

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΤΟΣ : 1998


"Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ"



ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΚΑΡΥΔΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Κα ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ

Αφιερώνεται στο Νικό
και την Αγγελική που βοή-
θησαν για την επιμέλεια
αυτής της εργασίας.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Αντώνης', written in a cursive style with a long horizontal stroke underneath.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2668
----------------------	------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
* ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
* ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ	2
* ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	4
* ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	6
* ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	8
* ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	10
* ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	11
* ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	12
* ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	13
* ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	16
* ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	19
* ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	22
* ΠΡΟΛΗΨΗ	25
* Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	27
* Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	29
* ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΣΥΝΗΘΩΣ ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ;	32
* ΕΠΙΛΟΓΟΣ	34
* ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	35
* ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	42

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κακή μεταχείριση των παιδιών δεν είναι καινούργιο φαινόμενο. Όπως φαίνεται και στην λογοτεχνία πολλών κοινωνιών, υπάρχει από τότε που υπάρχουν οι άνθρωποι. Το παιδί ήταν -και εξακολουθεί να είναι- ιδιοκτησία των γονέων του, οι οποίοι μπορούσαν να το υποβάλλουν σε αυστηρές και απάνθρωπες τιμωρίες, να το αναγκάζουν να δουλεύει εξαντλητικά, να το εκμεταλλεύονται, ακόμα και να το θανατώνουν. Παρά το γεγονός ότι οι κοινωνίες, με την πρόοδο του πολιτισμού και με την καθιέρωση νόμων που προστατεύουν τα παιδιά από τους ίδιους τους γονείς τους και από άλλους, έχουν αλλάξει, η κακή μεταχείριση και η κακοποίηση των παιδιών συνεχίζεται.

Τα τραυματίζουν σοβαρά, τα καίνε, τα μαχαιρώνουν, τα παραμορφώνουν εσκεμμένα και τα βιάζουν.

Οι περιγραφές των πρόσφατων μελετών και ερευνών δείχνουν ότι η κακή μεταχείριση των παιδιών παίρνει, όλο και περισσότερο, διαστάσεις επιδημίας. Αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά και στη Βόρειο Αμερική αλλά και στην Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία. Από το 1962 που ο Δρ. Kempe περιέγραψε το "κακοποιημένο παιδί" στις Η.Π.Α. το πρόβλημα έχει αναγνωριστεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Αποτέλεσμα ήταν ότι το κοινό, οι οργανωμένες ομάδες για την προστασία των παιδιών και οι ειδικοί κινητοποιήθηκαν και γίνονται συντονισμένες προσπάθειες για τη διερεύνηση και καταπολέμηση αυτού του φαινομένου.

Σ' αυτή την εργασία, γίνεται μια προσπάθεια περιγραφής του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών περιγράφοντας τις μορφές κακοποίησης και τις συνέπειες που προκύπτουν για το κακοποιημένο παιδί αλλά και για την κοινωνία στην οποία μεγαλώνει.(1)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ "ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ"

Ένα από τα κύρια πρώτα βήματα στην ανίχνευση ενός φαινομένου τόσο πολυσύνθετου όπως η κακοποίηση των παιδιών είναι η ανάπτυξη ενός σαφούς ορισμού που θα αποτελεί τη βάση για την αναγνώριση και μελέτη κάθε περίπτωσης. Μέχρι σήμερα, κάθε προσπάθεια αναζήτησης ενός θεωρητικού ή λειτουργικού ορισμού προσκρούει σε ανυπέρβλητες δυσκολίες, πολύ περισσότερες απ' όσες θα συναντούσε κανείς στον ορισμό πράξεων βίας από ενήλικο σε ενήλικο.

Πολλοί ερευνητές κατασκεύασαν ορισμούς με βάση τα σωματικά ευρήματα της κακοποίησης, όπως οι κακώσεις που προξενήθηκαν, ενώ άλλοι πήραν ως οδηγό τα κίνητρα και τη συμπεριφορά του δράστη. Τέτοιου είδους ορισμοί παραβλέπουν άλλους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες, εφόσον το αποτέλεσμα των πράξεων βίας εξαρτάται όχι μόνο από τη συμπεριφορά του δράστη αλλά και από την αντίδραση του θύματος στη συμπεριφορά αυτή σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς και άλλους τυχαίους παράγοντες.(1)

Ο D.E Gil ορίζει τη σωματική κακοποίηση σαν την "ηθελημένη, μη τυχαία χρήση σωματικής βίας ή ηθελημένων, μη τυχαίων πράξεων παράλειψης από γονείς ή άλλα υποκατάστατα που συναλλάσσονται με ένα παιδί και έχουν σκοπό να προκαλέσουν πόνο, τραύματα ή και να καταστρέψουν / θανατώσουν το παιδί".

Ο παιδίατρος R. Helfer ορίζει ως κακοποίηση "κάθε συναλλαγή ή έλλειψη συναλλαγής ανάμεσα σε ένα παιδί και ένα άτομο που το φροντίζει, που κατάλήγει σε μη τυχαία βλάβη στη σωματική κατάσταση ή και αναπτυξιακή διαδικασία του παιδιού".(2)

Στο χώρο της έρευνας, φαίνεται ότι κάθε ερευνητής διαμορφώνει το δικό του ορισμό ανάλογα με τη θεωρητική του τοποθέτηση και το ερευνητικό του αντικείμενο.

Το σχέδιο νόμου Περί Προστασίας των Παιδιών που εκπόνησε το Εθνικό Κέντρο για τη Κακοποίηση και Παραμέληση των Παιδιών (National Center for Child Abuse and Neglect) στις Η.Π.Α. αποτέλεσε πρότυπο για τις νομοθετικές ρυθμίσεις σε πολλές χώρες. Ο νόμος αυτός διατυπώνει τους παρακάτω ορισμούς:

1. Παιδί σημαίνει άτομο κάτω των 18 ετών.
2. Κακοποιημένο ή παραμελημένο παιδί σημαίνει το παιδί του οποίου η σωματική ή η ψυχική υγεία ή ευημερία βλάπτεται ή απειλείται από τις πράξεις ή τις παραλείψεις του/των γονέα/ων ή άλλου/ων προσώπου/ων υπεύθυνου/ων για την ευημερία του.
3. Βλάβη της υγείας ή της ευημερίας του παιδιού μπορεί να επέλθει όταν οι γονείς ή κάποιο άλλο πρόσωπο υπεύθυνο για την ευημερία του:
 - (α) Προκαλεί ή επιτρέπει σε άλλους να προκαλέσουν σωματικά ή ψυχικά τραύματα στο παιδί.
 - β) διαπράττει ή επιτρέπει να διαπραχθεί κατά του παιδιού σεξουαλικό αδίκημα, όπως ορίζεται από το νόμο της πολιτείας.
 - (γ) δεν παρέχει στο παιδί επαρκή τροφή, ρουχισμό, στέγη, εκπαίδευση, ή δεν φροντίζει την υγεία του, αν και οικονομικά είναι σε θέση να το κάνει. Σ' αυτά περιλαμβάνεται και η ιατροφαρμακευτική κάλυψη και η φροντίδα της υγείας του παιδιού.
 - (δ) εγκαταλείπει το παιδί (με την έννοια που δίνει ο νόμος της πολιτείας).
 - (ε) δεν παρέχει στο παιδί επαρκή φροντίδα, εποπτεία ή κηδεμονία.
4. Απειλούμενη βλάβη σημαίνει ουσιαστικός κίνδυνος βλάβης

5. Σωματικός τραυματισμός σημαίνει θάνατος παραμόρφωση ή βλάβη οποιουδήποτε οργάνου.

6. Ψυχικός τραυματισμός σημαίνει βλάβη της νοητικής ή ψυχολογικής ικανότητας του παιδιού.

Χωρίς αμφιβολία, οι παραπάνω ορισμοί όχι μόνο χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και συνέπεια αλλά ασχολούνται και με τις σεξουαλικές και ψυχολογικές μορφές της κακής μεταχείρισης των παιδιών, οι οποίες είναι εξίσου σημαντικές όσο και η σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, το γεγονός ότι περιλαμβάνεται και η παραμέληση στον ορισμό της κακοποίησης είναι ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση, εφόσον η παραμέληση του παιδιού, από εκείνους που το φροντίζουν είναι συχνά επιζήμια για το παιδί και αποτελεί προειδοποιητική ένδειξη ότι το παιδί μπορεί να υποστεί σοβαρότερες κακουχίες.(1)

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Λέγεται, ότι κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στη μυθολογία. Η Ήρα, θυμωμένη επειδή ο σύζυγός της, ο Δίας, πήγαινε με άλλες γυναίκες, γέννησε εξώγαμο τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος όμως, ήταν ανάπηρος και κουτσός και άσχημος, πράγμα που η Ήρα δεν άντεξε και τον πέταξε από τον Όλυμπο στη θάλασσα.

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 και εγκατάλειψη αποτελούσαν λύσεις αναγνωρισμένες από την κοινωνία σε περίπτωση εξώγαμου παιδιού, ανάπηρου ή ακόμα και λάθος φύλου -δηλαδή το αντίθετο φύλο απ' αυτό που απαιτεί η κοινωνία.

Αλλά και στις Αραβικές χώρες, ο κλέφτης άσχετα με την ηλικία τιμωριόταν με το κόψιμο του χεριού, ο ψεύτης με το κόψιμο της γλώσσας. Επίσης, σε διάφορες χώρες, ακρωτηριασμός γινόταν από τους γονείς για να ζητιανέψει το παιδί. Ο ευνουχισμός γινόταν για τιμωρία, αλλά επίσης και στους μικρούς τραγουδιστές, για να διατηρηθεί η ψιλή φωνή.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι γονείς έβαζαν από πολύ μικρή ηλικία τα παιδιά τους για εργασία, συνήθως για πολύ χαμηλό μισθό, πράγμα που εξακολουθεί να είναι 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 είναι η σεξουαλική εκμετάλλευση μικρών παιδιών για κερδοσκοπικούς λόγους.

Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπισή της ως ιατροκοινωνικό πρόβλημα άρχισε, ουσιαστικά, από το 1962 όταν ένας παιδίατρος στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Henry Kempe, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο "Το Σύνδρομο του Κακοποιημένου Παιδιού".

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 του ήταν βασισμένη σε στοιχεία που μαζεύτηκαν από ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους συναδέλφους του σε διάφορα παιδιατρικά κέντρα της Αμερικής. Οι πρώτες αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του Kempe ήταν δυσπιστία και άρνηση που σιγά-σιγά όμως άλλαξε, αφού οι συνάδελφοί του άρχισαν να δίνουν περισσότερη προσοχή στα περιστατικά που δέχονταν. 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. Έτσι, δημιουργήθηκε μια ομάδα συνεργατών που ευαισθητοποιήθηκαν με το θέμα. 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.

Στην Ελλάδα η πρώτη ομάδα ξεκίνησε το 1977. Η γενική αντίδραση ήταν "αυτό το πρόβλημα είναι σε άλλες χώρες, δεν παρουσιάζεται εδώ". Μια ανάδρομη μελέτη

στα αρχεία της Εταιρίας Προστασίας Αηλίλων Αθηνών, αποκάλυψε 43 παιδιά σε 21 οικογένειες που αντιμετωπίστηκαν στην τετραετία 1973-1976, που είχαν όλα τα χαρακτηριστικά κακοποίησης-παραμέλησης μόνο που δεν είχαν την "ταμπέλα". Παρόμοιες περιπτώσεις, αντιμετωπίζονται με το χαρακτηριστικό του "κοινωνικού περιστατικού" από υπηρεσίες του ΠΙΚΠΑ. Στο Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία" το 1978 διαγνώστηκαν 6 περιπτώσεις και στη συνέχεια άρχισε η πρώτη προδρομική μελέτη που έδειξε ότι το πρόβλημα υπάρχει κι εδώ σ' όλες τις διαστάσεις: αυτά που δεν υπάρχουν ακόμα είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης όλων των περιπτώσεων όπως πρέπει, με έγκαιρη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και φυσικά πρόληψη.

Και ακόμα, παράλληλα με την άρνηση και τη δυσπιστία το "ξύλο" συνεχίζει να θεωρείται σαν φυσιολογικό μέρος της καθημερινής ζωής. (6)

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο όρος “σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού” πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον παιδίατρο Η. Kempe το 1962, που επέστησε την προσοχή των συναδέλφων του στο συνδυασμό ανεξήγητων καταγμάτων και άλλων μορφών σωματικών κακώσεων σε μικρά παιδιά. Από τότε ως σήμερα ο όρος αυτός διευρύνθηκε, ώστε να περιλαμβάνει οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης παιδιών από τους γονείς, κηδεμόνες ή άλλα πρόσωπα που τα φροντίζουν.

Έτσι οι Schmitt και Kempe περιγράφουν επτά μορφές κακοποίησης:

1. Σωματική κακοποίηση: Περιγράφεται ως μη τυχαία κάκωση που προκαλείται από άτομο το οποίο έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού. Οι κακώσεις περιλαμβάνουν μώλωπες, εκδορές, εγκαύματα, κατάγματα άκρων και κρανίου κ.ά. Η σοβαρότητα των κακώσεων μπορεί να κυμαίνεται από μώλωπες ως υποσκληρίδεια αιματώματα που προκαλούν το θάνατο.

2. Αποστέρηση τροφής: Η πιο κοινή αιτία χαμηλού βάρους στη νεογνική και βρεφική ηλικία είναι η ανεπαρκής διατροφή του παιδιού η οποία μπορεί να είναι ηθελημένη ή αποτέλεσμα παραμέλησης. Σε περισσότερα από τα μισά παιδιά που έχουν χαρακτηριστεί περιπτώσεις “καθυστερήσης της ανάπτυξης οφειλομένη σε μη οργανικά αίτια” (failure to thrive), το πρόβλημα οφείλεται σ’ αυτή την αιτία, ενώ μια άλλη αρκετά συνηθισμένη μορφή κακοποίησης είναι η στέρηση νερού που οδηγεί σε αφυδάτωση από υπερνατριαιμία.

3. Σεξουαλική κακοποίηση: Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών έχει χαρακτηριστεί ως “το καλύτερα κρατημένο μυστικό” σήμερα, όμως, οι διαστάσεις του αποκάλυπτονται καθημερινά, όσο μειώνονται οι αντιστάσεις τόσο των ειδικών όσο και του ευρύτερου κοινού. Περιλαμβάνει την αιμομιξία, την παρά φύση συνουσία, τη στοματική επαφή, την ασέλγεια, τη χρησιμοποίηση παιδιών για πορνογραφικό υλικό, την έκθεση παιδιών σε επίδειξη γεννητικών οργάνων ενηλίκων, ό,τι δηλαδή έχει σκοπό τη σεξουαλική διέγερση του δράστη.

4. Προμελετημένη δηλητηρίαση: Περιλαμβάνει τον εξαναγκασμό σε λήψη φαρμάκων, ναρκωτικών ή άλλων βλαβερών ουσιών.

