

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΗΛΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Σπουδαστές

ΣΠΙΝΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
ΓΚΟΓΟΥ ΜΑΡΙΑ

Εισηγήτρια Καθηγήτρια

ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1998

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	9
1.1. ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ.....	9
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	13
1.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Ή ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	16
1.4. ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ -ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ.....	22
2.2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ.....	28
2.3. ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ Η ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΑΠΟΨΗ.....	35
2.4. ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ.....	42
3.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	43
3.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ.....	44
3.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΘΥΜΑΤΩΝ.....	45
3.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΩΝ.....	46
3.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	47

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

	Σελ.
ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	50
4.1. ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ.....	50
4.2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜUNCHAUSEN ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ.....	52
4.3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ.....	55
4.4. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΜΒΡΥΟΥ.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΝΑΝΙΣΜΟΣ.....	58
5.1. ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΟΝΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ.....	62
5.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	68
5.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	72
5.3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....	72
5.3.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ.....	76
5.4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΓΟΝΙΩΝ ΣΕ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ.....	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ (ΚαΠα Α' ΚαΠα Β').....	89
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Σελ.

Η ΜΟΝΑΔΑ ΚΡΙΣΗΣ ΕΝΑ ΝΕΟ ΣΧΗΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ	112
7.1. ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΠΑ: Η ΠΡΩΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΝΗΠΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	119

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ	121
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ.....	140
9.1. ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ	144
9.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	146
9.3. ΑΝΑΔΟΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ.....	150
9.4. ΥΙΟΘΕΣΙΑ	151
9.5. ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	156
9.6. ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΕ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ	159
9.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ.....	161

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ.....	169
10.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	171
10.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ	172
10.3. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ	174

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Σελ.

Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ.....	183
---	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ	187
12.2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ.....	190

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13.1. ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	197
13.2. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	199
13.3. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	201
13.4. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	202
13.5. ΕΡΕΥΝΑ.....	214
13.6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	216
13.7. ΠΡΟΛΗΨΗ	218
13.8. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΑΜΕΣΕΣ ΛΥΣΕΙΣ	221
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	224
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Νεαρή μητέρα πετάει στα σκουπίδια το μόλις λίγων ημερών μωρό της»

Παρόμοια γεγονότα γνωστοποιούνται στο ευρύτερο κοινό αρκετά συχνά τόσο από τα δελτία ειδήσεων όσο και τον έντυπο τύπο. Στην πραγματικότητα όμως τα περιστατικά βίας και ειδικότερα αυτά άσκησης βίας κατά ανηλίκων παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα από αυτή που δίνεται στη δημοσιότητα.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να προσπαθήσουμε να παρουσιάσουμε τόσο την έννοια της κακοποίησης και παραμέλησης ανηλίκων, τις μορφές της τα αίτιά της (Α΄ ΜΕΡΟΣ) όσο και τον τρόπο που "βλέπει" η ανθρώπινη κοινωνία το φαινόμενο αυτό σήμερα και ειδικότερα το τι ακριβώς συμβαίνει στη χώρα μας από τότε που το φαινόμενο αρχίζει να κάνει την εμφάνισή του και ως σήμερα. Ειδικότερα στο Β΄ ΜΕΡΟΣ εξετάζεται το σύστημα κοινωνικής προστασίας και παιδικής μέριμνας που ισχύει στη χώρα μας.

Πρέπει να αναφέρουμε ότι η συγκεκριμένη εργασία μας έφερε έμμεσα αντιμέτωπους με διάφορα περιστατικά τα οποία μας προκάλεσαν ποικιλία συναισθημάτων όπως θλίψη, θυμό και αγωνία τόσο για την απάνθρωπη συμπεριφορά ορισμένων ανθρώπων απέναντι στα πιο αθώα μέλη της κοινωνίας μας όσο και για το μέλλον κάποιων θεσμών όπως αυτός της οικογένειας.

"Στο μέλλον θα πρέπει να λογοδοτήσουμε στα παιδιά μας όχι τόσο για τις άσχημες πράξεις των κακών ανθρώπων, όσο για την αποτρόπαιη σιωπή των καλών".

"Μάρτιν Λούθερ Κίνγκ".

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από πολλούς επιστήμονες υποστηρίχτηκε κατά καιρούς ότι η βία είναι εγγενής ορμή (FREUD,, LORENZ) και χαρακτηρίζει τόσο τα ζώα όσο και τον άνθρωπο. Αντίθετα απ' αυτούς άλλοι υποστηρίζουν ότι η βία και η επιθετικότητα είναι επίκτητη, αποτέλεσμα μάθησης που καλλιεργείται στον άνθρωπο μέσα από διαδικασίες και εμπειρίες που διαδραματίζονται κατά τη διάρκεια της ζωής του. (WALTERS, BANDURA).

Η επιθετικότητα και η βία μαζί με την καταστροφικότητα που επιφέρουν, αποτελούν δίχως άλλο μία 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 σ' ολόκληρη την ιστορική περίοδο της ανθρωπότητας μέχρι σήμερα⁽¹⁾.

Έτσι η βία ανεξάρτητα από τις διάφορες θεωρητικές απόψεις που υπάρχουν και μελετούν τις πηγές προέλευσής της, παρουσιάζεται σήμερα σε έξαρση με βαρύτατες επιπτώσεις για το σύνολο και τον άνθρωπο. Οι καθημερινές σκηνές βίας ανάμεσα σε ενήλικες, απέναντι στα παιδιά και τους υπερήλικες, καθώς και η έμμεση βία που ασκείται στον καθένα μας από το παρασιτικό σύστημα αξιών που ισχύει, μας ώθησαν να στραφούμε στην ανεύρεση και εξέταση ορισμένων αιτιών που οδήγησαν στην κλιμάκωση της βίας σε γενικό και ειδικό επίπεδο.

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.

Έτσι μένουμε άναυδοι όταν διαβάζουμε περιστατικά όπως τα παρακάτω:

"Έκαψε με τσιγάρο τα δυο ανήλικα παιδιά της φιλενάδας του". Τα παιδιά ηλικίας 2 ½ χρονών το μεγαλύτερο, η μητέρα 22 χρονών από τα Καμίνια - Πειραιά.

Ένας πατέρας (αστυνομικός στο επάγγελμα), σε έκρηξη θυμού άρπαξε το 37 ημερών βρέφος του και κρατώντας το στα χέρια το τράνταξε τόσο δυνατά ώστε να πάθει εγκεφαλική αιμορραγία και να μείνει φυτό.

Ένα κοριτσάκι 2 ½ χρονών το πέταξε η μητέρα της μέσα σε ζεματιστό νερό, ενώ ένα άλλο η Σάρα μόλις 23 μηνών, την είχαν κάψει οι γονείς της σε σκάρα φούρνου".

Η εργασία μας αυτή δεν έχει σκοπό την πλήρη και εξαντλητική ανάλυση του ειδικότερου προβλήματος της ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ των παιδιών που θα είναι και το θέμα της εργασίας μας, κι αυτό, γιατί όσο κι αν προσπαθήσουμε εμείς, που δεν έχουμε την ανάλογη θεωρητική κάλυψη να εξετάσουμε το θέμα αυτό, το οποίο έχει τεράστιες διαστάσεις (πολιτικές, θρησκευτικές, κοινωνικές, νομοθετικές, πολιτιστικές), είναι σίγουρο πως δεν θα τα καταφέρουμε. Έτσι κάναμε μια προσπάθεια να προσεγγίσουμε το θέμα και να το παρουσιάσουμε όπως συμβαίνει σήμερα στην Ελλάδα.

(1) ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Α. ΠΕΤΡΟΥ : Η επιθετικότητα, η βία και η καταστροφικότητα στην κοινωνική διαβίωση, εκδόσεις Α Ν. ΣΑΚΚΟΥΛΑ, ΑΘΗΝΑ - ΚΟΜΟΤΗΝΗ 1980

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

1.1. ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΧΡΟΝΟ

Η Κακοποίηση - Παραμέληση είναι ένα φαινόμενο που είναι γνωστό από την αρχαιότητα και εκδηλώνεται με διάφορες μορφές άμεσης και έμμεσης βίας στα παιδιά (σωματική κακοποίηση, συναισθηματική και σωματική παραμέληση).

Μπορεί να προκληθεί από τους γονείς των παιδιών από άτομα τβου ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος ή από άτομα που έχουν την φροντίδα τους.

Η κακοποίηση ήταν και είναι άμεσα συνδεδεμένη με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Εξαρτάται δε από τα όρια που κάθε κοινωνία θέτει στην ανθρώπινη συμπεριφορά και στις διαστάσεις του γονικού ρόλου (τρόπος ανατροφής, πειθαρχίας, συμπεριφοράς των παιδιών), Επίσης εξαρτάται και από την ευρύτερη αντίληψη για τη γενική ποιότητα ζωής την αξία και την επένδυση που κάθε κοινωνία εναποθέτει στο παιδί⁽¹⁾.

Η κακοποίηση - παραμέληση που ασκείται σε ένα παιδί μπορεί να προκαλέσει σοβαρές ανωμαλίες σε όλους τους τομείς εξέλιξής του (σωματικό, συναισθηματικό, Κοινωνικό).

Το φαινόμενο της κακοποίησης, έτσι όπως παρουσιάζεται, φαίνεται να σχετίζεται με τα εθνογραφικά και πολιτιστικά στοιχεία της κάθε χώρας.

Έτσι παρατηρείται ότι στην Αμερική η κακοποίηση είναι ενδημική⁽²⁾ καθώς οι πολιτιστικοί κανόνες για την ανατροφή των παιδιών δεν αποκλείουν τη χρήση ενός ορισμένου βαθμού σωματικής βίας από τους ενήλικους που έχουν αναλάβει την κηδεμονία τους. Τα διαφορετικά

κοινωνικά και οικονομικά στρώματα της κοινωνίας της Αμερικής, και οι διάφορες εθνότητες διαφέρουν συνήθως για διάφορους περιβαλλοντολογικούς και πολιτιστικούς λόγους, ως προς τη φιλοσοφία και τις συνήθειες ανατροφής των παιδιών και συνεπώς το βαθμό που εγκρίνουν τη σωματική τιμωρία. Ορισμένες φυλές Αμερικανών Ινδιάνων δεν θα χρησιμοποίησουν ποτέ σωματική βία για να επιβάλλουν πειθαρχία στα παιδιά τους, ενώ τα ποσοστά συχνότητας περιστατικών κακοποίησης είναι σχετικά υψηλά στους μαύρους Αμερικάνους και τους Πορτορικανούς, που η κοινωνική τους θέση στην Αμερικάνικη κοινωνία, αποτέλεσμα μακροχρόνιων φυλετικών διακρίσεων, συνδέεται με χαμηλή εκπαιδευτική επίδοση και χαμηλά εισοδήματα.

Τα εθνογραφικά στοιχεία καθώς και οι διάφορες πολιτιστικές και ιδεολογικές ιδιαιτερότητες του λαού μας φαίνεται να επηρεάζουν την κακοποίηση στην Ελλάδα. Η ευρύτερη χρησιμοποίηση της σωματικής βίας για λόγους σωφρονιστικούς είναι ένα στοιχείο που παίζει μεγάλο ρόλο στη διαδικασία της κακοποίησης. Ας μη ξεχνάμε ότι ο Ελληνικός λαός είναι κακοποιημένος από άλλες εθνότητες για μεγάλα χρονικά διαστήματα, όπως την εποχή της τουρκοκρατίας και την εποχή της γερμανικής κατοχής (κακές συνθήκες επιβίωσης, καταπίεση, ανεξέλεγκτος αριθμός γεννήσεων, έλλειψη εκπαίδευσης), παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το πολιτιστικό και μορφωτικό επίπεδο του λαού που είναι χαμηλό και σήμερα.

Έτσι η νοοτροπία γύρω από την ανατροφή των παιδιών (διατροφή, διαπαιδαγώγηση, πειθαρχία) εξακολουθεί να είναι πολύ αυστηρή με αποτέλεσμα να συνεχίζεται η βία απέναντι στα παιδιά, γεγονός που αντανακλά την άγνοια και την έλλειψη ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με το θέμα "παιδί".

Η επικρατούσα αντίληψη ότι το παιδί αποτελεί "κτήμα" της οικογένειας και "γραμμάτιο προς εξόφληση" είναι χαρακτηριστική και στηριζόταν και νομοθετικά μέχρι σήμερα αφού μόνο πρόσφατα άλλαξε το Οικογενειακό

Δίκαιο και ο όρος "πατρική εξουσία" αντικαταστάθηκε με τον όρο "γονική μέριμνα" (Αστικός Κώδικας άρθρο 1502).

Ο άνθρωπος για να δικαιολογήσει τη συμπεριφορά του μέσα στην κοινωνική πραγματικότητα δίνει στα διάφορα κοινωνικά φαινόμενα προεκτάσεις στο χώρο της μυθολογίας.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία μεταβιβάζει και το γεγονός της κακοποίησης στην κοινωνία των Θεών.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ιστορία του Ηφαίστου ο οποίος γεννήθηκε έξω από το γάμο του Δία και της Ήρας, άσκημος και ανάπηρος, μέσα σε κλίμα απόρριψης εξαιτίας των κακών συζυγικών σχέσεων των γονιών του. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να γίνει βίαιος και να μεταφέρει και στη δική του οικογενειακή ζωή τις άσχημες εμπειρίες του και να διαλυθεί ο γάμος του.

Σ' άλλες περιόδους της ιστορίας έχουμε διάφορες μορφές κακοποίησης που υποκινούνται από θρησκευτικούς και πολιτικούς λόγους.

Έτσι στην αρχαία Σπάρτη, επειδή επικρατούσαν καθαρά στρατοκρατικές αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες το κράτος έπρεπε να απαρτίζεται από γερούς πολεμιστές, τα παιδιά που γεννιούνταν ανάπηρα ήταν ανεπιθύμητα και έβρισκαν τραγικό θάνατο στον Καιάδα.

Στην Ευρώπη η πρώτη περιγραφή περίπτωσης κακοποίησης ήταν το 1860 από το Γάλλο καθηγητή ιατροδικαστή, TARDIEU⁽³⁾ ο οποίος αναφέρθηκε με λεπτομέρειες στα τυπικά τραύματα (κατάγματα, εγκαύματα κλπ.) κάνοντας παρατηρήσεις στη συμπεριφορά γονιών - παιδιών.

Στην Αμερική ακόμη μία αναφορά στο φαινόμενο έγινε το 1957 από τον ακτινολόγο CAFFEY, ο οποίος τόνισε την αναγκαιότητα να σκεφτεί κανείς την πιθανότητα βίας στην οικογένεια σε περιπτώσεις που τα παιδιά παρουσιάζουν κατάγματα στα μακρά οστά με υποσκληρίδιο αιμάτωμα.

Το 1959 στην Αμερικάνικη Παιδιατρική Εταιρεία ο KEMPE μίλησε για το πρόβλημα "της γονικής εγκληματικής παραμέλησης και βαριάς σωματικής

κακοποίησης". Το 1960 η κοινωνική λειτουργός ELMER αναφέρθηκε στις δυσκολίες για την αναγνώριση της κακοποίησης ενώ το 1962 ο KEMPE καταλήγει να χαρακτηρίσει το φαινόμενο με τον όρο "το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού" (BATTERED CHILD SYNDROME). Αυτό ήταν το ερέθισμα για μια γενικότερη ευαισθητοποίηση των ειδικών και η αφορμή συγκρότησης ομάδων για τη διερεύνηση του προβλήματος, το οποίο σήμερα φαίνεται να είναι σε έξαρση τόσο στην Αμερική όσο και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

Στην Ελλάδα η πρώτη γραπτή αναφορά σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών ήταν το 1976 από τον παιδίατρο ΣΠ. ΔΟΞΙΑΔΗ(4) και δημοσιεύθηκε με τη μορφή επιφυλλίδας στην εφημερίδα "ΤΟ ΒΗΜΑ" 20-4-1976.

Τον επόμενο χρόνο 1977 το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.) στο Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία" άρχισε να ασχολείται με το θέμα και δημοσιεύτηκε τον ίδιο χρόνο μια πρώτη αναδρομική μελέτη για το πρόβλημα που βασίστηκε σε υλικό της εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών. Η γενική αντίδραση σε σχέση με την εικόνα αυτή ήταν ότι "αυτό είναι πρόβλημα σ' άλλες χώρες και δεν παρουσιάζεται εδώ".

Η έρευνα αυτή όμως απέδειξε ότι το πρόβλημα παρουσιάζεται και στην Ελλάδα χωρίς όμως να υπάρχει προνοιακή υποδομή για την αντιμετώπισή του και βέβαια το "ξύλο" συνεχίζει να θεωρείται ακόμη σαν φυσιολογικό μέρος της καθημερινής μας ζωής.

Έτσι τα περιστατικά που έρχονται στο φως της δημοσιότητας είναι πολύ λίγα σε σχέση με εκείνα που αντιστοιχούν στην πραγματικότητα.

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η προσπάθεια δημιουργίας ενός θεωρητικού λειτουργικού ορισμού όσον αφορά την κακοποίηση ανηλίκων συναντάει πολύ περισσότερες δυσκολίες από αυτές που θα συναντούσε κανείς στον ορισμό της κακοποίησης από ενήλικο σε ενήλικο.

Πολλοί ορισμοί έχουν διατυπωθεί από ερευνητές που χρησιμοποιούσαν ως οδηγό τα σημαντικά ευρήματα της κακοποίησης (κακώσεις) κάποιοι άλλοι ορισμοί διατυπώθηκαν έχοντας ως βάση τα κίνητρα και τη συμπεριφορά του δράστη. Πρέπει να τονίσουμε ότι και οι δύο παραπάνω κατηγορίες ορισμών παραβλέπουν άλλους βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες όπως π.χ. την αντίδραση του θύματος απέναντι στην κακοποίηση και αρκετούς άλλους περιβαλλοντικούς και τυχαίους παράγοντες.

- Διάφοροι ορισμοί όπως διατυπώθηκαν από συγκεκριμένους επιστήμονες.

Ο D.E. GIL⁽⁵⁾ ορίζει τη σωματική κακοποίηση σαν την "ηθελημένη μη τυχαία χρήση σωματικής βίας, ηθελημένων, μη τυχαίων πράξεων παράλειψης από γονείς ή άλλα υποκατάστατα που συναλλάσσονται με ένα παιδί και έχουν σκοπό να προκαλέσουν πόνο, τραύμα ή και να καταστρέψουν θανατώσουν το παιδί".

Ο παιδίατρος R. HELFER⁽⁶⁾ ορίζει ως κακοποίηση "κάθε συναλλαγή ή έλλειψη συναλλαγής ανάμεσα σε ένα παιδί και ένα άτομο που το φροντίζει, που καταλήγει σε μη τυχαία βλάβη στη σωματική κατάσταση ή και αναπτυξιακή διαδικασία του παιδιού".

Οι SCHMITT και KEMPE⁽⁷⁾ περιγράφουν οχτώ μορφές κακοποίησης - παραμέλησης:

1. **Σωματική κακοποίηση:** Περιγράφεται ως μη τυχαία κάκωση που προκαλείται από άτομο το οποίο έχει αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού. Οι κακώσεις περιλαμβάνουν μώλωπες, εκδορές, εγκαύματα, κατάγματα άκρων και κρανίου κ.ά. Η σοβαρότητα των κακώσεων μπορεί να κυμαίνεται από μώλωπες ως υποσκληρίδεια αιματώματα που προκαλούν το θάνατο.
2. **Αποστέρηση τροφής:** Η πιο κοινή αιτία χαμηλού βάρους στη γεωγνική και βρεφική ηλικία είναι η ανεπαρκής διατροφή του παιδιού η οποία μπορεί να είναι ηθελημένη ή αποτέλεσμα παραμέλησης. Σε περισσότερα από τα μισά παιδιά που έχουν χαρακτηριστεί περιπτώσεις "καθυστέρησης της ανάπτυξης οφειλομένη σε μη οργανικά αίτια" (FAILURE TO THRIVE), το πρόβλημα οφείλεται σ' αυτή την αιτία, ενώ μια άλλη αρκετά συνηθισμένη μορφή κακοποίησης είναι η στέρηση νερού που οδηγεί σε αφυδάτωση από υπερνατριαιμία.
3. **Σεξουαλική κακοποίηση:** Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών έχει χαρακτηριστεί ως "το καλύτερο κρατημένο μυστικό" σήμερα όμως, οι διαστάσεις του αποκαλύπτονται καθημερινά, όσο μειώνονται οι αντιστάσεις τόσο των ειδικών όσο και του ευρύτερου κοινού. Περιλαμβάνει την αιμομιξία, την παρά φύση συνουσία, τη στοματική επαφή, την ασέλγεια, τη χρησιμοποίηση παιδιών για πορνογραφικό υλικό, την έκθεση παιδιών σε επίδειξη γεννητικών οργάνων ενηλίκων, ό,τι δηλαδή έχει σκοπό τη σεξουαλική διέγερση του δράστη.
4. **Προμελετημένη δηλητηρίαση:** Περιλαμβάνει τον εξαναγκασμό σε λήψη φαρμάκων, ναρκωτικών ή άλλων βλαβερών ουσιών.
5. **Παραμέληση ιατρικής φροντίδας:** Η παραμέληση ιατρικής φροντίδας είναι σημαντικότερη σε περιπτώσεις παιδιών με χρόνια νοσήματα, όπως

μεσογειακή αναιμία, διαβήτη κ.ά. τα οποία χρειάζονται συνεχή θεραπεία και ιατρική παρακολούθηση.

6. **Παραμέληση ασφάλειας:** Η παραμέληση ασφάλειας για το παιδί ορίζεται ως κακοποίηση, αν είναι σημαντική και αν το παιδί είναι κάτω των δύο ετών. Παιδιά αυτής της ηλικίας που αφήνονται μόνα στο σπίτι ή που εγκαταλείπονται στο δρόμο ανήκουν στην κατηγορία αυτή.
7. **Συναισθηματική κακοποίηση:** Είναι δύσκολο να αποδείξει κανείς την ύπαρξη αλλά και το μέγεθος της συναισθηματικής κακοποίησης. Μπορεί να οριστεί ως η διαρκής απόρριψη ή η χρησιμοποίηση ενός παιδιού ως "αποδιοπομπαίου τράγου" από άτομα που το φροντίζουν. Η συνεχής υποτίμηση, η υβριστική συμπεριφορά ή ψυχολογική τρομοκρατία (π.χ. εγκλεισμός) ενός παιδιού περιλαμβάνονται στην περίπτωση αυτή και έχουν ολέθρια αποτελέσματα στη συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Διαγνωστικά κριτήρια είναι: σοβαρή ψυχοπαθολογία του παιδιού - όπως ορίζεται από ψυχίατρο - και συγχρόνως άρνηση των γονέων να επιτρέψουν θεραπεία για το παιδί.
8. **Άλλες μορφές παραμέλησης:** Άλλες μορφές παραμέλησης που συνήθως διαπιστώνονται από κοινωνικές οργανώσεις, σχολεία, γείτονες, αστυνομία και σπανιότερα, από ιατρικά κέντρα είναι η εγκατάλειψη των παιδιών, οι κακές συνθήκες υγιεινής, ένδυσης, κατοικίας και η ανεπαρκής παρουσία ή ολοκληρωτική απουσία από το σχολείο.

1.3. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Ή ΕΚΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Για να προσδιορίσουμε τη συχνότητα του προβλήματος της κακοποίησης ή παραμέλησης των παιδιών σε κάποια συγκεκριμένη χώρα πρέπει να εξετάσουμε το βαθμό ευαισθητοποίησης της χώρας αυτής σε παρόμοια φαινόμενα αλλά και την ύπαρξη και την επιτυχία των συστημάτων καταγγελίας και καταγραφής.

Όταν υπάρχει ευαισθητοποίηση των ειδικών επαγγελματιών (γιατρών, ψυχολόγων, δημοσιογράφων) που ασχολούνται και αντιμετωπίζουν τα ίδια περιστατικά παρατηρείται μία κατακόρυφη αύξηση των ατόμων που παραπέμπονται για κακοποίηση ή παραμέληση ανηλίκων. Είναι λογικό λοιπόν στις χώρες που ο βαθμός ευαισθητοποίησης σε παρόμοια φαινόμενα είναι χαμηλός τα πραγματικά περιστατικά είναι πολύ περισσότερα από αυτά που γνωστοποιούνται.

Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι στις ΗΠΑ⁽⁸⁾ το 1982 αναφέρθηκαν 930.000 καταγγελίες ενώ το 1988 που το σύστημα προστασία ανηλίκων ευαισθητοποιήθηκε και βελτιώθηκε αναφέρθηκαν 2.086.000 περιπτώσεις. Το 1992 οι περιπτώσεις έφθασαν στα 4.012.000 περιπτώσεις. Από τις περιπτώσεις αυτές 2 στις 4 καταγγελίες είναι επιβεβαιωμένα τόσο σοβαρές ώστε απαιτείται παρέμβαση από ειδικούς. Μία στις τέσσερις θεωρείται ως υψηλού κινδύνου και συνιστάται παρακολούθηση από ειδικούς ενώ μία στις τέσσερις δεν επιβεβαιώνεται. Παιδιά σε συνθήκες αυξημένου κινδύνου είναι όλα εκείνα που μένουν μόνα στο σπίτι όταν οι γονείς τους εργάζονται καθώς επίσης τα παιδιά που ζουν μακριά από τις οικογένειές τους δηλαδή σε ιδρύματα και ανάδοχες οικογένειες.

Στις ΗΠΑ⁽⁹⁾ το 1% του παιδικού πληθυσμού κακοποιείται κατά την παιδική ηλικία. Από σύνολο των κακοποιημένων παιδιών που παραπέμπονται σε ιατρικά κέντρα το 85% είναι παιδιά με σωματικές

κακώσεις, 10% σεξουαλικά κακοποιημένα και 5% με καθυστέρηση στην ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια. Έχει υπολογιστεί ότι το 10% των παιδιών κάτω των 5 ετών που φτάνουν στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων έχουν πέσει θύματα κακοποίησης.

Στην Μ. Βρετανία⁽¹⁰⁾ το 1986 αναφέρθηκαν 16.000 περιπτώσεις σοβαρά κακοποιημένων παιδιών. Τη δεκαετία 1979-1989 στην ίδια χώρα παρατηρήθηκε αύξηση κατά 70% των κακοποιημένων παιδιών. Μελέτη ειδικής επιτροπής στην ίδια χώρα (The house of commons select committee, on violence in the Family 1979) περιγράφει την κακοποίηση παιδιών ως 4^η σε σειρά συχνότητας αιτία θανάτου σε παιδιά προσχολικής ηλικίας.

Στον υπόλοιπο ευρωπαϊκό χώρο μόνο τα τελευταία χρόνια η Σουηδία η Πορτογαλία και η Γαλλία παρουσιάζουν κάποια επίσημα στοιχεία που αφορούν την κακοποίηση ανηλίκων. Τα στοιχεία όμως αυτά ανήκουν σε αντιπροσωπευτικά δείγματα δεν είναι επαρκή για μια ευρύτερη μελέτη αυτού του φαινομένου στις συγκεκριμένες χώρες π.χ. στην Πορτογαλία αναφέρονται 0,58% (council of Europe 1985) των παιδιών που κακοποιούνται οπότε και οι ίδιοι οι μελετητές το περιγράφουν ως πολύ χαμηλά.

Η Γαλλία⁽¹¹⁾ αναφέρει 300.000 περιπτώσεις παιδιών 0-6 ετών κάθε χρόνο, ενώ θεωρούνται σε υψηλό κίνδυνο 90.000 παιδιά κάθε χρόνο, που την προστασία τους αναλαμβάνει το κράτος.

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

Ανάλογα υψηλό είναι το ποσοστό θανάτου που στον πληθυσμό των ήδη κακοποιημένων παιδιών έχει υπολογισθεί σε 6-28%. Είναι προφανές ότι το ποσοστό αυτό επηρεάζεται από τα διαγνωστικά κριτήρια της κακοποίησης

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

Δεν έχουμε λόγο να πιστέψουμε ότι οι αναλογίες στην Ελλάδα είναι διαφορετικές. Όταν πρώτη Ελληνική ομάδα ξεκίνησε το 1977, η γενική αντίδραση ήταν "αυτό είναι πρόβλημα σε άλλες χώρες δεν παρουσιάζεται εδώ". Μία αναδρομική μελέτη στα αρχεία της εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, αποκάλυψε 43 παιδιά σε 21 οικογένειες που αντιμετωπίστηκαν στην τετραετία 1973-1976 που είχαν όλα τα χαρακτηριστικά κακοποίησης - παραμέλησης μόνο που δεν είχαν την "ταμπέλα". Παρόμοιες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με το χαρακτηρισμό του "κοινωνικού περιστατικού" από υπηρεσίες του Πίκπα. Στο νοσοκομείο Παίδων "Η Αγία Σοφία" το 1978 διαγνώστηκαν 6 περιπτώσεις και στη συνέχεια άρχισε η πρώτη προδρομική μελέτη που έδειξε ότι το πρόβλημα υπάρχει και εδώ σε όλες τις διαστάσεις. Αυτά που δεν υπάρχουν ακόμα είναι οι δυνατότητες αντιμετώπισης όλων των περιπτώσεων όπως πρέπει, με έγκαιρη διάγνωση, θεραπευτική αντιμετώπιση και φυσικά πρόληψη.

Επίσης παράλληλα με την άρνηση και τη δυσπιστία το "ξύλο" συνεχίζει να θεωρείται σαν φυσιολογικό μέρος της καθημερινής ζωής.

1.4. ΚΥΡΙΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Δύσκολα μπορεί κανείς να κατανοήσει πόσο μάλλον να αποδεχτεί ότι κάποιος γονιός κακοποιεί το παιδί του. Η κακοποίηση ανηλίκων προκαλεί καχυποψία και έντονα συναισθήματα ακόμη και στους κύκλους των ειδικών που ασχολούνται με το φαινόμενο αυτό, δυσχεραίνοντας έτσι την αναγνώριση και την πρόληψη του φαινομένου αυτού. Είναι παράδοξο ότι οι ίδιοι άνθρωποι δείχνουν μεγάλη επιείκεια για σημαντική άσκηση βίας προς τα παιδιά ιδιαίτερα στον βαθμό που αυτή συνδέεται με το σωφρονισμό τους.

Στην σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία οι αλλαγές τόσο στο θεσμό της οικογένειας όσο και στους ευρύτερους κοινωνικούς θεσμούς έχουν επιφέρει αλλαγή στην κοινωνική τοποθέτηση ως προς "το παιδί". Έτσι λοιπόν ενώ το ποσοστό βίας ως προς τους ανηλίκους δεν έχει αλλάξει διαχρονικά το ενδιαφέρον των ειδικών και του κοινού έχει προκαλέσει ένα βαθύ αίσθημα ενοχής. Επίσης οι αλλαγές που προκλήθηκαν στα πολιτικοκοινωνικά συστήματα με την μετάβαση της κοινωνίας σε ένα νέο πρότυπο συμβάλλουν και αυτές σε μία διαφορετική θεώρηση του παιδιού. Η αλλαγή αυτής της αντιμετώπισης του παιδιού συνδυασμένη με την ενοχή και την ψυχολογική "άρνηση" της ύπαρξης του φαινομένου και σε συνδυασμό με την πολιτική βούληση κάθε χώρας, προσδιορίζει το βαθμό αναγνώρισης, αντιμετώπισης και πρόληψης, του φαινομένου σε εθνικά πλαίσια.

Ως προς την αιτιολογία του προβλήματος έχουν επικρατήσει δύο θεωρητικές σχολές : η κοινωνιολογική και η ψυχολογική.

Η κοινωνιολογική θεώρηση με κυριότερο εκπρόσωπο τον κοινωνιολόγο D.E. GIL υποστηρίζει ότι η δυναμική της κακοποίησης είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς θεσμούς που όχι μόνο επιτρέπουν αλλά και

ενισχύουν την άσκηση φυσικής βίας στα παιδιά με την μετουσιωμένη μορφή πειθαρχίας.

Μία εθνική ερευνητική μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ πριν 15 χρόνια έδειξε ότι πέρα από τις σημαντικές πράξεις βίας των ενηλίκων ως προς τα παιδιά, εκατομμύρια άλλα παιδιά μεγαλώνουν σε συνθήκες σοβαρής αποστέρησης, με την ανοχή της κοινωνίας.

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες αποστέρησης είναι συνήθως πιο εύκολα θύματα βίας από τους γονείς τους ή κάποια άλλα άτομα που τα φροντίζουν. Διαπιστώθηκε επίσης ότι πέρα από την οικογενειακή βία εκατομμύρια παιδιά κακοποιούνται σωματικά και συναισθηματικά σε ευρύτερους χώρους, όπως σχολεία, παιδικούς σταθμούς και ιδρύματα. Το φαινόμενο αυτό επιβεβαιώθηκε στο IV διεθνές Συνέδριο κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών το 1982 που είχε σαν θέμα την κακοποίηση - παραμέληση ανηλίκων σε ιδρύματα. Οι μελέτες του GIL αλλά και των υπόλοιπων υποστηρικτών της θεωρίας αυτής τόνισαν ότι ένα τόσο διαδεδομένο φαινόμενο όπως η βίαιη συμπεριφορά των ενηλίκων προς τα παιδιά δεν πρέπει να αποδοθεί αιτιολογικά στην ατομική ψυχολογία του κάθε ενηλίκου αλλά σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και κοινωνικούς θεσμούς.

Η ψυχολογική άποψη με κυριότερο εκπρόσωπό της, την σχολή του Denver, αποδίδει τα αίτια της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην ψυχολογία των γονέων τους ή άλλων υπευθύνων. Τα άτομα αυτά περιγράφονται μικρής ηλικίας, ανώριμα, κοινωνικά απομονωμένα, με σημαντικές εμπειρίες βίας, παραμέλησης και συναισθηματικής αποστέρησης στην παιδική τους ηλικία. Η αυτοεκτίμηση των ατόμων αυτών είναι πολύ χαμηλή, αισθάνονται απομονωμένοι, στερημένοι και θυμωμένοι. Είναι ανασφαλείς και δύσκολα εμπιστεύονται τους άλλους ιδιαίτερα όσους κατέχουν οποιαδήποτε μορφή εξουσίας.

Οι κύριοι ερευνητές της σχολής του Denver στις ΗΠΑ υποστηρίζουν ότι προϋπόθεση για κακοποίηση - παραμέληση -αποτελούν τέσσερις βασικοί παράγοντες:

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

-
- (1) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών, Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού Αθήνα 1985 σελ. 74-76
- (2) ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ : Η Κακοποίηση του παιδιού, Εκδόσεις Π. ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Α.Ε. ΑΘΗΝΑ 1985 σελ. 74-75
- (3) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών σελ. 19
- (4) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών
- (5) ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ : Η Κακοποίηση του παιδιού Εκδόσεις ΚΟΥΤΣΟΥΜΠΟΣ Α.Ε., ΑΘΗΝΑ 1985 σελ.
- (6) HELLER R. KEMPE C. The battered Child The University of Chicago Press, Chicago 1974 σελ.19
- (7) SMITH S. The battered child syndrome Butterworths 1975
- (8) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών σελ. 42
- (9) - (10) - (11) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών σελ. 58-60, 64-66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η κακοποίηση των παιδιών σε μία οικογένεια δεν είναι μεμονωμένη πράξη αλλά συνολικό οικογενειακό πρόβλημα και ότι τα τραύματα στα σώματα των παιδιών αποτελούν το σύμπτωμα μιας άρρωστης, δυσλειτουργικής οικογένειας που βρίσκεται κάτω από αντίξοες συνθήκες.

Το πρωταρχικό καθήκον κάθε γιατρού είναι να αντιμετωπίσει τις κακώσεις που έχει υποστεί το παιδί. Η αδεξιότητα του ή η άρνησή του να προχωρήσει στη διαγνωστική εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας της οικογένειας και των συνθηκών ζωής της μπορεί να οδηγήσει στην επανακακοποίηση του παιδιού, με πιθανό αποτέλεσμα μόνιμη αναπηρία ή και το θάνατο. Ο κλινικός γιατρός, ιδιαίτερα εκείνος που εκπροσωπεί τις χειρουργικές ειδικότητες - παιδοχειρουργός, νευροχειρουργός, ορθοπεδικός - είναι εύλογο ότι δεν μπορεί μόνος να αντιμετωπίσει της πολύπλευρη διαγνωστική εκτίμηση του κάθε περιστατικού, πόσο μάλλον την θεραπεία και αποκατάσταση του παιδιού και της οικογένειας. Πρέπει λοιπόν να υπάρχει διεπιστημονική μονάδα ομάδα που θα εκτιμήσει το πρόβλημα, θα προσφέρει ασφαλή διάγνωση και θα προγραμματίσει κατάλληλα την περαιτέρω αντιμετώπιση των συνολικών οικογενειακών προβλημάτων.

Συνήθως ενός γιατρού που πρωτοβλέπει ένα τραυματισμένο παιδί πρέπει να εξετάζει τέσσερις εκδοχές :

- α) Εάν ο τραυματισμός οφείλεται σε πραγματικό ατύχημα.
- β) Εάν ο τραυματισμός προήλθε από απροσεξία.
- γ) Εάν ο τραυματισμός προήλθε από παραμέληση

δ) Μη τυχαία κάκωση δηλαδή κακοποίηση.

Για να διαφοροποιηθούν μεταξύ τους οι εκδοχές αυτές πρέπει να μελετηθούν : α) Το ιστορικό της κάκωσης, β) Τα σωματικά ευρήματα στο παιδί, γ) Οι γονείς και δ) Οι κοινωνικοί παράγοντες⁽¹⁾.

A. Το ιστορικό

Το ιστορικό πρέπει να ληφθεί αμέσως από το γιατρό ή άλλον ειδικό που θα δει παιδί και γονείς, πριν προφτάσουν τυχόν καχυποψίες των γονέων να αλλοιώσουν την αντικειμενική πληροφόρηση. Είναι σημαντικό να παρθούν στοιχεία για το χρόνο που έγινε το "ατύχημα", ώστε να διαπιστωθεί αν υπάρχει η γνωστή καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας, γεγονός που αποτελεί ένα από τα διαγνωστικά χαρακτηριστικά του προβλήματος. Η έλλειψη ιστορικού σχετικά με τον τραυματισμό του παιδιού, ιδιαίτερα όσον αφορά τα βρέφη και τα πολύ μικρά παιδιά (π.χ. "δεν αντιλήφθηκα τίποτα", "δεν ξέρω πως έγινε) είναι παθογνωμικό στοιχείο της κακοποίησης. Πρέπει να δοθεί, επίσης προσοχή στη σχέση ιστορικού και αντικειμενικών ευρημάτων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει ασυμβατότητα μεταξύ των δύο, πράγμα που συμβαίνει συχνά σε περιπτώσεις κακοποίησης, π.χ. η δικαιολογία "έπεσε από το κρεβάτι του" δεν ισχύει για ένα βρέφος 2 μηνών, που δεν μπορεί να γυρίσει μόνο του.

B. Κλινικά ευρήματα

Τα κύρια κλινικά ευρήματα σωματικής κακοποίησης ανήκουν στις εξής οχτώ κατηγορίες, συχνά δεν επικαλύπτονται :

1. Κακώσεις στο δέρμα και στο στόμα: Περιλαμβάνουν μελανιές, εκδορές, σημάδια που έχουν γίνει σε διάφορα χρονικά διαστήματα, κοψίματα,

ρήξη χαλινού άνω χείλους, αποτυπώματα δαχτύλων στο πρόσωπο, στον κορμό και στα πλευρά.

2. Ξηρά ή υγρά εγκαύματα: Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί σε επιπόλαια και μικρής έκτασης εγκαύματα που έχουν αντιμετωπιστεί πρόχειρα και σε εγκαύματα από τσιγάρο, ενώ δε θα πρέπει να αγνοηθεί η πιθανότητα εμβάπτισης του παιδιού σε καυτό νερό.
3. Οστά και κλειδώσεις: Σε όλα τα παιδιά μικρότερα των 5 ετών, όταν υπάρχει υποψία κακοποίησης, πρέπει να γίνεται ακτινολογικός έλεγχος κρανίου, θώρακος και μακρών οστών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις συνιστάται επανέλεγχος μετά από δύο εβδομάδες για τον εντοπισμό τυπικών περιοριστικών αλλοιώσεων.
4. Κακώσεις στα μάτια και στον εγκέφαλο: Συνηθέστερα παρατηρούνται σε βρέφη, ιδιαίτερα όταν κλαίνει αδιάκοπα, οπότε ο γονέας, για να αποφύγει να τα χτυπήσει, τα τραντάζει δυνατά, με αποτέλεσμα να ταλαντεύεται έντονα το κεφάλι τους. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι κακώσεις αφορούν και τα δύο μάτια ή ημισφαίρια του εγκεφάλου, ενώ δε συνυπάρχει κατάγμα κρανίου. Συχνότερο εύρημα είναι τα κατάγματα των πλευρών. Κατάγματα κρανίου παρατηρούνται όταν το παιδί έχει χτυπηθεί πάνω σε σκληρή επιφάνεια.
5. Εσωτερικές αιμορραγίες: Η κακοποίηση μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία σε εσωτερικά όργανα του θώρακα και της κοιλιακής κοιλότητας, συχνά χωρίς εξωτερικά ευρήματα.
6. Δηλητηρίαση: Η ηθελημένη δηλητηρίαση ενός μικρού παιδιού είναι συνηθέστερη από όσο νομίζουμε και αφορά, κυρίως, βαριές περιπτώσεις. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων του παιδιού, η συμπεριφορά των γονέων του και οι περιβαλλοντικές συνθήκες δίνουν πολλά διαγνωστικά στοιχεία υπέρ της κακοποίησης. Η εμπειρία έχει δείξει ότι σε περιπτώσεις αυτοδηλητηρίασης, το μικρό παιδί χάνει το

ενδιαφέρον για χάπια ή υγρά μόλις καταπιεί μικρή ποσότητα, ενώ σοβαρές περιπτώσεις οφείλονται σε κακοποίηση.

7. Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου: Αν και είναι πολύ δύσκολο να διαγνωστεί, μπορεί να οφείλεται σε κακοποίηση. Η πρόκληση ασφυξίας ή η δηλητηρίαση με άγνωστη ουσία μπορεί να ερμηνευτεί ως σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου. Η λεπτομερής εξέταση του δέρματος του βρέφους για την ανακάλυψη μικροκακώσεων, όπως και η λήψη οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού, μπορεί να διευκολύνει τη διάγνωση.
8. Καθυστέρηση στην ανάπτυξη χωρίς οργανικά αίτια: Διάφορες διαβαθμίσεις αναστολή ή καθυστέρηση της ανάπτυξης που δεν έχουν οργανικό υπόστρωμα, σε συνδυασμό με προβλήματα συμπεριφοράς, περιγράφονται ως σύνδρομο μητρικής απόρριψης ή ψυχοκοινωνικός νανισμός. Τα παιδιά αυτά στερούνται τη φροντίδα της μητέρας τους όσον αφορά τη σίτιση, τη στοργή, τη συναισθηματική ζεστασιά, την προσφορά ερεθισμάτων με το παιχνίδι και την ομιλία. Ορισμένα παιδιά κακοποιούνται και σωματικά. Τα παιδιά αυτά έχουν φουσκωμένη κοιλιά, υδαρείς κενώσεις, συχνά παρουσιάζουν διαταραχές στην όρεξη (ανορεξία, βουλιμία), απόσυρση και δυσκολία να παίζουν με άλλα παιδιά. Ενώ δίνουν την εικόνα μικρόσωμων παιδιών δεν φαίνονται απαραίτητως και αδύναμα. Έχουν βρεφικές αναλογίες σώματος, με πόδια πολύ κοντά σε αναλογία με τον κορμό και σε σχέση με τη χρονολογική ηλικία της ανάπτυξης του σκελετού. Η απότομη και σταθερή πρόσληψη βάρους μέσα στο νοσοκομείο επιβεβαιώνει τη διάγνωση του συνδρόμου. Τα παιδιά αυτά μόλις τους προσφερθεί ατομική φροντίδα, αναζητούν έντονα την προσοχή οποιουδήποτε, είναι λαίμαργα και φέρονται εγωιστικά. Σύντομα εξελίσσονται σε επιφανειακά χαρούμενα παιδιά τα οποία όμως δεν αντέχουν ματαιώσεις και αντιδρούν σ' αυτές τις κρίσεις πείσματος και θυμού. Τα περισσότερα

παρουσιάζουν αργότερα διαταραχές στην ομιλία και μαθησιακές δυσκολίες.

Τα κλινικά αυτά ευρήματα παρουσιάζουν μια βαθιά και μακρόχρονη διαταραχή δεσμού μητέρας - παιδιού, όπου η συναισθηματική αποστέρωση μεταφέρεται από το ίδιο το παιδί αργότερα στα δικά του παιδιά. Η προσπάθεια για την πλήρη αποκατάσταση του δεσμού συνήθως αποτυγχάνει, γι' αυτό πολλές φορές προτείνεται η θεραπευτική απομάκρυνση του παιδιού από το περιβάλλον του και η τοποθέτησή του σε ανάδοχο ή θετή οικογένεια. Κατά τον παιδίατρο Η. KEMPE, στην περίπτωση του συνδρόμου μητρικής απόρριψης(2) θα πρέπει να ισχύσει ο νόμος του "διαζυγίου" μεταξύ γονέων και παιδιού, εφόσον αυτή η σχέση είναι είτε ανύπαρκτη, είτε ασύμβατη, όπως σε πραγματικές περιπτώσεις διαζυγίου μεταξύ συζύγων.

Γ. Γονεϊκοί παράγοντες

Εκτός από την αναζήτηση παραγόντων προδιάθεσης στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και στο ατομικό ιστορικό των γονέων, πρέπει να παίρνονται σοβαρά υπόψη οι στάσεις των γονέων προς το παιδί τους και οι συνθήκες που δημιούργησαν την κρίση. Μια αρκετά ολοκληρωμένη εικόνα μπορεί να διαμορφωθεί από πληροφορίες που θα βασίζονται σε πέντε ομάδες ερωτήσεων προς τους γονείς. Οι απαντήσεις μπορούν να περιορίσουν σημαντικά τον αριθμό των αμφισβητούμενων διαγνωστικά περιπτώσεων.

Ποια είναι η εικόνα που έχουν οι γονείς για το παιδί τους αυτό: (Δύσκολο και απαιτητικό ή, αντίθετα, πολύ ήσυχο, νωθρό, "χαζό" παιδί που δεν ανταποδίδει;)(3).

Ποιες είναι προσδοκίες τους από την ανάπτυξή του: (Είναι εξωπραγματικές; Περιμένουν να κάνει πράγματα που δεν ανταποκρίνονται στην ηλικία του;).

Πως μεγάλωσαν οι ίδιοι οι γονείς ; (Υπήρχε διαλυμένη οικογένεια ή τουλάχιστον ένας εχθρικός, απορριπτικός ή στερητικός γονέας;).

Υπήρχε κρίση συνδεδεμένη με την κακοποίηση; (Το παιδί έκλαψε υπερβολικά και επίμονα, βράχθηκε. Λερώθηκε ή πασάλειψε με το φαγητό τον εαυτό του ή το χώρο;).

Μπορούν να αναζητήσουν πηγές βοήθειας ; ('Η είναι ενδοστρεφείς και απομονωμένοι;).

Δ. Κοινωνικοί παράγοντες

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 κλασικούς κύκλους της κοινωνικής αποστέρησης. Ο συνδυασμός τους, όμως με τους ατομικούς και οικογενειακούς προδιαθεσιακούς 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 κ.ά. Σχετική έρευνα στην Αγγλία έχει δείξει ότι μια μεγάλη αναλογία μητέρων (40%) με μικρά παιδιά μικρότερα των τριών ετών, υποφέρουν από κατάθλιψη με αποτέλεσμα να μη μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους.

Προβλήματα σχετικά με κακές συνθήκες κατοικίας, περιβάλλοντος και φτώχειας, μεγαλώνουν τις δυσκολίες και φαίνεται να συσχετίζονται με την έναρξη και τη συνέχιση της κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα είναι βέβαια, ότι ο μητέρες βρίσκονται συνεχώς σε ένταση και οπωσδήποτε η συμπεριφορά τους προς τα παιδιά τους όπως και η ικανότητά τους να ανταποκριθούν στις

ανάγκες των παιδιών τους θα είναι μειωμένη. Εάν αυτό συνδυαστεί με τις κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που ζει η οικογένεια, τότε οι πιθανότητες δυσλειτουργίας της οικογένειας είναι μεγαλύτερες. Αναμφίβολα δηλαδή αυτό ο πληθυσμός αποτελεί μια ομάδα "υψηλού κινδύνου".

Συμπερασματικά, πρέπει να τονιστεί ότι η ολοκληρωμένη διάγνωση κάθε περίπτωσης κακοποιημένου ή παραμελημένου 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 τρόπος και αποτελεσματικότερος τρόπος προσέγγισης κάθε περίπτωσης.

2.2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Μέχρι πριν λίγα χρόνια υπήρχε και στον Ελληνικό χώρο άρνηση στην ιδέα ότι οι Έλληνες γονείς και ιδιαίτερα η μητέρα μπορεί ποτέ να κακοποιούν τα παιδιά τους. Σε πρόσφατη όμως έρευνα μεταξύ 220 παιδιάτρων, 69% είχαν συναντήσει στη σταδιοδρομία τους περιπτώσεις κακοποίησης, στο Νοσοκομείο (60%) και έξω από αυτό (40%)(4).

Ο κάθε γιατρός θα πρέπει να γνωρίζει ότι η κακοποίηση είναι παθολογική κατάσταση: 1) συχνή, 2) υποτροπιάζουσα, 3) με μεγάλο ποσοστό αναπηρίας, 4) ιάσιμη και 5) προλήψιμη.

1. Συχνότητα: Είναι άγνωστη. Τα στοιχεία που υπάρχουν από διάφορες μελέτες είναι εντελώς ενδεικτικά. Ποικίλουν ανάλογα με την ευαισθητοποίηση των υγειονομικών αρχών και ανάλογα με τον ορισμό που δίνεται σε κάθε χώρα. Πάντως, αν θεωρήσουμε σωματική κακοποίηση μόνο τις περιπτώσεις όπου χρειάζεται ιατρική παρέμβαση, τότε υπολογίζεται ότι περίπου 10% των παιδιών μικρότερα των 5 ετών που εξετάζονται στα εξωτερικά ιατρεία των

Νοσοκομείων για κάποιο τραυματισμό, είναι κακοποιημένα. Στις ΗΠΑ σε μελέτη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού παιδιών ηλικίας 3-17(5) ετών, βρέθηκε ότι 3,8% είχαν υποστεί σοβαρή κακοποίηση, σύμφωνα με αυτά που ομολόγησαν αυτόβουλα οι γονείς. Δηλαδή, είναι πολύ πιθανό το ποσοστό να αποτελεί υποεκτίμηση της βαρύτητας ή της συχνότητας της "σοβαρής κακοποίησης". Το σύνδρομο είναι συχνότερο σε μικρές ηλικίες: Ένα τρίτο του συνόλου των κακοποιημένων παιδιών είναι ηλικίας μικρότερης του ενός έτους, ένα τρίτο μεταξύ 1-6 ετών και ένα τρίτο μεγαλύτερο των 6 ετών.

2. Υποτροπές: Υπολογίζεται ότι 25% των κακοποιημένων παιδιών θα υποστούν σοβαρές βλάβες από νέα κακοποίηση αν δεν γίνει θεραπευτική παρέμβαση.
3. Μόνιμες αναπηρίες: Το κεφάλι είναι πολύ συχνά ο στόχος του χτυπήματος. Συχνά προκαλείται υποσκληρίδιο αιμάτωμα από χτύπημα ή από τράνταγμα ενός βρέφους. Αναφέρονται υδροκέφαλος, αταξία, επιληψία και πνευματική καθυστέρηση. Εκτός από την οργανική αναπηρία η κακοποίηση αφήνει ψυχική και συναισθηματική αναπηρία. Τα κακοποιημένα παιδιά έχουν κοινά χαρακτηριστικά την υπερκινητικότητα και την επιθετικότητα και συχνά εξελίσσονται σε απροσάρμοστα άτομα και σε γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους.
4. Ίαση: Με σωστή, ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της οικογένειας σε 80-90%(6) των περιπτώσεων μπορεί να αποκατασταθεί η ισορροπία στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και να εξασφαλισθεί επαρκής γονεϊκή φροντίδα. Σε 10-15% των οικογενειών θα χρειαστεί συνεχής παρακολούθηση και υποστήριξη. Σε 1-2% δεν υπάρχει ίαση, κάθε παρέμβαση αποτυγχάνει και η μόνη λύση για να διασφαλισθεί η υγεία και η επιβίωση του παιδιού είναι η απομάκρυνσή του από την οικογένεια, είτε με υιοθεσία, είτε με τοποθέτησή του σε ίδρυμα.

