

ΑΝΩΤΑΤΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

« ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ »

Φοιτήτρια: Βαρδακώστα Γεωργία
Καθηγήτρια: Dr. Θεοδορακόπουλου Γ.

Ακαδημαϊκό έτος 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	σελ 6
Εισαγωγή.....	σελ. 7

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός.....	σελ.8
1.2. Μορφές κακοποίησης	σελ 8
1.2.1. Σωματική.....	σελ 8
1.2.2. Ψυχολογική.....	σελ 9
1.2.3. Παραμέληση.....	σελ 9
1.2.4. Ανεπάρκεια αύξησης.....	σελ 9
1.2.5. Σύνδρομο Munchausen.....	σελ 9
1.2.6. Μη τυχαία δηλητηρίαση.....	σελ.10
1.2.7 Σύνδρομο αμέτοχου θεατή.....	σελ. 11
1.2.8. Σεξουαλική παραβίαση.....	σελ. 12
1.2.9. Παιδική εργασία.....	σελ. 12
1.2.10.Τελετουργική και σατανιστική κακοποίηση.....	σελ. 13
1.2.11. Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών από το σύνταγμα και τους Θεσμούς.....	σελ. 13
1.2.12. Κακοποίηση εμβρύου.....	σελ. 14
1.3. Ιστορική αναδρομή.....	σελ. 15

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Σωματική κακοποίηση και παραμέληση.....	σελ.18
2.1.1. Ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση και στην συμπεριφορά του παιδιού που συμβάλουν στην αναγνώριση του προβλήματος.....	σελ. 18
2.1.2. Σωματική κακοποίηση.....	σελ. 18
2.1.3. Παραμέληση.....	σελ. 19
2.2. Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης στο παιδί.....	σελ. 20
2.3. Σεξουαλική παραβίαση του παιδιού.....	σελ.23
2.3.1.Αναγνώριση.....	σελ. 23

2.3.2.Ενδεικτικά χαρακτηριστικά σεξουαλικής παραβίασης	σελ.23
2.4. Επιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης.....	σελ. 25
2.4.1. Ευρήματα κλινικής εξέτασης από σεξουαλική κακοποίηση.....	σελ. 25
2.4.2.Ευρήματα κλινικής εξέτασης από σωματική κακοποίηση.....	σελ.26
2.5. Διάγνωση κακοποίησης σε νεκρό παιδί.....	σελ. 27
2.6. Σωματική κακοποίηση ως σύνδρομο και παθολογική κατάσταση	σελ.28
2.7. Σωματική τιμωρία.....	σελ. 30
2.8. Κατηγοριοποίηση γονέων που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους.....	σελ. 32
2.8.1. Τα χαρακτηριστικά των ανδρών δραστήων.....	σελ. 32
2.8.2. Χαρακτηριστικά πατέρα δράστη.....	σελ. 34
2.8.3. Ψυχιατρικά χαρακτηριστικά μητέρων.....	σελ. 35
2.9. Εκτενή αναφορά στη σεξουαλική παραβίαση.....	σελ. 36
2.9.1. Σεξουαλική παραβίαση παιδιών μέσα στην οικογένεια.....	σελ. 38
2.9.2.Παιδοφιλία.....	σελ. 39
2.9.3 Παιδεραστία.....	σελ. 39
2.10. Κατηγοριοποίηση γονέων που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους.....	σελ. 40
2.11. Θεραπευτική παρέμβαση σε οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους.....	σελ.43
2.11.1. Εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα.....	σελ. 45
2.11.2. Αξιολόγηση θεραπευτικής παρέμβασης.....	σελ. 49
2.11.3. Θεραπευτική παρέμβαση στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας	σελ. 51
2.12. Πρόγνωση αν θα γίνει κακοποίηση μετά τον τοκετό.....	σελ. 55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1. Πρόληψη παιδικής κακοποίησης	σελ. 56
3.1.2.Πρωτογενής πρόληψη.....	σελ. 57
3.1.2.Δευτερογενείς πρόληψη.....	σελ. 57
3.2.3Τριτογενείς πρόληψη.....	σελ. 58
3.2. Τι μας διδάσκουν τα ερευνητικά δεδομένα για την πρόληψη των παιδιών.....	σελ. 59

3.3. Η πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης.....	σελ. 59
3.4. Αντιμετώπιση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	σελ.63
3.4.1. Τι πρέπει να γίνει όταν κινδυνεύει η ζωή του παιδιού.....	σελ.63
3.4.2. Νοσηλευτικός ρόλος.....	σελ. 65
3.5. Αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους.....	σελ. 68
3.5.1. Τρόποι αποκατάστασης.....	σελ. 68
3.5.1. Τα προβλήματα που συναντήσαμε στη διαδικασία αποκατάστασης παιδιών και οικογενειών.....	σελ. 79
3.6. Διεθνείς οργανισμοί προαγωγής των δικαιωμάτων των παιδιών.....	σελ. 80
3.7. Οργανισμοί για τα δικαιώματα του παιδιού στην Ευρώπη...	σελ. 81
3.8. Δικαιώματα του παιδιού : Κινητοποίηση στην Ελλάδα.....	σελ. 84
3.9. Κρατικές πρωτοβουλίες με τη συνεργασία θεσμών, φορέων και οργανώσεων.....	σελ. 86
3.10. Πρωτοβουλίες της τοπικής αυτοδιοίκησης.....	σελ. 88
3.11. Η διακήρυξη της ΟΥΝΕΣΚΟ για τα δικαιώματα του παιδιού.....	σελ. 89
Επίλογος.....	σελ. 90
Βιβλιογραφία.....	σελ. 91
Παράρτημα.	σελ. 94

**« Κάθε παιδί είναι ένα νέο όν ,
ένας δυνητικός προφήτης, ένας νέος
πνευματικός πρίγκιπας, μία νέα λάμψη
φωτός που τρέχει γοργά μέσα στο έρεβος.
Ποιοι είμαστε εμείς που θα αποφασίσουμε
Ότι δεν υπάρχει ελπίδα;»**

R. LAING

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κακοποίηση είναι τόσο παλιά όσο και ο κόσμος. Στη μυθολογία, στην ιστορία, στη λογοτεχνία, στον καθημερινό τύπο, μπορεί να βρει κανείς και την πιο απίστευτη περιγραφή κακοποίησης που εμείς οι επιστήμονες υγείας, έχουμε την τάση να αγνοούμε μέχρι κάποιος να δημοσιεύσει μια περίπτωση σε επιστημονικό περιοδικό. Τότε, οι περισσότεροι, ανατρέχοντας στη μνήμη μας αναγνωρίζουμε πάμπολλα παρόμοια περιστατικά τόσο οφθαλμοφανή, τόσο τυπικά, τόσο κραυγαλέα που απορούμε πώς διέφυγαν τη διάγνωση. Έπειτα, εμφανίζονται στη βιβλιογραφία νέες περιπτώσεις σε τόπους και συνθήκες που κανείς δεν φανταζόταν πιθανά και η συχνότητα αυξάνει αφήνοντάς μας την αμφιβολία: αυξήθηκαν πραγματικά οι περιπτώσεις ή αυξήθηκε η ικανότητά μας να τις αναγνωρίζουμε και να τις καταγράφουμε;¹

Σ' αυτό το σημείο θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες, στο Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού και στο Χαμόγελο του Παιδιού, διότι δίχως τη συμβολή τους δε θα ήταν εφικτή η παρουσίαση ενός μικρού μέρους του θλιβερού αυτού φαινομένου που ονομάζεται παιδική κακοποίηση.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κακοποίηση των παιδιών ειδικότερα μέσα στα πλαίσια της οικογένειας αποτελεί στις μέρες ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Οι κακοποιήσεις αυτές συνδέονται με την απόλυτη εξουσία των γονιών στα παιδιά τους και συχνά εκλαμβάνονται μάλιστα και ως παιδαγωγικές πρακτικές. Στοιχεία που αποδεικνύουν το γεγονός αυτό ωστόσο αποκαλύπτονται πολύ δύσκολα, διότι η κακοποίηση στην οικογένεια συνδέεται με έντονη κοινωνική ενοχή με αποτέλεσμα να εντοπίζεται δύσκολα.

Μακριά από τα φώτα της δημοσιότητας, στην αφάνεια, εκατοντάδες εκατομμύρια παιδιά υφίστανται συνεχώς την κατάφωρη παραβίαση των δικαιωμάτων τους:

- Κάθε χρόνο 13εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν σε όλο τον κόσμο, θύματα της φτώχειας, των επιδημιών, του πολέμου.
- 45% των παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε χρόνων στις αναπτυσσόμενες χώρες ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας.
- Περίπου 100εκατομμύρια παιδιά ζουν εγκαταλειμμένα από την οικογένεια τους στους δρόμους, κερδίζοντας το ψωμί τους με ανθυγιεινές εργασίες.
- περίπου 120εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 6 έως 11 χρόνων δεν πηγαίνουν σχολείο
- Περισσότερα από 250εκατομμύρια παιδιά αναγκάζονται να εργαστούν για να ζήσουν και σε πολλές περιπτώσεις για να συντηρήσουν και την οικογένεια τους, συχνά σε μη ασφαλείς συνθήκες εργασίας. Πολλά παιδιά για λόγους επιβίωσης φτάνουν και ως την πορνεία.
- «Ευυπόληπτοι» πολίτες του αναπτυγμένου δυτικού κόσμου εξαγοράζουν για ανήθικους σκοπούς μικρά παιδιά του δρόμου ή διαφθείρουν παιδιά από το οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον.

Τα κακοποιημένα αυτά παιδιά είναι τόσο πολυάριθμα όσο ολόκληρος ο πληθυσμός της Γαλλίας ή της Μ.Βρετανίας. Κανείς δεν θα ανεχόταν τόσο εξευτελισμό, αν ήταν ορατός και συγκεντρωμένος σε ένα μέρος. Όμως συνεχίζουμε να τον ανεχόμαστε σε αυτή την κρυφή και διασκορπισμένη μορφή.²

Στην εργασία αυτή θα γίνει μία προσπάθεια να περιγραφούν τα εξής :

- Οι μορφές της παιδικής κακοποίησης
- Ψυχοπαθολογία – Ψυχοδυναμική – Ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά .
- Ψυχιατρικά – Ψυχολογικά και άλλα χαρακτηριστικά του κακοποιημένου παιδιού.
- Αντιμετώπιση – Πρόληψη
- Ο ρόλος του νοσηλευτή.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος «Σύνδρομο Κακοποιημένου Παιδιού», πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τον παιδίατρο H.Kempe το 1962 στις Η.Π.Α., επιστώντας την προσοχή των συναδέλφων του στο συνδυασμό ανεξήγητων καταγμάτων και άλλων μορφών σοβαρών σωματικών κακώσεων σε μικρά παιδιά.^{4,5}

Η πείρα έφερε και κάποια διεύρυνση στα όρια και στον ορισμό της κακοποίησης: ο όρος «battered baby syndrome», κατά λέξη το σύνδρομο χτυπημένου παιδιού, ήταν πράγματι έντονος και πέτυχε να κερδίσει την προσοχή του κόσμου. Είναι όμως μια κάπως πιο δημοσιογραφική έκφραση και αποθαρρύνει τους γιατρούς και όλους τους ανθρώπους στο να βάλουν μια τέτοια «ταμπέλα». Έτσι, άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος «non accidental injury» «μη τυχαίο τραύμα» όπως και ο γενικός όρος «child abuse» δηλαδή «κακοποιημένο παιδί» που είναι ο όρος που προτιμάται σήμερα.¹

Από τότε ως σήμερα ο όρος αυτός διευρύνθηκε, ώστε να περιλαμβάνει οποιαδήποτε μορφή κακομεταχείρισης παιδιών από τους γονείς, κηδεμόνες ή άλλα άτομα που τα φροντίζουν μέσα ή έξω από το σπίτι. Ο σύγχρονος ορισμός είναι ο εξής: «Η κακοποίηση ή κακομεταχείριση ενός παιδιού περιλαμβάνει όλα τα είδη της σωματικής ή και συναισθηματικής κακοποίησης, της σεξουαλικής παραβίασης, της παραμέλησης και της αμελούς θεραπείας, όπως και της εμπορικής ή άλλης εκμετάλλευσης ενός παιδιού, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή άλλη εν δυνάμει βλάβη της υγείας, ζωής, ανάπτυξης ή αξιοπρέπειας του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης που χαρακτηρίζεται από ευθύνη, εμπιστοσύνη ή δύναμη.»^{4,5,6}

1.2. ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

1.2.1. Σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν, ακόμα και με την παραμικρή υποψία, να εξετάζουν με προσοχή όλο το σώμα του παιδιού.⁹

1.2.2. Ψυχολογική κακοποίηση

Η ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.⁹

1.2.3. Παραμέληση

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

Στα πλαίσια της παραμέλησης εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, αναφέρεται ως ξεχωριστή κατηγορία.⁹

1.2.4. Ανεπάρκεια αύξησης / Δυστροφία μη-οργανικής αιτιολογίας

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

Το σύνδρομο αυτό ανήκει στις σοβαρές παθήσεις τις παιδικής ηλικίας γιατί, εκτός από την καθυστέρηση της ανάπτυξης, μπορεί να προκαλέσει και προβλήματα στην ψυχική υγεία, τη νοημοσύνη και την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών.

Σύμφωνα με τα επιστημονικά και ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων ετών, το σύνδρομο φαίνεται να έχει άμεση σχέση με το περιβάλλον ανατροφής του παιδιού, ιδιαίτερα με την ποιότητα των σχέσεων αλληλεπίδρασης παιδιού-μητέρας (ή υποκατάστατου). Υποστηρίζεται δηλαδή, ότι παιδιά που μεγαλώνουν κάτω από δυσμενείς συναισθηματικές ή και περιβαλλοντικές συνθήκες, επηρεάζονται αρνητικά ως προς την ψυχική τους διάθεση και επικοινωνία με το περιβάλλον. Με αποτέλεσμα την άρνηση λήψης ικανοποιητικής ποσότητας τροφής Το σύνδρομο αυτό ανήκει στις σοβαρές παθήσεις τις παιδικής ηλικίας γιατί, εκτός από την καθυστέρηση της ανάπτυξης, μπορεί να προκαλέσει και προβλήματα στην ψυχική υγεία, τη νοημοσύνη και την κοινωνική προσαρμογή των παιδιών.

1.2.5. Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο Μ περιγράφει άτομα που έχουν τόση εξάρτηση-εθισμό στο νοσοκομείο ώστε επινοούν ανύπαρκτα συμπτώματα και προκαλούν άχρηστες εξετάσεις, θεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν πρόκειται για κατά φαντασίαν ασθενείς. Γνωρίζουν ότι είναι υγιείς (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 να τραβούν το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος.^{10,11}

Οι γονείς, συνήθως η μητέρα, είναι άτομα ευχάριστα, πολύ συνδεδεμένα με το παιδί, υπερπροστατευτικά. Συχνά είναι πρώην νοσηλεύτριες. 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! Μια μητέρα, όταν ο γιατρός συντετριμμένος της ανακοίνωσε ότι η λαπαροτομία δεν αποκάλυψε τα αίτια του προβλήματος του παιδιού, του πρόσφερε τσάι και τον παρηγόρησε λέγοντας: Δεν πειράζει γιατρέ μου, είμαι σίγουρη πως κάποια άλλη εγχείρηση θα βρείτε για το καημένο το μωρό μου!¹²

Η κλινική εικόνα ποικίλει. 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 πιο απλές μέχρι τις πιο εξωτικές 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. Αναφέρεται υποδόρια έγχυση αίματος του ίδιου του παιδιού για την πρόκληση πορφυρικού εξανθήματος. Ένα παιδί έφτασε στην εφηβεία καθηλωμένο σε αναπηρικό καροτσάκι λόγω της ανεξήγητης (ανύπαρκτης) αδυναμίας των μυών των κάτω άκρων. Καμιά φορά τα παιδιά μεγαλώνοντας αρχίζουν να συνεργάζονται με την μητέρα π.χ. μαθαίνουν πως όταν αναφέρεται επεισόδιο σπασμών αναμένεται από αυτά να είναι κάπως ληθαργικά. Σιγά-σιγά καταλήγουν να επινοούν και αυτά συμπτώματα και εξελίσσονται σε άτομα υποχόνδρια ή σε κλασσικό σύνδρομο Munchausen.¹³

Η διάγνωση Munchausen δι' αντιπροσώπου γίνεται συνήθως τυχαία όταν για κάποιο λόγο απομακρυνθεί η μητέρα από το παιδί. Τότε ως εκ θαύματος τα συμπτώματα ή τα εργαστηριακά ευρήματα σταματούν.

Σε κάθε περίπτωση ανεξήγητων συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ευρημάτων που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, πρέπει να μπαίνει η υποψία Μ. 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.

Τώρα που γνωρίζουμε την ύπαρξη του συνδρόμου θα μας είναι πιο εύκολο να μην εμπιστευόμαστε πάντοτε τυφλά τη μητέρα. Κι ακόμα, μας δίδεται αφορμή ν' αναλογιστούμε για πόση ιατρογενή κακοποίηση είμαστε υπεύθυνοι όχι μόνο για τις ακραίες περιπτώσεις όπου παρασυρόμαστε από αναξιόπιστους γονείς, αλλά και στις καθημερινές περιπτώσεις όπου παρασυρόμαστε από το επιστημονικό ενδιαφέρον και από την ανάγκη να απαντήσουμε σε επιστημονικά ερωτήματα που ίσως δεν έχουν καμία σχέση με την υγεία του παιδιού που θέλουμε να φροντίσουμε.¹³

1.2.6. Μη τυχαία δηλητηρίαση

Η μη τυχαία δηλητηρίαση ή χημική κακοποίηση περιγράφει την ηθελημένη χορήγηση τοξικής ουσίας σε ένα παιδί, συνήθως μικρής ηλικίας, με στόχο την πρόκληση βλάβης ή και θανάτου. Ορισμένες μορφές της έχουν επαλληλία με το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου. 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». Οι επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά εξοικειωμένοι με τη δηλητηρίαση που αποβλέπει στο θάνατο του παιδιού, αλλά τώρα η μη τυχαία δηλητηρίαση έχει πάρει νέα μορφή. Είναι μία κατάσταση χρόνια όπου οι γονείς δεν θέλουν να απαλλαγούν από το παιδί τους. Είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρώ και

χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς την κλασική σωματική κακοποίηση που γίνεται συνήθως σε στιγμές κρίσεις όπου ο ενήλικος χάνει τον έλεγχο μη αντέχοντας την ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού (κλάμα, άρνηση τροφής, ζημιά). Σε μία περίπτωση, οι γονείς επί έξι μήνες χορηγούσαν στην κόρη τους αλάτι σε μεγάλες δόσεις για να «της κόψουν τη λαιμαργία», σε άλλη προκαλούσαν την αρρώστια στο παιδί για να αμβλύνουν τις συζυγικές προστριβές γιατί τότε το παιδί «τους είχε ανάγκη», μια μητέρα προκαλούσε έτσι το ενδιαφέρον του συζύγου, άλλη τον οίκτο των γειτόνων, και άλλη ήθελε να προεκτείνει στο παιδί το δικό της πρόβλημα υγείας.

Συνήθως το παιδί φτάνει στο νοσοκομείο είτε 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 βρίσκεται στο νοσοκομείο, οι δηλητηριάσεις σε ποσοστό 30% συνεχίζονται. Η λήψη καλού ιστορικού αποκαλύπτει ότι κάποιος από τους βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή για κάποιο χρόνιο πρόβλημα. Οι ουσίες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι πολλές. Πρώτο σε σειρά συχνότητας έρχεται το αλάτι, ακολουθούν το νερό, τα βαρβιτουρικά τα ηρεμιστικά και σπανιότερα τα διουρητικά, το πιπέρι και η γλυκόζη.

Η θνητότητα σε σχετικά πρόσφατη ανασκόπηση των δημοσιευμένων περιπτώσεων υπολογίστηκε ότι φτάνει το 17%. Το συμπέρασμα είναι ότι η χημική κακοποίηση είναι συχνότερα από όσο αναγνωρίζουμε, είναι πιο ύπουλη και 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.

1.2.7. Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Ως «σύνδρομο του αμέτοχου θεατή» ορίζεται η έκθεση του παιδιού για μακρύ χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Η βία μεταξύ συζύγων (1:4 ζευγάρια στη Μεγάλη Βρετανία) είναι η χαρακτηριστικότερη μορφή ενώ άλλες μορφές είναι η κακοποίηση – σωματική ή σεξουαλική άλλου αδερφού μέσα στην οικογένεια ή η βία εναντίον του παππού ή της γιαγιάς. Η λεκτική βία (βρισιές, απειλές) είναι από τις πιο χαρακτηριστικές μορφές του συνδρόμου του αμέτοχου θεατή.⁹

Σήμερα στις Η.Π.Α 20% των ζευγαριών αναφέρουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο σωματικής κακοποίησης το χρόνο και 8% έχουν κακοποίηση τόσο σοβαρή, ώστε να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση. Η μητέρα που κρατά το μωρό στην αγκαλιά της, μπροστά στην απειλή κτυπήματος, 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 προδιαθεσικός παράγοντας για κακοποίηση- παραμέληση.

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

1.2.8. Σεξουαλική παραβίαση – Αιμομιξία.

Σεξουαλική παραβίαση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή/ και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικιότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και τα όρια των οικογενειακών ρόλων.

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θυπείες και τις ασελείς πράξεις μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες αναφέρονται με τον όρο "σεξουαλική εκμετάλλευση".

1.2.9. Παιδική εργασία

Υπάρχουν παιδιά που από την τρυφερή τους ηλικία αναγκάζονται να βγουν στη βιοπάλη της ζωής. Να αφήσουν την ξένοιαστη ζωή και να ωριμάσουν αναλαμβάνοντας τις ευθύνες της ζωής. Αυτό γίνεται για πολλούς και διαφόρους λόγους.

Αν η οικογένεια είναι πολυμελής και φτωχή αναγκάζονται τα παιδιά να βρουν μια δουλειά για να βοηθήσουν τους γονείς τους στα έξοδα του σπιτιού.

Όταν ένα παιδί χάνει τους γονείς του ή έναν από τους δύο γονείς του πρέπει οπωσδήποτε να βρει μια δουλειά για να μπορεί να αντεπεξέλθει στις οικονομικές του υποχρεώσεις.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που οι ίδιοι οι γονείς εξωθούν τα παιδιά τους τις περισσότερες φορές με τη βία σε εξαναγκαστική εργασία. Όπως τα παιδιά των φαναριών. Δηλαδή τα παιδιά που γυρνούν στους δρόμους, στέκονται στα φανάρια και πουλάνε χαρτομάντιλα, στυλό και αναπτήρες.

Για λόγους φτηνών εργατικών χεριών από τις αρχές της ανάπτυξης της βιομηχανίας συνεχιζόταν η ασυνείδητη εκμετάλλευση της εργατικής δύναμης των ανηλικών παιδιών στην οποία έθεσε τέρμα με την άροδο των χρόνων η κρατική επέμβαση.

Σήμερα ο παιδικός πληθυσμός συναντάται στον εργασιακό χώρο των υποανάπτυκτων και ανεπτυγμένων χωρών, να εργάζεται μαζί με τους ενήλικους: σε σκληρές και ανθυγιεινές εργασίες. Στις φυτείες, όπου πολλές φορές εργάζονται αναγκαστικά (Σαν Σαλβαδόρ). Σε εργοστάσια ταπητουργίας όπου τα παιδιά κάθονται γονατιστά για ώρες στοιβαγμένα σε στενούς χώρους για να υφαίνουν τα «ωραιότερα» χαλιά του κόσμου (Ινδία, Πακιστάν). Σε βυρσοδεψεία, όπως στην Αίγυπτο, τα περισσότερα παιδιά εργάζονται πάνω από 8ώρες την ημέρα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες ο αριθμός φτάνει τα 5,5 εκατομμύρια, ενώ στην Ελλάδα οι ανήλικα εργαζόμενοι ξεπερνούν τις 15.000. Τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία είναι ενδεικτικά μόνο, της έκτασης που λαμβάνει το φαινόμενο «παιδική εργασία» στις μέρες μας.

Σύμφωνα, μάλιστα με έκθεση της UNICEF το 1996, 250 εκατομμύρια παιδιά εργάζονται ανά τον κόσμο. Η έκθεση επισημαίνει ότι τα περισσότερα από τα παιδιά αυτά

είναι ηλικίας από 5 έως 14 ετών και απασχολούνται σε συνθήκες άκρως βλαβερές για την υγεία τους και την ανάπτυξή τους.

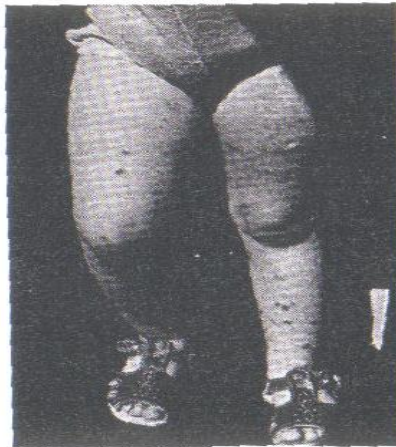
1.2.10. Τελετουργική και σατανιστική κακοποίηση.

Ως τελετουργική κακοποίηση ορίζεται η συστηματική σεξουαλική, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση παιδιών από ενήλικες ως μέρος μιας κλειστής αιρετικής ομάδας ή ομάδας σατανιστικής λατρείας. Η τελετουργική κακοποίηση δεν είναι απαραίτητα και σατανιστική. Περιπτώσεις τελετουργικής κακοποίησης αφορούν έναν μεγάλο αριθμό παιδιών και δραστών οι οποίοι, συνήθως, είναι γυναίκες.

1.2.11. Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών από το σύστημα και τους θεσμούς.

Πρόκειται για κατάσταση η οποία στην πρόκληση σωματικών, ψυχολογικών και νοητικών βλαβών σε παιδιά και εφήβους, που θα ήταν δυνατόν να προληφθούν. Οι βλάβες αυτές προκαλούνται στα πλαίσια εφαρμογής προγραμμάτων που έχουν ως στόχο τη φροντίδα και την προστασία τους. Η ανάπτυξη, η ασφάλεια και το γενικότερο συμφέρον των παιδιών υπονομεύονται από τις πράξεις ή τις παραλήψεις ατόμων ή από την έλλειψη ή και την επικινδυνότητα κατάλληλων πολιτικών, διαδικασιών ή πρακτικών, στα πλαίσια συστημάτων ή θεσμών.

Μια ή περισσότερες μορφές κακοποίησης - παραμέλησης, αν και διαφορετικές, μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια.



Εικ.1: Μελανίες στα κάτω άκρα και ουλές από εγκαύματα τσιγάρου σε παιδί ηλικίας 3 ετών

1.2.12. Κακοποίηση εμβρύου

Είναι κατάσταση ακραία που συζητείται όλο και περισσότερο από όσους ασχολούνται με την κακοποίηση-παραμέληση, αλλά πολύ δύσκολα θα ενταχθεί σ' αυτήν επίσημα για λόγους θεωρητικούς και πρακτικούς.

Όταν μια μητέρα παίρνει ναρκωτικά ή μεθά κατά την εγκυμοσύνη ασφαλώς κακοποιεί το έμβρυο που κυοφορεί, αλλά πώς να της αφαιρέσουν τη γονική μέριμνα; Και εκείνη που καπνίζει ενώ γνωρίζει ότι ο καπνός βλάπτει το κύημα; Δεν το κακοποιεί; Δεν αξίζει τουλάχιστον την ηθική μας καταδίκη; Αλλά πώς θα καταδικάσουμε αυτή τη μητέρα που προκαλεί μία μικρή βλάβη στο έμβρυο ή μόνο αυξάνει τις πιθανότητες βλάβης όταν δεν καταδικάζουμε (στα περισσότερα κράτη) την χειρότερη κακοποίηση, τη διακοπή της κύησης; 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» και 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.

Είτε τα ονομάσουμε κακοποιημένα, είτε χρησιμοποιήσουμε άλλον όρο, υπάρχουν σήμερα και στην Ελλάδα παιδιά που κυοφορούνται με επικίνδυνες συνθήκες ενδομήτριου περιβάλλοντος για τις οποίες ευθύνεται η μητέρα. Έχουν ανάγκη από προστασία-παραμέμβαση τόσο πριν, όσο και μετά τη γέννηση.

1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το «απάνθισμα» των ιστορικών πληροφοριών που αναφέρεται παρακάτω, όσο σύντομο κι αν είναι αρκεί για να εκτιμήσουμε τις αποστάσεις που διανύθηκαν, παρ' ότι

βέβαια κανείς μας δεν αμφιβάλλει πως η εκμετάλλευση και δυναστεύσει του παιδιού όπως και κάθε αδύνατου ανθρώπου από τον ανθρώπου δεν είναι μόνο παρελθόν...

Λέγεται, ότι κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στη μυθολογία. Η Ήρα, θυμωμένη επειδή ο σύζυγος της, ο Ζευς, πήγαινε με άλλες γυναίκες, γέννησε εξώγαμα τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος όμως ήταν άσχημος, ανάπηρος, και κουτσός, 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 Ήφαιστου αποτελεί μια «κλασική» περίπτωση κακοποίησης παιδιού, με πολλά από τα γνωστά κοινωνικά και ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά.⁷

Στην αρχαιότητα, πέρα από το πέταγμα των δύσμορφων παιδιών στον καιάδα, τα έριχναν σε ποτάμια, σε έλη, σε φαράγγια. Τα έθαβαν ζωντανά σε κιούπια για να πεθάνουν από την πείνα ή τα παρατούσαν στα δάση, «λεία στα όρνια και στα άγρια κτήνη», κατά τον Ευριπίδη, και αυτή την τύχη δεν είχε μόνο το μη νόμιμο ή το δύσμορφο παιδί, αλλά και το διαφορετικό, το δυσάρεστο ή μη αποδεκτό (όπως το κορίτσι). Έτσι στη δύση, και μέχρι το Μεσαίωνα που οι φόννοι των νόμιμων παιδιών άρχισαν να περιορίζονται (οι φόννοι των παράνομων γίνονταν αδιακρίτως φύλου μέχρι και των 19^ο αιώνα), παρατηρείται μεγάλη ανισορροπία στις αναλογίες αρσενικών και θηλυκών. Μέχρι τον 4^ο αιώνα μ.Χ., ούτε ο νόμος, ούτε η κοινή γνώμη έβρισκαν κάτι κακό στην παιδοκτονία, στην Ελλάδα ή στη Ρώμη. «Ο νόμος άρχισε να θεωρεί το φόννο ενός παιδιού δολοφονία, μόνο στα 374 μ.Χ. Ωστόσο, ακόμη και η καταδίκη από τους εκκλησιαστικούς Πατέρες της παιδοκτονίας, έμοιαζε να

στηρίζεται περισσότερο στο ενδιαφέρον για την ψυχή των γονιών, παρά για την ίδια τη ζωή του παιδιού».

Υπήρχαν, ως γνωστόν, και ανθρωποθυσίες και θυσίες παιδιών στους θεούς, πρακτική που προσπάθησαν να θέσουν τέλος οι Ρωμαίοι και οι Έλληνες. Η πιο γνωστή ήταν στους Καρχηδόνιους. Φαίνεται ότι εφαρμόζονταν ακόμη από τους Κέλτες της Ιρλανδίας, από τους Γαλάτες, τους Σκανδιναβούς, Αιγυπτίους, Φοίνικες. «Το χτίσιμο των παιδιών σε τοίχους, στα θεμέλια κτιρίων και σε γέφυρες, για να στεριώσει η κατασκευή, ήταν κάτι το συνηθισμένο που το συναντούμε από την οικοδόμηση των τειχών της Ιεριχούς ως τη Γερμανία του 1843».

Η κακομεταχείριση, κακοποίηση, εγκατάλειψη, πώληση του παιδιού ήταν γεγονός κοινό. Στις περιπτώσεις που επιβίωναν από τις ασθένειες (πριν από τον 20^ο αιώνα σε όλα τα μέρη του κόσμου, 20-40% των παιδιών που γεννιόντουσαν, πέθαιναν τον πρώτο χρόνο της ζωής τους).

Και όταν ακόμα άντεχαν την πείνα και τις κακουχίες, συχνότατα, τα αντιμετώπιζαν ως «πράγματα» που δεν είχαν άλλη χρησιμότητα από την εξυπηρέτηση των μεγάλων. Γι' αυτό και δεν αποτελούσε καν πρόβλημα ο γενικευμένος ξυλοδαρμός. Γι' αυτό και δεν υπήρχε ευαισθησία στους βασανισμούς τους, για αστεισμό των μεγάλων ή για τιμωρία (το μωρό μπαλάκι που το πετάνε ο ένας στον άλλο, χαριεντιζόμενοι οι μεγάλοι, το παιδί που το ρίχνουν στο παγωμένο νερό και πολλά άλλα). Επίσης πωλούσαν τα παιδιά τους σε πολλές χώρες του κόσμου, πράξη που υπό κάποια έννοια συνεχίζεται sporadικά μέχρι και σήμερα. Ακόμη, δεν ήταν άγνωστη η παράδοση των παιδιών ως πολιτικών ομήρων ή ως εγγύηση για χρέη. Τα παιδιά βασανίζονταν από τα αφεντικά τους αν οι γονείς δεν έμεναν πιστοί στη συμφωνία που είχαν συνάψει.

Το Μεσαίωνα, οι μεν ευγενείς έστελναν τα παιδιά τους σε σπίτια άλλων ή σε μοναστήρια, ως υπηρέτες ακόλουθους ή δεσποινίδες επί των τιμών...κτλ., οι δε κατώτερες τάξεις έστελναν τα παιδιά τους ως μαθητευόμενους τεχνίτες και εργάτες. Όμως ας μη λησμονούμε πως ο μεγαλύτερος παιδικός πληθυσμός δεν πήγαινε σχολείο, δούλευε σκληρά, παρ' ότι σε αρκετές χώρες κάποιο είδος σχολικής μαθητείας εμφανίζεται ήδη από το 12^ο αιώνα. Ακόμη και στο 19^ο αιώνα, στις Η.Π.Α προσπαθούσαν να περιορίσουν τις ώρες εργασίας των παιδιών στα εργοστάσια σε δέκα ή δώδεκα την μέρα.

Υπήρξε μεγάλη σεξουαλική καταπίεση και εκμετάλλευση του παιδιού, η οποία και εμφανιζόταν σχεδόν αμέσως μετά τη γέννηση του. Διάφορες προλήψεις παρωθούσαν τους μεγάλους σε πράξεις και συμπεριφορές φοβερές. Άλλοτε π.χ. έδεναν το πέος του αγοριού με ταινία που την ονόμαζαν « κυνόδεσμο » και άλλοτε καρφίτσωναν τα γεννητικά όργανα με μια πόρπη. Την πράξη αυτή την αποκαλούσαν «περονισμό».

Επίσης, σε πολλούς λαούς ήταν διαδεδομένη η πρακτική της περιτομής στα αγόρια (π.χ. στους Άραβες στους, Εβραίους, στους Αιγυπτίους κ. α) Για να δικαιολογήσουν την περιτομή επικαλούνταν, συνήθως, πολλούς λόγους : υγείας, εθνικούς, θρησκευτικούς... Πάντως, αρκετά ιστορικά στοιχεία που υπάρχουν κάνουν κάποιους συγγραφείς να υποστηρίζουν με βεβαιότητα πως η περιτομή, η κλειτοριδεκτομή και ο περονισμός, καθώς και οι νάρθηκες από γύψο και καρφιά, συχνά λειτουργούσαν ως τιμωρία ή ως εκφοβιστικά μέσα, προκειμένου να συμμορφωθεί η σεξουαλική έκφραση των παιδιών και των εφήβων με τις κρατούσες αντιλήψεις.

Κατά τους πρώτους Χριστιανικούς χρόνους, το Μεσαίωνα και τη βιομηχανική Επανάσταση, η ιστορία της παιδικής ηλικίας στιγματίστηκε από την κακομεταχείριση των παιδιών όλων των μορφών, ιδιαίτερα την εκμετάλλευσή τους σε σκληρές εργασίες που απέφευγαν να αναλάβουν ακόμα και οι ενήλικες. Οι ιστορίες του Oliver Twist και του David Copperfield, με τις οποίες έχουν μεγαλώσει πολλές γενεές παιδιών, αναφέρονται σε πραγματικά γεγονότα ζωής μικρών παιδιών της Ευρώπης εκείνης της εποχής.

Ιστορικοί της παιδικής ηλικίας όπως οι Philip Aries και ο Lloyd de Mause αναφέρονται στην τραγικότητα της παιδικής ηλικίας, η οποία αναδεικνύεται όσο οι κοινωνίες, στην πορεία της εξέλιξης τους, επανεκτιμούν τη θέση της παιδικής ηλικίας ως κοινωνικό

φαινόμενο και δεσμεύονται να εξασφαλίσουν και να προωθήσουν τα δικαιώματα των παιδιών.

Ο de Mause περιγράφει τους τρόπους ανατροφής των παιδιών, δια μέσου των αιώνων, με βάση πέντε ιστορικές περιόδους.

1. Παιδοκτονία: αρχαίοι χρόνοι ως 4^{ος} αιώνας π.Χ.
2. Εγκατάλειψη: 5^{ος} αιώνας και 13^{ος} αιώνας (ανακάλυψη της παιδικής ηλικίας)
3. Αμφιθυμία: 14^{ος} αιώνας μ.Χ.
4. Αυστηρή πειθαρχία: 18^{ος} αιώνας (πίστη στην αυστηρή πειθαρχία)
5. Κοινωνικοποίηση: 19^{ος} αιώνας ως σήμερα.

Σταθμό στην αναγνώριση και προστασία των παιδιών από την κακομεταχείριση στο Δυτικό κόσμο αποτέλεσε η περίπτωση της μικρής Mary Ellen, που βασανίστηκε από τη μητριά της το 1874, στη Ν. Υόρκη. Οι κραυγές του μικρού παιδιού κινητοποίησαν τη γειτόνισσα η οποία κάλεσε την κ. Wheeler, μια εκπρόσωπο της εκκλησίας των Μεθοδιστών. Οι προσπάθειες να βρεθεί οργάνωση για την προστασία της Mary δεν βρήκαν ανταπόκριση, με τη δικαιολογία ότι δεν υπήρχαν πραγματικές αποδείξεις για την ακραία αυτή κακοποίηση και γιατί η εκπρόσωπος της εκκλησίας δεν είχε καμία νομική δικαιοδοσία να παρέμβει, εφόσον δεν είχε τη νομική ευθύνη για το παιδί. Στην απόγνωση της η κ. Wheeler απευθύνθηκε στον Πρόεδρο της Εταιρίας Προστασίας των Ζώων της Ν.Υόρκης, ο οποίος, αμέσως κινητοποιήθηκε με το σκεπτικό ότι: "Το παιδί είναι ένα ζώο. Αν δεν υπάρχει δικαιοσύνη γι' αυτό σαν ένα ανθρώπινο όν, τουλάχιστον θα πρέπει να έχει το δικαίωμα ενός αδέσποτου σκύλου στο δρόμο. Δεν θα πρέπει να κακοποιείται". Ένας δημοσιογράφος αστυνομικών ανταποκρίσεων έγραψε για το γεγονός με αποτέλεσμα να παρέμβει η Εταιρία Προστασίας Ζώων, να αφαιρεθεί η γονική μέριμνα από τους γονείς της Mary και ακολούθως να υιοθετηθεί από την κ. Wheeler. Αυτή ήταν η αρχή για τη δημιουργία της Εταιρίας Πρόληψης της Βίας προς τα παιδιά της Ν.Υόρκης και της ανάπτυξης ενδιαφέροντος για τη θυματοποίηση των παιδιών. Η κοινή γνώμη διεγέρθηκε υπέρ των κακοποιημένων και ανάπηρων παιδιών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

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

Πολλές μορφές κακομεταχείρισης ενός παιδιού δεν παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ή σημάδια στο μάτι ενός τρίτου. Εφόσον το ίδιο το παιδί δεν μιλήσει γι' αυτό που του συμβαίνει, το γεγονός μπορεί να συσκοτισθεί μερικώς ή πλήρως. Προβλήματα που θα παρουσιάσει το παιδί αργότερα είναι δυνατόν να συσχετισθούν με εμπειρίες κακοποίησης ή παραμέλησης. Έτσι όμως είναι πολύ αργά για πρόληψη, ενώ συχνά είναι αργά και για θεραπεία.

