στο παιδί, οι οποίες θα πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν.

Κλείνοντας πρέπει να τονιστεί η αναγκαιότητα ανάπτυξης του τομέα της παιδικής προστασίας, με την δημιουργία νέων προγραμμάτων και την στελέχωση του από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, ώστε το τεράστιο αυτό κοινωνικό πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης να αρχίσει να εξασθενεί και να φτάσει κάποια στιγμή στη λύση του.

## **6.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Βασική προϋπόθεση είναι η αναγνώριση του προβλήματος της παιδικής κακοποίησης από την πολιτεία και η θέληση για την αντιμετώπισή του, μέσω υιοθέτησης ανάλογων μέτρων κοινωνικής πολιτικής και οικονομικής πολιτικής με συνέπεια και ενδιαφέρον.

Οι προτάσεις και η όλη μελέτη είναι πολύ δύσκολο να παρουσιαστούν εκτεταμένα, διότι καλύπτουν έναν πού μεγάλο χώρο μελέτης.

### **ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ:**

α. Όσον αφορά την αντιμετώπιση και πρόληψη της κακοποίησης – παραμέλησης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), προτείνεται η ίδρυση ειδικών πλαισίων, σχετικά με την ψυχική υγεία, όπως: την ίδρυση κέντρων υγείας σε διάφορες περιοχές, κέντρων ψυχικής υγείας, ίδρυση ψυχιατρικού τομέα στα Γενικά Νοσοκομεία, ίδρυση Νοσοκομείων Παίδων και άλλων πλαισίων.

### **β. Εκπαίδευση των ειδικών:**

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος, κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση των ειδικών, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με μετεκπαιδευτικά σεμινάρια τα οποία θα οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Παιδείας για κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, επιμελητές ανηλίκων, δασκάλους, νηπιαγωγούς βρεφοκόμους κ.α.

Επίσης είναι επιτακτική ανάγκη η ιατρική εκπαίδευση να περιλαμβάνει τομείς ψυχικής υγείας και ψυχολογικής ανάπτυξης, όχι μόνο για την ευαισθητοποίηση, αλλά και για την αντιμετώπιση του «ασθενούς» και όχι της «αρρώστιες».

Η εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής προστασίας πρέπει να περιληφθεί και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες όπως: αστυνομία, εκπαιδευτικοί, δικαστικό σώμα, σωφρονιστικοί υπάλληλοι.

γ. Νέα προγράμματα παιδικής προστασίας:

Προτείνονται: Βρεφονηπιακές μονάδες κακοποίησης – παραμέλησης (κλειστή περίθαλψη), οικογενειακή μονάδα κακοποίησης – παραμέλησης, θεραπευτικά νηπιαγωγεία για παιδί κακοποιημένα- παραμελημένα, παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχολογικά προβλήματα, νομική υπηρεσία σε κάθε φορέα παιδική προστασία, διεπιστημονικές ομάδες κακοποίησης – παραμέλησης σε πλαίσια παιδικής προστασία, δημιουργία ομάδας αυτοβοήθειας.

Επίσης προτείνονται προγράμματα πρόληψης που θα έχουν σαν σκοπό την υποστήριξη της μητρότητας, την υποστήριξη της οικογένειας, τη βελτίωση της παιδικής προστασίας και με τη βοήθεια και καλή συμμετοχή διάφορων παραγόντων όπως της εκκλησία, της ενορίας, του σχολείου, του συλλόγου γονέων και κηδεμόνων κ.α., και με ομιλίες και συζητήσεις ενημερωτικές και μαζικές κινητοποιήσεις των φορέων της κοινότητας ή και της πόλης, να γίνουν όσο το δυνατόν περισσότεροι βρεφονηπιακοί σταθμοί, που θα μπορούν να εξυπηρετούν τις εργαζόμενες μητέρες, να αναπτυχθούν συμβουλευτικές υπηρεσίες στις μαιευτικές κλινικές, με ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό, ν' αναπτυχθεί ο θεσμός των οικογενειακών βοηθών, για βοήθεια της οικογένειας σε στιγμές δυσκολίας.

Όσον αφορά την πρόληψη, ένα ακόμα μέτρο που θα βοηθήσει, είναι η τοποθέτηση των Κοινωνικών Λειτουργών σε σχολεία, προκειμένου να

ερευνούν τις περιπτώσεις «προβληματικών» μαθητών και την πιθανότητα σοβαρών καταστάσεων στην οικογένεια τους.

### δ. Ενημέρωση του κοινού

Η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας της παιδικής και της ενήλικης ζωής, προληπτικής ιατρικής, κοινωνικής προστασίας, είναι πολύ σημαντική.

Μπορεί να υλοποιηθεί μέσα από προγράμματα των μέσων μαζικής ενημέρωσης (ΜΜΕ) και με ειδικότερα επιμορφωτικά προγράμματα σε μικρότερη κλίμακα .

Με προσπάθειες μέσα από την τοπική αυτοδιοίκηση, με σεμινάρια και άλλες εκδηλώσεις πρέπει να ευαισθητοποιηθεί ο πολίτης, να νιώσει δικό του το πρόβλημα και όχι σαν κάτι ξένο που δεν τον αφορά. Πρέπει η κοινότητα να δημιουργήσει κίνητρα, τα οποία θα παροτρύνουν τον γείτονα να καταγγείλει ένα περιστατικό κακοποίησης παιδιού, χωρίς να φοβάται πλέον.

ε. Τέλος, πρέπει να δημιουργηθούν νέοι θεσμοί της δικαιοσύνης και ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις που θα αφορούν το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης.

Όλες οι παραπάνω προτάσεις, αν μπορούσαν να γίνουν βίωμα όλων, αναμφισβήτητα η ταλαιπωρία και η «κακοποίησης» των επαγγελματιών αλλά και των ίδιων των παιδιών και των οικογενειών τους, χωρίς να εξαφανιστούν, θα ήταν πολύ μικρότερες και πολύ λιγότερο τραυματικές.

Πέρα και πάνω όμως από τις προτάσεις και τα μέτρα αντιμετώπισης που πολλοί μπορούν να υποδείξουν, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι όσα μέτρα και να παρθούν, δεν φτάνουν, εάν όλοι οι πολίτες ως άνθρωποι

δεν αλλάξουν νοοτροπία έναντι τέτοιων προβλημάτων και πάψουν να είναι αδρανείς.

Πρέπει να συμβάλλουν όλοι, ο καθένας με τον δικό του τρόπο, για να μπορέσει να φτάσει κάποτε το πρόβλημα στη λύση του, εκεί που δεν θα υπάρχουν πια παιδιά-θύματα της βαρβαρότητας και της εγκατάλειψης των μεγάλων και παιδιά που θα λιμνάζουν στα ιδρύματα.

Τέλος, θα πρέπει να καταλάβουν επιτέλους όλοι, ότι τα παιδιά δεν επιτρέπεται και δεν πρέπει να στέκονται μπροστά σε αδυφάγες κάμερες, αλλά μπροστά σε ικανούς ανθρώπους-επαγγελματίες που μπορούν πράγματι να προσφέρουν και να βοηθήσουν το κακοποιημένο και παραμελημένο παιδί, να μετατραπεί σε πολυαγαπημένο και ευτυχισμένο παιδί.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

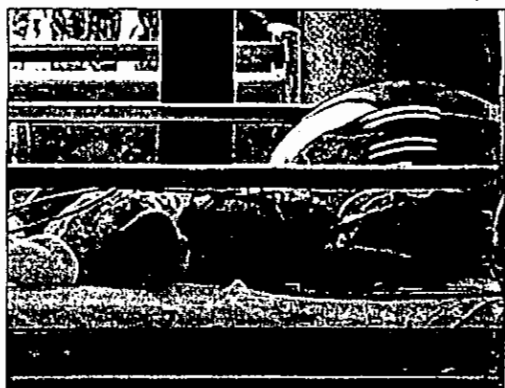




Η 25χρονη που άφησε στα σκουπίδια το νεογέννητο

# “Η απελπισία με οδήγησε να εγκαταλείψω το παιδί μου”

και σοκαρι-  
θηκε χθες, η  
η Νάνου, η ο-  
μετά τα Χρι-  
ατέλειψε γυ-  
νιτο, δίπλα σε  
ιδιών ένα υ-  
κι, που λίγα  
ε φέρει στη  
νιτο επέζη-  
γκαιρη επέμ-  
και των για-  
μικής κλινι-



Το νεογέννητο νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο Βόλου

*“Δεν ξέρω αν μπορώ να κρατήσω το παιδί. Δεν ξέρω αν είμαι έτοιμη” είπε χθες η Μαρία Νάνου και οι λόγοι που πρόεβαλε σε συνομιλία που είχε με τον πρόεδρο του Νοσοκομείου Βόλου, ήταν κυρίως οικονομικοί*



Η εγκατέλειψε το νεογέννητο ήταν το θέμα συζήτησης ανάμεσα στους κα-  
ταίκους της περιοχής

κονομικοί. Στους δημοσιογρά-  
φους το μόνο που είπε ήταν  
πως η απελπισία της την οδή-  
γησε σ' αυτή την απερίσκεπτη  
πράξη. “Εκείνη την ώρα δεν  
σκέφτηκα τίποτα. Τρόμαξα και  
δεν ξέρω που βρήκα το κουρά-  
γιο να κάνω ότι έκανα”.

Η Μαρία Νάνου ζήτησε ά-  
δεια χθες για να δει το παιδί  
της, και αμέσως μετά μίλησε με  
την κοινωνική λειτουργό του  
Νοσοκομείου, στην οποία είπε  
πως αισθάνεται σαν μητέρα  
παρά τα όσα έχουν συμβεί.

Η νεαρή γυναίκα, μπέμπη  
οίτηρ στο επάγγελμα, επί εννέα  
μήνες, έκρυψε την εγκυμοσύνη  
της ακόμη και από τους γονείς  
της με τους οποίους διέμενε  
στη συμβολή των αδών Παλαι-  
στίνης και Ξενοφώντος, φοβού-

μενη μην προδώσει την ταυτό-  
τητα του πατέρα του παιδιού  
της.

Η 25χρονη θα υποβληθεί  
σε ψυχιατρικές εξετάσεις, ενώ  
η πρώτη εντύπωση που δόθηκε  
στους γιατρούς είναι πως ζούσε  
σε ένα καταπιεστικό και αυ-  
στηρό γι' αυτήν περιβάλλον. Ο  
πατέρας της μέχρι και χθες δεν  
την είχε επισκεφθεί στο Νοσο-  
κομείο, ωστόσο με τα δύο α-  
δέλφια και τη μητέρα της συνο-  
μιλούσαν τόσο οι κοινωνικοί λει-  
τουργοί του Ιδρύματος, όσο και  
οι άνδρες της Ασφάλειας Βό-  
λου. Στην οικογένειά της, που  
δεν μπορεί να ξεπεράσει το  
σοκ, τέθηκε το ερώτημα αν θα  
δεχθεί να κρατήσει η άγαμη κό-  
ρη τους το νεογέννητο βρέφος.  
Στην περίπτωση που η από-

ντηση που δοθεί είναι αρνητι-  
κή, το αγοράκι θα μεταφερθεί  
στο ίδρυμα “Μπτέρα” προκει-  
μένου να ξεκινήσουν οι διαδι-  
κασίες της υιοθεσίας του.

Το Νοσοκομείο και οι υπη-  
ρεσίες του παρέχουν και θα πα-  
ρέχουν όση υποστήριξη χρειά-  
ζεται, αλλά το θέμα έχει και δι-  
κοαστικές παραμέτρους” είπε ο  
πρόεδρος του “Αχιλλοπούλει-  
ου” κ. Λουλούδας. Ο κ. Λουλού-  
δας σημείωσε πως η πρώτη ε-  
κτύπωση που αποκρίσαν οι  
γιατροί από την 25χρονη είναι  
ότι πρόκειται για μία γυναίκα  
που δεν έχει πλήρη συνείδηση  
των πράξεών της, και ότι πρό-  
κειται για άτομο με χαμηλό δεί-

κτη νοημοσύνης. Σύμφωνα με  
πληροφορίες, από την έρευνα  
που διεξάγει η Ασφάλεια Βό-  
λου, θεωρείται βέβαιο το γεγο-  
νός ότι οικογένεια της Μαρίας  
Νάνου αγνούσε την εγκυμο-  
σύνη της. Την 25χρονη επισκέ-  
φθηκε χθες στο Νοσοκομείο η  
γειτόνισσα και φίλη της που το  
πρωί της Τρίτης την μετέφερε  
στο Νοσοκομείο. “Δεν ήξερα  
ούτε για την εγκυμοσύνη της,  
ούτε για την ψυχολογική πίεση  
που περνούσε. Όμως τον τε-  
λευταίο καιρό είχε ένταση και  
νεύρα” είπε.