5. Πρόληψη(7): Ο ΚΕΜΡΕ και οι συνεργάτες του, παρακολούθησαν 300 μητέρες - παιδιά μέσα στο μαιευτήριο. Επεσήμαναν στοιχεία στη συμπεριφορά των μητέρων που τις χαρακτήριζαν ως "εν κινδύνω" να κακοποιήσουν αργότερα τα παιδιά τους. Σε μία ομάδα των εν κινδύνω μητέρων έκαναν κάποια προληπτική παρέμβαση χρησιμοποιώντας με μεγαλύτερη συχνότητα τις συνήθεις ιατρικές υπηρεσίες: Η οικογένεια είχε παρακολουθήση από τον ίδιο παιδίατρο που, ανάμεσα στις επισκέψεις, τηλεφωνούσε στη μητέρα να ρωτήσει αν είχε προκύψει κάποιο πρόβλημα. Σε άλλη ομάδα προσφέρθηκαν οι συνηθισμένες υπηρεσίες από διάφορους υγειονομικούς φορείς. Μέσα σε δύο χρόνια παρακολούθησης, 5 παιδιά μπήκαν στο Νοσοκομείο με βαριές σωματικές βλάβες. Ήταν και τα 5 από την ομάδα όπου δεν είχε γίνει παρέμβαση. Αξιοσημείωτο είναι ότι η αντιμετώπιση αυτών των παιδιών στοίχισε ένα εκατομμύριο δολάρια, ενώ όλο το κόστος της παρέμβασης, δηλαδή της πρόληψης, δεν ξεπέρασε τα 12.000 δολάρια.

Χαρακτηριστικά που πρέπει να θέσουν την υποψία της κακοποίησης.

- α. Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας. Στα ατυχήματα οι γονείς ζητούν αμέσως ιατρική βοήθεια. Στη μη τυχαία κάκωση, έρχονται στο Νοσοκομείο με καθυστέρηση. Ο SCHMITT(8) αναφέρει ότι 40% των περιπτώσεων πηγαίνουν στο γιατρό την επόμενη και 40% μία μέχρι τέσσερις μέρες αργότερα. Συνήθως δε δίνεται δικαιολογία για την καθυστέρηση.
- β. Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζει με την κλινική εικόνα, ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού. Για βρέφος με κάταγμα του μηριαίου

και εκχυμώσεις στο πρόσωπο, δίνεται το ιστορικό "δεν ξέρω πως έπεσε. Ωσπου να γυρίσω να δω το βρήκα σ' αυτά τα χάλια". Σε περίπτωση διδύμων με πολλαπλές εκχυμώσεις, δόθηκε το ιστορικό ότι έπεσε πάνω τους η πόρτα της ντουλάπας (!). Για παιδί με πολλαπλά εγκαύματα από τσιγάρο αναφέρθηκε ότι "είχε ξαναβγάει τέτοιες καντήλες!" Ο γιατρός γνωρίζει ότι ένα βρέφος δύο μηνών δεν μπορεί να τραυματιστεί με το παιχνίδι του γιατί σ' αυτή την ηλικία δεν κρατά αντικείμενα, ούτε μπορεί να "κουτροβαλήσει στο κρεβάτι και να πέσει στο πάτωμα", όμως, πολύ συχνά, δεν σκέφτεται να αμφισβητήσει την αξιοπιστία του ιστορικού και τούτο γιατί δεν τον ενδιαφέρει ο τρόπος που έγινε ο τραυματισμός, αλλά το τελικό αποτέλεσμα. Για τον ευαισθητοποιημένο στην ύπαρξη της κακοποίησης γιατρό, η λήψη του ιστορικού είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική.

- γ. Οι βλάβες είναι συχνά πολλαπλές και πολύμορφες. Το παιδί που προσκομίζεται για κάταγμα βραχιονίου, συνήθως θα έχει και εκχυμώσεις ή εκδορές και σε άλλα μέρη του σώματός ή ακόμη και άλλα κατάγματα. Οι γονείς δείχνουν έκπληκτοι (!) για τις ελαφρότερες βλάβες και δίνουν ιστορικό μόνο για τη σοβαρή.
- δ. Οι βλάβες είναι διαφορετικής ηλικίας, πράγμα που μαρτυρά τα επανειλημμένα επεισόδια κακοποίησης.
- ε. Μερικές βλάβες είναι χαρακτηριστικές κακοποίησης, σχεδόν παθογνωμικές. Η ρήξη του χαλινού του άνω χείλους είναι πολύ απίθανο να είναι τυχαία. Έγκαυμα που καταλαμβάνει όλη την επιφάνεια του άκρου και σταματά ισοϋψώς, δείχνει καθαρά πως το άκρο εμβαπτίστηκε ηθελημένα σε καυτό υγρό. Έγκαυμα στα πέλματα βρέφους δεν μπορεί να είναι από ατύχημα. συχνά το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για την κακοποίηση αφήνει χαρακτηρισικά

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

- στ. Η συμπεριφορά του παιδιού είναι χαρακτηριστική όχι μόνο το βλέμμα και η έκφρασή του δείχνουν απόγνωση και απάθεια αλλά συχνά δεν δείχνει καμία αντίδραση στον αποχωρισμό από τους γονείς και φαίνεται να προτιμά το νοσοκομειακό περιβάλλον από το σπίτι του, κάτι που δεν συμβαίνει ποτέ σε φυσιολογικά παιδιά.
- ζ. Ο τρόπος που αναφέρονται οι γονείς στο παιδί, μαρτυρά απόρριψη, παραπονούνται ότι είναι "δύσκολο", "ατίθασο", "ανικανοποίητο", "κουτό", κ.ά.
- η. Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο Νοσοκομείο.

Τι πρέπει να κάνει ο γιατρός ;

- 1. Να βάλει την κακοποίηση στη διαφορική διάγνωση κάθε τραυματισμού, μωλωπισμού, αιμορραγικής διάθεσης, κατάγματος, που έχουν ύποπτο ιστορικό.
- 2. Να την κατατάξει στις επείγουσες διαγνώσεις. Δεν επιδέχεται καθυστέρηση ακριβώς όπως δεν επιδέχεται καθυστέρηση η διάγνωση της οξείας σκληροκοειδίτιδας, της μηνιγγίτιδας και της οξείας αιμόλυσης.

Η τοποθέτηση ότι είναι αντιδεοντολογικό να κατηγορήσουμε άδικα γονείς που το παιδί τους έπαθε κάποιο ατύχημα και να τους ταλαιπωρήσουμε ψυχικά με συνεντεύξεις, εξετάσεις και κοινωνικές έρευνες, είναι ολέθρια. Κανένα παιδί δεν πέθανε από άδικη κοινωνική έρευνα, ενώ πολλά κατέληξαν επειδή κάποιος γιατρός δίστασε ή αμέλησε να βάλει την υποψία της κακοποίησης.

- 3. Να αντιμετωπίζει την κακοποίηση με απαισιοδοξία. Δεν έχει δικαίωμα να σκεφτεί ότι η κακοποίηση ήταν αποτέλεσμα μιας τυχαίας κρίσης και ότι δεν θα υπάρξει υποτροπή. Η αισιοδοξία είναι επιδημιολογικά

αστήρικτη και αποτελεί ιατρική αμέλεια που μπορεί να αποβεί μοιραία.

4. Να εισάγει το παιδί στο Νοσοκομείο. Αυτό διασφαλίζει το άμεσο μέλλον του παιδιού και δίνει τις δυνατότητες για επιβεβαίωση της διάγνωσης. Συνήθως, οι γονείς δεν αντιδρούν όταν τους ανακοινώσει ο γιατρός με σταθερότητα ότι "έκαναν πολύ καλά που έφεραν το παιδί. Πρέπει τώρα να εισαχθεί για να γίνουν μερικές εξετάσεις".
5. Να αντιμετωπίσει τους γονείς με ειλικρίνεια, αλλά και συμπάθεια: "Πιστεύουμε ότι εσείς προκαλέσατε αυτές τις βλάβες, καταλαβαίνουμε ότι έχετε προβλήματα και θα προσπαθήσουμε να σας βοηθήσουμε να το ξεπεράσετε".
6. Να ζητήσει να πάρει ιστορικό και από τους δύο γονείς, ή όποιον άλλο είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα του παιδιού.
7. Να περιγράψει λεπτομερώς τις βλάβες στο ιστορικό, την ημέρα της εισαγωγής. Αργότερα, οι βλάβες εξελίσσονται μερικές εξαφανίζονται και προκύπτουν δυσκολίες στη διοικητική διεκπεραίωση της υπόθεσης. Θα ήταν επιθυμητό να φωτογραφηθούν οι βλάβες.
8. Να κάνει ακτινογραφία όλου του σώματος. Είναι κάτι που στα μικρά παιδιά γίνεται σε δύο ακτινογραφικές πλάκες. Δεν θα πρέπει να ισχύουν εδώ οι αναστολές που έχουμε για την κατάχρηση διαγνωστικής ακτινοβολίας. Είναι πολύ συχνή η αποκάλυψη παλαιών καταγμάτων σε παιδιά που προσκομίζονται με εξωτερικούς τραυματισμούς. Τα κλινικά ευρήματα ενός κατάγματος συχνά εξαφανίζονται σε 6-7 ημέρες στα μικρά παιδιά (<5 ετών)⁽⁹⁾ και χωρίς θεραπεία. Τραύματα οστών βρίσκονται σ 10-20% των κακοποιημένων παιδιών.
9. Να ζητήσει να εξεταστούν τα αδέλφια μέσα στις επόμενες 24 ώρες. Στις περισσότερες εργασίες αναφέρεται ποσοστό κακοποίησης και στα αδέλφια από 20 μέχρι 70%.

10. Να μην χαρακτηρίζει τη σοβαρότητα της κακοποίησης και την πρόγνωση με κριτήριο τη σοβαρότητα της οργανικής βλάβης δεν είναι ανάλογα παράμετρα: Παιδιά με απλές αμυχές στην πρώτη διάγνωση, μπορεί να καταλήξουν στην υποτροπή, αλλά με κατάγματα ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα να μην υποτροπιάσουν, ή να έχουν άριστη ανταπόκριση στη θεραπευτική παρέμβαση.
11. Να αντιμετωπίζει θεραπευτικά, ταυτόχρονα α) τη βλάβη και β) την κακοποίηση. Καλό είναι στα Νοσοκομεία που ασχολούνται με παιδιά να υπάρχει μια ομάδα αντιμετώπισης της κακοποίησης. Η ομάδα αυτή θα έπρεπε να αποτελείται από έναν πεπειραμένο παιδίατρο, ένα νοσοκομειακό κοινωνικό λειτουργό, ένα νοσηλεύτη, ένα ψυχολόγο ή ψυχίατρο και ένα διοικητικό υπάλληλο. Θα έπρεπε επίσης η ομάδα να αποκτήσει σαφείς διασυνδέσεις με εξωνοσοκομειακές κοινωνικές υπηρεσίες, την αστυνομία, νομικές υπηρεσίες και δικαστικές αρχές. Μέσα σε μια βδομάδα από την εισαγωγή του παιδιού, πρέπει να έχει γίνει μελέτη και αξιολόγηση της περίπτωσης και να ληφθούν αποφάσεις για την άμεση και απώτερη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Σε σχετικό ερωτηματολόγιο(10), μόνο 3,6% των γιατρών δήλωσαν ότι θα προσποιηθούν πως δε διέγνωσαν την περίπτωση κακοποίησης. Οι υπόλοιποι θα την αντιμετωπίσουν προσωπικά (89%). Το πρόβλημα είναι ότι στα περισσότερα Νοσοκομεία δεν υπάρχει κοινωνική λειτουργός και όταν υπάρχει, σπάνια γνωρίζει τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν και τις εφικτές λύσεις.

Ωστόσο κάθε παιδίατρος μπορεί να κάνει κάποια θεραπευτική παρέμβαση έστω χωρίς κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες (ΠΙΚΠΑ, ΙΚΑ, Αγροτικά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας), μπορούν πάντοτε να δράσουν υποστηρικτικά. Πολλές φορές με ένα τηλεφώνημα στην επισκέπτρια του Κέντρου Υγείας, μπορεί να

εξασφαλιστεί συχνή επαφή και επίβλεψη της οικογένειας που έχει πολλές πιθανότητες να έχει καλά θεραπευτικά αποτελέσματα.

2.3. ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ Η ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΑΠΟΨΗ

Από τους πρώτους που ασχολήθηκαν με την κακοποίηση ήταν ο CAFFEY ο οποίος μελέτησε 6 περιπτώσεις σε νεογνά. Όλα τα νεογνά αυτά χαρακτηρίζονταν από υποσκληρίδιο αιμάτωμα και είχαν πολλαπλά κατάγματα στα μακρά οστά, χωρίς ιστορικό κάκωσης και επίσης χωρίς κλινική ή ακτινολογική υποψία γενικευμένης πάθησης που να δικαιολογεί τα κατάγματα αυτά.

Αργότερα ο SILVERMAN⁽¹¹⁾ περιέγραψε σαν μέρος του συνδρόμου ανώμαλο κατακερματισμό μιας ή περισσότερων μεταφύσεων στα μακρά οστά, που συνοδεύονταν από τη δημιουργία νέου οστού εξωτερικά της διάφυσης.

Κατά τον BARRET⁽¹²⁾ κάθε παιδί ηλικίας κάτω των τριών ετών, μ'ένα κάταγμα πρέπει να θεωρείται ύποπτο κακοποίησης.

Πιο συχνή κάκωση βρέθηκε να είναι τα κατάγματα των πλευρών, το κάταγμα βραχιονίου, το κάταγμα μηρού κλπ. Οι βλάβες αυτές συνυπάρχουν συνήθως με άλλες εκδηλώσεις, όπως εκχυμώσεις, εγκαύματα κλπ.

Στην Ορθοπεδική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων "Αγία Σοφία"⁽¹³⁾ το 1984 έγιναν 2.500 εισαγωγές. Να υπολογισθεί ότι από τις 2.500 εισαγωγές, 2.200 ήταν επείγοντα περιστατικά (8:1). Στις 2.000 επείγουσες εισαγωγές, τα κακοποιημένα παιδιά που στάλθηκαν στην ομάδα ΚάΠα (Κακοποίησης - Παραμέλησης του Ι.Υ.Π.) ήταν 3 δηλαδή ποσοστό 0,13% πολύ μικρό σε σχέση με την πραγματικότητα. Οι λόγοι που διαφεύγουν τα κακοποιημένα παιδιά είναι κυρίως δύο. Ο ένας είναι η

μη ευαισθητοποίηση στο κακοποιημένο παιδί και ο άλλος είναι ο φόρτος της δουλειάς τις ημέρες της γενικής εφημερίας.

Όσον αφορά τα περιστατικά που εξετάζονται Σα εξωτερικά ιατρεία σαν επείγοντα και τα οποία δεν εισάγονται διότι έχουν μικροκακώσεις που δε δικαιολογούν εισαγωγή στο Νοσοκομείο, δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία.

Από τα περιστατικά που εισάγονται σαν επείγοντα, η Ορθοπεδική Κλινική διαγιγνώσκει περίπου 2-3 τον κάθε χρόνο. Ως ύποπτα κακοποίησης πρέπει να θεωρούνται όλα τα παιδιά που έχουν ένα κατάγμα και δεν έχουν περπατήσει ακόμα. Παιδιά της ίδιας ηλικίας που έχουν περισσότερα από ένα κατάγματα, θεωρούνται σχεδόν βέβαια κακοποιημένα.

Τα ακτινολογικά ευρήματα που έχουν περιγραφεί στο σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού περιλαμβάνουν κατάγματα, εξάρθρα, τη δημιουργία ευμεγέθους πόρου, τη δημιουργία υποπερισστικού οστού, επιφυσιική βλάβη ή επιφυσιόλυση, μεταφυσική βλάβη, κύρτωση των μακρών οστών, σκλήρυνση των διαφύσεων κι έκτοπα κέντρα οστεοποίησης.

Δεδομένου ότι τα παιδιά έχουν αυξημένη αναπλαστική ικανότητα και εύκολη πόρωση των καταγμάτων, δεν έχουμε συχνά ψευδαρθρώσεις, ούτε και δυσμορφία, απότοκους των καταγμάτων αυτών. Υπάρχουν βέβαια οι σπάνιες περιπτώσεις όπου είναι δυνατόν να γίνει βλάβη στην επιφυσιική πλάκα με όχι ευχάριστα αποτελέσματα, τα οποία δυνατόν να είναι γωνιώδης παραμόρφωση, βράχυνση του σκέλους, ραιβό ισχίο, όταν η βλάβη είναι στην άππω μηνιαία μετάφυση κλπ.

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

2.4. ΤΟ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗΣ

Το σύνδρομο του "κακοποιημένου παιδιού" αποτελεί ένα καυτό κοινωνικό πρόβλημα που άπτεται πολλών ειδικοτήτων της Ιατρικής. Ανάμεσα σ' αυτές η οδοντιατρική έχει ένα σεβαστό μερίδιο συμμετοχής διότι ο οδοντίατρος μπορεί να παίξει σημαντικότερο ρόλο στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών. Το 67% των βλαβών στα κακοποιημένα παιδιά εμφανίζονται στην κρανιοπροσωπική χώρα⁽¹⁴⁾. Μία από τις συνέπειες των βλαβών αυτών είναι η ανάγκη για οδοντιατρική περίθαλψη των παιδιών άρα ο οδοντίατρος φαίνεται ότι συχνά έρχεται σ' επαφή με το σύνδρομο.

Παρόλα αυτά, η ενημέρωση του οδοντίατρου για το πρόβλημα αυτό, μέχρι προ ολίγων ετών ήταν ανεπαρκής. Η πρώτη εργασία που αναφερόταν στο σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού δημοσιεύτηκε στο διεθνή οδοντιατρικό τύπο περίπου το 1973. Από όσα μπορούμε να ξέρουμε, στον Ελληνικό χώρο η πρώτη αναφορά στο κακοποιημένο παιδί έγινε από τον Καθηγητή Συκαρά στο 13^ο Παιδοδοντικό συνέδριο στην Ολυμπία το 1982. Από τότε έγινε μια 2^η ανακοίνωση πάλι από τους Συκαρά, Χαμπάζ και Καραγιάννη στο 14^ο Παιδοδοντικό Συνέδριο το 1983, η οποία δημοσιεύτηκε και μια εισήγηση στο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού από τον Μ. Χαμπάζ τον Οκτώβριο του 1985.

Οι λόγοι για την ελλιπή ενημέρωση των οδοντιάτρων, είναι διάφοροι. Καταρχήν τα περιστατικά αυτά φεύγουν απαρατήρητα λόγω μη καλής διάγνωσης. Άλλοι λόγοι είναι η έλλειψη νομικής υποχρέωσης των οδοντιάτρων να αναφέρουν στις ειδικές αρχές αυτά τα περιστατικά και ο φόβος εκ μέρους των οδοντιάτρων εμπλοκής στην όλη διαδικασία της αναφοράς του περιστατικού και της αντιμετώπισης των γονέων του παιδιού. Εδώ θα πρέπει επίσης να τονιστεί η παντελής έλλειψη

διαφώτισης για το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού σε προπτυχιακό επίπεδο διεθνώς. Αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι το κλασικό σύγγραμμα του Δανού Καθηγητή J. ADRESEN⁽¹⁵⁾ για τις τραυματικές βλάβες των παιδιών στην έκδοση του 1976 δεν ανέφερε καν το "Σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού", ενώ στη 2^η έκδοση του 1981 υπάρχει λεπτομερής περιγραφή του συνδρόμου.

Σήμερα υπάρχουν αρκετές εργασίες στο διεθνή οδοντιατρικό τύπο, με αποτέλεσμα το σύνδρομο να μπει στον οδοντιατρικό χώρο ο BECKER⁽¹⁶⁾ και οι συνεργάτες του το 1978 σε μια έρευνα που έκαναν μεταξύ των οδοντιάτρων της Βοστώνης βρήκαν ότι 75% των οδοντιάτρων είχαν διαγνώσει στοματοπροσωπικές βλάβες σε κακοποιημένα παιδιά. Επίσης στην ίδια εργασία αναφέρεται ότι μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων των οδοντιάτρων οι γναθοχειρουργοί αντιμετωπίζουν συχνότερα τέτοια περιστατικά (ποσοστό 95%), ακολουθούν οι παιδοδοντιστές (ποσοστό 90%) και σε μικρότερο ποσοστό (70%), οι υπόλοιπες ειδικότητες και οι γενικοί οδοντίατροι.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι βλάβες που μπορεί να διαγνώσει ο οδοντίατρος είναι που δημιουργούνται από την άσκηση της βίας στο πρόσωπο και στο στόμα του παιδιού. Έτσι στην περιοχή του προσώπου μπορεί να διαγνώσει: Κατάγματα των γνάθων, μώλωπες, εκδορές, εκχυμώσεις, εγκαύματα που προέρχονται κυρίως από τσιγάρο.

Οι ενδοστοματικές βλάβες είναι: κακώσεις του βλεννογόνου στο εσωτερικό μέρος του άνω χείλους, κοντά στο χαλινό. Η βλάβη αυτή δημιουργείται από βίαιο κτύπημα στο στόμα σε μια προσπάθεια να ηρεμήσει ένα παιδί που κλαίει. Ρήξη του χαλινού που αναφέρεται σαν

παθογνωμικό στοιχείο της κακοποίησης. Εγκαύματα στα χείλη και στη γλώσσα, αποχρωματισμό δοντιών που σημαίνει νέκρωση του πολφού των δοντιών και περιακρορριζικές αλλοιώσεις... Κάθε είδους τραυματικές βλάβες στα δόντια όπως κατάγματα μύλης και ρίζας, ενσφηνώσεις δοντιών μέσα στο φατνίο, μετατοπίσεις και τέλος, ολική εκγόμφωση των δοντιών.

Ο BECKER και οι συν.(17) (1978) μελέτησαν τη συχνότητα των βλαβών της στοματοπροσωπικής χώρας σε 260 περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών και βρήκαν ότι 2% ήταν κατάγματα των γνάθων, 28% εκδορές και ουλές, 66% μώλωπες και εκχυμώσεις, 3% εγκαύματα και 1% δαγκώματα.

Από τις ενδοστοματικές βλάβες 28,5% ήταν εκδορές και ουλές που βλεννογόνου,, 43% εκχυμώσεις και 28,5% τραυματικές βλάβες των δοντιών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για τη σωστή διάγνωση των ενδοστοματικών βλαβών που οφείλονται σε κακοποίηση, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και ορισμένα άλλα στοιχεία του συνδρόμου, όπως π.χ. η παρουσία βλαβών και στο υπόλοιπο σώμα του παιδιού ή γενική κατάσταση και η σωματική ανάπτυξη του παιδιού (συνήθως υπάρχει κάποια καθυστέρηση στα παιδιά αυτά). Ο χρόνος που έχει μεσολαβήσει από τη δημιουργία των βλαβών μέχρι την ώρα της εξέτασης και τέλος, η συμπεριφορά των γονέων. Στις περιπτώσεις εκείνες που οι γονείς δε δίδουν σαφείς πληροφορίες για το πρόβλημα του παιδιού και γενικά υπάρχουν αντιφάσεις μεταξύ του ιστορικού και των κλινικών ευρημάτων, θα πρέπει να μπει η υποψία περίπτωση "κακοποίησης παιδιού".....

Διαφορική διάγνωση των βλαβών που οφείλονται σε κακοποίηση πρέπει να γίνεται από τις πραγματικές τραυματικές βλάβες που οφείλονται σε ατυχήματα. Και η διαφορική διάγνωση θα στηριχθεί: 1) στην καλή υγεία του παιδιού που υπάρχει στις πραγματικές τραυματικές βλάβες, 2) στην ηλικία του παιδιού όπου οι πραγματικές τραυματικές βλάβες συμβαίνουν στην σχολική κυρίως ηλικία, ενώ αντίθετα τα περισσότερα κακοποιημένα παιδιά είναι ηλικίας μέχρι 4 ετών.....

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία των εδνοστροματικών βλαβών στο κακοποιημένο παιδί δε διαφέρει από εκείνη των τραυματικών βλαβών από ατυχήματα και επιτυγχάνονται με διάφορες μεθόδους και τεχνικές, όπως π.χ. ενδοδοντικές θεραπείες των απόλφων δοντιών, ανασυστάσεις, προσθετικές αποκαταστάσεις, ορθοδοντικές μετακινήσεις κλπ.

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

Αναγκαία επίσης, στα πλαίσια της πρόληψης, κρίνεται η συνεργασία παιδίατρο και οδοντίατρο. Ο παιδίατρος θα πρέπει να κατευθύνει το παιδί και τους γονείς προς τον οδοντίατρο, για την πρόληψη ή θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαβών των δοντιών, καθώς βλάβες των δοντιών, ή η πρόωρη απώλεια αυτών επιφέρει ανωμαλίες στη διατροφή και γενικά στην ανάπτυξη του παιδιού και δημιουργεί προβλήματα τόσο στην ομιλία, όσο και στην ψυχολογική ισορροπία του παιδιού.

Εικ. 1. Παιδί με πολλαπλές κακώσεις στο πρόσωπο.



- (1) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 43-55
- (2) KEMPE CH. SILVERMAN F.N. STEELE B.F. DROEGEMUELLER W and SILVER H. The battered child syndrome JAMA 181, 17, 1962
- (3) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 68-71
- (4) - (5) ΑΔΑΜ Ε. Μαραγκός Χ. Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 εμπειρίες και τοποθετήσεις 23^ο Πανελλ/κό Παιδικό Συνέδριο Ερμιόνη 1985.
- (6) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987
- (7) KEMPE RS KEMPE H.C. child Abuse Fontana/Open Books 4th impr.
- (8) Schimitt D.B. KEMPE H.C. Abuse and neglect of children p.99 in Nelson Text book of Pediatrics, Behrman and Vaughen, Saunders 1903.
- (9) Schimitt D.B. KEMPE H.C. Abuse and neglect of children p.99
- (10) ΑΔΑΜ Ε. Μαραγκός Χ. Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 23^ο Πανελλ/κό Παιδικό Συνέδριο Ερμιόνη 22-23 Ιουνίου 1985
- (11) KEMPE CH. SILVERMAN F.N. STEELE B.F. DROEGEMUELLER W The battered child syndrome σελ. 17-24
- (12) BARRET IR. The orthopedic surgeon's roll in child abuse May 1979 σελ. 239
- (13) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ 59
- (14) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 63
- (15) Andersen J: Traumatic injuries of the teeth Znded W.B. Saunders Co. Coppnhegen 1981
- (16) BECKER D. NEEDLEMAN H. KOTELCMUCK M.: Child abuse and dentistry oroficial trauma and its recognition by dentists J. ADA 97 : 4. 1978
- (17) BECKER D. NEEDLEMAN H. KOTELCMUCK M.: Child abuse and dentistry J ADA 97 : 24. 1975

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ

Η Σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών είναι ένα πολυδιάστατο κοινωνικό και ψυχολογικό πρόβλημα, που ενδημεί σε όλες τις κοινωνίες. Πολλές ιστορικές πηγές περιγράφουν περιπτώσεις παιδιών θυμάτων σεξουαλικής παραβίασης ή εκμετάλλευσης, ενώ άλλες παρουσιάζουν το γενικό κλίμα εποχών, κατά τη διάρκεια των οποίων η μειωμένη αξία που είχε η παιδική ηλικία στις αντίστοιχες κοινωνίες ενθάρρυνε την πολλαπλή εκμετάλλευσή τους, άρα και εκείνη με σεξουαλικό περιεχόμενο.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι σεξουαλική παραβίαση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο που έχουν σα σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του δράστη. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικιότητα των παιδιών, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχόμενου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας, σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις.

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό ή την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία δεν είναι παρά οι εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος.

3.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Τα στοιχεία που αφορούν τη συχνότητα προέρχονται από διεθνή ερευνητικά δεδομένα⁽¹⁾, εφόσον στην Ελλάδα δεν υπάρχει επίσημο σύστημα καταγραφής. Δεν έχουμε όμως λόγους να πιστεύουμε ότι οι συνθήκες στη χώρα μας είναι διαφορετικές.

- 1:8 κορίτσια και 1:10 αγόρια είναι θύματα κάποιας σεξουαλικής παραβίασης 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 είναι θύμα επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής παραβίασης.

Η Αυστρία αναφέρεται σε εκτίμηση 10.000 παιδιών το χρόνο, η Ελβετία σε 40-45.000 παιδιά, ενώ έρευνα σε τυχαίο δείγμα ενηλίκων 18-70 ετών στη Σουηδία έδειξε ότι, 9% από τις γυναίκες και 3% από τους άνδρες αναφέρθηκαν σε μία τουλάχιστον εμπειρία σεξουαλικής παραβίασης ως τα 18 τους χρόνια.

Οι μελέτες συχνότητας που μετρούν νέα περιστατικά - δεν μπορούν ποτέ να αποκαλύψουν την έκταση του πραγματικού προβλήματος, εφόσον πρόκειται για ένα θέμα που αποτελεί ισχυρό κοινωνικό ταμπού. Έτσι, οι μελέτες που αποκτούν μεγαλύτερη αξία είναι οι μελέτες επιπολασμού ή επικράτησης, που εκτιμούν την αναλογία του πληθυσμού που έχει σεξουαλικά παραβιασθεί μέχρι την ενηλικίωση. Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται ανάλογα με τη μορφή της σεξουαλικής παραβίασης, δηλαδή αν ο δράστης ήταν μέλος της οικογένειας, άτομο έξω από την οικογένεια αλλά γνωστό στο θύμα ή τελείως άγνωστο, όπως και ανάλογα με τη μορφή του αδικήματος, δηλαδή αν περιλάμβανε σωματική επαφή ή όχι (επίδειξη,

πορνογραφία). Σύμφωνα με έρευνες της RUSSEL (1983) τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται από 12-38% και κατά την WYATT (1985) από 17-45%.

3.2. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Η μελέτη των επιδράσεων της σεξουαλικής παραβίασης έχει προσεγγισθεί από δύο άξονες: Ο πρώτος αφορά αναδρομικό υλικό, δηλαδή ενήλικα άτομα με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, ο άλλος βασίζεται σε προδρομική κλινική αξιολόγηση παιδιών - θυμάτων. Τα προβλήματα μπορούν να είναι άμεσα, καλύπτοντας τα δύο πρώτα χρόνια μετά την εμπειρία, και μακροχρόνια.

Άμεσες επιδράσεις περιλαμβάνουν αντιδράσεις φόρου, άγχους, κατάθλιψης, θυμού και επιθετικότητας και ανάρμοστης σεξουαλικής συμπεριφοράς. Η μακροχρόνια επίδραση στο παιδί έχει ως κύριο σύμπτωμά της τη κατάθλιψη, ενώ παρατηρούνται διαταραχές, όπως εκδηλώσεις άγχους, διαταραχές ύπνου, όρεξης (βουλιμία - ανορεξία), διαταραχή της εικόνας του σώματος κ.ά. Η κυριότερη όμως μακροχρόνια επίδραση είναι η χαμηλή εκτίμηση εαυτού, που περιλαμβάνει αισθήματα στιγματισμού, ψυχολογικής και κοινωνικής απομόνωσης. Μελέτες σ πρώην θύματα αναφέρονται σε δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων, προβληματική επικοινωνία με τα ίδια τους τα παιδιά, δυσκολία εμπιστοσύνης σε άλλους. Αντίστοιχες κλινικές μελέτες θυμάτων αιμομιξίας περιγράφουν προβλήματα σεξουαλικότητας, όπως δυσκολίες προσαρμογής στη σεξουαλική ζωή, ενοχή γύρω από το σεξ, δυσκολία ικανοποίησης, τάση να αποφεύγεται το σεξ ή αντίθετα μια ψυχαναγκαστική βουλιμία για σεξουαλική δραστηριότητα.

Η επίδραση στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου αποδεικνύεται από μελέτες σε δείγματα πόρνων(2), σύμφωνα με τις οποίες 55%-60% από αυτές είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά στην παιδική τους ηλικία από άτομο μεγαλύτερο τουλάχιστον κατά 10 χρόνια, πριν από την πρώτη

τους εκούσια σεξουαλική εμπειρία. Σε άλλη μελέτη πόρνων η μέση ηλικία τους κατά την πρώτη θυματοποίησή τους ήταν τα 10 τους χρόνια.

3.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΙΔΙΩΝ - ΘΥΜΑΤΩΝ

Η σεξουαλική παραβίαση παιδιών μέσα στην οικογένεια αποτελεί ένα σύμπτωμα οικογενειακής παθολογίας. Έτσι υποψήφια θύματα είναι όλα τα παιδιά 0-18 χρονών που ζουν σ' ένα οικογενειακό περιβάλλον "υψηλού κινδύνου". Ανάλογα ευάλωτα είναι παιδιά - θύματα σεξουαλικής κακοποίησης από άγνωστα άτομα, αν και στην περίπτωση αυτή εμπλέκονται πολλοί τυχαίοι παράγοντες.

Η διάγνωση της σεξουαλικής παραβίασης ενός παιδιού στηρίζεται περισσότερο σε στοιχεία της συμπεριφοράς του και λιγότερο σε φυσικά ευρήματα. Θετικά ευρήματα κατά την εξέταση υπάρχουν σε λιγότερο από 40% των παιδιών, ενώ τα σοβαρά τραύματα είναι σπάνια. Τα φυσικά ευρήματα περιλαμβάνουν τραυματισμούς στην περινεϊκή περιοχή, αφροδίσιο νόσημα ή και άλλα ευρήματα όπως τραύματα, αμυχές, αιματώματα, ουρολοιμώξεις, δυσκολία στο βάδισμα, κάθισμα, κλπ. Γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς, είναι συμπτώματα, όπως απότομη αλλαγή στη διάθεση ή παλινδρόμηση συμπεριφοράς, απότομη απομόνωση, απειθαρχία, τάσεις για πρόκληση προσοχής, αδυναμία συγκέντρωσης, αιφνίδια σχολική αποτυχία, άρνηση συμμετοχής στη γυμναστική ή στα αθλητικά του σχολείου. Σε μεγαλύτερα παιδιά συχνά εντοπίζεται σεξουαλική παραβίαση σε περιπτώσεις φυγών από το σπίτι, αποπειρών αυτοκτονίας, κρίσεων υστερία, εξάρτησης από αλκοόλ και άλλες τοξικές ουσίες.

Το μεγάλο εύρος των εμφανών και έμμεσων ευρημάτων, που διευκολύνουν τη διάγνωση της σεξουαλικής παραβίασης στα παιδιά, απαιτεί τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού για κάθε ύποπτη περίπτωση. Ο κλινικός οφείλει να συλλέξει πληροφορίες σχετικά με : 1) τις έμμεσες

επιδράσεις, 20 τις συνθήκες της αποκάλυψης και την επίδραση στο παιδί, 3) την εκτίμηση των συμπτωμάτων του παιδιού, που ακολούθησαν την κακοποίησή του ή άλλα έντονα γεγονότα και 40 το ιστορικό σχετικά με σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

3.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΩΝ

Σε ποσοστό 75 % οι δράστες είναι άτομα γνώριμα στο παιδί⁽³⁾ και περιλαμβάνουν πατέρες, θείους, πατριούς, παππούδες, φίλους των μητέρων τους, μεγαλύτερους αδερφούς και άλλα συγγενικά ή οικεία άτομα στο οποία το παιδί έχει εμπιστοσύνη. Οι δράστες προέρχονται από όλες τις κοινωνικές τάξεις, θρησκείες και επαγγέλματα συχνά είναι επαγγέλματα ή ασχολίες που επιτρέπουν την άμεση επαφή με παιδιά (δάσκαλοι, γυμναστές, υπεύθυνοι λεσχών, ομάδων). Συνήθως είναι οι ίδιοι παντρεμένοι και έχουν παιδιά. Είναι δυνατόν να αναζητούν θύματα έξω από το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον ή να κακοποιούν μόνο ένα ή περισσότερα δικά τους παιδιά ή ακόμα και να κακοποιούν δικά τους και άλλα παιδιά.

Οι δράστες περιγράφονται ως άτομα συναισθηματικά, αποστερημένα κατά την παιδική τους ηλικία ή με εμπειρίες διαφόρων μορφών ενεργητικής ή παθητικής βίας, όπως σωματική κακοποίηση. Αν και η πλειοψηφία των αγοριών που παραβιάζονται σεξουαλικά δεν εξελίσσονται σε δράστες σεξουαλικών αδικημάτων εναντίον παιδιών, μελέτη⁽⁴⁾ έδειξε ότι 47% εφήβων δραστήν που παρακολούθησε σε θεραπευτικό πρόγραμμα είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά σε μικρότερη ηλικία.

Οι δράστες έχουν επίσης περιγραφεί ως άτομα, που μεγάλωσαν με αυταρχικές μητέρες και που αισθάνονται μειονεκτικά πλάι στη γυναίκα τους, με την οποία έχουν λίγη ή καθόλου σεξουαλική επαφή. Έτσι στρέφονται προς το παιδί - συνήθως την κόρη - που "εξαπατούν" ξεχωρίζοντάς το από

τα άλλα παιδιά της οικογένειας με τρόπους, που το συγκεκριμένο παιδί προτιμά. Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση σπάνια εμπεριέχει χρήση βίας. Τις περισσότερες φορές η μητέρα γνωρίζει τι συμβαίνει έχοντας η ίδια αντιληφθεί τα γεγονότα ή μετά την αποκάλυψη από το παιδί. Η αντίδρασή της όμως συχνά επηρεάζεται από το γενικότερο κλίμα των ενδοοικογενειακών σχέσεων. Έτσι παρατηρούμε μητέρες που σιωπηρά δέχονται το πρόβλημα, γιατί έχουν κάποιο όφελος (π.χ. διακοπή διαταραγμένων σεξουαλικών σχέσεων με σύζυγο) ή γιατί δεν μπορούν να αυτονομηθούν αναλαμβάνοντας συγχρόνως την προστασία των παιδιών. (π.χ. έλλειψη προϋποθέσεων για εξασφάλιση εργασίας).

3.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ενώ το πρόβλημα της σωματικής κακοποίησης των παιδιών αποδίδεται στη διαταραχή των σχέσεων και του δεσμού μεταξύ γονιών και παιδιού, το πρόβλημα της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών ως κοινωνικό φαινόμενο αποδίδεται στους τρόπους και διαδικασίες κοινωνικοποίησης των ανδρών, στα πλαίσια δηλαδή μιας κοινωνίας, που πάντα απέδιδε στον άνδρα στο ρόλο του δυνατού, του κατακτητή που δικαιωνόταν μέσα από τη σεξουαλική του δραστηριότητα και επιτυχία. Η ατομική ψυχοπαθολογία των ανδρών δραστών και των γυναικών - που αποκαλύπτονται όσο προωθείται η έρευνα - ενισχύεται από πρόσθετα προβλήματα, όπως ο αλκοολισμός και η χρήση τοξικών ουσιών, που λειτουργούν ως μηχανισμοί άρσης αναστολών.

Κοινωνικοί προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν περιγραφεί είναι η κοινωνική απομόνωση της οικογένειας - που δε σημαίνει απαραίτητα γεωγραφική απομόνωση - η υψηλή πυκνοκατοίκηση, η αρρώστια, η απουσία, ο θάνατος της μητέρας, η παρουσία πατριού ή φίλου της μητέρας.

Οι οικογένειες αυτές χαρακτηρίζονται είτε ως ενδοστρεφείς είτε ως πολύ προβληματικές. Ενδοστρεφείς οικογένειες είναι εκείνες οι οποίες λειτουργούν ως "κλειστό σύστημα", όπου τόσο οι κακοποιήσεις όσο και οι συγκρούσεις αντλούνται και συμβαίνουν μέσα σ' αυτές. Τα μέλη της οικογένειας έχουν άγχος και αγωνία σχετικά με τυχόν διάλυση ή αλληλεγκατάλειψη, ο δε μηχανισμός της αιμομιξίας είναι αυτός, που κρατάει την οικογένεια μαζί.

Αντίθετα, χαοτικές, πολυπροβληματικές οικογένειες λειτουργούν χωρίς καθόλου ή με ασαφή όρια οικογενειακών ρόλων, που επεκτείνονται σε παραβίαση του ταμπού της αιμομιξίας.

Γενικά χαρακτηριστικά στις οικογένειες, όπου ενδημεί το πρόβλημα της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών είναι : α) ιστορικό σεξουαλικής παραβίασης ή ακραίας μορφής συναισθηματικής αποστέρησης στην ένα ή και στους δύο γονείς, β) σοβαρές διαταραχές στο συζυγικό ρόλο, γ) σεξουαλική δυσαρμονία μεταξύ των συζύγων, δ) αντιστροφή ρόλου μάνας-κόρης, ε) προβλήματα επικοινωνίας, ζ) ασαφή όρια ρόλων και η) η σεξουαλική παραβίαση χρησιμοποιείται ως μηχανισμός παθολογικής ισορροπίας.

Η αποκάλυψη του φαινομένου της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών συνδέεται με μια σταδιακή αλλαγή των κοινωνικών στάσεων προς τη σεξουαλικότητα. Η εμφάνιση και δημόσια συζήτηση του προβλήματος του AIDS ώθησε στην "εκλαΐκευση" όρων και θεμάτων, που ποτέ ως τώρα δεν συζητούνταν δημόσια ούτε και ιδιωτικά. Παρόλα αυτά βαθιές στάσεις και αντιλήψεις συντηρούν και καλλιεργούν ένα κλίμα άρνησης της ύπαρξης του προβλήματος. Η άρνηση αυτή δεν καλλιεργείται μόνο από τα θύματα, τις οικογένειές τους και φυσικά τους δράστες, αλλά από όλη την κοινωνία, η οποία δεν αντέχει να αποδεχθεί την ευθύνη και να αναλάβει την αντιμετώπιση και την πρόληψή του.

Η επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών στη σεξουαλικότητά τους, υποδεικνύει ότι οδηγεί σε πολύ πιο νωρίς έναρξη σεξουαλικής συναλλαγής, ασταθείς και σύντομους δεσμούς κατά την εφηβεία, απρογραμματίστες κυήσεις και μεγαλύτερο αριθμό εκτρώσεων. Τα ευρήματα αυτά κρίνονται σημαντικά σε μια ιστορική περίοδο, που έχει στιγματισθεί με την αποκάλυψη του προβλήματος του AIDS, γιατί τα παιδιά - θύματα σεξουαλικής παραβίασης θεωρούνται ως περιπτώσεις υψηλού κινδύνου για AIDS.

-
- (1) Child Sexual Assault, it's often closer to home than you think, CHILD PROTECTION council Australia 1985
(2) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ "Σεξουαλική παραβίαση παιδιών ψυχοκοινωνική διάσταση εφήβων" ΑΘΗΝΑ 1990
(3) - (4) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

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

4.1. ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

Έχει προταθεί και ο όρος "χημική κακοποίηση" (CHEMICAL ABUSE). Παρόλο που ο ΚΕΜΠΕ ήδη από την αρχική περιγραφή του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού (1926). Αναφέρει ότι "καμιά φορά ο γονιός μπορεί να κακοποιεί το παιδί χορηγώντας μεγάλες δόσεις κάποιου φαρμάκου" και ο LANSKY⁽¹⁾ (1974) δημοσιεύει περίπτωση μητέρας που δηλητηρίαζε το παιδί της για να εκδικηθεί τον πατέρα του, μόλις τα τελευταία χρόνια αρχίζει να προβάλλεται το σύνδρομο στη βιβλιογραφία της κακοποίησης.

Οι γιατροί είναι αρκετά εξοικειωμένοι με τη δηλητηρίαση που αποβλέπει στο θάνατο του παιδιού, αλλά τώρα η μη τυχαία δηλητηρίαση έχει

πάρει νέα μορφή. Είναι μια κατάσταση χρόνια όπου οι γονείς δεν θέλουν να απαλλαγούν από το παιδί τους. Κάθε άλλο ! είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρώ και χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς την κλασική σωματική κακοποίηση που γίνεται συνήθως σε στιγμές κρίσεις όπου ο ενήλικος χάνει τον έλεγχο μη αντέχοντας την ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού (κλάμα, άρνηση τροφής γκρίνια, ζημιά). Σ μία περίπτωση, οι γονείς επί έξι μήνες χορηγούσαν στην κόρη τους αλάτι σε μεγάλες δόσεις για να "της κόψουν τη λαιμαργία", σε άλλη προκαλούσαν την αρρώστια στο παιδί για να αμβλύνουν τις συζυγικές προστριβές γιατί τότε το παιδί "τους είχε ανάγκη", μία μητέρα προκαλούσε έτσι το ενδιαφέρον του συζύγου, άλλη τον οίκτο των γειτόνων, άλλη ήθελε κατά τους ψυχιάτρους να προεκτείνει στο παιδί το δικό της πρόβλημα υγείας και άλλη δηλητηριάζοντας το παιδί της μετέθετε το άγχος της για τη δικής της επιβίωση (έπασχε από σκλήρυνση κατά πλάκας)

Στην πλειοψηφία τους οι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση. Δεν είναι βίαιοι. Πολύ συχνά πρόκειται για μητέρες που είτε λόγω επαγγέλματος (πρακτικές νοσοκόμες), είτε λόγω δικής τους ασθένειας είναι εξοικειωμένες με αρρώστιες, φάρμακα και νοσηλευτικές τεχνικές. Μια έκανε ενδοφλέβια έγχυση πετρελαιοειδών, ενώ μια άλλη έπεισε το γιατρό να χορηγήσει ινσουλίνη στάζοντας στα δείγματα ούρων και αίματος του παιδιού διάλυμα γλυκόζης.

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

έρχεται το αλάτι ακολουθούν το νερό, τα βαρβιτουρικά, τα ηρεμιστικά και σπανιότερα τα διουρητικά το πιπέρι, η γλυκόζη, η φαινολοφθαλείνη

Όχι σπάνια (20% των περιπτώσεων) προηγείται ή έπεται της δηλητηρίασης σωματική κακοποίηση που βέβαια νοσηλεύεται σε διαφορετικό Νοσοκομείο κάθε φορά.

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

4.2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Το σύνδρομο MUNCHAUSEN περιγράφει άτομα που έχουν τόση εξάρτηση εθισμό στο Νοσοκομείο ώστε επινοούν ανύπαρκτα συμπτώματα και προκαλούν άχρηστες εξετάσεις, θεραπείες και χειρουργικές επεμβάσεις. Δεν πρόκειται για κατά φαντασία ασθενείς. Γνωρίζουν ότι είναι υγιείς (ο βαρώνος MUNCHAUSEN έχαιρε άκρας υγείας και πέθανε σε βαθιά γεράματα!), αλλά ηδονίζονται να επινοούν και να κατασκευάζουν συμπτώματα για να εξασφαλίζουν υγειονομική περίθαλψη και για να τραβούν το ενδιαφέρον του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Το 1977 ο MEADOW⁽²⁾ χρησιμοποίησε τον όρο MUNCHAUSEN BY PROXY για δύο οικογένειες όπου οι μητέρες επί χρόνια επινοούσαν συμπτώματα στα παιδιά τους. Το άρθρο δεν προκάλεσε τότε μεγάλη ανταπόκριση, ίσως γιατί δεν ήταν σε παιδιατρικό περιοδικό, ίσως δεν είχε έρθει ακόμη το πλήρωμα του χρόνου. Μετά τη δεύτερη δημοσίευση του MEDOW στο ARCH DIS. CHILD (1982) η βιβλιογραφία κατακλύζεται από ανακοινώσεις παρόμοιων περιπτώσεων Ο ίδιος ο MEDOW μέσα σε λίγους μήνες πάνω από 60 από την Αγγλία και Σκωτία μόνο Το περίεργο είναι, λέει, ότι άρχισαν και οι ίδιοι οι γονείς να καταγγέλλουν τις πράξεις τους.

Οι γονείς, συνήθως η μητέρα, είναι άτομα ευχάριστα, πολύ συνδεδεμένα με το παιδί, υπερπροστατευτικά. Συχνά είναι πρώην νοσοκόμες. Μέσα στο Νοσοκομείο, συνδέονται φιλικά με το προσωπικό, βοηθούν, είναι υποστηρικτικές και δεν παύουν να εκφράζουν την εκτίμησή τους για το ίδρυμα και την ευγνωμοσύνη τους για την υψηλού επιπέδου ιατρική φροντίδα που έχει το παιδί! Μια μητέρα, όταν ο γιατρός συντετριμμένος της ανακοίνωσε ότι η λαπαροτομία δεν απεκάλυψε τα αίτια του προβλήματος του παιδιού, του πρόσφερε τσάι και τον παρηγόρησε λέγοντας : δεν πειράζει γιατρέ μου, είναι σίγουρη πως κάποια άλλη εγχείρηση θα βρείτε για το καημένο του μωρό μου!

Η κλινική εικόνα ποικίλλει. Συνηθέστεροι είναι ο σπασμοί (που έχουν το πλεονέκτημα ότι ο γιατροί δεν έχουν την απαίτηση να δουν την κρίση για ν' αρχίσουν εξετάσεις και θεραπεία) και αναφέρονται από τις πιο απλές μέχρι τις πιο εξωτικές συμπτωματολογίες ανάλογα με τις γνώσεις της μητέρας με τη νοσοκομειακή υποδομή. Αρκετά συχνή είναι η μόλυνση βιολογικών δειγμάτων που αναλαμβάνει να διακινήσει η μητέρα, με αίμα δικό της ή του παιδιού. Αναφέρεται υποδόρια έγχυση αίματος του ίδιου του παιδιού για την πρόκληση πορφυρικού εξανθήματος. Ένα παιδί έφτασε στην εφηβεία καθηλωμένο σε αναπηρικό καροτσάκι λόγω ανεξήγητης (ανύπαρκτης) αδυναμίας των μυών των κάτω άκρων. Καμιά φορά τα παιδιά μεγαλώνοντας αρχίζουν να συνεργάζονται με τη μητέρα π.χ. μαθαίνουν πως όταν αναφέρεται επεισόδιο σπασμών αναμένεται από αυτά να είναι κάπως ληθαργικά. Σιγά - σιγά καταλήγουν να επινοούν και αυτά συμπτώματα και εξελίσσονται σε άτομα υποχόνδρια ή σε κλασικό σύνδρομο MUNCHAUSEN.

Η σωματική κακοποίηση σπάνια γίνεται από τη μητέρα. Συνήθως γίνεται από ανυποψίαστους, ευσυνείδητους γιατρούς και μπορεί να είναι πολύ σοβαρή. Στην Αγγλία αναφέρεται περίπτωση παιδιού 8 ετών που είχε κάνει πλήρη έλεγχο του ουροποιητικού για ακαθόριστα ενοχλήματα, σε 12 παιδιατρικές κλινικές! Ακόμη και στη συνηθέστερη περίπτωση της

διερεύνησης ανύπαρκτων σπασμών θα γίνει τουλάχιστον εξέταση αίματος. ΗΕΓγράφημα, βυθοσκόπηση, αξονική τομογραφία και εφόσον επιμένουν οι κρίσεις θα δοθεί θεραπευτική αγωγή παρά τα αρνητικά εργαστηριακά ευρήματα. Κάποιο παιδί 5 ετών είχε ήδη στο ιστορικό του 250 ιατρικές επισκέψεις. Ασφαλώς οι περισσότερες από αυτές δεν κατέληξαν σε ιατρογενή σωματική κακοποίηση. Ωστόσο, ο γιατρός δεν ανέχεται εύκολα να του διαφεύγει η διάγνωση και η επιμονή του υποτιθέμενου συμπτώματος τον παρασύρει σε νέες εξετάσεις και θεραπείες και παραπομπή σε ειδικούς που κι αυτοί θεωρούν καθήκον τους να διερευνήσουν την περίπτωση σε βάθος με όσο τελειότερες τεχνικές διαθέτουν. Έτσι τα παιδιά υφίστανται άχρηστες μέχρι επικίνδυνες ακτινογραφίες, αγγειογραφίες, αιμοληψίες, ειδικές δίαιτες, οσφυονωτιαίες παρακεντήσεις, λαπαροτομίες, κολονοσκοπήσεις, γαστροσκοπήσεις, βιοψίες νεφρού, οστών, δέρματος, βαριούχους υποκλυσμούς, μεταγγίσεις, απευαισθητοποίηση με ενέσεις αλλεργιογόνου. Σε κάποια περίπτωση έγινε νεφρεκτομή και σε άλλη αφαίρεση τμήματος του εντέρου με παρά φύσιν έδρα.....

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

Σε κάθε περίπτωση ανεξήγητων συμπτωμάτων ή εργαστηριακών ευρημάτων που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα, πρέπει να μπαίνει η υποψία MUNCHAUSEN δι' αντιπροσώπου, οι πληροφορίες που δίνει η μητέρα να επιβεβαιώνεται από άλλα μέρη της οικογένειας, οι εξετάσεις να παίρνονται με ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς ανάμειξη της μητέρας και το παιδί να παρακολουθείται για λίγες μέρες χωρίς επαφή μαζί της.

Άραγε για πόση ιατρογενή κακοποίηση ευθύνονται οι γιατροί, όχι μόνο στις ακραίες περιπτώσεις όπου παρασύρονται από αναξιόπιστους γονείς, αλλά και στις καθημερινές περιπτώσεις, παρασυρόμενοι από

επιστημονικό ενδιαφέρον και από την ανάγκη να απαντήσουν σε επιστημονικά ερωτήματα που ίσως δεν έχουν καμιά σχέση με την υγεία του παιδιού που χρειάζεται φροντίδα.

4.3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΑΜΕΤΟΧΟΥ ΘΕΑΤΗ

Στον επιστημονικό τύπου αναφέρεται μόλις πρόσφατα η πραγματικά τυχαία κακοποίηση του παιδιού κατά τη συμπλοκή των γονιών του ή άλλων ενηλίκων υπεύθυνων για τη φροντίδα του.