Είναι, λοιπόν, αναγκαίο να κατευθύνουμε τις δυνάμεις μας προς δυο στόχους. Ο πρώτος είναι να εκπαιδύσουμε όλους τους επαγγελματίες που υποπτεύονται ότι κάτι συμβαίνει με το παιδί, να ξέρουν πώς να μιλήσουν με το παιδί, να συνεισφέρουν στη διαγνωστική εκτίμηση και να γνωρίζουν τι θα κάνουν, έτσι ώστε να σταματήσει η κακομεταχείριση του παιδιού και να θεραπευθούν οι συνέπειες. Η γνώση αυτή, με απλούστερο τρόπο και περιεχόμενο, πρέπει να προσεγγίσει το ευρύ κοινό, δηλαδή κάθε πολίτης, ο οποίος οφείλει

να κινητοποιείται υπέρ ενός παιδιού, όταν πιστεύει ότι είναι θύμα κακομεταχείρισης ή ότι κινδυνεύει από κάτι τέτοιο.

Ο δεύτερος μας στόχος είναι τα ίδια παιδιά που πρέπει να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, έτσι ώστε τα ίδια να προστατεύονται από κινδύνους που τα απειλούν, ενώ ταυτόχρονα να είναι σε θέση να διεκδικούν την καλύτερη δυνατή προστασία από την παραβίαση των δικαιωμάτων τους.

2.1.2 Σωματική κακοποίηση

α . Ευρήματα από την κλινική εξέταση

- Μελανιές ή σημάδια από χτυπήματα.
- Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα.
- Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη.
- Πληγές ή εκδορές.
- Δηλητηρίαση.
- Κακώσεις από τραντάγματα σε βρέφη, π.χ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς.
- Υποσκληρίδειο αιμάτωμα.
- Εσωτερικές κακώσεις.
- Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα.

β . Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας.
- Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού (π.χ. ένα βρέφος 2-3 μηνών δεν πέφτει μόνο του από το κρεβάτι).
- Βλάβες, συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (π.χ. κάταγμα και εκχυμώσεις).
- Βλάβες, συχνά διαφορετικής ηλικίας (επανελημμένα επεισόδια βίας).
- Βλάβες χαρακτηριστικές κακοποίησης (π.χ. ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους).
- Ο τρόπος που οι γονείς μιλούν στο ή για το παιδί τους δείχνει απόρριψη: "δύσκολο", "χαζό", "γκρινιάρικο", "αρρωσιάρικο" ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά.
- Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο.
- Απότομη και σταθερή αύξηση βάρους δυστροφικών παιδιών μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.
- Το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση.
- Το παιδί δεν αντιδρά στον αποχωρισμό από τους γονείς, φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομείο από το σπίτι ακολουθεί εύκολα τους επαγγελματίες.

2.1.3. Παραμέληση

- Συστηματική κακή σίτιση.
- Δυστροφία μη-οργανικής αιτιολογίας.
- Κακή υγιεινή.

- Ακατάλληλη ένδυση (π.χ. καλοκαιρινά ρούχα στα μέσα του χειμώνα).
- Εγκατάλειψη.
- Στέρηση τροφής.
- Ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου.
- Παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο.
- Συνεχείς κόπωση, απάθεια, ή ύπνος μέσα στην τάξη.
- Το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει.
- Χρήση οινοπνευματωδών ποτών ή τοξικών ουσιών από το παιδί.

2.2. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχουν αποδείξει ότι η σωματική κακοποίηση και παραμέληση όλων των μορφών επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία.

Οι επιπτώσεις της κακοποίησης και παραμέλησης στα παιδιά αναφέρονται επιγραμματικά:

- 1.Σοβαρά σωματικά, νευρολογικά, νοητικά και συναισθηματικά προβλήματα
- 2.Χαμηλό γενικό νοητικό πηλίκο, ιδιαίτερα λεκτικό.
- 3.Επιδράσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη
 - χαμηλή εκτίμηση εαυτού
 - χαμηλές ατομικές προσδοκίες, λίγοι φίλοι
 - καθυστέρηση στο λόγο
- 4.Επιπτώσεις στην συμπεριφορά.
 - επιθετικότητα προς τους συνομήλικους
 - διαταραχές συμπεριφοράς στο σχολείο
 - επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι(καταστροφικότητα, λεκτική και σωματική βία) .
 - νεανική παραβατικότητα

Σε μελέτη του I.Y.Π(Αγάθωνος 1955)σε κλινικό δείγμα 197 σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, η θνητότητα ήταν 6% στον πληθυσμό των

σωματικά κακοποιημένων παιδιών και 17% στην ομάδα των παιδιών με σοβαρές κακώσεις . Η ίδια μελέτη αναφέρει ότι 33% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών υπέστη προσωρινή αναπηρία (π.χ. Κάταγμα άκρου), ενώ 8% υπέστησαν μόνιμη αναπηρία (π.χ. κώφωση, τραυματικό καταρράκτη, παραπληγία, παραμόρφωση προσώπου νοητική υστέρηση μετά από σοβαρή κάκωση κρανίου).²³

Τα παιδιά που κακοποιούνται ή και παραμελούνται παρουσιάζουν έντονα συναισθηματικές αντιδράσεις .Κλαίει πολύ εύκολα είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα Ο όρος «παγωμένο βλέμμα» περιγράφει την χαρακτηριστική έκφραση που έχουν. Στις σχέσεις τους με τρίτους είναι πολύ επιφυλάχτηκα για σωματική επαφή και γενικά καχύποπτα. Φαίνεται επίσης ότι έχουν μία ετοιμότητα να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον



Εικ.2: "Παγωμένο βλέμμα"

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: Η Άννα είναι ένα παιδί 3 χρονών που είχε δυσκολίες να αποχωριστεί τη μητέρα της κατά τη συνέντευξη. Οι λόγοι της παραπομπής ήταν συνεχής τάση της Άννας για κλάμα, υπερκινητικότητα και καταστροφικότητα των αντικειμένων. Η Άννα στη συνέντευξη ήταν πολύ επιφυλακτική και με κοίταζε με πλάγιο τρόπο ή μου γύρναγε την πλάτη της. Προσπάθησα να κάνω ένα σχόλιο για το παιχνίδι της, αλλά φαίνεται ότι κάτι δεν πήγε καλά με τον τόνο της φωνής μου και σήκωσε τα χέρια της προς τα πάνω όπως αντιδρά κανείς για να προφυλαχτεί από το να τον χτυπήσουν. Η κίνηση αυτή και γενικά η στάση της ήταν αφορμή να διαπιστωθεί πρόβλημα της Άννας.

Η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς αυτών έδειξε ότι παιδιά που κακοποιούνται είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα παιδιά, η δε συναλλαγή τους δεν είναι σταθερές.²⁴

Τα μικρά παιδιά που παραμελούνται και δεν μπορούν να αναπτυχθούν είναι απαραίτητο να εισάγονται στο νοσοκομείο.

Μετά την εισαγωγή τους παρατηρούνται τα εξής: Τα παιδιά αυτά φαίνονται πολύ συμπαθητικά, αλλά είναι ανίκανα να αντέξουν και τη παραμικρή ματαιώση και ξεσπούν πολύ εύκολα σε κλάματα ή εκρήξεις οργής.

Η αργή φυσική ανάπτυξη τους επηρεάζεται θετικά όταν απομακρυνθούν από το σπίτι, αλλά οι διαταραχές στο λόγο ή προβλήματα με τη συμπεριφορά τους δεν αποκαθίστανται εύκολα. Αυτά τα πολύ γενικά χαρακτηριστικά δείχνουν ότι υπάρχει μια σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας που είναι πολύ πιθανό να συνεχίζει να υπάρχει κι όταν αυτό το παιδί γίνει 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.

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να αναφερθεί η μελέτη των Martin και Beezley²² σχετικά με τη προσωπικότητα αυτών των παιδιών. Μελετήθηκαν 51 παιδιά από τα οποία 31 έμεναν με τους φυσικούς τους γονείς και τα υπόλοιπα ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Η εκτίμηση τους έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές (παιδίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό). Εντοπίστηκαν 9 χαρακτηριστικά κριτήρια σε αυτά τα 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. Μειωμένη αυτοεκτίμηση	26
3. Απόσυρση	19
4. Εναντιωματική συμπεριφορά	19
5. Μεγάλη διεγερσιμότητα	11
6. Ψυχαναγκαστικότητα	11
7. Ψευδό-ενήλικη συμπεριφορά	10
8. Μαθησιακά προβλήματα	

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά και η σοβαρότητα 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 σε όλη τους τη ζωή.

Τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερους φίλους και αρκετά από αυτά αναπτύσσουν διαταραχές της συμπεριφοράς. Μια ευρωπαϊκή μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της πολύ αυστηρής και τιμωρικής συμπεριφοράς των γονιών και των επιπτώσεων στην προσωπικότητα των παιδιών. Βρέθηκε ότι τα παιδιά εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς, ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ονομάστηκε «διαταραχή της διαγωγής» ή ένα άλλο σύνδρομο όπου τα παιδιά παρουσιάζουν άγχος ή κατάθλιψη.²⁵

Σε μια άλλη παλιότερη 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.^{26,27}

Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν μόνο της ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης. Αυτό οφείλεται στο ότι μαζί με τη

κακοποίηση συμβαίνει και μια άλλη σειρά από εμπειρίες στο παιδί, όπως εισαγωγή στο Νοσοκομείο, απομάκρυνση από το σπίτι, ανάδοχες οικογένειες κτλ. Είναι επομένως δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιπτώσεις από την κακοποίηση και αυτές που οφείλονται στις άλλες εμπειρίες.

Υποστηρίζεται επίσης ότι τα αποτελέσματα της συναισθηματικής στέρησης στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εκδηλώνονται με τη μορφή εξελικτικών διαταραχών στο Κ.Ν.Σ. Το εύρημα αυτό φαίνεται συνδέεται με τη ποιότητα της γονικής φροντίδας που είχαν τα παιδιά αυτά.

Η μεγάλη συχνότητα της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς που έχει περιγραφεί σε κακοποιημένα παιδιά σε σχέση με φυσιολογικά ή παραμελημένα παιδιά συμπεριλαμβάνει αυτό-ακρωτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας και συνδέεται με χαρακτηριστικές μεταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού.²⁹

Έχει επίσης περιγραφεί καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου.²⁸ Υπολογίζεται δηλαδή ότι τα παιδιά δεν εμπιστεύονται το περιβάλλον τους για να μιλήσουν και επομένως η καθυστέρηση στην εξέλιξη του λόγου είναι αποτέλεσμα μικρής πρακτικής, εξαιτίας της παραμέλησης.

Η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών επίσης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό, φαίνεται δε ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης-παραμέλησης.

Ο Strogh 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 τη 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 Strogh αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά « δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταιΐζει», γεγονός που δηλώνει έντονη διαταραχή στη «συμπεριφορά δεσμού». Άλλα χαρακτηριστικά που βρέθηκε ότι έχουν τα κακοποιημένα παιδιά είναι : χαμηλό βάρος στη γέννηση, προωρότητα και ύπαρξη διαφόρων παρεκλίσεων από τη φυσιολογική εξέλιξη.

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

2.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

2.3.1. Αναγνώριση

Αν η σωματική κακοποίηση των παιδιών εξακολουθεί και σήμερα σε σημαντικό βαθμό να αποτελεί μυστικό της ελληνικής οικογένειας, η σεξουαλική παραβίαση των παιδιών αποτελεί «το πιο καλά φυλαγμένο μυστικό». Η ισχύς του αιμομικτικού φραγμού ή όπως συνηθέστερα ονομάζεται, του ταμπού της αιμομιξίας, καθιστά εξαιρετικά ενοχική την αποκάλυψη όχι μόνο από το παιδί-θύμα αλλά και από συγγενείς που το γνωρίζουν. Όσο για τη γειτονιά ή το χωριό, που τυχόν γνωρίζει, οι αντιδράσεις τους, σε συλλογικό επίπεδο αυτή τη φορά, λειτουργούν το ίδιο ενοχικά. Συχνά, το πέπλο της παθολογικής αυτής οικογενειακής ή συλλογικής σιωπής καλύπτει το φαινόμενο για πάντα. Άλλοτε πάλι, αποκαλύπτεται με αφορμή μια τραγική για το θύμα επανάληψη της θυματοποίησης. Ένας αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων αποκαλύπτεται από τα ίδια τα παιδιά ή από άτομα του περιβάλλοντος τους. Η αποκάλυψη αυτή αυξάνεται όσο το θέμα συζητείται περισσότερο.

2.3.2. Ενδεικτικά χαρακτηριστικά της σεξουαλικής παραβίασης

Η σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού μπορεί να αναγνωρισθεί από έναν επαγγελματία ή έναν ενήλικα στον οποίο το παιδί θα εμπιστευτεί τα γεγονότα, με διάφορους τρόπους, ανάλογα με την ηλικία του παιδιού αλλά και την ικανότητα των ενηλίκων να αντιληφθούν και να κατανοήσουν το λόγο του παιδιού.

Κατ' αρχήν, τα ευρήματα περιλαμβάνουν κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα για τα οποία πρέπει να γνωματεύσει ο παιδίατρος. Αυτά μπορεί να αφορούν κακώσεις ή κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβανομένων και των ψυχοσωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και διαταραχών συμπεριφοράς. Εφόσον όμως το 60% περίπου των παιδιών-θύματων δεν υπάρχουν κακώσεις, προτεραιότητα δίδεται στη διάγνωση των συμπτωμάτων που αφορούν τις υπόλοιπες σφαίρες.

Παιδιά προσχολικής ηλικίας υπαινίσσονται σεξουαλικές εμπειρίες με λέξεις, με τη ζωγραφική ή το παιχνίδι. Στην προσπάθειά τους να μοιραστούν την εμπειρία τους με έναν ενήλικα, ο λόγος τους μπορεί να είναι ξεκάθαρος ή να υπαινίσσονται κάτι τέτοιο μέσα από τη διήγηση μίας ιστορίας, το συμβολικό παιχνίδι ή τη ζωγραφιά.. Άλλα ευρήματα μπορεί να είναι διαταραχές ύπνου, πόνοι στην κοιλιά, ενούρηση και εγκόπριση - για παιδιά που είναι ήδη καθαρά - ή κατάθλιψη.

Στις ηλικίες 5-12 ετών συγκεντρώνονται οι περισσότερες πιθανότητες για σεξουαλική παραβίαση. Τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν ένα εύρος συμπεριφορών και αντιδράσεων που πρέπει να συγκεντρώσουν την προσοχή των ενήλικων επαγγελματιών, ιδιαίτερα των εκπαιδευτικών και των εμψυχωτών ομάδας οι οποίοι διαθέτουν πολύ χρόνο για τα παιδιά, αλλά και των ίδιων των γονιών.

Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά παρατηρούνται σε παιδιά 5-12 ετών, θύματα σεξουαλικής παραβίασης οποιασδήποτε μορφής ή σοβαρότητας:

- Υπαινίσσονται μυστικά για τα οποία δεν μπορούν να μιλήσουν.
- Μιλάνε για ένα φίλο τους που έχει ένα πρόβλημα.
- Ρωτούν αν θα κρατηθεί μυστικό κάτι που θα μοιραστούν με ένα ενήλικα.
- Αρχίζουν ξαφνικά να λένε ψέματα, να κλέβουν, να παραβαίνουν με θράσος τους κανόνες, συχνά, με την ελπίδα ότι θα αποκαλυφθούν.
- Διαθέτουν ξαφνικά πολλά χρήματα.
- Έχουν τρομακτικά όνειρα.
- Παρουσιάζουν ενούρηση.
- Εκδηλώνουν απότομες, ανεξήγητες αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως επιθετικότητα ή απόσυρση.
- Δεν χαίρονται πια δραστηριότητες όπως μουσική, σπορ, τέχνες, προσκοπισμό, κατασκηνώσεις, γυμναστήρια.
- Διστάζουν να γδυθούν στο γυμναστήριο.
- Φοβούνται ή αρνούνται, χωρίς προφανή λόγο, να συναντήσουν κάποιους ενήλικες, επιμένουν να μην συμπαθούν μία baby sitter, έναν συγγενή ή άλλο ενήλικα.
- Εκφράζουν ανάμοστη για την ηλικία τους σεξουαλική συμπεριφορά.
- Ζωγραφίζουν εικόνες που δηλώνουν φανερά μια σεξουαλική πράξη.
- Είναι φανερό στους γύρω ότι κρατούν ένα μυστικό που τα ανησυχεί.
- Παρουσιάζουν λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, αιμορραγία ή πόνο στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ή του πρωκτού.
- Πονάει ή αιμορραγεί ο λαιμός τους.
- Έχουν χρόνιες ασθένειες όπως π.χ. πρόβλημα με το στομάχι τους ή κεφαλαλγίες.
- Στο σπίτι, αναλαμβάνουν γονικό ρόλο, συμπεριφέρονται και φαίνονται πολύ μεγαλύτερα από την ηλικία τους (εφόσον είναι θύματα αιμομιξίας).

- Αναπτύσσουν διαταραχές όρεξης (βουλιμία, ανορεξία).
- Παρουσιάζουν σοβαρή κατάθλιψη που μπορεί να φθάσει ως την απόπειρα αυτοκτονίας.
- Έχουν χαμηλή εικόνα εαυτού, αυτοτραυματίζονται.
- Κάνουν συνεχώς φυγές.
- Παλινδρομούν παρουσιάζοντας συμπεριφορές, όπως πιπίλισμα δακτύλου, ή μαζεύουν κοντά τους πρώην αγαπημένα παιχνίδια, όπως αρκουδάκι ή κουκλίτσα, που τα είχαν ήδη βάλει στην άκρη.
- Παρουσιάζουν δυσκολία στη βάδιση.
- Λένε ότι δεν αξίζουν, ότι είναι βρώμικα ή ότι μυρίζουν.
- Φοβούνται και προσέχουν υπέρμετρα τους κινδύνους.
- Επαναλαμβάνουν αισχρές λέξεις ή φράσεις που είναι δυνατόν να έχουν λεχθεί κατά την παραβίαση τους.
- Επιχειρούν να παραβιάσουν σεξουαλικά ένα άλλο παιδί.
- Μιλάνε ή γράφουν για σεξουαλικά θέματα.
- Βρίσκουν εκατοντάδες δικαιολογίες για να μην πάνε σπίτι ή σε φιλικό σπίτι μετά το σχολείο (μέρη όπου μπορεί να συνέβαινε η παραβίαση).

Σε παιδιά πάνω από 13 ετών παρατηρούνται τα εξής:

- Διαταραχές ταυτότητες
- Αισθήματα ενοχής
- Φυγές
- Απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμοί.
- Χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών
- Παραβατικότητα
- Διαταραχές όρεξης (βουλιμία, ανορεξία)
- Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά και υπέρμετρη ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα.
- Επιθετικότητα
- Καταθλιπτικά αισθήματα
- Έντονη άρνηση για συμμετοχή σε σωματική άσκηση ή για αλλαγή ρούχων στη γυμναστική ή στο ελεύθερο παιχνίδι.
- Παραμέληση της υγιεινής του σώματος.

Παιδιά αυτής της ηλικίας αποκαλύπτουν με λεπτομέρειες τι τους έχει συμβεί εφόσον διαβιβαστούν και να πιστέψουν ότι ένας ενήλικας τους πιστεύει και είναι διατεθειμένος να τα βοηθήσει, εξασφαλίζοντας όμως τη λιγότερη δυνατή δευτερογενή θυματοποίηση τους.

Υπενθυμίζεται ότι: όλα αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν ενδείξεις για σεξουαλική παραβίαση. Πολλά από αυτά μπορούν να ερμηνευτούν και αλλιώς.

2.4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Το παιδί θύμα, χαρακτηρίζεται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα στιγματισμού, απομόνωση, δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων και ομαλής σεξουαλικής ζωής. Ως έφηβοι / ενήλικες τα θύματα παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό πρόωρο ξεκίνημα σεξουαλικών επαφών, εγκυμοσύνες στην εφηβεία, σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, πολλαπλούς σεξουαλικούς συντρόφους, φορείς ασθενειών που μεταδίδονται με ιδιαίτερη επιφύλαξη γιατί εύκολα προκαλούνται από ένα σωρό άλλα αιτία.¹⁴

Έρευνα στη Μ. Βρετανία (Browne και Saqi 1989) σε 14.500 οικογένειες έδειξε ότι:

- Αν κάποιος κακοποιήθηκε στην παιδική του ηλικία, οι πιθανότητες να κακοποιηθεί το δικό του παιδί είναι 1 στις 14.

- Αν δεν υπάρχει ιστορικό κακοποίησης, οι πιθανότητες είναι 1 στις 400.

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν τον συνεχιζόμενο κύκλο της κακοποίησης από γενεά σε γενεά. Πέρα όμως από την αρνητική τους έννοια, μας οδηγούν και σε αρκετά αισιόδοξες σκέψεις και δράσεις τόσο σε επίπεδο κλινικής δουλείας όσο και σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής. Δηλαδή, εφόσον οι πιθανότητες να περάσει η κακοποίηση στην επόμενη γενεά είναι 1 στις 14, τότε σε 13 στις 14 περιπτώσεις, δεν συνεχίζεται. Άρα, αν αναζητήσουμε τους προστατευτικούς παράγοντες που επιδρούν θετικά αναστέλλοντας την προδιάθεση, η προώθηση προληπτικών ενεργειών θα μπορέσει να την ανακόψει και στο ποσοστό της 1 στις 14 πιθανότητες.⁹

2.4.1. Ευρήματα κλινικής εξέτασης από σεξουαλική κακοποίηση:

Τα περισσότερα παιδιά θύματα ενδοοικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης δεν παρουσιάζουν παιδιατρικά κλινικά ευρήματα εφόσον συνήθως δεν χρησιμοποιείται βία.

Επίσης, γιατί η αποκάλυψη πραγματοποιείται πολύ αργότερα από το χρόνο παραβίασης και επέρχεται επούλωση των περισσότερων κακώσεων, όταν υπάρχουν.

Τα ιατρικά ευρήματα μπορεί να είναι γενικά ή να αφορούν την περινεϊκή χώρα (Τσιτούρα, 1990).

Γενικά ιατρικά ευρήματα:

1. Αιματώματα, αμυχές, δαγκωματιές ή άλλα τραύματα στο στήθος, γλουτούς, υπογάστριο, μηρούς.
2. Δυσκολία στο βάδισμα ή στο κάθισμα.
3. Σχισμένα, λερωμένα ή ματωμένα εσώρουχα ή τα ρούχα που έχουν φορεθεί βιαστικά, ανάποδα.
4. Σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα.
5. Εγκυμοσύνη σε έφηβη, ειδικά όταν αποκρύπτεται η ταυτότητα του πατέρα.
6. Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

Ευρήματα στην περινεϊκή χώρα :

1. Αιματώματα, αμυχές ή άλλα τραύματα, συχνά πολύ μικρά για να είναι ενδεικτικά τραύματος από το ατύχημα (ο αυνανισμός από το ίδιο το παιδί δεν προκαλεί αιματώματα).
2. Κνησμός, πόνος, έκκριμα ή ανεξήγητη αιμορραγία.
3. Ξένα σώματα στην ουρήθρα, κύστη, κόλπο, πρωκτό.
4. Ανώμαλη διαστολή της ουρήθρας, του πρωκτού ή του ανοίγματος του κόλπου.
5. Πόνος κατά την ούρηση.
6. Συμπτώματα αφροδίσιου νοσήματος (γονόρροια, έρπης γεννητικών οργάνων, χλαμύδια, τριχομονάδες, κονδυλώματα γεννητικών οργάνων, φθείρες).

Ψυχοσωματικά συμπτώματα:

1. Ενούρηση
2. Εγκόπριση
3. Υποτροπιάζων πονοκέφαλος και πόνος στη κοιλιά.
4. Διαταραχές ύπνου.
5. Διαταραχές όρεξης (βουλιμία, ανορεξία).

2.4.2. Ευρήματα κλινικής εξέτασης από σωματική κακοποίηση:

- 1) Μελανιές ή σημάδια από χτυπήματα.
- 2) Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα.
- 3) Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη.
- 4) Πληγές ή εκδορές.
- 5) Δηλητηρίαση.
- 6) Κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη, π.χ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς.
- 7) Εσωτερικές κακώσεις.
- 8) Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα.

2.5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΝΕΚΡΟ ΠΑΙΔΙ

Στο πτώμα, γίνεται εμπειριστατωμένη νεκροψιακή και νεκροτομική έρευνα. Κατά την νεκροψία σημειώνονται 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 (ελέγχονται οι συνθήκες ενδιαίτησης και φροντίδας), η ύπαρξη παθολογικών στοιχείων (φλεγμονωδών επεξεργασιών του δέρματος, εξανθημάτων, κ.λ.π.), 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 τα τριχωτό της κεφαλής (υποδόριος αιμορραγία από τράβηγμα των μαλλιών),³⁶ ο αυχέννας, η πλάτη και αναζητούνται αμυχές, αιματώματα και θλαστικά τραύματα. Οδοντικά εκχυμωτικά αποτυπώματα μαρτυρούν δήξη («δάγκωμα»)⁴¹ αλλά στην προκειμένη περίπτωση θα πρέπει ο ιατρογνώμονας να έχει υπόψη του ότι μπορεί ένα τέτοιο αποτύπωμα, όταν βρεθεί στα άνω κυρίως άκρα, να προέρχεται και από το ίδιο το παιδί που δαγκώνει –τη στιγμή της κακοποίησης– τα μέλη του για να αντεπεξέλθει στο άλγος.³³ Εξετάζονται ακόμη και οι γλουτοί και τα πέλματα κα διενεργούνται πολλαπλές τομές για την αποκάλυψη «εν τω βάθη» αιματωμάτων, όπως επίσης ελέγχονται η κοιλότητα του στόματος, του πρωκτού και του κόλπου, στα θήλα, για την ανεύρεση κακώσεων, αφροδίσιου νοσήματος ή σπέρματος ενδεικτικού μιας σεξουαλικής βιοπραγίας.

Τέλος, απαραίτητη είναι η εξέταση των ενδυμάτων του παιδιού, από την κατάσταση των οποίων μπορεί να εξαχθούν συμπεράσματα για το βαθμό φροντίδας του παιδιού και ο λεπτομερής ακτινολογικός έλεγχος για την αποκάλυψη προσφάτων ή παλαιότερων «εν επουλώσει» καταγμάτων, ενδεικτικών της ασκηθείσας βίας.

Παραμέληση που τελικά καταλήγει στο θάνατο έχει, εκτός των πιο πάνω ευρημάτων και ορισμένα άλλα, περισσότερο χαρακτηριστικά στοιχεία, όπως π.χ. μια εκσεσημασμένη απίσχνανση (λόγω πλημμελούς διατροφής του παιδιού ή ακόμη και παντελούς στέρησης της τροφής),³¹ εκτεταμένες φλεγμονές στο δέρμα (ιδιαίτερα στο περίνεο και στην περιοχή των γεννητικών οργάνων) 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 εξεργασιών που θα πρέπει να διακριθούν

αιτιολογικά-παθογενετικά από κάποιο αποτέλεσμα κακοποίησης ή παραμέλησης. Η ιστοπαθολογική εξέταση των σπλάχνων και η τοξικολογική^{40,43} δεν πρέπει να παραλείπονται, όπως επίσης - σε ορισμένες περιπτώσεις - χρήσιμη είναι και μικροβιολογική εξέταση. Ιδιαίτερα εφίσταται ακόμη η προσοχή στη μελέτη του περιεχομένου του γαστρεντερικού σωλήνα, από το οποίο μπορεί να εκτιμηθεί τυχούσα παραμέληση στη σίτιση, όπως επίσης, σε κάθε περίπτωση, επιβεβλημένος είναι ο ακτινολογικός έλεγχος και η φωτογράφιση όλων των στοιχείων.³⁸

Ο ιατρογνώμονας πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

- Η απουσία επιφανειακών κακώσεων (κατά την 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 τη βαρύτητα των κακώσεων. Ισχυρή πλήξη με την παλάμη στο πρόσωπο μπορεί να προκαλέσει υποσκληρίδιο ή υπαραχνοειδή αιμορραγία και εγκεφαλικό οίδημα που δύσκολα μπορεί να διακριθεί και αξιολογηθεί σε παιδί κάτω του έτους, λόγω της σύστασης του εγκεφάλου. Ρήξη της κάψας του ήπατος ή του εντέρου ή της σπλήνας ή του μεσεντερίου, κατάγματα πλευρών κ.λ.π., μαρτυρούν την άσκηση ισχυρής βίας (π.χ. ισχυρή πλήξη στο θώρακα με γροθιά) που ξεπερνά την αντοχή ή την «ευκαμνία» του θωρακικού τοιχώματος ή το ευένδοτο των κοιλιακών τοιχωμάτων. Λάκτισμα στη κοιλιά ή στη ράχη μπορεί να επιφέρει αιμορραγία του τοιχώματος του εντέρου ή του παγκρέατος (με απώτερη συνέπεια ψευδοκύστεις)^{39,42} όπως επίσης ισχυρές και απότομες κινήσεις (ταρακούνημα) μπορεί να έχουν ως συνέπεια παρεκτόπιση ή κάταγμα των σπονδύλων της σπονδυλικής στήλης και τρώση του νωτιαίου μυελού, υποσκληρίδιο αιμορραγία, αιμορραγία του αμφιβληστροειδούς (στο 55% περίπου των περιπτώσεων),³⁷ κ.λ.π.. Σημειώνεται ότι η εξόρυξη των βολβών για λεπτομερέστερο έλεγχο. Αντίθετα, η ανεύρεση παλαιών ουλών ή καταγμάτων που βρίσκονται στο στάδιο της πόρωσης είναι στοιχεία που μαρτυρούν μια «κατ' επανάληψη» κακοποίηση.

- Η διάκριση μεταξύ «κακοποιημένων» (κατ' επανάληψη συνήθως) και «παραμελημένων» παιδιών δεν είναι πάντοτε σαφής. Άλλωστε δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που η παραμέληση φαίνεται σαν χειρότερη μορφή κακοποίησης.

- Η ανεύρεση εκσεσημασμένων στοιχείων ασιτίας, βρογχοπνευμονίας, σηψαιμίας, κ.λ.π., συνηγορεί σαφώς υπέρ της παραμέλησης.

- Ψευδείς «αύλακες» από στενά ρούχα μπορεί να δώσουν την εντύπωση κακώσεων ως εξ' απαγχονισμού ή στραγγαλισμού με βρόχο. «Χημικές» δερματίτιδες από τα ούρα είναι περισσότερο εμφανείς στα σημεία που ασκείται πίεση από το λάστιχο των εσωρούχων. Κηλίδες (μογγολοειδείς) στη ράχη προσομοιάζουν με μώλωπες. Οι κηλίδες αυτές που συχνά εξαφανίζονται τον 4ο χρόνο⁴⁵ μπορεί το υποδόριο λίπος. Χορηγούνται ακόμη O2 μπορεί να προκαλέσει εκχυμώσεις γύρω από το στόμα και τη μύτη, από την εφαρμογή του επιστομίου, όπως επίσης εκχυμώσεις μπορεί να βρεθούν και στο θώρακα, από την εφαρμογή απινιδωτού. Προσοχή ακόμη απαιτείται, σε θεραπευτικές ενέργειες (τομές για παροχέτευση, βελονογυμούς, κ.λ.π.) 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

2.6.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Ο κάθε επιστήμονας Υγείας θα πρέπει να γνωρίζει ότι η σωματική 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 κάπως ενδεικτικά. Ποικίλουν ανάλογα με την ευαισθητοποίηση των υγειονομικών και ανάλογα με τον ορισμό που δίνεται σε κάθε χώρα. Πάντως, αν θεωρήσουμε σωματική κακοποίηση μόνο τις περιπτώσεις όπου χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, τότε υπολογίζεται ότι περίπου το 10% των παιδιών < 5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό, είναι κακοποιημένα. Στις Η.Π.Α. σε μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού παιδιών ηλικίας 3-17 ετών, βρέθηκε ότι 3,8% είχαν υποστεί σοβαρή κακοποίηση, σύμφωνα με αυτά που ομολόγησαν αυτόβουλα στους γονείς. Δηλαδή, είναι πολύ πιθανό το ποσοστό να αποτελεί υποεκτίμηση της βαρύτητας ή της συχνότητας της «σοβαρής κακοποίησης». Το σύνδρομο είναι συχνότερο σε μικρές ηλικίες: Ένα τρίτο του συνόλου των κακοποιημένων παιδιών είναι ηλικίας <1 έτους, ένα τρίτο 1-6 ετών και το ένα τρίτο >6 ετών.

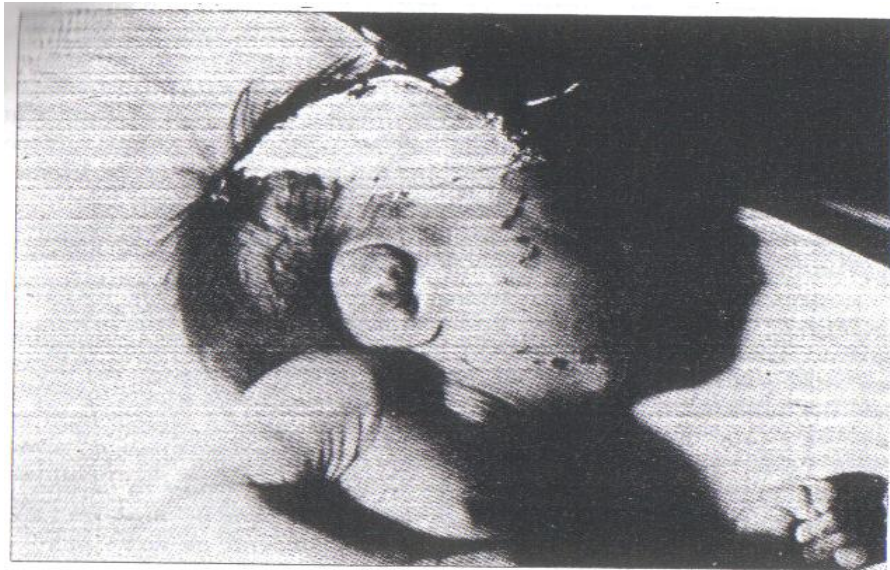
2. **Υποτροπές:** Υπολογίζεται ότι 25% των κακοποιημένων παιδιών θα υποστούν σοβαρές βλάβες από νέα κακοποίηση αν δεν γίνει θεραπευτική παρέμβαση.^{15,16} Το ποσοστό των παιδιών που κακοποιούνται καθ'υποτροπή, χωρίς όμως σοβαρές βλάβες δεν είναι γνωστό.

3. **Θνητότητα:** Υπολογίζεται μεταξύ 3-5%^{15,16,17,18} (Παλιότερες εργασίες την ανεβάζουν σε 18% πιθανόν γιατί παλιότερα αναγνωρίζονταν μόνο οι βαριές περιπτώσεις).

4. **Μόνιμες αναπηρίες:** Το κεφάλι είναι πολύ συχνά ο στόχος του χτυπήματος. 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 με απροσάρμοστα άτομα και σε γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους.^{16,17}

5. **Ίαση:** Με γνωστή, ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της οικογένειας σε 80-90% των περιπτώσεων μπορεί να αποκατασταθεί η ισορροπία στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και να εξασφαλίσει επαρκής γονική φροντίδα. Σε 10-15% των οικογενειών θα χρειαστεί συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη. Σε 1-2% δεν υπάρχει ίαση, κάθε παρέμβαση αποτυγχάνει και η μόνη λύση για να διασφαλιστεί η υγεία και η επιβίωση του παιδιού είναι η απομάκρυνση του από την οικογένεια, είτε με υιοθεσία, είτε με τοποθέτηση σε ίδρυμα.^{16,17,19}

6. **Πρόληψη:** Ο Kempe και οι συνεργάτες του, παρακολούθησαν 300 μητέρες και παιδιά μέσα στο μαιευτήριο. Επεσήμανα στοιχεία στη συμπεριφορά των μητέρων που τις χαρακτήρισαν ως 'εν κινδύνων' να κακοποιήσουν αργότερα τα παιδιά τους. Σε μια ομάδα των εν κινδύνων μητέρων έκαναν κάποια προληπτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας με μεγαλύτερη συχνότητα τις συνήθειες ιατρικές υπηρεσίες: Η οικογένεια είχε παρακολούθηση από τον ίδιο παιδίατρο που, ανάμεσα στις επισκέψεις, τηλεφωνούσε στη μητέρα να ρωτήσει αν είχε προκύψει κάποιο πρόβλημα. Σε άλλη ομάδα προσφέρθηκαν οι συνηθισμένες υπηρεσίες από διάφορους υγειονομικούς φορείς. Μέσα σε δυο χρόνια παρακολούθησης, 5 παιδιά μπήκαν στο Νοσοκομείο με βαριές κακώσεις. Ήταν και τα 5 παιδιά από την ομάδα όπου δεν είχε γίνει παρέμβαση.



Εικ.3: Παιδί με πολλαπλές κακώσεις στο πρόσωπο

2.7. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΙΜΩΡΙΑ

Η πολιτισμική αιτιολογική θεώρηση της κακοποίησης αναφέρεται στην ευθύνη πολιτισμικά αποδεκτών πρακτικών κοινωνικοποίησης των παιδιών, κυρίως μικρής ηλικίας, οι οποίες προδιαθέτουν στη βία εναντίον των παιδιών και συχνά τη δημιουργούν. Στην Ελλάδα, ένας ικανός αριθμός μελετών έχει διαπιστωθεί μεγάλη χρήση σωματικής τιμωρίας προς τα παιδιά.

Σωματική τιμωρία παιδιού θεωρείται η επιβολή πόνου στο ανθρώπινο σώμα ως τιμωρία για πράξη ή συμπεριφορά του παιδιού, που δεν εγκρίνει ο ενήλικας. Η σωματική τιμωρία είναι μια "επιτρεπτή" σωματική επίθεση σε ανήλικο άτομο, της οποίας συχνές μορφές θεωρούνται: το χαστούκι, το χτύπημα, το ξύλο, το άγριο σπρώξιμο ή το "γράπωμα" του παιδιού. Επίσης, τα κτυπήματα με αντικείμενο όπως ζώνη, βέργα, παντόφλα κ.λ.π. είναι "επιτρεπτές" και διαδεδομένες μορφές.

Δυο είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τη σωματική τιμωρία από τη σωματική κακοποίηση: 1) η σοβαρότητα της πράξης και 2) η πολιτισμική νομιμότητα.

Ως σωματική τιμωρία θεωρείται μια επιτρεπτή πράξη βίας στα πλαίσια του γονικού ρόλου, ως δε κακοποίηση ορίζονται πράξεις βίας από τον γονέα/ κηδεμόνα προς το παιδί, οι οποίες ξεπερνούν τα επιτρεπτά από το νόμο κοινωνικά ήθη και όρια και εκθέτουν το παιδί σε αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού. Χαρακτηριστικό στη μεταξύ των δυο φαινομένων σχέση είναι ότι τις περισσότερες φορές, η σωματική τιμωρία δεν καταλήγει σε κακοποίηση, ενώ η κακοποίηση τις περισσότερες φορές αρχίζει ως συνήθης σωματική τιμωρία.