5. Παραμέληση ιατρικής φροντίδας: Η παραμέληση ιατρικής φροντίδας είναι σημαντικότερη σε περιπτώσεις παιδιών με χρόνια νοσήματα, όπως μεσογειακή αναιμία, διαβήτη κ.ά. τα οποία χρειάζονται συνεχή θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση.

6. Παραμέληση ασφάλειας: Η παραμέληση ασφάλειας για το παιδί ορίζεται ως κακοποίηση, αν είναι σημαντική και αν το παιδί είναι κάτω των δύο ετών. Παιδιά αυτής της ηλικίας που αφήνονται μόνα στο σπίτι ή που εγκαταλείπονται στο δρόμο ανήκουν στην κατηγορία αυτή.

7. Συναισθηματική κακοποίηση: Είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς την ύπαρξη αλλά και το μέγεθος της συναισθηματικής κακοποίησης. Μπορεί να οριστεί ως η διαρκής απόρριψη ή η χρησιμοποίηση ενός παιδιού ως “αποδιοπομπαίου τράγου” από άτομα που το φροντίζουν. Η συνεχής υποτίμηση, η υβριστική συμπεριφορά ή ψυχολογική τρομοκρατία (π.χ. εγκλεισμός) ενός παιδιού περιλαμβάνονται στην περίπτωση αυτή και έχουν ολέθρια αποτελέσματα στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Διαγνωστικά κριτήρια είναι: σοβαρή ψυχοπαθολογία του παιδιού -όπως ορίζεται από ψυχίατρο- και συγχρόνως άρνηση των γονέων να επιτρέψουν θεραπεία για το παιδί.(1)

Παρακάτω θα αναφερθούν πιο εκτεταμένα η σωματική, η σεξουαλική και η ψυχολογική κακοποίηση οι οποίες συναντούνται πιο συχνά και επηρεάζουν αρνητικά το παιδί κατακερματίζοντας κυριολεκτικά την ψυχή και το σώμα του.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Τα παρακάτω τρία παραδείγματα σωματικής κακοποίησης βασίζονται σε σχετικό δημοσίευμα του γερμανικού περιοδικού "Der Spiegel" της 27/8/1990:

Παιδί ηλικίας 6 μηνών ζύγιζε μόνο οκτώ κιλά λόγω εγκληματικής παραμελήσεως. Στο κεφάλι του είχε μελανιές από χτυπήματα και ήταν τελείως βρώμικο τόσο αυτό, όσο και το άθλιο δωμάτιο μέσα στο οποίο ζούσε.

Ένα κορίτσι 4 ετών το χτυπούσε ανηλεώς ο πατέρας του επί ένα χρόνο με μια ζωστήρα. Τα δόντια του τα έσπασε όλα, καθώς και μερικά κόκκαλα. Όλη την ημέρα το κλείδωνε στο γκαράζ του σπιτιού.

Ένα άλλο αγόρι το σκότωσαν οι γονείς του με άγρια χτυπήματα και το πέταξαν μέσα σε μια τρύπα μέσα στο δάσος.(3)

Από την εποχή των προσπαθειών του δρ. H. Kempe, ο οποίος ασχολήθηκε με το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού και όρισε τη σωματική κακοποίηση ως μια "κλινική κατάσταση μικρών παιδιών που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση από ένα γονέα, φυσικό ή μη" οι γνώσεις για το θέμα έχουν αλλάξει ριζικά. Αυτό ήταν αποτέλεσμα της ευρείας δημοσιότητας που δόθηκε στο πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών πρώτα στις Η.Π.Α. και μετά στον Καναδά, την Αγγλία, την Αυστραλία, τις Σκανδιναβικές χώρες και άλλες χώρες της Ευρώπης".(1)

Για να αναγνωρίσει το κακοποιημένο παιδί, ο παιδίατρος πρέπει πρώτα να αποδεχτεί την ύπαρξη του συνδρόμου. Μέχρι πριν λίγα χρόνια υπήρχε και στον ελληνικό χώρο άρνηση στην ιδέα ότι οι Έλληνες γονείς και ιδιαίτερα μπορεί ποτέ να κακοποιούν τα παιδιά τους. Ο κάθε γιατρός θα πρέπει να γνωρίζει ότι η κακοποίηση είναι παθολογική κατάσταση: 1) συχνή, 2) υποτροπιάζουσα, 3) με μεγάλη θνητότητα, 4) με μεγάλο ποσοστό αναπηρίας, 5) ιάσιμη και 6) προλήψιμη.

1. Συχνότητα: Είναι άγνωστη. Τα στοιχεία που υπάρχουν από διάφορες μελέτες είναι ενδεικτικά. Πάντως, αν θεωρήσουμε σωματική κακοποίηση μόνο τις περιπτώσεις όπου χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, τότε υπολογίζεται ότι περίπου 10% των παιδιών 15 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό, είναι κακοποιημένα.

2. Υποτροπές: Υπολογίζεται ότι 25% των κακοποιημένων παιδιών θα υποστούν σοβαρές βλάβες από νέα κακοποίηση αν δεν γίνει θεραπευτική παρέμβαση.

3. Θνητότητα: Υπολογίζεται μεταξύ 3-5%.

4. Μόνιμες αναπηρίες: Το κεφάλι είναι συχνά ο στόχος του χτυπήματος. Συχνά προκαλείται υποσκληρίδιο αιμάτωμα από χτύπημα ή τράνταγμα του βρέφους. Αναφέρονται υδροκέφαλος, αταξία, επιληψία και πνευματική καθυστέρηση.

5. Ίαση: Με σωστή, ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της οικογένειας σε 80-90% των περιπτώσεων μπορεί να αποκατασταθεί η ισορροπία στις ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Σε 10-15% των περιπτώσεων θα χρειαστεί συνεχής παρακολούθηση και στο 1-2% δεν υπάρχει ίαση και κάθε παρέμβαση αποτυγχάνει.

6. Πρόληψη: Οι περισσότερες προσπάθειες στο χώρο της σωματικής κακοποίησης έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στη διάγνωση και τη θεραπεία, παρά στην πρόληψη του προβλήματος. Η αντιμετώπιση των αναγκών των κακοποιημένων παιδιών μέσω της θεραπευτικής παρέμβασης μπορεί να είναι μακροπρόθεσμος στόχος πρόληψης.(6)

Χαρακτηριστικά που πρέπει να θέσουν την υπόψια της κακοποίησης:

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 ασάφειες, που δεν ταιριάζει με την κλινική εικόνα, ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού. Για βρέφος με κάταγμα του μηριαίου και εκχυμώσεις στο πρόσωπο, δίνεται το ιστορικό “δες πως έπεσε! ‘Ωσπου να γυρίσω να δω; το βρήκα σ’ αυτά τα χάλια”. Σε περίπτωση διδύμων με πολλαπλές εκχυμώσεις, δόθηκε το ιστορικό ότι έπεσε πάνω τους η πόρτα της ντουλάπας(!)

Για παιδί με πολλά εγκαύματα από τσιγάρο αναφέρθηκε “είχε ξαναβγάλει τέτοιες καντήλες!”. Για τον ευαίσθητοποιημένο 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 βραχιονίου, συνήθως θα έχει και εκχυμώσεις ή εκδορές και σε άλλα μέρη του σώματος ή ακόμη και άλλα κατάγματα. Οι γονείς δείχνουν έκπληκτοι(!) για τις ελαφρότερες βλάβες και δίνουν ιστορικό μόνο για τη σοβαρή.

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

ε. Μερικές βλάβες είναι χαρακτηριστικές κακοποίησης, σχεδόν παθognωμικές. Η ρήξη του χαλινού του άνω χείλους είναι πολύ απίθανο να είναι τυχαία. Έγκαυμα που καταλαμβάνει όλη την επιφάνεια του άκρου και σταματά ισουΰως, δείχνει καθαρά πως το άκρο εμβαιπίστηκε ηθελημένα σε 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. Ο τρόπος που αναφέρονται οι γονείς στο παιδί, μαρτυρά απόρριψη. Παραπονιούνται ότι είναι “δύσκολο”, “ατίθασο”, “ανικανοποίητο”, “κουτός” κ.ά. (6)

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Το είδος της κακοποίησης στο οποίο έχει πιο πρόσφατα στραφεί η προσοχή των ειδικών, των μέσων μαζικής ενημέρωσης και του κοινού ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. είναι η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών. Πριν από τριάντα χρόνια το πρόβλημα εθεωρείτο ασήμαντο, εφόσον οι επίσημες εκτιμήσεις ήταν δύο περιπτώσεις στο εκατομμύριο. Το 1978, όμως το Εθνικό Κέντρο για την Κακοποίηση και Παραμέληση των Παιδιών (National Center for Child Abuse and Neglect) υπολόγισε ότι υπήρχαν πάνω από 60.000 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών. Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία από άλλες χώρες αλλά υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές σεξουαλικής κακομεταχείρισης παιδιών στις περισσότερες χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας.(2)

Η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται στην ξαφνική σεξουαλική επίθεση από τον πατέρα, πατριό, συγγενή ή και άλλον ενήλικο, άγνωστο στο παιδί.

“Την ημέρα που διόρθωνα τα τυπογραφικά μου, γράφει ο Κωνστ. Αλεξάνδρου, έφεραν ένα αγόρι 6 ετών γιατί παρουσίαζε σοβαρά μαθησιακά προβλήματα. Το test νοημοσύνης έδωσε φυσιολογικά αποτελέσματα. Το παιδί όμως ήταν υπερκινητικό και είχε τελεία διάσπαση προσοχής. Ρώτησα την κοινωνικό λειτουργό για το ιστορικό του παιδιού. Το παιδί είχε μεταφερθεί σε ίδρυμα του Υπουργείου Κοιν. Υπηρεσιών. Ο πατέρας κακοποιούσε το παιδί σεξουαλικά από τον πρωκτό και το στόμα από την ηλικία των 3 ετών μέχρι τα 6. Ο πατέρας είναι ήδη υπόδικος”.(3)

Σημαντικό αδίκημα είναι και η σεξουαλική εκμετάλλευση του παιδιού. Αναφέρεται στην εκπόρνευση του παιδιού στην χρησιμοποίησή του για την προαγωγή πορνογραφικού υλικού ή και σε άλλες μορφές εκμετάλλευσης από τους γονείς, συγγενείς, ή άλλους ενήλικους που δεν έχουν συγγένεια μαζί του. Το παιδί γίνεται αντικείμενο σεξουαλικής εκμετάλλευσης για ένα χρονικό διάστημα και η διαδικασία αυτή ενέχει μια διεργασία “εξαρτημένης μάθησης”. Ο δράστης είναι συχνά άτομο με κοινωνιοψυχοπαθητική προσωπικότητα. Επίσης στη σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται και η αιμομιξία' αφορά οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα συμπεριλαμβανομένης της συνουσίας, της θωπείας και επίδειξης γεννητικών οργάνων ανάμεσα στο παιδί και ένα φυσικό γονιό, πατριό/μητριά, συγγενή ή κηδεμόνα. Εδώ συμπεριλαμβάνονται πατέρες, πατριοί, παπούδες, γιαγιάδες, αδελφοί και αδελφές.

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν, αυτοί που κακοποιούν σεξουαλικά, είχαν βιώσει απόρριψη από την μητέρα τους και εγκατάλειψη από τον πατέρα τους. Στις περιπτώσεις που ο πατέρας δεν είχε εγκαταλείψει την οικογένεια, ήταν συχνά σκληρός και αυταρχικός. Η παρατεταμένη, εξάλλου απουσία του πατέρα από το σπίτι της γονεϊκής οικογένειας του δράστη αποτελεί κοινωνιολογικό παράγοντα προδιάθεσης για κακοποίηση. Επίσης οι άντρες που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά τους έχουν βιώσει σε πρώιμη ηλικία απώλεια και αποχωρισμό στην οικογένειά τους.(5)

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών αποτελεί ακόμα μεγαλύτερη πρόκληση για τους ειδικούς. Είναι ένα φαινόμενο περίπλοκο και δύσκολο να οριστεί. Η πολυπλοκότητά του πηγάζει από το γεγονός ότι η ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση, είναι αποτέλεσμα πολλαπλών και επαναλαμβανόμενων γονεϊκών αποτυχιών ή και γονεϊκών πράξεων που με τη σειρά τους, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα σωματικών, οικονομικών, συζυγικών και πολιτιστικών παραγόντων καθώς και του παράγοντα της άγνοιας και της ψυχοπαθολογίας.

Οι περισσότεροι ειδικοί αναγνωρίζουν ότι αυτό το είδος κακοποίησης των παιδιών χρειάζεται αντιμετώπιση αλλά, κατά κανόνα, επικαλούνται την έλλειψη ενός παραδεκτού λειτουργικού ορισμού και το γεγονός ότι όλα τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση σωματική ή σεξουαλική πρέπει να θεωρούνται και ψυχολογικά κακοποιημένα. Ο Walter Junewicz είναι ένας από τους ελάχιστους ειδικούς που έκανε μια συστηματική μελέτη πάνω στο θέμα. Προσδιορίζει δύο τύπους ψυχολογικής κακοποίησης, τη συναισθηματική παραμέληση και τη συναισθηματική κακομεταχείριση.(1)

Η συναισθηματική παραμέληση αναφέρεται στις γονεϊκές παραλείψεις στη φροντίδα του παιδιού, δηλαδή στην ανικανότητα του γονέα να παρέχει στο παιδί ερεθίσματα, μέσω της φροντίδας, της σταθερότητας και της ασφάλειας, που είναι απαραίτητες για τη νοητική, κοινωνική και ψυχολογική του εξέλιξη. Η συναισθηματική κακοποίηση αναφέρεται στην εκτέλεση γονεϊκών πράξεων που φανερά ερεθίζουν το παιδί ζημιώνοντας τη νοητική, κοινωνική ή ψυχολογική του εξέλιξη με αποτέλεσμα να αποκτήσει αρνητική εικόνα του εαυτού του ή να εμφανίζει διαταραγμένη συμπεριφορά. Ο Junewicz καθόρισε, επίσης πέντε διαγνωστικές οικογενειακές ενότητες που έχουν προδιάθεση για επιζήμια συμπεριφορά, αν οι γονείς:

- α) υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές,
- β) κάνουν χρήση ναρκωτικών ή οινόπνευματών,
- γ) εμπλέκονται σε σοβαρές πιεστικές συναλλαγές,
- δ) προβάλλουν τις ανεπαρκείς προσαρμογές της ζωής τους και
- ε) μεταθέτουν τις σοβαρές προσωπικές τους συγκρούσεις.(4)

Η ψυχολογική κακοποίηση προκαλεί στο παιδί χρόνιο και μεγάλο άγχος, αναταραχή, κατάθλιψη, κοινωνική απόσυρση, ψύχωση ή ένα εύλογο φόβο ότι η ζωή και η ασφάλειά του απειλούνται.

