

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ
ΔΕΔΕΜΠΙΑΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
ΣΑΛΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ**

ΠΑΤΡΑ, 2010

Ευχαριστίες

Ευχαριστούμε πολύ την εποπτεύουσα καθηγήτρια κ. Σαλάτα Αποστολία, για την βοήθειά της προκειμένου να ολοκληρωθεί αυτή η πτυχιακή εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	viii
ABSTRACT	ix
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	x
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	xi

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

1.1	ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	2
1.2	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	3
1.3	Η ΣΥΝΟΔΟΣ ΚΟΡΥΦΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.1	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	8
2.2	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

3.1	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	17
3.2	ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ	18
3.2.1	ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	19

3.2.2	ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	19
3.2.3	ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ	19
3.3	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ - ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	20
3.3.1	ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ	20
3.3.2	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	20
3.3.3	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	21
3.3.4	ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΔΕΛΦΩΝ	21
3.4	ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	22
3.5	ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ	22
3.6	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ	22
3.7	ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ	23
3.8	ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΥΓΧΑΟΥΖΕΝ ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ	23
3.9	ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΑΤΑΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	23
3.10	ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΘΕΣΜΟΥΣ	24
3.11	ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΕΣ	24
3.12	ΠΑΙΔΟΦΙΛΙΑ	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΑΙΤΙΩΝ

4.1	ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	28
4.2	ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΕΝΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	29
4.2.1	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΡΑΒΙΑΣΘΕΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ	30
4.3	ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ**

5.1	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	36
5.2	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ UNICEF ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ
ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

6.1	ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ	43
6.2	ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	46
6.3	ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	47
6.4	ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

7.1	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ	51
7.2	ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	52
7.3	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	55
7.3.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

8.1	Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	60
8.1.1	Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	61
8.1.2	Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	62
8.2	Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	64
8.2.1	ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	66
8.2.2	ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	67
8.2.3	ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	67
8.2.4	ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	67
8.2.5	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	68
8.2.6	ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ	68
8.3	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	69
8.4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

9.1	ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	75
9.2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	76
9.3	Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ
ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

10.1	ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ	84
10.2	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙ	87
10.3	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	88
10.4	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ	88
10.5	ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ	91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

11.1	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	93
------	--------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

	ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ	100
--	--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

	ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	103
--	-------------------------------------	-----

	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	106
	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	110
	ΕΠΙΛΟΓΟΣ	113
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	114

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μακρά ιστορία της παιδικής ηλικίας έχει μια ζοφερή πορεία κακοποιήσεων. Οι κακοποιήσεις αυτές συνδέονται με την απόλυτη εξουσία των γονιών στα παιδιά τους και συχνά εκλαμβάνονται μάλιστα και ως παιδαγωγικές πρακτικές. Στοιχεία που αφορούν την ανατροφή των παιδιών των ανώτερων κοινωνικών τάξεων, περιλαμβάνουν εγκαταλείψεις, βασανισμούς, σεξουαλική κακοποίηση, παιδοκτονίες και γενικά μια ιστορία ανείπωτης βαναυσότητας με την οποία οι γονείς ασκούσαν το δικαίωμα ζωής και θανάτου που είχαν στα παιδιά τους.

Κακοποίηση παιδιού είναι ένα φαινόμενο κατά το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής ακόμα και το θάνατο.

Η σεξουαλική παραβίαση του παιδιού (Kempe, 1978) είναι "η εμπλοκή εξαρτωμένων, ανώριμων ως προς την ολοκλήρωση της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, τις οποίες δεν κατανοούν συνειδητά, για τις οποίες δεν είναι σε θέση να δώσουν έγκυρη συναίνεση και οι οποίες παραβιάζουν τις αντιλήψεις της κοινωνίας όσον αφορά τους οικογενειακούς ρόλους". Συμπεριλαμβάνει διάφορες μορφές σεξουαλικής παραβίασης από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία ενώ η παιδική πορνογραφία και η πορνεία αποτελούν την εμπορευματική πλευρά του θέματος.

Σύμφωνα με μελέτη (Finkelhor 1994) που έγινε σε 14 ευρωπαϊκές χώρες, όσον αφορά την Ελλάδα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι το 33% των σεξουαλικών κακοποιήσεων κοριτσιών και το 23% των σεξουαλικών κακοποιήσεων αγοριών συμβαίνουν μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, ενώ οι συνθήκες και τα ποσοστά συχνότητας του φαινομένου στην Ελλάδα δε διαφέρουν αισθητά από άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Έτσι, η προστασία του παιδιού προβλήθηκε ως μια κοινωνική ανάγκη από τους πιο γνωστούς διεθνείς οργανισμούς. Η Ελλάδα ωστόσο, δεν ακολούθησε τις διεθνείς εξελίξεις γύρω από το θέμα, παρόλο που γνωρίζουμε πια ότι τα φαινόμενα της οικογενειακής βίας και της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών έχουν πάρει σοβαρές διαστάσεις και στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία και τα τελευταία χρόνια καταλαμβάνουν συχνά μέρος της επικαιρότητας.

Απαιτούνται λοιπόν οι κατάλληλοι χειρισμοί μέσα από θεσμικούς προγραμματισμούς για την καθιέρωση συμβουλευτικών κέντρων γονιών και παιδιών, προγράμματα προετοιμασίας για το γονικό ρόλο, ίδρυση σχολιατρικών υπηρεσιών καθόσον μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη της κακοποίησης παιδιών μέσα στην οικογένεια. Το σχολείο μπορεί να προαγάγει το κριτικό πνεύμα και την προσωπική αξιοπρέπεια των μαθητών του καθώς και των αυριανών γονιών μεταδίδοντας ηθικές αρχές και αξίες που είναι απαραίτητες.

ABSTRACT

The long history of childhood has a dismal state abuse. The abuses has to do with the absolute authority of parents to their children and they are often used as pedagogical practices. Details concerning the upbringing of the children of upper social classes, including dropouts, torture, sexual abuse, infanticide, and generally a story of brutality in which the parents were taking advantage of their children's life.

Child abuse is a phenomenon in which one or more adults cause or let happen to the child bodily injury or destitution, that often lead to serious disturbances of physical, mental, emotional or social forms and even death.

The sexual violation of children (Kempe, 1978) is "engagement dependent, immature as to the completion of the development children and adolescents in sexual activities, which are not consciously understand, which is unable to give valid consent and that violate the perceptions of society on family roles. "includes various forms of sexual violation by exposure to show, the caresses and lascivious acts by rape and incest and child pornography and prostitution are the commodity aspect.

According to a study (Finkelhor, 1994) conducted in 14 European countries. In Greece, the 33% of sexual abuse of girls and the 23% of sexual abuse of boys is happening within the family. The circumstances and rates of incidence of the phenomenon in Greece do not differ much from other European countries.

The child protection was raised as a social need of the most renowned international agencies. Greece, however, did not follow the international developments on the issue, although we know now that the phenomena of violence and physical and sexual abuse of children have taken serious dimensions in contemporary Greek society and in recent years often occupy part of the news.

Therefore we need appropriate handling through institutional programming to establish counseling centers for parents and children, programs to prepare for parenthood, establishment school-health services it can help prevent child abuse within the family. The school can promote a critical and personal dignity of students and parents of tomorrow by passing ethics and values are required.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιθετικότητα και η βία μαζί με την καταστροφικότητα που επιφέρουν, αποτελούν μια από τις πιο πολύπλοκες και σκοτεινές εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η σημασία τους είναι τεράστια για την έκταση, το βάθος και τις προεκτάσεις που είχαν και έχουν στη ζωή των ατόμων και των κοινωνιών συνεχώς σε ολόκληρη την ιστορική περίοδο της ανθρωπότητας μέχρι σήμερα.

Ειδικότερα η βία ενάντια στα παιδιά είναι η χειρότερη μορφή εκδήλωσής της και αυτό φαίνεται από τα συχνά δημοσιεύματα στον τύπο που καταθρομβούν την κοινή γνώμη, όχι όμως όπως φαίνεται και την πολιτεία.

Το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών αποτελεί ένα σοβαρό ψυχοκοινωνικό πρόβλημα, η αποκάλυψη του οποίου έχει πάρει σοβαρές διαστάσεις και στην Ελλάδα. Οι διάφορες μορφές κακομεταχείρισης ή και εκμετάλλευσης των παιδιών περιλαμβάνουν πράξεις ενεργητικής και παθητικής βίας, όπως: σωματική κακοποίηση, σωματική παραμέληση, σεξουαλική παραβίαση, ψυχολογική κακοποίηση κ.ά. Η αποκάλυψη του προβλήματος απαιτεί συνεχείς και ολοένα μεγαλύτερες προσπάθειες ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών και ενημέρωσης του κοινού ώστε να προωθούνται όσο το δυνατόν πληρέστερες προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή του ως προς τους τρεις κύριους άξονες: της διάγνωσης, θεραπείας και πρόληψης.

Είναι επιτακτική η ανάγκη να γνωστοποιηθούν οι πραγματικές διαστάσεις του προβλήματος και να ληφθούν μέτρα για την επίλυσή του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εκατομμύρια παιδιά κάθε χρόνο κακοποιούνται ή παραμελούνται στην σύγχρονη κοινωνία των Κρατών. Δύσκολα μπορεί να γίνει αντιληπτό, πόσο μάλλον παραδεκτό για τους περισσότερους, αληθινό όμως για αυτούς που είναι σε θέση να γνωρίζουν.

Στην πτυχιακή αυτή εργασία γίνεται μια προσπάθεια προκειμένου να αναφερθούν οι περισσότερες μορφές του φαινομένου και υποδεικνύονται τρόποι και λύσεις για την αντιμετώπισή του.

Πιο αναλυτικά, στο Κεφάλαιο 1, γίνεται αναφορά στην ιστορία της παιδικής κακοποίησης και στην εικόνα του φαινομένου στην Ελλάδα.

Στο Κεφάλαιο 2, γίνεται αναφορά στα αίτια που οδηγούν στην κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού.

Στο Κεφάλαιο 3, περιγράφονται οι μορφές της κακοποίησης, ενώ στο Κεφάλαιο 4, αναλύονται τα συμπτώματα ενός κακοποιημένου παιδιού καθώς και τα χαρακτηριστικά των υπαιτίων, προκειμένου να τα γνωρίζουμε και να γίνεται ευκολότερα η αναγνώρισή τους.

Στο Κεφάλαιο 5, γίνεται αναφορά για τη συχνότητα και τα ποσοστά κακοποίησης ανά τον κόσμο και ειδικά στην Ελλάδα.

Στο Κεφάλαιο 6, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις της κακοποίησης τόσο στο παιδί όσο και στην οικογένειά του και την κοινωνία.

Στο Κεφάλαιο 7, αναφέρονται οι τρόποι διαγνωστικής εκτίμησης της κακοποίησης όσον αφορά το παιδί και την οικογένειά του.

Στο Κεφάλαιο 8, γίνεται αναφορά στη θεραπευτική αντιμετώπιση των κακοποιημένων παιδιών, της οικογένειάς τους και του υπαιτίου της κακοποίησης.

Στη συνέχεια, το Κεφάλαιο 9, γίνεται αναφορά στα δικαιώματα του παιδιού καθώς και στην πρόληψη της παραβίασής τους.

Στο Κεφάλαιο 10, παρουσιάζονται οι μορφές πρόληψης που συντελούν στην καταπολέμηση του φαινομένου.

Στο Κεφάλαιο 11 παρουσιάζεται η νοσηλευτική παρέμβαση στη θεραπεία της κακοποίησης.

Στο Κεφάλαιο 12, παραθέτονται μαρτυρίες παιδιών από κακοποιημένα παιδιά.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 13, αναφέρονται οι αρμόδιες υπηρεσίες που μπορεί να απευθυνθεί κάποιος σε υποψία φαινομένου κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιού.

Η πτυχιακή εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, τις προτάσεις καθώς και τις βιβλιογραφικές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για τη σύνταξή της.

Ας ελπίσουμε ότι το φαινόμενο της κακοποίησης θα εξαλειφθεί σύντομα και επιτέλους τα παιδιά να ανακουφίσουν τις ψυχές τους από τραύματα που τα συνοδεύουν για την υπόλοιπη ζωή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ – ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ
- 1.2 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
- 1.3 Η ΣΥΝΟΔΟΣ ΚΟΡΥΦΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Μαρτυρίες για κακομεταχείριση ακόμα και θανάτωση παιδιών από τους γονείς τους έχουμε από την αρχαιότητα. Η ιστορία του Ήφαιστου αποτελεί πραγματικά μια «κλασική» περίπτωση κακοποίησης παιδιού, με πολλά από τα γνωστά κοινωνικά και ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά (Βασιλιάς, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1992).

Η Ήρα θυμωμένη επειδή ο σύζυγός της, ο Ζευς, πήγαινε με άλλες γυναίκες γέννησε εξώγαμα τον Ήφαιστο. Ο Ήφαιστος όμως, ήταν άσχημος, ανάπηρος και κουτσός, πράγμα που η Ήρα δεν άντεξε και τον πέταξε από τον Όλυμπο στη θάλασσα. Σώθηκε από την Θέτιδα και την Ευρυνόμη, αλλά αναφέρεται ότι πάντα μισούσε τη μητέρα του, ήταν βίαιος και όταν παντρεύτηκε ο ίδιος με την Αφροδίτη, ο γάμος απέτυχε (Βασιλιάς, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1992).

Η σημερινή αντίληψη της κακοποίησης παιδιών και η αντιμετώπισή της ως ιατροκοινωνικό πρόβλημα αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του '60, από τον Αμερικανό γιατρό C. Kempe και τους συνεργάτες του, μετά από παρατηρήσεις ακτινογραφιών παιδικών καταγμάτων και τραυμάτων που φαίνονταν ανεξήγητες και δεν αιτιολογούνταν επαρκώς από τους γονείς των παιδιών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Ο Kempe έκανε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους, όπως και των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους. Η περιγραφή του ήταν βασισμένη σε στοιχεία που μαζεύτηκαν από ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους συναδέλφους του σε διάφορα παιδιατρικά κέντρα της Αμερικής. Οι πρώτες αντιδράσεις στις δημοσιεύσεις του Kempe ήταν δυσπιστία και άρνηση. Οι γιατροί προτιμούσαν να πιστέψουν τις αντιφατικές και απίθανες εξηγήσεις που οι γονείς έδιναν για τα τραύματα των παιδιών τους (Παπανικολάου, 1998 & Κατωπόδη, 2005).

Σιγά-σιγά, όμως στην Αμερική και σε άλλες χώρες, οι γιατροί άρχισαν να παραδέχονται ότι εκείνοι που φροντίζουν τα παιδιά, καμιά φορά μπορεί να τα τραυματίσουν. Άρχισαν να σκέφτονται την κακοποίηση σαν «πιθανή διάγνωση» στην περίπτωση κακώσεων σε βρέφη και την παραμέληση και στέρηση μητρικής φροντίδας σαν αίτια στασιμότητας της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού. Η διάγνωσή τους ήταν πιο εύκολη όταν υπήρχε ιστορικό εγκληματικής

δράσης στην οικογένεια ή όταν ένας γονέας παρουσίαζε ψυχιατρικά προβλήματα ή ήταν ναρκομανής ή αλκοολικός (Κατωπόδη, 2005).

Σταδιακά όμως, όλο και περισσότεροι γιατροί αντιμετώπιζαν περιπτώσεις κακοποίησης σε «φυσιολογικές» οικογένειες. Ταυτόχρονα, άρχισαν να καταλαβαίνουν ότι στην αρρώστια αυτή η διάγνωση είναι πολύ πιο απλή από την θεραπεία, και στην αντιμετώπιση του προβλήματος, οι παιδίατροι ζήτησαν βοήθεια από τους συνεργάτες, από τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχιάτρους και τους ψυχολόγους ή και το αντίθετο. Γενικά η προστασία του παιδιού προβλήθηκε ως μια κοινωνική ανάγκη από τους πιο γνωστούς διεθνείς οργανισμούς (Παπανικολάου, 1998):

Το 1959 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών προβαίνει σε μια Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του παιδιού και προβλέπει ένα νομοθετικό πια καθεστώς προστασίας από κάθε μορφής εκμετάλλευσης ή παραμέλησης (9^η αρχή της Διακήρυξης) (Τσιάντης, 2000).

Το 1989 η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και πιο συγκεκριμένα τα άρθρα 19 και 34, τα οποία αφορούν αντίστοιχα την προστασία του παιδιού από κάθε μορφή βίας γενικά και ειδικά από τη σεξουαλική βία (Τσιάντης, 2000).

Τέλος στα πλαίσια του Παγκόσμιου Συνεδρίου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών στην Αβάνα τον Σεπτέμβριο του 1990 διατυπώνονται οι Συστάσεις της Γενικής Γραμματείας του Οργανισμού, με την ονομασία "Αρχές του Riyard", οι οποίες αφορούν άμεσα την πρόληψη της κακοποίησης και της οικογενειακής βίας (Τσιάντης, 2000).

Οι διεθνείς οργανισμοί επομένως αναγνωρίζουν καταρχήν και αντιμετωπίζουν κατόπιν το πρόβλημα της κακοποίησης των παιδιών και της ενδοοικογενειακής βίας σε όλες τις μορφές της. Ανεξάρτητα πάντως από τα αποτελέσματα των δραστηριοτήτων τους, σημαντικό είναι το γεγονός ότι δεν αντιμετώπισαν τα προβλήματα αυτά ως ατομικές πρακτικές, αλλά ως κοινωνικά φαινόμενα. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου η μελέτη της παιδικής κακοποίησης και η δημιουργία σχετικών προστατευτικών νομοθεσιών καθώς και προγραμμάτων θεραπείας και πρόληψης αναπτύχθηκαν ταχύτητα σε όλες τις δυτικές κοινωνίες (Τσιάντης, 2000).

1.2 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην Ελλάδα, οι προβληματισμοί για το σύνδρομο της παιδικής κακοποίησης πρωτοπαρουσιάστηκαν κάπου αργότερα, στα τέλη της δεκαετίας του '70. Η πρώτη γραπτή αναφορά δημοσιεύθηκε με την μορφή επικεφαλίδας σε εφημερίδα, το 1976. Ο συγγραφέας βασισμένος σε στοιχεία ξένων χωρών, προβληματίστηκε ως προς το αν ένα τέτοιο πρόβλημα, μπορεί να υπάρχει σε μια

χώρα σαν τη δικιά μας, με τις δεδομένες κοινωνικές δομές. Τον ίδιο χρόνο διαμορφώθηκε ένας ερευνητικός επιστημονικός πυρήνας στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, ο οποίος, έπειτα από μια μικρή αναδρομική μελέτη στο υλικό της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, αναφέρθηκε στην ύπαρξη του συνδρόμου Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών στην Ελλάδα (Finkelhor, 1997).

Από το 1997 ως σήμερα ο ερευνητικός αυτός πυρήνας, που διαμορφώθηκε σε διεπιστημονική ομάδα και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ερευνά διεξοδικά το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, ενώ συγχρόνως παρέχει θεραπευτική παρέμβαση και αποκατάσταση στις οικογένειες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1982).

Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες της ομάδας περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά μαθήματα σε σπουδές νοσηλευτικών σχολών και ειδικούς επαγγελματίες, ενημερωτικές διαλέξεις και σεμινάρια στην Αθήνα και στην επαρχία, συνεργασία με τα Μ.Μ.Ε. Μια οργανωμένη μετεκπαιδευτική προσπάθεια άρχισε από τον Οκτώβρη του 1985 με τη μορφή ετήσιων σεμιναρίων που απευθύνονται σε διεπιστημονικό κοινό (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Το 1983 συγκροτήθηκε μια ομάδα εργασίας με την πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με σκοπό την μελέτη του προβλήματος και στην αναζήτηση τρόπων για την αντιμετώπιση του (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1982 & 1998, Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός & Αγάθωνος Γεωργοπούλου, 1998).

Επομένως, από τα παραπάνω, διαπιστώνεται ότι η Ελλάδα δεν ακολούθησε τις διεθνείς εξελίξεις γύρω από το θέμα, παρόλο που γνωρίζουμε πια ότι τα φαινόμενα της οικογενειακής βίας και της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών έχουν πάρει σοβαρές διαστάσεις και στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία και τα τελευταία χρόνια καταλαμβάνουν μέρος συχνά της επικαιρότητας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Το φαινόμενο της οικογενειακής βίας, η αποκάλυψη και η αντιμετώπισή του προβάλλεται και στην Ελλάδα, μέσα από την ευαισθητοποίηση και την επιρροή που ασκεί μια ισχυρή ομάδα πίεσης, το φεμινιστικό κίνημα. Στην περίπτωση όμως της κακοποίησης των παιδιών μια παρόμοια ομάδα πίεσης δεν υπάρχει καθώς τα παιδιά λόγω της ηλικίας τους είναι ανήμπορα να την οργανώσουν και ολόκληρη η κοινωνία ίσως δεν αντέχει να αποκαλύπτονται τέτοια φαινόμενα που αυτόχρονα αποτελούν μια ισχυρή απομυθοποίηση των θεσμών της (Παπανικολάου, 1998).

1.3 Η ΣΥΝΟΔΟΣ ΚΟΡΥΦΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Το Σεπτέμβριο του 1990, μετά το τέλος του Ψυχρού Πολέμου, επικρατούσε ασυνήθιστη αισιοδοξία στον κόσμο. Ήταν διάχυτη η προσδοκία ότι τα χρήματα που ξοδεύονταν για όπλα θα μπορούσαν τώρα να διατεθούν για τον άνθρωπο, ως φόρο τιμής στην ειρήνη (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Ένας χωρίς προηγούμενο αριθμός αρχηγών κρατών και ηγετών συγκεντρώθηκε στα Ηνωμένα Έθνη για την Παγκόσμια Σύνοδο Κορυφής για τα Παιδιά καθώς ο κόσμος εξέταζε το πώς να εξασφαλίσει στα παιδιά μια καλύτερη ζωή (www.unicef.gr/reports/sowcr2002.php, 2002).

Η Σύνοδος Κορυφής για τα Παιδιά αντικατόπτριζε τις ελπίδες του κόσμου για τα παιδιά. Ηγέτες υποσχέθηκαν να επικυρώσουν την Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η οποία είχε εγκριθεί ομόφωνα από τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών μόλις ένα χρόνο πριν. Υπέγραψαν για φιλόδοξους στόχους, να μειώσουν τη παιδική θνησιμότητα, να αυξήσουν την κάλυψη των εμβολιασμών, να προσφέρουν βασική εκπαίδευση και μια πλειάδα άλλων μέτρων μέχρι το έτος 2000 (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Η Κατάσταση των Παιδιών στον Κόσμο 2000 αφορά την ηγεσία εκείνη, που έκανε τις δεσμεύσεις της Συνόδου Κορυφής του 1990 πράξη και βελτίωσε τις συνθήκες παιδιών και οικογενειών, αλλά και εκείνη την ηγεσία που είναι ακόμα απαραίτητη για να εξασφαλίσει το δικαίωμα του κάθε παιδιού να ζει με ειρήνη, υγεία και αξιοπρέπεια (www.unicef.gr/reports/sowcr2002.php, 2002).



Ο πρώτος στόχος που τέθηκε στη Σύνοδο Κορυφής ήταν να μειωθούν τα ποσοστά της βρεφικής και της κάτω των 5 ετών θνησιμότητας, κατά το 1/3 στο διάστημα 1990-2000. Η συνολική μείωση κατά 14% υπήρξε μια σημαντική βελτίωση καθώς τώρα επιζούν 3 εκατομμύρια παιδιά περισσότερα μετά τα 5^α τους γενέθλια, πράγμα που δεν συνέβαινε πριν μια δεκαετία. Στην πραγματικότητα περισσότερες από 60 χώρες πέτυχαν την μείωση κατά το 1/3 (www.unicef.gr/reports/sowcr2002.php, 2002).

Ένας ακόμα στόχος ήταν να μειωθούν στο μισό τα ποσοστά υποσιτισμού μεταξύ παιδιών κάτω των 5 ετών. Παρότι αυτός ο στόχος ξεπεράστηκε κατά πολύ στη Νότια Αμερική, τα συνολικά ποσά στις αναπτυσσόμενες χώρες υποχώρησαν μόνο κατά 17%. Στην Ασία όπου ζουν περισσότερα από τα 2/3 των υποσιτιζόμενων παιδιών του κόσμου η μείωση υπήρξε σχετικά μικρή, από 36% στο 29%. Στη Νότια της Σαχάρας Αφρική ο αριθμός των υποσιτιζόμενων παιδιών στην ουσία αυξήθηκε (www.unicef.gr/reports/sowcr2002.php, 2002).

Οι στόχοι για καθολική πρόσβαση σε ασφαλές πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής και αποχέτευσης μέχρι το έτος 2000 δεν προσεγγίστηκαν. Παρόλο που και στις δύο περιπτώσεις το ποσοστό ανέβηκε από 79% στο 82% για το νερό και από το 55% στο 60% για την υγιεινή, περίπου 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να μην έχουν πρόσβαση σε ασφαλές νερό, ενώ 2,4 δισεκατομμύρια ζουν χωρίς επαρκείς καταστάσεις υγιεινής, η πλειοψηφία των τελευταίων στην Ασία (www.unicef.gr/reports/sowcr2002.php, 2002).

Ο στόχος για καθολική πρόσβαση σε βασική εκπαίδευση βρίσκεται επίσης μακριά από την εκπλήρωσή του. Τα ποσοστά εγγραφής στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση αυξήθηκαν σε κάθε περιοχή, αλλά υπάρχουν ακόμα 100 εκατομμύρια παιδιά που δεν πηγαίνουν σχολείο και πολύ περισσότερα που έχουν χαμηλή ποιότητα εκπαίδευσης. Επίσης το χάσμα στην εκπαίδευση μεταξύ αγοριών και κοριτσιών μειώθηκε σημαντικά αλλά εξακολουθεί να είναι αρκετά μεγάλο (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1999).

Στον τομέα της γυναικείας υγείας όπου ο στόχος ήταν να μειωθεί στο μισό η μητρική θνησιμότητα, δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι υπήρξε κάποια αξιόλογη μείωση (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

- 2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
- 2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η μακρά ιστορία της παιδικής ηλικίας έχει μια ζοφερή πορεία κακοποιήσεων. Στοιχεία που αφορούν την ανατροφή των παιδιών των ανώτερων κοινωνικών τάξεων, γιατί γι' αυτές έχουμε πληροφορίες, περιλαμβάνουν εγκαταλείψεις, βασανισμούς, σεξουαλική κακοποίηση, παιδοκτονίες και γενικά μια ιστορία ανείπωτης βαναυσότητας με την οποία οι γονείς ασκούσαν το δικαίωμα ζωής και θανάτου που είχαν στα παιδιά τους (Γεωργούδη, 1997).

Δύσκολα μπορεί να γίνει αντιληπτό και πόσο μάλλον παραδεκτό, ότι ένας γονέας μπορεί να κακοποιήσει το παιδί του. Η διάχυτη καχυποψία και τα έντονα συναισθήματα που επικρατούν ακόμα και σε κύκλους «ειδικών», είναι το μεγαλύτερο εμπόδιο για την αναγνώριση και άρα την πρόληψη του προβλήματος. Το παράδοξο, όμως, είναι ότι τα ίδια τα άτομα δείχνουν μεγάλη επιείκεια για τη σημαντική άσκηση βίας προς τα παιδιά, ειδικά στο βαθμό που αυτή μπορεί να συνδεθεί με την έννοια του σωφρονισμού (Γεωργούδη, 1997).

Η πρόσφατη, σχετικά, αλλαγή στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες βιομηχανικά χώρες, αντικατοπτρίζει τις σημαντικές αλλαγές στάσεων προς τους ευρύτερους κοινωνικούς θεσμούς, όπως η σύγχρονη οικογένεια, η σχέση της κάθε γενεάς με την επόμενη, η θέση και τα δικαιώματα του παιδιού (Taylor-Browne, 1997).

2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Για την αιτιολογία του προβλήματος έχουν επικρατήσει δυο κύριες θεωρητικές σχολές:

Ø Η κοινωνιολογική θεώρηση, όπως υποστηρίζεται από τον κοινωνιολόγο D.E. Gil, όπου υποστηρίζει ότι η δυναμική της κακοποίησης είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς θεσμούς που όχι μόνο επιτρέπουν αλλά και ενισχύουν την άσκηση βίας στα παιδιά με την μετουσιωμένη μορφή της πειθαρχίας (Κάσιμος, 2000).

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α., διαπιστώθηκε ότι εκτός από τις συγκεκριμένες πράξεις σωματικής βίας που άσκησαν γονείς ή άλλοι ενήλικες στα παιδιά τους, ένα πολύ μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα βρέθηκε

να είναι τα εκατομμύρια παιδιών, τα οποία μεγαλώνουν με την ανοχή της κοινωνίας, σε συνθήκες σοβαρής αποστέρησης. Διαπιστώθηκε, επίσης, ενώ οι προδιαθεσικοί παράγοντες για κακοποίηση υπάρχουν σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες αποστέρησης κινδυνεύουν πολύ περισσότερο να κακοποιηθούν από τους γονείς τους ή από άλλα άτομα που τα φροντίζουν (Fergusson, Horwood, Lynskey, 1997).

Η διαπίστωση ότι πέρα από την οικογενειακή βία εκατομμύρια παιδιά κακοποιούνται σωματικά και συναισθηματικά σε ευρύτατους χώρους, όπως σχολεία, παιδικούς σταθμούς και ιδρύματα, έδωσε αφορμή για μια γενικότερη κίνηση διερεύνησης του προβλήματος. Η μελέτη του Gil, τόνισε ότι ένα τόσο δεδομένο φαινόμενο, όπως η βίαια συμπεριφορά των ενηλίκων προς τα παιδιά, δε μπορεί να αποδοθεί αιτιολογικά στην ατομική ψυχοπαθολογία του κάθε ενηλίκου, παρά μόνο σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και κοινωνικούς θεσμούς (Κάσιμος, 2000).

Ø Αντίθετα με την θεωρία του Gil, η σχολή του Denver υποστηρίζει την ψυχολογική άποψη, όπου αποδίδει τα αίτια της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην ψυχοπαθολογία των γονέων τους ή άλλων υπευθύνων. Τα άτομα αυτά περιγράφονται ως άτομα 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 με σοβαρά ψυχικά νοσήματα δεν ξεπερνά το 10%, αν και περιγράφεται ότι πάνω από 90% είναι άτομα έντονα στερημένα και θυμωμένα, που ζουν σε συνθήκες ψυχολογικής και κοινωνικής έντασης. Οι κύριοι ερευνητές στο Denver υποστηρίζουν ότι προϋπόθεση για κακοποίηση και παραμέληση αποτελούν τέσσερις βασικοί παράγοντες:

- Η προδιάθεση για κακοποίηση που υπάρχει 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 δεν μπορούν να απευθυνθούν σε περιόδους κρίσης (Κάσιμος, 2000).

Τα ερευνητικά δεδομένα που σχετίζονται με τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των γονέων δεν έχουν επαρκώς ερευνηθεί, επειδή ο σημαντικότερος στόχος και η αγωνία αυτών που ασχολούνται υπεύθυνα με κάποιο περιστατικό είναι η αποκατάσταση των παιδιών. Οι γονείς που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους έχουν φοβερές και εξωπραγματικές απαιτήσεις από αυτά. Αυτές οι απαιτήσεις αφορούν κυρίως τους τομείς της ανάπτυξης, της συμπεριφοράς και των συναισθηματικών του αντιδράσεων (Τσιαντής, Μανωλόπουλος, 1987).

Αναζητώντας να αντλήσουν από τη σχέση τους με τα παιδιά τη συναισθηματική ζεστασιά, παραδοχή και επιβράβευση που δεν πήραν εκείνοι από τους δικούς τους γονείς, τείνουν να αναπαράγουν τον τύπο της γονεϊκής φροντίδας που οι ίδιοι έχουν βιώσει (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991 & Τσιαντής, Μανωλόπουλος, 1987).



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 την χρήση αυστηρών πειθαρχικών μεθόδων για την αγωγή των παιδιών, οδηγούν σε τελείως παράλογες μορφές κακοποίησης (Γεωργούδη, 1997).

Είναι εύλογο ότι τα παιδιά που χαρακτηρίζονται από τους γονείς τους ως «δύσκολα» ή έχουν αυξημένες ανάγκες για φροντίδα, κινδυνεύουν περισσότερο να κακοποιηθούν. Η διαταραχή του πρωταρχικού δεσμού μητέρας -παιδιού είναι από τους βασικότερους αιτιολογικούς παράγοντες για την κακοποίηση ή την παραμέληση ενός παιδιού. Εκλυτικός παράγοντας για το επεισόδιο της κακοποίησης είναι η ύπαρξη κάποιας «φύσης» στο παιδί, στους γονείς ή στις συνθήκες της ζωής τους. Συχνότερα η κρίση προκαλείται από τη συμπεριφορά

του παιδιού που κλαίει χωρίς «λόγο», που δε θέλει να φάει, που λερώθηκε ή που στεναχώρησε τους γονείς του (Τσιάντης, 2000).

Το ερώτημα «ποιος το έκανε» έχει βασανίσει πολλούς ειδικούς επαγγελματίες που ασχολούνται με την κακοποίηση των παιδιών. Συχνά καταναλίσκουν αρκετό χρόνο ώστε να εντοπίσουν το δράστη. Συνήθως, και οι δύο γονείς συμμετέχουν στη κακοποίηση του παιδιού τους, ο ένας χτυπώντας το και ο άλλος μη μπορώντας ή μη θέλοντας να το προστατέψει, άλλοτε και οι δύο γονείς κακοποιούν το παιδί τους, ποτέ όμως δε γίνεται εν αγνοία του άλλου γονέα. Συχνότερα κακοποιούν οι μητέρες τα παιδιά τους, επειδή μένουν αρκετές ώρες μαζί τους στο σπίτι, αλλά και ο πατέρας, όταν λόγω ανεργίας μένει στο σπίτι με τα παιδιά, η συχνότητα κακοποίησής τους είναι μεγάλη (Γεωργούδη, 1997).