### Το ιστορικό

Το βράδυ των Χριστουγέν-  
νων η Μαρία Νάνου ένωσε έ-  
ντονους πόνους και σε ερώτη-  
ση της μητέρας της απάντησε  
πως επρόκειτο για μία απλή ε-  
νόκλιση. Την επόμενη ημέρα  
το πρωί γέννησε ένα υγιέστατο  
αγοράκι μόνη μέσα στο σπίτι  
της. Αιμόφυρτη και πανικοβλη-  
μένη, όπως είπε η ίδια, βγήκε  
από το σπίτι και άφησε το μω-  
ρό γυμνό σε διπλανό οικόπεδο  
μέσα σε σκουπίδια. Όταν έφτα-  
σε σπίτι της την περίμενε μία  
φίλη της που μόλις αντίκρισε  
το θέμα χωρίς να ζητήσει εξη-  
γήσεις οδήγησε την 25χρονη

στο Νοσοκομείο. Μόλις οι για-  
τροί εξέτασαν τη γυναίκα κα-  
τάλαβαν ότι λίγη ώρα πριν είχε  
γεννηθεί και αναζητήσαν το  
βρέφος. Η 25χρονη έδειξε να  
μην καταλαβαίνει τι της έλεγαν  
και αρνήθηκε ότι είχε γεννηθεί.  
Οι γιατροί επέμεναν και τελικά  
η 25χρονη τους αποκάλυψε τι  
είχε προηγηθεί. Αμέσως από το  
Νοσοκομείο του Βόλου έφυγε  
ένα ασθενοφόρο, για να φθάσει  
στο σπρειο, όπου βρισκονταν  
εγκαταλελειμμένο το νεογέν-  
νητο αγοράκι. Την ίδια στιγμή  
το Κέντρο Άμεσης Δράσης είχε  
δεχθεί ένα ανώνυμο τηλεφώνη-  
μα που μιλούσε για ένα εγκατα-  
λελειμμένο βρέφος στη συμβο-  
λή των αδών Παλαιστίνης και  
Ξενοφώντος. Μία μαία που έ-  
φθασε με το ασθενοφόρο στο  
σπρειο, βουρκωμένη, αλλά και  
σοκαρισμένη, πήρε το νεογέν-  
νητο αγοράκι στα χέρια της για  
να το μεταφέρει στο νοσοκο-  
μείο. Το νεογνό ήταν παγωμέ-  
νο, από το τσουχτερό κρύο, ενώ  
από το λυμένο ομφάλιο λώρο έ-  
χανε συνεχώς αίμα. Το αγοράκι  
που ζυγίζει τρία κιλά και τετρα-  
κόσια γραμμάρια είναι υγιέστα-  
το.

ΚΑΤ. ΤΑΣΣΟΠΟΥΛΟΥ

## Σήμερα θα καταθέσει η 25χρονη

για έκθεση ατόμου που χρήζει βοήθειας και  
μαρτυρεί η Ασφάλεια Βόλου εις βάρος της 25χρο-  
νου που την δεύτερη ημέρα των Χριστουγέννων,  
δίπλα σε σωρούς σκουπιδιών το αγοράκι της, που  
είχε φέρει στον κόσμο. Η δικογραφία θ' αποστα-  
γέλε, ο οποίος θα αποφασίσει για τα επακόλου-

ταθεί, καθώς λόγω της εγκυμοσύνης, υπήρξε διατάραξη των  
πνευματικών και ψυχικών λειτουργιών της, σύμπτωμα που ε-  
ντοπίζονται αμέσως μετά τον τοκετό.

Η Μαρία Νάνου θα υποβληθεί σε ψυχιατρικές  
εξετάσεις. Στην 25χρονη παρέχεται υποστήριξη από κοινωνική  
λειτουργό και ψυχολόγο του Νοσοκομείου Βόλου, ωστόσο μέχρι  
και χθες η ίδια δεν έβλεπε να δώσει εξηγήσεις για την πράξη  
της.

Στο μεταξύ, καταθέσεις λαμβάνονται από τους συγγενείς της  
25χρονης, οι οποίοι δηλώνουν άγνοια για την εγκυμοσύνη της.

μένεται να καταθέσει στους αξιωματικούς του  
Ασφάλειας Βόλου η 25χρονη. Οι γιατροί που εξέτα-  
σαν την 25χρονη έκριναν ότι χθες δεν ήταν σε θέση να κα-

# Προκαταρκτική για το μωράκι

## Που βρίσκεται εγκαταλειμμένο στο Νοσοκομείο

**Τ**ην διενέργεια κατ'επίγευσας προκαταρκτικής εξέτασης, προκειμένου να αποκαλυφθεί η μητέρα του μωρού που βρίσκεται εγκαταλειμμένο εδώ και είκοσι ημέρες στο Νοσοκομείο Βόλου, ήλθε η διευθύνουσα την Ξισαγγελία Βόλου, Ξισαγγελέας Πρωτοδικών Ελένη Ρ. Μετσοβίτου-Φλουρή, μετά το δημοσιεύμα της "ΠΡΩΤΗΣ". Οι πληροφορίες αναφέρουν ότι η μητέρα είναι αλλοδαπή που ζούσε και εργαζόταν στον Αλμυρό. Σημειώνεται ότι ήδη το θέμα πήρε πανελλήνιες διαστάσεις....

Σύμφωνα με το χθεσινό δημοσιεύμα της "ΠΡΩΤΗΣ" η ιστορία ξεκινά τον περασμένο Ιούνιο όταν μια νεαρή γυναίκα πήγε στο Νοσοκομείο του Βόλου για να γεννήσει. Το αγοράκι που έφερε στον κόσμο πάσχει από σοβαρή ασθένεια και χρειάστηκε λίγο αργότερα να μεταφερθεί στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο όπου του έγινε εγχείρηση και τελικά πριν είκοσι περίπου ημέρες μεταφέρθηκε στο Νοσοκομείο Βόλου για

νοσηλεία.

Από εκείνη τη στιγμή όμως η μητέρα του το εγκατέλειψε και τους μόνους προστάτες που έχει είναι το προσωπικό του Νοσοκομείου, οι κοινωνικοί λειτουργοί και κάποιοι γονείς που τα παιδιά τους νοσηλεύονται στην Παιδιατρική, οι οποίοι προσέφεραν τελικά την αγάπη, τη φροντίδα και τη ζεστασιά που χρειάζεται ένα βρέφος. Οι ίδιοι άνθρωποι είναι αυτοί που προσπαθούν για το καλύτερο. Για τη στέγαση, τη σίτιση και την αποκατάστασή του. Είναι οι άνθρωποι που αντιθέτως από τη

μητέρα του, αγωνιούν από την πρώτη στιγμή για το μέλλον του.

Αναφερόμενη στο περιστατικό, η κοινωνική λειτουργός κ. Ελευθερία Καρασμάνογλου ανέφερε ότι όντως υπάρχει ένα βρέφος στην Παιδιατρική Κλινική του νοσοκομείου, από

τη δεύτερη ημέρα των Χριστουγέννων, ένα παιδί με ειδικές ανάγκες. Σημειώνεται ότι τέσσερις οικογένειες, ενδιαφέρθηκαν για να υιοθετήσουν το μικρό αγοράκι, αλλά όταν διαπίστωσαν ότι έχει πρόβλημα, δεν προχώρησαν σε παραπέρα ενέργειες.



**ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ  
ΘΥΜΑΤΩΝ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

**ΕΑΝ ΚΤΥΠΑΤΕ ΤΗ/ΤΟ  
ΣΥΝΤΡΟΦΟ, ΣΥΖΥΓΟ  
Η ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ...**

**ΔΕΝ ΕΙΣΤΕ ΜΟΝΟΙ  
ΜΗ ΔΙΣΤΑΣΕΤΕ ΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΗΣΕΤΕ ΜΕ ΤΟ  
ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ.  
ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΚΑΙ ΑΞΙΖΕΙ ΝΑ ΑΛΛΑΞΕΤΕ  
ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΒΟΗΘΕΙΑ.**

**ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΗΘΗΚΕ ΓΙ' ΑΥΤΟ ΤΟ ΣΚΟΠΟ  
ΤΗΛ. 1440**



## ΓΑΛΗΘΕΙΣ

- Προάττετε κάτι που κατά τον κόσμο είναι έγκλημα και μπορεί να τιμωρηθεί.
- Η Βία και η επιθετικότητα είναι προβλήματα πολλών ανθρώπων.

## ΒΙΑ

- Καλλιεργεί εχθρότητα και θυμό.
- Οδηγεί στην εκδίκηση και αντεκδίκηση.
- Δημιουργεί καινούργια προβλήματα.
- Είναι παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- Σταματά την επικοινωνία.
- Οδηγεί στο να χάσετε την αγάπη και την εκτίμηση των άλλων.
- Μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στα παιδιά σας.
- Γίνεστε το παράδειγμα της επιθετικότητας στα παιδιά σας.

Αν σταματήσετε να χτυπάτε θα μπορέσετε να βρείτε καλύτερους τρόπους να λύετε τα προβλήματά σας.

## ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

- Δεχτείτε την ευθύνη για αυτή τη συμπεριφορά.
- Ανακαλύψτε τα συναισθήματα που κρύβονται πίσω από το θυμό σας και εκφράστε τα.
- Αποφασίστε τι μπορείτε να κάνετε γι' αυτά τα συναισθήματα.
- Προβληματιστείτε για τους σεξιστικούς στερεότυπους ρόλους, πιστεύω και συμπεριφορά.
- Μάθετε να ακούτε.
- Εκφράστε τα δικά σας συναισθήματα.
- Συμβιβαστείτε.
- Αποσυρθείτε από μια κατάσταση μέχρι που να υποχωρήσει ο θυμός.
- Προσπαθήστε να αναπτύξετε θετική επικοινωνία με τη/το σύντροφό σας.
- Αναπτύξτε αυτοέλεγχο.
- Επικοινωνήστε με το ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ.



ΠΡΟΛΗΨΗ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΤΗΣ ΒΙΑΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

ΥΠΟΛΟΙΠΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΟΠΟΙΗΣΗΣ = ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Κα. Πα

ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ (ΕΚΠΟΛ)

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΚΑΤΑ Ν. Α. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

Το Συντονιστικό Συμβούλιο

Προστασίας Κακοποιημένων

και Παραμελημένων Ατόμων

Ν. Μαγνησίας έχει ενταχθεί

ως ανεξάρτητη και αυτόνομη

επιτροπή στην ΕΚΠΟΛ.

Σκόπός του συμβουλίου Κα.Πα

είναι η άμεση και ουσιαστική

παρέμβαση, για την επίλυση

προβλημάτων που αφορούν

κακοποιημένα άτομα,

κυρίως γυναίκες και παιδιά

καθώς και η επέμβαση για

την προστασία τους.

Παράλληλα, λειτουργεί

σαν ένας φορέας στήριξης

και συνεχούς ενημέρωσης

εκπαίδευσης των επαγγελματιών

που αντιμετωπίζουν

άμεσα περιστατικά Κα.Πα.

## Χειρουργείο Συμβουλίου Κα.Πα.είναι

Ο συντονισμός των ενεργειών  
έγκαιρης παρέμβασης από τους  
εμπλεκόμενους φορείς και υπηρεσίες  
σε περιπτώσεις Κα.Πα.

Η δημιουργία ενός συστήματος  
καταγραφής των περιπτώσεων Κα.Πα.

Η διοργάνωση σεμιναρίων για  
ενημέρωση και ευαισθητοποίηση  
εκπαιδευτικών αστυνομικών και άλλων  
ειδικοτήτων.

Η εκπαίδευση επαγγελματιών και  
επισημόνων μελών του Συμβουλίου  
Κα.Πα σε μεθόδους πρόληψης και  
χειρισμού περιστατικών βίας στο  
οικογενειακό περιβάλλον.

Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση  
των πολιτών, καθώς και η συνεργασία  
του Κα.Πα με τα Μ.Μ.Ε.,

το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,  
με τους φορείς

Πολιτικής Αυτοδιοίκησης, Εισαγγελία,  
Αστυνομικά Τμήματα, Εκκλησία,  
Χολαία, κ.ά.

