

Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ  
ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ*



Εισηγητής:  
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία  
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:  
Νικολάρη Οντέτα  
Σπουδάστρια

Πάτρα 2007

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ1	
1.1 Η κακοποίηση παιδιού διεθνώς και στην Ελλάδα.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ2	
2.1 Μορφές κακοποίησης.....	14
2.1.1 Σεξουαλική κακοποίηση.....	16
2.1.2 Ψυχολογική κακοποίηση.....	22
2.1.3 Σωματική κακοποίηση.....	26
2.1.4 Παραμέληση.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ3	
3.1 Παράγοντες κακοποιήσεων.....	34
3.2 Κλινικά χαρακτηριστικά της παιδικής κακοποίησης.....	38
3.3 Σημεία-συμπτώματα αναγνώρισης κακοποιήσεων.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ4	
4.1 Δικαιώματα του παιδιού και παραδείγματα παραβίασής τους.....	45
4.2 Οι ανάγκες των παιδιών.....	51
4.3 Νομική παρέμβαση.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ5	
5.1 Γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους.....	58
5.2 Κακοποίηση-παραμέληση και ο ρόλος του σχολείου.....	60
5.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	62
5.4 Ο ρόλος του συνανθρώπου.....	67
5.5 Ο ρόλος της Interpol.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ6	
6.1 Πρόληψη.....	70
6.2 Θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιού-θύματος.....	75
6.3 Διάγνωση της σωματικής παραμέλησης-κακοποίησης.....	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ7	
7.1 Επιπτώσεις της σωματικής παραμέλησης-κακοποίησης.....	81
7.2 Περιπτώσεις κακοποίησης παιδιού με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	85
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	95
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	100

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο άνθρωπος παρά τον ηθικό εξοπλισμό και την κοινωνική συνείδηση που οικοδόμησε τα τελευταία δέκα χιλιάδες χρόνια της μακράιωνης βιολογικής του διαδρομής, εξακολουθεί να διατηρεί σπέρματα του πρωτόγονου ενστίκτου της επικράτησης του ισχυροτέρου.

Το παιδί υπήρξε και εξακολουθεί να είναι το πρώτο θύμα της πρωτόγονης βίας των μεγάλων. Η φυσική του αδυναμία, εκατομμύρια χρόνια τώρα, το καθιστά εύκολο στόχο. Η κακοποίηση του σωματική, ψυχική, σεξουαλική και η εξίσου κακοποιός παραμέληση του αποτελεί το πιο μελανό στίγμα της ιστορίας του γένους των ανθρώπων.

Το φαινόμενο της κακοποίησης των παιδιών, όπως είναι φυσικό, είναι οικουμενικό. Αφορά πόλεις και χωριά. Πλούσιους και φτωχούς. Μορφωμένους και αμόρφωτους. Η σχετική βιβλιογραφία που καταγράφει κάθε πτυχή του θέματος συγκροτείται από αναρίθμητες δημοσιεύσεις, πολλές χιλιάδες τα τελευταία 35 χρόνια.<sup>1</sup>

Στη σύγχρονη παιδοκεντρική ελληνική κοινωνία μας, κάθε χρόνο κακοποιούνται ή παραμελούνται μερικές χιλιάδες παιδιών. Απίστευτο για τους περισσότερους, αληθινό γι' αυτούς που είναι σε θέση να γνωρίζουν ότι το παιδί ήταν – και εξακολουθεί να είναι – ιδιοκτησία των γονέων του, οι οποίοι μπορούσαν να το υποβάλλουν σε αυστηρές και απάνθρωπες τιμωρίες, να το αναγκάζουν να δουλεύει εξαντλητικά, να το εκμεταλλεύονται, ακόμα και να το θανατώνουν. Παρά το γεγονός ότι οι κοινωνίες, με την πρόοδο του πολιτισμού και με την καθιέρωση νόμων που προστατεύουν τα παιδιά από τους ίδιους τους γονείς τους και από άλλους, έχουν αλλάξει, η κακή μεταχείριση και η κακοποίηση των παιδιών συνεχίζεται.

Τα τραυματίζουν σοβαρά, τα καίνε, τα μαχαιρώνουν, τα παραμορφώνουν εσκεμμένα και τα βιάζουν. Οι περιγραφές των πρόσφατων μελετών και ερευνών δείχνουν ότι η κακή μεταχείριση των παιδιών λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας. Αποτελεί σοβαρό πρόβλημα, όχι μόνο στην Ευρώπη αλλά και στη Βόρειο Αμερική, την Ασία, την Αφρική και την Αυστραλία.<sup>2</sup>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακοποίηση και παραμέληση αφορά μακροχρόνια φυσική, διανοητική ή συναισθηματική κακοποίηση ενός βρέφους ή ενός παιδιού, που συνήθως έχει ως αποτέλεσμα τον φυσικό τραυματισμό, τη σεξουαλική παρενόχληση ή τη διατροφική ή την ιατρική παραμέληση.

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών έχει αυξηθεί κατακόρυφα: το 25% όλων των παιδιών θεωρείται ότι έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί κατά κάποιο τρόπο. Αυτή η συμπεριφορά κακοποίησης μπορεί να προκληθεί από το στρες, από κοινωνικο-οικονομική πίεση ή άλλα ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Σε πολλές περιπτώσεις ο γονέας που κακοποιεί ή αυτός που φροντίζει το παιδί έχει ο ίδιος κακοποιηθεί σαν παιδί.

Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών αποτελεί σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα, η αποκάλυψη του οποίου έχει πάρει σοβαρές διαστάσεις στη χώρα μας. Στην Ελλάδα, όπου εξακολουθεί να επικρατεί το ιατρικό μοντέλο στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, η εμπλοκή επιστημόνων στο πολυσύνθετο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών και της οικογενειακής βίας γενικότερα, είναι δύσκολη αν όχι αδιανόητη.

Τα προγράμματα παιδικής προστασίας που αφορούν παιδιά πολυπροβληματικών, δυσλειτουργικών οικογενειών, δεν απευθύνονται στην οικογένεια σαν σύνολο. Η λύση που προτείνουν προϋποθέτει απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια για απροσδιόριστο χρονικό διάστημα και εισαγωγή του σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Η τοποθέτηση του παιδιού σε ίδρυμα εφησυχάζει την οικογένεια, τον κοινωνικό λειτουργό της υπηρεσίας που το παρέπεμψε, ενώ το ίδιο το ίδρυμα επιβεβαιώνει μια ακόμη φορά την αναγκαιότητα της ύπαρξής του. Ο παγκόσμιος καθιερωμένος θεσμός των αναδόχων οικογενειών, που μπορεί θαυμάσια να εξυπηρετήσει κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά, έστω προσωρινά, δεν είναι ποσοτικά και ποιοτικά ανεπτυγμένος. Η ποσοτική ανεπάρκεια εκπαιδευμένου προσωπικού δυσκολεύει σημαντικά την ορθολογική ανάπτυξη και εποπτεία του θεσμού.<sup>3</sup>

Πολλές μορφές κακομεταχείρισης ενός παιδιού δεν παρουσιάζουν χαρακτηριστικά ή σημάδια ορατά 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 δύο στόχους. Ο πρώτος είναι να εκπαιδύσουμε όλους τους επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με παιδιά, ιδιαίτερα μικρής ηλικίας, ώστε να μπορούν να 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 πολίτη, ο οποίος οφείλει να κινητοποιείται υπέρ ενός παιδιού, όταν πιστεύει ότι είναι θύμα κακομεταχείρισης ή ότι κινδυνεύει σοβαρά από κάτι τέτοιο.

Ο δεύτερος στόχος είναι τα ίδια τα 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<sup>3</sup>.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



## 1.1 Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΔΙΕΘΝΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σήμερα αναγνωρίζεται διεθνώς η επικινδυνότητα των ενηλίκων καθώς και των παιδιών και εφήβων σε τραυματικές καταστάσεις όπως πολέμους, φυσικές καταστροφές, αλλά και σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση και όποια άλλα γεγονότα υπήρξε απειλή εαυτού και άλλων, καθώς και οι σοβαρές συνέπειες που η έκθεση αυτή ενέχει στην ψυχική λειτουργία και ισορροπία τους. Σύμφωνα με την υπάρχουσα σήμερα γνώση 40-70% του πληθυσμού έχει εκτεθεί σε κάποιο τραυματικό γεγονός κάποια στιγμή της ζωής του. Η πλειοψηφία βέβαια των ατόμων που εκτίθενται στο τραύμα δεν αναπτύσσουν κλινική ψυχιατρική διαταραχή. Μόλις το 10,4% των γυναικών και το 5% των ανδρών, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία των ΗΠΑ, αναπτύσσουν **Διαταραχή Μετα-Τραυματικού Στρες**.

Για τα παιδιά και τους εφήβους τα στοιχεία είναι πολύ λιγότερα. Στη μελέτη των Giaconia και συνεργ.(1995) αναφέρεται πώς 40-50% των παιδιών και εφήβων μέχρι 18 ετών είχαν εκτεθεί σε τραυματικές καταστάσεις και 6% ανέπτυξαν ΔΜΤΣ. Σε κλινικό-νοσηλεύσιμο πληθυσμό τα παραπάνω ποσοστά είναι υψηλότερα. Σύμφωνα με έρευνα των Lipshitz και συνεργ.(1989), 93% των νοσηλευόμενων παιδιών και εφήβων σε ψυχιατρική μονάδα είχε εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα που αφορούσαν γεγονότα βίας στην οικογένεια και την κοινότητα. Στον ίδιο πληθυσμό ανευρέθηκε ποσοστό 32% ΔΜΤΣ<sup>4</sup>.

Πέραν όμως της ΔΜΤΣ, συχνά αναπτύσσονται υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συνοσηρότητας, ιδιαίτερα κατάθλιψη, άλλες διαταραχές άγχους, κατάχρηση ουσιών και διαταραχές προσωπικότητας. Στη μελέτη των Giaconia και συνεργ. τα ποσοστά συνοσηρότητας ήταν υψηλότερα στους νέους με ΔΜΤΣ παρά σε εκείνους που δεν είχαν αναπτύξει ΔΜΤΣ και εκείνους της ομάδας ελέγχου χωρίς ιστορικό τραύματος. Στη μελέτη των Lipshitz και συνεργ. έφηβοι με ΔΜΤΣ εμφάνιζαν παράλληλα, μεταξύ άλλων, διαταραχές διατακτικής συμπεριφοράς (διαγωγής, εναντίωσης-πρόκλησης και ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας) 70.8%.

Στη Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών “Η Αγία Σοφία”, νοσηλεύονται παιδιά και έφηβοι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές και/ή σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Στα πλαίσια της λεπτομερούς διαγνωστικής τους αξιολόγησης (με κλινικές και ημιδομημένες συνεντεύξεις και συμπλήρωση ερωτηματολογίων ανίχνευσης), είχε κατ’επανάληψη διαπιστωθεί ότι, παράλληλα με την κύρια ψυχιατρική διαταραχή, εξαιτίας της οποίας είχαν εισαχθεί στη Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας, παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά συμπτωματολογίας ΔΜΤΣ που συνδεόταν με έκθεση σε βία, μέσα ή/και έξω από την οικογένειά τους. Η παρατήρηση αυτή, που αποδείχθηκε πως ήταν σε συμφωνία με την, έστω και περιορισμένη, σχετική διεθνή βιβλιογραφία, αποτέλεσε το σκεπτικό της παρούσης μελέτης, σκοπός της οποίας ήταν ο ακριβής εντοπισμός συμπτωμάτων και ποσοστού ΔΜΤΣ που συσχετίζονται με την έκθεση σε βίαια τραυματικά γεγονότα των παιδιών και εφήβων που νοσηλεύονται στην Μονάδα, καθώς και η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών αυτού του δείγματος<sup>4</sup>.

Μελετήθηκαν όλες οι νέες περιπτώσεις παιδιών και εφήβων που νοσηλεύθηκαν στην Μονάδα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας της Πανεπιστημιακής Παιδοψυχιατρικής Κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών “Η Αγία Σοφία”, κατά το χρονικό διάστημα από 1 Ιανουαρίου 2002 έως και 31 Δεκεμβρίου 2004. Συνολικά στο παραπάνω χρονικό διάστημα νοσηλεύθηκαν 65 παιδιά και έφηβοι, 9 από τα οποία δεν ολοκλήρωσαν τη νοσηλεία τους, οπότε δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη. Σε 21 περιπτώσεις (37,5%) υπήρχε εμπλοκή της εισαγγελίας ή/και της Αστυνομίας Ανηλίκων.

Από τις 56 περιπτώσεις παιδιών και εφήβων που τελικά συμμετείχαν, 35 (62,5%) ήταν κορίτσια και 21(37,5%) αγόρια, με μέση ηλικία τα 12,6 έτη (ελάχιστη: 7έτη 6μήνες, μέγιστη:15 έτη και 1μήνας). Η εθνικότητα του κλινικού δείγματος ήταν η ακόλουθη:46 περιπτώσεις (82,1%) είχαν Ελληνική υπηκοότητα, 5(9%) Κυπριακή, 3(5,3%) Αλβανική και 2(3,6%) άλλη υπηκοότητα.

Η οικογενειακή κατάσταση του δείγματος ήταν η ακόλουθη. Οικογένεια με τους δύο βιολογικούς γονείς σε 29 περιπτώσεις (51,8%), με τον ένα μόνο γονέα 9 περιπτώσεις (16%), με τον ένα γονέα και άλλον ενήλικα 8 περιπτώσεις (14,2%), με διευρυμένη οικογένεια 6 περιπτώσεις (10,8%), σε ίδρυμα ή ανάδοχη οικογένεια 4 περιπτώσεις (7,2%).

Για την πραγματοποίηση της παρούσης μελέτης αξιολογήθηκαν τα ακόλουθα δεδομένα: επιδημιολογικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), κλινική συμπτωματολογία, συνοσηρότητα, στοιχεία από το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό πορεία νοσηλείας και θεραπευτική παρέμβαση<sup>4</sup>.

Σε 42 περιπτώσεις (72%) των νοσηλευόμενων παιδιών και εφήβων στην μονάδα υπήρχε έκθεση σε τραυματικά γεγονότα που σχετίζονταν με βία στην οικογένεια και την κοινότητα. Απ’αυτές, 29 περιπτώσεις (69%) ανέφεραν έκθεση σε 1 τραυματικό γεγονός, 7(16,7%) σε 2 τραυματικά γεγονότα και 6(14,3%) σε 3 ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα. Ο μέσος αριθμός τραυματικών γεγονότων στα οποία τα παιδιά έχουν εκτεθεί είναι 1,45. Στις περιπτώσεις εκθέσεις σε περισσότερα του ενός τραυματικά γεγονότα, τα παιδιά και οι έφηβοι ανέφεραν την σωματική και σεξουαλική κακοποίηση ως τα πιο στρεσογόνα τραυματικά γεγονότα. Σε σχέση με το φύλο, παρατηρείται διπλάσιο ποσοστό έκθεσης στα κορίτσια, με ποσοστό 67% (28 περιπτώσεις) έναντι 33% στα αγόρια (14 περιπτώσεις).

<u><b>Πίνακας 1. είδος τραυματικών γεγονότων</b></u>			
Τραυματικά γεγονότα	Περιπτώσεις με Έκθεση  N ( %)	Βαθμολογία του πιο στρεσογόνου (για 13 περιπτώσεις με έκθεση σε 2 ή περισσότερα γεγονότα) n (%)	Διάγνωση ΔΜΤΣ  n (%)
Μάρτυρας βίας στην οικογένεια	31 (73,8%)	2 (15,4%)	5 (45,5%)
Μάρτυρας βίας στην κοινότητα	4 (9,5%)		1 (9,0%)
Σωματική κακοποίηση	17 (40,4%)	6 (46,2%)	7 (63,6%)



Σεξουαλική κακοποίηση	9 (21,4%)	5 (38,4%)	7 (63,6%)
--------------------------	-----------	-----------	-----------

Με βάση τα αποτελέσματα, 11 περιπτώσεις παιδιών και εφήβων (19%) εμφάνισαν ΔΜΤΣ, όπως αυτή ορίζεται στο DSM-IV. Στο σύνολο των παιδιών που έχουν εκτεθεί σε τραυματικές καταστάσεις το ποσοστό των παιδιών με ΔΜΤΣ, αποτελούν το 26% του συνόλου. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις ελέγχθηκαν μερικά συμπτώματα της διαταραχής (δεν εμφάνιζαν την ολοκληρωμένη κλινική εικόνα που αντιστοιχεί στην ΔΜΤΣ). Στις περιπτώσεις με ΔΜΤΣ, διαπιστώνεται επίσης σημαντική επικράτηση των κοριτσιών, με 82% (9 περιπτώσεις) έναντι 18% στα αγόρια (2 περιπτώσεις).

### Σεξουαλική κακοποίηση και Δ.Μ.Τ.Σ.

Εννέα περιπτώσεις (82% του συνόλου) με Δ.Μ.Τ.Σ. ανέφεραν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και αντίστροφα, από τις περιπτώσεις με σεξουαλική κακοποίηση, 89% εμφάνισαν Δ.Μ.Τ.Σ. Σε όλες τις περιπτώσεις (11 συνολικά) η κακοποίηση ήταν επαναλαμβανόμενη, στο 89% ήταν ενδοοικογενειακή και στο 90% (10 περιπτώσεις) αναφερόταν χρήση βίας, ενώ η μέση ηλικία έναρξης της κακοποίησης ήταν τα 9.2 έτη<sup>4</sup>.

Σε όλες τις περιπτώσεις (100%) των παιδιών και εφήβων με ΔΜΤΣ αναβρέθηκε συνοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (πίνακας 2).

Πίνακας 2. νοσηρότητα κατά DSM-IV	
	ΔΜΤΣ (n=11) (%)
Διαταραχές συναισθήματος	73%
Μείζων κατάθλιψη	64%
Δυσθυμία	27%
Ψυχωσική Διαταραχή	9%
Διαταραχή Διαγωγής	35,5%
Διαταραχές Άγχους	27%
Διαταραχές Διατροφής	9%
Διαταραχές Σωματοποίησης	45%

Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε παιδιά με έκθεση σε τραυματικά γεγονότα και ιδιαίτερα σε εκείνα με ΔΜΤΣ. πιο συγκεκριμένα, σε 8 περιπτώσεις (73%) νοσηλεύομενων παιδιών και εφήβων με ΔΜΤΣ και σε 15 περιπτώσεις (48,4%) των παιδιών και εφήβων με έκθεση σε τραυματικά γεγονότα αναφέρονταν απόπειρες αυτοκτονίας. Είναι αξιοσημείωτο ότι

στο ίδιο χρονικό διάστημα για τα νοσηλευόμενα παιδιά της μονάδας με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές αναφέρονταν ποσοστό αποπειρών αυτοκτονίας 19%.

Υπολογίστηκε επίσης το ποσοστό εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού στις περιπτώσεις παιδιών με Δ.Μ.Τ.Σ. και στα παιδιά με έκθεση σε τραυματικά γεγονότα. Βρέθηκε λοιπόν ότι στις 7 περιπτώσεις (63%) παιδιών με ΔΜΤΣ και 22 (53%) παιδιών με έκθεση σε τραύμα παρουσίαζαν αυτοκτονικό ιδεασμό. Βασίζεται στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων της κλίμακας ολικής αξιολόγησης των παιδιών Children`s- Global Assesment Scale (C-GAS). Παιδιά και έφηβοι με έκθεση σε τραύμα είχαν μέση τιμή 32.3, ενώ παιδιά και έφηβοι με ΔΜΤΣ 32.8<sup>4</sup>.

Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη δείχνουν ότι, στο σύνολο των νοσηλευόμενων παιδιών και εφήβων, 19% εμφάνιζαν ΔΜΤΣ, όπως αυτή ορίζεται στο DSM-IV, ενώ μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζει μερική συμπτωματολογία ΔΜΤΣ. Στο σύνολο όμως των παιδιών που είχαν εκτεθεί σε τραυματικές καταστάσεις, 26% Εμφάνιζαν ΔΜΤΣ, (32% στη μελέτη των Lipschitz και συν.). ο νοσηλευόμενος για ψυχιατρικά προβλήματα πληθυσμός των παιδιών και εφήβων που μελετήθηκε, παρουσιάζει υψηλό ποσοστό έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα, της τάξης του 75% (93% στη μελέτη των Lipschitz και συν.). στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων τα νοσηλευόμενα παιδιά είχαν υπάρξει θύματα κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής) ή μάρτυρες βίας στην οικογένειας και την κοινότητα.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε κοινοτικούς, μη νοσηλευόμενους σε ψυχιατρική μονάδα, πληθυσμούς τα αντίστοιχα ποσοστά είναι χαμηλότερα. Στη μελέτη των Giacomia και συν. (1995) αναφέρεται πως 40-50% των παιδιών και εφήβων είχαν εκτεθεί σε τραυματικές καταστάσεις και 6% είχαν αναπτύξει ΔΜΤΣ. Υποθέτουμε πως ανάλογες διαφορές θα υπάρχουν και στον ελληνικό πληθυσμό. Οι διάφορες αυτές μπορεί να οφείλονται στα ειδικά χαρακτηριστικά του νοσηλευόμενου πληθυσμού σε ψυχιατρικές μονάδες για μικρές ηλικίες, όπως π.χ. η παρουσία σοβαρών ψυχικών διαταραχών, τα ιδιαίτερα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και η οικογενειακή τους κατάσταση. Για παράδειγμα, μόλις οι μισές περιπτώσεις παιδιών του δείγματος μας προέρχονταν από οικογένειες με δυο βιολογικούς γονείς, 7.2% προέρχονταν από ιδρύματα και σε 37.5 υπήρχε εμπλοκή εισαγγελικών ή αστυνομικών αρχών<sup>4</sup>.

Τα στοιχεία αυτά συμβαδίζουν με εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας που τονίζουν τον ρόλο της σεξουαλικής κακοποίησης κατά των παιδική ηλικία ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αργότερα ΔΜΤΣ. Οι Wolfe και συν. (1994) επισημαίνουν πως τα θύματα της σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία που εμφανίζουν ΔΜΤΣ, περισσότερο συχνά έχουν υποστεί κακοποίηση για μεγάλο χρονικό διάστημα και μάλιστα με χρήση βίας.

Αναφορικά με την επίδραση του φύλου, παρατηρήθηκε διπλάσιος ποσοστό έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα στα κορίτσια, με ποσοστό 67% έναντι 33% στα αγόρια. Στις περιπτώσεις με ΔΜΤΣ, διαπιστώνεται επίσης σημαντική επικράτηση των κοριτσιών, με 82% έναντι 18% στα αγόρια. Στην έρευνα των Lipschitz και συν. (1999), στις περιπτώσεις με ΔΜΤΣ, 77% αφορούσαν κορίτσια και 23% αγόρια, ενώ δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στις περιπτώσεις με έκθεση σε τραυματικά γεγονότα.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα αυτής της εργασίας είναι τα υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής συνοσηρότητας της υποομάδας των παιδιών και εφήβων με ΔΜΤΣ. Οι συνοσηρές καταστάσεις αφορούσαν, κατά σειρά συχνότητας εμφάνισης, διαταραχές

συναισθήματος (73% των περιπτώσεων), σωματοποίησης, διαγωγής, γενικευμένου άγχους, και σε πολύ μικρότερο (μονοψήφιο) ποσοστό διαταραχές διατροφής και ψύχωσης. Τα υψηλά ποσοστά και το είδος της συνοσηρότητας είναι παρόμοια με εκείνα που αναφέρονται και από άλλους ερευνητές. Στην τελευταία μάλιστα σε αριθμό συνοσηρότητα σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις<sup>4</sup>.

Τέλος η υψηλή συνύπαρξη έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα και ακόμα περισσότερα ΔΜΤΣ με αυτοκτονική συμπεριφορά (συμπεριλαμβάνει αυτοκτονικό ιδεασμό ή/και απόπειρες αυτοκτονίας), αποτελεί ένα άλλο σημαντικό εύρημα αυτής της μελέτης.

Σύμφωνα με τις μελέτες των Brand και συν. (1996), καθώς και των Brent και συν. (1995), οι έφηβοι με ΔΜΤΣ ανέφεραν περισσότερο συχνά αυτοκτονικό ιδεασμό και μεγαλύτερο αριθμό αποπειρών αυτοκτονίας σε σύγκριση με εφήβους που εμφανίζουν άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αποτελεί και ένα από τα συχνά αίτια παραπομπής και νοσηλείας παιδιών ιδιαίτερα εφήβων σε ψυχιατρικές μονάδες. Πολλοί μπορεί να είναι οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, όμως το ψυχικό τραύμα και η ΔΜΤΣ αναγνωρίζονται ως από τους πλέον συχνούς. Μάλιστα οι Lipschitz και συν. (1999), προτείνουν όλα τα παιδιά και έφηβοι με αυτοκτονική συμπεριφορά να θεωρούνται ότι έχουν ενδεχομένως εκτεθεί σε τραυματικές καταστάσεις με συμπτωματολογία (ολοκληρωμένη ή μη) μετατραυματικής διαταραχής στρες και ανάλογα να αντιμετωπίζονται.

Μια άλλη παρατήρηση που αφορά την κλινική εκτίμηση και διάγνωση της ΔΜΤΣ είναι οι διαφορές των πληροφοριών που δόθηκαν από τα ίδια τα παιδιά και τους γονείς τους. Πιο συγκεκριμένα, οι γονείς φάνηκε να μην ήταν αρκετά ενημερωμένα για τις δυσκολίες των παιδιών τους, να υποαναφέρουν τα προβλήματα εκείνα ιδιαίτερα που αφορούσαν τα συμπτώματα συναισθηματικού μούδιασματος καθώς και επαναβίωσης του τραύματος. Με δυσκολία, επίσης, αναφέρονταν στα τραυματικά γεγονότα ιδιαίτερα όταν αυτά αφορούσαν θέματα βίας στην οικογένεια.

Συμπερασματικά, στον κλινικό πληθυσμό που μελετήθηκε, και που απαρτίζεται από νοσηλευόμενα σε ψυχιατρική μονάδα παιδιά και εφήβους 6-15 ετών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, διαπιστώθηκε υψηλό ποσοστό ΔΜΤΣ ή συμπτωμάτων ΔΜΤΣ μετά από έκθεση σε τραυματικά γεγονότα και καταστάσεις. Από την εργασία αυτή προκύπτει η αναγκαιότητα, να αναζητείται σ'αυτο τον πληθυσμό τυχόν συμπτωματολογία ΔΜΤΣ και νοσηρών ψυχικών διαταραχών, κατόπιν πιθανής έκθεσης τους σε τραυματικά γεγονότα, και ανάλογα να διαμορφώνεται η θεραπευτική παρέμβαση προς τα παιδιά και τις οικογένειες τους<sup>4</sup>.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2005-2006

Κατά το έτος 2005-2006 μέσω της τηλεφωνικής γραμμής καταγράφηκαν **242** καταγγελίες σοβαρών περιστατικών κακοποίησης παιδιών<sup>5</sup>.

Από αυτές οι:

- **149** ήταν ανώνυμες
- **93** ήταν επώνυμες

Το σύνολο των καταγγελιών αφορούσε 74 καταγγελίες για σωματική κακοποίηση, 137 καταγγελίες για παραμέληση, 14 καταγγελίες για εξώθηση ανήλικου σε επαιτεία, 6 καταγγελίες για σεξουαλική κακοποίηση και 11 καταγγελίες για εξώθηση ανήλικου στην πορνεία. Ειδικότερα για το έτος 2005 οι καταγγελίες αφορούσαν στο σύνολο τους 351 παιδιά εκ των οποίων:

- 197 αγόρια
- 154 κορίτσια

Αναλυτικότερα για το έτος 2005-2006 παρουσιάζεται ότι για τις ηλικιακές ομάδες 0-6, έχουμε 154 κρούσματα κακοποίησης, από τα οποία τα 90 αφορούσαν αγόρια και τα 64 κορίτσια. Για τις ηλικιακές ομάδες 7-12 παρουσιάστηκαν 134 κρούσματα κακοποίησης, από τα οποία τα 78 αφορούσαν αγόρια και τα 56 αφορούσαν κορίτσια. Τέλος, για τις ηλικιακές ομάδες 13-18, παρατηρήθηκαν 63 κρούσματα, από τα οποία τα 29 αφορούσαν αγόρια και τα 34 αφορούσαν κορίτσια.

Κατά τη διάρκεια του 2005-2006 γνωστοποιήθηκαν 116 περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης, από τα οποία τα 65 αφορούσαν αγόρια και τα 51 αφορούσαν κορίτσια. Γνωστοποιήθηκαν επίσης, 6 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, από τις οποίες οι 5 αφορούσαν κορίτσια και ένα αγόρι. Η περίπτωση της παραμέλησης απασχόλησε 180 παιδιά, από τα οποία τα 102 ήταν αγόρια και τα 78 κορίτσια. Εξώθηση σε επαιτεία παρουσιάστηκε σε 38 παιδιά, από τα οποία τα 23 ήταν αγόρια και τα 15 κορίτσια. Τέλος, η εξώθηση ανήλικου σε πορνεία παρουσίασε 11 θύματα, από τα οποία τα 6 ήταν αγόρια και τα 5 κορίτσια.

Για να διαχωριστεί η κακοποίηση με βάση το είδος, πρέπει να αναφερθεί ότι το 51% των κακοποιήσεων αφορούσαν την παραμέληση, το 34% αφορούσε την σωματική κακοποίηση, το 10% την εξώθηση ανήλικου σε επαιτεία, το 3% την εξώθηση στην πορνεία και το 2% την σεξουαλική κακοποίηση.<sup>5</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ



## 2.1 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Με τον όρο κακοποίηση-παραμέληση <<θεωρούμε κάθε πράξη ενεργητικής ή/και παθητικής βίας (ψυχολογικής-σωματική κλπ), που ασκείται από ενήλικο άτομο προς ανήλικο στα πλαίσια σχέσεων εξάρτησης-φροντίδας και εξουσίας>>.

Η ελλιπής φροντίδα, η παραμέληση της σχολικής φοίτησης, οι σωματικές κακώσεις, η σεξουαλική παραβίαση είναι μερικές από τις μορφές κακοποίησης-παραμέλησης που εκφράζουν την οικογενειακή δυσλειτουργία. Η κακοποίηση-παραμέληση των παιδιών είναι διαχρονικό φαινόμενο. Αφορά οικογένειες που ανήκουν σε σ'όλα τα κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα, όμως συναντάται συχνότερα σε πολύ-προβληματικές οικογένειες και σε οικογένειες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο.

Όπως προκύπτει τόσο από τα διεθνή όσο και από τα Ελληνικά ερευνητικά δεδομένα, τέτοια φαινόμενα είναι συχνότερα σε οικογένειες με πολλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, με γονείς πολύ νέους, συνήθως χωρίς σταθερή εργασία και κοινωνικά απομονωμένους. Η πρόληψη και η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση του φαινομένου γίνεται μέσα από διεπεστημονικές διαδικασίες που απευθύνονται στο σύνολο της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Η παρέμβαση είναι πιο αποτελεσματική όταν γίνεται στα πλαίσια της κοινότητας. Η οργάνωση και ο σχεδιασμός προγραμμάτων για την ψυχική υγεία και πρόνοια προγραμμάτων για την ψυχική υγεία και πρόνοια στο χώρο της κοινότητας αποτελούν το μέσο για την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση περιπτώσεων που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να υποστούν οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης-παραμέλησης.

Προληπτικά προγράμματα στα πλαίσια της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελληνικό χώρο και αποτελούν μέρος μιας συνολικότερης αντίληψης που αφορά την αντιμετώπιση ζητημάτων υγείας από ευαίσθητοποιημένους φορείς της κοινότητας. Παρόμοια προληπτικά κοινοτικά προγράμματα έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό (Ευρώπη-ΗΠΑ-Καναδάς) σχετικά με την κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού, ενώ στον Ελληνικό χώρο για πρώτη φορά επιχειρείται μια τέτοιου είδους παρέμβαση.

Τόσο η κακοποίηση όσο και η παραμέληση είναι όροι με σημαντική συναισθηματική φόρτιση, που προκαλούν έντονα συναισθήματα και γνώμες συχνά λανθασμένες ή επηρεασμένες από κακή πληροφόρηση σε όλους σχεδόν τους ανθρώπους, άσχετα από μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα ή κοινωνική τάξη. Γι'αυτό είναι πολύ σημαντικό για όλους όσοι συμμετέχουν σε προγράμματα αναγνώρισης, αντιμετώπισης, ή πρόληψης ενός από τα πιο διαδεδομένα, πολύπλοκα και δύσκολα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του καιρού μας να μη βασίζονται στα δικά τους συναισθήματα. Μεγαλύτερη βοήθεια μπορούν να πάρουν από τη συνεχή επαφή τους με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα τα οποία έχουν τη βαθύτερη κατανόηση των πολύπλοκων ψυχολογικών και κοινωνικών μηχανισμών που ευθύνονται για το πρόβλημα της κακοποίησης, παραμέλησης και συναισθηματικής αποστέρησης των παιδιών.<sup>6</sup>

Στο χώρο της έρευνας, φαίνεται ότι κάθε ερευνητής διαμορφώνει το δικό του ορισμό ανάλογα με τη θεωρητική του τοποθέτηση και ερευνητικό του αντικείμενο. Οι Schmitt και Kempfe περιγράφουν οχτώ μορφές κακοποίησης παραμέλησης:

- Ø Σωματική κακοποίηση: Περιγράφεται ως μη τυχαία κάκωση που προκαλείται από άτομο το οποίο έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού. Οι κακώσεις περιλαμβάνουν μώλωπες, εκδορές, εγκαύματα, κατάγματα άκρων και κρανίου κ.α. Η σοβαρότητα των κακώσεων

μπορεί να κυμαίνεται από μώλωπες ως υποσκληρίδεια αιματώματα που προκαλούν το θάνατο.

- Ø Αποστέρηση τροφής: Η πιο κοινή αιτία χαμηλού βάρους στη νεογνική και βρεφική ηλικία είναι η ανεπαρκής διατροφή του παιδιού η οποία μπορεί να είναι ηθελημένη ή αποτέλεσμα παραμέλησης. Σε περισσότερα από τα μισά παιδιά που έχουν χαρακτηριστεί περιπτώσεις << καθυστέρησης της ανάπτυξης οφειλομένη σε μη οργανικά αίτια >> ( failure to thrive ), το πρόβλημα οφείλεται σ' αυτή την αιτία, ενώ μια άλλη αρκετά συνηθισμένη μορφή κακοποίησης είναι η στέρηση νερού που οδηγεί σε αφυδάτωση από υπερνατριαιμία.
- Ø Σεξουαλική κακοποίηση: Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών έχει χαρακτηριστεί ως << το καλύτερα κρατημένο μυστικό >> σήμερα, όμως, οι διαστάσεις του αποκαλύπτονται καθημερινά, όσο μειώνονται οι αντιστάσεις των ειδικών όσο και του ευρύτερου κοινού. Περιλαμβάνει την αιμομιξία, την παρά φύση συνουσία, τη στοματική επαφή, την ασέλγεια, τη χρησιμοποίηση παιδιών για πορνογραφικό υλικό, την έκθεση παιδιών σε επίδειξη γεννητικών οργάνων ενηλίκων, ό,τι δηλαδή έχει σκοπό τη σεξουαλική διέγερση του δράστη.
- Ø Προμελετημένη δηλητηρίαση: Περιλαμβάνει τον εξαναγκασμό σε λήψη φαρμάκων, ναρκωτικών ή άλλων βλαβερών ουσιών ιατρικής φροντίδας: Η παραμέληση ιατρικής φροντίδας είναι σημαντικότερη σε περιπτώσεις παιδιών με χρόνια νοσήματα, όπως μεσογειακή αναιμία, διαβήτη κ.ά. τα οποία χρειάζονται συνεχή θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση.
- Ø Παραμέληση ασφάλειας: Η παραμέληση ασφάλειας για το παιδί ορίζεται ως κακοποίηση, αν είναι σημαντική και αν το παιδί είναι κάτω των δύο ετών. Παιδιά Παραμέληση αυτής της ηλικίας που αφήνονται μόνα στο σπίτι ή που εγκαταλείπονται στο δρόμο ανήκουν στην κατηγορία αυτή.
- Ø Συναισθηματική κακοποίηση: Είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς την ύπαρξη αλλά και το μέγεθος της συναισθηματικής κακοποίησης. Μπορεί να οριστεί ως η διαρκής απόρριψη ή η χρησιμοποίηση ενός παιδιού ως « αποδιοπομπαίου τράγου » από άτομα που το φροντίζουν. Η συνεχής υποτίμηση, η υβριστική συμπεριφορά ή ψυχολογική τρομοκρατία (π.χ. εγκλεισμός) ενός παιδιού περιλαμβάνονται στην περίπτωση αυτή και έχουν ολέθρια αποτελέσματα στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Διαγνωστικά κριτήρια είναι: σοβαρή ψυχοπαθολογία του παιδιού –όπως ορίζεται από ψυχίατρο- και συγχρόνως άρνηση των γονέων να επιτρέψουν θεραπεία για το παιδί.
- Ø Άλλες μορφές παραμέλησης: Άλλες μορφές παραμέλησης που συνήθως διαπιστώνονται από κοινωνικές οργανώσεις, σχολεία, γείτονες, αστυνομία και, σπανιότερα από ιατρικά κέντρα είναι η εγκατάλειψη των παιδιών, οι κακές συνθήκες υγιεινής, ένδυσης, κατοικίας και η ανεπαρκής παρουσία ή ολοκληρωτική απουσία από το σχολείο.<sup>7</sup>

## 2.1.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Το είδος της κακοποίησης στο οποίο έχει πιο πρόσφατα στραφεί η προσοχή των ειδικών, των μέσων μαζικής ενημέρωσης και του κοινού ιδιαίτερα στις Η.Π.Α. είναι η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών. Πριν από τριάντα χρόνια το πρόβλημα εθεωρείτο ασήμαντο, εφόσον οι επίσημες εκτιμήσεις ήταν δύο περιπτώσεις στο εκατομμύριο. Η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται στην ξαφνική σεξουαλική επίθεση από τον πατέρα, πατριό, συγγενή ή άλλον ενήλικο, άγνωστο στο παιδί. "Την ημέρα που διόρθωνα τα τυπογραφικά μου, γράφει ο Κ. Αλεξάνδρου, έφεραν ένα αγόρι 6 ετών γιατί παρουσίαζε σοβαρά μαθησιακά προβλήματα. Το test νοημοσύνης έδωσε φυσιολογικά αποτελέσματα. Το παιδί όμως ήταν υπερκινητικό και είχε τελεία διάσπαση προσοχής. Ρώτησα την κοινωνικό λειτουργό για το ιστορικό του παιδιού. Το παιδί είχε μεταφερθεί σε ίδρυμα του Υπουργείου Κοιν. Υπηρεσιών. Ο πατέρας κακοποιούσε το παιδί από την πρωκτό και το στόμα από την ηλικία των 3 ετών μέχρι τα 6. Ο πατέρας είναι ήδη υπόδικος".

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

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν, αυτοί που κακοποιούν σεξουαλικά, είχαν βιώσει απόρριψη από τη μητέρα τους και εγκατάλειψη από τον πατέρα τους. Στις περιπτώσεις που ο πατέρας δεν είχε εγκαταλείψει την οικογένεια, ήταν συχνά σκληρός και αυταρχικός. Η παρατεταμένη, εξάλλου απουσία του πατέρα από το σπίτι της γονικής οικογένειας του δράστη αποτελεί κοινωνιολογικό παράγοντα προδιάθεσης για κακοποίηση. Επίσης, οι άντρες που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά τους, έχουν βιώσει σε πρώιμη ηλικία απώλεια και αποχωρισμό στην οικογένειά τους.<sup>6</sup>





Η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται στο γεγονός ότι το παιδί γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης για σεξουαλικούς σκοπούς. Ποικίλει ως προς τον τρόπο, τη συχνότητα και την περιπλοκή, δηλαδή ποιοι εμπλέκονται και ποιοι είναι οι σκοποί τους. Συγκεκριμένα σύμφωνα με το διαχωρισμό που κάνει ο Ζαφείρης, η σεξουαλική κακοποίηση για λόγους χειρισμού και παρέμβασης πρέπει να διακρίνεται σε 4 διαφορετικές κατηγορίες:

- ✓ **ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ:** Αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα και περιλαμβάνει συνουσία, θωπεία, επίδειξη γεννητικών οργάνων ανάμεσα στο παιδί και ένα φυσικό γονιό, πατριό, μητριά, συγγενή ή κηδεμόνα. Με τη μορφή αυτή το παιδί υποβάλλεται σε μια διεργασία "εξαρτημένης μάθησης" και συχνά η αιμομικτική σχέση συνεχίζεται για πολλά χρόνια.
- ✓ **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ:** Αναφέρεται στην ξαφνική σεξουαλική επίθεση από τον πατέρα, πατριό, συγγενή ή και άλλον ενήλικα άγνωστο στο παιδί. Η μορφή αυτή αποτελεί μεμονωμένο περιστατικό, απότομο και βίαιο όπου δεν υπάρχει "εξαρτημένη μάθηση".
- ✓ **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ:** Αναφέρεται στην εκπόρνευση του παιδιού, στη χρησιμοποίηση του για την παραγωγή πορνογραφικού υλικού ή και σε άλλους τρόπους εκμετάλλευσης από τους γονείς συγγενείς ή άλλους ενήλικες που δεν έχουν συγγένεια με το παιδί. Σε τέτοιου είδους περιπτώσεις υπάρχει "εξαρτημένη μάθηση".
- ✓ **ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΔΕΛΦΩΝ:** Αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική σχέση μεταξύ αδελφών.