Το ψυχολογικά κακοποιημένο παιδί δυσκολεύεται να ολοκληρώσει ορισμένα στάδια της εξέλιξής του, ανάλογα με την ηλικία του, ή να αποδώσει ικανοποιητικά στο σχολείο, στην ομάδα των συνομηλίκων του και στην κοινότητα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι όλοι οι ερευνητές και οι θεραπευτές τονίζουν τη σημασία της κατάλληλης τεκμηρίωσης για την ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού, πριν αρχίσουν οι νομικές διαδικασίες για την προστασία του. Προσπάθειες να διωχθούν ποινικά οι γονείς με βάση υποθέσεις και υποψίες, αντί για συγκεκριμένα διαγνωστικά στοιχεία, είχαν ως αποτέλεσμα σκληρές αντιδικίες ανάμεσα στους γονείς και στις υπηρεσίες προστασίας του παιδιού.(1)

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο προσδιορισμός της συχνότητας του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών είναι άμεσα συνδεδεμένος τόσο με το βαθμό ευαισθητοποίησης κάθε χώρας όσο και με την ύπαρξη και την επιτυχία συστημάτων καταγγελίας και καταγραφής. Έτσι, είναι φυσικό ότι οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος είναι πολύ μεγαλύτερες απ' ό,τι φαίνεται επίσημα. Επανειλημμένα έχει παρατηρηθεί ότι από τη στιγμή που οι ειδικοί επαγγελματίες "της πρώτης γραμμής" ευαισθητοποιούνται τόσο σχετικά με τη διάγνωση του προβλήματος όσο και με την ύπαρξη υπηρεσίας που αντιμετωπίζει τέτοια περιστατικά, ο αριθμός των παραπομπών αυξάνεται κατακόρυφα.

Στις Η.Π.Α. 1% του παιδικού πληθυσμού κακοποιείται κατά την παιδική ηλικία, ενώ στο γενικό πληθυσμό η αναλογία έχει εκτιμηθεί σε 500 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο για κάθε εκατομμύριο κατοίκους. Η συχνότητα αυτή είναι τριπλάσια σε πρόωρα βρέφη. Η θνησιμότητα κυμαίνεται γύρω στο 3% ή 2.000 θανάτους κάθε χρόνο. Από το σύνολο των κακοποιημένων παιδιών που παραπέμπονται σε ιατρικά κέντρα, 85% είναι παιδιά με σωματικές κακώσεις, 10% σεξουαλικά κακοποιημένα και 5% με καθυστέρηση στην ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια. Επίσης, έχει υπολογιστεί ότι 10% των παιδιών μικρότερα των 5 ετών που φτάνουν στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχουν πέσει θύματα κακοποίησης.

Στη Δ. Γερμανία, σε σύνολο πληθυσμού 60 εκατομμυρίων, καταγγέλλθηκαν στην αστυνομία 30.000 περιστατικά, ενώ, σύμφωνα με την εθνική μελέτη συχνότητας στις Η.Π.Α., ο αριθμός αυτός θα έπρεπε να ήταν 169.000 περιπτώσεις κακοποίησης και 1.500.000 παραμέλησης.

Το ποσοστό επανακακοποίησης ενός παιδιού μετά το πρώτο επεισόδιο βρέθηκε να είναι 20% ακόμα και σε χώρες σαν τη Μ. Βρετανία με τη γνωστή υποδομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, ενώ όταν δεν υπάρχει θεραπευτική παρέμβαση, μπορεί να φτάσει ως 60%.

Ανάλογα υψηλό είναι το ποσοστό θανάτου που στον πληθυσμό των ήδη κακοποιημένων παιδιών έχει υπολογιστεί σε 6-28%. Είναι προφανές ότι το ποσοστό αυτό επηρεάζεται από τα διαγνωστικά κριτήρια της κακοποίησης, την έγκαιρη διάγνωση και την επάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης.

Είναι, επίσης, γνωστό ότι πολλά παιδιά που πεθαίνουν από "μη τυχαίες" κακώσεις δεν περιλαμβάνονται στις στατιστικές των δολοφονιών ή ακόμα και των ατυχημάτων. Οι θάνατοι αυτοί αποδίδονται συνήθως σε "άγνωστα αίτια", σε δηλητηριάσεις ή, ακόμα, σε "αιφνίδιους θανάτους" ή βρογχοπνευμονία.

Σήμερα οποιαδήποτε σχολαστική αναζήτηση της συχνότητας της κακοποίησης όχι μόνο είναι άσκοπη αλλά μπορεί να ερμηνευτεί σαν αμυντικός μηχανισμός άρνησης της ύπαρξης του προβλήματος σε ατομικό, ομαδικό ή εθνικό επίπεδο. (2)

ΑΙΤΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Δύσκολα μπορεί να γίνει κατανοητό -πόσο μάλλον παραδεκτό- ότι ένας γονέας μπορεί να κακοποιήσει το παιδί του. Η διάχυτη καχυποψία και τα έντονα συναισθήματα που επικρατούν ακόμα και σε κύκλους "ειδικών" είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο για την αναγνώριση και, επομένως, την πρόληψη του προβλήματος. Το παράδοξο, όμως, είναι ότι οι ίδιοι άνθρωποι δείχνουν μεγάλη επιείκεια για σημαντική άσκηση βίας προς τα παιδιά, ιδιαίτερα στο βαθμό που αυτή μπορεί να συνδεθεί με την έννοια του σωφρονισμού.(1)

Η κοινωνιολογική θεώρηση, όπως εκπροσωπείται από τον κοινωνιολόγο D.E Gil, υποστηρίζει ότι η δυναμική της κακοποίησης είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς θεσμούς που όχι μόνο επιτρέπουν αλλά και ενισχύουν την άσκηση φυσικής βίας στα παιδιά με τη μετουσιωμένη μορφή της πειθαρχίας. Πέρα από τις συγκεκριμένες πράξεις σωματικής βίας που ασκούν οι γονείς ή άλλοι ενήλικοι στα παιδιά τους, ένα πολύ μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα βρέθηκε να είναι τα εκατομμύρια παιδιά τα οποία μεγαλώνουν με την ανοχή της κοινωνίας σε συνθήκες σοβαρής αποστέρησης.

Διαπιστώθηκε, ότι ενώ οι προδιαθεσικοί παράγοντες για κακοποίηση υπάρχουν σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες αποστέρησης κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να κακοποιηθούν από τους γονείς τους ή από άλλα άτομα που τα φροντίζουν. Η διαπίστωση ότι πέρα από την οικογενειακή βία εκατομμύρια παιδιά κακοποιούνται σωματικά και συναισθηματικά σε ευρύτερους χώρους, όπως σχολεία, παιδικούς σταθμούς και ιδρύματα, έδωσε την αφορμή για μια γενικότερη κίνηση διερεύνησης του προβλήματος αυτού, η ύπαρξη του οποίου επιβεβαιώθηκε στο IV Διεθνές Συνέδριο Κακοποίησης - Παραμέλησης Παιδιών, το 1982, που είχε θέμα την κακοποίηση και παραμέληση παιδιών σε ιδρύματα.(2)

Παρόλα αυτά, όμως, το πιο σημαντικό αίτιο κακοποίησης των παιδιών είναι η ψυχοπαθολογία των γονέων τους ή άλλων υπευθύνων. Τα άτομα αυτά περιγράφονται: μικρής ηλικίας, ανώριμα, παρορμητικά, εξαρτημένα, απαιτητικά, κοινωνικά απομονωμένα, με σημαντικές εμπειρίες βίας, παραμέλησης και συναισθηματικής αποστέρησης στην παιδική τους ηλικία, με κακές σχέσεις προς τις πατρικές τους οικογένειες. Το ποσοστό των ατόμων με εγκληματική προσωπικότητα ή σοβαρά ψυχικά νοσήματα δεν ξεπερνάει το 10% αν και περιγράφεται ότι πάνω από 90% είναι άτομα έντονα στερημένα, μοναχικά και θυμωμένα, που ζουν σε συνθήκες ψυχολογικής και κοινωνικής έντασης. Η αυτοεκτίμησή τους είναι πολύ χαμηλή, αισθάνονται έντονη ανασφάλεια, δύσκολα εμπιστεύονται άλλους, ιδιαίτερος πρόσωπα που συνδέονται με την έννοια της εξουσίας.(2)

Τα γνωρίσματα ιδεοληπτικού ψυχαναγκασμού μιας προσωπικότητας κατευθύνουν συχνά τις προσδοκίες των γονέων και την αποδοκίμασία τους για την συμπεριφορά των παιδιών τους κατά συγκεκριμένους τρόπους. Οι συγκρούσεις για τη βρομιά και την ακαταστασία οδηγούν τους γονείς σε πρόωρες υπερβολικές και εξωπραγματικές απαιτήσεις, όπως να τρώει το μωρό χωρίς να πασαλείβεται και να σκορπίζει το φαγητό γύρω του και να ελέγχει από νωρίς τις απελευθερωτικές λειτουργίες. "Μια νεαρή μητέρα παιδιού 11 μηνών έκασε με τοιγάρο τα γεννητικά του όργανα μετά από επανειλημμένες αποτυχίες να το εκπαιδεύσει στον έλεγχο των σφιγκτήρων του". Η ανικανότητα του μωρού να συμμορφωθεί θα εξάψει την οργή των γονέων. Η αναπόφευκτη τάση των μωρών να σκορπίζουν τα παιχνίδια τους και να λερώνουν τα καθα-

ρά τους ρούχα θα δημιουργήσει επίσης προβλήματα, αν ο γονέας ενδιαφέρεται υπερβολικά για την τάξη και την καθαριότητα. Πιστεύεται ότι η συμπεριφορά του μωρού ερεθίζει το ασυνείδητο του γονέα και απειλεί μια έκρηξη των δικών του κατακριτέων παρορμήσεων για ακαταστασία.(6)

Είναι εύλογο ότι παιδιά που χαρακτηρίζονται από τους γονείς τους ως “δύσκολα” ή έχουν αυξημένες ανάγκες για φροντίδα, κινδυνεύουν περισσότερο να κακοποιηθούν. Ανάλογος είναι και ο κίνδυνος για τα πρόωρα ή τα βρέφη που αρρώστησαν τους πρώτους μήνες της ζωής τους και απομακρύνθηκαν από τη μητέρα τους. Η διαταραχή του πρωταρχικού δεσμού μητέρας-παιδιού είναι από τους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την κακοποίηση ενός παιδιού. Βρέφη ευερέθιστα, κλαψιάρικα, με δυσκολίες στη σίτιση, μπορούν να προκαλέσουν την απογοήτευση ή την οργή των γονέων τους. Μια ανεπιθύμητη κύηση που τελικά “κρατήθηκε” μέσα ή έξω από ένα γάμο ή μια κύηση που ταλαιπώρησε τη μητέρα θεωρείται βασικός προδιαθεσικός παράγοντας. Έκλυτος παράγοντας για το επεισόδιο της κακοποίησης είναι η ύπαρξη κάποιας “κρίσης” στο παιδί, στους γονείς ή στις συνθήκες της ζωής τους.(4)

Δεν πρέπει, ωστόσο, να παραβλέψουμε ότι η ζωή στη φτώχεια και στα γκέτο των μειονοτήτων δημιουργεί συνήθως πολλά πιεστικά βιώματα που επισπεύδουν ίσως την κακοποίηση των παιδιών, αποδυναμώνοντας τους ψυχολογικούς μηχανισμούς αυτοελέγχου ενός παιδοκόμου, συμβάλλοντας έτσι στην χωρίς αναστολές εκτόνωση των επιθετικών και καταστροφικών του παρορμήσεων πάνω σε αδύναμα παιδιά.

Οι φτωχοί, εξάλλου, αλλά και όσοι ανήκουν σε μειονότητες φαίνεται ότι υπόκεινται σε πολλές από τις συνθήκες και τις δυνάμεις που μπορούν να τους οδηγήσουν σε καταχρηστική συμπεριφορά απέναντι σε παιδιά άλλων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στις ιδιαίτερες πιέσεις και καταπονήσεις του περιβάλλοντος, που συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική στέρηση και τις διακρίσεις.

Όμως και ένας άρρωστος γονέας είναι πιο πιθανό να έχει προβλήματα στη σχέση του με το παιδί. Σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες των παιδιών που κακοποιούνται έχουν ελάσσονα προβλήματα υγείας, όπως υπερβολική κόπωση, έλλειψη σιδήρου, αναιμία, προχωρημένη τετηδονία και πονοκεφάλους.(2)

Πολλοί από τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν υποστεί και οι ίδιοι κακοποίηση ή συναισθηματική στέρηση στην παιδική τους ηλικία. Μεγάλωσαν νιώθοντας εχθρότητα απέναντι στην εξουσία και ανίκανοι να εξασφαλίσουν βασική εμπιστοσύνη. Σε πολλές περιπτώσεις εξακολουθούν να έχουν σχέσεις μίσους με τους γονείς τους. Οι γυναίκες, ιδιαίτερα, διατηρούν διαταραγμένες σχέσεις εξάρτησης με τη μητέρα τους. Όπως αναφέρει και η διεθνούς φήμης ψυχολόγος A. Miller, στους γονείς που χτυπούν τα παιδιά τους μέχρι αναισθησίας ή θανάτου είναι επιβεβλημένο να τους αφυπνισθούν αισθήματα ενοχής, γιατί όταν χτυπούν σκέφτονται ότι κάνουν μια δίκαιη πράξη, αφού και αυτούς τους χτυπούσαν οι γονείς τους στην παιδική τους ηλικία.(7)

Το ερώτημα “ποιός το έκανε” έχει βασανίσει πολλούς ειδικούς επαγγελματίες που ασχολούνται με την κακοποίηση των παιδιών. Συνήθως και οι δύο γονείς συμμετέχουν στη διαδικασία της κακοποίησης του παιδιού τους, ο ένας χτυπώντας το και ο άλλος μη μπδρώντας ή μη θέλοντας να το προστατέψει. Άλλοτε και οι δύο γονείς εναλλάξ κακοποιούν. ποτέ όμως δεν είναι δυνατό να μη γνωρίζει ο ένας τι γίνεται. ακόμα και στην περίπτωση που ζουν χωριστά. Συχνότερα κακοποιούν οι μητέρες.

ίσως γιατί εκείνες βρίσκονται περισσότερες ώρες μαζί με τα παιδιά τους, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο πατέρας είναι άνεργος και μένει στο σπίτι με τα παιδιά, για να εργαστεί η μητέρα, τότε εκείνος κακοποιεί συχνότερα.