## Υπηρεσίες που επιμελούνται

- Δημοτικός Οργανισμός Υγείας και Κοινωνικών θεμάτων Βόλου (ΔΟΥΚ)
- Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Παρέμβασης και Υγείας Ν. Ιωνίας (ΔΟΚΠΥ)
- Νοσοκομείο Βόλου (Κοινωνική Υπηρεσία Παιδιατρική - Παθολογική - Χειρουργική - Γυναικολογική)
- Κέντρο Ψυχικής Υγείας
- Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων Δικαστηρίων Βόλου
- Δ/ση Κοινωνικής Πρόνοιας Ν. Α. Μαγνησίας
- Αστυνομική Δ/ση Μαγνησίας
- Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας
- Δικηγορικός Σύλλογος Βόλου
- Ιατρικός Σύλλογος Βόλου

**Από τα μέλη του Κα.Πα  
έχει εκλεγεί πενταμελής  
Γραμματεία  
η οποία βρίσκεται πάντα  
στη διάθεση Φορέων και πολιτών  
για συντονισμό ενεργειών έγκαιρης  
παρέμβασης**

## α συντονισμένη προσπάθεια για τη λύση της βίας στην οικογένεια

Ο στόχος όλων των ενεργειών του Συμβουλίου Κά.Πα. είναι η ενίσχυση του δικτύου αυτού των φορέων, για μια προσέγγιση πιο συντονισμένη και ανοικτή στην κοινότητα, για τον περιορισμό των συνεπειών αλλά και των κρουσμάτων οικογενειακής βίας.

Οι παρεμβάσεις του συμβουλίου Κα.Πα. απευθύνονται σε όλα τα είδη οικογενειακής βίας όπως:

**κακοποίηση και παραμέληση παιδιών**

**βουαιική κακοποίηση παιδιών**

**οικιακή κακοποίηση**

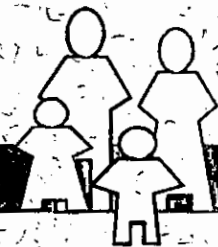
**μετάλλευση παιδιών**

**κακοποίηση σωματικά ή νοητικά / ψυχολογικών ατόμων και ηλικιωμένων.**

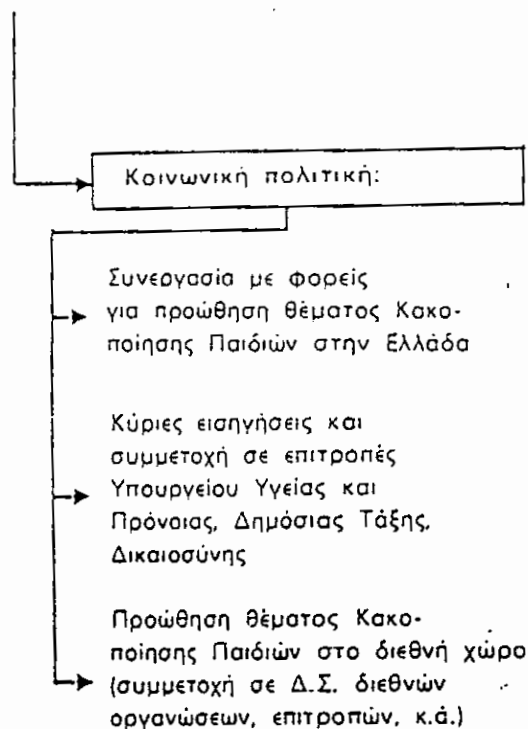
Το Συμβούλιο Κα.Πα. θεωρεί απαραίτητη την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών, ώστε να γνωρίζουν το φαινόμενο Κα.Πα. και να ζητούν την παρέμβαση του δικτύου των υπηρεσιών ή φορέων βίας - Πρόνοιας - Δικαιοσύνης για τη βέλπεια αντιμετώπιση του προβλήματος.

## Γραμματεία Συμβουλίου Κα.Πα

- 1. Ζούμπου Βάσω**  
Ψυχίατρος  
Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου, τηλ.: 32431
- 2. Κορώνα Σταυρούλα**  
Επιμελήτρια Ανηλίκων - Κοινωνική λειτουργός  
Δικαστήριό Ανηλίκων Βόλου - τηλ.: 72651
- 3. Μεριδής Θεόφιλος**  
Παιδίατρος  
Γ. Ν. Νοσοκομείου Βόλου, τηλ.: 27531
- 4. Συμπόνη Ευτυχία**  
Κοινωνική Λειτουργός  
Κέντρου Ψυχικής Υγείας Βόλου, τηλ.: 32431
- 5. Χρυσοβελώνη Μαρίνα**  
Δικηγόρος  
Τηλ.: 23897



Η έκδοση του εντύπου  
χρηματοδοτήθηκε από  
το Δικηγορικό Σύλλογο Βόλου



## Ερευνητικό έργο

### Α. Πρόγραμμα «Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών στην Ελληνική Οικογένεια» (1979-1981)

Το ερευνητικό έργο του προγράμματος ΚαΠα τα χρόνια αυτά αποτελέσθηκε από δύο κύρια ερευνητικά προγράμματα που χρηματοδοτήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από το 1979 ως το 1983. Οι δραστηριότητες αυτές εξακολουθούν να χρηματοδοτούνται ως σήμερα σαν παραχή εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα (ΚαΠα Α'), που κάλυψε τα έτη 1979-1980-1981 περιγράφεται στην περίληψη του ερευνητικού πρωτοκόλλου που παρουσιάζεται παρακάτω. Η ερευνητική ομάδα είχε την ακόλουθη σύνθεση:

Κύριος ερευνητής:

*Ελένη Αγάθωνος-Γεωργοπούλου*, Κοινωνική Λειτουργός - Ψυχολόγος

Συνερευνητές:

*Νέλα Σταθακοπούλου*, Κοινωνική Λειτουργός - Ψυχολόγος

*Σίνα Νάκου*, Παιδίατρος

*Ελένη Βαλάσση-Αδόμ*, Παιδίατρος

*Άννα Κοκκέβη*, Ψυχολόγος

*Γιάννης Τσιάντης*, Παιδοψυχίατρος

*Παναγιώτης Σαλκιτζόγλου*, Δικηγόρος

#### 1. Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι:



1. Να αποδειχθεί ότι υπάρχουν παιδιά που κακοποιούνται και παραμελούνται στην Ελλάδα. Η πιλοτική μελέτη έπεισε εν μέρει γι' αυτό, ενώ αναζητείται η αναλογία των παιδιών αυτών σε σύγκριση με το σύνολο των εισαγωγών στο νοσοκομείο, ώστε να θεωρηθεί το σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού ως «νόσος» και όχι σαν σποραδικά περιστατικά.
2. Να μελετηθεί ποιά παιδιά κακοποιούνται και παραμελούνται, με βάση στοιχεία όπως: ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υγεία κ.λπ.
3. Να μελετηθεί ποιοί γονείς κακοποιούν και ποιοί παραμελούν, αν υπάρχουν δηλαδή διαφορετικά χαρακτηριστικά, όχι μόνο με τις «φυσιολογικές» οικογένειες αλλά και μεταξύ των δύο αυτών κατηγοριών.
4. Να εντοπισθούν προβλήματα και να απαντηθούν ερωτήματα που αφορούν την αποκατάσταση οικογενειών και παιδιών.

*α) Νομική πλευρά*

Ερωτήματα που επιθυμούμε να απαντηθούν είναι:

- Πόσα περιστατικά προωθούνται στη διαδικασία της δικαιοσύνης από μόνα τους;
- Πόσα και πότε πρέπει να παραπεμφθούν στη δικαιοσύνη από τους επαγγελματίες;
- Τι είδους προβλήματα δημιουργούνται από την εφαρμογή των υπαρχόντων νόμων;
- Υπάρχει νομική κάλυψη για τα συμφέροντα του παιδιού ή όχι, κι αν ναι, πώς χρησιμοποιείται;

Η παραπομπή όσων περιπτώσεων χρειάζεται να παραπεμφθούν στη δικαιοσύνη θα συντείνει ώστε να συλλεγεί επαρκές νομικό υλικό με σκοπό προτάσεις για την τροποποίηση της νομοθεσίας.

*β) Παιδική προστασία*

Κύρια θέματα προς διερεύνηση είναι:

- Πόσα παιδιά χρειάζεται να απομακρυνθούν σε μόνιμη βάση από την οικογένεια και πού συνήθως πάνε; Αναζήτηση δυσκολιών στις διάφορες ηλικίες παιδιών.
- Αντιμέτωπιση περιόδων κρίσης-προβλήματα. Παρατηρείται αναγκαιός αποχωρισμός παιδιών από οικογένεια γιατί δεν υπάρχει κατάλληλη κάλυψη για μητέρα και παιδί μαζί;
- Προβλήματα στην ημερήσια απασχόληση-κάλυψη παιδιών (βρεφονηπιακοί σταθμοί, ειδικά σχολεία, κ.λπ.).

5. Το σύνολο των περιπτώσεων θα χωριστεί σε:

- α) Ομάδα εντατικής παρακολούθησης.
- β) Ομάδα κανονικής διεκπεραίωσης.

Στην ομάδα α' θα γίνει ειδική παρέμβαση (συμβουλευτική, ιδιαίτερες προσπάθειες για αποκατάσταση, ομάδα μητέρων, νομική κάλυψη). Στην ομάδα β' εκτός από την αξιολόγηση από την επιστημονική ομάδα, δεν θα γίνει παρέμβαση παρά θα ακολουθηθεί η διαδικασία που γινόταν ως τώρα, δηλαδή θα παραπέμπονται στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου αν το παιδί νοσηλεύθηκε στο «Αγία Σοφία» ή στην κοινωνική οργάνωση που το παρέπεμψε (ηθικό δίλημμα;).

Θα υπάρξει ομάδα ελέγχου από παιδιά που εισήχθησαν στο νοσοκομείο για άλλα προβλήματα και τις οικογένειές τους.

6. Θεραπευτική παρέμβαση διάρκειας ως δύο χρόνια.

- α) Καταγραφή εξέλιξης των προβλημάτων παιδιού και οικογένειας στο τέλος του 1ου έτους μετά την παραπομπή.
- β) Σύγκριση με δείγμα εντατικής παρακολούθησης και με ομάδα κανονικής διεκπεραίωσης.

## 2. Μέθοδος

1. Επαφή με όλες τις κλινικές του «Αγία Σοφία» και τους παιδίατρος των εξωτερικών ιατρείων για να εξηγηθεί η διαδικασία της έρευνας και να δοθούν γραπτές οδηγίες. Επαφή με άλλα κέντρα παραπομπών.
2. Ορισμός των διαφόρων μορφών κακοποίησης-παραμέλησης.
3. Καθορισμός αρμοδιοτήτων κάθε ερευνητή.
4. Προετοιμασία ερωτηματολογίων.
5. Προσδιορισμός και επιλογή δείγματος κυρίως έρευνας και ομάδας ελέγχου.
6. Συλλογή όλων των στοιχείων (υπεύθυνος ερευνητής).
7. Διεπιστημονικό συμβούλιο.
8. Παρακολούθηση  $\begin{cases} \text{δείγμα εντατικής παρακολούθησης} \\ \text{δείγμα κανονικής διεκπεραίωσης} \end{cases}$
9. Αποτελέσματα.

## 3. Κριτήρια για εισαγωγή παιδιού στο Ερευνητικό Πρόγραμμα

1. Ηλικία παιδιού: 0-10' χρόνων.
2. Η κλινική περιγραφή θα περιλαμβάνεται στις κατηγορίες του ορισμού «ΚαΠα».
3. Θα περιληφθούν όλες οι παραπομπές από Αθήνα και επαρχία (τα

παιδιά της επαρχίας θα αποκλεισθούν από την ομάδα εντατικής παρακολούθησης για πρακτικούς λόγους).

#### 4. Υποθέσεις

1. Το ποσοστό των κακοποιημένων παιδιών στην Ελλάδα είναι ανάλογο με εκείνο άλλων χωρών όπου πρωτοερευνάται το πρόβλημα με κριτήριο το ποσοστό επί των εισαγωγών.
2. Τα παιδιά θα έχουν τα χαρακτηριστικά που έχουν προσδιορισθεί από άλλες έρευνες αλλά με τη διαφορά ότι περισσότερα αγόρια κακοποιούνται στην Ελλάδα (σχέση με μεγαλύτερες προσδοκίες από τα αγόρια).
3. Οι οικογένειες του ερευνητικού δείγματος θα διαφέρουν από τις οικογένειες του δείγματος ελέγχου ως προς βασικά δημογραφικά στοιχεία και επίπεδα οικογενειακής λειτουργικότητας. Θα διαφέρουν όμως ιδιαίτερα στις στάσεις τους σχετικά με την «ανατροφή» και την «πειθαρχία» των παιδιών τους. Ιδιαίτερα οι γονείς που κακοποιούν-παραμελούν θα έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από τα αγόρια.
4. Θα υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα στον ελληνικό χώρο από:
  - α) έλλειψη ευαισθητοποίησης γιατρών
  - β) προβληματική αποκατάστασή στο χώρο της παιδικής προστασίας
  - γ) ανεπαρκή νομοθεσία και ατελή χρήση αυτής που ήδη υπάρχει.