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

Σήμερα στις ΗΠΑ, 20% των ζευγαριών αναφέρουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο σωματικής κακοποίησης το χρόνο και 8% έχουν κακοποίηση τόσο σοβαρή, ώστε να χρειάζεται ιατρική παρέμβαση. Η μητέρα που κρατά το μωρό στην αγκαλιά της, μπροστά στην απειλή κτυπήματος, από ένστικτο αυτοσυντήρησης, το χρησιμοποιεί σαν ασπίδα και το παιδί κακοποιείται χωρίς να είναι το ίδιο αντικείμενο της οργής του πατέρα. Είναι, δηλαδή μία "τυχαία κακοποίηση". Ωστόσο είναι ένα παιδί που βρίσκεται σε κίνδυνο άμεσο και έμμεσο: άμεσο γιατί τα επεισόδια συνήθως επαναλαμβάνονται και χρησιμοποιούνται συχνά μαχαίρια ή άλλα φονικά όπλα και έμμεσο γιατί γνωρίζουμε ότι οι κακές σχέσεις μεταξύ συζύγων είναι ο σταθερότερος προδιαθεσικός παράγοντας για κακοποίηση παραμέληση.

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

4.4. ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΜΒΡΥΟΥ

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

Υπάρχουν οι παρακάτω προβληματισμοί.

Όταν μία μητέρα δίνει ναρκωτικό ή ούισκι στο βρέφος της για να μην κλαίει κι ενοχλεί τον εραστή της, χωρίς αμφιβολίες και χωρίς μεγάλη δυσκολία η περίπτωση θεωρείται ότι εμπίπτει στα πλαίσια της κακοποίησης και το βρέφος προστατεύεται από τους όποιους νόμους έχει θεσπίσει η πολιτεία (π.χ. μπορεί η μητέρα να χάσει τη γονική μέριμνα).

Όταν μια άλλη μητέρα παίρνει ναρκωτικά ή μεθά κατά την εγκυμοσύνη ασφαλώς κακοποιεί τα έμβρυο που κυοφορεί, αλλά πως να της αφαιρέσουμε τη γονική μέριμνα; Κι εκείνη που καπνίζει ενώ γνωρίζει ότι ο καπνός βλάπτει το κύημα; Δεν το κακοποιεί; Η έγκυος που έχει εξάρτηση από κάποια ουσία, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα πρόωρου τοκετού, αναστολής αναπτύξεως του εμβρύου, πρόωρης αποκόλλησης πλακούντα, προεκλαμψίας. Το νεογνό της είναι ήδη "κακοποιημένο" κι έχει μεγάλο κίνδυνο να παρουσιάσει προβλήματα στη σωματική και πνευματική του εξέλιξη από παραμέληση. Σε έρευνες(3) στη Δανία μόνο 25% των παιδιών ναρκομανών μητέρων μπόρεσαν να θεωρηθούν φυσιολογικά.

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

Το ποια μπορεί να είναι η παρέμβαση χρειάζεται να ερευνηθεί με μεγάλη προσοχή. Δε γίνεται βέβαια, να απαγορευτεί η τεκνοποίηση σε γυναίκες που έχουν μεγάλο κίνδυνο κακοποίησης του εμβρύου

(ναρκομανείς, αλκοολικές). Το να απομακρυνθεί το έμβρυο από το ανθυγιεινό περιβάλλον της μήτρας μοιάζει τερατώδες και αντιδεοντολογικό. Το ίδιο τερατώδες και αντιδεοντολογική φαινόταν πριν λίγα χρόνια και η απομάκρυνση του κακοποιημένου βρέφους. Η πικρή πείρα έφερε αλλαγή της δεοντολογίας. Προτιμήθηκε η απομάκρυνση του παιδιού από τη μητέρα του, από τον βέβαιο θάνατο του στην αγκαλιά της. Το να καθιερωθεί η κυοφορία από θετή μήτρα ως παρέμβαση εκλογής σε περιπτώσεις κακοποίησης εμβρύου, φαίνεται να ανήκει αυτή τη στιγμή στο χώρο της επιστημονικής φαντασίας (εκεί ακριβώς που φαινόταν να ανήκουν η εξωσωματική γονιμοποίηση και η προγεννητική διάγνωση πριν 15 χρόνια).

Χαρακτηριστικό της αλλαγής στον τρόπο του σκέπτεσθαι είναι τούτο: Μέχρι τώρα οι νόμοι που προστατεύουν την εγκυμοσύνη αναφέρονται στην ίδια την έγκυο. Όποιος την κακοποιήσει τιμωρείται ανάλογα με τις βλάβες που προκάλεσε σ' αυτήν. Τώρα υπάρχει η τάση να θεσπιστούν νόμοι που να τιμωρούν ανάλογα και με τη βλάβη που προκλήθηκε στο έμβρυο. Η ίδια δόση βίας μπορεί να προκαλέσει μικροτραυματισμούς στη μητέρα, αλλά μόνιμες βλάβες του Κ.Ν.Σ. στο κύημα. Η διαφορά είναι σημαντική.

Οι νομικοί λένε ότι οι νόμοι έπονται των κοινωνικών αλλαγών. Η κινητοποίηση των γιατρών πρέπει να προηγείται κατά πολύ της νομοθεσίας. Ήρθε ίσως η ώρα να πάψει να θεωρείται η περίπτωση του κακοποιημένου εμβρύου "τραβηγμένη από τα μαλλιά" και να αρχίσει η διαδικασία αναζήτησης του τρόπου αντιμετώπισής της.

(1) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 100-102

(2) MEDOW R. Munchausen Syndrom by Proxy p. 57, 92 1982

(3) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού ΑΘΗΝΑ 1987 "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" σελ. 105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΝΑΝΙΣΜΟΣ

Μέσα στο γενικό περίγραμμα του συνδρόμου της μητρικής στέρησης, της παραμέλησης και της απόρριψης τοποθετείται ο ψυχοκοινωνικός νανισμός και είναι πράγματι ένα εντυπωσιακό σύνδρομο.

Τα παιδιά με ψυχοκοινωνικό νανισμό, είναι παιδιά εξ' ορισμού, άνω των τριών ετών, με κοντό ανάστημα, δηλαδή κάτω από την τρίτη εκατοστιαία θέση. Εκτός από το κοντό ανάστημα παρουσιάζουν άτυπο τρόπο διατροφής. Δηλαδή δεν τρώνε συνήθως ό,τι τους δίνει η μητέρα τους, ή τρώνε πάρα πολύ από κάτι που τους αρέσει ιδιαίτερα, π.χ. ένα δοχείο μαγιονέζας ή μουστάρδας, ή εφτά αυγά σε μια καθισιά. Άλλα παιδιά μπορεί να τρώνε από το σκουπιδοτενεκέ ή τροφή για σκυλιά και πολλά παρουσιάζουν μεγάλη δίψα. Μάλιστα αναφέρεται η περίπτωση παιδιού, που το κλείδωσαν οι γονείς του τη νύχτα για να μην σηκώνεται να πει νερό και παιδιών που έπιναν το νερό της βροχής ή το νερό της τουαλέτας. Στις μισές περιπτώσεις παρατηρείται κάποιος βαθμός υποσιτισμού από τη σύγκριση βάρους με ύψος.

Στην κλασική εργασία της KRIEGER⁽¹⁾ για τον ψυχοκοινωνικό νανισμό, η καθυστέρηση της αύξησης είχε αρχίσει από τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής και τα μισά από τα παιδιά της έρευνας έφεραν σημάδια κακοποίησης. Από την πλευρά της διανοητικής ανάπτυξης τα μισά παιδιά είχαν κανονική ανάπτυξη, αλλά όμως παρουσίαζαν ελαφρά πνευματική καθυστέρηση, όταν εξετάστηκαν κατά την πρώτη επίσκεψη τους στην κλινική ή το Νοσοκομείο. Διαταραχές του ύπνου με συχνά ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας, παρατηρούνται σε πολλά από τα παιδιά αυτά.

Επίσης, πολλά παιδιά με ψυχοκοινωνικό νανισμό παρουσιάζουν διαταραχές στην εξέλιξη του λόγου.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά, μερικά παιδιά είναι ευερέθιστα κι έχουν άσχημες κρίσεις θυμού, άλλα εμφανίζουν υποτακτική συμπεριφορά, είναι προσκολλημένα στη μητέρα και αναζητούν την τρυφερότητα από οποιοδήποτε άτομο. Ευθύς εξαρχής, αυτή η διαταραχή της συμπεριφοράς μαζί με το κοντό ανάστημα είναι σημάδια που πρέπει να κινούν στο γιατρό ή σε άλλου ειδικούς υποψίες και ερωτηματικά για περαιτέρω διερεύνηση σχετικά με τους ασθενείς αυτούς.

Ένα εύλογο ερώτημα εμφανίζεται εδώ: Τι προκαλεί τη διαταραχή αυτής της αύξησης, που έχει ιδιαίτερο αντίκτυπο στο ανάστημα του παιδιού και πως αναπτύσσεται; Όπως και στο σύνδρομο της κακοποίησης, έτσι και εδώ πρέπει να ανατρέξει κανείς στις σχέσεις γονιών και παιδιού και ιδιαίτερα μητέρας και παιδιού. Ιδιαίτερα στην τελευταία αυτή δυαδική σχέση παρατηρείται έλλειψη της ικανότητας της μητέρας να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του παιδιού και να ταυτίζεται με αυτά. Από την πλευρά του παιδιού υπάρχει εχθρική και αντιθετική σχέση με τη μητέρα. Οι δύο αυτοί παράγοντες επενεργούν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, ο ένας ή και οι δύο και κατά μικρά διαστήματα μπορεί να εκλείπουν, οπότε παρατηρούνται κάποιες μικρές αύξησης στο ανάστημα του παιδιού. Η μητέρα ή και ο πατέρας, όπως και στην κακοποίηση, έχουν μεγάλες απαιτήσεις από το παιδί τους και απογοητεύονται όταν η συμπεριφορά του παιδιού δεν είναι ικανοποιητική. Οι απαιτήσεις υπάρχουν γιατί ο γονείς είναι φορείς ενός απάνθρωπα αυστηρού υπερεγώ, δηλαδή του συνόλου των ιδεών που διαγράφει την ηθική μας συμπεριφορά, το οποίο βέβαια οι ίδιοι ανέπτυξαν στο επικριτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγάλωσαν με τους δικούς τους γονείς.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ψυχοκοινωνικού νανισμού τα όρια μεταξύ κακοποίησης και παραμέλησης γίνονται ασαφή και οι δύο καταστάσεις

συνυπάρχουν. Έτσι, αρκετές μητέρες τιμωρούν με εντελώς ακατάλληλο τρόπο τα παιδιά τους, ή μπορεί να παραπονηθούν ότι τα παιδιά τους τρώνε πολύ και γι' αυτό τους κατακρατούν την τροφή, ενώ αυτά είναι εμφανώς υποσιτισμένα. Οι ίδιες οι μητέρες έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και μπορεί να ταυτίζουν το παιδί με τον πατέρα ή το σύζυγό τους, τιμωρώντας το ανάλογα με τη στάση τους. Μια μητέρα είπε π.χ. ότι έβλεπε τον υιό της σαν τον πατέρα της που κρατούσε την καλύτερη τροφή για τον εαυτό του. Άλλες πάλι μητέρες βλέπουν στα παιδιά το δικό τους κακό εαυτό και προσπαθούν να τον αναμορφώσουν ή να αποδώσουν δίκαιη τιμωρία. Οι πατέρες των παιδιών συνήθως είναι παθητικοί ή ανύπαρκτοι. Συζυγικά προβλήματα, χωρισμού των γονιών και αλκοολισμός παρατηρούνται συχνά στις οικογένειες αυτές.

Η διαμάχη παιδιού με γονείς πάνω στο θέμα της διατροφής θεωρείται ότι είναι μια άλλη αιτία που οδηγεί στο νανισμό. Αυτή η διαμάχη, από την πλευρά του παιδιού, μπορεί να τη δει κανείς σαν έκφραση αυτονομίας και συγχρόνως έκφραση του φόβου ότι θα χάσει το παιδί την προσοχή της μάνας εάν φάει κανονικά. Θεωρητικά λοιπόν, αυτή η κατηγορία των παιδιών με νανισμό πάσχει από μια διαταραχή του αποχωρισμού από το γονιό. Οι μητέρες έχουν και οι ίδιες διαταραχές αποχωρισμού από τις δικές τους μητέρες.

Ο ψυχοκοινωνικός νανισμός είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ψυχοσωματικής διαταραχής, που δείχνει ότι οι οργανικές διαταραχές είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις ψυχολογικές διαταραχές. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι ο νανισμός αυτός είναι αποτέλεσμα ψυχοκοινωνικών παραγόντων πάνω στη λειτουργία της υπόφυσης και μέσω της υπόφυσης στην αύξηση του οργανισμού.

Επειδή αρκετά παιδιά με αυτού του είδους το νανισμό παρουσιάζουν σημεία κατάθλιψης και οι ενδοκρινολογικές διαταραχές της κατάθλιψης είναι παρόμοιες με του νανισμού, δηλαδή χαμηλές τιμές αυξητικής ορμόνης μετά

από ερεθισμό και υπερέκκριση κορτιζόνης, γεννάται το ερώτημα εάν ο νανισμός αυτός είναι αποτέλεσμα κατάθλιψης.

Άλλοι ερευνητές διατύπωσαν ότι η κινητικότητα της εντερικής οδού και η απορροφητικότητά της επηρεάζονται από την ψυχολογική διαταραχή που επηρεάζει την υπόφυση και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η διαταραχή αυτή στην εντερική οδό, υποτίθεται ότι δημιουργεί διαιτητικές ελλείψεις και παρεμποδίζονται οι αναβολικές διεργασίες.

Ερωτήματα υπάρχουν επίσης ως προς το ρόλο της διαταραχής του ύπνου, που παρουσιάζεται στο νανισμό. Παρουσιάζεται δηλαδή μεγάλη μείωση ή έλλειψη του σταδίου 4 του ύπνου. Είναι γνωστό ότι γίνεται έκκριση της αυξητικής ορμόνης, κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού. Τα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης καθώς και η μείωση του σταδίου 4 ομαλοποιείται όταν αρχίσει η ανάρρωση των παιδιών με νανισμό.

Σχετικά με την αιτιολογία του συνδρόμου, μπορεί κανείς να θέσει το ερώτημα, γιατί μερικά παιδιά παρουσιάζουν αυτή την αντίδραση και άλλα, που υφίστανται παρόμοιες οικογενειακές καταστάσεις, δεν την παρουσιάζουν. Μια πιθανή απάντηση μπορεί να είναι ότι τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν ιδιαίτερη ευαισθησία ή ότι η οικογενειακή διαταραχή κράτησε περισσότερο καιρό από ό,τι σε άλλες περιπτώσεις.

Η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση είναι συνδεδεμένη με την αλλαγή του περιβάλλοντος και μόνο αυτή είναι δυνατό να επιφέρει μείωση της διαταραχής της συμπεριφοράς και γοργή αύξηση του ύψους. Η κοιλιά των παιδιών γίνεται λιγότερο προτεταμένη, η τεράστια όρεξη τους μειώνεται, ο ύπνος τους γίνεται πιο φυσιολογικός και τα επίπεδα της αυξητικής ορμόνης αυξάνουν γρήγορα. Αυτές οι αλλαγές συμβαίνουν όταν τα παιδιά μεταφερθούν στο νοσοκομείο ή σε ανάδοχες οικογένειες. Όταν πάνε πάλι στο σπίτι τους, χωρίς να έχει γίνει ιδιαίτερη παρέμβαση στην οικογένεια, ή όταν η παρέμβαση έχει αποτύχει βλέπει κανείς γρήγορη αναστολή της αύξησης. Αρκετές φορές η υιοθεσία είναι η μόνη δυνατή λύση. Με την

βελτίωση στην αύξηση και του δείκτη νοημοσύνης στις ψυχολογικές δοκιμασίες. Η βελτίωση στην αύξηση του αναστήματος μπορεί να παρουσιαστεί όταν η παρέμβαση γίνει ακόμα και στην εφηβεία.

5.1. ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΟΝΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Η κακοποίηση των παιδιών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ειδικών στην Ελλάδα πρόσφατα. Στην καθυστέρηση αυτή συντέλεσαν κυρίως οι παραδοσιακές αντιλήψεις για το γονικό ρόλο, οι οποίες συνέτειναν στη δυσκολία να γίνει αντιληπτό και αποδεκτό, τόσο από την κοινή γνώμη όσο και από τους ειδικούς ότι η γονική ικανότητα δεν αποτελεί ένα αλάθητα έμφυτο χαρακτηριστικό (π.χ. μητρικό ένστικτο) σε όλους του γονείς.

Η περιορισμένη βιβλιογραφία που υπάρχει στην Ελλάδα σήμερα μας αποκάλυψε κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με την πειθαρχία και τον τρόπο που αυτή επιβάλλεται από τους γονείς στα παιδιά, ο τρόπος δε επηρεάζεται από παράγοντες όπως το φύλλο και η κοινωνική τάξη. Για παράδειγμα οικογένειες από κατώτερες κοινωνικές τάξεις παρουσίασαν ισχυρότερες τάσεις ενίσχυσης της εξάρτησης των παιδιών, στις οικογένειες από την μέση και ανώτερη κοινωνική τάξη ήταν πιο φιλελεύθερος, ή ακόμα μητέρες των κατώτερων και ανώτερων κοινωνικών τάξεων ήταν συχνότερα δυσαρεστημένες από τη συμπεριφορά των υιών τους παρά αυτή των κοριτσιών τους. Επίσης ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς τιμωρούν τα παιδιά τους σε περιπτώσεις απαράδεκτης συμπεριφοράς από μέρους τους, ποικίλλει ή εξαρτάται και αυτός επίσης από την κοινωνική τάξη από την οποία προέρχονται οι γονείς. Για παράδειγμα μητέρες από την εργατική τάξη αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν την σημαντική τιμωρία. Ενώ γονείς από ανώτερες κοινωνικές τάξεις χρησιμοποιούν άλλου είδους τιμωρία όπως π.χ.

(δε δίνουν χρήματα ή δεν ικανοποιούν ορισμένες επιθυμίες των παιδιών τους, αγορά ενός παιχνιδιού).

Τα τελευταία χρόνια ο αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων παιδιών που προσκομίστηκαν στο Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία" με σοβαρά τραύματα. Χωρίς φανερή αιτιολογία προκάλεσε το ενδιαφέρον των ειδικών για μια πιο επισταμένη μελέτη του φαινομένου.

Τα στοιχεία μιας έρευνας που έγιναν από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, έδειξαν ότι η εκδήλωση βάνουσης συμπεριφοράς των γονιών εξαρτάται από παράγοντες όπως το επίπεδο της νοημοσύνης καθώς επίσης και την προσωπικότητα των γονιών, όπου αυτή συνήθως εμφανίζεται με έντονα τα χαρακτηριστικά της ανωριμότητας, της παρορμητικότητας, των ισχυρών αναγκών για εξάρτηση και διαταραγμένες προσωπικές σχέσεις. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν είναι αποκλειστική η απόδοση τέτοιων χαρακτηριστικών αποκλειστικά και μόνο σε γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους.

Έρευνες⁽²⁾ σε άλλες χώρες είχαν στόχο να εξετάσουν το ρόλο της νοητικής ικανότητας των γονιών και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τους ως παραγόντων που συμβάλλουν στην κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών, παρουσίασαν ως τώρα μάλλον αντιφατικά ευρήματα. Σε μια σειρά από τις πιο πρόσφατες έρευνες το φαινόμενο της κακοποίησης ερμηνεύεται και αποδίδεται κυρίως σε ψυχοδυναμικά προσδιοριζόμενους αιτιολογικούς παράγοντες. Μεταβλητές όπως η νοημοσύνη, η προσωπικότητα, ή η κοινωνική τάξη δε φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο. Αντίθετα άλλες έρευνες βρήκαν ότι η χαμηλή κοινωνική τάξη, η χαμηλή νοητική ικανότητα, η ψυχοπαθολογία και άλλοι παράγοντες προσωπικότητας, διαφοροποιούν τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους από την ομάδα ελέγχου.

Τα ερωτήματα που προκύπτουν από τη διεθνή έρευνα όσο και τα ευρήματα της παραπάνω προκαταρκτικής έρευνας οδήγησαν σ'αυτή τη

μελέτη που στοχεύει στη συγκριτική αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της νοημοσύνης και της προσωπικότητας των Ελλήνων γονιών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους

Σε δείγμα₍₃₎ που αποτελείται από 20 σωματικά κακοποιημένα παιδιά και 10 σωματικά παραμελημένα παιδιά, τα 13 από τα σωματικά κακοποιημένα παιδιά είχαν ιστορικό κακοποίησης πριν την παραπομπή τους στην ομάδα κακοποίησης παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού ενώ 7 παραπέμφθηκαν μετά το πρώτο επεισόδιο. Εννέα παιδιά είχαν βάρος κάτω την 3^η εκατοστιαία θέση και κακή σωματική φροντίδα. Σε τρεις περιπτώσεις οι μητέρας ήταν αποκλειστικά υπεύθυνες για την κακοποίηση εφόσον ζούσαν μόνες με τα παιδιά τους (δύο ήταν ανύπαντρες και μία σε διάσταση). Τα υπόλοιπα 7 παιδιά ζούσαν και με τους δύο γονείς τους κάτω από συνθήκες φτώχειας, νοητικής καθυστέρησης και κοινωνικής εξαθλίωσης.

Οι περιπτώσεις προέρχονταν από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας παραπέμφθηκαν δε στην ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού από διάφορα Νοσοκομεία, κοινωνικούς φορείς, γείτονες, σε διάστημα ενός χρόνου. Όλες ήταν διαδοχικές παραπομπές στο συγκεκριμένο αυτό διάστημα. Την ομάδα ελέγχου αποτέλεσε ίσος αριθμός περιπτώσεων

Τα κριτήρια επιλογής που χρησιμοποιήθηκαν για την κατά ζεύγη εξίσωση των δύο ομάδων ήταν :

- α) Νοσηλεία στο Νοσοκομείο Παιδων "Αγία Σοφία" για σημαντική αρρώστια άσχετη με κακοποίηση ή ατύχημα
- β) Το φύλλο του παιδιού
- γ) Η ηλικία του παιδιού
- δ) Ο τόπος διαμονής
- ε) Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο όπως προσδιορίζεται από το επάγγελμα του πατέρα.

Η μέση ηλικία των μητέρων που κακοποιούσαν τα παιδιά τους ήταν 29,1 ετών και των μητέρων της ομάδας ελέγχου 28,6 ετών. Η μέση ηλικία των πατέρων που κακοποιούσαν ήταν 39,9 ετών και των πατέρων της ομάδας ελέγχου 39 ετών.

Η εκτίμηση της νοημοσύνης έγινε με την κλίμακα του WECHSLER για ενήλικες (WAIS). Η εμπειρία από την προκαταρκτική έρευνα έδειξε πως για την αξιολόγηση της προσωπικότητας θα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί ένα αντικειμενικό, τεστ κατάλληλο για άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού και νοητικού επιπέδου. Η δοκιμασία των 16 παραγόντων προσωπικότητας του CATTELL (Cattell's 16 PF-Questionnaire Form E) θεωρήθηκε ως η καταλληλότερη δοκιμασία.

Τα αποτελέσματα του WAIS επηρεάστηκαν αναμφίβολα και στις δύο ομάδες, από το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ατόμων. Για τα άτομα και των δύο φύλλων της ομάδας ελέγχου όπως και για τους πατέρες της ομάδας ελέγχου όπως και για τους πατέρες της ομάδας κακοποίησης ο δείκτης νοημοσύνης κυμαίνεται στα επίπεδα της χαμηλής φυσιολογικής νοημοσύνης. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με εκείνα προηγούμενης μελέτης σε δείγματα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας για άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και κοινωνικοοικονομική προέλευση.

Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα των μητέρων που κακοποιούν σε σύγκριση με εκείνα της ομάδας ελέγχου δείχνουν ότι οι μητέρες αυτές λειτουργούν σε χαμηλό νοητικό επίπεδο, κυρίως οριακό και ορισμένες στα πλαίσια της ελαφράς νοητικής καθυστέρησης. Επίσης τρεις από τις μητέρες που κακοποιούν ενώ καμιά από την ομάδα ελέγχου είχαν δείκτη νοημοσύνης κατώτερο από τα χαμηλότερα όρια της ελαφράς νοητικής καθυστέρησης. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, οι μητέρες που κακοποιούν χαρακτηρίζονται από συστολή επιφυλακτικότητα φόβο, και αυξημένη ευαισθησία στις απειλές αλλά συγχρόνως και από μία

προσωπικότητα απείθαρχη, ανεξέλεγκτη και με έντονες εσωτερικές συγκρούσεις σε σύγκριση με τις μητέρες στο δείγμα ελέγχου.

Από μία έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ⁽⁴⁾ βρέθηκε ότι οι μητέρες που κακοποιούν τα παιδιά τους παρουσιάζονται περισσότερο τολμηρές, αυθόρμητες και πληθωρικές σε συναισθηματικές αντιδράσεις από τους μάρτυρες ενώ οι Ελληνίδες μητέρες που κακοποιούν είναι ντροπαλές αποσυρμένες και ευαίσθητες σε απειλές. Το τελευταίο εύρημα επιβεβαιώνεται από στοιχεία του κοινωνικού ιστορικού που δείχνει ξεκάθαρα ένα κοινωνικά απομονωμένο και αποσυρμένο τρόπο ζωής των οικογενειών που κακοποιούν τα παιδιά τους στην Ελλάδα.

Για τους πατέρες οι συγκρίσεις των αποτελεσμάτων του 16PF μεταξύ των δύο ομάδων παρουσίασε μια στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο σε ότι αφορά την πειθαρχία και τον αυτοέλεγχο. Οι μητέρες της ομάδας κακοποίησης αποδείχτηκαν περισσότερο απείθαρχες και αντιφατικές ενώ οι πατέρες της ίδιας ομάδας ήταν πιο πειθαρχημένοι και με περισσότερο αυτοέλεγχο.

Η συνολική εικόνα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των γονιών που κακοποιούν στην μελέτη αυτή δείχνει ότι το χαμηλό νοητικό επίπεδο, η κοινωνική απομόνωση και ο περιορισμένος αυτοέλεγχος είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ομάδα κακοποίησης από την ομάδα ελέγχου αλλά μόνο σε ό,τι αφορά τις μητέρες. Οι πατέρες δεν παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές από τους μάρτυρες.

Το γεγονός ότι τα ευρήματα περιορίζονται στις μητέρες μόνο μπορεί να αποδοθεί στο μεγαλύτερο αριθμό μητέρων - δραστών στη μελέτη σε σύγκριση με τους πατέρες. Η μεγαλύτερη συχνότητα των "μητέρων - δραστών" μπορεί ακόμα να εξηγηθεί κάτω από το πρίσμα των κοινωνικά και πολιτιστικά καθοριζόμενων γονικών ρόλων για την ανατροφή των παιδιών και τις μεθόδους πειθαρχίας στην Ελλάδα.

Οι ριζικές κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που έφερε η βιομηχανική ανάπτυξη στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία έχουν σημαντικά επηρεάσει το ρόλο και τη θέση των γυναικών. Παρόλα αυτά πολύ συγκεκριμένα στερεότυπα που προσδιορίζουν τον ανδρικό και γυναικείο ρόλο είναι ακόμη πολύ εμφανή στην Ελληνική οικογένεια. Ο ρόλος του πατέρα διαγράφεται σαν αυτός του "προμηθευτή", καθοδηγητή" και του "στηρίγματος" της οικογένειας ενώ η μητέρα έχει το ρόλο αυτού που ανατρέφει φροντίζει και προστατεύει. Ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει την υπευθυνότητα για την επιβολή πειθαρχίας στα παιδιά. Ένας στους δύο γονείς που ρωτήθηκε απάντησε ότι η πειθαρχία είναι δουλειά της μητέρας ενώ ένας στους τέσσερις απόδωσε την ευθύνη στον πατέρα. Η δυσαρμονία που παρατηρείται μεταξύ της κοινωνικής προόδου που αντανακλάται σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία και της διατήρησης περισσότερο παραδοσιακών μοντέλων στους τομείς της ιδιωτικής ζωής δημιουργεί ένταση και σύγκρουση που επηρεάζει σημαντικά την κοινωνική και ψυχολογική οντότητα του ατόμου καθώς επίσης και την αρμονική ανάπτυξη της κοινωνίας συνολικά. Μια τέτοια ατμόσφαιρα μπορεί να είναι πολύ ασφυκτική για μια Ελληνίδα μητέρα ομάδας "υψηλού κινδύνου" που ανίκανη να εκπληρώσει τον κοινωνικά επιβεβλημένο ρόλο της φροντίδας στρέφεται στο σύζυγο της για βοήθεια και υποστήριξη. Συγχρόνως ο πατέρας προμηθευτής εκπληρώνοντας τον παραδοσιακό ρόλο σαν "υπουργός των εξωτερικών" στην οικογένειά του δεν της δίνει τη στήριξη που εκείνη χρειάζεται. Είναι πολύ δύσκολο για μια νεαρή κοινωνικά απομονωμένη Ελληνίδα μητέρα να στραφεί στα παιδιά της αναζητώντας την ικανοποίηση που ο άνδρας της δεν μπορεί να της δώσει. Ένα μικρό απαιτητικό βρέφος ή μικρό παιδί δεν μπορεί ποτέ να ικανοποιήσει τέτοιες ανάγκες. Η απογοήτευση, η συναισθηματική στέρση, η αντιστροφή των ρόλων οι εξωπραγματικές προσδοκίες, όλα οδηγούν στη χρήση βίας προς

το παιδί, παρά στο διάλογο ή στην ολοκληρωτική "παραίτηση" από το μητρικό ρόλο που οδηγεί στην παραμέληση.

Το νέο Ελληνικό Οικογενειακό Δίκαιο μεριμνά για την ισότητα των φύλων για την υποχρέωση της γονικής φροντίδας και από τους δύο γονείς σε αντίθεση με την πατρική εξουσία και για μια γενική μεταρρύθμιση σε όλη τη νομική λειτουργικότητα της ελληνικής οικογένειας. Μερικά σημεία της κριτικής που γίνεται γι' αυτόν το νόμο είναι ότι είναι "υπερβολικά προοδευτικός" για την Ελλάδα και ότι υπάρχει χάσμα μεταξύ νομικών ρυθμίσεων και κοινωνικής πραγματικότητας. Το ισχυρό γυναικείο κίνημα που αναπτύσσεται στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Έχει αυξήσει την ευαισθητοποίηση και οδηγεί τώρα τις γυναίκες στο νέο τους ρόλο της ισότιμης συνεργασίας. Ελπίζοντας ότι αυτό το νέο κλίμα θα απλωθεί σύντομα σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και τις απομονωμένες οικογένειες.

5.2. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΜΗΤΕΡΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

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

Σε μια έρευνα των SMITH⁽⁵⁾ και συν. βρέθηκε ότι οι μητέρες παρουσίαζαν μικρή ή μεγάλη ανωμαλία της προσωπικότητας σε ποσοστό 76%, ενώ 48% ήταν νευρωτικές και 3,4% ψυχωσιακές. Τα ποσοστά αυτά της διαταραχής της προσωπικότητας και της νεύρωσης διέφεραν

στατιστικά από την ομάδα ελέγχου και το ποσοστό των ψυχωσικών διαταραχών ήταν γενικά υψηλότερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού. Στην ίδια έρευνα οι πατέρες διέφεραν στατιστικά όσον αφορά την προσωπικότητα, έχοντας κάποια ανωμαλία στην προσωπικότητά τους σε ποσοστό 64%, ενώ το ποσοστό 10% της νεύρωσης δε διέφερε στατιστικά από την ομάδα ελέγχου.

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

Το υλικό που παρουσιάζεται στο κεφάλαιο αυτό αποτελεί μέρος από ένα ευρύτερο ερευνητικό πρόγραμμα με σκοπό τη διαπίστωση αναγκών στην αποκατάσταση κακοποιημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος το δείγμα που περιγράφεται αποτελείται από όλες τις μητέρες που δέχτηκαν να έχουν μια πλήρη ψυχιατρική εξέταση, ύστερα από εισήγηση της κοινωνικής λειτουργού που αναλάμβανε την περίπτωση. Περιλαμβάνει 50 μητέρες ηλικίας 16 έως 48 ετών με μέση ηλικία 27 έτη. Οι μητέρες αυτές αποτελούν το 51% του συνολικού αριθμού των νέων περιπτώσεων του προγράμματος από Απρίλιο 1981 έως Ιούνιο 1985. Δεν περιλαμβάνει τους πατέρες γιατί ελάχιστοι από αυτούς δέχτηκαν πλήρη ψυχιατρικό έλεγχο.

Η μέθοδος ψυχιατρικής εξέτασης και αξιολόγησης στηριζόταν σε ψυχιατρική συνέντευξη κατά τη διάρκεια της οποίας λαμβανόταν ψυχιατρικό ιστορικό. Επίσης αξιολογήθηκε και η παρούσα ψυχιατρική κατάσταση με βάση την εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης (PSE) του WING ΚΑΙ συν. και συμπληρωματικές ερωτήσεις. Το PSE είναι μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη με 140 στοιχεία που καλύπτουν όλη τη ψυχοπαθολογία(6).

Από τις 48 μητέρες που εξετάστηκαν οι 11 (22%) κρίθηκαν ότι δεν αποτελούσαν ψυχιατρικές περιπτώσεις. Από τις υπόλοιπες, οι 15 (31%) παρουσίαζαν νευρωτικές καταθλίψεις, οι 12 (25%) αγχώδεις καταστάσεις, ο 5 (10%) πυρηνικό σύνδρομο, δηλαδή περιλάμβαναν συμπτώματα σχιζοφρένειας πρώτης τάξης και τέλος, οι υπόλοιπες 5 (10%) αφορούσαν άλλες ψυχωσιακές καταστάσεις (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Αποτελέσματα αδρής ψυχιατρικής ταξινόμησης 48 μητέρων κακοποιημένων παιδιών με βάση την εξέταση της παρούσας ψυχικής κατάστασης (PSE).

Διάγνωση	Αριθμός περιπτώσεων	Ποσοστό %
Μη ψυχιατρικές περιπτώσεις	11	22
Νευρωτική κατάθλιψη	15	31
Αγχώδεις καταστάσεις	12	25
Πυρηνικό σύνδρομο (σχιζοφρένεια)	2	10
Άλλες ψυχώσεις	5	10
ΣΥΝΟΛΟ	45	98

Συνολικά το 78% του δείγματος που εξετάστηκε ήταν ψυχιατρικές περιπτώσεις.

Το ποσοστό αυτό είναι πολύ υψηλό συγκρινόμενο με εκείνο του γενικού πληθυσμού όπως προκύπτει από την έρευνα των Μαδιανού και Ζάρναρη(7) : Η επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4.083 ατόμων αστικού και αγροτικού πληθυσμού. Όπου το ποσοστό των γυναικών της Αθήνας, ηλικίας 20-30 ετών με εμφανή και μέχρι βαριά ψυχική κατάσταση υπολογίζεται να είναι 13%. Όπως είναι φανερό, η διαφορά του 13% με το 78% είναι εξαιρετικά μεγάλη.

Το ποσοστό ψυχοπαθολογίας που διαπιστώθηκε στο δείγμα που εξετάστηκε, πιθανόν να μην αντιστοιχεί με ακρίβεια στο αντικειμενικό ποσοστό ψυχοπαθολογίας, δεδομένου ότι μόνο οι μισές περίπου από τις μητέρες των περιπτώσεων προσήλθαν για ψυχιατρική εξέταση. Εάν υποθέσουμε ότι προσήλθαν σε μεγαλύτερο ποσοστό εκείνες που είχαν μεγαλύτερη ανάγκη από ψυχιατρική βοήθεια, τότε το ποσοστό ψυχοπαθολογίας στο δείγμα αυτό αναμένεται να εμφανιστεί μεγαλύτερο από ότι σ' ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό. Είναι δυνατόν όμως να συνέβη και το αντίστροφο, ότι δηλαδή οι μητέρες με ψυχοπαθολογία απέφυγαν να προσέλθουν για ψυχιατρική εξέταση, για να μη χρησιμοποιηθεί η ψυχιατρική τους κατάσταση σε βάρους τους, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις ενδεχόμενου διαζυγίου, ή αφαίρεσης γονικής επιμέλειας. Υπάρχουν λοιπόν δύο παράγοντες που είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αντικειμενικότητα του ποσοστού ψυχοπαθολογίας χωρίς αυτό να είναι βέβαιο, δεδομένου ότι οι δύο αυτοί παράγοντες δρουν προς την αντίθετη κατεύθυνση και πιθανόν να εξισορροπούνται. Επιπλέον, το ποσοστό που εξετάστηκε (51%), είναι αρκετά μεγάλο.

Ανεξάρτητα από τον ακριβή, ή μη, προσδιορισμό του ποσοστού ψυχοπαθολογίας των γονιών που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους, τα δεδομένα της παραπάνω εργασίας μπορούν ίσως να

απαντήσουν στο ερώτημα εάν οι μητέρες των κακοποιημένων παιδιών στην Ελλάδα έχουν περισσότερη και σε μεγαλύτερη συχνότητα ψυχοπαθολογία σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες. Αυτό γιατί το ποσοστό 78% είναι εξαιρετικά υψηλό. Έτσι, ακόμα και αν υποθέταμε την ακραία των περιπτώσεων ότι το 50% των μητέρων του δείγματος που εξετάστηκε περιλάμβανε όλες τις μητέρες που είχαν ψυχοπαθολογία, ενώ από το υπόλοιπο 50% που δεν εξετάστηκε καμία μητέρα δεν είχε ψυχοπαθολογία, τότε το ποσοστό ψυχοπαθολογίας, με βάση τα ευρήματά μας, θα ήταν 39%, δηλαδή πάλι εξαιρετικά υψηλό συγκρινόμενο μ' εκείνο του γενικού πληθυσμού (13%) και με διαφορά στατιστικά σημαντική.

5.3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

A) ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

B) ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ

5.3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Τα παιδιά που κακοποιούνται ή και παραμελούνται παρουσιάζουν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κλαίνει πολύ εύκολα, είναι απαιτητικά και εμφανίζουν υπερκινητικότητα. Ο όρος "παγωμένο βλέμμα" περιγράφει τη χαρακτηριστική έκφραση που έχουν. Στη σχέση τους με τρίτους είναι πολύ επιφυλακτικά για σωματική επαφή και γενικά καχύποπτα. Φαίνεται επίσης ότι έχουν μια ετοιμότητα να αντιδρούν σε σημάδια κινδύνου ή έντασης από το περιβάλλον.

Η μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς αυτών των παιδιών έδειξε ότι παιδιά που κακοποιούνται είναι λιγότερο κοινωνικά σε σχέση με άλλα

παιδιά, η Δε συναλλαγή τους με τους άλλους δεν έχει φαντασία ενώ παράλληλα οι αντιδράσεις τους δεν είναι σταθερές.

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

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

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

Είναι προφανές ότι το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει το παιδί που κακοποιείται χαρακτηρίζεται από απόρριψη και επιθετικότητα και δεν είναι καθόλου εκείνο το διευκολυντικό περιβάλλον που κατά τον WINNICOTT⁽⁸⁾ συντελεί στην ωρίμανση του παιδιού.

Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να αναφερθεί η μελέτη των MARTIN και BEEZLEY⁽⁹⁾ σχετικά με την προσωπικότητα αυτών των παιδιών. Μελετήθηκαν 51 παιδιά από τα οποία 31 έμειναν με τους φυσικούς τους γονείς και τα υπόλοιπα σε ανάδοχες ή θετές οικογένειες. Η εκτίμησή τους έγινε από τρεις ανεξάρτητους ερευνητές (παιδίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό). Εντοπίστηκαν 9 χαρακτηριστικά κριτήρια σ' αυτά τα παιδιά με τη χρήση συνέντευξης με γονείς και παιδιά και εκθέσεις από δασκάλους. Τα 9 αυτά κριτήρια που έπρεπε να είχαν βρεθεί και από τους τρεις ερευνητές ήταν:

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

Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά και η σοβαρότητά τους δεν εξαρτώνται από τον τύπο και τη σοβαρότητα της φυσικής βίας. Το ψυχικό τραύμα που έχει προκληθεί στα παιδιά αυτά από το περιβάλλον της κακοποίησης είναι τόσο έντονο ώστε να οδηγεί στη δημιουργία αυτών των χαρακτηριστικών με αποτέλεσμα οι δάσκαλοι και οι συνομήλικοι να τα απορρίπτουν. Όπως είναι επόμενο, τα κακοποιημένα παιδιά έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους με πιθανή πρόγνωση να συνεχιστεί ο φαύλος κύκλος σ' όλη τους τη ζωή.

Τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερους φίλους και αρκετά από αυτά αναπτύσσουν διαταραχές της συμπεριφοράς. Μια ευρωπαϊκή μελέτη διερεύνησε⁽¹⁰⁾ τη σχέση μεταξύ της πολύ αυστηρής και τιμωρικής συμπεριφοράς των γονιών και των επιπτώσεων στην προσωπικότητα των παιδιών. Βρέθηκε ότι τα παιδιά εξαιτίας αυτής της συμπεριφοράς, ανέπτυξαν ένα σύνδρομο που ονομάστηκε "διαταραχή της διαγωγής".

Σε μια άλλη παλιότερη μελέτη σε⁽¹¹⁾ 23 οικογένειες βρέθηκε ότι μετά από 3 χρόνια το 30% των παιδιών είχαν ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί και ότι το 70% των παιδιών απέκλινε από την ομαλή συναισθηματική, νοητική και κοινωνική ανάπτυξη της ηλικίας τους.

Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί ότι δεν υπάρχουν μελέτες που να διερευνούν μόνο τις ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης. Αυτό οφείλεται στο ότι μαζί με την κακοποίηση συμβαίνει και μια άλλη σειρά από εμπειρίες στο παιδί, όπως εισαγωγή στο Νοσοκομείο, απομάκρυνση από το σπίτι, ανάδοχες οικογένειες κλπ. Είναι επομένως δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις επιπτώσεις από την κακοποίηση και αυτές που οφείλονται στις άλλες εμπειρίες.

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

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

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

Η νοητική ανάπτυξη αυτών των παιδιών επίσης επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Φαίνεται δε ότι συνδέεται περισσότερο με τη διαδικασία της κακοποιημένα - παραμελημένα και όχι με τη σοβαρότητα των τραυμάτων.

Ο STROGH⁽¹²⁾ έχει περιγράψει μια μορφή ψύχωσης, τη λεγόμενη "τραυματική ψύχωση" σε παιδιά λανθάνουσας και προεφηβικής ηλικίας. Τα χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης είναι μειωμένη ή έντονα διαταραγμένη σχέση με την πραγματικότητα και τους άλλους, καθώς και αλλόκοτη συμπτωματολογία. Τα παιδιά αυτά βρέθηκε ότι είχαν κακοποιηθεί

πολύ νωρίς στη ζωή τους, παρουσιάζουν έντονη επιθετικότητα ενώ παράλληλα είναι κατά περιόδους υπόδειγμα και πολύ αγαπητά στους άλλους. Χαρακτηριστικά ο STROGH αναφέρει ότι τα παιδιά αυτά "δαγκώνουν το χέρι αυτού που τα ταΐζει", γεγονός που δηλώνει έντονη διαταραχή στη "συμπεριφορά δεσμού". Άλλα χαρακτηριστικά που βρέθηκε ότι έχουν τα κακοποιημένα παιδιά είναι : χαμηλό βάρος στη γέννηση, προωρότητα και ύπαρξη διαφόρων παρεκκλίσεων από τη φυσιολογική εξέλιξη.

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

5.3.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ

Οι περισσότεροι από τους γονείς που κακοποιούν έχουν ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογίας με συνηθέστερη κλινική εικόνα τη διαταραχή της προσωπικότητας. Παράλληλα, μερικοί από τους γονείς αυτούς έχουν χαμηλή νοημοσύνη και προέρχονται από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Σ' αυτά τα ευρήματα πρέπει να προστεθούν ανωριμότητα⁽¹³⁾, παρορμητικότητα, μεγάλες ανάγκες για εξάρτηση και έντονα διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Έχουν επίσης γίνει προσπάθειες για να περιγραφεί μια τυπολογία των γονιών μαζί με μοντέλα συμπεριφοράς τους. Μερικά από αυτά είναι:

1. Έχει βρεθεί ότι οι ίδιοι οι γονείς είχαν κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, επαναλαμβάνοντας στη σχέση με τα παιδιά τους το ίδιο, μέσα από τους μηχανισμούς της ταύτισης με τον επιτιθέμενο. Μάλιστα, στο σημείο αυτό υποστηρίζεται ότι υπάρχει μια βασική διαφορά μεταξύ των

γονιών που εκφράζουν βία με φυσικό τρόπο στα παιδιά τους, σε αντιδιαστολή από αυτούς τους γονείς παραμελούν τα παιδιά τους. Παραμέληση ορίζεται σαν η χρόνια αποτυχία των γονιών να προστατέψουν τα παιδιά τους από φυσικό κίνδυνο. Κατά την CHSSER οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους το κάνουν αυτό από άγνοια και κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Αντίθετα, οι γονείς που εκφράζουν τη βία με φυσικό τρόπο είχαν έντονα ψυχοτραυματικές εμπειρίες στην παιδική τους ηλικία και ήταν ο ίδιος θύματα βίας από τους γονείς τους. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι η πρώτη κατηγορία γονιών είναι πιο δεκτική σε συνεργασία.

2. Οι STEELE και POLLOCK₍₁₄₎ περιγράφουν μια ανεπάρκεια στο μητρικό ρόλο όπου οι γονείς αυτοί δεν μπορούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι εξαιτίας της ηλικίας τους ανώριμα. Συχνά σχόλια που ακούμε από αυτούς τους γονείς είναι ότι "τα παιδιά πρέπει να σέβονται τους γονείς τους" και ότι "δεν πρέπει να υποχωρούμε στις απαιτήσεις των παιδιών γιατί τα κακομαθαίνουμε". Η αναφορά βέβαια μπορεί να γίνει για ένα βρέφος 3 μηνών.
3. Αντιστροφή του ρόλου γονιών - παιδιών παρατηρείται σε μερικές περιπτώσεις. Δηλαδή, οι γονείς αυτοί περιμένουν από τα παιδιά τους, να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση και ότι στην ουσία τα παιδιά τους υπάρχουν για να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Είναι συνήθως γονείς με έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και μεγάλη ανωριμότητα. Ένα αρκετά κοινό χαρακτηριστικό αυτών των γονιών είναι η παθολογική λειτουργία των υπερεγώ τους, σύμφωνα με την οποία αν και επιφανειακά μπορεί να φαίνονται αδιάφοροι, έχουν έντονα ασυνείδητα συναισθήματα ενοχής. Αυτό είναι σημαντικό να το γνωρίζουμε για την αντιμετώπιση των γονιών αυτών, γιατί αν με τη στάση μας τους κάνουμε

να αισθανθούν και συνειδητά ένοχοι, τότε η κατάθλιψη τους γίνεται έντονη και μπορεί να διακόψουν την επαφή τους με ιατροκοινωνικές υπηρεσίες που προσπαθούν να τους βοηθήσουν. Η διαταραχή του υπερεγώ του γονιού μπορεί να εκδηλωθεί και με διαφορετικό τρόπο σύμφωνα με τον οποίο αποδίδονται στο παιδί τα διωκτικά και σαδιστικά χαρακτηριστικά του υπερεγώ τους και έτσι το παιδί αποκτά για το γονιό τους την ιδιότητα του διώκτη και επιτιθέμενου - όπως το μωρό κλαίει - με αποτέλεσμα ο γονιό να κατακλύζεται, να υπερτερούν τα επιθετικά συναισθήματα από τα συναισθήματα αγάπης και να επιτίθεται τελικά στο παιδί.

4. 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 συμβαίνει σ' αυτές τις οικογένειες, ιδίως στις περιόδους κακοποίησης, είναι μια κρίση στην οικογένεια ή και κρίση στη σχέση γονιού - παιδιού.
5. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι απαντούν στις προσβολές ή επιθέσεις ενάντια στον εαυτό τους για τον οποίο τρέφουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, μ' 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 το πραγματοποιούν με τη χρήση των αμυντικών μηχανισμών της προβολής και της εξωτερίκευσης.

6. Η προβολή των αρνητικών γονικών χαρακτηριστικών γίνεται προς το παιδί (αναφέρθηκε πιο πάνω στη λειτουργία του υπερεγώ) και το παιδί γίνεται "ο αποδιοπομπαίος τράγος" προς τον οποίο στρέφεται όλη η επιθετικότητα των γονιών.

Η μητέρα δηλαδή παθητικά αναβιώνει με το κακοποιημένο παιδί την απόρριψη και την ταπείνωση που η ίδια βίωσε με τη μητέρα της. Το άγχος, η ενοχή και η μείωση της αυτοεκτίμησης της μητέρας απειλούν την πολύ ευαίσθητη ναρκισσιστική της ψυχική ισορροπία. Η "κακή εικόνα του εαυτού" και τα παραπάνω συναισθήματα δεν είναι δυνατόν να συγκρατηθούν από τη μητέρα και μεταθέτονται στο παιδί μέσα από τους μηχανισμούς της άμυνας, της προβολής και της εξωτερίκευσης. Με αυτή τη μετάθεση η μητέρα ταυτίζεται με τη δική της "κακή μητέρα" που αναπαριστά το τιμωρητικό υπερεγώ της και τις παλιές ανεπάρκειές της. Αυτή η ταύτιση με την επιθετική μητέρα της επιτρέπει να ελέγξει την τραυματική απόρριψη που η ίδια είχε βιώσει με παθητικό τρόπο στη σχέση με τη δική της μητέρα.

Τα δυναμικά της κακοποίησης συνοπτικά περιγράφονται στο διάγραμμα 1. Ελληνικά ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται σε μερικά από τα χαρακτηριστικά των γονιών και των οικογενειών τους όπως το ότι: Οι οικογένειες ήταν πολύ προβληματικές με πολλαπλά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, οι γονείς ήταν νεαρής ηλικίας και δεν είχαν σταθερή εργασία, ενώ είχαν κακές σχέσεις με τις δικές τους οικογένειες.

Αναφέρθηκε ακόμα ότι στις οικογένειες αυτές συνυπάρχουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, ενώ είναι σημαντικό χαρακτηριστικό αυτών των οικογενειών είναι η κοινωνική απομόνωση. Έτσι, η νεαρή καταθλιπτική μητέρα που είναι κοινωνικά απομονωμένη, χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα, είναι εύκολο να στρέψει την επιθετικότητά της προς το βρέφος.

Οι στάσεις των γονιών και της κοινωνίας γενικότερα στο θέμα της σωματικής τιμωρίας των παιδιών μπορεί να ενθαρρύνει την άσκηση

σοβαρής σωματικής βίας σ' ένα παιδί. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά συμπεριφέρονται καλύτερα στο σχολείο όταν δεν χρησιμοποιείται σωματική τιμωρία.

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

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

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

Το τελευταίο αυτό θέμα είναι τεράστιο και με τη διατύπωση αυτή δεν γίνεται καμία προσπάθεια να μειωθούν ή να θιγούν οι εργαζόμενοι στα ιδρύματα που φροντίζουν τα παιδιά. Απλώς επισημαίνεται ένα πρόβλημα, το οποίο χρειάζεται να αξιολογηθεί και να εκτιμηθεί από τους αρμόδιους φορείς, με στόχο να διερευνηθούν οι συνθήκες και οι καταστάσεις που το προκαλούν ή το συντηρούν με στόχο τη μείωση ή και την εξάλειψή του.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. Ψυχοδυναμικά κακοποίησης

Παιδί	Αυξημένες απαιτήσεις για φροντίδα από μητέρα ματαίωση αναγκών παιδιού
Μητέρα	Ανικανοποίητες ανάγκες για εξάρτηση Στέρηση από μητέρα της Έλλειψη υποστήριξης από σύζυγο, κοινωνικό περίγυρο.
Μητέρα	Αυξημένες ανάγκες για εξάρτηση από παιδί και ικανοποίηση αναγκών της ματαίωση αναγκών μητέρας.
Μητέρα	Βλέπει το παιδί της σαν την απορριπτική μητέρα της Ξαναζεί την αρχική απόρριψη Αποτέλεσμα: Άγχος, ενοχή
Μητέρα	Έντονη διαταραχή στην ευαίσθητη ψυχική ισορροπία της. Προβολή της "κακής εικόνας εαυτού στο παιδί (Άρνηση, προβολή)
Μητέρα	Ταύτιση με την "κακή" μητέρα της και επίθεση στο παιδί της, που αναπαριστά τον αδύναμο και "κακό" εαυτό της.

5.4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΟΝΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ: ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΓΟΝΙΩΝ ΣΕ ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ

Η δευτερογενής πρόληψη του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών συνιστάται στον έγκαιρο προσδιορισμό των γονιών και γενικά των ατόμων που έχουν προδιάθεση να κακοποιήσουν ή να παραμελήσουν τα παιδιά τους.

Μέχρι στιγμής, η έμφαση έχει δοθεί στην τριτογενή πρόληψη, δηλαδή στην προσπάθεια να μην ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί ένα ήδη κακοποιημένο παιδί και να μην υποστούν κάτι ανάλογο και τα αδέρφια του. Και αυτό γιατί η εντόπιση των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι πολύ ευκολότερη από την προσπάθεια εντόπισης εκείνων που έχουν την προδιάθεση να κακοποιήσουν.

Τα τελευταία χρόνια, στην προσπάθεια να προληφθεί το φαινόμενο παρά να θεραπευτεί εκ των υστέρων, ομάδες ερευνητών έχουν κατασκευάσει ορισμένα επιστημονικά "εργαλεία - ερωτηματολόγιο" που προσπαθούν να εκτιμήσουν τη γονική ικανότητα και να διαφοροποιήσουν τα άτομα και τους γονείς που έχουν την προδιάθεση να κακοποιήσουν τα παιδιά τους από τους υπόλοιπους.