Η αναζήτηση του υπεύθυνου της κακοποίησης έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις περιπτώσεις που το παιδί έχει κακοποιηθεί από άτομο έξω από την οικογένεια, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης.(6)

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η κακοποίηση παιδιών σε μία οικογένεια δεν είναι μεμονωμένη πράξη αλλά ένα συνολικό οικογενειακό πρόβλημα' τα τραύματα στο σώμα των παιδιών είναι το σύμπτωμα μιας άρρωστης δυσλειτουργικής οικογένειας που βρίσκεται κάτω από αντιξοές συνθήκες. Το πρωταρχικό καθήκον κάθε γιατρού είναι να αντιμετωπίσει τις κακώσεις που έχει υποστεί το παιδί. Η αδεξιότητά ή η άρνησή του να προχωρήσει στη διαγνωστική εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας της οικογένειας και των συνθηκών της ζωής της μπορεί να οδηγήσει σε επάνακακόποιηση του παιδιού, με πιθανό αποτέλεσμα μόνιμη αναπηρία ή και το θάνατο.

Τα κύρια κλινικά ευρήματα σωματικής κακοποίησης είναι τα παρακάτω:

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

2. Κακώσεις των οστών: Αυτές αποτελούν συνήθως το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα ενός "κακοποιημένου βρέφους". Και πάλι στα βρέφη που δεν περπατούν ακόμα σπάνια εμφανίζεται θραύση οστού. Τα πολύ μικρά παιδιά παθαίνουν συνήθως μόνο ατελή κατάγματα. Θραύση του οστού με αξιοσημείωτη μετατόπιση μπορεί να προκληθεί με απότομο ζύγισμα του άκρου από έναν ενήλικο. Κάθε μακρό οστό καταλήγει στην ονομαζόμενη μετάφυση, ένα έλασμα που αναπτύσσεται, και ακολουθεί, ο αναπτυσσόμενος χόνδρος, που ονομάζεται επίφυση. Αν το οστό τραβηχτεί, κάμπτεται στην πιο αδύνατη περιοχή, συγκεκριμένα στη μετάφυση και στην ακτινογραφία παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά της επιφυσικής αποκόλλησης. Αυτές οι μεταβολές μπορούν να διαπιστωθούν αν αιωρήσει κάποιος το παιδί από το χέρι ή το πόδι. Με την πίεση ή την περιστροφή των ιστών πάνω από το οστό εκδηλώνεται αιμορραγία ανάμεσα στο περίοστεο και το συμπαγές στέλεχος του οστού. Αρχικά προκαλείται οδυνηρό οίδημα το οποίο σε διάστημα δύο ή τριών εβδομάδων σκληρύνεται από αποθέματα ασβεστίου και δημιουργεί πάρο, εύκολα διακρινόμενο στην ακτινογραφία.

Οι δύο αυτές ακτινολογικές ανακαλύψεις, η επιφυσική αποκόλληση και η πάρωση του περιοστέου, οδηγούν σαφώς στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για ηθελημένες κακώσεις. Τα άλλα δύο χαρακτηριστικά γνωρίσματα οστικών κακώσεων είναι τα πολλαπλά έλκη σε διάφορα σημεία του σώματος και η ύπαρξη ελκών σε διάφορα στάδια επούλωσης και αποκατάστασης. Οι κακώσεις αυτές των οστών δεν οδηγούν συνήθως σε μόνιμη βλάβη.

3. Κακώσεις στο κεφάλι:

Κατάγματα του κρανίου

Τα βρέφη και τα παιδιά μπορεί να πέσουν ή να τα ρίξει κάποιος κάτω με το κεφάλι και να τραγίσουν το κρανίο τους, μερικές φορές όμως ανακαλύπτουμε ότι κουνάνε τα βρέφη κρατώντας τα από τα πόδια και το κρανίο τους σπάζει χτυπώντας στον τοίχο. Η

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

Υποσκληρίδεια αιματώματα

Τα βρέφη, ωστόσο, μπορεί να αρχίσουν να αιμορραγούν στο εσωτερικό του κρανίου και γύρω από τον εγκέφαλο μετά από τραυματισμό, χωρίς να υπάρχει κατάγμα στο κρανίο. Η αιμορραγία μπορεί να αναπτυχθεί πολύ αργά και κατά συνέπεια είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάγνωση. Η αναγνώριση του συνδυασμού υποσκληρίδεια αιμορραγίας με κακώσεις των οστών σε άλλα σημεία μπορεί να οφείλονται σε ηθελημένο τραυματισμό.

Υποσκληρίδεια αιμορραγία μπορεί να παρουσιαστεί μετά από απότομο χτύπημα στο κεφάλι, ιδιαίτερα στο εμπρός ή το πίσω μέρος, αλλά και το απότομο τάρρακούνημα του κεφαλιού μπορεί να διαρρήξει τις λεπτές φλέβες, οι οποίες διατρέχουν την επιφάνεια του εγκεφάλου προς τα μέσα και κατευθύνονται προς το φλεβώδη κόλπο του εγκέφαλου. Τα βρέφη που έχουν υποσκληρίδεια αιμορραγία μπορεί να εμφανίσουν σπασμούς ή εμετό ή υπερβολική νωθρότητα ή ανορεξία. Ο γιατρός που εξετάζει αυτά τα βρέφη μπορεί να διαπιστώσει ότι το μαλακό σημείο (πηγή) ανάμεσα στα οστά του κρανίου είναι διογκωμένο και μπορεί ακόμη να υπάρχουν αιματώματα στον αμφιβληστροειδή, στο πίσω μέρος του ματιού, και το κεφάλι να είναι υπερβολικά μεγάλο ή να αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Στην περίπτωση αυτή το αίμα μπορεί να πιέζει και να βλάπτει τον εγκέφαλο, προκαλώντας παράλυση των ματιών και των άκρων.

Όταν διαγνωσθεί αυτή η κατάσταση, εισάγεται συνήθως μια βελόνα στο αιμάτωμα και ανακουφίζεται η πίεση. Αυτό μπορεί να επαναληφθεί όσο εξακολουθεί να υπάρχει πίεση. Πολύ σπάνια μπορεί να χρειαστούν πιο περίπλοκες διαδικασίες.(2)

4. Ξηρά ή υγρά εγκαύματα: Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε επιπόλαια και μικρής έκτασης εγκαύματα που έχουν αντιμετωπιστεί πρόχειρα και σε εγκαύματα από τσιγάρο, ενώ δεν θα πρέπει να αγνοηθεί η πιθανότητα εμβάπτισης του παιδιού σε καυτό νερό.

5. Δηλητηρίαση

Η ηθελημένη δηλητηρίαση ενός μικρού παιδιού είναι συνηθέστερη από όσο νομίζουμε και αφορά, κυρίως, βαριές περιπτώσεις. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού, η συμπεριφορά των γονέων του και οι περιβαλλοντικές συνθήκες δίνουν πολλά διαγνωστικά στοιχεία υπέρ της κακοποίησης. Η εμπειρία έχει δείξει ότι σε περιπτώσεις αυτοδηλητηρίασης, το μικρό παιδί χάνει το ενδιαφέρον για χάπια ή υγρά μόλις καταπιεί μικρή ποσότητα, ενώ σοβαρές περιπτώσεις οφείλονται σε κακοποίηση.

6. Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου

Αν και είναι πολύ δύσκολο να διαγνωστεί, μπορεί να οφείλεται σε κακοποίηση. Η πρόκληση ασφυξίας από βαριές κουβέρτες ή πλαστική σακούλα στο κεφάλι του βρέ-

φους ή η δηλητηρίαση με άγνωστη ουσία μπορεί να ερμηνευτεί ως σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου. Η λεπτομερής εξέταση του δέρματος του βρέφους για την ανακάλυψη μικροκακώσεων, όπως και η λήψη οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού, μπορεί να διευκολύνει τη διάγνωση.

7. Καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια

Διάφορες διαβαθμίσεις αναστολής ή καθυστέρησης της ανάπτυξης που δεν έχουν οργανικό υπόστρωμα, σε συνδυασμό με προβλήματα συμπεριφοράς, περιγράφονται ως σύνδρομο μητρικής απόρριψης ή ψυχοκοινωνικός νανισμός. Τα παιδιά αυτά στερούνται τη φροντίδα της μητέρας τους όσον αφορά τη σίτιση, τη στοργή, τη συναισθηματική ζεστασιά, την προσφορά ερεθισμάτων με το παιχνίδι και την ομιλία. Ορισμένα παιδιά κακοποιούνται και σωματικά. Τα παιδιά αυτά έχουν φουσκωμένη κοιλιά, υδαρείς κενώσεις, συχνά παρουσιάζουν διαταραχές στην όρεξη (ανορεξία - βουλιμία) απόσυρση και δυσκολία να παίζουν με άλλα παιδιά. Τα παιδιά αυτά, μόλις τους προσφερθεί ατομική φροντίδα, αναζητούν έντονα την προσοχή οποιουδήποτε, είναι λαίμαργα και φέρονται εγωιστικά. Τα περισσότερα παρουσιάζουν αργότερα διαταραχές στην ομιλία και μαθησιακές δυσκολίες.

Τα κλινικά αυτά ευρήματα παρουσιάζουν μια βαθιά και μακρόχρονη διαταραχή δεσμού μητέρας-παιδιού, όπου η συναισθηματική αποστέρηση μοιραία μεταφέρεται από το ίδιο το παιδί αργότερα στα δικά του παιδιά.(1)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Δύο είναι οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης σε περιπτώσεις κακοποίησης των παιδιών:

(α) η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και (β) η αποκατάσταση της καλής λειτουργίας της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατό ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι, καθώς και η γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας.

Η θεραπευτική προσέγγιση στις οικογένεις αυτές δεν μπορεί παρά να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παθολογία της οικογένειας και τις περιβαλλοντικές συνθήκες αλλά και με την ποιοτική και ποσοτική επάρκεια των ειδικών που ασχολούνται με το θέμα, καθώς και με την υποδομή σε προγράμματα και υπηρεσίες. Η παρέμβαση αυτή διαμορφώνεται ανάλογα με τη μορφή της κακοποίησης. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την προτεραιότητα που πρέπει να δίνεται στη σωματική κακοποίηση που εύκολα μπορεί να προκαλέσει θάνατο ή μόνιμη αναπηρία στο παιδί. Η συγκέντρωση, όμως, της προσοχής μας στη σωματική κακοποίηση έχει σημαντικά παραβλέψει την ανάπτυξη προγραμμάτων για άλλες -πιο "ύπουλες"- μορφές κακοποίησης που δεν οδηγούν σε σπασμένα οστά αλλά σε κατεστραμμένες προσωπικότητες.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν ισχύσει τα τελευταία είκοσι χρόνια περιλαμβάνουν σχήματα που απευθύνονται γενικότερα στην αντιμετώπιση προβληματικών ατόμων και οικογενειών, ενώ άλλες έχουν δοκιμαστεί για τον ειδικό αυτό πληθυσμό. Η συνάντηση ομάδας εργασίας, που έγινε το 1975 στην Ιταλία, κατέληξε σε μια σειρά από απαραίτητες πηγές βοήθειας που απευθύνονται στην οικογένεια ως σύνολο, στους γονείς μόνο και στα παιδιά.

A. Πηγές βοήθειας για όλη την οικογένεια.

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

B. Πηγές βοήθειας για τα παιδιά.

1. Προσφορά παιδιατρικών υπηρεσιών στα πλαίσια προγραμμάτων Κοινωνικής Παιδιατρικής (επισκέψεις στο σπίτι, συμβουλευτική, κ.τ.λ.)

2. Βοήθεια από "μη ειδικούς" (επιλέγονται άτομα με ώριμα κίνητρα και ενθουσιασμό, τα οποία με την κάλυψη ειδικού επαγγελματία -κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου- ασχολούνται με τα παιδιά, παίζοντας ρόλο οικογένειακού φίλου και όχι "θεραπευτή")

3. Θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών προσχολικής ηλικίας

4. Παιγνιοθεραπεία

5. Ατομική ψυχοθεραπεία

6. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Γ. Πηγές βοήθειας για τους γονείς.

1. 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία S.O.S.

2. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών

3. Υπηρεσίες επισκεπτριών νοσηλευτριών

4. Κοινωνική εργασία

5. Ατομική ψυχοθεραπεία

6. Θεραπεία συζύγων
7. Ομαδική ψυχοθεραπεία
8. Οικιακοί βοηθοί (1)

Όπως αναφέρθηκε, σημαντικό μέρος της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η ομαδική θεραπεία. Για παράδειγμα, στη Βοστώνη, το Πρόγραμμα του Κέντρου Γονέων για τη Μελέτη και Πρόληψη της Κακοποίησης Παιδιών συνιστάται σε δύο χωριστές αλλά συντονισμένες προσπάθειες: ένα θεραπευτικό ημερήσιο κέντρο, όπου τα παιδιά φτάνουν με ειδικά μεταφορικά μέσα που προβλέπει, το πρόγραμμα και μια ομάδα γονέων που συνέρχεται μια φορά την εβδομάδα υπό την καθοδήγηση ενός θεραπευτή και μιας θεραπεύτριας.(2)

Μετά την περιγραφή της διεθνούς εικόνας και γνωρίζοντας όλοι την Ελληνική πραγματικότητα, εύλογα θα αναρωτιόταν κανείς ποιά θα μπορούσε να είναι το έργο μιας μικρής ομάδας ερευνητών που τα τελευταία 9 χρόνια ασχολούνται με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στην Αθήνα. Εφόσον δεχόμαστε ότι η θεραπευτική παρέμβαση βασίζεται σημαντικά στην ευαισθητοποίηση επαγγελματιών πολλαπλών ειδικοτήτων, την επάρκεια εξειδικευμένων στελεχών, αλλά κυρίως στην προνοιακή και νομική υποδομή, ποιά θα μπορούσε να είναι η μεθολογία και η αποτελεσματικότητα ενός ή περισσότερων προγραμμάτων παρέμβασης κάτω από αυτές τις συνθήκες;

Η έλλειψη προνοιακής υποδομής για την αντιμετώπιση των οικογενειών που παρατηρείται κακοποίηση των παιδιών είναι τραγική. Είναι όμως και μια πρόκληση για δημιουργία. Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια και σε συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας, δημιουργήθηκε η "Μονάδα ΚαΠα" ο πρώτος βρεφονηπιακός "Ξενώνας κρίσης" στην Ελλάδα για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά.

Τα θεραπευτικά σχήματα που ακολουθούνται είναι:

Ψυχιατρική βοήθεια

Η ψυχιατρική κάλυψη των γονιών περιορίστηκε κυρίως σε διαγνωστική δουλειά, και σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων σε συμβουλευτική υποστηρικτικού τύπου. Η φαρμακευτική αγωγή τηρήθηκε κυρίως στις λίγες περιπτώσεις που συνοδεύτηκε και από υποστηρικτική ψυχιατρική βοήθεια.

Ομάδα γονιών

Σκοπός της ομάδας ήταν η αλληλογνωριμία των γονιών ώστε να ξεφύγουν από την κοινωνική τους απομόνωση, να μοιραστούν τα προβλήματά τους, να αναγνωρίσουν τις εξαιρετικά εξαιρετικά απαιτήσεις που είχαν από τα παιδιά τους, να συζητήσουν βασικά θέματα που τους απασχολούσαν όπως μέθοδοι πειθαρχίας, προβλήματα ύπνου και φαγητού.