Μετά την ανάληψη των πρώτων περιπτώσεων της παραπάνω έρευνας διαπιστώθηκε ότι ήταν αδύνατος για δεοντολογικούς λόγους ο διαχωρισμός του δείγματος σε ομάδα εντατικής παρακολούθησης και ομάδα κανονικής διεκπεραίωσης. Κι αυτό, επειδή αποδείχθηκε ότι κανένας φορέας παιδικής προστασίας δεν διέθετε την επαρκή υποδομή που θα επέτρεπε έστω και την ελάχιστη θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια. Η παραπομπή σήμαινε εγκατάλειψη κάθε προσπάθειας επίλυσης των προβλημάτων που οδηγούν στην άσκηση βίας προς τα παιδιά με μεγάλες πιθανότητες επανακακοποίησης. Το πρόβλημα αυτό που προέκυψε στην αρχή του προγράμματος συζητήθηκε σε επίπεδο Επιστημονικού Συμβουλίου και Διοίκησης του Ι.Υ.Π. και αποφασίσθηκε σε όλες τις περιπτώσεις να προσφέρεται θεραπεία εφόσον αξιολογήθηκε ότι το συμφέρον του παιδιού σαφώς προέχει της ερευνητικής μεθοδολογίας.

#### 5. Αποτελέσματα

Η έρευνα κάλυψε συνολικά 30 οικογένειες με πρόβλημα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης ενός ή περισσότερων παιδιών τους και 30

οικογένειες ομάδας ελέγχου, παιδιών δηλαδή που νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» για άλλους λόγους εκτός από κακοποίηση-παραμέληση και ατυχήματα, και που «ταίριαζαν» ένα προς ένα με κάθε παιδί και οικογένεια του ερευνητικού δείγματος με βάση την ηλικία και το φύλο του παιδιού, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα.

Σε όλες τις οικογένειες του ερευνητικού δείγματος προσφέρθηκε διαγνωστική διεπιστημονική αξιολόγηση και θεραπευτική παρέμβαση που διήρκεσε όσο χρόνο απαιτούσαν οι ανάγκες της οικογένειας, από λίγους μήνες έως 2 χρόνια σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο. Η διαγνωστική εκτίμηση περιέλαβε λήψη παιδιατρικού ιστορικού για όλα τα παιδιά της οικογένειας, λήψη μαιευτικού ιστορικού της μητέρας για κάθε κύησή της, παιδιατρική εξέταση, ψυχολογική εκτίμηση γονιών (νοημοσύνη, προσωπικότητα), λεπτομερή κοινωνική αξιολόγηση. (Πληρέστερα στοιχεία για το διαγνωστικό και θεραπευτικό μέρος περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο που αφορά το κλινικό έργο).

Η έρευνα αυτή έδειξε ότι το σύνδρομο του κακοποιημένου-παραμελημένου παιδιού υπάρχει και στην Ελλάδα, η δε διάγνωσή του εξαρτάται από το βαθμό ευαισθητοποίησης των στελεχών υγείας και πρόνοιας που πρέπει να το εντοπίσουν. Η συνολική εικόνα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των γονιών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους στη μελέτη αυτή δείχνει ότι το χαμηλό νοητικό επίπεδο, η κοινωνική απομόνωση και ο περιορισμένος αυτοέλεγχος είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ομάδα κακοποίησης από την ομάδα ελέγχου, αλλά μόνο σε ότι αφορά τις μητέρες. Οι πατέρες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά από εκείνους της ομάδας ελέγχου.

Η κοινωνική αξιολόγηση περιέγραψε έναν πληθυσμό που ζει κάτω από συνθήκες έντονης κοινωνικής απομόνωσης, αποκομμένο από το συγγενικό περιβάλλον ή έχοντας κακές σχέσεις με αυτό. Οι οικογένειες αυτές μοιάζουν πολύ με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια αλλά διαφέρουν σημαντικά κυρίως ως προς τη στάση προς τα παιδιά τους, ιδιαίτερα το παιδί που κακοποιείται ή/και παραμελείται. Απαιτούν αυστηρή πειθαρχία από βρέφη και νήπια ή γίνονται παρορμητικοί και βίαιοι με αφορμή απλούστατες διαδικασίες ανατροφής των παιδιών, όπως το τάισμα, ο ύπνος, η περιέργεια, ο έλεγχος σφιγκτήρων. Γενικά, συμπεριφέρονται στα παιδιά τους όπως τους συμπεριφέρθηκαν οι δικοί τους γονείς, μεταφέροντας δηλαδή στη νέα οικογένεια τις δικές τους εμπειρίες σωματικής, ψυχολογικής και σεξουαλικής κακοποίησης ή/και παραμέλησης.

Οι περισσότερες οικογένειες προέρχονταν από τη χαμηλή κοινωνική τάξη, γεγονός που πιστεύουμε ότι επηρέαστηκε σημαντικά από τη χαμηλή ευαισθητοποίηση των γιατρών που ευκολότερα έβαζαν τη διάγνωση της κακοποίησης στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, όπως επίσης και από το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος από το υλικό μας προερχόταν από κοινω-

νικές υπηρεσίες πρόνοιας όπου απευθύνονται κυρίως οι χαμηλότερες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις.

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα τελείωσε τυπικά το 1981, συνεχίστηκε όμως άτυπα για να καλύψει τις ανάγκες ορισμένων οικογενειών που δεν ήταν ικανές να ακολουθήσουν το ρυθμό βελτίωσης που προέβλεπε το ερευνητικό πρωτόκολλο, δηλαδή τα δύο χρόνια θεραπευτικής παρέμβασης.

Η έρευνα αυτή μας έδωσε πολύτιμο υλικό που δημοσιεύθηκε και ανακοινώθηκε στην Ελλάδα και στο εξωτερικό με τη μορφή επιστημονικών άρθρων και ανακοινώσεων. Μία από τις ανακοινώσεις που έγινε στα πλαίσια του 21ου Πανελληνίου Παιδιατρικού Συνεδρίου που έγινε στην Κω τον Ιούνιο 1983 βραβεύθηκε με το Β΄ Χωρέμειο Έπαθλο.

Παρακάτω αναφέρεται η βασική βιβλιογραφία που προέκυψε από το πρόγραμμα αυτό, ενώ ακολουθούν μεταφρασμένες στα ελληνικά περιλήψεις των κυριότερων δημοσιεύσεων σε ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά.

## Δημοσιεύσεις

### A. Στο εξωτερικό

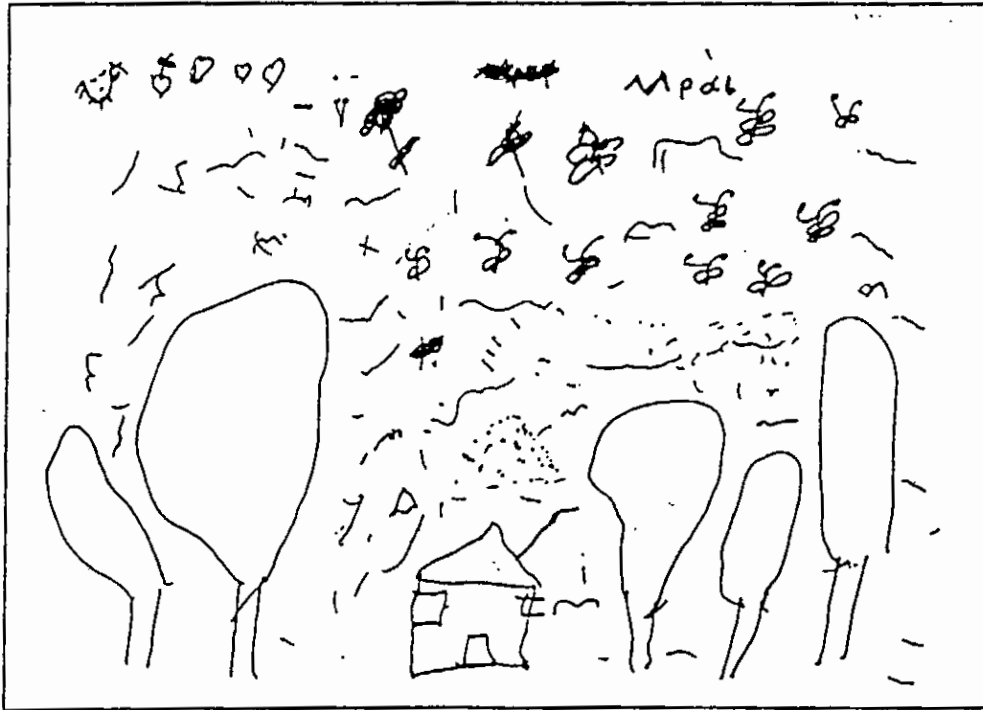
1. Tsiantis J., Kokkevi A., Agathonos-Marouli H. (1981): Parents of abused children in Greece: psychiatric and psychological characteristics. Results of a pilot study. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 5, No 3.
2. Agathonos H., Stathacopoulou N., Adam H., Nakou S. (1982): Child abuse and neglect in Greece: Sociomedical aspects. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 6, No 3.
3. Nakou S., Adam H., Agathonos H., Stathacopoulou N. (1982): Health status of abused children compared to their siblings. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 6, No 3.
4. Agathonos H. (1983): Institutional child abuse in Greece: Some preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 7.
5. Agathonos H., Stathacopoulou N. (1983): Life events and child abuse: A controlled study. Στο βιβλίο: *Research and Innovation in Child Abuse and Neglect*. (J. Leavitt, ed.), Martinus Nijhoff Publishers, B.V.
6. Kokkevi A., Agathonos H. (1987): Intelligence and personality profile of battering parents in Greece: A comparative study. *Child Abuse and Neglect*, Vol. 11, No 1.

### B. Στην Ελλάδα

1. Μαρούλη-Αγάθωνος Ε. (1979): Κοινωνική εργασία με οικογένεια κακοποιημένου παιδιού. Εκλογή, Απρίλιος.

Σχέδια κοριτσιού 8 ετών, που προέρχεται από οικογένεια με σωματική, ψυχική και σεξουαλική παραβίαση των παιδιών. Έχει ζήσει από δύο ετών σε ίδρυμα. Κατά τη συνέντευξη τίθεται το πρόβλημα της υιοθεσίας της από μια οικογένεια, η οποία παρίσταται στη συνέντευξη. Είναι χαρακτηριστική η εξέλιξη των σχεδίων: Σχέδιο 1: Αναφερόμαστε στην κατάσταση του κοριτσιού. Το κορίτσι απεικονίζεται με το σπιτάκι, γύρω της διάφορα δένδρα-άτομα και το περιβάλλον γεμάτο καταδικωτικά στοιχεία. Σχέδιο 2: Συζητάμε τη δυνατότητα υιοθεσίας: το σπιτάκι μεγαλώνει, ο ουρανός «καθαρίζει». Σχέδιο 3: Η οικογένεια αποφασίζει την υιοθεσία. Το σπιτάκι-παιδί μεγαλώνει, τα στοιχεία που συμπαραστέκονται στο παιδί το παισιώνουν ουσιαστικά, το δένδρο-μαμά είναι μεγάλο-γεμάτο και έχει καρπούς. Το περιβάλλον είναι ασφαλές (αστέρια, καρδούλες και «Μαιρία» = προσπάθεια γραφής του ονόματος της θετής υποψήφιας μητέρας).

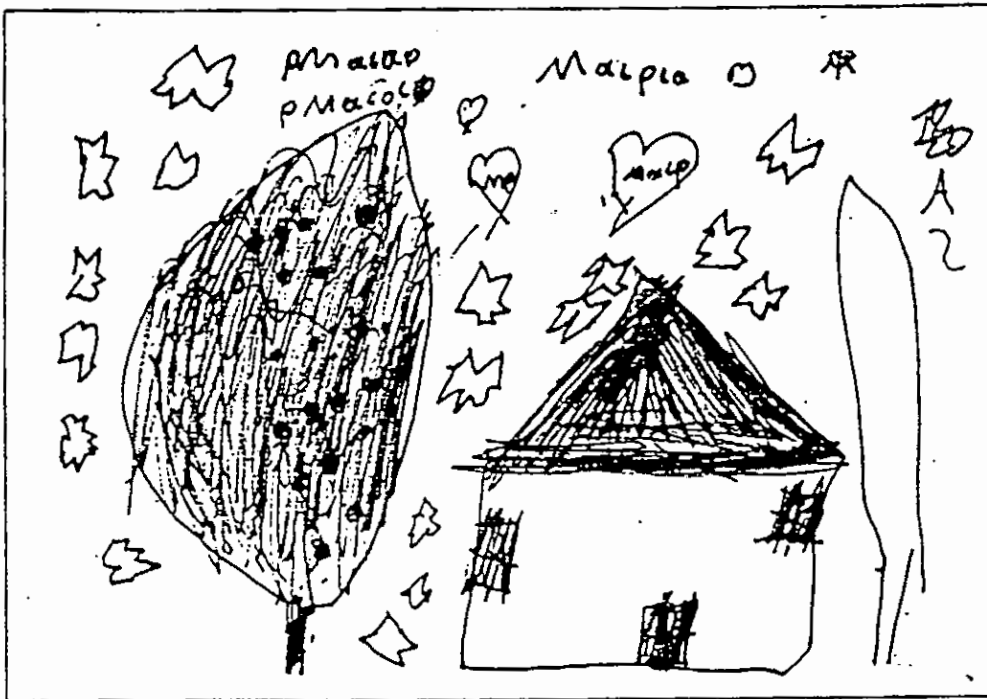
Σχέδιο 1:



Σχέδιο 2:



Σχέδιο 3:



2. Αγάθωνος Ε., Σταθακοπούλου Ν., Νάκου Σ., Αδάμ Ε., Κοκκέβη Α., Μαραγκός Χ. (1984): Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών: Ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά 30 περιπτώσεων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 1 (10) Φεβρουάριος.
3. Αγάθωνος Ε., Νάκου Σ., Παπαϊωάννου Ν. (1983): Ομαδικές συμβουλευτικές συζητήσεις με γονείς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών. Παιδιατρική, Τόμος 46, τεύχος 4.
4. Κοκκέβη Α., Αγάθωνος Ε. (1987): Νοσησύνη και χαρακτηριστικά προσωπικότητας γονιών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Στο βιβλίο της Ελένης Αγάθωνος-Γεωργοπούλου: «Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών», Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1987.
5. Παρίτσης Ν.: Ψυχιατρικά χαρακτηριστικά μητέρων κακοποιημένων παιδιών. Στο βιβλίο της Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου: «Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών», Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1987.