Η σύνθεση⁽¹⁵⁾ των ερωτηματολογίων αυτών βασίστηκε σ' εκείνους τους παράγοντες που χαρακτηρίζουν ήδη τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους, σε προδιαθεσικά χαρακτηριστικά του παιδιού, στις συνθήκες ζωής και γενικότερα στα κύρια χαρακτηριστικά του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού. Οι περισσότερες έρευνες που χρησιμοποίησαν αυτή την προσέγγιση της εκτίμησης της γονικής ικανότητας έγιναν στα πλαίσια μαιευτηρίων ή άλλων κέντρων παρακολούθησης επιτόκων ενώ ένας μικρότερος αριθμός απευθύνθηκε σε έφηβους μέσα στο γενικό πληθυσμό.

Ο Avison⁽¹⁶⁾ και οι συνεργάτες του περιγράφουν δύο κύριους παράγοντες που διαφοροποιούν μητέρες με προβλήματα στην άσκηση του γονικού ρόλου από άλλες "φυσιολογικές μητέρες" : α) Την κοινωνική υποστήριξη και β) Τις στάσεις και τις απόψεις των ίδιων των γονιών ως προς το γονικό ρόλο.

Σαν κοινωνική υποστήριξη θεωρούνται οι κοινωνικοί δεσμοί και τα κοινωνικά πλέγματα, η ύπαρξη ατόμων εμπιστοσύνης, η συντροφικότητα και η αλληλοβοήθεια. Όλοι δηλαδή οι παράγοντες που προσδιορίζουν ποιοτικά

τις ανθρώπινες σχέσεις. Ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με την ψυχική υγεία, άρα και με την ικανότητα άσκησης του γονικού ρόλου.

Όσον αφορά τις στάσεις και γενικότερα τη συμπεριφορά που συνεπάγεται ο γονικός ρόλος, βλέπουμε ότι οι προβληματικές οικογένειες περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα επιβολής τιμωριών, απόρριψη και εχθρικότητα, μειωμένη ικανότητα για καθημερινή φροντίδα τόσο από τη μητέρα όσο και από τον πατέρα, μειωμένη ικανότητα για τρυφερότητα, πίστη στην τιμωρία και εξωπραγματικές απαιτήσεις από το παιδί. Αν και όλα αυτά τα στοιχεία που περιγράφηκαν είναι χαρακτηριστικά γονιών που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους, λίγες μόνο από τις μελέτες έχουν συγκρίνει τα δεδομένα αυτά σε αναλογία με τον συνολικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά στις ΗΠΑ₍₁₇₎ το Υπουργείο Υγείας, Εκπαίδευσης και Πρόνοιας συμπεραίνει ότι οι εξωπραγματικές απαιτήσεις, η έλλειψη γνώσεων για τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και μια ιδιοσυστατική άποψη για το παιδί είναι κοινά χαρακτηριστικά των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους.

Δύο ερευνητές ο Milner₍₁₈₎ και ο Ayoub απομόνωσαν μια σειρά κριτηρίων που η παρουσία τους (ενός ή περισσότερων) μπορούν να εντάξουν έναν γονιό σε ομάδα "υψηλού κινδύνου" για κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού του. Τα κριτήρια αυτά είναι :

1. Χαμηλό βάρος γέννησης (< 2.500 γρ.)
2. Νεογνά με συγγενείς δυσκολίες
3. Νεογνά ή παιδιά με προβλήματα σίτισης
4. Νεογνά ή παιδιά με καθυστέρηση στην ανάπτυξη που δεν οφείλεται σε οργανικά αίτια (FAILURE TO THRIVE)
5. Η μητέρα περνάει σωματικές αρρώστιες σε ευάλωτες περιόδους
6. Γονιός κάνει κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών

7. Ιστορικό ασθένειας, θανάτου ή καθυστέρησης στην ανάπτυξη σε αδέρφια
8. Ιστορικό κακοποίησης αδελφών
9. Ιστορικό παραμέλησης αδελφών
10. Έφηβοι γονείς (< 17 ετών)
11. Πολλαπλές αναπτυξιακές καθυστερήσεις στα παιδιά
12. Ιστορικό βίας ανάμεσα στους ενήλικες της οικογένειας
13. Βεβαρημένο ποινικό μητρώο των γονιών
14. Συναισθηματικά προβλήματα των γονιών
15. Γονείς με χαμηλό νοητικό ή πολιτιστικό επίπεδο
16. Κρίση στο γάμο ή στην οικογενειακή ζωή
17. Ιστορικό υποαπασχόλησης των γονιών
18. Κακή θρέψη, υγιεινή και σωματική υγεία
19. Έλλειψη ιατρικής φροντίδας και παρακολούθησης
20. Κακή κοινωνική κατάσταση
21. Προβλήματα-διαταραχή δεσμού μητέρας-παιδιού
22. Άρνηση της εγκυμοσύνης, σκέψεις για υιοθεσία ή άλλη λύση για το παιδί μακριά από την οικογένεια
23. Ιστορικό κακοποίησης του γονιού
24. Ιστορικό παραμέλησης του γονιού.

Ένα από τα ερωτηματολόγια που μετράει την ή τις οικογενειακές κρίσεις (Family stress checklist) περιλαμβάνει δέκα θεματολογικές ενότητες που με τη σειρά τους υποδιαιρούνται σε δευτερεύουσες ερωτήσεις. Οι ενότητες αυτές είναι :

1. Γονιός που έτρωγε ξύλο ή υπέφερε από αποστέρηση στην παιδική του ηλικία

2. Γονιός που έχει ποινικό μητρώο ή ιστορικό ψυχικής ασθένειας
3. Γονιός ύποπτος για κακοποίηση του παιδιού του στο παρελθόν
4. Γονιός με χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση ή κατάθλιψη
5. Ύπαρξη πολλαπλών κρίσεων ή εντάσεων
6. Γονιός με αυστηρές, εξωπραγματικές προσδοκίες από τη συμπεριφορά του παιδιού του
7. Γονιός με βίαιες εκρήξεις θυμού
8. Αυστηρή τιμωρία παιδιού
9. Παιδί δύσκολο, προκλητικό ή έτσι το βλέπουν οι γονείς
10. Ανεπιθύμητο παιδί ή σε κίνδυνο για ατελή ανάπτυξη δεσμού με τη μητέρα του

Ανάλογα με την βαθμολογία της κλίμακας αυτής οι γονείς καταχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες :

- α) Κανένας κίνδυνος για δυνατότητα κακοποίησης ή παραμέλησης του παιδιού
- β) Μέτριος για πρόκληση βλάβης στο παιδί
- γ) Σοβαρός κίνδυνος για πρόκληση σοβαρής βλάβης στο παιδί.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που χρησιμοποιούν την κλίμακα αυτή προσπαθούν να μεταδώσουν ένα κλίμα ασφάλειας στους γονείς ώστε να μην νιώθουν οι μεν ότι ανακρίνονται και οι δε ότι απλώς συγκεντρώνουν στοιχεία, προσπαθούν να ανταποκριθούν σε όλες τους τις ανάγκες. Δηλαδή αν αντιμετωπίζουν οικονομικά και στεγαστικά προβλήματα τους παραπέμπουν σε ανάλογες πηγές βοήθειας. Αν επίσης οι πρωτότοκες μητέρες πιστεύουν ότι τα βρέφη χρειάζονται ξύλο όταν κλαίνει, δίνεται ιδιαίτερος χρόνος στις μητέρες για να εκπαιδευτούν πάνω στις σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες ενός βρέφους.

Κατόπιν ερευνών που έγιναν τόσο από τον Murphy⁽¹⁹⁾ και τους συνεργάτες τους όσο και από αρκετούς άλλους ερευνητές έγινε σαφές στους κοινωνικούς λειτουργούς ότι εφόσον τα ζευγάρια αναζητούν συντρόφους με ανάλογες εμπειρίες στο παρελθόν και ανάλογο τρόπο ζωής σήμερα, θα πρέπει η αξιολόγηση να γίνεται και στους δύο γονείς ή συντρόφους σε περιπτώσεις κακοποίησης και παραμέλησης χωρίς να θεωρείται ο γονιός που δεν κακοποιεί ενεργά ότι είναι εγγυητής της ασφάλειας του παιδιού.

Η χρήση των κλιμάκων εκτίμησης της γονικής ικανότητας με σκοπό τον προσδιορισμό πληθυσμού σε υψηλό κίνδυνο για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών θα ήταν αδιανόητη αν δεν συνδυαζόταν με ειδικά παρεμβατικά προγράμματα ώστε να προληφθεί η εκδήλωση της προδιάθεσης για κακοποίηση και παραμέληση στα παιδιά που θα γεννηθούν.

Κάθε πρόγραμμα που έχει ένα τέτοιο στόχο θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ειδικές ανάγκες των οικογενειών αυτών. Οι οικογένειες αυτές είναι κοινωνικά απομονωμένες, καχύποπτες και αντιστέκονται με πάθος σε κάθε παρέμβαση. Βλέπουν απειλητικούς όλους τους επαγγελματίες της υγείας, αυτό όμως δεν πρέπει να μας εκπλήσσει γιατί όλες τους οι εμπειρίες από κοινωνικές οργανώσεις (παιδική προστασία, πλαίσια για παραβατικούς νέους κ.α.) ήταν τραυματικές. Οι γονείς αυτοί, χωρίς θετικές εμπειρίες γονικού μοντέλου στη ζωή τους και με λίγες ατομικές δυνάμεις, φεύγουν από το μαιευτήριο με το νέο τους μωρό και δεν έχουν καμία επαφή με τους "ειδικούς" μέχρις ότου να τους πλημμυρίσουν τα προβλήματα. Τότε όμως είναι αργά και για τους γονείς και για το παιδί.

Στην Tulsa⁽²⁰⁾ της πολιτείας Οκλαχόμα των ΗΠΑ έχει αναπτυχθεί τις τελευταίες δεκαετίες ένα πρότυπο πολυεπίπεδο πρόγραμμα με διεπιστημονική προσέγγιση που καλύπτει περιπτώσεις γονιών με δυσκολίες

στην άσκηση του γονικού ρόλου και άλλων που είναι γνωστό ότι κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Το πρόγραμμα αυτό δίνει έμφαση :

1. Στον συντονισμό των κοινοτικών υπηρεσιών ώστε να προσφέρουν βοήθεια στον πληθυσμό των οικογενειών που παρουσιάζουν δυσκολίες άσκησης του γονικού ρόλου.
2. Στην παροχή πολλαπλών και εξειδικευμένων υπηρεσιών σ' έναν ουδέτερο χώρο όπως είναι μια παιδιατρική κλινική.
3. Στη σπουδαιότητα της εντατικής ατομικής συνεργασίας των γονιών με εξειδικευμένο άτομο με κλινική ειδικότητα (συνήθως κοινωνικό λειτουργό) που παίζει το ρόλο του κύριου θεραπευτή, του συντονιστή των υπηρεσιών για κάθε οικογένεια και του υποστηρικτή του νομικού συμφέροντος κάθε παιδιού, σε περιπτώσεις που θίγεται το συμφέρον αυτό στα πλαίσια της οικογένειας.

Η εμπειρία του προγράμματος αυτού έδειξε ότι ο προσδιορισμός και η αξιολόγηση των οικογενειών, γίνεται καλύτερα στη διάρκεια της προγεννητικής και περιγεννητικής περιόδου.

Η άποψη αυτή στηρίζεται στη θεωρία του Carlen⁽²¹⁾ σύμφωνα με την οποία κρίσιμοι περίοδοι στη ζωή των ενηλίκων όπως η εγκυμοσύνη και ο τοκετός προσφέρουν στο άτομο μια ευκαιρία για προσωπική ωρίμανση και ανάπτυξη αλλά συγχρόνως και τον κίνδυνο αυξημένης πιθανότητας εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής. Κατά τον Carlen η οικογένεια ή το άτομο σε περιόδους κρίσης είναι πιο επιδεκτικοί βοήθειας γιατί η κρίση μειώνει τις αντιστάσεις. Μια οικογένεια λοιπόν "ευάλωτη" δέχεται ευκολότερα συμβουλευτική παρέμβαση με στόχο τη βελτίωση της γονικής ικανότητας τις πρώτες ώρες και μέρες μετά τον τοκετό. Αντίθετα αν αφεθεί μια τέτοια

οικογένεια μόνη σε περίοδο κρίσης όπως είναι ο τοκετός, μπορεί να παρασυρθεί και να αναπτύξει μεγαλύτερη παθολογία που θα οδηγήσει στην κακοποίηση ή και παραμέληση του παιδιού.

-
- (1) KRIEGERR I FOOD restriction as a form of child. Abuse in ten cases of Psychological Perpiration Dwrifism clinical fediatics Rescercj p. 127, 1974
 - (2) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 124
 - (3) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 125
 - (4) AGATHONOS H. STATHACOROULOU N. ADAM. H. NAKOU S. : Child abuse and neglect in Greece Sociomedica aspects 1982 p.307-311
 - (5) Smith S. Manson R. And Noble S. : Parents of battered children: A controlled study in Concerning child abuse Churchill Livingston, London 1975
 - (6) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 135
 - (7) Μαδιανός Μ και Ζάνναρη Ο.: Η επικράτηση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε τυχαίο δείγμα 4083 ατόμων αστικού και αγροτικού πληθυσμού - Εγκέφαλος σελ 9-15 1983
 - (8)-(9) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987
 - (10) Nelson H Louok R. Ποιος είναι το αφεντικό; Εκδόσεις Γλάρος Αθήνα 1987
 - (11) Ντράικορς Ρούντολφ και Περλ Κάσελ: Πέτα μακριά το ραβδί σου Εκδόσεις Θωμάρι Αθήνα 1979
 - (12) STROGH G: Psychotic children in Residential Psychiatric Treatment of children London 1974
 - (13) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ. 89
 - (14) STEEL B. and ROLLOCK C. : A psychiatric study of Parents who abuse infants and Small children. The University of Chicago Press 1972
 - (15) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987
 - (16) Arvison W, Turner J, Nohs : Screening for problem parenting Relinary evidence on a promising instrument 1986 pages 157-170
 - (17) United States Department of Health Education and Weffere: Child Abuse and Neglect Programs Rockrille 1977
 - (18) Milner J. Ayoub C.: Evaluation of "At Rod" Parents using the child Abuse Potential Inventory 1980
 - (19) Murphy S. Orkaw B. Nicola R. Child Abuse and Neglect 1985 p.225-235
 - (20) AYOUB C. And JACEWITZ M. : Families at Risk for Poor Parenting 1982 p. 351-358
 - (21) Caplen G.: Principles of preventing Psychiatry, Basic Books.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ (ΚαΠα Α' ΚαΠα Β')

Το 1984 δημοσιεύτηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού μια μελέτη, αναφερόμενη στα ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά 30 περιπτώσεων κακοποιημένων - παραμελημένων παιδιών, αποτέλεσμα ενός παλαιότερου εκτεταμένου ερευνητικού προγράμματος κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών (γνωστό ως ΚαΠα Α') που είχε ως σκοπό την ανίχνευση, μελέτη και αντιμετώπιση του φαινομένου στη χώρα μας.

Μετά τη λήξη του προγράμματος αυτού, κρίθηκε απαραίτητος ο σχεδιασμός ενός άλλου προγράμματος που αφορούσε τη διαπίστωση αναγκών στην αποκατάσταση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και των οικογενειών τους (ΚαΠα Β').

Στόχοι του προγράμματος ήταν : 1) Η μελέτη της κάλυψης αλλά και των κενών της ελληνικής νομοθεσίας που αφορά την προστασία παιδιών που κακοποιούνται ή παραμελούνται και τα προβλήματα της εφαρμογής της. 2) Η συνεχής συλλογή ερευνητικού υλικού και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε όλες τις περιπτώσεις από την περιοχή Αττικής (από τον Ιούνιο 1985 λόγω πληθώρας παραπομπών η παροχή υπηρεσιών περιορίστηκε σε παραπομπές μόνο από το Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία". 3) Η μελέτη του υπάρχοντος πλαισίου παιδικής προστασίας που καλείται να καλύψει τις ανάγκες κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, ιδιαίτερα δε παιδιών

βρεφικής και νηπιακής ηλικίας. 4) Η αξιολόγηση άλλων πηγών υποστηρικτικής βοήθειας και προστασίας στα πλαίσια της κοινότητας.

Μετά από γνωμάτευση του κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (αρ. 15/11-07-84) και απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το πρόγραμμα ΚαΠα Β' συνέχισε να χρηματοδοτείται σαν "ερευνητικό πρόγραμμα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών".

Θεωρείται σημαντική η παράθεση των ευρημάτων των παραπάνω ερευνητικών προγραμμάτων πιστεύοντας πως τα στοιχεία αυτά θα δώσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα του συνδρόμου στη χώρα μας.

A.1. ΚαΠα Α' 1979 - 1981

Στη διάρκεια του πρώτου χρόνου λειτουργίας του προγράμματος παραπέμφθηκαν στη μονάδα κακοποίηση - παραμέληση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού 30 παιδιά, ηλικίας 30 ημερών μέχρι 10 ετών (στη μέση ηλικία : 3,5 έτη). Δεκαεννέα παιδιά παραπέμφθηκαν από το Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία" και 11 από κοινωνικές υπηρεσίες και ιδιώτες. Ως μάρτυρες στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν παιδιά που είχαν εισαχθεί στο Νοσοκομείο Παίδων "Αγία Σοφία" για άλλους λόγους πλην της κακοποίηση - παραμέληση. Οι μάρτυρες ήταν συγκρίσιμοι "ένας προς έναν", ως προς το φύλο, την ηλικία και την κοινωνική τάξη.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι τα αγόρια αντιπροσώπευσαν ποσοστό υπερδιπλάσιο ($\eta=21$) από τα κορίτσια ($\eta=9$).

Μια πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι η ιδιαίτερη αξία του αποδίδεται από την ελληνική οικογένεια στα αγόρια, σε συνδυασμό με τη συζυγική δυσαρμονία. Οι μητέρες ΚαΠα - που διάλεξαν τους συντρόφους τους συχνά ενάντια στην επιθυμία των γονιών τους, με τους οποίους οι σχέσεις είναι κακές ή ανύπαρκτες - όταν απογοητεύονται από τη συζυγική τους σχέση, αποστρέφονται στους υιούς τους για παρηγοριά, περιμένοντας (μέσα από ένα

εξωπραγματικό πλέγμα σχέσεων) αγάπη και στοργή, που ποτέ δεν είχαν και που δεν απολαμβάνουν τώρα. Συγχρόνως, σημαντικοί κοινωνικοί θεσμοί πιέζουν το αγόρι σε συμπεριφορά τέτοια που να έχει στόχο την επιτυχία και την ικανότητα να φροντίσει αργότερα τα εξαρτώμενα γυναικεία μέλη της οικογένειας. Σπάνια μπορεί να ικανοποιήσει τέτοιες εξωπραγματικές γονεϊκές προσδοκίες ιδιαίτερα εκείνες της μητέρας του, ένα "δύσκολο" και φιλάσθενο αγοράκι. Ούτε μπορεί βέβαια ποτέ σ' αυτήν την ηλικία να παίζει τον ενήλικο ρόλο που του ζητούν.

Τα περισσότερα παιδιά (20) ήταν κακοποιημένα και τα υπόλοιπα 10 παραμελημένα.

A.2. ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ : Τα είδη των κακώσεων που διαπιστώθηκαν κατά την παραπομπή ήταν :

	η
1) Μελανιές - μώλωπες	13
2) Κατάγματα	8
3) Τραύματα	4
4) Αιμορραγία αμφιβληστροειδούς	2
5) Εγκαύματα	1
6) Άλλες κακώσεις	5

Σε 12 παιδιά υπήρχαν 2 ή περισσότερα είδη κακώσεων. Όταν έγινε η παραπομπή στη μονάδα ΚαΠα όλα τα παιδιά έμεναν με τους γονείς τους. Κανένας από τους γονείς αυτούς δε ζήτησε βοήθεια νωρίτερα από 24 ώρες μετά την κάκωση, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητά της. Το διάστημα αναζήτησης βοήθεια κυμάνθηκε από 24 ώρες μέχρι 7 μέρες. Υπεύθυνοι για την κακοποίηση ήταν:

Σε εννέα περιπτώσεις η μητέρα, σε 8 ο πατέρας, σε 2 και οι δύο γονείς και σε μία κάποιος συγγενής (θεία). Στις περισσότερες περιπτώσεις η

κακοποίηση προκλήθηκε από μία οξεία κρίση, που συχνά ήταν τελείως υποκειμενική για τους γονείς. Μια χρόνια κρίση (ανεργία, φτώχεια, ασθένεια) συχνά ήταν το υπόστρωμα της οξείας. Οι λόγοι που ανέφεραν οι γονείς για την κακοποίηση του παιδιού ήταν:

	<u>n</u>	<u>%</u>
Κλάμα παιδιού	6	30
Προβλήματα συμπεριφοράς ή δυσκολίες στη σίτιση	8	40
Ψυχολογικά προβλήματα γονιών	4	20
Ένταση στην οικογένεια για διάφορους λόγους	<u>2</u>	<u>10</u>
	20	100

A.3. ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ: Η παραμέληση αφορούσε είτε τη σωματική ανάπτυξη (δυστροφικά παιδιά με βάρος σώματος κάτω από την 3η Ε.Θ) είτε την εντελώς στοιχειώδη υγιεινή του σώματος (απελπιστικές περιπτώσεις βρώμικων παιδιών με εκτεταμένα παρατρίμματα ή επιμολυσμένες δερματικές βλάβες). Σε 5 περιπτώσεις η παραμέληση ήταν αποτέλεσμα ψυχολογικών προβλημάτων των γονιών, σε 4 επρόκειτο για “χαώδεις οικογένειες” και μόνο σε 1 περίπτωση υπεύθυνο μπορεί να θεωρηθεί το παιδί (δύσκολο παιδί). Σε 40% των περιπτώσεων υπεύθυνοι ήταν (στον ίδιο περίπου βαθμό) και οι δύο γονείς, ενώ στο 60% υπεύθυνη ήταν κυρίως η μητέρα.

A.4. Ιστορικό εγκυμοσύνης, τοκετού και νεογνικής περιόδου: Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ανέφεραν 28% των μητέρων ΚαΠα και 10% των μαρτύρων. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σε ό,τι αφορά το μαιευτικό ιστορικό (αποβολές, εκτρώσεις), τη διάρκεια κύησης, τις συνθήκες τοκετού, το βάρος γέννησης, το χρόνο αποχωρισμού μητέρας - παιδιού στο μαιευτήριο και τα προβλήματα υγείας του παιδιού στη νεογνική περίοδο,

φαίνεται ότι τα προβλήματα άρχισαν αργότερα όταν η οικογενειακή παθολογία άρχισε να επηρεάζει τη σωματική τους ανάπτυξη.

Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκε σε ό,τι αφορά τα προβλήματα των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Προβληματική εγκυμοσύνη αναφέρθηκε σε 71% των μητέρων ΚαΠα και σε 39% των μαρτύρων. Αν από την προβληματική εγκυμοσύνη εξαιρεθεί το σύμπτωμα του εμετού η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων είναι ακόμη μεγαλύτερη. Επίσης σημαντική διαφορά βρέθηκε στη μονάδα, σε σχέση με τους μάρτυρες.

A.5. Γονείς: Οι γονείς ΚαΠα δε διέφεραν από τους μάρτυρες σε ό,τι αφορά I) την τωρινή τους ηλικία, II) την ηλικία που παντρεύτηκαν, III) το μέγεθος της πυρηνικής οικογένειας και IV) το σύνολο των ατόμων που συγκατοικούν (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά γονέων ΚαΠα και γονέων - μαρτύρων

	Γονείς ΚαΠα		Γονείς μάρτυρες	
	Μητέρες	Πατέρες	Μητέρες	Πατέρες
η	30	28	30	30
Ηλικία (έτη)	20-46(29,1)*	24-53(33,9)	19-44(28,6)	23-48(34)
Ηλικία κατά το γάμο	16-32(21,9)	16-45(26,3)	15-30(22,8)	20-36(27,3)
Αριθμός μελών οικογένειας	2-12 (4,4)		3-6 (4,9)	
Άτομα που συγκατοικούν	2-11 (4,4)		3-6 (4,5)	

*Οι αριθμοί στις παρενθέσεις είναι μέσες τιμές

Στις οικογένειες μαρτύρων δε διαπιστώθηκε θάνατος παιδιού που γεννήθηκε ζωντανό, ενώ σε 4 οικογένειες ΚαΠα διαπιστώθηκαν από 1-3 θάνατοι. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ανάμεσα στις δύο ομάδες στην εκτίμηση της σχέσης με το σύντροφό τους. Οι γονείς των μαρτύρων συμφωνούσαν μεταξύ τους στην εκτίμηση της σχέσης τους, ενώ

υπήρχε σημαντική διαφωνία ανάμεσα στους γονείς ΚαΠα. Οι μητέρες ΚαΠα πιο συχνά εκφράστηκαν με απογοήτευση για τη σχέση τους με το σύντροφό τους και φάνηκαν να είναι πιο απαιτητικές από τη σχέση αυτή.

A.6. Κοινωνική τάξη: Οι οικογένειες χωρίστηκαν σε 4 κοινωνικές τάξεις με βάση τα έτη εκπαίδευσης του αρχηγού της οικογένειας, που συχνότερα ήταν ο πατέρας. Η κατάταξη αυτή ήταν σχετικά αυθαίρετη, αλλά κρίθηκε πιο κατάλληλη για το μικρό μέγεθος του δείγματος και τα ποιοτικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν. Η κατανομή του δείγματος κατά κοινωνική τάξη φαίνεται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Κατανομή δείγματος κατά κοινωνική τάξη

- Κοινωνική τάξη	η	%
I (ανώτερη)	1	3
II	6	20
III	8	27
IV	15	50

Όπως φαίνεται, υπάρχει εκπροσώπηση από όλες τις κοινωνικές τάξεις. Όμως το μεγάλο ποσοστό αφορούσε κατώτερες κοινωνικές τάξεις.

A.7. Συνθήκες κατοικίας: Ο συντελεστής πυκνότητας κατοικίας (αναλογία αριθμού ατόμων κατά δωμάτιο) φαίνεται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Συντελεστής πυκνότητας κατοικίας στην ομάδα ΚαΠα και στην ομάδα μαρτύρων.

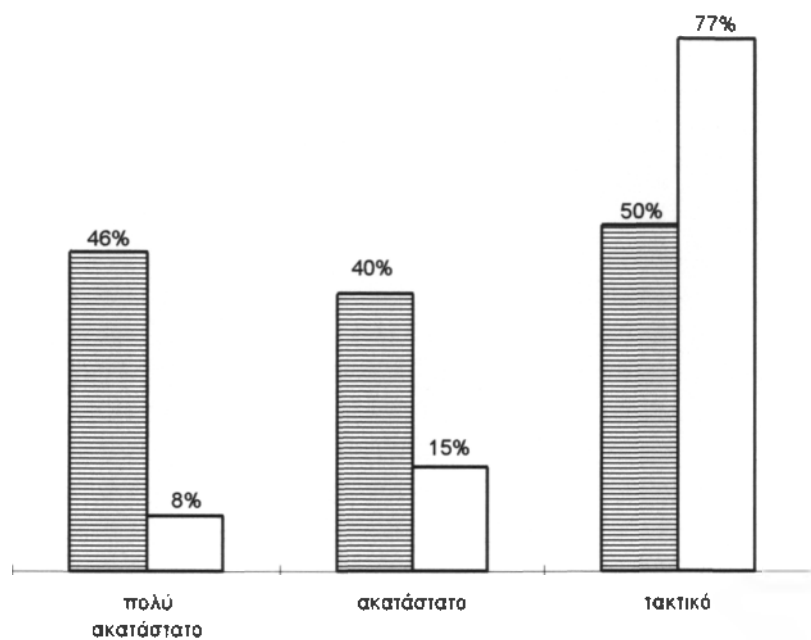
	M.O.+	Τυπική απόκλιση	Διάμεση τιμή	Διακύμανση
Ομάδα ΚαΠα	22,4	1,6	2,3	0,75-9
Μάρτυρες:	1,6	0,6	1,5	0,75-3

Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Το είδος κατοικίας αξιολογήθηκε σαν: α) εργατική πολυκατοικία ή φτωχού τύπου μονοκατοικία β) μέσου τύπου πολυκατοικία γ) μέσου τύπου μονοκατοικία. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων είναι στατιστικά λίαν σημαντική ($P < 0,001$).

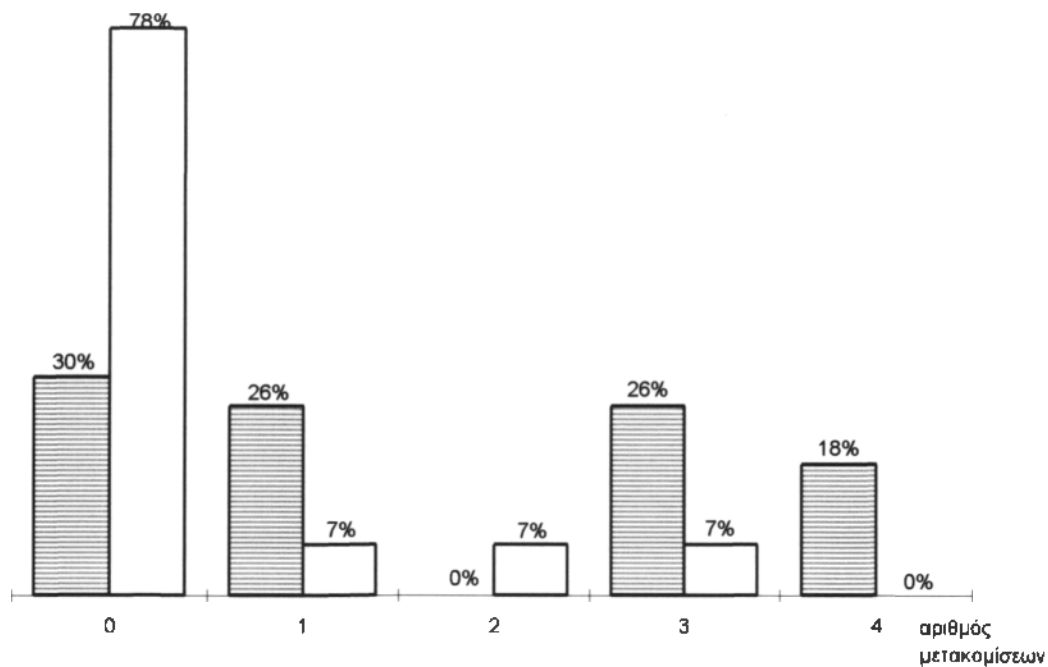
Μέσα στο χώρο της ίδιας κοινωνικής τάξης, οι οικογένειες του μαρτύρων ζουν με καλύτερες στεγαστικές συνθήκες. Δεν βρέθηκαν διαφορές που να αφορούν το ποσοστό ιδιοκτησίας των κατοικιών αυτών: σχεδόν οι μισές οικογένειες και στις δύο ομάδες πληρώνουν νοίκι, ενώ οι υπόλοιπες ζουν σε ιδιόκτητο σπίτι.

Ένας ακόμη συντελεστής των συνθηκών κατοικίας αφορούσε τη φροντίδα και τάξη του σπιτιού που αξιολογήθηκε σαν "πολύ ακατάστατο" "ακατάστατο" και "τακτικό" (σχήμα 1).



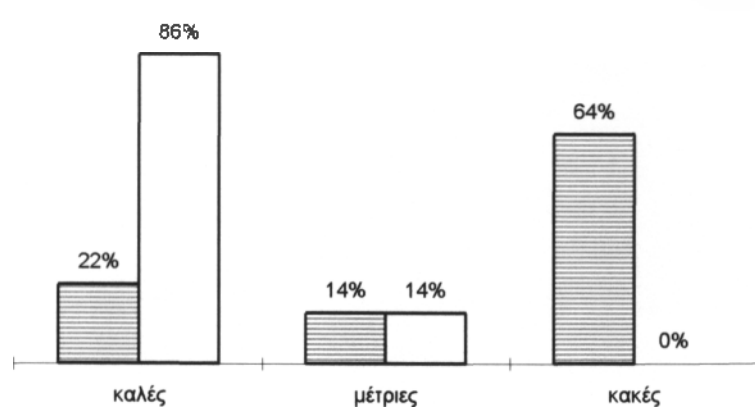
Σχήμα 1. Φροντίδα και τάξη του σπιτιού με οικογένειες ΚαΠα (στήλες με γραμμές) και μάρτυρες (στήλες λευκές).

Οι οικογένειες ΚαΠα συχνότερα βρέθηκε να παραμελούν πολύ το νοικοκυριό με αποτέλεσμα στις μισές περιπτώσεις να περιγραφούν τα σπίτια τους σαν "πολύ ακατάστατα". Επίσης οι οικογένειες ΚαΠα βρέθηκε ότι συχνότερα από τους άλλους μάρτυρες άλλαξαν κατοικία α τελευταία 3 χρόνια (διαφορά στατιστικά σημαντική: σχήμα 2).



Σχήμα 2. Συχνότητα αλλαγής κατοικίας τα τρία τελευταία χρόνια σε οικογένειες ΚαΠα (στήλες με γραμμές) και μάρτυρες (στήλες λευκές).

8) Πατρικές οικογένειες: Οι πατρικές οικογένειες των πατέρων των δύο ομάδων δε διέφεραν σ' ότι αφορά το "μέγεθος" των οικογενειών. Αντίθετα, οι μητέρες ΚαΠα προέρχονταν από πολυμελείς πατρικές οικογένειες σε ποσοστό μεγαλύτερο από ότι οι μητέρες των μαρτύρων. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ οικογενειών ΚαΠα και Μαρτύρων βρέθηκαν, ιδιαίτερα στις οικογένειες των μητέρων, όταν οι γονείς περιέγραψαν τις ενδοοικογενειακές σχέσεις στις πατρικές τους οικογένειες (σχήμα 3). Είναι φανερό ότι τις εμπειρίες αυτές έχουν αναπαραγάγει στις δικές τους οικογένειες σήμερα.



Σχήμα 3. Ενδοοικογενειακές σχέσεις στις πατρικές οικογένειες των μητέρων ΚαΠα (στήλες με γραμμές) και των μαρτύρων (στήλες λευκές).

B) ΚαΠα Β' 1981 - 1983

Το ερευνητικό αυτό πρόγραμμα κάλυψε τη διατία αυτή 86 νέες περιπτώσεις σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά και 8 από την επαρχία.

Για κάθε περίπτωση επαρχίας προσφερόταν συμβουλευτική βοήθεια στους γονείς όσο βρίσκονταν με το παιδί στο Νοσοκομείο και ση συνέχεια ακολουθούσε ενημέρωση της υπηρεσίας πρόνοιας της πλησιέστερης νομαρχίας ώστε να τους προσφερθεί κάθε δυνατή συμπαράσταση. Δυστυχώς, οι υπηρεσίες πρόνοιας των νομαρχιών καλύπτουν μεγάλες γεωγραφικές περιοχές συχνά με δυσκολίες πρόσβασης του πληθυσμού, οι δε δυνατότητες που έχουν είναι κυρίως η εξασφάλιση μικρών επιδομάτων για μονογονικές οικογένειες, εγκαταλειμμένους γονιούς με παιδιά και ανάπηρους. Εύλογο είναι ότι η πολλαπλότητα των προβλημάτων που έχουν οι οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια απρόσωπη μικροεπιδοματική πολιτική ή από

οι οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με μια απρόσωπη μικροεπιδοματική πολιτική ή από κοινωνικούς λειτουργούς που αναγκάζονται από τις συνθήκες να ασκούν διοικητικά κυρίως καθήκοντα.

Οι μισές περίπου περιπτώσεις (48%) προέρχονταν από το Νοσοκομείο Παιδών "Αγία Σοφία" όπου στεγάζεται το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ενώ οι υπόλοιπες παραπέμφθηκαν από άλλα νοσοκομεία, φορείς παιδικής προστασίας, ιδιώτες, αστυνομία, νηπιαγωγεία, εκκλησία.

Παρακάτω περιγράφονται τα ιατρικά χαρακτηριστικά του φαινομένου, βασισμένα σε ένα μεγάλο δείγμα παιδιών η=86:51 αγόρια, 35 κορίτσια, (αριθμός πολύ υψηλός σε σύγκριση με άλλες μονάδες του εξωτερικού που κινούνται με το 1/2 περίπου) με κακοποίηση ή / και παραμέληση βαριάς μορφής.

Οι λόγοι για τους οποίους παραπέμφθηκαν τα παιδιά από διάφορα τμήματα παιδιατρικών Νοσοκομείων, από υπηρεσίες ή και ιδιώτες, φαίνονται στον πίνακα 4. Επειδή σε πολλές περιπτώσεις υπήρχαν διάφοροι λόγοι παραπομπής έγινε κατάταξη των παιδιών σε 5 ομάδες, με κριτήρια τη βαρύτητα των κακώσεων και το βαθμό παραμέλησης: π.χ. ένα παιδί με κάταγμα κρανίου και εγκατάλειψη κατατάχθηκε στις "κακώσεις", ενώ ένα παιδί με δυστροφία (βάρος σώματος κάτω από την 3η Ε.Θ.) κι ένα μικρό τραύμα από κακοποίηση, κατατάχθηκε στις "δυστροφίες".

Πίνακας 4. Λόγοι παραπομπής των παιδιών στο Τμήμα ΚαΠα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

A. Κακώσεις	η	%
- Κατάγματα (κρανίου, πλευρών, άκρων)	18	21
- Αιμορραγίες στον εγκέφαλο	4	5
- Κρανιοεγκεφαλική κάκωση	3	3,5
- Ανοιχτά τραύματα, μώλωπες μελανιές	20	23
B. Εγκαύματα		
- Από τσιγάρο, ηλεκτρικό σίδερο, καυτά υγρά κλπ.	6	7
Γ. Δυστροφία		
- Βάρος σώματος < 3η Ε.Θ. χωρίς οργανική νόσο	14	16
Δ. Παραμέληση		
- Εγκατάλειψη, έκθεση βρεφών, κλπ.	18	21
Ε. Διάφορα		
- Σεξουαλική κακοποίηση, χορήγηση οινόπνεύματος, παιδί σε κίνδυνο	3	3,5
Σύνολο	86	100

Σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια τα περισσότερα παιδιά (ποσοστό 52,5% κατατάγησαν στην ομάδα κακώσεων, 7% κατατάγησαν στην ομάδα των εγκαυμάτων, 37% στην ομάδα των δυστροφιών ή / και της παραμέλησης και 3,5% στην ομάδα με άλλης μορφής κακοποίηση ή παραμέληση.

Στοιχεία από το ιστορικό

α) Εγκυμοσύνη μητέρας

Σύμφωνα με τις πληροφορίες των γονιών (Συνηθέστερα της μητέρας) σε 58 περιπτώσεις 67% η εγκυμοσύνη ήταν απρογραμμάτιστη (ποσοστό αναμφισβήτητα μεγάλο) και στις περισσότερες απ' αυτές (33:58) ήταν και ανεπιθύμητη, είτε από τον ένα γονιό (η=11) είτε και από τους δύο (η=22).

Το ποσοστό 38% που η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη, είναι μεγάλο αν συγκριθεί με το ανάλογο ποσοστό 10% που βρέθηκε σε δείγμα μαρτύρων στην προηγούμενη έρευνα (ΚαΠα Α'). Φαίνεται δηλαδή ότι σε πολλές περιπτώσεις οι γονείς απέκτησαν ένα παιδί χωρίς να το επιθυμούν, γεγονός που μπορεί να θεωρηθεί κακό προγνωστικό στοιχείο στις μελλοντικές σχέσεις των γονιών με το παιδί τους. Οι λόγοι για τους οποίους για τους οποίους δεν έγινε διακοπή της εγκυμοσύνης, στις περιπτώσεις που αυτή ήταν ανεπιθύμητη, ήταν διάφοροι (προχωρημένη εγκυμοσύνη, οικονομικοί λόγοι, λόγοι σκοπιμότητας κλπ.).

Συνολικά από τα 86 παιδιά 33 ήταν "ανεπιθύμητα", 28 «προγραμματισμένα» και 25 "απρογραμμάτιστα αλλά επιθυμητά".

Όλες σχεδόν οι μητέρες εξετάστηκαν από μαιευτήρα (έστω και 1 φορά) στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μόνο σε 4 περιπτώσεις η μητέρα προσήλθε για τοκετό χωρίς να έχει εξεταστεί από μαιευτήρα. Λήψη σιδήρου και βιταμινών, που κατά κανόνα παίρνουν όλες οι έγκυες γυναίκες στην Ελλάδα, αναφέρθηκε στις περισσότερες περιπτώσεις (76%).

β) Τοκετός νεογνών και βάρος σώματος κατά τη γέννηση (Β.Γ.)

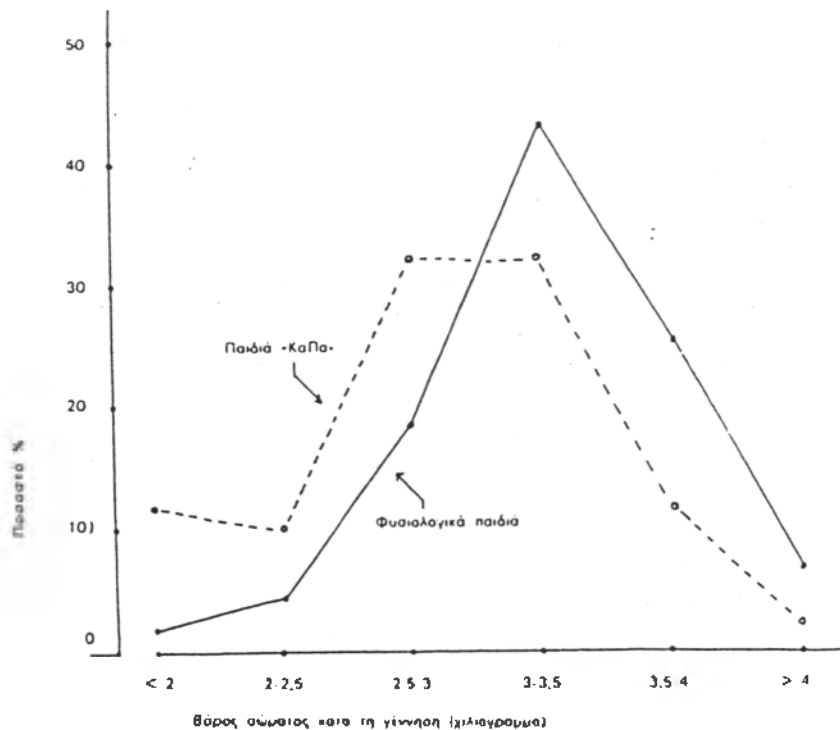
Στις περισσότερες περιπτώσεις (82%) ο τοκετός έγινε σε δημόσιο μαιευτήριο. Εβδομήντα πέντε παιδιά γεννήθηκαν φυσιολογικά και 1 με καισαρική τομή. Πρόωρος τοκετός (διάρκεια εγκυμοσύνης μέχρι 37 εβδομάδες) αναφέρθηκε μόνο σε 8 περιπτώσεις (10%). Το ποσοστό των εγκύων που γέννησα με καισαρική τομή (13%) ή απέκτησαν πρόωρα παιδιά (10%) δε διαφέρει από το ανάλογο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με στοιχεία της Πανελλήνιας Περιγεννητικής έρευνας των Μπακούλα και συν, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 14% περίπου για την καισαρική τομή και 7,8% για τον πρόωρο τοκετό.

Το μεγάλο ποσοστό των μητέρων (82%) που γέννησαν σε δημόσια μαιευτήρια αντανακλά προφανώς το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, αν λάβουμε υπόψη ότι, ο τοκετός στα δημόσια μαιευτήρια της χώρας μας στοιχίζει πολύ πιο φθηνά (σε σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές) και το ποσοστό των εγκύων που γεννούν σ' αυτά αντιπροσωπεύει μόνο 13%. Είναι γνωστό ότι το φαινόμενο της κακοποίησης των παιδιών συμβαίνει συχνότερα στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις.

Το βάρος των νεογνών κυμάνθηκε από 1.300 έως 4.350 γραμμάρια (μέση τιμή: 2.926 γραμμάρια). Η κατανομή βάρους και η σύγκριση με αντιπροσωπευτικό δείγμα ελληνικού πληθυσμού φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

Όπως προκύπτει, το ποσοστό των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών με βάρος λιγότερο από 2.500 γραμμάρια ήταν διπλάσιο από το αντίστοιχο ποσοστό του δείγματος. Αντίθετα, σε παιδιά με βάρος μεγαλύτερο από 3.500 γραμμάρια η αναλογία ήταν αντίστροφη. Η διαφορά στατιστικά είναι λίαν σημαντική.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: Κατανομή βάρους γέννησης κακοποιημένων παιδιών με δείγμα φυσιολογικού πληθυσμού.



γ) Προβλήματα υγείας νεογνών μετά τον τοκετό

Σημαντικό ποσοστό νεογνών (18:86) παρουσίασαν σοβαρά προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό, όπως κυάνωση, σηπαιμία, δύσπνοια κ.ά. για τα οποία κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση των περισσότερων από αυτά ($n=15$) σε θερμοκοιτίδα και η χορήγηση κατάλληλης αγωγής.

Το χαμηλό βάρος γέννησης (διάγραμμα 1) και τα σοβαρά προβλήματα υγείας που παρουσίασαν πολλά παιδιά μετά τον τοκετό, θα μπορούσαν να αποδοθούν σε ανεπαρκή φροντίδα ή και πλήρη αδιαφορία των γονιών για το έμβρυο (πλημμελής ιατρικής παρακολούθηση της εγκύου, ανεπαρκής διατροφή, κάπνισμα, λήψη οινόπνευματών ποτών από τη μητέρα, ένταση στις ενδοοικογενειακές σχέσεις, άγχος της εγκύου κλπ.), όπως διαπιστώθηκε σε πολλές περιπτώσεις.

Η διαφορά που διαπιστώθηκε στο Β.Γ. των παιδιών αυτής της μελέτης και εκείνων της προηγούμενης μελέτης θα πρέπει να αποδοθεί σε διαφορετικό υλικό των δύο εργασιών. Στην πρόσφατη εργασία, το υλικό αποτελείται από παιδιά μικρότερης ηλικίας με βαρύτερης μορφής σωματική κακοποίηση ή / και παραμέληση, στοιχεία που υποδηλώνουν πως οι συνθήκες στην οικογένεια θα ήταν πολύ χειρότερες και το ενδιαφέρον για την εγκυμοσύνη και το έμβρυο πολύ περιορισμένο ή ανύπαρκτο.

δ) Διάρκεια θηλασμού

Τα μισά σχεδόν νεογνά (48% δεν θήλασαν καθόλου τις μητέρες τους⁽¹⁾. Μικρό ποσοστό 10%) θήλασαν για διάστημα μικρότερο των 10 ημερών, 15% για 11-30 ημέρες, 17% για 31-90 ημέρες και μόνο 10% παιδιών θήλασαν για το διάστημα πάνω από 90 ημέρες.

Το ποσοστό των παιδιών που θήλασαν και η περίοδος θηλασμού είναι πολύ μικρότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά στο γενικό ελληνικό πληθυσμό. Σε εργασία των Ματσανιώτη⁽²⁾ και συν αναφέρεται ότι το ποσοστό των Ελληνίδων μητέρων που θηλάζουν τα παιδιά τους στην περιοχή της πρωτεύουσας είναι 69%. Αναλυτικότερα στοιχεία, που αναφέρονται σε δείγμα από όλη τη χώρα, φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Θηλασμός παιδιών τους 5 πρώτους μήνες ζωής (%)

	< 1	μήνα:	65%
Τέλος	1ου	μήνα:	39%
Τέλος	2ου	μήνα:	31%
Τέλος	3ου	μήνα:	22%
Τέλος	4ου	μήνα:	8%
Τέλος	5ου	μήνα:	2%

(Ματσανιώτης και συν. 1981: Μητρικός θηλασμός 1980)

Η διαφορά αυτή στα ποσοστά των νεογνών που θήλασαν - πρέπει να αποδοθεί σ' ένα βαθμό και στο γεγονός ότι τα πολλά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά είχαν προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό, παρέμειναν αρκετό διάστημα στο Νοσοκομείο (μερικά μπήκαν σε θερμοκοιτίδα) και επομένως δια ήταν δυνατόν να θηλάσουν. Όμως η διαφορά στο χρόνο που οι μητέρες θήλασαν τα παιδιά τους θα πρέπει να αναζητηθεί κυρίως στο δεσμό της μάνας με το παιδί της και στα προβλήματα που υπήρχαν στην οικογένεια την περίοδο μετά τον τοκετό.

ε) Ιατρική παρακολούθηση και εμβολιασμοί

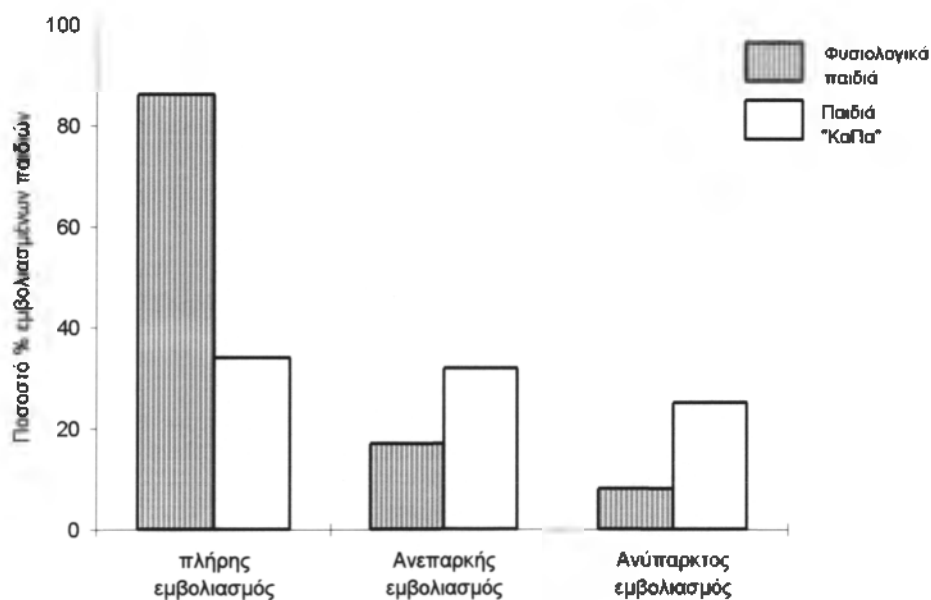
Τακτική ιατρική παρακολούθηση είχαν λιγότερα από τα μισά παιδιά (34:86). Τέσσερα παιδιά δεν είχαν εξεταστεί ποτέ από γιατρό και τα υπόλοιπα 48 εξετάζονταν μόνο σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας.

Πλήρης εμβολιασμός με τριπλό ή διπλό και αντιπολιομυελιτικό εμβόλιο είχε γίνει σε ποσοστό 40% περίπου των παιδιών. Πάνω από 20%

δεν είχαν αρχίσει ακόμη εμβολιασμό (παρόλο που η ηλικία τους είχε ξεπεράσει κατά πολύ την ηλικία έναρξης εμβολιασμών).

Η πλημμελής ή και ανύπαρκτη ιατρική παρακολούθηση των παιδιών και ο ανεπαρκής εμβολιασμός για τα βασικά εμβόλια, δείχνουν τις δυσκολίες των γονιών στην άσκηση του γονικού τους ρόλου ακόμη και για τόσο απλά στη διαδικασία τους θέματα, που είναι όμως σοβαρά στη υγεία των παιδιών τους. Θα πρέπει να πάρουμε υπόψη ότι πρόκειται για γονείς που ζουν στην περιοχή της πρωτεύουσας και η προσπέλαση σε Κέντρα Υγείας, για δωρεάν παρακολούθηση και εμβολιασμό των παιδιών τους είναι εύκολη. Στο σχήμα που ακολουθεί γίνεται σύγκριση του ποσοστού εμβολιασμένων κακοποιημένων παιδιών με αντίστοιχο ποσοστό σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ελληνικού παιδικού πληθυσμού. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.

Σχήμα 4: εμβολιασμός με τριπλό (ή διπλό) και εμβόλιο SABIN σε παιδιά ηλικίας 0-3 ετών.



στ) Ιστορικό νόσων και κακώσεων

Στο ιστορικό δεν περιλαμβάνονται συνηθισμένες και μικρής διάρκειας αρρώστιες όπως γρίπη, ίωση, γαστεντερίτιδα, μικροτραυματισμοί από ατυχήματα κ.ά. Νοσήματα μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας όπως μηνιγγίτιδα, περιτονίτιδα, βρογχοπνευμονία, τραύματα, κατάγματα κλπ. αναφέρθηκαν σε 34 από τα 86 παιδιά (40%). Ειδικότερα σε 2 παιδιά υπήρχε ιστορικό κατάγματος, σε 1 σοβαρού τραύματος, σε 1 δηλητηρίασης και σε 1 ιστορικό οστεομυελίτιδας μετά από τραυματισμό, καταστάσεις δηλαδή που είναι πολύ πιθανό να ήταν αποτέλεσμα κακομεταχείρισης ή παραμέλησης των παιδιών.