Οι ανωτέρω διαφοροποιήσεις της σεξουαλικής δραστηριότητας των ενηλίκων σε σχέση με το παιδί, όπως προτείνονται από το Ζαφείρη έχουν τεράστια σημασία για τη διάγνωση των δυναμικών αυτών των περιπτώσεων και για τις ανάλογες παρεμβάσεις.<sup>8</sup>

Συγκεκριμένα ως σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται κάθε πράξη που γίνεται σε παιδί, ηλικίας μικρότερης της νόμιμης ηλικίας ενηλικίωσης, και αποσκοπεί στην σεξουαλική ικανοποίηση ενηλίκου ή παιδιού αρκετά μεγαλύτερης ηλικίας από το θύμα. Η σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει την επαφή μεταξύ στόματος-γεννητικών οργάνων, γεννητικών οργάνων-γεννητικών οργάνων, γεννητικών οργάνων-πρωκτού, χειρών-γεννητικών οργάνων, χειρών-πρωκτού ή χειρών-στήθους του θύματος-θύτη, την αποκάλυψη-έκθεση των σεξουαλικών οργάνων του θύματος, την βεβιασμένη θέαση των γεννητικών οργάνων του θύτη την έκθεση πορνογραφικών εντύπων ή ταινιών σε παιδί ή την χρησιμοποίηση παιδιού σε πορνογραφικά έντυπα/ταινίες. Η σεξουαλική επαφή αναφέρεται σε κολπική, στοματική ή πρωκτική διείσδυση του θύτη στο θύμα. Ως διείσδυση ορίζεται η είσοδος σε κάποιο άνοιγμα-κοιλότητα του σώματος με ή χωρίς συνοδό τραυματισμό των ιστών. Σε μελέτες που γίνονται σε ανήλικους εγκληματίες, βρέθηκε ότι αν και αυτά τα άτομα έχουν την τάση να επιτίθενται σε άτομα νεαρότερης ηλικίας, έχουν σεξουαλική επαφή με θύματα μεγαλύτερης ηλικίας από τα ίδια. Εάν δεν ανακαλυφθεί εγκαίρως και δεν ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης, η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να προχωρήσει από άγγιγμα μέχρι και σε σεξουαλική επαφή. Τα σεξουαλικά παιχνίδια ορίζονται ως θέαση ή άγγιγμα των γεννητικών οργάνων, των γλουτών ή του στήθους παιδιών προεφηβικής ηλικίας, τα οποία δεν έχουν διαφορά ηλικίας πάνω από 4 χρόνια, στα οποία δεν υπάρχει εξάσκηση βίας ή εξαναγκασμός. Οι σεξουαλικές πράξεις που γίνονται από νεαρά παιδιά αντιπροσωπεύουν μιμητική συμπεριφορά η

οποία συσχετίζεται με σεξουαλική κακοποίηση ή θέαση σεξουαλικής επαφής ενηλίκων ή πορνογραφικών εντύπων/ταινιών.

Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών από μέλη της οικογένειάς τους (αιμομιξία) και από μη συγγενικά πρόσωπα γνωστά στο παιδί, είναι οι συνηθέστερες μορφές σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων. Η κακοποίηση από κάποιον άγνωστο, είναι πολύ πιο σπάνια. Η σεξουαλική κακοποίηση από άτομο της οικογένειας του παιδιού είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί και να αντιμετωπισθεί επειδή το παιδί πρέπει να προστατευθεί από περαιτέρω κακοποίηση και να εξαναγκασθεί να μην αποκαλύψει ή να αρνηθεί το συμβάν, ενώ γίνονται προσπάθειες να διατηρηθεί η ενότητα της οικογένειας. Τα παιδιά είναι επίσης πιθανόν να εξαναγκασθούν να ανακάλυψουν κατηγορίες κακοποίησης από συγγενείς ή μπορεί να αποφασίσουν να ανακαλέσουν την κακοποίηση επειδή φοβούνται ότι θα γελοιοποιηθούν, ότι θα είναι θύματα εμπαιγμού, ότι θα υποστούν αντίποινα, ότι θα πρέπει να καταθέσουν στο δικαστήριο ή ότι θα χάσουν την επαφή με ένα συγγενικό πρόσωπο που αγαπούν ή χρειάζονται.<sup>9</sup>

Το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης των αναφερόμενων περιστατικών παιδικής κακοποίησης αφορά στην αύξηση των περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης. Η συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης όπως υπολογίζεται από την Αμερικανική Εταιρεία Προστασίας Παιδιών, αυξήθηκε από το 1,4/10.000 στο 17/10.000 παιδιά από το 1976 έως το 1984. Σε ένα Νοσοκομείο Παιδών, ο συνολικός αριθμός περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης τετραπλασιάστηκε μέσα στο διάστημα από το 1981 έως 1991. Από τις 838.232 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης που καταγράφηκαν στο Αρχείο του Εθνικού Συστήματος Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης το 1991, το 15% αφορούσαν σε σεξουαλική κακοποίηση. Έρευνες που διεξήχθησαν σε ενήλικες γυναίκες αποκαλύπτουν ότι το 12-38% αυτών, υπήρξαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ηλικία των 18 ετών. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης, αναφέρουν ότι η πιθανότητα σεξουαλικής κακοποίησης από άτομο του οικογενειακού περιβάλλοντος ή εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν 8% και 2% αντίστοιχα. Η συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης αρρένων ατόμων κυμαίνεται από το 3-9% του πληθυσμού. Επειδή οι παιδεραστές αρέσκονται για τα αγόρια, θεωρείται ότι ο αριθμός αρρένων παιδιών που κακοποιούνται σεξουαλικά, είναι υψηλότερος. Επιπλέον, τα αγόρια είναι πολύ πιθανό να μην αναφέρουν το βιασμό τους ή την σεξουαλική κακοποίησή τους, από φόβο μην εκληφθούν ως ομοφυλόφιλοι. Επιπλέον τα αγόρια μπορεί να νιώθουν ενοχές αν πέσουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, επειδή, ακριβώς, ζούμε σε μία κοινωνία η οποία προσδοκεί από τους άρρενες να είναι ικανοί να προστατέψουν τον εαυτό τους.

Ο αριθμός των γυναικών που κακοποιούν σεξουαλικά παιδιά, μπορεί να είναι μεγαλύτερος, επειδή τα μικρά παιδιά μπορεί να μπερδέψουν την σεξουαλική κακοποίηση με τις φυσιολογικές φροντίδες υγιεινής που παρέχονται από μία γυναίκα, και επίσης οι έφηβοι δεν αντιλαμβάνονται πολλές φορές ότι οι θωπείες μιας μεγαλύτερης ηλικιωμένης γυναίκας, είναι ουσιαστικά μια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης. Η σεξουαλική κακοποίηση από τον πατριό είναι πέντε φορές συχνότερη από ότι η σεξουαλική κακοποίηση παιδιού από τον φυσικό πατέρα. Η αιμομιξία περιγράφεται στους περισσότερους πολιτισμούς και παρατηρείται σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα σε μεγαλύτερο βαθμό από την σωματική κακοποίηση και την παραμέληση ανηλίκου.<sup>9</sup>

Ποιες όμως είναι οι επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης; Η πλειοψηφία των ερευνητών πάνω στο θέμα συγκλίνουν στην άποψη για βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις οι οποίες ποικίλουν από αντιδράσεις προσαρμογής, σωματικά συμπτώματα, εμφανή ψυχοπαθολογία, σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές και καταστρεπτικές κοινωνικές και μορφωτικές συνέπειες.

Είναι γεγονός ότι η αξιολόγηση τέτοιων περιπτώσεων παρουσιάζει δυσκολίες λόγω του ότι η σεξουαλική και η σωματική κακοποίηση και παραμέληση συχνά συνυπάρχουν. Ο DE FRANCIS σε μια μελέτη του υποδεικνύει τη συνύπαρξη παραμέλησης (79%) ή και της σωματικής κακοποίησης (11%) σε παιδιά που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά. Παρομοίως ο MARTIN περιγράφει τη συνύπαρξη των δύο αυτών μορφών κακοποίησης σε παιδιά εφηβικής ηλικίας ενώ ο THOMAS υποδεικνύει την υψηλή συχνότητα γονικής βίας (65%) σε περιπτώσεις αιμομιξίας. Πάντως, η πολλαπλή αιτιολογία της σεξουαλικής κακοποίησης είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας για την αξιολόγηση των επιπτώσεων στο παιδί όπως η σχέση του με το δράστη, η φύση της σεξουαλικής εμπλοκής (ψηλάφηση των γεννητικών οργάνων, επίδειξη, σεξουαλικό παιχνίδι, αντανισμός, στοματικό σεξ, συνουσία κλπ.), περιστάσεις κάτω από τις οποίες έγινε η σεξουαλική επαφή, η χρήση βίας, η διαφορά ηλικίας μεταξύ του δράστη και του παιδιού, η αντίσταση που προέβαλε το παιδί, η υποχωρητικότητά του, η άποψη του παιδιού για την σεξουαλική κακοποίηση, η παρουσία τραυματισμού, η ηλικία και η αναπτυξιακή φάση του παιδιού, η συναισθηματική φύση της βίαιης σχέσης, η χρήση εκφοβισμού από το δράστη, η σύμπραξη και η μη προστασία από τη μητέρα καθώς επίσης και η μορφή της κακοποίησης δηλαδή εάν είναι εντός ή εκτός της οικογένειας, μικράς ή μεγάλης διάρκειας.<sup>9</sup>

Αναγνωρίζουμε χαρακτηριστικά στην σεξουαλική παραβίαση; Η σεξουαλική παραβίαση ενός παιδιού μπορεί να αναγνωρισθεί από έναν επαγγελματία ή έναν ενήλικα στον οποίο το παιδί θα εμπιστευτεί το γεγονός, 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 συμπεριλαμβανομένων και των ψυχοσωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και διαταραχών συμπεριφοράς. Εφόσον όμως στο 60% περίπου των παιδιών – θυμάτων 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 μιας ιστορίας, το συμβολικό παιχνίδι ή τη ζωγραφική. 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 ενηλίκων επαγγελματιών, ιδιαίτερα των εκπαιδευτικών και των εμψυχωτών ομάδας οι οποίοι διαθέτουν πολύ χρόνο για τα παιδιά, αλλά και των ίδιων των γονιών.<sup>9</sup>

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 έναν ενήλικα.
- ✚ Αρχίζουν ξαφνικά να λένε ψέματα, να κλέβουν, να παραβαίνουν με θράσος κανόνες, με την ελπίδα ότι θα αποκαλυφθούν.<sup>10</sup>

- ✚ 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.<sup>10</sup>
- ✚ Φοβούνται ή αρνούνται, χωρίς προφανή λόγο, να συναντήσουν κάποιους ενήλικες, επιμένουν να μην συμπαθούν μία baby sitter, έναν συγγενή ή άλλο ενήλικα.<sup>10</sup>
- ✚ Εκφράζουν ανάρμοστη 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 πχ. προβλήματα με το στομάχι ή κεφαλαλγίες.<sup>10</sup>
- ✚ Στο σπίτι, αναλαμβάνουν γονικό ρόλο, 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, η μαζεύουν κοντά τους πρώην αγαπημένα παλιά 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 παραβίασή 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).<sup>10</sup>

Σε παιδιά πάνω από 13 ετών παρατηρούνται:

- ✚ Διαταραχές ταυτότητας.
- ✚ Αισθήματα ενοχής.
- ✚ Φυγές.
- ✚ Απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμοί.
- ✚ Χρήση αλκοόλ και 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.<sup>10</sup>

Παιδιά αυτής της ηλικίας αποκαλύπτουν με λεπτομέρειες τι τους έχει συμβεί εφόσον διαβεβαιωθούν και πιστέψουν ότι ο ενήλικας τους πιστεύει και είναι διατεθειμένος να τα βοηθήσει, εξασφαλίζοντας όμως τη λιγότερη δυνατή δευτερογενή θυματοποίησή τους.<sup>10</sup>

Η εκτίμηση της συχνότητας ενός τόσο άδηλου φαινομένου είναι δύσκολη, ακόμα και σε χώρες με υποχρεωτικά συστήματα αναφοράς. Πρόσθετη δυσκολία ενέχει ο ορισμός του προβλήματος εφ' όσον του περιλαμβάνει ένα σύνολο πράξεων με ή χωρίς επαφή, διαφόρου σοβαρότητας και ποινικής ευθύνης, με θύματα όλων των ηλικιών και με δράστες μέσα ή έξω από την οικογένεια. Έρευνες επιπολασμού σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες σε δείγματα ενηλίκων που θυματοποιήθηκαν σεξουαλικά ως παιδιά ή έφηβοι, καταγράφουν ενδεικτικές συχνότητες μεικτής σεξουαλικής παραβίασης για κορίτσια θύματα, από 7% στη Φιλανδία, Ιρλανδία, Γαλλία ως 36% στην Αυστρία και 33% στην Ολλανδία. Στα αγόρια θύματα, η διακύμανση αναφέρεται από 3% στη Σουηδία σε 15% στην Ισπανία και 19% στην Αυστρία.

Στην Ελλάδα, μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού σε φοιτητές 18-20 ετών, ανέδειξε ποσοστό σεξουαλικής παραβίασης πριν την ηλικία των 18 ετών, 17% στα κορίτσια και 7% στα αγόρια. Η συχνότητα διανέμεται ισομερώς σε 1 στις 3 περιπτώσεις θυματοποίησης μέσα στην οικογένεια, 1 στις 3 εκτός οικογένειας αλλά από οικείο στο παιδί άτομο και 1 στις 3 περιπτώσεις θυματοποίησης από άγνωστο άτομο. Το ποσοστό συχνότητας στον ανδρικό πληθυσμό μόνο, επιβεβαιώθηκε και από άλλη έρευνα σε πληθυσμό Ελλήνων αστυνομικών σύμφωνα με την οποία 8% των ανδρών αναφέρονται σε εμπειρία σεξουαλικής παραβίασης πριν τα 18 έτη.<sup>1</sup>

## 2.1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η ψυχολογική κακοποίηση των παιδιών αποτελεί ακόμα μεγαλύτερη πρόκληση για τους ειδικούς. Είναι ένα φαινόμενο περίπλοκο και δύσκολο να οριστεί. Η πολυπλοκότητά του πηγάζει από το γεγονός ότι η ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση, είναι αποτέλεσμα πολλαπλών και επαναλαμβανόμενων γονικών πράξεων που με τη σειρά τους, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα σωματικών, γονικών πράξεων που με τη σειρά τους μπορεί να είναι το αποτέλεσμα σωματικών, οικονομικών, συζυγικών και πολιτιστικών παραγόντων καθώς και του παράγοντα της άγνοιας και της ψυχοπαθολογίας. Οι περισσότεροι ειδικοί αναγνωρίζουν ότι αυτό το είδος κακοποίησης των παιδιών χρειάζεται αντιμετώπιση αλλά, και το γεγονός ότι όλα τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση σωματική ή σεξουαλική πρέπει να θεωρούνται και ψυχολογικά κακοποιημένα. Ο Walter Junewicz είναι ένας από τους ελάχιστους ειδικούς που έκανε μια συστηματική μελέτη πάνω στο θέμα. Προσδιορίζει δύο τύπους ψυχολογικής κακοποίησης, τη συναισθηματική παραμέληση και τη συναισθηματική κακομεταχείριση.<sup>6</sup>

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

- 1) Υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές
- 2) Κάνουν χρήση ναρκωτικών ή οιοπνευματωδών
- 3) Εμπλέκονται σε σοβαρές πειστικές συναλλαγές
- 4) Προβάλλουν τις ανεπαρκείς προσαρμογές της ζωής τους και
- 5) Μεταθέτουν τις σοβαρές προσωπικές τους συγκρούσεις

Η ψυχολογική κακοποίηση προκαλεί στο παιδί χρόνιο και μεγάλο άγχος, αναταραχή, κατάθλιψη, κοινωνική απόσυρση, ψύχωση ή ένα εύλογο φόβο ότι η ζωή και η ασφάλειά του απειλούνται. Το ψυχολογικά κακοποιημένο παιδί δυσκολεύεται να ολοκληρώσει ορισμένα στάδια της εξέλιξής του, ανάλογα με την ηλικία του, ή να αποδώσει ικανοποιητικά στο σχολείο, στην ομάδα των συνομηλίκων του και στην κοινότητα. Όλοι οι ερευνητές και οι θεραπευτές τονίζουν τη σημασία της κατάλληλης τεκμηρίωσης για την ψυχολογική κακοποίηση ενός παιδιού, πριν αρχίσουν οι νομικές διαδικασίες για την προστασία του. Προσπάθειες να διωχθούν ποινικά οι γονείς με βάση υποθέσεις και υποψίες, αντί για συγκεκριμένα διαγνωστικά στοιχεία, είχαν ως αποτέλεσμα σκληρές αντιδικίες ανάμεσα στους γονείς και στις υπηρεσίες προστασίας του παιδιού<sup>6</sup>.

Όταν τα κόκαλα ενός παιδιού είναι σπασμένα ή όταν έχει εγκαύματα ή όταν το παιδί έχει βασανιστεί ή χτυπηθεί ή όταν έχει κατ'επανάληψη κακοποιηθεί σεξουαλικά γίνεται φορέας ψυχολογικών προβλημάτων, που, κατά συνέπεια, εκδηλώνονται σαν ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συμπεριφορές. Έρευνες από ειδικούς στο θέμα της κακοποίησης του παιδιού υποδεικνύουν ότι θύματα τέτοιων καταστάσεων πιθανών να παρουσιάζουν συμπτώματα απόσυρσης, προβλήματα ομιλίας ή νευρολογικές δυσκολίες χρόνια κατάθλιψη, υποχονδρίαση ή και υπερκινητικότητα.

Λόγω της άμεσης σχέσης που υπάρχει μεταξύ σωματικής και ψυχολογικής κακοποίησης, είναι σχεδόν αδύνατο να ταξινομήσει και να διαφοροποιήσει κανείς παιδιά που έχουν σωματικά και/ή σεξουαλικά κακοποιηθεί από εκείνα που έχουν γίνει αντικείμενα μη βίαιων καταστάσεων. Είναι, όμως, γενικά αναγνωρισμένο ότι και οι δύο ομάδες των παιδιών υφίστανται ψυχολογική βλάβη. Κάθε αναφορά στην ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση πρέπει να υπογραμμίζει το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός αυτών των παιδιών, αν και πολλά δεν έχουν υποστεί σωματική βία, ίσως έχουν υποστεί ψυχολογικό τραυματισμό.

Το ερώτημα, λοιπόν, που πρέπει να τεθεί είναι: ποια είναι αυτά τα παιδιά, πολύ περισσότερα σε αριθμό από εκείνα, των οποίων η ψυχολογική κακοποίηση είναι το αποτέλεσμα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης; Συγγράμματα πάνω στο θέμα της παιδικής κακοποίησης δεν τα έχουν αγνοήσει τελείως. Υπάρχουν συχνές αναφορές για το "ψυχολογικά κακοποιημένο ή παραμελημένο παιδί", πλην όμως οι περισσότεροι συγγραφείς και ειδικοί στο θέμα αυτό κάνουν μια πολύ επιφανειακή θεώρηση. Πιθανόν, αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι η κακομεταχείριση δεν είναι άμεσα εμφανής και είναι δύσκολο να αναγνωριστεί αμέσως. Έρχεται στην προσοχή των ειδικών, μόνο όταν τα παιδιά παρουσιάζουν προβλήματα μη προσαρμογής.<sup>11</sup>

Η συνήθης δικαιολογία για την απροθυμία τους να επικεντρωθούν σε αυτά τα παιδιά είναι η μη αποδοχή ενός κοινά αποδεκτού ορισμού, ως προς το τι είναι "συναισθηματική κακοποίηση". Μεταξύ πολλών προσπαθειών που έχουν γίνει για ένα ορισμό, ο πιο συχνά μνημονεύομενος είναι αυτός που περιγράφει την έλλειψη προσοχής στις συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες των παιδιών σε τέτοια έκταση, ώστε να μην είναι ικανά να δουν τους εαυτούς τους σαν άτομα με κάποια αξιοπρέπεια και εκτίμηση. Συναισθηματική κακοποίηση θεωρείται ως η έλλειψη ικανότητας από τους γονείς ή άλλα άτομα σε στενή σχέση με το παιδί να δώσουν τα αναγκαία ερεθίσματα, ενθάρρυνση, αναγνώριση και προστασία, κατά τη διάρκεια φάσεων ανάπτυξης του με αποτέλεσμα την αναστολή της λειτουργικότητάς του σε ανώτερο επίπεδο.

Οι όροι 'συναισθηματική κακοποίηση' (emotional abuse) και 'ψυχολογική κακοποίηση' (psychological abuse) χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (ο τελευταίος προτιμάται), αν και άλλοι συγγραφείς χρησιμοποιούν τους όρους 'συναισθηματική παραμέληση' (emotional neglect) και ψυχικό τραυματισμό (mental injury). Ο τελευταίος όρος αναφέρεται σε ουσιαστική βλάβη της διανοητικής, ψυχολογικής ή συναισθηματικής ικανότητας, όπως φαίνεται από παρεκλιτική συμπεριφορά ή απάνθρωπες ή ασυνείδητες πράξεις.

Το άρθρο αυτό ακόμα, αναλύει το πρόβλημα των ψυχολογικά κακοποιημένων παιδιών και παρουσιάζει τρόπους παρέμβασης. Επικεντρώνεται στην ακατάλληλη μεταχείριση του παιδιού μέσα στον οικογενειακό του κύκλο και δεν απευθύνεται σε κακοποίηση που συμβαίνει έξω από την οικογένεια του παιδιού.

Οι ακόλουθες περιπτώσεις περιγράφουν τρία παιδιά που είχαν ψυχολογικά κακοποιηθεί και τα συμπτώματα που παρουσίασαν.<sup>11</sup>

### *ΠΡΩΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ*

Η Ελένη είναι πέντε χρονών και ζει με τους γονείς της σε μια περιοχή κοινωνικά εύπορη. Ένας γείτονας τηλεφώνησε στην Υπηρεσία Προστασίας του Παιδιού και είπε ότι η Ελένη πολύ σπάνια έβγαινε έξω από το σπίτι να παίξει με τα άλλα παιδιά της γειτονιάς και ότι η ικανότητα στο να εκφράζεται για την ηλικία της ήταν περιορισμένη. Ακόμη ότι τη μητέρα της Ελένης, που δεν είχε καμία επικοινωνία με

τους γείτονες, έβλεπαν συχνά να περπατά γυμνή στο πίσω μέρος της αυλής του σπιτιού. Σύμφωνα με το γείτονα, ο πατέρας της Ελένης γυρνούσε συχνά αργά τη νύχτα μεθυσμένος.

### *ΔΕΥΤΕΡΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ*

Η Σουζάνα είναι 5 ετών και ζει με τη μητέρα της σε μια φτωχογειτονιά. Παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά δεν ξέρει να παίζει με τα άλλα παιδιά, είναι ενουριτική και συχνά έχει διαταραχές ύπνου. Δεν υπάρχει πατέρας στο σπίτι. Η μητέρα, η οποία παίρνει επίδομα από το Γραφείο Πρόνοιας περιγράφεται ως ανώριμη, παιδαριώδης και ανεύθυνη.<sup>11</sup>

### *ΤΡΙΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ*

Ο Ριχάρδος είναι 11 ετών. Όταν οι γονείς του χώρισαν τον έστειλαν να μείνει με τη γιαγιά του από τον πατέρα του, επειδή η μητέρα του είχε δυσκολίες μαζί του. Αργότερα, τον έστειλαν πάλι στη μητέρα του, όταν αυτή ξαναπαντρεύτηκε. Ο πατέρας, όμως, ήταν άρρωστος ψυχολογικά και το ζευγάρι είχε συζυγικά προβλήματα. Ο Ριχάρδος παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης και αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει δύο φορές. Μία φορά με το να κρεμαστεί και την άλλη πηδώντας από ένα παράθυρο.

Τα παιδιά των συγκεκριμένων περιπτώσεων, αν και δεν είχαν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί, σε σχέση με την φυσική τους κατάσταση, είχαν γίνει αντικείμενο ψυχολογικής κακοποίησης, όχι σκόπιμα, αλλά εξαιτίας των προβλημάτων, που είχαν οι γονείς τους. Αν και ο αριθμός τέτοιων παιδιών είναι δύσκολο να υπολογιστεί, είναι βέβαιο ότι αριθμητικά κατά πολύ ξεπερνά τις περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης, που επίσημα αναφέρονται στους οργανισμούς προστασίας του παιδιού.<sup>11</sup>

### **ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΓΙΑ:**

- Οικονομικά προβλήματα
- Διαπληκτισμούς
- Ατομική φροντίδα
- Υγεία άλλων
- Εργασία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Άλλα προσωπικά θέματα
- Γονείς που δεν βασίζονται σε κανέναν σε ώρες κρίσης
- Γονείς απομονωμένοι από τους γονείς τους
- Γονείς απομονωμένοι από άλλους συγγενείς
- Γονείς απομονωμένοι από άλλους φίλους
- Γονείς με μέτρια ως σοβαρή κοινωνική απομόνωση
- Γονείς με καμιά επαφή με υπηρεσίες υγείας/πρόνοιας
- Γονείς με σημαντικά «γεγονότα ζωής» κατά τον τελευταίο χρόνο και τον τελευταίο μήνα.<sup>12</sup>



## ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

- Καθυστέρηση στη σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού.
- Το παιδί δέχεται υπερβολική τιμωρία.
- Υπερβολική αντίδραση του παιδιού όταν κάνει λάθη.
- Συνεχής υποτίμηση εαυτού.
- Αιφνίδιες διαταραχές στην ομιλία.
- Φόβος για νέες καταστάσεις.
- Ανάρμοστες συναισθηματικές αντιδράσεις σε επίπονες καταστάσεις.
- Νευρωσική συμπεριφορά (π.χ. πιπίλισμα δακτύλου, στριφογύρισμα τούφας μαλλιών, επαναλαμβανόμενο κούνημα).
- Αυτό-ακρωτηριασμός.
- Φόβος για επικοινωνία του σχολείου ή άλλων υπεύθυνων, με τους γονείς.
- Ακραία παθητικότητα ή επιθετικότητα του παιδιού.
- Κατάχρηση ουσιών ή απορρυπαντικών.
- Επανελημμένα το σκάει από την οικογένεια ή άλλο πλαίσιο ζωής.
- Κλέβει ή /και τρώει από τα σκουπίδια, με ψυχαναγκαστικό τρόπο.

Η συναισθηματική ή μητρική εγκατάλειψη του παιδιού, συνδυάζεται αναπόφευκτα με τον υποσιτισμό του. Οι μητέρες αυτές, συχνά νιώθουν οι ίδιες στερημένες από αγάπη και μπορεί να πάσχουν από οξεία ή χρόνια κατάθλιψη και γι' αυτό ασκούν βία στα παιδιά τους. Η έκφραση της βίας έχει σαν αποτέλεσμα την πρόκληση ψυχικού τραύματος στο παιδί, είναι δε μια μορφή «παραμέλησης» των φυσιολογικών αναγκών του, εφόσον η έκφραση ανοιχτή βίας προς το παιδί πρέπει να θεωρηθεί σαν μια επιθετική και απορριπτική πράξη.<sup>10</sup>

## ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΙΚΑ ΤΟΥΣ ΑΝΗΚΕΙ:

- Η αγάπη
- Η αποδοχή
- Η ενθάρρυνση
- Η πειθαρχία
- Η συνέπεια
- Η προσοχή<sup>10</sup>

### 2.1.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η παιδική κακοποίηση περιλαμβάνει ένα φάσμα πράξεων κακοποίησης η διάπραξης εγκληματικών ενεργειών η αμέλειας η εγκαταλείψεις, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα

Την νοσηρότητα η το θάνατο του παιδιού. Εγκληματικές ενέργειες που διαπράχθηκαν Πριν την γέννηση του παιδιού κατά την διάρκεια του τοκετού μπορεί να έχουν, επίσης, αρνητικές επιπτώσεις στο παιδί, όπως παραδείγματος χάρη η χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η παραμέληση της κατάλληλης φροντίδας της υγείας της μητέρας. Η σωματική κακοποίηση ορίζεται στενά, ως ο σκόπιμος τραυματισμός του παιδιού από το άτομο που το φροντίζει ο όποιος καταλήγει σε μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα, έλκη τρυπήματα, και βλάβες των οργάνων του παιδιού. Ο ευρύτερος ορισμός της σωματικής κακοποίησης του παιδιού περιλαμβάνει τις πρόσφατες και απώτερες συναισθηματικές επιπτώσεις, οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν σοβαρότερη μορφή αναπηρίας του παιδιού, από τις σωματικές βλάβες. Η παραμέληση του παιδιού οδηγεί σε αδυναμία θρέψης, σε καθυστέρηση της ψυχοσωματικής ανάπτυξης του και σε μαθησιακές διαταραχές. Η παραμέληση θρέψης του παιδιού είναι το συχνότερο αίτιο χαμηλής πρόσληψης βάρους κατά την βρεφική ηλικία και σ' αυτήν οφείλονται πάνω από μισό των περιπτώσεων αδυναμίας θρέψης των βρεφών. οι ιατροί είναι πιθανότερο να εξακριβώσουν ιατρική αμέλεια του παιδιού , η οποία οφείλεται σε αδυναμία του γονέα να παρέχει στο παιδί την κατάλληλη ιατρική φροντίδα, ενώ η αδυναμία του γονέα να παρέχει στο παιδί επαρκή θέρμανση , ρουχισμό και προστασία του παιδιού από τους κίνδυνους του περιβάλλοντος, είναι πιο πιθανόν να γίνει αντιληπτή από τους γείτονες, τους συγγενείς, τους δάσκαλου, και τους κοινωνικούς λειτουργούς. Η ιατρική παραμέληση του παιδιού που πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα οδηγεί στην επιδεινώσει της κατάστασης του και τελικά, ίσως στο θάνατο του. Οι περισσότεροι θάνατοι των παιδιών οφείλονται σε παραμέληση, παρά σε κακοποίηση τους.<sup>9</sup>

Οι γονείς μπορεί να αρνούνται να επιτρέψουν την ενδεδειγμένη ιατρική θεραπεία του παιδιού λόγω θρησκευτικών η προσωπικών πεποιθήσεων τους. Η απόφαση του αν το προαναφερθέν αποτελεί παραμέληση του παιδιού και αν ναι, τι θα πρέπει να κάνει ο ιατρός, είναι ζητήματα ιδιαίτερα δύσκολα. Η παραμέληση λήψης των κατάλληλων προφυλάξεων από τους κηδεμόνες του παιδιού , έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ασφάλεια του παιδιού, είναι, επίσης , ένα άλλο πρόβλημα που είναι δύσκολο να λυθεί: τα παιδιά μπορεί να τραυματιστούν, παρά τη σειρά προληπτικών μέτρων που λαμβάνουν οι γονείς για να τα προφυλάξουν. Η σωματική κακοποίηση αναφέρεται στη βλάβη που υφίσταται το παιδί από σκόπιμες ή μη σκόπιμες πράξεις και παραλείψεις των γονέων ή κηδεμόνων που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα του. Οι παντός είδους πράξεις σκληρότητας, όπως είναι κάψιμο με ζεματισμένο νερό, εγκαύματα από σίδηρο ή αναμμένα τσιγάρα, κτυπήματα με λάστιχα, σιδερόβεργες, κρεμάστρες, αλυσίδες ή κτυπήματα με τα χέρια και τα πόδια στα γεννητικά όργανα, στο στόμα, στα μάτια, στον εγκέφαλο και γενικά σε όλο το σώμα του παιδιού προξενώντας εσωτερικές βλάβες και αιμορραγίες και που σε πολλές περιπτώσεις προξενούν αναπηρίες και τον θάνατο. Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης είναι πολυδιάστατες. Κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν ψυχολογικές δυσλειτουργίες, συμπεριφορικά προβλήματα, διαταραγμένη συναισθηματική-αντιληπτική και κοινωνική ανάπτυξη και σωματικές αναπηρίες.<sup>9</sup>

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ: Ο αριθμός των περιστατικών κακοποίησης ή παραμέλησης ανηλίκων που αναφέρονται στα ειδικά Κέντρα Προστασίας Ανηλίκων και στα αστυνομικά τμήματα της χώρας, παρουσιάζει σταθερή αύξηση από το 1960. Οι αναφορές οποιουδήποτε τύπου κακοποίησης έχουν αυξηθεί κατά 50%, από τα 30-40 ανά 1000 παιδιά, που κυμαινόταν μεταξύ του 1985-1992. Το 1992, αναφέρθηκαν 2,9 εκατομμύρια τέτοια περιστατικά, και 1261 παιδιά πέθαναν λόγω κακοποίησης. Το 85% των παιδιών που καταγράφηκαν είχαν ηλικία μικρότερη των 5 ετών και το 45% μικρότερη του 1 έτους. Το 60 των αναφορών προέρχονται από τα Κέντρα Προστασίας Ανηλίκων. Αυτή η αύξηση των αναφερόμενων περιστατικών κακοποίησης οφείλεται κυρίως στην βελτίωση των τρόπων εξακρίβωσης της κακοποίησης ανηλίκων, καθώς και στην αύξηση των περιστατικών που αναφέρονται στις Αρχές. Μέσω της δημιουργίας ειδικών ομάδων εμπειρογνομόνων διαπίστωσης του αιτίου θανάτου των παιδιών, ο αριθμός θανάτων που οφείλονται σε κακοποίηση των παιδιών, αναμένεται να αυξηθεί. Η ακριβής επίπτωση της παιδικής κακοποίησης δεν είναι γνωστή. Σε μια μελέτη οικογενειών που έχουν παιδιά ηλικίας 13-18 ετών, βρέθηκε ότι τα 140 από τα 1000 παιδιά (14%) είχαν υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης (κλωτσιές, γροθιές, χτυπήματα με αντικείμενο ή απειλή με μαχαίρι ή όπλο), μέσα σε 1 έτος. Το 10% των τραυματισμένων παιδιών ηλικίας μικρότερη των 5 ετών που εξετάζονται στο τμήμα εκτάκτων περιστατικών των νοσοκομείων οφείλονται σε κακοποίηση, το 15% των παιδιών που εισάγονται στο νοσοκομείο λόγω εγκαυμάτων καθώς και το 50% των παιδιών κάτω του 1 έτους με κατάγματα οστών, οφείλονται επίσης σε κακοποίηση. Αν και λόγω των ποικίλων ορισμών και του διαφορετικού τρόπου αναφοράς των περιστατικών κακοποίησης, δεν είναι δυνατή η ακριβείς λεπτομερής σύγκριση των περιστατικών, καθώς, γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους έχουν αναφερθεί σε όλες σχεδόν τις πληθυσμιακές ομάδες, ανεξαρτήτως έθνους, γεωγραφικής περιοχής, θρησκείας, μόρφωσης, επαγγέλματος, ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Στις πληθυσμιακές ομάδες χαμηλού εισοδήματος, ο αριθμός αναφορών παιδικής κακοποίησης φαίνεται αυξημένος λόγω<sup>9</sup>:

- 1) Του μεγάλου αριθμού κρίσεων στη ζωή τους (π.χ. ανεργία ή πολλά μέλη της οικογένειας στο ίδιο σπίτι).
- 2) Έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε οικονομική ή κοινωνική βοήθεια κατά τις περιόδους των κρίσεων.
- 3) Της αυξημένης βίας που επικρατεί στο κοινωνικό τους περιβάλλον.
- 4) Του συνδυασμού της φτώχειας με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η εφηβεία, ο μονήρης γονέας και η κατάχρηση αλκοόλ.
- 5) Επειδή μπορεί να ελέγχονται συχνότερα και διεξοδικότερα από την κοινωνική πρόνοια ή τους γείτονές τους.