**Β. Πρόγραμμα «Διαπίστωση αναγκών στην αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους» (1981-1983)**

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα (γνωστό ως ΚαΠα Β΄) κάλυψε το χρονικό διάστημα 1981-1983. Χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το οποίο συνεχίζει τη χρηματοδότησή του ως σήμερα ως ερευνητικού προγράμματος παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Κύριος ερευνητής: — *Ελένη Αγάθωνος-Γεωργοπούλου*, Κοινωνική Λειτουργός - Ψυχολόγος

Συνερευνητές: — *Νέλλα Σταθακοπούλου*, Κοινωνική Λειτουργός - Ψυχολόγος

— *Χρήστος Πρωτονοτάριος*, Κοινωνικός Λειτουργός (ως 15.1.82)

— *Κική Παπακωνσταντίνου*, Κοινωνική Λειτουργός (από 1.2.82)

— *Χριστίνα Επρέμ*, Κοινωνική Λειτουργός

— *Χρήστος Μαραγκός*, Παιδίατρος (μερική απασχόληση)

— *Παναγιώτης Σαλκιτζόγλου*, Δικηγόρος (κατά περίπτωση συνεργασία)

— *Νίκος Παρίσης*, Ψυχίατρος (μερική απασχόληση)

— Σύνολο 5 σπουδαστών κοινωνικής εργασίας

Ο σκοπός, η μέθοδος εργασίας και τα κύρια αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

### 1. Σκοπός

Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η εντόπιση και η αξιολόγηση του δικτύου υπηρεσιών που πρέπει να ανταποκριθούν στις ανάγκες κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Το δίκτυο αυτό περιλαμβάνει κυρίως νομικές και προνοιακές υπηρεσίες αν και μπορεί να διευρυνθεί ανάλογα με τις ανάγκες κάθε οικογένειας για να περιλάβει παιδικούς σταθμούς και επίσημη προσχολική αγωγή, ιατρικές υπηρεσίες σε επίπεδο κοινότητας, κ.ά. Κυρίως όμως -λόγω των αναγκών- εντοπίζεται στο προνοιακό πλαίσιο, στις υπηρεσίες δηλαδή εκείνες που λειτουργούν στο επίπεδο της κοινότητας όπως και σ' εκείνες που αφορούν την κλειστή περίθαλψη. Αν και μέρος από τους σκοπούς αυτούς περιλαμβάνονται στην προηγούμενη έρευνα ΚαΠα Α΄, ο περιορισμένος αριθ-



μός των οικογενειών του ερευνητικού δείγματος (30 οικογένειες) και η μεγάλη ποικιλία των προβλημάτων τους δεν επέτρεψε τη συλλογή αξιόπιστου υλικού που να αφορά την αποκατάσταση. Στα πλαίσια του σκοπού αυτού θα υπάρχει η πιθανότητα αναζήτησης «θεραπευτικών» αναδόχων οικογενειών για κάλυψη παιδιών κατά το στάδιο της οικογενειακής κρίσης όπως πληρωμής ιδιωτικών παιδικών σταθμών όταν δεν υπάρχουν στην περιοχή κατοικίας της οικογένειας.

## 2. Μέθοδος εργασίας

1. Επαφή με κέντρα παραπομπής περιπτώσεων (νοσοκομεία, προνοιακές και κοινωνικές οργανώσεις).
2. Ορισμός κακοποίησης-παραμέλησης: σωματική κακοποίηση και σωματική παραμέληση που να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση.
3. Καθορισμός αρμοδιοτήτων κάθε μέλους της διεπιστημονικής ομάδας.
4. Καθορισμός λειτουργίας ομάδας.
5. Καθορισμός κριτηρίων αναζήτησης περιορισμένου αριθμού «θεραπευτικών» αναδόχων οικογενειών.
6. Καθορισμός κριτηρίων αναζήτησης εθελοντών «βοηθών μητέρων».

## 3. Αποτελέσματα

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα κάλυψε τη διετία αυτή 86 νέες περιπτώσεις σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών ηλικίας 0-10 ετών από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά και 8 από την επαρχία. Στις οικογένειες αυτές -σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο- παρασχέθηκε διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση, θεραπεία και αποκατάσταση, με εξαίρεση τις 8 οικογένειες της επαρχίας, στις οποίες προσφέρθηκε διαγνωστική εκτίμηση και ακολούθως παραπέμφθηκαν στην τοπική υπηρεσία πρόνοιας του νομού.

Οι μισές περίπου περιπτώσεις (48%) προέρχονταν από το Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» όπου στεγάζεται το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ενώ οι υπόλοιπες παραπέμφθηκαν από άλλα νοσοκομεία, φορείς παιδικής προστασίας, ιδιώτες, αστυνομία, νηπιαγωγεία, εκκλησία.

Επιπλέον των 86 νέων παραπομπών, στο πρόγραμμα συμπεριλήφθηκαν και άλλες 20 οικογένειες του Προγράμματος ΚαΠα Α' που οι ανάγκες τους επέβαλαν συνέχιση της συνεργασίας. Το διετές δηλαδή αυτό πρόγραμμα κάλυψε 106 οικογένειες, αριθμό πολύ υψηλό σε σύγκριση με άλλες μονάδες του εξωτερικού που κινούνται με το 1/3 περίπου, και σε σύγκριση επίσης με την πολυπλοκότητα των συσσωρευμένων προβλημάτων τους και την ανυπαρξία υποδομής υπηρεσιών κατάλληλων για τις

ανάγκες τους. Μετά τη διαγνωστική φάση, το πρόγραμμα κάλυψε τις παρακάτω δραστηριότητες:

*α) Συμβουλευτική: 86 οικογένειες*

Η συμβουλευτική γινόταν από έμπειρους κοινωνικούς λειτουργούς στο σπίτι της οικογένειας και σε συχνότητα ανάλογη με τις ανάγκες της οικογένειας. Έτσι, στη διαγνωστική και α' θεραπευτική φάση η συχνότητα μπορεί να ήταν 2-3 φορές την εβδομάδα για να αραιώσει σε 1 φορά την εβδομάδα ή ανά 15 ημέρες αργότερα. Το συμβουλευτικό αυτό σχήμα περιλάμβανε συνεργασία με τους γονείς μαζί και χωριστά, με ολόκληρη την οικογένεια, με το ευρύτερο συγγενικό πλαίσιο.

*β) Παιδιατρική εκτίμηση: 86 κακοποιημένα παιδιά και όλα τα αδέρφια τους  
Παιδιατρική παρακολούθηση: 56 κακοποιημένα παιδιά και τα αδέρφια τους*

Τα υπόλοιπα συνέχισαν να παρακολουθούνται από κέντρα της περιοχής κατοικίας τους.

*γ) Ιατρική κάλυψη γονέων: 33 οικογένειες*

Η ιατρική αυτή κάλυψη έγινε σε συνεργασία με νοσοκομεία ενηλίκων. Σκοπός ήταν να ενεργοποιηθούν οι γονείς για να αντιμετωπιστούν χρόνια προβλήματα υγείας που είχαν και που επηρέαζαν σοβαρά τη γονεϊκή τους ικανότητα, π.χ. χρόνια προβλήματα (γυναικολογικά, οδοντιατρικά), σωματικές αναπηρίες, ψυχολογικές διαταραχές. Δύο γονείς εισήχθησαν επείγοντως σε γενικό νοσοκομείο και άλλοι δύο σε ψυχιατρικό πλαίσιο.

*δ) Οικονομική ενίσχυση: 41 οικογένειες*

Η ενίσχυση αυτή κάλυψε έκτακτες ανάγκες που προέκυψαν και που δεν μπορούσαν να καλυφθούν από κρατικά προγράμματα. Η ενίσχυση αυτή συνέτεινε στην άμβλυνση της οικογενειακής κρίσης και διευκόλυνε τη συνεργασία με την ομάδα, π.χ. η κάλυψη ενός λογαριασμού ΔΕΗ σε μία οικογένεια σε κρίση που εμπεριέχει βία προς τα παιδιά, μπορεί να αποδειχθεί ωφελιμότερη από την ικανότερη επαγγελματική συμβουλευτική παρέμβαση. Η οικονομική ενίσχυση που προσφέρθηκε καλύφθηκε εν μέρει από ποσό που είχε προβλεφθεί στο ερευνητικό πρωτόκολλο και συμπληρώθηκε από μικρές δωρεές.

*ε) Φοίτηση παιδιών σε παιδικούς σταθμούς: 13 παιδιά*

Τα περισσότερα παιδιά καλύφθηκαν σε κρατικούς παιδικούς σταθ-

μούς εκτός σειράς και παρόλο που οι μητέρες τους δεν εργάζονταν, ώστε να δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να αποκτήσει ερεθίσματα, και στη μητέρα να έχει λίγο χρόνο για τον εαυτό της. Σε δύο περιπτώσεις πληρώθηκε ιδιωτικός παιδικός σταθμός.

στ) *Εισαγωγή σε πλαίσιο κλειστή περίθαλψης: 38 παιδιά από 25 οικογένειες*

Το στάδιο της σοβαρής οικογενειακής κρίσης που οδηγεί σε σοβαρή σωματική κακοποίηση των παιδιών εμπεριέχει σε πολλές περιπτώσεις, υψηλού βαθμού επικινδυνότητα. Γι' αυτό πρέπει να προβλέπεται η δυνατότητα για άμεση κάλυψη του παιδιού σε ασφαλή χώρο για όσο διάστημα απαιτεί η διαγνωστική φάση και η εξασφάλιση των προϋποθέσεων επιστροφής του παιδιού. Σε συνεργασία με λίγα επιλεγμένα ιδρύματα στην Αθήνα προσπαθήσαμε να αντιμετωπίσουμε αυτή την ανάγκη.

ζ) *Ανάδοχες οικογένειες: 10 παιδιά από 7 οικογένειες*

Είναι γνωστή η ποσοτική και ποιοτική ανεπάρκεια υποδομής αναδόχων οικογενειών στη χώρα μας. Προσπαθήσαμε να αναπτύξουμε με μικρό πιλοτικό πρόγραμμα αναδόχων οικογενειών επιλεγμένων με ειδικά κριτήρια που να εξασφαλίζουν ένα «θεραπευτικό» περιβάλλον για παιδιά μεγαλωμένα κάτω από δυσμενείς ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Το πρόγραμμα κάλυψε 10 ανάδοχες οικογένειες που χρηματοδοτήθηκαν είτε από φορέα παιδικής προστασίας ή από το πρόγραμμά μας, με συμβολική αμοιβή. Η εξέλιξη των παιδιών που τοποθετήθηκαν στις οικογένειες αυτές αξιολογήθηκε σαν πολύ καλύτερη από εκείνη άλλων παιδιών που τοποθετήθηκαν για το ανάλογο διάστημα σε πλαίσια κλειστής περίθαλψης.