ζ) Προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών και απουσία των γονιών από το σπίτι

Αρκετά παιδιά (η=15) χαρακτηρίστηκαν από τους γονείς τους "ιδιαίτερα γκρινιάρικα". 2) υπερκινητικά και 17 ότι παρουσίαζαν σοβαρά προβλήματα στο φαγητό και στον ύπνο.

Στις μισές σχεδόν περιπτώσεις (40%) αναφέρθηκε πως στο παρελθόν ο πατέρας απουσίαζε συχνά ή κατά μεγάλα διαστήματα από το σπίτι και στο 1/4 των περιπτώσεων αυτών απουσίαζε από το σπίτι και η μητέρα, με αποτέλεσμα τη φροντίδα των παιδιών να έχουν αναλάβει οι συγγενείς ή κάποιο ίδρυμα. Συνολικά οι συγγενείς είχαν στο παρελθόν αναλάβει τη φροντίδα 18 παιδιών και τα ιδρύματα 2 παιδιών. Σε καμία περίπτωση δε διαπιστώθηκε απουσία μόνο της μητέρας από το σπίτι.

Κλινική εξέταση και παρακλινικός έλεγχος παιδιών

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν διάφορες κακώσεις και από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώθηκαν κατάγματα σε πολλά παιδιά (Πίνακας 4). Ο έλεγχος στα περισσότερα παιδιά έγινε στη διάρκεια νοσηλείας τους στην κλινική. Στις περιπτώσεις που η παραπομπή έγινε από τα εξωτερικά ιατρεία ή από άλλους φορείς ο έλεγχος έγινε στο τμήμα ΚαΠα. Σε ορισμένες περιπτώσεις κρίθηκε απαραίτητο να γίνει λεπτομερέστερος έλεγχος για αποκλεισμό χρόνιων νοσημάτων, διαταραχών πήξεως αίματος, όγκων εγκεφάλου κλπ.

Το βάρος και το ύψος σώματος των παιδιών κατά την εξέταση (όταν έγινε η παραπομπή στο τμήμα ΚαΠα φαίνονται στον πίνακα 6₍₃₎). Όπως προκύπτει πάνω από τα μισά παιδιά (52%) είχαν βάρος που αντιστοιχεί κάτω από τη 10η Ε.Θ., 4% είχαν βάρος μεταξύ 10ης-25ης Ε.Θ. και μόνο 44% είχαν βάρος πάνω από την 25η Ε.Θ. Για το ύψος σώματος των παιδιών τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 40%, 12% και 48%.

Το χαμηλό βάρος σώματος που διαπιστώθηκε στα παιδιά όταν παραπέμφθηκαν στο τμήμα μας, οφείλεται σε ανεπαρκή διατροφή, αφού από τον έλεγχο που έγινε δε διαπιστώθηκε κάποια οργανική νόσος που να ευθύνεται για το χαμηλό τους βάρος. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από τη παρατήρηση ότι όσα από τα παιδιά αυτά νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο ή φιλοξενήθηκαν στη Μονάδα - ξενώνα για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας αύξησαν το βάρος τους πιο γρήγορα από ό,τι στις οικογένειές τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Βάρος και ύψος σώματος των παιδιών (ποσοστό %) κατά την παραπομπή τους στο τμήμα ΚαΠα: Κατανομή σε εκατοστιαίες θέσεις.

Εκατοστιαίες θέσεις	3η	3 ^η -10η	10η-25η	> 25η
Βάρος σώματος	32%	20%	4%	44%
Υψος σώματος	14%	26%	12%	42%

Λεπτομερής αξιολόγηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης των παιδιών δεν έγινε γιατί δεν υπήρχε τέτοια δυνατότητα. Με αδρή εκτίμηση υπολογίστηκε πως 1:5 παιδιά είχαν μέτρια μέχρι σοβαρά προβλήματα στην ψυχοκινητική τους ανάπτυξη.

Σε επόμενο κεφάλαιο θα μας δοθεί η ευκαιρία περιγραφής των διαπιστώσεων πάνω στην ανάγκη για κοινωνική αποκατάσταση των κακοποιημένων - παραμελημένων παιδιών του ανωτέρου προγράμματος.

Γ) ΣΥΝΕΧΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚαΠα Β' (1984-1988)

Τα γενικά περιγραφικά στοιχεία του υλικού της τετραετίας αυτής επιβεβαιώνουν τα στοιχεία από τα πρώτα έτη δουλειάς του Ι.Υ.Π. (προγράμματα ΚαΠα Α' και ΚαΠα Β').

Ως προς το φύλο, τα αγόρια σταθερά υπερτερούν αριθμητικά από τα κορίτσια σε ποσοστά 63% προς 37%. Η ηλικία των παιδιών κυμαίνεται από 30 ημερών ως 14 χρονών με μέσο όρο τα 3,2 χρόνια. Οι παραπομπές από το Νοσοκομείο παιδων "Αγία Σοφία" καλύπτουν το 60% του συνολικού

αριθμού παραπομπών. Οι οικογένειες εξακολουθούν να περιγράφονται σαν πυρηνικές με μέσο όρο 4,1 μέλη και διασπορά από 2-12 μέλη. Η κατοικία τους καλύπτει όλες τις μορφές κατοικίας που προσφέρονται στο λεκανοπέδιο της Αττικής, από φτωχού τύπου μονοκατοικίες (32,4%) και μέσου τύπου πολυκατοικίες (35,3%) ως μέσου τύπου μονοκατοικίες (12,7%), εργατικές πολυκατοικίες (7,44%), πολυτελείς πολυκατοικίες (2,9%) και άλλου είδους σχήματα όπως δωμάτια σε αυλή (3,4%). Ο συντελεστής πυκνοκατοίκησης κυμαίνεται από 1 ως 10 άτομα ανά δωμάτιο με μέσο όρο 1,8 άτομα ανά δωμάτιο. Σε ποσοστό 31% το σπίτι είναι ιδιόκτητο ενώ 58% ζουν με ενοίκιο. Η κατάσταση του νοικοκυριού - όπως εκτιμήθηκε από τους κοινωνικούς λειτουργούς - ήταν καλή σε ποσοστό 39% ενώ 51% των οικογενειών ζούσαν σε ακαταστασία που αντικατόπτριζε συνήθως μια ανάλογη ατμόσφαιρα σε επίπεδο οικογενειακών σχέσεων.

Τα μισά παιδιά ήταν μοναχοπαίδια γονιών μικρής ηλικίας, συναισθηματικά ανώριμων και κοινωνικά απομονωμένων.

Τα κύρια ιατρικά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, που διαπιστώθηκαν από τη μελέτη 235 περιπτώσεων είναι:

1. Τα περισσότερα παιδιά (124) παραπέμφθηκαν στο τμήμα ΚαΠα του Υ.Ι.Π. επειδή ήταν κακοποιημένα, 50 ήταν παραμελημένα και 61 κακοποιημένα και παραμελημένα. Από τα κακοποιημένα παιδιά 36% είχαν ένα ή περισσότερα κατάγματα, με ή χωρίς άλλου είδους κακώσεις (τραύματα, μελανιές, μώλωπες), 14% είχαν εγκεφαλική κάκωση χωρίς κάταγμα, 36% είχαν ανοικτά τραύματα μώλωπες, μελανιές και 14% είχαν εγκαύματα.
2. Η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη από τον ένα ή και τους δύο γονείς σε ποσοστό 30%. Σε πολλές περιπτώσεις οι έγκυες μητέρες δεν είχαν καμιά ιατρική παρακολούθηση (16%), δεν έπαιρναν Fe και βιταμίνες (27%) και είχαν προβληματική εγκυμοσύνη (22%).

3. Ο τοκετός έγινε σε δημόσιο μαιευτήριο σε ποσοστό 77%, ενώ διπλάσιο ποσοστό νεογνών (σε σχέση με το γενικό πληθυσμό) γεννήθηκαν με βάρος σώματος κάτω από 2.500 γραμ. Ένα στα δνεογνά παρουσίασε σοβαρά προβλήματα μετά τον τοκετό και χρειάστηκε να μείνει σε θερμοκοιτίδα.
4. Στο τέλος του 2ου και 3ου μήνα το ποσοστό των παιδιών που θήλαζαν ήταν το μισό από ότι στο γενικό πληθυσμό, ενώ μόνο 40% περίπου των παιδιών είχαν τακτική ιατρική παρακολούθηση και πλήρη εμβολιασμό.
5. Το βάρος και το ύψος σώματος των παιδιών, κατά την παραπομπή τους στο τμήμα ΚαΠα του Ι.Υ.Π. ήταν σε χαμηλές εκατοστιαίες θέσεις: κάτω από τη 10η Ε.Θ. ήταν 50% των παιδιών για το βάρος και 40% για το ύψος.
6. Απουσία του ενός ή και των δύο γονιών από το σπίτι διαπιστώθηκε σε ποσοστό 54%.
7. Από τα 185 παιδιά που ήταν κακοποιημένα, πέθαναν 6 (3,2%) και παρουσιάζουν σοβαρού βαθμού αναπηρία 8 (4,3%).

(1) "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" Οδηγός για επαγγελματίες Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού
(2) Ματσανιώτης Ε. Βαλάσση, ΑΔΑΜ Ε., Μαραγκός Χ., Μανωλάκη Α. Εμβολιασμοί 1980
Δελτίο Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 1981.
(3) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" Εμπειρία 11 ετών
ΑΘΗΝΑ 1987

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Η ΜΟΝΑΔΑ ΚΡΙΣΗΣ ΕΝΑ ΝΕΟ ΣΧΗΜΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ

Η κακοποίηση ενός παιδιού σε μια οικογένεια συμβαίνει σε μια περίοδο κρίσης. Συνήθως, μια σειρά από διαφορετικούς παράγοντες επηρεάζουν το ευαίσθητο κλίμα στην οικογένεια, με αποτέλεσμα να ανατραπεί η ισορροπία και να ξεσπάσει η βία. Το παιδί είναι ένας από τους κύριους αυτούς παράγοντες και ο πλέον ευάλωτος για την επίθεση από τον ένα μόνο ή και από τους δύο γονείς, και αυτό γιατί στο παιδί οι γονείς εναποθέτουν όλο τους το θυμό, την απογοήτευση, την αγανάκτηση μέσα από ένα μηχανισμό μετάθεσης. Η κρίση αυτή είναι συνήθως διετής, χρόνια και οξεία. Σ' ένα υπόστρωμα δηλαδή μιας χρόνιας κρίσης προστίθεται ένα οξύ περιστατικό, μια οξεία κρίση, που "ξεχειλίζει το ποτήρι" και καταλήγει στην κακοποίηση. Χρόνιες κρίσεις μπορεί να είναι η χρόνια φτώχεια και η κοινωνική εξαθλίωση, η ανεργία, η σωματική και ψυχική ασθένεια, η αναπηρία ενός ή και των δύο γονιών. Η οξεία κρίση μπορεί να είναι οποιοδήποτε γεγονός που ανατρέπεται την ισορροπία της οικογενειακής ατμόσφαιρας μία δεδομένη στιγμή και που είναι απόλυτα υποκειμενική για κάθε γονιό. π.χ. η ξαφνική εισαγωγή μιας μητέρας στο Νοσοκομείο και η ανάγκη να φροντίσει ένας πατέρας μόνος ένα βρέφος ή δύο - τρία παιδιά, μπορεί να έχει την ίδια βαρύτητα σαν κρίση με εκείνη που προκαλεί η βλάβη του πλυντηρίου ρούχων σε μια πολυμελή οικογένεια με μικρά παιδιά. Ο γονιός βιώνει την οξεία κρίση μέσα από το πρίσμα των δικών του αναγκών.

Οι γονείς που έχουν την προδιάθεση να επιτίθενται στα παιδιά τους έχουν την ανάγκη υποστηρικτικής βοήθειας. Η συμβουλευτική όμως βοήθεια

δεν μπορεί να βοηθήσει πραγματικά τη στιγμή της κρίσης, όταν είναι ανάγκη οι λύσεις που προσφέρονται να είναι άμεσες όσο άμεση είναι και η κρίση. Το πρόβλημα είναι ότι τα άτομα αυτά έχουν φοβερή καχυποψία για οποιονδήποτε δείχνει να ενδιαφέρεται γι' αυτούς είτε αυτός είναι άτομο, ομάδα ή η ίδια η πολιτεία. Οι εμπειρίες τους από πρόσωπα εξουσίας ή και γενικότερα από τους συνανθρώπους τους είναι τέτοιες που με πολλή επιφύλαξη αντιμετωπίζουν κάθε χέρι βοήθειας. Αλλά και αν ακόμη ξεπεράσουν τις αναστολές τους αυτές, έχουν μια αδεξιότητα στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών που τους προσφέρονται: Η αδεξιότητα αυτή δεν είναι μόνο αποτέλεσμα της κοινωνικής τους απομόνωσης και των αρνητικών βιωμάτων τους, παρά τροφοδοτείται από τις ίδιες τις κοινωνικές υπηρεσίες που συχνά έχουν στάση απορριπτική και τιμωρητική σε γονείς που δεν τα βγάζουν πέρα με το γονικό τους ρόλο.

Ένα πολύ σημαντικό σχήμα βοήθειας για οικογένειες με προδιάθεση για βία που βρίσκονται σε περίοδο κρίσης, είναι οι Μονάδες Κρίσης (CRISIS UNITS ή SHELTERS). Οι Μονάδες Κρίσης λειτουργούν με την μορφή ξενώνων για παιδιά προσχολικής ηλικίας, από νεογέννητα δηλαδή ως 5,5 χρονών. Πριν από την περιγραφή όμως μιας συγκεκριμένης τέτοιας Μονάδας πρέπει να αναφερθούν ορισμένες αρχές και προϋποθέσεις λειτουργίας των Μονάδων που καθιερώθηκαν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες γονιών και παιδιών.

1. Οι γονείς αυτοί, όταν βρίσκονται σε κρίση χρειάζονται άμεση ανακούφιση από τα παιδιά τους έτσι ώστε να μειωθεί ένας κύριος παράγοντας αυτής της έντασης. Η άμεση εισαγωγή του παιδιού στη Μονάδα προλαβαίνει την κακοποίηση του παιδιού ενώ συγχρόνως προφυλάσσει το γονιό από μια τέτοια πράξη.
2. Οι γονείς που έχουν την προδιάθεση να κακοποιήσουν ή που ήδη κακοποιούν τα παιδιά τους χρειάζεται να μάθουν πως να δέχονται και να χρησιμοποιούν τη βοήθεια. Ένα από τα πλαίσια που μπορεί να τους

προσφέρει εμπιστοσύνη ώστε να κινητοποιηθούν είναι ένα μη απειλητικό πλαίσιο που μπορούν να "ακουμπήσουν" τα παιδιά τους.

3. Οι γονείς που κακοποιούν πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν πότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για να επιτεθούν στα παιδιά τους, να μάθουν δηλαδή να αναγνωρίζουν την ένταση και να την προλαβαίνουν. Αν το κατορθώσουν αυτό και πάνε το παιδί τους στη Μονάδα, αποφεύγεται η κακοποίηση.
4. Ένας από τους σκοπούς της θεραπευτικής παρέμβασης είναι να βοηθηθούν οι γονείς ώστε να επιτρέψουν στα παιδιά τους να πάρουν στοργή και φροντίδα από άτομα έξω από την πυρηνική οικογένεια. Αυτό προϋποθέτει ότι ο γονιός θα επιτρέψει στο παιδί του να αναπτύξει θετικά αισθήματα για τους άλλους ανθρώπους, κάτι πολύ δύσκολο και απειλητικό για γονείς που τείνουν να βλέπουν το παιδί τους σαν την κύρια πηγή για την ικανοποίηση των δικών τους αναγκών.

Πέρα όμως από την ικανοποίηση αυτών των αναγκών μια Μονάδα Κρίσης είναι πολύ περισσότερο από ένας χώρος ασφάλειας για το παιδί. Τη στιγμή της εισαγωγής το παιδί αντιδρά συνήθως στα γεγονότα και στην ένταση του συναισθηματικού περιβάλλοντος της οικογένειας, που προηγήθηκαν της εισαγωγής του. Ένας από τους άμεσους στόχους του προσωπικού είναι να βοηθήσουν το παιδί να αντιμετωπίσει το άγχος και το φόβο του, όπως και την αντίδραση αποχωρισμού από τους γονείς του. Η τοποθέτηση ενός κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού ή ενός παιδιού "σε κίνδυνο" σε μια Μονάδα Κρίσης μπορεί να προσφέρει μια σημαντική ευκαιρία σφαιρικής αξιολόγησης των προβλημάτων του παιδιού. Η εντόπιση ιατρικών και αναπτυξιακών προβλημάτων του παιδιού μπορεί να οδηγήσει σε μια έγκαιρη παρέμβαση. Συνηθισμένα προβλήματα που παρουσιάζουν παιδιά που μεγαλώνουν σε αντίξοες ψυχοκοινωνικές συνθήκες είναι υποθρεψία, αναιμία, λοιμώξεις, διαταραχές των αισθητηρίων οργάνων, σπασμοί και ανεπάρκεια εμβολιασμών. Η καθυστέρηση στην ανάπτυξη ή οι

διαταραχές της ανάπτυξης παίζουν καθοριστικό ρόλο, με επίκεντρο την ομιλία. Η Μονάδα μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα για διαγνωστική εκτίμηση ώστε η οικογένεια να αναζητήσει θεραπευτική αντιμετώπιση από εκεί και πέρα. Παιδιά που μένουν σε μια Μονάδα Κρίσης για ορισμένο χρόνο μπορούν να ωφεληθούν από ειδική παρέμβαση στη καθυστέρηση της ανάπτυξης, ενώ συγχρόνως το προσωπικό, έχοντας διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα των προβλημάτων παιδιού και οικογένειας προετοιμάζει την επιστροφή του παιδιού στο σπίτι προσπαθώντας να το συνδέσει με πηγές μέσα στην κοινότητα που μπορούν να προσφέρουν εξειδικευμένη βοήθεια.

Μια από τις σημαντικές πηγές στην κοινότητα που μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των παιδιών αυτών είναι βρεφονηπιακοί σταθμοί που θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν στις ανάγκες ενός παιδιού που χρειάζεται προσοχή και εξατομικευμένη αντιμετώπιση. Η συνύπαρξη μιας Μονάδας Κρίσης μ' ένα βρεφονηπιακό σταθμό μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα σε παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογενειακό περιβάλλον με ελάχιστα ερεθίσματα, με χαοτική δομή και με συνεχείς κρίσεις, να αναμειχθούν με παιδιά από φυσιολογικές οικογένειες και να ωφεληθούν από την πρωτόγνωρη αυτή εμπειρία.

Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής⁽¹⁾ καθορίζει τέσσερις βασικές προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί κάθε ημερήσιος παιδικό σταθμός:

α) ένα εμπλουτισμένο σε ερεθίσματα περιβάλλον για το παιδί, β) ένα περιβάλλον όπου το παιδί μπορεί να εξερευνήσει και να μάθει, γ) βοήθεια στις οικογένειες ώστε να εξασφαλίσουν για τα παιδιά τους ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες όπως και βοήθεια σε θέματα ψυχικής υγείας και δ) κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη για όλη την οικογένεια. Για να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, οι Μονάδες Κρίσης όπως και οι παιδικοί σταθμοί πρέπει να προσφέρουν όλες τις παραπάνω υπηρεσίες.

Μια Μονάδα Κρίσης πρέπει να λειτουργεί σε 24ωρη βάση γιατί οι οικογενειακές κρίσεις δεν ακολουθούν εργασιακά ωράρια ούτε αναστέλλονται τα Σαββατοκύριακα. Αντίθετα, συνήθως το “ποτήρι ξεχειλίζει” όταν η οικογένεια βρίσκεται όλη μαζί, τις βραδινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα. Το χρονικό όριο παραμονής ενός παιδιού στη Μονάδα σχετίζεται και αρχικά με τις προδιαγραφές λειτουργίας της Μονάδας, αλλά και με το ευρύτερο πλαίσιο υποστηρικτικών υπηρεσιών στην κοινότητα που μπορεί να αντιμετωπίσει τα πολλαπλά προβλήματα μιας ευάλωτης οικογένειας σε περίοδο κρίσης.

Οι προδιαγραφές λειτουργίας μια Μονάδας Κρίσης πρέπει να ορίζουν ποιες περιπτώσεις παιδιών μπορούν να καλυφθούν. Η τήρηση των ορίων αυτών προστατεύει τη Μονάδα από το αδιέξοδο που μπορεί να βρεθεί το προσωπικό όταν η ασάφεια των κριτηρίων εισαγωγής αναπόφευκτα οδηγεί σε υπερβολικές πιέσεις για κάλυψη παιδιών που απαιτούν οι σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες. Κατηγορίες παιδιών που μπορούν να καλυφθούν σε μία Μονάδα Κρίσης είναι:

α) Κακοποιημένα παιδιά (σωματική, σεξουαλική κακοποίηση), β) Παραμελημένα παιδιά (σοβαρή συναισθηματική παραμέληση) γ) Παιδιά με σύνδρομο ψυχοκοινωνικού νανισμού δ) Παιδιά με δυστροφία, ε) Παιδιά “σε κίνδυνο” από χαοτικές οικογένειες ή άλλες με ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες.

Ο αριθμός των παιδιών που καλύπτει μια τέτοια Μονάδα μπορεί να κυμαίνεται από 8-12 παιδιά, Η αναλογία προσωπικού παιδιά δεν πρέπει να ξεπερνάει το 1:3 σε οποιαδήποτε βάρδια εκτός από τη νυκτερινή που μπορεί να καλυφθεί με λιγότερα άτομα.

Οι διαδικασίες εισαγωγής ενός παιδιού πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο εύκολες ώστε α λειτουργεί πραγματικά σαν Μονάδα Κρίσης. Σκοπός είναι να διευκολύνονται οι γονείς όσο το δυνατόν περισσότερο αλλά και οι άλλοι φορείς που παραπέμπουν ένα οξύ περιστατικό. Τη στιγμή της

εισαγωγής ελάχιστες ερωτήσεις πρέπει να γίνονται, ιδιαίτερα ερωτήσεις διερευνητικές των “πραγματικών κινήτρων” του γονιού ή των “πραγματικών” στοιχείων της κρίσης. Κανένας γονιός δεν ζητάει εισαγωγή του παιδιού του χωρίς λόγο. Αυτό που πρέπει το προσωπικό να έχει πάντα υπόψη είναι ότι ξέρουμε πια ότι γονείς που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους χρησιμοποιούν τα παιδιά τους για να “μιλήσουν” για τον εαυτό τους. Έτσι, η επιθυμία εισαγωγής του παιδιού μπορεί κάλλιστα να είναι μια απελπισμένη “κραυγή για βοήθεια” των ίδιων των γονιών. Οι πληροφορίες που πρέπει το προσωπικό να πάρει από τους γονείς είναι σκόπιμο να αφορούν τις συνήθειες ύπνου, φαγητού και συμπεριφοράς του παιδιού. Το μοναδικό γραπτό δικαιολογητικό που χρειάζεται από τους γονείς είναι ένα που να επιτρέπει στη Μονάδα να ενεργήσει σε περίπτωση που το παιδί θα παρουσιάσει οξύ ιατρικό πρόβλημα. Οι γονείς πρέπει να ενθαρρύνονται να επισκέπτονται τακτικά το παιδί τους, ενώ συγχρόνως γίνεται σαφές ότι η Μονάδα Κρίσης δεν είναι ένα ίδρυμα κλειστής περίθαλψης και γι’ αυτόν ακριβώς το λόγο πρέπει πριν ακόμα την εισαγωγή του παιδιού τους να σκέφτονται και να προγραμματίζουν την επιστροφή του ή αν αυτό δεν είναι δυνατό, την αναζήτηση άλλων λύσεων τοποθέτησης του παιδιού μακριά από την οικογένεια.

Εφόσον η Μονάδα Κρίσης είναι ένα πλαίσιο όπου οι γονείς εθελοντικά πάνε το παιδί τους, θεωρητικά τουλάχιστον δεν θα πρέπει να εισάγονται παιδιά παρά τη θέληση των γονιών τους π.χ. κακοποιημένα παιδιά με απόφαση εισαγγελέα ή με παρέμβαση κοινωνικού λειτουργού άλλου κέντρου. Στην πράξη όμως αυτό είναι εξαιρετικά δύσκολο γιατί θα έπρεπε να δημιουργηθούν πολλά είδη Μονάδων Κρίσης που θα απευθύνονται σε ειδικές κατηγορίες προβλημάτων. Έτσι, το προσωπικό της Μονάδας Κρίσης θα πρέπει να καλύπτει επαρκώς εκείνες τις ειδικότητες που χρειάζονται για αντιμετωπίζουν τέτοια περιστατικά (κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, παιδίατρος νομικός σύμβουλος) ή να συνδέεται διοικητικά με Κέντρο

Ψυχικής Υγείας ή Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού ή Ειδικού Νοσοκομείου ή Φορέα Παιδικής Προστασίας που έχει διεπιστημονική ομάδα με νομικό σύμβουλο.

Το πολυτιμότερο στοιχείο μιας Μονάδας Κρίσης είναι το προσωπικό που ασχολείται άμεσα με τα παιδιά και οι προδιαγραφές συμπεριφοράς αυτού του προσωπικού. Το κύριο προσόν που αναζητείται στο προσωπικό είναι ο παιδοκεντρικός προσανατολισμός τους και η ώριμη προσωπικότητά τους. Μπορούν να προέρχονται από διαφορετική εκπαίδευση, είναι όμως απαραίτητη η εμπειρία τους με παιδιά προσχολικής ηλικίας είτε σαν επαγγελματίες, είτε σαν γονείς. Ο συντονιστής της Μονάδας, ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό, βασικό στέλεχος του προσωπικού πρέπει να έχει ειδικευτεί στη νηπιακή ηλικία. Παράλληλα, πρέπει να αναγνωριστεί ότι η απασχόληση με παιδιά από τόσο προβληματικές οικογένειες είναι εξαντλητική σωματικά, αλλά κυρίως συναισθηματικά. Η ταύτιση του προσωπικού με το "παιδί θύμα", δημιουργεί αισθήματα απόρριψης και αντιπαλότητας με τους φυσικούς γονείς. Απαραίτητη είναι η συνεχής εποπτεία του προσωπικού, η διαρκής επιστημονική ενημέρωση και η έμπρακτη συμπαράσταση της διοίκησης της Μονάδας Κρίσης στις διοικητικές, επιστημονικές και ανθρώπινες ανάγκες του προσωπικού.

Η παραμονή κάθε παιδιού στη Μονάδα μπορεί να είναι η μοναδική ευκαιρία στη ζωή τους για τη σωστή διαγνωστική εκτίμηση των προβλημάτων του. Γι' αυτό, ο παιδίατρος που καλύπτει τη Μονάδα πρέπει να μπορεί να αξιολογήσει τη σωματική αλλά και τη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και να μπορεί να διαγνώσει μικρού βαθμού αισθητηριακές διαταραχές στα παιδιά που μπορούν να προληφθούν.

Η αποτελεσματικότητα όμως της Μονάδας Κρίσης είναι ατελής αν η προσφορά στο ίδιο το παιδί δε συνδυάζεται με ανάλογα εντατική θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια ώστε να αμβλυνθούν εκείνοι οι παράγοντες που προκάλεσαν τη χρόνια ή οξεία κρίση και με σκοπό την ασφαλή επιστροφή του παιδιού στο σπίτι. Η ίδια παρέμβαση στην οικογένεια

μπορεί να αξιολογήσει την επικινδυνότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος για το παιδί και τις δυνατότητες για αλλαγή ώστε σε ακραίες περιπτώσεις να προγραμματιστεί η αποκατάσταση του παιδιού έξω από την οικογένεια (υιοθεσία, τεχνητή οικογένεια, ανάδοχη οικογένεια). Σε χώρες με υψηλή ποιότητα υπηρεσιών παιδικής προστασίας, τη θεραπευτική παρέμβαση στις οικογένειες αυτές καλύπτουν φορείς μέσα στην κοινότητα όπου έχουν προγράμματα υποστήριξης της οικογένειας με διεπιστημονική προσέγγιση και νομική κάλυψη, ενώ αλλού, οι Μονάδες Κρίσεις είναι αυτοτελείς. Είναι βασικό κανένα παιδί να μην εισάγεται στη Μονάδα χωρίς παράλληλη παρέμβαση στην οικογένεια.

7.1. ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΠΑ: Η ΠΡΩΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΡΙΣΗΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΑ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΝΗΠΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Το 1984, ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας μετά από πρόταση του Τομέα Οικογενειακών Σχέσεων του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού, δημιούργησε την πρώτη στην Ελλάδα Μονάδα - ξενώνα για προσωρινή φιλοξενία βρεφών και νηπίων 0-3 χρόνων που δεν μπορούσαν να παραμείνουν στην οικογένεια κατά το στάδιο της οξείας κρίσης. Κατά τη διάρκεια της φιλοξενίας των παιδιών στη Μονάδα, οι οικογένειές τους παρακολουθούνταν θεραπευτικά από την εξειδικευμένη ομάδα του Ι.Υ.Π. Η Μονάδα - με δύναμη 12 θέσεων - λειτουργούσε με υψηλό επιστημονικό επίπεδο εξυπηρετώντας σε 4 ½ χρόνια 46 παιδιά, τα περισσότερα από τα οποία μετά τη φιλοξενία τους επέστρεψαν στις οικογένειές τους με βελτιωμένες συνθήκες, ενώ άλλα υιοθετήθηκαν μέσω του Κέντρου Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ ή τα ανέλαβαν ανάδοχες οικογένειες. Δυστυχώς - τελείως αναπάντεχα το Δεκέμβριο 1988, με μια διοικητική απόφαση του ΕΟΠ η Μονάδα καταργήθηκε και ο χώρος χρησιμοποιήθηκε άμεσα για πρόγραμμα

μελέτης παιδιών σχολικής ηλικίας της περιοχής. Ένα πρότυπο πρόγραμμα παιδικής προστασίας, το μοναδικό στην Ελλάδα, που χαιρετίστηκε στο χώρο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (COUNCIL OF EUROPE, 1987) αλλά και στο διεθνή χώρο (AGATHONOS, 1988) καταργήθηκε με μια διοικητική απόφαση. Μια τεράστια προνοιακή και διοικητική δομή δεν μπόρεσε να "αντέξει" την ιδιαιτερότητα της καινοτομίας ενός νέου ευέλικτου σχήματος. Μια τέτοια απόφαση αποτελεί σοβαρή οπισθοδρόμηση στην ιστορική εξέλιξη της παιδικής προστασίας στην Ελλάδα. Αποτελεί δε οξύμωρο σχήμα, η διατήρηση απαρχαιωμένων δομών, όπως ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, που "λειτουργούν" με τραγικές συνθήκες για παιδιά αλλά για το προσωπικό, να συμπίπτει με την εξαφάνιση μιας νέας δομής.

Κακοποιημένα παιδιά 0-3 ετών μπορούν να φιλοξενηθούν στο Κέντρο Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ, στα πλαίσια των ήδη προγραμμάτων του. Η δομή όμως του Κέντρου Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ - παρ' όλο το υψηλό επιστημονικό επίπεδο - ταυτίζει την αποκατάσταση του παιδιού περισσότερο με την υιοθεσία ή την αναδοχή και λιγότερο με τη συστηματική στήριξη της οικογένειας σε οξεία ή χρόνια κρίση. Έτσι, τα προγράμματα του Κέντρου Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι καλύπτουν το κενό μιας Μονάδας - ξενώνα Κρίσης - αλλά ένα πρόγραμμα που καλύπτει κυρίως μεγαλύτερα παιδιά από τον κλασσικό πληθυσμό του Κέντρου Βρεφών ΜΗΤΕΡΑ.

Στη Θεσσαλονίκη δημιουργήθηκε προ διετίας η Μονάδα Προστασίας Παιδιού στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Η Μονάδα διαθέτει διεπιστημονική ομάδα και καλύπτει περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Οι διαρκώς αυξανόμενες όμως ανάγκες επιβάλλουν την ανάπτυξη της, πράγμα που δεν έχει γίνει εφικτό ως τώρα.

(1) American Academy of Pediatrics : Policy Statement of day care 1973 p.947

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

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

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

Οι δύο κύριοι σκοποί της θεραπευτικής παρέμβασης είναι:

1. Η προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση, και
2. Η αποκατάσταση της οικογένειας με σκοπό την όσο το δυνατόν ασφαλέστερη επιστροφή του παιδιού στο σπίτι. Μια άλλη περιγραφή του σκοπού της θεραπευτικής παρέμβασης θα μπορούσε να είναι "η βελτίωση της ποιότητας ζωής όλης της οικογένειας προσφέροντας σε κάθε μέλος ένα καινούργιο ξεκίνημα και ευκαιρία για συναισθηματική ανάπτυξη και ολοκλήρωση".

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την προτεραιότητα που πρέπει να δίνεται στη σωματική κακοποίηση όπου τα αποτελέσματα πολύ συχνά είναι τραγικά και αφορούν κυρίως τα παιδιά που κακοποιούνται. Τα σπασμένα οστά όμως κολλάνε γρηγορότερα από τις κατεστραμμένες προσωπικότητες,

γι' αυτό και η διεθνής βιβλιογραφία έχει ως τώρα δείξει ότι η αγωνία και η βιασύνη "ειδικών" για όσο το δυνατόν ταχύτερη αποκατάσταση της οικογένειας έχει οδηγήσει συχνά όχι μόνο σε επανακακοποίηση, αλλά - χειρότερα ακόμα - σε χρόνιες ψυχολογικές διαταραχές των παιδιών, που οδηγούν σε μια νέα γενιά γονιών που θα κακοποιήσουν και αυτοί τα παιδιά τους.

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

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

Πολλοί ενήλικες, ιδιαίτερα εκείνοι που μεγάλωσαν σε ανεπαρκές οικογενειακό περιβάλλον, είναι αδύνατο να προσφέρουν τις παραπάνω προϋποθέσεις στα παιδιά τους και έτσι και εκείνα μεγαλώνοντας γίνονται ανεπαρκείς γονείς, περνώντας αναπόφευκτα σ' αυτά τις εμπειρίες τους. Ο "κύκλος της κακοποίησης" είναι δυνατόν να διακοπεί σε διάφορα στάδια του, όπως δείχνει και το παρακάτω σχήμα:

Η κυκλική μορφή της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών



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

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

Η αντιμετώπιση του προβλήματος θα είχε αρκετά απλουστευθεί να μπορούσαμε να κατατάξουμε τις οικογένειες σε ξεκάθαρες κατηγορίες, δηλαδή τους ψυχοπαθείς, εκείνους με διαταραχές της προσωπικότητας, τους ανώριμους, τους ανεπαρκείς κλπ. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι τόσο

ξεκάθαρα. Η εμπειρία της ομάδας του DENVER, έδειξε ότι 10% από τους γονείς είναι ψυχικά άρρωστοι. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται άτομα με παρανοειδή σχιζοφρένεια, ψυχοπαθητική προσωπικότητα, έντονα επιθετική συμπεριφορά, που δεν επικοινωνούν παρά μόνο με τη βία. Η μόνη παρέμβαση που μπορεί να γίνει στις οικογένειες αυτές, είναι η μόνιμη και νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση του παιδιού. Καμιά άλλη "θεραπεία" δεν μπορεί να αποκαταστήσει την "οικογένεια". Κάθε επαγγελματίας που αντιμετωπίζει τέτοια άτομα και αφού φυσικά προηγηθεί σωστή ψυχιατρική αξιολόγηση, πρέπει να κατευθύνεται προς τη νομική οδό, την αφαίρεση δηλαδή της γονικής επιμέλειας ή / και μέριμνας ώστε να διακοπεί σε μόνιμη βάση η σχέση γονιών - παιδιού. Η ατολμία ή η αντικειμενική δυσκολία να απομακρυνθεί μόνιμα ένα παιδί από τέτοιους γονείς έχει σχεδόν πάντα οδηγήσει σε παιδιά με χρόνια σοβαρά ψυχικά προβλήματα, αλλά και σε άλλα με μόνιμες σωματικές αναπηρίες, ακόμη και στο θάνατο. Σ' ένα πρόσθετο 10% των οικογενειών οι προβλέψεις είναι πολύ σκοτεινές. Στο 80% όμως των περιπτώσεων η θεραπευτική προσέγγιση, με την προσφορά πολλαπλών σχημάτων βοήθειας σε γονείς και παιδιά, μπορεί να κρατήσει τα παιδιά στην οικογένεια εξασφαλίζοντάς τους αν όχι το ιδανικό πλαίσιο για μακρόχρονη ψυχική υγεία, τουλάχιστον μια καθημερινή ζωή σε οικογενειακό περιβάλλον.

Το πρώτο και των κυριότερο βήμα στη θεραπεία γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι η όσο το δυνατόν πληρέστερη και ακριβέστερη διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση. Μέχρι τώρα, οι κοινωνικοί λειτουργοί κυρίως σηκώνουν στους ώμους τους της βαρύτερης ευθύνης της διαγνωστικής εκτίμησης και της αντιμετώπισης όλων των προβλημάτων της οικογένειας. Αποτέλεσμα είναι το συχνό αδιέξοδο στην έκβαση των περιπτώσεων ή και στους ίδιους αλλά και συχνά το αίσθημα παντοδυναμίας των κοινωνικών λειτουργών που οδηγεί σε αδυναμία αντικειμενικής εκτίμησης και συνεργασίας με τρίτους. Η εμπειρία στο χώρο

της κακοποίησης οριοθετεί βασικές προδιαγραφές εργασίας, η κυριότερη από τις οποίες είναι η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας.

Εναλλακτικά Θεραπευτικά σχήματα

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

Πηγές Βοήθειας για όλη την οικογένεια

α. Μονάδες - ξενώνες για περιόδους κρίσης

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

β. Θεραπευτικά οικοτροφεία για οικογένειες

Δύο κύριες προσπάθειες στην Ευρώπη έχουν γίνει ως σήμερα με πολύ καλά αποτελέσματα: Η Μονάδα του PARK HOSPITAL FOR CHILDREN στην Οξφόρδη και "TRIANGLE" AMSTERDAM. Στην Οξφόρδη, τρεις οικογένειες μπορούν εκ περιτροπής να μείνουν στη Μονάδα για ένα μέσο διάστημα 3-5 εβδομάδες. Το προσωπικό αποτελείται από ψυχιατρική

νοσοκόμο κοινωνικό λειτουργό, απασχολησιοθεραπευτή, ψυχολόγο, ενώ ψυχίατρος κατευθύνει την ομάδα, χωρίς να είναι ενεργό μέρος της.

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

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

γ. Θεραπευτικό νηπιαγωγείο

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

δ. Θεραπεία οικογένειας

Έχει δοκιμαστεί σε οικογένειες με μεγαλύτερα παιδιά που αποτελούν όμως έναν περιορισμένο πληθυσμό, ιδιαίτερα στο χώρο της σωματικής κακοποίησης. Η οικογενειακή θεραπεία έχει κριθεί σαν μια προσέγγιση που μόνη της δεν μπορεί να καλύψει τις σύνθετες ανάγκες των οικογενειών αυτών, ενώ άλλοι την αμφισβητούν στη θεωρητική τους βάση κυρίως γιατί απευθύνεται ακριβώς στη γονική ιδιότητα, δηλαδή εκείνη όπου οι γονείς αυτοί έχουν αποτύχει. Εφαρμόζεται σε περιορισμένη κλίμακα και σε ειδικά κέντρα.

Πηγές βοήθειας για τα παιδιά

α. Παιδιατρική κάλυψη

Προσφέρεται παιδιατρική αξιολόγηση και παρακολούθηση στα πλαίσια παιδιατρικού Νοσοκομείου, τοπικού Κέντρου Υγείας ή οικογενειακού γιατρού.

β. Βοήθεια από μη ειδικούς

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

- γ. Θεραπευτική ομαδική απασχόληση παιδιών
Θεραπευτικό ομαδική προσέγγιση για παιδιά προσχολικής ηλικίας με συμμετοχή και των γονιών.
- δ. Παιγνιοθεραπεία
Συνήθως γίνεται σε θεραπευτικό παιδοψυχιατρικό πλαίσιο ή άλλο κέντρο ψυχικής υγείας, με τη μορφή ατομικών συνεδρίων και για παιδιά προσχολικής ηλικίας κυρίως.
- ε. Ατομική ψυχοθεραπεία
Απευθύνεται κυρίως σε μεγαλύτερα παιδιά, είναι ένα ακριβό θεραπευτικό σχήμα και συχνά βρίσκει τους γονείς ενάντιους σε μια "ατομική" σχέση του παιδιού τους με κάποιο πρόσωπο εξουσίας έξω από την οικογένεια.
- στ. Ομαδική ψυχοθεραπεία
Ομαδική θεραπευτική βοήθεια σε παιδιά σχολικής ηλικίας κυρίως.

Πηγές βοήθειας για τους γονείς

- α. 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία
Έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να προλάβει σοβαρές οικογενειακές κρίσεις που καταλήγουν στη χρήση βίας προς τα παιδιά ή εγκατάλειψη παιδιών από γονείς που βρίσκονται σε απόγνωση, απόπειρες αυτοκτονίας κλπ. Στις Η.Π.Α. λειτουργεί εθνικό δίκτυο τηλεφωνικού S.O.S. ενώ ορισμένες πολιτείες και κοινότητες έχουν αναπτύξει τοπικές γραμμές.
- β. Συμβουλευτική σε θέματα ανατροφής και φροντίδας των παιδιών
Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ύπαρξη κινήτρων από την πλευρά των γονιών, γεγονός όχι και τόσο συχνό στον ειδικό αυτό πληθυσμό.

γ. Υπηρεσίες επισκέπτη Υγείας

Παρέχονται στα πλαίσια κυρίως κοινοτικών κέντρων υγείας και ψυχικής υγείας.

δ. Θεραπεία από μη ειδικούς

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

ε. Κοινωνική εργασία

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

Η θεραπευτική παρέμβαση που ακολουθεί το μοντέλο της "παρέμβασης στην κρίση" ή της "Επιθετικής κοινωνικής εργασίας" που γίνεται στα

πλαίσια διεπιστημονικής προσέγγισης έχει αποδειχθεί σαν πλέον αποτελεσματικό. Η ύπαρξη υποδομής υποστηρικτικών και προνοιακών υπηρεσιών σε κοινοτικό πλαίσιο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για όλα τα μοντέλα παρέμβασης.

Στο επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται διεξοδικά το θέμα της κοινωνικής εργασίας με οικογένειες που κακοποιούν ή / και παραμελούν τα παιδιά τους.

στ. Ατομική ψυχοθεραπεία

Έχουν δοκιμασθεί διάφορες προσεγγίσεις. Η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν εφαρμόζεται πολύ, κυρίως γιατί πρόκειται για πληθυσμό με μειωμένα κίνητρα για αλλαγή και γιατί το κόστος είναι πολύ υψηλό και η θεραπεία μακρόχρονη. Η μέθοδος της θεραπείας της συμπεριφοράς θεωρεί ότι η διαπίστωση, ότι όλα πηγαίνουν καλά, οι απαρίθμηση των τραυμάτων ενός παιδιού ή ο καλός λόγος σ' έναν γονιό έχουν μειωμένη θεραπευτική αξία γιατί δεν δείχνει στους γονείς άλλους τρόπους για να τα βγάλουν πέρα, ενώ μπορεί να ενισχύσει τα αισθήματα άγχους και ανεπάρκειας.

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

ζ. Θεραπεία συζύγων

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

η. Ομαδική ψυχοθεραπεία

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

θ. Ανώνυμοι γονείς

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

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

ι. Οικιακοί βοηθοί

Οι οικιακοί βοηθοί πληρώνονται από τις τοπικές προνοιακές υπηρεσίες για να καλύπτουν τις ανάγκες του νοικοκυριού σε οικογένειες που δεν τα

βγάζουν πέρα. Δηλαδή χασοτικές οικογένειες σε κρίση (εισαγωγή ενός γονιού στο Νοσοκομείο, Φυλακή, Ψυχιατρείο), μητέρας σε περίοδο λοχείας κλπ. Παρόλο που ο κύριος στόχος τους είναι η βοήθεια στο νοικοκυριό, οι οικιακοί βοηθοί επιλέγονται με βάση την ωριμότητα και την προσωπικότητά τους και λιγότερο την ικανότητά τους να καθαρίζουν τέλεια ένα σπίτι. Η τελειότητα αυτή που συνοδεύεται συνήθως από άσκηση κριτικής στους γονείς μπορεί να φέρει εντελώς το αντίθετο αποτέλεσμα.

Αξιολόγηση της θεραπευτικής παρέμβασης

Η σημαντική αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών αλλά ιδιαίτερα του κοινού στην 10ετία του 70 για το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, οδήγησε στην ανάγκη να αναζητηθεί ο καταλληλότερος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος. Ένα πλήθος από ερευνητικά προγράμματα, μελέτες αξιολόγησης και πρότυπες υπηρεσίες, που χρηματοδοτήθηκαν από δημόσιους και ιδιωτικούς οργανισμούς, προσπάθησαν να ανιχνεύσουν και να προσδιορίσουν τις αιτίες και τα αποτελέσματα της κακοποίησης και παραμέλησης στα παιδιά, να μελετήσουν τις διάφορες μεθόδους βοήθειας εντοπίζοντας τις πιο αποτελεσματικές για να εφαρμοστούν ευρύτερα.

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

Η λεπτομερής εκτίμηση του παιδιού σε διάφορα χρονικά στάδια της ζωής του προσφέρει ένα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης κάθε μορφής θεραπευτικής παρέμβασης. Δοκιμασίες για τη μέτρηση της νοημοσύνης και

κλίμακες κοινωνικές 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 (π.χ. καλοκαιρινά ρούχα το χειμώνα, υπερβολική βρώμα), η συμπεριφορά του στα διαλείμματα ιδιαίτερα εκείνα που προσφέρονται για κολατσιό (υπερβολική πείνα, κλέψιμο τροφής από άλλα παιδιά), η ασυνέπεια στη μελέτη, είναι ο καθρέφτης της οικογενειακής εικόνας, ενώ συγχρόνως αποτελούν λόγους, για δάσκαλους, νηπιαγωγούς κ.ά. παραπομπής παιδιού και οικογένειας σε πρόγραμμα κακοποίησης - παραμέλησης με την ένδειξη του "παιδιού σε αυξημένο κίνδυνο".

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

- α. να διερευνάται κατά πόσο η απόδοση του παιδιού συνδέεται με νοητική καθυστέρηση, ή με άγχος ή με ανεπαρκή ερεθίσματα και εμπειρίες από το περιβάλλον του, ή ακόμα με διαταραχή ή ανεπάρκεια των αισθήσεων.
- β. αυτός που κάνει την εκτίμηση θα πρέπει να είναι σε θέση α προτείνει μεθόδους θεραπευτικής παρέμβασης που θα βοηθήσουν την αύξηση και την ανάπτυξη του παιδιού.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να αποδοθεί στην εκτίμηση και χρήση των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών που μετρούν το νοητικό πηλίκο. Το παιδί που έχει "επιζήσει" σ' ένα οικογενειακό περιβάλλον που κακοποιεί, έχει αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής που μπορεί να το εμποδίζουν να αποδώσει σε μια πιο δομημένη μάθηση. Συγχρόνως, πρέπει να εκτιμάται η ικανότητα του εγώ να προσαρμόζεται σε τόσο δύσκολες συνθήκες. Η ικανότητα αυτή δεν μετριέται με τις καθιερωμένες δοκιμασίες

νοημοσύνης ενώ το παιδί πληρώνει με αρκετό τίμημα την ανάπτυξη τέτοιων μηχανισμών προσαρμογής.

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

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

- α. Παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό επανακακοποίησης και παραμέλησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας 30% των γονιών παραπέμφθηκαν ξανά στο διάστημα αυτό για σοβαρή κακοποίηση των παιδιών τους.
- β. 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 θεραπείας.
- γ. Ένας σημαντικός αριθμός παιδιών παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα και ότι ανάλογη προσοχή πρέπει να δοθεί για τη θεραπεία τους.
- δ. Οι πιο επιτυχημένες θεραπευτικές προσεγγίσεις ήταν εκείνες που περιλάμβαναν βοήθεια από "μη ειδικούς", δηλαδή βοηθούς γονιών, οικιακούς βοηθούς ανώνυμους γονείς.

Σαν συμπέρασμα, οι ερευνητές προτείνουν το συνδυασμό προγραμμάτων βοήθειας από καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες - συνήθως

κοινωνικούς λειτουργούς - και “μη ειδικούς”, στα πλαίσια εξειδικευμένων κέντρων, μ’ άλλα και κοινοτικών πηγών βοήθειας.

Θεραπευτική παρέμβαση

στα πλαίσια της Ελληνικής πραγματικότητας:

Η εμπειρία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού

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

Μια πρώτη διευκρίνηση είναι ότι από το 1977 ως σήμερα οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις στον ειδικό αυτό πληθυσμό τυπικά περιορίζονταν στα πλαίσια ερευνητικών προγραμμάτων, ενώ ουσιαστικά ξεπέρασαν από την πρώτη στιγμή κάθε περιορισμό ερευνητικών ορίων και αποτελέσματα να λειτουργεί σαν μια ομάδα πολυεπίπεδης δράσης και πολλαπλών στόχων. Η έρευνα απαιτεί συνεχή βιβλιογραφική ενημέρωση, τήρηση αυστηρής μεθοδολογίας, αντικειμενικότητα στη συλλογή του υλικού, στατιστική επεξεργασία, ώρα και ηρεμία για συγγραφή. Αντίθετα, η παροχή υπηρεσιών απαιτεί πολύ κει εξειδικευμένο προσωπικό, δουλειά σχεδόν πάντα στο σπίτι της οικογένειας, πολλαπλή συνεργασία με φορείς, νομική

βοήθεια και παρουσία σε δικαστήρια και το κυριότερο, σημαντική προσωπική συναισθηματική εμπλοκή του επαγγελματία με την οικογένεια.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια και σε συνεργασία με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας, δημιουργήθηκε η "Μονάδα ΚαΠα" ο πρώτος βρεφονηπιακός "ξενώνας κρίσης" στην Ελλάδα για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά. Η ομάδα άρχισε σαν δυάδα: μία κοινωνική λειτουργός και μία παιδίατρος. Στη σημερινή της σύνθεση αποτελείται από:

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

Η σύνθεση της ομάδας καθόρισε σε σημαντικό ποσοστό και τους τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης που δοκιμάστηκαν. Η κύρια μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η διεπιστημονική "παρέμβαση στην κρίση", σε συνδυασμό με την ονομαζόμενη "επιθετική ή παρεμβατική κοινωνική εργασία", μια μέθοδος που απευθύνεται βασικά σε πληθυσμό ακινητοποιημένο, με μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση βοήθειας.

Τα επιμέρους θεραπευτικά σχήματα που ακολουθήθηκαν ήταν:

Ψυχιατρική βοήθεια

Η ψυχιατρική κάλυψη των γονιών περιορίστηκε κυρίως σε διαγνωστική δουλειά, και σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων σε συμβουλευτική υποστηρικτικού τύπου. Η φαρμακευτική αγωγή τηρήθηκε κυρίως στις λίγες περιπτώσεις που συνοδεύτηκε και από υποστηρικτική ψυχιατρική βοήθεια. Οι γονείς αυτοί με σημαντική δυσκολία στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης ιδιαίτερα με πρόσωπα εξουσίας και με την ακινητοποίηση που

τους διακρίνει, συνεργάστηκαν ευκολότερα με τους κοινωνικούς λειτουργούς ίσως γιατί η προσέγγιση της κοινωνικής εργασίας καλύπτει επαρκέστερα τις συναισθηματικές αλλά και τις πρακτικές τους ανάγκες.

Ομάδα γονιών

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

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

Η ομάδα διήρκεσε 6 μήνες και σταμάτησε να λειτουργεί για πρακτικούς λόγους (μεγάλες αποστάσεις, κόστος μεταφοράς).

Αναφέρεται από όλους σαν μια σημαντική εμπειρία που καλό θα ήταν να επαναληφθεί.

Βοηθοί μητέρων

Από καιρό είχε διαπιστωθεί ότι βρέφη που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο με προβλήματα δυστροφίας είχαν ανάγκη από ένα σταθερό πρόσωπο κοντά τους άσχετα αν η ίδια η μητέρα βρισκόταν μαζί με το παιδί. Στην περίπτωση που το παιδί ήταν μόνο, η “κάλυψη” του από αδελφές νοσοκόμους περιοριζόταν στη σίτιση και την καθαριότητα, αλλά ακόμα κι όταν η μητέρα έμενε μαζί την περισσότερη ώρα κάπνιζε στο διάδρομο, συζητούσε με άλλες μητέρες και ελάχιστα ασχολιόταν με το παιδί της.

Η ομάδα του Υ.Ι.Π. συνεργάστηκε με μια μικρή ομάδα γυναικών από τη Ν. Σμύρνη που πρόθυμα ανέλαβαν αυτά τα καθήκοντα. Σε περιπτώσεις δηλαδή δυστροφικών παιδιών, μία ή δύο γυναίκες αναλάμβαναν την πλήρη κάλυψη του παιδιού. Αποκλειστική απασχόλησή τους ήταν να προσφέρουν μια ζεστή μητρική αγκαλιά, να του τραγουδάνε, να το ταΐζουν με υπομονή και με τους δικούς του “όρους” και διάθεση, να συνεργάζονται με τη μητέρα όταν ερχόταν, χωρίς να την κρίνουν αρνητικά ή να την ανταγωνίζονται.