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όσον αφορά τους παράγοντες υψηλού κινδύνου για την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού, αυτοί είναι οι εξής:

Ø ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ:

- το φύλο παίζει ρόλο. Στην πλειονότητά τους είναι αγόρια.
- μικρές ηλικίες. Μέσος όρος ηλικίας 3,5 χρονών
- να έχει κάποιο πρόβλημα υγείας ή αναπηρία
- πρόωρος τοκετός
- ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

Ø ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ:

- να έχουν νεαρή ηλικία, ιδιαίτερα η μητέρα
- να έχουν ψυχολογικά προβλήματα
- να υπάρχουν ατομικές εμπειρίες κακοποίησης και παραμέλησης
- χαμηλή νοημοσύνη (για την μητέρα)
- παρορμητική συμπεριφορά
- κακές οικογενειακές σχέσεις στην πατρική οικογένεια της μητέρας (Πρεκατέ, 2009).

Ø ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:

- να είναι πυρηνική (τέσσερα μέλη)
- κακές ενδοοικογενειακές σχέσεις
- να μην υπάρχει σταθερή εργασία, κυρίως για τον πατέρα
- να έχουν χαμηλή κοινωνική θέση

- να είναι κοινωνικά απομονωμένοι
- να υπάρχει παρουσία και άλλων κοινωνικών προβλημάτων (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Αναλυτικότερα:

Οι περισσότεροι γονείς που έχουν κακοποιήσει ή παραμελήσει τα παιδιά τους ανήκουν στο ευρύ φάσμα της ψυχοπαθολογίας με συνηθέστερη κλινική εικόνα τη διαταραχή της προσωπικότητας. Παράλληλα, μερικοί γονείς από αυτούς, έχουν χαμηλή νοημοσύνη και προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. Ακόμα μπορεί να προστεθεί η ανωριμότητα, η παρορμητικότητα, οι μεγάλες ανάγκες για εξάρτηση και οι έντονα διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999).

Έχει περιγραφεί μια τυπολογία των γονιών μαζί με κάποια μοντέλα συμπεριφορών. Ορισμένα από αυτά είναι:

- § Έχει βρεθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς είχαν κακοποιηθεί από τους γονείς τους, επαναλαμβάνοντας με τα παιδιά τους την ίδια πράξη, μέσα από τους μηχανισμούς ταύτισης με τον επιτιθέμενο. Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι υπάρχει βασική διαφορά μεταξύ των γονιών που εκφράζουν βία με φυσικό τρόπο στα παιδιά τους (Κάσιμος, 2000).
- § Επίσης περιγράφεται, από τους Steele και Pollock, μια ανεπάρκεια στο μητρικό ρόλο όπου οι γονείς αυτοί δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι ανώριμα εξαιτίας της ηλικίας τους. Συχνά σχόλια που ακούμε από αυτούς τους γονείς είναι ότι «τα παιδιά πρέπει να σέβονται τους γονείς» και ότι «δεν πρέπει να υποχωρούμε στις απαιτήσεις των παιδιών γιατί τα κακομαθαίνουμε» (Κάσιμος, 2000).
- § Παρατηρείται επίσης αναστροφή του ρόλου γονέα-παιδιού. Δηλαδή, οι γονείς αυτοί, περιμένουν από τα παιδιά τους να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση και ότι στην πραγματικότητα τα παιδιά τους υπάρχουν για να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Είναι συνήθως, αυτοί οι γονείς, που έχουν έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και ανωριμότητα. Ένα αρκετά συχνό χαρακτηριστικό αυτών των γονιών είναι η παθολογική λειτουργία του υπερεγώ τους, σύμφωνα με την οποία αν και επιφανειακά μπορεί να φαίνονται αδιάφοροι, έχουν έντονα ασυνείδητα συναισθήματα ενοχής (Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999).
- § Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους, είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση που έχουν. Είναι πολύ χαρακτηριστικό από την κλινική πράξη, οι γονείς αυτοί να περιγράφουν τη χαμηλή εκτίμηση που έχουν για τον εαυτό τους, που σχετίζεται με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του μητρικού και πατρικού τους ρόλου. Οποσδήποτε κάτι άλλο που συμβαίνει σε αυτές τις οικογένειες, ιδίως στις περιόδους της κακοποίησης, είναι μια κρίση στην οικογένεια ή και κρίση

στην σχέση γονιού-παιδιού (Korbin, 1981 & Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999).

- § Επίσης, μια άλλη παράμετρος είναι ότι απαντούν στις προσβολές ή επιθέσεις ενάντια στον εαυτό τους, για τον οποίο τρέφουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, με ένα αντισταθμιστικό τρόπο. Σαν αποτέλεσμα, οι γονείς του παιδιού προσπαθούν απελπισμένα να κρατήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού τους, έστω και επιφανειακά, απέναντι στα βαθύτερα συναισθήματα ανεπάρκειας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση των μηχανισμών άμυνας, της προβολής και εξωτερίκευσης (Κάσιμος, 2000).
- § Η προβολή των αρνητικών γονικών χαρακτηριστικών εκφράζεται προς το παιδί, το οποίο γίνεται «αποδιοπομπαίος τράγος» προς το οποίο στρέφεται όλη η επιθετικότητα των γονιών. Η μητέρα δηλαδή παθητικά ξανακάνει με το κακοποιημένο παιδί την απόρριψη και την ταπείνωση που η ίδια βίωσε με τη μητέρα της. Το άγχος, η ενοχή και η μείωση της αυτοεκτίμησης της μητέρας απειλούν την πολύ ευαίσθητη ναρκισσιστική της ψυχική ισορροπία (Κάσιμος, 2000 & Σταύρου, 1983).



Διάφορα ερευνητικά ελληνικά δεδομένα αναφέρονται σε μερικά από τα χαρακτηριστικά των γονιών και των οικογενειών τους όπως το γεγονός ότι, οικογένειες που ήταν πολύ προβληματικές με πολλαπλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, οι γονείς ήταν νεαρής ηλικίας και δεν είχαν σταθερή εργασία, ενώ είχαν κακές σχέσεις με τις δικές τους οικογένειες. Ακόμα αναφέρθηκε ότι, στις οικογένειες αυτές συνυπάρχουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, ενώ ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτών των οικογενειών είναι η κοινωνική απομόνωση. Έτσι είναι εύκολο, η νεαρή καταθλιπτική μητέρα που είναι

κοινωνικά απομονωμένη χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα, να στρέψει την επιθετικότητά της προς το βρέφος (Korbin, 1981).

Η στάση των γονιών και της κοινωνίας γενικότερα στο θέμα της σωματικής τιμωρίας των παιδιών μπορεί να ενθαρρύνει την άσκηση σοβαρής σωματικής βίας σε ένα παιδί αν και, τα στοιχεία που υπάρχουν δεν το αποδεικνύουν. Αντιθέτως, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά συμπεριφέρονται καλύτερα στο σχολείο όταν δεν ασκείται σε αυτά σωματική τιμωρία (Γεωργούδη, 1997).

Η ίδια θετική άποψη για την άσκηση της βίας υπάρχει και από πολλούς ενήλικες που εργάζονται σε ιδρύματα ή υπηρεσίες παιδικής προστασίας. Μερικοί από αυτούς τους ενήλικες, για λόγους δικής τους ψυχοπαθολογίας και επωφελούμενοι από την γενικότερη θετική στάση των πολιτών, φέρονται επιθετικά στα παιδιά τους (Γεωργούδη, 1997).

Βλέπουμε λοιπόν, ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που προδιαθέτουν για κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, δε διαφέρουν από τις γενικότερες δυσμενείς συνθήκες ζωής, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική ανάπτυξη και την κοινωνική προσαρμογή και οι οποίες τροφοδοτούν τους κλασσικούς κύκλους της κοινωνικής αποστέρησης. Ο συνδυασμός τους, όμως, με τους ατομικούς και οικογενειακούς προδιαθεσικούς παράγοντες για κακοποίηση και παραμέληση παιδιών, τους κάνει ιδιαίτερα σημαντικούς. Τέτοιοι παράγοντες είναι η έλλειψη ζωτικού χώρου λόγω υψηλής πυκνοκατοίκησης, η υποβαθμισμένη γειτονιά, η χρόνια φτώχεια, η ανεργία και πολλά άλλα (Κάσιμος, 2000).

Συμπερασματικά, πρέπει να τονιστεί ότι η ολοκληρωμένη διάγνωση κάθε περίπτωσης κακοποιημένου παιδιού θα πρέπει να βασιστεί σε διαγνωστικά χαρακτηριστικά που αφορούν το παιδί, τους γονείς, την οικογένεια και τις συνθήκες ζωής. Η διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση είναι ο σωστότερος και αποτελεσματικότερος τρόπος προσέγγισης κάθε περίπτωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

- 3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
- 3.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ
 - 3.2.1 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
 - 3.2.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
 - 3.2.3 ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ
- 3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
 - 3.3.1 ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ
 - 3.3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
 - 3.3.3 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
 - 3.3.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΔΕΛΦΩΝ
- 3.4 ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
- 3.5 ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ
- 3.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ
- 3.7 ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ
- 3.8 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΥΓΧΑΟΥΖΕΝ ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ
- 3.9 ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΑΤΑΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ
- 3.10 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ
ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΘΕΣΜΟΥΣ
- 3.11 ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΕΣ
- 3.12 ΠΑΙΔΟΦΙΛΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η βίαη αντιμετώπιση των παιδιών εκ μέρους εκείνων που τους παρέχουν φροντίδα δεν αποτελεί χαρακτηριστικό καμίας συγκεκριμένης κοινωνίας. Για πολλούς αιώνες η κακή μεταχείριση των παιδιών δικαιωνόταν από την πεποίθηση ότι η αυστηρή σωματική τιμωρία ήταν απαραίτητη για να επιβληθεί η πειθαρχία, να αποφευχθούν οι κακές επιδράσεις ορισμένων πνευμάτων, να διατηρηθεί το γονεϊκό κοινωνικό κύρος, να εκδιωχθούν τα κακά πνεύματα ή να μεταδοθούν εκπαιδευτικές και ηθικές αρχές.

Το σχέδιο νόμου Περί Προστασίας Παιδιών που εκπόνησε το Εθνικό Κέντρο για την κακοποίηση και την παραμέληση των παιδιών (National Center on Child Abuse and Neglect) στις Η.Π.Α. αποτέλεσε πρότυπο για τις νομοθετικές ρυθμίσεις σε πολλές χώρες. Ο νόμος αυτός διατυπώνει τους παρακάτω ορισμούς (WHO, 1999):

1. Παιδί σημαίνει όταν το άτομο είναι κάτω των 18 ετών.
2. Κακοποιημένο ή παραμελημένο παιδί σημαίνει όταν βλάπτεται η σωματική ή ψυχική υγεία ή ευημερία του παιδιού ή απειλείται από τις πράξεις ή τις παραλείψεις του γονέα ή άλλου προσώπου υπεύθυνου για την ευημερία του.
3. Βλάβη της υγείας ή της ευημερίας του παιδιού μπορεί να επέλθει όταν ο γονέας ή ο υπεύθυνος για την ευημερία του (WHO, 1999):

α) προκαλεί ή επιτρέπει σε άλλους να προκαλέσουν σωματικά ή ψυχικά τραύματα στο παιδί, συμπεριλαμβανομένου και του τραυματισμού που προκαλείται από υπερβολική τιμωρία.

β) διαπράττει ή επιτρέπει να διαπραχθεί κατά του παιδιού σεξουαλικό αδίκημα, όπως ορίζεται από το νόμο της πολιτείας.

γ) δεν παρέχει στο παιδί επαρκή διατροφή, ρουχισμό, στέγη, εκπαίδευση ή δεν φροντίζει την υγεία του, αν και οικονομικά είναι σε θέση να το κάνει ή είναι σε θέση να προσφέρει τα οικονομικά ή τα άλλα μέσα για την παροχή των ανωτέρω.

δ) εγκαταλείπει το παιδί.

ε) δεν παρέχει στο παιδί επαρκή φροντίδα, εποπτεία ή κηδεμονία με συγκεκριμένες πράξεις ή παραλείψεις εξίσου σοβαρής φύσεως, που απαιτούν την παρέμβαση των υπηρεσιών προστασίας του παιδιού ή του δικαστηρίου.

4. Απειλούμενη βλάβη σημαίνει ουσιαστικός κίνδυνος βλάβης.

5. Στα άτομα τα υπεύθυνα για την ευημερία του παιδιού συμπεριλαμβάνεται ο γονέας, ο κηδεμόνας, ο θετός γονέας, οποιοσδήποτε εργαζόμενος σε δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα που στεγάζει παιδιά, το ίδρυμα ή ο φορέας ή οποιοδήποτε άλλο φυσικό ή νομικό πρόσωπο, υπεύθυνο για την ευημερία του παιδιού.

6. Σωματικός τραυματισμός σημαίνει θάνατος, παραμόρφωση ή βλάβη οποιουδήποτε οργάνου.

7. Ψυχικός τραυματισμός σημαίνει βλάβη της νοητικής ή ψυχολογικής ικανότητας του παιδιού, όπως διαπιστώνεται από εμφανή και ουσιαστική μείωση της ικανότητας να λειτουργήσει μέσα σε ένα φυσιολογικό πλαίσιο απόδοσης και συμπεριφοράς, λαμβάνοντας υπόψη το πολιτιστικό τους περιβάλλον (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1982 & 1998).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στην εισαγωγή, με τον ορισμό «κακοποίηση - παραμέληση παιδιών» περιγράφεται ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη τη ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, ακόμα και το θάνατο.

Επισημαίνεται ότι τα άτομα με σχέση φροντίδας ως προς το παιδί, μπορεί εκτός των γονέων, να είναι και άλλοι συγγενείς όπως το προσωπικό των ιδρυμάτων, δάσκαλοι, βρεφοκόμοι και άλλοι.

3.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμό ή κάκωση διαφορετικής σοβαρότητας, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν, ακόμα και με την παραμικρή υποψία, να εξετάζουν με προσοχή όλο το σώμα του παιδιού (Εικ. 1) (Κουτσελίνης, 2000).



Εικ. 1. Εκχυμώσεις και διασχίσεις του προσώπου

Πηγή: Κουτσελίνης, Απ., Ιατροδικαστική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2000

3.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε τέτοιο βαθμό ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο η υγεία και η ανάπτυξή του (Εικ. 2). Ένα παιδί είναι παραμελημένο εάν αφεθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί (Κουτσελίνης, 2000).

Στα πλαίσια της παραμέλησης του παιδιού εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας. Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, αναφέρεται ως ξεχωριστή κατηγορία (Κουτσελίνης, 2000).



Εικ. 2. Τυπική εμφάνιση παραμελημένου παιδιού. Η στέρση τροφής και υγρών είναι έκδηλη

Πηγή: Κουτσελίνης, Απ., Ιατροδικαστική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2000

3.2.1 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η παραμέληση ιατρικής φροντίδας είναι σημαντικότερη σε περιπτώσεις παιδιών με χρόνια νοσήματα, όπως μεσογειακή αναιμία, σακχαρώδη διαβήτη, κ.ά., τα οποία χρειάζονται συνεχή θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση (Finkelhor & Korbin, 1988).

3.2.2 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η παραμέληση ασφάλειας για το παιδί ορίζεται ως κακοποίηση, αν και το παιδί είναι κάτω των δύο ετών. Παιδιά αυτής της ηλικίας που αφήνονται μόνα στο σπίτι ή που τα εγκαταλείπουν στο δρόμο ανήκουν στην κατηγορία αυτή (Finkelhor & Korbin, 1988).

3.2.3 ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Άλλες μορφές παραμέλησης που συνήθως διαπιστώνονται από κοινωνικές οργανώσεις, σχολεία, γείτονες, Αστυνομία και, σπανιότερα, από ιατρικά κέντρα είναι η εγκατάλειψη παιδιών, οι κακές συνθήκες υγιεινής,

ένδυσης, κατοικίας και η ανεπαρκής παρουσία ή ολοκληρωτική απουσία από το σχολείο (Κουτσελίνης, 2000).

3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ - ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

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 (όπως ο εγκλεισμός) ενός παιδιού περιλαμβάνονται στην περίπτωση αυτή και έχουν ολέθρια αποτελέσματα στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Διαγνωστικά κριτήρια αποτελούν η σοβαρή ψυχοπαθολογία του παιδιού και συγχρόνως η άρνηση των γονέων να επιτρέψουν θεραπεία για το παιδί (Τσιάντης, 2000).

3.3.1 ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ

Αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένης της συνουσίας, της θωπείας και επίδειξης γεννητικών οργάνων ανάμεσα στο παιδί και ένα φυσικό γονιό, πατριό/μητριά, παππούδες ή γιαγιάδες, αδελφοί και αδελφές. Τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τους δράστες είναι πολλά. Το σπουδαιότερο χαρακτηριστικό όμως, είναι ότι το παιδί υποβάλλεται σε μια διεργασία «εξαρτημένης μάθησης» και συχνά η αιμομικτική σχέση συνεχίζεται για πολλά χρόνια (Κουτσελίνης, 2000).

3.3.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Αναφέρεται στη ξαφνική σεξουαλική επίθεση από τον πατέρα, πατριό, συγγενή ή άλλον ενήλικο, άγνωστο στο παιδί. Συνήθως, αυτό το είδος της σεξουαλικής κακομεταχείρισης αποτελεί μεμονωμένο περιστατικό, κατά κανόνα απότομο και βίαιο, όπου αντίθετα με την περίπτωση της αιμομιξίας, δεν υπάρχει «εξαρτημένη μάθηση» (Εικ. 3).



Εικ. 3. Ευρείες ρήξεις στο σφιγκτήρα, τον βλεννογόνο και τα γειτονικά μαλακά μέρη από σεξουαλική κακοποίηση

Πηγή: Κουτσελίνης, Απ., Ιατροδικαστική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2000

3.3.3 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Αναφέρεται στην εκπόρνευση του παιδιού, στη χρησιμοποίησή του για την παραγωγή πορνογραφικού υλικού ή ακόμα 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 (Κουτσελίνης, 2000).

3.3.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΔΕΛΦΩΝ

Αναφέρεται σε οποιαδήποτε σεξουαλική σχέση ανάμεσα σε αδέρφια, είτε αμφιθαλή είτε ετεροθαλή. Αυτή η μορφή σεξουαλικής κακομεταχείρισης γίνεται κρυφά και είναι αποτέλεσμα της περιέργειας για την ανατομία του ανθρώπινου σώματος ή της έλλειψης γονεϊκής επίβλεψης. Μερικές φορές, όταν είναι φανερή και παρατεινόμενη, υπάρχει πιθανότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας για το ένα ή και τα δύο αδέρφια.

Οι διαφοροποιήσεις της σεξουαλικής κακομεταχείρισης, όπως προτείνονται από τον Balonek και τον Ζαφείρη, θεωρούνται ότι έχουν τεράστια σημασία στη διάγνωση και τη θεραπεία αυτών των περιπτώσεων (Τσιάντης, 2000).

Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται σε περιπτώσεις όπου ορισμένες συμπεριφορές, οι οποίες στο εξωοικογενειακό περιβάλλον χαρακτηρίζονται ως σεξουαλικές, στο περιβάλλον μιας συγκεκριμένης οικογένειας θεωρούνται ως φυσιολογικές (π.χ. γονείς που κυκλοφορούν γυμνοί στο σπίτι, ή γονιός και παιδί που κάνουν μπάνιο μαζί). Σε αυτές τις περιπτώσεις, παράγοντες οι οποίοι αφορούν στο κίνητρο θα πρέπει να εξεταστούν πριν διαγνωστεί η συμπεριφορά αυτή ως σεξουαλική (Thio, 2003).

3.4 ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η διεύρυνση του ορισμού της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών κάτω από την επήρεια της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού του ΟΗΕ, ενέταξε και την παιδική εργασία ως μια μορφή παραμέλησης, κακομεταχείρισης αλλά και σεξουαλικής και οικονομικής εκμετάλλευσης (Καστανίδου, 2000).

Ως παιδική εργασιακή εκμετάλλευση δεν πρέπει να θεωρείται η ολιγόωρη ημερήσια ή εβδομαδιαία εργασία ενός παιδιού άνω των 15 ετών, η οποία δεν αναστέλλει ή επηρεάζει τα δικαιώματά του για σχολική φοίτηση, ψυχαγωγία και ανάπαυση (Korbin, 1981).

3.5 ΔΥΣΤΡΟΦΙΑ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΑΥΞΗΣΗΣ

Με τον όρο «σύνδρομο δυστροφίας μη οργανικής αιτιολογίας» περιγράφεται η νοσολογική οντότητα, σύμφωνα με την οποία το βάρος σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του όρια, δηλαδή σε τιμές κάτω από την 3^η εκατοστιαία θέση, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση (Κουτσελίνης, 2000).

3.6 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ

Ως «σύνδρομο αμέτοχου θεατή» ορίζεται η έκθεση του παιδιού για μακρύ χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Η βία μεταξύ των συζύγων (1:4 ζευγάρια στη Μ. Βρετανία) είναι η χαρακτηριστική μορφή ενώ άλλες μορφές είναι η κακοποίηση -σωματική, σεξουαλική- άλλου αδελφού μέσα στην οικογένεια ή η

βία εναντίον του παππού ή της γιαγιάς. Η λεκτική βία (βρισιές, απειλές) είναι από τις πιο χαρακτηριστικές μορφές του συνδρόμου του αμέτοχου θεατή (Κουτσελίνης, 2000).

3.7 ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

Η μη τυχαία δηλητηρίαση ή «χημική κακοποίηση» περιγράφει την ηθελημένη χορήγηση τοξικής ουσίας σε ένα παιδί, συνήθως μικρής ηλικίας, με στόχο την πρόκληση βλάβης ή/και θανάτου. Ορισμένες μορφές της έχουν επαλληλία με το «Σύνδρομο Μυγχαούζεν δι' αντιπροσώπου» (Κουτσελίνης, 2000).

3.8 ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΥΓΧΑΟΥΖΕΝ ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων -στην πλειονότητα μητέρων- που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, υπερνατριαιμία, σπασμούς, εμετούς ή/και προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (π.χ., αίματος, ούρων). Με τις ενέργειές τους αυτές, απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή διαταραχή ή δημιουργούν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς (Κουτσελίνης, 2000).

3.9 ΤΕΛΕΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΑΤΑΝΙΣΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ως τελετουργική κακοποίηση ορίζεται η συστηματική σεξουαλική, σωματική και ψυχολογική κακοποίηση παιδιών από ενήλικες ως μέρος μιας κλειστής αιρετικής ομάδας ή ομάδας σατανιστικής λατρείας. Η τελετουργική κακοποίηση δεν είναι απαραίτητα και σατανιστική. Περιπτώσεις τελετουργικής κακοποίησης αφορούν ένα μεγάλο αριθμό παιδιών και δραστών οι οποίοι, συνήθως, είναι γυναίκες (Κουτσελίνης, 2000).

3.10 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΘΕΣΜΟΥΣ

Πρόκειται για κατάσταση η οποία οδηγεί στην πρόκληση σωματικών, ψυχολογικών και νοητικών βλαβών σε παιδιά και εφήβους, που θα ήταν δυνατόν να προληφθούν. Οι βλάβες αυτές προκαλούνται στα πλαίσια εφαρμογής προγραμμάτων που έχουν ως στόχο τη φροντίδα και την προστασία τους. Η ανάπτυξη, η ασφάλεια και το γενικότερο συμφέρον των παιδιών υπονομεύονται από τις πράξεις ή τις παραλείψεις ατόμων ή από την έλλειψη ή/και την επικινδυνότητα κατάλληλων πολιτικών, διαδικασιών ή πρακτικών, στα πλαίσια συστημάτων ή θεσμών (Finkelhor & Korbin, 1988 & Τσιάντης, 2000).

3.11 ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΕΣ

Η ανάγκη ενός υπερβολικά μεγάλου αριθμού στρατιωτών οδήγησε στην επιστράτευση των παιδιών. Είναι σπάνια στην αρχή της μάχης αλλά αυξάνεται καθώς ο αριθμός των ενηλίκων μειώνεται λόγω θανάτου, διαφυγής ή τραυματισμού.

Οι κυβερνήσεις, οι οποίες υποστηρίζουν αυτή τη πρακτική, ύστερα από στρατολογικές ασκήσεις, εντάσσουν τα παιδιά στις ένοπλες δυνάμεις. Εκεί, πραγματοποιείται σκληρή και εντατική εκπαίδευση, πριν τελικά σταλούν τα παιδιά στο «ενεργό καθήκον» (Arseneault, 2009).

Μία ή περισσότερες μορφές κακοποίησης, αν και διαφορετικές, μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια. Χωρίς αμφιβολία, οι παραπάνω ορισμοί όχι μόνο χαρακτηρίζονται από σαφήνεια και συνέπεια αλλά ασχολούνται και με τις σεξουαλικές και ψυχολογικές μορφές της κακής μεταχείρισης των παιδιών, οι οποίες είναι εξίσου σημαντικές όσο και η σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, το γεγονός ότι περιλαμβάνεται και η παραμέληση ως μια μορφή κακοποίησης είναι ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση, εφόσον η παραμέληση του παιδιού από εκείνους που το φροντίζουν είναι συχνά επιζήμια για το παιδί και αποτελεί προειδοποιητική ένδειξη ότι το παιδί μπορεί να υποστεί σοβαρότερες κακουχίες (www.obrela.gr).

Μια άλλη καινοτομία αυτών των ορισμών είναι ότι ασχολούνται με μια περιοχή που για πολλά χρόνια είχε αγνοηθεί, την ιδρυματική κακοποίηση. Μόλις πριν από τρία χρόνια τα παιδιά που βρίσκονταν σε διάφορα ιδρύματα στις Η.Π.Α., στην Ευρώπη και σε άλλες χώρες ήταν τελείως ξεχασμένα. Τα τελευταία χρόνια οι καταγγελίες σωματικής, σεξουαλικής και συναισθηματικής κακοποίησης των παιδιών αυξάνονται συνεχώς. Τέτοια περιστατικά βάρβαρης



κακομεταχείρισης των παιδιών αναφέρονται στις Η.Π.Α., στην Αγγλία, τη Γαλλία, την Ελλάδα και σε άλλες χώρες. Έχει ήδη, όμως, ξεκινήσει μια συστηματική μελέτη στον τομέα αυτό και, από το 1984, έχει αρχίσει μια παρεμβατική προσέγγιση (www.obrela.gr).

3.12 ΠΑΙΔΟΦΙΛΙΑ

Λέγοντας παιδοφιλία εννοούμε όταν ένας ενήλικας κάνει σεξουαλικές προσεγγίσεις και επαφές ή παραμελεί ένα παιδί, ανεξαρτήτου υπόθεσης, αποτελεί παιδοφιλική συμπεριφορά. Παιδόφιλος είναι αυτός που εμπλέκεται σεξουαλικά με νεαρά άτομα της ηλικίας των 16 ετών ή και ακόμη πιο νεαρά ηλικίας των 10 ή ακόμα των 3 ή 4 ετών (www.obrela.gr).

Κυριότερες μορφές κακοποίησης αποτελούν η σωματική κακοποίηση του παιδιού, ή παραμέλησή του και η σεξουαλική χρησιμοποίηση και η εκμετάλλευση του παιδιού. Στις περισσότερες χώρες, λόγω των πολιτιστικών παραγόντων και του κοινωνικού στίγματος, οι προσπάθειες είναι ελάχιστες και περιορίζονται στις σοβαρές περιπτώσεις (Καστανίδου, 2000).

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 (www.obrela.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΑΙΤΙΩΝ

- 4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
ΤΟΥ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ
ΠΑΙΔΙΟΥ
- 4.2 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΕΝΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
 - 4.2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΡΑΒΙΑΣΘΕΙ
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ
 - 4.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΑΙΤΙΩΝ

Η κακοποίηση των παιδιών σε μια οικογένεια δεν είναι μεμονωμένη πράξη αλλά συνολικό οικογενειακό πρόβλημα. Τα τραύματα στο σώμα των παιδιών είναι το σύμπτωμα μιας άρρωστης, δυσλειτουργικής οικογένειας που βρίσκεται κάτω από αντίξοες συνθήκες (Καστανίδου, 2000).

Έτσι, προκειμένου να γίνει αντιληπτή και να διαγνωσθεί η κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού, θα πρέπει να ελέγχονται διεξοδικά τα χαρακτηριστικά του κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού καθώς, και τα χαρακτηριστικά των δραστών, υπεύθυνων για την κατάσταση του παιδιού. Θα πρέπει επίσης να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι στάσεις των γονέων προς το παιδί τους και οι συνθήκες που δημιούργησαν την κρίση (Σαββοπούλου 1997).

Για όλα αυτά, λοιπόν, θα πρέπει να υπάρχει η διεπιστημονική ομάδα που θα εκτιμήσει το πρόβλημα, θα προσφέρει ασφαλή διάγνωση και θα προγραμματίσει κατάλληλα την περαιτέρω αντιμετώπιση των οικογενειακών προβλημάτων. Ο κλινικός γιατρός, και ειδικά αυτοί που εκπροσωπούν τις χειρουργικές ειδικότητες όπως παιδοχειρουργοί, νευροχειρουργοί, ορθοπεδικοί, είναι φυσικό ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει μόνος του την πολύπλευρη διαγνωστικά εκτίμηση κάθε περιστατικού, πόσο μάλλον τη θεραπεία και αποκατάσταση του παιδιού και της οικογένειας (Σαββοπούλου, 1997).

Θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι ο γιατρός που έρχεται πρώτη φορά σε επαφή με το τραυματισμένο παιδί, πρέπει να σκεφτεί τέσσερις διαφορετικές πιθανότητες (Καστανίδου, 2000):

- Ένα πραγματικό ατύχημα, αν και πολλά ατυχήματα οφείλονται σε ατομικό ή περιβαλλοντικό παράγοντα
- Απροσεξία
- Παραμέληση
- Μη τυχαία κάκωση, δηλαδή κακοποίηση.

Για να διαφοροποιηθούν μεταξύ τους οι κατηγορίες αυτές, πρέπει να μελετηθούν οι εξής παράμετροι:

- Το ιστορικό της κάκωσης
- Τα σωματικά ευρήματα στο παιδί
- Οι γονείς
- Οι κοινωνικοί παράγοντες (Τσιάντης, Μανωλόπουλος, 1987).

4.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ή ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- Δυσκολία στο να επενδύει στις σχέσεις του με τους ενήλικες
- Ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαίσθησία)
- Φόβος προς τους γονείς τους
- Φόβος να επιστρέψει σπίτι του
- Προσκόλληση σε άγνωστα άτομα
- «Παγωμένο» βλέμμα
- Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Παιδί υπάκουο, παθητικό, αποσυρμένο
- Έκδηλο άγχος
- Παιδί που παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομήλικους ή ενήλικες
- Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία
- Παλινδρομική συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση) (Βασιλιάς, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1992).

Υπάρχουν επίσης, κάποια γενικά ευρήματα τα οποία συμβάλλουν στην αναγνώριση του προβλήματος, ενδεικτικά χαρακτηριστικά όπως τα εξής:

I. ΙΑΤΡΙΚΑ

- A. Αιματώματα, αμυχές, δαγκωνιές ή άλλα τραύματα στο στήθος, στους γλουτούς, το υπογάστριο και τους μηρούς.
- B. Δυσκολία κατά τη βάδιση ή το κάθισμα.
- Γ. Σχισμένα, λερωμένα ή ματωμένα ρούχα ή εσώρουχα που έχουν φορεθεί βιαστικά, ανάποδα.
- Δ. Σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα.
- E. Εγκυμοσύνη σε έφηβη, ειδικά όταν είναι άγνωστη ή δεν αναφέρεται η ταυτότητα του πατέρα.
- ΣΤ. Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1982 & Βαλάσση κ.ά., 1998).

II. ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΧΩΡΑ

- A. Αιματώματα, αμυχές ή άλλα τραύματα, συχνά τέτοιας φύσης που δεν υποδηλώνουν τραύματα από ατύχημα.
- B. Κνησμός, πόνος, έκκριμα ή ανεξήγητη αιμορραγία.
- Γ. Ξένα σώματα στην ουρήθρα, την κύστη, τον κόλπο ή τον πρωκτό.
- Δ. Ανώμαλη διαστολή της ουρήθρας, του πρωκτού ή του ανοίγματος του κόλπου.
- E. Πόνος κατά την ούρηση.

ΣΤ. Συμπτώματα αφροδίσιου νοσήματος, όπως γονόρροια, έρπης γεννητικών οργάνων, χλαμύδια, τριχομονάδες, κονδυλώματα γεννητικών οργάνων, φθείρες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1982 & Βαλάσση κ.ά., 1998).

III. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

- A. Ενούρηση.
- B. Εγκόπριση.
- Γ. Διαταραχές ύπνου.
- Δ. Υποτροπιάζων πονοκέφαλος και πόνος στη κοιλιά και τα γεννητικά όργανα.
- Ε. Διαταραχές της όρεξης όπου παρουσιάζουν είτε βουλιμία είτε ανορεξία (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005).

IV. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

- A. Τάσεις φυγής από το οικείο τους περιβάλλον.
- B. Υπόνοια κατοχής μυστικού.
- Γ. Αποφυγή και απομάκρυνση από το ανδρικό φύλο.
- Δ. Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1982 & Βαλάσση κ.ά., 1998 & Τσιαντής, Μανωλόπουλος, 1987).

- Θα πρέπει να τονιστεί ότι, **τα κύρια κλινικά ευρήματα σωματικής κακοποίησης** ανήκουν στις εξής οκτώ κατηγορίες:

- κακώσεις στο δέρμα και στο στόμα
- ξηρά ή υγρά εγκαύματα
- οστά και αρθρώσεις
- κακώσεις στα μάτια και στον εγκέφαλο
- εσωτερικές αιμορραγίες
- δηλητηρίαση
- σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου
- καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991 & Σαββοπούλου, 1997).