η) *Εθελόντριες - βοηθοί μητέρων: 5 περιπτώσεις*

Ο θεσμός αυτός που είναι γνωστός με τον όρο «ανειδίκευτος βοηθός» (lay helper) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός και οικονομικός εφόσον συνδυαστεί με σημαντική εποπτεία και παρακολούθηση. Επιλέξαμε μικρή ομάδα 5 γυναικών από μία περιοχή της Αθήνας που με συνέπεια και αφοσίωση υπακατέστησαν μητέρες παιδιών που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ιδιαίτερα αποτελεσματικό ήταν αυτό το σχήμα σε περιπτώσεις βρεφών με δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Η ήρεμη φροντίδα, η προσφορά ερεθισμάτων και ο σωστός τρόπος σίτισης που ακολουθούσε το ρυθμό του παιδιού, συνέτειναν ώστε τα παιδιά αυτά -μετά το διαγνωστικό στάδιο- χωρίς καμιά πρόσθετη ιατρική παρέμβαση να κερδίζουν σταθερά βάρος και να αναπτύσσονται.

θ) *Οικογενειακός προγραμματισμός: 18 μητέρες*

Σε στενή συνεργασία με το Τμήμα Οικογενειακού Προγράμματος

τισμού του Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα», βοηθήθηκαν 18 μητέρες που είτε είχαν ήδη πολλά παιδιά και κάθε επόμενη κύηση θα επιδείνωνε τη σωματική και ψυχική τους κατάσταση και τη λειτουργία της οικογένειας ή ήταν μητέρες μικρής ηλικίας με ένα παιδί με το οποίο είχαν έλλειψη ή σοβαρή διαταραχή δεσμού με αποτέλεσμα να το κακοποιούν και να το παραμελούν. Από τις μητέρες αυτές, σε 11 τοποθετήθηκε ενδομήτριο σπείραμα, 2 έκαναν νόμιμα διακοπή κύησης, 2 προτίμησαν αντισυλληπτικά χάπια, ενώ 3 επέλεξαν τη λύση της στέρωσης.

*ι) Ψυχολογική αξιολόγηση παιδιών: 19 παιδιά*

Σε 19 παιδιά έγινε ψυχολογική αξιολόγηση με σκοπό τον καλύτερο προγραμματισμό της ένταξής τους σε εκπαιδευτικά και άλλα πλαίσια.

*κ) Εξασφάλιση κρατικών επιδομάτων: 11 οικογένειες*

Η ακινητοποίηση των οικογενειών αυτών σε συνδυασμό με την έλλειψη κρατικών προγραμμάτων κατευθείαν προσέγγισης των πολιτών (out-reach programs) στερούν συχνά γονείς και παιδιά από βασικά δικαιώματα κοινωνικής προστασίας που προσφέρει η πολιτεία. Σε 11 περιπτώσεις εξασφαλίσαμε τα επιδόματα αυτά ενεργώντας συγχρόνως θεραπευτικά, με τη χρησιμοποίηση τεχνικών κινητοποίησης των γονιών ώστε να ξεφύγουν από την κοινωνική τους απομόνωση.

*λ) Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες: 33 οικογένειες*

Η συνεργασία αυτή δεν έγινε μόνο με σκοπό την καλύτερη δυνατή αποκατάσταση παιδιών και οικογένειας αλλά και για την ευαισθητοποίηση άλλων φορέων στο θέμα της κακοποίησης-παραμέλησης των παιδιών. Σε κάθε εβδομαδιαίο συμβούλιο συζήτησης περιπτώσεων (Τρίτη 9-11 π.μ.) καλούσαμε εκπροσώπους από κάθε υπηρεσία που είχε στο παρελθόν ασχοληθεί με την οικογένεια. Σκοπός μας ήταν η σύνθεση της καλύτερης συνολικής εικόνας για κάθε οικογένεια και η λήψη συλλογικής απόφασης, η οποία θα επέτρεπε από εκεί και πέρα μόνο έναν φορέα να επισκέπτεται την οικογένεια στο σπίτι ενώ οι άλλοι θα προσέφεραν τις υπηρεσίες τους μέσω του φορέα που είχε «χρεωθεί» το περιστατικό. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλιζόταν η καλλιέργεια ενός θεραπευτικού δεσμού εμπιστοσύνης με έναν επαγγελματία ενός φορέα μόνο, ενώ συγχρόνως διασφαλιζόταν δεοντολογικά η αυτοτέλεια του οικογενειακού σύλου.

Η συνεργασία αυτή κατέληξε σε ανάληψη ευθύνης 20 περιστατικών ενώ 13 οικογένειες παραπέμφθηκαν σε άλλες υπηρεσίες μετά το διαγνωστικό στάδιο, που εμπειρείχε το στάδιο της οικογενειακής κρίσης.

μ) Νομική βοήθεια: 8 οικογένειες

Το πρόγραμμα αυτό διαθέτει νομικό σύμβουλο που ασχολείται με επιλεγμένες περιπτώσεις παιδιών που ζουν κάτω από επικίνδυνες συνθήκες. Σε 8 περιπτώσεις, τα χρόνια συσσωρευμένα προβλήματα και η προσωπικότητα ενός ή και των δύο γονιών δεν επιδέχονταν κανενός είδους θεραπεία διαρκείας. Με στόχο τη διαφύλαξη του συμφέροντος του παιδιού η νομική παρέμβαση της ομάδας είχε τις εξής μορφές:

- Αφαίρεση επιμέλειας από ένα γονιό: 4 περιπτώσεις
- Αφαίρεση επιμέλειας από δύο γονείς: 1 περίπτωση
- Δικαστική αρωγή σε πρωτοβάθμιο ποινικό δικαστήριο: 1 περίπτωση
- Νομική συμβουλευτική: 2 περιπτώσεις

ν) Υιοθεσία: 2 παιδιά

Η υιοθεσία θεωρείται διεθνώς σαν η καλύτερη λύση για παιδιά που δεν έχουν καμιά προοπτική επιστροφής στο οικογενειακό περιβάλλον. Σε συνεργασία με το Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα» προωθήθηκαν για υιοθεσία δύο παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Συνοπτικά, από το διετές αυτό πρόγραμμα προέκυψαν τα ακόλουθα δεδομένα:

1. Κανένας κρατικός ή ιδιωτικός φορέας στην Ελλάδα δεν μπορεί κάτω από τις παρούσες συνθήκες να ανταποκριθεί διαγνωστικά, θεραπευτικά και προληπτικά στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.
2. Η παιδική προστασία, αποκομμένη από την έννοια της υποστήριξης της οικογένειας, ενεργεί αποσπασματικά απομονώνοντας το παιδί από το οικογενειακό περιβάλλον χωρίς να γίνεται συγχρόνως καμιά προσπάθεια επανασυγκρότησης της οικογένειας ή, αν αυτό είναι αδύνατο, τοποθέτησης του παιδιού σε ανάδοχη ή θετή οικογένεια με μακρόχρονη προοπτική. Κάτω από τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, κοινωνικοί λειτουργοί που τοποθετούν παιδιά σε ιδρύματα θεωρούν την περίπτωση σαν «κλεισμένη» μόλις αποκατασταθεί το παιδί. Παράλληλα, το ίδρυμα θεωρεί ότι το παιδί «αποκαταστάθηκε» με την εισαγωγή του, ενώ στην πραγματικότητα τίποτα δεν εξασφαλίζει ούτε την επιστροφή του στην οικογένεια, εφόσον κανείς δεν συνεργάζεται μαζί της ώστε να δημιουργήσει προϋποθέσεις επιστροφής, αλλά ούτε και με την παραμονή του στο ίδρυμα παρά τη θέληση των γονιών του -όταν αυτό επιβάλλεται- εφόσον η παραμονή του δεν είναι νομικά κατοχυρωμένη.

Συμπερασματικά, η παιδική προστασία που καλείται να αντιμετωπίσει τις ανάγκες ενός πολυσύνθετου προβλήματος, λειτουργεί μέσα από τη διαιώνιση πεπαλαιωμένων σχημάτων, στερείται φαντασίας και γενικότερου

προβληματισμού. Η παιδική προστασία είναι ιδιαίτερα άτολμη σε περιπτώσεις παιδιών που αν και δεν έχουν καμιά προοπτική επιστροφής στους γονείς τους, δεν προωθούνται για υιοθεσία παρά λιμνάζουν σε ιδρύματα κλειστής περιθαλψής, συνήθως με δυσοίωνες προοπτικές ή παραμένουν σε άρρωστες και επικίνδυνες οικογένειες με ανυπολόγιστες συνέπειες γι' αυτά.

3. Από νομική άποψη, είναι εμφανής η έλλειψη οικογενειακού δικαστηρίου με δικαστές ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένους στο οικογενειακό δίκαιο και το δίκαιο των ανηλίκων και πλαισιωμένους από ομάδα επαγγελματιών όπως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους, παιδο-ψυχιάτρους.

Όσον αφορά το χώρο της υιοθεσίας, παρά το ότι ο νόμος προβλέπει τη διαδικασία της αναπλήρωσης της συναίνεσης ενός ή και των δύο γονιών σε περίπτωση που ασκούν καταχρηστικά την επιμέλεια και τη γονική μέριμνα του παιδιού, ελάχιστες τέτοιες περιπτώσεις φθάνουν στο δικαστήριο κυρίως λόγω της ατολμίας των προνοιακών οργανώσεων.

4. Η περιορισμένη πειραματική δοκιμή των σχημάτων των «θεραπευτικών» αναδόχων και των εθελοντών-υποκατάστατων μητέρων (lay helpers) έδειξε ότι αξίζει να δοκιμαστούν σε πολύ ευρύτερη κλίμακα.

Από το πρόγραμμα αυτό προέκυψαν προτάσεις για το χώρο της κοινωνικής πολιτικής που υποβλήθηκαν σε οργανισμούς παιδικής προστασίας (Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας - ΠΙΚΠΑ) και σε Υπουργεία που πρέπει να καλύπτουν το θέμα όπως τα Υπουργεία Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Δικαιοσύνης, Δημοσίας Τάξεως. (Οι προτάσεις αυτές εμπεριέχονται στο κεφάλαιο που αφορά τις δραστηριότητές μας στο χώρο της κοινωνικής πολιτικής).

Από την έρευνα αυτή προέκυψαν πολύτιμα στοιχεία που ανακοινώθηκαν και δημοσιεύθηκαν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Παρακάτω αναφέρεται βασική βιβλιογραφία που καλύπτει το πρόγραμμα αυτό.

### Συνέχιση Προγράμματος ΚαΠα Β' (1984-1988)

Μετά από γνωμάτευση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (αρ. 15/11.7.84) και απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το πρόγραμμα ΚαΠα Β' συνέχισε να χρηματοδοτείται σαν «ερευνητικό πρόγραμμα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών». Κλινικά στοιχεία από τη συνέχιση του προγράμματος συμπεριλαμβάνονται στην περιγραφή του κλινικού έργου.

Τα γενικά περιγραφικά στοιχεία του υλικού της τετραετίας αυτής επιβεβαιώνουν τα στοιχεία από τα πρώτα έτη της δουλειάς μας (προ-

γράμματα ΚαΠα Α' και ΚαΠα Β'). Ως προς το φύλο, τα αγόρια σταθερά υπερτερούν αριθμητικά από τα κορίτσια σε ποσοστά 63% προς 37%. Η ηλικία των παιδιών κυμαίνεται από 30 ημερών ως 14 χρονών με μέσο όρο τα 3,2 χρόνια. Οι παραπομπές από το Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία» καλύπτουν το 60% του συνολικού αριθμού παραπομπών. Οι οικογένειες εξακολουθούν να περιγράφονται σαν πυρηνικές με μέσο όρο 4,1 μέλη και διάσπορά από 2-12 μέλη. Η κατοικία τους καλύπτει όλες τις μορφές κατοικίας που προσφέρονται στο λεκανοπέδιο της Αττικής, από φτωχού τύπου μονοκατοικίες (32,4%) και μέσου τύπου πολυκατοικίες (35,3%) ως μέσου τύπου μονοκατοικίες (12,7%), εργατικές πολυκατοικίες (7,4%), πολυτελείς πολυκατοικίες (2,9%) και άλλου είδους σχήματα όπως δωμάτια σε αυλή (3,4%). Ο συντελεστής πυκνοκατοίκησης κυμαίνεται από 1 ως 10 άτομα ανά δωμάτιο, με μέσο όρο 1,8 άτομα ανά δωμάτιο. Σε ποσοστό 31% το σπίτι είναι ιδιόκτητο ενώ 58% ζουν με ενοίκιο. Η κατάσταση του νοικοκυριού -όπως εκτιμήθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς- ήταν καλή σε ποσοστό 39% ενώ 51% των οικογενειών ζούσαν σε ακαταστασία που αντικατόπτριζε συνήθως μια ανάλογη ατμόσφαιρα σε επίπεδο οικογενειακών σχέσεων.

Τα μισά παιδιά ήταν μοναχοπαίδια γονιών μικρής ηλικίας, συναισθηματικά ανώριμων και κοινωνικά απομονωμένων.