Στις οικογένειες που τα παιδιά κακοποιούνται συχνά συνυπάρχει κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Πάνω από το 90% των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν έχουν εγκληματική προσωπικότητα. Συνήθως αυτοί οι γονείς νιώθουν έντονη μοναξιά, είναι δυστυχισμένοι, θυμωμένοι, νέοι ή ανύπαντροι γονείς που δεν επιθυμούσαν την εγκυμοσύνη και έχουν ελάχιστες ή και καθόλου γνώσεις για τον τρόπο ανατροφής των παιδιών, πράγμα που τους κάνει να έχουν μη-ρεαλιστικές προσδοκίες για τον τρόπο που θα «πρέπει» να συμπεριφέρονται στο παιδί τους. Το 10-40% των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους, έχουν οι ίδιοι υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία. Η σωματική κακοποίηση ενός παιδιού είναι πολύ πιο πιθανή αν η φροντίδα ενός παιδιού υψηλού κινδύνου, ανατεθεί σε έναν γονέα υψηλού κινδύνου. Τα παιδιά υψηλού κινδύνου κακοποίησης είναι τα πρόωρα

βρέφη, τα βρέφη που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, μωρά με κολικούς και παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς.<sup>9</sup>

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ: Υποψιαζόμαστε την σωματική κακοποίηση όταν δεν μπορεί να εξηγηθεί ο τρόπος τραυματισμού του παιδιού, ή όταν η εξήγηση που δίνουν οι γονείς δεν είναι συμβατή με τις κακώσεις του παιδιού, ή όταν δεν δίδεται καμία εξήγηση για τον τραυματισμό του παιδιού. Εάν ο τραυματισμός δεν είναι συμβατός με την ερμηνεία που δίνουν οι γονείς, θα πρέπει να αναφέρεται ως πιθανή κακοποίηση. Συνήθως, όταν τα παιδιά τραυματίζονται οι γονείς τα φέρνουν αμέσως στο νοσοκομείο. Στην περίπτωση κακοποίησης, συχνά οι γονείς καθυστερούν να ψάξουν για ιατρική βοήθεια. Όμως αυτή η καθυστέρηση, μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη μέσου μεταφοράς του παιδιού στο νοσοκομείο ή στην άγνοια του γονέα όσον αφορά στην σοβαρότητα του τραυματισμού του παιδιού. Πριν γίνει η αναφορά πιθανής κακοποίησης ή παραμέλησης ανηλίκου, ο ιατρός θα πρέπει να εκτιμήσει αν οι γονείς είναι ικανοί να κατανοήσουν το μέγεθος του τραυματισμού του παιδιού και αν είναι σε θέση να παρέχουν τα αναγκαία για την ανατροφή των παιδιών τους.<sup>9</sup>

Οι μώλωπες είναι το συνηθέστερο σημείο παιδικής κακοποίησης και μπορεί να ανιχνευθούν σε οποιοδήποτε σημείο της επιφάνειας του σώματος του παιδιού. Οι μώλωπες που οφείλονται σε τυχαία χτυπήματα του παιδιού, συνήθως εντοπίζονται στις επιφάνειες του δέρματος πάνω από τμήματα οστών που προέχουν όπως τα αντικνήμια, οι πήχεις, τα ισχία και τα φρύδια. Οι μώλωπες που εντοπίζονται στους γλουτούς, στα γεννητικά όργανα στη ράχη και στη ραχιαία επιφάνεια των χεριών είναι λιγότερο πιθανό να οφείλονται σε τυχαίο τραυματισμό του παιδιού. Το σχήμα του τραύματος είναι ενδεικτικό του οργάνου που χρησιμοποιήθηκε. Η ζώνη, τα χέρια και άλλα αντικείμενα αφήνουν συγκεκριμένο σχήμα τραύματος. Τα αμφοτερόπλευρα, συμμετρικά και γεωμετρικού σχήματος τραύματα, θα πρέπει να εγείρουν υποψίες πιθανής κακοποίησης του παιδιού. Οι μώλωπες με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν χρώμα. Από το χρώμα των μωλώπων είναι δυνατόν να υπολογισθεί ο χρόνος του τραυματισμού, έτσι ώστε να επαληθευθούν ή όχι τα γεγονότα που αναφέρουν οι γονείς. Η συνύπαρξη μωλώπων διαφορετικού χρώματος, συνηγορεί υπέρ επαναλαμβανόμενων τραυματισμών. Τα περισσότερα από τα προκλητά κατάγματα οφείλονται σε έντονη έλξη ή σπρώξιμο που οδηγεί σε καταστροφή της μετάφυσης του οστού. Ένα κλασικό εύρημα στην περίπτωση παιδικής κακοποίησης είναι η ανεύρεση ρωγμοειδούς κατάγματος το οποίο εντοπίζεται στη γωνία της μετάφυσης ενός μακρού οστού, προκαλώντας βλάβες στην επίφυση και το περίοστεο. Τα προκλητά κατάγματα στις διαφύσεις των οστών είναι συχνότερα σπειροειδή από ότι εγκάρσια. Τα σπειροειδή κατάγματα του μηριαίου, τα οποία προκαλούνται πριν την ηλικία έναρξης βάδισης του παιδιού, οφείλονται συνήθως σε κακοποίηση του παιδιού.<sup>9</sup>

Η εκρίζωση των μαλλιών του τριχωτού της κεφαλής οδηγεί σε αλωπεκία, στην οποία οι τρίχες που είναι κομμένες έχουν ποικίλο μήκος. Στα παραμελημένα βρέφη, τα οποία αφήνονται για πολλές ώρες ξαπλωμένα ανάσκελα στο κρεβάτι, παρατηρείται συχνά μια περιοχή χωρίς μαλλιά, στην οπίσθια επιφάνεια της κεφαλής. Η ανεύρεση μωλώπων, ουλών και καταγμάτων διαφόρων σταδίων επούλωσης αυξάνει πολύ την υποψία πιθανής κακοποίησης του παιδιού. Οι πετέχιες στο πρόσωπο και στους ώμους που προκαλούνται από έντονη αναγωγή, κλάμα, βήχα, ή μια πλειάδα άλλων καταστάσεων όπως οι μογγολικές κηλίδες, τα τριχοειδικά αιμαγγειώματα, οι έγχρωμοι σπίλοι και άλλες συγγενείς αλλεργικές καταστάσεις ή αυτοπροκαλούμενοι τραυματισμοί μπορεί να εκληφθούν λανθασμένα ως σημεία ενδεικτικά κακοποίησης του παιδιού. Το συχνότερο αίτιο θανάτου, που προέκυψε λόγω σωματικής κακοποίησης του παιδιού, είναι ο τραυματισμός της κεφαλής. Το

29% των παιδιών που κακοποιούνται σωματικά φέρουν τραύματα στο κεφάλι, στο πρόσωπο ή έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση.<sup>9</sup>

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ:** Σ'όλες τις περιπτώσεις εκχυμώσεων στο δέρμα του παιδιού, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος της πήκτικότητας του αίματος, έτσι ώστε να αποκλεισθεί η πιθανότητα αιμορραγικής διάθεσης του παιδιού. Αυτός ο έλεγχος περιλαμβάνει τα κάτωθι: χρόνο προθρομβίνης, χρόνο μερικής θρομβοπλαστίνης και αριθμό αιμοπεταλίων. Τα παιδιά που πάσχουν από κάποιο αιματολογικό νόσημα ή οποιαδήποτε χρόνια κατάσταση, είναι επίσης πιθανόν να έχουν υποστεί κακοποίηση. Όταν υποπτευόμαστε την κακοποίηση ενός παιδιού κάτω των 2 ετών, θα πρέπει να γίνεται ακτινολογικός έλεγχος κρανίου, θώρακα και μακρών οστών και ίσως χρειασθούν επιπλέον, ακτινογραφίες πυέλου, δακτύλων των ποδιών και της σπονδυλικής στήλης. Τα σπινθηρογραφήματα των οστών έχουν σημασία για την ανίχνευση νέων καταγμάτων των άκρων χειρών, ποδιών ή πλευρών, όχι όμως στην περίπτωση πρόσφατων καταγμάτων κρανίου. Όταν το παιδί έχει ηλικία 2-4 ετών, ο ακτινολογικός έλεγχος των οστών συνιστάται, εκτός άνευ σημασίας ή βρισκόταν σε περιβάλλον όπου υπήρχαν πολλοί μάρτυρες όταν συνέβη ο τραυματισμός. Στο 10-20% των παιδιών που κακοποιούνται σωματικά παρατηρούνται τραύματα των οστών. Κατάγματα τα οποία θεωρούνται χαρακτηριστικά παιδικής κακοποίησης είναι τα κατάγματα της μετάφυσης, των πλευρών, της ωμοπλάτης, του έξω τριτημόριου της κλείδας, των σπονδύλων και των δακτύλων των παιδιών που ακόμη δεν βαδίζουν, η συνύπαρξη καταγμάτων διαφορετικής ηλικίας, τα αμφοτερόπλευρα κατάγματα και τα επιλεγμένα κατάγματα κρανίου. Τα κατάγματα της μέσης της κλείδας και τα απλά γραμμοειδή, μονήρη κατάγματα της διάφυσης έχουν χαμηλή εξειδίκευση, όσον αφορά στην πιθανότητα να οφείλονται να οφείλονται σε κακοποίηση. Ο έλεγχος ηπατικών και παγκρεατικών ενζύμων ή αξονική τομογραφία κοιλίας, μπορούν να αποκαλύψουν πιθανές βλάβες στα όργανα.<sup>9</sup>

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ:** Μια προκαταρκτική δοκιμαστική διάγνωση πιθανής σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης ανηλίκου, βασίζεται συνήθως στο ιστορικό και στα ευρήματα της φυσικής εξέτασης. Όλα τα στοιχεία θα πρέπει να καταγράφονται προσεκτικά, και όταν είναι δυνατόν να φωτογραφίζονται οι κακώσεις του παιδιού σε έγχρωμο φιλμ που να συνοδεύονται από κλίμακες μέτρησης των διαστάσεών τους. Η ανάλυση των συναισθημάτων υπό τις οποίες τραυματίστηκε το παιδί, είναι ουσιώδους σημασίας. Για παράδειγμα, οι επιπτώσεις μιας πτώσης εξαρτώνται από:

- ο Μεταβλητές που αφορούν στο παιδί, όπως το μέγεθος του παιδιού, η ηλικία του, οι κινητικές του ικανότητες
- ο Μεταβλητές που εξαρτώνται από το περιβάλλον όπως η απόσταση και η φύση της επιφάνειας πρόσκρουσης του παιδιού

Τα παιδιά ηλικίας άνω των 3 ετών είναι πιθανόν να αποκαλύψουν σε έναν προσεκτικό έμπειρο ιατρό, ότι κάποιος συγκεκριμένος ενήλικος τα χτύπησε. Όμως, ποιος τα τραυμάτισε ηθελημένα, όταν φοβούνται ότι θα τιμωρηθούν γι'αυτό από τον υπεύθυνο ή όταν φοβούνται ότι θα τα απομακρύνουν από το περιβάλλον τους, ακόμη και αν αυτό είναι προβληματικό.<sup>9</sup>

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ:** Θα πρέπει να γίνει άμεση έναρξη της αντιμετώπισης των παθολογικών, χειρουργικών και ψυχιατρικών προβλημάτων του παιδιού. Ο νόμος επιβάλλει την άμεση αναφορά παιδιού που πιθανόν κακοποιείται ή παραμελείται, στα ειδικά Κέντρα Φροντίδας Παιδιού. Τα παιδιά τα οποία πιθανολογείται ότι έχουν υποστεί κακοποίηση δεν θα πρέπει να εξέρχονται του νοσοκομείου, χωρίς να προηγηθεί η ενημέρωση και καθοδήγηση από το παράρτημα της ειδικής υπηρεσίας Φροντίδας

Ανηλίκων έτσι ώστε ο υπεύθυνος κοινωνικός λειτουργός και ο ιατρός να αποφασίσουν από κοινού αν το παιδί θα είναι ασφαλές μετά την επιστροφή του στο οικογενειακό περιβάλλον ή αν θα πρέπει να παραμείνει υπό την επίβλεψη ειδικών μέχρις ότου να μεταφερθεί προσωρινά στο σπίτι συγγενικής οικογένειας ή σε ειδικά ιδρύματα. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο ενδείκνυται στην περίπτωση<sup>9</sup>:

- ο Παιδιών που απαιτούν ενδονοσοκομειακή αντιμετώπιση των παθολογικών ή χειρουργικών προβλημάτων τους
- ο Παιδιών με ασαφή διάγνωση και
- ο Όταν δεν υπάρχει άλλο ασφαλές μέρος επιτήρησης της κατάστασης του παιδιού.

Εάν οι γονείς αρνούνται την εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο, θα πρέπει να εκδίδεται, ταχύτατα δικαστική απόφαση. Οι γονείς θα πρέπει να ενημερωθούν για ποιο λόγο τίθεται η υποψία προκλητής κάκωσης, όπως επίσης και για το ότι ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να αναφέρει το περιστατικό, ότι η αναφορά αυτή γίνεται για λόγους προστασίας του παιδιού, ότι θα προσφερθεί βοήθεια στην οικογένεια και θα ενημερωθεί ειδικός κοινωνικός λειτουργός από το Γραφείο Φροντίδας Παιδιών. Όπως είναι αναμενόμενο ο ιατρός που έρχεται αντιμετώπος με ένα κακοποιημένο παιδί, νιώθει έντονα συναισθήματα θυμού για τους γονείς ή τον οποιονδήποτε άλλο που προκάλεσε τον τραυματισμό του παιδιού. Όμως η έκφραση αυτού του θυμού είναι λανθασμένη κίνηση, γιατί έτσι οι γονείς γίνονται υπεραμυντικοί, αποκρύπτουν γεγονότα και είναι πολύ λιγότερο πιθανόν να συνεργαστούν με τον ιατρό. Οι επαναλαμβανόμενες ανακρίσεις, οι διαπληκτισμοί και οι κατηγορίες μπορεί να αποφευχθούν αν ειδοποιηθεί έγκαιρα ο κοινωνικός λειτουργός που είναι υπεύθυνος γι' αυτά τα περιστατικά καθώς και οι αστυνομικές αρχές. Εάν το παιδί εισαχθεί στο νοσοκομείο οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να επισκεφθούν το παιδί τους και θα πρέπει να γίνει η ανάλογη σύσταση στο νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ευγενικό, να βοηθά τους γονείς αλλά και να προσέχει ιδιαίτερα το παιδί. Ο ιατρός που αρχικά εξέτασε το παιδί, θα πρέπει να κρατήσει επαφή με τους γονείς. Τα πιθανά προβλήματα μέσα στην οικογένεια θα πρέπει αρχικά να εκτιμηθούν από τους αρμόδιους της κοινωνικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου. Ο κοινωνικός λειτουργός και ένας αστυνομικός –εάν χρειάζεται- θα πρέπει να επισκέπτονται την οικογενειακή εστία. Μερικές φορές συνιστάται η ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων.

Τα νοσοκομεία που παρέχουν φροντίδα σ' αυτά τα παιδιά θα πρέπει να έχουν ομάδα εμπειρών ειδικών εκπαιδευμένων στην αναγνώριση και αναφορά παιδιών που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση ή παραμελούνται, οι οποίοι να είναι ικανοί να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα τόσο στα παιδιά, όσο και στις οικογένειές τους. Σ' αυτήν την ομάδα θα πρέπει να περιλαμβάνονται ένας παιδίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου, ένας νοσηλευτής ειδικευμένος στην νοσηλεία παιδιών, ένας ψυχολόγος ένας ψυχίατρος και ένας συντονιστής των ενεργειών της ομάδας.<sup>9</sup>

## 2.1.4 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Η παραμέληση στην παιδική ηλικία χαρακτηρίζεται κυρίως από :

- Ø Συστηματική κακή σίτιση
- Ø Δυστροφία μη-οργανικής αιτιολογίας
- Ø Κακή υγιεινή
- Ø Ακατάλληλη ένδυση (π.χ καλοκαιρινά ρούχα στα μέσα του χειμώνα)
- Ø Εγκατάλειψη
- Ø Στέρηση τροφής
- Ø Ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου
- Ø Παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο
- Ø Συνεχής κόπωση, απάθεια, ή ύπνος μέσα στην τάξη
- Ø Το παιδί αναφέρει ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει
- Ø Χρήση οινόπνευματων ή τοξικών ουσιών από το παιδί

Γενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού<sup>1</sup>:

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

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<sup>1</sup>.

Επιπτώσεις της παραμέλησης στα παιδιά:<sup>13</sup>

- Σοβαρά σωματικά, νευρολογικά, νοητικά και συναισθηματικά προβλήματα
- Χαμηλό γενικό νοητικό πηλίκο, ιδιαίτερα λεκτικό.
- Επιδράσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη
- Χαμηλή εκτίμηση εαυτού
- Χαμηλές ατομικές προσδοκίες, λίγοι φίλοι

- ο Καθυστέρηση στο λόγο
- ο Επιπτώσεις στη συμπεριφορά
- ο Επιθετικότητα προς τους συνομηλίκους
- ο Διαταραχές συμπεριφοράς στο σχολείο
- ο Επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι  
(καταστροφικότητα, λεκτική και σωματική βία)  
νεανική παραβατικότητα.

Η εκτίμηση της πραγματικής συχνότητας στο γενικό πληθυσμό των παιδιών 0-18 ετών δεν είναι εύκολα εφικτή για πολλούς λόγους. Αυτοί είναι

- a) Η έλλειψη ενός διεθνούς λειτουργικού ορισμού που να επιτρέπει μεταξύ χωρών συγκρίσεις,
- b) Η έλλειψη εθνικού συστήματος αναφοράς σε πολλές χώρες
- c) Η αποτυχία της διάγνωσης των κακώσεων που προκαλούνται από κακοποίηση,
- d) Η αποτυχία αναφοράς της περίπτωσης σε κατάλληλη υπηρεσία
- e) Η αποτυχία του συστήματος να καταγράψει την περίπτωση ως κακοποίηση, προτιμώντας ηπιότερες διαγνώσεις όπως «κοινωνικό πρόβλημα», «διαλυμένη οικογένεια». Έτσι αποφεύγει την πιθανή εμπλοκή με ανακρίσεις και νομικές παρεμβάσεις, ή ακόμα και τις αντιστάσεις της οικογένειας και της κοινότητας.

Παρόλα αυτά, εκτιμήσεις της συχνότητας υπάρχουν σε χώρες με υποχρεωτικό σύστημα αναφοράς όπως και σε ειδικούς πληθυσμούς παιδιών.

Στην Ελλάδα, η εκτίμηση της συχνότητας της παραμέλησης των παιδιών στον γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγισθεί με βάση τη συχνότητα του 1-2% και προβολή στο ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 100.000 περίπου παιδιών. Έτσι, αναμένουμε 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κατ'έτος, για κάθε έτος ηλικίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες. Εφόσον διεθνώς εκτιμάται ότι 2 στα 3 παραμελημένα παιδιά είναι 0-5 ετών, τότε στην Ελλάδα 5.000 ως 10.000 παιδιά προσχολικής ηλικίας υφίστανται παραμέληση από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή τα υποκατάστατά του, κάθε χρόνο. Οι εκτιμήσεις αυτές αναφέρονται σε αναμενόμενη και όχι δήλη συχνότητα, εφόσον ο μεγαλύτερος αριθμός είναι σκοτεινός.

Μελέτη στον πληθυσμό παιδιών 0-15 ετών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία το Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία» σε μέρα εφημερίας, απεκάλυψε ότι σε 5% των παιδιών υπήρχε βέβαιη ευθύνη των γονέων για το ιατρικό πρόβλημα του παιδιού είτε με πράξεις ενέργειας είτε με πράξεις παράλειψης, σε άλλο 11%, υπήρξε ουσιαστική συμβολή. Η συχνότητα αυτή δεν αναφέρεται μόνο σε περιπτώσεις βίας εναντίον των παιδιών αλλά κυρίως σε παραμέληση φροντίδας προβλημάτων υγείας των παιδιών που είχε ως συνέπεια επιδείνωση του σωματικού προβλήματος και προσωρινές ή μόνιμες βλάβες.<sup>13</sup>



## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3*

*ΑΙΤΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ,  
ΠΑΡΑΤΟΝΤΕΣ*



### 3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΕΩΝ

Η διαχρονική μελέτη του φαινομένου της κακοποίησης των παιδιών έχει προσδιορίσει ένα εύρος αιτιολογικών παραγόντων, οι οποίοι αφορούν τους γονείς, το παιδί και τις κοινωνικές συνθήκες.

Σε κλινικές μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν και μάρτυρες, οι γονείς που κακοποιούν γράφονται ως άτομα με χαμηλή αντοχή στις στερήσεις, με ανάρμοστες εκδηλώσεις θυμού, με κοινωνική απομόνωση από δίκτυα υποστήριξης και με διαταραχή της γονικής τους ικανότητας. Περιγράφονται επίσης ως άτομα με εξωπραγματικές απαιτήσεις από τα παιδιά τους και με χαμηλή εικόνα για τον εαυτό τους. Συχνά παρουσιάζουν προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας και αδυναμία αντιμετώπισης των εντάσεων της ζωής.

Τα αποτελέσματα των μελετών, που αναφέρονται στα χαρακτηριστικά των παιδιών, είναι αντικρουόμενα. Από τη μία πλευρά υποστηρίζεται ότι τα κακοποιημένα παιδιά έχουν ειδικά χαρακτηριστικά, τα οποία τα καθιστούν ευάλωτα στη θυματοποίησή τους όπως π.χ. το φύλο, η προωρότητα, ο αποχωρισμός μητέρας-παιδιού και η επίδρασή του στο δεσμό, η δίδυμη κύηση. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι τα παιδιά είναι φυσιολογικά αλλά οι γονείς τους αποδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά και έτσι τα καθιστούν ευάλωτα για κακομεταχείριση.

Η αναζήτηση των χαρακτηριστικών του φαινομένου της κακοποίησης αρχικά αποσκοπεί στην καλύτερη κλινική αντιμετώπιση. Πρόσφατες, όμως, έρευνες στο διεθνή χώρο έχουν αξιολογήσει την αξία των χαρακτηριστικών αυτών στο χώρο της δευτερογενούς πρόληψης, στην έγκαιρη δηλαδή εντόπιση των οικογενειών με προδιάθεση για κακοποίηση και στην κατάλληλη στήριξή τους, ώστε να μην εκδηλώσουν τη προδιάθεση αυτή.<sup>12</sup>

Οι έρευνες αυτές καταλήγουν σε κλίμακες «χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου», οι οποίες μπορούν να εφαρμοσθούν προοπτικά σε συγκεκριμένο πληθυσμό που θα παρακολουθηθεί διαχρονικά, ώστε να εκτιμηθεί η δυνατότητα προσδιορισμού του πληθυσμού αυτού με ακρίβεια σύμφωνα με τη συγκεκριμένη κλίμακα. Ο Browne παρακολούθησε 14.238 οικογένειες νεογέννητων παιδιών στην περιοχή του Surrey εφαρμόζοντας κλίμακα με 13 παράγοντες υψηλού κινδύνου, η οποία κλίμακα παρουσίασε αρκετά ικανοποιητική διακριτική ικανότητα, επειδή εντόπισε μεταξύ μιας σχετικά μικρής ομάδας του πληθυσμού. Ο ερευνητής τονίζει ιδιαίτερα την προσοχή στα δεοντολογικά ζητήματα, τα οποία προκύπτουν από μία τέτοια προσέγγιση, όπως και την ανάγκη για προσθήκη κλινικού σκέλους, με τη συμμετοχή δηλαδή επισκεπτών υγείας, ώστε να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Η κακοποίηση της κόρης από τον πατέρα ή τον πατριό είναι η συχνότερη μορφή αιμομιξίας που καταγγέλλεται, αν και η αιμομιξία αδερφής-αδερφού θεωρείται ότι είναι ο πραγματικός συχνότερος τύπος αιμομιξίας. Μελέτες που έγιναν σε φυλακισμένους ενήλικους δράστες, φανερώνουν ότι οι σεξουαλικές σχέσεις ξεκινούν σταδιακά με την επιλογή ευάλωτων και διαθέσιμων θυμάτων και με μια αθώα φυσική επαφή και αποπλάνηση. Η τάση των παιδεραστών να κακοποιούν σεξουαλικά παιδιά συχνά ξεκινά από την εφηβική τους ηλικία. Οι παιδεραστές δηλώνουν ότι ψάχνουν για περιοχές και ευκαιρίες, όπου μπορούν να έρθουν σε επαφή με τα πιθανά θύματα. Δηλαδή με παιδιά οικογενειών που απαρτίζονται από έναν γονέα, παιδιά χρηστών ναρκωτικών, αυτά με χαμηλή αυτοεκτίμηση και φτωχές επιδόσεις. Συχνά χρησιμοποιείται η πορνογραφία για να ξεκινήσει η σεξουαλική σχέση με ένα παιδί. Απειλές και δωροδοκίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να δελεάσουν ένα παιδί και

να το κάνουν να αποκρύψει το γεγονός. Επίσης, τα παιδιά μπορεί να πεισθούν ότι είναι ένοχα, γιατί δεν προστάτευσαν τον εαυτό τους. Η εμπιστοσύνη των παιδιών στους ενήλικους, τα κάνει πιο ευάλωτα στις σεξουαλικές τους ορέξεις. Οι αιμομικτικοί πατέρες έχουν περιγραφεί ως αυστηροί, πατριαρχικοί, και συναισθηματικά ανώριμοι. Επίσης, είναι απίθανο να έχουν εξωσυζυγικές σχέσεις και συχνά είναι αλκοολικοί. Τα χαρακτηριστικά των πατεράδων που κακοποιούν τις κόρες τους και δεν αποκαλύπτονται, ίσως διαφέρουν απ'αυτά των πατέρων που καταγγέλλονται. Οι μητέρες αυτών των οικογενειών έχουν χαρακτηριστεί ως χρόνια καταθλιπτικές, μη διαθέσιμες για τους άνδρες τους λόγω της εργασίας τους ή λόγω κάποιας νόσου και συχνά είχαν υπάρξει και οι ίδιες θύματα σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία. Τα παιδί-θύμα έχει την τάση να παριστάνει τον ώριμο ενήλικα και μπορεί να έχει αναλάβει πολλούς από τους ρόλους του ενήλικου, όπως την συντήρηση του σπιτιού. Αυτές οι οικογένειες έχουν την τάση να είναι συσπειρωμένες και απομονωμένες, πράγμα που δυσχεραίνει την αποκάλυψη της αιμομιξίας.

Η βία δεν είναι συνηθισμένη στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης όμως, η συχνότητα της αυξάνει όσο αυξάνεται η ηλικία και το σωματικό μέγεθος του θύματος και είναι ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά του δράστη. Η εφαρμογή βίας κατά την σεξουαλική κακοποίηση είναι πολύ πιθανότερο να συμβεί στην περίπτωση που ο δράστης είναι κάποιος άγνωστος. Στα περιστατικά αιμομιξίας που συνδυάζονται με βία, ο πατέρας περιγράφεται ως αντικοινωνικός, και έχει την τάση να κακοποιεί σεξουαλικά και άτομα εκτός του οικογενειακού κύκλου.<sup>12</sup>

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

Η σχετικά πρόσφατη αλλαγή των κοινωνικών στάσεων στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες βιομηχανικά κοινωνίες, αντικατοπτρίζει τις σημαντικές αλλαγές στάσεων προς ευρύτερους κοινωνικούς θεσμούς, όπως η σύγχρονη οικογένεια, η σχέση της κάθε γενεάς με την επόμενη, η θέση και τα δικαιώματα των παιδιών. Ενώ, δηλαδή, το ποσοστό της βίας προς τα παιδιά δε φαίνεται να έχει αλλάξει διαχρονικά, η νέα κοινωνική τοποθέτηση προς «το παιδί» έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον ειδικών, κοινού και πολιτικών συστημάτων, δημιουργώντας συγχρόνως αρκετή ενοχή. Η αλληλεπίδραση της ενοχής αυτής με την ψυχολογική «άρνηση» της ύπαρξης του προβλήματος, σε συνδυασμό με την πολιτική βούληση κάθε χώρας, προσδιορίζει το βαθμό αναγνώρισης, αντιμετώπισης και πρόληψης του προβλήματος σε εθνικά πλαίσια. Δύο κύριες θεωρητικές σχολές έχουν επικρατήσει ως προς την αιτιολογία του προβλήματος. Η κοινωνιολογική θεώρηση, όπως εκπροσωπείται από τον κοινωνιολόγο D.E. Gil, υποστηρίζει ότι η δυναμική της κακοποίησης είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς θεσμούς που όχι μόνο επιτρέπουν αλλά και ενισχύουν την άσκηση φυσικής βίας στα παιδιά με τη μετουσιωμένη μορφή της πειθαρχίας. Η γνωστή εθνική ερευνητική μελέτη σχετικά με την άσκηση βίας προς τα παιδιά, την οποία έκανε στις Η.Π.Α. πριν 15 χρόνια, έδειξε ότι, πέρα από τις συγκεκριμένες πράξεις σωματικής βίας που άσκησαν γονείς ή άλλοι ενήλικοι στα παιδιά τους, ένα πολύ μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα βρέθηκε να είναι τα εκατομμύρια παιδιά τα οποία μεγαλώνουν με την ανοχή της κοινωνίας σε συνθήκες σοβαρής αποστέρησης.

Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι ενώ οι προδιαθεσιακοί παράγοντες για κακοποίηση υπάρχουν σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες αποστέρησης κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να κακοποιηθούν από τους γονείς τους ή από άλλα άτομα που τα φροντίζουν η διαπίστωση ότι πέρα από την οικογενειακή βία εκατομμύρια παιδιά κακοποιούνται σωματικά και συναισθηματικά σε ευρύτερους χώρους, όπως σχολεία, παιδικούς σταθμούς και ιδρύματα, έδωσε την αφορμή για μια γενικότερη κίνηση διερεύνησης του προβλήματος αυτού, η ύπαρξη του οποίου επιβεβαιώθηκε στο IV Διεθνές Συνέδριο Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών, το 1982, που είχε θέμα την κακοποίηση και παραμέληση παιδιών σε ιδρύματα. Η μελέτη του Gil τόνισε ότι ένα τόσο διαδεδομένο φαινόμενο, όπως η βίαιη συμπεριφορά ενηλίκων προς παιδιά, δεν μπορεί να αποδοθεί αιτιολογικά στην ατομική ψυχοπαθολογία του κάθε ενηλίκου, παρά μόνο σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και κοινωνικούς θεσμούς.<sup>7</sup>

Αντίθετα με τη θεωρία του Gil, η ψυχολογική άποψη, που υποστηρίζεται από τη σχολή του Denver, αποδίδει τα αίτια της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην ψυχοπαθολογία των γονέων τους ή άλλων υπευθύνων. Τα άτομα αυτά περιγράφονται: μικρής ηλικίας, ανώριμα, κοινωνικά απομονωμένα, με σημαντικές εμπειρίες βίας, παραμέλησης και συναισθηματικής αποστέρησης στην παιδική τους ηλικία, με κακές σχέσεις προς τις πατρικές τους οικογένειες. Το ποσοστό των ατόμων με εγκληματική προσωπικότητα ή σοβαρά ψυχικά νοσήματα δεν ξεπερνάει το 10%, αν και περιγράφεται ότι πάνω από 90% είναι άτομα έντονα στερημένα, μοναχικά και θυμωμένα, που ζουν σε συνθήκες ψυχολογικής και κοινωνικής έντασης. Η αυτοεκτίμησή τους είναι πολύ χαμηλή, αισθάνονται έντονη ανασφάλεια, δύσκολα εμπιστεύονται άλλους, ιδιαιτέρως πρόσωπα που συνδέονται με την έννοια της εξουσίας. Έχει υποστηριχθεί πως το γεγονός ότι η διεθνής βιβλιογραφία, ιδίως στο δυτικό κόσμο, υποστηρίζει τη ψυχοδυναμική άποψη, οφείλεται στο ότι οι ερευνητές βασίζονται σε κλινικό υλικό παιδιών με βαριά σωματική κακοποίηση, που φτάνουν σε νοσοκομεία ή άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, υλικό που εκπροσωπεί οικογένειες με σοβαρή ψυχοπαθολογία. Η καθημερινή πρακτική αποδεικνύει ότι ο συνδυασμός των δύο αυτών απόψεων καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού με πρόβλημα κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών τους.<sup>7</sup>

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

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

Τα ερευνητικά δεδομένα που σχετίζονται με τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των γονέων δεν έχουν επαρκώς ερευνηθεί, κυρίως επειδή ο σημαντικότερος στόχος και η αγωνία αυτών που ασχολούνται υπεύθυνα με κάθε περιστατικό –συνήθως κοινωνικοί λειτουργοί- είναι η αποκατάσταση των παιδιών. Είναι εμφανές ότι οι γονείς δεν ανήκουν στην ακραία μικρή κατηγορία των ατόμων με σοβαρή ψυχοπαθολογία, δε ζητείται καν ψυχιατρική γνωμάτευση. Αλλά και αν ακόμα ζητηθεί, αποτελεί κλινικό υλικό κάθε υπηρεσίας το οποίο συνήθως δεν αξιοποιείται ερευνητικά.

Οι γονείς που κακοποιούν/παραμελούν τα παιδιά τους έχουν εξωπραγματικές απαιτήσεις από αυτά. Αυτές οι απαιτήσεις αφορούν κυρίως τους τομείς της ανάπτυξης, της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών τους αντιδράσεων.

Αναζητώντας να αντλήσουν από τη σχέση τους με τα παιδιά τους τη συναισθηματική ζεστασιά, παραδοχή και επιβράβευση που δεν πήραν εκείνοι από τους δικούς τους γονείς, τείνουν να αναπαράγουν τον τύπο της γονικής φροντίδας που οι ίδιοι έχουν βιώσει. Οι εξωπραγματικές τους απαιτήσεις σε συνδυασμό με την έντονη συναισθηματική τους στέρηση και την πεποίθησή τους σε σωφρονιστικές μεθόδους σωματικής τιμωρίας η οποία στηρίζεται σε ένα γενικότερο υπόστρωμα κοινωνικής παραδοχής σχετικά με τη χρήση αυστηρών πειθαρχικών μεθόδων για την αγωγή των παιδιών οδηγούν συχνά σε τελείως παράλογες μορφές κακοποίησης. Π.χ., μια νεαρή μητέρα παιδιού 11 μηνών έκαψε με τσιγάρο τα γεννητικά του όργανα μετά από επανειλημμένες αποτυχίες να το εκπαιδεύσει στον έλεγχο των σφιγκτήρων του. Θεωρώντας ότι το λέρωμα του παιδιού σήμαινε προσβολή απέναντί της και άρνηση αγάπης προς εκείνη, πραγματοποίησε μια απειλή η οποία συχνά χρησιμοποιείται από γονείς προς τα παιδιά τους, όταν συνεχίζουν να λερώνονται επάνω τους σε μεγαλύτερη ηλικία.<sup>7</sup>

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

Είναι εύλογο ότι παιδιά που χαρακτηρίζονται από τους γονείς τους ως «δύσκολα» ή έχουν αυξημένες ανάγκες για φροντίδα, κινδυνεύουν περισσότερο να κακοποιηθούν. Ανάλογος είναι ο κίνδυνος για τα πρόωρα ή τα βρέφη που αρρώστησαν τους πρώτους μήνες της ζωής τους και απομακρύνθηκαν από τη μητέρα τους. Η διαταραχή του πρωταρχικού δεσμού μητέρας-παιδιού είναι από τους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες για την κακοποίηση ή την παραμέληση ενός παιδιού. Βρέφη ευερέθιστα, κλαψιάρικα, με δυσκολίες στη σίτιση, μπορούν να προκαλέσουν την απογοήτευση ή την οργή των γονέων τους. Μια ανεπιθύμητη κύηση που τελικά «κρατήθηκε» μέσα ή έξω από ένα γόμο ή μια κύηση που ταλαιπώρησε τη μητέρα θεωρείται βασικός προδιαθεσικός παράγοντας. Εκλυτικός παράγοντας για το επεισόδιο της κακοποίησης είναι η ύπαρξη κάποιας «κρίσης» στο παιδί, στους γονείς ή στις συνθήκες της ζωής τους. Συχνότερα η κρίση «προκαλείται» από τη συμπεριφορά ενός παιδιού που «κλαίει χωρίς λόγο», που έφτυσε το φαγητό, που λερώθηκε επάνω του, που λύπησε τους γονείς του. Ένας γονέας με προδιαθεσικά χαρακτηριστικά για κακοποίηση δύσκολα αντέχει μια τέτοια συμπεριφορά, ιδιαίτερος όταν συνυπάρχουν χρόνια προβλήματα σχέσεων, υγείας, συνθηκών ζωής.<sup>7</sup>

Το ερώτημα «ποιος το έκανε» έχει βασανίσει πολλούς ειδικούς επαγγελματίες που ασχολούνται με την κακοποίηση των παιδιών. Συχνά καταναλίσκουν πολύτιμο χρόνο και ενέργεια στην προσπάθειά τους να ανακαλύψουν το «δράστη». Η προσέγγιση αυτή, εκτός από την αναποτελεσματικότητά της, σίγουρα καταστρέφει την πρωταρχική σχέση που πρέπει να δημιουργηθεί ανάμεσα στους ειδικούς και στους γονείς, ώστε να εξελιχθεί αργότερα σε μια σχέση εμπιστοσύνης η οποία είναι απαραίτητη για να δεχθούν οι γονείς βοήθεια. Συνήθως και οι δύο γονείς συμμετέχουν στη διαδικασία της κακοποίησης του παιδιού τους, ο ένας χτυπώντας το και ο άλλος μην μπορώντας ή μη θέλοντας να το προστατέψει. Άλλοτε και οι δύο γονείς εναλλάξ κακοποιούν, ποτέ όμως δεν είναι δυνατό μα μη γνωρίζει ο ένας τι γίνεται, ακόμα και στην περίπτωση που ζουν χωριστά. Η αναζήτηση του υπευθύνου της κακοποίησης έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις περιπτώσεις που το παιδί έχει κακοποιηθεί από άτομο έξω από την οικογένεια, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης.<sup>7</sup>

## 3.2 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

### ΜΩΛΩΠΙΣΜΟΙ

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

Οι μώλωπες παρουσιάζονται και εξαφανίζονται σύντομα. Μια φωτογραφία θα κατά γράψει το γεγονός, αλλά ίσως είναι προτιμότερο να ζητηθεί γι' αυτό η άδεια των γονέων, η φωτογραφία δεν θα γίνει δεκτή από το δικαστήριο παρά μόνο αν είναι παρών ο φωτογράφος για να καταθέσει ενόρκως ότι τράβηξε τη φωτογραφία του συγκεκριμένου παιδιού εκείνη την ημέρα. Για να αποκλειστεί η περίπτωση αιμορραγίας, οι αιματολόγοι συνιστούν ορισμένες εξετάσεις, όπως μέτρηση των αιμοπεταλίων, μερικό τεστ θρομβοπλαστίνης και χρονομέτρηση προθρομβίνης. Οι έρευνες αυτές θα αποκλείσουν τις πιο γνωστές αιτίες αιμορραγίας.<sup>14</sup>

### ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Αυτές αποτελούν συνήθως το χαρακτηριστικότερο γνώρισμα ενός «κακοποιημένου βρέφους». Και πάλι τα βρέφη που δεν περπατούν ακόμη σπάνια εμφανίζεται θραύση οστού. Τα πολύ μικρά παιδιά παθαίνουν συνήθως μόνο ατελή κατάγματα. Θραύση του οστού με αξιοσημείωτη μετατόπιση μπορεί να προκληθεί με απότομο λύγισμα του άκρου από έναν ενήλικο. Οι κακώσεις, ωστόσο, είναι συνήθως πολύ πιο ανεπαίσθητες και έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του αναπτυσσόμενου οστού. Κάθε μικρό οστό απολήγει στην ονομαζόμενη μετάφυση, ένα έλασμα που αναπτύσσεται, και ακολουθεί ο αναπτυσσόμενος χόνδρος, που ονομάζεται επίφυση. Αν το οστό τραβηχτεί, κάμπτεται στην πιο αδύνατη περιοχή, συγκεκριμένα στην μετάφυση, και στην ακτινογραφία παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά της επιφυσικής αποκόλλησης. Αυτές οι μεταβολές μπορούν να διαπιστωθούν αν αιωρήσει κάποιος το παιδί από το χέρι ή το πόδι. Το στέλεχος του μακρού οστού προστατεύεται σταθερά συνδεδεμένο στις άκρες του μακρού οστού, δηλαδή στη μετάφυση. Με την πίεση ή την περιστροφή των ιστών πάνω από το οστό εκδηλώνεται αιμορραγία ανάμεσα στο περιόστεο και το συμπαγές στέλεχος του οστού. Αρχικά, προκαλείται οδυνηρό οίδημα, το οποίο, σε διάστημα δύο ή τριών εβδομάδων, σκληρύνεται (αποκτανούται) από αποθέματα ασβεστίου και δημιουργεί πόρο, εύκολα διακρινόμενο στην ακτινογραφία. Επανελημμένες κακώσεις μπορεί να προκαλέσουν σχηματισμό πώρων σε μεγάλη έκταση.<sup>14</sup>

Οι δύο αυτές ακτινολογικές ανακαλύψεις, η επιφυσική αποκόλληση και πώρωση του περιοστέου, οδηγούν σαφώς στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για

ηθελημένες κακώσεις. Τα άλλα δυο χαρακτηριστικά γνωρίσματα οστικών κακώσεων είναι τα πολλαπλά έλκη σε διάφορα σημεία του σώματος και η ύπαρξη ελκών σε διάφορα στάδια επούλωσης και αποκατάστασης. Οι κακώσεις αυτές των οστών δεν οδηγούν συνήθως σε μόνιμη βλάβη.

Η διαφορική διάγνωση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη. Δεν πρέπει, ωστόσο, να λησμονούμε ότι τα μωρά μπορούν να υποστούν διαφόρων ειδών κακώσεις και τραυματισμούς κατά τον τοκετό, οι οποίοι μπορεί να περάσουν απαρατήρητοι στο διάστημα που ακολουθεί και περιλαμβάνουν κατάγματα στα πλευρά και τα άκρα. Κατά τους πρώτους μήνες της ζωής μπορεί να αναπτυχθεί σχηματισμός πόρων σε μεγάλη έκταση και τα οστά μα μην επανέλθουν στη θέση τους για ένα ή δύο χρόνια. Στην ατελή οστεογένεση, ιδιαίτερα σπάνια κληρονομική κατάσταση, τα οστά είναι υπερβολικά εύθραυστα και δημιουργούνται πολύ εύκολα κατάγματα. Τα οστά, ωστόσο, είναι λεπτά και φαίνονται σαν να έχουν οστεοπόρωση, τα κατάγματα εμφανίζονται χαρακτηριστικά στο μέσο του στελέχους του οστού και δεν μοιάζουν μ' εκείνα της επιφυσικής αποκόλλησης ή της περιοστικής αντίδρασης. Σε περίπτωση κάκωσης, η εμφάνιση του οστού μοιάζει με την περιοστική αντίδραση σε μια άλλη πολύ σπάνια κατάσταση, τη βρεφική φλοιώδη υπεροστίτιδα. Οι ακτινολογικές αλλαγές, ωστόσο, δεν συγχέονται εύκολα. Στην κατάσταση αυτή επηρεάζεται η σιαγόνα κατά 95%. περιοστικές αντιδράσεις συναντώνται επίσης στη συγγενή σύφιλη και το σκορβούτο, αλλά και στις δύο αυτές καταστάσεις η διάγνωση γίνεται εύκολα. Επιφυσική αποκόλληση μπορεί να παρουσιαστεί αν γίνει εντατική φυσιοθεραπεία, προκειμένου να αποφευχθούν συσπάσεις σε άκρα με νευρολογικές ανωμαλίες, για παράδειγμα στα κάτω άκρα παιδιών με δισχιδή ράχη. Η έλλειψη ευαισθησίας, ωστόσο, μπορεί να αποδεχτεί.<sup>14</sup>

## **ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ**

### Κατάγματα του κρανίου

Τα βρέφη και τα παιδιά μπορεί να πέσουν ή να τα ρίξει κάποιος κάτω με το κεφάλι και να ραγίσουν το κρανίο τους, μερικές φορές όμως ανακαλύπτουμε ότι κουνάνε τα βρέφη κρατώντας τα από τα πόδια και το κρανίο τους σπάει χτυπώντας στον τοίχο. Η διάγνωση του κατάγματος στο κρανίο μπορεί εύκολα να γίνει με ακτινογραφία, αν και οι ραφές του κρανίου μπορεί κάποτε να μοιάζουν πολύ με κάταγμα. Η αντιμετώπιση και η πρόγνωση αυτής της κατάστασης εξαρτώνται από την εγκεφαλική βλάβη που θα προκληθεί. Το βρέφος μπορεί να πεθάνει αμέσως, ή λίγο αργότερα, από προοδευτική ενδοκρανιακή αιμορραγία χωρίς να ανακτήσει τις αισθήσεις του ή, μπορεί, αρχικά να αναρρώσει και αμέσως μετά να χειροτερέψει λόγω της συνεχιζόμενης αιμορραγίας στο κεφάλι. Η φύση της κάκωσης δεν διαφωτίζει σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο προκλήθηκε.<sup>14</sup>

### Υποσκληρίδια αιματώματα

Τα βρέφη, ωστόσο, μπορεί να αρχίσουν να αιμορραγούν στο εσωτερικό του κρανίου και γύρω από τον εγκέφαλο μετά από τραυματισμό, χωρίς να υπάρχει κάταγμα στο κρανίο. Η αιμορραγία μπορεί να αναπτυχθεί πολύ αργά και κατά συνέπεια είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάγνωση. Η αναγνώριση του συνδυασμού υποσκληρίδιας αιμορραγίας με κακώσεις των οστών σε άλλα σημεία οδήγησε τον Caffey στην υπόθεσή του ότι και τα δύο μπορεί να οφείλονται σε τραυματισμό.