4.2 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΕΝΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- Έχει μέσο όρο ηλικίας 3,5 ετών
- Είναι απαθές και βλοσυρό, ή ξεσπάει άγρια και βίαια. Δεν μιλάει ούτε γελάει

- Αγκαλιάζει εύκολά του κάθε άγνωστο, καθώς δεν έχει καμία επαφή με τους γονείς του
- Έχει περιορισμένο λεξιλόγιο, συνήθως 10-12 λέξεις
- Η διανοητική του και σωματική του ανάπτυξη είναι καθυστερημένη
- Φέρει στο σώμα του σημάδια κακοποίησης όπως μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα
- Πάσχει από ασιτία (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005)
- Ζει σε άθλιες συνθήκες, σε ένα βρώμικο σπίτι και φοράει βρώμικα ρούχα
- Είναι φοβερά οργισμένο και μπορεί να επιτεθεί στον οποιονδήποτε
- Έχει επισκεφθεί κατά καιρούς δεκάδες ειδικούς όπως ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, γιατρούς, δικηγόρους, οι οποίοι αφού εκθέσουν τα πορίσματά τους σε δεκάδες αναφορές, τα εγκαταλείπουν στη μοίρα τους
- Παλινδρομεί από την μία οικογένεια στην άλλη και πίσω στη δική του
- Πάσχει από φοβερές ψυχικές διαταραχές και φθάνει στην ενηλικίωση φορτωμένο με ένα φριχτό παρελθόν, το οποίο συνήθως επαναλαμβάνεται στη δική του ενήλικη ζωή (Αυλωνίκης, 2002 & Καστανίδου, 2000).

4.2.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΡΑΒΙΑΣΘΕΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ

- Συνεχή παράπονα για πονοκέφαλο ή πόνο στη κοιλιά (σωματοποίηση του προβλήματος)
- Δυσκολίες στο σχολείο η απότομη πτώση της σχολικής απόδοσης
- Άρνηση να κάνει γυμναστική ή αθλητικά
- Εξεζητημένη σεξουαλική συμπεριφορά ή ασυνήθιστες γνώσεις για την ηλικία του σχετικά με την σεξουαλικότητα του
- Συνήθειες που δηλώνουν καθήλωση σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης (πιπίλα, δαγκώματα, παλινδρομικές κινήσεις, ενούρηση) (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005)
- Διαταραχές ύπνου
- Αναστολές στο παιχνίδι
- Συναισθηματική ένταση
- Κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού
- Απόπειρα αυτοκτονίας
- Φυγές, παραβατική συμπεριφορά, χρήση αλκοόλ ή τοξικών ουσιών (Βασιλιάς, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1992).

4.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ

Ο όρος υπαίτιος αναφέρεται στον υπεύθυνο της κακοποίησης του παιδιού. Συνήθως, αποφεύγεται ο όρος δράστης ο οποίος συνδέεται με εγκληματολογική έννοια.

Οι περισσότερες κοινωνιολογικές και κλινικές μελέτες δεν αναφέρονται σε χαρακτηριστικό προφίλ του υπαιτίου. Τα χαρακτηριστικά που καταγράφονται πιο συχνά είναι τα εξής:

- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Χαμηλή εικόνα εαυτού
- Κατάθλιψη
- Προβλήματα σχέσεων
- Αδυναμία ελέγχου της παρορμητικότητας
- Αδυναμία ελέγχου του θυμού
- Φόβος για αρνητική εκτίμηση
- Έντονες στερεότυπες απόψεις για σεξουαλικούς ρόλους και συμπεριφορά
- Χρήση αλκοόλ και ουσιών
- Άρνηση προβλήματος
- Σεξουαλική διέγερση από τα παιδιά
- Σεξουαλικές φαντασιώσεις με παιδιά
- Ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991 & 1982 & 1998).

Έχει διαμορφωθεί η πρόταση, ότι τα άτομα που κακοποιούν τα παιδιά, που συνήθως είναι οι γονείς τους, αναπτύσσουν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους, ή ένα σύνολο χαρακτηριστικών, που δημιουργούν προδιάθεση για την κακοποίηση των παιδιών τους (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005).

Οι περισσότερες πληροφορίες για τους υπαίτιους προέρχονται από άτομα που είχαν ήδη καταδικαστεί, στα οποία υπάρχει ευκολότερη ερευνητική πρόσβαση. Τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης στις Η.Π.Α. αναφέρονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά καταδικασμένων δραστών για σεξουαλική παραβίαση- παιδιών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998):

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

- Επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005).

Άλλα χαρακτηριστικά των υπαιτίων ήταν:

- 30% είχαν ο καθένας από 10-450 θύματα
- 70% είχαν ο καθένας από 1-10 θύματα
- 66% ήταν άτομα γνωστά στο παιδί
- 48% αναζήτησαν τα θύματά τους μέσω της φύλαξης των παιδιών
- 15% χρησιμοποιούσαν παιδική πορνογραφία ως προϋπόθεση για τις πράξεις τους (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Μια άλλη μελέτη 91 υπαιτίων σεξουαλικών εγκλημάτων στη Μ. Βρετανία αναφέρεται σε καταδικασμένους δράστες που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα. Όλοι είχαν ήδη καταδικαστεί από 9 μήνες ως ισόβια και παρακολουθούσαν τα προγράμματα αυτά μέσα και έξω από τη φυλακή. Η μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί οι ίδιοι οι δράστες, περιέγραψαν τους τρόπους που αναζήτησαν για να πείσουν τελικά τα θύματά τους. Το υλικό αυτό μας δίνει πολύτιμα στοιχεία για την πρόληψη (Unicef, 2002):

Στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν οι υπαίτιοι ήταν:

- Παιχνίδια και σπορ με παιδιά
- Διδασκαλία μουσικού οργάνου
- Περίπατο/βόλτα
- Διήγηση ιστοριών (μαγικά, παραμύθια κ.ά.)
- Προσφορά στοργής/κατανόησης του παιδιού (Finkelhor & Korbin, 1988).

Σύμφωνα με μαρτυρίες των υπαιτίων:

- 84% είπαν ότι οι στρατηγικές αυτές χρησιμοποιούνταν σταθερά από τη στιγμή που αποδεικνύονταν επιτυχημένες.
- 14% είπαν ότι επηρεάστηκαν από πορνογραφικές ταινίες και έντυπο υλικό.
- στους 3 είχαν μία τουλάχιστον εμπειρία σεξουαλικής θυματοποίησης σε μέση ηλικία 12,5 ετών.
- 1 στους 3 ήταν κάτω από 16 ετών όταν ένωσαν σεξουαλική έλξη από παιδιά. Όλοι άρχισαν να παραβιάζουν σεξουαλικά, μικρά κυρίως παιδιά, πριν τα 18 χρόνια, 1-3 χρόνια μετά την πρώτη έλξη που ένωσαν για παιδιά (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998, Unicef, 2000 & Έθνος, 2002).

Οι υπαίτιοι περιγράφουν τα παιδιά θύματα ως:

- Με οικογενειακά προβλήματα
- Μοναχικά και ενδοστρεφή
- Με χαμηλή αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό τους

- Με δυσκολία να επιλέγουν σχέσεις εμπιστοσύνης.

Οι κοινωνιολογικές μελέτες αφορούν υπαίτιους σεξουαλικής παραβίασης μέσα και έξω από την οικογένεια, με υψηλότερη αντιπροσώπευση την εξωοικογενειακή, η οποία καλύπτει εκείνους που έχουν συλληφθεί και καταδικαστεί (Finkelhor & Korbin, 1988, Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

- 5.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ
- 5.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ UNICEF ΓΙΑ ΟΛΟ
ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Κάθε χρόνο ένας σημαντικός αριθμός παιδιών, ακόμα και της πιο τρυφερής ηλικίας, παραπέμπονται σε παιδιατρικά νοσοκομεία με ανεξήγητους σωματικούς τραυματισμούς που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία τους, αλλά ακόμα και την ίδια τους τη ζωή (Ανδρέου, 2009).

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η κακομεταχείριση των παιδιών είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, μόνο το 2000 υπήρξαν 57.000 θάνατοι παιδιών κάτω των 15 ετών σε όλο τον κόσμο που αποδίδονται σε κακοποίηση και παραμέληση (Ανδρέου, 2009).

Δεν είναι μόνο τα νούμερα ανατριχιαστικά, αλλά και τα χαρακτηριστικά που εξηγούν το φαινόμενο. Παρόλα αυτά, ενώ σε όλες τις περιπτώσεις κακοποιήσεων κάποιοι γνωρίζουν, ποτέ δεν μιλούν.

Η προσπάθεια προστασίας του θύματος ή του θύτη, ακόμα και ο φόβος απώλειας προσωπικού χρόνου και η σπατάλη του σε αστυνομικά τμήματα και δικαστικές αίθουσες για καταθέσεις (συνήθως μέχρι να εκδικασθούν οι υποθέσεις περνά μεγάλο χρονικό διάστημα) αποτελούν λόγους για τους οποίους κάποιοι αδιαφορούν για τον συνάνθρωπο, καταδικάζοντας έτσι το θύμα στη διαίωνιση του κύκλου της βίας (Finkelhor & Korbin, 1988 & Unicef, 2003).

Ταυτόχρονα, οι μάρτυρες κακοποίησης ανηλίκου, όταν αποφασίσουν να μιλήσουν για το περιστατικό στο οποίο έτυχε να είναι παρόντες, θα το αναφέρουν μονάχα σε φίλους τους, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που θα πάνε στην αστυνομία να το καταγγείλουν. 1 στους 10 θα το αναφέρει στις αρχές που θεωρεί αρμόδιες ενώ μόλις 1 στους 15 θα το καταγγείλει στην αστυνομία (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005).

Οι υποθέσεις σεξουαλικής βίας κατά των ανηλίκων σπάνια φτάνουν στην αστυνομία, πιο σπάνια στα ακροατήρια των δικαστηρίων και ακόμα πιο σπάνια καταλήγουν στην καταδίκη του δράστη. Ο κόσμος ουσιαστικά δεν πιστεύει ότι η αστυνομία και οι κοινωνικές υπηρεσίες θα χειριστούν σωστά το θέμα, αλλά και ότι είναι σε θέση να το κάνουν (Ανδρέου, 2009).

Οι περισσότεροι μάρτυρες μάλιστα απαντούν ότι μετά την όποια παρέμβασή τους (προσωπική ή καταγγελία στις αρχές) είτε δεν άλλαξε τίποτε είτε η κακοποίηση σταμάτησε για λίγο καιρό, προσωρινά. Μόλις 1 στους 15 είναι ικανοποιημένος από τον χειρισμό της υπόθεσης από τον φορέα στον οποίο απευθύνθηκε (www.alexandroupoli.net, 2007 & www.specialeducation.gr, 2004).

Συνεπώς οι προσπάθειες των μεσολαβητών είναι αποτυχημένες. Τα πάντα είναι αποσπασματικά, τα πάντα θα εξαρτηθούν από τον αστυνομικό που θα δεχτεί το παιδί, από το πώς θα κάνει τη δουλειά του ο κοινωνικός λειτουργός.

Η ανάγκη δημιουργίας ενός κεντρικού φορέα, με περιφερειακά γραφεία, στελεχωμένα με κατάλληλους επιστήμονες, ώστε να επιλαμβάνεται πρώτος αυτός των υποθέσεων, προβάλλει επιτακτική (Finkelhor & Korbin, 1988).

5.1 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Δεν υπάρχουν σαφή επιδημιολογικά δεδομένα για την έκταση του προβλήματος στην Ελλάδα. Ενδεικτικές μελέτες όμως μαρτυρούν στο 0,60% παιδιών που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» διαπιστώνεται παιδική σωματική κακοποίηση ή και παραμέληση. Υπολογίζεται επίσης ότι το 68% περίπου των κρανιοεγκεφαλικών τραυμάτων σε παιδιά κάτω των 2 ετών, όπως και οι περισσότεροι θάνατοι σ' αυτή την ηλικία, οφείλονται σε κακοποίηση από τους γονείς (<http://hamomilaki.pblogs.gr>, 2007).

Ø Σύμφωνα με έγκυρα ερευνητικά δεδομένα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, κάθε χρόνο καταγράφονται 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες (1-2% στις 100.000 κατ' έτος).

Συνολικά υπολογίζεται ότι 5.000-10.000 παιδιά προσχολικής ηλικίας υφίστανται κακοποίηση ή/και παραμέληση από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή τα υποκατάστατά του, κάθε χρόνο, ενώ τα 4.000 από αυτά αντιπροσωπεύουν σοβαρές περιπτώσεις (το 10% είναι παιδιά 0-5 ετών). Εκτιμάται ότι 3-5% από αυτά πεθαίνουν. Πολλά επιζούν με μόνιμες σωματικές βλάβες και τα περισσότερα με βαθιά ψυχολογικά τραύματα (<http://hamomilaki.pblogs.gr>, 2007).

Σε 5% των παιδιών υπάρχει βέβαια ευθύνη των γονέων είτε με πράξεις ενέργειας είτε με πράξεις παράλειψης ενώ σε 11% διαπιστώνεται ουσιαστική του συμβολή.

Αξιοσημείωτη είναι η εκτεταμένη χρήση της σωματικής τιμωρίας από τους γονείς προς τα παιδιά τους, ως μεθόδου ελέγχου συμπεριφοράς ασχέτως ηλικίας. Συγκεκριμένα, έχει επισημανθεί ότι 1/3 παιδιά ηλικίας 7 ετών υφίστανται σωματική τιμωρία με τη μορφή ξύλου από τους γονείς του τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ενώ 1/6 καθημερινά (Γιαννοπούλου, 1996).

Ø Όσον αφορά την τις διαστάσεις που έχει πάρει στη χώρα μας το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης, σύμφωνα με έρευνα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού προκύπτουν τα εξής στοιχεία:

- 1:8 κορίτσια και 1:10 αγόρια μπορεί να είναι θύματα κάποιας μορφής σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ηλικία των 18 ετών.
- 1:25 κορίτσια και 1:33 αγόρια έχει αναφέρει σε κάποιον ότι έχει υποστεί βιασμό ή αιμομιξία.
- 1:4 δράστες είναι μέλος της οικογένειας.
- 1:2 δράστες είναι γνωστός ή φίλος της οικογένειας.
- 8:10 φορές το παιδί μπορεί να είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής κακοποίησης (Παπανικολάου, 1998).

Παρ' όλες τις δυσκολίες, όσον αφορά την προσέγγιση που επιχειρεί κάθε κράτος ξεχωριστά προκειμένου να μελετήσει το φαινόμενο, οι επιτελείς του Συμβουλίου της Ευρώπης κατέληξαν σε κάποια κοινά χαρακτηριστικά του φαινομένου που αφορούν και την χώρα μας:

- Ένα κορίτσι έχει περίπου μιάμιση έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να πέσει θύμα κακοποίησης απ' όσες ένα αγόρι.
- Τα περισσότερα κορίτσια και αγόρια κακοποιούνται από ανθρώπους που γνωρίζουν καλά και λιγότερο από ανθρώπους που συναναστρέφονται. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό της σεξουαλικής κακοποίησης από ανθρώπους του οικείου περιβάλλοντος είναι 62% έως 81% για τα κορίτσια και 84% έως 94% για τα αγόρια (Γιαννοπούλου, 1996).
- Το 4%-5% των κοριτσιών έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά από τον πατέρα, τον πατριό ή τον ανάδοχο γονέα, πριν από την ηλικία των 18 ετών!
- Θύτες είναι περισσότερο άνδρες, αλλά υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου γυναίκες έχουν «εκμεταλλευτεί» σεξουαλικά ανήλικα παιδιά, κατά κανόνα αγόρια. Πάντως, η μελέτη καταδεικνύει ότι από τον άνδρα έχουν δεχθεί επίθεση- κακοποίηση, τα κορίτσια σε ποσοστό 92%-99% και τα αγόρια 65%-68%.
- Το 1/5 των δραστών είναι ανήλικοι, κυρίως αδέρφια, ξαδέρφια κ.λπ., εκ των οποίων διαπιστώνεται ότι το 30% έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση σε νεαρά ηλικία (www.alexandroupoli.net. 2007 & www.specialeducation.gr, 2004).

Θ Τεράστιες διαστάσεις παίρνει επίσης, το γεγονός ότι χιλιάδες παιδιά καθημερινά, οδηγούνται στην πορνεία και την επαιτεία (περίπου 3.000 παιδιά ηλικίας 10-17 ετών, κατά την διάρκεια 1995-1997), με σκοπό την εξασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών πόρων για την επιβίωσή τους.

Όπως προέκυψε από σχετική έρευνα του Παντείου Πανεπιστημίου, μέχρι την ηλικία των 13 ετών τα αγόρια, που εξωθήθηκαν στην πορνεία, περισσότερα από ότι τα κορίτσια, ενώ στις ηλικίες 15-17 ετών ο αριθμός των κοριτσιών ήταν πενταπλάσιος από τον αντίστοιχο των αγοριών (Γιαννοπούλου, 1996).

Εκτιμάται ότι τα εκπορνευόμενα παιδιά ηλικίας έως 9 ετών σε όλη την Ελλάδα, φθάνουν τα 200. Αριθμός που δεν μπορεί να τεκμηριωθεί, βεβαίως,

αφού οι πληροφορίες είναι δύσκολα επαληθεύσιμες. Ένα πέπλο μυστικότητας καλύπτει το πελατειακό σύστημα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα η παιδική πορνεία αναπτύσσεται ραγδαία και ασκεί την ισχύ της από τον διεθνή χαρακτήρα της. Συγκροτείται σήμερα από χιλιάδες Έλληνες φανατικούς και πιστούς παιδόφιλους, που προσφεύγουν αποκλειστικά στην αγορά ανηλίκων (<http://hamomilaki.pblogs.gr>, 2007).

Έχουν προγραμματίσει και προμηθεύονται από τους εκατοντάδες προαγωγούς τεράστια ποσά, ανάλογα με το προϊόν που απολαμβάνουν:

- Για τη σεξουαλική μίσθωση κοριτσιών ηλικίας 13-14 ετών η τιμή κυμαίνεται μεταξύ 75-240 ευρώ για τα «βασικά».
- Γενικότερα για τα 13χρονα αγόρια και τα κορίτσια οι τιμές τείνουν να εξισώνονται και να αυξάνονται ανάλογα με το χρόνο μίσθωσης και το είδος των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Για τη δίωρη μίσθωση οι τιμές αυξάνονται κατά 20%-50%.
- Για όλο το απόγευμα ή όλο το βράδυ οι τιμές διπλασιάζονται, ενώ για όλο το 24ωρο η τιμή ξεπερνά τα 600 ευρώ.
- Για μικρά παιδιά έως 10-12 ετών, οι τιμές εκτινάσσονται στα ύψη, από 150-450, ποσά που μπορεί να διπλασιαστούν για την ολονύχτια ή ολοήμερη μίσθωση.
- Η τιμή, βεβαίως, καθορίζεται από τη «χρήση» του παιδιού από τον πελάτη. Την κατάσταση δηλαδή, στην οποία θα επιστραφεί στον προαγωγό. Αν επιστραφεί με κακώσεις, τότε οι τιμές που πρέπει να καταβάλλουν οι πελάτες ξεπερνούν τα 1.500 ευρώ (United Nation's Children's Fund, 2001 & Έθνος 2002).

Ø Τέλος, αναφορά θα πρέπει να γίνει για την παιδική εργασία στην Ελλάδα, εφόσον αποτελεί τεράστιο πρόβλημα, διότι καταπατώνται τα δικαιώματα των ανήλικων εργαζόμενων αφού δεν εφαρμόζεται η ελληνική νομοθεσία που αφορά την απασχόληση των νέων.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νεαρών απασχολούμενων, σύμφωνα με σχετική διατύπωση της Unicef που καταγράφηκε το 1996, αποτελείται από 225 παιδιά ηλικίας 14 ετών και 9.210 νέοι ηλικίας 15-17 ετών στη Θεσσαλονίκη, ενώ 4.316 και 118.101 σε ολόκληρη τη χώρα (<http://hamomilaki.pblogs.gr>, 2007).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΣΥΕ, που παρουσιάζει αναλυτικά το περιοδικό «Εργασία» του ΟΑΕΔ:

- Εργάζονται το 0,6% των 14χρονων παιδιών, το 9,8% των νέων ηλικίας 15-19 ετών και το 36,1 % των νέων ηλικίας 20-24 ετών.

- Η συντριπτική πλειοψηφία των νέων παιδιών ηλικίας 14 χρονών, (3.053 από 4.816 συνολικά), ή ποσοστό 63,4%, εργάζεται στην αγροτική παραγωγή και ακολουθεί το εμπόριο (664 νέοι), η βιομηχανία (556 νέοι) και η οικοδομή (273 νέοι).
 - Στην επόμενη (ηλικιακή) κατηγορία 15-19 ετών, οι νέοι (22.798) εργάζονται στη γεωργία και την κτηνοτροφία και ακολουθούν οι εργαζόμενοι στη βιομηχανία (16.470), στο εμπόριο (16.373), στην οικοδομή (8.857), τον τουρισμό (8.074) (www.6gymnasio.gr, 2000).
- ✚ Ωστόσο, όσο και αν σε μερικούς, όλα τα παραπάνω, φαντάζουν κυνικά και αδιάντροπα, αυτή είναι η οδυνηρή πραγματικότητα για την Ελλάδα.

5.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ UNICEF ΓΙΑ ΟΛΟ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Οι αριθμοί αποδεικνύουν ανάγλυφα ότι αναφερόμαστε σε ένα παγκόσμιο πρόβλημα. Πάνω από 3.500 παιδιά κάτω των 15 ετών πεθαίνουν κάθε χρόνο από κακοποίηση ή παραμέληση στο βιομηχανικό κόσμο και στις αναπτυγμένες χώρες. Δυο παιδιά πεθαίνουν κάθε εβδομάδα στην Γερμανία και την Αγγλία, τρία κάθε εβδομάδα στην Γαλλία, τέσσερα στην Ιαπωνία και 27 κάθε εβδομάδα στις Ηνωμένες Πολιτείες (www.6gymnasio.gr, 2000).

Ø Σε όλο τον κόσμο τα ποσοστά παιδικής σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παρουσιάζονται κάπως υψηλότερα από την χώρα μας, πράγμα που πιθανότατα οφείλεται στις αποτελεσματικότερες μεθόδους εντοπισμού και καταγραφής του προβλήματος (www.6gymnasio.gr, 2000 & Unicef, 2003).

Στην Αγγλία συγκεκριμένα εκτιμάται ότι 1 στα 1.000 παιδιά όλων των ηλικιών κακοποιείται σοβαρά, ενώ μόνο το 1985 στις Η.Π.Α. καταγράφηκαν πάνω από δυο εκατομμύρια περιπτώσεις σοβαρής σωματικής κακοποίησης. Μεταξύ των κύριων διαπιστώσεων, έκθεσης της Unicef, βλέπουμε:

- Ο κίνδυνος θανάτου από κακομεταχείριση είναι κατά προσέγγιση τρεις φορές μεγαλύτερος για τα παιδιά κάτω του ενός έτους (6,1 θάνατοι ανά 100.000 παιδιά) από ότι είναι για τα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών (1,9/100.000), που με τη σειρά τους αντιμετωπίζουν διπλάσιο κίνδυνο από τα παιδιά ηλικίας 5-14 ετών (1,1/100.000).
- Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά τα ποσοστά κακομεταχείρισης. Σε έρευνα στις Η.Π.Α. 3,9 παιδιά στα 1.000 υπέστησαν κακομεταχείριση όταν στην οικογένεια υπήρχαν και οι 2 γονείς, ενώ ο αριθμός ανέβηκε σε 6,9 στα 1.000 στις μονογονεϊκές οικογένειες και σε 7 στα 1.000 όταν το παιδί ζούσε χωρίς κανένα από τους 2 γονείς.

- Η επίδραση της οικονομικής κατάστασης στους θανάτους από κακομεταχείριση φαίνεται από το γεγονός ότι για παιδιά κάτω των 5 ετών που ζουν σε χώρες με υψηλό εισόδημα (σε παγκόσμιο επίπεδο) το ποσοστό θανάτων από κακομεταχείριση υπολογίζεται σε 2,2/100.000 για τα αγόρια και 1,8/100.000 για τα κορίτσια. Σε χώρες με μέσο και χαμηλό εισόδημα το ποσοστό είναι διπλάσιο με τριπλάσιο - 6,1/100.000 για τα αγόρια και 5,1/100.000 για τα κορίτσια. Τα υψηλότερα ποσοστά κακοποίησης τα συναντάμε στην Αφρική, 17,9/100.000 για τα αγόρια και 12,9/100.000 για τα κορίτσια (www.6gymnasio.gr, 2000).
- Μια μικρή ομάδα χωρών εμφανίζουν εξαιρετικά χαμηλά περιστατικά παιδικών θανάτων από κακομεταχείριση: Ισπανία (0,1/100.000), Ελλάδα και Ιταλία (0,2/100.000), Ιρλανδία και Νορβηγία (0,3/100.000).
- Αντίθετα με την επικρατούσα αντίληψη το 80% αυτών που κακοποιούν τα παιδιά είναι φυσικοί τους γονείς. Αυτή τη στιγμή μόνο 7 χώρες διαθέτουν νόμους που απαγορεύουν κατηγορηματικά τη σωματική τιμωρία των παιδιών: Αυστρία, Γερμανία, Δανία, Ισλανδία, Νορβηγία, Φιλανδία και Σουηδία (Εκθεση Unicef, 2002 & Unicef, 2003).

Ø Στοιχεία της Unicef μας αποκαλύπτουν ότι πάνω από 1 εκατομμύριο παιδιά παρασύρονται ή εξαναγκάζονται στην πορνεία κάθε χρόνο από το τεράστιο δίκτυο σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών σε όλο τον κόσμο!

Εκτιμάται ότι τα παιδιά -αγόρια και κορίτσια- που έχουν εισέλθει σήμερα στο κύκλωμα της πορνείας γεωγραφικά είναι «κατανεμημένα» ως εξής:

- 100.000 στις Φιλιππίνες
- 244.000 - 325.000 στις Ηνωμένες Πολιτείες
- 400.000 στην Ινδία
- 100.000 στην Ταϊβάν
- 35.000 στη δυτική Αφρική
- 200.000 στην Ταϊλάνδη

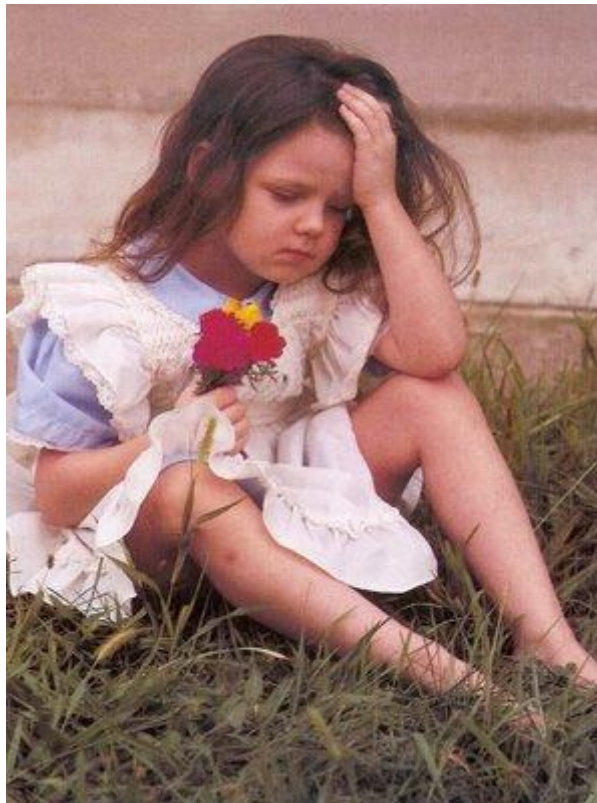
Ø 175.000 στην Ανατολική και στην Κεντρική Ευρώπη (The United Nation's Children's Fund, Profiting from abuse, 2001 & Έθνος 2002).

Ø Κανείς δεν ξέρει σίγουρα πόσα παιδιά εργάζονται παγκόσμια παρότι σχετικές εκτιμήσεις ανεβάζουν τον αριθμό τους σε τουλάχιστον 250.000.000 παιδιά ηλικίας 5-14 ετών δηλαδή το 1/4 των παιδιών του αναπτυσσόμενου κόσμου (www.specialeducation.gr, 2004).

- Τουλάχιστον 60 από τα 250 εκατομμύρια παιδιά εργάζονται σε ιδιαίτερα δύσκολες και απάνθρωπες συνθήκες, σε ορυχεία, φυτείες, βιομηχανίες, παιδιά και οικιακοί βοηθοί.
- Υπάρχουν 140 εκατομμύρια παιδιά 6-11 ετών που δεν φοιτούν στο σχολείο, το 23% των παιδιών πρώτης σχολικής ηλικίας και ίσως το ίδιο ποσοστό εγκατάλειψης του σχολείου τα πρώτα χρόνια.

- Το 60% των εργαζόμενων παιδιών βρίσκεται στην Ασία, το 32% στην Αφρική και το 7% στην Λατινική Αμερική (www.6gymnasio.gr, 2000).
- Υπολογίζεται ότι το 15-26% των παιδιών ηλικίας 11 ετών στο Ηνωμένο Βασίλειο εργάζονται, ενώ στις Η.Π.Α. εργάζονται παράνομα 11.000 παιδιά και αντίστοιχα στη Νάπολη εκτιμάται ότι εργάζονται 90.000 παιδιά ηλικίας 8-14 ετών (Χατζηφωτίου, 2005).

Θα πρέπει να αναφερθεί επίσης, ότι 300.000 παιδιά στρατολογούνται ή και απαγάγονται για να υπηρετήσουν σε ένοπλες ομάδες και στρατούς. 100 εκατομμύρια παιδιά ζουν στους δρόμους των μεγαλουπόλεων, εύκολα θύματα σε κάθε μορφή εκμετάλλευσης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998, Τσιαντής, 1987 & www.specialeducation.gr, 2004).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- 6.1 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ
- 6.2 ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
- 6.3 ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
- 6.4 ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ
ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί ότι, όλες οι μορφές κακοποίησης επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοητική και συναισθηματική κατάσταση του παιδιού αλλά και στην κοινωνική του προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει και μόνιμη αναπηρία ή ακόμα και το θάνατο (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Οι επιπτώσεις της κακοποίησης επέρχονται κατά κύριο λόγο στο παιδί, αλλά και στην οικογένειά του και στην κοινωνία στην οποία ζει και ανήκει, οι οποίες δε μένουν αμέτοχες και απυρόβλητες (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο, βασικότερες μορφές κακοποίησης αποτελούν η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού και για αυτό το λόγο θα αναλυθούν διεξοδικά αυτές οι δυο μορφές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι επιπτώσεις αυτές δεν ανήκουν και στις άλλες μορφές κακοποίησης (Τσιαντής, Μανωλόπουλος, 1987).

6.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης αντανακλούν σε ολόκληρη την βιοψυχοκοινωνική οντότητα του παιδιού και το επηρεάζουν τόσο σωματικά όσο ψυχικά και κοινωνικά. Σύμφωνα με έρευνα η οποία παρουσιάστηκε στο 33^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο (1995) αποδείχθηκε ότι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στα παιδιά ήταν: σε δείγμα 89 παιδιών ηλικίας 5-24 ετών παρουσίασε τα εξής προβλήματα υγείας στα ακόλουθα ποσοστά:

- 45% παρουσίασαν διαταραχές στην ψυχική τους υγεία
- 43% παρουσίασαν διαταραχές στην στοματική τους υγιεινή
- 27% παρουσίασαν νοητική καθυστέρηση
- 25% παρουσίασαν νευρολογικά προβλήματα
- 18% παρουσίασαν διαταραχές στην όρασή τους (Ψυχιατρικός Τομέας, 1990).

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι οι επιπτώσεις οποιασδήποτε μορφής κακοποίησης στο παιδί είναι (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009):

- Απομόνωση από τα άτομα της ίδιας ηλικίας άλλα και από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και γενικότερα από το ευρύτερο περιβάλλον του.
- Υπέρμετρη ενασχόληση με σεξουαλικά θέματα, όπου παρατηρούμε ότι το παιδί συζητά για θέματα σεξουαλικής φύσεως όπως θα συζητούσε ένας ενήλικας.
- Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά όπως ο υπερβολικός αυνανισμός και η υπέρμετρη ενασχόληση με τα γεννητικά του όργανα.
- Διαταραχές συμπεριφοράς και επιθετικότητα προς συνομήλικα άτομα και πολλές φορές παρατηρείται σεξουαλική παρενόχληση και ασέλγεια από τα θύματα προς τα άλλα παιδιά.
- Καταθλιπτική συμπεριφορά, άγχος, φοβίες και γενικά εκδήλωση συμπεριφοράς καταθλιπτικού με τάσεις αυτοκτονίας και λίμνασμα της σκέψης στις καταθλιπτικές του ιδέες.
- Σύγχυση συναισθημάτων και αμφιθυμία, δηλαδή παρουσιάζουν μεγάλες συνεχείς μεταβολές διαθέσεις, διακυμάνσεις μεταξύ αισιόδοξου ενθουσιασμού και απαισιόδοξης απόσυρσης.
- Διαταραχές στη μάθηση και στη συγκέντρωση για μελέτη και πρόοδο, απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης και γενικά απόσυρση από τις σχολικές δραστηριότητες και ασχολίες.
- Έντονη άρνηση για συμμετοχή σε σωματική άσκηση ή άρνηση στην αλλαγή ρούχων στη γυμναστική, στην κολύμβηση ή οπουδήποτε αλλού διότι πιστεύει ότι τα γεννητικά του όργανα είναι κατεστραμμένα ή έχουν μολυνθεί.
- Υπαινιγμός σεξουαλικής δραστηριότητας μέσα από το παιχνίδι, από τις ζωγραφιές ή από τις διάφορες εκφράσεις. Συνήθως τα κακοποιημένα παιδιά εκφράζονται σαν ενήλικες σε συζητήσεις σεξουαλικού περιεχομένου.
- Διαταραχές του ύπνου λόγω της τάσης που έχουν να βιώνουν στα όνειρα τους την κακοποίηση και επειδή έχουν επίμονους εφιάλτες.
- Αισθήματα ενοχής τα οποία παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ιδίως όταν έχουν την αίσθηση ότι τους άρεσε η ερωτική πράξη νιώθουν μεγάλη ενοχή αφού δεν συνειδητοποιούν ότι είναι θύματα εκμετάλλευσης.
- Διαταραχές της ταυτότητας του Εγώ επειδή η προσωπικότητά τους έχει πλέον καταρρακωθεί και έχουν χάσει το νόημα της ζωής και της ύπαρξής τους.
- Έχουν τάσεις φυγής από το σπίτι, το σχολείο και γενικά από χώρους που τα περιβάλλουν.
- Απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκαταστροφής επειδή τα κυριεύει το καταθλιπτικό συναίσθημα.

- Χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών από παιδιά μεγαλύτερης κυρίως ηλικίας ως μέσον που θα τους απαλύνουν τον πόνο (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Βέβαια οι επιπτώσεις της κακοποίησης σε ένα παιδί επηρεάζουν τόσο την συμπεριφορά του όσο και τις μαθησιακές του λειτουργίες και πολλές άλλες παραμέτρους της βιοψυχικής του οντότητας. Πολλοί μελετητές έχουν αναφέρει ότι πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η έλλειψη στοργής και φροντίδας στο παιδί, οι συναισθηματικές διαταραχές καθώς και η σωματική κακοποίηση έχουν ως αποτέλεσμα την διαταραχή της λειτουργικότητας και αποδοτικότητας του παιδιού (Γεωργούδη, 1997).

Τέτοιες είναι:

- £ Επιθετικότητα προς τους συνομήλικούς τους και επίδειξη αλλόκοτης συμπεριφοράς, συχνά παρενοχλούν τα παιδιά της ηλικίας τους και δείχνουν υπέρμετρη ζήλια που δεν είναι και τα υπόλοιπα παιδιά στη θέση με αυτά.
- £ Διαταραχές συμπεριφοράς στο σχολείο οι οποίες συμπεριλαμβάνουν:
 - § Γλωσσικές διαταραχές.
 - § Δισταγμό κατά την ομιλία, νιώθουν ένοχα και πιστεύουν ότι δεν πρέπει να μιλάνε ή ότι η γνώμη τους δεν θα γίνει σεβαστή
 - § Αδυναμία κατά την έκφραση επειδή τα παιδιά αυτά κυριεύονται διαρκώς από τα αρνητικά συναισθήματα της κακοποίησης και δεν έχουν διαύγεια σκέψης και έκφρασης (Πρεκατέ, Γιωτάκος, 2005).
- £ Κινητικές διαταραχές:
 - § Πρόβλημα ισορροπίας, το οποίο δεν εμφανίζεται συχνά και συνήθως οφείλεται σε ενδοκρανιακή αιμορραγία ή σε βλάβη του ωτός μετά από σωματική κακοποίηση, όπου επηρεάζεται το κέντρο της ισορροπίας.
 - § Αδυναμία στο γράψιμο επειδή τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να συγκεντρωθούν και πολλές φορές βασική αιτία αποτελεί κάποια νευρολογική διαταραχή που προκλήθηκε από κάποια μορφή κακοποίησης (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).
- £ Γενικές διαταραχές:
 - § Αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς τους, αδυναμία συγκέντρωσης και μείωση σχολικής επίδοσης.
 - § Υποκινητικότητα λόγω καταθλιπτικού συναισθήματος και απόσυρσης.
 - § Αδεξιότητα επειδή δεν έχουν πλέον ενδιαφέροντα και όλα τα θεωρούν περιττά.
- £ Επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι, έχουν τάση να καταστρέφουν αντικείμενα, χρησιμοποιούν λεκτική και σωματική βία και γενικά εκφράζουν δυσαρέσκεια ως προς το περιβάλλον που ζουν.
- £ Νεανική παραβατικότητα, η οποία συνδέεται με την κακοποίηση και τη παραμέληση και με τον κύκλο θύτης-θύμα, οδήγησε πολλούς μελετητές στην διεξαγωγή ερευνών, οι οποίες συνέλαβαν σε βελτιώσεις των προγραμμάτων τόσο για τους γονείς που εμπλέκονται στην

κακομεταχείριση των παιδιών τους όσο και στο σωφρονιστικό σύστημα για τους νέους παραβάτες. Τα ευρήματα των μελετών αυτών έδειξαν ότι:

§ 97% από τους ανήλικους άρρενες επαναλαμβανόμενων παραβάσεων είχαν ιστορικό σοβαρής σωματικής τιμωρίας και κακοποίησης στην οικογένεια.

§ 50% των οικογενειών που καταγγέλθηκαν για κακοποίηση ή παραμέληση ενός παιδιού είχαν τουλάχιστον ένα παιδί που στη συνέχεια παραπέμφθηκε στο δικαστήριο ανηλίκων για επιθετική συμπεριφορά.

§ Ανήλικοι παραβάτες με ιστορικό κακοποίησης είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμπλακούν σε σοβαρές επιθέσεις εναντίον τρίτων, από εκείνους που δεν είχαν ιστορικό κακοποίησης.

§ 24 φορές συχνότερα διέπρατταν εμπρησμούς.

§ 58 φορές συχνότερα διέπρατταν βιασμούς.

§ 2 φορές συχνότερα διέπρατταν επιθέσεις (Φερέτη, 1998 & (Μιχαλοδημητράκης, 1997).

Ø Έρευνα στη Μ. Βρετανία (1989) σε 14.500 οικογένειες, έδειξε ότι:

Ø Οι πιθανότητες να κακοποιήσει κάποιος είναι 1 στις 14, όταν έχει και ο ίδιος κακοποιηθεί στην παιδική του ηλικία.

Ø Οι πιθανότητες να μην κακοποιήσει κάποιος το παιδί του είναι 1 στις 400 όταν δεν υπάρχει ιστορικό κακοποίησης (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Ø Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν το συνεχιζόμενο κύκλο της κακοποίησης από γενεά σε γενεά και το πρόβλημα διαιωνίζεται.

6.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Οι επιπτώσεις της κακοποίησης μέσα στην οικογένεια ποικίλουν με το βαθμό, τη μορφή και τη σοβαρότητα της κακοποίησης, όπου οι συνέπειες ως προς την οικογένεια έγκειται στο νομικό πλαίσιο, από την απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι μέχρι και τη φυλάκιση του γονιού (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Μια τέτοια συνέπεια έχει πολύ μεγάλη σημασία τόσο για το παιδί το οποίο νιώθει ανασφάλεια, έχει αποδιοργανωθεί και είναι ανήσυχο που θα αναγκαστεί να αλλάξει περιβάλλον, όσο και για την οικογένεια η οποία αποδείχθηκε ότι είναι ανίκανη να αναθρέψει σωστά το παιδί της (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Επιπλέον η οικογένεια αυτή και πιο συγκεκριμένα το άτομο που κακοποίησε το παιδί, χάνει την εκτίμηση, το σεβασμό, την αγάπη και την

εμπιστοσύνη που είχε το παιδί προς αυτόν. Τα συναισθήματα τρυφερότητας, αγάπης, φροντίδας και στοργής αντικαθίστανται από αισθήματα κακίας, εχθρότητας και απογοήτευσης (Φερέτη, 1998).

Βέβαια, η οικογένεια αυτή αποκόβεται και από τον κοινωνικό της περίγυρο αφού αποτελεί παράδειγμα προς αποφυγή και κανένας δεν θα ήθελε να έχει συναναστροφές με τέτοιου είδους ανθρώπους. Οι άνθρωποι αυτοί μένουν στο περιθώριο και στιγματίζονται για την υπόλοιπη ζωή τους (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Η αρνητική αυτή εντύπωση και η αντιμετώπιση της οικογένειας από την κοινωνία, έχει σαν συνέπεια να χάνει η οικογένεια την κοινωνική της υπόσταση και τη θέση που είχε στην κοινωνία. Επέρχεται η απομόνωση, η έλλειψη σεβασμού, η απόρριψη και η κακή συναισθηματική κατάσταση και ο στιγματισμός προς όλα τα μέλη της οικογένειας (Μιχαλοδημητράκης, 1997).

6.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στην περίπτωση που το παιδί είναι θύμα κακοποίησης από άγνωστο άτομο, δηλαδή από άτομο εκτός οικογένειας, οι επιπτώσεις που επέρχονται επιδρούν σε δυο τομείς, τόσο στο παιδί όσο και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Η οικογένεια στιγματίζεται που έχει ένα κακοποιημένο παιδί, τα μέλη της καταρρακώνονται ψυχολογικά και γενικά αλλάζει όλη η πορεία της οικογένειας (Μιχαλοδημητράκης, 1997).

Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να σταθούν ψύχραιμα και να προσφέρουν την αγάπη τους, την τρυφερότητά τους, την κατανόηση και τη στοργή που το παιδί έχει τόσο πολύ ανάγκη. Συνήθως οι γονείς μετά από ένα τέτοιο γεγονός μελαγχολούν, αποσύρονται από τις καθημερινές τους δραστηριότητες και γίνονται υπερβολικά εσωστρεφείς (Unicef, 2000).

Με αυτόν τον τρόπο όμως, δεν βοηθούν τον εαυτό τους για να μπορέσουν έτσι να βοηθήσουν και το παιδί τους. Όταν το παιδί έχει αυτή την αντιμετώπιση από τους γονείς τότε οι επιπτώσεις στον δικό του ψυχικό κόσμο γίνονται ακόμα πιο τραυματικές (Γιωτάκος, Τσίτσικα, 2009).

Η οικογένεια οφείλει να βοηθήσει το παιδί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, με την εν γένει φροντίδα της, την ηθική και συναισθηματική υποστήριξη του παιδιού και με την παροχή βοήθειας από ειδικούς συμβούλους (Unicef, 2000).

Βασική παράμετρο αποτελεί και η στάση που θα υιοθετήσει η οικογένεια προς το κοινωνικό σύνολο που την περιβάλλει. Πρέπει να ενώσει τις δυνάμεις της για να αντιμετωπίσει την κακεντρέχεια και την επιφυλακτική στάση της κοινωνίας απέναντι στο παιδί, αλλά και στην ίδια την οικογένεια, έτσι ώστε να ενταχθεί το παιδί ως υγιές και αποδεκτό μέλος στην κοινωνία που ανήκει και

αξίζει να έχει μια σεβαστή θέση (Τσιαντής, Μανωλόπουλος, 1987 & Unicef, 2000).

6.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, όπως κάθε παιδί έτσι και το κακοποιημένο παιδί πρέπει να ενταχθεί στην κοινωνία σαν υγιές και αποδεκτό μέλος της που θα κατέχει μια αξιοσέβαστη θέση σε αυτή. Η πρόοδος, η ευημερία και η ανάπτυξη μιας κοινωνίας εξαρτάται από την ταυτότητα, την ηθική και το μορφωτικό επίπεδο των μελών της (Πρεκατέ, 2009).

Κάθε μορφή κακοποίησης επηρεάζει και στιγματίζει σε μεγάλο βαθμό το συναισθηματικό και ψυχικό κόσμο του παιδιού. Επομένως, βασικό μέλημα της θεραπευτικής προσέγγισης του παιδιού θα πρέπει να είναι η επούλωση των τραυμάτων αυτών ώστε να ενταχθεί στην κοινωνία χωρίς προβλήματα.

Εάν το παιδί παραμείνει με τα ψυχικά αυτά τραύματα τότε η ένταξή του στην κοινωνία θα προσφέρει βία, κακία και βιώματα που έζησε το παιδί στην παιδική του ηλικία. Θα είναι ευάλωτο σε κάθε είδους παρανομία, κακία και επίδειξη δύναμης. Στην περίπτωση αυτή η κοινωνία θα κινδυνεύει από ένα άτομο με διαταραγμένο ψυχικό κόσμο που συνέχεια θα δημιουργεί προβλήματα και θα αποτελεί κακό πρότυπο για τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας (Πρεκατέ, 2009).

Η μη σωστή άσκηση θεραπευτικής προσέγγισης στο κακοποιημένο παιδί θα οδηγήσει σε αύξηση της παραβατικότητας στην κοινωνία, με δυσμενείς για την ομαλή συμβίωση συνέπειες. Άλλωστε όπως έχει λεχθεί από πολλούς: «το πολιτισμικό επίπεδο μιας κοινωνίας φαίνεται από τον τρόπο που συμπεριφέρεται στα παιδιά της». Επομένως, η αντιμετώπιση και η προσέγγιση του κακοποιημένου παιδιού πρέπει να γίνει με γνώμονα την αγάπη, την κατανόηση, την έλλειψη εκδίκησης και τη συγκατάβαση προς τα σφάλματα των άλλων (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1993).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- 7.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ
- 7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ
- 7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
 - 7.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η διαγνωστική εκτίμηση της κακοποίησης ενός παιδιού αρχίζει από τη στιγμή που αποκαλύπτεται η κακοποίησή του και γίνεται γνωστή στους αρμόδιους, όπως στο σχολείο, στην κοινωνική υπηρεσία, στο νοσοκομείο, στο δικαστήριο ή στην αστυνομία. Είναι σημαντικό να ολοκληρώνεται η φάση αυτή σε σύντομο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να αξιολογούνται οι προτεραιότητες και οι τρόποι της θεραπευτικής παρέμβασης και της προστασίας του παιδιού αν το επιβάλλουν οι συνθήκες.

Ο πρώτος επαγγελματίας στον οποίο το παιδί θα αποκαλύψει την κακοποίηση που έχει βιώσει, μπορεί να είναι από οποιοδήποτε κλάδο. Βασική προϋπόθεση αποτελεί να αισθάνεται εμπιστοσύνη το παιδί προς το άτομο αυτό, που θα διευκολύνει το κλίμα να εκμυστηρευθεί το παιδί το μυστικό του.

Το παιδί που έχει κακοποιηθεί από κάποιο άτομο εκτός οικογενείας, μπορεί να αισθάνεται καλύτερα να εξετασθεί με την παρουσία των γονιών του, ενώ το παιδί για το οποίο υπάρχουν υπόνοιες για ενδοοικογενειακή κακοποίηση θα πρέπει να εξεταστεί μόνο του και κάθε γονέας ξεχωριστά. Το παιδί δεν πρέπει να είναι παρόν όταν εξετάζονται οι γονείς ή άλλοι ενήλικες που περιγράφουν τα γεγονότα (Πρεκατέ, 2009).

Η εκτίμηση θα πρέπει να γίνεται σε άνετο και ευχάριστο περιβάλλον που να εξασφαλίζεται το απόρρητο. Ο χώρος θα πρέπει να προσφέρει εξοπλισμό τέτοιο που να διευκολύνει ένα μικρό παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα χρησιμοποιώντας ανατομικές ή απλές κούκλες, υλικό για ζωγραφική, πηλό, εικόνες και γενικά υλικό που μπορεί να βοηθήσει ένα παιδί να εκφραστεί καλύτερα (Μιχαλοδημητράκης, 1997).

Η αποκάλυψη της κακοποίησης μπορεί να γίνει από το ίδιο το παιδί συνήθως στη μητέρα του, σε κάποιο φίλο, στη δασκάλα του ή στον οικογενειακό τους γιατρό. Όσο μικρότερο είναι το παιδί τόσο αυξάνουν οι πιθανότητες να μιλήσει στη μητέρα του για την κακοποίηση διότι δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τις ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες της αποκάλυψης. Εάν η μητέρα είναι συνένοχη, το παιδί θα αισθανθεί μόνο και αβοήθητο. Αντιθέτως, αν η μητέρα κατανοήσει την τραυματική εμπειρία του παιδιού και το βοηθήσει στην αποκάλυψη, τότε το βίωμα της κατάστασης αυτής θα είναι διαφορετικό για το παιδί (Πρεκατέ, 2009).

Επίσης, η αποκάλυψη μπορεί να γίνει από τους ίδιους τους γονείς και τα αδέρφια του, όταν δεν είναι οι ίδιοι υπαίτιοι της κακοποίησης, στην αστυνομία. Σε περιπτώσεις όπου τα αδέρφια και η μητέρα έχουν γίνει θεατές της

κακοποίησης, προβαίνουν σε ενέργειες όπως να ενημερώσουν την αστυνομία, αφού πρώτα το συζητήσουν με άτομο του περιβάλλοντός τους που εμπιστεύονται.

Η αποκάλυψη μπορεί να γίνει και στα Εξωτερικά Ιατρεία από το θεράποντα ιατρό, ο οποίος διαπιστώνει σημεία κακοποίησης ή και από τους γείτονες και άτομα του εξωοικογενειακού περιβάλλοντος, οι οποίοι καταγγέλλουν το συμβάν. Βασικότερο βέβαια ρόλο σε αυτή την περίπτωση έχει ο παιδίατρος που καλείται να προστατεύσει το παιδί και να συμβουλευτεί τους γονείς ώστε να αποφευχθεί η επανάληψη της κακοποίησης στο παιδί.

Η ψυχολογική κατάσταση και η συμπεριφορά του παιδιού αποτελούν εμφανή σημεία για τη διάγνωση της κακοποίησης. Το παιδί γίνεται μοναχικό, αποσύρεται από τις καθημερινές του δραστηριότητες, γίνεται επιθετικό και έχει το λεγόμενο «παγωμένο βλέμμα». Το άτομο που θα διαπιστώσει αυτές τις αλλαγές θα πρέπει να ενημερώσει την οικογένεια (Σταύρου, 1983 & Thio, 2003).

7.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ

Η εντόπιση του υπαιτίου δεν είναι απαραίτητη κατά την αρχική φάση της διάγνωσης, αρκεί να διαπιστωθούν τα στοιχεία αυτά που είναι απαραίτητα για να τεκμηριωθεί η ύπαρξη της κακοποίησης. Δεν χρειάζεται να αποσιωπηθεί από τους γονείς αυτό που πραγματικά είναι ορατό, δηλαδή ένα παιδί με κακώσεις ή με άλλα ευρήματα που συνηγορούν υπέρ της διάγνωσης της κακοποίησης.

Οι ανησυχίες του επαγγελματία πρέπει να συζητηθούν με τους γονείς με τρόπο ευαίσθητο και διακριτικό, αναγνωρίζοντας και συζητώντας τις δικές του ανάγκες και τα δικά τους συναισθήματα λύπης και απόγνωσης. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου η συνεργασία με τους γονείς είναι αδύνατη. Οι επαγγελματίες σε αυτή την περίπτωση πρέπει να προβούν σε άμεσες ενέργειες που είναι απαραίτητες για την προστασία του παιδιού, σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία (Πρεκατέ, 2009).

Τέτοιες ενέργειες μπορεί να είναι η εισαγγελική εντολή για άμεση υποχρεωτική νοσηλεία του παιδιού στο νοσοκομείο ή την εισαγωγική του σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης έως ότου οι φορείς παιδικής προστασίας επιτύχουν κάποιο στάδιο συνεργασίας με τους γονείς. Η εισαγγελική παρέμβαση δεν αίρει την διάθεση των επαγγελματιών για συνεργασία με την οικογένεια και αυτό πρέπει να διευκρινιστεί στους γονείς (www.karatziou.gr).

Ανάλογες εξηγήσεις πρέπει να δοθούν και στο παιδί σχετικά με όλα τα στάδια της διαγνωστικής διαδικασίας. Η γνώση αυτή θα βοηθήσει το παιδί να αισθανθεί σιγουριά, αφού θα γνωρίζει τα στάδια που πρόκειται να

επακολουθήσουν (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991 & Τσιαντής, Μανωλόπουλος, 1987).

7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Για μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση είναι σημαντική η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας. Ωστόσο, οι επαγγελματίες που δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε κλινικούς ψυχολόγους ή ψυχιάτρους δεν πρέπει να αποθαρρύνονται και δεν πρέπει να προχωρούν στη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος. Η συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και παιδιάτρων κράτησε για πολλά χρόνια το θέμα της κακοποίησης στην επικαιρότητα, πριν προστεθούν οι άλλες επιμέρους ειδικότητες. Ο «μόνος» επαγγελματίας είναι θεμιτό να αναζητήσει τη συνεργασία άλλων ειδικών και φορέων που απασχολούνται με την οικογένεια και το παιδί, για την υποστήριξη του και για την πληρέστερη διαχείριση της περίπτωσης.

Μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

A. Κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας με έμφαση την κατανόηση της οικογενειακής λειτουργίας, των ιδιαίτερων αναγκών των μελών της και τη διερεύνηση ύπαρξης υποκοριστικών συστημάτων για την οικογένεια.

Το κακοποιημένο παιδί δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται χωριστά από την οικογένεια, αφού αυτή θα προσφέρει την πολύτιμη βοήθειά της στη θεραπεία του παιδιού. Το σημαντικότερο είναι να αποκατασταθεί η διαταραγμένη υγεία του παιδιού, να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο της επανακακοποίησης, να θεραπευθεί η οικογένεια και να αποκατασταθούν οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς τους (Πρεκατέ, 2009).

B. Παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου παιδιού. Επίσης εξέταση όλων των αδελφών του κατά το χρόνο εξέτασης του κακοποιημένου παιδιού.

Τόσο το παιδιατρικό ιστορικό όσο και η κλινική εξέταση βοηθούν στη διάγνωση ενός κακοποιημένου παιδιού. Υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες ενδείξεων που αφορούν τόσο την πρωτογενή συμπεριφορά όσο τη σεξουαλική, τη σχολική και την οικογενειακή (www.nsalteris.gr).

Οι ενδείξεις της πρωτογενούς συμπεριφοράς μάς υποδεικνύουν μια απότομη ή προοδευτική αλλαγή της συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει απότομη

κοινωνική απομόνωση, εσωστρέφεια ή αντιθέτως υπερβολικά βίαιες αντιδράσεις ακόμα και απόπειρες αυτοκτονίας.

Οι σεξουαλικές ενδείξεις συνήθως περνούν απαρατήρητες ενώ είναι ορατή η μη φυσιολογική απόκλιση μεταξύ της ηλικίας του παιδιού, της ανάπτυξής του και της σεξουαλικής του συμπεριφοράς (Πρεκατέ, 2009).

Όσον αφορά τις σχολικές του ενδείξεις, μπορούμε να παρατηρήσουμε την απομόνωση μέσα στην τάξη, τη μείωση της σχολικής επίδοσης, τις απουσίες, την κόπωση κατά την διάρκεια των μαθημάτων ή την άρνηση της συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες (www.euroipn.org).

Οι οικογενειακές ενδείξεις αφορούν την απομόνωση και απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, γονείς τοξικομανείς ή αλκοολικοί.

Σε κάθε περίπτωση η επιφυλακτικότητα είναι πάντοτε ο κανόνας όταν γίνεται αναφορά στις ενδείξεις αυτές. Δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν αποδείξεις στην περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης, αλλά μπορούν να χρησιμεύουν σαν ενδείξεις για να κρούσουν τον κώδωνα του κινδύνου (www.nsalteris.gr).

Γ. Κλινική ψυχολογική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας

Σημαντικός και αξιόλογος ενδεικτικός παράγοντας είναι η ψυχολογική κατάσταση του ίδιου του παιδιού, αλλά και της οικογένειας. Το κακοποιημένο παιδί παρουσιάζει διαταραχές της προσωπικότητάς του καθώς και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία όταν δεν υπάρχουν από πριν βάζουν το γιατρό σε υποψίες. Για αυτό σημαντικό ρόλο παίζει η λήψη ενός πολύ καλού ιστορικού, το οποίο θα βοηθήσει στη διάγνωση της κακοποίησης (www.nsalteris.gr).

Δ. Ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων

Τα ψυχιατρικά προβλήματα αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα στην κακοποίηση ενός παιδιού. Κρίνεται λοιπόν, σκόπιμη η ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων ιδίως όταν η συμπεριφορά τους υποδηλώνει τέτοιου είδους προβλήματα η έγκαιρη διάγνωση αυτής της κατάστασης θα συντελεί θετικά και θα κατευθύνει ως ένα βαθμό τα θεραπευτικά μέτρα (Σταύρου, 1983, Τσιαντής & Μανωλόπουλος, 1987).^{18, 19}

Η εκτίμηση της κακοποίησης θα πρέπει να γίνει σε ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον που να εξασφαλίζει το απόρρητο. Ο χώρος θα πρέπει να προσφέρει εξοπλισμό που διευκολύνει ένα μικρό παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα (www.nsalteris.gr).

Η διάγνωση διακρίνεται:

- Σε συμβουλευτική, που σκοπός της είναι να βοηθηθεί ο ειδικός από την τελική διάγνωση μιας διαταραχής, και
- Σε θεραπευτική, που εφαρμόζεται με σκοπό να προσδιοριστεί το είδος της ψυχοθεραπείας, της θεραπείας και της επανεκπαίδευσης (www.nsalteris.gr).

Η διάγνωση γίνεται πολλές φορές ευκαιριακά από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, αλλά μόνο αυτό δεν αρκεί. Πρέπει η διάγνωση να γίνεται όσο το δυνατό προωμότερα από την ιατροψυχοπαιδαγωγική ομάδα, ειδικευμένη πάντα στα παιδιά, για να αποφεύγονται τα διαγνωστικά λάθη (www.karatziou.gr).

Συνήθως, η ιατροψυχοπαιδαγωγική ομάδα αποτελείται από έναν παιδοψυχίατρο, έναν κλινικό ψυχολόγο, ένα νοσηλεύτη και έναν κοινωνικό λειτουργό. Τα μέλη της ομάδας για να πετυχαίνουν στο έργο τους πρέπει να συνεργάζονται και να διέπονται από το πνεύμα της συμπλήρωσης της μιας ειδικότητας από την άλλη (www.karatziou.gr).

Με άλλα λόγια χρειάζεται η ομάδα αυτή να λειτουργεί δυναμικά με τη σύγχρονη έννοια της δυναμικής ομάδας, ώστε να αποτελεί, πραγματικά, για κάθε διαταραγμένο παιδί ή ομάδα διαταραγμένων παιδιών το «διάμεσο» από το οποίο θα βοηθούνται στη θεραπεία και επανεκπαίδευσή τους (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1999).

Στη διάγνωση περιλαμβάνονται και κάποιες εργαστηριακές εξετάσεις που περιλαμβάνουν:

- Εξέταση αίματος και ΕΝΥ για αναιμία, λευκοκυττάρωση και αιμορραγικό ΕΝΥ, ευρήματα ύποπτα εγκεφαλικής αιμορραγίας που παρατηρείται κυρίως στο Shaken Baby Syndrome.
- Πλήρης ακτινολογικός έλεγχος κρανίου, θώρακος, άκρων, σπονδυλικής στήλης για ύπαρξη συμπιεστικών ή ρωγμοειδών καταγμάτων πλευρών ή επιφυσιο-μεταφυσιακών καταγμάτων ή σπονδυλολίσηση. Μη αναμενόμενα κατάγματα μετά από ακτινολογικό έλεγχο βρέθηκαν στο 22% των κακοποιημένων παιδιών ηλικίας κάτω του 1 έτους και 9% των παιδιών μεγαλύτερης ηλικίας.
- Σπινθηρογράφημα ήπατος, σπληνός, νεφρών για πιθανή ρήξη των οργάνων αυτών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).
- Υπερηχοτομογραφία εντέρου, παγκρέατος, οπισθοπεριτοναίου για ύπαρξη αιματωμάτων ή ψευδοκύστεων.
- Αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου για ύπαρξη υποσκληριδίου ή υποθαλαμικού αιματώματος, εγκεφαλικής ή υποαραχνοειδούς αιμορραγίας.
- Έλεγχος κόλπου, απηυθυσμένου και στοματικής κοιλότητας για ύπαρξη σπέρματος (ζωντανά σπερματοζώαρια βρίσκονται τις πρώτες 12 ώρες μετά από σεξουαλική κακοποίηση), αυξημένης όξινης προστακτικής φωσφατάσης (τις πρώτες 48 ώρες από τη σεξουαλική κακοποίηση), γονόκοκκου, σύφιλης, έρπητα, τριχομονάδων.
- Σε κάθε περίπτωση θανάτου κακοποιημένου παιδιού απαιτείται προσεκτική και λεπτομερής νεκροτομική εξέταση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών ευρημάτων από το δέρμα, την κεφαλή, το κρανίο, τον εγκέφαλο και τα άκρα. Η εξέταση αυτή θα αποκαλύψει τις βλάβες που

προκάλεσαν το θάνατο. Απαραίτητα πρέπει να αφαιρεθούν τα όργανα του λαιμού και να ελεγχθούν για ύπαρξη ξένου σώματος που αποφράσσει τους αεραγωγούς ή κατάγματα του υοειδούς οστού, των χόνδρων του λάρυγγα ή αιμορραγικές διηθήσεις των μαλακών μορίων (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

- Όλα τα όργανα του θώρακα και της κοιλιάς να περιγράφουν, να ζυγιστούν και να ελεγχθούν για την ύπαρξη ψευδοκύστεων στο πάγκρεας, ρήξη ήπατος ή σπληνός, ρήξη του στρογγυλού συνδέσμου και παρεμβαλλόμενων αιμορραγιών του μεσεντερίου, αιματωμάτων ή ρήξεων με αιχμηρό όργανο του τοιχώματος του λεπτού και παχέος εντέρου (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).
- Τέλος πρέπει να ληφθούν τα παρακάτω δείγματα για τοξικολογική εξέταση:

§ 10-15 ml αίματος

§ όλο το ποσοστό των ούρων

§ 50g ήπατος

§ 50g εγκεφάλου

§ ένας νεφρός

§ το περιεχόμενο του στομάχου

§ δείγματα τριχών κεφαλής και αποκόμματα ονύχων.

§ Αν υπάρχει υποψία φλεγμονώδους νόσου πρέπει να ληφθούν δείγματα για καλλιέργεια αίματος, πτυέλων και ΕΝΥ (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η στάση του νοσηλευτή, ως μέλους της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, θα είναι πολύ υποβοηθητική κατά τη διαγνωστική φάση, αν:

- Ø Ακούσει το παιδί με προσοχή και το καθησυχάσει, διαβεβαιώνοντας το ότι όλη η ομάδα είναι με το μέρος του και θα προσπαθήσει να το βοηθήσει.
- Ø Απενοχοποιήσει και πιστέψει το παιδί. Σπάνια τα παιδιά λένε ψέματα για την δική τους κακοποίηση.
- Ø Εξηγήσει στο παιδί τον τρόπο που θα ενεργήσουν, ώστε να αισθανθεί σιγουριά (Παρασκευόπουλος, 1998).
- Ø Κατανοήσει τους λόγους για τους οποίους ένα σωματικώς κακοποιημένο παιδί δεν θέλει να εγκαταλείψει την αγκαλιά του γονέα υπαίτιου για την

κακοποίηση (συναισθήματα ανασφάλειας για το μέλλον του, ενοχής για πιθανή ενοχή του γονέα του).

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

Ø Έχει κατά νου τους μηχανισμούς άμυνας που το παιδί αλλά και η οικογένεια του χρησιμοποιούν. Μερικούς από αυτούς μπορεί να είναι:

Εκλογίκευση: Αναφέρεται κυρίως στους γονείς, οι οποίοι παρουσιάζουν την απαράδεκτη συμπεριφορά τους εις βάρος των παιδιών ως αποτέλεσμα λογικής σκέψης. Έτσι, λένε ότι «τιμωρούν» τα παιδιά τους για το δικό τους καλό, ενώ στην πραγματικότητα εκτονώνουν τα δικά τους νεύρα.

Απόθηση: Το παιδί με το μηχανισμό αυτό σκόπιμα ξεχνά γεγονότα που αφορούν την κακοποίηση και τα οποία, αν γίνονται συνειδητά θα ήταν οδυνηρά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η διάγνωση.

Άρνηση: Το κακοποιημένο παιδί, αρνείται να αποδεχθεί την επώδυνη πραγματικότητα, ότι έχει, δηλαδή, κακοποιηθεί, κυρίως όταν οι υπαίτιοι ήταν άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Αλλά και γονείς που αισθάνονται το μέγεθος του παραλογισμού και των συνεπειών από την άσκηση βίας στα παιδιά τους, χρησιμοποιούν το μηχανισμό αυτό (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1993).

Για μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση είναι σημαντική η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας. Η σωστή και έγκαιρη διάγνωση της κακοποίησης ενός παιδιού είναι καθοριστική για τη μετέπειτα ζωή του. Όσο γρηγορότερα δράσουν οι επαγγελματίες τόσο αποτελεσματικότερη θα είναι η θεραπεία όχι μόνο για το παιδί, αλλά και για την οικογένεια.

Απαραίτητα εφόδια είναι η γνώση, η ώριμη στάση, η επαγγελματική ευσυνειδησία, η λογική και προσεκτική προσέγγιση στα στοιχεία που εμφανίζονται (Παρασκευόπουλος, 1998 & Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1993).

7.3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή θα είναι πολύ βασικός σε αυτό το στάδιο, αν πληρεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- ✚ Να ακούει το παιδί με προσοχή και να το καθησυχάζει, λέγοντάς του ότι όλη η ομάδα προσπαθεί για το καλύτερο.
- ✚ Να απενοχοποιήσει το παιδί και να πιστέψει αυτά που του λέει γιατί σπάνια τα παιδιά λένε ψέματα για την κακοποίησή τους.
- ✚ Να εξηγήσει στο παιδί τον τρόπο ενέργειάς τους για να νιώθει σιγουριά.

- ✚ Να έχει υπόψη του τους μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιεί τόσο το παιδί όσο και η οικογένειά του.