Η φροντίδα αυτή απέδωσε περισσότερο από ότι αναμενόταν αν και σε πολύ περιορισμένη κλίμακα. Το βάρος των παιδιών αυξάνονταν απότομα μέσα στο Νοσοκομείο για να μειωθεί με την επιστροφή του παιδιού στην οικογένεια. Η συζήτηση της διαπίστωσης αυτής με τους γονείς οδήγησε σε μια υιοθεσία και σε καλύτερο δεσμό μάνας - παιδιού σε άλλες περιπτώσεις.

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

Λειτουργήσε από τον Ιούλιο 1984 μέχρι το Δεκέμβριο του 1988 (πλήρης αναφορά στη Μονάδα ΚαΠα έγινε στο προηγούμενο κεφάλαιο.)

Συμπερασματικά, η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών του προγράμματος περιέλαβε την προσφορά νομικών υπηρεσιών, αποκατάστασης μέσω του πλαισίου παιδικής προστασία που υπάρχει,

επαγγελματική βοήθεια, οικογενειακό προγραμματισμό και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες με τη συνεργασία άλλων φορέων.

Εύλογα φτάνει κανείς στο ερώτημα της αποτελεσματικότητας όλων αυτών των προσπαθειών. Αν χρησιμοποιηθεί σαν κύριο κριτήριο ή επανακακοποίηση του παιδιού μπορούμε να πούμε ότι επιτεύχθηκε εφόσον το ποσοστό επανακακοποίησης στη διάρκεια της παρέμβασης δεν ξεπέρασε το 17% και αυτό σε ελαφρότερο πάντα βαθμό. Ο μόνος τρόπος αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας θα είναι μια μελέτη που θα αξιολογήσει με λεπτομέρειες οικογένειες και παιδιά μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα της παραπομπής τους στο πρόγραμμα. Όμως αναφέρει και ο παιδίατρος C. H. KEMPE: (1)

“Κανείς ποτέ δεν θα πρέπει να νομίζει ότι τα άτομα αυτά μπορούν να γίνουν ολοκληρωμένοι άνθρωποι. Είναι αφελές για όλους μας να πιστεύουμε κάτι τέτοιο. Το περισσότερο που μπορεί να ελπίζει κανείς είναι ότι θα αποκτήσουν μια εμπειρία ανάπτυξης εμπιστοσύνης μ’ έναν ενήλικα και ότι θα αρχίσουν να συμπεριφέρονται διαφορετικά στα παιδιά τους. Αν έχουμε σεμνούς στόχους, χρησιμοποιώντας αυτά τα κριτήρια, θα τα καταφέρουμε καλά. Αν στόχος μας είναι η απόλυτη υγεία, θα πρέπει να το ξεχάσουμε. Είναι ήδη πολύ κατεστραμμένη”.

(1) KEMPE C.H. and HELLER R.: Innovative Therapeutic Approach in Helping the battered Child and his family 1972.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Σε κάθε περίπτωση κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού η κοινωνική αποκατάσταση παίζει ουσιαστικό ρόλο στο τετράπτυχο: διάγνωση - προστασία - θεραπεία - πρόληψη. Αν παρουσιαστούν σχηματικά τα στάδια προστασίας του παιδιού και θεραπευτικής παρέμβασης στην οικογένεια με δύο επάλληλους κύκλους το στάδιο της κοινωνικής αποκατάστασης καλύπτει σημαντικό χώρο και στα δύο (σχήμα 1).



Σχήμα (1)

Η αποκατάσταση μπορεί να απευθύνεται μόνο στο παιδί που κακοποιήθηκε σε μερικά ή και σε όλα τα αδέρφια του, στον ένα ή και στους δύο γονείς ή σπανιότερα σε συγχρόνως όλα τα μέλη της οικογένειας. Σε αντίθεση με την προστασία που περιλαμβάνει κυρίως γρήγορα λύσεις όπως άμεση εισαγωγή του παιδιού σε ξενώνες για περιόδους κρίσης, ή άμεση τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια, η αποκατάσταση στοχεύει σε μακροπρόθεσμες λύσεις για το συμφέρον του παιδιού όπως η υιοθεσία, η εισαγωγή σε πλαίσιο κλειστής περίθαλψης ή ανάδοχη οικογένεια με μακρά

οπτική, η φοίτηση σε ειδικό σχολείο, η νομική παρέμβαση με στόχο την εξασφάλιση του παιδιού μακριά από επικίνδυνους γονείς και κατά κανόνα σε συγγενείς ή άλλους που μπορούν να το αναλάβουν. Για τα αδέλφια του μπορεί να υπάρχει ανάγκη για ανάλογες λύσεις άσχετα αν τα ίδια έχουν κακοποιηθεί ή όχι: Η γέννηση και η ανάπτυξή τους μέσα σε μια οικογένεια "υψηλού κινδύνου" δημιουργεί τις προϋποθέσεις για πιθανή αναζήτηση λύσεων αποκατάστασης.

Για τους γονείς του παιδιού η κοινωνική αποκατάσταση μπορεί να περιλαμβάνει την εξεύρεση εργασίας, τη συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης σε περιπτώσεις ψυχασθενών ή νοητικά μειονεκτικών ατόμων κ.ά. Για ολόκληρη την οικογένεια η έννοια την αποκατάστασης έχει αρκετή επαλληλία με τον τομέα της θεραπευτικής παρέμβασης και περιλαμβάνει την πολλαπλή βοήθεια σε κάθε μέλος χωριστά και στην οικογένεια σαν σύνολο ώστε να βελτιωθεί η λειτουργικότητά της και αναζητεί νέους τρόπους διεξόδου της εσωτερικής έντασης θα πρέπει να σημειωθεί όμως ότι στην πράξη ελάχιστες είναι οι προσπάθειες στο διεθνή χώρο που περιλαμβάνουν προγράμματα θεραπείας της οικογένειας. Οι κύριοι λόγοι γι' αυτό είναι τα μειωμένα κίνητρα που έχουν οι οικογένειες, αυτές για την αναζήτηση ή την συνέπεια στην αποδοχή μιας τέτοιου είδους βοήθειας τα πολλαπλά επείγοντα προβλήματα υγείας, ανεργίας συνθηκών ζωής που έχουν σε συνδυασμό με την ανεπάρκεια και το υψηλό κόστος παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών όπως είναι η θεραπεία της οικογένειας.

Τα σχήματα κοινωνικής αποκατάστασης για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και την οικογένειά τους που μπορεί να προσφέρει κάθε χώρα, πόλη, ή κοινότητα προσδιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής που θα έχει μακροπρόθεσμα κάθε παιδί και η οικογένειά του, χώρες με "τολμηρή" νομοθεσία, που βασίζεται στη σύγχρονη κοινωνική ανάγκη θέτουν συγκεκριμένα κριτήρια για την εκτίμηση της γονικής

ανεπάρκειας και παρεμβαίνουν ευκολότερα όταν θίγεται σοβαρά το "συμφέρον" του παιδιού. Στις χώρες αυτές⁽¹⁾ περισσότερα κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά από "γονείς χωρίς μέλλον" προωθούνται για υιοθεσία όσο πιο έγκαιρα παρεμβαίνει η πολιτεία στο μικρό ακραίο αυτό ποσοστό των οικογενειών που είναι τόσο "άρρωστες" ώστε ποτέ να μην προβλέπεται να λειτουργήσουν έστω και στοιχειωδώς, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχουν τα παιδιά τους να αναπτυχθούν φυσιολογικά σε μια νέα θετή οικογένεια.

Συγχρόνως η ποιότητα των προγραμμάτων παιδικής προστασίας που διαθέτει κάθε χώρα προσδιορίζει την ποιότητα ζωής των κακοποιημένων παιδιών και των οικογενειών τους. Προγράμματα αναχρονιστικά μακριά από τα σύγχρονα προβλήματα και τις ανάγκες διαιωνίζουν ένα σύστημα που απομακρύνει παιδιά και γονείς μακροπρόθεσμα για να αντιμετωπιστούν συνήθως οικονομικά προβλήματα (ανεργία, πολύτεκνη οικογένεια, δυσλειτουργικό διαζύγιο). Όσο σύγχρονα ευρηματικά και πολυεπίπεδα είναι τα προγράμματα παιδική προστασίας, τόσο η αποκατάσταση των παιδιών αυτών είναι ποιοτικά καλύτερη, εξασφαλίζοντας προτεραιότητα το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειάς του και όχι τη διαιώνιση του θεσμικού και υπαλληλικού καθεστώτος της παραδοσιακής κλασικής ιδρυματικής περίθαλψης.

Η Ελληνική εμπειρία

Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο κεφάλαιο αυτό προέρχονται από ένα διετές ερευνητικό πρόγραμμα που χρηματοδοτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το διάστημα Σεπτεμβρίου 1981 - 1983 γνωστό ως ΚαΠα β'.

Ο συνολικός αριθμός των οικογενειών που καλύφθηκε στο διάστημα αυτή ήταν 106. Από αυτές 86 ήταν νέες παραπομπές ενώ οι 20 είχαν παραπεμφθεί στην ομάδα του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού πριν το 1981 αλλά

συνεχίστηκε η στενή συνεργασία μαζί του λόγω της σοβαρής παθολογίας που είχαν.

Τα κριτήρια και οι πηγές παραπομπών καθώς και τα στοιχεία των ιστορικών αυτού του προγράμματος έχουν αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Από το σύνολο των 106 οικογενειών οι 89 (85%) συνεργάστηκαν στενά με τη διεπιστημονική ομάδα για διάστημα που συχνά ξεπέρασε τα δύο χρόνια του προγράμματος. Από τις υπόλοιπες 5 αρνήθηκαν συνεργασία, 2 στάθηκε αδύνατον να βρεθούν παρά τις προσπάθειες γιατί δήλωσαν άγνωστη διεύθυνση (εκφράζονται ανησυχίες για την τύχη αυτών των παιδιών) 2 δεν συνέπιπταν στα κριτήρια του προγράμματος ενώ 8 προέρχονταν από επαρχία. Στις οικογένειες αυτές σύμφωνα με το ερευνητικό πρωτόκολλο παρασχέθηκε διεπιστημονική διαγνωστική εκτίμηση, θεραπεία και αποκατάσταση, με εξαίρεση τις 8 οικογένειες της επαρχίας στις οποίες προσφέρθηκε διαγνωστική εκτίμηση και ακολούθως παραπέμφθηκαν στην τοπική υπηρεσία πρόνοιας του νομού.

Η θεραπευτική παρέμβαση τις οικογένειες αυτές που προηγήθηκε και συνοδοιπορούσε με την αποκατάσταση, περιέλαβε διάφορα σχήματα που περιγράφονται στο κεφάλαιο της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνοπτικά είναι 1) κοινωνική παιδιατρική, ψυχιατρική αξιολόγηση 2) συμβουλευτική κοινωνική εργασία, με τεχνικές παρεμβάσεις στην κρίση και με σχήμα επισκέψεων πάντα στο σπίτι της οικογένειας 3) μικρή οικονομική ενίσχυση όταν χρειαζόταν με σκοπό να δημιουργηθούν κίνητρα συνεργασίας (κάλυψη οδοιπορικών εξόδων, αγορά φαρμάκων, έκτακτη αγορά τροφίμων κλπ.) 4) συνεργασία με σχολεία 5) εξασφάλιση κρατικών επιδομάτων 6) συνεργασία με φορείς στην κοινότητα και άλλες οργανώσεις 7) θεσμός εθελοντών βοηθών μητέρων.

Οι διάφορες μορφές αποκατάστασης που προσφέρθηκαν στις 89 αυτές οικογένειες παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κοινωνική αποκατάσταση σε 96 κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και 82 αδέρφια τους

		Παιδιά ΚαΠα	Αδέρφια	Σύνολο
1.	Φοίτηση σε παιδικό σταθμό	19	12	31
2.	Εισαγωγή σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης	34	38	72
3.	Ανάδοχες οικογένειες	12	10	22
4.	Υιοθεσία	1	7	8
5.	Νομική παρέμβαση	23	8	31
6.	Φοίτηση σε ημερήσιο ειδικό σχολείο	7	7	14

(Τα 31 αυτά παιδιά προέρχονταν από 18 οικογένειες)

(2 παιδιά φοίτησαν σε ιδιωτικό παιδικό σταθμό με οικονομική κάλυψη του προγράμματος)

Αξίζει όμως να περιγράψει αναλυτικά το κάθε είδος αποκατάστασης.

9.1. ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΚΟ ΣΤΑΘΜΟ

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

Οι απλές αυτές διαδικασίες για τις οικογένειες του προγράμματος αποδείχθηκαν συχνά κάτι το ακατόρθωτο. Η κινητοποίησή τους για να πάρουν ένα απλό πιστοποιητικό προϋποθέτει γι' αυτές κινήσεις και αποφάσεις πρωτόγνωρες όπως π.χ. να σηκωθούν έγκαιρα το πρωί ώστε να προλάβουν κάποια συγκεκριμένη ώρα που δέχεται το κοινό μια υπηρεσία, να έχουν την ορισμένη μέρα χρήματα για εισιτήρια ή να έχουν κανονίσει που θα αφήσουν το μωρό τους για λίγη ώρα. Ανακαλύφθηκαν παιδιά που ουδέποτε είχε δηλωθεί η γέννηση ή η βάπτισή τους ή δεν ήταν βαπτισμένα σε μεγάλη ηλικία.

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

Το πρόγραμμα είχε την οικονομική δυνατότητα να καλύπτει οικονομικά τη φοίτηση παιδιού σε ιδιωτικό παιδικό σταθμό της γειτονιάς όταν δεν μπορούσε να εξασφαλιστεί θέση σε κρατικό σταθμό ή ακόμα και όταν παρά την εξασφάλιση αυτή, η μητέρα, για λόγους προσωπικούς δικούς της - κατάθλιψη, κακή σωματική υγεία, άρνηση να ενισχύσει την αυτονομία του παιδιού ή ακόμα και απορριπτική συμπεριφορά προς το παιδί δεν είναι διατεθειμένη να συνοδεύει το παιδί το πρωί στο σταθμό και να το παίρνει το μεσημέρι. Πράγματι, σε δύο περιπτώσεις παιδιών κρίθηκε αναγκαία η κάλυψη του παιδιού σε ιδιωτικό παιδικό σταθμό. Η βελτίωση στην κοινωνική συμπεριφορά των παιδιών από τη συναναστροφή τους με άλλα παιδιά και η λίγη ώρα ξεκούρασης που προσφέρθηκε στις μητέρες για να φροντίσουν ένα άλλο βρέφος ή ακόμα και τον ίδιο τους τον εαυτό, επιβεβαίωσε την αναγκαιότητα της σημαντικής αυτής βοήθειας που προσφέρθηκε στις οικογένειες αυτές.

9.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

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

Στα πλαίσια του προγράμματος ΚαΠα Β' η εισαγωγή σε ιδρύματα για μικρό ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προτεινόταν όταν κρινόταν ότι το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο παραμένοντας στην οικογένεια χωρίς θεραπευτική παρέμβαση. Έτσι, 72 παιδιά (34 κακοποιημένα και παραμελημένα και 38 αδέρφια τους) που προέρχονταν από 34 οικογένειες, τοποθετήθηκαν προσωρινά σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης της περιοχής Αθήνας - Πειραιά. Στόχος της παρέμβασης αυτής ήταν να βελτιωθούν οι οικογενειακές συνθήκες έτσι ώστε να επιστρέψει το παιδί στην οικογένεια.

Για την επιλογή των ιδρυμάτων αυτών χρησιμοποιήθηκε εμπειρία από τη συνεργασία με ιδρύματα αλλά και τα αποτελέσματα από ένα εκτεταμένο ερευνητικό πρόγραμμα αξιολόγησης της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης στην Ελλάδα, του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Αν και επιλέχθηκαν τα καλύτερα και περισσότερο "παιδοκεντρικά" πλαίσια, σε λίγες περιπτώσεις καλύφθηκαν οι ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες των παιδιών. Οι κύριες παρατηρήσεις αναφέρονται στα παρακάτω:

- α) Κανένα ίδρυμα δεν συνεργάζεται με την οικογένεια του παιδιού ώστε να προγραμματιστεί η επιστροφή το ή - σε ακραίες περιπτώσεις - να διακοπεί η επικίνδυνη επικοινωνία.
- β) Το πνεύμα που επικρατεί προς τους γονείς των παιδιών, συνήθως σε μεγάλα ιδρύματα, είναι συνδυασμός ανταγωνισμού για το γονικό ρόλο, επιθετικότητας, απόρριψης ή αδιαφορίας. Αυτό εκδηλώνεται συνήθως με

αυστηρά περιοριστικά ωράρια επίσκεψης των παιδιών (π.χ. κάθε 3 μήνες ή κάθε πρώτη Κυριακή του μήνα 5-7 μ.μ.) και με υποτίμηση και απορριπτική συμπεριφορά του προσωπικού προς τους γονείς στη διάρκεια των επισκέψεων.

γ) Υπήρχε ως τον Ιούλιο του 1984 σοβαρότατο πρόβλημα κάλυψης παιδιών ηλικίας 0-3 ετών. Το μοναδικό μέχρι τότε πλαίσιο στην Αθήνα κρίθηκε εξαιρετικά ανεπαρκές, αν και οι καθημερινές ανάγκες κάλυψης του λεκανοπεδίου της Αττικής του εξασφαλίζουν απόλυτη πληρότητα. Η έναρξη λειτουργίας της Μονάδας - ξενώνα για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά του Εθνικού Οργανισμού Πρόνοιας, τον Ιούλιο 1984 έλυσε ένα σημαντικό πρόβλημα αποκατάστασης παιδιών 0-3 ετών, δυστυχώς όμως για μικρό χρονικό διάστημα.

δ) Η κλειστή περίθαλψη που προσφέρεται για κορίτσια είναι ποσοτικά αλλά κυρίως ποιοτικά επαρκέστερη. Τα πλαίσια για αγόρια στεγάζονται σε μεγάλα απρόσωπα κτίρια - δωρεές μεγάλων ευεργετών - και είναι ποσοτικά αλλά κυρίως ποιοτικά ανεπαρκώς στελεχωμένα. Με βάση τη διαπίστωση αυτή, δυσκολότερα απομακρυνόταν ένα αγόρι από την οικογένειά του άσχετα αν ήταν ανάγκη έστω και σαν προσωρινή λύση.

Είναι εύλογο ότι ένα παιδί που πρέπει να φύγει από το σπίτι, ή που επιθυμούν οι γονείς να το απομακρύνουν από κοντά τους, έχει ήδη μεγαλώσει τα πρώτα βασικά χρόνια της ζωής του κάτω από δυσμενείς συνθήκες. Οι συνθήκες αυτές περιλαμβάνουν φτώχεια, έλλειψη ερεισμάτων, παραμέληση, απόρριψη συναισθηματική, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Φυσικό είναι ότι έχοντας μεγαλώσει κάτω από τέτοιες συνθήκες, το παιδί έχει ήδη παρουσιάσει διαταραχές, όπως ενούρηση, εγκόπριση, επιθετικότητα, αποστροφή κ.ά. Όλα αυτά τα προβλήματα είναι αναμενόμενο ότι θα βρεθούν σε έξαρση στη διάρκεια του στάδιο προσαρμογής του παιδιού στο ίδρυμα. Προσπαθώντας να ελέγξει το περιβάλλον και αναζητώντας πρόσωπα ταύτισης, αρχίζει το κλασικό παιχνίδι

“μ’ αγαπά δε μ’ αγαπά” δοκιμάζοντας πρόσωπα και καταστάσεις. Παραβαίνει κανονισμούς, αρνείται να ακολουθήσει το καθημερινό πρόγραμμα των άλλων παιδιών, χρησιμοποιεί άσχημη γλώσσα, κλέβει προσωπικά αντικείμενα από τα άλλα παιδιά, ιδιαίτερα από τα πιο δημοφιλή και αγαπητά στο προσωπικό. Το προσωπικό, που συνήθως δεν είναι ειδικευμένο και που δεν έχει ακόμα δημιουργήσει σχέση με το παιδί, αντιδρά άμεσα βάζοντας στο παιδί την αρχική ταμπέλα του “δύσκολου παιδιού”. Εύκολα μπορεί κανείς να προβλέψει τη συνέχεια.

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

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

Εκτός από τα παιδιά που επιστρέφουν στα σπίτια τους διωγμένα από τα ιδρύματα επειδή δεν μπορούν να “προσαρμοστούν”, υπάρχει μια άλλη

μεγαλύτερη κατηγορία παιδιών που επιστρέφονται στην οικογένεια όταν αυτή σε κάποια νέα εξελικτική της φάση πληροί ορισμένες "προϋποθέσεις" που κρίνονται βασικές για αυτούς που έχουν την ευθύνη της περίπτωσης.

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

Ιδιαίτερα προσεκτικοί πρέπει να είμαστε σε περιπτώσεις βρεφών και νηπίων που απομακρύνονται από τη μητέρα τους με διάγνωση κακοποίησης ή διαταραχής δεσμού. Οι OLIVER⁽²⁾ και συν αναφέρουν ότι για την ασφαλέστερη επιστροφή παιδιών στη φυσική οικογένεια μετά από απομάκρυνσή τους σε ίδρυμα ή ανάδοχη οικογένεια, πρέπει να συντρέχουν τέσσερις βασικές προϋποθέσεις:

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

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

9.3. ΑΝΑΔΟΧΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Στα πλαίσια του προγράμματος 22 παιδιά (10 κακοποιημένα και 12 αδέρφια) τοποθετήθηκαν στο διάστημα αυτής της διαιτίας σε ανάδοχες οικογένειες. Όλες οι οικογένειες, εκτός από τρεις, επιδοτήθηκαν από το πρόγραμμα αναδόχων του ΠΙΚΠΑ, μία επιδοτήθηκε από το Κ. Β. ΜΗΤΕΡΑ, ενώ δύο παιδιά νηπιακής ηλικίας τοποθετήθηκαν για περιορισμένο χρονικό διάστημα σε γνωστές στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού οικογένειες και επιδοτήθηκαν με συμβολικό ποσό από το πρόγραμμα Κακοποίησης - Παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

Αν και η αποκατάσταση ενός παιδιού σε ανάδοχη οικογένεια είναι πολύ πιο συμφέρουσα για το παιδί από την εισαγωγή του σε ίδρυμα, η ανάπτυξη του θεσμού των αναδόχων οικογενειών στην Ελλάδα είναι εξαιρετικά περιορισμένη με αποτέλεσμα παιδιά να εισάγονται σε ιδρύματα ακατάλληλα ή να παραμένουν σε δυσλειτουργικές και επικίνδυνες γι' αυτά οικογένειες. Ιδιαίτερα για παιδιά 0-5 ετών που πρέπει να απομακρυνθούν για μικρό ή μεγάλο διάστημα από τις φυσικές τους οικογένειες, η ανάδοχη οικογένεια είναι η μόνη που μπορεί να αναπληρώσει τη φυσική και να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες που έχουν τα παιδιά αυτής της ηλικίας. Ο δεσμός το παιδιού μ' ένα σταθερό και μόνιμο καθημερινό υποκατάστατο δεν μπορεί να αντικατασταθεί με κανένα άλλο πλαίσιο όσο και αν η φροντίδα είναι εξειδικευμένη και πολυεπιστημονική.

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

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

9.4. ΥΙΟΘΕΣΙΑ

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

τη ζωή τους και τη φυσιολογική ψυχοκοινωνική τους εξέλιξη, η έγκαιρη νομική παρέμβαση εξασφαλίζει το μόνιμο, μακροπρόθεσμο συμφέρον των παιδιών. Οι νομικές προϋποθέσεις όμως για την υιοθεσία είναι η συναίνεση του ή των γονιών στο δικαστήριο, ή η αναπλήρωση αυτή της συναίνεσης όταν συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις γονικής ανεπάρκειας ή επικινδυνότητας που προβλέπει ο νόμος.

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

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

1. Τα περισσότερα παιδιά είναι νόμιμα, και για τον άπειρο επαγγελματία δεν μπορούν να χαρακτηριστούν σαν ομάδα "υψηλού κινδύνου" εφόσον τα καλύπτει ο θεσμός της "νόμιμης οικογένειας".
2. Υπάρχει μια γενικότερη νοοτροπία στην Ελλάδα να μην παρεμβαίνει η Πολιτεία εύκολα στην οικογένεια, οι δε γείτονες να "μην ανακατεύονται στου άλλου το σπίτι". Το γνωστό αυτό "άβατο" της Ελληνικής οικογένειας ευθύνεται για μεγάλο αριθμό παιδιών που κακοποιήθηκαν και παραμελήθηκαν σωματικά και ψυχικά και εξελίχθηκαν σε προβληματικά, αντιπαραγωγικά άτομα που αργότερα η ίδια Πολιτεία επιδοτεί με άλλους

τρόπους (αναμορφωτήρια, ειδική εκπαίδευση, ιδρύματα, προγράμματα για ψυχικά ασθενείς, άνεργους κ.ά.)

3. Οι κοινωνικές υπηρεσίες στην Ελλάδα λειτουργούν κυρίως με προνοιακά στελέχη (κοινωνικούς λειτουργούς) και διοικητικούς υπαλλήλους, Δεν υπάρχουν διεπιστημονικές ομάδες που μπορούν να προσφέρουν μια πολύπλευρη διάγνωση και παρακολούθηση.
4. Η έλλειψη νομικών συμβούλων ή ο περιορισμός της απασχόλησης αυτών που υπάρχουν σε εργασιακά θέματα του φορέα, στερεί τη δυνατότητα νομικής παρέμβασης με σκοπό την αναπλήρωση της συναίνεσης των γονιών για υιοθεσία. Φυσικά, εξαίρεση αποτελούν οι επίσημοι φορείς υιοθεσιών στην Ελλάδα που λειτουργούν με ενεργοποιημένη νομική υπηρεσία.
5. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε μορφή βίας δημιουργεί στο άτομο αισθήματα φόβου, πανικού και ακινητοποίησης. Είναι εύλογο δε ότι ένας κοινωνικός λειτουργός μόνος, χωρίς την υποστήριξη ομάδας και νομικού συμβούλου, να διστάζει ή να μην ξέρει πως να παρέμβει δραστικά σε τέτοιες οικογένειες.
6. Η έλλειψη Οικογενειακού Δικαστηρίου για την αντιμετώπιση υποθέσεων οικογενειακού δικαίου συντελεί στη γενικότερη αυτή εικόνα της ακινητοποίησης της Πολιτείας σε περιπτώσεις όπου θίγεται το συμφέρον μικρών παιδιών.

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

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

Εκτίμηση της κοινωνικής αποκατάστασης των παιδιών τρία χρόνια αργότερα.

Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή του κεφαλαίου αυτού (Σχήμα 1), η κοινωνική αποκατάσταση παιδιών και οικογένειας έχει σημαντική επαλληλία με τη θεραπευτική παρέμβαση και την προστασία των παιδιών. Η αποκατάσταση που λειτουργεί αυτόνομα, ξέχωρα δηλαδή από θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια του παιδιού έχει ελάχιστες προοπτικές για επανασύνδεση του παιδιού με τη φυσική του οικογένεια και αν αυτό είναι αδύνατο, τότε για μόνιμη νομικά κατοχυρωμένη απομάκρυνση, κυρίως με τη μορφή της υιοθεσίας ή της εξασφάλισής του σε συγγενικό ή άλλο οικογενειακό περιβάλλον. Όταν δηλαδή επαγγελματίες επιλέγουν σαν λύση την απομάκρυνση του παιδιού από το παθογόνο οικογενειακό περιβάλλον χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια αλλαγής των οικογενειακών συνθηκών, τότε είναι σχεδόν σίγουρο ότι το παιδί θα παραμείνει σε κλειστή περίθαλψη για πολλά χρόνια, συχνά έως και την ενηλικίωσή του.

Το Νοέμβρη 1996, τρία δηλαδή χρόνια μετά το τέλος του προγράμματος που κάλυψε την περίοδο Σεπτέμβρη 1981 - Σεπτέμβρη 1983, επανεκτιμήθηκε η αποκατάσταση των παιδιών με σκοπό την αξιολόγηση της παρέμβασης αυτής.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται η εικόνα 102 παιδιών που 3-5 χρόνια νωρίτερα έπρεπε να απομακρυνθούν από τη φυσική τους οικογένεια στο στάδιο της κρίσης (περιπτώσεις 2, 3, 4 του Πίνακα 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κοινωνική αποκατάσταση σε 47 κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και 55 αδέρφια τους 3-5 χρόνια αργότερα.

		Παιδιά ΚαΠα	Αδέρφια	Σύνολο
1.	Επιστροφή στην οικογένεια	31	40	71
2.	Σε κλειστή περίθαλψη	9	13	22
	Από αυτά: α) Θεραπευτικό πλαίσιο	(2)	(6)	(8)
	(ίδρυμα Παμακάριστος)			
	β) Τεχνητή οικογένεια	(3)	(1)	(4)
	γ) Άσυλο (Λέρος) 1 παιδί με σοβαρή καθυστέρηση	(1)	-	(1)
	δ) Ίδρυμα	(3)	(3)	(6)
	ε) Παιδικό Χωριό SOS	-	2	(3)
3.	Ανάδοχη οικογένεια	4	-	6
4.	Υιοθεσία	2	-	2
5.	Θάνατος	1	-	1
	Σύνολο	47	55	102

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι η θεραπευτική παρέμβαση της ομάδας στις οικογένειες που κακοποίησαν ή/και παραμέλησαν τα παιδιά τους στη διετία 1981-1983 είχε σαν αποτέλεσμα ο μεγαλύτερος αριθμός των παιδιών (71:102) να επιστρέψουν στις φυσικές τους οικογένειες κάτω από βελτιωμένες συνθήκες ζωής. Από τα 22 παιδιά που παρέμειναν σε κλειστή περίθαλψη μόνο τα 6 ήταν σε παραδοσιακά ιδρύματα, και αυτό γιατί οι γονείς τους δεν συμφωνούν για άλλου είδους αποκατάσταση ενώ συγχρόνως δεν φαίνεται να υπάρχουν νομικές

προϋποθέσεις για άρση της γονικής επιμέλειας ώστε τα παιδιά να αποκατασταθούν αλλού.

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

Σημειώνεται επίσης ότι μειώθηκε σημαντικά το 1986 ο αριθμός των παιδιών που έζησαν για κάποιο διάστημα σε ανάδοχες οικογένειες. 6 παιδιά ζούσαν σε ανάδοχες οικογένειες, τα περισσότερα από αυτά σε συγγενικές. Με τα δύο παιδιά που προστέθηκαν στα οκτώ που είχαν υιοθετηθεί στη διετία 81-83 ο αριθμός των παιδιών που υιοθετήθηκαν ανέβηκε σε 10 παιδιά, 3 κακοποιημένα - παραμελημένα και 7 αδέρφια τους.

Διεθνώς η αναλογία υιοθεσιών σε πληθυσμό σωματικά κακοποιημένων παιδιών κυμαίνεται από 1-2%. Παρόλο που ο ελληνικός νόμος και η παιδική προστασία δεν ευνοούν την προώθηση κακοποιημένων παιδιών για υιοθεσία, το ανάλογο ποσοστό στο παρόν υλικό ήταν 3,3% στον πληθυσμό των κακοποιημένων παιδιών και 6% σε αδέρφια που γεννήθηκαν μετά.

9.5. ΝΟΜΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Ο κύριος στόχος της νομικής παρέμβασης είναι η προάσπιση των συμφερόντων του παιδιού - σωματική και ψυχική υγεία, περιουσιακή κατάσταση - όταν αυτά θίγονται από γονείς επικίνδυνους, αδιάφορους, άρρωστους, ή και από τρίτους, ακόμα και από την Πολιτεία. Χαρακτηριστικό

παράδειγμα του τελευταίου είναι 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 ή / και παραμέληση των παιδιών τους. Στην περίπτωση που εκτιμάται ότι οι γονείς που πρόκειται να δικαστούν έχουν στο μεταξύ αναπτύξει κίνητρα για προσωπική ωριμότητα και για βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών, η δωρεάν νομική τους κάλυψη από το πρόγραμμα πέρα από την αντικειμενική βοήθεια, τους στηρίζει συναισθηματικά και με μεγαλύτερα κίνητρα συνεχίζουν τη συνεργασία. Το κυριότερο όμως είναι ότι μέχρι σήμερα μια τέτοια παρουσία στα δικαστήρια σε ποινικές υποθέσεις έχει οδηγήσει δικαίωμα αναστολής, που σημαίνει ότι οι γονείς δεν εκτίουν ποινή και δεν διαλύεται μια ήδη ευάλωτη οικογένεια με την εισαγωγή ενός γονιού στη φυλακή.

Ο μεγαλύτερος όμως αριθμός δικών αφορά ασφαλιστικά μέτρα σε αστικά δικαστήρια που γίνονται με σκοπό να αφαιρεθεί η επιμέλεια ή / και η γονική μέριμνα ενός παιδιού από έναν ακατάλληλο γονιό για να δοθεί στον άλλο πιο κατάλληλο γονιό σε περιπτώσεις διάστασης ή διαζυγίου, ή σε άλλο συγγενή, ή σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης, όπου βρίσκεται ή που θα εισαχθεί το παιδί, ή σε κοινωνικό λειτουργό της ομάδας του Ι.Υ.Π. Στους γονείς εξηγείται ρεαλιστικά ότι η ομάδα αυτή σκοπό έχει να υποστηρίξει το συμφέρον του παιδιού τους και εφόσον και εκείνοι σαν γονείς είναι φυσικό να έχουν το ίδιο στόχο, η προσωρινή ή και μόνιμη αφαίρεση της επιμέλειας ή / και γονικής μέριμνας εξασφαλίζει το απόλυτο συμφέρον του παιδιού τους, ενώ συγχρόνως προστατεύει και τους ίδιους. Η αναγγελία αυτή, όσο σκληρή και αν ακούγεται για το μέσο άνθρωπο, συνήθως δεν απειλεί ενώ συγχρόνως μπορεί να τους ανακουφίσει, όταν λέγεται με τον κατάλληλο υποστηρικτικό τρόπο, χωρίς επιθετικότητα, απόρριψη, κριτική διάθεση ή επαγγελματική θριαμβολογία.

Η μαρτυρία επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών, εκπροσώπων κρατικού φορέα, στα ελληνικά δικαστήρια είναι σπάνιο φαινόμενο. Η διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων στο δικαστήριο είναι σχεδόν πάντα γρήγορη, επιφανειακή, επιπόλαιη. Οι δικαστές δικάζουν πληθώρα περιπτώσεων, από διαζύγια και επικοινωνίες παιδιών με γονείς μέχρι απάτες, υποθέσεις ναρκωτικών κ.ά. Εύλογο είναι ότι όση γνώση και επαγγελματική συνείδηση και αν έχει ένας δικαστής, είναι εξαιρετικά δύσκολο να εμβαθύνει 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 που αφορούσαν κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά έδειξε ότι οι δίκες ήταν εξαιρετικά σύντομες. Καμιά δίκη δεν ξεπέρασε τα 15 λεπτά της ώρας, ενώ δίκες για ανάλογες υποθέσεις στη Μ. Βρετανία μπορεί να διαρκέσουν 2-3 ημέρες.

Μέσα από όλες τις παραπάνω διαπιστώσεις διαφαίνεται έντονη η ανάγκη για τη δημιουργία του θεσμού του Οικογενειακού Δικαστηρίου και στη χώρα μας. Ο δικαστής του Οικογενειακού Δικαστηρίου, πλαισιωμένος από ομάδα ειδικών όπως κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο, παιδοψυχίατρο και με αποκλειστική απασχόλησή του σε 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.

Η νομική παρέμβαση της ομάδας στο σύνολο των περιπτώσεων παρουσιάζεται στο πίνακα 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Νομική παρέμβαση σε 31 περιπτώσεις κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών

	Παιδιά	Οικογένειες
Επιτυχής αφαίρεση επιμέλειας ή / και γονικής μέριμνας	17	8
Δικαστική αρωγή σε ποινικό δικαστήριο	8	7
Συμβουλευτική για νομικά θέματα	6	3
Σύνολο	31	18

Είναι εύλογο η νομική παρέμβαση να είναι άμεσα συνδεδεμένη με την περαιτέρω αποκατάσταση του παιδιού. Και αυτό γιατί μια επιτυχημένη άρση επιμέλειας ή / και γονικής μέριμνας από έναν ακατάλληλο γονιό είναι άχρηστη αν η ανάθεσή της σε "ικανότερο" άτομο ή φορέα δεν εξασφαλίζει το μακροπρόθεσμο συμφέρον του παιδιού. Έτσι, είναι απαραίτητο το δικαστήριο να συνεργάζεται με προνοιακές υπηρεσίες που θα παρακολουθούν την εξέλιξη κάθε παιδιού στο νέο του πλαίσιο. Η σχέση νομικής και προνοιακής αποκατάστασης μπορεί να εξασφαλιστεί με τη δημιουργία του Οικογενειακού Δικαστηρίου, και 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.).

9.6. ΦΟΙΤΗΣΗ ΣΕ ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΕΙΔΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Το ειδικό σχολείο ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που το παιδί είναι νοητικά μειονεκτικό ή παρουσιάζει προβλήματα μάθησης ή διαταραχές

συμπεριφοράς τόσο σοβαρές που του αναστέλλουν τη δυνατότητα να φοιτήσει σε κανονικό σχολείο. Τα περισσότερα κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά ανήκουν στη δεύτερη και τρίτη κατηγορία. Είναι δηλαδή παιδιά που γεννήθηκαν φυσιολογικά αλλά που η επίδραση του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος ή των εξαιρετικά δυσμενών συνθηκών ζωής έχει επηρεάσει την ομαλή νοητική και ψυχική τους εξέλιξη και την κοινωνική τους προσαρμογή. Παιδιά με απόλυτα φυσιολογική νοημοσύνη δεν μπορούν στην ηλικία των 12 ετών να σχηματίζουν γραπτή πρόταση ή να κάνουν απλές αριθμητικές πράξεις, ενώ κατανοούν τον προφορικό λόγο.

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

Στο μοναδικό τέτοιο σχολείο - ίδρυμα που υπάρχει στην Ελλάδα και λειτουργεί με υψηλές προδιαγραφές ήδη έχουν παραπεμφθεί από το πρόγραμμά μας και φοιτούν εκεί 20 παιδιά. (Τα 20 αυτά παιδιά περιλαμβάνονται στην κατηγορία των "ιδρυμάτων" γιατί φοιτούν σαν εσωτερικά). Η εξέλιξη των παιδιών αυτών μας καθιστά αρκετά αισιόδοξους για το μέλλον τους. Η πρόοδός τους όμως αυτή επηρεάζεται σημαντικά από την ποιότητα των φυσικών τους οικογενειών και τη συχνότητα και το είδος της επικοινωνίας που έχουν. Παιδιά από εξαιρετικά παθολογικές οικογένειες που τις επισκέπτονται στις σχολικές διακοπές, έστω και για λίγο, επιστρέφουν αποδιοργανωμένα.

9.7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

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

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

Ένας από τους κύριους στόχους της συμβουλευτικής βοήθειας στις οικογένειες αυτές, ήταν ο προγραμματισμός των κυήσεων, εφόσον κύριοι προδιαθεσικοί παράγοντες της κακοποίησης και παραμέλησης ενός παιδιού είναι η ανεπιθύμητη και απρογραμμάτιστη σύλληψή τους, τα μικρά μεσοδιαστήματα μεταξύ των κυήσεων, ενώ πολύ συχνά οι μητέρες όταν κακοποιούν είναι έγκυες. Η ομάδα συνεργάστηκε με το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού το Μαιευτηρίου "Αλεξάνδρα" και συνόδευσε στο "Αλεξάνδρα" κάθε μητέρα που έκρινε ότι χρειαζόταν να πάει και όταν εκείνη συμφωνούσε.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα σχήματα οικογενειακού προγραμματισμού που ακολούθησαν 52 μητέρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Σχήματα Οικογενειακού Προγραμματισμού

Συμβουλευτική μόνο	24
Νόμιμη διακοπή κύησης	6
Ενδομήτριο σπείραμα	17
Στείρωση	4
Αντισυλληπτικά χάπια	1
Σύνολο	52

Η πρώτη επαφή των μητέρων με το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου "Αλεξάνδρα" κάλυπτε την ενημέρωσή τους πάνω σε όλη τη φιλοσοφία και την πρακτική του θεσμού και τη λήψη ατομικού γυναικολογικού και μαιευτικού ιστορικού. Εφόσον οι μητέρες δεν είχαν επαφή με το σύντροφό τους το προηγούμενο 48ώρο, λαμβανόταν έκκριμα για τεστ Παπανικολάου και γινόταν γυναικολογική εξέταση. Αν όλα ήταν καλά, η μητέρα ακολουθούσε τη συμβουλή του γιατρού για τη μέθοδο που της "ταίριαζε" περισσότερο, που συνήθως ήταν το ενδομήτριο σπείραμα (Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι σε άτομα ακινητοποιημένα, χαμηλού νοητικού επιπέδου, με ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα, πρέπει να ασκείται μια πιο "πιεστική" καθοδήγηση ώστε να έχει αποτελεσματικότητα). Έτσι 24 μητέρες περιορίστηκαν στο στάδιο της συμβουλευτικής ενημέρωσης και δεν συνέχισαν από εκεί και πέρα, ενώ 28 μητέρες χρησιμοποίησαν μια από τις 4 διαφορετικές μεθόδους.

Η διακοπή της κύησης στις έξι περιπτώσεις έγινε νόμιμα εφόσον η ψυχική υγεία της μητέρας διέτρεχε περαιτέρω κίνδυνο από μια πρόσθετη κύηση. Όλες ήταν μητέρες που παρακολουθούνταν από τον ψυχίατρο της ομάδας του Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού.

Για νέες μητέρες που έχουν μικρά παιδιά, η λύση του ενδομήτριου σπειράματος είναι ευκολότερα αποδεκτή εφόσον τους εξηγείται ότι όποτε θελήσουν να κάνουν άλλο παιδί θα μπορούν να επιλέξουν συνειδητά τον κατάλληλο χρόνο. Είναι ενδιαφέρον να αναφερθούν οι διάφοροι φόβοι και δοξασίες των μητέρων που σίγουρα θα απεικονίζουν ανάλογες αντιλήψεις του ευρύτερου πληθυσμού. Ένας συγκεκριμένος φόβος αφορά “το ξένο σώμα μέσα στο σώμα τους” και τις συνέπειές του. Συζητώντας γι’ αυτό, συχνά ανακαλύφθηκε τέλεια άγνοια ανατομικής της περιοχής αυτής του σώματος. Λέξεις όπως “ωοθήκες”, “σάλπιγγες”, “κόλπος”, “ωορρηξία” ήταν άγνωστες, όπως ήταν και η λειτουργία κάθε οργάνου. Ανάλογα άγνωστος ήταν και ο μηχανισμός των εκτρώσεων και οι συνέπειές του. Οι δοξασίες συνδέονταν περισσότερο με το γυναικείο ρόλο στην Ελλάδα αλλά και με την ποιότητα της προσωπικής σχέσης κάθε ζευγαριού. Οι περισσότερες μητέρες πίστευαν ότι το ενδομήτριο σπείραμα θα ενοχλούσε τον άνδρα τους κατά την επαφή με αποτέλεσμα να μειώνεται η ικανοποίησή του. Ορισμένες εκφράσανε το φόβο μήπως έτσι ο άνδρας τους θελήσει να αναζητήσει ικανοποίηση δημιουργώντας σχέση με μια άλλη γυναίκα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ακινητοποιημένων μητέρων χρειάστηκε συνοδεία στο Νοσοκομείο για κάθε επανέλεγχο.

Τέσσερις μητέρες δέχτηκαν να κάνουν στείρωση. Κρίθηκε, με βάση το μαιευτικό τους ιστορικό, την ψυχική τους υγεία αλλά κυρίως την οικογενειακή παθολογία που οδηγούσε στη σοβαρή κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους, ότι η στείρωση ήταν η μόνη λύση. Όλες ήταν πολύτεκνες (δύο με τέσσερα και δύο με πέντε παιδιά), δεν επιθυμούσαν άλλα και είχαν ήδη κάνει πολλές εκτρώσεις κάτω από κακές συνθήκες, σε κακής ποιότητας ιδιωτικές κλινικές. Αξίζει να αναφερθεί ότι δύο από τις μητέρες αυτές ανέφεραν ότι μετά τη στείρωση, για πρώτη φορά στη ζωή τους είχαν οργασμό.

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

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

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

Ο οικογενειακός προγραμματισμός μπορεί να περιλαμβάνεται σε προληπτικά κοινοτικά προγράμματα με στόχο προγραμματισμένες οικογένειες ενώ σημαντική είναι η συμβολή του σε πολύτεκνες προβληματικές οικογένειες, διαταραγμένα άτομα νεαρής ηλικίας, νέα ανώριμα ζευγάρια, βίαιες οικογένειες. Η πείρα έδειξε ότι τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού που συνδυάζουν τη συμβουλευτική προσέγγιση και ενημέρωση με την κλινική εφαρμογή (δηλαδή τοποθέτηση σπειράματος, στείρωση κλπ.) είναι λειτουργικά προσφορότερα για τον πληθυσμό, ιδιαίτερα εκείνον που έχει μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση

βοήθειας. Και αυτό, γιατί η συνεργασία μιας γυναίκας μ' έναν άγνωστο επαγγελματία άνδρα ή γυναίκα - και για ένα τόσο προσωπικό θέμα, προϋποθέτει την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης που δύσκολα μεταφέρεται από το ένα κέντρο στο άλλο στην περίπτωση που το ένα προσφέρεται από το ένα κέντρο στο άλλο στην περίπτωση που το ένα προσφέρει μόνο ενημέρωση.

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

Το ερευνητικό πρόγραμμα που περιγράφεται στο κεφάλαιο αυτό ασχολήθηκε με το χώρο της αποκατάστασης για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και τις οικογένειές τους. Ο χώρος αυτός καλύπτει την παιδική προστασία, την ευρύτερη πρόνοια, την εκπαίδευση, το νομοθετικό πλαίσιο και την ασφάλεια των πολιτών, αρμοδιότητες δηλαδή των Υπουργείων Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Παιδείας, Δικαιοσύνης και Δημόσιας Τάξης. Η συνεργασία των υπουργείων αυτών μέσα από ένα διυπουργικό σώμα έχει προταθεί από την ομάδα του Ι.Υ.Π. ήδη από το 1982. Σκοπός θα πρέπει να είναι η χάραξη και η υλοποίηση μιας παράλληλης πολιτικής για την αντιμετώπιση του προβλήματος στα επίπεδα της θεραπείας και της πρόληψης. Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων το 1983 πρότεινε ένα χρόνο αργότερα ένα πλήρες σχήμα αντιμετώπισης του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα μέσα από νέους θεσμούς όπως το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Τα προβλήματα που απαντιούνται στη διαδικασία της αποκατάστασης παιδιών και οικογενειών συνοψίζονται παρακάτω:

1. Ατελής ευαισθητοποίηση "ειδικών" (γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, νομικών, αστυνομών, δασκάλων κ.ά.). Στην Ελλάδα υπάρχουν σήμερα "νησίδες" ευαισθητοποίησης. Δηλαδή, το προσωπικό του Νοσοκομείου Παίδων Αγία Σοφία είναι το περισσότερο ενημερωμένο επειδή η ομάδα του Ι.Υ.Π. συστεγάζεται στο χώρο του Νοσοκομείου. Σε άλλα Νοσοκομεία, η παρουσία ενός ευαισθητοποιημένου γιατρού μπορεί να αλλάξει το διαγνωστικό κλίμα για κάθε περίπτωση παιδιού με μη τυχαία κάκωση.
2. Ποιοτικά και ποσοτικά ανεπαρκής παιδική προστασία. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα προγράμματα παιδικής προστασίας που πρέπει να καλύψουν κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά και τις οικογένειές τους, όχι μόνο δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες, αλλά κατά καιρούς γίνονται τα ίδια επικίνδυνα για τη ζωή ακόμα των παιδιών που προστατεύουν.
3. Έλλειψη Οικογενειακού Δικαστηρίου για την πληρέστερη νομική αντιμετώπιση υποθέσεων οικογενειακού δικαίου.
4. Έλλειψη ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων που να εξασφαλίζουν προσωρινά την παραμονή του παιδιού σε ασφαλές μέρος (Νοσοκομείο, ανάδοχη οικογένεια, ίδρυμα), παρά τη θέληση των γονιών του και ώσπου να αξιολογηθεί το οικογενειακό περιβάλλον. Η διαδικασία αυτή που στην Αγγλία ονομάζεται "εντολή για την εξασφάλιση προστασίας" (PLACE OF SAFETY ORDER) μπορεί να ζητηθεί από το δικαστή ανηλίκων, τον εισαγγελέα ανηλίκων ή τον ειρηνοδίκη, από γιατρό, κοινωνικό λειτουργό, προϊσταμένη νοσηλευτικού προσωπικού ή άλλο επιστημονικό προσωπικό νοσοκομειακού ή άλλου πλαισίου. Καλύπτει χρονικό διάστημα 28 ημερών που μπορεί να ανανεωθεί άλλες τρεις φορές. Στο διάστημα αυτό διεπιστημονική ομάδα αξιολογεί την οικογένεια και αποφασίζει τι θα γίνει με το παιδί. Η εντολή αυτή μπορεί να δίνεται και προφορικά σε επείγουσες περιπτώσεις.

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

Σύμφωνα με το νέο Οικογενειακό Δίκαιο που ισχύει από το 1983 (άρθρο 152), άτομα που μπορούν να ζητήσουν από το δικαστήριο την παραπάνω διαδικασία είναι “ο άλλος γονιός, ή άλλος συγγενής, ή ο εισαγγελέας”. Στο χώρο της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών αυτό είναι συχνά εξαιρετικά δύσκολο γιατί “ο άλλος γονιός” είναι συχνά ο “σιωπηρός κακοποιός” που συμμετέχει να διεκδικήσει ακόμα και το συμφέρον του παιδιού του. “Άλλοι συγγενείς” συνήθως δεν ενδιαφέρονται ή διστάζουν να παρέμβουν νομικά, γιατί δεν θέλουν να έρθουν σε αντίθεση με τους γονείς του παιδιού. Το βάρος πέφτει στον Εισαγγελέα Ανηλίκων, που φυσικά είναι αδύνατο να ανταποκριθεί στις πραγματικές ανάγκες.

Η δυσκολία αυτή θα αμβλυνόταν αν το δικαίωμα αίτησης στο δικαστήριο για την άρση της επιμέλειας γονικής μέριμνας μπορούσε να επεκταθεί σε επιστημονικά στελέχη - κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, παιδοψυχιάτρους - ειδικών κρατικών υπηρεσιών που ασχολούνται με παιδιά και οικογένειες.

Ο κύριος στόχος ενός ερευνητικού προγράμματος - ιδιαίτερα ενός που χρηματοδοτείται από την Πολιτεία - είναι η υιοθέτηση των αποτελεσμάτων και η υλοποίηση των προτάσεων από την ίδια την Πολιτεία. Το μεγάλο χρονικό κενό μεταξύ έρευνας και υλοποίησης των αποτελεσμάτων με την εφαρμογή προγραμμάτων κρατικής πολιτικής, είναι για τους ερευνητές όλου του κόσμου πηγή συνεχούς απογοήτευσης. Όταν πρόκειται όμως για θέματα που “δεν μπορούν να περιμένουν” όπως είναι το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, η απογοήτευση φτάνει τα όρια του καθημερινού αδιέξοδου. Η Πολιτεία πρέπει με πολλή προσοχή να αξιολογήσει αυτό το αδιέξοδο, γιατί μπορεί εύκολα να οδηγήσει στη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού απογοητευμένων και ακινητοποιημένων

στελεχών "της πρώτης γραμμής" που δεν θα μπορέσουν ποτέ να ανταποκριθούν στις έντονες ανάγκες παιδιών και οικογενειών που πρέπει να εξυπηρετήσουν, γιατί θα αποτελούν ήδη μέρος από το πρόβλημα.

-
- (1) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ - ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ "Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών" ΑΘΗΝΑ 1987 σελ 156-157
 - (2) Oliver J.E. Cox J. Taylor A., Beldwin J.A. : Severely ill treated Young children in North East Wiltshire, Oxford University 1974

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Η κοινωνική εργασία σαν μέθοδος έχει παραμείνει μέχρι σήμερα η πιο διαδεδομένη προσέγγιση για τις οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι αποτελούν ένα πληθυσμό χωρίς ή με μειωμένα κίνητρα για αναζήτηση βοήθειας που παραπέμπεται σε προνοιακές οργανώσεις. Η μόνη επαγγελματική ομάδα που από παράδοση δεν "επιλέγει" τον κόσμο με τον οποίο θα συνεργαστεί και είναι πάντα έτοιμη να βοηθήσει την οικογένεια στο χώρο που βρίσκεται, δηλαδή στο σπίτι, είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί. Όλες οι άλλες ομάδες απευθύνονται κυρίως σε πληθυσμό με κίνητρα για συνεργασία, γεγονός που εξασφαλίζει σημαντικό μέρος για την επιτυχία της εξέλιξης της περίπτωσης.