Βοηθοί μητέρων

Στην περίπτωση, που η μητέρα δεν μπορεί η ίδια να φροντίσει το παιδί, προτάθηκαν οι βοηθοί μητέρων. Έγινε συνεργασία με μια μικρή ομάδα γυναικών από τη Ν. Σμύρνη που πρόθυμα ανέλαβαν αυτά τα καθήκοντα. Σε περιπτώσεις δηλαδή δυστροφικών παιδιών, μία ή δύο γυναίκες αναλάμβαναν την πλήρη κάλυψη του παιδιού. Αποκλειστική απασχόλησή τους ήταν να προσφέρουν μια ζεστή μητρική αγκαλιά, να του τραγουδάνε, να το ταιίζουν με υπομονή και με τους δικούς τους "όρους" και διάθεση, να συνεργάζονται με τη μητέρα, όταν ερχόταν, χωρίς να την κρίνουν αρνητικά ή να την ανταγωνίζονται.

Η φροντίδα αυτή απέδωσε περισσότερο απ' ό,τι φαντάζονταν, αν και σε πολύ περιορισμένη κλίμακα. Το βάρος των παιδιών αυξανόταν απότομα μέσα στο νοσοκομείο για να μειωθεί με την επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια.

“Μονάδα ΚαΠα”: Ο πρώτος ξενώνας κρίσης για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά στην Ελλάδα.

Λειτουργεί από τον Ιούλιο 1984 και ανήκει στο Ίδρυμα Πρόνοιας Παιδιού του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας.

Συμπερασματικά, η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών του προγράμματός μας περιέλαβε την προσφορά νομικών υπηρεσιών, αποκατάστασης μέσω του πλαισίου παιδικής προστασίας που υπάρχει, επαγγελματική βοήθεια, οικογενειακό προγραμματισμό και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες με τη συνεργασία άλλων φορέων.

Εύλογα φτάνει κανείς στο ερώτημα της αποτελεσματικότητας όλων αυτών των προσπαθειών. Αν χρησιμοποιηθεί σαν κύριο κριτήριο η επανακακοποίηση του παιδιού μπορούμε να πούμε ότι πέτυχε εφόσον το ποσοστό επανακακοποίησης στη διάρκεια της παρέμβασης δεν ξεπέρασε το 17% και αυτό σε ελαφρότερο πάντα βαθμό. Ο μόνος τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας, αυτής της ομάδας, είναι μια μελέτη που σχεδιάζεται και που θα αξιολογήσει με λεπτομέρειες οικογένειες και παιδιά μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα της παραπομπής τους στο πρόγραμμα. Το περισσότερο που μπορεί να ελπίζει κανείς είναι ότι θα αποκτήσουν μια εμπειρία ανάπτυξης εμπιστοσύνης μ' ένα ενήλικα και ότι θα αρχίσουν να συμπεριφέρονται διαφορετικά στα παιδιά τους.

Όπως αναφέρει ο Η. Kempe: “Κανείς ποτέ δεν θα πρέπει να νομίζει ότι τα άτομα αυτά μπορούν να γίνουν ολοκληρωμένοι άνθρωποι. Είναι αφελές για όλους μας να πιστεύουμε κάτι τέτοιο. Αν στόχος μας είναι η απόλυτη υγεία, θα πρέπει να το ξεχάσουμε. Είναι ήδη πολύ κατεστραμένοι”.(6)

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ακόμη και όταν δεν υπάρχει τραύμα, ακόμη και χωρίς τις συνέπειες της φτώχειας, της ψυχασθένειας των γονέων, της αδιαφορίας, της ανεπαρκούς διατροφής ή της στέρησης, δεν μπορεί κανείς να περιμένει από το παιδί να αναπτυχθεί σωστά σε ένα σπίτι, όπου ο φόβος της σωματικής βλάβης αποτελεί διαρκή απειλή. Έχει διαπιστωθεί εδώ και πολύ καιρό ότι και μόνο ο φόβος σωματικής βλάβης επηρεάζει την ανάπτυξη του ψυχισμού του παιδιού. Τα παιδιά που κακοποιούνται ζουν διαρκώς με το φόβο ότι κάποιος θα τους κάνει κακό και αυτό δεν είναι φαντασίωση, αλλά καθημερινή πραγματικότητα.

Martin κ.ά., 1974 (2)

Είναι εντυπωσιακό πόσο λίγα από τα δημοσιεύματα σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών ασχολούνται με τις εμπειρίες, την ανάπτυξη και τις ψυχοθεραπευτικές ανάγκες των παιδιών που έχουν επιζήσει από την κακοποίηση. Ωστόσο, μετά από σκέψη, φαίνεται λογικό. Στη δεκαετία που ακολούθησε τη δημοσίευση του κλασικού άρθρου του Kempe (1962) για το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού, το οποίο επεσήμανε το μεγάλο ποσοστό θνησιμότητας και συνακόλουθης εγκεφαλικής βλάβης, το κύριο μέλημα ήταν να προστατευτεί το παιδί από θανατηφόρα σωματική βλάβη, ενώ η παρέμβαση των ειδικών αποσκοπούσε κυρίως σε διαδικασίες για τη διάσωση της ζωής.(6)

Τα πορίσματα αρκετών μελετών σε διάφορες χώρες συμφωνούν στο γεγονός ότι τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση κινδυνεύουν σαφώς από βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα και κακή ανάπτυξη της λειτουργίας του "εγώ". Η διανοητική καθυστέρηση, οι διαταραχές στη μάθηση, η αισθητηριακή και κινητική δυσλειτουργία, η εγκεφαλική παράληση, οι διαταραχές στην ομιλία και τη γλώσσα, η ανεπαρκής ανάπτυξη και οι συναισθηματικές διαταραχές είναι μερικές από τις πιο συχνές αποθαρρυντικές διαπιστώσεις.(2)

Άλλα στοιχεία αναφέρονται κυρίως στη θνησιμότητα και στις σημαντικές διανοητικές και νευροκινητικές αναπηρίες. Αρκετές διακυμάνσεις έχουν σημειωθεί στον τόπο και τη σοβαρότητα της νευρολογικής βλάβης, που παρουσιάζεται στα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση. Μια σωματική επίθεση στο κεφάλι μπορεί να έχει προκαλέσει τη νευρολογική αναπηρία του παιδιού, αλλά πρέπει επίσης να τονιστεί ότι ένα μικρό παιδί μπορεί να υποστεί σημαντική βλάβη στον εγκέφαλο και από βίαιο τρακούννημα, χωρίς εξωτερικά σημάδια, όπως μώλωπες ή κατάγματα του κρανίου, που να φανερώνουν ότι πιθανά κάτι έχει συμβεί.(8)

Ο Galdston (1975), στηριζόμενος σε παρατηρήσεις κακοποιημένων παιδιών, τα οποία είχαν πρόσφατα εισαχθεί σε ημερήσιο παιδικό σταθμό, αναφέρει ότι ορισμένα από αυτά παρουσίαζαν τόσο καθυστέρηση στην ανάπτυξή τους και ότι οι κινήσεις τους ήταν τόσο αδέξιες και ασυντόνιστες, ώστε υποπτευόταν εγκεφαλική βλάβη. Ωστόσο, μετά από ένα σύντομο διάστημα καθημερινής παρακολούθησης στον παιδικό σταθμό, τα ίδια παιδιά παρουσίασαν τόσο ταχεία βελτίωση της κινητικής τους δραστηριότητας, ώστε αποκλείστηκε η διάγνωση οργανικής εγκεφαλικής βλάβης.

Σε αρκετές μελέτες, η κακή διατροφή αναφέρεται στο 30-35 τοις εκατό περίπου των παιδιών, την εποχή που διαγνώστηκε επίσημα η κακοποίηση. Ο Martin (1974) αναφέρεται σε πειστικές αποδείξεις, σύμφωνα με τις οποίες η κακή διατροφή κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής μπορεί και πραγματικά προκαλεί μόνιμες βλαβερές συνέπειες

στο νευρικό σύστημα, όπως είναι η κινητική δυσλειτουργία και διανοητική εξασθένηση ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να μειώσει την ικανότητά τους να συγκεντρώσουν, να κατευθύνουν ή να διατηρήσουν το ενδιαφέρον τους σε ασκήσεις μάθησης. Οι εκθέσεις του Martin (1972), για 42 παιδιά που είχαν υποστεί κακοποίηση αποκάλυπταν μια σημαντική διαφορά στη διανοητική πρόγνωση ανάμεσα σε παιδιά που είχαν υποστεί κακοποίηση και η διατροφή τους ήταν κακή, και παιδιά που επίσης είχαν υποστεί κακοποίηση, αλλά η διατροφή τους ήταν καλή. Φαίνεται ότι τα προγνωστικά για τα παιδιά που δεν διατρέφονταν σωστά και υφίσταντο επιπλέον σωματική κακοποίηση είναι πολύ πιο αποθαρρυντικά όσον αφορά τη διανοητική λειτουργία και τη νευρολογική τους ακεραιότητα.

Για τις ψυχολογικές βλάβες των κακοποιημένων παιδιών δεν υπήρχαν ως τώρα τεκμηριωμένα στοιχεία. Ο Green θεωρεί ως δεδομένο ότι η σωματική κακοποίηση που σημειώνεται στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού, μέσα σ' ένα πλαίσιο γενικής απόρριψης και στέρησης ερεθισμάτων, μπορεί να εντείνει τη συμπεριφορά που εξαρτάται από τον πόνο. Τα παιδιά μπορεί να είναι επιρρεπή σε ατυχήματα, να εμφανίσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ή να εδραιώσουν ένα πρότυπο σύμφωνα με το οποίο προκαλούν κάποιον να τους κάνει κακό και παίζουν το ρόλο του θύματος.(2)

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να αναφερθεί η μελέτη των Martin και Beezley σχετικά με την προσωπικότητα αυτών των παιδιών. Μελετήθηκαν 51 παιδιά από τα οποία 31 έμειναν με τους φυσικούς τους γονείς και τα υπόλοιπα σε ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Η εκτίμησή τους έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές (παιδιάτρο, ψυχολόγο, κοινωνικό 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 και 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. Ψυχοαναγκαστικότητα 11
8. Ψευδο-ενήλικη συμπεριφορά 10
9. Μαθησιακά προβλήματα.

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

Τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερους φίλους και αρκετά από αυτά αναπτύσσουν διαταραχές της συμπεριφοράς. Μια ευρωπαϊκή μελέτη διερεύννησε τη σχέση μεταξύ της πολύ αυστηρής και τιμωρικής συμπεριφοράς των γονιών και των επιπτώσεων στην

προσωπικότητα των παιδιών. Βρέθηκε ότι τα παιδιά εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς, ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ονομάστηκε “διαταραχή της διαγωγής” ή ένα άλλο σύνδρομο, όπου τα παιδιά παρουσιάζουν άγχος ή κατάθλιψη.

Σε μια άλλη μελέτη σε 23 οικογένειες βρέθηκε ότι μετά από 3 χρόνια το 30% των παιδιών είχαν ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί και ότι το 70% των παιδιών απέκλινε από την ομαλή συναισθηματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη της ηλικίας τους. Άλλες μελέτες έχουν επίσης επιβεβαιώσει αυτά τα αποτελέσματα.

Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν 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 κ.λπ. Είναι επομένως δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιπτώσεις από την κακοποίηση και αυτές που οφείλονται στις άλλες εμπειρίες.

Τα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη διαπίστωση ότι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στην ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού είναι σοβαρές.(6)

ΠΡΟΛΗΨΗ

Οι περισσότερες προσπάθειες στο χώρο της κακοποίησης των παιδιών έχουν επικεντρωθεί μέχρι σήμερα περισσότερο στη διάγνωση και στη θεραπεία, παρά στην πρόληψη του προβλήματος. Προσπαθώντας να διαγνώσουμε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών, μάθαμε ποιοί γονείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιήσουν τα παιδιά τους. Καταλαβαίνοντας γιατί οι συγκεκριμένοι γονείς κακοποιούν αυτά τα παιδιά και θεραπεύοντας τους ίδιους, μάθαμε για τις ανάγκες των γονέων που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες για κακοποίηση των παιδιών τους. Τέλος η αντιμετώπιση των αναγκών των κακοποιημένων παιδιών, μας έμαθε ότι η θεραπευτική παρέμβαση στα παιδιά μπορεί να είναι ένας μακροπρόθεσμος στόχος πρόληψης.

Η πρόληψη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικές κατηγορίες που εκπροσωπούν αυτοτελείς αλλά κι αλληλένδετους στόχους.

1. Πρωτογενής: (α) Οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται για άτομα (ιδίως νεογέννητα παιδιά), με σκοπό να εξασφαλιστεί ότι το συγκεκριμένο άτομο ποτέ στη ζωή του δε θα κακοποιηθεί ή παραμεληθεί. (β) Οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται σε κοινωνικό επίπεδο με στόχο να μην υπάρξει ποτέ πρόβλημα κακοποίησης παιδιών στην κοινωνία μας, π.χ. να εξαλειφθεί η φτώχεια ή, σε μικρότερη κλίμακα, να βελτιωθούν οι συνθήκες κατοικίας σε συγκεκριμένη κοινότητα.

2. Δευτερογενής: Οποιοδήποτε πρόγραμμα απευθύνεται ή μέτρο λαμβάνεται για άτομο ή ομάδα ατόμων που προέρχονται από περιβάλλον υψηλού κινδύνου, με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση ή / και παραμέληση των παιδιών τους, δηλαδή να μη διαιωνίζεται η εμπειρία των ήδη κακοποιημένων γονέων στα παιδιά που αποκτούν.

3. Τριτογενής: Οποιοδήποτε πρόγραμμα οργανώνεται μετά το περιστατικό της κακοποίησης ή / και παραμέλησης, με σκοπό να προληφθεί η επανακακοποίησή του παιδιού. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει τα προγράμματα κακοποίησης στο χώρο της παιδικής προστασίας, τις διεπιστημονικές ομάδες των νοσοκομείων κ.ά.

Η πρωτογενής πρόληψη είναι το επίκεντρο της κοινωνιολογικής -οικολογικής θεώρησης του προβλήματος, εφόσον, σύμφωνα με αυτή, οι προϋποθέσεις της πρωτογενούς πρόληψης της κακοποίησης των παιδιών περιλαμβάνουν βασικές φιλοσοφικές και δομικές αλλαγές στην επικρατούσα κοινωνική, οικονομική και πολιτική τάξη.

Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης έχουν δοκιμαστεί προγράμματα που συνδυάζουν με επιτυχία πιά συγκεκριμένους στόχους και προληπτική αποτελεσματικότητα. Απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό και εξυπηρετούν τον τομέα της πρόληψης στο γενικότερο χώρο της ψυχικής υγείας και κοινωνικής προσαρμογής. Μερικά από αυτά αφορούν:

1. Την προετοιμασία των νέων για το γονεϊκό ρόλο στα πλαίσια της κοινότητας. Ειδικά προγράμματα στα σχολεία, στα κέντρα νεότητας, στα μαιευτήρια, με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Η προετοιμασία αυτή καλύπτει ευρύ περιεχόμενο, όπως τις αναπτυξιακές ανάγκες των βρεφών και των μικρών παιδιών, τις ευθύνες του γονεϊκού ρόλου, τα πρακτικά προβλήματα της καθημερινής φροντίδας ενός παιδιού.

2. Την καλύτερη γνώση και χρήση της νομοθεσίας που ήδη υπάρχει σχετικά με την προστασία παιδιού και οικογένειας και τη μελέτη για εξεύρεση νέων σχημάτων νομικής κάλυψης.

3. Την αλλαγή στη νοοτροπία και στις στάσεις των μέσων μαζικής επικοινωνίας σε ό,τι αφορά τον τρόπο που παρουσιάζουν τις περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών. Λι-

γότερη έμφαση στις γνωστές "ιστορίες τρόμου" και στην "καταδίωξη των εγκληματιών" και περισσότερη κατανόηση για την πολυπλοκότητα του προβλήματος, όπως και η αναφορά σε πηγές βοήθειας, θα ενισχύσουν αφενός το μέσο πολίτη να δει διαφορετικά το πρόβλημα, ενώ αφετέρου θα ενθαρρύνουν πολλές οικογένειες με παρόμοια προβλήματα να ζητήσουν εγκαίρως βοήθεια.

4. Τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και την πρόσφορα ψυχαγωγίας σε οικογένειες, σε κοινοτικό επίπεδο.

5. Την αντιμετώπιση μητέρων και νεογέννητων στα μαιευτήρια με τέτοιο τρόπο, ώστε να ενισχύεται η ανάπτυξη δεσμού μητέρας-παιδιού και να αποφεύγονται αποχωρισμοί. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στις συνθήκες που επικρατούν στα τμήματα εντατικής νοσηλείας νεογνών.

Ευνόητο είναι ότι η πρωτογενής πρόληψη δεν μπορεί να λειτουργεί αυτοδύναμα, παρά σε στενή συνεργασία με ειδικευμένες υπηρεσίες που θα αναλάβουν να αντιμετωπίσουν την διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα περιπτώσεων.

Η δευτερογενής πρόληψη σε χώρες που έχει αναπτυχθεί επαρκώς, όπως π.χ. ο Καναδάς, είναι ο σημαντικότερος σύνδεσμος του προληπτικού τριγώνου. Οι συχνότερες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν προγράμματα, για έγκαιρο προσδιορισμό πληθυσμού που έχει περισσότερες πιθανότητες για κακοποίηση των παιδιών και προγράμματα παρέμβασης στον ίδιο πληθυσμό. Τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης καλύπτονται κυρίως από ιατρικές υπηρεσίες. Τα προγράμματα που προσδιορίζουν επιτόκους με μεγάλες πιθανότητες για κακοποίηση των παιδιών τους και οι διεπιστημονικές διαγνωστικές ομάδες κακοποίησης παιδιών λειτουργούν σε μαιευτήρια, γενικά και ειδικά νοσοκομεία:

1. 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία S.O.S. με σκοπό τη συμβουλευτική συμπαράσταση γονέων σε ώρες οικογενειακής κρίσης.

2. Σταθμούς Πρώτων Κοινωνικών Βοηθειών.

3. Σταθμούς-ξενώνες για προσωρινή φιλοξενία βρεφών και νηπίων σε περιόδους έντονων οικογενειακών δυσκολιών.

4. Υποστηρικτικά προγράμματα για μόνους γονείς.

Τα προγράμματα τριτογενούς πρόληψης τείνουν να ακολουθούν παραδοσιακά σχήματα στα πλαίσια καθιερωμένων υπηρεσιών παιδικής προστασίας. Συνηθώς πρωτοποριακές ιδέες και πειραματισμοί θεωρούνται πολυτέλεια, ενώ συγχρόνως μπορεί να ξοδεύονται πολλά χρήματα σε ξεπερασμένα μοντέλα, όπως παραδοσιακά ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, μικροεπιδοτήσεις κ.τ.λ. Οδησμένα νέα σχήματα που έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία στην Ευρώπη, Η.Π.Α., Καναδά, Αυστραλία είναι οι βοηθοί γονέων, οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι οικιακοί βοηθοί, που έχουν ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να πει κανείς ότι ο τομέας της πρόληψης μόλις πρόσφατα έχει αρχίσει να αναπτύσσεται. Είναι εύκολα κατανοητοί οι λόγοι για τους οποίους δίνεται προτεραιότητα στην τριτογενή πρόληψη που είναι ορατή, συγκεκριμένη και πιο εύκολα επιζή, σε αντίθεση με την πρωτογενή ή απαιτεί δραστικές τομές στις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες, το πολιτικό επίπεδο και τις στάσεις προς τα παιδιά.(1)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η βασική θέση για το ρόλο των νοσηλευτών έχει σχέση με το σκοπό της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Μολονότι το επίκεντρο στη νοσηλευτική φροντίδα κακοποιημένων παιδιών και στους διαφορετικούς τρόπους άσκησης της νοσηλευτικής περίθαλψης ποικίλλει, φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη συναίνεση στο ότι ο βασικός σκοπός αφορά την υγιή ανάπτυξη του παιδιού και τις συστημικές σχέσεις. Η ανάπτυξη αφορά τη σωματική, συναισθηματική, διανοητική και κοινωνική εξέλιξη αυτών των παιδιών. Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι ο σκοπός της δράσης τους σ' αυτούς τους τομείς είναι η ενίσχυση της υγιούς ανάπτυξης. Αυτό επιτυγχάνεται με την προσπάθεια επαναφοράς στα φυσιολογικά επίπεδα, όλων των σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών που έχει υποστεί το παιδί. Οι συστημικές σχέσεις ασχολούνται με την οικογένεια, με την ομάδα συνομηλίκων και την κοινωνία -σ' αυτόν τον τομέα σκοπός είναι η προώθηση μιας υγιούς συστημικής λειτουργίας. Τούτο μπορεί να καθοριστεί σαν ένα σύστημα που αναγνωρίζει τα όρια και τους στόχους του, καθώς και την πεπειραμένη επικοινωνία ανάμεσα στα μέρη του, γεγονός που επιτρέπει την επίλυση των προβλημάτων και την επιτυχημένη εκπλήρωση των συστημικών στόχων.

Σχετικά με το έργο μιας μονάδας νοσηλευτικής θεραπείας, οι νοσηλευτές συμμετέχουν στο γενικό σχέδιο μαζί με τους άλλους ειδικούς. Οι μονάδες λειτουργούν για να δέχονται, να νοσηλεύουν και να αποκαθιστούν παιδιά με ή χωρίς οικογένεια. Αυτές οι λειτουργίες, που περιγράφονται από τους Hersor, Barkar, Steinber και Evans, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

1. Παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που προωθεί την υγιή ανάπτυξη αυτών των παιδιών.
2. Εκτίμηση ατόμων και οικογενειών.
3. Παιδαγωγική εκτίμηση και παροχή εκπαίδευσης.
4. Θεραπεία εξακριβωμένων δυσκολιών' τις περισσότερες φορές αυτό συνεπάγεται τη διευκόλυνση μιας αλλαγής προς μια υγιή συμπεριφορά παρά την εφαρμογή ιατρικής αγωγής, όπως η χορήγηση φαρμάκων.
5. Μελλοντικός σχεδιασμός για να ενισχυθεί η μελλοντική ανάπτυξη στις σχέσεις του παιδιού με την οικογένεια.

Όταν μιλάμε για παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που προωθεί την υγιή ανάπτυξη του κακοποιημένου παιδιού, όπως προηγουμένως αναφέρθηκε, εννοούμε πρωταρχικά την φροντίδα των σωματικών κακώσεων που έχουν προκληθεί μετά την κακοποίηση. Στην περίπτωση αυτή, αναφερόμαστε στην επαγγελματική ικανότητα του νοσηλευτή που σε συνεργασία πάντα με τον θεράποντα ιατρό επιτυγχάνεται η επούλωση των τραυμάτων. Υπάρχουν όμως τραύματα που δύσκολα επούλώνονται. Στην περίπτωση αυτή αναφερόμαστε στον τραυματισμό του ψυχικού κόσμου του παιδιού. Και σ' αυτό τον τομέα ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός, αφού αναφέρεται στην γαλούχηση του παιδιού και στην προσωρινή αντικατάσταση της γονεϊκής φροντίδας. Το παιδί μπορεί να εμπιστευτεί το νοσηλευτή ότι θα έχει σαν πρωταρχικό σκοπό του την καλή φροντίδα του. Με την ψυχαναλυτική έννοια ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσφέρει απεριόριστη θετική μερίμνα στο παιδί. Με αυτόν τον τρόπο το παιδί θα μπορέσει να μεγαλώσει μέσα σε ζεστασιά και πραγματική φροντίδα. (9)

Βασικός στόχος του νοσηλευτή στη φροντίδα του κακοποιημένου παιδιού είναι να

προσφέρει μια στοργική σχέση και να λειτουργεί σαν δύναμη ωρίμανσης. Εάν θέλει η φροντίδα που παρέχει να έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα θα πρέπει να “αγκαλιάσει” το παιδί, το οποίο έχει υποστεί σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές, αφού στο ξεκίνημα της ζωής του έχει υποστεί την βαρβαρότητα του ενήλικα. Πρέπει να αντικαταστήσει τον πόνο και τον φόβο του παιδιού με την στοργή και την αγάπη. Βασική προϋπόθεση για την επιτυχία του στόχου αυτού είναι η αναγνώριση των προβλημάτων. Αυτή η δραστηριότητα είναι μια διαδικασία διαμόρφωσης αποφάσεων που ακολουθεί τη συλλογή πληροφοριών στη διάρκεια της αξιολόγησης. Η διαδικασία αυτή συνδέεται με την προσπάθεια του νοσηλευτή να εντοπίσει όλους τους τομείς του παιδιού που έχουν ανάγκη. Θα ήταν λάθος αν γίνει εστίαση της προσοχής αποκλειστικά στα προβλήματα, αφού αυτό θα παρενοχλήσει άλλους τομείς ανάπτυξης του παιδιού, δημιουργώντας προβλήματα για το μέλλον. Όταν η προσοχή εστιάζεται στις υγιείς δυνάμεις του παιδιού, τούτο ενθαρρύνει μια υγιή αλλαγή σε άλλους τομείς, γιατί όπως ανακαλύπτουμε στην παιδαγωγική φιλοσοφία [Holt, Bruner], οι άνθρωποι μαθαίνουν καλύτερα από την επιτυχία παρά από την αποτυχία.

Όμως ο ρόλος του νοσηλευτή δεν σταματά εδώ αναφέρεται και στη σχέση με την οικογένεια, όπου πρέπει να στοχεύει στα εξής:

1. Να προσφέρει μια στοργική σχέση και να λειτουργεί σαν δύναμη ωρίμανσης.
2. Να σέβεται τα δικαιώματα και τις ικανότητες των γονιών.
3. Να διευκολύνει χρήσιμες ανταλλαγές ανάμεσα στο παιδί και την οικογένεια.
4. Να λειτουργεί σαν παιδαγωγός.
5. Να λειτουργεί σαν σύστημα στήριξης.

Εξάλλου σε ορισμένες χώρες οι νοσηλευτές των δημοσίων φορέων υγείας μπορούν άνετα να επισκέπτονται γονείς στα σπίτια τους και να προσφέρουν πολύτιμες και ποικίλες υγειονομικές υπηρεσίες. Ορισμένοι από αυτούς τους νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα επιτήδριοι στη φροντίδα γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους. Βέβαια η πολύ βαθιά ανάμειξη στη ζωή ενός άλλου ατόμου δεν είναι εύκολη υπόθεση για τον καθένα. Στην περίπτωση αυτή μιλάμε για νοσηλευτικό προσωπικό που αποτελείται από άτομα εκπαιδευμένα ώστε να παρέχουν πρακτικές συμβουλές και να κατευθύνουν την προσοχή των γονιών στο παιδί. Πρόκειται για άτομα υπομονετικά και φιλικά που ακούν με προθυμία τα προβλήματα του γονέα, δεν ασκούν κριτική, δεν καταλήγουν σε συμπεράσματα και είναι έτοιμα να παίξουν το ρόλο του θεραπευτή.(2)

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΤΗΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Έχει παρατηρηθεί ότι κάθε χώρα ακολουθεί μια προκαθορισμένη πορεία στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει σοβαρές κοινωνικές διαταραχές όπως μια σημαντική οικονομική κρίση ή μια γενικευμένη κοινωνική δυσλειτουργία σαν την οικογενειακή βία, με την ιδιαίτερη έκφρασή της στα παιδιά. Η πορεία αυτή στο χώρο της κακοποίησης των παιδιών έχει περιγραφεί να ακολουθεί μια σειρά από συγκεκριμένα στάδια που περιλαμβάνουν την ανακάλυψη της ύπαρξης του προβλήματος, την αναγνώριση της μορφής κακοποίησης, όπως τα εγκαύματα, οι μώλωπες κ.ά., για να ακολουθήσει η αναζήτηση της αιτιολογίας με φυσικό επακόλουθο τη θεραπευτική αντιμετώπιση και αργότερα, την πρόληψη.

Αυτή η αλληλουχία των εξελικτικών σταδίων έχει περιγραφεί σε χώρες του δυτικού κόσμου που διαθέτουν ήδη μια σχετικά επαρκή υποδομή υπηρεσιών αντιμετώπισης προβλημάτων σωματικής και ψυχικής υγείας και κοινωνικής προστασίας του πληθυσμού. Σε χώρες όμως σαν την Ελλάδα, όπου το επίπεδο της υπάρχουσας υποδομής και ακόμα αυτό της ανάπτυξης των κοινωνικών επιστημών είναι από ανύπαρκτο ως ανεπαρκές, θα ήταν δύσκολη ή ακόμα και αδιανόητη η επιστημονική ενασχόληση μ' ένα πολυσύνθετο πρόβλημα όπως η κακοποίηση των παιδιών. Πρέπει να αναφερθεί ότι καμιά επίσημη κρατική πολιτική δεν υπάρχει στην Ελλάδα που να αφορά την εντόπιση και διαγνωστική εκτίμηση περιπτώσεων κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιών. Φυσικά, ούτε λόγος να γίνεται για προγράμματα θεραπευτικής αντιμετώπισης ή ακόμα και πρόληψης.