Για μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση, απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η σωστή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Όσο γρηγορότερα δράσουν οι επαγγελματίες τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία τόσο για το παιδί όσο και για την οικογένεια (Παρασκευόπουλος, 1998).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

- 8.1 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
 - 8.1.1 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
 - 8.1.2 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
- 8.2 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
 - 8.2.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 - 8.2.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 - 8.2.3 ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 - 8.2.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
 - 8.2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ
 - 8.2.6 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ
- 8.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ
- 8.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

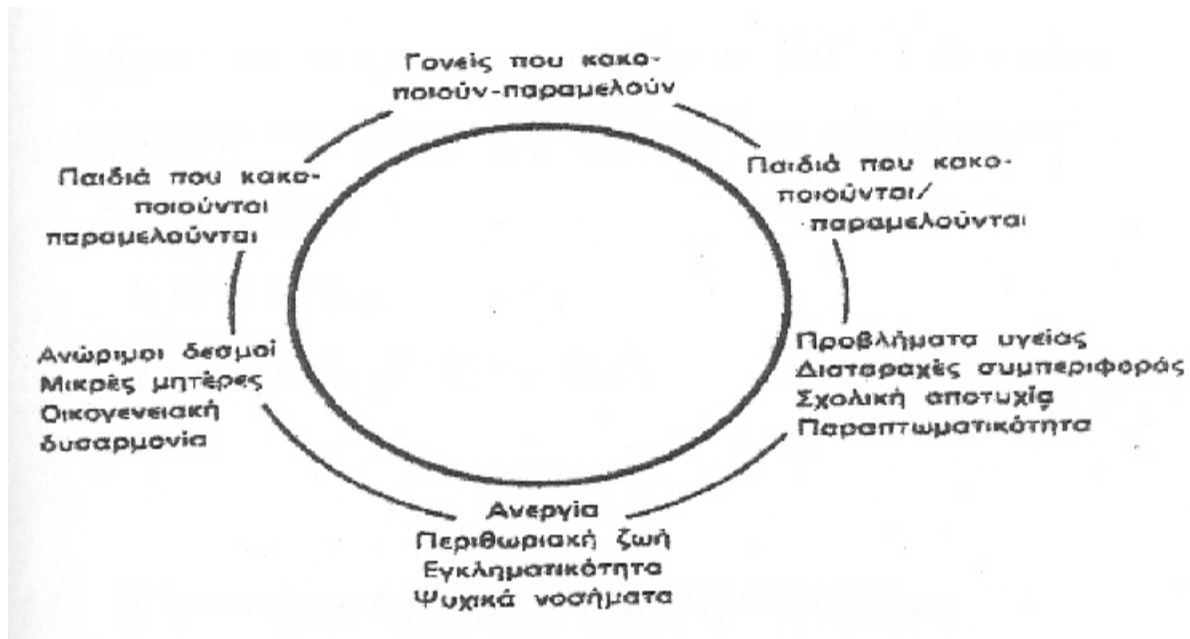
Μετά τη διάγνωση της κακοποίησης του παιδιού ακολουθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση αυτού και της οικογένειάς του, που αποσκοπεί στην αποκατάστασή τους, ως βιοψυχοκοινωνικές οντότητες και την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο ως υγιή και χρήσιμα μέλη. Η οικογενειακή ζωή για κάθε παιδί πρέπει να πληροί τέσσερις βασικές λειτουργίες:

- § Να εξασφαλίζει την ομαλή ανάπτυξη και τη σωματική υγεία.
- § Να του προσφέρει την κατάλληλη κατεύθυνση για συναισθηματικές εμπειρίες.
- § Να είναι η οικογενειακή ζωή το παράδειγμα του σωστού γονικού ρόλου.
- § Να του διδάσκει τη συμπεριφορά που οδηγεί και εξασφαλίζει ικανοποιητικές ανθρώπινες σχέσεις (Παρασκευόπουλος, 1998).



Πολλοί ενήλικες είναι αδύνατο να προσφέρουν τις παραπάνω προϋποθέσεις στα παιδιά τους κι έτσι κι εκείνα μεγαλώνοντας γίνονται ανεπαρκείς γονείς, περνώντας αναπόφευκτα σε αυτά τις εμπειρίες τους. Ο κύκλος της κακοποίησης είναι δυνατό να διακοπεί σε διαφορετικά στάδια,² όπως δείχνει και το Σχήμα 1:

Σχήμα 1. Η κυκλική μορφή της κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών



Πηγή: Παρασκευόπουλος, Ι., Κλινική Ψυχολογία, Αθήνα, 1998

Ανάλογα με το σημείο που θα διακοπεί ο κύκλος της κακοποίησης εξαρτάται και ο τρόπος θεραπείας και προσέγγισης τόσο του κακοποιημένου παιδιού όσο και της οικογένειάς του. Οι κύριοι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών είναι:

- § η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση, και
- § η αποκατάσταση της καλής λειτουργίας της οικογένειας, με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι καθώς και
- § η γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας (Παρασκευόπουλος, 1998 & Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1993).

8.1 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που αγγίζει τις εξής πτυχές της οντότητας του παιδιού:

- α. τη σωματική
- β. την ψυχική και
- γ. την κοινωνική πτυχή του παιδιού.

8.1.1 Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η σωματική θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την περιποίηση και τη φροντίδα του παιδιού στο νοσοκομείο, όπως η περιποίηση των τραυμάτων, των εγκαυμάτων, η ενυδάτωση του παιδιού σε περιπτώσεις και η χειρουργική αντιμετώπιση των τραυμάτων του. Επίσης, βασική προϋπόθεση αποτελεί και η ένταξη του παιδιού σε «ξενώνα-κρίσης», όπως ονομάζεται, έτσι ώστε το παιδί να αισθανθεί άμεση ασφάλεια, ενώ όλα τα εμπλεκόμενα μέλη, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών, να γνωρίζουν ότι πρόκειται για μεταβατικό στάδιο.

Η παραμονή στον ξενώνα δίνει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης που συνοδεύεται από την αποκάλυψη του γεγονότος, προσφέρει προστασία στο παιδί και τη δυνατότητα για ουσιαστικό χρόνο διαγνωστικής διερεύνησης. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του «ξενώνα-κρίσης» είναι άλλη βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση. Η διεπιστημονική στελέχωση και η επίσημη και καθιερωμένη συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα, αποτελούν βασικές προϋποθέσεις στο στάδιο αυτό. Η εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού και της οικογένειας, και κυρίως της ευθύνης για την κακοποίηση από τον πατέρα ή άλλο συγγενικό πρόσωπο, θα επηρεάσουν την έκβαση της περίπτωσης μετά το στάδιο του «ξενώνα-κρίσης» (Γιωτάκος & Τσίτσικα, 2009).

Την σωματική θεραπευτική προσέγγιση έρχεται να συμπληρώσει η ψυχική θεραπευτική προσέγγιση. Όπως είναι γνωστό, τα εξωτερικά τραύματα του παιδιού εξαλείφονται σχετικά γρήγορα, οι εσωτερικές όμως πληγές, δύσκολα θεραπεύονται διότι όποια κι αν είναι η μορφή κακοποίησης η ψυχική σφαίρα του παιδιού κλονίζεται. Ο επαγγελματίας πρέπει να προσεγγίσει το παιδί ακολουθώντας τέσσερα βασικά βήματα στην ατομική θεραπεία του παιδιού:

1. **Έκφραση συναισθημάτων:** Αφορά την έκφραση με λόγια ή με κινήσεις των συναισθημάτων της ενοχής, του πόνου, της ντροπής, της απογοήτευσης, της επιθετικότητας τόσο προς τον εαυτό του όσο και προς τον υπαίτιο. Ο θεραπευτής καλείται να αναγνωρίσει αυτά τα συναισθήματα του παιδιού και με τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτει καθώς και τις πηγές βοήθειας να βοηθήσει το παιδί να ξεπεράσει αυτά τα αρνητικά συναισθήματα (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).
2. **Περιγράφοντας την κακοποίηση:** το παιδί πολλές φορές μη θέλοντας να περιγράψει την κακοποίησή του, την παρουσιάζει ως μη πραγματική και αυτός είναι ένας τρόπος για να ξεχάσει το γεγονός. Εδώ ο θεραπευτής καλείται να παρέμβει και να βοηθήσει το παιδί να περιγράψει την

κακοποίηση με το δικό του ρυθμό και με όσες λεπτομέρειες περισσότερες μπορεί. Θα πρέπει να έχει υπομονή, να είναι προσεκτικός και να εμπνέει εμπιστοσύνη ώστε να βοηθήσει το παιδί να περιγράψει το γεγονός αυτό που του δημιουργεί συναισθήματα ενοχής και ντροπής.

3. **Λέγοντας «όχι»:** Το παιδί που έχει κακοποιηθεί χρειάζεται βοήθεια ώστε να μπορέσει να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του, όπως το τι θέλει, τι δεν θέλει, πότε να λέει όχι και πότε να λέει ναι. Είναι πολύ σημαντικό στάδιο για τη θεραπεία, το παιδί να θέτει κάποια όρια για το εαυτό του, να μπορεί να διακρίνει το καλό άγγιγμα από το κακό και πότε να κρατά ένα μυστικό και πότε όχι (Τσιάντης, Μανωλόπουλος, 1987).

§ **Αποδοχή:** είναι πολύ σημαντικό το παιδί να αποδεχτεί τη θλιβερή αυτή κατάσταση, η οποία μετά από τη βοήθεια της επιστημονικής ομάδας θα πρέπει να αποτελεί θλιβερή ανάμνηση και όχι αβάσταχτη εμπειρία ντροπής. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι σίγουρος ότι το παιδί δε γίνεται δέκτης της ταυτότητας του θύματος αλλά αποδέχεται το γεγονός και γίνεται ενεργό μέλος της κοινωνίας που το περιβάλλει (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991 & Τσιάντης, Μανωλόπουλος, 1987).

8.1.2 Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κοινωνική θεραπευτική προσέγγιση: Περιλαμβάνει τις δραστηριότητες που αναλαμβάνει η κοινωνία και το κράτος, ώστε να συμβάλλουν στη θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού και αυτές είναι:

- Προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης και απασχόλησης για την κοινωνική επανένταξη του παιδιού
- Ποινικές διατάξεις
- Αστικές διατάξεις (Γιωτάκος & Τσίτσικα, 2009).

Προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης

Αποτελούν μέρος της θεραπευτικής προσέγγισης για τα παιδιά που έχουν υποστεί τρομακτικά τραύματα στον ψυχισμό τους. Τα προγράμματα αυτά δρουν ανασταλτικά στην επανένταξή τους στην κοινωνία αφού προκαλούν την έλλειψη της αυτοεκτίμησης, αισθήματα ντροπής, απομόνωσης και μελαγχολίας. Μέσα από τα προγράμματα εκπαίδευσης το παιδί θα έρθει αντιμέτωπο με τα

προβλήματά του, θα πιστέψει ξανά στον εαυτό του, θα επανακτήσει τις δυνάμεις του και θα αντεπεξέλθει με επιτυχία στο ρόλο του ως παραγωγικό μέλος της κοινωνίας (Γιαννοπούλου, 1996).

Ποινικές - αστικές διατάξεις

Τόσο το ποινικό όσο και το αστικό σκέλος θα πρέπει να αποτελούν μέρος της θεραπευτικής προσέγγισης. Με τη λήψη ασφαλιστικών μέτρων θα πρέπει να γίνεται προσωρινή αφαίρεση της γονικής μέριμνας, αφού πρώτα ανατεθεί η μέριμνα του παιδιού σε φορέα παιδικής προστασίας, και θα πρέπει να εξασφαλίζεται απόλυτα το συμφέρον του παιδιού όχι μόνο για την προστασία του αλλά και για την περαιτέρω εξέλιξή του (Γιαννοπούλου, 1996).

Πηγές βοήθειας για τα παιδιά

Ø Παιδιατρική κάλυψη

Προσφέρεται παιδιατρική αξιολόγηση και παρακολούθηση στα πλαίσια του παιδιατρικού νοσοκομείου, του τοπικού κέντρου υγείας ή του οικογενειακού γιατρού (Γιαννοπούλου, 1996).

Ø Βοήθεια από μη ειδικούς

Σύμφωνα με το σχήμα αυτό, επιλέγονται άτομα ώριμα, διαφόρων ηλικιών, που με την κάλυψη κάποιου επαγγελματία, συνήθως κοινωνικού λειτουργού ή ψυχολόγου, ασχολούνται με τα παιδιά. Τα άτομα αυτά έχουν πόλο περισσότερο οικογενειακό φίλου και συμπαραστάτη και λιγότερο θεραπευτή (Φερέτη, 1998).

Ø Ομαδική θεραπευτική απασχόληση παιδιών

Είναι ομαδική θεραπευτική απασχόληση των παιδιών προσχολικής ηλικίας με παράλληλη συμμετοχή των γονιών (Κουτσελίνης, 2000).

Ø Παιγνιοθεραπεία

Συνήθως γίνεται σε θεραπευτικό παιδοψυχιατρικό πλαίσιο ή άλλο κέντρο ψυχικής υγείας, με τη μορφή ατομικών συνεδριών και για παιδιά προσχολικής κυρίως ηλικίας (Πάλλης, 1982).

Ø Ατομική ψυχοθεραπεία

Απευθύνεται κυρίως σε μεγαλύτερα παιδιά, είναι ακριβό θεραπευτικό σχήμα και συχνά βρίσκει τους γονείς αντίθετους σε μια «ατομική» σχέση του παιδιού τους με κάποιο πρόσωπο εξουσίας έξω από την οικογένεια (Κουτσελίνης, 2000).

Ø Ομαδική ψυχοθεραπεία

Ομαδική θεραπευτική βοήθεια σε παιδιά σχολικής κυρίως ηλικίας (Γιαννοπούλου, 1996 & Κουτσελίνης, 2000 & Πάλλης, 1982).

8.2 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες τις ενέργειες κατά την διάρκεια της θεραπείας (www.childmentalhealth.gr).

Η εμπλοκή των επαγγελματιών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, συχνά υποβαθμίζει την προτεραιότητα που έχει το παιδί για θεραπευτική αντιμετώπιση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν επαρκεί αν δεν δοθεί η ευκαιρία στο παιδί μέσα από τη θεραπευτική σχέση να εκφράσει όλα του τα συναισθήματα, τις φοβίες και τις ανασφάλειές του έτσι ώστε να εφαρμοστεί η καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση (Human Trafficking, 2005).

Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να αναπτυχθεί θετική συνεργασία μεταξύ των θεραπειών και της οικογένειας, με τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας, εμπιστοσύνης και στήριξης. Έτσι, όταν περάσει η περίοδος της κρίσης για την οικογένεια τα μέλη της θα είναι ώριμα να δεχθούν την συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο (Ανδρέου, 2007).

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών. Επίσης, βοηθά στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν ή να δεχθούν την κακοποίηση και το παιδί να εκφράσει τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει διορθωτικούς μηχανισμούς (Human Trafficking, 2005).

Οι δύο κύριοι σκοποί της θεραπευτικής προσέγγισης είναι:

1. Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση.
2. Η βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών ώστε όχι μόνο να εξασφαλίζουν την ασφαλή παραμονή του παιδιού στην οικογένεια, αλλά να είναι για όλους η καθημερινή ζωή ευχάριστη, χωρίς σοβαρά προβλήματα.

Μια άλλη περιγραφή του σκοπού της θεραπευτικής παρέμβασης είναι «η βελτίωση της ποιότητας της ζωής όλης της οικογένειας προσφέροντας στα μέλη της ένα νέο ξεκίνημα και μια νέα ευκαιρία για συναισθηματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση». Σαν θεραπευτική οικογενειακή προσέγγιση ορίζεται το σύνολο των ενεργειών που γίνονται για την επίτευξη των παραπάνω σκοπών. Η επιτυχία της βέβαια, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που συνθέτουν το φαινόμενο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, όπου οι σημαντικότεροι είναι:

- Ø Η φύση του βασικού προβλήματος
- Ø Η επιθυμία των γονιών να βοηθηθούν
- Ø Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση
- Ø Η επάρκεια των πηγών βοήθειας (Γιαννοπούλου, 1996 & Κουτσελίνης, 2000 & Πάλλης, 1982).

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

Η προτεραιότητα που δίνεται στη σωματική κακοποίηση δεν μπορεί να αμφισβητηθεί από κανένα, αφού τα αποτελέσματα είναι τραγικά και αφορούν κυρίως τα παιδιά που κακοποιούνται. Για κάθε παιδί η οικογενειακή ζωή πρέπει να πληρεί τέσσερις βασικές λειτουργίες:

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

Πολλοί ενήλικες και ιδιαίτερα αυτοί που μεγάλωσαν σε ανεπαρκές οικογενειακό περιβάλλον, είναι αδύνατο να προσφέρουν τις παραπάνω προϋποθέσεις στα παιδιά τους κι έτσι και αυτά μεγαλώνοντας γίνονται ανεπαρκείς γονείς, μεταφέροντας αναπόφευκτα τις εμπειρίες τους.

Τόσο η αντιμετώπιση και η θεραπεία της κακοποίησης των παιδιών όσο και η ακριβής πρόγνωση εξαρτώνται από την πληρέστερη αναγνώριση των πολλαπλών παραγόντων που συνθέτουν το πρόβλημα (<http://www.obrela.gr/ekstrateia paidikh kakoroihsh.htm>).

Η αντιμετώπιση του προβλήματος θα είχε αρκετά απλουστευθεί αν μπορούσαμε να κατατάξουμε τις οικογένειες σε κατηγορίες, δηλαδή σε

ψυχοπαθείς, σε άτομα με διαταραχές προσωπικότητας, σε ανώριμους, σε ανεπαρκείς κ.τ.λ. η έρευνα της ομάδας του Denver, έδειξε ότι το 10% από τους γονείς είναι ψυχικά άρρωστοι. Η μόνη παρέμβαση που μπορεί να γίνει στις οικογένειες αυτές είναι η μόνιμη και κατοχυρωμένη νομικά απομάκρυνση του παιδιού. Κάθε επαγγελματίας που αντιμετωπίζει τέτοια άτομα πρέπει να κατευθύνεται προς τη νόμιμη και νομική οδό που είναι η αφαίρεση της γονικής επιμέλειας και μέριμνας ώστε να διακοπεί σε μόνιμη βάση η σχέση γονιών-παιδιού. Η ατολμία ή η αντικειμενική δυσκολία να απομακρυνθεί το παιδί από την οικογένεια μόνιμα ή η αγωνία μας να το δούμε να επιστρέφει στους γονείς μετά από δική μας παρέμβαση ώστε να δικαιωθούμε σαν επαγγελματίες, έχει σχεδόν πάντα οδηγήσει σε παιδιά με χρόνια ψυχικά νοσήματα, αλλά και σε άλλα με μόνιμες σωματικές αναπηρίες, ακόμα και στο θάνατο (Μιχαλοδημητράκης, 1997).



8.2.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι η χρησιμοποίηση και η εφαρμογή ψυχικών μεθόδων για τη έμμεση επίδραση στην ψυχή, στο συναίσθημα και στον ψυχισμό των γονέων- υπαιτίων με σκοπό την τροποποίηση της παθολογικής συμπεριφοράς τους. Ψυχοθεραπεία ασκεί ο γιατρός, ο νοσηλευτής, ο εργοθεραπευτής, η ψυχιατρική ομάδα και η κοινωνία όταν παίρνει μέτρα που μεταβάλλουν τις συνθήκες ζωής του ατόμου (Μιχαλοδημητράκης, 1997 & www.psychotherapy.gr).

8.2.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι ένα είδος ανθρώπινης διαπροσωπικής σχέσης και επικοινωνίας που μέσα στα πλαίσιά της και το κλίμα της, δημιουργούνται βελτιωμένες εμπειρίες και βιώματα που τροποποιούν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις της προσωπικότητας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία ασκείται μεταξύ δύο μόνο ατόμων, του ψυχοθεραπευτή και του υπαιτίου. Αποτελεί εξατομικευμένη σχέση, κανένας άλλος δεν βρίσκεται στις θεραπευτικές συνεδρίες, και βοηθά τον ασθενή να λύσει τις προηγούμενες αγνώριστες διαμάχες και να επιτύχει μια καλύτερη προσαρμογή στις εντάσεις της ζωής (Μιχαλοδημητράκης, 1997 & www.psychotherapia.gr).

8.2.3 ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Χρησιμοποιείται κυρίως σε περιόδους κρίσης των υπαιτίων. Συνίσταται σε πολλές συνεδρίες, πιθανόν τρεις ως τέσσερις φορές την εβδομάδα, για μερικά χρόνια. Ο σκοπός μιας τέτοιας θεραπείας είναι η βασική αναμόρφωση της προσωπικότητας του ασθενούς. από την όλη διανοητική κατάσταση και του βαθμού ευφυΐας του υπαιτίου (www.psychotherapia.gr).

8.2.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία που εφαρμόζεται σε προστατευμένες ομάδες, οργανωμένες σύμφωνα με ορισμένους κανόνες και που έχει προγραμματισθεί έτσι, ώστε να επιφέρει σύντομα βελτίωση στην προσωπικότητα και την συμπεριφορά των ατόμων της ομάδας με αλληλεπιδράσεις που προσδιορίζονται και ελέγχονται από πριν.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι ότι οι υπαίτιοι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις θεραπευτικές επιρροές ο ένας στον άλλο (Μιχαλοδημητράκης, 1997 & www.psychotherapia.gr).

8.2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην ψυχολογία της μάθησης. Είναι πιο αποτελεσματική, όταν ο σκοπός της θεραπείας είναι να αλλάξει κάποια μεμονωμένη συνήθεια, όπως η φοβία κλειστών χώρων ή φοβία να ανέβει κανείς σε αυτοκίνητο, σε ηλεκτρικές σκάλες κ.λπ. Απευθύνεται δηλαδή στο σύμπτωμα και όχι στην ψυχική διαταραχή (Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999 & Γιαννοπούλου, 1996).

8.2.6 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΣΧΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε στο Bellagio της Ιταλίας, υπάρχουν απαραίτητες πηγές βοήθειας που απευθύνονται τόσο στην οικογένεια, σαν σύνολο όσο στους γονείς σαν μεμονωμένα μέλη αλλά και στα παιδιά (Γιαννοπούλου, 1996).

Πηγές βοήθειας για όλη την οικογένεια

- Ø Μονάδες-ξενώνες για περιόδους κρίσης
- Ø Θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες
- Ø Θεραπευτικό νηπιαγωγείο
- Ø Θεραπεία οικογένειας (Γιαννοπούλου, 1996).

Πηγές βοήθειας για τους γονείς

- Ø 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία
- Ø Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών
- Ø Υπηρεσίες επισκέπτη υγείας
- Ø Θεραπεία από μη ειδικούς
- Ø Κοινωνική εργασία
- Ø Ατομική ψυχοθεραπεία
- Ø Θεραπεία συζύγων
- Ø Ομαδική ψυχοθεραπεία
- Ø «Ανώνυμοι γονείς»
- Ø Οικιακοί βοηθοί (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

8.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

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

Η λεπτομερής εκτίμηση του παιδιού σε διάφορα χρονικά στάδια της ζωής του προσφέρει ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης κάθε μορφής θεραπευτικής παρέμβασης. Δοκιμασίες για τη μέτρηση νοημοσύνης και κλίμακες κοινωνικής προσαρμογής έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση κακοποιημένων παιδιών. Παράλληλα, άλλοι απλούστεροι τρόποι που βασίζονται σε μια γενικότερη ευαισθησία όπως και στην παρατήρηση είναι εξίσου ή περισσότερο ενδεικτικοί. Η τακτική φοίτηση του παιδιού στο σχολείο, η ατομική του καθαριότητα, η ενδυμασία του, η συμπεριφορά του στα διαλείμματα, η ασυνέπεια στη μελέτη, είναι ο καθρέπτης της οικογενειακής εικόνας ενώ συγχρόνως αποτελούν και λόγους -για δασκάλους, νηπιαγωγούς- παραπομπής παιδιού και οικογένειας σε πρόγραμμα κακοποίησης-παραμέλησης με την ένδειξη του «παιδιού σε αυξημένο κίνδυνο» (www.psychotherapia.gr).

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

- ✚ Να διερευνάται κατά πόσο η απόδοση του παιδιού συνδέεται με νοητική καθυστέρηση, με άγχος ή με ανεπαρκή ερεθίσματα και εμπειρίες από το περιβάλλον του, ή και ακόμα με διαταραχή ή ανεπάρκεια των αισθήσεων.
- ✚ Αυτός που κάνει την εκτίμηση θα πρέπει να είναι σε θέση να προτείνει μεθόδους θεραπευτικής παρέμβασης που θα βοηθήσουν την αύξηση και την ανάπτυξη του παιδιού (Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδοθεί στην εκτίμηση και στη χρήση των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών που μετρούν το νοητικό ηλικίο. Το παιδί που έχει μεγαλώσει σε οικογενειακό περιβάλλον που κακοποιεί, έχει αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής που μπορεί να το εμποδίζουν να αποδώσει σε μια πιο δομημένη μάθηση. Επιπλέον πρέπει να εκτιμάται η ικανότητα του Εγώ να προσαρμόζεται σε τόσο δύσκολες συνθήκες. Η ικανότητα αυτή δεν μετριέται με τις καθημερινές δοκιμασίες νοημοσύνης ενώ το παιδί πληρώνει αρκετό τίμημα την ανάπτυξη τέτοιων μηχανισμών προσαρμογής (Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999).

Η γνώση του εαυτού του, των άλλων, όσο και των αφηρημένων αντικειμένων είναι σημαντικά περιορισμένη ενώ η ενέργεια του παιδιού καταναλίσκεται σε μηχανισμούς επιβίωσης και στην προσπάθεια να αντεπεξέλθει με το άγχος του, το διαρκή κίνδυνο να υποστεί βία, το φόβο του

να χάσει τον γονιό του και την αγάπη του. Η ενέργεια που απομένει είναι ελάχιστη για να γνωρίσει τον εαυτό του και τον κόσμο του (Αντωνιάδης, Μάρκου και συν., 1999).

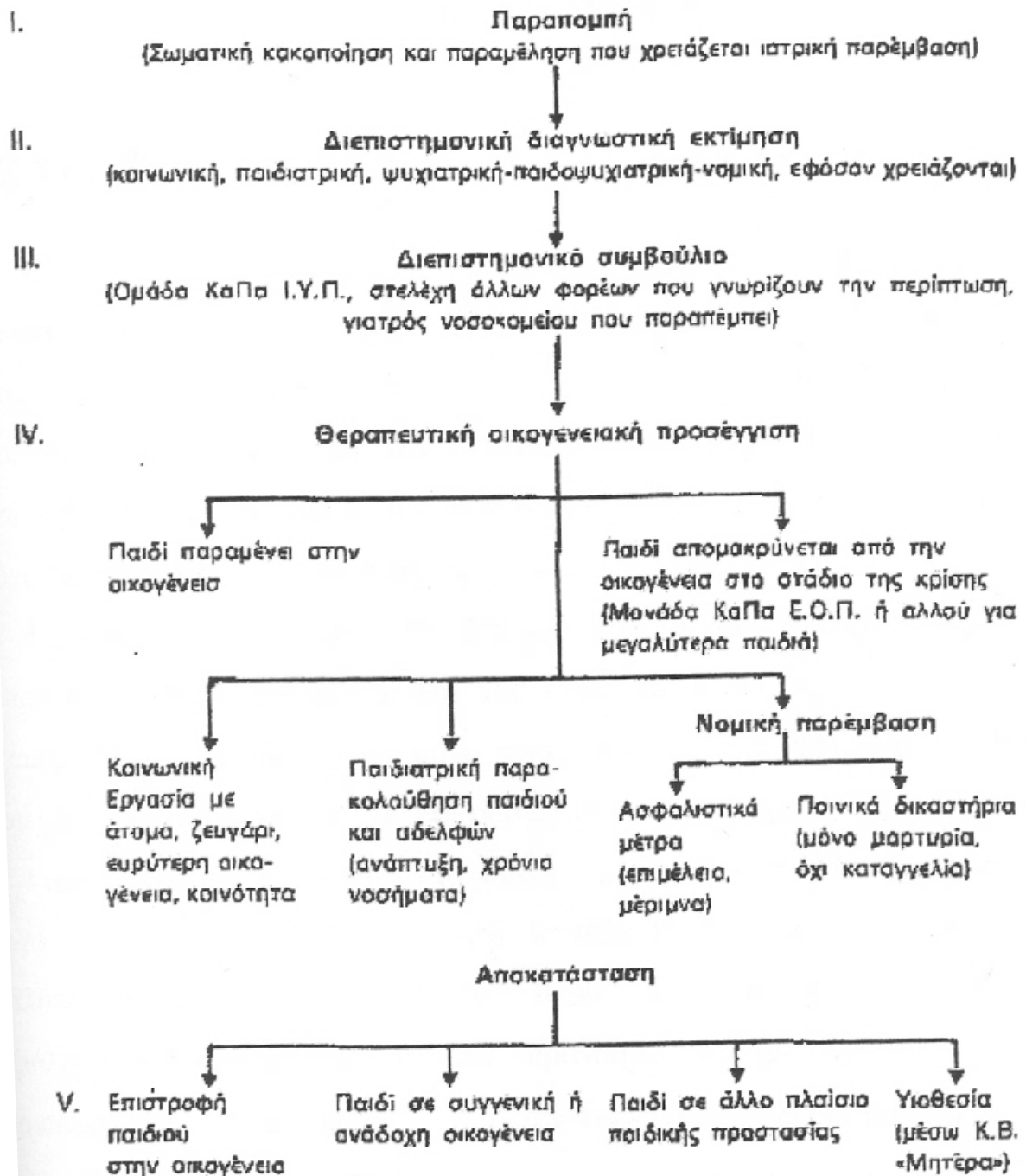
Σημαντική προσπάθεια αξιολόγησης 11 προγραμμάτων θεραπευτικής παρέμβασης έγιναν στις Η.Π.Α. με πρωτοβουλία του Υπουργείου Εκπαίδευσης και Πρόνοιας που χρηματοδότησε τα προγράμματα αυτά. Αξιολογήθηκαν 1.742 γονείς που βοηθήθηκαν στα πλαίσια των προγραμμάτων αυτών και για διάστημα από ένα μήνα έως δυο χρόνια. Τα ευρήματα από τη μελέτη αυτή είναι:

- § Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό επανακακοποίησης και παραμέλησης όπου κατά τη διάρκεια της θεραπείας το 30% των γονιών παραπέμφθηκαν ξανά για σοβαρή κακοποίηση των παιδιών τους.
- § Οι ίδιοι οι επαγγελματίες εκτίμησαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η αποτελεσματικότητα της θεραπείας ήταν αμφίβολη: σε 42% των περιπτώσεων εκτιμήθηκε ότι ελαττώθηκε ο κίνδυνος για επανακακοποίηση στο τέλος της περιόδου της θεραπείας τους.
- § Ένας σημαντικός αριθμός παιδιών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και ανάλογη προσοχή πρέπει να δοθεί για τη θεραπεία τους.
- § Οι πιο επιτυχημένες θεραπευτικές προσεγγίσεις ήταν αυτές που περιλάμβαναν βοήθεια από μη ειδικούς, δηλαδή βοηθούς γονιών, οικιακούς βοηθούς και ανώνυμους γονείς (Γιαννοπούλου, 1996).

Σαν συμπέρασμα, οι ερευνητές προτείνουν τον συνδυασμό προγραμμάτων βοήθειας (Σχήμα 2) και από καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες στα πλαίσια εξειδικευμένων κέντρων, αλλά και κοινοτικών πηγών βοήθειας.



Σχήμα 2. Πρόγραμμα σωματικής κακοποίησης – παραμέλησης παιδιών:
Κλινικό μέρος



*Τα στάδια IV και V μπορεί να παρουσιάζουν επαλληλία ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτεραιότητες της οικογένειας.

8.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η θεραπευτική προσέγγιση, τόσο του κακοποιημένου παιδιού όσο και της οικογένειάς του, απαιτεί ευσυνειδησία, υπομονή και σωστή προσέγγιση όχι μόνο από το νοσηλευτή αλλά και από όλα τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η σωστή, ασφαλής και υποστηρικτική στάση του νοσηλευτή. Πρέπει να είναι αμερόληπτος, ανεπηρέαστος και αντικειμενικός προκειμένου να συμβάλλει δυναμικά και αποτελεσματικά στη θεραπεία.

Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι διαλεκτικός, στοργικός και να έχει κατανόηση έτσι ώστε να φέρει με επιτυχία εις πέρας το δύσκολο ρόλο του.

Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει τις ανάγκες του κάθε ατόμου χωριστά, γνωρίζοντας πως το κάθε άτομο αποτελεί μια πλήρη βιοψυχοκοινωνική οντότητα που απαιτεί διαφορετική προσέγγιση (Γιαννοπούλου, 1996).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

- 9.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ
- 9.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
- 9.3 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Την τελευταία δεκαετία συντελείται μια παγκόσμια ειρηνική επανάσταση που αφορά τα παιδιά όλου του κόσμου. Όλα τα κράτη μέλη που υπέγραψαν, επικύρωσαν και δεσμεύτηκαν να εφαρμόσουν τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού του ΟΗΕ (1989), προσπαθούν να αξιολογήσουν την κατάσταση των παιδιών σε εθνικό επίπεδο και αναπτύσσουν προγράμματα με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η αξιολόγηση, δηλαδή, του βαθμού που οι τομείς της υγείας, της εκπαίδευσης, της δικαιοσύνης και της δημόσιας τάξης κατοχυρώνουν τα δικαιώματα των παιδιών, όχι μόνο όσον αφορά τις προβλέψεις νομικού περιεχομένου, αλλά, κυρίως, τις εφαρμογές στα πλαίσια προγραμμάτων (Unicef, 2009).

Γιατί, αυτό που παρατηρείται, συνήθως, όταν το κράτος αξιολογεί το έργο του, είναι να καταγράφει την ύπαρξη ή την έλλειψη νόμων που καλύπτουν ήδη το συγκεκριμένο θέμα. Δεν υπάρχουν μηχανισμοί αξιολόγησης ενσωματωμένοι στα προγράμματα, με αποτέλεσμα να διαιωνίζονται εσφαλμένες ή αποτυχημένες προσεγγίσεις, να πολλαπλασιάζονται προγράμματα που ήταν επιτυχημένα στο, παρελθόν, αλλά που δεν καλύπτουν τις διαρκώς αναφυόμενες νέες ανάγκες, να πραγματοποιούνται προγράμματα που δεν στηρίζονται σε εκτίμηση αναγκών αντιγράφοντας προγράμματα άλλων χωρών, ή τέλος, να μην γίνεται τίποτα για σοβαρά και επιτακτικά προβλήματα (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Τσαγκάρη, 1999).