Τα τελευταία 80₍₁₎ χρόνια που το διεθνή χώρο οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας ασχολούνται με διαταραγμένες οικογένειες, το επίκεντρο της θεραπείας, ακόμα και της διάγνωσης, είναι η μητέρα παρά ξεχωριστά κάθε μέλος της οικογένειας. Η τακτική αυτή δεν μας εκπλήσσει γιατί η μητέρα ήταν πιο προσιτή στο κοινωνικό λειτουργό που επισκεπτόταν την οικογένεια σε ώρες που ο πατέρας ήταν στη δουλειά του. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια η φιλοσοφία των υπηρεσιών προστασία είχε επικεντρωθεί στην ιδέα ότι αν μια μητέρα μπορούσε να βοηθηθεί στο να γίνει πιο επαρκής και πιο τρυφερή με το παιδί της, ή πιο ικανή να σταθεροποιήσει το γάμο της, ακόμα και αν ο πατέρας μπορούσε να είναι ο κύριος υπεύθυνος για την κακοποίηση του παιδιού, ότι κάποιο καλό αποτέλεσμα θα προέκυπτε για το ίδιο το παιδί και τα αδέρφια του. Για τους λόγους αυτούς, παρόλο που

υπάρχει εκτενής βιβλιογραφία που να αφορά την κοινωνική εργασία με μητέρες, υπάρχει πολύ λιγότερη δουλειά που να αφορά τους πατέρες και ελάχιστη που να αφορά το ίδιο το κακοποιημένο παιδί.

Η κοινωνική εργασία σήμερα λειτουργεί καλύτερα στην αντιμετώπιση του πληθυσμού αυτού όταν μπορεί να συνδυαστεί με νέα σχήματα θεραπευτικής αντιμετώπισης που έχουν δοκιμαστεί με επιτυχία όπως οι "βοηθοί γονιών", οι μονάδες - ξενώνες Κρίσης (CRISIS UNITS ή SMELTERS), οι θεραπευτικές ομάδες γονιών, τα θεραπευτικά νηπιαγωγεία, οι ομάδες αλληλοβοήθειας, οι "ανώνυμοι γονείς" και οι θεραπευτικοί ξενώνες για όλη την οικογένεια. Η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν ένα ή περισσότερα από τα σχήματα αυτά μπορεί να επισπεύσει τη διαδικασία αξιολόγησης και της απόφασης για το μέλλον του παιδιού, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες που διαφαίνεται από την αρχή η ανάγκη για αποκατάσταση του παιδιού μακριά από την φυσική του οικογένεια.

Παρόλη την έκταση που έχει πάρει η κοινωνική εργασία σαν μέθοδος παρέμβασης στις οικογένειες αυτές, η άποψη ότι μπορεί να θεραπεύει τα πάντα είναι λανθασμένη. Χαρακτηριστικά ο ΚΕΜΡΕ₍₂₎ αναφέρει ότι "η διακεκομμένη και περιστασιακή κοινωνική εργασία που δεν είναι εντατική, δεν προϋποθέτει υψηλές επαγγελματικές ικανότητες και που δεν εποπτεύεται στενά, ή η άσκηση της κοινωνικής εργασίας ρουτίνας, αναδεικνύεται απόλυτα σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας που περιλαμβάνει σαφή ψυχιατρικά προβλήματα".

Με βάση όλα τα παραπάνω, η κοινωνική εργασία θα πρέπει να θεωρηθεί σήμερα σαν μια αποτελεσματική μέθοδος προσέγγισης οικογενειών με πρόβλημα κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών, εφόσον λειτουργεί με ειδικές επαγγελματικές προδιαγραφές και με τη βοήθεια νέων υποστηρικτών σχημάτων.

10.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον κόσμο της κακοποίησης των παιδιών είναι ρόλος “θεραπευτή”. Αν και ο πιο επιθυμητός στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι φυσικά η παραμονή του παιδιού στην οικογένεια με ασφάλεια, συχνά η αρχή της θεραπείας και πολλές φορές η μόνη θεραπεία, μπορεί να είναι η άμεση απομάκρυνση του παιδιού από το επικίνδυνο περιβάλλον. Έτσι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού διαμορφώνεται ανάμεσα στους δύο αυτούς κύριους άξονες, γεγονός όμως που προϋποθέτει μια πολύ σωστή αρχική διαγνωστική εκτίμηση της όλης οικογενειακής ατμόσφαιρας. Ο ρόλος αυτός επηρεάζεται σημαντικά και από το πλαίσιο της εργασίας του. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε κοινοτικό κέντρο παιδικής προστασίας πιθανόν να γνωρίζει ήδη την οικογένεια, οπωσδήποτε όμως είναι σε θέση να εκτιμήσει τη δυνατότητα υποστήριξης της οικογένειας μέσα στην κοινότητα. Αντίθετα ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομειακό πλαίσιο και εφόσον συνήθως ένα Νοσοκομείο καλύπτει μια μεγάλη γεωγραφική περιοχή, θα βασιστεί στη διαγνωστική εκτίμηση της οικογένειας μέσα στο Νοσοκομείο και θα περιοριστεί σε 1-2 επισκέψεις στο σπίτι, ώσπου να παραπέμψει την περίπτωση στο τοπικό κέντρο παιδικής προστασίας. Αυτά φυσικά ισχύουν σε χώρες με προνοιακή υποδομή τέτοια που να ευοδώνει την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διάφορα επίπεδα φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια κλπ.). Σε χώρες όπως η Ελλάδα που η προνοιακή υποδομή βρίσκεται ακόμα σε χαμηλά επίπεδα ο διαχωρισμός αυτός δεν είναι δυνατόν ακόμα να γίνει εφικτός και έτσι παρατηρούμε ότι η διαπίστωση αυτή οδηγεί σε μειωμένο αριθμό διαγνώσεων ή μπαίνει η διάγνωση και δεν γίνεται τίποτα ή τέλος όπως γίνεται στην περίπτωση της ομάδας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, η ομάδα αναλαμβάνει όλο τον κύκλο της διάγνωσης - θεραπείας - αποκατάστασης.

10.2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαγνωστική εκτίμηση μια περίπτωσης κακοποίησης παιδιού γίνεται πάντα σε περίοδο κρίσης. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός, σαν κύριο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας ή μόνος πρέπει να έχει την ετοιμότητα να δουλέψει μέσα στην κρίση με αντικειμενικότητα. Οι παρατηρήσεις “κλειδιά” που θα διευκολύνουν την αρχική εκτίμηση, είναι πολλές.

Σε νοσοκομειακά πλαίσια, κάθε παιδί με κακώσεις - από απλούς μώλωπες μέχρι και σοβαρά τραύματα - όπου διαπιστώνεται διάσταση μεταξύ του ιστορικού που δίνουν οι γονείς και των ευρημάτων, πρέπει να εισάγεται αμέσως. Η άμεση συλλογή πληροφοριών πρέπει να καλύπτει τα παρακάτω θέματα:

1. Όνομα, διεύθυνση και ημερομηνία γέννησης του παιδιού
2. Λεπτομέρειες για το νοικοκυριό, ονόματα, ηλικίες επαγγέλματα και βαθμό συγγένειας ή σχέσης με το παιδί.
3. Γενική κατάσταση του παιδιού
4. Λεπτομερή περιγραφή των κακώσεων
5. Η εξήγηση των γονιών για τις κακώσεις
6. Επισκέφθηκαν πρόσφατα Νοσοκομείο, ή ιδιώτη γιατρό ή άλλο υγειονομικό ή προνοιακό φορέα εκφράζοντας ανησυχία για φαινομενικά απλά προβλήματα ή παράπονα (Εάν ναι να αναφερθούν λεπτομερώς)
7. Καταγραφή όλων των στοιχείων που αφορούν προηγούμενες εισαγωγές ή ιατρικές επισκέψεις για τραυματισμούς, μώλωπες, δυστροφία, απορριπτική συμπεριφορά και κακομεταχείριση του συγκεκριμένου παιδιού ή των αδελφών του
8. Πέθανε κανένα αδελφί του ως τώρα; Αν ναι, τότε και γιατί

9. Υπάρχουν στοιχεία για επιβαρημένες προγεννητικές και περιγεννητικές συνθήκες του συγκεκριμένου παιδιού; π.χ πρόωρος τοκετός, θερμοκοιτίδα, ανεπιθύμητη ή απρογραμματίστη κύηση
10. Παρουσιάζει το παιδί προβλήματα όπως συχνές αρρώστιες με επίμονο κλάμα ή είναι απαιτητικό παιδί;
11. Υπάρχει ιστορικό ψυχικής νόσου, αστάθειας ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε ένα ή τους δύο γονείς;
12. Είναι οι γονείς κοινωνικά απομονωμένοι ή ειδικά απομονωμένοι από τους γονείς τους και άλλους συγγενείς;
13. Η γενική κατάσταση του σπιτιού είναι τέτοια που να υπονοεί ότι υπάρχουν προβλήματα οικονομικά ή κακής διαχείρισης του νοικοκυριού ή ψυχαναγκαστικής καθαριότητας.
14. Υπάρχουν προβλήματα κατοικίας όπως σοβαρή ακαταλληλότητα του σπιτιού, ή υψηλός δείκτης πυκνοκατοίκησης ή συγκατοίκησης;
15. Αλλάζει η οικογένεια συχνά κατοικία;
16. Ποια είναι η εκτίμηση για το οικογενειακό περιβάλλον των γονιών; π.χ. υπάρχει ιστορικό αποστέρησης χαώδους οικογένειας ή άλλων διαταραχών.
17. Ποιες είναι οι παρατηρήσεις σας για την στάση των γονιών προς το παιδί και την αντίδραση του παιδιού σ' αυτή;

Η αρχική αυτή εκτίμηση θα πρέπει να αξιολογείται κατά την πορεία της συνεργασίας με την οικογένεια και να καταγράφεται. Τα κύρια σημεία κάθε επανεκτίμησης θα πρέπει να είναι:

- α) **Αξιολόγηση:** Πως γενικά τα καταφέρνει η οικογένεια στο επίπεδο της ενδοοικογενειακής συναλλαγής και στις σχέσεις με το εξωτερικό περιβάλλον;
- β) **Διάγνωση:** Τι φαίνεται να τους εμποδίζει να βελτιωθούν;
- γ) **Συνεργασία:** Πως έχει αντιδράσει ως τώρα η οικογένεια στη συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό και πως τον βλέπουν;

δ) Προγραμματισμός: Ποιος είναι ο στόχος του κοινωνικού λειτουργού για τους επόμενους έξι μήνες;

Συμπερασματικά θα μπορούσε να πει κανείς ότι η διαγνωστική εκτίμηση κάθε περίπτωσης κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού είναι ο καθοριστικός παράγοντας για την έκβαση, ενώ προσδιορίζει σε σημαντικό βαθμό το άμεσο παρόν και το μέλλον του παιδιού και της οικογένειας. Εφόσον η κακοποίηση - παραμέληση είναι θανατηφόρα αρρώστια, η ζωή και η σωματική ακεραιότητα του παιδιού είναι συχνά στα χέρια των πρώτων επαγγελματιών (γιατρών, κοινωνικών λειτουργών, αστυνομικών) που θα δουν το παιδί. Γιατί όπως λέει χαρακτηριστικά μια έμπειρη καθηγήτρια κοινωνικής εργασίας(3): "Τα πεθαμένα παιδιά, τελικά δεν παρουσιάζουν συναισθηματικά ή ψυχολογικά προβλήματα". Σύμφωνα με τον ΚΕΜΡΕ, περίπου 80% από τους γονείς είναι εξαρτημένα, ανεπαρκή και πονεμένα άτομα. Αλλά 10% είναι επικίνδυνοι ψυχοπαθείς, άτομα δηλαδή με παρανοϊκή σχιζοφρένεια, ψυχοπαθητική προσωπικότητα κ.ά. που επικοινωνούν μόνο με την βία. Με τους γονείς αυτούς, η κοινωνική εργασία μπορεί να λειτουργήσει μόνο αφού απομακρυνθεί το παιδί από την οικογένεια. Η προσπάθεια να κρατηθεί το παιδί μέσα στην οικογένεια έχει στις περιπτώσεις αυτές οδηγήσει σε πολλές τραγωδίες. Γι' αυτό σε κάθε περίπτωση κακοποίησης παιδιού πρέπει να υπάρχει διάγνωση της οικογενειακής παθολογίας κατά προτίμηση από διεπιστημονική ομάδα.

10.3. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Στην πολιτεία του Colorado στις ΗΠΑ, από τις πιο ευαισθητοποιημένες στο πρόβλημα της κακοποίησης (εκεί έζησε και εργάστηκε ο Henry Kempe), ο νόμος προβλέπει ότι κάθε διοικητική περιοχή θα δημιουργεί αυτόματα μία διεπιστημονική ομάδα όταν φτάνει τις 50 παραπομπές υπόπτων περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης

παιδιών μέσα σε ένα χρόνο. Εφόσον ο νόμος προβλέπει για ύποπτες και όχι επίσημα διαγνωσμένες περιπτώσεις, κάθε περιοχή έχει τη δική της ομάδα. Στις ΗΠΑ προβλέπεται η δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας σε κάθε περιοχή με πληθυσμό 300.000 κατοίκων. Σε αγροτικές περιοχές, ο πληθυσμός αυτός καλύπτει μια πολύ μεγαλύτερη γεωγραφική έκταση. Πέρα όμως από αυτές τις διοικητικές προδιαγραφές, οι γεωγραφικές και πληθυσμιακές ιδιαιτερότητες κάθε χώρας, και κάθε περιοχής προσδιορίζουν την μεγαλύτερη αναλογία ομάδων στον πληθυσμό.

Πολλές διεπιστημονικές ομάδες συνδέονται με υπηρεσίες ή μονάδες παιδικής προστασίας ή υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων, ενώ ένας σημαντικός αριθμός ανήκουν σε γενικά ή ειδικά Νοσοκομεία που διαθέτουν παιδιατρικά κρεβάτια. Μια ομάδα μπορεί με επάρκεια να δέχεται 100 νέες παραπομπές κάθε χρόνο, εφόσον όμως υπάρχει επαρκής υποδομή υπηρεσιών για την αποκατάσταση παιδιού και οικογένειας. Υπολογίζεται ότι 100 νέες παραπομπές το χρόνο προέρχονται από πληθυσμό 300.000 κατοίκων. Εύλογο είναι ότι σε αστικές περιοχές πρέπει να τηρείται αυτή η αναλογία με ιδιαίτερη σχολαστικότητα.

Σκοπός κάθε διεπιστημονικής ομάδας πρέπει να είναι η διάγνωση και η θεραπεία όπως και ο σωστός συντονισμός των διαφόρων υπηρεσιών που είναι εμπλεγμένες σε κάθε περίπτωση. Το μέγεθος της ομάδας εξαρτάται από την επάρκεια των επαγγελματιών στην περιοχή. Το μικρότερο μέγεθος είναι δύο επιστήμονες που επιθυμούν να συνεργαστούν, συνήθως ένας γιατρός και ένας κοινωνικός λειτουργός. Το μεγαλύτερο, χρονικά σταθερό μέγεθος είναι δέκα μέλη. Το μικρότερο χρονικά συμβόλαιο εργασίας για ένα μέλος είναι έξι μήνες αν και η ομάδα λειτουργεί πολύ καλύτερα όταν τα μέλη της έχουν πολυετή πείρα.

Τα τρία μέλη περιγράφονται⁽⁴⁾ σαν "πυρήνας της ομάδας". Συνήθως είναι κοινωνικοί λειτουργοί και παιδίατρος. Σε ομάδα νοσοκομείων τα μέλη αυτά βλέπουν κατευθείαν τις περιπτώσεις. Τα μέλη τέσσερα έως οκτώ

θεωρούνται σαν συμβουλευτικά μέλη. Συμμετέχουν περισσότερο στη διαγνωστική εκτίμηση και παίζουν συμβουλευτικό και εποπτικό ρόλο. Κύριο ρόλο παίζει ο νομικός σύμβουλος. Τα υπόλοιπα μέλη είναι κινητά, δηλαδή είναι οι διάφοροι επαγγελματίες στην κοινότητα που αντιμετωπίζουν το περιστατικό από εκεί και πέρα (π.χ. αστυνομικός, εκπαιδευτικός, άλλος γιατρός κλπ). Η ομάδα συντονίζεται από τον πιο έμπειρο κοινωνικό λειτουργό σε θέματα κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Ο ρόλος του κάθε μέλους έχει περιγραφεί με λεπτομέρειες από τον Schmitt(5).

1. Ο κοινωνικός λειτουργός: Είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση των προϋποθέσεων της παραμονής του παιδιού στην οικογένεια με ασφάλεια και για τις προτάσεις τρόπων θεραπευτικής προσέγγισης. Ο ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός είναι ο πλέον κατάλληλος για το ρόλο αυτό.
2. Παιδίατρος: Είναι το υπεύθυνο πρόσωπο για τη διάγνωση. Ιδανικά θα πρέπει να είναι ο παιδίατρος αλλά μπορεί να είναι και οικογενειακός γιατρός. Συνήθως έχει μερική απασχόληση στην ομάδα.
3. Ο συντονιστής: Είναι ο άνθρωπος κλειδί στην ομάδα. Συντονίζει τους επαγγελματίες και τις οργανώσεις που έχουν αναμειχθεί σε μια περίπτωση.
4. Ψυχίατρος ή ψυχολόγος: Έχει κυρίως διαγνωστικό ρόλο. Χρειάζεται να έχει γνώσεις και εμπειρία στην αντιμετώπιση ενηλίκων. Υποστηρίζει τους κοινωνικούς λειτουργούς που ασχολούνται με μακροχρόνια περιστατικά.
5. Δικηγόρος: Είναι σκόπιμο να παρευρίσκεται στα συμβούλια της ομάδας. Σε ομάδες Νοσοκομείων συμμετέχει ο νομικός σύμβουλος του Νοσοκομείου εκτός αν έχει αποφασιστεί αλλιώς. Αν πρόκειται για εξωτερικό δικηγόρο καλό είναι να εργάζεται στο δικαστήριο ανηλίκων.
6. Ειδικός στην ανάπτυξη: Είναι ειδικευμένος στην εκτίμηση της ανάπτυξης και της συμπεριφοράς των παιδιών. Μπορεί να είναι παιδοψυχίατρος, ή ψυχολόγος για παιδιά ή παιδίατρος.

8. Επισκέπτης υγείας: Μπορεί να είναι πολύ ωφέλιμος σε πολυμελείς κυρίως οικογένειες ή νεαρά ανώριμα ζευγάρια με μικρά παιδιά.

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης σε διοικητικά ή γεωγραφικά διαχωρισμένες περιοχές όπου μπορεί να επισκέπτεται οικογένειες "σε κίνδυνο".

Σε νοσοκομειακά πλαίσια, τα περισσότερα μέλη της ομάδας μπορεί να είναι κάλλιστα τακτικό προσωπικό του Νοσοκομείου που συγκαλούνται για κάθε περιστατικό. Ευνόητο είναι όμως ότι το Νοσοκομείο θα πρέπει να διαθέτει επαρκώς στελεχωμένη κοινωνική υπηρεσία. Η σταδιακή ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων σε γενικά ή ειδικά Νοσοκομεία είναι η αρχή για την ευαισθητοποίηση που θα συνεχιστεί με την ανάπτυξη προγραμμάτων σε κοινοτικό επίπεδο.

Υπηρεσιακή επικοινωνία

Ένα σταθερό εύρημα στην αντιμετώπιση οικογενειών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους είναι η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών. Συχνά ένα παιδί κινδυνεύει γιατί κανένας δεν σκέφτηκε να προσθέσει δικό του πληροφοριακό κομμάτι, στο παζλ της διαγνωστικής εκτίμησης της οικογένειας.

Η διαφορετική προσέγγιση που έχει κάθε επαγγελματική ομάδα στο πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών επηρεάζει την επικοινωνία. Για την αστυνομία η κακοποίηση ενός παιδιού αποτελεί έγκλημα. Από εκεί και πέρα η προσωπική εκτίμηση του αστυνομικού θα προσδιορίσει αν θα προχωρήσει σε ποινική δίωξη του δράστη. Αλλά δεν μπορεί να την εξασκήσει - ακόμη και αν χρειάζεται - αν λάβει γνώση του περιστατικού.

Αντίθετα για τον κοινωνικό λειτουργό η κακοποίηση είναι κυρίως ένα κοινωνικό πρόβλημα. Συχνά οι γνώσεις τους για τα κίνητρα και τις εκδηλώσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς δεν είναι επαρκής και γι' αυτό

αγνοούνται. Αναρωτιέται συχνά για ποιο λόγο ν' αναμείξει αστυνομίες και δικαστήρια αν η ποινή δεν πρόκειται να θεραπεύσει δράστη και οικογένεια; Και αν ακόμα καταγγείλει το περιστατικό, πως θα μπορέσει να διατηρήσει τη σχέση εμπιστοσύνης που έχει ήδη δημιουργήσει με την οικογένεια; Ανάλογες αντιδράσεις μπορεί να έχουν και οι γιατροί που μη γνωρίζοντας τις δυνατότητες της ομάδας για θεραπεία και αποκατάσταση της οικογένειας, αποφεύγουν να βάλουν τη διάγνωση της κακοποίησης ή και αν ακόμα τη βάλουν περιορίζονται στο ιατρικό μέρος της αντιμετώπισης.

Η επικοινωνία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών θα μπορούσε σημαντικά να διευκολύνει αν ο καθένας γνώριζε τους επαγγελματικούς στόχους, τις δυνατότητες, τις υποχρέωσης και τα όρια όχι μόνο των άλλων αλλά κυρίως του εαυτού του. Η κατανόηση αυτή οδηγεί στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης και στην αναγνώριση της προσπάθειας και του έργου του άλλου παρά στην κατηγορία και στην κακόπιστη κριτική.

Κοινωνική εργασία στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας κακοποίησης παραμέλησης του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

Η ομάδα αυτή άρχισε σαν δυάδα (ένας κοινωνικός λειτουργός και ένα παιδίατρος) για να διαμορφωθεί σταδιακά σε μια επταμελή ομάδα. Ο πυρήνας της είναι τέσσερις κοινωνικοί λειτουργοί ο πιο έμπειρος από τους οποίους είναι ο συντονιστής της ομάδας με χρέη εποπτείας και ένας παιδίατρος με μερική απασχόληση. Συμβουλευτικά μέλη είναι ένας ψυχίατρος και ένα δικηγόρος.

Η ομάδα από την αρχή είχε ερευνητικούς σκοπούς για να εξελιχθεί αργότερα σε συνδυασμό παροχής υπηρεσιών, εκπαίδευσης και έρευνας. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού έδωσε από την πρώτη στιγμή τη δυνατότητα να λειτουργεί η ομάδα κάτω από ιδανικές για την Ελλάδα συνθήκες. Ο ερευνητικός προσανατολισμός έβαλε όρια στην πίεση των παραπομπών δίνοντας τη δυνατότητα στα στελέχη για λεπτομερή συλλογή ερευνητικού

υλικού σε βάθος θεραπευτική παρέμβαση. Η εμπειρία της ομάδας στο χώρο της θεραπευτικής παρέμβασης είναι ίσως δύσκολο να λειτουργήσει σαν παράδειγμα για οργανώσεις ανά την Ελλάδα που θέλουν να ασχοληθούν με το πρόβλημα, γιατί ο μεγάλος αριθμός των περιπτώσεων που απολαμβάνουν δεν επιτρέπει την προσφορά της εξατομικευμένης φροντίδας που δόθηκε στις οικογένειες αυτές. Σκοπός της ήταν να γνωρίσει από τόσο κοντά τις ανάγκες και τις συνήθειες όλων των μελών της οικογένειας ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί σ' αυτές.

Όλη η δουλειά μέχρι τώρα γίνεται στο σπίτι της οικογένειας με εξαίρεση τις συνεντεύξεις της διαγνωστικής φάσης σε όσα παιδιά νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο και αργότερα της επίσκεψης στον παιδίατρο και στον ψυχίατρο της ομάδας.

Ένα βασικό θεραπευτικό "εργαλείο" που βρέθηκε ότι λειτουργεί είναι η καλλιέργεια ενός κλίματος "συμπάθειας" για την οικογένεια αρχίζοντας από την κατανόηση ότι όλες οι αντιστάσεις και η επιθετική συμπεριφορά που εκφράζει ο γονιός δεν απευθύνονται στον κοινωνικό λειτουργό αλλά σ' ολόκληρο τον κόσμο. Μια άλλη προσέγγιση που βοηθάει είναι να έχει ο κοινωνικός λειτουργός μειωμένες προσδοκίες για τη βελτίωση τους, αναγνωρίζοντας δηλαδή τη δυνατότητα τους για αλλαγή αλλά σεβόμενες το ρυθμό τους. Η προσφορά ορισμένων απλών πληροφοριών για τον εαυτό του ή την οικογένεια του, ή η χρησιμοποίηση παραδειγμάτων από τις δικές του εμπειρίες σαν παιδί ή από τον τρόπο που μεγαλώνει τα παιδιά του βοηθούν σημαντικά στην ανάπτυξη της εμπιστοσύνης.

Φυσικά όλα αυτά γίνονται μέσα από μία διαδικασία ανάπτυξης και συνοδοιπορίας με τους γονείς αυτούς εφόσον οι ίδιοι δεν είναι επικίνδυνοι για το παιδί. Η όλη συνεργασία μπορεί να είναι τελείως διαφορετική σε περιπτώσεις που κρίνεται ότι το παιδί πρέπει αμέσως να απομακρυνθεί. Οι γονείς μπορεί να είναι αρχικά πολύ επιθετικοί, αντιστεκόμενοι έτσι σε κάθε νέα αλλαγή της πολύ ευαίσθητης ισορροπίας στη ζωή τους. Αν κάνει πίσω ο

κοινωνικός λειτουργός η περίπτωση είναι χαμένη. Ο γονιός θα πάρει το παιδί στο σπίτι μετατρέποντας την “επιθετικότητα” του περιβάλλοντος σε επιθετικότητα προς το παιδί του. Η καλή χρήση της εξουσίας του κοινωνικού λειτουργού έχει ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα, τη στιγμή αυτή. Οι γονείς πρέπει να καθησυχαστούν ότι η απομάκρυνση του παιδιού θα είναι προσωρινή και ότι προστατεύει το ίδιο το παιδί από εκείνους εφόσον δεν μπορούν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους σε ώρα κρίσης, ενώ ανάλογα προστατεύει και τους ίδιους από κάτι πολύ χειρότερο που μπορεί να συμβεί, δίνοντάς τους την ευκαιρία για μια περίοδο ηρεμίας και προσπάθειας αντιμετώπισης των συσσωρευμένων προβλημάτων τους.

Η ομάδα δέχεται από το 1985 παραπομπές μόνο από το Νοσοκομείο Παίδων “Η Αγία Σοφία”. Οι λόγοι που οδήγησαν στην απόφαση αυτή ήταν η συνεχής αύξηση του αριθμού, των περιστατικών σε συνδυασμό με την οικονομική αδυναμία να αυξηθούν αριθμητικά τα στελέχη φορείς για την ανάπτυξη προγραμμάτων.

Κάθε περίπτωση συνήθως παραπέμπεται τηλεφωνικά από την προϊσταμένη της κλινικής του Νοσοκομείου ή τον ίδιο τον γιατρό. Η πρώτη αυτή παραπομπή αναφέρεται στο όνομα και την ηλικία του παιδιού και στο είδος των κακώσεων ή της παραμέλησης. Η επίσκεψη στην κλινική γίνεται την ίδια μέρα. Η αμεσότητα αυτή δεν σχετίζεται με την σοβαρότητα των κακώσεων του παιδιού αλλά με την ανάγκη παρέμβασης στην οικογενειακή κρίση. Εξηγείται στους γονείς ότι μπορούν να βοηθηθούν πέρα από το ιατρικό πρόβλημα του παιδιού. Αν επιθυμούν μπορούν να πάνε στο τμήμα που είναι υπεύθυνο για παρόμοια περιστατικά (ξεχωριστό οίκημα, στο προαύλιο του Νοσοκομείου), ενώ αν κάτι τέτοιο φοβίζει πάντα βρίσκεται ένας ελεύθερος χώρος για την πρώτη γνωριμία. Εξηγείται ξεκάθαρα ότι γνωρίζουμε ότι το παιδί κακοποιείται και ότι ήμαστε διαθέσιμοι σαν ομάδα, να τους βοηθήσουμε. Η αρχική αυτή θέση λειτουργεί σαν “συμβόλαιο τιμής” με την οικογένεια και καθορίζει την πορεία της μετέπειτα συνεργασίας.

Η διαγνωστική εκτίμηση των γονιών αρχίζει να γίνεται όσο το παιδί βρίσκεται μέσα στο Νοσοκομείο και συνεχίζεται στο σπίτι. Περιλαμβάνει κοινωνική αξιολόγηση με ειδικό ερωτηματολόγιο, παιδιατρική αξιολόγηση του συγκεκριμένου παιδιού και των αδελφών του όπως και λήψη του μαιευτικού ιστορικό για κάθε παιδί. Ακολουθεί ψυχιατρική αξιολόγηση των γονιών που θέλουν να συνεργαστούν για κάτι τέτοιο. Η πρώτη επίσκεψη στο σπίτι της οικογένειας γίνεται μέσα στο πρώτο τετραήμερο της επιστροφής του παιδιού, ενώ συχνά ο κοινωνικός λειτουργός συνοδεύει τους γονείς με το παιδί στο σπίτι κατά την αναχώρησή τους από το Νοσοκομείο.

Τα μέλη της ομάδας βρίσκονται σε συνεχή αλληλοεπικοινωνία και κάθε περίπτωση συζητείται με λεπτομέρεια και καθορίζεται ο τρόπος παρέμβασης που εξαρτάται από τις ανάγκες κάθε οικογένειας και τις δυνατότητες της ομάδας και της ευρύτερης κοινωνικής υποδομής. Στο συμβούλιο που γίνεται για κάθε περιστατικό καλούνται όλοι οι φορείς που γνωρίζουν την οικογένεια, όπως και εκπρόσωποι της κλινικής στην οποία νοσηλεύτηκε το παιδί. Σκοπός του συμβουλίου αυτού είναι η συλλογή επαρκών πληροφοριών και να προγραμματιστεί η παραπέρα συνεργασία της οικογένειας με τον φορέα που είναι κατάλληλος για την κάλυψη των αναγκών της. Συμφωνείται, όλοι οι άλλοι φορείς να αποσυρθούν από την ζωή της οικογένειας ενώ θα εξακολουθεί η υπηρεσιακή επικοινωνία. Η συνεργασία με την οικογένεια συνεχίζεται στο σπίτι ακολουθώντας τον ρυθμό των αναγκών της.

Με το πέρασμα των χρόνων διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική εργασία είναι μια κύρια μέθοδο θεραπευτικής προσέγγισης για τις οικογένειες που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, μόνη της όμως δεν επαρκεί. Πρέπει δηλαδή να συνδυάζεται με την διεπιστημονική προσέγγιση και την υποστήριξη και από άλλα θεραπευτικά σχήματα, όπως οι Μονάδες - ξενώνες για περιόδους κρίσης, οι εθελοντές "βοηθοί μητέρων", η νομική αντιμετώπιση κ.ά.

Στα παραρτήματα παραθέεται ένα πλήρες ερωτηματολόγιο της κοινωνικής αξιολόγησης. Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν από άλλες χώρες και το ερευνητικό προσανατολισμό του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Στην πορεία της χρησιμοποίησης του για ερευνητικούς σκοπούς διαπιστώθηκε ότι μπορεί να λειτουργήσει σαν σημαντικό διαγνωστικό "εργαλείο".

-
- (1) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών
 - (2) KEMPE H. Heller R E: The bettered child Chicago Univercity Press 1968
 - (3) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών σελ 185
 - (4) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών
 - (5) Schimitt: The child protection team hand book. 1978

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ

Αν και η χώρα μας εξελίσσεται οικονομικά και πολιτιστικά παρά ταύτα διαπιστώνουμε με έκπληξη ότι η ανακάλυψη βίαιων περιστατικών και περιπτώσεων μόνιμης σχεδόν βίας ανοίγει μία τρομακτική θέα στα ενδότερα της οικογένειας και πρέπει να σημειώσουμε ότι στη Δικαιοσύνη δεν φταίει παρά μόνο η “ορατή κορυφή του παγόβουνου” (δειλή εγκληματικότητα) ενώ ο κύριος όγκος του φαινομένου διαφεύγει (άδηλη εγκληματικότητα). Αν και το πελώριο αυτό θέμα δεν είναι μόνο, νομικό αλλά κυρίως κοινωνικό, που μόνο με ουσιαστικές αλλαγές κοινωνικών δομών αλλά και νοοτροπίας μπορεί να αντιμετωπιστεί, όμως η δικαστική αντιμετώπιση του προβλήματος εξακολουθεί να παραμένει ένα από τα αμεσότερα φάρμακα για την καταστολή αλλά και την πρόληψη του αντικοινωνικού αυτού φαινομένου.

Ενώ όμως οι κανόνες της κακοποίησης και παραμέλησης έχουν σαφώς προσδιοριστεί και έχουν συγκεκριμένα κριτήρια καθιερωθεί και υιοθετηθεί ο νόμος στο δικό μας χώρο δεν έχει αντιμετωπιστεί δυστυχώς ακόμη το πρόβλημα με την αυστηρότητα που απαιτείται και τα αδικήματα αυτά - αν και όταν διαπιστωθούν - αντιμετωπίζονται με βάση τις διατάξεις περί σωματικής βλάβης και έκθεσης του ποινικού κώδικα (άρθρα 306, 308, 309, 312, 314, 360, 409, 492 Κ.ΕΠ. Π.Κ.) και τα άρθρα 1531 Κ. ΕΠ. του Αστικού Κώδικα κατάσταση που πολλές φορές φέρνει το γιατρό ή τον κοινωνικό λειτουργό σε αδιέξοδο αφού δεν γνωρίζει πως πρέπει να συνεργήσει.

Περισσότερο συγκεκριμένα, το πρόβλημα σήμερα στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού κακοποίησης είναι η έλλειψη οποιασδήποτε ειδικής

νομοθετικής ρύθμισης που να προβλέπει μεν τον κολασμό του δράστη αλλά να εξασφαλίζει παραπέρα και το παιδί. Ενδεχόμενη δηλαδή καταγγελία του περιστατικού από το γιατρό ή άλλο υπεύθυνο φορέα μπορεί βέβαια να έχει ως συνέπεια την άσκηση ποινικής δίωξης κατά του δράστη με βάση τις διατάξεις του Π.Κ. περί σωματικών βλαβών που πιο άνω αναφέρθηκαν αλλά αφήνει αναπάντητο το ερώτημα "τι θα απογίνει το παιδί αφού :

α) Η άσκηση ποινικής δίωξης κατά των γονιών, για τη συγκεκριμένη βλάβη δεν συνεπάγεται ταυτόχρονη απομάκρυνση του παιδιού από το περιβάλλον που το έβλαψε. Αλλά και αν ακόμη τούτο καθίστατο τελικά εφικτό ειδικά κέντρα που να υποδέχονται αυτούς τους μικρούς ταλαιπωρημένους αρρώστους δεν υπάρχουν ακόμη.

β) Η άσκηση ποινικής δίωξης για την συγκεκριμένη σωματική βλάβη μπορεί να έχει ως συνέπεια τον εξορισμό των γονέων με περαιτέρω δυσμενείς επιπτώσεις για το παιδί.

Έτσι το ερώτημα για την τύχη του παιδιού μετά από μια καταγγελία προβάλλει με προέχοντα χαρακτήρα αφού δεν πρέπει αυτό μετά τη θεραπεία του να επιστρέψει πάλι στον ίδιο χώρο και στο ίδιο οικογενειακό περιβάλλον που προκάλεσε την περιπέτειά του και το σημαντικότερο ίσως να αντιμετωπίσει κάποτε συνειδητά ή υποσυνείδητα - αντί για μεταμέλεια μια αυξημένη εχθρικήτητα που να ξεκινάει τώρα από τη δικαστική περιπέτεια στην οποία έχουν όλοι εμπλακεί.

Έτσι με το τελευταίο αυτό προβληματισμό αποδυναμώνεται οιαδήποτε διάθεση για μια περαιτέρω ενέργεια με αποτέλεσμα συχνά η περιπέτεια του παιδιού να επαναλαμβάνεται και η ίδια κατάσταση με την ίδια λογική να αναπαράγεται. Γίνεται έτσι φανερό ότι για τη σωστή αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών κακοποίησης είναι απαραίτητη παράλληλα με μια νέα νομοθετική ρύθμιση που να προβλέπει αυστηρότερες κυρώσεις και η κοινωνική αρωγή βασική και απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία οιασδήποτε ποινικής διάταξης.

Συγκεκριμένα είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί αρχικά ο τόπος το χρόνος και το τρόπος νοσηλείας του παιδιού έτσι ώστε να διασφαλιστούν απολύτως όλες οι προϋποθέσεις όχι μόνο για την αποτροπή μιας νέας περιπέτειας αλλά και για μια σωστή μέσα σ' ένα υγιές περιβάλλον ανατροφή. Έτσι η ίδρυση κατάλληλων μονάδων για την υποδοχή και φιλοξενία αυτών των περιστατικών αποτελεί βασική προϋπόθεση και κανόνα. Οι μονάδες αυτές θα περιθάλλουν τα παιδιά μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο και για όσο χρονικό διάστημα απαιτηθεί, όχι μόνο για την αποκατάσταση της υγείας του αλλά μέχρις ότου διευκρινιστεί αν και κάτω από ποιες προϋποθέσεις τα παιδιά αυτά θα ξαναγυρίσουν στη φυσική τους οικογένεια ή θα αποκατασταθούν διαφορετικά (υιοθεσία κλπ.) θα προσφέρουν οι μονάδες αυτές στα παιδιά νέες υγιείς εμπειρίες και θα συνεργαστούν με τις φυσικές οικογένειες, εφόσον έχει προγραμματισθεί η επιστροφή τους σ' αυτές ή με τις ανάδοχες εφόσον έτσι έχει προγραμματιστεί.

Σκόπιμη ακόμη θεωρείται η θεραπευτική παρέμβαση και προς την οικογένεια βραχύχρονη δε εντατική θεραπευτική συμβουλευτική αγωγή - στα πλαίσια ενός ψυχιατρικού Νοσοκομείου έχει ήδη δοκιμαστεί με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Σωματική βοήθεια στην επίλυση του προβλήματος θα πρόσφερε η νομοθετική καθιέρωση του Επιτροπικού Δικαστηρίου. Είναι ο κυριότερος ίσως θεσμός που επείγει να γίνει στη χώρα μας, όχι μόνο για την αντιμετώπιση του κακοποιημένου παιδιού, αλλά και για κάθε τι που έχει σχέση με το οικογενειακό δίκαιο. Στις δικαιοδοσίες του Δικαστηρίου αυτού θα πρέπει να είναι η αφαίρεση της γονικής μέριμνας και η ανάθεση που θα συγκεντρώνει υψηλές προϋποθέσεις φερεγγυότητας και στη στάθμη που πιο πάνω αναφέρθηκε.

Με το νομικό καθεστώς που σήμερα ισχύει αρμόδιο για τέτοιες αποφάσεις είναι το Πρωτοδικείο αλλά οι διαδικασίες είναι μακρές και χρονοβόρες. Στην περίπτωση του Ειδικού Επιτροπικού Δικαστηρίου οι

περιπτώσεις αυτές θα αντιμετωπίζονται διαφορετικά αφού σε σύντομο χρονικό διάστημα - κάποτε και αμέσως - με τη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων θα δίνεται η πρέπουσα λύση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

12.1. Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η πρόληψη του προβλήματος της οικογενειακής βίας προς τα παιδιά εντάσσεται στα πλαίσια της γενικότερης πρόληψης της ενδοοικογενειακής βίας. Η κοινή παράμετρος και στα τρία είδη της οικογενειακής βίας μεταξύ συζύγων, εναντίων παιδιών, εναντίον ηλικιωμένων γονιών είναι η κακή χρήση της δύναμης.

Η οπτική αυτή γωνία μας δίνει να καταλάβουμε τις τεράστιες δυσκολίες της πρόληψης το ερώτημα δηλαδή που προκύπτει είναι πως μπορεί η κοινωνία να σταματήσει την κακή χρήση της δύναμης; Η προσπάθεια για την προσέγγιση μιας απάντησης στο ερώτημα αυτό πρέπει να λάβει υπόψη της παράγοντες όπως: αλλαγές στις κοινωνικές δομές την ιδεολογία της στάσης, την πολιτική για την οικογένεια, την ισότητα των δύο φύλων όπως και άλλους παράγοντες συνδεδεμένους με γεωγραφικές πολιτικές, οικονομικές πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

Παρόλα αυτά τα τελευταία 10 χρόνια γίνονται συγκεκριμένες προσπάθειες με στόχο την πρόληψη της οικογενειακής βίας προς τα παιδιά, ιδιαίτερα σε χώρες που έχουν ήδη εμπειρία στη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιού και οικογένειας μετά την αποκάλυψη της κακοποίησης, με σκοπό να μην επαναληφθεί και να αποκτήσει η οικογένεια ένα καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας. Τα διάφορα θεραπευτικά σχήματα που έχουν ως σήμερα ακολουθηθεί βασίζονται στα διάφορα θεραπευτικά μοντέλα και εξαρτώνται ποιοτικά από τον πληθυσμό που εξυπηρετούν και τις ιδιαιτερότητές του. (π.χ. παραμέληση ή σεξουαλική κακοποίηση) από το επίπεδο των επαγγελματιών, τις εναλλακτικές πηγές βοήθειας για την οικογένεια που έχουν στη διάθεση τους όπως και από αστάθμητους

παράγοντες που αφορούν το γενικότερο κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο μιας χώρας, γεωγραφικής περιοχής ή ομάδας πληθυσμού. Ερευνητικά δεδομένα που αφορούν την αξιολόγηση θεραπευτικών προγραμμάτων τονίζουν ότι έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη δευτερογενή πρόληψη, εφόσον η τριτογενής προϋποθέτει βαθιές αλλαγές στα άτομα και το σύστημα που συχνά είναι πολύ αργά να γίνουν. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα εθνικής μελέτης αξιολόγησης θεραπευτικών προγραμμάτων στις ΗΠΑ⁽¹⁾ (Cohn 1983) από όπου προκύπτει ότι α) κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης παρατηρείται υψηλή συχνότητα επανακακοποίησης η οποία όμως μπορεί να μειωθεί όταν η πρώτη επαφή με την οικογένεια γίνει από έμπειρους επαγγελματίες. β) σε γενικές γραμμές τα ποσοστά επιτυχίας στη θεραπεία είναι χαμηλά κάτω από 50% - αλλά μπορούν να βελτιωθούν όταν η βασική κοινωνική εργασία που προσφέρεται στις οικογένειες μπορεί να συμπληρωθεί με βοήθεια από εκπαιδευμένους εθελοντές, κάτω από την εποπτεία κοινωνικών λειτουργών, βοηθούν μητέρων και ομάδες αυτοβοήθειας γ) Η θεραπεία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τα κοινωνικά και αναπτυξιακά προβλήματα των κακοποιημένων παιδιών, που αντικατοπτρίζουν ανάλογα προβλήματα των γονικών τους.

Τα αποτελέσματα αυτά, όπως και άλλα παρόμοια από Ευρωπαϊκές χώρες είναι αρκετά αποθαρρυντικά για όποιους ελπίζουν ότι θα μπορέσουν να εξαλείψουν το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών στη χώρα τους. Παρά την ελπίδα που διαφαίνεται στη θεραπεία παιδιών - θυμάτων που τα αποτελέσματά της θα πρέπει να αξιολογηθούν μακροπρόθεσμα, όταν δηλαδή τα παιδιά αυτά γίνουν τα ίδια γονείς, η θεραπεία των ενηλίκων δε δείχνει να αποτελεί τη λύση για την εξάλειψη του προβλήματος παρόλο που μπορεί να βοηθήσει μια στις δύο οικογένειες. Εδώ ακριβώς επισημαίνεται η ανάγκη για ανάπτυξη προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης.

Η πρόληψη κοστίζει λιγότερο, μπορεί να σώσει ζωές και να μειώσει σημαντικά την πιθανότητα σωματικών αναπηριών, αναπτυξιακών προβλημάτων και ψυχολογικών διαταραχών παιδιών και εφήβων. Έτσι έχοντας πάντα ως στόχο ευρύτερες κοινωνικές αλλαγές που χρειάζονται για τη μείωση της κακής χρήσης της δύναμης από τους πλούσιους στους φτωχούς από τους άνδρες στις γυναίκες, από τους γονείς στα παιδιά, από τους νέους στους ηλικιωμένους μπορούμε να αναπτύξουν προγράμματα πρόληψης που θα μας οδηγήσουν βήμα προς βήμα στη μείωση του προβλήματος.

Τι ξέρουμε ήδη για την πρόληψη.

Η γνώση που έχει απαιτηθεί από τη διάγνωση και θεραπεία οικογενειών και παιδιών είναι πολύτιμη για το σχεδιασμό προληπτικών προγραμμάτων. Η προσπάθεια εντοπισμού περιπτώσεων κακοποίησης οδήγησε στο να γνωρίσουμε τους γονείς που έχουν υψηλή "επικινδυνότητα" για κακοποίηση. Η προσπάθεια κατανόησης των αιτιών πίσω από τη συμπεριφορά αυτών των γονιών και οι θεραπευτικές προσπάθειες οδήγησαν στο να κατανοήσουμε τις ανάγκες αυτών που έχουν προδιάθεση για άσκηση βίας. Τέλος η βοήθεια στο κακοποιημένο παιδί, μας έδωσε να καταλάβουμε ότι η θεραπεία των παιδιών αυτών μπορεί να είναι ένας μακροπρόθεσμος προληπτικός στόχος.

Η πρόβλεψη της κακοποίησης

Με βάση τη γνώση μας σχετικά με τα χαρακτηριστικά των γονιών των παιδιών των συνθηκών κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται η κακοποίηση - παραμέληση των παιδιών αναρωτιέται κανείς αν είναι εύκολο να προβλεφθεί το φαινόμενο. Μέχρι σήμερα έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες και έχουν κατασκευασθεί "εργαλεία" με στόχο την έγκαιρη εντόπιση των γονιών υψηλού κινδύνου, ώστε προσφέροντάς τους βοήθεια

να μειωθούν οι πιθανότητες να αναπτύξουν βίαιη συμπεριφορά προς τα παιδιά τους. Πρόσφατα οι BROWNE⁽²⁾ και SAQI (1989) στην Αγγλία ανέπτυξαν λίστα παραγόντων υψηλού κινδύνου, για πρόβλεψη κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, η εφαρμογή της οποίας σε δείγμα 14.000 νεογέννητων παιδιών έδειξε υψηλό ποσοστό επιτυχούς πρόβλεψης. Οι υπηρεσίες όμως και τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό, ώστε να καλύπτονται και όσοι έχουν ήδη την προδιάθεση, αλλά και όσοι δυνητικά μπορεί να την αποκτήσουν.

Προγράμματα πρόληψης

Η κακοποίηση και η παραμέληση ενός παιδιού δεν μπορεί παρά να προληφθεί εκεί ακριβώς που ευδοκιμεί: τις οικογενειακές σχέσεις και αλληλεπιδράσεις στα πλαίσια ενός ευρύτερου κοινωνικού χώρου που επιτρέπει και κατοχυρώνει την κακή χρήση δύναμης ανάμεσα στους ανθρώπους. Έτσι το αντικείμενο της πρόληψης οφείλει να είναι οι ανθρώπινες σχέσεις.

12.2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

1. Ευαισθητοποίηση, πληροφόρηση

Ο στόχος της ευρύτερης πληροφόρησης του κοινού είναι η ευαισθητοποίηση ότι η βία δεν είναι χαρακτηριστικό των "ψυχοπαθών", "κοινωνιοπαθών" ή απροσαρμόστων", αλλά είναι υπόθεση όλων μας. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν ένα σημαντικό διπλό ρόλο να παίζουν πρώτον να μειώσουν ή και να εξαλείψουν την προβολή της βίας ως κοινωνικής αξίας και δεύτερον, να προωθήσουν τη γνώση για τις συνέπειες

της βίας στον άνθρωπο και τους τρόπους που μπορεί να αναζητήσει βοήθεια, όταν περνάει περιόδους έντασης.

Τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας σε διάφορες χώρες (Γαλλία, Αγγλία, Βέλγιο Ολλανδία) έχουν ειδικές διευθύνσεις Οικογενειακών Υποθέσεων που ασχολούνται πολύ σοβαρά με το θέμα της πρόληψης της οικογενειακής βίας προωθώντας απόψεις για την υγιή οικογένεια, τις θετικές σχέσεις γονιών - παιδιών, την ένταξη των νέων κυρίως, οικογενειών στον κοινωνικό ιστό της κοινότητας. Μια Ευρωπαϊκή χώρα έχει αφιερώσει μια εβδομάδα το χρόνο για την οικογένεια, κατά τη διάρκεια της οποίας κράτος, οικογένειες, σχολεία και άλλοι θεσμοί, μέσα από ένα ειλικρινή διάλογο, προσπαθούν να αξιολογήσουν τη σχέση τους.

2. Προγράμματα συμβουλευτικής και καθοδήγησης

Πολλοί είναι οι φορείς που ασχολούνται με οικογένεια και παιδιά, άρα με πρόληψη. Θεωρούμε όμως σκόπιμο να αναφερθούμε σε κάθε πρόγραμμα ξεχωριστά για δύο λόγους, πρώτον για να τονισθεί η σημασία τους και δεύτερον, για να αξιολογηθεί η εμβέλεια των προγραμμάτων αυτών στο σύνολο του πληθυσμού, όχι μόνο σε ορισμένες γεωγραφικές περιοχές, (αστικές - αγροτικές) ή πληθυσμιακές ομάδες (αθίγγανοι ή άλλες μειονότητες).

Επισκέπτες υγείας: Κάθε νέα οικογένεια πρέπει να δέχεται τακτές επισκέψεις στο σπίτι από επισκέπτη υγείας της περιοχής, τουλάχιστον κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου ζωής του παιδιού. Από εκεί και πέρα, θα πρέπει να είναι διαθέσιμος για συμβουλευτική και καθοδήγηση σε θέματα υγείας και φροντίδας του παιδιού, στα πλαίσια του κοινοτικού κέντρου όπου εργάζεται.

Παιδικοί σταθμοί: Οι παιδικοί σταθμοί θα πρέπει να είναι διαθέσιμοι σε κάθε οικογένεια, άσχετα αν η μητέρα εργάζεται ή όχι. Μόνο έτσι θα μπορούν να λειτουργήσουν προληπτικά για την ενδοοικογενειακή βία. Σταδιακά θα πρέπει να συνεργάζονται με άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας στην κοινότητα, με σκοπό την καλύτερη δυνατή βοήθεια σε οικογένειες και παιδιά.

Το σχολείο: Το εκπαιδευτικό πλαίσιο πρέπει να θεωρείται και να χρησιμοποιείται - πέρα από τον άμεσο εκπαιδευτικό σκοπό - ως φορέας επιμόρφωσης και συμπαράστασης σε οικογένεια και παιδί. Οι σχολιατρικές υπηρεσίες, ενισχυμένες με κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, όπως και στη βοήθεια παιδιών που ήδη υφίστανται σωματική, σεξουαλική ή ψυχολογική βία.

Κοινωνικοί λειτουργοί: Σε οποιαδήποτε πλαίσιο και αν εργάζονται, οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι κατ' εξοχήν επαγγελματίες που ασχολούνται με τις ανθρώπινες σχέσεις. Ιδιαίτερη ανάγκη υπάρχει για Κοινωνικά Κέντρα Οικογένειας σε κάθε γεωγραφική ή πληθυσμιακή περιοχή.

Συμβουλευτικά Κέντρα: Μπορούν να είναι κρατικά ή μη, φιλανθρωπικά ή ιδιωτικής πρωτοβουλίας, και να αποτελούν μικρές αυτόνομες ή μέρος από μεγαλύτερους φορείς ψυχικής υγείας, δήμων, πρόνοιας, υγείας.

Ομάδες αυτοβοήθειας γονιών: Προσφέρουν συμπαράσταση σε μέλη τους που τώρα βρίσκονται σε καταστάσεις αδιεξόδου.

Τηλεφωνικές γραμμές άμεσης βοήθειας για παιδιά: Προσφέρουν συμβουλευτική βοήθεια σε παιδιά θύματα κάθε μορφής βίας.

Προετοιμασία για τον γονικό ρόλο: Πρόκειται για πολύ σοβαρό θεσμό που μπορεί να απευθύνεται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες: σε παιδιά και εφήβους, σε μελλοντικούς γονείς, σε γονείς, σε διάφορα στάδια της “καριέρας” τους ως γονείς. Αν και δεν έχουν εκτιμηθεί τα αποτελέσματα προγραμμάτων σε σχολεία, θεωρείται ότι είναι ένας θεσμός προληπτικός για δυσκολίες, όπως προβλήματα γονικής ικανότητας που εμπεριέχουν βία. Προγράμματα που απευθύνονται σε ζευγάρια ή άτομα που θα γίνουν γονείς, απευθύνονται κυρίως σε αυτούς που έχουν ήδη κίνητρα να βοηθηθούν, αποκλείοντας όλους τους γονείς “υψηλού κινδύνου” που δεν έχουν την ικανότητα να κινητοποιηθούν. Λίγα είναι τα προγράμματα που απευθύνονται σε άτομα που είναι ήδη γονείς. Μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι τέτοια εκπαιδευτικά προγράμματα δεν μπορούν να αλλάξουν την γονική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα πληροφόρησης και ότι, ακόμα και αν υπάρξουν αλλαγές, δεν έχουν επίδραση στο παιδί.

Άλλες μελέτες όμως έχουν δείξει ότι επιμορφωτικά προγράμματα για γονείς μπορούν να βοηθήσουν ιδιαίτερα αν είναι εξατομικευμένα και επικεντρώνονται στο σύστημα γονείς - παιδί.