Τα κύρια ιατρικά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, που διαπιστώθηκαν από τη μελέτη 235 περιπτώσεων είναι:

1. Τα περισσότερα παιδιά (124) παραπέμφθηκαν στο Τμήμα μας επειδή ήταν κακοποιημένα, 50 ήταν παραμελημένα και 61 κακοποιημένα και παραμελημένα. Από τα κακοποιημένα παιδιά 36% είχαν ένα ή περισσότερα κατάγματα, με ή χωρίς άλλου είδους κακώσεις (τραύματα, μελανιές, μώλωπες), 14% είχαν εγκεφαλική κάκωση χωρίς κατάγμα, 36% είχαν ανοικτά τραύματα, μώλωπες, μελανιές και 14% είχαν εγκαύματα.
2. Η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη από τον ένα ή και τους δύο γονείς σε ποσοστό 30%. Σε πολλές περιπτώσεις οι έγκυες μητέρες δεν είχαν καμιά ιατρική παρακολούθηση (16%), δεν έπαιρναν Fe και βιταμίνες (27%) και είχαν προβληματική εγκυμοσύνη (22%).
3. Ο τοκετός έγινε σε δημόσιο μαιευτήριο σε ποσοστό 77%, ενώ διπλάσιο ποσοστό νεογνών (σε σχέση με το γενικό πληθυσμό) γεννήθηκαν με βάρος σώματος κάτω από 2.500 γραμ. Ένα στα 6 νεογνά παρουσίασε σοβαρά προβλήματα μετά τον τοκετό και χρειάστηκε να μείνει σε θερμοκοιτίδα.
4. Στο τέλος του 2ου και 3ου μήνα το ποσοστό των παιδιών που θήλαζαν ήταν το μισό από ό,τι στο γενικό πληθυσμό, ενώ μόνο 40% περίπου των παιδιών είχαν τακτική ιατρική παρακολούθηση και πλήρη εμβολιασμό.
5. Το βάρος και το ύψος σώματος των παιδιών, κατά την παραπομπή

- τους στο Τμήμα μας, ήταν σε χαμηλές εκατοστιαίες θέσεις: κάτω από τη 10η ΕΘ ήταν 50% των παιδιών για το βάρος και 40% για το ύψος.
6. Απουσία του ενός ή και των δύο γονιών από το σπίτι διαπιστώθηκε σε ποσοστό 54%.
  7. Από τα 185 παιδιά που ήταν κακοποιημένα, πέθαναν 6 (3,2%) και παρουσιάζουν σοβαρού βαθμού αναπηρία 8 (4,3%).

Το κλινικο-θεραπευτικό έργο μας ακολούθησε το πρότυπο των προγραμμάτων ΚαΠα Α' και ΚαΠα Β'. Στον τομέα όμως της αποκατάστασης σημαντική βοήθεια πρόσφερε η Μονάδα-ξενώνας Κακοποιημένων και Παραμελημένων Παιδιών του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας, γνωστή σαν Μονάδα ΚαΠα, που συνοργανώθηκε και συνλειτουργεί επιστημονικά με τη συνεργασία της Ομάδας μας.

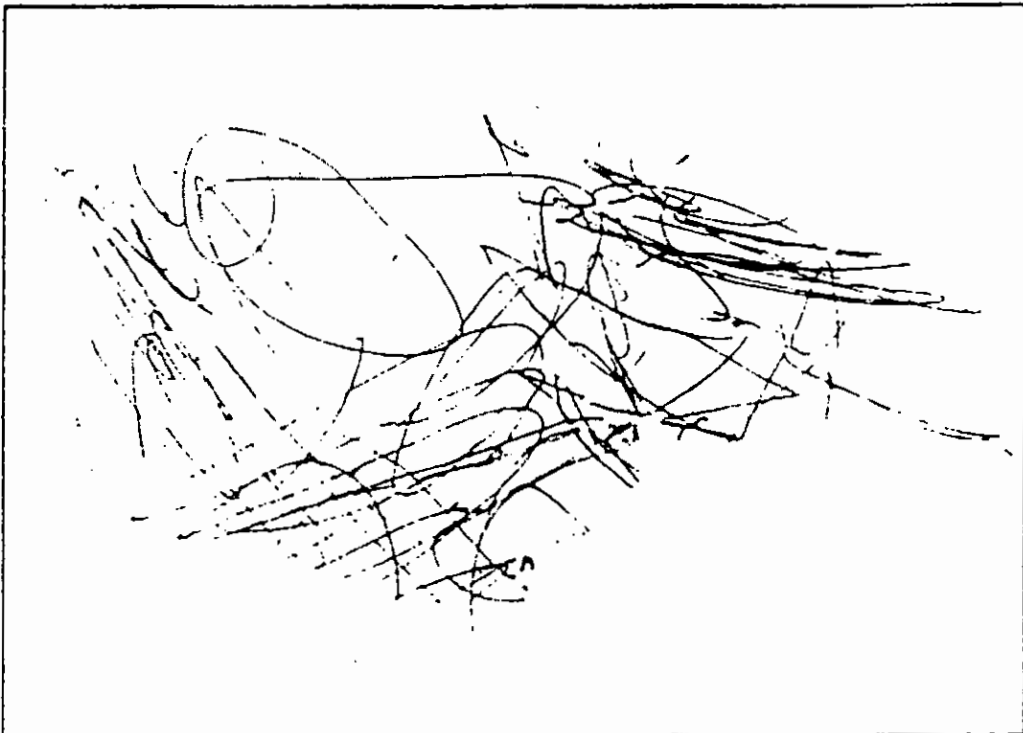
Τα χρόνια αυτά, σαν αποτέλεσμα της σημαντικής εμπειρίας μας στο χώρο της κακοποίησης των παιδιών και κάτω από την επιστημονική επίδραση των σύγχρονων αντιλήψεων παιδικής προστασίας στο διεθνή χώρο, αρχίσαμε να υιοθετούμε μια στάση πολύ πιο σταθερή υπέρ του απόλυτου συμφέροντος του παιδιού.

Η στάση μας αυτή που εναρμονίζεται απόλυτα και με το νέο Οικογενειακό Δίκαιο στην Ελλάδα, θέτει το συμφέρον του παιδιού σε απόλυτη προτεραιότητα όταν αυτό καταστρατηγείται κατ' επανάληψη μέσα στην οικογένεια και όταν παρά τις επανειλημμένες ευκαιρίες θεραπευτικής βοήθειας που δίνονται στους γονείς εκείνοι είτε την αρνούνται είτε -συχνότερα- δεν είναι σε θέση να την αξιοποιήσουν όντας οι ίδιοι άτομα με πολύ χαμηλή νοημοσύνη ή έχοντας σοβαρές ψυχικές διαταραχές ή ανυπερβλητά χρόνια κοινωνικά προβλήματα. Για παιδιά που δεν έχουν προοπτική επιστροφής στη φυσική τους οικογένεια και που προδιαγράφεται σαν μοναδική λύση η «καριέρα» σε ίδρυμα, προσανατολιζόμαστε υπέρ της λύσης της υιοθεσίας σαν τη μόνη που εξασφαλίζει σταθερό και νομικά κατοχυρωμένο πλαίσιο για το παιδί. Η λύση αυτή πάντα προτενόταν στους γονείς εξηγώντας ότι έτσι εξασφαλίζεται το αμοιβαίο συμφέρον τόσο του παιδιού, όσο και της υπόλοιπης οικογένειας. Συχνά, οι γονείς συμφωνούσαν ίσως επειδή εκφράζαμε μια ασυνείδητή τους επιθυμία που οι ίδιοι δεν τολμούσαν να εκφράσουν. Η λύση αυτή λειτούργησε κυρίως σε περιπτώσεις μικρότερων αδελφών κακοποιημένων παιδιών που διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο. Υπήρξαν όμως περιπτώσεις που παρά τον εξαιρετικό κίνδυνο που διέτρεχε το παιδί, οι γονείς καταχρηστικά δεν συναινούν. Στις λίγες αυτές περιπτώσεις, σε συνεργασία με το Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα», ζητούσαμε από το δικαστήριο να αποφασίσει για το μέλλον αυτού του παιδιού. Σε όλες τις περιπτώσεις που ακολούθησαν αυτή τη διαδικασία, το δικαστήριο βάσει του νόμου για την υιοθεσία και με στόχο πάντα το συμφέρον του παιδιού αποφάσισε την αναπλήρωση της γονικής συναίνεσης.

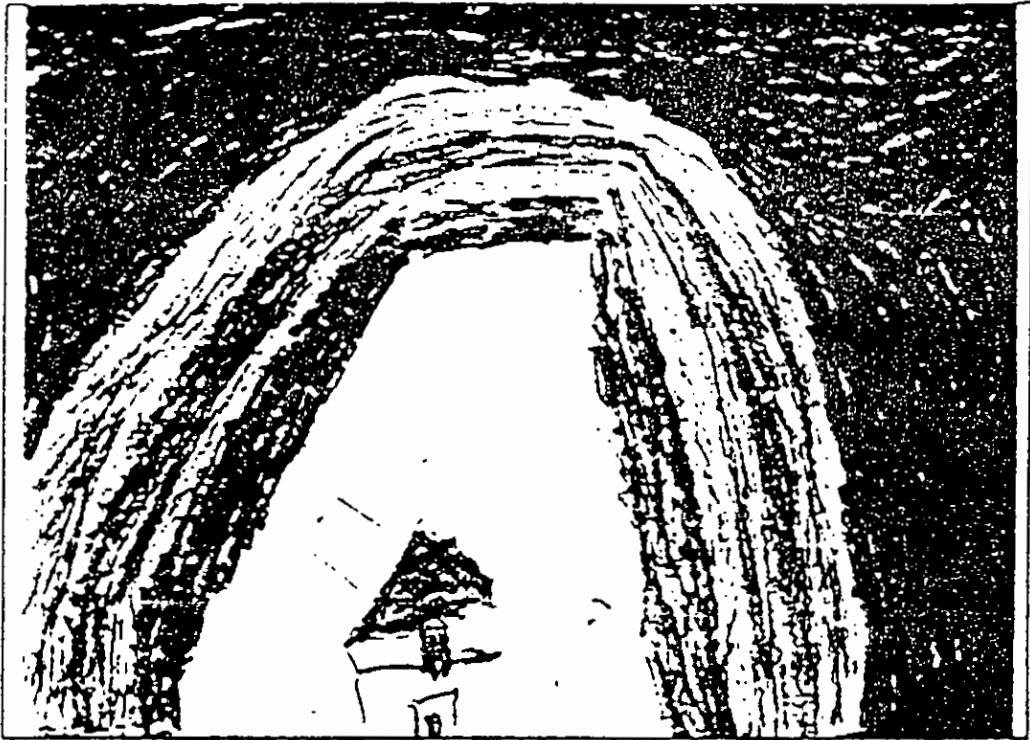


Σχέδια δυο αγοριων, αδελφών, θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης και εξακολούθησιν, από τον πατέρα τους. Το σχέδιο 1 γίνεται από κοινού από τα δυο παιδιά κατά τη στιγμή της πρώτης διήγησης από το μεγαλύτερο αγόρι του τρόπου με τον οποίο ο πατέρας κακοποιούσε τα παιδιά (σοδομισμός υπό απειλήν). Το σχέδιο, δηλωτικό της ψυχικής σύγχυσης κατά την εκφορά στο λόγο των διαδραματισθέντων, καταστρέφεται, κατά τη διάρκεια της συνεδρίας από τα ίδια τα παιδιά. Ηλικία των παιδιών κατά την εκτέλεση του σχεδίου: 5,5 και 4,5 ετών, αντίστοιχα. Τα παιδιά εισήχθησαν στην πρότυπη Μονάδα ΚαΓα. Εννέα μήνες αργότερα εμφανίζουν σαφή βελτίωση της ψυχοκοινωνικής τους εξέλιξης. Το σχέδιο 2 είναι του μεγαλύτερου παιδιού και είναι ενδεικτικό του αισθήματος της ταυτότητας που άρχισε να οικοδομεί (σπιτάκι στο κέντρο του σχεδίου) και της ασφάλειας που αισθάνεται (χρώματα = ουράνιο τόξο). Το σχέδιο 3 είναι του μικρότερου παιδιού και είναι ενδεικτικό της σοβαρότατης νοητικής και συναισθηματικής διαταραχής του παιδιού.