Είναι φανερό ότι όλες οι επιδράσεις του κοινωνικού αποκλεισμού είναι πολύ πιο εμφανείς στα παιδιά, εφόσον ο ταχύς ρυθμός σωματικής νοητικής, συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης τα καθιστά πολύ πιο ευάλωτα από τους ενήλικες. Τέλος, παιδιά που ζουν κάτω από τέτοιες συνθήκες γίνονται ευκολότερα θύματα διακρίσεων, σωματικής βίας και σεξουαλικής εκμετάλλευσης.

Όλα τα παραπάνω λειτουργούν ως συγκοινωνούντα δοχεία, συμπαρασύροντας το ένα πρόβλημα το άλλο. Το φαινόμενο αυτό όμως λειτουργεί και αμφίδρομα, εφόσον η διορθωτική παρέμβαση στο ένα πρόβλημα, επιδρά θετικά και στην αλυσίδα των υπολοίπων. Κάθε σοβαρή παρέμβαση, λοιπόν, οφείλει να λάβει υπόψη τη συνδιαλλαγή αυτή, έτσι ώστε να ενισχύεται το πολλαπλασιαστικό αποτέλεσμα.

Το μέλλον, όμως, εξαρτάται από τις ευκαιρίες που θα δοθούν στα 90 εκατομμύρια παιδιά να αναπτύξουν το πολύπλευρο δυναμικό τους. Επίκεντρο αυτού είναι η ανάπτυξη της συμμετοχής των παιδιών και των νέων, όπου κάτι

τέτοιο προϋποθέτει να ακούγεται η φωνή τους, να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για ότι τους αφορά, άρα στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση σχετικών προγραμμάτων και να ενισχύεται η ανάπτυξη της ταυτότητάς τους, ως ισότιμων Ευρωπαίων πολιτών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Τσαγκάρη, 1999).

9.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η σύγκριση του ελληνικού δικαίου με τις επιταγές της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού αναδεικνύει το ελληνικό νομικό καθεστώς αρκετά προηγμένο και σύγχρονο. Το παιδί αποτελεί αντικείμενο σεβασμού από τον Έλληνα νομοθέτη και το συμφέρον του αποτελεί την οδηγό σκέψη και την πρωτανεύουσα αρχή όλου του Δικαίου Ανηλίκων στη χώρα μας. Βέβαια υπάρχει ένα πρόβλημα, το οποίο δεν έγκειται στο επίπεδο εκσυγχρονισμού των νομικών διατάξεων αλλά στο επίπεδο εφαρμογής τους (<http://www.unric.org>).

Έχει παρατηρηθεί πολλές φορές ότι οι εφαρμοστές των νομικών διατάξεων, αντιδρούν στην υλοποίηση των διατάξεων, με αποτέλεσμα να μην εισακούγονται οι απόψεις των παιδιών από τους δικαστές του οικογενειακού δικαίου. Η ατμόσφαιρα της δίκης δεν παρέχει πάντοτε τα εχέγγυα της μυστικότητας και του σεβασμού προς το απόρρητο της ιδιωτικής ζωής των παιδιών και κυρίως αφήνεται ο δικαστής μόνος του να διαγνώσει την αλήθεια, χωρίς τη συμβουλευτική συμπαράσταση κοινωνικών επιστημόνων, που θα του υποβάλλουν το πόρισμα της κοινωνικής έρευνας για το ψυχοκοινωνικό ιστορικό του ανηλίκου αλλά και για την καταλληλότητα αυτών που διεκδικούν την επιμέλειά του (Unicef, 2009).

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 παραβιάσεών τους μέσα και έξω από την οικογένειά τους (Νάσκου-Περράκη, 1990).

Μερικά από αυτά είναι:

- Το δικαίωμα στην ισότητα (άρθρο 2)
- Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή (άρθρο 16)
- Το δικαίωμα του παιδιού να εκφράζει τη γνώμη του (άρθρο 12)
- Το δικαίωμα της πρόσβασης σε κατάλληλη πληροφόρηση (άρθρο 17)
- Το δικαίωμα των παιδιών με ειδικές ανάγκες στην ισότητα ευκαιριών (άρθρο 23)
- Το δικαίωμα στην υγεία και τις ιατρικές υπηρεσίες (άρθρο 24)
- Το δικαίωμα στην εκπαίδευση (άρθρο 28)
- Το δικαίωμα στην ανάπαυση και την ψυχαγωγία (άρθρο 31)

- Το δικαίωμα της προστασίας από την εκμετάλλευση της εργασίας (άρθρο 32)
- Το δικαίωμα από τη σεξουαλική και τις άλλες μορφές εκμετάλλευσης (άρθρα 34, 35, 36)
- Το δικαίωμα των παιδιών που στερούνται την ελευθερία τους, για την προστασία από σκληρή κακομεταχείριση (άρθρο 37)
- Το δικαίωμα προστασίας από την κακοποίηση και την παραμέληση (άρθρο 19) (Νάσκου-Περράκη, 1990 & Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Τσαγκάρη, 1999).

9.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Κατά τη διεξαγωγή της πιλοτικής μελέτης στο θέμα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, έγινε εμφανής η ανάγκη νομικής βοήθειας σε παιδιά και οικογένειες.

Ο κύριος στόχος της νομικής παρέμβασης είναι η προάσπιση των συμφερόντων του παιδιού, -σωματική και ψυχική υγεία, περιουσιακή κατάσταση- όταν θίγονται από γονείς επικίνδυνους, αδιάφορους, άρρωστους ή και από τρίτους, ακόμα και από την πολιτεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα για την αδιαφορία της πολιτείας αποτελεί η καταγγελία θανατηφόρων κακώσεων που έγιναν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.

Άλλη νομική βοήθεια που μπορεί να προσφέρει ο νομικός σύμβουλος είναι η νομική κάλυψη των γονιών σε ποινικές υποθέσεις, όταν κατηγορούνται για την κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους. Το κυριότερο είναι ότι μέχρι σήμερα, η παρουσία του νομικού συμβούλου στα δικαστήρια, σε ποινικές υποθέσεις, έχει οδηγήσει σε αθώωση των γονιών ή σε μικρότερες ποινές στους γονείς με δικαίωμα αναστολής, που σημαίνει ότι οι γονείς δεν εκτίουν ποινή και δεν διαλύεται μια ήδη ευάλωτη οικογένεια με την εισαγωγή ενός γονιού στη φυλακή (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Τσαγκάρη, 1999).

Ο μεγαλύτερος όμως αριθμός δικαστικών υποθέσεων, αφορά ασφαλιστικά μέτρα σε αστικά δικαστήρια, που γίνονται με σκοπό να αφαιρεθεί η επιμέλεια ή η γονική μέριμνα ενός παιδιού από έναν ακατάλληλο γονέα για να δοθεί στον άλλο πιο κατάλληλο γονέα σε περιπτώσεις διαζυγίου ή διάστασης, ή σε κάποιον άλλο συγγενή, σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης ή σε κοινωνικό λειτουργό.

Παράλληλα εξηγείται στους γονείς ότι αυτή η παρέμβαση έχει σκοπό να υποστηρίξει το συμφέρον του παιδιού, αφού και αυτοί σαν γονείς έχουν το ίδιο συμφέρον, με την προσωρινή ή μόνιμη αφαίρεση της γονικής μέριμνας, για να εξασφαλιστεί το απόλυτο συμφέρον του παιδιού ενώ συγχρόνως

προστατεύονται και οι ίδιοι γονείς. Η αναγγελία αυτής της απόφασης, όσο σκληρή και αν ακούγεται δεν τους απειλεί, ενώ αντίθετα τους ανακουφίζει, όταν λέγεται με τον κατάλληλο υποστηρικτικό τρόπο, χωρίς επιθετικότητα, απόρριψη, κριτική διάθεση ή επαγγελματική θριαμβολογία.

Η μαρτυρία κοινωνικών λειτουργών, εκπροσώπων κρατικού φορέα, στα ελληνικά δικαστήρια είναι σπάνιο φαινόμενο. Η έκθεση κοινωνικής έρευνας έχει οριοθετήσει νομοθετικά μόνο σε περιπτώσεις υιοθεσιών όπου και αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της. Όμως, τόσο στα ποινικά όσο και στα αστικά δικαστήρια, η παρουσίαση αξιόλογων στοιχείων για την οικογένεια και το περιβάλλον, από κοινωνικούς λειτουργούς, έχει σημαντικά υποστηρίξει το πραγματικό συμφέρον του παιδιού επιτυγχάνοντας ευνοϊκές αποφάσεις (Νάσκου-Περράκη, 1990).

Παρόλα αυτά η διαδικασία ασφαλιστικών μέτρων στο δικαστήριο είναι πολλές φορές γρήγορη, επιφανειακή και επιπόλαιη. Οι δικαστές, εκδικάζοντας πληθώρα περιπτώσεων καθημερινά, δυσκολεύονται να εμβαθύνουν στο παρουσιαζόμενο πρόβλημα κατά τη διάρκεια μιας σύντομης ακροαματικής διαδικασίας.

Η εμπειρία από 37 υποθέσεις ασφαλιστικών μέτρων που εκδικάστηκαν σε δικαστήρια της Αθήνας και του Πειραιά και αφορούσαν κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά, έδειξε ότι ήταν δίκες εξαιρετικά σύντομες. Καμία από τις δίκες δεν είχε διάρκεια μεγαλύτερη των 15 λεπτών, ενώ δίκες για ανάλογες περιπτώσεις στη Μ. Βρετανία μπορεί να διαρκέσουν και 3 ημέρες (Children's rights: Reality or Rhetoric, 1999).

Κάνοντας όλες αυτές τις διαπιστώσεις, διαπιστώνεται έντονα η ανάγκη για τη δημιουργία του θεσμού του Οικογενειακού Δικαστηρίου, θα πρέπει να είναι πλαισιωμένος από μια ομάδα ειδικών, η οποία θα αποτελεί από κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο, νοσηλεύτη και πολλούς άλλους, όπου έχοντας ως μοναδική τους απασχόληση τις υποθέσεις οικογενειακού δικαίου, θα μπορεί να εμβαθύνει σε κάθε υπόθεση που αφορά την καθημερινή ζωή και την τύχη παιδιών που μεγαλώνουν κάτω από δυσμενείς οικογενειακές και ψυχοκοινωνικές συνθήκες.

Τέλος, είναι εύλογο, η νομική παρέμβαση να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την περαιτέρω αποκατάσταση του παιδιού. Εύστοχο παράδειγμα αποτελεί η επιτυχημένη άρση της γονικής μέριμνας από έναν ακατάλληλο γονέα, η οποία καταλήγει να είναι άστοχη, όταν, η ανάθεσή της σε «ικανότερο» άτομο ή φορέα δεν εξασφαλίζει το μακροπρόθεσμο συμφέρον του παιδιού (Children's rights: Reality or Rhetoric, 1999).

Επομένως, βασική προϋπόθεση, αποτελεί η συνεργασία του δικαστηρίου με προνοιακές υπηρεσίες που θα παρακολουθούν την εξέλιξη του κάθε παιδιού στο νέο του πλαίσιο. Η σχέση νομικής και προνοιακής αποκατάστασης μπορεί να εξασφαλιστεί με τη δημιουργία του Οικογενειακού Δικαστηρίου, παράλληλα, με τη συνεργασία διεπιστημονικών ομάδων αντιμετώπισης κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους, που

ανήκουν σε ιατρικά και προνοιακά πλαίσια (γενικά ή ειδικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας, υπηρεσίες παιδικής προστασίας, κέντρα για την οικογένεια κ.ά.) (Children's rights: Reality or Rhetoric, 1999).

9.3 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η πρόληψη της παραβίασης των δικαιωμάτων του παιδιού στις μέρες μας αποτελεί όνειρο απατηλό, ακόμα για τις πιο πλούσιες χώρες. Μια τέτοια παρέμβαση θα εξάλειφε τη φτώχεια και την πείνα και θα εξασφάλιζε στα παιδιά του κόσμου επαρκή υγεία, εκπαίδευση, κατοικία, ίσες ευκαιρίες στη ζωή και κοινωνική δικαιοσύνη, θα τους πρόσφερε ψυχαγωγία και οικογενειακή ζωή που θα εξασφάλιζε αγάπη, σταθερότητα, αξιοπρέπεια, και ασφάλεια από τους κινδύνους που το απειλούν (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Όμως, οι άμεσοι κίνδυνοι που διατρέχουν τα παιδιά και που απειλούν εύκολα την ασφάλειά τους και την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη συνδέονται όχι τόσο με δομικούς παράγοντες, όπως η φτώχεια, αλλά, πολύ περισσότερο με οντολογικούς παράγοντες, όπως ατομικές πράξεις ενέργειας ή παράλειψης και συμπεριφορές, παραβιάζοντας τα βασικά δικαιώματα που αφορούν την προστασία τους. Οι κίνδυνοι αυτοί, ανάλογα με την ηλικία, αναπτύσσονται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον και στον ευρύτερο αλλά οικείο κοινωνικό χώρο.

Η αλλαγή των κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων που αφορούν την παιδική ηλικία αποτελεί κεντρικό στόχο της πρωτογενούς πρόληψης. Ένα πεδίο παρέμβασης σε επίπεδο γενικού πληθυσμού, αποτελεί η αλλαγή των στάσεων και συμπεριφορών των γονιών σχετικά με τη χρήση σωματικής τιμωρίας ως μέσο ελέγχου της συμπεριφοράς του παιδιού. Αυτός ο τρόπος διαπαιδαγώγησης μπορεί να αναπληρωθεί με την παράλληλη συμμετοχή και διαλεκτικότητα μεταξύ γονιών και παιδιού. Η αξιοποίηση των ΜΜΕ, για την προβολή κοινωνικών μηνυμάτων και παιδικών εκπομπών, έχει συμβάλει στην αλλαγή των αντιλήψεων ως προς τη χρήση σωματικής τιμωρίας. Φυσικά, ένας νόμος λειτουργεί ήδη ως παιδευτικό πλαίσιο για τους πολίτες, εφόσον καθορίζει τι επιτρέπεται και τι απαγορεύεται (Unicef, 2009 & Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Τσαγκάρη, 1999).

Μια άλλη προσέγγιση της πρωτογενούς πρόληψης σε επίπεδο διανθρώπινης επικοινωνίας, έχει ως στόχο, όλα τα νεογέννητα και τις οικογένειές τους, ιδιαίτερα τις νέες μητέρες. Στόχος είναι η συμβουλευτική και η πρακτική υποστήριξη της νέας μητέρας, η βοήθεια για την ανάπτυξη δεσμού με το παιδί της και γενικότερη προαγωγή της υγείας της οικογένειας. Η

υποστήριξη αυτή περιλαμβάνει τις οικογενειακές σχέσεις, τη θέση και ένταξη της οικογένειας στα τυπικά και άτυπα κοινωνικής υποστήριξης, την αλλαγή συμπεριφορών που συνδέονται με επιβλαβείς συνήθειες όπως κακή χρήση ουσιών, η ελλιπής διατροφή, το κάπνισμα, η χρήση ουσιών και πολλά άλλα.

Στην προσέγγιση αυτή εντάσσεται και η πρόληψη δυσκολιών άσκησης του γονικού ρόλου που συνδέονται με την επικινδυνότητα για τα παιδιά, δηλαδή τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση. Το πεδίο αυτό αναπτύσσεται στα πλαίσια της δευτερογενούς πρόληψης. Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί προληπτική προτεραιότητα σε εφήβους που έχουν διαπράξει σεξουαλικά εγκλήματα εναντίων παιδιών. Στα πλαίσια της ποινής που τους επιβάλλεται, γίνεται παράλληλα και θεραπευτική προσέγγιση σε ατομική ή και ομαδική βάση. Οι θεραπείες είναι συνήθως συμπεριφεριολογικού τύπου με επίκεντρο το θέμα της σεξουαλικότητας.

Αξίζει εδώ να σημειωθεί, ότι κάθε σχολείο ή κάθε εξωσχολική ομάδα οφείλει να αναπτύξει ένα πλαίσιο κανόνων και διαδικασιών, όχι μόνο για την προαγωγή της πρόληψης σε όλα τα παιδιά και τους γονείς τους, αλλά και για την αντιμετώπιση εκείνων των παιδιών που θα αισθανθούν αρκετή ασφάλεια από τη συμμετοχή τους στο πλαίσιο αυτό, ώστε να αποκαλύψουν μια δυσάρεστη εμπειρία θυματοποίησής τους (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Αξιοσημείωτο είναι ότι το σχολείο αποτελεί τον κατάλληλο για την προαγωγή και την καλλιέργεια των δικαιωμάτων του παιδιού κατά τη σχολική ηλικία. Στη θεώρηση αυτή στηρίζεται η ταχεία αναπτυσσόμενη προσέγγιση της προαγωγής της υγείας στο σχολείο. Αυτός ο νέος ρόλος του σχολείου ως «σχολείο προαγωγής της υγείας», έχει σαν στόχο την προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής στο σύνολο του μαθητικού πληθυσμού, καλλιεργώντας τέτοιο κλίμα και αναπτύσσοντας τέτοιες δραστηριότητες ώστε να δημιουργήσουν ένα φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που να εγγυάται και να προάγει την ασφάλεια και την υγεία. Κύρια χαρακτηριστικά της προσέγγισης αυτής είναι:

Ø Η δημοκρατία: Η προαγωγή της μάθησης, της προσωπικής και κοινωνικής ανάπτυξης και της υγείας βασίζεται σε δημοκρατικές αρχές.

Η κοινωνική ισότητα: το σχολείο πρέπει να εγγυάται την προαγωγή της ισότητας στην εκπαίδευση, μακριά από κάθε καταπίεση, εξευτελισμό και φόβο. Παράλληλα, το σχολείο συμβάλλει στην καλύτερη δυνατή συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή κάθε μαθητή, χωρίς διακρίσεις.

Η ενδυνάμωση και προτροπή για δράση: κεντρική θέση οφείλει να κατέχει η προαγωγή των δεξιοτήτων των μαθητών, για αυτενέργεια και αλλαγή συνθηκών. Η ενδυνάμωση των παιδιών είναι αποτέλεσμα συλλογικών δράσεων που προσφέρουν αισθήματα ικανοποίησης και επιτυχίας, καθιστώντας τα ικανά να επηρεάσουν θετικά τη ζωή τους.

- Ø Το σχολικό περιβάλλον: Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας δίνουν έμφαση στη διαμόρφωση και καλλιέργεια ενός φυσικού κα κοινωνικού σχολικού περιβάλλοντος.
- Ø Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα: Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα δεν περιλαμβάνει μόνο τους μαθητές αλλά και τους εκπαιδευτικούς. Η αλληλεπίδραση αυτών των δυο αποτελεί κοινό ερέθισμα για την προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη και των ίδιων των εκπαιδευτικών. Η ύλη διδάσκεται, έτσι ώστε να καλλιεργεί την αυτογνωσία και τις κοινωνικές δεξιότητες.
- Ø Η επιμόρφωση εκπαιδευτικών: Η συνεχής επιμόρφωση των εκπαιδευτικών δεν αποτελεί μόνο συμβολή στην εκπαίδευση αλλά και στην υγεία. Η εκτίμηση της επιτυχίας: θεωρείται ως μέσο υποστήριξης και ενδυνάμωσης μαθητών και εκπαιδευτικών.
- Ø Η συνεργασία: Η συνεργασία και η από κοινού ευθύνη των υπουργείων Υγείας και Παιδείας αποτελούν βασική προϋπόθεση για το σχεδιασμό του θεσμού του «σχολείου προαγωγής της υγείας».
- Ø Η κοινότητα: Η βασική συνεργασία των υπουργείων Υγείας και Παιδείας, ενισχύεται σε επίπεδο κοινότητας, από τη συνεργασία σχολείων, γονέων, μη κυβερνητικών οργανώσεων και δομών της τοπικής κοινωνίας. Παράλληλα, η ενδυνάμωση της συμμετοχής των μαθητών έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργεί υπεύθυνους μελλοντικούς πολίτες.
- Ø Συνέχεια του προγράμματος: Η στήριξη του θεσμού προϋποθέτει τη διαρκή καλή συνεργασία και υποστήριξη όλων των εμπλεκόμενων μερών. Όλα τα επίπεδα διοίκησης οφείλουν να διαθέτουν τους απαραίτητους πόρους και μηχανισμούς οι οποίοι θα εγγυώνται τη συνέχιση των προγραμμάτων (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Οι παραπάνω αρχές του θεσμού του σχολείου προαγωγής της υγείας προσφέρουν τις βασικές προϋποθέσεις για την επένδυση στην παιδεία, την υγεία και τη δημοκρατία τώρα και στο μέλλον.

Η τριτογενής πρόληψη αντιμετωπίζει τα δικαιώματα των παιδιών που έχουν ήδη παραβιαστεί, σε τέτοιο βαθμό που είναι αναγκαία η θεραπευτικού τύπου παρέμβαση. Η προσέγγιση αυτή αφορά τα δικαιώματα του παιδιού σχετικά με την ασφάλεια, την ακεραιότητα και την αξιοπρέπεια του παιδιού.

Το γεγονός ότι η τριτογενής πρόληψη, αφορά παιδιά που είναι ήδη θύματα, εμπεριέχει όλο το θεσμικό και υπηρεσιακό πλαίσιο που καλείται να προσφέρει προστασία, θεραπεία και αποκατάσταση. Συγχρόνως, απευθύνεται και στις φυσικές οικογένειες των παιδιών ή τα υποκατάστατά τους, έτσι ώστε να αποφευχθεί η απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι ή όταν αυτό δεν είναι δυνατό, να καλλιεργηθούν πιθανότητες επιστροφής, ως πρώτη προτεραιότητα αποκατάστασης (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στην προσέγγιση αυτή, ένα τρίτο μέλος που εμπλέκεται, είναι οι επαγγελματίες οι οποίοι, εκπροσωπώντας τις υπηρεσίες και τις οργανώσεις, αναλαμβάνουν την ευθύνη της παρέμβασης. Η νέα ιδεολογία για την παιδική ηλικία που εκφράζεται συγκεκριμένα στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα μακρόχρονων ερευνών που αποκαλύπτουν την περιορισμένη επιτυχία της τριτογενούς πρόληψης, συντέλεσαν στην ανάπτυξη ενός συμμετοχικού μοντέλου παρέμβασης. Αυτό στηρίζεται στη θεώρηση ότι τα παιδιά είναι υποκείμενα δικαιωμάτων και συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην καλύτερη δυνατή κατοχύρωση των δικαιωμάτων τους.

Παράλληλα, αναπτύχθηκε και το περιεχόμενο της συνεργασίας με την οικογένεια. Ο «εξουσιαστικός ρόλος» των επαγγελματιών σταδιακά μειώνεται και μετεξελίσσεται σε ρόλο υποστηρικτικό και ενδυναμωτικό της οικογένειας, έτσι ώστε να κινητοποιήσει τις υγιείς δυνάμεις της και να συμμετάσχει στον προγραμματισμό, τις αποφάσεις και τις διαδικασίες που την αφορούν ως σύνολο και τα μέλη της ως άτομα. Φυσικό είναι ότι οι αλλαγές αυτές είναι δύσκολες και μακροχρόνιες αφού αφορούν αλλαγές ιδεολογίας, στάσεων και πρακτικών που βασίζονται σε άκαμπτα στερεότυπα (Βαλάσση-Αδάμ, Μαραγκός, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στην Ελλάδα, παρατηρούμε ότι παρά την πρωτοπορία του Νόμου του Οικογενειακού Δικαίου (1983) και νόμων που ακολούθησαν και που προσδιορίζουν το περιεχόμενο της Πρόνοιας, της Υιοθεσίας, της Αναδοχής, στην πράξη, είτε στερεότυπα επικρατούν κοινωνικές αναπαραστάσεις που επηρεάζουν τις αποφάσεις των επαγγελματιών, είτε λειτουργούν αυτοσχεδιασμοί «νεωτερισμού» τύπου που, συνήθως, δεν βασίζονται σε σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και σε διεπιστημονικές προσεγγίσεις.

Στόχος, επομένως, κάθε κράτους είναι η σύγχρονη ανάπτυξη και προαγωγή των τριών επιπέδων πρόληψης, έτσι ώστε να προσεγγίζεται το σύνολο του πληθυσμού και οι ευάλωτες ομάδες αυτού. Η προσπάθεια είναι δύσκολη και πολυδιάστατη, όμως προσφέρει προκλήσεις που είναι αναγκαίες για τους πολιτικούς, τους επιστήμονες και τους επαγγελματίες έτσι ώστε τα προγράμματά τους να μετατραπούν σε πραγματικές πράξεις.

Σε αυτή τη προσπάθεια μαζί τους είναι τα παιδιά και οι νέοι, ως υποκείμενα δικαιωμάτων και πρωταγωνιστές της δικής τους ζωής, έτοιμοι να συμμετέχουν στις πολιτικές και τις αποφάσεις που τους αφορούν (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Τσαγκάρη, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

- 10.1 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ
ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ
- 10.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙ
- 10.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
- 10.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ
- 10.5 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ
- 10.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η προληπτική παρέμβαση ακολουθεί τη φυσική εξέλιξη του φαινομένου, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Το φαινόμενο αυτό προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτό εξελίσσεται, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαμβάνοντας έτσι μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία του φαινομένου, διακρίνονται τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση (Κουτσελίνης, 2000).

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης της υγείας, όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και ενισχύουν τον υγιεινό τρόπο ζωής. Η αγωγή υγείας στο επίπεδο αυτό σκοπεύει να μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία και γενικά την απόκτηση υγιεινών συνηθειών (Κουτσελίνης, 2000).

Παρά το γεγονός, ότι η επιτυχία της παρέμβασης δεν είναι εξασφαλισμένη πάντοτε, οπωσδήποτε περιορίζονται η έκταση του φαινομένου και οι παθολογικές μεταβολές που θα επέλθουν. Οι ειδικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα μέτρα που λαμβάνονται, προκειμένου να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Δευτερογενής πρόληψη αναφέρεται στην έγκαιρη διαπίστωση του φαινομένου και την αποτελεσματική θεραπεία του. Σκοπός της είναι να θεραπευτεί το φαινόμενο στα πρώτα στάδιά του, και αν αυτό δεν είναι εφικτό, να περιοριστεί η εξέλιξή του και να προληφθούν κάποιες εμπλοκές και μόνιμες αναπηρίες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

ΤΡΙΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Τριτογενής πρόληψη έχει σαν σκοπό τον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί το φαινόμενο και την αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει όμως όταν το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας ή όταν οι παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί (Κουτσελίνης, 2000).

10.1 ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΕ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ

Οι περισσότερες προσπάθειες στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών έχουν επικεντρωθεί μέχρι σήμερα περισσότερο στη διάγνωση και τη θεραπεία παρά στη πρόληψη του προβλήματος. Η αντιμετώπιση των αναγκών των κακοποιημένων παιδιών μας δίδαξε ότι η θεραπευτική παρέμβαση στα παιδιά μπορεί να είναι ένας μακροπρόθεσμος στόχος πρόληψης δίνεται στα λάθη των γονέων (Welfare Action Hellas (MKO), 2009).

Η μονομερής, όμως, αυτή ψυχοδυναμική θεώρηση ορίζει και περιορίζει το μεγαλύτερο μέρος της παροχής υπηρεσιών στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Η επικέντρωση της προσοχής στο άτομο και η πίστη στη θεραπευτική αξία της κατανόησης και της συζήτησης καλύπτει ευρύτερες οικογενειακές και κοινωνικές διαστάσεις και περιορίζει το μέγεθος και τις μεθόδους κάθε παρεμβατικής πολιτικής. Αντιθέτως, η ευρύτερη οικολογική άποψη που θεωρεί την κακοποίηση ως ένα σύμπτωμα διαταραχής ενός πολυσύνθετου οικολογικού συστήματος προσφέρει δυνατότητες για μια ολοκληρωμένη αντίληψη αιτίας-αποτελέσματος με ουσιαστικές απόψεις και προσεγγίσεις όσον αφορά την πρόληψη. Η πρόληψη για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να σχεδιαστεί στα επίπεδα του ατόμου, της κοινότητας και της ευρύτερης κοινωνίας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Η πρόληψη μπορεί να χωριστεί σε τρεις βασικές κατηγορίες που εκπροσωπούν αυτοτελείς αλλά και αλληλένδετους στόχους:

Ø Πρωτογενής πρόληψη: Περιλαμβάνει οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται για άτομα με σκοπό να εξασφαλιστεί ότι το άτομο ποτέ στη ζωή του δε θα κακοποιηθεί ή παραμεληθεί και οποιοδήποτε μέτρο λαμβάνεται σε κοινωνικό επίπεδο με στόχο να μην υπάρξει ποτέ πρόβλημα κακοποίησης παιδιών στην κοινωνία, όπως να εξαλειφθεί η φτώχεια ή να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβίωσης.

Ø Δευτερογενής πρόληψη: Περιλαμβάνει οποιοδήποτε πρόγραμμα ή μέτρο το οποίο λαμβάνεται για ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, με σκοπό να προληφθεί η κακοποίηση ή η παραμέληση του παιδιού, δηλαδή με σκοπό να μη διαιωρίζεται η εμπειρία των ήδη κακοποιημένων γονέων στα παιδιά που αποκτούν.

Ø Τριτογενής πρόληψη: Περιλαμβάνει οποιοδήποτε πρόγραμμα οργανώνεται μετά το περιστατικό της κακοποίησης ή παραμέλησης με σκοπό να προληφθεί η επανακακοποίηση του παιδιού. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει τα προγράμματα κακοποίησης στο χώρο της παιδικής προστασίας, τις διεπιστημονικές ομάδες των νοσοκόμων κ.ά. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Αναλυτικότερα, η πρωτογενής πρόληψη είναι το επίκεντρο της κοινωνιολογικής - οικολογικής θεώρησης του προβλήματος, αφού σύμφωνα με αυτή, οι προϋποθέσεις της πρωτογενούς πρόληψης της κακοποίησης των παιδιών περιλαμβάνουν βασικές φιλοσοφικές και δομικές αλλαγές στην επικρατούσα κοινωνική, οικονομική και πολιτική τάξη. Ένας όμως τόσο μεγάλος στόχος εύκολα μας ακινητοποιεί, γιατί όπως είναι φυσικό δεν είναι ανθρωπίνως δυνατό να ανησυχεί κανείς διαρκώς για το σύνολο των παιδιών της γης. Για κάθε ειδικό επαγγελματία θα πρέπει να υπάρχει πάντα ένα συγκεκριμένο παιδί και ένας συγκεκριμένος στόχος εργασίας, αλλιώς εύκολα κανείς αποθαρρύνεται και θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του υγεία (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

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

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

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

Ø Την αλλαγή στη νοοτροπία και στις στάσεις των μέσων μαζικής ενημέρωσης όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρουσιάζουν τις περιπτώσεις κακοποίησης των παιδιών. Λιγότερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται στις «ιστορίες τρόμου» και στην «καταδίωξη των εγκληματιών» και περισσότερη κατανόηση για την πολυπλοκότητα του προβλήματος, όπως και η αναφορά σε πηγές βοήθειας, θα ενισχύσουν αφενός το μέσο πολίτη να δει διαφορετικά το πρόβλημα και αφετέρου θα ενθαρρύνουν πολλές οικογένειας με παρόμοια προβλήματα να ζητήσουν εγκαίρως βοήθεια.

Ø Τη βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, εκπαίδευσης και την προσφορά ψυχαγωγίας σε οικογένειας σε κοινοτικό επίπεδο.

Ø Την αντιμετώπιση μητέρων και νεογέννητων στα μαιευτήρια με τέτοιο τρόπο, ώστε να ενισχύεται η ανάπτυξη του δεσμού μητέρας-παιδιού και να αποφεύγονται οι αποχωρισμοί. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίνεται στις συνθήκες που επικρατούν στα τμήματα εντατικής νοσηλείας νεογνών (Κουτσελίνης, 2000 & Human Trafficking, 2005).

Ευνόητο είναι ότι η πρωτογενής πρόληψη δεν μπορεί να λειτουργεί αυτοδύναμα, αλλά σε στενή συνεργασία με ειδικευμένες υπηρεσίες που θα αναλάβουν να αντιμετωπίσουν τη διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα περιπτώσεων, τις οποίες μοιραία θα φέρουν στην επιφάνεια τα προγράμματα της πρωτογενούς πρόληψης (Υγεία Τεχνολογία, 1990).

Η δευτερογενής πρόληψη σε χώρες που έχει αναπτυχθεί επαρκώς, όπως ο Καναδάς, είναι ο σημαντικότερος σύνδεσμος του προληπτικού τριγώνου. Οι συχνότερες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν προγράμματα για έγκαιρο προσδιορισμό πληθυσμού που έχει περισσότερες πιθανότητες για κακοποίηση των παιδιών και προγράμματα παρέμβασης στον ίδιο τον πληθυσμό. Τα προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης καλύπτονται, κυρίως, από ιατρικές υπηρεσίες. Τα προγράμματα που προσδιορίζουν επίτοκους με μεγάλες πιθανότητες για κακοποίηση των παιδιών τους και οι διεπιστημονικές διαγνωστικές ομάδες κακοποίησης των παιδιών λειτουργούν σε μαιευτήρια, γενικά και ειδικά νοσοκομεία (Υγεία Τεχνολογία, 1990).

Άλλα προγράμματα περιλαμβάνουν:

1. 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία SOS με σκοπό τη συμβουλευτική συμπαράσταση γονέων σε ώρες οικογενειακής κρίσης.
2. Σταθμούς Πρώτων Κοινωνικών Βοηθειών.
3. Σταθμούς-ξενώνες για προσωρινή φιλοξενία βρεφών και νηπίων σε περιόδους έντονων οικογενειακών δυσκολιών.
4. Υποστηρικτικά προγράμματα για μόνους γονείς.