Μεμονωμένα ακραία περιστατικά σωματικής κακοποίησης παιδιών, παιδοκτονίας, βρεφοκτονίας, εγκατάλειψης πάντα ακούγονταν στην Ελλάδα, κυρίως μέσα από τον τύπο. Η γνωστή περίπτωση της μικρής "Σπυριδούλας" στη Σύρο, που σιδερώθηκε από την κυρία στο σπίτι της οποίας εργαζόταν, είχε συγκλονίσει το πανελλήνιο αίσθημα, για να ξεχαστεί γρήγορα. Σε αντίθεση με την Αγγλία όπου η περίπτωση τού θανάτου από κακοποίηση της μικρής Maria Colwell οδήγησε στη δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου υπηρεσιών για την αντιμετώπιση περιπτώσεων κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, στη χώρα μας κάθε περιστατικό που δημοσιεύεται αρχίζει και τελειώνει σύντομα, χωρίς αποτέλεσμα.

Μερικοί ευαισθητοποιημένοι δημοσιογράφοι γράφουν με την ευκαιρία κάποιου παιδιού-θύματος, ένας-δύο αγανακτισμένοι πολίτες ζητούν ευθύνες από τις κρατικές υπηρεσίες και μετά όλα ξεχνιούνται.

Η πρώτη γραπτή αναφορά στην Ελλάδα σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών έγινε από Έλληνα παιδίατρο και δημοσιεύθηκε με την μορφή επιφυλλίδας σε εφημερίδα το 1976. Τον επόμενο χρόνο, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού άρχισε να ασχολείται με το θέμα κι έτσι μέσα στο 1977 δημοσιεύθηκε μια πρώτη αναδρομική μελέτη για το πρόβλημα που βασίστηκε σε υλικό της Εταιρίας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών. Το 1978 δημιουργήθηκε το Ι.Υ.Π. ένας μικρός επιστημονικός πυρήνας (μία κοινωνική λειτουργός - ψυχολόγος και μία παιδίατρος) που έκανε μια πρώτη πιλοτική μελέτη σε περιπτώσεις σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών που παραλέμπονταν από όλη την περιοχή Αθήνας - Πειραιά. Ένα χρόνο αργότερα, δημιουργήθηκε μια πλήρης διεπιστημονική ομάδα με μέλη της, δύο κοινωνικούς λειτουργούς - ψυχολόγους, δύο παιδίατρος, έναν ψυχίατρο, μια κλινική ψυχολόγο κι ένα νομικό σύμβουλο και με στόχο ένα τριετές ερευνητικό πρόγραμμα μελέτης της

μορφής που το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών εμφανίζεται στην περιοχή της πρωτεύουσας. Η έρευνα αυτή μελέτησε σε βάθος τα ιατρικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τριάντα κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών ηλικίας 0-10 χρόνων και των οικογενειών τους. Το δείγμα ελέγχου αποτελέστηκε από ισάριθμες οικογένειες παιδιών ίδιου φύλου, ηλικίας και κοινωνικής τάξης που νοσηλεύθηκαν στο Νοσοκομείο Παιδων "Η Αγία Σοφία" για απλούς ιατρικούς λόγους. Στα πλαίσια της μελέτης αυτής δοκιμάστηκαν τρόποι θεραπευτικής παρέμβασης στις οικογένειες αυτές.

Μετά το τέλος της παραπάνω μελέτης κρίθηκε ότι χρειαζόταν να συγκεντρωθούν περισσότερα στοιχεία για το νομικό και προνοιακό πλαίσιο που καλείται να αντιμετωπίσει την αποκατάσταση παιδιού και οικογένειας. Έτσι το 1981 άρχισε πάλι η ίδια ομάδα διετή μελέτη με τίτλο "Διαπίστωση αναγκών στην αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους".

Το 1983, που τελείωσε η μελέτη αυτή, έως το 1988, η ερευνητική και επιστημονική ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, μετά από θετική γνωμοδότηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας χρηματοδοτήθηκε ως πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών, με ερευνητικό προσανατολισμό, καλύπτοντας αρχικά περιπτώσεις απ' όλη την Αθήνα, ενώ από το 1985, λόγω παραπομπών, περιορίστηκε στην κάλυψη των περιπτώσεων μόνο από το Νοσοκομείο Παιδων "Η Αγία Σοφία".

Αργότερα η ομάδα αυξήθηκε, στις αρχές του 1989, με 7 νέα μέλη και ακολούθησαν και άλλα προγράμματα που αναφέρονται στο θέμα της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών, αλλά και ερευνητικές δραστηριότητες που διερευνούσαν το πρόβλημα της δυστροφίας μη-οργανικής αιτιολογίας σε παιδιά από 6 μηνών μέχρι 5 χρόνων, στην περιφέρεια της Αθήνας και του Πειραιά. Τέλος, το 1990 άρχισε μελέτη δείγματος 200 οικογενειών που έχουν παραμελήσει ή κακοποιήσει σωματικά τα παιδιά τους και έχουν παραπεμφθεί ως σήμερα στην ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Στόχος είναι η όσο το δυνατόν εγκαιρότερη πρόληψη της κακοποίησης μέσω της "πρόβλεψης" που θα είναι βασισμένη στην εφαρμογή κριτηρίων υψηλού κινδύνου στον γενικό πληθυσμό των νεογεννητών στην Ελλάδα.

Η σ συνεργασία της ομάδας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας οδήγησε στην δημιουργία της γνωστής μονάδας ΚαΠα, δηλαδή της Μονάδας-Ξενώνα για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά. Η Μονάδα, με δύναμη 12 παιδιών, άρχισε να λειτουργεί τον Ιούλιο του 1984. Λειτουργήσε 4 χρόνια, ως το Δεκέμβριο του 1988 και φιλοξένησε στο διάστημα αυτό 48 παιδιά.

Στο διεθνή χώρο η ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού συνεργάστηκε από το 1982 με τη Διεθνή Εταιρεία για την Πρόληψη της Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect).

Η συνεργασία με την ISPCAN οδήγησε στην ανάθεση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, της οργάνωσης του Πρώτου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών, που πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο τον Απρίλιο του 1987. Στο Συνέδριο συμμετείχαν 400 περίπου σύνεδροι, μισοί Έλληνες και μισοί από το εξωτερικό.

Την επιτυχία του Πρώτου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου ακολούθησαν το 2ο, που έγινε το 1989 στις Βρυξέλλες, ενώ το 3ο πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 1991 στην Πράγα της Τσεχοσλοβακίας.

Πάντως, παρατηρείται ότι η έρευνα στην Ελλάδα είτε γίνεται από τα πανεπιστήμια, είτε γίνεται από άλλους κρατικά επιχορηγούμενους φορείς, τελειώνει στη δημοσίευση κάποιας επιστημονικής ανακοίνωσης, χωρίς να επηρεάζει την πολιτική βούληση. Ο χρόνος όμως της αμφισβήτησης στην Ελλάδα πέρασε και πρέπει με ταχύτητα να κινηθεί ο μηχανισμός της αντιμετώπισης.(6)

ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ ΣΥΝΗΘΩΣ ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟ-ΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ;

Η κακοποίηση του παιδιού εκτός από ένα ενδιαφέρον ιατρικό φαινόμενο αποτελεί ένα σοβαρό κοινωνικό στίγμα. Ζούμε σε μια χώρα που επί το πλείστον διατηρεί τον οικογενειακό δεσμό. Η οικογένεια στην Ελλάδα αποτελεί μια ξεχωριστή, κλειστή κοινωνία μέσα στην οποία επασφαλίζονται ιεραρχίες και μυστικά ακόμα περισσότερο σε αγροτικές ή οικονομικά αδύναμες οικογένειες. Για το λόγο αυτό το έργο της αποκάλυψης ενός τόσο σοβαρού αδικήματος, όσο η κακοποίηση του παιδιού, είναι δύσκολο έως αδύνατο.

Έχουν παρατηρηθεί οικογένειες μέσα στις οποίες ο πατέρας κακοποιεί συστηματικά το παιδί του και η μητέρα συγκαλύπτει την τρομερή αυτή κατάσταση είτε από φόβο προς τον ισχυρό σύζυγό της είτε από ντροπή εξαιτίας της κοινωνικής κατακραυγής που θα επέλθει μετά την αποκάλυψη μιας τόσο απεχθούς πράξεως. Υπάρχουν όμως και φορές που οι γονείς θεωρούν ότι είναι σωστό και δίκαιο ότι το παιδί τους πρέπει να μεγαλώσει "με το ξύλο", γιατί έτσι το παιδί θα μπορέσει να καταλάβει ποιο είναι το σωστό, τιμωρώντας το πάντα με τον πιο σκληρό τρόπο, όταν κάνει κάποια εσφαλμένη πράξη. Βέβαια η από αιώνες αυτή λανθασμένη αντίληψη πρέπει να σταματήσει, γιατί με τον τρόπο αυτό καταρρακώνεται η προσωπικότητα και η ψυχολογία του παιδιού με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται αυτή η κατάσταση, αφού και το παιδί μεγαλώνοντας θα φέρεται με τον ίδιο ή και με χειρότερο τρόπο στα δικά του παιδιά.

Βέβαια και η πλήρης αδιαφορία ορισμένων ομάδων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παρατείνει το πρόβλημα. Η έλλειψη ευαισθητοποίησης για το θέμα από το προσωπικό του νοσοκομείου δεν δίνει τη δυνατότητα στην αποκάλυψη του προβλήματος και κατόπιν στην σωστή πρόληψη και αντιμετώπιση. Υπάρχουν φορές που γονείς έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με το χτυπημένο παιδί τους και με την δήλωση ότι "έπεσε από την κούνια", "σκόνταψε στο τραπέζι", "τον έσπρωξε ο αδελφός του" κ.τ.λ. Ο ιατρός τις περισσότερες φορές επαφίεται σ' αυτή τη γονεϊκή αναφορά και δεν κοιτάζει το πρόβλημα βαθύτερα, έστω με την υποψία της ύπαρξης της κακοποίησης. Ίσως αυτό να συμφέρει το προσωπικό του νοσοκομείου, αφού έτσι δεν χρειάζεται ούτε να αγχωθούν αλλά ούτε και να "μπλεχθούν" στις οικογενειακές τους υποθέσεις με επακόλουθο κάποια ανάμειξη σε δικαστική παραπομπή του θέματος.

Δυστυχώς όσες περιπτώσεις κακοποιημένου παιδιού έχουν παραπεμφθεί στην δικαιοσύνη, τις περισσότερες τουλάχιστο φορές, στην αρχή υπάρχει έντονο ενδιαφέρον από τα Μ.Μ.Ε. αλλά και από την πολιτεία, αργότερα όμως το θέμα επαφίεται και αργότερα "ο φάκελος" ξεχνιέται. Πρέπει όμως να γίνει μια σταδιακή, συστηματική και επίμονη προσέγγιση στο θέμα για να σώσει από βέβαιο θάνατο 150 παιδιά και άλλα 4.500, που σύμφωνα με εκτιμήσεις κακοποιούνται σοβαρά στην Ελλάδα κάθε χρόνο.

Βέβαια υπάρχουν και κάποιες ευαισθητοποιημένες ομάδες στα νοσοκομεία, όπως ιατροί και κοινωνικοί λειτουργοί, που αποκαλύπτουν τέτοια αποτρόπαια εγκλήματα και τα παρ'απέμπουν στη δικαιοσύνη.

Είναι γεγονός ότι η δικαστική αντιμετώπιση του προβλήματος εξακολουθεί να παραμένει ένα από τα αμεσότερα φάρμακα για την καταστολή και την πρόληψη του αντικοινωνικού αυτού φαινομένου.

Στην Ελλάδα(6) ο Ποινικός Κώδικας προστατεύει την σωματική ακεραιότητα καθώς και την προσωπικότητα του παιδιού (αφ. 1518 ν. 1329/1983). Όποιος γονέας υπερβεί τους νόμους αυτούς καταδικάζεται σε ποινή τουλάχιστο 3 μηνών φυλακίσεως. Επίσης εάν η άσκηση της γονικής μέριμνας είναι κακή τότε η γονική μέριμνα ανατίθεται σε τρίτο πρόσωπο έως ότου η δικαιοσύνη αποφασίσει την τελική τύχη του παιδιού.

Αλλά και ο ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών είναι εξίσου σημαντικός, αφού μπορούν να διεισδύουν στην οικογένεια και να εντοπίζουν ή να βοηθούν στην αποφυγή της κακοποίησης του παιδιού. Είναι γεγονός ότι η πρόληψη είναι η σημαντικότερη θεραπεία για να μπορέσουμε έτσι να καταπολεμήσουμε τέτοια αποτρόπαια και απεχθή εγκλήματα που κατακερματίζουν και ισοπεδώνουν την προσωπικότητα των "παιδιών μας", των αυριανών διαδόχων και θεμελιωτών των αξιών μας.

2

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η κακή μεταχείριση των παιδιών αποτελεί, όλο και περισσότερο, ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, όχι μόνο στο δυτικό κόσμο αλλά και σε άλλες χώρες. Αν και το μέγεθός του δεν είναι γνωστό, το πρόβλημα πάντα υπήρχε με διάφορες μορφές. Η μορφή της κακοποίησης των παιδιών στην οποία επικέντρωσαν, κατά κύριο λόγο, την προσοχή τους οι ερευνητές και οι διάφοροι ειδικοί είναι η σωματική κακοποίηση. Οι προσπάθειές τους προσέφεραν μεγάλη γνώση σε διάφορους τομείς, όπως η ανακάλυψη, ο προσδιορισμός, η διάγνωση των αιτιολογικών παραγόντων και η θεραπεία.(1)

Το πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών είναι ύπουλο, πολυσύνθετο και απογοητευτικό, τουλάχιστον για εκείνους που επιδιώκουν βιαστικές λύσεις βιτρίνας. Η σταδιακή, συστηματική, επίμονη και αισιόδοξη προσέγγισή του θα σώσει από βέβαιο θάνατο 150 παιδιά και άλλα 4.500 παιδιά που, σύμφωνα με εκτιμήσεις, κακοποιούνται σοβαρά στην Ελλάδα κάθε χρόνο και θα προσφέρει μια νέα ποιότητα ζωής στις οικογένειές τους, σταματώντας τον κύκλο της βίας σ' αυτή τη γενεά.(6)

Η μορφή κακοποίησης που είναι λιγότερο γνωστή, αν και οι ειδικοί των ιατρικών και μη ιατρικών επιστημών αναγνωρίζουν ότι είναι εξίσου σοβαρή όσο και η σωματική κακοποίηση είναι η σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση των παιδιών. Προς το παρόν, οι ΗΠΑ είναι η μοναδική χώρα που κατέβαλε συντονισμένες προσπάθειες για τον προσδιορισμό και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε άλλες χώρες, εξαιτίας των πολιτιστικών παραγόντων και του κοινωνικού στίγματος, οι προσπάθειες είναι ελάχιστες και περιορίζονται στις πιο σοβαρές περιπτώσεις σεξουαλικής κακομεταχείρισης.