Πρόσφατη κοινωνιολογική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού σχετικά με τη χρήση της σωματικής τιμωρίας στη διαπαιδαγώγηση των παιδιών στην ελληνική οικογένεια (Φερέτη και Σταυριανάκη, 1997) έδειξε ότι το ποσοστό χρήσης σωματικής τιμωρίας στην οικογένεια, ανέρχεται σε 65,5%.

Το αντιπροσωπευτικό ερευνητικό δείγμα αποτελέστηκε από 591 οικογένειες μαθητών δημοτικών σχολείων Α' και ΣΤ' δημοτικού. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της κατ' οίκον προσωπικής συνέντευξης βάσει ερωτηματολογίου.

Η διερεύνηση των κοινωνικών αντιλήψεων και συνθηκών που περιβάλλουν το φαινόμενο έδειξε ότι η χρήση της σωματικής τιμωρίας ευνοείται σημαντικά από:

- Την αντίληψη ότι αποτελεί δικαίωμα των γονέων.
- Την ύπαρξη έντασης και εκνευρισμού των γονέων από προβλήματα και καταστάσεις, ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά των παιδιών, όταν τα τιμωρούν.
- την αντίληψη ότι είναι 'κάτι που το κάνουν σχεδόν όλοι οι γονείς'.
- την απουσία βοήθειας για τη φροντίδα των παιδιών από άλλα άτομα υποστηρικτικά προς την οικογένεια, όταν υπάρχει ανάγκη.

Τα αγόρια έχουν διπλάσια πιθανότητα να τιμωρηθούν σωματικά από τα κορίτσια, τα μικρότερα παιδιά (Α Δημ.) έχουν 3πλάσια πιθανότητα από τα μεγαλύτερα (ΣΤ' Δημ.) και τα παιδιά που έχουν αδέρφια έχουν διπλάσια πιθανότητα απ' ότι τα μοναχοπαίδια. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γονείς πολύ συχνά δέρνουν τα παιδιά τους γιατί τσακώνονται με τα αδέρφια τους.

Αξίζει να αναφερθεί, ότι 6,2% των μητέρων ανέφεραν ότι η σωματική τιμωρία προξένησε στο παιδί μικροτραυματισμό όπως αιμορραγία από τη μύτη και εκδορές, ενώ 1,8% ανέφεραν σοβαρό τραύμα το οποίο χρειάστηκε συρραφή και νοσηλεία.

Σχεδόν όλοι οι γονείς πιστεύουν ότι η χρήση της σωματικής τιμωρίας μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό, ενώ παράλληλα θεωρούν τη μέθοδο αναποτελεσματική και συμφωνούν με τη κατάργησή της.

Άλλοι συνήθεις λόγοι για τους οποίους τα παιδιά τρώνε ξύλο είναι όταν: 'κάνουν κάτι για το οποίο τα έχουν προειδοποιήσει ή μαλώσει', 'λένε ψέματα', χρησιμοποιούν 'κακές λέξεις', κάνουν κάποια ζημία στο σπίτι και αρνούνται να διαβάσουν.



Παρά τη διαδεδομένη χρήση της σωματικής τιμωρίας, οι περισσότεροι γονείς (άνω του 90%), πιστεύουν ότι η σωματική τιμωρία είναι δυνατόν να κλονίσει τη σχέση γονέα και παιδιού, να κάνει το παιδί να αισθάνεται ανεπιθύμητο, να του καλλιεργήσει το φόβο, να προκαλέσει κατάθλιψη και ψυχολογικά προβλήματα και να καθυστερήσει τη φυσιολογική περιέργεια και νοητική ανάπτυξη.

Τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών στην Ελλάδα, επιβεβαιώνουν την εκτεταμένη χρήση της σωματικής τιμωρίας από τους γονείς προς τα παιδιά τους, ως μεθόδου ελέγχου της συμπεριφοράς, ασχέτως ηλικίας. Σύμφωνα με τις μελέτες αυτές:

-1:3 παιδιά ηλικίας 7 ετών υφίστανται σωματική τιμωρία με τη μορφή του ξύλου από τους γονείς τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, ενώ 1:6 καθημερινά. Περισσότερο χτυπιούνται αγόρια που χαρακτηρίζονται ως 'δύσκολα', από αγροτικές περιοχές, με γονείς νέους και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, πατέρα ανεπίκευτο εργάτη, μητέρα νοικοκυρά και με πολλά αδέρφια (Μπακούλα και συν. 1993).

-15% μαθητών 13-15 ετών αναφέρουν ότι οι γονείς τους τους χτύπησαν σοβαρά κατά το μήνα που προηγήθηκε της έρευνας (Παρίσης και συν. 1987).

Η σωματική τιμωρία στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες εξακολουθεί να ασκείται μέσα στην οικογένεια, στα πλαίσια του γονικού ρόλου, ως μέθοδος "σωφρονισμού" και ελέγχου της συμπεριφοράς των παιδιών. Ερευνητικά αποτελέσματα και οργανωμένα κινήματα στον Ευρωπαϊκό χώρο, για την κατάργηση της σωματικής τιμωρίας, έχουν τα τελευταία χρόνια βρει ανταπόκριση στη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του ΟΗΕ και στις συμβάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης, ενώ έξι χώρες της Ευρώπης έχουν απαγορεύσει με νόμο τη χρήση σωματικής τιμωρίας μέσα στην οικογένεια.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει νόμος απαγόρευσης της σωματικής τιμωρίας στα πλαίσια της οικογένειας. Το Π.Δ. 497/81 (ΦΕΚ 134 Α') απαγορεύει τις σωματικές ποινές στα πλαίσια της εκπαίδευσης.⁹

2.8. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Ο κοινωνιολόγος D. Finkelhor (1), αναφέρεται στους δυο κυριότερους παράγοντες υψηλού κινδύνου για σεξουαλική παραβίαση των παιδιών

A. Τη δυστυχισμένη οικογενειακή ζωή με χαρακτηριστικά:

Εμπειρίες ενδοοικογενειακής και έξω-οικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης.

1. Ανεπαρκή εποπτεία και φροντίδα.

2. Εκμετάλλευση των αναγκών για στοργή και προσοχή του παιδιού από τους δράστες με κατάλληλες τεχνικές προσέγγισης.

B. Τη ζωή για μεγάλο διάστημα με έναν μόνο γονέα, συνήθως τη μητέρα. Το χαρακτηριστικό αυτό είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικό για τα κορίτσια.

Γ. Την ανεπαρκή σεξουαλική ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση, στην περίπτωση μόνο των κοριτσιών θυμάτων.

Οι διάφορες μορφές κακομεταχείρισης των παιδιών παρουσιάζουν σημαντική επαλληλία και αλληλοδιαπλοκή. Θύματα συναισθηματικής παραμέλησης είναι δυνατόν να μετεξελιχθούν σε δράστες σεξουαλικής παραβίασης. Ανάλογα, θύματα σωματικής κακοποίησης μπορεί να γίνουν αργότερα θύματα σεξουαλικής παραβίασης.¹

2.8.1. Τα χαρακτηριστικά των ανδρών δραστών.

Τα ερευνητικά στοιχεία που αφορούν τους υπαίτιους σεξουαλικής παραβίασης παιδιών, συγκεντρώνονται από διάφορες πηγές, που είναι δυνατόν να επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Το προφίλ των δραστών που έχουν ήδη καταδικαστεί και φυλακιστεί παρουσιάζει διαφορές ως προς εκείνο των δραστών που διαφεύγουν. Οι διαφορές

εντοπίζονται κυρίως στην κοινωνική τάξη, το οικονομικό και το μορφωτικό επίπεδο και το ποινικό τους μητρώο. Αυτό είναι δυνατόν να εξηγηθεί από την, ήδη, κοινή διαπίστωση ότι η ποινική δικαιοσύνη παρουσιάζει ταξική διαφοροποίηση.

Επίσης, οι αιμομίκτες διαφέρουν από τους άγνωστους για το παιδί-θύμα δράστες, δηλαδή τους παιδεραστές.

Τα χαρακτηριστικά των υπαίτιων σεξουαλικής παραβίασης που καταγράφονται πιο συχνά είναι:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Χαμηλή θλίψη
- Προβλήματα εικόνα εαυτού
- Κατά σχέσεων
- Αδυναμία ελέγχου της παρορμητικότητας
- Αδυναμία ελέγχου του θυμού
- Φόβος για αρνητική εκτίμηση
- Έντονες στερεοτυπικές απόψεις για σεξουαλικούς ρόλους
- Χρήση αλκοόλ και ουσιών
- Άρνηση προβλήματος
- Σεξουαλική διέγερση από παιδιά
- Σεξουαλικές φαντασιώσεις με παιδιά
- Ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες

Πρόσφατη μελέτη στη Μ. Βρετανία επικεντρώθηκε στις διαφορές μεταξύ ανδρών καταδικασμένων για σεξουαλική παραβίαση παιδιών και δραστών άλλων βίαιων εγκλημάτων.

- Σταθερότερη εργασία
- Μεγαλύτερη ηλικία
- Εμπειρίες σεξουαλικής παραβίασης ως παιδιά
- Εμπειρίες σωματικής κακοποίησης ως παιδιά
- Εμπειρίες συναισθηματικής παραμέλησης ως παιδιά
- Μαθησιακές δυσκολίες στην παιδική ηλικία
- Θύματα εμπαιγμού και επιθετικότητας από συνομήλικα παιδιά
- Επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα

Άλλη μελέτη στη Μ. Βρετανία αναφέρεται στους τρόπους που χρησιμοποίησαν οι δράστες για να εμπλέξουν τα παιδιά θύματα. Το υλικό αυτό, που μας δίνει πολύτιμα στοιχεία για την πρόληψη, βασίστηκε στις διηγήσεις των ίδιων των δραστών. Οι τρόποι αυτοί ήταν:

1. Παιχνίδια και αθλητισμός με παιδιά
2. Διδασκαλία μουσικού οργάνου
3. Περίπατος / βόλτα
4. Διήγηση ιστοριών (μαγικά, κυνήγι θησαυρού, κ.λ.π.)
5. Προσφορά στοργής και κατανόησης του παιδιού

Σύμφωνα με μαρτυρίες των δραστών αυτών:

W 85% είπαν ότι οι στρατηγικές αυτές χρησιμοποιούνταν σταθερά από τη στιγμή που αποδεικνύονταν επιτυχημένες.

W 14% είπαν ότι επηρεάστηκαν από πορνογραφικές ταινίες και έντυπο υλικό.
W 2 στους 3 είχαν μια τουλάχιστον εμπειρία σεξουαλικής θυματοποίησης σε μέση ηλικία 12,5 χρονών.

W 1 στους 3 ήταν κάτω από 16 χρονών, όταν ένοιωσαν σεξουαλική έλξη για παιδιά. Όλοι άρχισαν να παραβιάζουν σεξουαλικά, μικρά κυρίως παιδιά, πριν τα 18 τους χρόνια, 1-3 χρόνια μετά την πρώτη τους έλξη που ένοιωσαν για παιδιά.

Οι δράστες περιγράφουν τα παιδιά θύματα ως:

- Με οικογενειακά προβλήματα
- Μοναχικά και ενδοστρεφή
- Με χαμηλή αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους
- Με δυσκολία να επιλέγουν και να δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης

Οι κοινωνιολογικές αυτές μελέτες αφορούν υπαίτιους σεξουαλικής παραβίασης μέσα και έξω από την οικογένεια, με υψηλότερη αντιπροσώπευση από την έξω-οικογενειακή, η οποία καλύπτει εκείνους που έχουν συλληφθεί και καταδικαστεί.

Τα δεδομένα αυτά δηλώνουν την ανάγκη εγρηγόρευσης των γονιών και άλλων ενηλίκων ως προς τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι δράστες και την ανάγκη να διδαχθούν τα παιδιά πώς να προστατεύουν τον εαυτό τους.

Συμπερασματικά, οι διάφορες μελέτες που αφορούν τους δράστες δείχνουν ότι δεν ξεχωρίζουν από άλλους ανθρώπους. Πολλοί παρουσιάζονται στους γύρω ως φυσιολογικοί άνθρωποι που ζουν μια φυσιολογική ζωή. Προέρχονται από άλλες κοινωνικές τάξεις, φυλές και εθνικότητες. Πολλοί είναι παντρεμένοι και έχουν παιδιά. Ο μέσος άνθρωπος ξαφνιάζεται, όταν αποκαλύπτεται ότι κάποιος γνώριμος τους παραβίασε σεξουαλικά ένα παιδί και αυτό γιατί είναι πολύ δύσκολο να συμφιλιωθεί κανείς με την ιδέα ότι ένα άτομο που φαίνεται και συμπεριφέρεται σαν όλα τα άλλα μπορεί να είναι παιδεραστής. Η αντίληψη αυτή δημιουργεί προβλήματα, όταν ένα παιδί αποκαλύπτει, ότι παραβιάστηκε σεξουαλικά. Πολλοί ενήλικες προτιμούν να πιστεύουν ότι το παιδί ψεύδεται ή ότι το ίδιο παρέσυρε τον ενήλικα.

2.8.2. Χαρακτηριστικά πατέρα δράστη.

Ο πατέρας δράστης ζηλεύει και επιθυμεί το παιδί του, στη ζωή του οποίου επεμβαίνει έντονα, ανεξάρτητα από την ηλικία του και συχνά είναι ένα άτομο που αναζητάει στη σχέση με τη γυναίκα του μια εξιδανικευμένη εικόνας της μητέρας του. Μπορεί να κακοποιεί ένα ή περισσότερα δικά του παιδιά, αλλά θύματα του μπορούν να αναζητηθούν και έξω από τον άμεσο οικογενειακό περιβάλλον, πολλοί δράστες κακοποιούν δικά τους και άλλα παιδιά. Τυπικός δράστης είναι συνήθως ο πατέρας, θύματα κορίτσια, με τη σταδιακή όμως διερεύνηση του προβλήματος αποκαλύπτονται όλο και μεγαλύτερα ποσοστά με δράστες γυναίκες και θύματα αγόρια.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

Ένα ερωτηματολόγιο που μετράει την οικογενειακή κρίση, η κλίμακα εκτίμησης της οικογενειακής κρίσης περιλαμβάνει δέκα θεματικές ενότητες. Κάθε μια από τις οποίες υποδιαιρείται σε δευτερεύουσες ερωτήσεις. Οι ενότητες αυτές είναι:

1. Ο γονιός έτρωγε ξύλο ή υπέφερε από στέρηση στη παιδική του ηλικία;
2. Ο γονιός έχει ποινικό μητρώο ή ιστορικό ψυχικής ασθένειας;
3. Γονιός ύποπτος για κακοποίηση του παιδιού.
4. Γονιός με χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση ή κατάθλιψη.
5. Γονιός με αυστηρές, εξωπραγματικές προσδοκίες
6. Ύπαρξη πολλαπλών κρίσεων ή εντάσεων μέσα στην οικογένεια.
7. Γονιός με βίαιες εκρήξεις θυμού.
8. Αυστηρή τιμωρία του παιδιού.
9. Παιδί δύσκολο ή προκλητικό ή έτσι θέλουν να το θεωρούν οι γονείς του.
10. Ανεπιθύμητο παιδί ή σε κίνδυνο για ατελή ανάπτυξη δεσμού με την μητέρα του

Η βαθμολογία της κλίμακας, χωρίζει τους γονείς σε τρεις κατηγορίες:

- A) Κανένας κίνδυνος για δυνατότητα κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού.
- B) Μέτριος κίνδυνος να προκληθεί κάποια σωματική βλάβη στο παιδί.
- Γ) Σοβαρός κίνδυνος να προκληθεί σοβαρή σωματική βλάβη στο παιδί.

2.8.3. Ψυχιατρικά χαρακτηριστικά μητέρων

Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι γονείς (και κυρίως μητέρες) που κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν αυξημένη ψυχοπαθολογία. Ειδικότερα, ενώ οι μητέρες των κακοποιημένων παιδιών υπερέχουν από τις ομάδες ελέγχου σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, τόσο στις διαταραχές της προσωπικότητας όσο και στην παρούσα ψυχική τους κατάσταση, οι πατέρες διαφέρουν στατιστικά όσον αφορά την προσωπικότητα αλλά όχι πάντα όσον αφορά την παρούσα ψυχική τους κατάσταση.

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 νευρώσης 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 προσωπικότητα τους σε ποσοστό 64% ενώ το ποσοστό 10% της νευρώσης δεν διέφερε στατιστικά από την ομάδα ελέγχου.

Στην Ελλάδα υπάρχει μία 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 10 είχαν στοιχεία διαταραχής της προσωπικότητας, οι 10 εμφάνιζαν σημεία αντιδραστικής κατάθλιψης και άγχους και μια είχε σχιζοφρένεια. Από τους 10 πατέρες που εξετάστηκαν, οι 9 είχαν συμπτώματα διαταραχής προσωπικότητας, 4 εμφάνιζαν στοιχεία αντιδραστικής κατάθλιψης και άγχους και 1 είχε συμπτώματα παρανοϊκής ψύχωσης.

να προκληθεί σοβαρή σωματική βλάβη στο παιδί.²²

ΠΙΝΑΚΑΣ Αποτελέσματα αδρής ψυχιατρικής ταξινόμησης 48 μητέρων κακοποιημένων παιδιών με βάση την εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης (PSE)

Διάγνωση	Αριθμός περιπτώσεων	Ποσοστό %
Μη ψυχιατρικές περιπτώσεις	11	22
Νευρωτική κατάθλιψη	15	31
Αγχώδεις καταστάσεις	12	25
Πυρηνικό σύνδρομο (σχιζοφρένεια)	5	10
Άλλες ψυχώσεις	5	10
Σύνολο	48	100

2.9. ΕΚΤΕΝΗ ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗ

Ιδιαίτερη μορφή κακοποίησης αποτελεί η σεξουαλική παραβίαση του παιδιού αντιλαμβανόμεστε αμέσως ότι η σεξουαλική κακοποίηση επισύρει κοινωνική ενοχή, ακόμη περισσότερο όταν συμβαίνει μέσα στην ίδια την οικογένεια με την παραβίαση του αιμομικτικού φραγμού, με συνέπεια να εντοπίζεται και να αποκαλύπτεται δυσκολότερα από άλλες μορφές κακοποίησης. Για τον ίδιο λόγο εξάλλου τα στοιχεία που βλέπουν το φως της δημοσιότητας είναι ελάχιστα σε σχέση με τις πραγματικές διαστάσεις της συχνότητας του προβλήματος.

Ενδεικτικά αναφέρω κάποια στοιχεία που αφορούν γενικά την κακοποίηση παιδιών η οποία στις Η.Π.Α. στις αρχές του '60 αφορούσε μόνο 447 παιδιά, ενώ στις μέρες μας φαίνεται να αγγίζει τα 2 εκατ. παιδιά από τα οποία 2.500 έως 5.000 πεθαίνουν. Έρευνα του 1984 (Παρίτσης και συνεργάτες) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών 13-15 χρονών από όλη την Ελλάδα έδειξε ότι το 15% των μαθητών είχαν υποστεί σοβαρή σωματική τιμωρία από τους γονείς τους τον τελευταίο μήνα.

Ποια είναι όμως τα στοιχεία εκείνα που αποδεικνύουν τις σοβαρές διαστάσεις που έχει πάρει και στη χώρα μας το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης;

Σύμφωνα με τα στοιχεία μιας πρόσφατης μελέτης (Finkelhor 1994) που έγινε στις ευρωπαϊκές χώρες όσον αφορά την Ελλάδα τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν το 33% των σεξουαλικών κακοποιήσεων κοριτσιών και το 23% των σεξουαλικών κακοποιήσεων αγοριών συμβαίνουν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον.

Από την ίδια μελέτη διαπιστώνουμε ότι οι συνθήκες και τα ποσοστά συχνότητας του φαινομένου στη χώρα μας δε διαφέρουν αισθητά από άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Ποια είναι τα στοιχεία αυτά (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού 1992):

- ✓ 1:8 κορίτσια και 1:10 αγόρια μπορεί να είναι θύματα κάποιας μορφής σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ηλικία των 18 ετών.
- ✓ 1:25 κορίτσια και 1:33 αγόρια αναφέρει σε κάποιον ότι έχει υποστεί βιασμό ή αιμομιξία.
- ✓ 1:4 δράστες είναι μέλος της οικογένειας.
- ✓ 1:2 δράστες είναι γνωστός ή φίλος της οικογένειας.
- ✓ 8:10 φορές το παιδί μπορεί να είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής κακοποίησης.

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει λοιπόν, πως οι περιπτώσεις υψηλού κινδύνου βρίσκονται κυρίως στα πλαίσια της οικογένειας. Οι περισσότεροι δράστες σεξουαλικής κακοποίησης είναι άτομα τα οποία το παιδί γνωρίζει καλά και εμπιστεύεται: πατέρας, αδερφός, άλλοι συγγενείς, οικογενειακοί φίλοι. Αυτή ακριβώς η σχέση εμπιστοσύνης, σε συνδυασμό με την ανηλικότητα, την υποδεέστερη δηλαδή θέση του παιδιού σε σχέση με το δράστη, διευκόλυνση την απόκρυψη της κακοποίησης. Τα παιδιά που κακοποιούνται δέχονται απειλές από το δράστη ή απλά πείθονται με αποτέλεσμα η σεξουαλική κακοποίηση να μη συνοδεύεται απαραίτητα από σωματική κακοποίηση, η οποία είναι τις περισσότερες φορές ορατή.

Ας δούμε όμως ποίοι είναι οι κυριότεροι ατομικοί και κυρίως κοινωνικοί εκείνοι παράγοντες οι οποίοι καθιστούν τον οικογενειακό πυρήνα πεδίου υψηλού κινδύνου:

- ✓ Αρχικά η παρουσία στην οικογένεια ενός πρώην θύματος σεξουαλικής κακοποίησης.
- ✓ Προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού.
- ✓ Άγαμη μητέρα.
- ✓ Προβλήματα υγείας στους γονείς (π.χ. άρρωστη μητέρα).
- ✓ Διάφορα οικογενειακά προβλήματα.
- ✓ Η παρουσία πατριού ή συντρόφου της μητέρας.
- ✓ Χαμηλό κοινωνικό- μορφωτικό επίπεδο των γονιών, χωρίς ωστόσο να είναι σπάνιο το φαινόμενο και σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις.
- ✓ Σύγχυση των οικογενειακών ρόλων και η απουσία ορίων.
- ✓ Η παρουσία κάποιας ψυχοπαθητικής προσωπικότητας.

Τέλος ο ισχυρός και παθολογικά στενός δεσμός μεταξύ των μελών της οικογένειας. Ενδοστρεφείς οικογένειες είναι εκείνες οι οποίες λειτουργούν ως «κλειστό σύστημα » όπου τόσο το άγχος όσο και οι συγκρούσεις συμβαίνουν κεκλεισμένων των θυρών. Τα μέλη της έχουν άγχος σχετικά με τυχόν διάλυση ή αλληλοεγκατάλειψη, ο δε μηχανισμός της αιμομιξίας είναι αυτό που κρατά την οικογένεια μαζί. Αλλά και οι ανοιχτές, οι χαοτικές οικογένειες που λειτουργούν χωρίς όρια οικογενειακών ρόλων προχωρούν επίσης καμία φορά σε παραβίαση του ταμπού της αιμομιξίας.

Καθώς επιχειρούμε να σκιαγραφήσουμε τη γενική εικόνα της οικογένειας, στην οποία συναντούμε σεξουαλική κακοποίηση του ή των παιδιών της, απαραίτητο είναι να εξετάσουμε παράλληλα και τα χαρακτηριστικά του παιδιού θύματος, του δράστη που συνήθως είναι ο πατέρας, αλλά και το ρόλο που παίζει η μητέρα με τη στάση της απέναντι στη σεξουαλική κακοποίηση μέσα στην ίδια της την οικογένεια, την ύπαρξη της οποίας τις περισσότερες φορές γνωρίζει.

Ιδιαίτερο είναι το ενδιαφέρον που προκαλεί η στάση της μητέρας απέναντι στη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών της από τον άντρα της ή τον εραστή της. Τις περισσότερες φορές γνωρίζει τι συμβαίνει είτε γιατί της το έχει εκμυστηρευτεί το παιδί, είτε γιατί το έχει η ίδια αντιληφθεί. Συναντούμε συνήθως μητέρες που δέχονται το πρόβλημα επειδή αδυνατούν να το εμποδίσουν. Ιδιαίτερα αδύναμες είναι οι μητέρες που είχαν παρόμοιες εμπειρίες και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στο συζυγικό και μητρικό τους ρόλο. μητέρες που δεν έχουν

τα απαραίτητα εφόδια άλλα και την τόλμη να αυτονομηθούν και να αναλάβουν οι ίδιες την προστασία των παιδιών τους. Συχνά στο όνομα του οικογενειακού δεσμού, όχι μόνο δεν στηρίζουν το παιδί τους στην αποκάλυψη της κακοποίησης, άλλα πολλές φορές το παροτρύνουν να μην αντιδρά και να υπακούει στο δράστη ή ακόμη το κατηγορούν πως λέει ψέματα.

Η μητέρα συνεπώς συμβάλλει καταλυτικά στην απόκρυψη του προβλήματος στη προσπάθεια της να διατηρήσει τον ίδιο τον οικογενειακό πυρήνα, άλλα και την εικόνα του προς τα έξω σύμφωνα με τις κοινά αποδεκτές κοινωνικές αξίες. Διότι η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού μέσα στην οικογένεια προκαλεί κοινωνική απέχθεια και υψηλές δικαστικές ποινές.

Αδιέξοδη είναι η θέση του παιδιού θύματος σεξουαλικής κακοποίησης μέσα στην οικογένεια. με δράστη τον πατέρα και μια μητέρα που σιωπά συνενοχικά για τους λόγους που προανέφερα, το παιδί λόγω της ανηλικότητας του βρίσκεται σε κατάσταση αδυναμίας και απόγνωσης, δεν είναι σε θέση ν'αναλάβει την αποκάλυψη του δράστη και την επιδίωξη της τιμωρίας του τόσο εξαιτίας της σύγχυσης και της άγνοιας του, όσο και εξαιτίας της πίεσης που του ασκεί η οικογένεια άμεσα και έμμεσα, τον κίνδυνο του σκανδάλου και της διάλυσης της οικογένειας, με αποτέλεσμα να βρίσκεται στην παράδοξη θέση να προστατεύει με σιωπή του το δράστη και όλη την οικογένεια. Αυτός είναι ο λόγος που σήμερα έχουμε πολλές αποκαλύψεις από ενήλικες που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά στην παιδική ηλικία.

Επομένως στις προσπάθειες από κοινωνικούς φορείς για την αποκάλυψη και τη θεραπεία του προβλήματος έρχονται να προστεθούν και οι κοινωνικές αντιλήψεις ή καλύτερα οι προκαταλήψεις αναφορικά με την ευθύνη και το βαθμό αθωότητας των θυμάτων. Τα θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν μάλιστα ειδική περίπτωση επειδή γνωρίζουν το δράστη και του έχουν εμπιστοσύνη και για πολλούς λόγους δεν τολμούν να αναφέρουν την κακοποίηση στο αρχικό τους στάδιο. Όταν αργότερα την αποκαλύπτουν (πολλές φορές ενήλικες πια) στιγματίζονται με την ετικέτα του θύματος και είναι σαν να κακοποιούνται ξανά κατά την αποκάλυψη. Όπως πολύ χαρακτηριστικά λέει κάποια γυναίκα ενήλικη τώρα: «κατά κάποιο τρόπο είναι ευκολότερο να πεις ότι έχεις AIDS παρά να ότι κακοποιήθηκες σεξουαλικά όταν ήσουν παιδί».

2.9.1. Σεξουαλική παραβίαση των παιδιών μέσα στην οικογένεια

Σύμφωνα με τον ορισμό της σεξουαλικής παραβίασης παιδιά και έφηβοι- θύματα εμπλέκονται σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο στις οποίες δεν είναι σε θέση να προσδώσουν νόημα. Οι πράξεις αυτές υποκινούνται από έναν ενήλικα, που στην περίπτωση παραβίασης μέσα στην οικογένεια, μπορεί να ασκεί το γονικό ρόλο ή να έχει συγγένεια και πιθανή σχέση φροντίδας με το παιδί.

Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι:

Ø Η παραβίαση των κοινωνικών και οικογενειακών κανόνων και του φραγμού της αιμομιξίας.

Ø Η κατάχρηση της σχέσης εμπιστοσύνης και /ή εξάρτηση ανάμεσα στο παιδί και τον ενήλικα μέσω διαφορών ήπιων χειρισμών ή /και βίας.

Ø Οι σεξουαλικές αυτές πράξεις εμπεριέχουν διάφορες μορφές πρακτικής, από έκθεση σε επίδειξη γεννητικών οργάνων, ηδονοβλεψία και έκθεση σε πορνογραφικό υλικό –άρα παραβίαση χωρίς επαφή- ως θωπεία, ασέλγεια, αυνανισμό και πλήρη σεξουαλική επαφή με διείσδυση στοματική, κολπική, πρωκτική.

Ø Η σημαντική διαφορά ηλικίας ανάμεσα στους δυο εμπλεκόμενους, αν πρόκειται για ανήλικο άτομο.

Ø Η προμελετημένη ή μη σεξουαλική δραστηριότητα, η οποία συμβαίνει μια ή περισσότερες φορές ή διαρκεί επί χρόνια.

Ø Η αδυναμία του παιδιού να κατανοήσει το περιεχόμενο αυτής της πράξης ή να αποφασίζει αν θέλει να συμμετάσχει σε αυτή (όπως π.χ. συμβαίνει για τις σεξουαλικές αναζητήσεις μεταξύ συνομηλίκων).

Ø Η έκθεση του παιδιού σε σεξουαλική διέγερση ακατάλληλη για την ηλικία του, για το στάδιο ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης και το ρόλο του στην οικογένεια.

Ø Ο νόμος του μυστικού και της σιωπής που περιβάλλει το φαινόμενο.

Ø Οι επιπτώσεις των σεξουαλικών αυτών δραστηριοτήτων στη ψυχική υγεία των παιδιών και στην οικογενειακή λειτουργία.¹

Ο εξαναγκασμός των παιδιών στη πορνεία, η εκμετάλλευση τους από τη βιομηχανία της πορνογραφίας, η απαγωγή, η πώληση και το δουλεμπόριο, αποτελούν μορφές βίας και εκμετάλλευσης οι οποίες, αν και υπονοούνται ως έξω -οικογενειακές από πλευράς δραστών, εμπλέκουν και τους γονείς ως υπεύθυνους, γιατί με πράξεις παράλειψης ή -σπανιότερα- ενέργειας, έχουν συμβάλλει στη θυματοποίηση των παιδιών τους.

Παραδείγματα παραβίασης

• Η παιδική πορνεία, αγοριών και κοριτσιών, αποτελεί ένα ανησυχητικό φαινόμενο και στη χώρα μας. Η σκοτεινή της μορφή είναι πολύ πιο μεγάλη από την ορατή, η οποία εκτιμάται από τις αστυνομικές κυρίως αρχές. Το θέμα της παιδικής πορνείας στην Ελλάδα μελετήθηκε τα έτη 1995-1997 με ενδιαφέροντα ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία που αφορούν όχι μόνο τα θύματα αλλά και τους πελάτες. Η πρόληψη του φαινομένου δεν εξαρτάται μόνο από τον έγκαιρο προσδιορισμό και την αντιμετώπιση των γενεσιουργών αιτιών που αφορούν τη θυματοποίηση των ίδιων των παιδιών, αλλά, συγχρόνως, και από την αντίστοιχη πρόληψη που αφορά τη «ζήτηση» από τους πελάτες τους μεσάζοντες αυτής της «συναλλαγής».

§ Η σεξουαλική βία και η εμπορική εκμετάλλευση (άρθρο 34) λειτουργούν επάλληλα με το φαινόμενο των παιδιών του δρόμου, όπου το ορατό οικονομικό όφελος είναι η επαιτεία, ενώ συχνά το σκοτεινό σκέλος είναι η σεξουαλική εκμετάλλευση. Παρεμβάσεις της πολιτείας, για την κατά καιρούς απομάκρυνση των «παιδιών των φαναριών» από τους δρόμους, είναι πολύ πιθανόν να 'συνεισφέρουν' στη μετεξέλιξη της ορατής επαιτείας των μικρών παιδιών σε σκοτεινή σεξουαλική εκμετάλλευση από τα ίδια ή άλλα άτομα που ευθύνονται γι' αυτό.

2.9.2. Παιδοφιλία

Με τον όρο παιδοφιλία περιγράφουμε την διαταραχή που περιλαμβάνει έντονες και επαναλαμβανόμενες ερωτικές τάσεις και ερωτικές φαντασιώσεις ερωτικής δραστηριότητας για ένα παιδί που δεν έχει φτάσει ακόμα στην ηλικία της εφηβείας. Το αντικείμενο της ερωτικής έλξης για κάποιον με αυτή τη διαταραχή είναι πολύ συγκεκριμένο, π.χ. κορίτσια από 8 και 10 ετών.

Η συμπεριφορά αυτή είναι χρόνια και συνεχίζεται για πολύ καιρό. Περίοδοι όμως υψηλού στρες αυξάνουν τη συμπεριφορά αυτή. Στο 90% των περιπτώσεων το παιδί γνωρίζει το άτομο αυτό. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα άτομα αυτά έχουν ερωτικές συνευρέσεις με τα παιδιά εντός και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος.

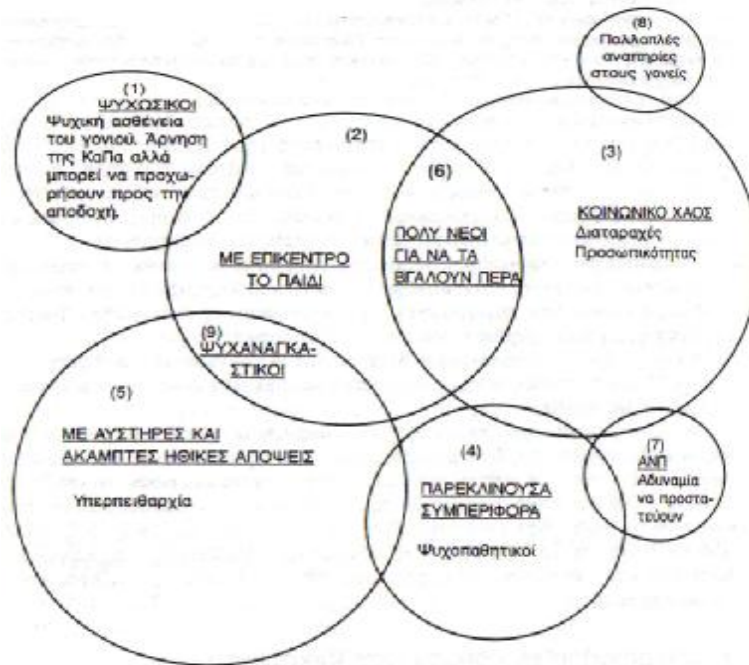
Το άτομο που επιδιώκει τέτοιες σχέσεις ως τη μόνη ή προτιμητέα μέθοδο για να ικανοποιήσει τις σεξουαλικές επιθυμίες του είναι αρκετά ή πολύ μεγαλύτερο από το ερωτικό αντικείμενο. Όπως με την ομοφυλοφιλία, η παιδεραστία βασίζεται ψυχοδυναμικά στη νευρωτική ανάγκη του ατόμου να ταυτιστεί με την αγάπη της μητέρας, που δεν μπόρεσε να τον ικανοποιήσει ως παιδί. Η παιδοφιλική συμπεριφορά μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές, συμπεριλαμβάνοντας επίδειξη των γεννητικών οργάνων του ατόμου στο παιδί, φιλία, αγκαλιές στο παιδί με ερωτικό τρόπο, άγγιγμα των γεννητικών οργάνων του παιδιού, υποχρέωση του παιδιού να αγγίξει τα γεννητικά όργανα του ατόμου ή προσπάθεια για ερωτική πράξη με το παιδί.

2.9.3. Παιδεραστία

Η σεξουαλική διαστροφή αντρών που αποβλέπει στην ικανοποίηση με ανήλικα παιδιά συνήθως του ίδιου φύλου. Στην περίπτωση αυτή η σεξουαλική ικανοποίηση πετυχαίνεται με πρωκτική συνουσία. Η παιδεραστία αποτελεί σεξουαλική παρέκκλιση, που συνδέεται με ανωμαλία της προσωπικότητας κατά μεγάλο ποσοστό. Οι κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες είναι διαταραγμένες συνθήκες.

2.10. ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Πέρα από το ψυχιατρικό και ψυχολογικό προφίλ τους, οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, μπορούν να καταταχθούν σε εννέα ξεχωριστές κατηγορίες με σημαντική επαλληλία μεταξύ τους. Η ομαδοποίηση αυτή έγινε με βάση τη συμπεριφορά τους προς το παιδί, γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως συνοδός εκτίμηση της κλινικής εξέτασης. Μπορεί όμως να βοηθήσει την επιστημονική ομάδα στο σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης, στην πρόγνωση της περίπτωσης και στις προτεραιότητες που θα θέσουν. Π.χ. η μεγάλη επένδυση της επιστημονικής ομάδας για βελτίωση και αλλαγή των γονέων με παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, το μόνο που επιτυγχάνει είναι να αυξάνει την επικινδυνότητα για το παιδί και να συμβάλλει στο επαγγελματικό αδιέξοδο των μελών της ομάδας. Η χρήση του νομικού πλαισίου (αστικό δίκαιο κυρίως) ως κυρίας μεθόδου θεραπευτικής παρέμβασης είναι η πλέον ενδεικνυόμενη για τους γονείς αυτής της κατηγορίας.



ΟΜΑΔΑ 1: (ψυχωσικοί- ψυχική νόσος)

Συνήθως τα άτομα αυτής της ομάδας εντοπίζεται έγκαιρα εξαιτίας των πολύ ιδιόμορφων συμπτωμάτων. Οι γυναίκες, συχνά, παρουσιάζουν μεταλόχεια ψύχωση. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως ιατρική.

ΟΜΑΔΑ 2: («σύνδρομο κακοποιημένου παιδιού»)

Το παιδί είναι συνήθως μικρότερο των 8 μηνών, με καλή βασική φροντίδα, συχνά με χαμηλό βάρος γέννησης. Η μητέρα είναι συνήθως υπεύθυνη για την κακοποίηση, η οποία δεν σχετίζεται με παράγοντες όπως: α) η ηλικία, β) η κοινωνική τάξη, γ) ο αριθμός παιδιών. Συχνά προκύπτει για μητέρες που κρίνουν αρνητικά τον εαυτό τους και που μπορεί να τα βγάλουν πέρα με άλλες καταστάσεις στρες. Η κακοποίηση εντοπίζεται στο συγκεκριμένο βρέφος, πιθανόν γιατί συντρέχουν λόγοι όπως: α) αποτυχία στην ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με το παιδί, β) η μητέρα βλέπει το βρέφος σαν 'αχάριστο' και 'δύσκολο να ικανοποιηθεί', π.χ. κλαίει πολύ, δεν κοιμάται, έχει δυσκολία στο φαγητό κ.λ.π. γ) 'λάθος' φύλο για τη μητέρα, δ) υπέρ-επένδυση στο βρέφος και στο μητρικό ρόλο, στ) λίγες δυνατότητες για κοινωνική υποστήριξη της μητέρας. Η σωματική κακοποίηση είναι αποτέλεσμα απώλειας ελέγχου κάτω από συνθήκες συναισθηματικής έντασης.

ΟΜΑΔΑ 3: (κοινωνικό χάος)

Όλα τα παιδιά της οικογένειας, ανεξάρτητα από ηλικία, βρίσκονται σε κίνδυνο. Τα βρέφη χαρακτηρίζονται από καθυστέρηση στην ανάπτυξη, μεγαλώνουν με ελάχιστα ερεθίσματα, αντιδρούν θετικά όταν απομακρυνθούν από το σπίτι, π.χ. εισαχθούν στο νοσοκομείο.