Τα προγράμματα τριτογενούς πρόληψης τείνουν να ακολουθούν παραδοσιακά σχήματα στα πλαίσια καθιερωμένων υπηρεσιών παιδικής προστασίας. Συνήθως, πρωτοποριακές ιδέες και προγράμματα θεωρούνται «πολυτέλεια», ενώ συγχρόνως μπορεί να ξοδεύονται πολλά χρήματα σε ξεπερασμένα μοντέλα. Ορισμένα σχήματα που έχουν ετοιμαστεί με επιτυχία στην Ευρώπη, τις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία είναι οι βοηθοί γονέων, οι ομάδες αυτοβοήθειας, οι οικιακοί βοηθοί, που έχουν ήδη αναφερθεί (Human Trafficking, 2005).

Είναι αρκετά δύσκολο να συνοψιστούν οι υπηρεσίες πρόληψης, αλλά είναι ουσιαστικό να γίνει μια προσεκτική ιεράρχηση με αφετηρία τις υπάρχουσες δομές και την παρούσα κατάσταση. Θα γίνει μια συνοπτική αναφορά στις σπουδαιότερες υπηρεσίες πρόληψης της κακοποίησης των παιδιών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991 & 1982).

10.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙ

Η αρχή για τη δημιουργία υπηρεσιών για τις μητέρες και τα παιδιά τους πρέπει να αποτελέσει μια από τις σημαντικότερες προτεραιότητες. Βασικός στόχος αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι η πρόληψη των επιπλοκών κατά την κύηση, η κατάλληλη παρακολούθηση των εγκύων, η εντόπιση των κήσεων υψηλού κινδύνου και η εξασφάλιση άριστων συνθηκών τοκετού (Κουτσελίνης, 2000).

Επίσης, η δημιουργία και η ανάπτυξη ιατρικών παρακολούθησης των παιδιών αποτελεί βασική προϋπόθεση για την πρωτογενή πρόληψη. Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο καθορισμός των ποιοτικών κριτηρίων για το επίπεδο της λειτουργίας των παιδικών σταθμών, όπου ο θεσμός αυτός τείνει να λάβει μεγάλη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, λόγω των κοινωνικοοικονομικών μεταβολών που επικρατούν. Τέτοιες μεταβολές είναι η αύξηση του ποσοστού των γυναικών που εργάζονται, η εσωτερική μετανάστευση, η μεταβολή του τύπου της οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική και πολλά άλλα. Τελικός στόχος της βελτιωμένης ποιοτικά λειτουργίας των παιδικών σταθμών είναι η εξασφάλιση καλύτερης ημερήσιας φροντίδας των παιδιών που παρακολουθούν σε αυτούς (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1993 & Κουτσελίνης, 2000).

10.3 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Βασική αρχή για τη λειτουργία των υπηρεσιών παιδοψυχιατρικής περίθαλψης είναι η περιφερειοποίησή τους στην οποία πρέπει να εμπεριέχεται και η τομεοποίησή τους.

Στα πλαίσια αυτού θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για την ανάπτυξη των εξής υπηρεσιών:

✓ Ψυχιατρικός τομέας στα παιδιατρικά νοσοκομεία και στα παιδιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων. Ο τομέας αυτός πρέπει να περιλαμβάνει και ένα μικρό αριθμό κλινών για παιδιά με ψυχικές διαταραχές.

✓ Δημιουργία παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα όπως ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, κέντρα νοσηλείας ημέρας, ξενώνες, υπηρεσίες για βραχύχρονη και μακρόχρονη παραμονή και κέντρα προεπαγγελματικής κατάρτισης.

Η ανάπτυξη αυτών των υπηρεσιών θα βοηθήσει στην αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση των κακοποιημένων παιδιών (Πάλλης, 1982).

10.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Μελέτες που έχουν γίνει στις αναπτυγμένες χώρες έχουν δείξει ότι έχει μεγάλο και βασικό ρόλο ο χώρος του σχολείου και γενικά της εκπαίδευσης στην πρόληψη και την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού. Σημαντικό παράγοντα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί το σχολείο ως κοινωνικός θεσμός, γεγονός που αποδεικνύεται από την ατμόσφαιρα του σχολείου και από το ονομαζόμενο «κρυμμένο πρόγραμμα», σε αντίθεση με το φανερό αναλυτικό διδακτικό πρόγραμμα (Παπανικολάου, 1998).

Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται και οι σχέσεις δασκάλων- παιδιών, καθώς και η συμμετοχή των παιδιών στις διαδικασίες λειτουργίας του σχολείου καθώς στις διάφορες δραστηριότητες που αυτό αναλαμβάνει. Αντίθετα με αυτά που θα αναζητούσε κάποιος, δε φαίνεται να παίζουν μεγάλο ρόλο παράγοντες όπως το φυσικό περιβάλλον, ο αριθμός των παιδιών που φοιτούν στην τάξη και πολλοί άλλοι παράγοντες (Παπανικολάου, 1998).

Επομένως, η εκπαίδευση και το σχολείο μπορούν να παίξουν ουσιαστικό ρόλο στην πρόληψη των ψυχοκοινωνικών διαταραχών και να αντισταθμίσουν κάποιες από τις ανεπαρκείς ελλείψεις που επικρατούν στις οικογένειες μερικών παιδιών ή στο σύστημα περίθαλψης και κοινωνικής πρόληψης της χώρας. Για να μπορέσει η εκπαίδευση να επιτύχει αυτό το ρόλο, απαιτείται:

- Βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης των δασκάλων, των καθηγητών, και γενικά, του εκπαιδευτικού προσωπικού στο προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο, με την εισαγωγή στα προγράμματα σπουδών μαθημάτων σχετικών με την ψυχοκοινωνική υγεία και γενικότερα με την προαγωγή της υγείας.

- Μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του εκπαιδευτικού συστήματος, έτσι ώστε να μην καθορίζονται τα πάντα για κάθε σχολείο από ένα κεντρικό όργανο, δηλαδή το Υπουργείο Παιδείας.

- Δημιουργία προγραμμάτων επιμόρφωσης κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων σε θέματα ψυχοκοινωνικής υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η περιοδική επανάληψη αυτής της επιμόρφωσης.

- Ανάπτυξη σχολικής ψυχολογικής υπηρεσίας και καθιέρωση του θεσμού του σχολικού ψυχολόγου.

- Αναδιοργάνωση των σχολικών υγειονομικών υπηρεσιών. Αναβάθμιση της σχολιατρικής υπηρεσίας και επιμόρφωση των σχολιάτρων σε θέματα ψυχικής υγείας του παιδιού (Γιαννοπούλου, 1996).

Οι προληπτικές δραστηριότητες των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών μπορεί να ασκούνται με τη συμβουλευτική - διασυνδεδετική ψυχιατρική, τη συμβουλευτική και την έγκαιρη παρέμβαση σε ποικίλους φορείς, υπηρεσίες και προγράμματα, ως εξής:

- Εργασία με το προσωπικό των μαιευτηρίων με στόχο την ευαισθητοποίησή του, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα γονείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο. Ένας άλλος στόχος είναι η εκπαίδευση του προσωπικού στο να συμβουλεύει τους γονείς προώρων νεογνών που είναι σε κρίσιμη κατάσταση ή γονείς που πεθαίνουν τα παιδιά τους.
- Με τη συμβουλευτική της κοινότητας σε θέματα σχετικά με τους τρόπους που διευκολύνουν την ομαλή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.
- Με την ανάπτυξη της συμβουλευτικής διασυνδεδετικής ψυχιατρικής στο υγειονομικό προσωπικό παιδιατρικών νοσοκομείων.
- Με την προσφορά θεραπευτικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών σε παιδιά και γονείς από διαλυμένες οικογένειες ή οικογένειες με συζυγική δυσαρμονία. Τα παιδιά των οικογενειών αυτών διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές και έχουν ανάγκη εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών.
- Με την προσφορά συμβουλευτικών υπηρεσιών στα δικαστήρια ανηλίκων, εταιρία προστασίας ανηλίκων και ιδρύματα αγωγής για τους εφήβους.

- Με τη στενή συνεργασία τους με τις αντίστοιχες ψυχιατρικές υπηρεσίες ενηλίκων που έχουν σαν στόχο τη φροντίδα παιδιών των οποίων οι γονείς έχουν ψυχικές διαταραχές.
- Με τη στενή συνεργασία τους με τις υπηρεσίες πρόνοιας και εκπαίδευσης και γενικά με την κοινότητα, έχοντας στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Παπανικολάου, 1998).

Ο εκπαιδευτικός που αισθάνεται την ευθύνη να συμμετέχει στην πρόληψη της βίας στο σχολείο και στην αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης στην οικογένεια, οφείλει:

- Ø Να αποδεχθεί την ύπαρξη και τις επιπτώσεις του προβλήματος και να δεσμευθεί ο ίδιος ότι θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση και την πρόληψή του.
- Ø Να κινητοποιήσει και άλλους συναδέλφους στα χώρο εργασίας.
- Ø Να φέρει το θέμα στα επιστημονικά και συνδικαλιστικά όργανα.
- Ø Να φροντίσει για τη δημιουργία «κώδικα οδηγών» στο σχολείο του.
- Ø Να γνωρίσει τις υπάρχουσες πηγές βοήθειας και να αναπτύξει συνεργασία.
- Ø Να κατευθύνει οικογένειες με προβλήματα σε κατάλληλα πλαίσια πριν τα προβλήματα να οξυνθούν.
- Ø Να είναι πάντοτε διαθέσιμος να ακούσει, να κατανοήσει και να στηρίξει όσους του εμπιστεύονται προβλήματα: παιδιά, γονείς, συναδέλφους.
- Ø Να δεσμευθεί ο ίδιος ότι δε θα χρησιμοποιήσει σωματική τιμωρία μέσα ή έξω από την τάξη.
- Ø Να φροντίσει για τη δημιουργία και τη διατήρηση στην τάξη ενός κλίματος που να προωθεί τα παρακάτω:

- § Αλληλεγγύη
- § Αλληλοεκτίμηση
- § Αυτοεκτίμηση
- § Κατανόηση της απόκλισης
- § Προώθηση του δικαιώματος της διαφοράς
- § Ανάπτυξη του εαυτού για τα παιδιά και για τον ίδιο τον εκπαιδευτικό.

Η εκτενής αναφορά στο ρόλο του σχολείου οφείλεται στο γεγονός ότι τα παιδιά καταναλώνουν αρκετό χρόνο στο χώρο του σχολείου και αποτελεί οικείο περιβάλλον για αυτά (Κουτσελίνης, 2000).

10.5 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

Ο τρόπος προσέγγισης των παιδιών, η διάθεσή του, η συμπεριφορά του και η ευαισθητοποίησή του θα συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Η προετοιμασία του μαθήματος και κατ' επέκταση η διεξαγωγή του, θα είναι αντίστοιχη με την ηλικία των παιδιών. Έτσι, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά υπάρχει η δυνατότητα συζήτησης, στα μικρότερα υπερισχύουν τα παιχνίδια, οι ζωγραφιές. Τα παιδιά αυτά μέσα από διάφορες δράσεις και θεατρικό παιχνίδι ευαισθητοποιούνται και εμπυχώνονται έτσι ώστε να μπορούν να αυτοπροστατεύονται ακόμα και από οικεία και αγαπητά πρόσωπα θέλουν (Γιαννοπούλου, 1996).

Βασικό ρόλο σε αυτό το πρόγραμμα έχει ο νοσηλευτής, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, που βοηθά τα παιδιά να κατανοήσουν τα δικαιώματά τους και να τα ενθαρρύνει ώστε να προασπίζονται και μόνα τους ακόμη τα δικαιώματά τους. Το δικαίωμα τη ζωή, το δικαίωμα στην ελεύθερη έκφραση και προστασία από το νόμο είναι μερικά από τα δικαιώματα που το παιδί οφείλει να γνωρίζει, ώστε να είναι σε θέση να προστατεύει και να υπερασπίζεται τον εαυτό του.

Επιπλέον, σημαντικό είναι μέσα από το πρόγραμμα που θα διεκπεραιωθεί, τα παιδιά να ενισχυθούν έτσι ώστε να στηρίζονται στις δυνάμεις τους αλλά και να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν την πραγματικότητα. Αν, για παράδειγμα, υπάρχουν προβλήματα στην οικογένεια, το παιδί μπορεί να μην αφεθεί να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες που η κοινωνία του προσφέρει, λόγω της αφομοίωσής του προς την οικογένεια. Στο σημείο αυτό το παιδί πρέπει να ενθαρρυνθεί ώστε να αποκτήσει το θάρρος και την ψυχική δύναμη να αναζητήσει κάποιον ειδικό, ο οποίος θα έρθει σε επικοινωνία με την οικογένεια, θα την συμβουλευσει και θα τη βοηθήσει την κρίσιμη αυτή στιγμή (Παπανικολάου, 1998).

Τα παιδιά πολλές φορές πιστεύουν ότι αυτοί που κακοποιούν έχουν συγκεκριμένη εμφάνιση και συμπεριφορά. Οφείλουμε να τους εξηγήσουμε ότι τα άτομα αυτά μπορεί να είναι οποιαδήποτε, ακόμα και του οικογενειακού μας περιβάλλοντος. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι τα παιδιά πρέπει να γίνουν καχύποπτα αλλά προσεκτικά θέλουν (Γιαννοπούλου, 1996).

Συμπερασματικά, το πρόγραμμα αυτό έχει σαν στόχο να τονώσει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των παιδιών, να τους διδάξει τρόπους αυτοάμυνας, να τα ενισχύει σε δραστηριότητες, όπως η επικοινωνία και η συμμετοχή, ώστε να συμβάλλουν στην πρόληψη των βλαπτικών για αυτό καταστάσεων. Βέβαια, η προσέγγιση αυτή προϋποθέτει ενημερωμένους νηπιαγωγούς, δασκάλους και γονείς, όχι μόνο για την προαγωγή και την προώθηση αυτής της προσέγγισης αλλά και για την καλύτερη γνώση της φυσιολογικής σεξουαλικότητας των παιδιών και της αντιμετώπισής της στα διάφορα στάδια ανάπτυξης (Κουτσελίνης, 2000).



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

11.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

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:

- § παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος το οποίο προωθεί την υγιή εξέλιξη των παιδιών
- § αξιολόγηση ατόμων και οικογενειών
- § εκπαιδευτική αξιολόγηση και παροχή εκπαίδευσης
- § αντιμετώπιση εντοπισμένων δυσκολιών, δηλαδή διευκόλυνση αλλαγής προς υγιείς συμπεριφορές και λιγότερο συχνά σύσταση ιατρικής/ψυχιατρικής θεραπείας, π.χ. φαρμακευτική αγωγή
- § προγραμματισμός για την υποστήριξη της μελλοντικής εξέλιξης του παιδιού και της οικογένειας (Τσιάντης, 1990).

Ο νοσηλευτής όσον αφορά τη νοσηλευτική παρέμβαση στο παιδί, μπορεί να προβεί τις παρακάτω ενέργειες:

- § αξιολόγηση του παιδιού παρακολουθώντας την εξέλιξή του, τη σωματική ωρίμανση, τις γνωστικές διεργασίες, τα συναισθήματα, την κοινωνική του συμπεριφορά,
- § παρατήρηση των λειτουργιών του παιδιού μέσα σε ένα σύστημα που αποτελείται από το ίδιο, την οικογένεια και την ομάδα συνομηλίκων του,
- § παρατήρηση του προσωπικού χαρακτήρα του παιδιού, πώς δηλαδή βλέπει το παιδί τον εαυτό του και τις εμπειρίες του (Τσιάντης, 1990).

Έτσι, εντοπίζει τα προβλήματα, τις ικανότητες και τις φυσιολογικές ανάγκες, σε σχέση με τα παραπάνω και:

- § 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, μια διεργασία που δεν έχει γρήγορα ή άμεσα θετικά αποτελέσματα και προϋποθέτει συναισθηματική εμπλοκή
- § Παρέχει ένα μοντέλο του ρόλου
- § Αξιολογεί την αλλαγή.

Πολλές από τις παραπάνω δραστηριότητες έχουν περιγραφεί ως μελέτες πάνω στην παροχή γονικής /μητρικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει αυτούς τους ρόλους είτε επίσημα είτε ανεπίσημα και μόνο 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 τύρρανος 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 ή, όταν ενδείκνυται, μπορεί να επιλέξουν τις καταγραφές γεγονότων ή 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, ή επίσημες π.χ. επιλεκτική ενίσχυση, ατομική συμβουλευτική.

Η επιλογή της τακτικής καθορίζεται από την φύση των δυσκολιών του παιδιού, την ικανότητα του νοσηλευτή τη φιλοσοφία της μονάδας και τον ορισμό του ρόλου των άλλων ειδικών. Ευελπιστούμε ότι το αποτέλεσμα είναι διαπραγματεύσιμο (Μπρούσκου, 1993).

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:

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

Οι λειτουργίες του ρόλου του νοσηλευτή, οι οποίες έχουν τις ρίζες τους στην εξελικτική και την κοινωνική ψυχολογία πρέπει να προσεγγίζουν τις εξής πρακτικές:

- § 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.
- § να προσφέρει ερεθίσματα: μέσα από το παιχνίδι, τις δραστηριότητες, το πνεύμα εξερεύνησης, τη χαρά της ζωής.
- § να προωθεί την ανεξαρτησία και την αυτο-εξυπηρέτηση
- § να παρέχει μια σταθερή βάση, πάνω στην οποία θα στηριχτεί η ανάπτυξη, προσφέροντας δομή, συνέπεια, σταθερότητα (σε ορισμένο βαθμό)
- § να προσφέρει, με σεβασμό, στοργή-φροντίδα σε όλες τις εκδηλώσεις: φαί, ύπνος, πλύσιμο κ.λπ.
- § να προωθεί την κοινωνικότητα και την κοινωνική συμπεριφορά.
- § να προωθεί το σεβασμό και την εκτίμηση για τον εαυτό του και τους άλλους.
- § να αγαπάει να προσφέρει θετική αποδοχή και ζεστασιά
- § να μεταδίδει τον πολιτισμό
- § να διευκολύνει τη χρησιμοποίηση της ομάδας συνομήλικων (Τσιάντης, 1990).

Ο ρόλος του νοσηλευτή σε σχέση με τη διεπιστημονική ομάδα μπορεί να αποτελεί:

- § πηγή πληροφοριών
- § εφαρμογή αποφάσεων
- § συντονισμό των σχετικών με το παιδί δραστηριοτήτων
- § συμμετοχή στη διαχείριση και οργάνωση της ομάδας
- § σύνδεσμο με το νοσοκομείο στο οποίο ανήκει η μονάδα (ιδιαίτερα το παιδιατρικό).

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 (Τσιάντης, 1990).

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 ικανότητά τους να εξασκούν στρατηγικές που θα επιφέρουν αλλαγή στα σχήματα αυτά, έτσι 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 περιέργειά 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 (Τσιάντης, 1990).

Ο νοσηλευτής ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, για τη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του παιδιού, καλείται να αντεπεξέλθει στο δύσκολο αυτό ρόλο, ο οποίος απαιτεί υπομονή, αγάπη, κατανόηση και διακριτικότητα.

Με ενεργό συμμετοχή καλείται να στραφεί στην ενημέρωση και διαπαιδαγώγηση με τις εξής επιδιώξεις:

- Να καταπολεμηθούν η ημιμάθεια και οι προκαταλήψεις για την κακοποίηση του παιδιού με τη σωστή ενημέρωση για το φαινόμενο.
- Να μάθει το κοινό ποια είναι τα ύποπτα και τα πρώτα συμπτώματα που φανερώνουν ότι ένα παιδί έχει κακοποιηθεί.
- Να ενθαρρύνει το κοινό να προασπίσει τα δικαιώματά του παιδιού.
- Να ενθαρρύνει το κοινό να αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης, αγάπης και κατανόησης για το παιδί.
- Να ενημερωθεί το κοινό σχετικά με την ύπαρξη ειδικών συμβουλευτικών κέντρων, κατάλληλων να συμβουλευθούν τους γονείς για τη σωστή ανατροφή των παιδιών τους (Γιαννοπούλου, 1996).

Ο νοσηλευτής καλείται να ενημερώσει τα μέλη της κοινότητας για το φαινόμενο αυτό αλλά και να τους διδάξει τους τρόπους προστασίας των παιδιών τους. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η Νοσηλευτική Διεργασία, η οποία

πρέπει να αποτελεί το σκελετό για την οργάνωση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες υγείας και να επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο υγείας. Η Νοσηλευτική Διεργασία θα πρέπει να διεξάγεται διεξοδικά, δηλαδή, με την αξιολόγηση του προβλήματος, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και την εκτίμηση του αποτελέσματος (Παρασκευόπουλος, 1998).

Η διαπαιδαγώγηση αλλά και η ενημέρωση του κοινού προϋποθέτει τη γνώση των εκπαιδευτικών αναγκών καθώς και των παραγόντων που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη. Σύμφωνα με τον Green οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε:

- Ø Προδιαθεσικούς, οι οποίοι περιλαμβάνουν πεποιθήσεις, διαθέσεις και αξίες.
- Ø Ενισχυτικούς, οι οποίοι περιλαμβάνουν υποστήριξη από την οικογένεια, τους δασκάλους, τους φίλους και τους επιστήμονες υγείας.
- Ø Δυνητικούς, οι οποίοι περιλαμβάνουν δυνατότητες όπως υγιεινό περιβάλλον, διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, κατάλληλη υποστήριξη και προστασία και πολλά άλλα (Παρασκευόπουλος, 1998).

Ο νοσηλευτής πρέπει να λάβει υπόψη του τόσο το χώρο όσο και τον τρόπο με τον οποίον θα κάνει τη διδασκαλία. Ο χώρος που θα επιλέξει θα πρέπει να είναι άνετος, ευχάριστος χωρίς θορύβους και διακοπές. Επιπλέον, για την επιτυχή διεξαγωγή του προγράμματος, βασική προϋπόθεση αποτελεί και η διαπροσωπική επικοινωνία του νοσηλευτή με τα μέλη της κοινότητας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει ενεργητικότητα, υπομονή, γνώσεις και δεξιότητες ώστε να διεξάγει με αποτελεσματικότητα την ενημέρωση του κοινού (Κουτσελίνης, 2000).

Μετά τη διατύπωση του προβλήματος και την αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων του κοινού σχετικά με την κακοποίηση και την πρόληψή της, ο νοσηλευτής σχεδιάζει το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, σε συνεργασία με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα, λαμβάνοντας υπόψη τα εξής:

- ✚ Να εξασφαλίσει κατάλληλο περιβάλλον για μάθηση
- ✚ Να μεταδώσει στο κοινό τη σπουδαιότητα του προβλήματος και της μάθησης.
- ✚ Να δείχνει άνεση στο χρόνο χωρίς να πιέζει τους συνομιλητές τους και τους ακροατές.
- ✚ Να επαναλαμβάνει οτιδήποτε δεν γίνεται αντιληπτό.
- ✚ Να επιτρέπει στους ακροατές να εκφράζουν τυχόν απορίες ή οτιδήποτε άλλο θέλουν (Γιαννοπούλου, 1996).

Ο νοσηλευτής αρχικά, καλείται να προβάλλει υγιείς έξεις στα άτομα της κοινότητας, να τα ευαισθητοποιήσει για τη σωστή ανατροφή των παιδιών τους

και να τους διδάξει σωστούς τρόπους συμπεριφοράς και διαπαιδαγώγησης ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα της ενδοοικογενειακής κακοποίησης (Γιαννοπούλου, 1996).

Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να μεταδώσει στους γονείς τη σπουδαιότητα της αυτοεκτίμησης και της σωστής συμπεριφοράς, παροτρύνοντας τους γονείς να βοηθήσουν τα παιδιά τους να νιώθουν ότι τα αγαπούν, να ενισχύσουν την εσωτερική τους πίστη, να κάνουν τα παιδιά τους να νιώθουν σημαντικά, να τονώσουν την αυτοπεποίθησή τους και να τους διδάξουν με το παράδειγμά τους τον αυτοσεβασμό (Παρασκευόπουλος, 1998).

Τίποτα από τα παραπάνω όμως δεν μπορεί να επιτύχει, αν οι ίδιοι οι επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας δεν αναπτύξουν ένα συνεχή διάλογο μεταξύ τους, με στόχο τη διαμόρφωση ενός κοινού λόγου που να αφορά την ενημέρωση μεταξύ τους και την υποστήριξη στο δύσκολο αυτό επιστημονικό έργο της ενδοοικογενειακής βίας (Γιαννοπούλου, 1996, Κουτσελίνης, 2000 & Παρασκευόπουλος, 1998)

Επίσης πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα για επιμόρφωση νοσηλευτών ψυχικής υγείας για να βοηθήσουν ουσιαστικά τα παιδιά και τους νέους που υπήρξαν θύματα κακοποίησης. Όσο η οικογένεια και η κοινωνία δεν είναι σε θέση να διασφαλίσουν τη φυσική και ψυχική ακεραιότητα του παιδιού, έχουν την ηθική υποχρέωση να καταβάλλουν κάθε είδους στήριξη ώστε να μειωθούν και να απαλειφθούν, όσο το δυνατόν, οι καταστρεπτικές συνέπειες της κακοποίησης και της βίας στο παιδί.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

**ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ
ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ø «Αρχικά, μια αγκαλιά ήταν αρκετή για ένα ευχαριστώ, μετά άρχισε να με φιλάει και, σιγά-σιγά μου έλεγε να πάω κοντά του για ένα, όπως, έλεγε γαργαλητό. Μια μέρα μου είπε ότι είχε ένα καινούργιο παιχνίδι να παίξουμε, με έδεσε στο κρεβάτι και...»

*Κορίτσι που έπεσε θύμα σεξουαλικής
κακοποίησης για πρώτη φορά
στην ηλικία των 6 χρονών.*

Ø «Οι γονείς μου χώρισαν και ο μπαμπάς μου δεν έδινε διατροφή για περισσότερο από τρία χρόνια. Η μητέρα μου μπαινόβγαινε στα ψυχιατρεία. Στα μεσοδιαστήματα έκανε μεροκάματα ως καθαρίστρια. Όμως τα χρήματα δεν ήταν αρκετά. Στράφηκα σε μια σχέση που είχα, ψάχνοντας απεγνωσμένα για στήριγμα.»

Λίγο καιρό μετά, η Άννα έφτανε στο αστυνομικό τμήμα για να καταγγείλει ότι ο φίλος της, μαζί με κάποιον άλλον, την είχαν κακοποιήσει σεξουαλικά.

Άννα, 17 χρονών, Ελλάδα

Ø «Ο αδελφός μου συνέχισε τα "παιχνίδια" του μέχρι που έγινα 13... Έκανε ότι ήθελε πάνω μου, κάθε μέρα. Κάποιες από τις πράξεις είναι ακόμα και σήμερα πολύ μπερδεμένες στο μυαλό μου, ευτυχώς, δόξα τω Θεώ... Δεν θέλω να θυμηθώ... Δεν θέλω να μπω σε λεπτομέρειες του βιασμού... Ήταν βίαιος, διεστραμμένος...»

*Αγόρι που κακοποιήθηκε σεξουαλικά
όταν ήταν 5 ετών*

Ø «Είχα ένα συγκεκριμένο στέκι στο δρόμο και οι πελάτες έρχονταν με το αυτοκίνητο και μ' έκλειναν. Πολλοί από αυτούς δεν με πλήρωναν. Για να τους εκδικηθώ, τους έκλεβα, Το κινητό, το πορτοφόλι, ότι έβρισκα...»

Σταμάτης, 15 χρονών, Ελλάδα

Ø «Δεν είχαμε να φάμε... δεν είχαμε τίποτα...»

Ταπεινωμένος από την επαιτεία και υποσιτισμένος, εντοπίστηκε στο δρόμο ένα χρόνο πριν. Εξαναγκαζόταν να ζητιανεύει επί τρία χρόνια. Σχολείο δεν πήγε ποτέ. Υπήρχαν μέρες που επέστρεφε με τσέπες άδειες. Ήξερε ότι τον

περίμενε τιμωρία: ξύλο από τη μάνα και τα αδέρφια του. Η ιστορία του Ηλία ενδέχεται να έχει καλό τέλος. Πηγαίνει, πλέον, σχολείο. Στην μάνα του παρέχονται τρόφιμα από μια διοργάνωση, με την συμφωνία ο μικρός να μην ξαναζητιανέψει.

Ηλίας, 14 χρονών, Αλβανία

Ø «Ο φίλος της μητέρας μου με κακοποίησε πρώτη φορά όταν ήμουν 9 ετών. Σε εκείνη την ηλικία δεν πολυκαταλάβαινα τι ακριβώς έκανε, αλλά ένιωθα ότι κάτι δεν ήταν σωστό... Θυμάμαι που χρησιμοποιούσε τα χέρια του, τα δάκτυλά του και ήμουνά τόσο φοβισμένη όταν πήγαινα στο κρεβάτι...»

Κορίτσι που κακοποιείται από την ηλικία των 10 ετών

Ø «Δεν θυμάμαι πότε έγινε πρώτη φορά... Ο πατέρας της φίλης μου έπαιρνε το χέρι μου και το έβαζε στη τσέπη του για να πάρω γλυκίσματα... Παίζαμε συνέχεια μέσα στο σπίτι... Ο πατέρας της ερχόταν και αυτός να παίξει μαζί μας... Έσβηγε τα φώτα και μας έλεγε να προσποιηθούμε ότι ήρθε η ώρα για ύπνο... Όπως ήταν σκοτάδι, μπορούσε να με "πιάσει" χωρίς να βλέπει η κόρη του»

*Κορίτσι που κακοποιήθηκε σεξουαλικά πρώτη φορά σε ηλικία 8 ετών
Vicky Zar (2009)*





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΡΜΟΔΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:

Οι υπηρεσίες αυτές παρέχουν πολύτιμη βοήθεια σε θέματα που αφορούν τις σχέσεις της οικογένειας και του παιδιού:

- Ø Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Αθηνών
Διεύθυνση : Ζαΐμη 2, Εξάρχεια, Αθήνα, 10683
Τηλ.: (210) 3815711 - 3844733
- Ø Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Αιγάλεω
Διεύθυνση : Σούτσου 4, πλατεία Δαβάκη, Αθήνα.
Τηλ.: (210) 5910065-66
- Ø Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Πειραιά
Διεύθυνση: Νοταρά και Μπουμπουλίνας 15, Πειραιάς, 18535
Τηλ.: (210) 4170500
- Ø Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Θεσσαλονίκης
Διεύθυνση: Καυταντζόγλου 36 και Παπάφη, Θεσσαλονίκη, 54639
Τηλ.: (2310) 845130, 845900
- Ø Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Πάτρας
Διεύθυνση: Αθ. Διάκου 35, Ψηλά Αλώνια, Πάτρα, 26224.
Τηλ.: (2610) 335045
- Ø Ιατροπαιδαγωγική Υπηρεσία Ηρακλείου
Διεύθυνση: Ψαρομιλήγκων και βλαστών 2, Κρήτη, 71202
Τηλ.: (2810)244409, 244393

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ:

- Ø Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καισαριανής - Βύρωνα
Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Διεύθυνση : Δήλου 14, Φορμίωνος, Αθήνα
Τηλ.: (210)7640111, 7644705
- Ø Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Παγκρατίου
Παιδοψυχιατρικό τμήμα Νοσοκομείου Ευαγγελισμού
Διεύθυνση: Φερεκίδου 1, Παγκράτι, Αθήνα
Τηλ.: (210) 7519550-9029456
- Ø Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Διεύθυνση: Κομνηνών 15, Θεσσαλονίκη

Τηλ.: (2310) 270036

- Ø Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αγίας Παρασκευής -Χαλανδρίου
Διεύθυνση: Ζαλόγγου 6, Αγία Παρασκευή, 15343
Τηλ.: (210) 6391151, 6399195

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ & ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ:

- Ø Εθνικός οργανισμός Πρόνοιας
Κεντρικά Γραφεία : Υπαιτίας 6, Αθήνα, 1 Ο 11 Ο
Τηλ.: (210) 3220898-3222146
- Ø Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ»
Διεύθυνση: Λ. Δημοκρατίας, Ίλιον, Αττική, 13561
Τηλ.: (210) 2611185- 2627155
- Ø Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αποκατάστασης
(ΠΙΚΠΑ)
Κεντρικά Γραφεία: Τσόχα 5, Αθήνα, 11522
Τηλ.: (210) 6423144- 6430289-6427856

ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Λ. Αλεξάνδρας 173, Αθήνα, 11522
Τηλ.: (210) 6464925- 6447687- 7705711

ΕΙΣΑΓΓΕΛΙΑ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Πρώην Σχολή Ευελπίδων, κτίριο 16
Τηλ.: (210) 9827993

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Ερευνητικό Κέντρο, Διεύθυνση Οικογενειακών Σχέσεων, Κέντρο Μελέτης και Πρόληψης Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών.
Διεύθυνση: Φωκίδος 7, Αμπελόκηποι, Αθήνα, 11526
Τηλ.: (210) 771591-7793648
Λειτουργεί ως κέντρο αναφοράς σε όλη την Ελλάδα. Παρέχει συμβουλευτική και εκπαίδευση επαγγελματιών και διεξάγει έρευνες.
(<http://www.ich.gr>)

ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Διεύθυνση: Σωκράτους 65, Αθήνα, 10431

Τηλ.: (210) 5223290 (<http://www.epaa.gr>)

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

Διεύθυνση: Σταδίου 65, Αθήνα

Τηλ.: (210) 3244463-3247684

Διεύθυνση: Τσαμαδού 43, Πειραιάς

Τηλ.: (210) 4112410-4173659



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Στις μέρες μας, οι περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης που γνωρίζουν το φως της δημοσιότητας ολοένα και αυξάνονται.
- Περιστατικά παραμελημένων παιδιών που φέρουν πληγές και τραύματα, τα οποία ένα ατύχημα δεν θα ήταν δυνατό να προκαλέσει, σοκάρουν την κοινή γνώμη: μικρά παιδιά ξυλοκοπούνται μέχρι θανάτου, μωρά πετιούνται με δύναμη κάτω από τις ίδιες τις μητέρες τους, έφηβες κοπέλες με νοητική στέρηση κρατώνται υπό άθλιες συνθήκες φυλακισμένες σε σπίτια ή βιάζονται από άτομα του συγγενικού τους περιβάλλοντος.
- Οι περιπτώσεις κακοποίησης και αμέλειας που αφορούν σε παιδιά και έχουν ως θύτες τους ίδιους τους γονείς και κηδεμόνες τους, δεν έχουν τέλος. Ωστόσο, πολύ λίγες από αυτές τις περιπτώσεις γίνονται γνωστές έγκαιρα, προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά. Οι περισσότερες διαδραματίζονται πίσω από κλειστές πόρτες κι όταν αποκαλυφθούν είναι συνήθως αργά για το θύμα, ή, αλλιώς, αποκαλύπτονται επειδή το θύμα καταλήγει αβοήθητο σε κάποιο νοσοκομείο.
- Για πολλούς, η παιδική κακοποίηση είναι ένα πρόβλημα χωρίς λύση, επειδή είναι δύσκολο να παταχθεί στη ρίζα του. Για μερικούς κοινωνιολόγους πάλι, η κακοποίηση είναι κοινωνικό φαινόμενο και τα διάφορα περιστατικά βίας μέσα στο σπίτι δεν είναι μεμονωμένες περιπτώσεις, αλλά παραδείγματα μιας κοινωνίας που νοσεί. Όπως και να 'χει, η κακοποίηση είναι ένα γεγονός που μπορεί να ερευνηθεί σε σχέση με τρεις παραμέτρους:
 - α) το ψυχολογικό προφίλ του γονέα ή κηδεμόνα που κακοποιεί,
 - β) το ευρύτερο περιβάλλον του κακοποιημένου παιδιού και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες μεγαλώνει, και
 - γ) την αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού και τη δυναμική της σχέσης τους.
- Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν ξεχωρίζουν από κάποιο εξωτερικό χαρακτηριστικό και δεν προέρχονται από κάποια συγκεκριμένη κοινωνική τάξη. Είναι άνθρωποι της διπλανής πόρτας, συχνά υπεράνω πάσης υποψίας. Μπορεί να μοιάζουν φιλήσυχοι οικογενειάρχες και να είναι ευγενικοί με τους γείτονες και τον περίγυρό τους. Μπορεί να είναι μορφωμένοι, καλοί επαγγελματίες, νομοταγείς πολίτες, ή όχι. Ανήκουν όμως σε διαφορετικές κατηγορίες όσον αφορά στην ψυχοπαθολογία τους. Κατά βάθος μπορεί να είναι ανώριμα, φοβισμένα ή επιθετικά άτομα, με τάση για απομόνωση. Μπορεί να παρουσιάζουν πλείστα συμπτώματα από αυτά που αναφέρει η κλινική βιβλιογραφία: άγχος, κατάθλιψη, έντονες παρορμητικές τάσεις, ψυχωσικές διαταραχές, σχιζοφρένεια.