Υποσκληρίδια αιμορραγία μπορεί να παρουσιαστεί μετά από απότομο χτύπημα στο κεφάλι, ιδιαίτερα στο εμπρός ή το πίσω μέρος, αλλά και το απότομο ταρακούνημα του κεφαλιού μπορεί να διαρρήξει τις λεπτές φλέβες, οι οποίες διατρέχουν την επιφάνεια του εγκεφάλου προς τα μέσα και κατευθύνονται προς τον φλεβώδη κόλπο του εγκεφάλου. Τα βρέφη που έχουν υποσκληρίδια αιμορραγία μπορεί να εμφανίσουν σπασμούς, ή εμετό, ή υπερβολική νωθρότητα, ή ανορεξία. Από την άλλη πλευρά, η κάκωση μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο όταν έχει πλέον προκαλέσει τέτοια βλάβη στον εγκέφαλο, ώστε να παρεμβαίνει στη διανοητική και σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Ο γιατρός που εξετάζει αυτά τα βρέφη μπορεί να διαπιστώσει ότι το μαλακό σημείο ανάμεσα στα οστά του κρανίου είναι διογκωμένο και μπορεί ακόμη να υπάρχουν αιματώματα στον αμφιβληστροειδή, στο πέσω μέρος του ματιού, και το κεφάλι να είναι υπερβολικά μεγάλο ή να αναπτύσσεται πολύ γρήγορα. Και σε αυτή την περίπτωση, το αίμα μπορεί να πιέζει και να βλάπτει τον εγκέφαλο, που βρίσκεται από κάτω, προκαλώντας παράλυση των ματιών και των άκρων.

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

Η πιθανότητα να έχει υποστεί βλάβη ένα παιδί με υποσκληρίδια αιμορραγία πρέπει να εξετάζεται πάντα. Ωστόσο, η κάκωση μπορεί να έχει προκληθεί να είναι αποτέλεσμα μολύνσεων γύρω από τον εγκέφαλο. Επίσης, δεν είναι γνωστό σε ποιο βαθμό οι ανατομικές ανωμαλίες και οι παραλλαγές τους μπορούν να δημιουργήσουν προδιάθεση για ρήξη των εγκεφαλικών φλεβών.<sup>14</sup>

#### Άλλα κλινικά γνωρίσματα

Στις καταγγελίες που έχουν γίνει, αναφέρονται ποικίλες κακώσεις σε βρέφη μετά από επίθεση των κηδεμόνων τους, όπως λήξη των σπλάχνων (συκώτι, σπλήνα, νεφρά), κακώσεις των ματιών με επακόλουθη εξασθένηση της όρασης, διάφορα δερματικά έλκη, εμφανείς εκδορές και εγκαύματα. Διάφορα όργανα μπορούν να εισαχθούν βίαια στο στόμα του βρέφους και να τραυματίσουν τον ουρανίσκο ή να διαρρήξουν το χαλινό της γλώσσας (δηλαδή την πτυχή δέρματος κάτω από τη γλώσσα), ή, ακόμη, στον πρωκτό, προκαλώντας αιμορραγία και πυόρροια.

Η γενική κατάσταση του παιδιού όσον αφορά τη διατροφή, την καθαριότητα και την περιποίηση του δέρματος, ιδιαίτερα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, μπορεί να είναι ανεπαρκής. Η ευαισθησία και οι αντιδράσεις του βρέφους μπορεί να είναι τόσο αφύσικες, ώστε να φαίνεται καθυστερημένο.

Συχνά το παιδί που έχει υποστεί κακοποίηση έχει και άλλα προβλήματα. Μπορεί να παρουσιάζει προβλήματα επειδή είναι πρόωρο ή κάποια σοβαρή συγγενή ανωμαλία που απαιτεί η εγχείρηση. Στην κρίσιμη περίοδο μετά τη γέννηση μπορεί να μην έχει δημιουργηθεί στενός δεσμός με τη μητέρα. Ή μπορεί, ακόμη, να έχει κάποιο πρόβλημα στην εμφάνιση, το οποίο οι γονείς δυσκολεύονται να αποδεχτούν. Και αυτά τα γνωρίσματα πρέπει να σημειωθούν στην αρχική εκτίμηση.

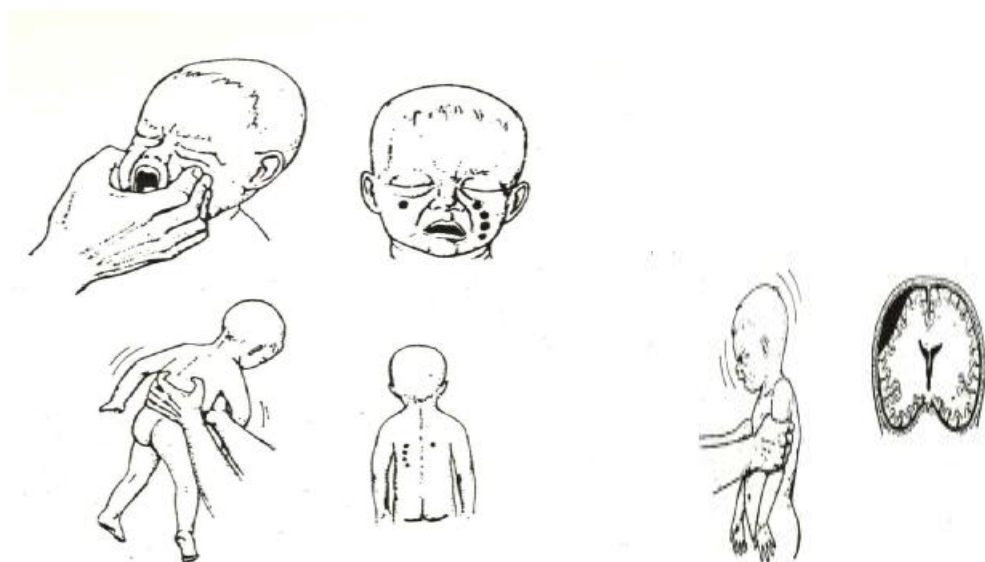
Στην περίπτωση όπου τα κλινικά γνωρίσματα παραπέμπουν στην πιθανότητα κακοποίησης του παιδιού, είναι σκόπιμο να επεκτείνουμε το κλινικό ιστορικό, έχοντας υπόψη ορισμένα σημεία. Τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, πολλά από τα οποία υπάρχουν στην εικόνα, οδηγούν στην υπόθεση ότι το παιδί υπέστη κακώσεις από τους γονείς.



- I. Όταν υπάρχει μια ανεξήγητη καθυστέρηση από την ώρα που έγινε ο τραυματισμός ως την ώρα που το παιδί μεταφέρθηκε στο γιατρό.
- II. Όταν μοιάζει απίθανο το ατύχημα, που περιέγραψαν οι γονείς, να οδήγησε στον τραυματισμό που παρουσιάζει το παιδί ή όταν τα χαρακτηριστικά του περιστατικού, όπως τα διηγούνται οι γονείς ή οι κηδεμόνες, είναι φανερό ή αποδεικνύεται ότι είναι ψευδή.
- III. Όταν το παιδί έχει επισκεφθεί επανειλημμένα άλλους γιατρούς και άλλα νοσοκομεία για διάφορα προβλήματα
- IV. Όταν η μητέρα ομολογεί πως, μερικές φορές, όταν το μωρό την εκνευρίζει ή την ενοχλεί, αισθάνεται την επιθυμία να το ταρακουνήσει, ή όταν οι γονείς υπαινίσσονται ότι ένας από τους δύο θα μπορούσε να είχε τραυματίσει το παιδί.
- V. Όταν οι γονείς είναι άρρωστοι, εσωστρεφείς ή συμπεριφέρονται με ανάρμοστο τρόπο ή, ακόμη, επικοινωνούν πάντα σωματικά.

Στο ιατρικό επάγγελμα συχνά παίρνουμε αποφάσεις με βάση την πιθανότητα μιας υποθετικής διάγνωσης. Τα κριτήρια, όμως αυτά είναι ανεπαρκή στην περίπτωση όπου η διάγνωση πρέπει να επικυρωθεί νομικά. Επομένως, πρέπει να δούμε τι είναι αποδεκτό για το δικαστήριο ως ιατρική μαρτυρία. Για υποβάλουμε ένα παιδί σε θεραπεία είναι απαραίτητο να αποδείξουμε ότι το παιδί τραυματίστηκε ηθελημένα και αυτό σημαίνει με λίγα λόγια να αποκλείσουμε κάθε άλλο ενδεχόμενο. Κάτι τέτοιο απαιτεί κάποτε έρευνες οι οποίες, υπό διαφορετικές συνθήκες, δε θα θεωρούνταν λογικές, για παράδειγμα, τεστ που θα απέκλειαν διαταραχές της πήξης του αίματος όταν το παιδί έχει μώλωπες. Συχνά έχει σημασία να αποφασίσουμε έγκαιρα πώς θα αντιμετωπιστεί ένα περιστατικό, είτε υπάρχει νομική επικύρωση της διάγνωσης είτε όχι.

Όταν υπάρχουν υποψίες για μια τέτοια διάγνωση, είναι απαραίτητο, από νομική και ιατρική πλευρά, να τεκμηριωθούν προσεκτικά οι κακώσεις που παρατηρήθηκαν, καθώς και το περιστατικό, όπως το παρουσίασαν οι γονείς, και να ληφθεί πλήρες και λεπτομερειακό κοινωνικό ιστορικό.<sup>14</sup>



### 3.3 ΣΗΜΕΙΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΕΩΝ

Η εμφάνιση του παιδιού ή σημάδια τραυματισμού παρέχουν φανερές φυσικές ενδείξεις κακοποίησης. Πιο δύσκολο να αναγνωρισθούν είναι οι αλλαγές στη συμπεριφορά του παιδιού. Αν η κακοποίηση δεν έχει αναγνωρισθεί για αρκετό μεγάλο χρονικό διάστημα, οφείλεται στο ότι το παιδί για διάφορους λόγους δεν αποκαλύπτει τη σοβαρότητα του προβλήματος. Όσοι κακοποιούν χρησιμοποιούν απειλές ώστε να κρατηθεί η κακοποίηση κρυφή. Ο φόβος για τον κακοποιό, μην τυχόν ανακοινωθεί η ασέλγειά του, κάνει το παιδί να σιωπά ή ακόμα και να φοβάται να το πει στην οικογένειά του γιατί ίσως δεν ξέρει ποιες θα είναι οι συνέπειες έπειτα, εκτός κι αν αποκαλυφθεί κάποιο φυσικό σωματικό τραύμα.<sup>15</sup>

Πολλές φορές κακομεταχείρισης ενός παιδιού, δεν παρουσιάζουν χαρακτηριστικά σημάδια που να είναι ορατά. Αν το παιδί δεν μιλήσει αυτό που του έχει συμβεί, το γεγονός μπορεί να ξεχαστεί πλήρως ή μερικώς.

Οι επαγγελματίες Υγείας οφείλουν με μεγάλη προσοχή να εξετάσουν το σώμα του παιδιού. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δώσουν στα εξής:

- Ø Στην ένταση των τραυμάτων: ακόμα κι αν τα τραύματα είναι μικρά ή ασήμαντα δεν θα πρέπει να αγνοηθούν.
- Ø Στην ανεξήγητη καθυστέρηση της μεταφοράς του παιδιού στο νοσοκομείο.
- Ø Σε εξηγήσεις που δεν ξαίνονται να «συνάδουν» με συμπτώματα<sup>15</sup>

Πιθανά τραύματα που μπορεί να βρεθούν σένα κακοποιημένο παιδί:

- Μώλωπες που δεν συνάδουν με τη συνηθισμένη δραστηριότητα ενός παιδιού
- Κηλίδες σώματος στα μάτια (υφαιμία)
- Μώλωπες στα μάτια
- Μώλωπες γύρω και μέσα στο στόμα
- Μώλωπες στα άκρα των δακτύλων
- Μικροί στρογγυλοί μώλωπες ίσως να παρατηρηθούν στο σώμα ή στο πρόσωπο
- Διαστρέμματα, εξarthρώσεις, δαγκώματα κοψίματα
- Ανεξήγητοι μώλωπες, αμυχές, εκδορές, εγκαύματα σε διάφορα στάδια επούλωσης
- Μώλωπες συγκεκριμένου σχήματος, από ζώνη, καλώδιο σίδηρο
- Μώλωπες σε διαφορετικές επιφάνειες ή πλευρές του σώματος
- Σημάδια ή εγκαύματα από σχοινί στον κορμό και στα άκρα
- Συνηθισμένη εμφάνιση τέτοιων τραυμάτων μετά από απουσία, διακοπές, Σαββατοκύριακο
- Επισταμένη πείνα, κακή υγιεινή, ακατάλληλη και ανάρμοστη ενδυμασία στο παιδί
- Επαναλαμβανόμενοι τραυματισμοί<sup>16</sup>
- Ανεξήγητα εγκαύματα όπως από εμβύθιση σε καυτό νερό. Επιπλέον με πυρακτωμένο αντικείμενο για παράδειγμα ηλεκτρικό σίδερο.

- Ανεξήγητα κατάγματα, στο κρανίο, στη μύτη και στο πρόσωπο. Ακόμη, σε διαφορετικά σημεία επούλωσης πολλαπλά ή σπειροειδή κατάγματα.
- Ανεξήγητες αποσχίσεις ή εκδορές, στο στόμα, στα χείλη, στο ούλα και στα μάτια και στο εξωτερικά γεννητικά όργανα.
- Ανεξήγητοι σκελετικοί τραυματισμοί από βάνουσο γύρισμά, τραβήγματα ή χτύπημα του χεριού ή ποδιού. Άλλοι τραυματισμοί όπως γδαρσίματα, βουρδουλιές, ουλές, τραυματισμοί και στη κοιλιακή χώρα
- Κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη όπως αιμορραγία αμφιβληστροειδούς
- Στο σώμα: επαναλαμβανόμενες μικρές μολύνσεις, σοβαρά κάθε μορφής εξανθήματα στην περιφέρεια, με κηλίδες (στα χέρια και στα πόδια) που μπορεί να είναι πρησμένα
- Κακώσεις στα μάτια με επακόλουθη εξασθένηση της όρασης
- Διάφορα δερματικά έλκη<sup>16</sup>
- Διάφορα όργανα του βρέφους μπορούν να τραυματιστούν βίαια, όπως είναι το στόμα του μικρού παιδιού για να τραυματίσουν τον ουρανίσκο ή να διαρρήξουν το χαλινό της γλώσσας ή το πρωκτό, προκαλώντας αιμορραγία και πυόρροια
- Όσον αφορά τη διατροφή, την καθαριότητα και την περιποίηση του δέρματος ιδιαίτερα την περιοχή των γεννητικών οργάνων μπορεί να είναι ανεπαρκής
- Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας
- Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού
- Βλάβες συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (π.χ.κάταγμα και εκχυμώσεις)
- Η ευαισθησία και οι αντιδράσεις του βρέφους μπορεί να είναι αφύσικες σε σημείο που να φαίνεται καθυστερημένο. Συχνά το παιδί που έχει υποστεί κακοποίηση μπορεί να έχει κάποια σοβαρή συγγενή ανωμαλία που να απαιτεί εγχείρηση.
- Βλάβες, χαρακτηριστικές κακοποίησης (π.χ. ρήξη χαλινού ανοώ χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους).
- Ο τρόπος που οι γονείς μιλούν στο ή για το παιδί τους δείχνει απόρριψη: «δύσκολο», «χαζό», «γκρινιάρικο», «αρρωστιάρικο», ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά.
- 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.<sup>16</sup>

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4*

### *ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ*



## 4.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ- ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΟΥΣ

Τα 54 άρθρα της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού χωρίζονται σε 8 θεματικές ενότητες που καλύπτουν όλο το εύρος των δικαιωμάτων και των πιθανών παραβιάσεων τους μέσα και έξω από την οικογένεια. Εδώ έγινε επιλογή των πιο βασικών δικαιωμάτων.

Αυτά καλύπτουν τα εξής πεδία:

- § Το δικαίωμα στην ισότητα
- § Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή
- § Το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει τη γνώμη του
- § Το δικαίωμα της πρόσβασης σε κατάλληλη πληροφόρηση
- § Το δικαίωμα των παιδιών με ειδικές ανάγκες στην ισότητα ευκαιριών
- § Το δικαίωμα στην υγεία και τις ιατρικές υπηρεσίες
- § Το δικαίωμα στην εκπαίδευση
- § Το δικαίωμα στην ανάπαυση και ψυχαγωγία
- § Το δικαίωμα της προστασίας από την εκμετάλλευση της εργασίας
- § Το δικαίωμα της προστασίας από τη σεξουαλική και τις άλλες μορφές εκμετάλλευσης
- § Το δικαίωμα των παιδιών, που στερούνται την ελευθερία τους, για προστασία από σκληρή μεταχείριση
- § Το δικαίωμα προστασίας από την κακοποίηση και την παραμέληση<sup>17</sup>

### 1. Το δικαίωμα στην ισότητα

Πρόκειται για γενικό άρθρο που δηλώνει την ανάγκη να λάβουν όλα τα κράτη τα απαραίτητα μέτρα έτσι ώστε κάθε παιδί, χωρίς διάκριση, να απολαμβάνει τα δικαιώματά του. Οι διακρίσεις αυτές είναι δυνατόν να συνδέονται με το χρώμα, τη φυλή, το φύλο, τη γλώσσα, τη θρησκεία, τις πολιτικές ή άλλες πεποιθήσεις του παιδιού ή των γονιών του ή και με τα εθνικά, κοινωνικά, οικονομικά και άλλα χαρακτηριστικά της οικογένειάς του. Άτομα, ομάδες ή πληθυσμοί παιδιών που ζουν κάτω από συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού, στερούνται του δικαιώματος στην ισότητα.

Το μήνυμα του άρθρου 2 είναι: όλα τα παιδιά είναι ίσα, όσο διαφορετικά και αν είναι μεταξύ τους.<sup>10</sup>

#### *Παραδείγματα παραβίασης*

Ανισότητα ευκαιριών σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης, ανάλογα με τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες, την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, την καταγωγή, τη θρησκεία.

12 στα 100 παιδιά δεν εγγράφονται ποτέ στο δημοτικό σχολείο ή δεν ολοκληρώνουν ποτέ την υποχρεωτική φοίτηση. Η σχολική διαρροή συνδέεται με ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά κοινωνικού αποκλεισμού όλων των μορφών. Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της σχολικής διαρροής ή δεν επαρκούν ή δεν χρησιμοποιούνται υπέρ του συμφέροντος του παιδιού.<sup>10</sup>

## 2. Το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει τη γνώμη του

Η εφαρμογή του δικαιώματος αυτού μέσα και έξω από την οικογένεια, όπως και στα πλαίσια των θεσμών, δηλώνει τη θέση των παιδιών αλλά και της παιδικής ηλικίας σε κάθε κράτος ή κοινωνία. Πρόκειται για ουσιαστικό άρθρο της Σύμβασης που αναφέρεται στον άξονα της Συμμετοχής. Η ελληνική οικογένεια, παρόλο που έχει περιγραφεί ως παιδοκεντρική, γενικά παραβλέπει το δικαίωμα του παιδιού να συμμετέχει στα ζητήματα της οικογένειας που αφορούν το ίδιο αλλά και όλα τα μέλη της.

Η υπερπροστασία ή θεώρηση των παιδιών ως «ανώριμων» και ως «μη ολοκληρωμένων ατόμων», στερούν από τα παιδιά το δικαίωμα της συμμετοχής και μέσω αυτής, της φυσιολογικής πορείας προς την ωριμότητα.

### *Παραδείγματα παραβίασης*

Τα κλειστά ιδρύματα παιδικής προστασίας δεν προβλέπουν τη λειτουργία συμβουλίου παιδιών με σκοπό τη συμμετοχή τους σε θέματα που αφορούν άμεσα και την προαγωγή των δικαιωμάτων τους.

Σε πολλά κρατικά ιδρύματα παιδικής προστασίας για παιδιά 6-12 ετών, τα παιδιά δεν έχουν ατομικό ρουχισμό. Τα ρούχα δίδονται στα παιδιά καθημερινά από το προσωπικό, για να καταλήξουν σε μαζικό πλύσιμο και ταξινόμηση, ανά μεγέθη σε δωμάτιο φύλαξης ρουχισμού. Οι προτασόμενες δικαιολογίες ότι αυτό γίνεται για να μην χάνονται τα ρούχα ή για καλύτερη «οργάνωση» του ιδρύματος, αποκαλύπτουν τη μειωμένη επένδυση του συστήματος στα στοιχειώδη δικαιώματα των παιδιών έναντι εκείνων του συστήματος και των στελεχών που τα εκπροσωπούν.<sup>10</sup>

## 3. Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή

Η άποψη πολλών ενηλίκων, γονιών και μη, ότι η παιδική ηλικία είναι μια μεταβατική περίοδος και μία πορεία προς την ενηλικίωση χωρίς αυτόνομο περιεχόμενο, έχει οδηγήσει στην αντιμετώπιση των παιδιών ως εξαρτημένων από τους γονείς «μικρών και ανώριμων ατόμων», χωρίς δικαιώματα για προσωπική ζωή.

Η ανησυχία των σημερινών γονιών για τα σύγχρονα κοινωνικά φαινόμενα και τους κινδύνους για τα παιδιά και τους νέους (χρήση αλκοόλ και ουσιών, εγκληματικότητα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα κ.α.), ωθούν πολλούς γονείς στην άσκηση άμεσου και έμμεσου ελέγχου στη ζωή των παιδιών τους με τρόπο που παραβιάζει το δικαίωμα τους για ιδιωτική ζωή.

### *Παραδείγματα παραβίασης*

Γονείς που υποτιμούν τις φιλίες και τους προσωπικούς δεσμούς των παιδιών τους, ιδιαίτερα κατά την εφηβεία, όταν η ομάδα των συνομήλικων έχει για τα παιδιά προτεραιότητα έναντι των γονιών.

Επαγγελματίες που προσβάλλουν το παιδί για τις επιλογές του, χωρίς συγχρόνως να προσφέρουν δυνατότητα συνδιαλλαγής και από κοινού επίλυσης του προβλήματος, ή χωρίς οι ίδιοι να λειτουργούν ως πρότυπα.<sup>10</sup>

#### **4. Το δικαίωμα πρόσβασης σε κατάλληλη πληροφόρηση**

Η ευρύτερη ερμηνεία του δικαιώματος των παιδιών στην κατάλληλη γι'αυτά πληροφόρηση, καλύπτει και το ρόλο των γονιών ως «επιμορφωτών» και ως αγωγών πληροφόρησης προς τα παιδιά τους, στα πλαίσια της ευθύνης για την κοινωνικοποίησή τους. το δικαίωμα του παιδιού στην κατάλληλη γι'αυτό πληροφόρηση περιλαμβάνει τη δέσμευση κάθε κράτους να ενθαρρύνει τη διάδοση μέσω των ΜΜΕ, πληροφοριών και υλικού φιλικού και ωφέλιμου προς τα παιδιά και τη διεθνή συνεργασία για την παραγωγή και την ανταλλαγή αυτού του υλικού, περιλαμβανομένων και των παιδικών βιβλίων, με σεβασμό στις ανάγκες και στις δυνατότητες όλων των παιδιών.

##### *Παραδείγματα παραβίασης*

Η εύκολη πρόσβαση των παιδιών στη θέα πορνογραφικών περιοδικών, που εκτίθενται σε πολύ ορατά σημεία των περιπτέρων σε όλη την Ελλάδα, ιδιαίτερα στις μεγάλες αστικές και τουριστικές περιοχές.

Η εύκολη πρόσβαση των παιδιών των σε πληροφόρηση ακατάλληλη και ηθικά επιβαρυντική γι'αυτά, μέσω του διαδικτύου.<sup>10</sup>

#### **5. Το δικαίωμα των παιδιών με ειδικές ανάγκες στην ισότητα ευκαιριών**

Το δικαίωμα για ίσες ευκαιρίες στην υγεία, την περίθαλψη, την ιατρική αποκατάσταση, την ειδική αγωγή, την επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση, την ψυχαγωγία και την κοινωνική ένταξη, παραβιάζεται όχι μόνο για τα παιδιά με ειδικές ανάγκες σε σύγκριση με εκείνα χωρίς αλλά και μεταξύ των ίδιων των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Σε αυτό συντελούν ο βαθμός κοινωνικού αποκλεισμού της οικογένειάς τους και η ιδιαιτερότητα του προβλήματος.

##### *Παραδείγματα παραβίασης*

Παιδιά με κινητικές αναπηρίες ή νοητική υστέρηση, που στερούνται οικογενειακού περιβάλλοντος, έχουν πολύ λιγότερες ευκαιρίες από εκείνα ανάλογης κατάστασης, που ζουν με τη φυσική τους οικογένεια. Όταν δηλαδή το κράτος αναπληρώνει τους γονείς, λειτουργεί ως «ανεπαρκής» γονιός, παραμελώντας τις ανάγκες των παιδιών και προσφέροντάς τους μειωμένες ευκαιρίες. Παιδιά με μετρίου βαθμού σοβαρότητας προβλήματα που θα μπορούσαν άνετα να ζουν σε οικογένεια, εισάγονται, συνήθως, σε ιδρύματα με μακρόχρονη προοπτική, επειδή δεν έχει αναπτυχθεί σύστημα αναδοχής για παιδιά με ειδικές ανάγκες.<sup>10</sup>

#### **6. Το δικαίωμα στην υγεία και στις ιατρικές υπηρεσίες**

Η ανάπτυξη σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες και το αυταπόδεικτο της εξασφάλισης ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας για όλα τα παιδιά, φαίνεται ότι δεν εξασφαλίζουν την ισότητα των ευκαιριών και τη μη-διάκριση στα παιδιά της Ευρώπης, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς και κατηγορίες που ζουν κάτω από συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού, μεταβατικές ή μόνιμες. Ως ομάδες με μεταβατικές συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού μπορούν να θεωρηθούν οι οικονομικοί και

πολιτικοί πρόσφυγες που διακινούνται σε χώρες με σκοπό τη μόνιμη εγκατάσταση, ενώ ως μόνιμες ομάδες και πληθυσμοί θεωρούνται οι τσιγγάνοι, καθώς και πληθυσμοί που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας.

#### *Παραδείγματα παραβίασης*

Υπολογίζεται ότι το 10% των θανάτων από τροχαία θα προλαμβάνονταν εάν γινόταν σωστή χρήση της ζώνης ασφαλείας. Ευρωπαϊκή έρευνα έδειξε ότι, εάν στην Ελλάδα υπήρχαν οι συνθήκες και η υποδομή που υπάρχουν σήμερα στην Αγγλία και στην Ολλανδία, θα πέθαιναν 300-400 λιγότερα παιδιά το χρόνο από ατυχήματα.<sup>10</sup>

### **7. Το δικαίωμα στην εκπαίδευση**

Η εκπαίδευση είναι εξίσου σημαντική με την υγεία, εφόσον κάθε κράτος πρέπει να εξασφαλίζει δωρεάν πρόσβαση των παιδιών σε αυτήν, σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο. Ως υποχρέωση της κάθε χώρας θεωρείται η λήψη μέτρων για τη μείωση της σχολικής διαρροής, που οφείλεται στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ο ρόλος της εκπαίδευσης στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου πολίτη οφείλει να προωθεί ανθρώπινες αξίες για την οικογένεια, την εθνική και γλωσσική ταυτότητα και τον πολιτισμό, προετοιμάζοντας το παιδί για μια ζωή με άξονα τη δημοκρατία.

#### *Παραδείγματα παραβίασης*

Έρευνα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών επτά ετών από όλη την Ελλάδα έδειξε ότι ένα στα τέσσερα παιδιά της Α' Δημοτικού σχολείου διαβάζει τρεις ή περισσότερες ώρες την ημέρα, ενώ δύο στα τρία ασχολούνται με μαθήματα και το Σαββατοκύριακο.

Το εκπαιδευτικό σύστημα δεν λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τα δικαιώματα των παιδιών για άλλες μορφές κοινωνικοποίησης και προετοιμασίας για τη ζωή. Το μάθημα δε γίνεται με ελκυστικό για τους μαθητές τρόπο, ενώ το σχολικό πλαίσιο δεν διευκολύνει τη δημιουργική αλληλεπίδραση ανάμεσα σε μαθητές και καθηγητές.<sup>10</sup>

### **8. Το δικαίωμα στην ανάπαυση και στην ψυχαγωγία**

Η εφαρμογή του δικαιώματος κάθε παιδιού για ανάπαυση και για ψυχαγωγία προϋποθέτει την αποδοχή του δικαιώματος για συμμετοχή στην οικογένεια και στην κοινωνία μέσα από διάφορες εκφράσεις της. Η εκπαίδευση, η πληροφόρηση, η καλλιτεχνική έκφραση και το παιχνίδι, είναι αναφέρεται δικαιώματα κάθε παιδιού. Τα δικαιώματα αυτά λειτουργούν με συνέργεια ή συμμετοχή του παιδιού στην πολιτισμική και καλλιτεχνική ζωή πρέπει να προάγει συγχρόνως την ισότητα και τις μη-διακρίσεις, έτσι ώστε όλα τα παιδιά να έχουν πρόσβαση σε αυτήν ανάλογα με την ηλικία, την ωριμότητα και τις ικανότητές τους.<sup>10</sup>

#### *Παραδείγματα παραβίασης*

Οι ευκαιρίες που προσφέρονται σε παιδιά με ειδικές ανάγκες για ψυχαγωγία και ελεύθερη συμμετοχή στην πολιτιστική και καλλιτεχνική ζωή είναι εξαιρετικά



περιορισμένες λόγω του κοινωνικού αποκλεισμού τους, των διακρίσεων και της ανισότητας ευκαιριών.

Τα παιδιά θα έπρεπε να συμμετέχουν στο σχεδιασμό των χώρων που τα αφορούν άμεσα.<sup>10</sup>

## **9. Το δικαίωμα της προστασίας από την εκμετάλλευση της εργασίας**

Η εργασία των παιδιών πρέπει να είναι κατοχυρωμένη σε κάθε κράτος μέλος με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παραβιάζει και άλλα δικαιώματα των παιδιών που λειτουργούν σε συνάρτηση με την εργασία. Αυτά είναι τα δικαιώματα στην υγεία, την εκπαίδευση, την ανάπαυση και την ψυχαγωγία, τη μη εκμετάλλευση, τη μη βία, την ισότητα, τη μη διάκριση και την κοινωνική ασφάλεια. Η κατοχύρωση ενός κατώτερου ορίου ηλικίας για την είσοδο στην εργασία, ο καθορισμός ωραρίου και η περιγραφή των συνθηκών εργασίας έχουν ως στόχο την καλύτερη δυνατή διασφάλιση των δικαιωμάτων των εργαζόμενων παιδιών.

### *Παραδείγματα παραβιάσεων*

Στην Ελλάδα, 10.000 περίπου παιδιά κάτω των 14 ετών αναφέρονται ως απασχολούμενα σε διάφορες εργασίες, παρά ο κατώτατο επιτρεπτό όριο των 15 ετών. Ο πραγματικός αριθμός των εργαζομένων σε δυσμενείς συνθήκες και ανασφάλιστων παιδιών, είναι πολύ μεγαλύτερος. Η εμφάνιση στην Ελλάδα του φαινομένου των παιδιών, «του δρόμου» και «στο δρόμο», όχι μόνο πολλαπλασιάζει το πρόβλημα της παράνομης παιδικής εργασίας, αλλά και καθιστά εξαιρετικά δύσκολη την καταγραφή του.<sup>10</sup>

## **10. Το δικαίωμα της προστασίας των παιδιών από τη σεξουαλική και άλλες μορφές εκμετάλλευσης**

Ο εξαναγκασμός των παιδιών στην πορνεία, η εκμετάλλευσή 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 ή –σπανιότερα- ενέργειας, ως συμβάλλει στη θυματοποίηση των παιδιών τους.

### *Παραδείγματα παραβίασης*

Η σεξουαλική βία και η εμπορική εκμετάλλευση 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 εκμετάλλευσή τους από τα ίδια ή άλλα άτομα που ευθύνονται γι' αυτό.<sup>10</sup>

## **11. Το δικαίωμα των παιδιών, που στερούνται την ελευθερία τους, για προστασία από σκληρή μεταχείριση**

Η κακομεταχείριση των φυλακισμένων ή υπό συνθήκες κράτησης παραβατών του νόμου, συνήθως δεν αποκαλύπτεται. Η στέρηση του δικαιώματος της συμμετοχής και η μειωμένη υποστήριξή τους από τις οικογένειές τους, στερούν από τα παιδιά αυτά τη φωνή που θα εξασφαλίσει και θα προωθήσει τα δικαιώματά τους. η ποινή της κράτησης, οφείλει να είναι το έσχατο μέτρο, η δε διάρκειά της μικρότερη δυνατή. Έτσι παρατηρείται η ανεπάρκεια του συστήματος δικαιοσύνης με αποτέλεσμα την καταστρατήγηση του δικαιώματος αυτού.

### *Παραδείγματα παραβίασης*

Έρευνα στο σύνολο των παιδιών και των νέων που ζούσαν σε κλειστά ιδρύματα του Υπουργείου Δικαιοσύνης το 1993, έδειξε υψηλή συσχέτιση μεταξύ εμπειριών κακοποίησης και παραμέλησης από τους γονείς και παραβατικότητας και εγκληματικότητας των ανηλίκων. Επιβεβαιώνεται, έτσι, ο κύκλος θύτης-θύμα και η ανάγκη για ποινές με θεραπευτικό περιεχόμενο.<sup>10</sup>

## **12. Το δικαίωμα προστασίας από την κακοποίηση και την παραμέληση**

Περιεχόμενο του άρθρου είναι η προστασία του παιδιού από όλες τις μορφές κακομεταχείρισης μέσα στην οικογένεια ή τα υποκατάστατά της. Περιλαμβάνονται η σωματική κακοποίηση και η σωματική παραμέληση, η σεξουαλική παραβίαση, η ψυχολογική βία και η συναισθηματική παραμέληση, καθώς και η εγκατάλειψη. Στα μέτρα που συνιστώνται περιλαμβάνεται η διαδικασία και η παρακολούθηση παιδιού και οικογένειας.

### *Παραδείγματα παραβίασης*

Η προβολή της διεθνούς συχνότητας της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στον Ελληνικό πληθυσμό, με βάση τον ετήσιο αριθμό γεννήσεων, οδηγεί στην εκτίμηση ότι στην Ελλάδα αναμένουμε 1000 ως 2000 νέες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, όλων των μορφών, για κάθε έτος ηλικίας. Άρα για τις ηλικίες 0-18 ετών, ετών, εκτιμάται ότι υπάρχουν 18.000-36.000 κακοποιημένα παιδιά. Η ανεπάρκεια της πολιτείας να αντιμετωπίσει το πρόβλημα προληπτικά και θεραπευτικά παραβιάζει το δικαίωμα των κακοποιημένων παιδιών για προστασία και της οικογένειας για θεραπεία.<sup>10</sup>

## 4.2 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η προθυμία να αφιερωθούν επαρκείς πόροι στη φροντίδα των παιδιών αποτελεί τη σφραγίδα μιας πολιτισμένης κοινωνίας, καθώς και μια επένδυση για το μέλλον μας. Ορισμένοι ισχυρίζονται ότι δεν γνωρίζουμε αρκετά ώστε να προσφέρουμε θετική φροντίδα και δημιουργική εκπαίδευση σε όλα τα παιδιά, άλλοι ανταλλάσσουν το επιχείρημα ότι η ανατροφή των παιδιών είναι στην ουσία ζήτημα προσωπικό, ενώ άλλοι παρατηρούν ότι δεν είμαστε σε θέση να πραγματοποιήσουμε μεγαλύτερες δαπάνες. Έτσι, η απελπισμένη επίκληση του A.E. Houseman, που είπε «πότε θα πεθάνω για να γλιτώσω από τα λάθη του πατέρα μου;» εξακολουθεί να αποτελεί μομφή για την ευημερούσα κοινωνία μας.

Αν τα μισά απ'όσα γνωρίζουμε σήμερα είχαν γίνει αποδεκτά ε καλοσύνη και είχαν εφαρμοστεί με κατανόηση απ'όλους όσους έχουν αναλάβει τη φροντίδα παιδιών, τότε η επανάσταση που έγινε στη σωματική υγεία των παιδιών τα τελευταία σαράντα χρόνια θα μπορούσε να συναγωνιστεί μια ανάλογη αλλαγή στην ψυχική τους υγεία.

Οι τέσσερις βασικές συναισθηματικές ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλυφθούν από την αρχή της ζωής, ώστε να διευκολύνουν το παιδί να περάσει από την αδύναμη βρεφική ηλικία στην ώριμη ενηλικίωση είναι οι εξής;

Η ανάγκη για αγάπη και ασφάλεια, για νέες εμπειρίες, για έπαινο και αναγνώριση, και για υπευθυνότητα. Η σχετική σημασία τους μεταβάλλεται, βέβαια, στα διάφορα στάδια ανάπτυξης, το ίδιο συμβαίνει και με τους τρόπους με τους οποίους οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν.<sup>18</sup>

### **Η ανάγκη για αγάπη και ασφάλεια**

Αυτή είναι ίσως η σπουδαιότερη, διότι αποτελεί τη βάση για όλες τις μετέπειτα σχέσεις, όχι μόνο μέσα στην οικογένεια, αλλά και με φίλους, συναδέλφους και, τελικά, με την οικογένεια που θα δημιουργήσει το ίδιο άτομο. Από αυτήν εξαρτάται η υγιής ανάπτυξη της προσωπικότητας, η ικανότητα για φροντίδα και ανταπόκριση στη στοργή και, με τον καιρό, η δυνατότητα εξέλιξης του ατόμου σε τρυφερό και φιλόστοργο γονέα. Η ανάγκη αυτή καλύπτεται όταν το παιδί, από τη γέννησή του και μετά, βιώνει μια διαρκή, ασφαλή, τρυφερή σχέση-πρώτα με τη μητέρα, ύστερα με τον πατέρα του και, τέλος, μ'ένα ολοένα διευρυνόμενο κύκλο ενηλίκων και συνομήλικων. Η ασφάλεια που παρέχει ένα οικείο περιβάλλον και μια γνωστή καθημερινότητα δημιουργούν μια αίσθηση συνέχειας και προβλεψιμότητας σ'έναν κόσμο όπου το παιδί πρέπει να συμβιβαστεί με πολλά καινούρια πράγματα, τα οποία μεταβάλλονται διαρκώς. Επίσης, μια σταθερή οικογένεια του προσφέρει την αίσθηση της προσωπικής συνέχειας, ότι έχει δηλαδή παρελθόν και μέλλον, και μια συνεχή και σταθερή προσωπικότητα.<sup>14</sup>

### **Η ανάγκη για νέες εμπειρίες**

Η ευφυΐα του παιδιού θα αναπτυχθεί ικανοποιητικά μόνο αν αυτή η ανάγκη καλυφθεί επαρκώς σε όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Όπως ακριβώς το σώμα χρειάζεται τροφή και ένα κατάλληλα ισορροπημένο διαιτολόγιο για να αναπτυχθεί φυσιολογικά, έτσι και το πνεύμα χρειάζεται νέες εμπειρίες. Έτσι το παιδί εξερευνά τον κόσμο και μαθαίνει να τον αντιμετωπίζει.

Οι νέες εμπειρίες το διευκολύνουν να μάθει μια από τις βασικές αρχές των πρώτων χρόνων ζωής: να μάθει πώς να μαθαίνει και η βαθιά γνώση αυτή του δίνει χαρά και

μια αίσθηση επιτυχίας. Το παιχνίδι καλύπτει την ανάγκη για νέες εμπειρίες κυρίως με δυο τρόπους: δίνει στο παιδί τη δυνατότητα να μάθει για τον κόσμο και του παρέχει ένα μέσο για την αντιμετώπιση και την επίλυση συγκρουόμενων συναισθημάτων, επιτρέποντας στη φαντασία να ξεπεράσει την πραγματικότητα και τη λογική.