Πρέπει να τονισθεί ότι στις δύο τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί εντυπωσιακή πρόοδος στην προστασία των παιδιών που κακοποιούνται σωματικά, σεξουαλικά ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο. Η παγκόσμια κοινωνία έχει τώρα επίγνωση του προβλήματος και προχωρεί, αργά αλλά σταθερά, προς την αντιμετώπισή του.

Όμως για να επιτευχθεί η αντιμετώπιση του προβλήματος, χρειάζεται ριζική αλλαγή στην αναχρονιστική και "απροσάτευτη" παιδική προστασία που θα προσφέρει ένα καταλληλότερο πλαίσιο αποκατάστασης, όχι μόνο για κακοποιημένα παιδιά, αλλά για κάθε παιδί που γεννιέται και μεγαλώνει σε δυσλειτουργική οικογένεια ή που χρειάζεται να φύγει ή μοιραία καταλήγει να ζήσει μακριά από τη φυσική του οικογένεια.

Όπως αναφέρει ο Kempe, "η κακοποίηση είναι μια πολιτική υπόθεση. Τα παιδιά δεν ψηφίζουν, ώστε να διεκδικήσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ οι γονείς των κακοποιημένων παιδιών έχουν παραμείνει παιδιά και δεν μπορούν να διεκδικήσουν το συμφέρον των παιδιών τους. Το κράτος πρέπει να υποκαταστήσει και τους δύο".(1)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Η παρακάτω νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται σε ένα κορίτσι 12 ετών. Το παιδί νοσηλεύτηκε στο Νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία". Σύμφωνα με αναφορά της μητέρας του, ο λόγος που επισκέφθηκε το νοσοκομείο ήταν η επίμονη ανορεξία του κοριτσιού και η αποχή από το παιχνίδι για τουλάχιστο 1 εβδομάδα. Επίσης παρατηρήθηκε ενόχληση στη γεννητική περιοχή του παιδιού και συχνές επισκέψεις στην τουαλέτα, καθώς και ο πυρετός 38° C την τελευταία ημέρα, έδωσαν την υποψία πιθανής ουρολοίμωξης.

Υστερα από τον απαραίτητο εργαστηριακό έλεγχο δεν βρέθηκαν παθολογικά ευρήματα και το παιδί οδηγήθηκε στον παιδοψυχολόγο. Υστερα από επίμονη έρευνα 2 ημερών, που οφειλόταν στην διαρκή άρνηση του παιδιού να μιλήσει, αποκαλύφθηκε ότι το παιδί είχε υποστεί βιασμό και ρήξη του παρθενικού υμένους τουλάχιστο 10 ημέρες πριν.

Κατόπιν εκτεταμένης έρευνας διαπιστώθηκε ότι η 12χρονη είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση από τον αδελφό της μητέρας του που φιλοξενούταν στο σπίτι εδώ και 1 χρόνο. Η μικρή σύμφωνα με μαρτυρία της ανέφερε ότι ο θείος της ασελγούσε εις βάρος της αρκετούς μήνες πριν και την είχε κακοποιήσει τουλάχιστο 4 φορές ξεκινώντας πριν από 1 1/2 περίπου μήνα.

Οι έρευνες συνεχίζονται και στον δράστη ασκήθηκε από τον Εισαγγελέα δίωξη για ασέλγεια και σεξουαλική κακοποίηση σε ανήλικη.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρόκειται για νεογνό 2 εβδομάδων περίπου, κορίτσι, το οποίο νοσηλεύεται στην μονάδα προώρων του Καραμανδανείου νοσοκομείου. Το βρέφος βρέθηκε στη Μεσσηνία εγκαταλελειμένο σε βραχώδη περιοχή. Το βρέφος παρουσίαζε εκδορές και εξωτερικά τραύματα στην περιοχή του αυχένα και στα χέρια.

Παρατηρήθηκαν εγκαύματα 1ου και 2ου βαθμού στην ωμοπλάτη και τα πόδια που προήλθαν από την παρατεταμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία.

Το βρέφος προερχόταν από φτωχή οικογένεια που είχε κι άλλα παιδιά. Οι γονείς συνελήφθησαν και οδηγήθηκαν στον Εισαγγελέα και δήλωσαν ότι εγκατέλειψαν το μωρό, επειδή δεν είχαν τα μέσα για να το μεγαλώσουν.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανήλικες - Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Πυρετός, Θερμοκρασία 38,6°C που οφείλεται στην έκθεση του παιδιού στο βραδυινό κρύο.	Ρύθμιση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα σε 30 min.	<ul style="list-style-type: none"> * Τρίωρη θερμομέτρηση. * Αύξηση της χορήγησης υγρών. * Χλιαρό μπάνιο ή πλύσεις με χλιαρό νερό. * Εκθεση του δέρματος στον ατμοσφαιρικό αέρα. * Χορήγηση αντιπυρετικών. 	<ul style="list-style-type: none"> * Παίρνετε συνεχώς η θερμοκρασία για να μπορούμε να την ελέγχουμε και να την αντιμετωπίζουμε. * Η αύξηση της χορήγησης υγρών έγινε από την παρεντερική οδό. * Έγινε χλιαρό μπάνιο όπου η θερμοκρασία του νερού ήταν 21,1 - 27° C. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η θερμοκρασία καθώς εξατμίζεται το νερό από την επιφάνεια του δέρματος. * Το σώμα του μωρού εκτέθηκε χωρίς σκεπάσματα και ρούχα, στον ατμοσφαιρικό αέρα για να αποβάλλεται έτσι η θερμοκρασία από το δέρμα. * Έγινε χορήγηση 5 ml ακεταμινοφαίνης. 	Μετά τα μπάνια με χλιαρό νερό (θερ. 21 - 27° C), την χορήγηση υγρών αλλά και την χορήγηση του αντιπυρετικού η θερμοκρασία κατέβηκε στους 37,2° C. Η θεραπεία συνεχίζεται και το μωρό θερμομετρείται κάθε 1 ώρα για την αποφυγή ανυψώσεως της θερμοκρασίας.
Εκδορές, εξωτερικά τραύματα που οφείλονται σε τριβή του δέρματος σε βραχώδη περιοχή.	Επούλωση του τραύματος και αποφυγή μολύνσεως. Επιθιμητός χρόνος : 2 η-μέρες.	<ul style="list-style-type: none"> * Εμβολιασμός με αντιτετανικό ορό. * Καθαρισμός της τραυματισμένης περιοχής. 	<ul style="list-style-type: none"> * Χορηγήθηκε αντιτετανικός ορός για την πρόληψη μολύνσεως. * Έγινε καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής με διάλυμα Betadine. 	Με την χορήγηση του αντιτετανικού ορού και τον επιλεγμένο καθαρισμό των εκδορών επετεύχθη γρήγορη επούλωση.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΣΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Πρόβλήματα Νοσηλευτική διαγνώση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Εγκαύματα Ιου βαθμού στην πλάτη και τους γλουτούς που προήλθαν από παρατεταμένη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία.	<ul style="list-style-type: none"> * Πρόληψη της λοίμωξης. * Επούλωση τραύματος τουλάχιστο σε 1 ημέρα. 	<ul style="list-style-type: none"> * Αντιτετανικός εμβολιασμός. * Καθαρισμός της περιοχής. * Χορήγηση αλοιφής. * Τοποθέτηση σε άσηπτο ιματισμό. 	<ul style="list-style-type: none"> * Εγινε αντιτετανικός εμβολιασμός για την πρόληψη της μόλυνσας. * Εγινε καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής με κρύο ισότονο διάλυμα NaCl. * Εγινε επάλειψη της εγκαυματικής περιοχής με κρέμα Beranthen. * Το νεογνό τοποθετήθηκε σε καθαρό ιματισμό και δεν σκεπάστηκε για την αποφυγή επαφής των κλινοσκεπασμάτων με την εγκαυματική περιοχή. Τοποθετήθηκε μπρούμυτα. 	<p>Η πρόληψη της λοίμωξης επιτεύχθηκε με την χορήγηση του αντιτετανικού ορού και ύστερα από τον επιμελή καθαρισμό και την επάλειψη με την κρέμα επιτεύχθηκε η γρήγορη επούλωση του εγκαύματος και η επαναφορά υγιούς επιδερμίδας.</p>
Πιθανή λοίμωξη.	<p>Εγκαίρη πρόληψη για την αποφυγή της λοιμώξεως. Διάρκεια : 10 ημέρες.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Αντιμικροβιακή αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> * Χορηγήθηκε παρεντερικός Ampicilline και Netromychine, δηλαδή αντιβιοτική θεραπεία για την πρόληψη της πιθανής λοίμωξης. 	<p>Το αποτέλεσμα ήταν επιτυχές. Η αντιμικροβιακή θεραπεία διήρκεσε 10 ημέρες και το βρέφος δεν παρουσίασε λοίμωξη.</p>

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΛΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Φερμοκρασία 38° C. Δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια.	Ρύθμιση θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα εντός 30 min.	* Χορήγηση αντιπυρετικού. * Τρίωρη θερμομέτρηση.	* Χορηγήθηκαν 2 κουταλιές του γλυκού (5 ml) Deron. * Η θερμοκρασία παίρνεται συνεχώς έως ότου ρυθμισθεί στα φυσιολογικά επίπεδα.	Με τη συχνή θερμομέτρηση και με την χορήγηση του αντιπυρετικού (Deron), η θερμοκρασία του παιδιού κατέβηκε στους 37° C. Η προτεινόμενη θεραπεία συ- νεχίζεται.
Αρνηση φαγητού-Ανορέξια.	Να τραφεί το παιδί εντός 1 h.	* Συζήτηση με το παιδί. * Παρουσίαση δελεαστικού δίσκου.	* Έγινε συζήτηση με το παιδί λέγοντας του την σημασία της σωστής διατρο- φής για τον άνθρωπο και τις επιπτώσεις που θα έχει, εάν δεν τρέφεται σωστά. Επίση- μάνηκε ότι θα παρουσιάσει αδυναμία και έτσι δύσκολα θα αποκατασταθεί η υγεία του και θα καθυστερήσει η έξοδος από το νοσοκομείο. * Αφού έχουν ερωτηθεί οι γονείς για κάποια ιδιαίτερη προτίμηση στο φαγητό, παρουσιάζεται στο παιδί δε- λεαστικός δίσκος, ο οποίος είναι καθαρός και τακτο- ποιημένος και περιέχει γλυκό που συνήθως αρέσει στο παιδί.	Υστερα από συζήτηση που έγινε με το παιδί και αφού του τονίσθηκε η σημασία της σωστής διατροφής και αφού το φαγητό παρουσιά- στηκε με δελεαστική μορφή, το παιδί έφαγε. Η ποσότητα που έφαγε ήταν θα λέγαμε, ικανοποιητική. Δεν ήταν βέβαια αυτή που έπρεπε αλλά ήταν μια θετική προ- σπάθεια. Το ίδιο πρόγραμμα θα εφαρμοσθεί και για το επόμενο γεύμα.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ (PATIENT'S CARE PLAN) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ / ΑΡΡΩΣΤΟΥ Ανάγκες - Πρόβλεψη Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Αϋπνία - Επιάτες που οφείλονται στην επιθετική συμπεριφορά και κακοποίηση που ενέχει υλοστεί.	Να κοιμηθεί το παιδί όλο το βράδυ.	<ul style="list-style-type: none"> * Να γίνει συζήτηση με το παιδί. * Να του διαβαστεί κάποιο παραμύθι. * Να υπάρχει χαμηλός φωτισμός κατά την διάρκεια της νύχτας. 	<ul style="list-style-type: none"> * Έγινε συζήτηση με το παιδί λέγοντας του ότι είναι αναγκαίο για τον οργανισμό να ξεκουράζεται το βράδυ με τον ύπνο. * Έγινε καθησυχασμός και εξηγήθηκε ότι βρίσκεται σε χώρο που δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο. * Για να μπορέσει να κοιμηθεί πιο ευχάριστα διαβάστηκε παραμύθι. * Τοποθετήθηκε μικρό λαμπάκι στο δωμάτιο με χαμηλό και γλυκό φωτισμό, ώστε έτσι το παιδί να νιώθει περισσότερη ασφάλεια. 	Μετά την συζήτηση που έγινε και αφού του εξηγήθηκε την ανάγκη που έχει ο οργανισμός με τον ύπνο και ύστερα από το χαμηλό φωτισμό και το διαβάσμα παραμυθιού το παιδί κοιμήθηκε από τις 2 μ.μ. έως το πρωί τις 8.30.
Αντικοινωνική συμπεριφορά οφειλόμενη στην έλλειψη εμπιστοσύνης στους ανθρώπους.	Να βγει το παιδί από το δωμάτιο και να συναναστραφεί με τα άλλα παιδιά σε διάστημα 1/2 h.	<ul style="list-style-type: none"> * Συζήτηση με το παιδί. * Ξενάγηση στο χώρο της παιγνιοθεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> * Έγινε συζήτηση με το παιδί λέγοντάς του ότι δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο στο χώρο που βρίσκεται. * Έγινε ξενάγηση στους χώρους της κλινικής και κατόπιν οδηγήθηκε στο χώρο της παιγνιοθεραπείας και γνωρίστηκε με τα υπόλοιπα παιδιά. Αφού αργότερα ζήτησε να ζωγραφίσει του δόθηκαν τα απαραίτητα. 	Αφού εξηγήθηκε στο παιδί ότι δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο μέσα στο νοσοκομείο οδηγήθηκε στο χώρο της παιγνιοθεραπείας και αφού γνώρισε άλλα παιδιά και έπαιξε λίγο μαζί τους ζήτησε μπλοκ ζωγραφικής και χρώματα και άρχισε να ζωγραφίζει. Παρέμεινε στο χώρο αυτό για τουλάχιστο 1 1/2 h.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΙΑΝΝΗΣ ΤΣΙΑΝΤΗΣ : Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής - Ψυχοκοινωνικά θέματα - πρώτος τόμος, τρίτο μέρος (1987).
2. THE OPEN UNIVERSITY : Η κακοποίηση του παιδιού (1985).
3. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ : Οι διαταραχές της συμπεριφοράς στην προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία (1985).
4. PHILIP BARKER : Basic child psychiatry - sixth edition.
5. DAVISON NEAL : Abnormal psychology - sixth edition.
6. ΕΛΕΝΗ ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ : Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών - Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού - 2η έκδοση (1991).
7. ΕΡΙΚ ΕΡΙΚΣΟΝ : Η παιδική ηλικία και η κοινωνία. Σύγχρονη ψυχαναλυτική βιβλιοθήκη.
8. ΝΙΚ. ΒΙΝΝΙΚΟΣ : Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός τους κόσμος. Σύγχρονη Ψυχαναλυτική Βιβλιοθήκη.
9. ΓΙΑΝΝΗΣ ΤΣΙΑΝΤΗΣ : Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής - θεραπευτικές προσεγγίσεις, τρίτος τόμος (1989).