- Αρκετοί από αυτούς έχουν υποστεί κακοποίηση ως παιδιά. Είναι όμως πιθανό να κρύβουν τις αδυναμίες τους επιμελώς, πίσω από το προσωπείο του καλού και στοργικού γονέα. Άλλωστε, είναι τόσο δύσκολο για την ίδια την κοινωνία να δεχθεί ότι ένας γονέας μπορεί ηθελημένα να βλάψει το παιδί του, που συχνά ακόμα κι αν οι γείτονες ή ο περίγυρος παρατηρήσει κάτι ύποπτο στη συμπεριφορά τους, βιάζεται να το δικαιολογήσει.
- Από την άλλη μεριά, το κακοποιημένο παιδί διαφέρει σε σχέση με την οικογένεια στην οποία μεγαλώνει (μονογονεϊκή οικογένεια, οικογένεια στην οποία ο ένας γονέας έχει ξαναπαντρευτεί, θετοί γονείς κ.λπ.), ως προς το ρόλο που παίζει μέσα σε αυτή (το «δύσκολο» παιδί, ο «αποδιοπομπαίος τράγος», το «ανεπιθύμητο» παιδί κ.λπ.) και φυσικά ως προς το είδος της κακοποίησης που έχει υποστεί και των σωματικών και ψυχικών τραυμάτων του.
- Πολλά παιδιά διστάζουν να αποκαλύψουν πως έχουν κακοποιηθεί, ειδικά αν η κακοποίηση έχει γίνει από τον έναν από τους δύο γονείς τους ή είναι πολύ μικρά για να εκφραστούν λεκτικά σε σχέση με αυτό το θέμα. Άλλα παιδιά ντρέπονται για ό,τι έχει συμβεί ή δεν θυμούνται το συμβάν. Πολλά παιδιά βρίσκονται υπό καθεστώς φόβου και απειλής και, αρκετά, μαθαίνουν από το σπίτι τους να μη ερμηνεύουν την κακοποίηση ως τέτοια: είναι πιθανό, για παράδειγμα, να πιστεύουν πως η σωματική βία είναι το φυσιολογικό επακόλουθο μιας αταξίας που έκαναν ή ενός χαμηλού βαθμού που πήραν στο σχολείο.
- Έρευνες αποκαλύπτουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους, το κάνουν για να τα «πειθαρχήσουν» και, μάλιστα, πιστεύουν σ' αυτή τη «μέθοδο» πειθαρχίας. Αυτοί οι ίδιοι γονείς «εκπαιδεύουν» τα παιδιά τους να δέχονται τα πάντα ως τιμωρία για κάτι που έκαναν.
- Οι στατιστικές δείχνουν ότι τα περισσότερα από τα κακοποιημένα παιδιά είναι κορίτσια, θύματα αιμομεικτικών σχέσεων με τον πατέρα τους, καθώς και αγόρια πολύ μικρών ηλικιών.
- Ανάμεσα στα θύματα, συχνά συναντώνται παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και ήπια νοητική στέρηση και η κακοποίηση είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του γονέα να ανταποκριθεί στις ευθύνες που προκύπτουν μέσα από τις δυσκολίες για την ανατροφή τους, π.χ., ένας γονέας ασκεί έντονη σωματική βία στο παιδί του μέσα από την οποία εκφράζει την ευχή του «να μην είχε αυτό γεννηθεί ποτέ» και την αγανάκτησή του για «την κακή του μοίρα, που απέκτησε ένα τέτοιο παιδί».

- Την κακοποίηση δεν την κάνουν μόνο τα ορατά σημάδια στο σώμα ενός παιδιού. Σε περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης, για παράδειγμα, το περιστατικό μπορεί να μη γίνει αμέσως αντιληπτό. Αλλά και άλλες περιπτώσεις αμέλειας μπορούν να χαρακτηριστούν επιλήψιμες. Η αλήθεια είναι πως οι απόψεις πάνω στο τι αποτελεί κακοποίηση και τι όχι, ποικίλλουν ανάλογα με την ανέχεια της κοινότητας στην οποία μεγαλώνει το παιδί.
- Για κάποιους επιστήμονες της υγείας, το τοξικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί ενός αλκοολικού πατέρα, για παράδειγμα, υπονοεί κακοποίηση, επειδή επιβαρύνει τον συναισθηματικό του κόσμο. Η απουσία ενός περιβάλλοντος που να ενθαρρύνει την κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη και ωρίμανση του παιδιού, είναι κάτι σοβαρό. Παρόλα αυτά, ως κακοποίηση συνήθως νοείται η σωματική βία, τα αποτελέσματα της οποίας μπορεί να γίνουν ορατά και να αντιμετωπιστούν ιατρικά και, βέβαια, πολλοί είναι εκείνοι που πιστεύουν πως «το ξύλο βγήκε απ' τον Παράδεισο».
- Η πρόληψη και η αποτελεσματική αντιμετώπιση της κακοποίησης από τους επαγγελματίες νοσηλευτές και ιατρούς που στηρίζουν την οικογένεια και την ομαλή λειτουργία της, είναι μια πολύ δύσκολη υπόθεση. Απαιτεί την εισχώρηση στο οικογενειακό άδυτο, την εξέταση της δυναμικής της οικογένειας ως ομάδας και την παρακολούθηση των μελών της ξεχωριστά, προκειμένου να υπάρξουν ασφαλή συμπεράσματα. Αυτό όμως δεν είναι σχεδόν ποτέ δυνατό, μια και η οικογένεια αποτελεί άσυλο. Επιπλέον, μια τέτοια παρέμβαση θα απαιτούσε σωστή κρίση, γνώση, διακριτικότητα, ανοιχτό μυαλό και την ταυτόχρονη συνεργασία διαφόρων ειδικών. Έτσι τα μέλη μιας οικογένειας που έχουν υποστεί κακοποίηση πρέπει, δυστυχώς, μόνα τους να αναζητήσουν τη βοήθεια, έξω από το σπίτι. Η αστυνομία είναι συχνά το πρώτο τους καταφύγιο. Είναι σημαντικό, αυτή, να τους παραπέμψει γρήγορα και διακριτικά στις διάφορες υπηρεσίες προστασίας της οικογένειας, προκειμένου να διασφαλίσει την ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα.
- Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της κακοποίησης, όμως, ξεκινάει και από το σχολείο. Μέσα από τα βιβλία, τις οργανωμένες δραστηριότητες, το θεατρικό παιχνίδι, τις προβολές σχετικών με την υγεία ταινιών, τα προγράμματα σπουδών και τις ομιλίες ψυχολόγων, γονείς και παιδιά μπορούν να διδαχθούν από την αρχή τα όρια της προσωπικής ελευθερίας και της αξιοπρέπειας και να εκπαιδευτούν στο να αναγνωρίζουν και να καταδικάζουν τη βία.
- Στο πλαίσιο ενός τέτοιου προγράμματος κατά της οικογενειακής βίας, η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση θα έπαιζε σημαντικό ρόλο. Είναι πιθανό, ωστόσο, μια τέτοια προοπτική, να ερχόταν σε σύγκρουση με τους ηθικοκοινωνικούς φραγμούς της εκάστοτε τοπικής κοινότητας. Άλλωστε έχει

συμβεί αρκετές φορές, μια ολόκληρη κοινότητα να ανέχεται και να περιθάλπει περιστατικά οικογενειακής βίας, από φόβο ή ντροπή να ομολογήσει τα «ανομολόγητα». Πάντως, η ενημέρωση πρέπει να ξεκινά από την παιδική ηλικία.

- Είναι συχνό φαινόμενο να βλέπουμε παιδιά να προσπαθούν να λύσουν τα προβλήματά τους με τη βία ή να μιμούνται σκηνές βίας που έχουν δει στην τηλεόραση. Η βία μαθαίνεται και θεωρείται από πολλούς ως μια αντίδραση στο θυμό. Αυτά τα παιδιά, όταν μεγαλώσουν, είναι πιθανόν να συνεχίσουν να αντιδρούν βίαια και σπασμωδικά σε ό,τι τους ενοχλεί. Ο θυμός, όμως, είναι καταρχήν ένα υγιές συναίσθημα. Πάρα πολλά πράγματα γύρω μας και μέσα μας μπορεί να προκαλέσουν το θυμό μας. Το θέμα πάντα είναι ο χειρισμός του θυμού και όχι το συναίσθημα αυτό καθαυτό. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν πως η εξάλειψη του θυμού είναι το μυστικό μιας υγιούς ζωής με λιγότερο άγχος (καθώς το άγχος και ο θυμός είναι πολύ κοντά το ένα στο άλλο), αλλά αυτό δεν είναι καθόλου σωστό. Όλα τα συναισθήματα, θετικά ή αρνητικά, αποτελούν υλικό προς επεξεργασία από εμάς τους ίδιους, αλλά η βία δεν είναι η λύση, ούτε αποτελεί επιλογή. Αυτό είναι το πρώτο πράγμα που πρέπει να διδαχθούν τα παιδιά στο σχολείο.
- Στην Αμερική σήμερα εφαρμόζεται ένα πρόγραμμα αντισταθμιστικής αγωγής σε σχολεία που απαρτίζονται ως επί το πλείστον από νέους που ανήκουν σε διάφορες μειονότητες, και το πρόγραμμα έχει τίτλο «squeeze it». Οι νέοι αυτοί μαθαίνουν να πνίγουν το θυμό και την επιθετικότητά τους από μικρή ηλικία, όχι καταπίνοντάς τον αλλά εκφράζοντάς τον με διαλλακτικότητα, διάθεση για συζήτηση και εξεύρεση λύσεων και κυρίως με σεβασμό για την προσωπικότητα των άλλων. Αυτό το πρόγραμμα έχει σκοπό να διαπαιδαγωγήσει μια άλλη γενιά ανθρώπων, στην οποία δεν θα έχουν θέση η βία και η εγκληματικότητα.
- Η βία και η κακοποίηση, στο σώμα και την ψυχή ενός παιδιού αλλά και ενός ενήλικα, είναι απαράδεκτες εκδηλώσεις συμπεριφοράς που δεν επιδέχονται δικαιολόγηση. Η αρχή κατά της κακοποίησης μπορεί να γίνει μόνο όταν ελαττώσουμε την ανοχή μας απέναντι σε περιστατικά βίας, ακόμα και λεκτικής. Όταν μάθουμε να μεταβολίζουμε το θυμό μας σε εποικοδομητική συζήτηση. Ίσως μ' αυτόν τον τρόπο, σιγά-σιγά, ο αριθμός των περιστατικών κακοποίησης να μειωθεί, αν όχι να εξαλειφθεί εντελώς.
- Οι επαγγελματίες της διεπιστημονικής ομάδας οφείλουν να αναπτύξουν ένα συνεχή διάλογο μεταξύ τους, με στόχο τη διαμόρφωση ενός κοινού λόγου που να αφορά την ενημέρωση μεταξύ τους και την υποστήριξη στο δύσκολο αυτό επιστημονικό έργο της ενδοοικογενειακής βίας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Τα παιδιά πρέπει να προστατεύονται από όλες τις μορφές βίας και ο στόχος της πολιτείας πρέπει να είναι η προώθηση δράσεων που να προλαμβάνουν και να μειώνουν τη βία ενάντια στα παιδιά.
- Το κράτος έχει υποχρέωση να διασφαλίζει ότι τα παιδιά δεν υπόκεινται σε κακοποίηση στην οικογένεια, το σχολείο, την κοινότητα αλλά βέβαια ούτε και σε χώρους που ιδρύονται από το ίδιο το κράτος για να παρέχουν στα παιδιά προστασία και φροντίδα.
- Τα παιδιά δικαιούνται ειδική βοήθεια και υποστήριξη, και η οικογένεια όντας η θεμελιώδης μονάδα της κοινωνίας και το φυσικό περιβάλλον για την ανάπτυξη και την ευημερία όλων των μελών της, και ιδιαίτερα των παιδιών, πρέπει να έχει την προστασία και την υποστήριξη που χρειάζεται από το κράτος για να μπορέσει να διαδραματίσει πληρέστερα το ρόλο της στην κοινότητα.
- Το παιδί, για την αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, πρέπει να μεγαλώνει μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, σ' ένα κλίμα ευτυχίας, αγάπης και κατανόησης.
- Για να προετοιμαστεί το παιδί ώστε να ζήσει μια ατομική ζωή στην κοινωνία, πρέπει να ανατραφεί μέσα σε πνεύμα ιδανικών όπως είναι το πνεύμα ειρήνης, αξιοπρέπειας, ασφάλειας, προστασίας, ελευθερίας, ισότητας και αλληλεγγύης.
- Στο παιδί λόγω της φυσικής και διανοητικής του ανωριμότητας πρέπει να παρέχεται ειδική προστασία και μέριμνα καθώς και γενικά για την ευημερία του τόσο πριν όσο και μετά τη γέννησή του.
- Οι διατάξεις ειδικής προστασίας του παιδιού πρέπει να εφαρμόζονται λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία των πολιτιστικών παραδόσεων και αξιών κάθε λαού για την προστασία και την αρμονική ανάπτυξη του παιδιού.

- Χρειάζεται η διεθνής συνεργασία των φορέων για τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των παιδιών σε όλες τις χώρες, και ιδιαίτερα στις υπό ανάπτυξη χώρες, καθώς και στις χώρες εκείνες που παρουσιάζεται έξαρση του φαινομένου της κακοποίησης και παράνομης εργασίας.
- Για την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης είναι απαραίτητη μια ολιστική θεώρηση και η προώθηση μιας υγιούς κοινωνίας.
- Χρειάζεται επίσης περισσότερη έρευνα στον τομέα της συναισθηματικής κακοποίησης, η οποία είναι φυσικό επακόλουθο της σωματικής κακοποίησης, ώστε να βοηθηθούν τα παιδιά που υπέστησαν σωματικά αλλά και ψυχικά τραύματα. Έτσι τα ευρήματα για το είδος αυτό κακοποίησης μπορούν να αξιοποιηθούν καλύτερα στην πράξη και να δημιουργηθεί ένα συστηματικό μοντέλο παρέμβασης στις περιπτώσεις αυτές.
- Το σχολείο με τους λειτουργούς του, ως φορέας προστασίας των δικαιωμάτων των παιδιών, οφείλει να ευαισθητοποιηθεί ιδιαίτερα για το συγκεκριμένο κοινωνικό πρόβλημα. Αρκεί να το εξετάσει τόσο μέσα από το πρίσμα της σταδιακής αλλαγής της παιδικής σεξουαλικότητας στις μέρες μας, καθώς και μέσα από τις αποκλίσεις της σεξουαλικής συμπεριφοράς και τις κοινωνικές εκείνες συνθήκες που οδηγούν στην εκδήλωση του προβλήματος.
- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σχετική ενημέρωση και κατάρτιση των εκπαιδευτικών, αλλά και η παράλληλη διάθεση να απαλλαγούν από βαθιές κοινωνικές στάσεις, αντιλήψεις και πρότυπα, που καλλιεργούν και συντηρούν άλλοτε μια άρνηση του προβλήματος κι άλλοτε μια τάση πρόωρης και αβάσιμης διάγνωσης.
- Οι εκπαιδευτικοί ως επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με το παιδί έρχονται, θέλοντας και μη, καθημερινά αντιμέτωποι με όλα τα κοινωνικά προβλήματα που αφορούν την παιδική ηλικία, τα οποία μπορούν να εξετάσουν μέσα από την παρατήρηση του παιδιού, με την επαφή τους με τους γονείς και ως ένα βαθμό είναι επομένως σε θέση να γνωρίζουν την κατάσταση που βιώνει το κάθε παιδί μέσα στην οικογένεια.

- Για οποιοδήποτε πρόβλημα κακοποίησης πρέπει πάντα το παιδί να απευθύνεται για βοήθεια και υποστήριξη σε κάποιον ψυχίατρο ή ψυχολόγο.
- Το σχολείο με τους λειτουργούς του ως φορέας προστασίας των δικαιωμάτων των παιδιών μπορεί να συντελέσει στη διάγνωση αλλά κυρίως στην πρόληψη του προβλήματος.
- Επιβάλλεται, λοιπόν, η δημιουργία ενός πολυδιάστατου και συστηματικού πλαισίου που να απαντά στο φαινόμενο της βίας ενάντια στα παιδιά, με ρεαλιστικούς στόχους και συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα, που να συντονίζεται και να παρακολουθείται από μια αρμόδια αρχή, που να υποστηρίζεται τόσο οικονομικά όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό και που να είναι βασισμένο σε επιστημονική γνώση:
 - Πολυδιάστατο φαινόμενο: Η βία εκφράζεται μέσα από ένα συνδυασμό παραγόντων και επομένως το πλαίσιο χρειάζεται να εισαγάγει σφαιρική θεραπεία των συνθηκών κάτω από τις οποίες ασκείται η βία.
 - Πρόληψη της βίας: Απαιτείται δια-υπηρεσιακή συνεργασία και συντονισμός μεταξύ κρατικών τμημάτων και μεταξύ κράτους και κοινωνίας των πολιτών. Πρέπει να περιλαμβάνονται δράσεις πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης που να είναι φιλικές προς τα παιδιά, να επικεντρώνονται στην οικογένεια και να είναι προσανατολισμένες στο να καλύπτουν τις ανάγκες της οικογένειας.
 - Σφαιρική προσέγγιση: Όλα τα προγράμματα και δράσεις που στοχεύουν στην πρόληψη και προστασία των παιδιών από τη βία πρέπει να λειτουργούν μέσα από ένα ευρύ φάσμα αρμόδιων Υπηρεσιών.
 - Εκτίμηση προόδου: Να υπάρχει σαφής μεθοδολογία αξιολόγησης της προόδου και αξιολόγησης των δράσεων πάνω σε συστηματική βάση.
 - Συμμετοχή των παιδιών: Τα παιδιά πρέπει να ενθαρρυνθούν να συμβάλουν στη δημιουργία αυτής της στρατηγικής.

Επίσης πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα για επιμόρφωση νοσηλευτών ψυχικής υγείας για να βοηθήσουν ουσιαστικά τα παιδιά και τους νέους που υπήρξαν θύματα κακοποίησης. Όσο η οικογένεια και η κοινωνία δεν είναι σε θέση να διασφαλίσουν τη φυσική και ψυχική ακεραιότητα του παιδιού, έχουν την ηθική υποχρέωση να καταβάλλουν κάθε είδους στήριξη ώστε να μειωθούν και να απαλειφθούν, όσο το δυνατόν, οι καταστρεπτικές συνέπειες της κακοποίησης και της βίας στο παιδί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η κακή μεταχείριση των παιδιών αποτελεί, όλο και περισσότερο, ένα σημαντικό πρόβλημα, όχι μόνο στο δυτικό κόσμο αλλά και σε άλλες χώρες. Τα χιλιάδες των παιδιών που πεθαίνουν κάθε χρόνο από βία μέσα στο σπίτι, το σχολείο ή την κοινότητα, αποτελούν αδιάσειστη απόδειξη της αποτυχίας της κοινωνίας να τα προστατεύσει. Αυτά τα παιδιά αξίζουν να ζουν σε ένα προστατευτικό περιβάλλον, τέτοιο που να τα προστατεύσει από κακοποίηση και εκμετάλλευση.

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.

Προς το παρόν μόνο οι Η.Π.Α. κατέβαλαν συντονισμένες προσπάθειες για τον προσδιορισμό και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε άλλες χώρες, εξαιτίας των πολιτιστικών παραγόντων και του κοινωνικού στίγματος, οι προσπάθειες είναι ελάχιστες και περιορίζονται στις πιο σοβαρές περιπτώσεις σεξουαλικής κακομεταχείρισης.

Πρέπει να τονιστεί ότι τις δυο 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.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1982), Κακοποίηση-παραμέληση του παιδιού σήμερα, Όργανο της Ελληνικής παιδιατρικής Εταιρίας, Παιδιατρική 45(6).
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1988), *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα: Γρηγόρη.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1991), *Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών*, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα: Γρηγόρη, 2^η έκδ.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1993), *Οικογενειακή Παιδική Προστασία - Κοινωνική Πολιτική*, Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, Αθήνα: Γρηγόρη.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε., Τσαγκάρη Μ. (1999), *Εγχειρίδιο για τα δικαιώματα του παιδιού*, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Ανδρέου, Μ. (2007), Παιδιά και σεξουαλική εκμετάλλευση, Κέντρο Παιδιατρικής Μέρμινας, <http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=1&id=221&st=2>, ημερ. πρόσβασης 10-6-2010.
- Ανδρέου, Μ. (2009), Αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, <http://www.paidiatros.gr/31/page2.html>, ημερ. πρόσβασης 15-6-2010.
- Αντωνιάδης, Σ., Μάρκου, Δ., & συν. (1999), 34^ο Πανελλήνιο Παιδιατρικό Συνέδριο, Κακοποίηση-Παραμέληση παιδιών, Αθήνα.
- Arseneault, M. (2009), Τα παιδιά στρατιώτες, http://geopolitics-gr.blogspot.com/2009/11/blog-post_4799.html, ημερ. πρόσβασης 5-8-2010.
- Αυλωνίκης, Α. (16-5-2002), «Φονιάς της Αθωότητας», εφημ. Έθνος.
- Βαλάσση-Αδάμ, Ε., Μαραγκός, Χ., Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1998), Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών: Εμπειρίες και στάση Παιδιάτρων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 5(4), Όργανο Ιατρικής Εταιρίας Αθηνών, Δεληγιάννης- Βαρελά Α.
- Βασιλιάς, Α., Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1992), *Κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών*, Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

- Βούρδας, Απ., Κακοποίηση ανηλίκου, μορφές, αναγνώριση και αντιμετώπισή της στην κοινότητα από τον μη ειδικό, http://www.nsalteris.gr/periexomenamenou/diaxeirisisxolikis_taxis/bourdas.pdf, ημερ. πρόσβασης 7-6-2010.
- Γεωργούδη, Ν. (1997), *Η σεξουαλική παραβίαση: μια "οικογενειακή" υπόθεση, Αιμομιξία και θεραπευτικό πλαίσιο*, επιμ. Καλλινικάκη, Θ., Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Γιαννοπούλου, Α. (1996), *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ.
- Γιωτάκος, Ορ., Τσίτσικα, Άρ. (2009), *Κακοποίηση παιδιού και εφήβου. Οδηγός ανίχνευσης, αντιμετώπισης και πρόληψης*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης Π.Χ.
- Children's rights: Reality or Rhetoric? (1999), The UN Conversation on The rights of the child the first ten years. Save the children, United Kingdom.
- Δίκτυο για την Πρόληψη και Καταπολέμηση της σωματικής τιμωρίας στα Παιδιά, <http://somatikitimoria.gr/nomothesia.htm>, ημερ. πρόσβασης 12-7-2010.
- Δόβελος, Ι., Η παιδική κακοποίηση προκαλεί αλλαγές στη φυσιολογία του εγκεφάλου http://www.psychotherapia.gr/main/index.php?option=com_content&view=article&id=19:2009-05-01-10-51-37&catid=3:2009-05-01-10-35-09?Itemid=8, ημερ. πρόσβασης 7-6-2010.
- Έκθεση της Unicef (2002), Η κατάσταση των παιδιών στον Κόσμο 2002, <http://www.unicef.gr/reports/sowcr2002.php>, ημερ. πρόσβασης 1-8-2010.
- Έκθεση της Unicef (2000), Παιδικοί Τραυματισμοί και θάνατοι, Φλωρεντία: Κέντρο Ερευνών.
- Έκθεση της Unicef (2002), Η κατάσταση των παιδιών στον κόσμο, Αθήνα.
- Εταιρία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, Κοινωνική Υπηρεσία, <http://www.epaa.gr>, ημερ. πρόσβασης 9-7-2010.
- Human Trafficking (2005), τ.02, Άρσις, Κοινωνική Οργάνωση Υποστήριξης Νέων, Μάιος.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, <http://www.ich.gr>, ημερ. πρόσβασης 10-7-2010.

- Κακοποίηση των παιδιών (2000), http://www.6gymnasio.gr/ACTIVITIES/kako_raidia/kako_raidia.htm, ημερ. πρόσβασης 3-8-2010.
- Καραγιαννοπούλου-Κόγιου, Σ., Κακοποίηση παιδιού, http://www.euroipn.org/socped/conferences/crete_18th/presentations/29.9/2/KARAGIANNOP OULOU-KAKOPOIISI%20PAIDIOU.ppt, ημερ. πρόσβασης 14-7-2010.
- Καράτζιου, Α., Η παιδική κακοποίηση, <http://www.karatziou.gr/texts/article5.doc>, ημερ. πρόσβασης 13-6-2010.
- Κάσιμος, Χ. (2000), *Ιατροκοινωνικά προβλήματα του παιδιού, Παιδιατρικά Χρονικά*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Καστανίδου, Σ. (2000), *Κοινωνική μεταβολή και οικογένεια – Κοινωνικοποιητική και παιδαγωγική λειτουργία της οικογένειας*, Αθήνα: Σύγχρονη Εκπαίδευση.
- Κατωπόδη, Α. (2005), *Παιδική σεξουαλική κακοποίηση. Οικογένεια και κοινωνία: Αίτια, ρόλοι, συνέπειες*, Αθήνα: Μαραθιά.
- Kempe, R., and Kempe, C. H. (1978), *Child Abuse*. London: Fontana Open Books.
- Κέντρο πληροφόρησης για την ψυχική υγεία του Παιδιού και του Εφήβου, <http://www.childmentalhealth.gr/index.php>, ημερ. πρόσβασης 20-7-2010.
- Korbin, J. (1981), *Child Abuse and Neglect: Cross-Cultural Perspectives..* Berkeley, CA: University of California Press.
- Κουτσελίνης, Α. (2000), *Ιατροδικαστική*, Αθήνα: Παρισιανός.
- Μπρούσκου Α. (1993), *Στρατηγικές πρόνοιας για το παιδί του 20^{ου} αιώνα. Οικογένεια, παιδική προστασία, κοινωνική πολιτική*, Αθήνα.
- Μιχαλοδημητράκης, Μ. (1997), *Ιατροδικαστική διερεύνηση του θανάτου*, Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Νάσκου-Περράκη, Π. (1990), *Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, Τετράδια Διεθνούς Δικαίου 17*, Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλα.
- Παιδική κακοποίηση και άγχος (2007), http://www.alexandroupoli.net/e107_plugins/forum/forum_viewtopic.php?2860, ημερ. πρόσβασης 13-8-2010.

- Παιδοφιλία, Ομπρέλα κατά της σεξουαλικής κακοποίησης, Ελληνική Εταιρία Μελέτης και Πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης, http://www.obrela.gr/sexual_deviance_4.htm, ημερ. πρόσβασης 5-7-2010.
- Πάλλης, Δ. (1982), *Ψυχολογικές διαταραχές παιδιών και εφήβων*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Παπανικολάου, Ε. (1998), Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην οικογένεια. Σχολείο και παιδική προστασία, Virtual school, The sciences of Education Online, τ. 1, τ. 1.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1998), *Κλινική Ψυχολογία: Διάγνωση, Πρόληψη, και Θεραπεία των ψυχικών Διαταραχών*, Αθήνα.
- Πρεκατέ, Β., Γιωτάκος, Ο. (2005), *Οδηγός εκπαιδευτικών και γονέων για την ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδ., ΒΗΤΑ.
- Πρεκατέ, Β. (2009), Το τραγικό φαινόμενο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, http://paidiakalounsos.blogspot.com/2009/06/blog-post_09.html, ημερ. πρόσβασης 10-6-2010.
- Πώς μπορούμε να προστατέψουμε τα παιδιά μας; Ελληνική Εταιρία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, http://www.obrela.gr/ekstrateia_paidikh_kakopoihsh.htm, ημερ. πρόσβασης 7-6-2010.
- Unicef (2003), Δελτίο Τύπου, 24.
- Unicef (2009), Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, <http://www.unicef.gr/reports/symb.php>, ημερ. πρόσβασης 10-6-2010.
- Σαββοπούλου, Γ. (1997), *Βασική Νοσηλευτική. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*, Αθήνα: ΤΑΒΙΘΑ.
- Σταύρου, Λ. (1983), *Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία του νηπίου-παιδιού-εφήβου, β' έκδ.*, Αθήνα: Γρηγόρη.
- Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού, Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών, <http://www.unric.org/el/human-rights-greek/26232>, ημερ. πρόσβασης 2-7-2010.
- Σωματική κακοποίηση παιδιού (2004), <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=232>, ημερ. πρόσβασης 10-7-2010.

- Σωματική κακοποίηση του παιδιού (2007), [http://hamomilaki.pblogs.gr/tags/ paidiki-kakoroiisi-gr/pages/2.html](http://hamomilaki.pblogs.gr/tags/paidiki-kakoroiisi-gr/pages/2.html), ημερ. πρόσβασης 2-8-2010.
- Taylor-Browne, J. (1997), Obfuscating Child Sexual abuse I: The Identification of Social Problems, *Child Abuse Review*, Vol. 6, No 1, March.
- The United Nation's Children's Fund (2001), *Profiting from abuse*, New York.
- Thio, A. (2003), *Παρεκκλίνουσα συμπεριφορά*, Μτφ. Μπαρπάτση, Μ., Επιμ. Τσουραμάνης Χ, Αθήνα: Έλλην.
- Το Έθνος (2002), φύλλο 6225, Μάιος.
- Τσιάντης, Γ. (1990), *Οικογένεια σε κρίση, φροντίδα για την οικογένεια*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Γ. (2000), *Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας, τ. β΄*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Τσιάντης, Ι., Μανωλόπουλος, Σ. (1987), *Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής, Ανάπτυξη-προσεγγίσεις στην ταξινόμηση και διάγνωση. Ψυχοκοινωνικά θέματα, τ. α΄*, Αθήνα: Καστανιώτη.
- Υγεία Τεχνολογία (1990), τριμηνιαία επιστημονική έκδοση, Zymel, τ. ΙΙ, αρ.3.
- Φερέτη, Ε. (1998), *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα.
- Fergusson, D., Horwood, J. Lynskey, M. (1997), Childhood Sexual Abuse, Adolescent Sexual behaviors and Sexual Revictimization, *Child Abuse and Neglect*, Vol. 21, No 8.
- Finkelhor, D. & Korbin, J. (1988), Child Abuse as an International Issue. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 12.
- Finkelhor, D. (1994), The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, Vol. 18, no 5.
- Finkelhor, D.(1997), The international epidemiology of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, Vol. 18, no 5.
- Φυτιλά, Α., Η σωματική κακοποίηση των ανηλίκων <http://efivoidimosiografoi.pbworks.com>, ημερ. πρόσβασης 30-7-2010.

- Χατζηφωτίου, Σ. (2005), *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και των παιδιών. Διαπιστώσεις και προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία*, Θεσσαλονίκη: Τσιόλα.
- Ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών (1990), *Λειτουργίες-Προοπτικές, Κείμενα 4^{ου} Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου στην Παιδοψυχιατρική*, Αθήνα.
- Vicky, Zar (2009), Τα όνειρα της Κυριακής κοστίζουν ακριβά..., άρθρα αναγνωστών, <http://www.politis-gr.com/?p=104>, ημερ. πρόσβασης 10-7-2010.
- Welfare Action Hellas (MKO) (2009), Οι προεκτάσεις της ψυχολογικής παραμέλησης παιδιών. Εμπειρίες από το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Παιδιού & Οικογένειας. Αγαπώ τα Παιδιά, <http://www.welfareaction.org/article.php?id=27>, ημερ. πρόσβασης 20-6-2010.
- World Health Organization, (1999), *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, Geneva: W.H.O.