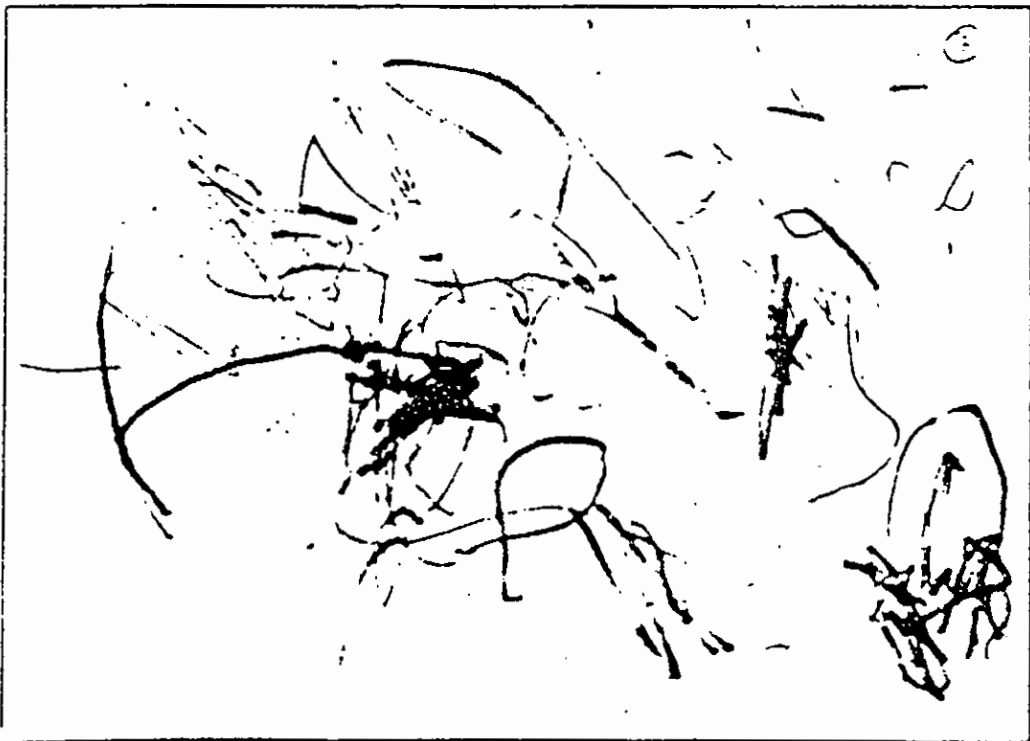
Σχέδιο 1:



Σχέδιο 2:



Σχέδιο 3:



Στο διάστημα αυτών των ετών υιοθετήθηκαν άλλα 11 παιδιά. Η άριστη «έξλιξη» των παιδιών αυτών στις νέες θετές οικογένειές τους επιβεβαιώνει ότι επιλέχθηκε η καλύτερη δυνατή λύση ενώ δικαιώνει τον κόπο και την αγωνία των μελών της ομάδας μας και των συναδέλφων του Κέντρου Βρεφών «Η Μητέρα».

Στο σύνολο των οικογενειών αυτής της τετραετίας προσφέρθηκαν και τα άλλα σχήματα αποκατάστασης όπως αυτά περιγράφονται στο Πρόγραμμα ΚαΠα Β'.

## Δημοσιεύσεις

### A. Στο εξωτερικό

1. Agathonos H., Marangos C. (1985): Alternative care for abused and neglected children in Greece. Proceedings, 2nd European Study Group on Child Abuse and Neglect, Antwerp.
2. Agathonos H. (1985): Preventie en aanpak van kindermishandeling in Griekenland Europees. Symposium vzw Kind und Geweld, Antwerpen, pp. 101-107.

### B. Στην Ελλάδα

1. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. και Σταθακοπούλου Ν.: «Διαπίστωση αναγκών στην κοινωνική αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους». Στο: Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών, Επιμέλεια Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 1987.
2. Αγάθωνος Ε., Μαραγκός Χ. (1986): Εναλλακτική προστασία για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά στην Ελλάδα. Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 2, σελ. 101-113.
3. Αγάθωνος Ε. (1987): Κοινωνική εργασία με οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Στο: Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών, Επιμέλεια Ε. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Έκδοση Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α. Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος Ελ., ΙΧΠ. “Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών.”, Αθήνα 1987.
- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, “Η βία στη Οικογένεια, Ανασκόπηση,” Σύγχρονα θέματα, τεύχος 43-44, 1990.
- Αγάθωνος Ε., “Κακοποίηση – Παραμέληση Παιδιών.”, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1991.
- Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., “Οικογένεια-Παιδική Προστασία Κοινωνική Πολιτική.”, Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα 1993.
- Αγάθωνος – Μπαλάσκας, Ναυρίδης, Σαρρή, Τσιάντης, “Το παιδί και η βία. Συζήτηση στρογγυλής Τραπέζης.” Παιδιατρική 46, 1983.
- Αγάθωνος Ε., Σταθακοπούλου Ν., “Δατύσωση αναγκών στην κοινωνική αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους.”, Κακοποίηση – Παραμέληση παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1991.
- Βαλάση – Αδάμ Ε., “Νέες μορφές κακοποίησης.”, Κακοποίηση – παραμέληση παιδιών., Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1991.
- Βαλάση – Αδάμ Ε., Μαραγκός Χ., Αγάθωνος Ε., “Κακοποίηση – Παραμέληση των Παιδιών.”, Εμπειρίες και τοποθετήσεις, περ. 35, 23 Πανελλ. Παιδ. Συν., Ερμιόνη 23-22 Ιουνίου 1985.
- Βαλάση – Αδάμ Ε., Μαραγκός Χ., Μανωλάκη Α., Ματσανιώτης Ν., “Εμβολιασμοί 1980, Δελτίο Α’ Παιδ. Κλιν. Παν. Αθηνών 23 σελ. 3, 1981.
- Γεωργιάδης Α., Σταθοπούλου Μ., Αστικός Κώδιξ, Οικογενειακό δίκαιο, Εκδοτικής Οίκος Αφοί Π. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, Αθήνα 1993.

- Δημακόπουλος Η. – Κυριαζόπουλος Θ. , “Συμβουλή στη διδασκαλία των εκθέσεων. Προβληματισμοί.”, σειρά γ’, Εκδότης Βασιλείου Ι., Αθήνα 1984.
- Δημητρίου – Βασιλοπούλου Ξένη. , “Οικογένεια – Παιδική προστασία – Κοιν. Πολιτική.” Ι.Υ.Π. επιμ. Εκδ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Αθήνα 1993.
- Δράγωνα Θάλεια. , “Οικογένεια – Παιδική Προστασία – Κοινωνική Πολιτική.” Ι.Υ.Π. επιμ. Εκδ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Αθήνα 1993.
- Ζαφείρης Α. , Μουζακίτης Χ., “Συχνότητα και χειρισμός της κακοποίησης του παιδιού στην Ελλάδα.”, Μια διερευνητική μελέτη, Εκλογή Οκτ.- Νοεμ.- Δεκ. 1990.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, “Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών.”, οδηγός για επαγγελματίες, Αθήνα 1992.
- Καλτσούνη – Νόβα Χριστίνα υπεύθ. ερευνητικού προγράμματος. “Φυγές και εξαφανίσεις ανηλίκων.”, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1995.
- Κεράνη- Κουμουτσέα Μαρρουσώ, “Κακοποίηση – παραμέληση παιδιών.” Ι.Υ.Π. επιμ. Εκδ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ελ., Αθήνα 1987.
- Κοκκέβη Α., 1ο Μετεκπαιδευτικό σεμινάριο, κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών. Ι.Υ.Π., Επιμ. Εκδ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Αθήνα 1987.
- Κουτσελίνης Α., Γεωργίου – Θεοδωροπούλου Μ., “Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού.”, Ιατροδικαστικά προβλήματα, Mat. Med. Greca B, 1985.
- Λακάν Ζ., “Η οικογένεια τα οικογενειακά συμπλέγματα στη διαμόρφωση του ατόμου.”, έκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 1987.
- Μαραγκός Χρ., “Κακοποίηση – Παραμέληση παιδιών.” Ι.Υ.Π. Επιμ. Εκδ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ελ., Αθήνα 1987.
- Μαραγκός, Κεφαλάκης, Αγάθωνος, Παπακωνσταντίνου, “Κακοποίηση, παραμέληση παιδιών σε μια οικογένεια.”, Παιδιατρική 46, 1983.

- Μαραγκός, Σταυριανάκη, Αντωνιάδου, Αναγνωστόπουλος, Ι.Υ.Π. "Σύνδρομο καθυστέρησης ανάπτυξης παιδιών μη οργανικής αιτιολογίας.", Παιδιατρικά Χρονικά, 20, 3, 1993.
- Μαρουλή Ε., "Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού.", Εκλογή, Απρίλιος 1977.
- Μαρουλή Ε., "Αναδρομική μελέτη συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού.", Επιθεώρηση Κοινωνικών ερευνών, Τεύχος 30-31, Αθήνα 1977.
- Μουζακίτης Χρ., "Χαρακτηριστικά κακοποιημένων εφήβων και κατευθύνσεις για παρέμβαση.", Εκλογή Αρ. 69, Απρίλιος 1986.
- Μουζακίτης Χρ. "Κοιν. Εργασία με Οικογένεια ή Οικογενειακή Θεραπεία στην Κοιν. Εργασία.", Κοιν. Εργασία, έτος 8<sup>ο</sup>, τεύχος 31, Ιουλ.- Αύγ.-Σεπτ. 1993.
- Μουζακίτης Χρ. – Σαλκιτζόγλου Τ., "Το νομικό καθεστώς για την κακοποίηση – παραμέληση του παιδιού στην Ελλάδα και τα Προβλήματα που αντιμετωπίζει ο Κοιν. Λειτουργός.", Εκλογή, Απρ.-Μάιος-Ιούν., 1987.
- Μουσούρου Λ.Μ., "Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας.", Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1989.
- Νάκου Σ., Μαρουλή Ε., Δοξιάδης Σ., "Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού στην Ελλάδα.", Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Πανελληνίου Ιατρικού συνεδρίου, 1978.
- Νόβα Χριστίνα, "Παραβατικότητα ανηλίκων.", Στατιστική Επιθεώρηση 3<sup>ου</sup> τμήματος Ανηλίκων, Αθήνα Μάρτιος 1991.
- Ντουντουλάκης Ι., "Το κακοποιημένο παιδί – Ορθοπαιδική άποψη.", Κακοποίηση – Παραμέληση παιδιών, Ινστ. Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1991.
- Παπαϊωάννου Κ., "Βία στην οικογένεια στην οικογένεια.", Κοινωνική Εργασία, Οκτώμβριος- Νοέμβριος- Δεκέμβριος 1996.

- Πατρίτσας Νίκος, "Κακοποίηση – Παραμέληση Παιδιών.", Ι.Υ.Π. επιμ. Εκδ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ελ., Αθήνα 1987.
- Τριχόπουλος Α., Ιατρική Στατιστική, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- Τσιάντης Γ., "Κακοποίηση – Παραμέληση παιδιών." Ι.Υ.Π επιμ. Εκδ. Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ελ. Αθήνα 1987.
- Τσιάντης Γ., "Ψυχική Υγεία του παιδιού και της οικογένειας.", έκδ. Καστανιώτη, Τεύχος Β', Αθήνα 1996.
- Χουρδάκη Μ., "Ψυχολογία της οικογένειας.", έκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
- Χρυσοβελώνη Μ., "Κακοποίηση – Παραμέληση Παιδιών.", Πρακτικά Ημερίδος, Βόλος, Μάρτιος 1999.

#### **ΕΦΗΜΕΡΙΔΕΣ**

- Αθανασίου Αρετή. "Ίδρυμα Κακοποίησης.", Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ 06/04/95, σελ. 21.
- Βεβελάκη Αμαλία. "Τρομακτική αύξηση κακοποιημένων παιδιών του 1995.", Εφημερίδα, Έθνος 04/03/96, σελ. 3.
- Γαλανοπούλου Α., "Κακοποίηση Ανηλίκων. Η μεγάλη ανατριχίλα.", Εφημερίδα Έθνος 3/9/96, σελ. 22.

#### **Β. Ξένη Βιβλιογραφία**

- Dalewiter P., Davies M., Morrison T. and Walters J., "Dangerous Families. Assesment and Treatment of child abuse.", 1986.
- Hull D., "Κλινικά Χαρακτηριστικά της κακοποίησης του παιδιού.", Η κακοποίηση του παιδιού (Μετάφρ. έκδ. Κουτσούμπος), Open University, 1985.

- Holder M. Wayne and Sctune Patricia, "Understanding child Neglect and abuse.", The American Human Association, Denver Colorado 1981.
- Kempe H.C., "Παιδιατρική σημασία του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού.", Η κακοποίηση του παιδιού (Μεταφρ. εκδ. Κουτσούμπος), open University, 1985.
- Mouzakis CH., "Social work treatment with abused and neglected children.", Publication ch. C. Thomas, N.Y. 1987.
- Ounsted C., Oppenheimer R., Lindsay J., "Αποτυχία στη δημιουργία συνδέσμου.", Η κακοποίηση παιδιού (Μεταφρ. εκδ. Κουτσούμπος), open University, 1985.
- Smith Larry L., "Αναδρομή στη θεωρία της παρέμβασης σε περιόδους κρίσης.", Εκλογή, Δεκέμβριος 1984.