Για την κακοποίηση ευθύνεται είτε ο ένας είτε ο άλλος γονέας. Το ζευγάρι δείχνει ανικανότητα να διατηρήσει μια σχέση, ενώ η μια κύηση διαδέχεται την άλλη χωρίς κανένα προγραμματισμό. Η κακοποίηση είναι αποτελέσματα απώλειας ελέγχου ή σοβαρής παραμέλησης.

ΟΜΑΔΑ 4 : (παρεκκλίνουσα συμπεριφορά/ ψυχοπαθητικές προσωπικότητες)

Το παιδί παρουσιάζει έντονες συναισθηματικές διαταραχές. Για την κακοποίηση μπορεί να ευθύνεται είτε ο ένας είτε ο άλλος γονέας, ενώ συχνά ανέχεται και ο πατριός του παιδιού ή ο σύντροφος της μητέρας.

ΟΜΑΔΑ 5: (με αυστηρές και άκαμπτες ηθικές απόψεις – υπερπειθαρχεία)

Η ομάδα αυτή κυρίως μεγαλύτερα παιδιά. Οι γονείς ταυτίζουν την πειθαρχία με τη σωματική τιμωρία. "Μια ξυλιά παραπάνω" είναι συνηθισμένα, αλλά έτσι μπορεί να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος. Το παιδί μπορεί να ωθηθεί με αυτόν τον τρόπο σε περαιτέρω αποτυχίες και έτσι να τιμωρείται ολοένα και περισσότερο. Στην ομάδα αυτή μπορεί να παρατηρηθεί αντίστροφη της επιθετικότητας με τη μορφή της λεκτικής επιθετικής συμπεριφοράς (βρίσιμο) των γονέων από τα παιδιά τους.

ΟΜΑΔΑ 6: (επαλληλία μεταξύ 2 και 3: πολύ νέοι για να βγάλουν πέρα)

Συνήθως πρόκειται για εφήβους με το πρώτο τους παιδί. Έχουν εμπειρίες συναισθηματικής στέρησης, υψηλές προσδοκίες από το παιδί τους και εξωπραγματικές απόψεις για το γονικό ρόλο. Η κακοποίηση είναι συχνά αποτέλεσμα απότομου χειρισμού κατά τη διάρκεια πανικού ή απότομου ταρακουνήματος, σε παιδί κάτω των 8 μηνών, που επιφέρει, συχνά, σοβαρή εγκεφαλική βλάβη.

ΟΜΑΔΕΣ με επαλληλία

6: Πολύ νέοι για να τα βγάλουν πέρα.

7: Αδυναμία να προστατεύσουν το παιδί- οι μητέρες αυτής της ομάδας συνάπτουν συνέχεια σχέσεις με τον ίδιο τύπο ανδρών.

8: Πολλαπλές αναπηρίες στους γονείς – η χαμηλή νοημοσύνη μόνο, είναι μάλλον σπάνια. Συχνά συνυπάρχουν αλλά προβλήματα όπως κωφότητα, γυναικολογικά προβλήματα κ.λ.π.

9: Ψυχαναγκαστικοί: χαρακτηρίζει περισσότερο τις μητέρες ενώ οι πατέρες έχουν ρόλο αυστηρό κριτή. Ακαμψία χειρισμού του παιδιού. Τα παιδιά 2-3 χρονών θεωρούνται ιδιαίτερα απειλητικά γι'αυτούς τους γονείς.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

ΟΜΑΔΑ 1: συνήθως καλή εφ'όσον υπάρξει προσφορά ιατρικής αντιμετώπισης.

- ΟΜΑΔΑ 2:** συνήθως αρκετά καλή εφ'όσον υπάρχει ικανός αριθμός κατάλληλων πηγών βοήθειας.
- ΟΜΑΔΑ 3:** Μπορούν να βοηθήσουν εφ'όσον η προσωπικότητα τους δεν είναι πολύ ανεπαρκής-χρειάζεται πολλαπλότητα πηγών βοήθειας.
- ΟΜΑΔΑ 4:** Πολύ δύσκολη πρόγνωση. Το παιδί πρέπει να απομακρυνθεί άμεσα από τους γονείς του.
- ΟΜΑΔΑ 5:** Συνήθως ανταποκρίνεται θετικά στη βοήθεια που του προσφέρεται.
- ΟΜΑΔΑ 9:** Είναι δυνατόν να βοηθήσουν από τον «κατάλληλο επαγγελματία».

Η ίδια αρνητική στάση για τη χρησιμοποίησης της βίας υπάρχει και από μερικούς ενήλικες που εργάζονται σε ιδρύματα ή υπηρεσίες παιδικής προστασίας. Μερικοί από αυτούς τους ενήλικες για λόγους 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.²¹

Το τελευταίο αυτό θέμα είναι τεράστιο και με αυτή τη διατύπωση δεν γίνεται καμιά προσπάθεια να μειωθούν ή να θίγουν οι εργαζόμενοι στα ιδρύματα που φροντίζουν τα παιδιά. Απλώς επισημάνεται 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 μείωση ή και την εξάλειψη του.

2.11. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Η θεραπευτική προσέγγιση στις οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους δεν μπορεί να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παθολογία της οικογένειας σαν σύνολο και των μελών της ξεχωριστά, με την οξεία ή χρόνια κρίση που αντιμετωπίζουν, με την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών, με την ποσοτική και την ποιοτική επάρκεια των στελεχών που καλούνται να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα και με την υποδομή σε υπηρεσίες και προγράμματα.

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

Οι δυο κύριοι σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης είναι:

1. Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση, και
2. Η αποκατάσταση της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι. 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».

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την προτεραιότητα που πρέπει να δίδεται στη σωματική κακοποίηση όπου πολύ συχνά είναι τραγικά και αφορούν κυρίως παιδιά που κακοποιούνται.^{27,46,47} Τα σπασμένα οστά όμως κολλάνε γρηγορότερα από τις κατεστραμμένες προσωπικότητες, γι' αυτό και η διεθνής βιβλιογραφία έχει ως τώρα δείξει ότι η αγωνία και η βιασύνη «ειδικών» για όσο το δυνατόν ταχύτερη αποκατάσταση της οικογένειας έχει οδηγήσει συχνά όχι μόνο σε κακοποίηση, αλλά -χειρότερα ακόμα- σε χρόνιες ψυχολογικές διαταραχές των παιδιών, που οδηγούν σε μια νέα γενιά γονέων που θα κακοποιήσουν κι αυτοί τα παιδιά τους.

Εδώ θα πρέπει να σταθεί κανείς λίγο περισσότερο στην «κυκλική μορφή της κακοποίησης». Για κάθε παιδί η οικογενειακή ζωή πρέπει να πληρεί τέσσερις βασικές λειτουργίες:

1. να εξασφαλίζει την ομαλή ανάπτυξη και τη σωματική υγεία
2. να του προσφέρει την κατάλληλη κατεύθυνση για συναισθηματικές εμπειρίες
3. να είναι η οικογενειακή ζωή το παράδειγμα του σωστού γονικού ρόλου
4. να του διδάσκει τη συμπεριφορά που οδηγεί και εξασφαλίζει ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις.⁴⁸

Πολλοί ενήλικες, ιδιαίτερα εκείνοι που μεγάλωσαν σε ανεπαρκές οικογενειακό περιβάλλον, είναι αδύνατον να προσφέρουν τις παραπάνω προϋποθέσεις στα παιδιά τους κι έτσι κι εκείνα μεγαλώνοντας γίνονται ανεπαρκείς γονείς, περνώντας αναπόφευκτα σ' αυτά τις εμπειρίες τους. Ο «κύκλος της κακοποίησης» είναι δυνατόν να διακοπεί σε διάφορα στάδια του.

Η κυκλική μορφή της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών



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. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι⁴⁸:

1. η φύση του βασικού προβλήματος
2. η επιθυμία των γονιών να βοηθηθούν
3. η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση
4. η επάρκεια πηγών βοήθειας

Η αντιμετώπιση του προβλήματος θα είχε απλουστευθεί αν μπορούσαμε να κατατάξουμε τις οικογένειες σε ξεκάθαρους κατηγορίες, δηλαδή τους ψυχοπαθείς, εκείνους με διαταραχές της προσωπικότητας, τους ανώριμους, τους ανεπαρκείς, κ.λ.π.. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Η εμπειρία της ομάδας του Denver έδειξε ότι το 10% από τους γονείς είναι ψυχικά άρρωστοι. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα με παρανοειδή σχιζοφρένεια, ψυχοπαθητική προσωπικότητα, έντονη επιθετική συμπεριφορά, που δεν επικοινωνούν παρά μόνο με την βία. Η μόνη παρέμβαση που μπορεί να γίνει στις οικογένειες αυτές, είναι η μόνιμη και νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση του παιδιού.

Καμία άλλη «θεραπεία» δεν μπορεί να αποκαταστήσει την «οικογένεια». Κάθε επαγγελματίας που αντιμετωπίζει τέτοια άτομα και αφού προηγηθεί σωστή ψυχιατρική αξιολόγηση, πρέπει να κατευθύνεται προς τη νόμιμη οδό, την αφαίρεση δηλαδή της γονικής επιμέλειας ή και μέριμνας ώστε να διακοπεί σε μόνιμη βάση η σχέση γονιών-παιδιού.

Η ατολμία ή η αντικειμενική δυσκολία μας να απομακρύνουμε μόνιμα ένα παιδί από τέτοιους γονείς ή η αγωνία μας να το δούμε να επιστραφεί στους γονείς του μετά τη δίκη μας «παρέμβαση» ώστε να «δικαιωθούμε» σαν επαγγελματίες, έχει σχεδόν πάντα οδηγήσει σε παιδιά με χρόνια σοβαρά ψυχικά προβλήματα, αλλά και σε άλλα με μόνιμες σωματικές αναπηρίες, ακόμα και στο θάνατο. Αργότερα θα αναφερθούμε όμως και στο αδιέξοδο των επαγγελματιών με τέτοιες περιπτώσεις σε συνδυασμό με το ανάλογο αδιέξοδο της κρατικής προνοιακής μας υποδομής και του νομικού καθεστώτος.

Σ' ένα πρόσθετο 10% των οικογενειών οι προβλέψεις μας είναι πολύ σκοτεινές. Στο 80% όμως των περιπτώσεων η θεραπευτική προσέγγιση, με την προσφορά πολλαπλών σχημάτων βοήθειας σε γονείς και παιδιά, μπορεί να κρατήσει τα παιδιά στην οικογένεια εξασφαλίζοντας τους αν όχι το ιδανικό πλαίσιο για μακροχρόνια ψυχική υγεία, τουλάχιστον μια καθημερινή ζωή σε οικογενειακό περιβάλλον.

Το πρώτο και κυριότερο βήμα στη θεραπεία των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη και ακριβέστερη διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση. Μέχρι τώρα, οι κοινωνικοί λειτουργοί κυρίως σηκώνουν στους ώμους τους τη βαρύτερη ευθύνη της διαγνωστικής εκτίμησης και της αντιμετώπισης όλων των προβλημάτων της οικογένειας. Αποτέλεσμα είναι το συχνό αδιέξοδο -στην έκβαση των περιπτώσεων ή και στους ίδιους- αλλά και συχνά το αίσθημα παντοδυναμίας των κοινωνικών λειτουργών που οδηγεί σε αδυναμία αντικειμενικής και συνεργασίας με τρίτους. Η εμπειρία στο χώρο της κακοποίησης οριοθετεί βασικές προδιαγραφές εργασίας, η κυριότερη από τις οποίες είναι η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας.

2.11.1. Εναλλακτικά θεραπευτικά σχήματα

Η 20^{ετής} εμπειρία στην αντιμετώπιση κακοποιημένων παιδιών και των οικογενειών τους περιβάλλει διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις που άλλες ισχύουν στην αντιμετώπιση προβληματικών ατόμων και οικογενειών ενώ άλλες δοκιμάστηκαν στον ειδικό αυτό πληθυσμό. Το 1975, η συνάντηση ομάδας εργασίας για τη μελέτη του προβλήματος της κακοποίησης των παιδιών που έγινε στο Bellagio της Ιταλίας κατέληξε σε μια σειρά από απαραίτητες πηγές βοήθειας που απευθύνονται στην οικογένεια σαν σύνολο, στους γονείς μόνο και στα παιδιά.

- **Πηγές βοήθειας για όλη την οικογένεια**

A. Μονάδες-ξενώνες για περιόδους κρίσης

Οποιαδήποτε μητέρα, εργαζόμενη ή όχι, μπορεί να φέρει το παιδί της μόνη, χωρίς παρέμβαση καμιάς υπηρεσίας, οποιαδήποτε ώρα της μέρας ή της νύχτας και να το αφήσει όσο καιρό χρειάζεται: μια ώρα, μία εβδομάδα, ένα μήνα, ένα χρόνο.

B. Θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες

Δύο κύριες προσπάθειες στην Ευρώπη έχουν γίνει ως σήμερα με πολύ καλά αποτελέσματα: η Μονάδα του Park Hospital for Children στην Οξφόρδη και το «Tringle» στο Amsterdam.⁴⁹ Στην Οξφόρδη, τρεις οικογένειες μπορούν εκ περιτροπής να μείνουν στην Μονάδα για ένα μέσο διάστημα 3-5 εβδομάδων. Το προσωπικό αποτελείται από ψυχιατρική νοσοκόμο, κοινωνικό λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτή, ψυχολόγο, ενώ ψυχίατρος κατευθύνει την ομάδα, χωρίς να είναι ενεργός μέλος της.

Η παραμονή της οικογένειας αρχίζει με μια λεπτομερή διαγνωστική εκτίμηση που ακολουθείται από μια περίοδο ξεκούρασης και φροντίδας, μια εμπειρία που καμία οικογένεια δεν έχει ζήσει και που συχνά αντιμετωπίζει με καχυποψία. Τα παιδιά φροντίζονται αποκλειστικά από βρεφοκόμους, ενώ άλλοι ειδικοί αντιμετωπίζουν τα πολλαπλά προβλήματα των γονιών. Ανάγκες για οδοντιατρική φροντίδα, γυναικολογική εξέταση, άλλα προβλήματα υγείας, συχνά πολύ σοβαρά, φροντίζονται με προτεραιότητα. Αλλά και άλλες «απλούστερες» αλλά εξίσου σημαντικές ανάγκες όπως μια βόλτα στην πόλη, ένα πρωινό στο κομμωτήριο, ένα παιχνίδι σκάκι -πρωτόγνωρες εμπειρίες για τους περισσότερους- καλύπτονται στη Μονάδα.

Στο ίδιο πλαίσιο προσφέρονται θεραπευτικές μέθοδοι όπως ψυχοθεραπεία συζύγων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, αν και η πιο σημαντική προσφορά είναι η «ανεπίσημη ψυχοθεραπεία», η ζεστασιά του γονικού ρόλου που δείχνει, η πρακτική βοήθεια που παρέχεται. Συγχρόνως με την παρέμβαση στη Μονάδα, η συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με υπηρεσίες της κοινότητας προετοιμάζει την επιστροφή της οικογένειας στον κοινοτικό χώρο. Έτσι, μετά από ορισμένα «δοκιμαστικά» Σαββατοκύριακα στο σπίτι, η οικογένεια επιστρέφει όταν τόσο εκείνη, όσο και η επιστημονική ομάδα κρίνουν ότι είναι έτοιμη. Η μετέπειτα αξιολόγηση των οικογενειών που πέρασαν από τη Μονάδα της Οξφόρδης, έδειξε ότι 80% γύρισαν σπίτι με τα παιδιά τους, με ικανοποιητική πρόοδο, ενώ για άλλες 20% αποκαλύφθηκε η ανάγκη για μόνιμη απομάκρυνση των παιδιών από τους γονείς τους.⁵⁰

Γ. Θεραπευτικό νηπιαγωγείο

Λειτουργεί στα πρότυπα παιδοψυχιατρικού ειδικού νηπιαγωγείου για παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς, κακοποίηση, παραμέληση και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής προσαρμογής που χρειάζονται έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση.

Δ. Θεραπεία οικογένειας

Έχει δοκιμαστεί σε οικογένειες με μεγαλύτερα παιδιά που αποτελούν όμως έναν περιορισμένο πληθυσμό, ιδιαίτερα στο χώρο της σωματικής κακοποίησης. Η οικογενειακή θεραπεία έχει κριθεί σαν μια προσέγγιση που μόνη της δεν μπορεί να

καλύψει τις σύνθετες ανάγκες των οικογενειών αυτών, ενώ άλλοι⁵¹ την αμφισβητούν στη θεωρητική της βάση κυρίως γιατί απευθύνεται ακριβώς στη γονική ιδιότητα, δηλαδή εκείνη όπου οι γονείς αυτοί έχουν αποτύχει. Εφαρμόζεται σε περιορισμένη κλίμακα και σε ειδικά κέντρα.

- **Πηγές βοήθειας για τα παιδιά**

- A. Παιδιατρική κάλυψη

- Προσφέρεται παιδιατρική αξιολόγηση και παρακολούθηση στα πλαίσια παιδιατρικού Νοσοκομείου, τοπικού κέντρου υγείας ή οικογενειακού γιατρού.

- B. Βοήθεια από μη ειδικούς

- Σύμφωνα με το σχήμα αυτό, επιλέγονται άτομα ώριμα, διαφόρων ηλικιών, με κίνητρα και ενθουσιασμό, που με την κάλυψη κάποιου επαγγελματία - συνήθως κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου - ασχολούνται με τα παιδιά. Τα άτομα αυτά έχουν ρόλο περισσότερο οικογενειακού φίλου και συμπαραστάτη και λιγότερο «θεραπευτή».

- Γ. Θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών

- Θεραπευτική ομαδική προσέγγιση για παιδιά προσχολικής ηλικίας με συμμετοχή και των γονιών.

- Δ. Παιγνιοθεραπεία

- Συνήθως γίνεται σε θεραπευτικό παιδοψυχιατρικό πλαίσιο ή άλλο κέντρο ψυχικής υγείας, με τη μορφή ατομικών συνεδριών και για παιδιά προσχολικής ηλικίας κυρίως.

- E. Ατομική ψυχοθεραπεία

- Απευθύνεται κυρίως σε μεγαλύτερα παιδιά, είναι ένα ακριβό θεραπευτικό σχήμα και συχνά βρίσκει τους γονείς ενάντιους σε μια «ατομική» σχέση του παιδιού τους με κάποιο πρόσωπο εξουσίας έξω από την οικογένεια.

- ΣΤ. Ομαδική ψυχοθεραπεία

- Ομαδική ψυχοθεραπεία βοήθεια σε παιδιά σχολικής ηλικίας κυρίως.

- **Πηγές βοήθειας για τους γονείς**

A. 24ώρη τηλεφωνική επικοινωνία

Έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προλάβει σοβαρές οικογενειακές κρίσεις που καταλήγουν στη χρήση βίας προς τα παιδιά ή εγκατάλειψη παιδιών από γονείς που βρίσκονται σε απόγνωση, απόπειρες αυτοκτονίας, κ.λ.π.. Στις Η.Π.Α. λειτουργεί εθνικό δίκτυο τηλεφωνικού S.O.S. ενώ ορισμένες πολιτείες και κοινωνικές έχουν αναπτύξει τοπικές γραμμές.

B. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη κινήτρων από την πλευρά των γονιών, γεγονός όχι τόσο συχνό στον ειδικό αυτό πληθυσμό.

Γ. Υπηρεσίες επισκέπτη υγείας

Παρέχονται στα πλαίσια κυρίως κοινοτικών κέντρων υγείας και ψυχικής υγείας.

Δ. Θεραπεία από μη ειδικούς

Το πρόγραμμα αυτό, γνωστό σαν «βοηθοί γονιών» εφαρμόζεται με μεγάλη επιτυχία στις Η.Π.Α., έχει πολύ χαμηλό κόστος και μεγάλη αποτελεσματικότητα, ιδιαίτερα με γονείς μικρής ηλικίας, ανώριμους και κοινωνικά απομονωμένους. Οι βοηθοί γονιών είναι πάντα έτοιμοι να πιουν καφέ στην κουζίνα, να ακούσουν υπομονετικά όλα τα προβλήματα και τις δυσκολίες χωρίς να ασκούν κριτική ή να σερβίρουν άμεσες συνταγές-λύσεις. Εποπτεύονται από κοινωνικούς λειτουργούς ή την ψυχιατρική ομάδα και πληρώνονται από τις τοπικές υπηρεσίες πρόνοιας.

Ε. Κοινωνική εργασία

Η παραδοσιακή κοινωνική εργασία δε μπορεί να εφαρμοστεί στις οικογένειες που κακοποιούν τα παιδιά τους. Η τήρηση επαγγελματικής απόστασης, οι προγραμματισμένες συνεντεύξεις, τα κίνητρα του πελάτη για αλλαγή, η «ευγνωμοσύνη» από τον πελάτη, είναι τα στοιχεία δυσλειτουργικά στο χώρο αυτό. Αντίθετα, αν ο κοινωνικός λειτουργός γυρίσει χρονικά ακόμα πιο πίσω, όταν όλη του η προσπάθεια ήταν να «φροντίσει» τον άνθρωπο, τότε θα μπορέσει καλύτερα να ανταποκριθεί στις ανάγκες. Το να δώσει το τηλέφωνο του σπιτιού του για κατευθείαν επικοινωνία, πέρα από υπηρεσιακά πλαίσια, το να μιλήσει στον ενικό στους γονείς και να μπορεί να βρίσκεται κοντά τους οποιαδήποτε ώρα τον χρειάζονται, μπορεί να εξοργίσει τους καθηγητές της κοινωνικής εργασίας, αλλά σίγουρα κερδίζει την εμπιστοσύνη της οικογένειας.

Η θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθεί το μοντέλο της «παρέμβασης στην κρίση» ή της «επιθετικής κοινωνικής εργασίας» που γίνεται στα πλαίσια διεπιστημονικής προσέγγισης έχει αποδεχθεί σαν πλέον αποτελεσματική. Η ύπαρξη υποδομής υποστηρικτών και προνοιακών υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για όλα τα μοντέλα παρέμβασης.

ΣΤ. Ατομική ψυχοθεραπεία

Έχουν δοκιμαστεί διάφορες προσεγγίσεις. Η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν εφαρμόζεται πολύ, κυρίως γιατί πρόκειται για πληθυσμό με μειωμένα κίνητρα για αλλαγή και γιατί το κόστος είναι πολύ υψηλό και η θεραπεία μακροχρόνια. Η μέθοδος της

θεραπείας της συμπεριφοράς θεωρεί ότι η διαπίστωση, ότι όλα πηγαίνουν καλά, η απαρίθμηση των τραυμάτων ενός παιδιού ή ο καλός λόγος σ' έναν γονιό έχουν μειωμένη θεραπευτική αξία γιατί δεν δείχνει στους γονείς άλλους τρόπους για να τα βγάλουν πέρα, ενώ μπορεί να ενισχύσει τα αισθήματα άγχους και ανεπάρκειας.

Αντίθετα, καθημερινοί στόχοι απλής φροντίδας ενός μικρού παιδιού όπως είναι το να του διαβάζεις ένα παραμύθι, να το κάνεις ήρεμα μπάνιο, να το αγκαλιάσεις, να του δώσεις το μπιμπερό στην αγκαλιά σου κι όχι ανάσκελα στο κρεβάτι, μπορεί να δώσουν στους γονείς αισθήματα μεγάλης επιτυχίας και γονικής πληρότητας.

Z. Θεραπεία συζύγων

Προϋποθέτει κίνητρα και από τους δυο γονείς, γεγονός αρκετά σπάνιο στους γονείς αυτούς.

H. Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία γονιών που κακοποιούν ή που έχουν αυξημένο κίνδυνο για να κακοποιηθούν ή να παραμελήσουν τα παιδιά τους βοηθά τους γονείς να ξεφύγουν από τη κοινωνική τους απομόνωση, να μοιραστούν με άλλους γονείς τις καθημερινές δυσκολίες με τα παιδιά τους, να ανακαλύψουν τις όντως εξωπραγματικές απαιτήσεις τους από αυτά και να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση.

Θ. «Ανώνυμοι γονείς»

Πρόκειται για ομάδες αυτοβοήθειας γονιών, που λειτουργούν σύμφωνα με το πρότυπο των «ανωνύμων αλκοολικών». Το σχήμα αυτό εφαρμόζεται από πολλούς με επιτυχία στις Η.Π.Α., Μ. Βρετανία, Αυστραλία, Καναδά, ενώ δοκιμάζεται και σε άλλες χώρες.

Άλλο πρόγραμμα που έχει δοκιμαστεί με επιτυχία ιδιαίτερα από το κέντρο Denver είναι οι «Ανάδοχοι παππούδες και γιαγιάδες». Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό, ηλικιωμένα άτομα που έχουν μεγαλώσει τα δικά τους παιδιά, έχουν σαν αποκλειστική τους απασχόληση να χαϊδεύουν, να αγκαλιάζουν, να προσφέρουν τη μητρική φροντίδα σε κακοποιημένα και δυστροφικά κυρίως βρέφη όσο καιρό νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο. Κάθε άτομο αναλαμβάνει ένα παιδί αφού «ταιριαστεί» με την οικογένεια του παιδιού με βάση το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Πληρώνονται με ωριαία αμοιβή με τους τοπικές προνοιακές υπηρεσίες. Η αμοιβή είναι χαμηλή γιατί συμπληρώνει απλώς τη σύνταξη τους. Τα αποκλειστικά τους προσόντα είναι η τύχη να τα έχουν μεγαλώσει οι ίδιοι με δοτικούς, στοργικούς γονείς και να τα έχουν καταφέρει αρκετά καλά με τα δικά τους παιδιά.

Όταν το παιδί βγει από το Νοσοκομείο συνεχίζουν τη συνεργασία με την οικογένεια στο σπίτι σαν κλασικοί «βοηθοί γονιών», με κύριο στόχο δηλαδή τη συμπαράσταση στους γονείς και πολύ λιγότερο στο παιδί.

I. Οικιακοί βοηθοί

Οι οικιακοί βοηθοί πληρώνονται από τις τοπικές προνοιακές υπηρεσίες για να καλύπτουν τις ανάγκες του νοικοκυριού σε οικογένειες που δεν τα βγάλουν πέρα, δηλαδή τις χαοτικές οικογένειες, οικογένειες σε κρίση (εισαγωγή ενός γονιού στο Νοσοκομείο, φυλακή, ψυχιατρείο), μητέρες σε περίοδο λοχείας, κ.λ.π.. Παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η βοήθεια στο νοικοκυριό, οι οικιακοί βοηθοί επιλέγονται με βάση την

ωριμότητα και την προσωπικότητά τους και λιγότερο για την ικανότητα τους να καθαρίζουν ένα σπίτι τέλεια. Η τελειότητα αυτή που συνοδεύεται συνήθως από άσκηση κριτικής στους γονείς μπορεί να φέρει εντελώς το αντίθετο αποτέλεσμα.

2.11.2. Αξιολόγηση θεραπευτικής παρέμβασης

Η σημαντική αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών αλλά ιδιαίτερα του κοινού στη 10ετία του '70 για το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, 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 εφαρμοστούν ευρύτερα.

Η αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης είναι ευκολότερη αν το μέτρο μας είναι το να μην επαναληφθεί η κακοποίηση. Με κανένα τρόπο όμως δεν πρέπει η έλλειψη επανακακοποίησης κατά τη διάρκεια της θεραπείας να θεωρηθεί σων επιτυχία, ή ακόμα σαν ο κύριος συντελεστής της επιτυχίας.

Η λεπτομερής εκτίμηση του παιδιού σε διάφορα χρονικά στάδια της ζωής του προσφέρει ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης κάθε μορφής θεραπευτικής παρέμβασης. Δοκιμασίες για τη μέτρηση της νοημοσύνης και κλίμακες κοινωνικής προσαρμογής έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση κακοποιημένων παιδιών. Παράλληλα, **άλλοι** απλούστεροι τρόποι που βασίζονται σε μια γενικότερη ευαισθησία όπως και στην παρατήρηση είναι εξίσου ή περισσότερο ενδεικτικοί. Η τακτική φροντίδα του παιδιού στο σχολείο, ατομική του καθαριότητα, η ενδυμασία του (π.χ. καλοκαιρινά ρούχα το χειμώνα, υπερβολική βρώμα), η ασυνέπεια στα διαλείμματα, ιδιαίτερα εκείνα που προσφέρονται για κολατσιό (υπερβολική πείνα, κλέψιμο της τροφής από άλλα παιδιά), η ασυνέπεια στη μελέτη, είναι ο καθρέπτης της οικογενειακής εικόνας, ενώ συγχρόνως αποτελούν λογούς, για δασκάλους, νηπιαγωγούς, κ.α., παραπομπής παιδιού και οικογένειας σε πρόγραμμα κακοποίησης-παραμέλησης με την ένδειξη του «παιδιού σε αυξημένο κίνδυνο».

Δυο βασικές αρχές πρέπει να ακολουθούνται στην ερμηνεία δοκιμασιών ανάπτυξης σε κακοποιημένα παιδιά:

A) να διερευνάται κατά πόσο η απόδοση του παιδιού συνδέεται με νοηματική καθυστέρηση, ή με άγχος ή με ανεπαρκή ερεθίσματα και εμπειρίες από το περιβάλλον του, ή ακόμα με διαταραχή ή ανεπάρκεια των αισθήσεων.

B) αυτός που κάνει την εκτίμηση θα πρέπει να είναι σε θέση να προτείνει μεθόδους θεραπευτικής παρέμβασης που θα βοηθήσουν την αύξηση και την ανάπτυξη του παιδιού.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδοθεί στην εκτίμηση και χρήση των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών που μετρούν το νοηματικό ηλικίο. Το παιδί που έχει «επιζήσει» σ' ένα οικογενειακό περιβάλλον που κακοποιεί, έχει αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής που μπορεί να το εμποδίζουν να αποδώσει σε μια πιο δομημένη μάθηση. Συγχρόνως, πρέπει να εκτιμάται η ικανότητα του εγώ να προσαρμόζεται σε τόσο δύσκολες συνθήκες. Η ικανότητα αυτή δεν μετριέται με τις καθιερωμένες δοκιμασίες νοημοσύνης ενώ το παιδί πληρώνει με αρκετό τίμημα την ανάπτυξη τέτοιων μηχανισμών προσαρμογής.

Η γνώση του εαυτού του, των άλλων, όσο και των αφηρημένων αντικειμένων είναι σημαντικά περιορισμένη ενώ η ενέργεια του παιδιού καταναλίσκεται σε μηχανισμούς επιβίωσης και στην προσπάθεια να τα βγάλει πέρα με το άγχος του, το διαρκή κίνδυνο να υποστεί βία, το φόβο του να χάσει τον ίδιο το γονιό του ή την αγάπη του. Η ενέργεια που απομένει είναι ελάχιστη για να γνωρίσει τον εαυτό του και το κόσμο του.

Μια σημαντική προσπάθεια αξιολόγησης 11 προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης έγινε στις Η.Π.Α. με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, Εκπαίδευσης και Πρόνοιας που χρηματοδότησε τα προγράμματα αυτά. Αξιολογήθηκαν 1.742 γονείς που βοηθήθηκαν στα πλαίσια των προγραμμάτων αυτών στη περίοδο Γενάρη 1975- Δεκέμβρη 1976 και για διάστημα από ένα μήνα ως δυο χρόνια. Τα σημαντικότερα ευρήματα από τη μελέτη αυτή είναι:

1) Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό επανακακοποίησης και παραμέλησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας 30% των γονιών παραπέμφθηκαν ξανά στο διάστημα αυτό για σοβαρή κακοποίηση των παιδιών τους.

2) Οι ίδιοι οι επαγγελματίες εκτίμησαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ήταν αμφίβολη: σε 42% των περιπτώσεων εκτιμήθηκε ότι ελαττώθηκε ο κίνδυνος για επανακακοποίηση στο τέλος της περιόδου της θεραπείας.

3) Ένας σημαντικός αριθμός παιδιών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και ότι ανάλογη προσοχή πρέπει να δοθεί για τη θεραπεία τους.

4) Οι πιο επιτυχημένες θεραπευτικές προσεγγίσεις ήταν εκείνες που περιλάμβαναν βοήθεια από «μη ειδικούς», δηλαδή βοηθούς γονιών, οικιακούς βοηθούς, ανώνυμους γονείς.

Σαν, συμπέρασμα οι ερευνητές προτείνουν το συνδυασμό προγραμμάτων βοήθειας από καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες –συνήθως κοινωνικούς λειτουργούς- και «μη ειδικούς», στα πλαίσια εξειδικευμένων κέντρων, αλλά και κοινοτικών πηγών βοήθειας.

2.11.3. Θεραπευτική παρέμβαση στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας: Η εμπειρία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού

Μετά την περιγραφή διεθνούς εικόνας που προηγήθηκε και γνωρίζοντας όλοι την Ελληνική πραγματικότητα, εύλογα αναρωτιέται κανείς ποιο 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, ποια θα μπορούσε να είναι οι μεθοδολογία και η αποτελεσματικότητα ενός ή περισσότερων προγραμμάτων παρέμβασης κάτω από αυτές τις συνθήκες;

Μια πρώτη διευκρίνιση είναι ότι το 1977 ως σήμερα οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις μας στον ειδικό αυτό πληθυσμό τυπικά περιορίζονταν στα πλαίσια ερευνητικών προγραμμάτων, ενώ ουσιαστικά ξεπέρασαν από την πρώτη στιγμή κάθε περιορισμό ερευνητικών ορίων με αποτέλεσμα να λειτουργούμε σαν μια ομάδα πολυεπίπεδης δράσης και πολλαπλών στόχων. Η έρευνα απαιτεί συνεχή βιβλιογραφική ενημέρωση, τήρηση της αυστηρής μεθοδολογίας, αντικειμενικότητα στη συλλογή του υλικού, στατιστική επεξεργασία, ώρα και ηρεμία για τη συγγραφή. Αντίθετα, η παροχή

υπηρεσιών απαιτεί πολύ εξειδικευμένο προσωπικό, δουλειά σχεδόν πάντα στο σπίτι της οικογένειας, πολλαπλή συνεργασία με φορείς, νομική βοήθεια και παρουσία στα δικαστήρια και το κυριότερο, σημαντική προσωπική συναισθηματική εμπλοκή του επαγγελματία με την οικογένεια. Προσπαθήσαμε όλα αυτά τα χρόνια να κάνουμε και τα δυο κι αυτό όχι από δική μας επιλογή, αλλά γιατί δεν γίνονταν διαφορετικά. Γιατί τον καιρό που κάθε περίπτωση σωματικής κακοποίησης ακόμα και οφθαλμοφανείς περιπτώσεις π.χ. κατάγματα κρανίου και άκρων σε βρέφη 2-3 μηνών, καταγράφονταν στη στατιστική των κλινικών των Νοσοκομείων σαν «πτώση», δεν μας έμεινε παρά να παλέψουμε με τον πρώτο στόχο την ευαισθητοποίηση των γιατρών και των συναδέλφων κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας και άλλων. Αλλιώς, με ποια δεοντολογία θα κλείναμε την επιστημονική μας «πόρτα» σε οικογένειες που βρίσκονται σε απόγνωση μετά τη συλλογή των ερευνητικών στοιχείων που μας ενδιέφεραν;

Η επιλογή μας αυτή προϋποθέτει εργασία πολύ συχνά πέρα από κάθε ωράριο ή αργίες, συναισθηματικό αδιέξοδο, θυμό, ενοχή, αλλά και την ικανοποίηση μιας διαρκούς πρόκλησης και επιμονής για νέα προγράμματα και οραματισμούς. Η έλλειψη προνοιακής υποδομής για την αντιμετώπιση αυτών των οικογενειών 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 Κα Πα» ο πρώτος βρεφονηπιακός «ξενώνας κρίσης» στην Ελλάδα για κακοποιημένα παιδιά.

Ο σταθερότερος παράγοντας στην 9ετή αυτή προσπάθεια μας ήταν η απρόσκοπτη λειτουργία της ομάδας και οι καλές σχέσεις συνεργασίας που καλλιεργήθηκαν από την αρχή και με «ευλάβεια» θα μπορούσα να πω πως τηρούνται ως σήμερα. Η αλληλοϋποστήριξη, η διαρκείς επικοινωνία, ο κοινός προβληματισμός και η κοινή τακτική έχει δώσει σ' όλους την επιστημονική γνώση, την εσωτερική συνοχή και το κουράγιο για τη δουλειά αυτή.

Η ομάδα μας άρχισε σαν δυάδα: μια κοινωνική λειτουργός και μία παιδίατρος. Στη σημερινή της σύνθεση αποτελείται από:

- 1) Τέσσερις κοινωνικούς λειτουργούς, δυο από τους οποίους είναι και συμβουλευτικοί ψυχολόγοι.
- 2) Έναν παιδίατρο με μερική απασχόληση
- 3) Έναν ψυχίατρο σύμβουλο.
- 4) Ένα νομικό σύμβουλο με κατά περίπτωση συνεργασία.

Η σύνθεση της ομάδας καθόρισε σε σημαντικό ποσοστό και τους τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης που δοκιμάστηκαν. Η κύρια μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η διεπιστημονική «παρέμβαση στην κρίση», σε συνδυασμό με την ονομαζόμενη «επιθετική ή παρεμβατική κοινωνική εργασία», μια μέθοδος που απευθύνεται βασικά σε πληθυσμό ακινητοποιημένο, με μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση βοήθειας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι οικογένειες που κακοποιούν τα παιδιά τους βρίσκονται κάτω από μια συνεχή κρίση –φτώχεια, ανεργία, χρόνιο νόσημα- ενώ μια οξεία κρίση ενεργεί σαν σπινθήρας για κάθε επεισόδιο. Η σοβαρότητα των χρόνιων προβλημάτων και η οξυτήτα κάθε νέου επεισοδίου, ενεργούν σαν ανασταλτικοί παράγοντες σε επαγγελματίες που καλούνται να εργαστούν σε προγράμματα κακοποίησης. Αντίθετα, άλλοι επαγγελματίες και μέσα σ' αυτούς και η ομάδα μας, ξεκινάμε από την Κινέζικη γραμματολογία όπου για τη λέξη ΚΡΙΣΗ χρησιμοποιούνται δυο γεωγράμματα, δηλαδή ΚΡΙΣΗ= ΚΙΝΔΥΝΟΣ+ ΕΥΚΑΙΡΙΑ. Τα δυναμικά που δημιουργούνται σε μια κρίση, είτε από την ίδια την οικογένεια, είτε από εμάς τους ίδιους σαν θεραπευτική τεχνική, γίνονται για μας πολύτιμα εργαλεία και για την οικογένεια υγιείς νησίδες μέσα στο τέλμα των προβλημάτων τους.

Τα επιμέρους θεραπευτικά σχήματα που ακολουθήθηκαν ήταν:

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. Γενικά, θα λέγαμε ότι οι γονείς αυτοί με σημαντική δυσκολία στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης ιδιαίτερα με πρόσωπα εξουσίας και με την ακινητοποίηση που τους διακρίνει, συνεργάστηκαν ευκολότερα με τους κοινωνικούς λειτουργούς ίσως η προσέγγιση της κοινωνικής εργασίας καλύπτει επαρκέστερα τις συναισθηματικές αλλά και τις πρακτικές ανάγκες.

Ομάδα γονιών

Την ομάδα αποτέλεσαν 6 γονείς (5 μητέρες και 1 πατέρας) της προκαταρκτικής έρευνας, όλοι με σοβαρό πρόβλημα σωματικής κακοποίησης των παιδιών τους.⁵² Μια φορά την εβδομάδα γονείς και παιδιά συναντιόντουσαν σε χώρο του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» με δυο επαγγελματίες (κοινωνικό λειτουργό και παιδίατρο) για 2 περίπου ώρες. Τα παιδιά απασχολούνταν από εκπαιδευόμενη ψυχολόγο η οποία παρατηρούσε τη συμπεριφορά τους.