Το σχολείο είναι καθαυτό μια σημαντική εμπειρία ου του ανοίγει ένα μεγαλύτερο και πιο απρόσωπο κόσμο. Οι δάσκαλοι βρίσκονται σε στην ισχυρή θέση να διατηρήσουν, να ξυπνήσουν ή να αναζωπυρώσουν την περιέργεια και τη χαρά της μάθησης νέων πραγμάτων, που δείχνουν όλα σχεδόν τα μικρά παιδιά.<sup>14</sup>

### **Η ανάγκη για έπαινο και αναγνώριση**

Για να γίνει ένα άτομο από αδύναμο βρέφος ενήλικος με αυτοπεποίθηση και αυταποδοχή χρειάζεται μια τεράστια ποσότητα συναισθηματικής, κοινωνικής και διανοητικής μάθησης, που επιτυγχάνεται με τη μίμηση των ενηλίκων που το φροντίζουν. Τα πιο αποτελεσματικά κίνητρα γι' αυτήν την μάθηση, τα οποία απαιτούν συνεχή προσπάθεια σε όλη την περίοδο της ανάπτυξης ενός ατόμου, είναι ο έπαινος και η αναγνώριση.

Οι δάσκαλοι διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην κάλυψη της ανάγκης για έπαινο και αναγνώριση: ακόμη και μόνο επειδή κάθε παιδί περνά περίπου τη μισή του ζωή από τις ώρες που δεν κοιμάται στο σχολείο επί έντεκα τουλάχιστον χρόνια. Αυτό παρέχει την απαραίτητη ευκαιρία να αποκτήσει μια ευνοϊκή στάση απέναντι στη μάθηση και ακόμη, να βελτιώσει ή να θέσει ξανά τα θεμέλια για την αυτοεκτίμησή του, και, κατά συνέπεια, τη στάση του απέναντι στην προσπάθεια και την επιτυχία.<sup>14</sup>

### **Η ανάγκη για υπευθυνότητα**

Η ανάγκη αυτή καλύπτεται αν επιτρέψουμε στο παιδί να αποκτήσει προσωπική ανεξαρτησία, φροντίζοντας αρχικά τον εαυτό του σε καθημερινά θέματα, όπως το φαγητό, το ντύσιμο και το πλύσιμο, καλύπτεται επίσης με το να έχει στην κατοχή του αντικείμενα έστω ασήμαντα και ευτελή, στα οποία του επιτρέπεται να ασκεί την απόλυτη ιδιοκτησία του. Μεγαλύτερη ανεξαρτησία δεν σημαίνει να αποσιωπά κανείς τις απόψεις του, τις προτιμήσεις του και τις επιλογές του ή τα αίτιά τους, ούτε να μη συμμετέχει στις δραστηριότητες ή την καθοδήγηση της ζωής των παιδιών, ούτε, βέβαια, να συγχωρεί οτιδήποτε κάνουν. Αντίθετα, τα παιδιά χρειάζονται ένα πλαίσιο καθοδήγησης και ορίων.

Πώς μπορεί να δοθεί υπευθυνότητα στο ανώριμο και ανεύθυνο άτομο;

Δεν μπορεί να αποφευχθεί το δίλημμα ότι το παιδί δεν μπορεί να μάθει να ανταποκρίνεται στις ευθύνες του παρά μόνο όταν του δοθούν. Όπως κάθε δεξιότητα, έτσι και αυτή χρειάζεται εξάσκηση, με την καθοδήγηση ενηλίκων, η οποία θα μειώνεται σταδιακά. Η εκπαίδευση των εφήβων στην ανάληψη ευθυνών είναι ιδιαίτερα περίπλοκο έργο. Προϋποθέτει μια λεπτή ισορροπία ανάμεσα στην παροχή πληροφοριών και στο νεαρό άτομο παίρνει αποφάσεις και να αντιμετωπίζει τις συνέπειές τους, από την άλλη, ενώ ταυτόχρονα ο ενήλικος πρέπει να είναι έτοιμος να επέμβει και να βοηθήσει αν κάτι πάει στραβά.

Τα σχολεία μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά σε αυτό τον τομέα. Όταν τονίσουν τη συνεργασία περισσότερο από τον ανταγωνισμό και δεν χρησιμοποιούν σωματική τιμωρία, οι περιπτώσεις κακοποίησης, βίας και εγκληματικότητας μειώνονται χωρίς να υποβαθμίζεται το ακαδημαϊκό επίπεδο.<sup>14</sup>

## Ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του παιδιού

Αν μια από τις βασικές ανάγκες δεν καλυφθεί ή καλυφθεί ανεπαρκώς, τότε η ανάπτυξη μπορεί να ανακοπεί ή να διαταραχθεί. Οι συνέπειες μπορεί να είναι καταστροφικές αργότερα, τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία. Οι ενήλικοι ανταποκρίνονται περισσότερο σ'ένα παιδί που συμπεριφέρεται επιθετικά ενώ τείνουν να αγνοούν ένα παιδί δειλό και υπερβολικά υποταγμένο ωστόσο και οι δύο τύποι συμπεριφοράς αποτελούν εξίσου σημαντικές εκκλήσεις για βοήθεια και δείχνουν ότι οι συναισθηματικές, κοινωνικές ή διανοητικές ανάγκες δεν έχουν καλυφθεί επαρκώς. αν η ανάγκη για νέες εμπειρίες δεν καλυφθεί επαρκώς στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, τότε η διανοητική ικανότητα θα ανακοπεί. Επίσης, όσο πιο ανιαρή είναι η ζωή, χωρίς ερεθίσματα και γεγονότα, τόσο πιο εύκολα εμφανίζονται και αναπτύσσονται σταδιακά η απογοήτευση, η απάθεια ή η νευρική κατάσταση.

Δυστυχώς, σχεδόν πάντα, ο έπαινος και η αναγνώριση δίνονται για την επιτυχία και όχι την προσπάθεια. Συνεπώς, η ανάγκη αυτή ικανοποιείται με μεγαλύτερη προθυμία και συχνότητα στα έξυπνα, υγιή, προσαρμοσμένα και ελκυστικά παιδιά.

Οι επιτυχίες που σημειώνουν, όσο ασήμαντες και αν είναι απαιτούν αναπόφευκτα πολύ μεγαλύτερη προσπάθεια και επιμονή, η ανταμοιβή, όμως, είναι μικρότερη γιατί και οι επιτυχίες είναι λιγότερες.

Οι ίσες ευκαιρίες είναι δικαίωμα κάθε παιδιού. Το να περιμένουμε ίσες ικανότητες για να χρησιμοποιήσουμε αυτές τις ευκαιρίες δεν συμβιβάζεται με τον κοινό νου και την εμπειρία.

Αντίθετα, πρέπει να ενεργούμε σαν να ήταν όλα τα παιδιά ίσα, να σεβόμαστε και να δεχόμαστε τις διαφορές τους και να φροντίζουμε γι'αυτές. Στο πλαίσιο αυτό, είναι θεμιτό να ακολουθούμε δημοκρατική πολιτική στην παροχή ευκαιριών, ενώ ταυτόχρονα, να αγωνιζόμαστε μια αριστοκρατία ως προς το αποτέλεσμα.

Όταν δεν παρέχονται οι ευκαιρίες για την εκπλήρωση της τέταρτης βασικής συναισθηματικής ανάγκης, συγκεκριμένα της άσκησης της ευθύνης, τότε το παιδί δεν θα κατορθώσει να αναπτύξει την αίσθηση της ευθύνης για τον εαυτό του, τους άλλους ή τα υλικά αντικείμενα.<sup>14</sup>

## 4.3 ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο νόμος προβλέπει τα πέντε παρακάτω βασικά κριτήρια για τη διάγνωση της αόριστης νομικής έννοιας του συμφέροντος του παιδιού

- a) Ακρόαση της γνώμης του παιδιού και η συνεκτίμησή της.
- b) Ενίσχυση της ανάπτυξης της προσωπικότητάς της.
- c) Λήψη υπόψη των ικανοτήτων και προσωπικών του κλίσεων.
- d) Ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών.
- e) Συμφωνία των γονέων για την άσκηση της γονικής μέριμνας και ιδιαίτερα της επιμέλειας.

Παράλληλα, ουσιαστικά κριτήρια, αν και δεν αναφέρονται στο νόμο, έχουν γίνει αποδεκτά από την επιστήμη και τη νομολογία, εφόσον προκύπτουν από το γενικότερο πνεύμα των διατάξεων του νόμου. Αυτά είναι:

- ο Η γονική ικανότητα των φυσικών γονέων ή αυτών που ασκούν τη γονική μέριμνα.
- ο Η σταθερότητα των συνθηκών ανάπτυξης του παιδιού.
- ο Η ανάγκη του παιδιού για στοργή, αφοσίωση και σταθερότητα.
- ο Η προτίμηση της ανάθεσης της γονικής μέριμνας σε κατάλληλο φυσικό πρόσωπο παρά σε ίδρυμα.

Η νομική παρέμβαση, όταν κρίνεται απαραίτητη για το απόλυτο συμφέρον του παιδιού, μπορεί να εμπεριέχει δύο σκέλη:

- A. Την εφαρμογή ασφαλιστικών μέτρων, με στόχο την αφαίρεση της επιμέλειας ή/και της γονικής μέριμνας από τους γονείς-προσωρινά ή μόνιμα-και ανάθεση της σε συγγενή, τρίτο άτομο ή ίδρυμα.
- B. Την ποινική δίωξη του «υπαίτιου».

Η ποινική δίωξη του υπεύθυνου για την κακοποίηση, παραμέληση ή σεξουαλική παραβίαση, ως νομική παρέμβαση, είναι σκόπιμο να ασκείται όταν μετά από τη διαγνωστική εκτίμηση προκύπτει ότι:

- A. Ο υπαίτιος είναι άτομο εκτός οικογένειας και η οικογένεια θέλει να ασκήσει τα νομικά της δικαιώματα.
- B. Ο γονέας- «υπαίτιος» δεν συνεργάζεται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων του ή δεν έχει ικανή επίγνωση(έλλειψη ευαισθησίας) και κατ'επέκταση κρίνεται 'επικίνδυνος» στη σχέση με το παιδί του ή την οικογένειά του.<sup>1</sup>

### Η προσφυγή στην δικαιοσύνη

Η δικαστηριακή λύση του προβλήματος του κακοποιημένου-παραμελημένου παιδιού, παρόλο ότι είναι πολλές φορές αναγκαία, δεν αποτελεί όμως και τη πανάκεια, ιδίως όταν εφαρμοσθεί μόνη και ξεκομμένη από τις άλλες παράλληλες όμως λύσεις, που αποσκοπούν όλες στην συνολική αντιμετώπιση και λύση του προβλήματος. Η δικαστηριακή λύση, που σημαίνει τελικά την απόσπαση του παιδιού από το οικογενειακό του περιβάλλον και την ανάθεση της μέριμνας γι'αυτό σε τρίτα πρόσωπα ή σε ίδρυμα, αποτελεί μέρος της λύσης του προβλήματος. Η συνολική λύση πρέπει να είναι προϊόν συλλογικής προσπάθειας.

Τότε μόνο θα μπορέσουμε να μιλήσουμε ότι ασχοληθήκαμε σοβαρά με το κακοποιημένο παιδί, όταν μόνο επαγγελματίες συνεργάζονται σε μόνιμη βάση για κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, ανταλλάσσουν τις γνώμες και τις εμπειρίες τους και συναποφασίζουν, σε κάποιο μέτρο, για τη λύση που θα ακολουθηθεί. Και η απόσπαση του παιδιού από το οικογενειακό του περιβάλλον καθώς και η ποινική τιμωρία του δράστη πρέπει να συνεκτιμάται με τι πολλαπλές συνέπειες που αυτές έχουν στη ζωή και στη μοίρα του συγκεκριμένου παιδιού, σε συνάρτηση πάντοτε και με τα συγκεκριμένα και φλέγοντα προβλήματα που όλα αυτά συνεπάγονται για την οικογένεια, τους γονείς και τα υπόλοιπα παιδιά.<sup>19</sup>

Όπως συνέβη και σε όλες τις χώρες που ασχολήθηκαν πρώτες με αυτό το πρόβλημα, έτσι και στη Ελλάδα την αρχή την έκανε μια υπηρεσία που λειτουργεί σε νοσοκομειακό πλαίσιο, όπου φθάνουν τα περιστατικά κακοποίησης-παραμέλησης. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, που λειτουργεί στο πλαίσιο του Νοσοκομείου Παίδων «η Αγία Σοφία» των Αθηνών, συνέστησε την πρώτη ερευνητική διεπιστημονική ομάδα, που την αποτέλεσαν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων. Η ομάδα αυτή στα 9 ν χρόνια που λειτουργεί χειρίστηκε 350 περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών, από τις οποίες με την συναπόφαση βασικών ειδικοτήτων μόνο για τις 42 περιπτώσεις έκρινε ότι είναι αναγκαίο να ακολουθηθεί η δικαστηριακή προσφυγή.<sup>20</sup>

#### A. Θετικά αποτελέσματα

- 1) Με την επέμβαση των δικαστικών αρχών πραγματοποιείται η επίσημη καταδίκη και μομφή της κακοποίησης και ικανοποιείται το περί δικαίου αίσθημα.
- 2) Με την απόφαση του δικαστηρίου που διατάσσει την αφαίρεση της γονικής μέριμνας επιτυγχάνεται η άμεση προστασία του παιδιού, που απομακρύνεται προσωρινά ή και οριστικά από το επιβλαβές περιβάλλον.
- 3) Τερματίζεται έτσι η κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού.
- 4) Σε πολλές περιπτώσεις συνετίζεται ο αδιάφορος γονέας.

#### B. Αρνητικά αποτελέσματα

- 1) Πρέπει την ποινική δίκη να ακολουθεί αστική δίκη αφού μόνο αυτή συνεπάγεται και την αφαίρεση της γονικής μέριμνας και την ανάθεσή της σε τρίτους.
- 2) Με την δικαστική συνέχεια και τις αντιδικίες που δημιουργούνται, διακινδυνεύεται η συνοχή της οικογένειας
- 3) Σε περιπτώσεις σεξουαλικής ιδίως κακοποίησης, οπότε χρειάστηκε να ληφθούν καταθέσεις του ίδιου του παιδιού παρατηρήθηκαν σοβαρότερες ψυχολογικές συνέπειες στα ίδια τα παιδιά που αισθάνθηκαν υπεύθυνα για την φυλάκιση του πατέρα τους.
- 4) Πολλές φορές μετά την πιθανή αθώωση του δράστη, ο δράστης ξαναγυρίζει στο σπίτι και προβαίνει σε πράξεις αντεκδίκησης.
- 5) Τέλος, και αυτό είναι το σπουδαιότερο, με τη δικαστική συνέχεια, ιδίως την ποινική, δεν στιγματίζεται μόνο ο δράστης αλλά και το ίδιο το θύμα.<sup>20</sup>

Η παραμονή του παιδιού σε ίδρυμα δεν καλύπτεται από κανένα νομικό πλαίσιο. Έτσι οποιαδήποτε στιγμή, οποιοσδήποτε γονέας μπορεί να απαιτήσει να πάρει πίσω το παιδί του. Οποιαδήποτε δοτή επιμέλεια και γονική μέριμνα δεν έχει νομική ισχύ, εάν δεν ανατεθεί με δικαστική απόφαση, ακόμη και εάν υπάρχει απόλυτη αντένδειξη επιστροφής του παιδιού στο σπίτι του.

Αν και κάθε μορφή κακομεταχείρισης ενός παιδιού αποτελεί από νομικής πλευράς «έγκλημα», πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί να ποινικοποιήσουμε μια οικογενειακή υπόθεση, εφόσον υπάρχουν δυνατότητες για διαφορετική αντιμετώπιση του παιδιού και της οικογένειας. Ποινική δίωξη, φαίνεται σκόπιμο να ασκείται μόνον αν προκύψει, ότι ο δράστης είναι άτομο είναι άτομο εκτός οικογένειας, ή εάν ο γονιός-δράστης είναι άτομο ιδιαίτερα επικίνδυνο για τους άλλους.<sup>20</sup>



## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5*

### *ΠΟΛΙΤΕΙΑ-ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ*



## 5.1 ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ 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 εκτίμησης 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.<sup>1</sup>

### ΟΜΑΔΑ 1: (ψυχωσικοί-ψυχική νόσος)

Συνήθως τα άτομα αυτής της ομάδας εντοπίζονται 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:

- ✓ Η ηλικία
- ✓ Η κοινωνική τάξη
- ✓ Ο αριθμός παιδιών

Συχνά πρόκειται για μητέρες που κρίνουν αρνητικά τον εαυτό τους και που μπορεί να τα βγάζουν πέρα με άλλες καταστάσεις στρες. Η κακοποίηση εντοπίζεται στο συγκεκριμένο βρέφος, πιθανόν γιατί συντρέχουν λόγοι όπως:

- Ø Αποτυχία στην ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με το παιδί
- Ø Η μητέρα βλέπει το βρέφος σαν «αχάριστο» και «δύσκολο να ικανοποιηθεί», π.χ. κλαίει πολύ, δεν κοιμάται, έχει δυσκολία στο φαγητό κ.λπ.
- Ø «λάθος» φύλο για τη μητέρα
- Ø υπερκοινωνική υποστήριξη της μητέρας.

Η σωματική κακοποίηση είναι αποτέλεσμα απώλειας ελέγχου κάτω από συνθήκες συναισθηματικής έντασης.<sup>1</sup>

### 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 μία κύηση διαδέχεται την άλλη χωρίς κανένα προγραμματισμό. Η κακοποίηση είναι αποτέλεσμα απώλειας ελέγχου ή σοβαρής παραμέλησης.

### ΟΜΑΔΑ 4: (άτομα με 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 ενέχεται και ο πατριός του παιδιού ή σύντροφος της μητέρας.

ΟΜΑΔΑ 5:(με αυστηρές και άκαμπτες ηθικές απόψεις-υπερπειθαρχία)

Η ομάδα αυτή αφορά κυρίως μεγαλύτερα παιδιά. Οι γονείς ταυτίζουν την πειθαρχία με τη σωματική τιμωρία. «μια ξυλιά παραπάνω» είναι συνηθισμένη, αλλά έτσι μπορεί να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος. το παιδί μπορεί να ωθηθεί με αυτό τον τρόπο σε περαιτέρω αποτυχίες και έτσι να τιμωρείται ολοένα και περισσότερο. Στην ομάδα αυτή μπορεί να παρατηρείται αντιστροφή 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 τα βγάλουν πέρα)

Συνήθως πρόκειται για έφηβους γονείς με το πρώτο τους παιδί. Έχουν εμπειρίες συναισθηματικής στέρησης, υψηλές προσδοκίες από το παιδί τους και εξωπραγματικές απόψεις για 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.<sup>1</sup>

## ΟΜΑΔΕΣ ΜΕ ΕΠΑΛΛΗΛΙΑ

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 άλλα προβλήματα όπως κωφότητα, γυναικολογικά προβλήματα κ.λπ.

9: Ψυχαναγκαστικοί: χαρακτηρίζει περισσότερο τις μητέρες ενώ οι πατέρες έχουν ρόλο αυστηρού 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 έγκαιρη προσφορά ιατρικής αντιμετώπισης.

ΟΜΑΔΑ 2: Συνήθως αρκετά καλή εφ'όσον υπάρχει ικανός αριθμός κατάλληλων πηγών βοήθειας.

ΟΜΑΔΑ 3: Μπορούν να βοηθηθούν εφ'όσον η προσωπικότητά 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 βοηθηθούν από τον κατάλληλο επαγγελματία.<sup>1</sup>

## 5.2 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Η σύγχρονη θεώρηση της εκπαίδευσης προωθεί όχι μόνο τη γνώση αλλά και τη « τέχνη της ζωής». Προσφέρει, δηλαδή, στους μαθητές ευκαιρίες να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να αναπτυχθούν και να ζήσουν δημιουργικά σε ένα κόσμο γεμάτο προκλήσεις. Ο διευρυμένος ρόλος του σύγχρονου σχολείου στη σημερινή «Ευρώπη χωρίς σύνορα», δίνει τη δυνατότητα στα παιδιά να βιώσουν και να διαπραγματευτούν μέσα στο σχολείο τη νέα κοινωνική πραγματικότητα. Η ανάμειξη παιδιών μεταναστών, πολιτικών και οικονομικών προσφύγων, όπως και παιδιών επαγγελματικά διακινούμενων οικογενειών, προσφέρει μια πλούσια διαπολιτισμική διάσταση, άγνωστη ως πρόσφατα στην Ελλάδα. Συγχρόνως, το άνοιγμα του σύγχρονου σχολείου σε μαθητές με ιδιαιτερότητες-μαθησιακές, κινητικές – το εμπλουτίζει με ανθρώπινες ευαισθησίες, προωθώντας το δικαίωμα της διαφοράς και συγχρόνως της ισότητας. Το σύγχρονο σχολείο προωθεί τα δικαιώματα του παιδιού, προάγοντας την υγεία.<sup>1</sup>

Εύλογο είναι, ότι η σταθερότητα του σχολικού πλαισίου και το νέο αυτό κλίμα σχέσεων που καλλιεργείται ανάμεσα στα παιδιά και τον εκπαιδευτικό, δίδουν τη δυνατότητα σε παιδιά, που τα δικαιώματά τους παραβιάζονται μέσα στην οικογένεια ή και έξω από αυτή, να εμπιστευτούν το μυστικό τους στον εκπαιδευτικό.

Η αποκάλυψη αυτή συνήθως δημιουργεί στο νηπιαγωγό, δάσκαλο ή καθηγητή πλήθος αντικρουόμενων συναισθημάτων τα οποία συνδέονται με τα στερεότυπα που επικρατούν για το «άβατο» της οικογένειας, με την πρόκληση για τον ίδιο ως « προσώπου εμπιστοσύνης» που επέλεξε το ίδιο το παιδί, αλλά και με την ευθύνη που αναλαμβάνει σχετικά με το πώς θα τα βγάλει πέρα. Η έλλειψη για την αντιμετώπιση του κακοποιημένου παιδιού από πλευράς πολιτείας και η περιορισμένη αναφορά στο θέμα στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών, συντείνουν στα αντικρουόμενα αυτά συναισθήματα. Επί πλέον, η λειτουργία του σχολείου με «ενδοστρέφεια» ως προς τη ζωή της κοινότητας, δεν προσφέρει συνήθως την πληροφόρηση σχετικά με τις πηγές βοήθειας, όπως και την πολύτιμη εμπειρία της διασυνδεδετικής συνεργασίας μεταξύ φορέων και επαγγελματιών. Η προώθηση του β' και γ' βαθμού αυτοδιοίκησης θα συνεισφέρει σημαντικά στην ανάπτυξη αυτής συνεργασίας που θα προσφέρει στον εκπαιδευτικό ασφάλεια για την αντιμετώπιση και την παραπομπή περιπτώσεων κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών όλων των μορφών. Το αίσθημα του δασκάλου ότι λειτουργεί ως μέρος ενός τοπικού συστήματος που θα στηρίξει το παιδί και την οικογένεια, έναντι των αισθημάτων μοναξιάς του μόνου επαγγελματία, τον κινητοποιεί υπέρ του παιδιού.<sup>1</sup>

Ποια μπορεί να είναι, όμως, τα αισθήματα του εκπαιδευτικού αλλά και ολόκληρου του σχολείου ως σύστημα, πριν ή μετά την αναφορά μιας περίπτωσης κακοποίησης ή παραμέλησης ενός παιδιού;

1. Αμφιθυμία: Φροντίζω το παιδί ή ελέγχω τη ζωή της οικογένειας;
2. Ταύτιση με τους γονείς: Τι θα γινόταν αν αυτό συνέβαινε στη δική μου οικογένεια;
3. Αποτελεσματικότητα για το παιδί: Μήπως η παρέμβασή μου οδηγεί σε περαιτέρω κακοποίηση του παιδιού;

4. Αμφιθυμία για την έκβαση – δυσπιστία για το σύστημα: Μήπως η παρέμβασή μου οδηγήσει σε δευτερογενή κακοποίηση του παιδιού απ το σύστημα;
5. Ανταγωνισμός με την οικογένεια: Ποιος είναι ο καλύτερος «γονέας» για το παιδί;
6. Αντιπαλότητα μεταξύ των υπηρεσιών: Ποιος είναι ο καλύτερος «προστάτης» για το παιδί;<sup>1</sup>

Τα συναισθήματα αυτά είναι φυσιολογικά. Η αναγνώρισή τους βοηθάει στην κινητοποίηση του εκπαιδευτικού να κάνει κάτι;

Τι μπορεί, όμως, να κάνει ο εκπαιδευτικός;

- § Να ακούσει το παιδί σε ένα χώρο ήρεμο και οικείο για αυτό.
- § Να αναγνωρίσει την εμπιστοσύνη που του έδειξε το παιδί και να το διαβεβαιώσει ότι θα κάνει ότι μπορεί σε συνεργασία μαζί του, ώστε να σταματήσει αυτό που του συμβαίνει.
- § Να απενοχοποιήσει το παιδί λέγοντάς του ότι δεν φταίει για ότι έγινε και να το πιστέψει. Σπάνια τα παιδιά λένε ψέματα για τη δική τους κακομεταχείριση.
- § Να δείξει ενδιαφέρον όχι μόνο στο παιδί αλλά και στην οικογένεια.
- § Να εξηγήσει στο παιδί και στους γονείς τους τρόπους και το περιεχόμενο των ενεργειών από εκεί και πέρα. Δηλαδή, ότι η παραπομπή σε εξειδικευμένο φορέα εκφράζει το ενδιαφέρον και την ελπίδα για το συμφέρον όλων: παιδιού, αδελφών, οικογένειας. Η πρόθεση του εκπαιδευτικού είναι να στηρίξει την οικογένεια, όχι να την πληγώσει.
- § Να ελέγξει το φυσιολογικό θυμό που αισθάνεται για τους γονείς, αποφεύγοντας να μιλάει στο παιδί αρνητικά γι' αυτούς.
- § Να κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους ένα σωματικά κακοποιημένο παιδί δεν θέλει να εγκαταλείψει την αγκαλιά του υπεύθυνου για τη κακοποίησης γονέα.

Κατά τη φάση αυτή, ο ρόλος του εκπαιδευτικού πρέπει να είναι υποστηρικτικός παρά ανακριτικός. Η συλλογή πολλών λεπτομερειών δεν βοηθάει το παιδί, εφ'όσον θα ακολουθήσει εις βάθος διερεύνηση από τον αρμόδιο φορέα παιδικής προστασίας ή/και ψυχικής υγείας.<sup>1</sup>

Το σχολείο, από τη σκοπιά της Κοινωνικής Παιδιατρικής, εμφανίζεται με πολλές μορφές, σε χώρο και σε περιεχόμενο. το σχολείο είναι προνομακός χώρος για την Αγωγή Υγείας από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς και την ενεργητική συμμετοχή των μαθητών. Μια πιο στενή συνεργασία γιατρών-εκπαιδευτικών θα βοηθούσε ακόμη περισσότερο θεραπευτικά, αλλά και διαγνωστικά . χρήσιμες είναι ακόμα οι παρατηρήσεις των εκπαιδευτικών, ως τρίτων προσώπων, αλλά και λόγω της ικανότητας που έχουν να αναλύουν τη συμπεριφορά όχι μόνο των παιδιών, αλλά και του προσωπικού. Οι παιδαγωγικές τους γνώσεις θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν, ζητώντας τη γνώμη τους για τη διαμόρφωση και διακόσμηση του χώρου της Κλινικής, τη διοργάνωση εκδηλώσεων, την έκδοση εντύπων, την επιλογή τηλεοπτικών και βίντεο-ταινιών εκπαιδευτικού περιεχομένου.<sup>21</sup>

## 5.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στη Βρετανία οι μονάδες για παιδιά βρίσκονται σε ψυχιατρεία, σε νοσοκομεία παιδών ή σε γενικά νοσοκομεία και οι περισσότεροι στεγάζονται στα κυρίως κτήρια, ενώ λίγες μόνο καταλαμβάνουν ξεχωριστά κτίσματα μακριά από τα νοσοκομεία στο οποίο ανήκουν. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στις μονάδες αυτές είναι εγγεγραμμένοι στην επετηρίδα ως γενικοί νοσηλευτές, νοσηλευτές κοινωνικής μέριμνας ή ιατρικοί νοσηλευτές. Τα απαιτούμενα από τη διοίκηση προσόντα συνήθως καθορίζονται από τον προσανατολισμό του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει η μονάδα, αλλά, όλο και πιο συχνά, τα γενικά νοσοκομεία ζητούν την διπλή ειδικότητα του γενικού και του ιατρικού νοσηλευτή. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο φορέας της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, με επιτροπή ειδικών μελέτησε τα επιθυμητά προσόντα που θα επέτρεπαν την εισαγωγή σε ένα νέο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα ψυχιατρικής περίθαλψης παιδιών και εφήβων. Η άποψη που επικράτησε την εποχή εκείνη ήταν ότι οποιαδήποτε από τα βασικά διπλώματα παρείχε αρκετά εφόδια στους νοσηλευτές για την φροντίδα ατόμων αυτών των ηλικιών και έτσι επιτράπηκε η είσοδος από κάθε επετηρίδα. Τα αποτελέσματα αξιολόγησης δείχνουν ότι οι ιατρικοί νοσηλευτές έχουν ένα σαφές πλεονέκτημα, αν και αυτό δεν είναι πάντα εμφανές στα τελικά αποτελέσματα. Η παραπάνω τακτική ισχύει και σήμερα. Ο συνδυασμός των προγραμμάτων για παιδιά και για εφήβους εξακολουθεί να εφαρμόζεται, γιατί οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι το εξελικτικό πλαίσιο του προγράμματος αφορά όλο το φάσμα των ηλικιών. Οι ασκούμενοι νοσηλευτές όμως σπάνια εργάζονται με όλες τις ηλικίες ή μετακινούνται από την μια ομάδα ηλικιών στην άλλη συνήθως προτιμούν να δουλεύουν με εφήβους ή με παιδιά κάτω των 11 η 12 χρόνων. Για να περιγράψει ο ρόλος του νοσηλευτή θα πρέπει να τον δούμε σε σχέση με το έργο, την ομάδα των <<πελατών>>, το περιβάλλον και το δίκτυο των σχέσεων. Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις εκείνων που έρχονται σε επαφή με τους νοσηλευτές και οι πεποιθήσεις και δεξιότητες των ιδίων των νοσηλευτών είναι οι κύριοι συντελεστές του << ρόλου>>.<sup>22</sup>

Το σημείο εκκίνησης είναι το έργο, η ομάδα των <<πελατών>> και το περιβάλλον. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μια μονάδα νοσηλείας έχουν κοινούς γενικούς στόχους με τους άλλους ειδικούς και μαζί καθορίζουν την πολιτική που εφαρμόζεται στις εισαγωγές και τη θεραπεία. Οι λειτουργίες που περιγράφονται πιο συχνά είναι οι παρακάτω:

1. παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος το οποίο προωθεί την υγιή εξέλιξη των παιδιών.
2. αξιολόγηση ατόμων και οικογενειών.
3. εκπαιδευτική αξιολόγηση και παροχή εκπαίδευσης.
4. αντιμετώπιση εντοπισμένων δυσκολιών, Δημάδη διευκόλυνση αλλαγής προς υγιείς συμπεριφορές και λιγότερο συχνά σύσταση ιατρικής/ψυχιατρικής θεραπείας, π.χ. φαρμακευτική αγωγή.
5. προγραμματισμός για την υποστήριξη της μελλοντικής εξέλιξης του παιδιού και της οικογένειας.

Στην επίτευξη του παραπάνω έργου, ο ρόλος του νοσηλευτή εξαρτάται από το εννοιολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ορίζουν το πρόβλημα και καθορίζουν το στόχο. Είναι ενδιαφέρον ότι στη Βρετανία οι νοσηλευτές άρχισαν να λαμβάνουν υπόψη τους τα δικά τους εννοιολογικά πλαίσια και να τα συγκρίνουν με εκείνα των άλλων

ειδικοτήτων μόλις τα τελευταία χρόνια. Στο διάστημα αυτό πραγματοποιήθηκε μια απομάκρυνση από το ιατρικό μοντέλο της διάγνωσης και της θεραπείας, που οδηγεί στην αποθεραπεία η τη χρόνια κατάσταση.

Το εννοιολογικό πλαίσιο το οποίο περιγράφει το ρόλο του νοσηλευτή σε σχέση με το έργο της μονάδας, ονομάζεται <<εξελικτικό και συστηματικό μοντέλο>>. Τα κριτήρια αξιολόγησης τα οποία χρησιμοποιούνται στο μοντέλο αυτό συμπίπτουν με το Πολυαξονικό σύστημα ταξινόμησης (Multiaxial classification system, Rutter, 1985) που χρησιμοποιήθηκε στην ψυχιατρική διατύπωση και η παρέμβαση η οι πράξεις των νοσηλευτών βασίζονται στην ψυχολογική θεωρία με την ευρύτερη της έννοια. Γενικώς το μοντέλο είναι άμεσα εφαρμόσιμο και σε άλλες ομάδες νοσηλευτών και ασθενών, αν και έρχονται στιγμές που, κατά βάθος, δεν αποκλείεται κι αυτή η πιθανότητα. Το μοντέλο είναι περιγραφικό, και όχι προσδιοριστικό ( καθοριστικό), και το αποδέχονται πολλοί νοσηλευτές.

Το πλαίσιο είναι εξελικτικό και συστηματικό και στο κέντρο του βρίσκονται το σύστημα παιδί –νοσηλευτής. Το παιδί θα έχει κάποιο όνομα και ο νοσηλευτής μπορεί να έχει κωνομά η να θεωρείτε απλώς μέλος της ομάδας των νοσηλευτών.<sup>22</sup>

Στο σύστημα παιδιού-νοσηλευτή, ο νοσηλευτής έχει τις παρακάτω λειτουργίες:

- Αξιόλογη:(1) την εξέλιξη-γλωσσά του παιδιού, τη σωματική ωρίμανση, τις γνωστικές διεργασίες, τα συναισθήματα, την κοινωνική συμπεριφορά, (2) τις λειτουργίες του παιδιού μέσα σε σύστημα που μπορούν να παρατηρηθούν, όμως η οικογένεια και η ομάδα των συνομηλίκων και, τέλος, (3) το προσωπικό σύστημα, πως δηλαδή βλέπει το παιδί τον εαυτό του και τις εμπειρίες του.
- Εντοπίζει τα προβλήματα, τις ικανότητες και τις φυσιολογικές ανάγκες, σε σχέση με τα παραπάνω.
- Θέτει τους στόχους για αλλαγή και ανάπτυξη.
- Παρέχει φροντίδα.
- Είναι φορέας αλλαγής (με το νόημα που της δίνει η θεωρία κοινωνικής μάθησης).
- Αποτελεί γονικό υποκατάστατο.
- Παρέχει ζεστές σχέσεις και λειτουργεί ως δύναμη που ωθεί προς την ωριμότητα (Perla), μια διεργασία που δεν έχει γρήγορα η άμεσα θετικά αποτελέσματα και προϋποθέτει συναισθηματική εμπλοκή.
- Παρέχει ένα μοντέλο του ρόλου.
- Αξιολογεί την αλλαγή.<sup>22</sup>

Πολλές από τις παραπάνω δραστηριότητες έχουν περιγράψει ως μελέτες πάνω στην παροχή γονικής /μητρικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει αυτούς τους ρόλους είτε επίσημα είτε ανεπίσημα και μονό με την παραδοχή του παιδιού: είναι δύσκολο να δεις τον εαυτό σου σαν άτομο που προσφέρει ζεστασιά και φροντίδα, όταν το παιδί έχει αποφασίσει ότι είσαι ένας τύρραννος που το κρατάει μακριά από την οικογένειά του. Η διαφορά στην επίσημη και την ανεπίσημη προσέγγιση γίνεται εμφανής στα γραπτά προγράμματα περίθαλψης. Στην αξιολόγηση, για παράδειγμα οι νοσηλευτές μπορεί να χρησιμοποιούν τη γενική παρατήρηση και τη γραπτή περιγραφική έκθεση η, όταν δεικνύεται, μπορεί να επιλέξουν τις καταγραφές γεγονότων η τη λειτουργική ανάλυση, εφόσον οι διαδικασίες αυτές θεωρούνται γενικά πιο αντικειμενικές μέθοδοι συλλογής στοιχείων. Οι παρεμβάσεις μπορούν επίσης να είναι ανεπίσημες, π.χ. να επαινούν το παιδί, να συζητούν μαζί του, η επίσημες π.χ. επιλεκτική ενίσχυση, ατομική συμβουλευτική. Η επιλογή της τακτικής καθορίζεται από την φύση των δυσκολιών του παιδιού, την ικανότητα του νοσηλευτή η τη φιλοσοφία της μονάδας και

τον ορισμό του ρόλου των άλλων ειδικών. Ευελπιστούμε ότι το αποτέλεσμα είναι διαπραγματεύσιμο.

Το σύστημα που βρίσκεται πιο κοντά σε εκείνο του παιδιού-νοσηλευτή είναι το σύστημα παιδί-νοσηλευτή-οικογένεια.

Σε σχέση με την οικογένεια, ο νοσηλευτής στοχεύει:

1. Να προσφέρει ζεστές σχέσεις –να λειτουργεί σαν δύναμη που ωθεί την ωριμότητα.
2. Να σέβεται τα δικαιώματα και τις ικανότητες των γονέων.
3. Να διευκολύνει χρήσιμες συναλλαγές ανάμεσα στο παιδί και την οικογένεια.
4. Να είναι εκπαιδευτής.
5. Να αποτελέσει σύστημα υποστήριξης εκπαιδευτικό και υποστηρικτικό.

Εάν αποφασίσει ως <<μονάδα >> θεραπείας, θα είναι η οικογένεια, οι νοσηλευτές εκπληρώνουν τις λειτουργίες τους όπως περιγράφονται στο σύστημα παιδί-νοσηλευτή. Ορισμένοι γιατροί αμφιβάλλουν εάν οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε μονάδες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης μπορούν να εργαστούν με την οικογένεια σαν μονάδα, όταν εισάγεται μόνο το παιδί χωρίς την υπόλοιπη οικογένεια. Θεωρείται ότι εάν οι στόχοι έχουν οριστεί με σαφήνεια και αν δοθεί προσοχή στα απαραίτητα όρια, η δουλειά μπορεί να προχωρήσει ικανοποιητικά. Η διευκρίνιση και η διατήρηση των ορίων απαιτούν μεγάλη επιδεξιότητα και γι'αυτό πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά η φύση της οικογένειας και η ικανότητα του νοσηλευτή.

Ένα ευρύτερο σύστημα είναι εκείνο των παιδιών και των νοσηλευτών. Μπορεί να υποστηρίξει κανείς ότι, μέχρι τώρα, δεν έχει περιγράψει κανένας ρόλος που να αφορά αποκλειστικά τους νοσηλευτές, αν και το φάσμα των λειτουργιών των νοσηλευτών είναι ίσως ευρύτερο από εκείνο των άλλων ειδικοτήτων. Και όμως το σύστημα παιδιών-νοσηλευτών είναι μοναδικό, εξαιτίας τις εικοσιτετράωρης συνεχούς παρουσίας της ομάδας των νοσηλευτών.

Μέσα από το σύστημα αυτό ο νοσηλευτής διατηρεί το θεραπευτικό περιβάλλον, το οποίο έχει ως στόχο όχι μόνο να αλλάξει τις συμπεριφορές αλλά και να διευκολύνει τη συνεχιζόμενη εξέλιξη των παιδιών η οποία, έξω από τα νοσοκομεία, στο μεγαλύτερο μέρος της επιτελείται σε ομάδες.<sup>22</sup>

Μέσα στο σύστημα αυτό έχουν εντοπιστεί 10 λειτουργίες του ρόλου του νοσηλευτή, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στην εξελικτική και την κοινωνική ψυχολογία και στη δουλειά του Bowlby και του Rutter πάνω στην παροχή μητρικής φροντίδας και στη μητρική αποστέρηση.