Σκοπός της ομάδας ήταν η αλληλογνωριμία των γονιών ώστε να ξεφύγουν από την κοινωνική απομόνωση, να μοιραστούν τα προβλήματα τους, να αναγνωρίσουν τις εξαιρετικά εξωπραγματικές απαιτήσεις που είχαν από τα παιδιά τους, να συζητήσουν βασικά θέματα που τους απασχολούσαν όπως οι μέθοδοι πειθαρχίας, προβλήματα ύπνου και φαγητού. Η αρχική ατμόσφαιρα του ενδοιασμού και της καχυποψίας, οδήγησε σε συναντήσεις έντονης επικοινωνίας, χαράς, σοβαρού προβληματισμού, ανταγωνισμού για τη μονοπώληση της προσοχής των δυο υπευθύνων. Οι γονείς εκ περιτροπής έφτιαχναν το γλυκό της συνάντησης, συναγωνιζόμενοι για την επιτυχία του. Οι έξοδοι αυτοί (Τετάρτη 3-5 μ.μ.) ήταν γι' αυτούς η μοναδική ευκαιρία να ντυθούν, να στολιστούν, να φτιάξουν τα μαλλιά τους.

Η ομάδα διήρκεσε 6 μήνες και σταμάτησε να λειτουργεί για πρακτικούς λόγους (μεγάλες αποστάσεις, κόστος μεταφοράς). Ήταν για όλους μια σημαντική εμπειρία που θα θέλαμε να επαναλάβουμε. Με τη μεγάλη αύξηση των περιστατικών πιστεύουμε ότι τέτοιες ομάδες μπορούν να λειτουργήσουν κατά γεωγραφικές περιοχές.

Βοηθεί μητέρων

Από καιρό είχε διαπιστωθεί ότι τα βρέφη που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο με πρόβλημα δυστροφίας είχαν ανάγκη από ένα σταθερό πρόσωπο κοντά τους άσχετα αν η ίδια η μητέρα βρίσκονταν μαζί με το παιδί. Σε περίπτωση που το παιδί ήταν μόνο, η «κάλυψη» του από αδερφές νοσοκόμους περιοριζόνταν στη σίτιση και την καθαριότητα, αλλά ακόμα κι όταν η μητέρα έμενε μαζί, την περισσότερη ώρα κάπνιζε στο διάδρομο, συζητούσε με άλλες μητέρες και ελάχιστα ασχολιόταν με το παιδί της.

Συνεργαστήκαμε με μια ομάδα γυναικών από τη Ν. Σμύρνη που πρόθυμα ανέλαβαν αυτά τα καθήκοντα. Σε περιπτώσεις δηλαδή δυστροφικών παιδιών, μια ή δυο γυναίκες

αναλάμβαναν να προσφέρουν μια ζεστή μητρική αγκαλιά, να του τραγουδάνε, να τα ταΐζουν με υπομονή και με τους δικούς του «όρους» και διάθεση, να συνεργάζονται με τη μητέρα όταν ερχόταν, χωρίς να την κρίνουν αρνητικά ή να την ανταγωνίζονται.

Η φροντίδα αυτή απέδωσε περισσότερο από ό,τι φανταζόμασταν σε πολύ περιορισμένη κλίμακα. Το βάρος των βρεφών αυξανόταν απότομα μέσα στο Νοσοκομείο για να μειωθεί με την επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια. Η ζήτηση της διαπίστωσης αυτής με τους γονείς οδήγησε σε μια υιοθεσία και σε καλύτερο δεσμό μάννας-παιδιού σε άλλες περιπτώσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ Λόγοι παραπομπής των παιδιών στο Τμήμα ΚαΠα του Ινστι- τούτου Υγείας του Παιδιού		
A. Κακώσεις	η	%
— Κατάγματα (κρανίου, πλευρών, άκρων)	18	21%
— Αιμορραγίες στον εγκέφαλο	4	5%
— Κρανιεγκεφαλική κάκωση	3	3,5%
— Ανοιχτά τραύματα, μώλωπες, μελανιές	20	23%
B. Εγκαύματα		
— Από τσιγάρο, ηλεκτρικά σίδερα, καυτά υγρά, κ.λπ.	6	7%
Γ. Δυστροφία		
— Βάρος σώματος < 3η Ε.Θ., χωρίς οργανική νόσο	14	16%
Δ. Παραμέληση		
— Εγκατάλειψη, έκθεση βρεφών, κ.λπ.	18	21%
Ε. Διάφορα		
— Σεξουαλική κακοποίηση, χορήγηση οινόπνευματος, παιδί σε κίνδυνο	3	3,5%
Σύνολο	86	100%

Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια 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 κακοποίηση ή παραμέληση.

«Μονάδα Κα Πα»: Ο πρώτος ξενώνας κρίσης για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά στην Ελλάδα

Λειτουργεί από το Ιούλιο 1984 και ανήκει στο Ίδρυμα Πρόνοιας Παιδιού και Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας. Συμπερασματικά, η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών του προγράμματος 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 κριτήριο ή επανακακοποίηση του παιδιού μπορούμε να ισχυριστούμε ότι πετύχαμε εφόσον το ποσοστό επανακακοποίησης στη διάρκεια της παρέμβασης δεν ξεπέρασε το 17% κι αυτό σε ελαφρότερο πάντα βαθμό. Ο μόνος τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μας είναι μια μελέτη που σχεδιάζουμε και που θα αξιολογήσει με λεπτομέρειες οικογένειες και παιδιά μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα της παραπομπής τους στο πρόγραμμα. Συγχρόνως, οι σεμνοί

στόχοι που θέτουμε για κάθε οικογένεια βοηθάει κι εκείνους κι εμάς σαν επαγγελματίες. Γιατί όπως αναφέρει ο παιδίατρος C. H. 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. Το περισσότερο που μπορεί να ελπίζει κανείς είναι ότι θα αποκτήσουν μια εμπειρία εμπιστοσύνης μ' έναν ενήλικα και να αρχίσουν να συμπεριφέρονται διαφορετικά στα παιδιά τους, ας έχουμε σεμνούς στόχους, χρησιμοποιώντας αυτά τα κριτήρια, θα τα καταφέρουμε καλά. Αν ο στόχος μας είναι η απόλυτη υγεία, θα πρέπει να τα ξεχάσουμε. Είναι ήδη πολύ καταστρεμμένοι».

2.12.ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΝ ΘΑ ΓΙΝΕΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Από το μαιευτήριο ήδη μπορεί να προφητεύει κανείς ποιοι γονείς θα είναι επιτυχημένοι και ποιοι όχι.

Σε έρευνες που έγιναν στη Σκοτία και στο Denver, η πρόγνωση των μαιών ήταν σωστή σε ποσοστό 76,5%. Η χρήση ερωτηματολογίου (με 75 ερωτήσεις) έδωσε σε 57,5% σωστή πρόγνωση, η παρατήρηση μαζί με συνεντεύξεις 6 βδομάδες μετά τον τοκετό είχε επιτυχημένη πρόγνωση σε 54%, οι συνεντεύξεις πριν το τοκετό 54,4% και όλα μαζί 79%, δηλαδή όσο και οι προσωπικές εντυπώσεις που διαμόρφωσαν οι μαίες στο μαιευτήριο.³⁰ Χρειάζεται λοιπόν, εγρήγορση του γιατρού σε κάθε επαφή του με το παιδί κατά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Φράσεις όπως «δυστυχώς δεν πήρε τίποτα από μένα, ίδιο η πεθερά μου είναι», «δεν ευχαριστιέται με τίποτα», οι γονείς που δεν κοιτάζουν το μωρό στα μάτια, που δεν ζητούν να το αγγίξουν, που δείχνουν την απογοήτευσή τους για το φύλο του, για την προωρότητα του, για την εμφάνισή του, χτυπούν κάποιο κώδωνα κινδύνου στο υποσυνείδητο κάθε γιατρού. Δυστυχώς, αφήνει το κουδούνισμα στο υποσυνείδητο! Αν το φέρει στην επιφάνεια, μπορεί να παρέμβει θετικά, είτε δηλώνοντας την περίπτωση σε αρμόδια υπηρεσία (όπου υπάρχει), είτε συζητώντας φιλικά και υποστηρικτικά με τους γονείς, πράγμα που το λιγότερο, θα κάνει τους ίδιους να συνειδητοποιήσουν το πρόβλημα τους και αναζητούν βοήθεια.

Τα 15 χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου για σωματική κακοποίηση και παραμέληση που εντοπίστηκαν στον Ελληνικό πληθυσμό αναφέρονται κυρίως στους γονείς, τις εμπειρίες τους και μεταξύ τους σχέσεις και πολύ λιγότερο στις κοινωνικές συνθήκες και στη συμβολή του παιδιού στην κακοποίηση του, μέσω των χαρακτηριστικών του. Τα χαρακτηριστικά αυτά, με τη μορφή κλίμακας, μπορούν να προβλέψουν με σημαντική ακρίβεια την πιθανότητα ενός παιδιού να κακοποιηθεί από τους γονείς του. Σε οικογένειες που συγκεντρώνουν βαθμολογία πάνω από 9 από άθροιση οποιονδήποτε χαρακτηριστικών, πρέπει να προσφερθεί ιδιαίτερη μέριμνα, έτσι ώστε να προληφθεί η εκδήλωση της γονικής επικινδυνότητας.

Η κλίμακα για την Πρόβλεψη της Σωματικής Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών (Αγάθωνος και συν. 1995)

Βαθμολογία Χαρακτηριστικά υψηλής προβλεπτικής ικανότητας

- 3 Κακή κατάσταση υγιεινής του παιδιού κατά την παραπομπή.
- 3 Γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας.
- 3 Κακές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς.
- 3 Γονείς με αντίξοες εμπειρίες ζωής.
- 3 Μητέρα με εμπειρίες αυστηρής πειθαρχίας από τους γονείς της

Βαθμολογία	Χαρακτηριστικά μέτριας προβλεπτικής ικανότητας
2	Γεγονότα ζωής για τους γονείς τον τελευταίο χρόνο
2	Παιδί που δεν ζει με τους 2 φυσικούς γονείς
2	Μητέρα που δεν εμπιστεύεται κανέναν σε περιόδους κρίσεις
2	Πατέρας άνεργος ή με περιστασιακή εργασία
2	Μητέρα <21 ετών κατά την γέννηση του παιδιού

Βαθμολογία	Χαρακτηριστικά χαμηλής προβλεπτικής ικανότητας
1	Ψυχοκινητική καθυστέρηση του παιδιού
1	Παιδί με «άλλες ασθένειες» πριν τη παραπομπή
1	Παιδί που δεν θήλασε
1	Γονείς που απαιτούν άμεση υπακοή από το παιδί
1	Απουσία γονέα πριν την παραπομπή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο έγκαιρος προσδιορισμός των γονιών ή γενικά των ατόμων που έχουν προδιάθεση να κακοποιήσουν ή να παραμελήσουν τα παιδιά τους, αποτελεί τη δευτερογενή πρόληψη του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να αμβλύνει τους προδιαθεσικούς αυτούς παράγοντες για γονική δυσλειτουργία και να οδηγήσει τα άτομα αυτά στην ομάδα εκείνων με φυσιολογική λειτουργικότητα.

Μέχρι τώρα η έμφαση έχει δοθεί στην τριτογενή πρόληψη, δηλαδή στην προσπάθεια να μην ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί ένα ήδη κακοποιημένο παιδί και να μην υποστούν κάτι ανάλογο στα αδέρφια του και αυτό γιατί η εντόπιση των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι πολύ ευκολότερη από την προσπάθεια εντόπισης εκείνων που έχουν την προδιάθεση να κακοποιήσουν, πέρα από αυτό, η θέα ενός κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού μας κινητοποιεί συναισθηματικά πολύ περισσότερο από την αναζήτηση μιας ομάδας γονιών υψηλού κινδύνου. Ιδιαίτερα για τους κοινωνικούς λειτουργούς η άμεση κινητοποίηση τους να βοηθήσουν ένα παιδί που κινδυνεύει είναι πολύ πιο κατανοητή.

3.1.1. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:

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 σεβασμό.

Η πρωτογενής πρόληψη προϋποθέτει ενέργειες στα εξής επίπεδα:

1. Βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών ιδίως για τις νέες και φτωχές οικογένειες.
2. Ευρεία εκπαίδευση και διαφώτιση με στόχο την προαγωγή της υγείας γενικότερα και της ψυχικής υγείας ειδικότερα.
3. Αλλαγή των στάσεων σε θέματα της ανατροφής των παιδιών ιδίως στη χρησιμοποίηση της σωματικής τιμωρίας.
4. Προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού.

5. Ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης για νέες έγκυες μητέρες, καλές συνθήκες τοκετού και συστηματική παρακολούθηση των νεογνών. Διευκόλυνση των συνθηκών που ενισχύουν το δεσμό μάννας-παιδιού όπως αύξηση του χρόνου άδειας κύησης και τοκετού κ.α.

3.1.2. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων που θα έχουν σαν στόχο οικογενειακών και παιδιών «υψηλού κινδύνου». Η έγκαιρη εντόπιση εγκύων από τέτοιες ομάδες και η παρακολούθηση αυτών 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.

3.1.3. ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ:

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 υπάρχουν ή που θα γεννηθούν. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει:

1. Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδίατροι, νομικοί).
2. Απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι τουλάχιστον στην αρχική φάση.
3. Θεραπεία και υποστήριξη των γονιών.
4. Βελτίωση των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας.
5. Ψυχοθεραπεία του παιδιού, όπου υπάρχουν ενδείξεις.
6. Αν είναι αναγκαίο, αφαίρεση έστω και προσωρινά της επιμέλειας από τους γονείς.
7. Μεταβολή στις υπάρχουσες Νομοθετικές διαδικασίες αναφορικά με την απομάκρυνση του παιδιού και την αφαίρεση της επιμέλειας από τους γονείς.
8. Ρύθμιση των θεμάτων σχετικά με την καταγγελία για τα κακοποιημένα.



3.2. ΤΙ ΜΑΣ ΔΙΔΑΣΚΟΥΝ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Τα αποτελέσματα της κοινωνιολογικής μελέτης του φαινομένου μας προσφέρουν πολύτιμη εμπειρία για την πρόληψη.

Σύμφωνα με αυτά:

- Η σεξουαλική παραβίαση των παιδιών αποτελεί διαδεδομένο φαινόμενο. Άρα και το πραγματικό μέγεθος της σεξουαλικής εκμετάλλευσης των παιδιών είναι πολύ μεγαλύτερο. Στόχος θα πρέπει να είναι η αποκάλυψη του άδηλου προβλήματος.
- Η αναζήτηση των υπαίτιων σεξουαλικής παραβίασης και εκμετάλλευσης θα πρέπει να γίνει μέσα από διάφορες προσεγγίσεις. Εφόσον υπάρχει σημαντική επαλληλία μεταξύ των υπαίτιων διαφόρων τύπων παραβίασης, αυτός ο πληθυσμός λειτουργεί ως δεξαμενή αναζήτησης.
- Υπαίτιοι και θύματα παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά που ενισχύουν την κυκλική μορφή του φαινομένου. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι:
 - Η ζωή σε μια δυσλειτουργική οικογένεια που δεν μπορούσε να καλύψει τις συναισθηματικές τους ανάγκες, θυματοποιώντας τους ως παιδιά με διάφορους τρόπους.
 - Η χαμηλή εικόνα εαυτού και η έλλειψη εμπιστοσύνης.
- Οι τρόποι που χρησιμοποιούν για να προσεγγίσουν τα παιδιά θύματα

αναπληρώνουν το γονικό και οικογενειακό έλλειμμα.

- Εφόσον 2 στους 3 υπαίτιους έχουν υπάρξει ως θύματα και 1 στους 3 άρχισαν να επιδίδονται σε σεξουαλική παραβίαση παιδιών πριν τους 18 χρόνια τους, θα πρέπει να αναζητήσουμε τους μελλοντικούς υπαίτιους ανάμεσα στα πρώην θύματα και να προσφέρουμε θεραπεία στα θύματα για να ανακόψουμε την εξέλιξη τους σε υπαίτιους σεξουαλικής παραβίασης παιδιών.

3.3. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η περιορισμένη κοινωνική ορατότητα του φαινομένου της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών μέσα και έξω από την οικογένεια και η κοινωνική ενοχή που την περιβάλλουν, καθιστούν την πρόληψη ένα δύσκολο στόχο.

Η σεξουαλική παραβίαση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως «μεγαλοποίηση ή ακραία μορφή κοινωνικά αποδεκτού τρόπου πειθαρχίας» όπως θεωρείται ακόμα από κάποιους η σωματική κακοποίηση. Ούτε μπορεί να θεωρηθεί ως απώλεια ελέγχου ενός κουρασμένου από τη χρόνια και καθημερινή ένταση γονέα. Η εξαπάτηση του παιδιού-θύματος με ιδιαίτερες παροχές και τρόπους ψυχολογικής δολιότητας και η σεξουαλική ικανοποίηση του ενήλικα υπαίτιου, την καθιστά ένα φαινόμενο, που παρ' όλη τη συχνότητα του και τη διαταξική του κατανομή, ακόμα λειτουργεί ως «το καλύτερα κρατημένο μυστικό» της οικογένειας, της γειτονίας και της κοινότητας.

Αποτέλεσμα όλου αυτού του κλίματος είναι η επικέντρωση κυρίως στην τριτογενή πρόληψη, δηλαδή στην προστασία και θεραπεία των θυμάτων και σπανιότερα όλης της οικογένειας και του υπαίτιου, εφόσον αποδέχεται την πράξη του. Η τριτογενής πρόληψη, ακόμα και αν αποδεικνύεται, χωρίς δυνατότητα πρόσβασης στο σκοτεινό αριθμό.

Η δευτερογενής πρόληψη, δηλαδή η έγκαιρη αναγνώριση των εν δυνάμει υπαίτιων σεξουαλικής παραβίασης, είναι εξαιρετικά δύσκολη αν όχι αδύνατη, εφόσον το φαινόμενο ενδημεί σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και δεν συνδέεται με τη φτώχεια ή άλλες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού. Συγχρόνως, η διαταραχή της σεξουαλικότητας και οι συναισθηματικές διαταραχές οι οποίες οδηγούν στην παραβίαση του αιμομικτικού φραγμού και σε άλλες μορφές σεξουαλικής θυματοποίησης, δεν είναι εύκολα ορατές, εφόσον τα άτομα αυτά -άνδρες και γυναίκες- μπορεί να λειτουργούν πολύ καλά ως προς τις άλλες πλευρές της ζωής τους. Η μόνη δευτερογενής πρόληψη που εφαρμόζεται σε άλλες χώρες είναι η θεραπεία των εφήβων «υπαίτιων» σεξουαλικής παραβίασης παιδιών που έχουν συλληφθεί και καταδικαστεί, στα πλαίσια της αναμορφωτικής ποινής. Η μέθοδος που συνήθως χρησιμοποιείται είναι η θεραπεία της συμπεριφοράς σε ατομικό και ομαδικό πλαίσιο, σε κλειστές ή μη φυλακές και σε θεραπευτικές κοινότητες για εφήβους.

Κατά την τελευταία δεκαετία, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στη πρωτογενή πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης των ανηλίκων, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Ο κύριος στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι τα ίδια τα παιδιά προσχολική και σχολικής ηλικίας. Η μεθοδολογία που ακολουθείται είναι εκείνη της προαγωγής της υγείας στο σχολείο και πραγματοποιείται στο χώρο της εκπαίδευσης αλλά και σε άλλες εξωσχολικές ομάδες. Τα παιδιά, μέσα από διάφορες δράσεις και θεατρικό παιχνίδι, ευαισθητοποιούνται και εμπνυχώνονται, έτσι ώστε να μπορούν να αυτοπροστατεύονται ακόμα και από οικεία και αγαπητά πρόσωπα. Μαθαίνουν να ξεχωρίζουν τα χάρδια που τους προκαλούν ευχαρίστηση από εκείνα που τα κάνουν να μην αισθάνονται άνετα. Να ξεχωρίζουν τα καλά από τα

κακά μυστικά. Να μπορούν να λένε «όχι» ακόμα και σε αγαπητά πρόσωπα, όταν τους προτείνουν «ασυνήθιστα παιχνίδια». Οι αξιολογήσεις των προγραμμάτων αυτών είναι αρκετές θετικές και η μεθοδολογία τους συνεχώς βελτιώνεται. Φυσικά, η προσέγγιση αυτή προϋποθέτει ενημερωμένους νηπιαγωγούς, δασκάλους αλλά και γονείς, όχι μόνο για την αποδοχή και προώθηση αυτής της προσέγγισης αλλά και την καλύτερη γνώση της φυσιολογικής σεξουαλικότητας των παιδιών και της αντιμετώπισης στα διάφορα στάδια ανάπτυξης. Η μέθοδος αυτή της πρωτογενούς πρόληψης της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών, απευθύνεται στο σύνολο των παιδιών και χρησιμοποιεί εκπαιδευτικές προσεγγίσεις δοκιμές και γνωστές στην καθημερινή εκπαιδευτική πρακτική. Έτσι, αποφεύγεται η «σκανδαλοποίηση» του θέματος και κατ' επέκταση, οι αντιστάσεις για την αντιμετώπιση και πρόληψη του.

Μια ευρύτερη προσέγγιση πρωτογενούς πρόληψης της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών και εφήβων απευθύνεται στο κοινωνικό σύνολο. Η προώθηση της ισότητας των ευκαιριών για τις γυναίκες, η εξάλειψη της «σεξιστικής» προβολής του γυναικείου σώματος στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και της χρησιμοποίησης των παιδιών σε διαφημίσεις που τα προβάλλουν «αντικείμενα» καταναλωτισμού, συμβάλλουν στην πρωτογενή πρόληψη.

Πρόσφατα, το ενδιαφέρον στην Ευρώπη στράφηκε στο πρόβλημα της παιδεραστίας και της σεξουαλικής εκμετάλλευσης με τις μορφές παιδικής πορνείας και πορνογραφίας. Το άνοιγμα των συνόρων, που προβλέπουν οι συνθήκες Μάαστριχ και του Άμστερνταμ για την οικονομική ένωση της Ευρώπης, διευκολύνει τη διακίνηση από χώρα δραστών σεξουαλικών εγκλημάτων εναντίον παιδιών, άρα και τη μη αντιμετώπιση τους. Η περίπτωση Dutroux στις Βρυξέλλες, τον «ομφαλό» της Ευρώπης, έπεισε τις Ευρωπαϊκές χώρες ότι υπάρχει ανάγκη αφύπνισης αλλά και ενεργοποίησης κονδυλίων για την αντιμετώπιση και την πρόληψη. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έστρεψε κατ' αρχήν την προσοχή της στον τομέα αντιμετώπισης της διακίνησης των ήδη δραστών και στη σεξουαλική εκμετάλλευση των παιδιών για εμπορικούς σκοπούς, τις πλέον ορατές μορφές του φαινομένου. Σταδιακά, όμως, το ενδιαφέρον -μέσω χρηματοδοτήσεων- στρέφεται στη δευτερογενή και πρωτογενή πρόληψη της σεξουαλικής θυματοποίησης των παιδιών.

Το περιεχόμενο και των τριών επιπέδων πρόληψης της σεξουαλικής παραβίασης και εκμετάλλευσης των παιδιών καταγράφεται στους παρακάτω πίνακες (Πίνακες 1,2,3). Αυτό αφορά όλες τις μορφές του φαινομένου την έκφραση τους μέσα και έξω από την οικογένεια.

Πίνακας 1. Πρωτογενής Πρόληψης Σεξουαλικής Παραβίασης και Εκμετάλλευσης Παιδιών.

1. Εφαρμογή της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού σε όλα τα επίπεδα.

- α) Παροχές.
- β) Προστασία.
- γ) Συμμετοχή.

2. Εθνική εκστρατεία για τα παιδιά και τους νέους.

- α) Διυπουργικό επίπεδο.
- β) Διακομματικό επίπεδο.

3. Αντιμετώπιση της πορνογραφίας.

4. Παρέμβαση στην εικόνα παιδιών και νέων στη διαφήμιση.

5. Προγράμματα πρόληψης στα σχολεία (νηπιαγωγείο ως λύκειο) μέσω μεθοδολογίας προαγωγής της υγείας.

Στόχος: Εκπαιδευτικοί – Παιδιά – Γονείς

Πεδία: -Αυτοεκτίμηση.

-Αυτασφάλεια – Αυτοάμυνα.

-Κοινωνικές δεξιότητες.

-Επικοινωνία.

-Συμμετοχή.

Πίνακας 2. Δευτερογενής Πρόληψης Σεξουαλικής Παραβίασης και Εκμετάλλευσης Παιδιών.

1. Θεραπευτική προσέγγιση νέων με προδιάθεση για εξέλιξη σε «δράστες».

{Πρώην θύματα όλων των μορφών θυματοποίησης, ιδιαίτερα σεξουαλικής και συναισθηματικής.}

2. Έγκαιρος προσδιορισμός γονέων με προδιάθεση για κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών τους.

3. Πολύπλευρη υποστήριξη.

Πίνακας 3. Τριτογενής Πρόληψης Σεξουαλικής Παραβίασης και Εκμετάλλευσης Παιδιών.

1. Θεραπεία στα θύματα.

2. Στήριξη στις οικογένειες των θυμάτων.

3. Προσφορά θεραπείας στους υπαίτιους στα πλαίσια της ποινής.

4. «Ξενώνας-κρίσης» για άμεση προστασία παιδιών-θυμάτων.

5. Θεραπευτικά προγράμματα παιδικής προστασίας.

6. Διακρατική συνεργασία και ειδικά μέτρα για τους καθ' εξόν διεθνείς παιδεραστές και τα δίκτυα τους.

Ευθύνη κάθε χώρας, σε όλα τα επίπεδα διοίκησης και κοινωνικής πολιτικής είναι, να αναπτύξει προγράμματα για την αντιμετώπιση και την πρόληψη. Αυτό προβλέπεται και στη δέσμευση όλων των χωρών για την τήρηση των άρθρων της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Το πρώτο βήμα είναι η ανίχνευση της συχνότητας και της φαινομενολογίας του προβλήματος. Το δεύτερο βήμα είναι η ιεράρχηση των αναγκών και το τρίτο η ανάπτυξη προγραμμάτων πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς πρόληψη.

Στην Ελλάδα, το πρώτο βήμα έχει ήδη πραγματοποιηθεί. Μελέτες του Ινστιτούτου υγείας του Παιδιού για τη συχνότητα του φαινομένου στο γενικό πληθυσμό και τις κλινικές του εκδηλώσεις μέσα στην οικογένεια, έχουν δώσει ένα σημαντικό επιστημονικό «στίγμα» για το πρόβλημα και την αντιμετώπιση του. Η σεξουαλική εκμετάλλευση των παιδιών έξω από την οικογένεια αποτελεί πεδίο έρευνας φορέων με εγκληματολογικό

ενδιαφέρον και προσανατολισμό. Ο χώρος της παιδικής προστασίας και της αστυνομίας έχει πολύτιμη εμπειρία η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί ερευνητικά.

Με βάση τα ήδη υπάρχοντα ερευνητικά αποτελέσματα και εμπειρία, η Ελλάδα οφείλει να προχωρήσει στο δεύτερο στάδιο της ιεράρχησης των αναγκών και του σχεδιασμού. Απαραίτητα προϋπόθεση για το ουσιαστικό αυτό στάδιο είναι η αναγνώριση από την πολιτεία της νέας άποψης για την παιδική ηλικία και για την αλλαγή της θεώρησης των παιδιών, από αντικείμενα προστασίας σε υποκείμενα δικαιωμάτων. Στα πλαίσια της υπογραφής της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η αλλαγή αυτή δεν είναι πλέον υπόσχεση αλλά δέσμευση.

3.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.4.1. Τι πρέπει να γίνει όταν κινδυνεύει η ζωή του παιδιού

Η άμεση διαγνωστική εκτίμηση παιδιού και οικογένειας μπορεί να οδηγήσει τον επαγγελματία ή την επιστημονική ομάδα - όπου υπάρχει - στη διαπίστωση, ότι πέρα από κάθε άλλη αντιμετώπιση, προέχει το απόλυτο συμφέρον του παιδιού. Η άμεση προστασία του παιδιού δεν εξαρτάται πάντα από τη σοβαρότητα των κακώσεων, εφόσον μια μέτρια κάκωση σήμερα μπορεί να επαναληφθεί αύριο, σε πολύ σοβαρότερη μορφή. Εύλογο είναι, ότι ένα παιδί με σοβαρά τραύματα πρέπει να εισαχθούν στα εξωτερικά ιατρεία (π.χ. απλό κάταγμα άκρου). Εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται επίσης τόσο για ένα παιδί με ελαφρότερες κακώσεις, όσο και για περιπτώσεις που από τη συμπεριφορά των γονέων κρίνεται ότι υπάρχουν αμφιβολίες για την ασφάλεια του.

Οι επαγγελματίες που οδηγούν παιδί και γονείς στο νοσοκομείο - ιδιαίτερα ο γιατρός των εξωτερικών ιατρείων- χρειάζεται να εξηγήσουν στους γονείς με ψυχραιμία, σταθερότητα και ενδιαφέρον, ότι το παιδί πρέπει να εισαχθεί «για εξετάσεις», διαβεβαιώνοντας τους συγχρόνως, ότι μπορούν να επισκέπτονται όποτε θέλουν να το φροντίζουν.

Η χρήση του νομικού πλαισίου πρέπει να αποτελεί μια ύστατη παιδοκεντρική λύση, εφόσον γνωρίζουμε ότι πιθανόν θα επηρεάσει αρνητικά την περαιτέρω συνεργασία με την οικογένεια.

Η συνεργασία μεταξύ φορέων υγείας, παιδικής προστασίας, δικαιοσύνης και δημόσιας τάξης, κρίνεται απαραίτητη για την αντιμετώπιση οικογενειών σε οξεία κρίση.

ΠΙΝΑΚΑΣ Εργαστηριακός έλεγχος σε παραμέληση

Γενική αίματος
Γενική ούρων
Ουροκαλλιέργεια
Αμινοξέογραμμα ούρων
Τεστ ιδρώτα
Ακτινογραφία θώρακα-κρανίου και για οστική ηλικία

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες μας τις ενέργειες από την αρχή ως το τέλος. Αρχίζει με το πρώτο τηλεφώνημα ή την πρώτη συνάντηση και ολοκληρώνεται -όταν χρειάζεται- με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία του ενός γονέα ή του ζευγαριού των γονέων, ή όλων των μελών της οικογένειας (όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία).

Η εμπλοκή των επαγγελματιών με ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, συχνά, υποβαθμίζει την προτεραιότητα του ίδιου του παιδιού για θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση των σωματικών κακώσεων δεν επαρκεί αν δεν δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει μέσα από μια θεραπευτική σχέση -ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητα του- όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις ανασφάλειες του, έτσι ώστε να μπορέσει με τη βοήθεια του ειδικού να διαπραγματευτεί το «τραύμα». Η ανάγκη για θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού ισχύει, άσχετα με το να παραμείνει ή απομακρυνθεί από τη φυσική του οικογένεια.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως «θεραπευτή» θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος είτε ως μέλος επιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας. Κάθε χειρισμός του που αφορά είτε πρακτικά θέματα, είτε πολύπλοκες διεργασίες σχέσεων, θεωρείται ως θεραπευτικός εφόσον είναι αποτέλεσμα γνώσεων και πραγματοποιείται με μέτρο το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας.

Η σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας θετικής συνεργασίας μεταξύ των θεραπευτών και της οικογένειας, με τη δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Έτσι, όταν περάσει η περίοδος της κρίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι ώριμα να δεχθούν τη συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο.

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με την οικογένεια συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών.

Τέλος, η θεραπεία (ατομική ή οικογενειακή) θα βοηθήσει στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν ή να ανεχθούν μια κακοποίηση και το παιδί να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούργιους διορθωτικούς μηχανισμούς.

Η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την όσο το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι:

- α. Η φύση του βασικού προβλήματος (είδος κακοποίησης, σοβαρότητα, χρονιότητα, κ.λ.π.).
- β. Η επιθυμία των γονέων να βοηθηθούν.
- γ. Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση.
- δ. Η επάρκεια των πηγών βοήθειας.

Πρέπει να τονισθεί, ότι η άμεση προστασία του παιδιού κατά το στάδιο της οξείας οικογενειακής κρίσης ή η προγραμματισμένη τοποθέτηση του σε πλαίσιο κλειστής περίθαλψης -όταν χρειάζεται- δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά εντάσσονται στα πλαίσια της θεραπευτικής οικογενειακής προσέγγισης. Γενικά, η επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης θα εξαρτηθεί σημαντικά από την ύπαρξη και την ποιότητα εναλλακτικών μορφών παιδικής προστασίας και υποστηρικτικών σχημάτων για την οικογένεια, στα πλαίσια της κοινότητας.

Η διασυνδεδετική θετική συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών της κοινότητας λειτουργεί ως πλέγμα προστασίας για την οικογένεια αλλά και για τους ίδιους τους επαγγελματίες. Ο μόνος επαγγελματίας είναι δυνατόν να είναι επικίνδυνος τόσο για τον εαυτό του, εφόσον η επαγγελματική μοναξιά και εξάντληση δημιουργούν συχνά αισθήματα «παραίτησης» αλλά και «παντοδυναμίας». Το κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας που καλλιεργείται στα πλαίσια της δυναμικής της διασυνδεδετικής συνεργασίας, αναπαράγεται στη δυναμική της σχέσεις οικογένειας και υπηρεσιακού δικτύου και επηρεάζει θετικά της ενδοοικογενειακές σχέσεις.⁹

3.4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ

Ο Επιστήμονας Υγείας οφείλει:

- 1) *Να βάλει την κακοποίηση στη διαφορική διάγνωση* κάθε τραύματος, μωλωπισμού, αιμορραγικής διάθεσης, κατάγματος, που έχουν ύποπτο ιστορικό.
- 2) *Να την κατατάξει στις επείγουσες διαγνώσεις.* Δεν επιδέχεται καθυστέρηση ακριβώς όπως δεν επιδέχεται καθυστέρηση η διάγνωση της οξείας σκωληκοειδίτιδας, της μηνιγγίτιδας και της οξείας αιμόλυσης. Όπως, ακόμη και με την ελάχιστη υποψία μηνιγγίτιδας, στέλνουμε το παιδί στο Νοσοκομείο για να κάνει οσφυονωτιαία παρακέντηση και όπως χειρουργούμε παιδιά που δεν έχουν οξεία σκωληκοειδίτιδα από φόβο μη μας διαφύγει η διάγνωση, έτσι, δεν πρέπει να διστάζουμε να βάλουμε την υποψία κακοποίησης. Η τοποθέτηση ότι είναι αντιδεολογικό να κατηγορούμε άδικα τους γονείς που το παιδί τους έπαθε κάποιο ατύχημα και να τους ταλαιπωρήσουμε ψυχικά με συνεντεύξεις, εξετάσεις και κοινωνικές έρευνες, είναι ολέθρια: Κανένα παιδί δεν πέθανε από άδικη κοινωνική έρευνα, ενώ πολλά κατέληξαν επειδή κάποιος Επιστήμονας Υγείας δίστασε ή αμέλησε να βάλει την υποψία της κακοποίησης.
- 3) *Να αντιμετωπίζει την κακοποίηση με απαισιοδοξία.* Δεν έχει δικαίωμα να σκεφτεί ότι η κακοποίηση ήταν αποτέλεσμα μιας τυχαίας κρίσης και ότι δεν θα υπάρξει υποτροπή. Η απιστοδοξία είναι επιδημιολογικά αστήρικτη και αποτελεί ιατρική αμέλεια που μπορεί να αποβεί μοιραία.
- 4) *Να εισάγει το παιδί στο Νοσοκομείο.* Αυτό διασφαλίζει το άμεσο μέλλον του παιδιού και δίνει δυνατότητες για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Συνήθως, οι γονείς δεν αντιδρούν όταν τους ανακοινώνει ο γιατρός με σταθερότητα ότι «έκαναν πολύ καλά που έφεραν το παιδί. Πρέπει τώρα να εισαχθεί για να γίνουν μερικές εξετάσεις».

5) *Να αντιμετωπίσει τους γονείς με ειλικρίνεια, αλλά και συμπάθεια: «πιστεύουμε ότι προκαλέσατε αυτές, καταλαβαίνουμε ότι έχετε προβλήματα και θα προσπαθήσουμε να σας βοηθήσουμε να το ξεπεράσουμε».*

6) *Να ζητήσει να πάρει ιστορικό και από τους δυο γονείς, ή όποιον άλλο είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα του παιδιού.*

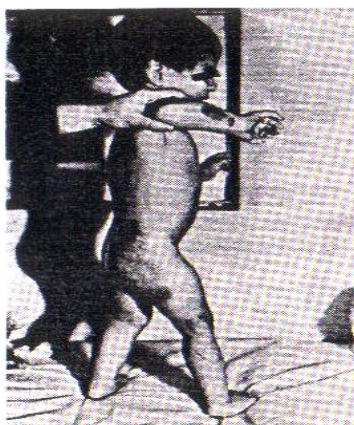
7) *Να περιγράψει λεπτομερώς τις βλάβες στο ιστορικό, την ημέρα εισαγωγής. Αργότερα, οι βλάβες εξελίσσονται, μερικές εξαφανίζονται και προκύπτουν δυσκολίες στη διοικητική διεκπεραίωση της υπόθεσης. Θα ήταν επιθυμητό να φωτογραφηθούν οι βλάβες.*

8) *Να κάνει ακτινογραφία όλου του σώματος. Είναι κάτι που στα μικρά παιδιά γίνεται σε δυο ακτινογραφικές πλάκες. Δεν θα πρέπει να ισχύουν εδώ οι αναστολές που έχουμε για την κατάχρηση διαγνωστικής ακτινοβολίας. Είναι πολύ συχνή η αποκάλυψη παλαιών καταγμάτων σε παιδιά που προσκομίζονται με εξωτερικούς τραυματισμούς. Τα κλινικά ευρήματα ενός κατάγματος συχνά εξαφανίζονται σε 6-7 μέρες στα μικρά παιδιά (< 5 ετών) και χωρίς θεραπείας τραύματα οστών βρίσκονται σε 10-20% των κακοποιημένων παιδιών.³³*

9) *Να ζητήσει να εξεταστούν τα αδέρφια μέσα στις επόμενες 24 ώρες. Στις περισσότερες εργασίες αναφέρεται ποσοστό κακοποίησης και στα αδέρφια 20 μέχρι 70%.³³*

10) *Να μην χαρακτηρίζει τη σοβαρότητα της κακοποίησης και την πρόγνωση με κριτήριο τη σοβαρότητα της οργανικής βλάβης. Δεν είναι ανάλογα παράμετρα: Παιδιά με απλές αμυχές στην πρώτη διάγνωση, μπορεί να καταλήξουν στην υποτροπή, άλλα με κατάγματα ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα να μην υποτροπιάζουν, ή να έχουν άριστη ανταπόκριση στη θεραπευτική παρέμβαση.*

11) *Να αντιμετωπίσει θεραπευτικά, ταυτόχρονα α) τη βλάβη και β) την κακοποίηση. Καλό είναι στα Νοσοκομεία που ασχολούνται με παιδιά να υπάρχει μια ομάδα αντιμετώπιση της κακοποίησης (όπως υπάρχει ομάδα για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, για τα ηθικά διλήμματα, κ.λ.π.). η ομάδα αυτή θα έπρεπε να αποτελείται από έναν πεπειραμένο παιδίατρο, έναν νοσοκομειακό κοινωνικό λειτουργό, ένα νοσηλεύτη, ένα ψυχολόγο ή ψυχίατρο και ένα διοικητικό υπάλληλο. Θα έπρεπε επίσης η ομάδα να αποκτήσει σαφείς διασυνδέσεις με εξωνοσοκομειακές κοινωνικές υπηρεσίες, την αστυνομία, νομικές υπηρεσίες και δικαστικές αρχές. Μέσα σε μια βδομάδα από την εισαγωγή του παιδιού, πρέπει να έχει γίνει μελέτη και αξιολόγηση της περίπτωσης και να ληφθούν αποφάσεις για την άμεση και απώτερη αντιμετώπιση του προβλήματος.*



Εικ.4α – 4β: Πολλαπλά εγκαύματα (2^{ου} και 3^{ου} βαθμού από ηλεκτρικό σίδερο) και μελανιές στο γλουτό, σε παιδί ηλικίας 16 μηνών

Επίσης είναι απαραίτητη, η έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες έγινε η κακοποίηση περιλαμβάνει:

-Την αυτοψία του χώρου διαβίβασης του παιδιού (σπίτι- γειτονιά).

-Τη λήψη χωριστών συνεντεύξεων από τους γονείς, τα αδέρφια, τη γειτονία ακόμη, κ.λ.π..

Η αυτοψία του χώρου, αμέσως μόλις τεθεί η υπόνοια ότι ο θάνατος μπορεί να οφείλεται σε κακοποίηση είναι απαραίτητη και μπορεί να εξυπηρετήσει την ανεύρεση κάποιας σχέσης μεταξύ του οικογενειακού περιγύρου και των κακώσεων. Μια τέτοια αυτοψία θα πρέπει να γίνεται αμέσως για να προληφθεί το ενδεχόμενο αλλαγής του «σκηνικού» του χώρου από κάποια προσπάθεια των υπεύθυνων γονέων να απομακρύνουν τις υπόνοιες και κατά συνέπεια τις ευθύνες.

Η διερεύνηση γίνεται από κατάλληλα εξειδικευμένα όργανα (π.χ. κοινωνικούς λειτουργούς) και αφορά την έρευνα των συνθηκών διαβίωσης του παιδιού μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον και τις συνθήκες του θανάτου.

Το είδος και η κατάσταση του σπιτιού, η κατάσταση των ειδών υγιεινής, ο βαθμός καθαριότητας, η παρουσία κοπράνων, η οσμή ούρων, η ύπαρξη εντόμων, κ.λ.π., θα πρέπει να καταγραφούν προκειμένου στην τελική αξιολόγηση να εκτιμηθεί αν το σπίτι αυτό εκπληρεί πράγματι, έστω και στοιχειώδεις κανόνες για να θεωρηθεί κατάλληλη για ανθρώπινη κατοικία, όπως επίσης να εκτιμηθεί ο «βαθμός ωριμότητας» των γονέων και το μέγεθος της φροντίδας για το παιδί, καθοριστικής σημασίας για την στοιχειοθέτηση του αδικήματος.

Η στάση των επαγγελματιών κατά την διαγνωστική φάση θα είναι πολύ βοηθητική αν:

Ακούσουν με προσοχή το παιδί και το καθησυχάσουν, διαβεβαιώνοντάς το ότι θα προσπαθήσουν να το βοηθήσουν.

I. Απενοχοποιήσουν και πιστέψουν το παιδί. Σπάνια τα παιδιά λένε ψέματα για τη δική τους κακομεταχείριση.

II. Εξηγήσουν στο παιδί τον τρόπο που θα ενεργήσουν, ώστε να αισθανθεί σιγουριά.

III. Κατανοήσουν τους λόγους για τους οποίους ένα σωματικά κακοποιημένο παιδί δεν θέλει να εγκαταλείψει την αγκαλιά του γονέα-υπαίτιου για την κακοποίηση (συναισθήματα ανασφάλειας για το μέλλον του, ενοχής και πιθανή τιμωρία του γονέα του, κ.λ.π.).

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

Η χρησιμοποίηση της Κλίμακας Αγάθωνος (1995) για την πρόβλεψη της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, θα βοηθήσει στη λήψη του ιστορικού και στην εκτίμηση της παρούσας κατάστασης, συμβάλλοντας στην ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση και πρόβλεψη της επικινδυνότητας και ανάγκης της οικογένειας για πρόσθετη βοήθεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ Πρόοδος του παραμελημένου παιδιού στο Νοσοκομείο

Γρήγορη ανάπτυξη και ζωντάνια
Μικρότερη πρόοδος στο λόγο

Αναζήτηση τρυφερότητας

```
graph LR; A[Αναζήτηση τρυφερότητας] --- B[επιπόλαιη]; A --- C[από οποιονδήποτε]
```

Αναζήτηση προσοχής
Κρίσεις θυμού με μικρότερο ερέθισμα
Στερεοτυπικές κινήσεις όταν αναστατώνεται
Βουλιμία, αλλοτριοφαγία

3.5.ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Σε κάθε περίπτωση κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού η κοινωνική αποκατάσταση παίζει ουσιαστικό ρόλο στο τετράπτυχο: διάγνωση- προστασία- θεραπεία- πρόληψη.

Η αποκατάσταση μπορεί να απευθύνεται μόνο στο παιδί που κακοποιήθηκε, σε μερικά ή και σε όλα τα αδέρφια του, στον έναν ή και τους δυο γονείς, ή, σπανιότερα, σε συγχρόνως όλα τα μέλη της οικογένειας. Σε αντίθεση με την προστασία που περιλαμβάνει κυρίως γρηγορότερες λύσεις όπως άμεση εισαγωγή του παιδιού «ξενώνα σε περιόδους κρίσης», ή άμεση τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια, η αποκατάσταση στοχεύει σε μακροπρόθεσμες λύσεις για το συμφέρον του παιδιού.

Συγχρόνως, η ποιότητα των προγραμμάτων παιδικής προστασίας που διαθέτει κάθε χώρα προσδιορίζει την ποιότητα ζωής των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Προγράμματα αναχρονιστικά, μακριά από τα σύγχρονα προβλήματα και τις ανάγκες, διαιωνίζουν ένα σύστημα που απομακρύνει τα παιδιά από γονείς μακροπρόθεσμα για να αντιμετωπιστούν συνήθως οικονομικά προβλήματα. 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 οικογένειας του και όχι η διαιώνιση του

θεσμικού και υπαλληλικού καθεστώτος της παραδοσιακής κλειστής ιδρυματικής περιθαλψής.

3.5.1. Τρόποι αποκατάστασης

A. Φοίτηση σε παιδικό σταθμό

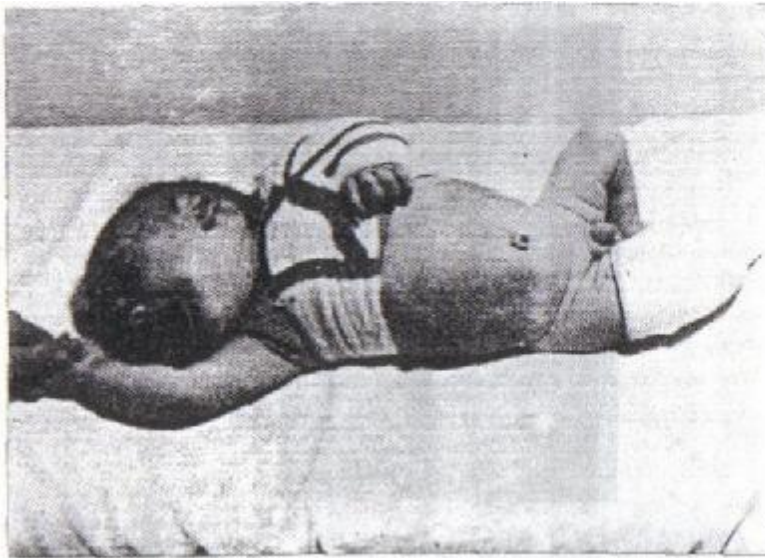
Για οποιαδήποτε «φυσιολογική» οικογένεια η φοίτηση ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας σε δημόσιο ή δημοτικό παιδικό σταθμό είναι υπόθεση ρουτίνας. Η συγκέντρωση των λίγων δικαιολογητικών που χρειάζονται και η εγγραφή του παιδιού τη συγκεκριμένη περίοδο που έχει ανακοινωθεί, αρκούν. Ακολουθεί η σταδιακή προσαρμογή του παιδιού στο σταθμό που προϋποθέτει να συνοδεύει η μητέρα το παιδί και να κάθεται για λίγη ώρα μαζί του ώσπου το παιδί να μπορέσει να την αποχωριστεί.

Οι απλές αυτές διαδικασίες για τις οικογένειες μας ήταν συχνά κάτι το ακατόρθωτο. Η κινητοποίηση τους για να πάρουν ένα απλό πιστοποιητικό προϋποθέτει γι' αυτές κινήσεις και αποφάσεις πρωτόγνωρες όπως π.χ. να σηκωθούν έγκαιρα το πρωί ώστε να προλάβουν κάποια συγκεκριμένη ώρα που δέχεται το κοινό μια υπηρεσία, να έχουν την ορισμένη μέρα τα χρήματα για εισιτήρια ή να έχουν κανονίσει που θα αφήσουν το μωρό τους για λίγη ώρα. Ανακαλύψαμε παιδιά που ουδέποτε είχε δηλωθεί η γέννηση του ή η βάπτισή τους ή δεν ήταν βαπτισμένα σε μεγάλη ηλικία. Άλλοτε, έπρεπε μαζί με μια αγχώδη μητέρα που ξεφώνιζε συγχρόνως στα 2-3 παιδιά της, να ανοίξουμε μαζί συρτάρια, ντουλάπια, να γυρίσουμε στρώματα, για ν' ανακαλύψουμε κάποιο πολυδιπλωμένο και κουρελιασμένο πιστοποιητικό γέννησης, μεταξύ στρώματος, εφημερίδων και ξύλινης βάσης του κρεβατιού.

Την απλή διαδικασία συγκέντρωσης πιστοποιητικών χρησιμοποιήσαμε συχνά σαν άσκηση κινητοποίησης των γονιών ώστε να ξεφύγουν για λίγο από την τόση κοινωνικής τους απομόνωση. Άλλοτε όμως έπρεπε να υποκαταστήσουμε πλήρως τα γονικά τους αυτά καθήκοντα ώστε να μην χαθούν προθεσμίες.

Ευτυχώς, στους περισσότερους παιδικούς σταθμούς βρίσκουμε μέχρι σήμερα κατανόηση για τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού αυτού. Η προϋπόθεση των παιδικών σταθμών να εργάζεται η μητέρα ξεπερνιόταν με την κατανόηση της μεγάλης ανάγκης που έχουν οι μητέρες για λίγη ξεκούραση ή για μια αρχή αναζήτησης εργασίας.

Το πρόγραμμα μας είχε την οικονομική δυνατότητα να καλύπτει οικονομικά τη φοίτηση του παιδιού σε ιδιωτικό παιδικό σταθμό της γειτονιάς όταν δεν μπορούσε να εξασφαλίσει θέση σε κρατικό σταθμό ή ακόμα και όταν παρά την εξασφάλιση αυτή, η μητέρα, για λόγους προσωπικούς δικούς της –κατάθλιψη, κακή σωματική υγεία, άρνηση να ενισχύσει την αυτονομία του παιδιού ή ακόμα και απορριπτική συμπεριφορά προς το παιδί- δεν ήταν διατεθειμένη να συνοδεύσει το παιδί το πρωί στο σταθμό και να το παίρνει το μεσημέρι. Πράγματι, σε δυο περιπτώσεις παιδιών κρίθηκε αναγκαία η κάλυψη του παιδιού σε ιδιωτικό σταθμό. Ακόμα και αυτή η λύση όμως ήταν δύσκολη για τις οικογένειες αυτές εφόσον προϋπέθετε να είναι έτοιμο το παιδί κάθε πρωί στις 7:30 π.μ. Έννοιες αυτονόητες για άλλους γονείς όπως «συνέπεια» και «σταθερότητα» φαίνεται ότι είναι άγνωστες για τους γονείς που κακοποιούν ή/ και παραμελούν τα παιδιά τους. Η βελτίωση όμως στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών από τη συναναστροφή τους με άλλα παιδιά και η λίγη ώρα ξεκούρασης που προσφέρθηκε στις μητέρες για να φροντίζουν ένα άλλο βρέφος ή ακόμα και τον ίδιο τους τον εαυτό, επιβεβαίωσε την αναγκαιότητα της σημαντικής αυτής βοήθειας που προσφέραμε στις οικογένειες αυτές.



Εικ.5: Κακοποιημένο παιδί ηλικίας 8 μηνών

B. Εισαγωγή σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης

Είναι γνωστή η ποιοτική ανεπάρκεια των πλαισίων κλειστής περίθαλψης παιδιών στην Ελλάδα. Ίσως να μην είναι αναλογικά γνωστή η επικινδυνότητα να παραμείνει ένα κακοποιημένο ή σοβαρά παραμελημένο παιδί στο σπίτι όταν η οικογένεια περνάει μια προσφορά μια περίοδο έντονης κρίσης ή όταν το παιδί ζει σε περιβάλλον χρόνιας κρίσης από τον καιρό που γεννήθηκε.

Στα πλαίσια του προγράμματός μας, η εισαγωγή σε ιδρύματα για μικρό ή μεγαλύτερο διάστημα προτείνεται όταν το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο παραμένοντας στην οικογένεια χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Έτσι, 72 παιδιά (34 κακοποιημένα και παραμελημένα και 38 αδέρφια τους) που προέρχονται από 34 οικογένειες, τοποθετήθηκαν προσωρινά σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης της περιοχής Αθήνας- Πειραιά. Στόχος της παρέμβασής μας ήταν να βελτιωθούν οι οικογενειακές συνθήκες έτσι ώστε να επιστρέψει το παιδί στην οικογένεια.

Για την επιλογή των ιδρυμάτων αυτών χρησιμοποιήσαμε την προσωπική μας εμπειρία από τη συνεργασία με ιδρύματα αλλά και τα αποτελέσματα από έναν εκτεταμένο ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της κλειστής περίθαλψης στην Ελλάδα, του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Αν και επιλέξαμε τα καλύτερα και περισσότερο «παιδοκεντρικά» πλαίσια, σε λίγες περιπτώσεις μπορούμε να πούμε ότι καλύφθηκαν οι ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες των παιδιών. Οι κύριες παρατηρήσεις μας είναι:

1. Κανένα ίδρυμα δεν συνεργάζεται με την οικογένεια του παιδιού ώστε να προγραμματιστεί η επιστροφή του ή -σε ακραίες περιπτώσεις- να διακοπεί η επικίνδυνη επικοινωνία.
2. Το πνεύμα που επικρατεί προς τους γονείς των παιδιών, συνήθως σε μεγάλα ιδρύματα, είναι ο συνδυασμός ανταγωνισμού για το γονικό ρόλο, επιθετικότητας, απόρριψης ή αδιαφορίας. Αυτό εκδηλώνεται συνήθως με αυστηρά περιοριστικά ωράρια επίσκεψης των παιδιών (π.χ. κάθε 3 μήνες ή κάθε πρώτη Κυριακή του μήνα 5-7 μ.μ.) και με υποτίμηση και απορριπτική συμπεριφορά του προσωπικού προς τους γονείς διάρκειας των επισκέψεων.
3. Υπήρχε ως τον Ιούνιο του 1984 σοβαρότατο πρόβλημα κάλυψης παιδιών 0-3 ετών. Το μοναδικό μέχρι τότε πλαίσιο στην Αθήνα κρίθηκε εξαιρετικά ανεπαρκές, αν και οι

καθημερινές ανάγκες κάλυψης του λεκανοπεδίου της Αττικής του εξασφαλίζουν απόλυτη πληρότητα. Η έναρξη λειτουργίας της Μονάδας-ξενώνα για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας, τον Ιούλιο 1984, έλυσε ένα σημαντικό πρόβλημα αποκατάστασης παιδιών 0-3 ετών.

4. Η κλειστή περίθαλψη που προσφέρεται για κορίτσια είναι ποσοτικά αλλά κυρίως ποιοτικά επαρκέστερη. Τα πλαίσια για αγόρια στεγάζονται σε μεγάλα απρόσωπα κτίρια -δωρεές μεγάλων ευεργετών- και είναι ποσοτικά αλλά κυρίως ποιοτικά ανεπαρκώς στελεχωμένα. Με βάση τη διαπίστωση αυτή, δυσκολότερα τολμούσαμε να απομακρύνουμε ένα αγόρι από την οικογένεια του άσχετα αν ήταν ανάγκη έστω και σαν προσωρινή λύση. Αν προσθέσει κανείς στο πρόβλημα αυτό το γεγονός ότι στο πρόγραμμα μας είχαμε υπερδιπλάσια αγόρια από κορίτσια, εύκολα εννοεί καθημερινό μας έντονο προβληματισμό και αδιέξοδο.

Συνθήκες επιστροφής ενός παιδιού από το ίδρυμα στη φυσική οικογένεια

Η εισαγωγή ενός παιδιού σε ίδρυμα στην Ελλάδα είναι συνήθως η αρχή μιας μακροχρόνιας «καριέρας» σε κλειστή περίθαλψη. Ο χρόνος της παραμονής δεν εξαρτάται μόνο από τους λόγους για τους οποίους εισήχθη αλλά συνάμα επηρεάζεται σημαντικά από τις ιδιαιτερότητες του φορέα που το παρέπεμψε, από το είδος και την ποιότητα του ιδρύματος, από οικογενειακούς παράγοντες και φυσικά από την ευρύτερη κρατική υποδομή που αφορά τη νομοθεσία και την παιδική προστασία.

Αν δηλαδή μια «διαλυμένη» οικογένεια με οξύ οικονομικό πρόβλημα ή με συζυγική δυσαρμονία απευθύνεται σε προνοιακή οργάνωση ζητώντας την εισαγωγή ενός ή περισσοτέρων παιδιών σε ίδρυμα «γιατί τα παιδιά είναι δύσκολα κι εμείς δεν τα βγάζουμε πέρα», ο κοινωνικός λειτουργός κάνει συνήθως διερευνητική επίσκεψη στο σπίτι ενώ συγχρόνως συγκεντρώνονται τα δικαιολογητικά και προτείνεται το ίδρυμα. Ακολουθεί η έγκριση εισαγωγής από το διοικητικό συμβούλιο του ιδρύματος και η εισαγωγή του παιδιού. Όταν το ίδρυμα διαθέτει κοινωνικό λειτουργό δημιουργείται μια αρχική γνωριμία με τους γονείς και πιθανόν ακολουθεί επίσκεψη στο σπίτι. Για το παιδί, συνήθως οι εξηγήσεις είναι λίγα μισόλογα για το «καινούργιο σχολείο», λίγα δάκρυα της μητέρας πριν τον αποχωρισμό κι ένα καλωσόρισμα παισιωμένο με «οδηγίες» από τον υπεύθυνο του ιδρύματος. Δεν προηγείται δηλαδή καμία συζήτηση με το παιδί και καμία ειδική προσαρμογή στο νέο πλαίσιο.

Είναι εύκολο ότι ένα παιδί που πρέπει να φύγει από το σπίτι, ή που επιθυμούν οι γονείς να το απομακρύνουν από κοντά τους, έχει ήδη μεγαλώσει τα πρώτα βασικά χρόνια της ζωής του κάτω από δυσμενείς συνθήκες. Οι συνθήκες αυτές περιλαμβάνουν φτώχεια, έλλειψη συναισθημάτων, παραμέληση, απόρριψη συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Φυσικό είναι ότι έχοντας μεγαλώσει κάτω από τέτοιες συνθήκες, το παιδί έχει ήδη παρουσιάσει διαταραχές όπως ενούρηση, εγκόπριση, επιθετικότητα, κ.α.. Όλα αυτά τα προβλήματα είναι αναμενόμενο ότι θα βρεθούν σε έξαρση στη διάρκεια του σταδίου προσαρμογής του παιδιού στο ίδρυμα. Προσπαθώντας να ελέγξει το περιβάλλον αναζητώντας πρόσωπα ταύτισης, αρχίζει να παίζει το παιχνίδι «μ' αγαπάς – δεν μ' αγαπάς» δοκιμάζοντας πρόσωπα και καταστάσεις. Παραβαίνει κανονισμούς, αρνείται να ακολουθήσει το καθημερινό πρόγραμμα των άλλων παιδιών, χρησιμοποιεί άσχημη γλώσσα, κλέβει προσωπικά αντικείμενα από τα άλλα παιδιά, ιδιαίτερα από τα πιο δημοφιλή και αγαπητά στο προσωπικό. Το προσωπικό, που συνήθως δεν είναι ειδικευμένο και που δεν έχει ακόμα δημιουργήσει σχέση με το παιδί, αντιδρά άμεσα βάζοντας το παιδί την αρχική ταμπέλα του «δύσκολου παιδιού». Εύκολα μπορεί κανείς να προβλέψει τη συνέχεια.

Ορισμένα παιδιά –ιδιαίτερα αγόρια- που παρουσιάζουν τέτοιου είδους προβλήματα, διώχνονται από τα ιδρύματα ακριβώς στο στάδιο αυτό της προσαρμογής, κυρίως γιατί το ανειδίκευτο προσωπικό δεν μπορεί να αντέξει το στάδιο αυτό. Καλούνται οι γονείς να το παραλάβουν και συνήθως ενώπιον του παιδιού περιγράφονται τα προβλήματα και απαγγέλλονται οι κατηγορίες του προσωπικού για το παιδί. Το παιδί επιστρέφει στο σπίτι με άλλη μια «απόρριψη» στο ενεργητικό του. Η εμπειρία μας από τέτοια περιστατικά είναι ότι η επιστροφή του παιδιού στο σπίτι συνοδεύεται από απορριπτική και υποτιμητική συμπεριφορά των γονιών και συχνά καταλήγει σε κακοποίηση.

Ο κύκλος αυτός από ίδρυμα σε ίδρυμα μπορεί να συνεχιστεί για πολλά παιδιά που εξελίσσονται σε παραπτωματικούς εφήβους, με όλες τις αναμενόμενες συνέπειες. Η παρακολούθηση κακοποιημένων παιδιών που είχαν παραπεμφθεί στην ομάδα μας πριν 7-8 χρόνια και τώρα είναι σε εφηβική ηλικία δείχνει, ότι η διαφύλαξη της σωματικής ακεραιότητας ενός παιδιού με την παρέμβαση μας στην οικογένεια συχνά δεν μπορεί να αναστείλει την επίδραση άλλων πολύ ισχυρότερων δυσμενών παραγόντων που συνδέονται με τη φτώχεια, την ανεργία, τις κακές συνθήκες κατοικίας και την έλλειψη υποστηρικτικών υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα.

Εκτός από τα παιδιά που επιστρέφουν στα σπίτια τους διωγμένα από τα ιδρύματα επειδή δεν μπορούν να «προσαρμοστούν», υπάρχει μια άλλη μεγαλύτερη κατηγορία παιδιών που επιστρέφονται στην οικογένεια όταν αυτή σε κάποια νέα εξελικτική της φάση πληρεί ορισμένες «προϋποθέσεις» που κρίνονται βασικές γι' αυτούς που έχουν την ευθύνη της περίπτωσης.

Τα κριτήρια όμως αυτά μπορεί να είναι κοινωνικά παραδεκτές συνθήκες όπως « ο γάμος» σε περίπτωση γονιών παιδιού εκτός γάμου, η ενοικίαση ενός καλύτερου σπιτιού, η αγορά ορισμένων οικιακών συσκευών και επίπλων, με κανένα όμως τρόπο δεν εγγυώνται για τη βελτίωση των σχέσεων των γονιών με το συγκεκριμένο παιδί. Ένα παιδί δηλαδή που έχει απομακρυνθεί από μια αιμομικτική οικογένεια που ζούσε κάτω από άθλιες συνθήκες δεν νοείται να επιστρέψει επειδή βελτιώθηκαν οι συνθήκες κατοικίας και ο πατέρας βρήκε δουλειά.

Ιδιαίτερα προσεκτικοί πρέπει να είμαστε σε περιπτώσεις βρεφών και νηπίων που απομακρύνονται από τη μητέρα τους με διάγνωση κακοποίησης ή διαταραχής δεσμού. Οι Oliver και συν. Αναφέρουν ότι για την ασφαλέστερη επιστροφή παιδιών στη φυσική οικογένεια μετά από απομάκρυνση τους σε ίδρυμα ή ανάδοχη οικογένεια, πρέπει να συντρέχουν τέσσερις βασικές προϋποθέσεις:

1. Να έχει βελτιωθεί η εικόνα των γονιών για τον εαυτό τους και να έχουν ξεφύγει από την κοινωνική τους απομόνωση.
2. Να αντιμετωπίζουν το παιδί με ευχαρίστηση αναγνωρίζοντας τα θετικά του σημεία, χωρίς να το θεωρήσουν «αντικείμενο».
3. Να έχουν αποκτήσει την ικανότητα να αντιμετωπίζουν μόνοι τους τις διάφορες οικογενειακές κρίσεις χωρίς εξωτερική βοήθεια.
4. Κατά τα δοκιμαστικά Σαββατοκύριακα που το παιδί επιστρέφει στο σπίτι του, η οικογένεια να αντλεί ευχαρίστηση από αυτή την επανασύνδεση.

Αξίζει να γίνει στην Ελλάδα μια έρευνα με στόχο να αξιολογηθεί με τα κριτήρια αυτά κάθε επιστροφή παιδιού στην οικογένεια του, από ίδρυμα κλειστής περίθαλψης και ανάδοχη οικογένεια.

Γ. Ανάδοχες οικογένειες

Αν και η αποκατάσταση ενός παιδιού σε ανάδοχη οικογένεια πολύ πιο συμφέρουσα λύση για το παιδί από την εισαγωγή του σε ίδρυμα, η ανάπτυξη του θεσμού των

αναδόχων οικογενειών στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά περιορισμένη με αποτέλεσμα παιδιά να εισάγονται σε ιδρύματα ακατάλληλα ή να παραμένουν σε δυσλειτουργικές και επικίνδυνες γι' αυτά οικογένειες. Ιδιαίτερα τα παιδιά 0-5 ετών που πρέπει να απομακρυνθούν για μικρό ή μεγάλο διάστημα από τις φυσικές τους οικογένειες, η ανάδοχη οικογένεια είναι η μόνη που μπορεί να αναπληρώσει τη φυσική και να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες που έχουν τα παιδιά αυτής της ηλικίας. Ο δεσμός του παιδιού με ένα σταθερό και νόμιμο καθημερινό υποκατάστατο δεν μπορεί να αντικατασταθεί με κανένα άλλο πλαίσιο όσο και η φροντίδα είναι εξειδικευμένη και πολυεπιστημονική. Η πραγματικότητα της πολλαπλής μητρότητας στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης είναι επιβαρυντική για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη των παιδιών.

Στην Ελλάδα, ο θεσμός των ανάδοχων οικογενειών είναι ατελώς ανεπτυγμένος. Το 1985 υπήρχαν μόνο 650 ανάδοχες οικογένειες που εποπτεύονταν από τους δυο φορείς παιδικής προστασίας στην Ελλάδα που έχουν δικαίωμα να αναπτύσσουν προγράμματα ανάδοχων οικογενειών. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, το ΠΙΚΠΑ κάλυπτε το 1985, 610 ανάδοχες οικογένειες ενώ το Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» 40.

Η παραμονή ενός παιδιού σε ανάδοχη οικογένεια στην Ελλάδα, όπως και η παραμονή του σε ίδρυμα, δεν είναι νομικά κατοχυρωμένη. Μόνο το Παιδικό Χωριό SOS έχει προϋπόθεση για την εισαγωγή κάθε παιδιού την ανάθεση της επιμέλειάς του Παιδικό Χωριό. Σε οποιοδήποτε άλλο πλαίσιο κλειστής περίθαλψης ή και σε ανάδοχη οικογένεια, ο γονιός, ασκώντας τη γονική επιμέλεια μπορεί να επιτύχει την επιστροφή του παιδιού του. Η πειθώ των κοινωνικών λειτουργών ή άλλων εκπροσώπων ιδρυμάτων ή φορέων παιδικής προστασίας δεν επαρκεί για να αντικρούσει τις προθέσεις ενός διαταραγμένου γονιού. Ιδιαίτερα η απειλή βίας ή και άσκηση της έχει ωθήσει πολλούς φορείς να επιστρέψουν παιδιά στους γονείς τους, παρά τον εξαιρετικό κίνδυνο που διατρέχουν. Έτσι, νεαρά κορίτσια προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας επιστρέφουν σε αιμομικτικές οικογένειες, μικρά παιδιά ξαναγυρίζουν σε γονείς που συστηματικά τα κακοποιούν και τα παραμελούν και που γι' αυτούς τους λόγους απομακρύνθηκαν από αυτούς. Η έλλειψη νομικής κάλυψης των κοινωνικών λειτουργών ή επισκεπτών υγείας που αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά και ο γενικότερος πολύ πραγματικός φόβος για τη βία, είναι το αναμενόμενο ότι επηρεάζει την τακτικά που πρέπει να ακολουθηθεί, ακόμα κι αν αυτό είναι ενάντια στο συμφέρον του παιδιού.

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού δεν είναι εξουσιοδοτημένος φορέας για ανεύρεση ή χρηματοδότηση ανάδοχων οικογενειών, στα πλαίσια του προγράμματός μας, 22 παιδιά (10 κακοποιημένα και 12 αδέρφια) τοποθετήθηκαν στο διάστημα αυτής της διετίας σε ανάδοχες οικογένειες. Όλες οι οικογένειες, εκτός από τις τρεις, επιδοτήθηκαν από το πρόγραμμα αναδόχων του ΠΙΚΠΑ, μια επιδοτήθηκε από το Κ. Β. ΜΗΤΕΡΑ, ενώ δυο παιδιά νηπιακής ηλικίας τοποθετήθηκαν για περιορισμένο χρονικό διάστημα σε γνωστές στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού οικογένειες και επιδοτήθηκαν με συμβολικό ποσό από το πρόγραμμα Κακοποίησης – Παραμέλησης του Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Είναι επιβεβλημένη η αναθεώρηση και επαναδιοργάνωση του θεσμού των ανάδοχων οικογενειών στην Ελλάδα με βάση την εμπειρία των ξένων χωρών και τη μακρόχρονη λειτουργία του θεσμού στην Ελλάδα.

Δ. Υιοθεσία

Η υιοθεσία είναι η αποτελεσματικότερη και πιο ευοίωνη λύση για παιδιά που δεν έχουν προοπτική να παραμείνουν με τη φυσική τους οικογένεια. Σε περιπτώσεις κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών που μεγαλώνουν σε οικογένειες με σοβαρή παθολογία που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή τους και τη φυσιολογική ψυχοκοινωνική τους

εξέλιξη, η έγκαιρη νομική παρέμβαση εξασφαλίζει το νόμιμο, μακροπρόθεσμο συμφέρον των παιδιών. Οι γονικές προϋποθέσεις όμως για την υιοθεσία είναι η σύνεση του ή των γονιών στο δικαστήριο, ή η αναπλήρωση αυτής της συναίνεσης όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις γονικής ανεπάρκειας ή επικινδυνότητα που προβλέπει ο νόμος.

Διεθνώς, το ποσοστό κακοποιημένων παιδιών που υιοθετούνται είναι χαμηλή εφόσον δεν ξεπερνάει το 2%. Συγχρόνως, ένα πολλαπλάσιο ποσοστό παιδιών (10-20%) πάντα θα μεγαλώνουν σε εξαιρετικά παθολογικές, πολυπροβληματικές οικογένειες με πολύ κακή πρόγνωση για την ομαλή σωματική και ψυχική τους εξέλιξη και κοινωνική τους προσαρμογή. Με σιγουριά τα παιδιά αυτά οδηγούνται στον κλασικό κύκλο της κακοποίησης – προβλημάτων της συμπεριφοράς – σχολικής αποτυχίας – παραπρωματικότητας – ανεργίας ή υποαπασχόλησης – προβλημάτων στην άσκηση του γονικού ρόλου – κακοποίησης, παραμέλησης των παιδιών.

Όλα αυτά τα παιδιά θα μπορούσαν έγκαιρα να προωθήσουν για υιοθεσία αν η Πολιτεία αναλογιζόταν τον κύκλο αυτό και παρέβαινε νομικά και κοινωνικά με σκοπό το απόλυτο συμφέρον των παιδιών. Οι κυριότερες δυσκολίες για μια τέτοια παρέμβαση είναι:

1) Τα περισσότερα παιδιά είναι νόμιμα, και για τον άπειρο επαγγελματία δεν μπορούν να χαρακτηριστούν σαν ομάδα «υψηλού κινδύνου» εφόσον τα καλύπτει ο θεσμός της «νόμιμης οικογένειας».

2) Υπάρχει μια γενικότερη νοοτροπία στην Ελλάδα να μην παρεμβαίνει η Πολιτεία εύκολα στην οικογένεια, οι δε γείτονες να «μην ανακατεύονται στον άλλου το σπίτι». Το γνωστό αυτό «άβατο» της Ελληνικής οικογένειας ευθύνεται για μεγάλο αριθμό παιδιών που κακοποιήθηκαν και παραμελήθηκαν σωματικά και ψυχικά και εξελίχθηκαν σε προβληματικά, αντιπαραγωγικά άτομα που αργότερα η ίδια Πολιτεία επιδοτεί με άλλους τρόπους (αναμορφωτήρια, ειδική εκπαίδευση, ιδρύματα, προγράμματα για ψυχικά ασθενείς, ανέργους, κ.α.)

3) Οι κοινωνικές υπηρεσίες στην Ελλάδα λειτουργούν κυρίως με προνοιακά στελέχη (κοινωνικούς λειτουργούς) και διοικητικούς υπαλλήλους. Δεν υπάρχουν διεπιστημονικές ομάδες που μπορούν να προσφέρουν όχι μόνο μια πολύπλευρη επιστημονική διάγνωση και παρακολούθηση, αλλά και συναίσθημα ασφάλειας στα στελέχη «της πρώτης γραμμής».

4) Η έλλειψη νομικών συμβούλων ή ο περιορισμός της απασχόλησης αυτών που υπάρχουν σε εργασιακά θέματα του φορέα, στερεί τη δυνατότητα νομικής παρέμβασης με σκοπό την αναπλήρωση της συναίνεσης των γονιών για υιοθεσία. Φυσικά, εξαίρεση αποτελούν οι επίσημοι φορείς υιοθεσιών στην Ελλάδα που λειτουργούν με ενεργοποιημένη νομική υπηρεσία.

5) Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε μορφή βίας δημιουργεί στο άτομο αισθήματα φόβου, πανικού και ακινητοποίησης. Είναι εύλογο δε ότι ένας κοινωνικός λειτουργός μόνος, χωρίς την υποστήριξη ομάδας και νομικού συμβούλου, να διστάζει ή να μην ξέρει πώς να παρέμβει δραστικά σε τέτοιες οικογένειες.

6) Η έλλειψη Οικογενειακού Δικαστηρίου για την αντιμετώπιση υποθέσεων οικογενειακού δικαίου συντελεί στη γενικότερη αυτή εικόνα της ακινητοποίησης της Πολιτείας σε περιπτώσεις όπου θίγεται το συμφέρον μικρών παιδιών.

Στο διάστημα αυτό, στα πλαίσια του προγράμματος αποκατάστασης, προωθήθηκαν για υιοθεσία 8 παιδιά. Από αυτά, ένα ήταν το ίδιο το παιδί που παραμελήθηκε, ενώ στις άλλες περιπτώσεις ήταν νεογέννητα αδέρφια μεγαλύτερων ήδη κακοποιημένων παιδιών. Όλα προέρχονταν από χαοτικές, πολύ προβληματικές οικογένειες όπου η σωματική κακοποίηση και παραμέληση ήταν μια από τις εκδηλώσεις της οικογενειακής και κοινωνικής τους παθολογίας. Η παρέμβαση της ομάδας μας ήρθε πολύ αργά για φέρει δραστικές αλλαγές στη ζωή των μεγαλύτερων παιδιών της οικογένειας και περιορίστηκε

στη βελτίωση των γενικότερων συνθηκών ζωής. Η ίδια παρέμβαση όμως ήταν ιδιαίτερα επιτυχής όσον αφορά τα νεογέννητα αδελφάκια που αποκαταστάθηκαν μόνιμα με την υιοθεσία πριν αρχίσουν να υφίστανται τις βλαβερές επιρροές της φυσικής τους οικογένειας.

Εκτίμηση της κοινωνικής αποκατάστασης των παιδιών τρία χρόνια αργότερα

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή του κεφαλαίου αυτού, η κοινωνική αποκατάσταση παιδιών και οικογένειας έχει σημαντική επαλληλία με τη θεραπευτική παρέμβαση και την προστασία των παιδιών. Η αποκατάσταση που λειτουργεί αυτόνομα, ξέχωρα δηλαδή από προοπτικές για επανασύνδεση του παιδιού με τη φυσική του οικογένεια κι αν αυτό είναι αδύνατο, τότε, για μόνιμη νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση, κυρίως με τη μορφή της υιοθεσίας ή της εξασφάλισης του σε συγγενικό ή άλλο οικογενειακό περιβάλλον. Όταν δηλαδή οι επαγγελματίες επιλέγουν σαν λύση την απομάκρυνση του παιδιού από το παθολόγο οικογενειακό περιβάλλον χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια αλλαγής των οικογενειακών συνθηκών, τότε είναι σχεδόν σίγουρο ότι το παιδί θα παραμείνει σε κλειστή περίθαλψη για πολλά χρόνια, συχνά έως την ενηλικίωση του.

Το Νοέμβρη του 1986, τρία δηλαδή χρόνια μετά το τέλος του προγράμματος που κάλυψε την περίοδο Σεπτέμβριος 1981 – Σεπτέμβριος 1983, επανεκτιμήσαμε την αποκατάσταση των παιδιών με σκοπό την αξιολόγηση της παρέμβασής μας.

Στον πίνακα παρουσιάζεται η σημερινή εικόνα 102 μαθητών που 3-5 χρόνια νωρίτερα έπρεπε να απομακρυνθούν από τη φυσική τους οικογένεια στο στάδιο της κρίσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Κοινωνική αποκατάσταση σε 47 κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και 55 αδέρφια τους 3-5 χρόνια αργότερα

	ΠΑΙΔΙΑ		
	Κα Πα	Αδέρφια	Σύνολο
1. Επιστροφή στην οικογένεια	31	40	71
2. Σε κλειστή περίθαλψη	9	13	22
Από αυτά:			
α)θεραπευτικό πλαίσιο	(2)	(6)	(8)
β)τεχνητή οικογένεια	(3)	(1)	(4)
γ)άσυλο (Λέρος) 1 παιδί με			
σοβαρή καθυστέρηση	(1)	-	(1)
δ)ίδρυμα	(3)	(3)	(6)
ε)Παιδικό χωρίο SOS	-	(3)	(3)
3.Ανάδοχη οικογένεια	4	2	6
4.Υιοθεσία	2	-	2
5.Θάνατος	1	-	1
ΣΥΝΟΛΟ	47	55	102

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι η θεραπευτική παρέμβαση της ομάδας μας στις οικογένειες που κακοποίησαν ή/ και παραμέλησαν τα παιδιά τους στη διετία 1981- 1983 είχε σαν αποτέλεσμα ο μεγαλύτερος αριθμός των παιδιών (72:102) να επιστρέψουν στις φυσικές τους οικογένειες κάτω από βελτιωμένες συνθήκες ζωής. Από τα 22 παιδιά που παραμένουν σε κλειστή περίθαλψη μόνο τα 6 ζουν σε παραδοσιακά ιδρύματα, κι αυτό γιατί οι γονείς τους δεν συμφωνούν για άλλου είδους αποκατάσταση ενώ συγχρόνως δεν φαίνεται να υπάρχουν νομικές υποθέσεις για άρση της γονικής επιμέλειας ώστε τα παιδιά να αποκατασταθούν αλλού.

Ένα παιδί κατέληξε στο άσυλο της Λέρου γιατί συνυπήρχαν σοβαρή νοητική καθυστέρηση και ακόμα πιο σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. Τα υπόλοιπα 15 παιδιά ζουν κάτω από τις καλύτερες δυνατές συνθήκες «κλειστής» διαβίωσης σε επιλεγμένα πλαίσια που είτε έχουν θεραπευτικό προσανατολισμό συνδυάζοντας οικοτροφείο, ειδική εκπαίδευση και ψυχοθεραπευτική αγωγή, είτε λειτουργούν με τη μορφή τεχνητών οικογενειών με 6-8 παιδιά.