1. να διατηρεί ένα ασφαλές περιβάλλον φυσικό-συναισθηματικό, δηλ. να χειρίζεται τη ματαίωση (αυτοκτονία), να βοηθά στο χειρισμό της έκφρασης των συναισθημάτων, να επιδεικνύει υγιή συμπεριφορά.
2. να προσφέρει ερεθίσματα: μέσα από το παιχνίδι, τις δραστηριότητες, το πνεύμα εξερεύνησης, τη χαρά της ζωής.
3. να προωθεί την ανεξαρτησία και την αυτό-εξυπηρέτηση
4. να παρέχει μια σταθερή βάση, πάνω στην οποία θα στηριχτεί η ανάπτυξη, προσφέροντας δομεί, συνέπεια, σταθερότητα (σε ορισμένο βαθμό), ωριά και σχέσεις δεσμού (δεν μπορεί να είναι αποστασιοποιημένη).
5. να προσφέρει, με σεβασμό, στοργή-φροντίδα σε όλες τις εκδηλώσεις: φαί, ύπνος, πλύσιμο κλπ.
6. να προωθεί την κοινωνικότητα και την κοινωνική συμπεριφορά.<sup>22</sup>



7. να προωθεί το σεβασμό και την εκτίμηση για τον εαυτό και τους άλλους.
8. να αγαπάει-να προσφέρει θετική αποδοχή και ζεστασιά χωρίς ορούς και λωρίς να σφετερίζεται άλλες σχέσεις που προσφέρουν αγάπη η να αντικαθιστά άλλες που χάθηκαν η που δεν υπήρχαν ποτέ.
9. να μεταδίδει τον πολιτισμό-να διευκολύνει τη χρησιμοποιήσει της ομάδας συνομήλικων στην προώθηση της αλλαγής.
10. να διακινδυνεύει (taking risks).<sup>22</sup>

Το τελευταίο σύστημα που θα παρουσιαστεί είναι το σύστημα νοσηλευτής-διεπιστημονική ομάδα, στο οποίο πιο συνηθισμένες λειτουργίες του ρόλου του νοσηλευτή θεωρούνται οι παρακάτω:

1. δίοδος επικοινωνίας
2. πηγή πληροφοριών
3. εφαρμογή αποφάσεων (όχι αποκλείστηκα)
4. συντονισμός των σχετικών με το παιδί δραστηριοτήτων.
5. δείκτης θερμοκρασίας
6. συμμετοχή στη διαχείριση και οργάνωση της ομάδας
7. σύνδεσμος με το νοσοκομείο στο οποίο ανήκει η μονάδα (ιδιαίτερα το παιδιατρικό).

Άλλες λειτουργίες του ρολού του μέσα στο σύστημα αυτό καθορίζονται από το συγκεκριμένο σύστημα καθώς και από τη φύση της κάθε λειτουργίας.

Οι ρόλοι που συνήθως ανατίθενται στα άτομα μιας ομάδας είναι: καινοτομίες, αρχηγός, αναστολέας, παιδί, γονέας, απαισιόδοξος κλπ. Είναι σημαντικό να γίνεται η κατανομή, η ανάθεση αυτών των ρόλων μέσα σε κάθε ομάδα αντί να αποδίδονται γενικά σε διάφορες ειδικότητες. Σκοπός είναι η δημιουργία μιας ομάδας αυτόνομων ειδικών, που ασκούν το επάγγελμα τους συνεργαζόμενοι για την εκπλήρωση κοινών στόχων.<sup>22</sup>

### **Κατάλογος απαραίτητων ενεργειών:**

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας θα πρέπει να καταγράφονται τα εξής στοιχεία:

- Η κατάσταση του παιδιού και η εκτίμηση των ευρημάτων κατά την εισαγωγή.
- Η ανάμειξη των γονέων στη φροντίδα του παιδιού.
- Η ανταπόκριση του παιδιού.
- Η συμμετοχή των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Οι αναφορές για την κακοποίηση στις αρμόδιες αρχές.
- Οι οδηγίες για τη σχεδιαζόμενη έξοδο από το νοσοκομείο.<sup>22</sup>

### **Για να ανακεφαλαιώσουμε.**

Ο ρόλους του ψυχιατρικού νοσηλευτή στις μονάδες νοσηλείας παιδιών καθορίζεται από τους νοσηλευτές, τα συστήματα στα οποία ανήκουν και τους στόχους της μονάδας. Όπως φαίνεται πιο πάνω, ο ρόλος αυτός είναι πολύ ευρύς και πολύ πιθανόν αυτό συμβαίνει γιατί μέσα στην ομάδα η παρουσία των νοσηλευτών είναι η πιο πολυάριθμη και άκοσμα γιατί η φύση της εργασίας τους προϋποθέτει την παρουσίας

τους στη μονάδα για χρονικά διαστήματα πολύ μεγαλύτερα από ότι οι άλλες ειδικότητες. Είναι εξωπραγματικό να υποθέσουμε ότι ένας νοσηλευτής –όσο ικανός και να είναι –θα μπορέσει να εκπληρώσει όλες τις λειτουργίες του ρόλου του. Εξάλλου ο όρος <<πρακτικές εργασίες>> (work practices) συνήθως σημαίνει ότι ο φόρτος εργασίας μοιράζεται στα μέλη της ομάδας.

Αυτό είναι έργο του αρχηγού ή διαχειριστή της ομάδας και απαιτεί μεγάλη δεξιότητα. Στόχος του είναι να προσφέρει σε όλους τους νοσηλευτές αρκετές δραστηριότητες ώστε να αντλούν ικανοποίηση από τη δουλειά τους, αποφεύγοντας την υπερφόρτωση, ή την υπό - απασχόληση. Στην περίπτωση της υπερφόρτωσης, οι νοσηλευτές χάνουν το ηθικό τους και τη δημιουργικότητα τους και, συχνά στο σημείο αυτό, πέφτει και το επίπεδο απόδοσης τους. Τότε η ομάδα των νοσηλευτών θεωρείται ανεπαρκής και άλλοι ειδικοί έρχονται να καλύψουν το κενό που έτσι δημιουργείται στο σύστημα. Η υπό-απασχόληση μπορεί να ωθήσει τους νοσηλευτές να διευρύνουν το ρόλο τους και να καταβάλουν τη θέση των άλλων ειδικών μέσα στο σύστημα. Εάν τα αποτελέσματα σημάνουν αναστολή της κίνησης μέσα στο σύστημα, και οι δυο αντισταθμιστικές εργασίες διεργασίες θα οδηγήσουν σε σύγκρουση του ρολού (role conflict). Ο ορφισμός του ρόλου είναι, ως ένα βαθμό, ρευστός και αξίζει να θυμόμαστε ότι δεν χρειάζεσαι <<σώνει και καλά >>να εκπληρώσει κανείς μια λειτουργία μόνο και μόνο γιατί έχει την ικανότητα η το δυναμικό να το κάνει.<sup>22</sup>

Πιστεύεται ότι ο πυρήνας της δραστηριότητας του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη μονάδα ενδονοσοκομειακής περίθλασης βρίσκεται μέσα στο σύστημα παιδιά-ομάδα περίθαλψης. Εκεί μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις κύριες ψυχιατρικές τους δεξιότητες, διευκολύνοντας τις απαραίτητες ομαδικές συναλλαγές και υγιή συμπεριφορά μέσα στην ομάδα συνομηλίκων, προσφέροντας ασφαλείς σχέσεις λειτουργώντας και διευκολύνοντας τη μάθηση μέσα σε ένα περιβάλλον γεμάτο ερεθίσματα. Το σύστημα αυτό όμως πρέπει να υποστηρίζει μια εξατομικευμένη προσέγγιση στη νοσηλευτική φροντίδα που είναι ένα κράμα δραστηριοτήτων για το παιδί και με το παιδί.

Αυτό που ξεχωρίζει τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές, από τις άλλες εκπαιδευμένες ομάδες του προσωπικού για τη φροντίδα του παιδιού, είναι η επαγγελματική τους προσοχή στα διαταραγμένα σχήματα συναισθημάτων και συμπεριφορές και η ικανότητα τους να εξασκούν στρατηγικές που θα επιφέρουν αλλαγή στα σχήματα αυτά, πετσι ώστε να διευκολύνεται η φυσιολογική εξέλιξη.

Βλέπουμε, λοιπόν ότι οι νοσηλευτές βρίσκονται τις πιο πολλές ώρες με το παιδί κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Έτσι μπορεί να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες στην διεπιστημονική ομάδα για τις αντιδράσεις και την συμπεριφορά του παιδιού, αλλά και των γονιών.

Η προσεκτική θεραπευτική αγωγή του παιδιού θα το βοηθήσει να έχει την εμπειρία μιας «μητρικής στοργής και φροντίδας», μα αποκτά έτσι εμπιστοσύνη στο νοσοκομειακό περιβάλλον και τους ειδικούς και να ανταποκριθεί θετικά στην θεραπευτική του προσέγγιση από τους ειδικούς.

Η αντίδραση των νοσηλευτών προς τους γονείς θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αποδοχή και κατανόηση. Δεν θα πρέπει να συμπεριφέρονται στους γονείς έντονα, κριτικά, εκφράζοντας ανοιχτά επιθετικά, συναισθήματα. Δεν πρέπει επίσης να τους «βομβαρδίζουν» με ερωτήσεις προσπαθώντας να ικανοποιήσουν την περιέργεια τους, καταργώντας έτσι την ανάγκη μιας διακριτικής αντιμετώπισης των γονέων. Συχνά αυτά τα τελευταία συμβαίνουν και αναγκάζουν τους γονείς σε άρνηση της θεραπείας και σε επιθετικότητα προς τους άλλους.<sup>22</sup>

## 5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΥΝΑΝΘΡΩΠΟΥ

Η κοινωνία είναι στην ουσία το σύνολο των ανθρώπων και η κοινωνική στάση απέναντι σε ένα πρόβλημα διαμορφώνεται από την στάση και τις συμπεριφορές των μελών του συνόλου.

Προκειμένου λοιπόν για ορθή στάση της κοινωνίας απέναντι στην κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού, καθιστάται αναγκαία η ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος από κάθε άνθρωπο χωριστά.

Η ορθή αυτή αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται κυρίως από την ευαισθησία και την κατανόηση του συνανθρώπου που ζει κοντά στην οικογένεια και βιώνει το πρόβλημά της.<sup>23</sup>

Ο ρόλος λοιπόν του συνειδητοποιημένου συνανθρώπου συνίσταται σε

- § Εκδήλωση πραγματικού ενδιαφέροντος για κάθε περίπτωση όπου υπάρχουν υπόνοιες για κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού
- § Επικοινωνία με τους ειδικούς των αρμοδίων υπηρεσιών με στόχο την συζήτηση μαζί τους, την πληροφόρηση του και την πιο εύκολη καταγγελία του προβλήματος από τον συνάνθρωπο-γείτονα
- § Συνεργασία με τους ειδικούς προκειμένου να λείει και ο ίδιος συμπαράσταση κατά τις χρονοβόρες και επίπονες διαδικασίες αποκάλυψης του προβλήματος
- § Σεβασμό προς τα δικαιώματα του θύματος-παιδιού και αντιμετώπισή του με αξιοπρέπεια, στοργή και αγάπη
- § Αποδοχή και πίστη των πληροφοριών που μεταδίδει το παιδί ως στοιχείων αληθειών. Αποφυγή έκφρασης δυσπιστίας ή αμφισβήτησης των λεγομένων του παιδιού ή πολλαπλών ερωτήσεων<sup>24</sup>
- § Συμπαράσταση στο παιδί και διαβεβαίωσή του για την απουσία ευθύνης του στην δημιουργία του προβλήματος, παροχή εμπιστοσύνης και ασφάλειας, κατανόησης και ειλικρίνειας
- § Ψύχραιμη και προσεκτική αντιμετώπιση για τα λεγόμενά του θύματος, χωρίς να κρίνει και να κατηγορεί
- § Καταγγελία του προβλήματος στην Αστυνομία, σε περιπτώσεις άμεσου κινδύνου της ζωής του παιδιού και όταν η σταδιακή συμπαράσταση της οικογένειας δεν έχει επιφέρει αποτελέσματα
- § Αποφυγή άμεσης αντιμετώπισης του γονέα-θύτη και αποφυγή πρόκλησης της οργής ή του θυμού του δράστη γιατί κάτι τέτοιο οδηγεί σε συγκρούσεις και διαμάχες

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι ο ρόλος του συνανθρώπου πρέπει να χαρακτηρίζεται από ενδιαφέρον και ευαισθησία. Η αμέλεια, η αδιαφορία, η δυσπιστία και η αδράνεια δεν αρμόζουν σε ένα συνειδητοποιημένο άνθρωπο.

Όταν κάθε άνθρωπος, κάθε μέλος της κοινωνίας αντιμετωπίζει το πρόβλημα κατ' αυτόν τον τρόπο, σαφώς οι ελπίδες μείωσης της συχνότητας εμφάνισής του είναι πολλές και σημαντικές.<sup>24</sup>

## 5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ INTERPOL

Μέσω της Interpol οι αστυνομίες όλου του κόσμου έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν και να συνεργάζονται για τη σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών και την παιδεραστία στο internet. Θύματα βεβαίως είναι τα παιδιά που κακοποιούνται για κερδοσκοπικό σκοπό και για να ικανοποιηθεί η διαταραγμένη φαντασία κάποιων ανθρώπων. Τα περισσότερα παιδιά δεν είναι σε θέση να αμυνθούν. Οι εγκληματίες είναι έτοιμοι να το εκμεταλλευτούν για να εξυπηρετήσουν τις προθέσεις τους. το internet δεν γνωρίζει σύνορα. Είναι το τέλειο εγκληματικό εργαλείο γιατί οι χρήστες του είναι ανώνυμοι και μπορούν να μεταφέρουν πορνογραφικό υλικό χωρίς να τους καταλάβουν. Η εξέλιξη της τεχνολογίας αντικατέστησε ακόμα και τις ακίνητες εικόνες με εικόνες video. Μπορούν να γίνουν ζωντανές παραγωγές, πράγμα που επιτρέπει στους παιδεραστές να συμμετέχουν στο βιασμό ή βασανισμό ενός παιδιού δίνοντας μάλιστα και οδηγίες σε πραγματικό χρόνο.<sup>15</sup>

Το έργο της interpol σε αυτό το τομέα εκτελείται από μια ομάδα ατόμων που αποτελούν την μόνιμη ομάδα εργασίας της interpol κατά των εγκλημάτων εναντίον ανηλίκων. Είναι διατεθειμένη να προσφέρει όλη τη διεθνή της εμπειρία σαν όργανο επιβολής του νόμου έτσι ώστε να μην υπάρχει κρυψώνας για αυτούς που διαπράττουν εγκλήματα κατά των παιδιών.

Η κακοποίηση των παιδιών είναι ένα θέμα που δεν τολμάμε να θίξουμε. Είναι «ταμπού» της κοινωνίας μας. Η πρόεδρος της παγκόσμιας κίνησης «Αθωότητα σε κίνδυνο» Homayra Sellier αναφέρει: «Το να σιωπάς σημαίνει θάνατο. Το να σιωπάς σημαίνει πως συναινείς στην κακοποίηση των παιδιών από τους συγγενείς και την οικογένειά τους. Σημαίνει πως τα εγκαταλείπεις στο έλεος των παιδεραστών οι οποίοι υπάρχουν παντού. Το να σιωπάς σημαίνει ότι διαιωνίζεις τα μυστικά και τον πόνο και δεν επιτρέπεις στην ιατρική επιστήμη να επιτελέσει το θεραπευτικό της έργο. Το να σιωπάς σημαίνει ότι αποκρύπτεις δεδομένα από την δικαιοσύνη και δεν αφήνεις την αστυνομία και τους δικαστές να εκπληρώσουν την αποστολή τους, δηλαδή να διώξουν τους εγκληματίες και να καταδικάσουν τους ενόχους. Το να σιωπάς σημαίνει θάνατο διότι χιλιάδες παιδιά συνεχίζουν να βιώνουν το θάνατό τους ενώ οι θύτες τους κυκλοφορούν ελεύθεροι.

Το να μιλάς σημαίνει ότι ζεις. Ότι ανοίγεις το δρόμο για τη θεραπεία και ότι βαδίζεις στο δρόμο της δικαιοσύνης. Το να μιλάς σημαίνει ότι στέλνεις κάθε άγριο θηρίο πίσω στη φωλιά του, ότι δεν θα είναι πια ελεύθερο να καταδιώκει τα παιδιά μας και ίσως μια μέρα θεραπευτεί και αυτό<sup>15</sup>.»

## *ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6*

### *ΠΡΟΛΗΨΗ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ, ΘΕΡΑΠΕΙΑ*



## 6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ

### *ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ*

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη βελτίωση των συνθηκών για όλο τον πληθυσμό, ιδιαίτερα δε για οικογένειες με μικρά παιδιά. Η βελτίωση της γενικότερης ποιότητας ζωής μέσα από αναβαθμισμένα προγράμματα υγείας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης, μειώνει τις κοινωνικές ανισότητες και προσφέρει ισότητα ευκαιριών σε όλο τον πληθυσμό.

Η πρωτογενής πρόληψη προϋποθέτει ενέργειες στα εξής επίπεδα:

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

Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η συνεργασία κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων, οικονομολόγων, παιδιάτρων, παιδοψυχιάτρων και φυσικά της πολιτείας.<sup>25</sup>

### *ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ*

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων που θα έχουν σαν στόχο τον εντοπισμό οικογενειών 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.<sup>25</sup>

### *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 ήδη υπάρχουν ή που θα γεννηθούν. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει:

- I. Εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης από διεπιστημονικές ομάδες (παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδίατροι, νομικοί).
- II. Απομάκρυνσή του παιδιού από το σπίτι τουλάχιστον στην αρχική φάση.
- III. Θεραπεία και υποστήριξη των γονιών.
- IV. Βελτίωση των κακών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας.
- V. Ψυχοθεραπεία του παιδιού, όπου υπάρχουν ενδείξεις.
- VI. Αν είναι αναγκαίο, αφαίρεση έστω και προσωρινά της επιμέλειας από τους γονείς.

VII. Μεταβολή στις υπάρχουσες νομοθετικές διαδικασίες αναφορικά με την απομάκρυνση του παιδιού και την αφαίρεση της επιμέλειας από τους γονείς. Ρύθμιση των θεμάτων σχετικά με την καταγγελία για τα κακοποιημένα παιδιά.<sup>25</sup>

Κάθε μορφή πρόληψης χρειάζεται να εκτιμά τις ιδιαιτερότητες κάθε φαινομένου με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Ο τρόπος προσέγγισης του πληθυσμού για την πρόληψη της σωματικής κακοποίησης ή/και παραμέλησης των παιδιών διαφέρει σημαντικά από εκείνον που στοχεύει στην πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης. Η σωματική κακοποίησης και παραμέληση συνδέονται με λιγότερη κοινωνική ενοχή, εφ'όσον συχνά εκλαμβάνονται ως ακραίες μορφές πειθαρχίας παιδιών από τους γονείς τους, ή ως προεκτάσεις της γενικότερης κοινωνικής «βίας» στην οικογένεια. Επιπλέον, και οι δύο μορφές της σωματικής κακοποίησης-ενεργητική, παθητική- είναι συνήθως ορατές εφόσον ανά φέρονται σε κακώσεις και σε καθυστέρηση της ανάπτυξης.

Αντίθετα, η σεξουαλική παραβίαση των παιδιών συνδέεται με υψηλή κοινωνική ενοχή, άρα και με αντιστάσεις, εφ'όσον παραβιάζεται ο αιμομικτικός φραγμός, εντοπίζεται πού δυσκολότερα, απαιτεί εξειδικευμένους χειρισμούς, ενώ χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη πολυπλοκότητα και παθολογία στις διαπροσωπικές σχέσεις και την οικογενειακή λειτουργία.

Το υψηλό κόστος, ο παρατεταμένος χρόνος και συχνά τα ανεπιτυχή αποτελέσματα της τριτογενούς πρόληψης και οι οργανωτικά δύσκολες προϋποθέσεις της δευτερογενούς, σε δύο κύριος στόχους, το κοινωνικό σύνολο, δηλαδή το ευρύ κοινό, τους θεσμούς και τις δομές και τα ίδια τα παιδιά.<sup>26</sup>

Η προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου πραγματοποιείται μέσω μεθόδων πληροφόρησης και παιδικού πληθυσμού είναι ευρύτερες εφ'όσον τα παιδιά εισπράττουν πληροφόρηση από τους γονείς τους, το σχολείο, τους συνομηλικούς και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Ο κύριος χώρος εφαρμογής πρωτογενούς πρόληψης με παιδιά είναι το σχολείο. Η διαρκώς αυξανόμενη προσέγγιση της προαγωγής της υγείας δίνει τις δυνατότητες στα ίδια τα παιδιά να κινητοποιηθούν για να αντλήσουν πηγές πληροφόρησης και να αυτενεργήσουν, με την εμπύχωση επιμορφωμένων εκπαιδευτικών.

Τα θεματικά πεδία των δικαιωμάτων του παιδιού και της παραβίασής τους και η αυτοπροστασία έχουν κεντρικό ρόλο, ενώ άλλα πεδία όπως η πρόληψη των ναρκωτικών, των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, του αλκοόλ κ.α. μπορεί να αξιοποιηθούν για την πρωτογενή πρόληψη της θυματοποίησης των παιδιών.

Η προσέγγιση της προαγωγής της υγείας στο σχολείο για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών όλων των μορφών, αναδεικνύει τον κεντρικό ρόλο του εκπαιδευτικού. Διαχρονικά, αυξάνονται οι παραπομπές περιπτώσεων παιδιών-θυμάτων, από εκπαιδευτικούς, που ερμηνεύουν γνωστές συμπεριφορές παιδιών κάτω από το πρίσμα της παραβίασης των δικαιωμάτων και της θυματοποίησης τους.<sup>27</sup>

Τι μπορούμε να κάνουμε για να προστατέψουμε τα παιδιά μας; Υπάρχουν άνθρωποι που πιστεύουν πως τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από τις πραγματικότητες της ζωής για όσο μεγαλύτερο διάστημα γίνεται. Θα είχαν απόλυτο δίκαιο αν ζούσαμε σ'έναν ιδανικό κόσμο.<sup>27</sup>

Το γεγονός ότι υπάρχουν ενήλικα άτομα σ'αυτό τον κόσμο ικανά να κάνουν κακό σε παιδιά, ίσως να το βρίσκετε τόσο άσχημο ώστε να δυσκολεύεστε να το συζητήσετε με τα παιδιά σας. Ωστόσο, αυτή μπορεί να είναι η πιο χρήσιμη συζήτηση που θα μπορούσατε να κάνετε μαζί τους. Έχετε την υποχρέωση να εξοπλίσετε τα παιδιά σας

με τα βασικά όπλα που θα τους χρειαστούν για να αντιμετωπίσουν ενδεχόμενους κινδύνους. Πολλά παιδιά πέρασαν στιγμές έντονης αγωνίας εξαιτίας επανειλημμένης ασέλγειας επάνω τους, επειδή φοβούνταν να συζητήσουν το πρόβλημα με τους γονείς τους. Η δημιουργία κλίματος ειλικρίνειας και άνεσης ανάμεσα σ'εσάς και τα παιδιά σας, ενός κλίματος που θα τα κάνει να νιώθουν ελεύθερα να συζητήσουν οτιδήποτε τους συμβαίνει και τα απασχολεί, είναι το πρώτο βήμα για την αποτροπή του κινδύνου να πέσει το παιδί σας θύμα ασέλγειας.<sup>28</sup>

Το παιδί μπορεί να νιώθει ντροπή και ενοχή σε μια τέτοια περίπτωση και, συγχρόνως, να φοβάται ότι αν το πει στους γονείς του μπορεί να θυμώσουν μαζί του. Μπορεί ακόμα να φοβάται πως οι γονείς του θα κάνουν το γεγονός γνωστό, με αποτέλεσμα το παιδί να αντιμετωπίσει την περιφρόνηση των άλλων ανθρώπων.

Υπήρξαν ακόμα περιπτώσεις παιδιών που το έκρυψαν από τους γονείς τους για να μην τους στενοχωρήσουν, καθώς και περιπτώσεις που θα προκαλούσε στους γονείς ένα τέτοιο γεγονός. Έχουν λεχθεί σε δικηγόρους κουβέντες του τύπου:»φοβήθηκα να το πω στους γονείς ένα ήξερα ότι ο πατέρας μου θα πήγαινε να τον βρει και να τον σκοτώσει.»

Θα πρέπει, λοιπόν, να δημιουργήσετε στο σπίτι σας τέτοια ατμόσφαιρα ώστε το παιδί να μπορεί να αισθάνεται ελεύθερο να συζητάει μαζί σας οτιδήποτε και να σας μιλά για τις σχέσεις του με οποιουδήποτε και να σας μιλά για τις σχέσεις του με οποιουδήποτε ενήλικους.

Πως θα καταφέρετε να δημιουργήσετε μια τέτοια ατμόσφαιρα; Το σημαντικότερο στοιχείο προς την κατεύθυνση αυτή είναι η στάση που τηρείτε απέναντι στα παιδιά σας. Αν δε δίνετε σημασία στις μικροανησυχίες που σας εκμυστηρεύονται θεωρώντας τις να σας ανακοινώνει πολύ σοβαρότερα προβλήματά του.

Έχετε υπόψη σας πως τα σχόλια ενός παιδιού πάνω σε ασήμαντα πράγματα που αναφέρονται στις σχέσεις του με τους άλλους, είτε πρόκειται για ενήλικες είτε για συνομήλικούς του, μπορεί να αποτελούντα πρώτα σημάδια κάποιου προβλήματος στις σχέσεις αυτές.<sup>28</sup>

Η έλλειψη πείρας μπορεί να δυσκολεύει το παιδί να εκφράσει τις ανησυχίες του για τη συμπεριφορά κάποιου γνωστού ή άγνωστου που συνάντησε τυχαία. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να ρωτήσει: «πως συμβαίνει ο κύριος X να είναι σπίτι όλη μέρα; Δεν εργάζεται;»

Μια τέτοια ερώτηση μπορεί να απαντήσετε: «ο κύριος X δουλεύει στο σπίτι» και να σταματήσετε. Μπορείτε όμως να προχωρήσετε ένα βήμα παρακάτω και να ρωτήσετε: «Γιατί ρωτάς;» το παιδί μπορεί να σας πει: «Α, τίποτα, απλώς τον βλέπω να κυκλοφορεί όλη μέρα εδώ κι εκεί.» μπορείτε τότε να προχωρήσετε ακόμα ένα βήμα: που τον βλέπεις να κυκλοφορεί; Δεν είναι συνήθως στο σπίτι του;» η συζήτηση μπορεί να μην οδηγήσει πουθενά, είναι πιθανόν όμως ο κύριος X να είναι ο διαφθορέας και το παιδί σας να σας δίνει ένα σήμα με έμμεσο τρόπο. δεν σημαίνει ότι πρέπει να βλέπετε καταστροφή κάθε φορά που το παιδί κάνει μια ερώτηση για κάποιο γείτονα,, όταν όμως το παιδί κάνει ασυνήθιστες ερωτήσεις για κάποιο φίλο, συγγενή, γείτονα ή κάποια από τα ενήλικα άτομα που ασχολούνται μαζί του, ίσως αξίζει τον κόπο να συνεχίσετε λίγο την κουβέντα μαζί του. Βοηθήστε στη δημιουργία κλίματος ελεύθερης έκφρασης από μέρους του παιδιού, ενθαρρύνοντάς το να μιλά για εμπειρίες της καθημερινής του ζωής, για τους φίλους του και τους ενήλικες με τους οποίους έρχεται σ'επαφή.<sup>28</sup>

Όταν καθοδηγείτε το παιδί σας, τονίστε περισσότερο αυτά που θεωρείτε πιο σημαντικά. Θα ήταν χρήσιμο, όμως, να συζητήσετε και τα υπόλοιπα ώστε το παιδί να αποκτήσει μια πιο ολοκληρωμένη γνώση των πραγμάτων. Μερικές οικογένειες έχουν θεσπίσει κανόνες με βάση κάποιες κατευθυντήρες γραμμές, που είναι σημαντικές για



την περίπτωση τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απαλλαγή του παιδιού από το βάρος της ευθύνης και από το δίλημμα να κάνει ή μνα μην κάνει κάτι. Αν, για παράδειγμα, είναι κανόνας της οικογένειας ότι το παιδί δεν επιτρέπεται να πάει σ' οποιοδήποτε γειτονικό σπίτι χωρίς την άδεια των γονιών, το παιδί δε θα βρεθεί στην ανάγκη να πάρει μια απόφαση όταν ο γείτονας το καλέσει, κι ούτε θα νιώσει υπεύθυνο για τη μη αποδοχή της πρόσκλησης.

Το σημαντικότερο μάθημα που μπορείτε να κάνετε στα παιδιά σας είναι πως κανένας δεν έχει το δικαίωμα ν' αγγίζει το σώμα τους. πείτε τους πως αν κάποιος δοκιμάσει να το κάνει, το παιδί έχει το δικαίωμα να πει ΟΧΙ, και πως σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να σας ενημερώσουν.<sup>28</sup>

Πέστε στο παιδί σας να σας ενημερώσει αν κάποιος το φωτογραφίσει ή του ζητήσει να του επιτρέψει να κάνει κάτι τέτοιο. Πρόκειται για ένα άλλο κόλπο του τύπου αυτού. Η αστυνομία βρίσκει συχνά πολλές φωτογραφίες παιδιών ανάμεσα στα πράγματα ανθρώπων που καταδικάστηκαν για ασέλγεια σε παιδιά . κανένας δεν πλησιάζει κάποιον άγνωστο του η ακόμα και γνωστό του, ζητώντας του να του επιστρέψει να τον φωτογραφίσει, χωρίς φανερό λόγο.

Πρέπει να μάθει το παιδί να λέει κάθε φορά που ένας ενήλικος του λέει να κρατήσει κάτι μυστικό. Ποτέ ένας ενήλικος δεν έχει λόγο να λέει μυστικά σ' ένα παιδί (εκτός αν υπάρχει λόγος, όπως είναι η επιθυμία για ένα πάρτι-έκπληξη για τα γενέθλια κάποιου μέλους της οικογένειας).

Μάθετε το παιδί σας να σας λέει για οτιδήποτε δώρα ή λεφτά του προσφέρει κάποιος. Το παιδί σας πρέπει να μάθει πως δεν πρέπει ποτέ να πηγαίνει σ' οποιοδήποτε σπίτι, αν δεν έχει πάρει από πριν την άδειά σας, το ίδιο πρέπει να ισχύει για τα αυτοκίνητα. Το παιδί σας δεν πρέπει να μπαίνει σε κανένα αυτοκίνητο χωρίς προηγούμενη έγκρισή σας. Και πρέπει να του κάνετε σαφές πως την έγκρισή πρέπει να την πάρει από σας προσωπικά.<sup>28</sup>

Το παιδί σας πρέπει να μάθει ότι δεν πρέπει να ανοίγει την πόρτα σε κανένα ''όταν είναι μόνο στο σπίτι. Ο επισκέπτης σίγουρα δεν είναι το παιδί που ζητά, έτσι κι αλλιώς. Αν είναι κάτι σοβαρό θα ξαναγυρίσει. Αν πάλι πρόκειται για μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης οι αρχές θα βρουν τρόπο να μπουν μέσα στο σπίτι

Πρέπει επίσης να ξέρει το παιδί να μην λέει ποτέ στο τηλέφωνο πως είναι μόνο στο σπίτι. Πρέπει επίσης να μάθει να λέει πάντα στους γονείς του όταν κάποιος του μιλήσει για θέματα σχετικά με τον έρωτα και το σεξ. Κι αυτό γιατί μερικοί από τους τύπους που έχουν την τάση να ασελγούν στα παιδιά προχωρούν αργά και μεθοδικά προσπαθώντας να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του παιδιού. Μέρος του κόλπου είναι και η κουβέντα που κάνουν για τον έρωτα και το σεξ.

Τέλος, το παιδί πρέπει να μάθει ότι έχει το δικαίωμα να πει ΟΧΙ σ' οποιοδήποτε το κάνει να νιώθει άσχημα. Και πως ένα ΟΧΙ είναι αρκετό σ' αυτές τις περιπτώσεις, δεν χρειάζεται να δώσει άλλες εξηγήσεις.

Αυτό το σημείο έχει μεγάλη σημασία. Πολλές φορές τα παιδιά πέφτουν θύματα της ανικανότητάς τους να βρουν μια δικαιολογία για την άρνησή τους να κάνουν αυτό που τους λέει κάποιος ενήλικος. Το παιδί λέει «όχι». Ο ενήλικος ρωτάει «γιατί όχι;» το παιδί δεν μπορεί να βρει άλλη δικαιολογία πέρα από το «δε θέλω» και στο τέλος πέφτει θύμα της επιχειρηματολογίας του ενήλικου.

Πείτε στο παιδί σας πως το ΟΧΙ είναι αρκετό κι ότι δε χρειάζονται άλλες εξηγήσεις. Μετά το ΟΧΙ πρέπει να απομακρυνθεί.<sup>28</sup>

Υπάρχουν μερικά προφυλακτικά μέτρα που ξέρει να πάρουν οι γονείς για να δημιουργήσουν προϋποθέσεις προστασίας του παιδιού.

- Ø Πρώτα, πρέπει να γνωρίζετε τους ενήλικους με τους οποίους το παιδί περνά κάποιες ώρες κάθε μέρα.

- Ø Να προσέξετε ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που βλέπετε να αναπτύσσεται ένας πολύ δυνατός δεσμός ανάμεσα στο παιδί σας και σ'ένα από τα ενήλικα άτομα με τα οποία περνά κάποιες ώρες κάθε μέρα. Αν ένας ενήλικος δείχνει ασυνήθιστο ενδιαφέρον για το παιδί σας, πρέπει να αναρωτηθείτε γιατί.
- Ø Δώστε προσοχή σ'οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά ή στη στάση του παιδιού σας. Μια τέτοια αλλαγή μπορεί να οφείλεται σε κάποια δύσκολη θέση στην οποία βρίσκεται και για την οποία φοβάται να σας μιλήσει.
- Ø Δώστε σημασία αν σας πει το παιδί σας πως δε θέλει να μένει με κάποιο συγκεκριμένο πρόσωπο. Ρωτήστε το γιατί και μην επιχειρήσετε να το πείσετε για το αντίθετο, εκτός κι αν ο λόγος είναι πράγματι παράλογος. Ακόμα κι αν σας φανεί πως είναι απλή ιδιοτροπία της στιγμής, αξίζει τον κόπο να διερευνήσετε τι είναι εκείνο που κάνει το παιδί να νιώθει έτσι.
- Ø Μην υποχρεώνετε το παιδί να έρχεται σε σωματική επαφή με συγγενείς ή φίλους, αν δεν το θέλει. Το παιδί μπορεί να μη θέλει να φιλήσει το θείο Κώστα, επειδή μυρίζει η αναπνοή του. Αφήνοντας το παιδί ελεύθερο από την άποψη αυτή, του καλλιεργείτε την εντύπωση πως η έκφραση αγάπης με φιλιά ή αγκαλιές δεν είναι κάτι που μπορούν να απαιτούν οι μεγάλοι, με βάση την εξουσία που μπορεί να έχουν πάνω σ' αυτό.<sup>28</sup>

Υπάρχουν μερικές κατευθυντήριες γραμμές που θα βοηθήσουν να πετύχετε ελεύθερη επικοινωνία με το παιδί σας:

Πρώτον, ποτέ μην υποτιμήσετε οποιονδήποτε φόβο ή ανησυχία που τυχόν θα εκφράσει το παιδί σας. Μην ξεχνάτε πως ο φόβος που εκφράζει το παιδί μπορεί να κρύβει ένα βαθύτερο πρόβλημα.

Όταν το παιδί σας αποκαλύπτει κάποιο φόβο του, μην απαντάτε ποτέ με φράσεις του τύπου «εγώ σου το είπα» ή «αυτό δεν θέλω να το ξανακούσω...». Τέτοιου είδους αντιδράσεις δε βοηθάνε στη δημιουργία ατμόσφαιρας ελεύθερης επικοινωνίας.

Η σιωπή είναι η πιο βλαβερή αντίδραση για το παιδί, στην περίπτωση που έχει περάσει μια εμπειρία ασέλγειας. Το παιδί που έχει γνωρίσει μια τέτοια εμπειρία χρειάζεται ηθική υποστήριξη, παρηγορητικά λόγια και τη βοήθεια ειδικού.

Η σιωπή έχει και μια άλλη κακή πλευρά. Αν δεν αποκαλυφθεί ο διαφθορέας να ενθαρρύνεται να συνεχίσει το ανόσιο έργο του. Το θύμα που κρατάει το στόμα του κλειστό ανοίγει το δρόμο του δράστη για το επόμενο θύμα.

Η σιωπή από μέρος του παιδιού είναι ως κάποιο βαθμό δικαιολογημένη, αν σκεφτεί κανείς τους φόβους που την προκαλούν. Η σιωπή, όμως, ενός ενηλίκου που ξέρει πώς κάποιος έχει ασελήσει σ'ένα παιδί είναι ακατάληπτη. Η κοινωνία μας έχει μια ανεξήγητη τάση να είναι επιεικής με τον διαφθορέα που δεν προκαλεί σωματική βλάβη στο παιδί.<sup>28</sup>

## 6.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΑΙΔΙΟΥ-ΘΥΜΑΤΟΣ

Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης για ένα σωματικά κακοποιημένο παραμελημένο παιδί, βασίζεται ε παράγοντες όπως: η ηλικία του παιδιού, το επίπεδο της συνθήκες διαβίωσης του, καθώς και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών αλλά και των ειδικών.<sup>24</sup>

Όταν το παιδί είναι πολύ μικρής ηλικίας π.χ. βρεφικής, σαφώς η θεραπευτική προσέγγισή δεν επικεντρώνεται στο παιδί, αλλά στους γονείς. Αντίθετα, όταν τα παιδιά είναι μεγαλύτερης ηλικίας, θα πρέπει να περιλαμβάνονται στην όλη θεραπευτική εμπλοκή.

Οι ειδικοί στην προστασία του παιδιού, θα λάβουν υπ' όψιν την διαθεσιμότητα και τις πιθανές ελλείψεις των υπηρεσιών, και θα αποφασίσουν, βάσει ενός ρεαλιστικού σχεδίου παρέμβασης, την παραπομπή του περιστατικού σε άλλους Οργανισμούς και Υπηρεσίες, που μπορούν να προσφέρουν καλύτερη εξυπηρέτηση και φροντίδα. η θεραπευτική παρέμβαση κρίνεται απαραίτητη, για να εξασφαλιστεί συμπαράσταση, ιδιαίτερος κατά την κρίση που εμφανίζεται μετά την αποκάλυψη της κακοποίησης-παραμέλησης, ώστε να αντιμετωπιστούν τα άμεσα προβλήματα και οι αντιδράσεις που παρουσιάζονται, αλλά και να εξεταστούν τα μακροπρόθεσμα προβλήματα.

Οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής προσέγγισης που σχετίζονται με το παιδί-θύμα είναι:

- A. Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση-παραμέληση
- B. Η προαγωγή του αυτοσυναισθήματος του παιδιού-θύματος, για να ξανακερδίσει κάποιο έλεγχο στη ζωή του, η προσπάθεια δηλαδή αποκατάστασης της συναισθηματικής και κοινωνικής του ανάπτυξης.

Ειδικότερα σ' ότι αφορά το πρώτο, η κ.Αγάθωνος-Γεωργοπούλου αναφέρει ότι η επιτυχία της παρέμβασης είναι μεγάλη, αν το ποσοστό επανακακοποίησης δεν ξεπεράσει το 17% κατά τα πρώτα στάδια της θεραπευτικής προσέγγισης.

Ο δεύτερος στόχος της θεραπείας επικεντρώνεται στην, όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση της ψυχολογικής βλάβης (σε συνδυασμό φυσικά με την αντιμετώπιση των σωματικών τραυμάτων).<sup>24</sup>

Το ρόλο του θεραπευτή, στις περιπτώσεις κακοποιημένων-παραμελημένων παιδιών, αναλαμβάνουν ειδικοί όπως: ψυχολόγοι, παιδοψυχίατροι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτες, οι οποίοι με ευελιξία και ωριμότητα, επιλέγουν την σωστή θεραπευτική μέθοδο που αρμόζει στις ιδιαιτερότητες κάθε παιδιού.

Η θεραπεία του παιδιού μπορεί να είναι ατομική ή ομαδική ή και τα δύο. Στην συνέχεια αναλύονται οι δύο αυτές θεραπευτικές προσεγγίσεις, οι οποίες εφαρμόζονται στη χώρα μας, σε περιορισμένα όμως κέντρα.

Το πρώτο και βασικό βήμα, που απαιτείται στην ατομική θεραπεία του παιδιού-θύματος, είναι η πληρέστερη και ακριβέστερη διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού, βάσει της οποίας θα σχεδιαστεί η παραπέρα πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η ατομική θεραπεία προσφέρει την δυνατότητα στο παιδί να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης μ' έναν ενήλικα, να βιώσει την ασφάλεια και την αποδοχή.