Σημειώνεται επίσης ότι μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός των παιδιών που έζησαν για κάποιο διάστημα σε ανάδοχες οικογένειες. Σήμερα, 6 παιδιά ζουν σε ανάδοχες οικογένειες, τα περισσότερα από αυτά σε συγγενικές. Με τα δυο παιδιά που προστέθηκαν στα 8 που είχαν υιοθετηθούν ανέβηκε σε 10 παιδιά, 3 κακοποιημένα- παραμελημένα και 7 αδέρφια τους. Παρατηρείται δηλαδή ότι σε περιπτώσεις οικογενειών με σοβαρή παθολογία που κάθε είδους παρέμβαση αποτυγχάνει και που απέκτησαν άλλο παιδί στη διάρκεια της συνεργασίας μαζί τους, μπορέσαμε να παρέμβουμε δραστικά και να προωθηθεί το καινούργιο μωρό για υιοθεσία πριν υποστεί την τύχη των αδερφών του. Διεθνώς η αναλογία υιοθεσιών σε πληθυσμό σωματικά κακοποιημένων παιδιών κυμαίνεται από 1-2%. Παρόλο που ο ελληνικός νόμος και η παιδική προστασία δεν ευνοούν την προώθηση κακοποιημένων παιδιών για υιοθεσία, το ανάλογο ποσοστό στο δικό μας υλικό ήταν 3,3% στον πληθυσμό των κακοποιημένων παιδιών και 6% σε αδέρφια που γεννήθηκαν μετά.

Ε. Οικογενειακός προγραμματισμός

Ένα σταθερό εύρημα στο ιστορικό των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών είναι ότι τα περισσότερα άρχισαν τη ζωή τους μέσα σε κλίμα απόρριψης. Ήταν δηλαδή κτήσεις απρογραμματίστες και ανεπιθύμητες, συχνά σε αντίθεση με άλλα αδέρφια τους που ήταν προγραμματισμένα και επιθυμητά. Συχνά οι μητέρες τους σκέφτηκαν να προχωρήσουν σε διακοπή της κύησης αλλά δεν προχώρησαν ποτέ σ' αυτό γιατί ήταν εξαιρετικά ακινητοποιημένες ή άκουσαν τη συμβουλή κάποιου φίλου ή συγγενή ή – συνηθέστερα ακόμη- δεν είχαν χρήματα για να καλύψουν την αμοιβή του γιατρού.

Όλες σχεδόν οι μητέρες του προγράμματος μας που ρωτήθηκαν θεωρούσαν την έκτρωση σαν το πιο σίγουρο τρόπο οικογενειακού προγραμματισμού. Υπήρχε άγνοια για το ενδομήτριο σπείραμα και φόβος για τυχόν παρενέργειες που προκαλεί το αντισυλληπτικό χάπι.

Ένας από τους κύριους στόχους της συμβουλευτικής μας βοήθειας στις οικογένειες αυτές, ήταν ο προγραμματισμός των κήσεων, εφόσον κύριοι προσθετικοί παράγοντες της κακοποίησης και παραμέλησης ενός παιδιού είναι η ανεπιθύμητη και

απρογραμματίστη σύλληψη του, τα μικρά μεσοδιαστήματα μεταξύ των κήσεων, ενώ πολύ συχνά, οι μητέρες όταν κακοποιούν είναι έγκυες.

Σε συνεργασία με το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα» προσπαθήσαμε να ανταποκριθούμε στις ανάγκες αυτές. Έτσι συνοδεύαμε στο «Αλεξάνδρα» κάθε μητέρα που κρίναμε ότι χρειαζόταν να πάει και όταν εκείνη συμφωνούσε. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις, για να δεχθεί μια μητέρα κάτι τέτοιο έπρεπε να προηγηθεί μακρά συνεργασία που στόχευε στο να μειώσει ψυχολογικές αντιστάσεις, να αλλάξει καθιερωμένες κοινωνικές αντιλήψεις και να αντιμετωπίσει πρακτικά προβλήματα όπως π.χ. τη φύλαξη των παιδιών όταν θα απουσίαζε.

Η πρώτη επαφή των μητέρων που συνοδεύαμε στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα» κάλυπτε την ενημέρωση τους πάνω σε όλη τη φιλοσοφία και την πρακτική του θεσμού και τη λήψη ατομικού γυναικολογικού και μαιευτικού ιστορικού. Εφόσον οι μητέρες δεν είχαν επαφή με το σύντροφο τους το προηγούμενο 48ωρο, λαμβάνονταν έκκριμα για τεστ Παπανικολάου και γίνονταν γυναικολογική εξέταση. Αν όλα ήταν καλά, η μητέρα ακολουθούσε τη συμβουλή του γιατρού για τη μέθοδο που της «ταίριαζε» περισσότερο, που συνήθως ήταν ενδομήτριο σπείραμα. Παρόλη τη διαρκή παρουσία μας πλάι σε κάθε μητέρα σε κάθε επίσκεψη της στο «Αλεξάνδρα», 24 μητέρες περιορίστηκαν στο στάδιο της συμβουλευτικής ενημέρωσης και δεν συνέχισαν από εκεί και πέρα, ενώ 28 μητέρες χρησιμοποίησαν μια από τις 4 διαφορετικές μεθόδους.

Η διακοπή της κύησης στις 6 περιπτώσεις έγινε νόμιμα εφόσον η ψυχική υγεία διέτρεχε περαιτέρω κίνδυνο από μια πρόσθετη κύηση. Όλες οι μητέρες που παρακολουθούνταν από τον ψυχίατρο της ομάδας. Για να γίνει διακοπή χρειάστηκαν 2 ψυχιατρικές γνωματεύσεις από μη ιδιώτες ψυχιάτρους και η έγκριση του καθηγητή-διευθυντή της κλινικής του Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Μαιευτηρίου «Αλεξάνδρα».

Για νέες μητέρες που έχουν μικρά παιδιά, η λύση του ενδομήτριου σπειράματος είναι ευκολότερα αποδεκτή εφόσον τους εξηγείται ότι όποτε θελήσουν να κάνουν άλλο παιδί θα μπορούν να επιλέξουν συνειδητά τον κατάλληλο χρόνο. Είναι ενδιαφέρον να αναφερθούν οι διάφοροι φόβοι και δοξασίες των μητέρων που σίγουρα θα απεικονίζουν ανάλογες αντιλήψεις του ευρύτερου πληθυσμού. Ένας συγκεκριμένος φόβος αφορά «το ξένο σώμα μέσα στο σώμα τους» και τις συνέπειες του. Συζητώντας γι' αυτό, συχνά ανακαλύπταμε τέλεια άγνοια της περιοχής αυτής του σώματος. Λέξεις όπως «ωοθήκες», «σάλπιγγες», «κόλπος», «ωορρηξία» ήταν άγνωστες, «όπως ήταν και η λειτουργία κάθε οργάνου. Ανάλογα άγνωστος ήταν και ο μηχανισμός των εκτρώσεων και οι συνέπειες του. Οι δοξασίες συνδέονταν περισσότερο με το γυναικείο ρόλο στην Ελλάδα αλλά και με την ποιότητα της προσωπικής σχέσης κάθε ζευγαριού. Οι περισσότερες μητέρες πίστευαν ότι το ενδομήτριο σπείραμα θα ενοχλούσε τον άνδρα τους κατά την επαφή με αποτέλεσμα να μειώνεται η ικανοποίησή του. Ορισμένες εκφράσανε το φόβο μήπως έτσι ο άνδρας τους θελήσει να αναζητήσει ικανοποίηση δημιουργώντας σχέση με μια άλλη γυναίκα. Ακόμα δε και μετά την τοποθέτηση του σπειράματος, συχνά έπρεπε να απαντήσουμε σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, φόβους και να τις προτρέπουμε να τηρούν τις προϋποθέσεις του ιατρικού επανέλεγχου. Σε ορισμένες περιπτώσεις ακινητοποιημένων μητέρων, χρειάστηκε να τις συνοδεύσουμε στο Νοσοκομείο για κάθε επανέλεγχο.

Τέσσερις μητέρες δέχθηκαν να κάνουν στείρωση. Κρίθηκε, με βάση το μαιευτικό τους ιστορικό, την ψυχική τους υγεία αλλά κυρίως την οικογενειακή παθολογία που οδηγούσε στη σοβαρή κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους, ότι η στείρωση ήταν η μόνη λύση. Όλες ήταν πολύτεκνες (2 με 4 παιδιά και 2 με 5 παιδιά), δεν επιθυμούσαν αλλά και

είχαν ήδη κάνει πολλές εκτρώσεις κάτω από κακές συνθήκες, σε κακής ποιότητας ιδιωτικές μητέρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι 2 από τις μητέρες ανέφεραν ότι μετά τη στείρωση, για πρώτη φορά στη ζωή τους είχαν οργασμό.

Μια μόνο μητέρα προτίμησε το χάπι σαν μέθοδο αντισύλληψης. Πιστεύουμε ότι αυτό συνδέεται και με το γεγονός ότι σε περιπτώσεις ατόμων με χαμηλή νοημοσύνη, κλονισμένη ψυχική υγεία, αντικοινωνική συμπεριφορά και πολλαπλά κοινωνικά προβλήματα, οι γιατροί του Τμήματος Οικογενειακού Προγραμματισμού προτιμούν να συστήνουν άλλες μεθόδους από ο χάπι, που απαιτεί κάποια ατομική συγκρότηση για να παίρνεται σταθερά.

Πέρα όμως από τις συγκεκριμένες μεθόδους που ακολούθησαν οι μητέρες που δέχθηκαν να συνεργαστούν στον τομέα αυτό, οι εντυπώσεις μας ότι ένας πολύ μεγαλύτερος αριθμός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της διακεκομμένης συνουσίας για αντισύλληψη.

Η εμπειρία μας έδειξε ότι ο οικογενειακός προγραμματισμός πρέπει να είναι ένας σημαντικός στόχος κάθε προγράμματος ή πλαισίου που ασχολείται με κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά και τις οικογένειες τους. Αλλά κάθε φορέας ψυχικής υγείας ή πρόνοιας μέσα στην κοινότητα πρέπει να στοχεύει στην ενημέρωση των κατοίκων σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού. Επειδή όμως ο πληθυσμός που έχει ιδιαίτερη ανάγκη για οικογενειακό προγραμματισμό δεν έχει κίνητρα να τον αναζητήσει, είναι επιβεβλημένη η εντόπιση των οικογενειών αυτών μέσα σε κάθε κοινότητα, με καλά εκπαιδευμένους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να περιλαμβάνεται σε προληπτικά κοινοτικά προγράμματα με στόχο προγραμματισμένες οικογένειες ενώ σημαντική είναι η συμβολή του σε πολύτεχνες προβληματικές οικογένειες, διαταραγμένα άτομα νεαρής ηλικίας, νέα ανώριμα ζευγάρια, βίαιες οικογένειες. Η πείρα μας έδειξε ότι τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού που συνδυάζουν τη συμβουλευτική προσέγγιση και ενημέρωση με την κλινική εφαρμογή (δηλαδή τοποθέτηση σπειράματος, στείρωση κ.α.) είναι λειτουργικά προσφορότερα για τον πληθυσμό, ιδιαίτερα εκείνον που έχει μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση βοήθειας. Κι αυτό, γιατί η συνεργασία μιας γυναίκας μ' έναν άγνωστο επαγγελματία –άνδρα ή γυναίκα- και για ένα τόσο προσωπικό θέμα, προϋποθέτει την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης που δύσκολά μεταφέρεται από το ένα κέντρο στο άλλο στην περίπτωση που το ένα προσφέρει μόνο ενημέρωση.

Ιδιαίτερα στην περίπτωση των μητέρων που κακοποιούν ή/ και παραμελούν τα παιδιά τους, με κύρια χαρακτηριστικά την καχυποψία, την κοινωνική απομόνωση, την αμφιθυμία και αντίθεση με την εξουσία και την παραμέληση του ίδιου του εαυτού τους, η προσπάθεια για οικογενειακό προγραμματισμό διευκολύνεται με το κέντρο που συνδυάζει ενημέρωση και πρακτική ιατρική εφαρμογή.

ΣΤ. Φοίτηση σε ημερήσιο ειδικό σχολείο

Το ειδικό σχολείο ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που το παιδί είναι νοητικά μειονεκτικό ή παρουσιάζει προβλήματα μάθησης ή διαταραχές συμπεριφοράς τόσο σοβαρές που να του αναστέλλουν τη δυνατότητα να φοιτήσει σε κανονικό σχολείο. Τα περισσότερα κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά ανήκουν στη δεύτερη και τρίτη κατηγορία. Είναι δηλαδή παιδιά που γεννήθηκαν φυσιολογικά αλλά που η επίδραση του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος ή των εξαιρετικά δυσμενών συνθηκών ζωής έχει επηρεάσει την ομαλή νοητική και ψυχική τους εξέλιξη και την κοινωνική τους

προσαρμογή. Παιδιά με απόλυτα φυσιολογική νοημοσύνη δεν μπορούν στην ηλικία των 12 ετών να σχηματίσουν γραπτή πρόταση ή να κάνουν απλές αριθμητικές πράξεις, ενώ κατανοούν το προφορικό λόγο.

Η αποτυχία τους στο σχολείο, σε συνδυασμό με την απόρριψη και υποτίμηση από τους γονείς τους, τα ωθεί στην ανάπτυξη άλλων αντισταθμιστικών διεξόδων συμπεριφοράς που συχνά εκδηλώνονται με φυγές από το σχολείο, επιθετικότητα, κλοπές από συμμαθητές, απόσυρση. Τα παιδιά αυτά δύσκολα μπορούν να ωφεληθούν από ένα κλασικό ειδικό σχολείο που απευθύνεται σε παιδιά που υστερούν νοητικά. Χρειάζονται συνδυασμό αντιμετώπισης των διαταραχών συμπεριφοράς από κατάλληλους ειδικούς – ψυχολόγο, παιδοψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό- με ειδικές παιδαγωγικές μεθόδους και ανάλογο σχολικό πρόγραμμα.

Στο μοναδικό τέτοιο σχολείο – ίδρυμα που υπάρχει στην Ελλάδα και λειτουργεί με υψηλές προδιαγραφές ήδη έχουν παραπεμφθεί από το πρόγραμμα μας και φοιτούν εκεί 20 παιδιά. Η εξέλιξη των παιδιών αυτών μας καθιστά αρκετά αισιόδοξους για την ποιότητα των φυσικών οικογενειών και τη συχνότητα και το είδος της επικοινωνίας που έχουν. Παιδιά από εξαιρετικά παθολογικές οικογένειες που τις επισκέπτονται στις σχολικές διακοπές, έστω και για λίγο, επιστρέφουν αποδιοργανωμένα.

3.5.2.ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ που συναντήσαμε στη διαδικασία της αποκατάστασης παιδιών και οικογενειών συνοψίζονται παρακάτω:

1) Ατελής ευαισθητοποίηση «ειδικών» (γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, νομικών, κ.α.). Στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα «νησίδες» ευαισθητοποίησης. Δηλαδή, το προσωπικό του Νοσοκομείου Παίδων Αγία Σοφία είναι το περισσότερο ενημερωμένο επειδή η ομάδα μας συστεγάζεται στο χώρο του Νοσοκομείου. Σε άλλα Νοσοκομεία, η παρουσία ενός ευαισθητοποιημένου γιατρού μπορεί να αλλάξει το διαγνωστικό κλίμα για κάθε περίπτωση παιδιού με μη τυχαία κάκωση.

2) Ποιοτικά και ποσοτικά ανεπαρκής παιδική προστασία. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα προγράμματα παιδικής προστασίας που πρέπει να καλύψουν κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και τις οικογένειες τους, όχι μόνο δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες, αλλά κατά καιρούς γίνονται τα ίδια επικίνδυνα για τη ζωή ακόμα των παιδιών που προστατεύουν.

3) Έλλειψη Οικογενειακού Δικαστηρίου για την πληρέστερη νομική αντιμετώπιση υποθέσεων οικογενειακού δικαίου.

4) Έλλειψη ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων που να εξασφαλίζουν προσωρινά την παραμονή του παιδιού σε ασφαλές μέρος (νοσοκομείο, ανάδοχη οικογένεια, ίδρυμα), παρά τη θέληση των γονέων του και ώσπου να αξιολογηθεί το οικογενειακό περιβάλλον. Η διαδικασία αυτή που στην Αγγλία ονομάζεται «εντολή για την εξασφάλιση προστασίας» (place of safety order) μπορεί να ζητηθεί από το δικαστή ανηλίκων, τον εισαγγελέα ανηλίκων ή τον ειρηνοδίκη, από γιατρό, κοινωνικό λειτουργό, προϊσταμένη νοσηλευτικού προσωπικού ή άλλο επιστημονικό νοσοκομειακού ή άλλου πλαισίου. Καλύπτει χρονικό διάστημα 28 ημερών που μπορεί να ανανεωθεί άλλες 3 φορές. Στο διάστημα αυτό

διεπιστημονική ομάδα αξιολογεί την οικογένεια και αποφασίζει τι θα γίνει με το παιδί. Η εντολή αυτή μπορεί να δίδεται και προφορικά σε επείγουσες περιπτώσεις.

5) Δύσκολη διαδικασία για την αφαίρεση επιμέλειας και γονικής μέριμνας παιδιών από γονείς επικίνδυνους που ασκούν καταχρηστικά το δικαίωμα αυτό.

3.6. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

- **UNICEF:(United Nations International Children’s Emergency Fund) «Διεθνές Ταμείο για τα Παιδιά του Κόσμου» του Ο.Η.Ε.**

Πρόκειται για διεθνή οργανισμό με εκτενές έργο στους τομείς υγείας, υγιεινής, εκπαίδευσης, ενημέρωσης και συμβουλευτικής στήριξης, κυρίως παιδιών και οικογενειών ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Όσον αφορά στην προαγωγή του περιεχομένου της ΣΔΠ, οι δράσεις και τα προγράμματα του οργανισμού στοχεύουν στην ενημέρωση για το κείμενο της ΣΔΠ, καθώς και στην εφαρμογή των επιμέρους άρθρων της με τρόπους που προασπίζουν την υγεία, ευεξία και ποιότητα ζωής των ανηλίκων.

- **UNESCO: (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) «Διεθνή Οργανισμός για την Παιδεία, την Επιστήμη και τον Πολιτισμό»**

Πρόκειται για διεθνή οργανισμό, του οποίου το έργο στοχεύει στην ισότιμη δυνατότητα ευκαιριών στην εκπαίδευση και ενημέρωση, με σεβασμό στον πολιτισμό και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. Το 1974, ο οργανισμός εξέδωσε επίσημη Σύσταση για Διεθνή κατανόηση, Συνεργασία και Ειρήνη, καθώς και για Παιδεία και Ενημέρωση που αφορά στα Ανθρώπινα δικαιώματα και τις Θεμελιώδεις Ελευθερίες.

- **ICCB: (International Catholic Child Bureau), «Διεθνής Καθολικό Γραφείο για το Παιδί»**

Ιδρύθηκε το 1948 στη Γαλλία. Τα κεντρικά γραφεία που εδρεύουν στη Γενεύη της Ελβετίας, αλλά διατηρεί γραφεία στο Βέλγιο, την Αυστρία, τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, την Ουρουγουάη, τις Φιλιππίνες και την Ακτή του Ελεφαντοστού. Οι πόροι του προέρχονται από εισφορές μελών ή υπουργεία συνεργαζομένων κρατών, όπου διεξάγονται προγράμματα- δράσεις. Στόχος του οργανισμού είναι η στήριξη προγραμμάτων προαγωγής των δικαιωμάτων του παιδιού, με έμφαση τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.

- **World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)**

Πρόκειται για διεθνή οργανισμό με έντονη δράση σε πεδία όπως η παιδική ευημερία, κακοποίηση παιδιών, υπηρεσίες υγείας για τα παιδιά, ανάπτυξη του παιδιού, υπεράσπιση δικαιωμάτων του παιδιού, υγεία για την οικογένεια, σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής για παιδί και οικογένεια, σχέσεις μητέρας- παιδιού, προαγωγή κοινωνικών σχολικών πλαισίων φιλικών προς τα παιδιά. Ο Π. Ο. Υ., στα πλαίσια προγράμματος προαγωγής της δημόσιας υγείας “HEALTH 21” (Υγεία 21), προωθεί μέχρι το τέλος του 2020 στην Ευρώπη και τον κόσμο δράσεις με στόχο τους παρακάτω τομείς:

Α. «Υγιές ξεκίνημα στη ζωή» που αφορά στη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία νεογέννητων, βρεφών και παιδιών προσχολικής ηλικίας.

Β. «Υγεία και Νέοι Άνθρωποι» που αφορά την ευεξία, ευημερία και ομαλή κοινωνικοποίηση των νέων.

Γ. «Μείωση των τραυματισμών από τη χρήση βίας και τα ατυχήματα» που αφορά στην ουσιαστική και διαρκή μείωση των τραυματισμών, αναπηριών και θανάτων λόγω ατυχημάτων και βίας.

3.7. ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ

ΕΥΡΩΠΗ

- **Focus on Children, και Ιρλανδία («Επικέντρωση Ηνωμένο Βασίλειο στα Παιδιά»)**

Πρόκειται για ένα συνασπισμό 40 περίπου οργανώσεων, οι οποίοι ασχολούνται με παιδιά και οικογένεια. Το έργο του είναι πολυεπίπεδο και στοχεύει στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση προγραμμάτων για την προαγωγή της υγείας των παιδιών, με ιδιαίτερη έμφαση στα δικαιώματά τους και την άμεση εμπλοκή τους στην όλη διαδικασία. Ο επιδιώκει και ενθαρρύνει τις διακρατικές συνεργασίες και τις οικονομικές επιχορηγήσεις από την Ε.Ε.

- **Bernard van Lee Foundatio**

Ιδρύθηκε το 1949. πρόκειται για ένα ιδιωτικό Ίδρυμα με την έδρα τις Κάτω Χώρες και έργο που εκτείνεται σε όλον τον κόσμο. Στόχος του Ίδρυματος είναι, κυρίως, η εξασφάλιση πόρων για την ομαλή ανάπτυξη και ευεξία παιδιών 0-7 ετών, τα οποία μεγαλώνουν σε δυσχερείς κοινωνικές ή/ και οικονομικές συνθήκες. Οι στρατηγικές επίτευξης του στόχου είναι οι παρακάτω:

Α. Ένα διεθνές πρόγραμμα οικονομικής στήριξης επιμέρους προγραμμάτων φροντίδας και ανάπτυξης, στην πρώιμη παιδική ηλικία (Ζιμπάμπουε, Ιρλανδία, Βολιβία, Περού, Ινδία, Κένυα, Νότια Αφρική, Καμπόντια, Ελλάδα, κλπ.)

Β. Η διάχυση της τεχνογνωσίας στο πεδίο της πρώιμης παιδικής ηλικίας με απώτερο στόχο την αλλαγή της κοινωνικής πολιτικής και των πρακτικών προσέγγισης.

- **Save the children, Ηνωμένο Βασίλειο (Σώστε τα Παιδιά)**

Πρόκειται για εθνικό γραφείο ενός διεθνούς οργανισμού, αλλά λόγω της ιδιαιτερότητας της λειτουργίας του ανά κράτος (διαφορετική στοχοθεσία/ πολιτισμικές, πολιτικές, κοινωνικές διαφορές/ διαφορετικά επίπεδα οικονομικής ανάπτυξης και εξέλιξης του τομέα δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας), η αναφορά σε αυτό θα γίνει ξεχωριστά για τα κράτη στα οποία λειτουργούν γραφεία του. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το έργο του οργανισμού αφορά στην καλύτερευση των συνθηκών ζωής των παιδιών, καθώς και στην προαγωγή της συμμετοχής τους στην οικογένεια και την κοινωνία.

- **Institute for the Support of Children, Πορτογαλία (Ινστιτούτο Στήριξης των Παιδιών)**

Πρόκειται για μια εθνική μη- κυβερνητική οργάνωση που στοχεύει στην προαγωγή των δικαιωμάτων των παιδιών και την καλύτερευση της θέσης και των συνθηκών ζωής. Η οργάνωση συνεργάζεται με κρατικούς φορείς.

- **FUNCOE (FOUNDATION COOPERACION Y EDUCACION), «Ίδρυμα Συνεργασίας και Παιδείας», Ισπανία**

Πρόκειται για ένα εθνικό ίδρυμα το οποίο συνεργάζεται με κρατικούς φορείς και ευρωπαϊκούς εταίρους, έτσι ώστε η αναγκαία μετεξέλιξη των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών της ενωμένης Ευρώπης να είναι συμβατή με τις ανάγκες παιδιού και οικογένειας. Το ίδρυμα στοχεύει στην ενημέρωση, αφύπνιση και ευαισθητοποίηση πολιτικών, ειδικών σε θέματα παιδιού και οικογένειας, επαγγελματιών «πρώτης γραμμής», καθώς και εργαζομένων και εθελοντών στο χώρο της προνοιακής φροντίδας, όσον αφορά την προαγωγή της υγείας των παιδιών.

- **Radda Barnern, Σουηδία ("Σώστε τα Παιδιά")**

Πρόκειται για μια μη-κυβερνητική οργάνωση που στοχεύει στην ενημέρωση του γενικού πληθυσμού σε θέματα προαγωγής των δικαιωμάτων και της θέσης των παιδιών. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται μέσω συνεργατικών προγραμμάτων έρευνας και δράσης σε διακριτικό επίπεδο, τα δεδομένα των οποίων αποτελούν το υλικό για τη συγγραφή σημαντικών "εκπαιδευτικών πακέτων" για παιδιά, γονείς και επαγγελματίες.

- **Telefono Azzuro, Ιταλία ("Γαλάζια Γραμμή")**

Στις αρχές της δεκαετίας του '90 ξεκίνησε στην Ιταλία η πρώτη εθνική Τηλεφωνική Γραμμή για παιδιά ηλικίας μέχρι και 14 ετών. Το τηλέφωνο λειτουργεί χωρίς χρέωση, σε 24ωρη βάση, όλο το χρόνο. Το προσωπικό απαρτίζουν ψυχολόγοι και εκπαιδευτικοί, οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει σχετική εκπαίδευση σε θέματα που αφορούν τα δικαιώματα των παιδιών και της παραβίασής τους. Οι σοβαρές περιπτώσεις παραπέμπονται σε αντίστοιχες κοινωνικές υπηρεσίες. Η Γαλάζια Γραμμή οργανώνει εκστρατείες ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού, όσον αφορά τις ανάγκες και την κατάσταση των παιδιών. Επίσης αξιοποιεί την εθελοντική προσφορά με διάφορους τρόπους, ακόμα και για την εξεύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης. Η γραμμή λειτουργεί και ως «μοχλός πίεσης» για νομοθετικές ρυθμίσεις και πολιτικές αλλαγές υπέρ του συμφέροντος των παιδιών, αλλά και ως ερευνητικό κέντρο για τη συλλογή δεδομένων που αφορούν στις ρεαλιστικές ανάγκες τους. Η γραμμή αποτελεί, επίσης, ιδρυτικό μέλος του **Ευρωπαϊκού Φόρουμ για τη Μέριμνα του Παιδιού** και εταίρο σε ευρωπαϊκά προγράμματα.

- **SNATEM –Allo Enfance Maltraitee, Γαλλία (Εθνική Τηλεφωνική Υπηρεσία Βοήθειας για τα Κακοποιημένα Παιδιά)**

Το 1989 η κυβέρνηση της Γαλλίας ψήφισε νόμο σχετικά με την προστασία του παιδιού, ο οποίος προέβλεπε τη δημιουργία «τηλεφωνικής γραμμής» για κακοποιημένα παιδιά. Δημιουργήθηκε για το σκοπό αυτό κρατική υπηρεσία για τα κακοποιημένα παιδιά. Η υπηρεσία αυτή προσφέρει:

Α. Τηλεφωνική γραμμή 24ωρης βάσης, χωρίς χρέωση, που βοηθά, συμβουλεύει, στηρίζει παιδιά, γονείς και επαγγελματίες, καθώς και ενημερώνει για τα δικαιώματα των παιδιών.

Β. Σε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών, ειδοποιούνται οι αρμόδιες τοπικές-περιφερειακές Κοινωνικές Υπηρεσίες που αναλαμβάνουν τα περαιτέρω.

Γ. Επιδημιολογικές μελέτες του φαινομένου της κακοποίησης.

Το προσωπικό αποτελείται από 43 συμβούλους-επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων με ειδική εκπαίδευση, οι οποίοι λαμβάνουν τηλεφωνήματα από όλη τη Γαλλία. Εντός μηνός, οι αρμόδιες υπηρεσίες που επιλαμβάνονται των περιπτώσεων πρέπει να ενημερώσουν τη SNATEM για την πορεία της κάθε περίπτωσης.

- **European Forum for Child Welfare (Ευρωπαϊκό Φόρουμ για την Ευημερία του Παιδιού)**

Πρόκειται για ένα δίκτυο μη-κυβερνητικών οργανισμών που ασχολούνται με την παιδική ευημερία και ευεξία στην Ευρώπη. Αποτελεί τμήμα ενός διεθνούς δικτύου, του International Forum for Child Welfare που περιλαμβάνει οργανισμούς από διαφορετικές ηπείρους. Ιδρύθηκε το έτος 1991 στο Αμβούργο, διαθέτει γραφεία στις Βρυξέλλες και 75 μέλη από 20 κράτη, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης. Τα μέλη του E.F.C.W. είναι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, σε ευρεία κλίμακα, στους νεαρούς Ευρωπαίους πολίτες. Το δίκτυο E.F.C.W. έχει τη πεποίθηση ότι, μέσω συντονισμένης ευρωπαϊκής δράσης, θα καταστεί δυνατή η αντιμετώπιση των σύγχρονων προκλήσεων που αφορούν στη κοινωνική πολιτική και τις δομές που επηρεάζουν τη παιδική προστασία και ευημερία. Οι δράσεις που στηρίζει το δίκτυο αφορούν στην άσκηση πολιτικής πίεσης, τη διαδίκτυωση φορέων και την ανταλλαγή πληροφοριών, με έμφαση στο περιεχόμενο και την εφαρμογή της Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Παιδιού.

- **EURO NET European Children's Network (Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τα Παιδιά)**

Πρόκειται για ένα συνασπισμό μη-κυβερνητικών οργανώσεων με στόχο την προάσπιση των συμφερόντων και των δικαιωμάτων των παιδιών και των νέων. Το EURO NET δημιουργήθηκε, αρχικά, ως μια συντονισμένη προσπάθεια να ασκηθεί πίεση για την ενσωμάτωση των παιδιών και των νέων ως ξεχωριστής κοινωνικής κατηγορίας στην αναθεώρηση της Συνθήκης για την Ε.Ε., το έτος 1996. κοινός προβληματισμός των οργανώσεων είναι ότι τα παιδιά και οι νέοι να παραμείνουν η «αθέατη» κοινωνική ομάδα της Ευρώπης. Το EURO NET συντονίζει τις δράσεις των μελών του, έτσι ώστε:

Α. Να ασκηθεί πολιτική πίεση για νομοθετικές και κοινωνικές αλλαγές.

Β. Να εκτιμηθεί η πραγματική κατάσταση.

Γ. Να ανταλλάγουν πληροφορίες και καλές πρακτικές.

Δ. Να ευαισθητοποιηθεί ο γενικός πληθυσμός σε θέματα που αφορούν το συμφέρον, την ευημερία και τα δικαιώματα των παιδιών πολιτών της Ευρώπης των «ανοικτών συνόρων», της ισότητας και της διαφορετικότητας.

- **Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα «ΔΑΦΝΗ»**

Δεν πρόκειται για οργανισμό, αλλά για πρόγραμμα που υιοθετήθηκε πρόσφατα από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ως απάντηση στην αυξανόμενη βία εναντίον παιδιών και γυναικών στην Ευρώπη. Το πρόγραμμα, προβλέπει πιστώσεις για μέτρα για την καταπολέμηση της βίας σε βάρος των παιδιών, των εφήβων και των γυναικών. Η νομική βάση του

ευρωπαϊκού αυτού προγράμματος αφορά στο πεδίο της **δημόσιας υγείας**. Τα μέτρα που μπορούν να ενταχθούν στο πρόγραμμα "ΔΑΦΝΗ" αφορούν:

Α) τη δημιουργία ή ενίσχυση σε ευρωπαϊκό επίπεδο δικτύων για την προώθηση και το συντονισμό της πληροφόρησης και των ενεργειών, οι οποίες αφορούν στην πρόληψη και προστασία από τη βία των παιδιών, των εφήβων και των γυναικών.

Β) τη προώθηση της δημιουργίας τηλεφωνικών γραμμών κοινωνικής βοήθειας για παιδιά, σε παρόμοια βάση, για όλα τα συνεργαζόμενα ευρωπαϊκά κράτη.

Γ) την εφαρμογή σε ευρωπαϊκό επίπεδο ειδικών μέτρων για την προστασία παιδιών, εφήβων και γυναικών, καθώς και την κατοχύρωση της άσκησης των δικαιωμάτων τους.

Δ) την ανάπτυξη δράσεων για την προστασία παιδιών, εφήβων και γυναικών από τη σεξουαλική εκμετάλλευση, την πορνεία και άλλες μορφές παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους. Όλα τα λαμβανόμενα μέτρα πρέπει να έχουν **καινοτόμο χαρακτήρα**, να στοχεύουν στην ενθάρρυνση και εφαρμογή των **καλύτερων πρακτικών** στο συγκεκριμένο τομέα, να είναι **διακρατικά** και να έχουν πολλαπλασιαστικό χαρακτήρα και προστιθέμενο αξία σε επίπεδο Ε.Ε.

3.8. Δικαιώματα του Παιδιού : Κινητοποίηση στην Ελλάδα **Νομοθετικό πλαίσιο.**

Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Ο.Η.Ε. (1989)

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Ο.Η.Ε., αποτελεί νόμο του ελληνικού κράτους από το Δεκέμβριο του 1992 (ΦΕΚ 192/ Τεύχος 1^ο/ Ν.2101/ 2-12-92)

Πρόκειται για ένα κείμενο 54 άρθρων, που αναφέρονται στο δικαίωμα του παιδιού στη ζωή και επιβίωση, την ανάπτυξη και εξέλιξη, καθώς και την προστασία και συμμετοχή. Τα δικαιώματα αυτά κινούνται στους άξονες **παροχές – προστασία – συμμετοχή**, οι οποίοι αλληλεπιδρούν δυναμικά σε πρακτικό επίπεδο. Τρία είναι τα εμπλεκόμενα μέρη για την πραγμάτωση της ΣΔΠ: το παιδί, ο γονέας και το κράτος, των οποίων οι ρόλοι, η διάδραση και οι λειτουργίες διαπλέκονται σε μια δυναμική συνεργασία. Η Σύμβαση αποτελεί διεθνές νομοθετικό κείμενο και, ως τέτοιο, τα κράτη οφείλουν να τη θέσουν υπεράνω των υπαρχόντων εθνικών νομοθεσιών. Αυτό μεταφράζεται σε άμεση ανάγκη νομοθετικών μεταρρυθμίσεων, οι οποίες να οδηγήσουν την εκάστοτε εθνική νομοθεσία σε επίπεδο συμβατό με το κείμενο της ΣΔΠ.

Αστικός Κώδικας (Α.Κ)

Σύμφωνα με τον ισχύοντα Αστικό Κώδικα, τα άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών, δηλαδή τα ανήλικα, είναι ανίκανα για τη σύναψη δικαιοπραξίας (π.χ. σύμβασης πωλήσεως, μισθώσεως, δωρεάς, κ.λ.π.). Τη βούληση τους την εκφράζουν οι νόμιμοι εκπρόσωποι τους,

οι οποίοι σε σοβαρότερες δικαιιοπραξίες πρέπει να έχουν και τη σύμφωνη γνώμη του δικαστηρίου (π.χ. εκποίηση ακινήτου).

Παρά τη γενική αυτή αρχή, το ελληνικό δίκαιο αναγνωρίζει αρκετά δικαιώματα στον ανήλικο και του επιτρέπει σε πολλές περιπτώσεις να ενεργεί παράλληλα και ανεξάρτητα από τους νόμιμους εκπροσώπους του. Γενικά μπορούμε να πούμε ότι η ελληνική νομοθεσία, αναγνωρίζει και σέβεται την προσωπικότητα του παιδιού, άσχετο αν στο επίπεδο της πρακτικής εφαρμογής του Νόμου παρατηρούνται σοβαρές ελλείψεις και παραφωνίες.

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που, ενώ αποφασίζουν άλλοι για την τύχη του παιδιού, είναι υποχρεωτική η ακρόαση της γνώμης του από το δικαστήριο. Η γνώμη του, όμως, δεν είναι δεσμευτική αλλά εκτιμάται ελεύθερα από τα το δικαστή, ανάλογα με το βαθμό ωριμότητας του ανήλικου και αφού προηγουμένως σταθμίσει με προσοχή το πραγματικό συμφέρον, π.χ. υιοθεσία 12 ετών ανηλίκου.⁶²

Οικογενειακό Δίκαιο

Με την τροποποίηση του ν. 1329/83 το Οικογενειακό Δίκαιο εισήγαγε την έννοια της γονικής μέριμνας που περιλαμβάνει την επιμέλεια του παιδιού, τη διαχείριση της περιουσίας του και την εκπροσώπηση του και από τους δύο σε απόλυτη ισοτιμία μεταξύ τους, χωρίς δηλαδή τον αναχρονιστικό θεσμό της παλαιάς πατρικής εξουσίας. Η γονική μέριμνα του παιδιού δεν είναι μόνον δικαίωμα αλλά ταυτόχρονα και υποχρέωση του γονέα, θεωρείται δικαίωμα λειτουργικό που ασκείται για το συμφέρον του ανηλίκου και όχι του δικαιούχου. Σε περίπτωση διάστασης των γονέων και όταν και οι δύο γονείς διεκδικούν την επιμέλεια του παιδιού, το δικαστήριο με την απόφαση του πρέπει να αποβλέπει προς το συμφέρον του ανηλίκου. Για την εξεύρεση του συμφέροντος αυτού, ο νομοθέτης εισήγαγε μερικά ενδεικτικά κριτήρια (π.χ. η ακρόαση και η συνεκτίμηση της γνώμης του τέκνου, η ενίσχυση της ανάπτυξης της προσωπικότητας του, οι υπάρχοντες δεσμοί με τα μέλη της οικογένειας, η λήψη υπόψη των προσωπικών ικανοτήτων και κλήσεων του παιδιού κ.λ.π.).⁶³

Κώδικας Πολιτικής Δικονομίας (Κ. Π. Δ.)

Το δικονομικό μας δίκαιο σε πολλές περιπτώσεις επιτρέπει την αυτοπρόσωπο παράσταση του ανηλίκου στο δικαστήριο, χωρίς να απαιτεί να εκπροσωπείται αυτός από τα πρόσωπα που ασκούν την επιμέλεια του (γονείς ή επιτρόπους). Τέτοια περίπτωση είναι η δυνατότητα αυτοτελούς προσφυγής του στο δικαστήριο προκειμένου να επιτύχει την άδεια για την τέλεση γάμου, άδεια που του την αρνούνται οι γονείς του (742 ΚΠΔ). Επίσης, ο ανήλικος μπορεί να υποβάλει μόνος του την αίτηση στη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων προς αποτροπήν επικείμενου κινδύνου (63 ΚΠΔ), καθώς και να καταφεύγει στη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας σε περιπτώσεις που κρίνονται θέματα προσωπικής του κατάστασης (σύνταξη ληξιαρχικών πράξεων, συναινετικό διαζύγιο, διορισμός επιτρόπου κ.λ.π). Η αναγνώριση αυτοτελούς δικαιώματος του ανηλίκου να παρίσταται στο δικαστήριο και να διορίζει μάλιστα και πληρεξούσιο δικηγόρο έχει γίνει βέβαια και πάλι με γνώμονα την εξυπηρέτηση του αληθούς συμφέροντος του ανηλίκου.

Ποινικός Κώδικας (Π.Κ)

Ο ανήλικος – θύμα αδικήματος, εφόσον έχει συμπληρώσει το 12^ο έτος της ηλικίας του (118 Π. Κ.), μπορεί να υποβάλλει μόνος του έγκληση και να κινήσει την ποινική δίωξη κατά του δράστη, επίσης να παρίσταται ως πολιτικώς ενάγων και να διορίζει συνήγορο ζητώντας την επιδίκαση αποζημιώσεως για ηθική βλάβη και ψυχική οδύνη, και γενικά μπορεί να ασκεί όλα τα δικαιώματα του πολιτικώς ενάγοντος. Τέλος ο ανήλικος – δράστης ποινικού αδικήματος έχει όλα τα δικαιώματα που αναγνωρίζει το ποινικό δίκαιο στον κατηγορούμενο,

μεταξύ των οποίων και το δικαίωμα ασκήσεως αυτοτελώς ενδίκων μέσων κατά της καταδικαστικής αποφάσεως (έφεσης, αναίρεσης).

Τα δικαιώματα αυτά ο ανήλικος τα ασκεί μόνος του ή παράλληλα με τους νόμιμους εκπροσώπους του μέχρι την ηλικία των 17 ετών. Μετά τα 17 έτη του επέρχεται η ποινική του ενηλικίωση, (όχι η αστική που επέρχεται με τη συμπλήρωση του 18^{ου} έτους) και όλα αυτά τα δικαιώματα μπορεί να τα ασκεί μόνος του, ως ενήλικος πλέον.

Νέος νόμος πλαίσιο για την πρόνοια.

Ο νέος νόμος πλαίσιο για την πρόνοια (Ν.2646/ΦΕΚ 236/20.10.98), δημιούργησε μια νέα δομή, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας, το οποίο θα συντονίζει τις δράσεις κρατικών, τοπικών και μη-κυβερνητικών φορέων, με κοινό στόχο την καλύτερη δυνατή φροντίδα και κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών. Το νέο αυτό πλαίσιο ενδυναμώνει τις αποφάσεις για δράσεις και προγράμματα που θα προάγουν τα δικαιώματα των παιδιών και των νέων για σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η σύγκριση του Ελληνικού Δίκαιου με τις επιταγές της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού αναδεικνύει το ελληνικό νομικό καθεστώς αρκετά προηγμένο και σύγχρονο. Το παιδί αποτελεί, σε επίπεδο νομοθετικών διατάξεων, αντικείμενο σεβασμού από τον έλληνα νομοθέτη και το συμφέρον του αποτελεί την οδηγό σκέψη και την πρωτανεύουσα αρχή όλου του Δίκαιου Ανηλίκων στη χώρα μας. Βέβαια υπάρχει ακόμα ανάγκη εναρμόνισης πολλών διατάξεων στο πνεύμα της Σύμβασης του ΟΗΕ, αλλά το ελληνικό πρόβλημα δεν τίθεται τόσο το επίπεδο των νομικών διατάξεων, αλλά στο επίπεδο εφαρμογής τους. Εξάλλου, είναι παρατηρημένο ότι οι εφαρμοστές των νέων διατάξεων (εισαγγελείς, δικαστές, δικηγόροι), αντιδρούν στην υλοποίηση των διατάξεων αυτών, γιατί είναι εθισμένοι στις παλαιές διατάξεις και δυσκολεύονται στην εφαρμογή τους, αφού η δύναμη της συνήθειας είναι ισχυρότερη από τη διάθεση για προσαρμογή.

Έτσι, η υποχρέωση των δικαστών να ασκούν ιδιαίτερος τη γνώμη του παιδιού και να την συνεκτιμούν δεν τηρείται πάντοτε από τους δικαστές οικογενειακού δικαίου. Η έρευνα του αληθινού συμφέροντος του ανηλίκου δεν αιτιολογείται πάντοτε επαρκώς στο σκεπτικό των δικαστικών αποφάσεων. Η ατμόσφαιρα της δίκης δεν παρέχει πάντοτε τα εχέγγυα της μυστικότητας και του σεβασμού προς το απόρρητο της ιδιωτικής ζωής των διαδίκων, και κυρίως αφήνεται ο δικαστής μόνος του να διάγνωση την αλήθεια χωρίς την συμβουλευτική συμπαράσταση κοινωνικών επιστημόνων, που θα του υποβάλουν το πόρισμα της κοινωνικής έρευνας για το ψυχοκοινωνικό ιστορικό του ανηλίκου αλλά και για την καταλληλότητα αυτών που διεκδικούν την επιμέλεια του.

Παράδειγμα αποτελεί η διάταξη του άρθρου 19 του νόμου 2521/97 που καθιέρωσε για κάθε δίκη γονικής μέριμνας την υποχρεωτική υποβολή έκθεσης κοινωνικής έρευνας από τις αρμόδιες υπηρεσίες επί ποινή απαραδέκτου της συζήτησης. Η διάταξη αυτή προσέκρουσε στην έλλειψη ικανού αριθμού κοινωνικών λειτουργών και γρήγορα ανεστάλη η εφαρμογή της. Έτσι, ένα παλαιό αίτημα του νομικού κόσμου που ασχολείται με το παιδί κατόρθωσε μεν να γίνει νόμος του Κράτους, αλλά έμεινε ανεφάρμοστο ελλείψει πιστώσεων για το διορισμό ικανού αριθμού στελεχών κοινωνικής πρόνοιας στα δικαστήρια.

3.9. ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΘΕΣΜΩΝ, ΦΟΡΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς.

Η Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς συστάθηκε το 1983 ως Γενική Γραμματεία υπαγόμενη στο Υπουργείο Παιδείας ή Πολιτισμού. Αρμοδιότητα της είναι η συμβολή στη διασφάλιση και προώθηση των δικαιωμάτων των νέων ανθρώπων στη ζωή. Λειτουργεί με βάση τρεις άξονες:

Α. Τράπεζα ιδεών, προτάσεων, υποδείξεων και εποικοδομητικής κριτικής.

Β. Διαμόρφωση, εποπτεία, συντονισμό και αξιολόγηση της Κυβερνητικής πολιτικής για τη νέα γενιά με ταυτόχρονη σύνδεση της με την ευρύτερη κοινωνία και όλους τους αρμόδιους φορείς.

Γ. Συμμετοχή – σε συνεργασία με άλλους φορείς – σε διαδικασίες που διαμορφώνουν την πολιτική για τη νεολαία, τόσο σε επίπεδο προγραμμάτων, όσο και σε επίπεδο νομοθετικών ρυθμίσεων.

Η Γ. Γ. Ν. Γ. στα πλαίσια των δράσεων της για τη νεολαία, έχει ξεκινήσει τρεις σημαντικές πρωτοβουλίες:

1. Εκστρατεία για την ενίσχυση της πολιτικής και κοινωνικής συμμετοχής των νέων με τη δημιουργία ενός Εθνικού Συμβουλίου των Νέων, καθώς και δομών νεολαίας σε όλη την Ελλάδα.
2. Εκστρατεία για τα δικαιώματα των παιδιών και νέων με ποικίλες δράσεις σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο.
3. Δημιουργία του Δικτύου των Νέων με πολυεπίπεδα κέντρα για τη νεολαία ανά την Ελλάδα.

Το Εθνικό Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα του Παιδιού

Το Παρατηρητήριο δημιουργήθηκε στα τέλη του 1998 με στόχο την προστασία της παιδικής ηλικίας και την αντιμετώπιση των ανηλίκων ως υποκειμένων δικαιωμάτων και όχι ως αντικείμενων προστασίας.

Σκοπός του Παρατηρητηρίου είναι η προώθηση της επιστημονικής έρευνας και των πρωτοβουλιών στο πεδίο των δικαιωμάτων του παιδιού, καθώς και η ανάλυση της πραγματικής κατάστασης των παιδιών στη χώρα

Ο Συνήγορος του Πολίτη

Ο θεσμός του Συνηγόρου του Πολίτη ιδρύθηκε με Προεδρικό Διάταγμα στην Ελλάδα στις 18 Απριλίου 1997 (Νόμος 2477/ Αρ. Φύλλου 59/ 18-4-97).

Στο πεδίο δράσης του Συνηγόρου του Πολίτη περιλαμβάνονται:

- α. Περιπτώσεις παραβίασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.
- β. Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής (υγεία, ασφάλιση, πρόνοια).
- γ. Θέματα ποιότητας ζωής.

δ. Προβλήματα που αφορούν τις σχέσεις κράτους – πολίτη (π.χ. παράπονα των πολιτών για τις υπηρεσίες του Δημοσίου).

Διυπουργική Επιτροπή για τη Νεότητα

Πρόκειται για θεσμό που συστάθηκε το Νοέμβριο 1998. Αφορά στη συνεργασία μεταξύ αρμόδιων υπουργείων για θέματα δικαιωμάτων και προστασίας παιδιών και νέων.

Φόρουμ Κοινωνικών Οργανώσεων και Νεολαίας για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα

Οι οργανώσεις αυτές υπερασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα, στηρίζουν τις διεθνείς συνθήκες για την προστασία τους, αναλαμβάνουν δράση ενάντια στις διακρίσεις και θεωρούν τη διαφορετικότητα ως πηγή πλούτου και δυναμισμού για την εξέλιξη των κοινωνιών.

Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας (Ε.Ο.Κ.Φ.)

Ο Ε.Ο.Κ.Φ. συμπεριλαμβάνει τρεις προϋπάρχοντες προνοιακούς φορείς: το Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα», το Π.Ι.Κ.Π.Α. και τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας.

Βασικό έργο του νεοσύστατου αυτού φορέα αποτελεί η παροχή υπηρεσιών στο παιδί

και την οικογένεια σε θέματα που αφορούν στην επιδοματική πολιτική, την προστασία, την υιοθεσία, την ανάδοχη φροντίδα, καθώς και την κατάρτιση και επιμόρφωση επαγγελματιών πρόνοιας.

Πρωτοβουλίες, Προγράμματα, Μη – Κυβερνητικές Οργανώσεις η Επιτροπή συστάθηκε το Μάρτιο του 1995, ως ένας άτυπος συνασπισμός πέντε οργανώσεων (ΑΡΣΙΣ- Οργάνωση Κοινωνικής Υποστήριξης Νέων, Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας, Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Σώστε τα Παιδιά), στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Εκστρατείας για την Προώθηση των Δικαιωμάτων του Παιδιού.

Σκοπός της Επιτροπής είναι:

- I. Η προώθηση των δικαιωμάτων των παιδιών και των νέων στην Ελλάδα και η ευαισθητοποίηση του πολιτικού κόσμου και του γενικού πληθυσμού.
- II. Η συνέχιση των συνεργασιών με άλλα κράτη – μέλη της Ε.Ε., για την ενσωμάτωση των Δικαιωμάτων των Παιδιών και των Νέων στην Ευρωπαϊκή πολιτική

Σώστε τα Παιδιά

Πρόκειται για μια ανεξάρτητη μη-κυβερνητική και μη-κερδοσκοπική οργάνωση, που ιδρύθηκε το 1974, με στόχο την βελτίωση της ζωής των παιδιών και των νέων που μεγαλώνουν σε δύσκολες συνθήκες, μέσω της διεξαγωγής προγραμμάτων κοινοτικής ανάπτυξης ανά την Ελλάδα.

ΑΡΣΙΣ-Οργάνωση Κοινωνικής Υποστήριξης Νέων

Η ΑΡΣΙΣ είναι μη-κυβερνητική οργάνωση που δημιουργήθηκε το 1992, με σκοπό να προασπίσει τα δικαιώματα των νέων, αλλά και να υποστηρίξει νέους και νέες 15 ως 21 ετών, οι οποίοι λόγω κοινωνικών ή οικογενειακών συνθηκών βρέθηκαν μακριά από ευκαιρίες εκπαίδευσης, εργασίας ή προσωπικής ανάπτυξης,

Χαμόγελο του Παιδιού

Πρόκειται για μια μη-κυβερνητική οργάνωση που φιλοξενεί παιδιά, προερχόμενα από οικογένειες με προβληματικούς γονείς.

3.10.ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

Κέντρο Υποδοχής Κακοποιημένων και Παραμελημένων Παιδιών στο Δήμο Αθηναίων.

Διαθέτει διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, σύμβουλο υγείας και λογοθεραπευτή.

Ξενώνας Φιλοξενίας Κακοποιημένων και Παραμελημένων Παιδιών στο Δήμο Αθηναίων.

Πρόκειται για «συνοδό» δομή του Κέντρου Υποδοχής. Οι περιπτώσεις του κέντρου που αξιολογεί η ομάδα ως χρήζοντας άμεσης προστασίας εκτός κοινωνικού οικογενειακού πλαισίου, φιλοξενούνται στον ξενώνα ως και τρεις μήνες. Στα παιδιά παρέχεται ηθική στήριξη από επιστήμονες με τη συνδρομή του Συμβουλευτικού Σταθμού του Δημοτικού Βρεφοκομείου.

Επίσης, γίνονται προσπάθειες επανένταξης των παιδιών στην οικογένεια τους ή φιλοξενίας τους σε μόνιμο πλαίσιο αναδοχής ή υιοθεσίας.

Οργανισμός Νεολαίας και Άθλησης του Δήμου Αθηναίων

Πρόκειται για δομή της τοπικής αυτοδιοίκησης που προάγει την ψυχοκοινωνική ευεξία και πολυεπίπεδη συμμετοχή των παιδιών και των νέων, μέσω ποικίλων δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, μουσική, άθληση, εικαστικά και θέατρο.

3.11. Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΟΥΝΕΣΚΟ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- ✓ Το παιδί πρέπει να απολαμβάνει όλα τα δικαιώματα του.
- ✓ Πρέπει να παρέχεται ειδική προστασία από το νόμο όσο και από άλλα μέσα, που εξασφαλίζουν.
- ✓ Το παιδί πρέπει να έχει όνομα και μια εθνικότητα μόλις γεννηθεί.
- ✓ Το παιδί, πρέπει να συμπεριληφθεί στην κοινωνική ασφάλιση και να είναι σε θέση να μεγαλώσει και να αναπτυχθεί με τρόπο υγιή.
- ✓ Το παιδί που βρίσκεται σε μειονεκτική θέση από σωματική, διανοητική και κοινωνική πλευρά, πρέπει να παρέχονται θεραπευτικές δυνατότητες.
- ✓ Το κάθε παιδί πρέπει να μεγαλώσει υπό την προστασία και την ευθύνη των γονιών του.
- ✓ Το παιδί είναι το πρώτο που θα δεχθεί προστασία από τους ανθρώπους.
- ✓ Δεν πρέπει, το παιδί, να παραμελείται από τους γονείς του και να εργάζεται από μικρή ηλικία.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η θεραπεία δεν γίνεται για να απαλείψουμε το τραύμα. Αυτό έγινε και δεν αλλάζει. Παρεμβαίνουμε για να βοηθήσουμε στην υπέρβαση του τραύματος, την οποία ο άνθρωπος είναι προικισμένος να την κάνει. Θέλουμε να ξεφύγουμε, ίσως γιατί μέσα μας υπάρχει η ανάμνηση του παράδεισου, όταν ο κόσμος ήταν ασφαλής. Έπειτα πιστεύω ότι ο άνθρωπος είναι βασιλιάς, είναι ηγεμών, έχει μεγαλείο. Και το βλέπει κανείς αυτό το μεγαλείο στα κακοποιημένα παιδιά, που συγχωρούν τους γονείς τους, αφήνουν πίσω το τραύμα τους και προχωράνε. Μπορούν να βρίσκουν το νόημα σε αυτό που κάνουν. Διότι το τραύμα γίνεται σε ένα υγιές υπόστρωμα και είναι η μόνη ψυχιατρική νόσος, η οποία ιάται.

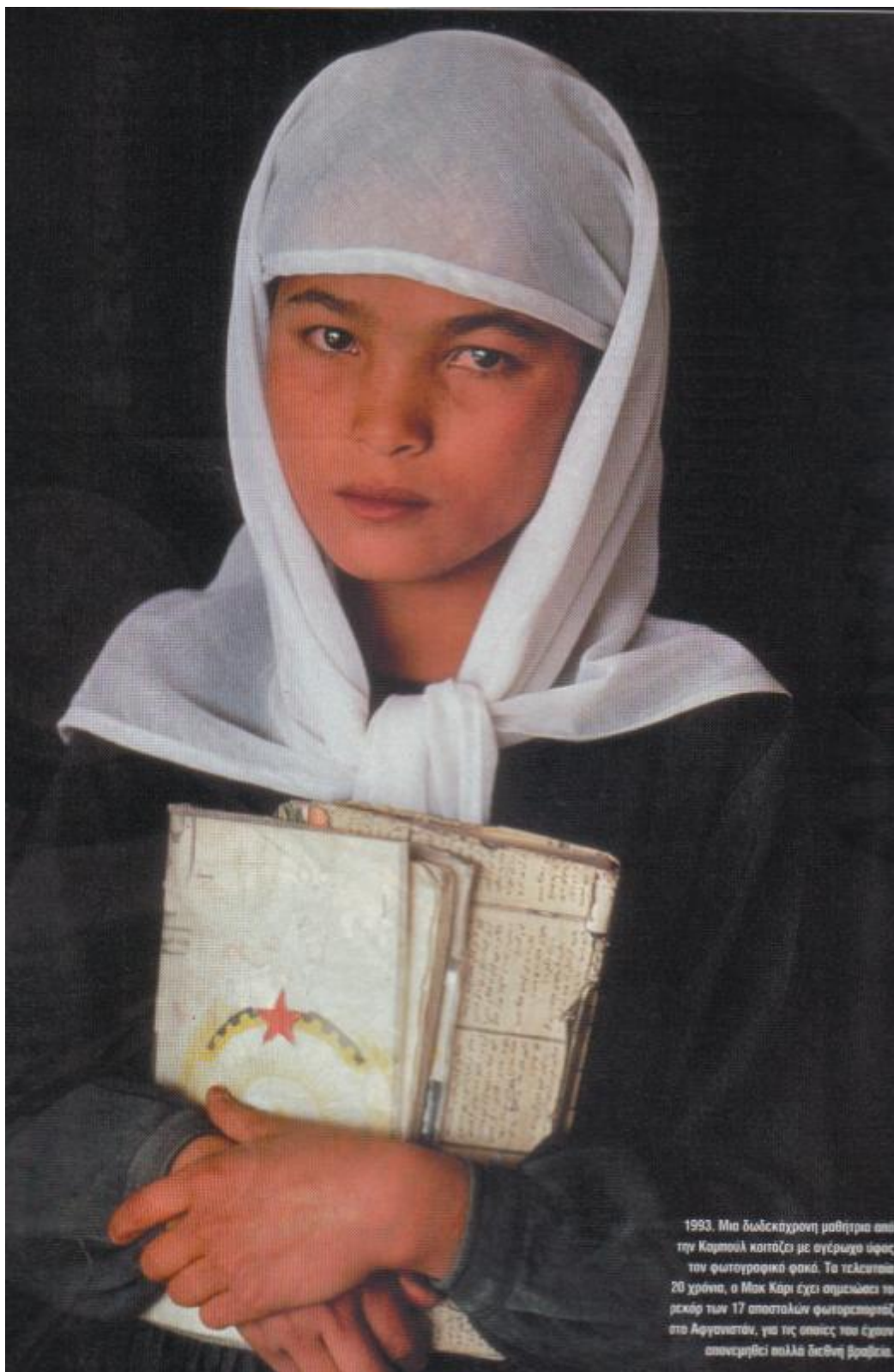
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ελένη Αγαθώνη - Γεωργοπούλου . ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ. Πρόλογος Ελένη Βαλλάση – Αδάμ (111)B' έκδοση. Αθήνα 1991
2. Έκθεση της Unicef για την πρόοδο των Εθνών Αθήνα 2000 (internet)
3. GIL D.G.: Violence Against Children: Physical Abuse in the United States. Cambridge M.A: Harvad University Press (1970).
4. Helfer, R.E.: A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect, Child Abuse and Neglect (1982) 6: 251
5. Kempe, C.H. et al: The battered child syndrome. Journal of the American Medical Association 181: 17-24 (1962).
6. Primary health care. Report of the international Congress on Primary Health Care, World Health Organization, September (1978), Genova
7. Νάκου Σ. Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών. Ιστορική αναδρομή Β' Έκδοση, ΓΡΗΓΟΡΗ, 19-26. (1991)
8. De Mause . Our Forbearers Made Childhood a Nightmare. In: Traumatic Abuse and Neglect of Children at Home. G.J. Williams and J. Monex Johns Hopkins University Press, Baltimore 14-20. (1980)
9. Ε. Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού. Ινστιτούτο Υγείας παιδιού Αθήνα 16-18. (1998)
10. Anonymous: Meadow and Munchausen by Lancet 1, 465, (1983).
11. Meadow R. Lennert T.: Munchausen by Proxy or Polle Syndrome: Which Term is correct? Ped. 74, 554, (1984).
12. Meadow R.: Munchausen syndrome by proxy and pseudo- epilepsy. Arch: Dis. Child 57, 811, (1982)
13. Meadow R.: Munchausen syndrome by proxy. Arch: Dis. Child 57, 92, (1982)
14. Παπανικολάου Ε. «Η Σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια. Σχολείο και παιδική προστασία». Virtual School, The sciences of Education Online, τόμος 1, τεύχος 1. (1998)
15. SCHMITT B.D. KEMPE H.C.: Abuse and neglect of children. P 99 in Nelson Textbook of Pediatrics, Behram and Vaughan Saunders (1983)
16. SNYDER J.C. HAMPTON R. NEWBERGER E.H. Family dysfunction: Violence neglect and sexual misuse p 256 in Developmental – Behavioral Pediatrics. Levine, Carey, Crocker, Cross Sanders (1983)
17. SCHMITT B.D. BEEZLEY P.J. The long-term management of the child and family in child abuse and neglect. Ped. Ann 5: 164, (1976)
18. O' DOHERTY N : The battered child, Recognition in primary care. Bailiere Tindal, London (1982)
19. FRIEDMAN S.B. and MORSE C.W.: Child abuse : A five year follow-up of early case findings in the Emergency department. Ped. 54: 404, (1976)
20. KEMPE R.S., KEMPE H.C.: Child abuse. Fontana / Open Books, 4th impr. (1982)

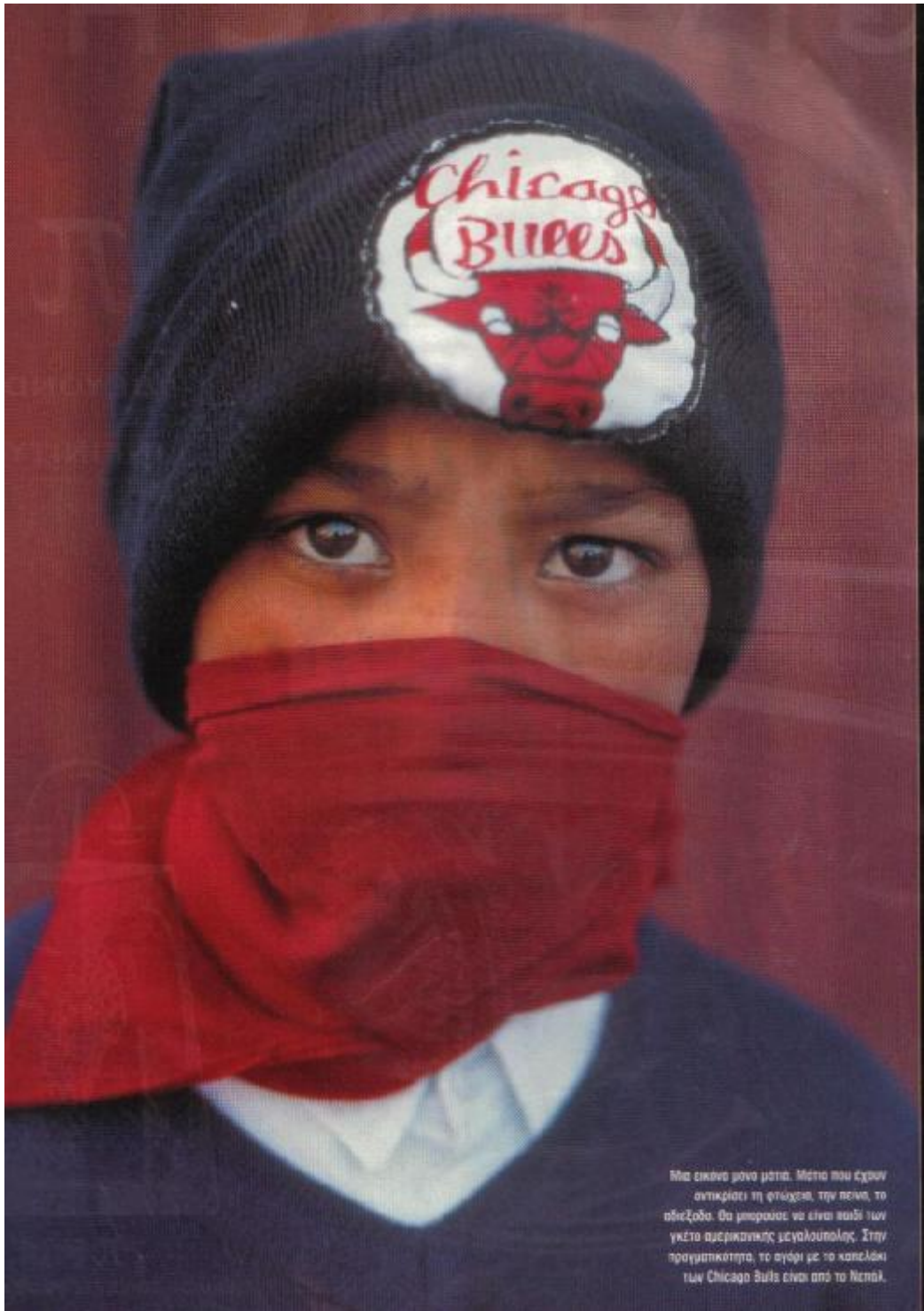
21. AGATHONOS H.: Institutional child Abuse in Greece: Some preliminary findings. *Child Abuse and Neglect* Vol. 7, 71 (1983)
22. ORKOW B.: Implementation of a family stress checklist. *Child Abuse and Neglect* 9: 405-410,(1985)
23. Paritsis N. Pallis D.J. Phylaction C. Sarafidon E. And Vrachni F. School delinquent and deviant behavior in adolescence: the role of children's personality and attitude First Conference on child Abuse and Family Welfare 2 (3) 206-216 (1987)
24. JACOBSON R.S. STRAKER G: Peer Interactions of Physically Abused Children. *Child Abuse and Neglect* 6: 321-327. (1982)
25. Engfer A. and schnellwind K.: Causes and Consequences of Hard Parental Punishment. *Child Abuse and Neglect* 6, 129 (1982)
26. Elmer and G.S.: Developmental Characteristics of Abuse children. *Pediatrics* 40:596, (1967)
27. FRIEDMAN S.B.: and Morse G.W.: Child Abuse: A five year follow up early case findings in the emergency Department *Pediatrics* 54 (4): 404 (1974)
28. Allen R. And Oliver J.: The Effects of child Maltreatment on Language Development. *Child Abuse and Neglect* 6, 299 (1982)
29. Green A.: Self-destructive Behavior in Battered children. *American journal of Psychiatry* 135: 5, 579 (1978)
30. Αγάθωνος- Γεωργοπούλου Ε. Σεξουαλική παραβίαση παιδιών. Ψυχοκοινωνική διάσταση. Εφηβική γυναικολογία – ανάπτυξη – εμμηνόπαυση, 2(4):267-272 (1990)
31. Adelson L.: Homicide by starvation. *J.A.M.A.* 186, 458 (1963)
32. Anderson W. and Hudson R.: Self-inflicted bite marks lu: Battered child syndrome. *For sci* 7, 71 (1976)
33. Bratu M. Dower J.C. Sieger B Et al: Genuear hematoma, child abuse and Felson's sign *conn med* 34, 261 (1970)
34. Einstein E.M. Delta B.c. and Clifford J.H.: Genular hematoma. An unusual manifestation of the battered child syndrome. *Clin. Pediatr* 4, 436 (1965)
35. Hamlin H.: Subgaleal hematoma caused by hair pulling. *J.A.M.A.* 204, 339(1965)
36. Harcourt B. and Hopkins D.: Permanent chorioretinal fesiions in childhood of suspected traumatic origin. *Trans. Ophthalmol. Soc.* 93,199 (1973)
37. Kanda M. Thomas J.N. and Lloyd D.W.: The role of Forensic evidence in child abuse and neglect *Med. Path* 6:7 -15 (1985)
38. Kim T. Jenkins m.: Psendocyst of the pancreas as a manifestation of the battered-child syndrome. *Med. D.C.* 36, 664 (1967)
39. Pickering D.: Salicylate poisoning as a manifestation of the battered-child syndrome. *Am. J. Dis. Child* 130 (1976)
40. Sims B. and Cameron J.: Bite-marks in the 'Battered baby syndrome' *Med* 13 (1973)
41. Slovis T.I. Berdow W.E. Haller J.K. et al: Pancreatitis and the battered child syndrome. *Med.* 125-456 (1975)
42. Smialek J.E. Monforte J.R. Arohowr and Spitz W.V.: Methadone death in children: A continuing problem. *J.A.M.A.* 238,251 (1977)
43. Weston J.T.: The battered child. In "Medico legal investigation of death" E.d. By Spritz and Fisher, Ramsen Clark (1980)
44. MacKeith R.: Speculations on some possible long term effects. In: White Franklin A. Ed. Concerning child abuse, Edinburgh, Churchill Livinstone (1975)
45. Martin H.P. ed.: The abuse child: A multidisciplinary approach to development issues and treatment. Ballinger Publishing Company (1976)
46. Franklin A.W.: Treating the family. In: child abuse and neglect: A study text. V. Carver (ed). The open University press. Milton Keynes, (1980)

47. Lunch M.A. steinberg D. and ounsted.: Family Unit in a children Psychiatric Hospital British Medical journal 9: 127, 129 (1975)
48. Lunch M.A. Ounsted C: Residential Terapy. A place of Safety. In: child abuse: A study text, V Carver (ed). The Open University Press, Milton Keynes.(1980)
49. Kempe C.H.: Keynote address, the battered child. First Australian National Conference, Perth, Australia (1975)
50. Αγάθωνος Ε. και Νάκου Σ.: Ομαδικές συμβουλευτικές συζητήσεις με γονείς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών. Παιδιατρική 46, 4 (1983)
51. Roberts J. Beswick K. Ceverton B. Lynchm. Prevention of child abuse. Group therapy for mothers and children in the community. The practitioner 212: 11-115 (1977)
52. Φερέτη Ε. Ενδοοικογενειακή βία: Η σημασία της εκπαίδευσης για τα ανθρώπινα δικαιώματα, στην πρόληψη του φαινομένου. Στο : Εκπαίδευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, διεθνής αμνηστία, εκδ. Σάκκουλα 163-168, Αθήνα (1997)
53. Elliot M. Browne KO and kilkoynе j. Child sexual abuse prevention : what offenders tell us. Child abuse and neglect 19, 5,579-594 (1995)
54. A.M.A.: American Medical Association, Diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect J.A.M.A. 254:6,796 (1985)
55. Unicef & ΚΟΣΜΟΣ, έκδοση της ελληνικής επιτροπής συνεργασίας με τη UNICEF, ΆΝΟΙΞΗ (1999)
56. UNESCO Newsletter: News of children and violence on the screen, volume 3, no.1, Sweden (1999)
57. International Catholic Child Bureau's Newsletter: EUROPEAN CONSORTIUM: " Education in communication between adults and children. Participation: rights and responsibilities", Council of Europe, Brussels, no.2, September (1996)
58. European forum for children and young people: " communication, the key to effective participation", Conclusions, Belgium, 19-21 March 1998, European Commission
59. "El futuro de la infancia en europa" minutos seminario europeo: La proteccion de los ninos y ninas y de sus familias : el papel de las ong en la union Europea, FUNCOE, Radda Barnen, save the children fund, Colabora: Comision europea-direccion general v, 193
60. Αστικός κώδικας και εισαγωγικός νόμος, Κριτική Έκδοση Αθήνα (1987)
61. Οικογενειακό Δίκαιο (νόμος 1329) έκδοση του συμβουλίου ισότητας των δύο φύλων, Υπουργείο Προεδρίας της κυβέρνησης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



1993. Μια διδασκίστρια μαθήτρια από την Καμπούλ κοιτάζει με αγέμωχο ύφος τον φωτογραφικό φακό. Τα τελευταία 20 χρόνια, ο Μικ Κάρι έχει σημειώσει το ρεκόρ των 17 αποσταλμένων φωτορεπορτάζ στο Αφγανιστάν, για τις οποίες του έχουν απονεμηθεί πολλά διεθνή βραβεία.



Μια εικόνα μόνο μάτια. Μάτια που έχουν
αντικρίσει τη φτώχεια, την πείνα, το
αδιέξοδο. Θα μπορούσε να είναι παιδί των
γκέτα αμερικανικής μεγαλουπόλεως. Στην
πραγματικότητα, το αγόρι με το καπέλο
των Chicago Bulls είναι από το Νικόκ.



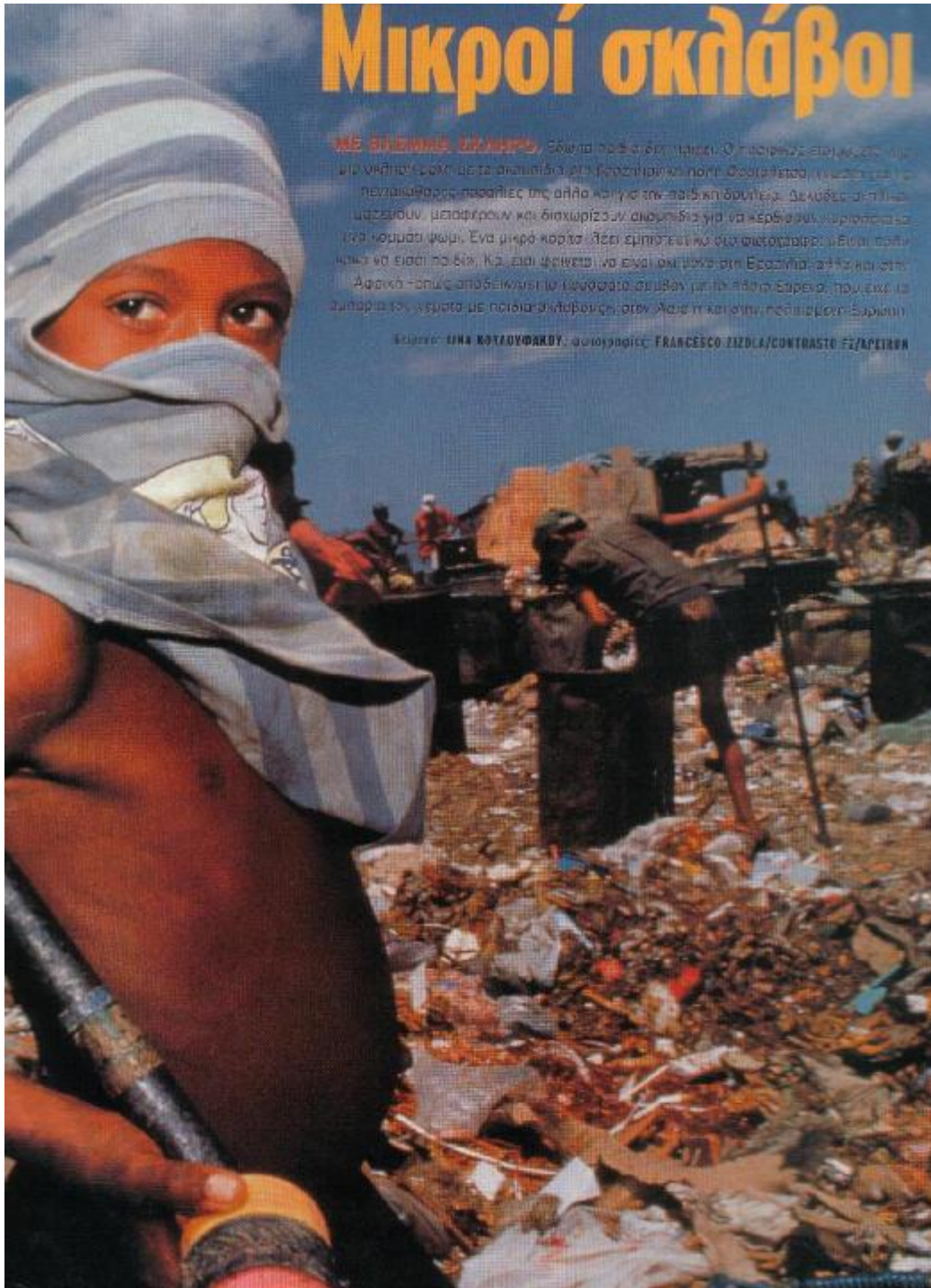
ΙΣΟΒΙΑ ΚΑΤΑΔΙΚΗ. Αυτά τα παιδιά δεν πήγαν ούτε και θα πάνε ποτέ σχολείο. Το μόνο που τους δίνουν είναι ελάχιστα χρήματα για να φάνε και να ξεπληρώσουν τα φτωχικά ρούχα και το άθλιο κατάλυμα που τους παρέχουν οι εργοδότες τους. Τα πιο πολλά, μάλιστα, θα χρωστούν για το υπόλοιπο της ζωής τους. Όπως ακριβώς και οι οικογένειές τους. Το ερώτημα, ωστόσο, παραμένει: Κι αν απαγορεύεται επισήμως ένα παιδί να δουλεύει εξαντλητικά 12ωρα σε συνθήκες σκληριάς, του απαγορεύεται να πεινάει;



Μικροί σκλάβοι

ΜΕ ΣΙΛΒΑΝΑ ΜΑΝΤΕ Σήμερα το βράδυ παίζει ο παλιός μου κωμικός. Για να κηλιδώ το πρόσωπό μου με τα σκουπίδια της Κολομβιανής ποπ-μουσικής, έχω μάθει να πελακίζω τους παλιές της αθήνα και για την παιδική δουλειά. Δελφίδες από την αγγαρεία, μετατρέπουν και διαχωρίζουν σκουπίδια για να κερδίσουν κέρδη ακόμα για κομμάτι φούρ. Ένα μικρό κορίτσι λέει εμπιστευτικά στο φωτογράφο: «Είμαι σκλάβη γιατί να είσαι το βράδυ. Και έτσι φεύγω να είναι οκτώ ώρες στη Βραζιλία, αλλά και στην Αφρική» όπως αποδεικνύει το τεύχος στο σάβαν με το ίδιο έδαφος, πριν είναι το σάβαν με το οποίο φεύγουν στην Ασία ή και στην περισσότερο βάρβαρη

Σελίδα: **ΣΙΝΑ ΚΟΥΤΟΥΦΑΚΟΥ**, φωτογραφία: **FRANCESCO ZIZOLA/CONTRASTO ΕΣ/ΑΡΧΙΒΟΝ**



ΓΙΑ ΕΝΑ ΚΟΜΜΑΤΙ ΨΩΜΙ.

Οι δουλειές των ανήλικων σκλάβων είναι πάντοτε σκληρές και εξαιρετικά κακοπληρωμένες. Σύμφωνα με μια έρευνα της Unicef, σε ολόκληρο τον πλανήτη πενήντα εκατομμύρια παιδιά εργάζονται για να πάρουν ως αμοιβή μόλις ένα δολάριο την ημέρα, διακόσια πενήντα εκατομμύρια ζουν σε συνθήκες δουλείας, ενώ έντεκα εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν από ασθένειες ή στυχίματα λόγω έλλειψης εργασιακών συνθηκών.