Το θύμα μπορεί να έχει την βοηθητική και διορθωτική εμπειρία της έκφρασης των συναισθημάτων για την εμπειρία που έζησε και για τους γονείς του. Τα συναισθήματα που εκφράζει το θύμα κατά την ατομική θεραπεία, είναι ο θυμός, η ενοχή, η ντροπή, η έχθρα, η μνησικακία. Ο θεραπευτής είναι ανάγκη να είναι άνετος για να βοηθήσει στην ανάδυση και στο χειρισμό αυτών των συναισθημάτων.<sup>24</sup>

Ο θυμός, για παράδειγμα, μπορεί να στραφεί ενάντια στο θεραπευτή, ο οποίος θα πρέπει να τον δεχτεί με ένα μη αμυντικό τρόπο, να κάνει τον πελάτη-παιδί να καταλάβει καλύτερα τα δυναμικά του θυμού και να τον τοποθετήσει εκεί που ανήκει, δηλαδή στους γονείς. καθορίζεται έτσι το επίπεδο του θυμού και η κατεύθυνσή του. Ερωτήσεις που προτείνονται από τους Kempe και Helfer είναι: «με ποιόν είσαι θυμωμένος-η; Είσαι θυμωμένος-η, ή εξοργισμένος-η ή γεμάτος-η μίσος και λύσσα» είναι χρήσιμο να συζητηθούν και να δοκιμαστούν από τον θεραπευτή.<sup>24</sup>

Με την παραδοχή των συναισθημάτων αυτών ως δικαιολογημένα και ενδεικτικά της ανάγκης για ενεργοποίηση του παιδιού-θύματος, ο θεραπευτής μπορεί να διαβεβαιώσει το παιδί ότι ο θυμός του μπορεί εκφραστεί πιο εποικοδομητικά, εάν επιβλαβείς και αρνητικές εκφράσεις των συναισθημάτων, όπως κατάθλιψη, κατάλληλες λεκτικές και σωματικές επιθέσεις σε τρίτους και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορούν να αποφευχθούν.

Το συναίσθημα της ενοχής, που βιώνει το παιδί, είτε γιατί πιστεύει ότι πρόδωσε τους γονείς του, είτε γιατί θεωρεί ότι το ίδιο ευθύνεται για την κακοποίηση-παραμέληση του, είτε γιατί νομίζει ότι συντέλεσε στην διάλυση της οικογενειακής «γαλήνης» είναι σκόπιμο να αντιμετωπίζεται στη θεραπεία.<sup>24</sup>

Ο ειδικός πρέπει να διαβεβαιώσει το παιδί για την έλλειψη ευθυνών του ίδιου, να το κάνει να πιστέψει ότι αυτό που του συνέβη δεν εξυπηρετούσε την ομαλή λειτουργία της οικογένειας, να του δώσει τη δυνατότητα να σκεφτεί ότι η θεραπευτική παρέμβαση θα βοηθήσει και τους ίδιους τους γονείς του. Πολύ απλά να ενισχύσει την μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση του παιδιού.

Απαραίτητο είναι επίσης, να ξεπεράσει το παιδί-θύμα το φόβο της αλλαγής και να νοιώσει ασφάλεια στο θεραπευτικό περιβάλλον, όσο βάρβαρο κι αν ήταν, ήταν ωστόσο οικείο στο παιδί. Πρέπει λοιπόν να βοηθηθεί το παιδί, να νοιώσει άνετα, τόσο στο καινούριο περιβάλλον, όσο και προς τα καινούρια πρόσωπα. Να καταλάβει ότι οι αλλαγές, οι διεργασίες, τα πρόσωπα που παρεμβαίνουν, στόχο έχουν την προστασία του ίδιου αλλά και της οικογένειας του.

Σημαντικό εξάλλου, κατά την ατομική θεραπεία του παιδιού, είναι να μην αισθανθεί πίεση, να πιστέψει ότι ο θεραπευτής είναι δίπλα του και θα περιμένει να ακούσει την αφήγησή του, όταν το ίδιο είναι έτοιμο να μιλήσει.

Πρέπει δηλαδή ο θεραπευτής να μπορεί να υποφέρει και χειρίζεται τη σιωπή ή το παραμίλημα του παιδιού, χωρίς να το κατακεραυνώνει με ερωτήσεις. Το παιδί ντρέπεται ή αρνείται πολλές φορές να μιλήσει. Η σιωπή του φαίνεται ο πιο ασφαλής δρόμος.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να περιμένει υπομονετικά, εξηγώντας στο παιδί ότι θα είναι δίπλα του όταν έχει την ανάγκη να εξωτερικεύσει τα βιώματα και τα συναισθήματα του. Η ικανοποίηση που αντλεί το παιδί με το να βρίσκεται κοντά σ'ένα θεραπευτή που μπορεί να αντέξει το νόημα της μη λεκτικής επικοινωνίας, όπως και της περιστασιακής επικοινωνίας, το οδηγεί τελικά, να εμπιστευτεί και να πιστέψει τον συγκεκριμένο θεραπευτή.<sup>24</sup>

Η αμφιθυμία του παιδιού για τους γονείς του, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι πολύ έντονη. Η αμφιθυμία αυτή πρέπει να βγει στην επιφάνεια και να αντιμετωπιστεί. Η συνύπαρξη των εννοιών του γονέα και του βασανιστή ή αδιάφορου στο ίδιο πρόσωπο είναι πολύ αντιφατική και δεν μπορεί να κατανοηθεί από το παιδί.

Η συζήτηση και η επεξεργασία αυτή της αντίφασης, θα βοηθήσει το παιδί στον έλεγχο των συναισθημάτων του και της στάσης του προς τους γονείς. Θα πρέπει να κατανοήσει ότι οι αντιδράσεις των γονιών του ήταν λανθασμένες, υποκινήθηκαν από παράγοντες ανεξάρτητους από εκείνο, υπάρχουν όμως περιθώρια να αμβληθούν οι δυσχέρειες και να αποκατασταθούν οι σχέσεις γονέων-παιδιού.<sup>29</sup>

Ο πόνος, όχι μόνο σωματικός αλλά και ψυχολογικός του παιδιού είναι πολύ μεγάλος. Ο θεραπευτής πρέπει να βοηθήσει το παιδί να εκφράσει τον πόνο αυτό, να δώσει στο παιδί την δυνατότητα να πιστέψει ότι είναι ένα συναίσθημα απόλυτα φυσιολογικό και αποδεκτό. Ο πόνος, μόνο όταν εκφραστεί μπορεί να αντιμετωπιστεί και να ελεγχθεί. Ο πόνος που καταπιέζεται για μεγάλο διάστημα, ξεσπάει αργότερα με έντονο τρόπο και ολέθριες συνέπειες.

Συχνά το παιδί δοκιμάζει τον θεραπευτή, ελέγχει πριν εμπιστευτεί. Η στάση του παιδιού μπορεί να παρουσιάζεται αντιφατική, κατά τις πρώτες κυρίως συναντήσεις. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει σταθερή στάση δείχνοντας ότι δίνει προσοχή στην διατήρηση της ψυχολογικής επαφής με το παιδί, κάτι που οι γονείς δεν έκαναν.

Η αντιμετώπιση όλων αυτών των συναισθημάτων μέσω της έκφρασης και της επεξεργασίας τους, η συζήτηση γύρω από τα βιώματα και τις εμπειρίες του παιδιού, συντελεί στην εκτόνωση του, στον απεγκλωβισμό του από τα καταπιεσμένα αισθήματα, στον έλεγχο της επιθετικής και αυτοκαταστροφικής του συμπεριφοράς.

Η ατομική θεραπεία βοηθάει το παιδί να αποδεχτεί τον εαυτό του, να πιστέψει στον εαυτό του και στους άλλους, να ελέγξει τις αντιδράσεις και τα συναισθήματα του, να ενεργοποιήσει τη σκέψη του και να μπορέσει να αναπτυχθεί, όσο το δυνατόν πιο καλά και σωστά.

Με την ατομική θεραπεία μπορεί το παιδί, μεγαλώνοντας, να χειρίζεται πιο εποικοδομητικά την άσχημη εμπειρία του και να αποφύγει να υποστεί τις μακροχρόνιες συνέπειες της κακοποίησης-παραμέλησης και να ανταποκριθεί με επάρκεια στους διάφορους ρόλους που θα αναλάβει ως ενήλικας (π.χ. γονιός κλπ.)<sup>29</sup>.

## 6.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ-ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η διάγνωση της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης αφορά:

1. την κλινική εξέταση του παιδιού
2. την έρευνα των συνθηκών κάτω από τις οποίες έγινε η κακοποίηση-παραμέληση
3. την διεύρυνση αιτιώδους σχέσης μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης και των γενικότερων σχέσεων παιδιού-γονέα.<sup>24</sup>

Ειδικότερα σ' ότι αφορά την κλινική εξέταση, η οποία αποτελεί το πρώτο στάδιο για την εξακρίβωση της κακοποίησης-παραμέλησης μετά την αποκάλυψή της, αναφέρεται ότι περιλαμβάνει έρευνα είτε στο ζωντανό παιδί είτε στο πτώμα.

Και τις δυο περιπτώσεις η επιστημονική ομάδα θα πρέπει να έχει υπόψη της τα εξής:

- i. η απουσία επιφανειακών κακώσεων δεν αποκλείει την κακοποίηση, αφού μπορεί να έχουν προκληθεί εσωτερικές βλάβες τα όργανα ή στο σκελετό.
- ii. Η διάγνωση μιας πρώτης κακοποίησης και μιας κακοποίησης που συμβαίνει κατ'επανάληψη, θα εξακριβωθεί από την εξέταση της σοβαρότητας, του χαρακτήρα και του βαθμού επούλωσης των τραυμάτων.
- iii. Η διάκριση μεταξύ κακοποίησης-παραμέλησης δεν είναι πάντοτε σαφής. Είναι γνωστό, ότι οι περισσότερες περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης κάτω του έτους καταλήγουν συνήθως στο θάνατο. Άλλωστε πολύ συχνά η παραμέληση φαίνεται σαν η χειρότερη μορφή κακοποίησης.<sup>24</sup>

Η κλινική εξέταση και στις δυο περιπτώσεις (ζωντανό παιδί, πτώμα) περιλαμβάνει:

- Ø Λεπτομερή καταγραφή της θέσης, του είδους και της σοβαρότητας των κακώσεων, καθώς έτσι εξάγονται συμπεράσματα και αναγνωρίζεται το όργανο που προκάλεσε τις κακώσεις.
- Ø Έρευνα για ύπαρξη παθολογικών στοιχείων όπως π.χ. εξανθήματα, ουλές, εκχυμωτικά αποτυπώματα.
- Ø Εξέταση όλων των μερών του σώματος π.χ. τριχωτό της κεφαλής, πέλματα, γλουτοί, αυχέννας, πλάτη κλπ. Και όχι μόνο εξέταση του σημείου στο οποίο εμφανίζεται η κάκωση.
- Ø Έλεγχος για ψευδείς αύλακες από υποτιθέμενα στενά ρούχα που όμως ίσως μαρτυρούν προσπάθειες απαγχονισμού ή στραγγαλισμού.
- Ø Εξέταση του βάρους του σώματος και σημείωση του αριθμού θρέψης, καθώς ελλιπής βαθμός θρέψης οδηγεί στην αναγνώριση σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης. Ιδιαίτερα στην περίπτωση που η παραμέληση οδηγεί στο θάνατο, η ανεύρεση στοιχείων εκσεσημασμένης απίσχνανσης λόγω πλημμελούς διατροφής ή ασιτίας συνηγορούν υπέρ της παραμέλησης.
- Ø Μελέτη των ενδυμάτων του παιδιού, του είδους, της κατάστασης τους, του βαθμού καθαριότητάς τους, καθώς αποτελούν στοιχεία, βάσει των οποίων γίνεται μια πρώτη εκτίμηση της φροντίδας που παρέχουν οι γονείς στο παιδί.

- Ø Τέλος ερευνάται η ύπαρξη ή μη δερματίτιδας ή εκτεταμένων δερματικών φλεγμονών, που έχουν προκληθεί από ούρα ή κόπρανα. Εξετάζεται επίσης η καθαριότητα και η γενικότερη περιποίηση του σώματος που μαρτυρούν κακή οργάνωση και έλλειψη ίσως ενδιαφέροντος για την υγιεινή του παιδιού.<sup>24</sup>

Ιδιαίτερα σ'ότι αφορά την έρευνα στο πτώμα, γίνεται εμπεριστατωμένη νεκροψιακή και νεκροτομική εξέταση. Κατά τη νεκροψία, σημειώνονται η παρουσία και η πρόοδος των πτωματικών φαινομένων, εφόσον αποτελούν πηγές στοιχείων για το χρόνο θανάτου και την αρχική θέση του πτώματος.

Ο νεκροτομικός έλεγχος είναι πλήρης και αφορά πάλι την αναζήτηση κακώσεων και άλλων παθολογικών στοιχείων.

Επίσης δεν παραλείπονται εξετάσεις όπως ιστοπαθολογική εξέταση των σπλάχνων και η τοξικολογική ενώ και η μικροβιολογική εξέταση αποδεικνύεται συνήθως χρήσιμη.<sup>24</sup>

Τέλος πρέπει να σημειωθεί, ότι μετά το πέρας της νεκροτομής, γίνεται επανεξέταση του σώματος εξωτερικά. Η εν λόγω εξέταση θεωρείται επιβεβλημένη, καθώς μπορεί να αποκαλύψει κακώσεις που προηγουμένως είχαν διαφύγει της προσοχής του ιατρογνώμονα.

Στο ζωντανό παιδί, ο έλεγχος εκτός της αναζήτησης εξωτερικά των κακώσεων που αποκαλύπτουν την άσκηση βίας και της έρευνας, που παρουσιάστηκε προηγουμένως (κοινά σημεία ερευνών στο ζωντανό παιδί και στο πτώμα) περιλαμβάνει την καταμέτρηση της θερμοκρασίας του σώματος, την παρατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας και την καταγραφή της κινητικής λειτουργίας.

Ενδείξεις όπως π.χ. χαμηλή θερμοκρασία, διαταραχές αναπνευστικής λειτουργίας, κατατονία κλπ. Ήδη αναφέρθηκε ότι συνηγορούν υπέρ της κακοποίησης- παραμέλησης.

Διενεργούνται ακόμη παρακλινικές εξετάσεις, όπως π.χ. λεπτομερής ακτινολογικός έλεγχος, υπερηχογραφία, κάποτε και αξονική τομογραφία.

Με την κλινική εξέταση πιστοποιείται η ύπαρξη κακοποίησης-παραμέλησης και αποκτούν βαρύτητα οι ισχυρισμοί όσων την αποκάλυψαν. Με την εξέταση αυτή, στην ουσία εδραιώνονται ή καταρρίπτονται οι υπόνοιες για την ύπαρξη του προβλήματος. Είναι σαφές, ότι η κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται με προσοχή, συστηματικά και ολοκληρωμένα και πάντα με σεβασμό προς το παιδί αλλά και τους γονείς του.<sup>24</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ





## 7.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ-ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

### A. Επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης

ένας μεγάλος αριθμός επιστημόνων έχει επιστρώσει της σωματικής κακοποίησης στο νευρολογικό σύστημα του παιδιού.<sup>30</sup>

- ✓ Η νοητική ανάπτυξη επίσης αυτών των παιδιών επηρεάζεται σημαντικά αλλά από εύρυνες όμως έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποίησης-παραμέλησης και όχι με σοβαρότητα των τραυμάτων.
- ✓ Σύμφωνα με τους Green (1968) και Ammerman Et.A1.(1986), τα κακοποιημένα παιδιά παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ανοχής, παρορμητικότητα, έλλειψη εμπιστοσύνης και καχυποψία στους ενήλικες, τάση να ελέγχουν και να εκμεταλλεύονται καταστάσεις, ανάγκη για άμεση ικανοποίηση και τάση στο να προκαλούν τους άλλους. Διακατέχονται από θυμό για τον ενήλικα που τα κακοποιεί, τον οποίο προβάλλουν σε άλλα άτομα, όπως δασκάλους, συνομήλικους, αδέρφια ή ακόμα και στον εαυτό τους ως συμπεριφορά αυτοκτονίας. Έτσι δημιουργείται περαιτέρω τιμωρία και απόρριψη από ενήλικες σχηματίζοντας έτσι έναν ατέρμονα κύκλο και επανάληψη του αρχικού τραυματισμού, δηλαδή της κακοποίησης. Ο SANDGRUND υποδεικνύει ότι τα κακοποιημένα παιδιά έχουν σοβαρά προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας και τον συνειρμό των σκέψεων τους. (Μουζακίτης, Κοινωνική εργασία, 1993, σελ. 96.)
- ✓ Επίσης έχει παρατηρηθεί μεγάλη συχνότητα αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς σε κακοποιημένα παιδιά, η οποία συμπεριλαμβάνει αυτοακροτηριασμούς και απόπειρες αυτοκτονίας και συνδέεται με χαρακτηριστικές μεταβολές του οικογενειακού περιβάλλοντος του παιδιού. Γενικότερα η σοβαρότητα των επιπτώσεων της κακοποίησης εξαρτάται από την χρονιότητα της. Χρόνια κακοποίηση δημιουργεί πολύ σοβαρά προβλήματα στο παιδί όπως: ανάπτυξη αρχικής ταύτισης με τον επιτιθέμενο, ελαττωματικό έλεγχο της παρόρμησης και προδιάθεση βίας. Η κακοποίηση δημιουργεί φόβους εγκατάλειψης και εκμηδενισμού. Όταν λοιπόν το κακοποιημένο παιδί ταυτίζεται με τον επιτιθέμενο, οι παραπάνω φόβοι αντικαθίστανται με ένα συναίσθημα δύναμης και παντοδυναμίας. Το κακοποιημένο παιδί πολλές φορές συμβαίνει να μεταθέτει την οργή και τον θυμό του προς τον γονιό που το έχει κακοποιήσει, για να ανακουφιστεί από την πίεση και για να μπορέσει να αντιστάθμιση τα οδυνηρά συναισθήματα που νιώθει μέσα του.
- ✓ Επίσης έχει βρεθεί από τους μελετητές ότι τα παιδιά που έχουν μεγαλώσει σε επιθετικό, βίαιο και απορριπτικό περιβάλλον, έχουν αυξημένη τάση να γίνουν βίαια ως γονείς και σύζυγοι καθώς το παιδί ενσωματώνει στο σύστημα αξιών του, τη βία ως μέθοδο διευθέτησης και λύσης προβλημάτων.<sup>30</sup>
- ✓ Ακόμη, σύμφωνα με τον Strogh, τα παιδιά που κακοποιούνται συμβαίνει να παρουσιάσουν μια μορφή ψύχωσης, τη λεγόμενη

‘τραυματική ψύχωση’ σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας.

- ✓ Η ‘τραυματική ψύχωση’ χαρακτηρίζεται από μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, καθώς και με αλλόκοτη συμπτωματολογία. Έχει βρεθεί ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν την ψύχωση αυτή, έχουν κακοποιηθεί πολύ νωρίς στην ζωή τους, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα, ενώ παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους. Χαρακτηριστικά αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά ‘δαγκώνουν το χαίρει αυτού που τα ταιΐζει’, γεγονός που δηλώνει έντονη διαταραχή στην ‘συμπεριφορά δεσμού’.
- ✓ Επίσης η κακοποίηση έχει βρεθεί ότι έχει ως επίπτωση το παιδί να παρουσιάζει μαθησιακά προβλήματα και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο σχολικό περιβάλλον. Το ψυχικό τραύμα που έχουν υποστεί τα παιδιά που κακοποιούνται, είναι τόσο έντονα ώστε να δημιουργεί τα παραπάνω προβλήματα, 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 την ζωή.<sup>30</sup>

Συνοψίζοντας όσα προαναφέρθηκαν για τις επιπτώσεις σωματικής κακοποίησης πάνω στην υγιή ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, μπορούμε να διαπιστώσουμε συμπερασματικά τις ακόλουθες επιπτώσεις:

- συναισθηματικές διαταραχές που δημιουργούν προβλήματα στην όλη λειτουργικότητα του και ιδιαίτερα στην επικοινωνία και συνδιαλλαγή του στον άμεσο και ευρύτερο χώρο που βρίσκεται (συναναστροφές με συνομηλίκους ή ενήλικες).
- εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία.
- προσκόλληση σε άγνωστο άτομο.
- κατάθλιψη απόσυρση, υπερκινητικότητα, παθητικότητα απειθαρχία, έλλειψη ελέγχου.
- ενσωμάτωση στο σύστημα αξιών του, της βίας σαν μέσον επίλυσης προβλημάτων.
- έκδηλο άγχος.
- παλινδρομική συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση, κλπ.).
- βλάβη στην μαθησιακή ικανότητα του παιδιού με έντονες ενδείξεις για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών διανοητικής καθυστέρησης.
- παραπτωματική και πολλές φορές εγκληματική συμπεριφορά στην εφηβεία και στην μετέπειτα ζωή του.
- ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.
- υπερευαίσθησία (ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε).
- φόβος προς τους γονείς του.
- φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του.

(Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1993, σελ.98.)<sup>31</sup>.

## *B. Επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης*

Η σεξουαλική κακοποίηση προκαλεί πλείστες αρνητικές επιπτώσεις στον ψυχολογικό κόσμο και στην συμπεριφορά του παιδιού.<sup>30</sup>

Έτσι το παιδί παρουσιάζει προβλήματα ύπνου και εφιάλτες, φοβίες, ανησυχίες και νευρώσεις, απώλεια αυτοεκτίμησης, απαισιοδοξία ή μια στάση σκληρότητας, ενοχή και ντροπή.

- Επίσης παρουσιάζει σκέψεις αυτοκτονίας, παρορμητικότητας, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, τάση στο να αποσύρεται από ασχολίες της παιδικής ηλικίας και προβλήματα κοινωνικής συμπεριφοράς, ψευδοωριμότητας και διαταραγμένη προσωπικότητα. Επίσης εμφανίζει παλινδρομικά συμπτώματα.
- Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί παρουσιάζουν προβλήματα. Νοιώθουν φόβο στην επαφή με τους ενήλικες (PETERS 1976), επιζητούν συνεχώς στοργή από αυτούς (BURTON 1968), σύγχυση στις κοινωνικές τους σχέσεις και συχνά δραπετεύουν από το σπίτι (BROWNING AND BOATMAN 1977). (Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία, 1993, σελ. 99-100.)
- Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ψυχολογικές και συμπεριφορές διαταραχές όπως: νευρώση (MEISELMAN 1978), χρόνια κατάθλιψη (WEINER 1964 ROSENFELD ET. AL. 1977, BROWNE ET. AL. 1986, ΜΟΥΖΑΚΙΤΗΣ C. 1986), μη ολοκληρωμένη ταύτιση (KATAN 1973), περιορισμένη αυτοεκτίμηση και ένα αίσθημα αδιεξόδου (STEEL AND ALEXANDER 1981), ψύχωση και σχιζοφρένεια (BARRY 1965, PETERS 1976), σκέψεις αυτοκτονίας (BROWN 1963), διαταραχή χαρακτήρα (LEWIS AND SARELL 1969, LUKIANOWICZ 1972), μαζοχισμός (MEISELMAN 1978), σωματικά συμπτώματα (GOODWIN AND DIVASTO 1979, MEISELMAN 1978), χρήση ναρκωτικών (GOMES ET. AL. 1985, BEITCHMAN ET. AL. 1991 BROWNE ET. AL. 1986) και παχυσαρκία (MEISELMAN 1978). (ο.π., σελ. 100.)
- Το σεξουαλικός κακοποιημένο παιδί, παρουσιάζει προβλήματα προσαρμογής στο σχολείο και μαθησιακές δυσκολίες.
- Επίσης η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία, τραυματίζει όλη την μετέπειτα ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού. Έτσι το παιδί μεγαλώνοντας μπορεί να εμφανίσει προβληματικές σεξουαλικές σχέσεις, πορνεία, σεξουαλική ενόχληση παιδιών), ομοφυλία, να κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών και γενικά δημιουργείται κοινωνική απομόνωση και δυσκολίες στην δημιουργία στενών σχέσεων.<sup>30</sup>

## **Επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης**

Οι επιπτώσεις της ψυχολογικής κακοποίησης είναι οι εξής:

- Το παιδί που υφίσταται ψυχολογική κακοποίηση στην προσπάθεια του, να εξωτερικευση αλλά και να περιορίσει το stress που του δημιουργείται, αφού μένουν ακάλυπτες οι συναισθηματικές του ανάγκες, μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα όπως δάγκωμα, εμετό, ενούρηση, βύζαγμα δακτύλου, στερεοτυπικές κινήσεις, κτύπημα του κεφαλιού κλπ.
- Ακόμη, μια χρόνια ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού μπορεί να προκαλέσει διαταραχές της συμπεριφοράς όπως π.χ. επαναστατικότητα

και παρορμητική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου και διάφορες συναισθηματικές διαταραχές, εξαιτίας της απουσίας συναισθηματικής αποδοχής και αναγνώρισης από το οικογενειακό περιβάλλον. Βεβαίως η ύπαρξη ενός μονό συμπτώματος δεν σημαίνει ότι υφίσταται θέμα ψυχολογικής κακοποίησης. Η ύπαρξη όμως πολλών συμπτωμάτων πρέπει να θεωρείται ύποπτη.

- Όταν η ψυχολογική κακοποίηση συμβαίνει σε πολύ μικρή ηλικία, τότε το παιδί μπορεί να αναπτύξει ψυχικές διαταραχές και αστάθεια χαρακτήρα. Σύμφωνα με τον Bowlby (1969), η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί να περιορίσει την ικανότητα τους να αναπτύξουν σχέσεις με άλλα άτομα.
- Οι επιπτώσεις της πρόωρης αποστέρησης και μη κάλυψης των αναγκών του παιδιού έχουν ως επίπτωση το παιδί να εμφανίζει προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς στο σχολείο όπως μη συναισθηματική ανταπόκριση, έλλειψη ικανότητας στο να έχει ουσιαστικές σχέσεις στην προσέγγιση του.
- Ακόμη ειδικά για την ανάπτυξη του παιδιού, υποστηρίζεται ότι τα θύματα ψυχολογικής κακοποίησης αποστερούνται προσοχής όχι μόνο στις συναισθηματικές ανάγκες, αλλά και στις κοινωνικές (Elbow 1982). Η έκταση μιας τέτοιας αποστέρησης περιορίζει την ικανότητα τους να καταλάβουν τους εαυτός τους ως άτομα με αξία. (Μουζακίτης, Κοινωνική Εργασία., 1990, σελ.246).

Τα ψυχολογικός κακοποιημένα παιδιά δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν, όπως εκείνα που κακοποιούνται σωματικά ή σεξουαλικά με εμφανή τραύματα, πληγές και εκδορές.

Η ψυχολογική κακοποίηση είναι μια πολύ σοβαρή μορφή κακοποίησης, εξίσου σοβαρή με την σεξουαλική, η οποία αφήνει βαθιά χαραγμένα τα ίχνη της, στην παιδική ψυχή.<sup>30</sup>

## 7.2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

### ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 1

Στις 25/01/2002 έγινε εισαγωγή ενός κοριτσιού στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για βαριά εγκεφαλική κρανιοεγκεφαλική κάκωση.  
Γεννήθηκε με καισαρική τομή και βάρος 1850gr. Μητέρα του είναι η 28χρονη Μαρία που εργάζεται ως πωλήτρια. Ο πατέρας δεν εργάζεται. Το γεγονός αυτό προκαλεί πολλές εντάσεις στην καθημερινότητα της οικογένειας.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Θύλη  
Ηλικία: 3 ετών  
Θρήσκευμα: Χριστιανή Ορθόδοξη  
Υπηκοότητα: Ελληνική  
Τόπος Γέννησης: Σέρρες  
Τόπος Διαμονής: Αθήνα  
Έτος Γέννησης: 1999  
Ύψος: 70cm  
Βάρος: 25kg

Το κοριτσάκι παρουσίαζε γογγυσμό, σύγχυση και ήταν υπερδιεγερτικό. Παρουσίαζε μώλωπες στην ράχη και στο πρόσωπο. Έγινε διάγνωση για υπαραχνοειδή αιμορραγία. Παρουσίαζε διάσπαρτες αιμορραγικές θλάσεις (μετωπιαία, δεξιά, οβελιαίου κόλπου, μετωποκροταφικά καθώς και μεγαλύτερη στο ύψος της αριστερής πλάγιας κοιλίας. Εμφάνιζε εγκεφαλικό οίδημα, κάταγμα οροφής δεξιού οφθαλμικού κόγχου, κάταγμα αριστερά βρεγματικά, πολλαπλά εγκαύματα και εκχυμώσεις.

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Εγκαύματα Ι<sup>οβ</sup> βαθμού στην ραχιαία περιοχή.</li> <li>* Πόνος στην πλάτη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Επούλωση των τραυμάτων μέσα στις επόμενες μέρες.</li> <li>* Ανακούφιση από το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου μέσα στις επόμενες ώρες.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Καθαρισμός της περιοχής.</li> <li>* Τοποθέτηση σε άσηπτο ματσινό.</li> <li>* Περιποίηση των εγκαυμάτων στην περιοχή της πλάτης με άσηπτους χειρισμούς.</li> <li>* Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</li> <li>* Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Έγινε καθαρισμός της πάσχουσας περιοχής με κρύο ισότονο διάλυμα NaCl.</li> <li>* Έγινε επάλειψη της εγκαυματικής περιοχής με κρέμα Beranthen.</li> <li>* Το νεογνό τοποθετήθηκε σε καθαρό ματσινό και δεν σκεπάστηκε για αποφυγή επαφής των κλινοσκελεσμάτων με την εγκαυματική περιοχή.</li> <li>* Έγινε περιποίηση των εγκαυμάτων με άσηπτες τεχνικές για πρόληψη της μόλυνσης.</li> <li>* Χορηγήθηκε αναλγητικό Zideron 1x1 σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών.</li> <li>* Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο ,εξασφαλίστηκαν περίοδοι αναπαύσεως ,ευχάριστο και ήρεμο περιβάλλοντος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ύστερα από επαναλαμβανόμενη φροντίδα και την επάλειψη με κρέμα επιτεύχθηκε η επούλωση του εγκαυματος και η επαναφορά υγιούς επιδερμίδας μέσα σε 10 ημέρες.</li> <li>* Το δυσάρεστο αίσθημα του πόνου υποχώρησε μέσα σε μερικές ώρες μετά την χορήγηση των αναλγητικών.</li> <li>* Επίσης σημαντικό ρόλο κατείχε η προστασία από τον νοσηλευτή με την εξασφάλιση ενός ήρεμου περιβάλλοντος.</li> </ul>

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b> Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Θερμοκρασία 38,6 °C (πιθανόν να οφείλεται στην έκθεση του παιδιού στο κρύο).</li> <li>* Πιθανή λοίμωξη.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Επαναφορά και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μέσα στις επόμενες ώρες.</li> <li>* Πρόληψη επιπλοκών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Συχνή λήψη ζωτικών σημείων, θερμομέτρηση ανά 3ωρο και καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα .</li> <li>* Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων.</li> <li>* Χορήγηση αντιπυρετικών IV σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών.</li> <li>* Έλεγχος για τυχόν λοίμωξη.</li> <li>* Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων της ασθενούς.</li> <li>* Χορήγηση υγρών IV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Έγινε τρίωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.</li> <li>* Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο, τα οποία αντικαθίστατο κάθε 20 λεπτά.</li> <li>* Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Aprotel 1amp, 1x1 σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες .</li> <li>* Έγινε εργαστηριακός έλεγχος για λοίμωξη.</li> <li>* Έγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων του ασθενή.</li> <li>* Χορηγήθηκε για πρόληψη της αφυδάτωσης , ορός N/S 0,9% 1000x1.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Με το αντιπυρετικό Aprotel που δόθηκε στην ασθενή, καθώς και τις νοσηλευτικές ενέργειες , ο πυρετός υποχώρησε και η θερμοκρασία σταθεροποιήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα . Ο εργαστηριακός έλεγχος δεν έδειξε την ύπαρξη της λοίμωξης .</li> <li>* Η διακοπή του αντιπυρετικού έγινε μετά από διάρκεια χορήγησης 4 ημερών αφού η θερμοκρασία επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.</li> </ul>

<p><b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b> Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p><b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b></p>	<p><b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b></p>	<p><b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Εκδορές , εξωτερικά τραύματα (πιθανόν να οφείλονται σε τριβή του δέρματος σε βραχύωδη περιοχή.)</li> <li>* Έντονος πόνος στην περιοχή των τραυμάτων.</li> <li>* Ανησυχία , αίσθημα φόβου, έντονο κλάμα .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Επούλωση του τραύματος και αποφυγή μολύνσεως.</li> <li>Επιθυμητός χρόνος : 5 ημέρες .</li> <li>* Ανακούφιση από το έντονο αίσθημα του πόνου μέσα σε λίγες ώρες .</li> <li>* Εξασφάλιση ευεξίας και ηρεμίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Καθαρισμός της τραυματισμένης περιοχής καθώς και φροντίδα των εκδορών με χρήση άσπτης τεχνικής για πρόληψη της μόλυνσης . Χρήση αντισηπτικών ουσιών σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών.</li> <li>* Συχνή αλλαγή των λευχημάτων του ασθενούς.</li> <li>* Χορήγηση αναλγητικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας .</li> <li>* Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος , μείωση του θορύβου στο ελάχιστο και παράτρυση του παιδιού για παιχνίδι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Έγινε καθαρισμός της πύελου με διάλυμα Betadine, sodium chloride 0,9% 10ml και sodium chloride 15% 10ml κατόπιν ιατρικής οδηγίας με χρήση άσπτης τεχνικών.</li> <li>* Έγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων του ασθενή.</li> <li>* Χορηγήθηκε αναλγητικό Aprotel 1amp 1x1, σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών.</li> <li>* Μειώθηκαν οι θόρυβοι στο ελάχιστο, επιτεύχθηκε η εξασφάλιση ενός ήρεμου, ήσυχου και αναπνευστικού περιβάλλοντος καθώς και παράτρυση του παιδιού για παιχνίδι.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Μετά από επιμελημένο καθαρισμό των εκδορών, επιτεύχθη γρήγορη επούλωση μέσα σε 5 ημέρες .</li> <li>* Μετά τη χορήγηση του αναλγητικού Aprotel, ο πόνος υποχώρησε μέσα σε λίγες ώρες και το παιδί ένιωσε ευεξία.</li> <li>* Σημαντικό ρόλο κατέχε η έκδηλη αγάπη και προστασία από τον νοσηλευτή για να επιτευχθεί η συμμετοχή του παιδιού στο παιχνίδι για 1 ώρα .</li> </ul>



## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ 2

Η παρακάτω νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται σε ένα κορίτσι 12 ετών. Το παιδί νοσηλεύτηκε στο Νοσοκομείο Παιδών “Η Αγία Σοφία” στις 20/03/2003. Σύμφωνα με αναφορά της μητέρας του, ο λόγος που επισκέφθηκε το νοσοκομείο ήταν η επίμονη ανορεξία του κοριτσιού και η αποχή από το παιχνίδι για τουλάχιστο 1 εβδομάδα. Επίσης παρατηρήθηκε ενόχληση στη γεννητική περιοχή του παιδιού και συχνές επισκέψεις στην τουαλέτα, καθώς και ο πυρετός 38 την τελευταία ημέρα, έδωσαν την υποψία πιθανής ουρολοίμωξης.

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

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο: Θύλη

Ηλικία: 13 ετών

Θρήσκευμα: Χρηστιανή Ορθόδοξη

Υπηκοότητα: Αλβανική

Τόπος Γέννησης: Κορυτσά

Τόπος Διαμονής: Αθήνα

Έτος Γέννησης: 1990

Ύψος: 1.62cm

Βάρος: 48kg

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

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>*Θερμοκρασία 38<sup>0</sup>C (κυρίως ψυχογενετικής φύσεως .</p>	<p>* Επάνοδος και διατήρηση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από μια ώρα.</p>	<p>* Συχνή λήψη ζωτικών σημείων, θερμομέτρηση ανά 3ωρο και καταγραφή στο θερμομετρικό διάγραμμα . * Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων. * Χορήγηση αντιπυρετικού κατόπιν ιατρικής οδηγίας . * Χλιαρό λουτρό . * Συχνή αλλαγή λευχημάτων και ενδυμάτων του ασθενή. * Χορήγηση υγρών IV.</p>	<p>* Έγινε 3ωρη παρακολούθηση των ζωτικών σημείων. * Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων στο μέτωπο και αντικατάστασή τους κάθε 20 λεπτά . * Χορηγήθηκε αντιπυρετικό Deron 5ml 1x1, σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών. * Έγινε χλιαρό λουτρό. * Έγινε αλλαγή τόσο των λευχημάτων όσο και των ενδυμάτων του ασθενή. * Χορηγήθηκε IV για πρόληψη της αφυδάτωσης, ορός N/S 0,9% 1000x1.</p>	<p>* Με το αντιπυρετικό Deron που δόθηκε στον ασθενή, ο πυρετός υποχώρησε μέσα στις επόμενες ώρες . * Με τα ψυχρά επιθέματα που ετέθησαν και το χλιαρό λουτρό, η θερμοκρασία σταθεροποιήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα , προκαλώντας στον ασθενή το αίσθημα της ανακούφισης μέσα σε λίγες ώρες .</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
<p>* Άρνηση φαγητού- ανορεξία .</p>	<p>* Να επιτευχθεί θετική στάση του κοριτσιού απέναντι στην λήψη φαγητού. * Σωστή διατροφή.</p>	<p>* Παρουσίαση δελεαστικού γεύματος. * Συζήτηση με το κορίτσι ώστε να μοιραστεί μαζί μας τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. * Δημιουργία περιβάλλοντος εμπιστοσύνης . * Ψυχολογική υποστήριξη.</p>	<p>* Έγινε συζήτηση με το παιδί τονίζοντας την σημασία της σωστής διατροφής για τον άνθρωπο και τις επιπτώσεις που θα έχει, εάν δεν τρέφεται σωστά . * Αφού έχουν ερωτηθεί οι γονείς για κάποια ιδιαίτερη προτίμηση στο φαγητό, παρουσιάζεται στο παιδί δελεαστικός δίσκος, ο οποίος είναι καθαρός , τακτοποιημένος και περιέχει γλυκό που συνήθως αρέσει στο παιδί. * Αφού λοιπόν το κορίτσι εξέφρασε την ανησυχία της, Δόθηκε κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη κι μπόρεσε να μειώσει τους φόβους , την αγωνία και την ντροπή που αισθανόταν. * Μέσα στο κλίμα εμπιστοσύνης που δημιουργήθηκε, το κορίτσι εξέφρασε το αίσθημα της ντροπής και του φόβου για τα όσα είχαν συμβεί.</p>	<p>* Ύστερα από συζήτηση που έγινε με το παιδί και αφού του τονίσθηκε η σημασία της σωστής διατροφής , αντέδρασε θετικά στην λήψη φαγητού καταναλώνοντας μια ικανοποιητική ποσότητα .</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>* Αϋπνία-εφιάλτες (που οφείλονται στην επιθετική συμπεριφορά και κακοποίηση που έχει υποστεί).</p>	<p>* Να κοιμηθεί το παιδί τις νυχτερινές ώρες χωρίς εφιάλτες και ανησυχίες.</p>	<p>* Συζήτηση με το παιδί για να εκφράσει τις ανησυχίες του. * Να υπάρχει χαμηλός φωτισμός κατά την διάρκεια της νύχτας . * Να χορηγηθεί ηρεμιστικό σύμφωνα με τις οδηγίες των ιατρών.</p>	<p>* Έγινε συζήτηση με το παιδί λέγοντας του ότι είναι αναγκαίο για τον οργανισμό να ξεκουράζεται το βράδυ με τον ύπνο. * Το κορίτσι ησύχασε αφού της εξηγήθηκε ότι βρίσκεται σε χώρο που δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο. * Χορηγήθηκε ηρεμιστικό σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες . * Επιτεύχθηκε χαμηλός φωτισμός για να μπορέσει η μικρή να ησυχάσει.</p>	<p>* Μετά την συζήτηση που έγινε και αφού εξηγήθηκε η ανάγκη που έχει ο οργανισμός για ύπνο, το κορίτσι κοιμήθηκε από τις 2μ.μ έως τις 8.30 το πρωί. * Με το ηρεμιστικό που της δόθηκε , ο ύπνος της δεν διαταράχθηκε από εφιάλτες .</p>

<p>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ Ανάγκες-προβλήματα Νοσηλευτική διάγνωση</p>	<p>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</p>	<p>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</p>	<p>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</p>
<p>* Αντικοινωνική συμπεριφορά με εκδήλωση κλάματος και μελαγχολίας. * Αγωνία , φόβος και κατάθλιψη.</p>	<p>* Να βγει το παιδί από το δωμάτιο και να συναναστραφεί με άλλα παιδιά το μέσα σε μια μέρα. * Μείωση του φόβου, της αγωνίας και όλων των αρνητικών συναισθημάτων μέσα στο δυνατό λιγότερο χρονικό διάστημα . * Να αποχτήσει το παιδί, κοινωνική συμπεριφορά .</p>	<p>* Παρότρυνση του ασθενή να εκφράσει με λόγια το φόβο και την αγωνία που αισθάνεται. * Συζήτηση με το παιδί για προαγωγή του αισθήματος της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας . * Γνωριμία με το προσωπικό της κλινικής και ξενάγηση στο χώρο της παιχνοδοθεραπείας . * Το προηγούμενο βράδυ, χορηγείται ηρεμιστικό για την εξασφάλιση καλού ύπνου.</p>	<p>* Παροτρύνθηκε η ασθενής να εκφράσει με δικά της λόγια για να γίνει κατανοητό , τι ακριβώς φοβάται . * Έτσι μέσω της συζήτησης μπόρεσε να πεισθεί ότι όλα θα πάνε καλά και ότι πρέπει να παραμερίσει τους φόβους της . * Με την γνωριμία της με το προσωπικό της κλινικής ξεπέρασε το άγχος και την αγωνία της . * Έγινε ξενάγηση στους χώρους της κλινικής και κατόπιν οδηγήθηκε στο χώρο της παιχνοδοθεραπείας , όπου γνωρίστηκε με άλλα παιδιά .</p>	<p>* Αφού εξηγήθηκε στο παιδί ότι δεν διατρέχει κανένα κίνδυνο μέσα στο νοσοκομείο στο χώρο της παιχνοδοθεραπείας και αφού γνώρισε άλλα παιδιά και έπαιξε λίγο μαζί τους ζήτησε μπλοκ ζωγραφικής και χρώματα και άρχισε να ζωγραφίζει. Παρέμεινε στο χώρο αυτό για 2 ώρες .</p>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παιδιά ανεξάρτητα από το στάδιο ανάπτυξης τους ή το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν, έχουν τις ίδιες ανάγκες για συναισθηματική ασφάλεια και ολοκλήρωση, τις ίδιες ανάγκες για αγάπη, ουσιαστική φροντίδα και γονικό ενδιαφέρον προκειμένου να μεταβούν στην ενήλικη ζωή και να δημιουργήσουν με τη σειρά τους ασφαλείς και υγιείς συναισθηματικά σχέσεις με άλλους ενήλικες. Επομένως, τόσο οι ειδικοί σε θέματα υγείας αλλά και όσοι συναναστρέφονται με παιδιά θα πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένοι και ευαισθητοποιημένοι στην έννοια της κακοποίησης ώστε να μπορούν να την διαγνώσουν και να την αντιμετωπίσουν και όπου χρειάζεται να παραπέμψουν σε ειδικούς επιστήμονες.<sup>32</sup>

Η πλειοψηφία της παιδικής κατηγορίας 0-15 ετών ανέφεραν μορφή κακοποίησης που ήταν αποτέλεσμα οικογενειακών κρίσεων, διαζυγίων και εξωσυζυγικών σχέσεων. Περιβαλλοντικές εντάσεις και πιέσεις όπως αυτές που υφίστανται άτομα που ζουν στη φτώχεια είναι οι δεδομένες άμεσα με περιστατικά κακοποίησης. Οι περισσότεροι γονείς ή κηδεμόνες που κακοποιούν τα παιδιά τους είχαν και οι ίδιοι κακοποιηθεί σαν παιδιά. Βλέπουν τα παιδιά τους σαν εκείνα τα άτομα που θα ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Όταν τα παιδιά αποτύχουν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες και να φτάσουν τα πρότυπα που θέλουν οι γονείς τους, τότε οι γονείς μπορεί να αντιδράσουν με έντονη επιθετικότητα απέναντι στα παιδιά. Σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζεται σε οικογένειες που είναι κλειστές και αποθαρρύνουν τις κοινωνικές συναναστροφές. Σ' όλα τα περιστατικά οι γονείς παρουσιάζουν έντονα διαταραγμένη προσωπικότητα. Οι περισσότερες μητέρες των θυμάτων αιμομιξίας ήταν συνειδητά ή ασυνείδητα γνώστες αυτής της κατάστασης. Μερικές απ' αυτές αντέδρασαν με άρνηση και δυσπιστία σ' αυτό το γεγονός, άλλες δεν αντέδρασαν αλλά αποθάρρυναν το παιδί από το να το ξανααναφέρει σαν γεγονός, άλλες πάλι έδειξαν φόβο και ντροπή και δεν μπόρεσαν να ενεργοποιηθούν. Πολύ λίγες μητέρες αντέδρασαν ενεργητικά στα παράπονα του παιδιού με το να καταγγείλουν το γεγονός και να εμποδίσουν το παιδί από άλλης μορφής κακοποίηση, απομακρύνοντας το βιαστή.<sup>33</sup>

Η κακοποίηση μπορεί να δημιουργήσει στο θύμα μακροχρόνιες επιπτώσεις όπως: ενοχές, φόβο, μελαγχολία, χαμηλή αυτοεκτίμηση και περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες.

Είναι γεγονός ότι και τα τρία είδη παιδικής κακοποίησης είναι καταστρεπτικά και μπορούν να είναι οι αιτίες που θα δημιουργήσουν μακροχρόνιες επιπτώσεις, όπως: ανευθυνότητα, αρνητική άποψη για τη ζωή και συναισθηματική αστάθεια.

Παιδιά και έφηβοι που έχουν εκτεθεί σε επιθετικά πρότυπα, σε μια περίοδο που θεωρείται σημαντική για τη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους, και έμαθαν να θεωρούν βιαιοπραγία σαν μέθοδο επίλυσης των προβλημάτων και σαν μέθοδο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, έχουν πολλές πιθανότητες να εξωτερικεύσουν τέτοιους τρόπους συμπεριφοράς και να τους μιμηθούν κάτω από ίδιες συνθήκες.

Οι γονείς των παιδιών που έχουν κακοποιηθεί, προέρχονται απ' όλα τα κοινωνικά στρώματα, αλλά πολύ περισσότερο απ' τη χαμηλή και μεσαία τάξη και απ' όλα τα εκπαιδευτικά επίπεδα.<sup>34</sup>

Ένας τρόπος που θα βοηθούσε τους γονείς και κηδεμόνες θα ήταν η βελτίωση των συνθηκών ζωής των παιδιών με τη διεθνή ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων όπως επίσης με τα κλινικά εκπαιδευτικά προγράμματα από ειδικευμένα άτομα. Η καλύτερη κατανόηση από τους γονείς για το πώς μεγαλώνουν τα παιδιά σε άλλες κοινωνίες θα βοηθήσει τον καθένα να κατανοήσει τις ανάγκες των παιδιών και να διευκολύνει τη σωστή ανάπτυξή τους.<sup>34</sup>

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αυτό που τελικά χρειάζεται στην Ελλάδα είναι η ανάπτυξη μιας θεωρίας «κακοποίησης» και «παραμέλησης» που θα βασίζεται στην ελληνική πραγματικότητα και θα στηρίζεται σε μακροχρόνια σοβαρή έρευνα, ώστε όλοι οι ιατρικοί και κοινωνικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τα φαινόμενα της κακοποίησης και της παραμέλησης να μελετηθούν με το πρίσμα του συγκεκριμένου κοινωνικού συστήματος. Η σωστή όμως θεραπευτική αντιμετώπιση των οικογενειών που κακοποιούν και των παιδιών που κακοποιούνται πρέπει να έχει σαν προϋπόθεση την αλλαγή της νομοθεσίας σε όλα εκείνα τα σημεία που οδηγούν στο σημερινό νομικό πλαίσιο. Το πλαίσιο αυτό προστατεύει τους γονείς απ' τα παιδιά τους και όχι τα παιδιά από γονείς ακατάλληλους για το ρόλο του γονιού, ή από άλλους, που μια ιδιαίτερα σοβαρή κρίση –δεν τους επιτρέπει να λειτουργούν ομαλά στην καθημερινή τους συναλλαγή με τα παιδιά τους.<sup>35</sup>

Στο ελληνικό χώρο κάθε προσπάθεια θα πρέπει να αποσκοπεί στις παρακάτω αλλαγές της νομοθεσίας:

- 1) Να αντικατασταθεί η πατρική εξουσία με τη γονική.
- 2) Να μπορεί να αίρεται η γονική εξουσία σε περιπτώσεις που και οι δύο γονείς είναι ακατάλληλοι, και την ευθύνη για το παιδί να αναλαμβάνει προσωρινά ή μόνιμα κατάλληλος συγγενής, εφόσον υπάρχει και συμφωνεί ή σε τελική ανάγκη, το ίδιο το κράτος μέσω κάποιου κοινωνικού φορέα.
- 3) Να καθιερωθεί η κοινωνική έρευνα, από διπλωματούχους κοινωνικούς λειτουργούς, σαν απαραίτητη προϋπόθεση για την εκδίκαση κάθε περίπτωσης κακοποίησης, παραμέλησης, ή πιθανής κακοποίησης, στο δικαστήριο.
- 4) Να δοθούν νομικές εξουσίες σε υπεύθυνους κοινωνικούς λειτουργούς οργανώσεων και υπηρεσιών που ασχολούνται με την οικογενειακή και παιδική προστασία, ώστε να μπορούν να επεμβαίνουν άμεσα, απομακρύνοντας το παιδί απ' το σπίτι, όταν και η ελάχιστη ακόμα παραμονή του στην οικογένεια μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχική του ακεραιότητα.<sup>35</sup>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας προς απόκτηση γνώσεων και σύγχρονων πληροφοριών σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών ώστε ο νοσηλευτής να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει σωστά και επιστημονικά τα παιδιά που κακοποιούνται και βρίσκονται σε (σπίτι, σχολείο, ιδρύματα και νοσοκομείο) προσφέροντας σωστή βιοψυχοκοινωνική υποστήριξη τόσο στο παιδί όσο και στους γονείς ή άλλους κηδεμόνες.

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

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

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

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

Όπως αναφέρει ο Kempe, «η κακοποίηση είναι μια πολιτική υπόθεση. Τα παιδιά δεν ψηφίζουν, ώστε να διεκδικήσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ οι γονείς των κακοποιημένων παιδιών έχουν παραμείνει παιδιά και δεν μπορούν να διεκδικήσουν το συμφέρον των παιδιών τους. Το κράτος πρέπει να υποκαταστήσει και τους δύο».<sup>1.7</sup>



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, εκδόσεις Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 1998, σ.7,9,20-21,46-47,68,69,71-73.
2. Μπρούσκου Α., Στρατηγικές πρόνοιας για το παιδί του 20<sup>ου</sup> αιώνα, Οικογένεια παιδική προστασία κοινωνική πολιτική, Αθήνα 1993,σ.68-71
3. Ζώρζος Γ.-Κανιάρη Κ., Τετράδια ψυχιατρικής Ν<sup>ο</sup> 62,Αθήνα 1999,σ.113
4. [www.encephalos.gr](http://www.encephalos.gr)
5. [www.hamogelo.gr](http://www.hamogelo.gr)
6. Καρύδας Α., Η κακοποίηση του παιδιού, πτυχιική εργασία, Γεωργούση Π., επίτομος, εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1998, σ.1-3,10,11
7. Αγάθωνος Ε., Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιών, Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, τόμος Α, εκδόσεις Καστανιώτη, επιμέλεια Τσιάντης Γ.-Μανωλόπουλος Σ., Αθήνα 2000,σ.349-355,376
8. Μουζακίτης Χ., κοινωνική εργασία, τεύχος 30<sup>ο</sup>, Αθήνα 1993, σ.98-99
9. Charlos F. Johnson, Κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά, επιμέλεια Χρούσης Γ., Παιδιατρική ΙΙ, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 1997, σ.176-187
10. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Τσαγκάρη Μ., Ενδεικτικά χαρακτηριστικά της σεξουαλικής παραβίασης, Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού, εκδόσεις Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού, Αθήνα 1999, σ.55-69,77,84-86
11. Μουζακίτης Χ., Ψυχολογική κακοποίηση του παιδιού, κοινωνική εργασία, τεύχος 20<sup>ο</sup>, Αθήνα 1990, σ.244-245
12. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Μαραγκός Χ., Βrome Κ., Σαραφίδου Ε., Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση-παραμέληση παιδιών: Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη, Παιδιατρική, Αθήνα 1996, σ.430-433
13. Αγάθωνος Ε., Τσιμπούκα Β., Ζολώτα Κ., Παιδί και έφηβος ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία, τόμος 1, τεύχος 2, Αθήνα 1999, σ.66-96
14. Λυκιαρδιπούλου Α., Μήτσιου-Παππά Μ., Παπαγκίκα Ε., Κλινικά χαρακτηριστικά της κακοποίησης παιδιών, Η κακοποίηση του παιδιού, εκδόσεις Κουστούμπος, Αθήνα 1985, σ.41-49,89-97
15. Ανδρεακένα Α., Γαλανοπούλου Π., Δάρρα Π., Κακοποίηση- παραμέληση παιδιών, πτυχιική εργασία, Παπαδοπούλου Χ., επίτομος, εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 2004, σ.41-43,64,134-141
16. [www.familyviolence.gov.cy/Drastiriotites](http://www.familyviolence.gov.cy/Drastiriotites)
17. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Ο παιδίατρος και τα δικαιώματα του παιδιού, Τα δικαιώματα του παιδιού στην υγεία, εκδόσεις Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 2002, σ9-14
18. Child abuse and neglect, The international journal, σ.122-124
19. Safeguarding children alongside and through the criminal justice system, child abuse view, σ.221-225
20. Σαλκιτζόγλου Π., Κακοποίηση-Παραμέληση η επέμβαση του νόμου, Βία στην οικογένεια, αρχεία ιατρικής, Αθήνα 1989, σ.247-248

21. Wilkinson T., Ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο για Παιδιά: Λειτουργίες-Προοπτικές, επιμέλεια Τσιάντης Ι., Μπίθαρη Φ., Αθήνα 1990, σ.59-63
22. Τσιάντης Ι., Οικογένεια σε κρίση, Φροντίδα για την οικογένεια, Αθήνα 1990, σ.206-210
23. Μάνθου Π., Η ενδοοικογενειακή σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στον Ελλαδικό χώρο, πτυχιακή εργασία, Πανταζάκα-Σταθάκη Α., επίτομος, εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1999, σ.92-94,196-197,198-200
24. Τσιάντης Γ., Σωματική κακοποίηση-παραμέληση και ψυχική υγεία, Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών, έκδοση 2<sup>η</sup>, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1999, σ.106-107
25. Σταυριανάκη Μ., Πρόληψη και αντιμετώπιση κακοποίησης-παραμέλησης παιδιού, Κοινωνικές προσεγγίσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κακοποίησης-παραμέλησης παιδιού, εκδόσεις Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα 2002, σ.516-525
26. [www.womanaid.org.uk](http://www.womanaid.org.uk)
27. Robin L., Bob C., Είναι οκ να λες όχι στην αποπλάνηση, εκδόσεις όπερα, Αθήνα 1989,σ.106-107
28. [www.health.in.gr](http://www.health.in.gr)
29. Παπαδημητρίου Μ., Τσιρογιάννη Δ., Η κακοποίηση και παραμέληση παιδιών προσχολικής ηλικίας από τη μητέρα, πτυχιακή εργασία, Γαϊτάνη Ρ., επίτομος, εκδόσεις ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα 1995, σ.39-44
30. Αποστόλου Τ., Η πεμπτούσια της κλινικής παιδιατρικής, εκδόσεις ΣΙΡΡΙΣ, Αθήνα 1987,σ.317-320
31. Κονδυλάκη Α., Κοινωνική εργασία και σεξουαλική εκμετάλλευση ανηλίκων: δυσκολίες και περιορισμοί, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 65<sup>ο</sup>, Αθήνα 2002, σ.26
32. Ρότσικα Β., Σκουμπουρδή Α., Τσιμπούκα Β., Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών: πρόληψη σε μια κοινότητα, Θέματα Προληπτικής Ιατρικής, τόμος Α, εκδόσεις Χριστοδούλου Γ.Ν. και Κονταξής Β.Π.,Αθήνα 1994, σ.129
33. Παπαδάτος Γ., Στυλιανού Μ., Γεωργίλα Ε., Ατομικοί και Κοινωνικοί παράγοντες κακοποίησης παιδιών, Εγκέφαλος, τεύχος 25<sup>ο</sup>, Αθήνα 1988, σ.217-218
34. Μαρούλη Ε., Αναδρομική μελέτη του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού, Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, τεύχος 30-31, Αθήνα 1995,σ.94-95
35. Παρσί Μαρία Ρίτα, Εξομολογήσεις μικρών κοριτσιών, εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα 1994,σ.13-14,31-32

## *ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ*

*Κατάλογος υπηρεσιών  
Αληθινές ιστορίες  
Φωτογραφίες*



## 1.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΘΗΝΑ

- ✓ Έρευνα-Εκπαίδευση Επαγγελματιών  
Εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών  
Κέντρο ΚΑ.ΠΑ, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού  
Ολόρου 7,Γουδί, 15772 Αθήνα, τηλ. 7793648 και 7715791
  
- ✓ Αστυνομία Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 0-18 ετών)  
Λ.Αλεξάνδρας 173, 11522 Αθήνα, τηλ. 6464925,6447687 και 7705711
  
- ✓ Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 7-17 ετών)  
Σωκράτους 65,10431 Αθήνα, τηλ.5221863 και 5223290
  
- ✓ Κέντρο Βρεφών η Μητέρα (για παιδιά 0-4)  
Λ.Δημοκρατίας, Άγιοι Ανάργυροι Αττικής, 13561 Αθήνα , τηλ.2611185 και 2627155<sup>15</sup>
  
- ✓ Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (ΕΟΠ) (για παιδιά 2,5 έως 18 ετών)  
Κεντρικά γραφεία: Υπατίας 6, 10110 Αθήνα  
Τηλ.3220898 και 3222146
  
- ✓ Δικαστήριο Ανηλίκων Αθηνών (για παιδιά 7-17 ετών)  
Σταδίου 65,10551 Αθήνα, τηλ. 3244463
  
- ✓ Δικαστήριο Ανηλίκων Πειραιά (για παιδιά 7-17 ετών)  
Τσαμαδού 43, 6ος όροφος, 18532 Πειραιάς  
Τηλ. 4173659 και 4112410
  
- ✓ ΠΙΚΠΑ για παιδιά 0-14 ετών  
Τσόχα 5, 11521 Αθήνα  
Τηλ. 6423144,6430289 και 6427856
  
- ✓ Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Δυτικής Αττικής  
Νομαρχία Αιγάλεω για παιδιά 0-18 ετών  
Ιερά Οδός 227, 12241 Αιγάλεω, τηλ. 5906838<sup>15</sup>

- ✓ Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Ανατολικής Αττικής  
 Για παιδιά 0-18 ετών  
 Μεσογείων 459, 15343 Αγία Παρασκευή, τηλ 6567955
  
- ✓ Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας Αθηνών  
 Για παιδιά 0-18 ετών  
 Φειδιππίδου και Μιχαλακοπούλου 31, 11528 Αθήνα  
 Τηλ. 7711613
  
- ✓ Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας Πειραιά  
 Για παιδιά 0-18 ετών  
 Ηρώων Πολυτεχνίου 19, 18532 Πειραιάς  
 Τηλ. 4179394 και 4124636<sup>15</sup>
  
- ✓ Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγείας Βύρωνα- Καισαριανής  
 Για παιδιά 0-18 ετών  
 Δήλου 14 και Ανδριανουπόλεως, 16121 Καισαριανή  
 Τηλ. 7640111 και 7644705
  
- ✓ Μονάδα Ψυχικής Υγείας Εφήβων Περιφερειακού Γενικού  
 Νοσοκομείου Αθηνών (για παιδιά 13 έως 18 ετών)  
 Καποδιστρίου 23, 15237 Φιλοθέη  
 Τηλ. 6820568 και 6834208
  
- ✓ Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής ΙΚΑ(0-18 ετών)  
 Ιπποκράτους και Αραχώβης 17, 10680 Αθήνα  
 Τηλ. 3604850
  
- ✓ Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής Νοσοκομείου Παίδων  
 ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ (για παιδιά 0-14 ετών)  
 11521 Αθήνα, τηλ. 779874
  
- ✓ Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Ερευνητικό Κέντρο, Διεύθυνση  
 οικογενειακών σχέσεων- κέντρο μελέτης και πρόληψης κακοποίησης  
 και παραμέλησης παιδιών.  
 Φωκίδος 7 Αμπελόκηποι, 11526 Αθήνα  
 Τηλ. 7715791 και 7793648  
 Λειτουργεί ως κέντρο αναφοράς για όλη την Ελλάδα. Παρέχει  
 εξειδικευμένες υπηρεσίες, συμβουλευτική και εκπαίδευση  
 επαγγελματιών, διεξάγει έρευνες.<sup>15</sup>

- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Αθηνών  
 Ζαΐμη 2, Εξάρχεια, 106830 Αθήνα  
 Τηλ. 3815711 και 3844733
  
- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Αιγάλεω  
 Σούτσου 4, Πλατεία Δαβάκη, Αθήνα  
 5910065 και 59100066<sup>15</sup>
  
- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Πειραιά  
 Νοταρά και Μπουμπουλίνας 15, 5<sup>ος</sup> όροφος  
 18535 Πειραιάς, τηλ. 4170500
  
- ✓ Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Παγκρατίου  
 Παιδοψυχιατρικό Τμήμα Νοσοκομείου Ευαγγελισμός  
 Φερεκύδου 1 Παγκράτι, Αθήνα  
 Τηλ. 7519550 και 9029456
  
- ✓ Κοινοτικό κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Καισαριανής- Βύρωνα  
 Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών  
 Δήλου 14- 9<sup>η</sup> στάση , Φορμίωνος Αθήνα  
 Τηλ. 7640111 και 7644705
  
- ✓ Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγίας Παρασκευής Χαλανδρίου  
 Ζαλόγγου 6, Αγία Παρασκευή, 15343 Αθήνα  
 Τηλ. 6391151 και 6399195
  
- ✓ Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής  
 Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός Ν. Σμύρνης  
 2ας Μαΐου 5, Κεντρική Πλατεία Ν.Σμύρνης  
 17121 Αθήνα, τηλ. 9323943 και 9321255
  
- ✓ Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός Ν. Ηρακλείου  
 Σωκράτους 32, Ν.Ηράκλειο, Αττική  
 Τηλ. 2816598 και 2830312
  
- ✓ Ιατροπαιδαγωγικός Σταθμός  
 Γαρέφη 4, Ελληνορώσων, Αθήνα  
 Τηλ. 6773442 και 6773443<sup>15</sup>

- ✓ Νοσοκομείο Παίδων Αγία Σοφία  
Τμήμα Ψυχολογικής Παιδιατρικής  
Θηβών και Μ.Ασίας, Γουδί 11527 Αθήνα
  
- ✓ Κοινοτική Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία  
Στυλιανού Λάιου 13, Αμπελόκηποι, Αθήνα  
Τηλ. 6461791<sup>15</sup>
  
- ✓ Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών Γ. Γεννηματάς  
Τμήμα Ψυχιατρικής Εφήβων  
Μεσογείων 154, Χολαργός, 11527 Αθήνα  
Τηλ. 7480901
  
- ✓ Κέντρο Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ  
Λ.Δημοκρατίας, Ίλιον Αττική 13561  
Τηλ. 2611185 και 2627155
  
- ✓ Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων όπως:
  - Αστυνομία Ανηλίκων
  - Εισαγγελία Ανηλίκων
  - Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων
  - Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων

## **2.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ**

- ✓ Μονάδα Προστασίας Παιδιού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ  
Για παιδιά 0-18 ετών  
Θεσσαλονίκη, τηλ. 2310-993263
  
- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία  
Καυταντζόγλου 36 και Παπάφη, 54639 Θεσσαλονίκη  
Τηλ. 2310-845130 και 2310-845900
  
- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Ηρακλείου  
Φαρομιλήγκων και Βλαστών 2, 71202 Κρήτη  
Τηλ. 2810-244409,24439<sup>15</sup>

- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Βόλου  
Κοραή 74, 38333 Βόλος  
Τηλ. 24210-38608
- ✓ Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας  
Κομνηνών 15, Θεσσαλονίκη  
Τηλ. 2310-270036 και 268841<sup>15</sup>
- ✓ Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δυτικού Τομέα  
Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία  
Πατριάρχου Γρηγορίου Έ 45, Αμπελόκηποι Θεσσαλονίκη  
Τηλ. 2310-726918
- ✓ Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο Βορείου Ελλάδος  
Γιαννιτσών 52, 54627 Θεσσαλονίκη  
Τηλ. 2310-554031 και 554032
- ✓ Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας  
Γραφεία του ΕΟΠ λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα
- ✓ ΠΙΚΠΑ  
Γραφεία του ΠΙΚΠΑ λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα

### **3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΤΟ Ν.ΑΧΑΪΑΣ**

- ✓ Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Πάτρας  
Αθανασίου Διάκου 35, Υψηλά Αλώνια, 26224 Πάτρα  
Τηλ. 2610-336666 και 335043
- ✓ Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας  
Κορυτσάς 109, τηλ. 2610-337295
- ✓ Το Χαμόγελο του Παιδιού  
Θεμιστοκλέους 5-7, 26222 Πάτρα  
Τηλ. 2610-332499<sup>15</sup>
- ✓ Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου  
Παιδιατρικό Τμήμα, τηλ. 2610-999111



- ✓ Νοσοκομείο Παιδών Καραμανδάνειο  
Ερυθρού Σταυρού 40,τηλ. 2610-622222<sup>15</sup>
  
- ✓ Κέντρο Παιδοψυχιατρικής Υγιεινής του ΙΚΑ  
Γούναρη και Κορίνθου, τηλ.2610 -316069
  
- ✓ ΚΔΑΥ (ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ)  
Μακεδονίας και Σαρανταπόρου, τηλ. 2610-456069
  
- ✓ Αστυνομία  
Ερμού και Καραϊσκάκη, τηλ. 100
  
- ✓ Κοινωνικός Τομέας Δήμου  
Γούναρη 76, τηλ.2610-346714<sup>15</sup>

## ΑΛΗΘΙΝΕΣ ΙΣΤΟΡΙΕΣ

### Η περίπτωση της Λουτσία

Η Λουτσία είναι σήμερα δέκα χρονών και ζει με τους παππούδες από την πλευρά του πατέρα της, οι οποίοι την εμπιστεύτηκαν για ψυχοθεραπεία. Από οκτώ χρόνων είχε μαζί με ένα άλλο κοριτσάκι μικρότερο κατά ένα χρόνο, μια <<σχέση>> με το θυρωρό της πολυκατοικίας όπου έμενε, η ποία συνίστατο σε ερωτικά παιχνίδια και αυνανισμούς. Η μητέρα η οποία ήταν είκοσι οκτώ χρονών, διαζευγμένη και εργαζόταν ευκαιριακά ως αισθητικός, το πληροφορήθηκε αλλά άφησε τη <<σχέση>> να προχωρήσει για να εξασφαλίσει <<τουλάχιστον την προίκα>> της κόρης της, αφού ο θυρωρός πλήρωνε σημαντικά πόσα για να συναντηθεί με την κοπέλα. Όταν η δασκάλα της Λουτσίας, που έμαθε τι συνέβαινε από μια σχολική έκθεση της μικρής, την κάλεσε για να της κάνει ερωτήσεις, η γυναίκα προσποιήθηκε στην αρχή ότι πέφτει από τα σύννεφα. Την υπόθεση γνωστοποίησε όμως η ψυχολόγος του σχολείου στην κοινωνική λειτουργό της συνοικίας. Εκείνη, αφού διαπίστωσε ότι η παράνομη σχέση ήταν πραγματική υπέβαλε καταγγελία. Η μητέρα υποβλήθηκε σε ψυχιατρική εξέταση και της αφαιρέθηκε η κηδεμονία της μικρής. Κατά τη διάρκεια της πραγματογνωμοσύνης, παραδέχτηκε ότι είχε υποπτευθεί τα γεγονότα, αλλά είχε υποτιμήσει τη σοβαρότητα τους επειδή κι εκείνη από μικρή είχε ανάλογες εμπειρίες με άνδρες.<< Όλοι ξέρουν>>, είπε, <<ότι οι γέροι έχουν συχνά τέτοιου είδους επιθυμίες, αλλά δεν είναι επικίνδυνοι γιατί αρκούνται στο να κοιτάζουν και να χαϊδεύουν χωρίς να σπάσουν την παρθενία. Στο κάτω κάτω, είναι σαν να είχε παρασταθεί η Λουτσία σ'ένα άρρωστο γέρο, με αντάλλαγμα λίγα χρήματα. Πού είναι το κακό;>><sup>36</sup>

### Η περίπτωση της Ίζα

Η Ίζα είναι σήμερα δεκαεφτά χρόνων και ζει στο σπίτι της γιαγιάς από την πλευρά της μητέρας της μαζί με το γιο της τον Μάρκο, ενάμισι έτους, που απέκτησε με τον πατέρα της. Εργάζεται ως οικιακή βοηθός και παράλληλα σπουδάζει νηπιαγωγός. Είναι σιωπηλή, εχθρική, φοβισμένη. Αρνείται πεισματική επαφή με νέους της ηλικίας της. Δεν έχει φίλες, δεν βγαίνει. Όταν δεν δουλεύει μένει στο σπίτι και γράφει ή μελετάει, αποκλεισμένη στο δωμάτιο που της παραχώρησε η γιαγιά της και που μοιράζεται με το μωρό. το καταφύγιο της είναι γεμάτο παιχνίδια. Στους τοίχους, αφίσες με γατάκια και σκυλάκια. Από το ταβάνι κρέμονται αετοί, ξύλινα πούλια και κουδουνάκια. Η Ίζα γράφει ποιήματα και κρατάει ημερολόγιο. Ήδη στα έντεκα της είχε σχέση με τον πατέρα της. Η μητέρα της, που τα ήξερε όλα, δεν πρόβαλε κανένα εμπόδιο. Ο άντρας βίασε την Ίζα, που ήταν η μεγαλύτερη από τα τέσσερα παιδιά του, την ημέρα που είχε την πρώτη της περίοδο.<<Αίμα μέσα στο αίμα>>, αυτό είπε ο άνδρας κατά τη διάρκεια εκείνης της πρώτης πράξης. Η συνύπαρξη στο ίδιο δωμάτιο ευνόησε το βιασμό από τότε που ήταν μωρό, η Ίζα κοιμόταν πάντα στην

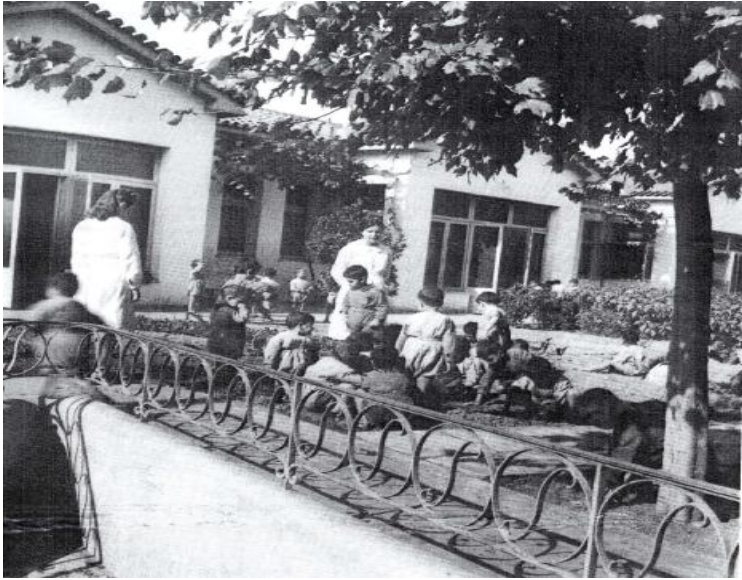
κρεβατοκάμαρα των γονιών της και , συχνά, ακόμα και στο ίδιο τους το κρεβάτι. Έτσι, άκουγε τους ήχους και μερικές φορές αντιλαμβανόταν σεξουαλικές συνευρέσεις τους. η μητέρα θεωρούσε ανάρμοστο να μοιράζεται η κόρη της το ίδιο δωμάτιο με τα αγόρια. Το βράδυ του βιασμού, το κοριτσάκι, ταλαιπωρημένο από τους πόνους της περιόδου, κοιμόταν στο κρεβάτι των γονιών του. Ο άντρας δεν παραδέχτηκε ποτέ ότι βίασε την κόρη του, ευνοημένος καθώς από την ένοχη αλληλεγγύη της συζύγου. Όταν στα δεκαπέντε της η Ίζα έμεινε έγκυος, την κατηγορήσε ότι <<πήγε με άντρες>>, τη χτύπησε και θέλησε να την αναγκάσει να πάνε με τη μητέρα της σ'ένα γιατρό για να κάνει έκτρωση. Η Ίζα το 'σκάσε από το σπίτι και πήγε στην εκκλησία. Εκεί, τα διηγήθηκε όλα στο εφημέριο, ο οποίος και τη συνόδευσε μέχρι το σπίτι της γιαγιάς της. Ο εφημέριος της συμπαραστάθηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της βρήκε δουλειά, την παρότρυνε να συνεχίσει το σχολείο και πληρώνει την ψυχοθεραπεία. Η Ίζα αποφάσισε να μην καταγγείλει τους γονείς της, τους οποίους και δεν έχει έκτοτε ξαναδεί, και δηλώνει <<ανύπαντρη μητέρα>>.<sup>36</sup>

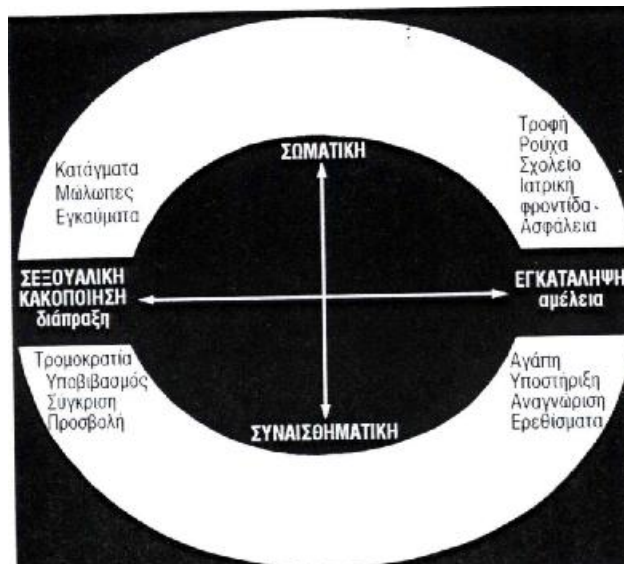
### Η περίπτωση της Μίρκα

Η Μίρκα βρέθηκε σε ηλικία 5 ετών σωματικά κακοποιημένη από την μητέρα της. Στην οικογένεια μεγαλώνουν 6 παιδιά που κακοποιούνται όλα από την μητέρα. Η Μίρκα βρέθηκε με χαρακιές στο πρόσωπο, καψίματα από τσιγάρο στο δέρμα, χτυπήματα από ζώνη και σπασμένο πόδι. Έμεινε δύο μήνες στο νοσοκομείο και μετά στο ίδρυμα Το χαμόγελο του παιδιού. Στις εξετάσεις που ακολούθησαν η μητέρα αποδείχτηκε ότι πάσχει από ψυχιατρικά προβλήματα και της αφαιρέθηκε η κηδεμονία των παιδιών.<sup>36</sup>

## *ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΕΣ*



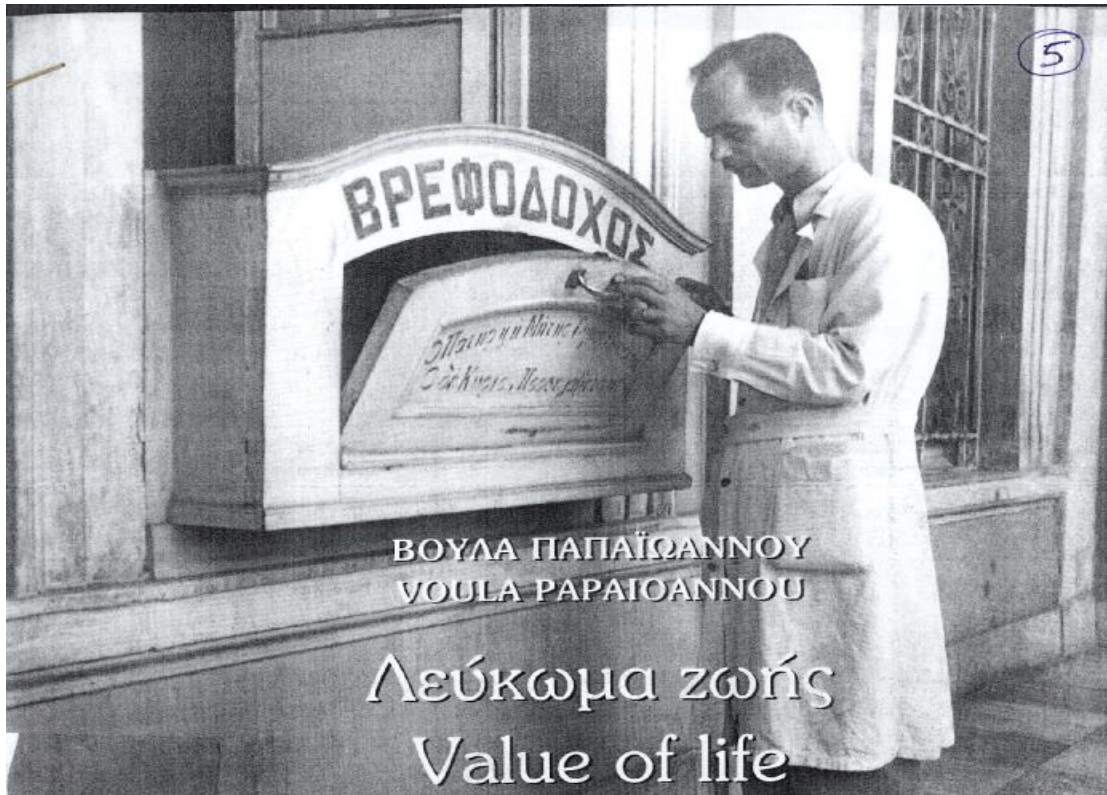


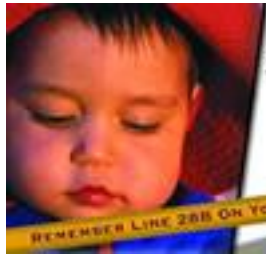


ΣΗΜΑΔΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

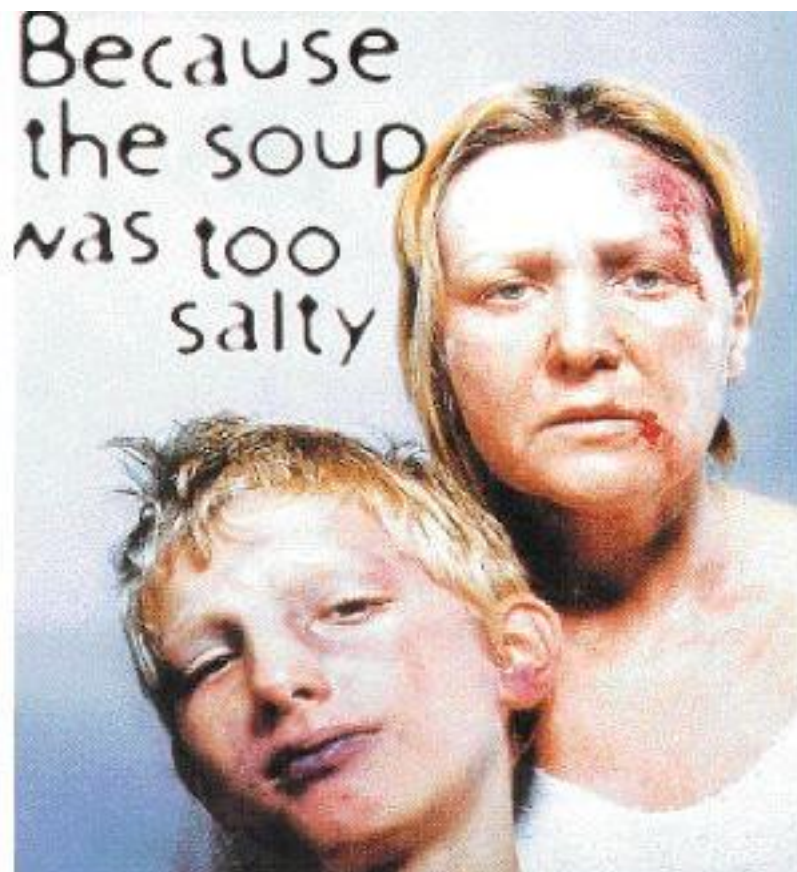








28 If you wish to donate to one  
Child Abuse Prevention  
REMEMBER LINE 28B ON YOUR IL TAX RETURN





*Our Promise... A Safe Place For Every Child.*