Ημερήσια φροντίδα παιδιών

Η ημερήσια φροντίδα παιδιών, προσχολικής ηλικίας, κυρίως απευθύνεται σε οικογένειες με εργαζόμενες μητέρες ή όχι, που χρειάζονται λίγες ώρες την ημέρα για να φροντίσουν ένα νέο μωρό ή ένα άλλο άτομο στην οικογένεια, ή ακόμα και μόνο τον εαυτό τους. Οι οικογένειες που φιλοξενούν παιδιά προσφέροντας ημερήσια φροντίδα, έχουν άδεια από την τοπική κοινωνική υπηρεσία από την οποία και εποπτεύονται. Το σχήμα αυτό μπορεί να καλύψει παιδιά σε ετήσια βάση ή να δέχεται παιδιά από οικογένειες που βρίσκονται σε ψυχοκοινωνική κρίση. Αν και το θέμα δεν έχει επαρκώς ερευνηθεί, μελέτες έχουν δείξει ότι ο θεσμός της ημερήσιας

φροντίδας μπορεί να βελτιώσει τις συζυγικές και προσωπικές σχέσεις και να μειώσει την κατάθλιψη σε μητέρες.

Προγράμματα για ευάλωτες οικογένειες του πληθυσμού.

Τα προληπτικά προγράμματα, που απευθύνονται σε άτομα και οικογένειες "υψηλού κινδύνου", στοχεύουν στην κάλυψη βασικών και έκτακτων ψυχοκοινωνικών αναγκών τους, ώστε να αυξηθεί ή να σταθεροποιηθεί η γονική και ευρύτερη οικογενειακή λειτουργικότητά τους. Ιδιαίτερα ευάλωτα είναι τα νέα ζευγάρια ή μητέρες που βρίσκονται στην εφηβική ηλικία με αυξημένες απαιτήσεις για άσκηση γονικού ρόλου, άτομα που κάνουν χρήση αλκοόλ ή και τοξικών ουσιών, και άλλα που μειονεκτούν νοητικά ή που είναι ψυχικά ασθενείς. Επίσης, νέοι γονείς με ανεπιθύμητα ή πρόωρα νεογνά ή με παιδιά ανάπηρα ή με χρόνια ασθένεια. Τέλος, άλλη ευάλωτη ομάδα νέα ανώριμα άτομα ή ζευγάρια που ζουν κάτω από συνθήκες σοβαρής κοινωνικής απομόνωσης από την ευρύτερη οικογένεια και την γειτονιά.

Παραδείγματα προγραμμάτων πρόληψης για τους γονείς αυτούς είναι:

1. Παιδικό σταθμοί για ημερήσια κάλυψη παιδιών κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσης της οικογένειας ή άμεση κάλυψη σε παιδικό σταθμό της κοινότητας ή σε οικογενειακή ημερήσια φροντίδα. Ως άμεση φροντίδα εννοείται η εισαγωγή χωρίς γραφειοκρατικές διαδικασίες, ακόμα και με ένα τηλεφώνημα από τον κοινωνικό λειτουργό ή επισκέπτη υγείας της περιοχής.
2. Μονάδες - ξενώνες κρίσης για φιλοξενία παιδιών και εφήβων που κινδυνεύουν.
3. Ομάδες παιδικής προστασίας στα πλαίσια της κοινότητας. Οι ομάδες αυτές μπορούν να είναι αυτόνομες ή εξαρτημένες από δήμους ή κοινοτικά κέντρα ή να αποτελούνται από επαγγελματίες διαφόρων

κλάδων που ήδη εργάζονται σε διάφορα κοινοτικά πλαίσια (υγείας, πρόνοιας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης, δημόσιας τάξης) και συγκεντρώνονται AD HOC, για κάθε νέα περίπτωση παιδιού "σε κίνδυνο" στην περιοχή.

Η υποστήριξη των επαγγελματιών : μια νέα διάσταση για την πρόληψη.

Το σύνολο των προγραμμάτων, που έχουν ως στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση των διαφόρων μορφών βίας στην οικογένεια, βασίζονται σε επαγγελματίες διαφόρων κλάδων που πρέπει να "αντέξουν" τη βία. Ακόμα και κάτω από τις ιδανικότερες εργασιακές συνθήκες, δεν είναι όλοι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα ίδια συναισθήματα στη θέα ενός βρέφους με πολλαπλά κατάγματα ή ενός παιδιού θύματος σεξουαλικής παραβίασης. Δύο διαμετρικά αντίθετες αντιδράσεις, που παρατηρούνται, είναι, από τη μία πλευρά η τάση να αποφεύγουν και να αγνοούν την πραγματικότητα με την εκλογίκευση ενός "ατυχήματος", και από την άλλη, η απόλυτη ταύτιση με το θύμα και ο κατακλυσμός από αισθήματα θυμού για το δράστη.

Ο όρος "επαγγελματική εξάντληση" περιγράφει ένα επαγγελματία που δεν μπορεί να προσφέρει μια υποστήριξη, φροντίδα και την απαραίτητη ενέργεια για τη θεραπευτική αντιμετώπιση μιας οικογένειας "σε κρίση". Η δική του "κρίση", χρόνια ή οξεία τον έχει ακινητοποιήσει προτάσσοντας τις δικές του ανάγκες σ' εκείνες τις οικογένειας. Ορισμένα συμπτώματα του επαγγελματία αυτού είναι να θεωρεί όλες τις περιπτώσεις του ομοιόμορφες, καταργώντας τις ιδιαιτερότητες τους που πιθανόν θα απαιτήσουν από αυτόν μεγαλύτερη ενέργεια. Κουρασμένοι επαγγελματίες δίνουν ραντεβού με πολύ καθυστέρηση ή τα ακυρώνουν, ακόμα και ασυνείδητα ή συνειδητά τα ξεχνούν.

Μία εθνική μελέτη αξιολόγησης θεραπευτικών προγραμμάτων στις ΗΠΑ (COHN 1979) περιέλαβε αξιολόγηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξάντλησης επαγγελματιών της πρώτης γραμμής. Μία σειρά

οργανωτικών και διοικητικών παραγόντων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξάντλησης. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες έχουν λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν το σύνδρομο αυτό όταν εργάζονται σε ένα καλά δομημένο αλλά υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον, όπου συνυπάρχουν :

- α) ισχυρή αλλά συγχρόνως και υποστηρικτική ηγεσία που να μπορεί να πετυχαίνει την ξεκάθαρη επικοινωνία,
- β) ένα περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν ευθύνες και πρωτοβουλίες
- γ) ένα περιβάλλον όπου επιτρέπονται και ενισχύονται οι νεωτερισμοί, ενώ διατηρούνται σαφείς κανόνες
- δ) ένα περιβάλλον όπου οι εργαζόμενοι συμμετέχουν στη διαδικασία των αποφάσεων για τη δουλειά τους και την προσωπική τους ζωή.

Τέλος, βρέθηκε ότι τα παλαιότερα στελέχη είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν επαγγελματική κόπωση έναντι των νεοτέρων, όπως και τα στελέχη με λιγότερο αριθμό περιπτώσεων σε σύγκριση με αυτά με μεγάλο φόρτο ευθύνης.

(1) Ε. ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Αθήνα 1987: Κακοποίηση Παραμέληση Παιδιών
(2) Σύγχρονα θέματα 43-44 Δεκέμβριος 1990

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

13.1. ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τον Μάρτιο του 1984 παραδόθηκε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ειδική μελέτη για την κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών στην Ελλάδα. Η μελέτη αυτή ήταν το αποτέλεσμα πολύμηνης συνεργασίας διεπιστημονικής ομάδας που συγκροτήθηκε μετά από πρόταση του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Συγχρόνως η μελέτη αυτή παραδόθηκε σε άλλα τέσσερα βασικά υπουργία (Παιδείας, Δικαιοσύνης, Εσωτερικών και Νέας Γενιάς) καθώς επίσης και σε όλους τους προνοιακούς φορείς στην Ελλάδα (ΠΙΚΠΑ ΕΟΠ κ.ά.).

Η μελέτη αυτή πρότεινε μια σειρά από μέτρα, κατασταλτικά και προληπτικά, που έπρεπε να ληφθούν στην Ελλάδα προκειμένου να αντιμετωπιστεί ένα "καυτό" πρόβλημα που αφορά τη ζωή τη σωματική και ψυχική υγεία αλλά και την κοινωνική προσαρμογή χιλιάδων παιδιών κάθε χρόνο. Ένα μεγάλο μέρος των προτάσεων της μελέτης αυτής, ιδιαίτερα όσες σχετίζονταν με την πρόληψη, απευθύνονταν στις ανάγκες όλου του πληθυσμού. Η ανάπτυξη δηλαδή συμβουλευτικών σταθμών για γονείς στο χώρο της τοπικής αυτοδιοίκησης, η αριθμητική επέκταση και ποιοτική βελτίωση των παιδικών σταθμών, οι παροχές διευκόλυνσης στην εργαζόμενη μητέρα, η νομική και κοινωνική υποστήριξη των παιδιών εκτός γάμου και άλλα κοινωνικά μέτρα που στοχεύουν στην υποστήριξη της οικογένειας και την βελτίωση της ποιότητα ζωής, έχουν βοηθήσει σημαντικά τις οικογένειες που έχουν πρόβλημα κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών τους.

Όσον αφορά την κατασταλτική αντιμετώπιση του προβλήματος ή μελέτη είχε προτείνει:

- 1) Μονάδα - ξενώνας κρίσης για κακοποιημένα και παραμελημένα βρέφη και νήπια 0-3ετών.
- 2) Απόφαση του ΚΕΣΥ για τη δημιουργία ξενώνων για παιδιά με προβλήματα συναισθηματικά ή κακοποίησης παραμέλησης στο πλαίσιο του προγράμματος για την Ψυχική υγεία.
- 3) Κέντρο τηλεφωνικής συμπαράστασης SOS από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.
- 4) Δημιουργία Ελληνικής Εταιρείας για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.
- 5) Προσπάθειες για τη μετεκπαίδευση επαγγελματιών στο θέμα της κακοποίησης - παραμέλησης των παιδιών.
- 6) Οργάνωση Πανευρωπαϊκών Συνεδρίων για την κακοποίηση των παιδιών.

Οι προτάσεις αυτής της μελέτης έφεραν πραγματικά κάποια αποτελέσματα. Έτσι το 1985 ιδρύθηκε ο πρώτος ξενώνας για κακοποιημένα και παραμελημένα βρέφη και νήπια από το Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας με την συμπαράσταση και του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Δυστυχώς ο ξενώνας αυτός σταμάτησε να λειτουργεί το Δεκέμβριο του 1988. Διοργανώθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού το Α' μετεκπαιδευτικό σεμινάριο για κακοποιημένα - παραμελημένα παιδιά τον Οκτώβριο του 1985, ενώ το δεύτερο έγινε το Νοέμβριο του 1986 έκτοτε διοργανώνονται τακτικά παρόμοια σεμινάρια. Το Α' Πανευρωπαϊκό συνέδριο για την κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών διοργανώθηκε τον Απρίλιο του 1987 στη Ρόδο πάλι με πρωτοβουλία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού..

Παρατηρούμε λοιπόν ότι τα πρώτα βήματα όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης - παραμέλησης των παιδιών στην Ελλάδα οφείλονταν στον ενθουσιασμό και την σκληρή δουλειά

πραγματικά μιας ομάδας ερευνητών που δυστυχώς σ' αυτά τα πρώτα βήματα τους δεν στηρίχθηκα επαρκώς.

13.2. ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα στον χώρο της κακοποίησης - παραμέλησης των παιδιών συνοψίζεται ως εξής:

A. Άμεσος χώρος ΚαΠα

- 1) Έλλιπής κρατική ή ιδιωτική προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος (διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση).
- 2) Περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση ερευνητικού προγράμματος.
- 3) Έλλειψη ευαισθητοποίησης ειδικών (γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, αστυνομίας, επιμελητών ανηλίκων κ.ά.).
- 4) Έλλειψη ευαισθητοποίησης το κοινού
- 5) Εκτεταμένη παραδεκτή χρήση βίας μέσα στην οικογένεια σε πλαίσια της διαδικασίας της κοινωνικοποίησης των παιδιών.
- 6) Έλλειψη ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων για την αντιμετώπιση του προβλήματος δηλαδή:
 - α) Επιτροπικό δικαστήριο
 - β) Εξασφάλιση παραμονής του κακοποιημένου παιδιού στο Νοσοκομείο, παρά τη θέληση των γονιών του για ορισμένο χρονικό διάστημα.
 - γ) Προϋποθέσεις ακαταλληλότητας γονέων και αναπλήρωσης επιμέλειας
 - δ) Προϋποθέσεις και διαδικασία καταγγελίας περιστατικών ΚαΠα
 - ε) Νομική κατοχύρωση προσωπικού ιδιαίτερα κοινωνικών λειτουργιών που εργάζονται σε προγράμματα ΚαΠα.

στ) Η αστυνομία συνήθως αποφεύγει να ασχοληθεί με “οικογενειακές υποθέσεις”

- 7) Ανεπαρκής συντονισμός υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν περιστατικά κακοποίησης - παραμέλησης των παιδιών.

B. Ευρύτερος χώρος

- 1) Αριθμητική και ποιοτική ανεπάρκεια βρεφονηπιακών σταθμών και περιορισμένο ωράριο λειτουργίας τους
- 2) Έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού συμβουλευτικών κέντρων για την οικογένεια.
- 3) Ανεπαρκής ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας ειδικά σε ότι αφορά την Ψυχική Υγεία και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.
- 4) Περιορισμένη ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού
- 5) Αποκλεισμός των γονιών από τα τμήματα εντατικής νοσηλείας πρόωρων και νεογνών.
- 6) Ποιοτικά πολύ χαμηλή και ακατάλληλη παιδική προστασία (ανάδοχες οικογένειες, κλειστή και ανοικτή περίθαλψη, επιδοτήσεις κλπ.).
- 7) Ανεπαρκές συντονισμός και κατακερματισμός των υπηρεσιών ιδιαίτερα σε ότι αφορά την περαιτέρω παρακολούθηση των περιπτώσεων μεταξύ των πολλών και διαφορετικών φορέων.
- 8) Έλλειψη παρακολούθησης των νέων που “αποφοιτούν” από τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.
- 9) Έλλειψη παρεμβατικών προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας για κοινωνικά απομονωμένα και προβληματικές οικογένειες.
- 10) Έλλειψη προγραμμάτων προετοιμασίας των νέων για τον γονικό ρόλο.
- 11) Περιορισμένη και ανεπαρκής έρευνα της ελληνικής οικογένειας.

- 12) Συγκεντρωτική διοίκηση στο χώρο της κοινωνικής πρόνοιας ιδιαίτερα της παιδικής προστασίας.
- 13) Ελάχιστη και ασυντόνιστη έρευνα στον τομέα της παιδικής προστασίας.
- 14) Έλλειψη ειδικών προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας σε οικιστικές περιοχές "αυξημένου κινδύνου".
- 15) Κακή προβολή των περιστατικών κακοποίησης από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης που στοχεύουν απλώς στην αύξηση της δημοτικότητας τους.
- 16) Έλλιπής αξιοποίηση των ΜΜΕ για εκπαιδευτικά και ενημερωτικά προγράμματα.
- 17) Ατολμη παιδική προστασία. Σε περιπτώσεις γονικής ακαταλληλότητας ο προσανατολισμός των διαφόρων φορέων είναι τέτοιος ώστε σχεδόν πάντα προασπίζει τον γονικό συμφέρον και όχι το ατομικό συμφέρον του παιδιού. Αποτέλεσμα πολλά παιδιά να μένουν στα αζήτητα των ιδρυμάτων για πολλά χρόνια, χωρίς προγραμματισμό.
- 18) Άνιση κατανομή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές της χώρας.
- 19) Χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο προσωπικού ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης, παντελής έλλειψη μετεκπαίδευσης, επιλογή προσωπικού ιδρυμάτων με αναχρονιστικά κριτήρια (π.χ. απόφοιτοι ιδρυμάτων προτιμούνται).

13.3. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το προτεινόμενο σύστημα αντιμετώπισης της κακοποίησης - παραμέλησης των παιδιών βασίζεται στη θεώρηση της πολλαπλής αιτιολογίας του προβλήματος. Δηλαδή στο συνδυασμό της κοινωνιολογικής και ψυχολογικής αιτιολογίας. Θεωρείται δηλαδή ότι το πρόβλημα είναι αποτέλεσμα τόσο των πολλών δυσμενών κοινωνικοοικονομικών

παραγόντων και ανισοτήτων όσο και στην ατομική και οικογενειακή παθολογία των συγκεκριμένων ομάδων ή και οικογενειών. Οι δύο αυτές ομάδες μπορούν να λειτουργούν χωριστά ή αλληλένδετα.

Με το σκεπτικό αυτό το σύστημα που προτείνεται αφορά ειδικά μέτρα για εντόπιση περιστατικών διάγνωση, και θεραπεία και αποκατάσταση μέσα από ένα εθνικό δίκτυο υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Εξίσου σημαντικό βάρος δίνεται και σε συγκεκριμένα προληπτικά προγράμματα στο χώρο της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

Αν και οι σημαντικές ελλείψεις όσον αφορά την υποδομή δυσχεραίνουν σημαντικά το έργο κάθε φορά ταυτόχρονα ευνοούν και την υλοποίηση ενός ριζικά νέου προγράμματος κρατικής πολιτικής βασισμένο σε δεδομένα τόσο από την Ελληνική όσο και τον διεθνή χώρο.

13.4. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το σύστημα που προτείνεται βασίζεται: Α) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, Β) σε νέα προγράμματα Παιδικής Προστασίας, και Γ) σε νέους θερμούς της Δικαιοσύνης και σε ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις.

A. Αντιμετώπιση ΚαΠα και ΕΣΥ

Το σύστημα που προτείνεται για την αντιμετώπιση της Καπα παιδιών μέσα από το ΕΣΥ έχει αρκετή επαλληλία με τις προτάσεις της "Ομάδας Εργασίας για την Παιδοψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα".

Αναλυτικότερα προτείνονται τα εξής :

A.1. Δημιουργία Κεντρικού Επιτελικού Οργάνου για την Πρόληψη και την αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών.

Το όργανο αυτό μπορεί να είναι : Μια ειδική επιτροπή ΚαΠα στο ΚΕΣΥ ή επιτροπή του ΚΕΣΥ υπεύθυνη για θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού, που θα περιλαμβάνει το πρόβλημα ΚαΠα.

Σκοποί του Κεντρικού Επιτελικού Οργάνου ΚαΠα θα είναι:

- α) Η ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών μέσα από το ΕΣΥ, την κοινωνική πρόνοια και την παιδική προστασία.
- β) Η συνεργασία με τα Υπουργεία Δικαιοσύνης, Δημόσιας Τάξης, Παιδείας, Ν. Γενιάς και Εσωτερικών, όπως και με ειδικά σωματεία και επιτροπές (γυναικεία σωματεία, επιτροπή για τη βιοϊατρική έρευνα κ.ά.) για ανάπτυξη προγραμμάτων προληπτικού και κατασταλακτικού χαρακτήρα.
- γ) Η προώθηση της έρευνας στον ειδικό και ευρύτερο χώρο της Κακοποίησης - Παραμέλησης Παιδιών.
- δ) Η προώθηση εκπαιδευτικών ενημερωτικών προγραμμάτων στο χώρο ΚαΠα (σεμινάρια, ενημέρωση ειδικών και κοινού, εκδόσεις κ.ά.)

A.2. Κέντρα Υγείας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές

Σε κάθε Κέντρο Υγείας να ενταχθεί ένας κοινωνικός λειτουργός (κατά προτίμηση ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός) ο οποίος σε συνεργασία με τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων, τον οικογενειακό γιατρό και άλλα στελέχη του Κέντρου θα αντιμετωπίζουν άμεσα περιπτώσεις σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης και σοβαρής παραμέλησης.

Η διαδικασία που θα ακολουθείται είναι η εξής: θα εισάγεται το παιδί στο Κέντρο Υγείας ώστε να εξασφαλίζεται η άμεση ακεραιότητά του - άσχετα από τη σοβαρότητα των κακώσεων - και ο κοινωνικός λειτουργός θα έρχεται σ' επαφή με την οικογένεια. Με τα στοιχεία από τη συνεργασία του

κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια και τα ιατρικά πορίσματα θα αποφασίζεται η άμεση αντιμετώπιση. Η κινητή παιδοψυχιατρική μονάδα και το πλησιέστερο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή ο Ψυχιατρικός Τομέας του περιφερειακού Νοσοκομείου θα ασκεί εποπτεία και θα αποφασίζει από κοινού με τον κοινωνικό λειτουργό και γιατρούς του Κέντρου Υγείας για τον τρόπο θεραπευτικής παρέμβασης (καταγγελία, βραχύχρονη ή μακρόχρονη απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια, θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια, άλλου είδους αποκατάσταση).

Κάθε περίπτωση θα συζητείται σε ειδική διεπιστημονική σύσκεψη ΚαΠα όπου θα συμμετέχουν: α) ο κοινωνικός λειτουργός και ο γιατρός που αντιμετώπισε το παιδί στο Κέντρο Υγείας, β) η επισκέπτρια υγείας, εφόσον υπάρχει, γ) η ψυχιατρική ομάδα του πλησιέστερου Κέντρου Ψυχικής Υγείας ή του περιφερειακού Νοσοκομείου ή η κινητή παιδοψυχιατρική ομάδα, δ) εκπρόσωποι άλλων φορέων που τυχόν γνωρίζουν την περίπτωση (δάσκαλος, νηπιαγωγός, κοινωνική λειτουργός Νομαρχίας, αστυνομία κ.ά.) ε) νομικός σύμβουλος της διεπιστημονικής ομάδας ΚαΠα θα είναι ο εκπρόσωπος του Υπουργείου Δικαιοσύνης στο νομό (υπηρεσία επιμελητών ανηλίκων).

Ελπίζεται ότι στο μέλλον, προοδευτικά και ανάλογα με τις ανάγκες, θα αναπτυχθεί πληρέστερα η παιδοψυχιατρική ομάδα στο Κέντρο Υγείας μη αστικών περιοχών με την προσθήκη ψυχολόγου και ψυχιάτρου - παιδοψυχιάτρου.

A.3. Κέντρα Υγείας σε αστικές περιοχές

Στο Κέντρο Υγείας αστικών περιοχών να υπάρχει πλήρης παιδοψυχιατρική μονάδα που θα είναι και η διεπιστημονική ομάδα ΚαΠα. Δηλαδή, να αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό (κατά προτίμηση ψυχιατρικής κατεύθυνσης), ψυχολόγο, ψυχίατρο - παιδοψυχίατρο, γραμματέα - δακτυλογράφο.

Η ομάδα αυτή είναι αυτοτελής η δε λειτουργία της ακολουθεί την ίδια διαδικασία που περιγράφεται στην παράγραφο Α.2.

A.4. Κέντρα Ψυχικής Υγείας

Η διάρθρωση και η λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας όπως περιγράφονται στο Άρθρο 21 του ΕΣΥ ανταποκρίνεται απόλυτα στις ανάγκες διεπιστημονικής αντιμετώπισης του προβλήματος ΚαΠα από τον ψυχιατρικό τομέα. Η λειτουργία της ομάδας περιγράφεται στην παράγραφο Α.2.

A.5. Ψυχιατρικός Τομέας Γενικών Νοσοκομείων

Η διεπιστημονική ομάδα του Ψυχιατρικού Τομέα του Γενικού Νοσοκομείου θα λειτουργεί και σαν ομάδα ΚαΠα. Θα συνεργάζεται με τον παθολογικό, χειρουργικό τομέα και τον τομέα κοινωνικής ιατρικής που θα παραπέμπουν περιπτώσεις από το Νοσοκομείο.

Η λειτουργία της ομάδας περιγράφεται στην παράγραφο Α.2.

A.6. Νοσοκομεία Παιδών

Για ειδικά Νοσοκομεία όπως τα Νοσοκομεία Παιδών προτείνεται η δημιουργία αυτοτελούς διεπιστημονικής ομάδας ΚαΠα που διοικητικά να ανήκει στον Ψυχιατρικό Τομέα του Νοσοκομείου.

Η ομάδα αυτή να αποτελείται από: 1 παιδίατρο, 1 παιδοψυχίατρο, 1 ψυχίατρο ενηλίκων, 1 κλινικό ψυχολόγο, 4-5 κοινωνικούς λειτουργούς, 1 γραμματέα - δακτυλογράφο. Να συνεργάζεται με νομικό σύμβουλο ειδικευμένο στο οικογενειακό δίκαιο.

A.7. Άλλα ειδικά πλαίσια του ΕΣΥ σχετικά με την ψυχική υγεία

Άλλα ειδικά πλαίσια σχετικά με την ψυχική υγεία που προγραμματίζονται ή που έχουν προταθεί στο ΕΣΥ (π.χ. Ιατροπαιδαγωγικά

Κέντρα) σε συνεργασία με το Κεντρικό Επιτελικό Όργανο ΚαΠα του ΚΕΣΥ μπορούν να αντιμετωπίζουν περιστατικά ΚαΠα και με τη διαδικασία που περιγράφεται στην παράγραφο Α2.

Β. Νέα προγράμματα παιδικής προστασίας

Η θεραπευτική αντιμετώπιση οικογένειας και παιδιού, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παιδική προστασία. Η ανεπάρκεια και η ακαταλληλότητα της παιδικής προστασίας στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση του προβλήματος της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών περιγράφηκε στο κεφάλαιο "σημερινή κατάσταση".

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος προτείνονται:

Β.1. Σταθμός Α' Κοινωνικών Βοηθειών για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά.

Ίδρυση υπηρεσίας σε μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα-Πειραιά-Θεσσαλονίκη-Πάτρα) με προσωπικό: 4-5 κοινωνικούς λειτουργούς και 1 γραμματέα. Σκοπός του Σταθμού Α' Κοινωνικών Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών στην οικογένεια που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα παιδιών.

Η υπηρεσία θα προσφέρει:

- α) 24ωρη τηλεφωνική επικοινωνία SOS με ειδικό τριψήφιο αριθμό
- β) Άμεση παρέμβαση στην οικογένεια από τον κοινωνικό λειτουργό. Θα κρίνεται κατά περίπτωση αν στην παρέμβαση θα συμμετέχει και αστυνομικό όργανο.
- γ) Άμεση απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια όταν κρίνεται ότι βρίσκεται σε κίνδυνο και τοποθέτησή του σε ειδική "Μονάδα ΚαΠα" που περιγράφεται παρακάτω.

- δ) Παραπομπή της περίπτωσης και συνεργασία με πλαίσιο που αντιμετωπίζει περιπτώσεις ΚαΠα (Κέντρο Υγείας αστικών περιοχών, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικό Τομέα Γενικού Νοσοκομείου).
- ε) Τηλεφωνική συμβουλευτική: 1) 24ωρη εφημερία του προσωπικού εκτός από τη γραμματέα. 2) Νομική κατοχύρωση των κοινωνικών λειτουργιών (νομική κάλυψη για άμεσες παρεμβατικές ενέργειες στην οικογένεια).

Β.2. Βρεφονηπιακές Μονάδες-ξενώνες για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά.

Σκοπός των μικρών αυτών Μονάδων είναι να καλύψουν δύο βασικές ανάγκες στην αποκατάσταση των παιδιών που κακοποιούνται και παραμελούνται: α) την κάλυψη βρεφών και νηπίων που πρέπει να απομακρυνθούν από την οικογένεια για σύντομο ή μακρύτερο διάστημα ώσπου δηλαδή να ξαναγυρίσει το παιδί στην οικογένεια ή να αποκατασταθεί αλλού (υιοθεσία, ανάδοχη οικογένεια), και β) την κάλυψη των παιδιών στο μεσοδιάστημα μεταξύ της εξόδου από το Νοσοκομείο όπου νοσηλεύθηκαν για τις κακώσεις ή τη σοβαρή παραμέληση μέχρι την τελική αποκατάσταση του παιδιού.

Οι Μονάδες αυτές θα προσφέρουν νέες διορθωτικές εμπειρίες στα παιδιά αυτά και θα συνεργάζονται συγχρόνως με τις φυσικές οικογένειες (εφόσον προγραμματίζεται η επιστροφή), με τις ανάδοχες ή τις υποψήφιες θετές οικογένειες όπου θα πάει το παιδί και με τη διεπιστημονική ομάδα ΚαΠα που καλύπτει κάθε περίπτωση.

Προδιαγραφές λειτουργίας

Οι βρεφονηπιακές μονάδες θα έχουν μικρή δύναμη (8-12 παιδιά) και αναλογία προσωπικού 1:3 έως 1:4, θα καλύπτουν δε τις ηλικίες 0-3 ετών. Το προσωπικό θα αποτελείται από βρεφοκόμους που θα εργάζονται σε βάρδιες και θα ανταποκρίνονται στην παραπάνω αναλογία, 1 ψυχολόγο με

ειδικότητα κλινικής ψυχολογίας ή ψυχολογίας της ανάπτυξης, 2 κοινωνικούς λειτουργούς, 1 παιδίατρο με μερική απασχόληση, 1 γραμματέα και βοηθητικό προσωπικό (μαγείρισσα, καθαρίστριες).

(Μία πρώτη αρχή του θεσμού αυτού ήταν η "Πρότυπη Μονάδα Βρεφών ΚαΠα" που λειτούργησε στο "Ίδρυμα Πρόνοιας Παιδιού του Ε.Ο.Π. στο Καλαμάκι, σε επιστημονική συνεργασία με το πρόγραμμα ΚαΠα του Ι.Υ.Π.).

Σημειώνεται ότι θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα προσωρινής παραμονής 1-2 μητέρων στη Μονάδα αυτή, όταν το επιβάλλουν οι συνθήκες.

B.3. Οικογενειακή Μονάδα

Ένας από τους τρόπους θεραπευτικής παρέμβασης που έχει δοκιμαστεί με επιτυχία στο εξωτερικό είναι η βραχύχρονη εντατική θεραπευτική παρέμβαση σε όλη την οικογένεια στα πλαίσια ενός Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου.

Σαν πρότυπο θεωρείται η Οικογενειακή Μονάδα ΚαΠα του Νοσοκομείου ΠΑΡΚ στην Οξφόρδη της Αγγλίας (CHILD ABUSE AND NEGLECT FAMILY UNIT, PARK HOSPITAL).

Σκοπός της Μονάδας αυτής είναι να φιλοξενεί όλη την οικογένεια του παιδιού που κακοποιήθηκε σοβαρά για ένα διάστημα 5-6 εβδομάδων. Σε μικρό σπίτι που χρίστηκε γι' αυτόν το σκοπό στην έκταση του Νοσοκομείου, στεγάζονται συγχρόνως τρεις οικογένειες. Κάθε οικογένεια έχει στη διάθεσή της, ανάλογα με το μέγεθός της, 1-2 υπνοδωμάτια, μπάνιο και μικρή πρόχειρη κουζίνα. Οι οικογένειες μοιράζονται τον καθιστικό χώρο. Ειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατρος - παιδοψυχίατρος -κοινωνικός λειτουργός - ψυχολόγος-ειδικός παιδαγωγός) αντιμετωπίζει θεραπευτικά γονείς και παιδιά και διδάσκει στην οικογένεια νέους τρόπους αντιμετώπισης των ενδοψυχικών τους συγκρούσεων και προβλημάτων

επικοινωνίας με τα παιδιά τους και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Σταδιακά γίνεται η επανένταξη της οικογένειας στην κοινότητα.

Η ένταξη της Οικογενειακής Μονάδας ΚαΠα στο πλαίσιο ενός ψυχιατρικού φορέα μειώνει το κόστος λειτουργίας και εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας περίθαλψη.

Προτείνεται η δημιουργία τεσσάρων Οικογενειακών Μονάδων ΚαΠα, 2 στην Αθήνα, 1 Θεσσαλονίκη και 1 Πάτρα.

B.4. Θεραπευτικά νηπιαγωγεία για κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά, με διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχολογικά προβλήματα.

Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες όπως τα παιδιά που κακοποιούνται και παραμελούνται, παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές συμπεριφοράς που μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά με έγκαιρη παρέμβαση στο παιδί στο στάδιο της προσχολικής ηλικίας και σύγχρονη παρέμβαση στην οικογένεια.

Προτείνεται η δημιουργία ειδικών θεραπευτικών νηπιαγωγείων για κακοποιημένα παιδιά αλλά και για άλλα παιδιά με σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, στις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας.

Τα νηπιαγωγεία αυτά θα έχουν επιστημονική και διοικητική εξάρτηση από τον ψυχιατρικό τομέα των Γενικών νοσοκομείων ή κατευθείαν από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Θα είναι μικρές Μονάδες (μέχρι 20-25 παιδιά σε χωριστές ομάδες) και θα τα καλύπτει προσωπικό: 1 παιδοψυχίατρος, 1 ψυχολόγος (με ειδίκευση στην ψυχολογία της νηπιακής ηλικίας ή την εξελικτική ή την εκπαιδευτική ψυχολογία), 3 ειδικοί παιδαγωγοί, 2 κοινωνικοί λειτουργοί, 1 γραμματέας.

B.5. Πανελλήνια Εταιρεία για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης - Παραμέλησης Παιδιών

Για την προώθηση του θέματος της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών σε εθνικό επίπεδο προτείνεται η δημιουργία "Πανελλήνιας Εταιρείας για την Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης - Παραμέλησης Παιδιών" με τη μορφή επιστημονικής εταιρείας. Ιδρυτικά μέλη της εταιρείας θα είναι τα μέλη της επιτροπής.

B.6. Νομική υπηρεσία σε κάθε φορέα Παιδικής Προστασίας

Σκοπός, η λεπτομερής αξιολόγηση κάθε παιδιού μακριά από την οικογένειά του με σκοπό τις δραστικές λύσεις και τον προγραμματισμό για τη ζωή του. Να θεσπιστούν κριτήρια γονικής ακαταλληλότητας από τις κοινωνικές υπηρεσίες και να προχωρήσουν νομικά στην αναπλήρωση ακατάλληλων γονιών. Συγχρόνως, να γίνει μακροπρόθεσμος προγραμματισμός για τα παιδιά μέσα ή μακριά από την οικογένειά τους. Η απόφαση "Κλείστε τα ιδρύματα" χωρίς τη λύση που προτείνεται, θα οδηγήσει σε σπασμωδικές και απρογραμμάτιστες ενέργειες σε βάρος των παιδιών.

B.7. Διεπιστημονικές Ομάδες σε πλαίσια παιδικής προστασίας

Να δίνεται η δυνατότητα σε φορείς παιδικής προστασίας να δημιουργήσουν αυτοδύναμες επιστημονικές ομάδες που θα ασχολούνται με κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους.

B.8. Δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας

Δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας από πυρήνα γονιών που έχουν στο παρελθόν κακοποιήσει τα παιδιά τους και τώρα μπορούν να βοηθήσουν άλλους.

Γ. Νέοι Θεσμοί της δικαιοσύνης και ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις

Γ.1. Θεσμός του Επιτροπικού Δικαστηρίου

Ο κυριότερος θεσμός που επείγει να γίνει και στη χώρα μας, όχι μόνο για την αντιμετώπιση του προβλήματος κακοποίησης αλλά για κάθετι που έχει σχέση με το οικογενειακό δίκαιο και ο θεσμός του Επιτροπικού Δικαστηρίου.

Γ.2. Εξασφάλιση παραμονής του κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού παρά τη θέληση των γονιών του, στο Νοσοκομείο ή στη Βρεφονηπιακή Μονάδα ή σε άλλο πλαίσιο όπου τοποθετήθηκε.

Η εντολή αυτή να παίρνεται γραπτά, και στην ανάγκη προφορικά από τον εισαγγελέα, το δικαστή ανηλίκων ή τον ειρηνοδίκη, όταν οι γονείς δεν συναινούν για την εισαγωγή ή την παραμονή του παιδιού στο Νοσοκομείο ή σε άλλο πλαίσιο και μετά από πρόταση της ομάδας ΚαΠα ή του διευθυντή του Τομέα του Νοσοκομείου ή του κοινωνικού λειτουργού του Κέντρου Υγείας ή του Κέντρου Ψυχικής Υγείας ή αστυνομικού οργάνου. Η εντολή αυτή να εξασφαλίζει την παραμονή του παιδιού στο Νοσοκομείο ή στα άλλα πλαίσια κλειστής περίθαλψης για διάστημα μέχρι 30 ημέρες, με δικαίωμα ανανέωσης μέχρι τρεις φορές ακόμα.

Όσον αφορά τη νοσηλεία του παιδιού στο Νοσοκομείο, στο διάστημα αυτό ολοκληρώνεται η αξιολόγηση της οικογένειας και αποφασίζεται ο τρόπος θεραπευτικής παρέμβασης και αποκατάστασης. Για τους άλλους φορείς το διάστημα αυτό κρίνεται ότι επαρκεί για ν' αναλυθεί συμβουλευτικά ή νομικά το θέμα.

Θα πρέπει να υπάρξει όμως δυνατότητα για τους γονείς, μέσα από νομικές διαδικασίες, να αμφισβητήσουν την ορθότητα μιας τέτοιας απόφασης.

Γ.3. Αναγγελία περιστατικού κακοποίησης ή παραμέλησης παιδιού και περαιτέρω νομική διαδικασία

Η αναγγελία ενός περιστατικού κακοποίησης (με την έννοια της ανακοίνωσης, της γνωστοποίησης και όχι με νομική έννοια) μπορεί να γίνει από κάθε πολίτη και φορέα, είτε κατευθείαν στην ειδική ομάδα ΚαΠα (όλων των βαθμίδων του ΕΣΥ), ή μέσω άλλου φορέα του στην συνέχεια παραπέμπει το περιστατικό στην ίδια ομάδα. Η ομάδα μελετά την περίπτωση και αποφασίζει αν πρέπει να ακολουθηθεί περαιτέρω νομική διαδικασία με γνώμονα: α) το συμφέρον του παιδιού, και β) τη μεταχείριση του υπεύθυνου.

Στην περίπτωση που αποφασιστεί η δικαστική διαδικασία με γνώμονα τους δύο παραπάνω βασικούς παράγοντες, η προστασία του παιδιού επιδιώκεται είτε με τη θεραπευτική παρέμβαση στην οικογένεια, είτε με τη ρύθμιση της επιμέλειας του προσώπου του (αφαίρεση από τον υπεύθυνο γονέα κλπ. σχετικές οι διατάξεις των άρθρων 1513 Α.Κ., όπως τώρα ισχύει και μετά την τροποποίηση με το Ν.1329/1983).

Με το νομικό καθεστώς που ισχύει, αρμόδιο είναι το Δικαστήριο (Πρωτοδικείο). Το θέμα θα αντιμετωπιστεί διαφορετικά στην περίπτωση ίδρυσης Επιτροπικού Δικαστηρίου. Σε κατεπείγουσες περιπτώσεις θα ανατίθεται προσωρινά η επιμέλεια σε κατάλληλο πρόσωπο με τη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων. Η επιμέλεια παρακολουθείται από τη διεπιστημονική ομάδα ΚαΠα (όλων των βαθμίδων του ΕΣΥ) και ενημερώνει το Δικαστή Ανηλίκων ή τον Επιτροπικό Δικαστή.

Η μεταχείριση του υπεύθυνου (γονέα ή άλλου) αντιμετωπίζεται με τις ισχύουσες διατάξεις σαν αδίκημα πλέον που τελέσθηκε εκ μέρους του (από αστικής άποψης ο γονέας εκπίπτει από τη γονική μέριμνα άρθρο 1537 Α.Κ.). Η "κακοποίηση" καλύπτεται από τη μορφή της σωματικής βλάβης (άρθρο 308 Π.Κ.), της έκθεσης (306, 308, 309, 312, 314 360, 409, 422 κλπ του Π.Κ.).

Προτείνεται οι περιπτώσεις ΚαΠα που καλύπτονται από διάφορα άρθρα του Ποινικού Κώδικα να διώκονται αυτεπάγγελτα. Στην περίπτωση του άρθρου 303 που απαιτείται έγκληση, εάν ο δράστης είναι υπόχρεος σε ιδιαίτερη επιμέλεια ή προσοχή, όπως ο γονιός, τότε "η δίωξη να χωρεί αυτεπάγγελτα".

Στο άρθρο 312 Π.Κ. προτείνεται η εξής συμπλήρωση"..... Να περιλαμβάνει και περιπτώσεις βλάβης όχι μόνο της σωματικής αλλά και της ψυχικής υγείας".

Γ.4. Παιδίατρος της ομάδας κακοποίησης - παραμέλησης

Ο παιδίατρος της ομάδας ΚαΠα (σε όλα τα επίπεδα) θα πρέπει να είναι υπεύθυνος για τη σύνταξη ιατροδικαστικής έκθεσης. Η έκθεση αυτή θα συντάσσεται για κάθε περίπτωση αλλά η ομάδα ΚαΠα θα αποφασίζει για τη δικαστική προώθησή της.

Γ.5. Αστυνομία

Ο ρόλος της αστυνομίας θα πρέπει να είναι διευκολυντικός στις περιπτώσεις κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών, να συνεργάζονται δηλαδή με διεπιστημονικές ομάδες ΚαΠα, με το Σταθμό Α' Κοινωνικών Βοηθειών και με άλλους φορείς που αντιμετωπίζουν περιπτώσεις ΚαΠα. Η αστυνομία να συμμετέχει κατά περίπτωση, σε επιστημονικές συγκεντρώσεις των διεπιστημονικών ομάδων ΚαΠα (Εγκύκλιος Διαταγή από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης προς όλες τις αστυνομικές υπηρεσίες. Ακριβής ορισμός σημείων επαφής και συνεργασίας από τους ειδικούς φορείς που ασχολούνται με το πρόβλημα της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών).

13.5. ΕΡΕΥΝΑ

Το πρόβλημα της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών διεθνώς δεν έχει επαρκώς ερευνηθεί, αν και τα περισσότερα κράτη του δυτικού κόσμου και πρόσφατα και του τρίτου κόσμου θεωρούν την αντιμετώπιση του προβλήματος σαν θέμα με άμεση πολιτική προτεραιότητα. Κάθε νέο πρόγραμμα που δημιουργείται θα πρέπει να βασίζεται σε ερευνητικά δεδομένα και αξιολόγηση προτεραιοτήτων και όχι σε σπασμωδικές κινήσεις.

Η Ελλάδα έχει μια σημαντική θέση στο χώρο της έρευνας σχετικά με τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών 0-10 ετών, ενώ δεν υπάρχουν καθόλου στοιχεία για εξίσου σημαντικές μορφές κακοποίησης όπως π.χ. τη σεξουαλική που σύμφωνα με γενικές εντυπώσεις πρέπει να είναι ευρύτερα διαδεδομένη.

Ερευνητικά αποτελέσματα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού επισημαίνουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού χώρου που πρέπει περαιτέρω να ερευνηθούν ώστε να οδηγήσουν σε προγράμματα κρατικής πολιτικής στο χώρο της κακοποίησης ανάλογα με τις εθνικές μας ιδιαιτερότητες.

Προτείνεται:

Α. Η δημιουργία ή περαιτέρω ανάπτυξη τμήματος έρευνας στα πλαίσια υπάρχοντος ερευνητικού φορέα που ήδη ασχολείται με το θέμα της κακοποίησης.

Σκοπός του τμήματος είναι:

- α. η βοήθεια στη δημιουργία και η περιοδική αξιολόγηση το εθνικού δικτύου παροχής υπηρεσιών και η ανακατανομή προτεραιοτήτων ανάλογα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού χώρου και ιδιαίτερα της κάθε γεωγραφικής περιφέρειας.
- β. Η έρευνα σε όλες τις μορφές της κακοποίησης - παραμέλησης.

- γ. Η άμεση συνεργασία με το Κεντρικό Επιτελικό Όργανο ΚαΠα (ΚΕΣΥ) για ότι αφορά τις υπηρεσίες, την εκπαίδευση ειδικών, την ενημέρωση κοινού.
- δ. Η πειραματική εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής στο χώρο της κακοποίησης των παιδιών και της παιδική προστασίας με επίκεντρο την κοινότητα.
- ε. Η περιορισμένη παροχή υπηρεσιών που σχετίζεται άμεσα με ερευνητικά προγράμματα.
- στ. Η έρευνα στον ευρύτερο χώρο της παιδικής προστασίας που καλύπτει το πρόβλημα κακοποίησης / παραμέλησης (ανάδοχες οικογένειες, ανοικτή και κλειστή περίθαλψη, υιοθεσία κ.ά.)
- ζ. Η οργάνωση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων και άλλων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων για ειδικούς και κοινό.

Το προσωπικό του ερευνητικού τμήματος "κακοποίησης" να αποτελείται από :

1. Παιδίατρο (ειδικότητα στην έρευνα ή στην κοινωνική παιδιατρική).
 2. Ψυχίατρο - Παιδοψυχίατρο
 3. Ψυχολόγο (κλινική ειδικότητα και ερευνητική πείρα).
 4. 1 Κοινωνικό λειτουργό - ψυχολόγο (με ειδικότητα τη συμβουλευτική και ερευνητική εμπειρία).
 5. 3-4 κοινωνικούς λειτουργούς (με ψυχιατρική εμπειρία).
 6. Επισκέπτρια υγείας.
 7. Γραμματέα - δακτυλογράφο.
- B. Ενίσχυση της ιατροκοινωνικής έρευνας στα πλαίσια των Κέντρων Υγείας με ιδιαιτερότητα στο χώρο της οικολογίας της ελληνικής οικογένειας και των συνθηκών ζωής.

- Γ. Η ενίσχυση προγραμμάτων της βιοϊατρικής έρευνας (άρθρο 23 του ΕΣΥ) στο χώρο της ψυχικής υγείας, της κοινωνιολογίας της ελληνικής οικογένειας, της κοινωνικής πρόνοιας.
- Δ. Η παρότρυνση εκπόνησης διδακτορικών διατριβών σε θέματα κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών από τις διάφορες σχετικές με το θέμα επιστήμες.

13.6. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η πραγματοποίηση των στόχων ενός εθνικού συστήματος πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών σχετίζεται άμεσα αφενός μεν με την οργάνωση και δομή των κατάλληλων υπηρεσιών, αφετέρου δε με την ποιότητα της εκπαίδευσης που παρέχεται στους επιστήμονες που την ασκούν.

Η εκπαίδευση αφορά: Α) την εκπαίδευση των ειδικών, και Β) την εκπαίδευση - ενημέρωση του κοινού.

Α) Η εκπαίδευση των ειδικών (γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νομικοί, αστυνομία, δάσκαλοι, κ.ά.) περιλαμβάνει:

- 1) την ειδική εκπαίδευση στο θέμα της κακοποίησης - παραμέλησης. Ως προς την εκπαίδευση επιστημόνων στον ειδικό χώρο της κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών προτείνονται τα εξής:
 - α) Οργάνωση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, Δικαιοσύνης, Παιδείας και Υφυπουργείο Νέας Γενιάς για κοινωνικούς λειτουργούς, αδελφές νοσοκόμες, επισκέπτριες υγείας, επιμελητές ανηλίκων, δασκάλους, νηπιαγωγούς βρεφοκόμους κ.ά.
 - β) Απαραίτητη προϋπόθεση για κάλυψη θέσης στο εθνικό σύστημα υπηρεσιών προτείνεται για την αντιμετώπιση του προβλήματος κακοποίησης των παιδιών (ΕΣΥ, Παιδική Προστασία, Νομικές

Υπηρεσίες) είναι η συμπλήρωση 48 μετεκπαιδευτικών ωρών σε σεμινάρια για την κακοποίηση των παιδιών. Οι 48 αυτές ώρες καλύπτουν τρία μετεκπαιδευτικά Σαββατοκύριακα ή 7 πλήρεις ημέρες. Οι τομείς που πρέπει να καλυφθούν είναι: σωματική κακοποίηση- παραμέληση, σεξουαλική κακοποίηση, ψυχολογική βία σε σχέση με τους τομείς της πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης.

- 2) Τη γενικότερη επιμόρφωση σε θέματα ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών και κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού. Είναι επιτακτική ανάγκη η ιατρική εκπαίδευση και περιλαμβάνει τομείς ψυχικής υγείας και ψυχολογικής ανάπτυξης, όχι μόνο για την ευαισθητοποίηση, αλλά και το κυριότερο, για την αντιμετώπιση του "Ασθενούς" και όχι της "αρρώστιας". Ιδιαίτερα η εκπαίδευση των παιδιάτρων αλλά και των άλλων ειδικοτήτων που ασχολούνται με το παιδί (παιδοχειρουργική, ορθοπεδική παιδών, ΩΡΛ παιδιών κ.ά.), θα πρέπει να μελετήσει πολύ περισσότερο το φυσιολογικό παιδί, τις ανάγκες του και τη σωματική και ψυχοκινητική του ανάπτυξη, πριν προχωρήσει στη νοσολογία των ειδικότερων θεμάτων.

Η εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής προστασίας πρέπει να περιληφθεί και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες όπως αστυνομία, εκπαιδευτικοί, δικαστικό σώμα, σωφρονιστικοί υπάλληλοι.

- B) Η ενημέρωση του ευρέως κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας της παιδικής και της ενήλικης ζωής, προληπτικής ιατρικής, κοινωνικής προστασίας, είναι εξίσου επιτακτική. Μπορεί να υλοποιηθεί μέσα από προγράμματα των μέσων μαζικής ενημέρωσης (Εφημερίδες, ραδιόφωνο, τηλεόραση) και με ειδικότερα επιμορφωτικά προγράμματα σε μικρότερη κλίμακα (νομαρχιακό επίπεδο, τοπική αυτοδιοίκηση, χώροι εργασίας - εργοστάσια κ.ά.). Ιδιαίτερα πρέπει να τονιστεί η μεγάλη εκπαιδευτική και ενημερωτική ευχέρεια που προσφέρει η τηλεόραση.

13.7. ΠΡΟΛΗΨΗ

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

Η πρόληψη συνδέεται άμεσα με την αιτιολογική θεώρηση του φαινομένου της κακοποίησης. Εφόσον δηλαδή θεωρούμε ότι το πρόβλημα είναι αποτέλεσμα δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και ανισοτήτων και ατομικής και οικογενειακής παθολογίας που ενεργούν ξεχωριστά αλλά και αλληλένδετα, η πρωτογενής πρόληψη θα αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Φυσικό περιβάλλον-κατοικία-εργασία-κοινωνική προστασία-εκπαίδευση). Υπεύθυνοι για την πρωτογενή πρόληψη θα πρέπει να είναι: οικονομολόγοι, κοινωνιολόγοι, πολεοδόμοι, εκπαιδευτικοί, πολιτικοί και πολλοί άλλοι.

Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει: Α) Μέτρα για την υποστήριξη της μητρότητας, Β) Μέτρα για την υποστήριξη της οικογένειας, Γ) Μέτρα για τη βελτίωση της παιδικής προστασίας, Δ) Ειδικά προληπτικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών. Τα μέτρα αυτά παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω:

A. Μέτρα για την υποστήριξη της μητρότητας

A.1. Ανάπτυξη επαρκούς αριθμού βρεφονηπιακών σταθμών και βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών σε 24ωρη λειτουργία για κάλυψη μητέρων που εργάζονται με βάρδιες.

A.2. Ανάπτυξη θεσμού επαγγελματιών "οικογενειακών βοηθών" (HOMEMAKER SERVICE) για βοήθεια της οικογένειας σε στιγμές δυσκολίας (αρρώστια, θάνατος, φυλάκιση, κοινωνικό πρόβλημα). Οι "οικογενειακοί βοηθοί" πληρώνονται από τις περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, έχουν ασφάλιση και εργάζονται

σε ημερήσια βάση, ή σε ανάγκη, εσωτερικοί για μικρό χρονικό διάστημα.

- A.3. Ανάπτυξη συμβουλευτικών υπηρεσιών στις μαιευτικές μονάδες (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός).
- A.4. Παροχές διευκολύνσεων στην εργαζόμενη μητέρα για την αντιμετώπιση έκτακτων οικογενειακών καταστάσεων (π.χ. ασθένεια παιδιού).
- A.5. Ελεύθερα επισκεπτήρια για τους γονείς στα τμήματα προώρων και στις μονάδες εντατικής νοσηλείας νεογνών. Σκοπός, η διευκόλυνση του δεσμού γονιών, ιδιαίτερα της μητέρας με το βρέφος της.
- A.6. Γενικότερη μελέτη συνθηκών λειτουργίας των μαιευτηρίων και βελτίωσή τους με σκοπό την καλύτερη αλληλεπίδραση μητέρας - παιδιού.
- A.7. Ελαστικά ωράρια και δυνατότητα μερικής απασχόλησης για τις μητέρες.

B. Μέτρα για την υποστήριξη της οικογένειας

- B.1. Εκπαίδευση και προετοιμασία των νέων και των δύο φύλων για την οικογενειακή ζωή και το γονικό ρόλο. Ευθύνη του σχολείου και των μέσων μαζικής ενημέρωσης.
- B.2. Γενικότερη ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής εξέλιξης του παιδιού.
- B.3. Γενικά υποστηρικτικά προγράμματα για τους γονείς στο χώρο της δουλειάς, του σχολείου της γειτονιάς.
- B.4. Αναδιοργάνωση των συμβουλευτικών κέντρων του ΠΙΚΠΑ. Εμπλουτισμός τους με προγράμματα οικογενειακής συμβουλευτικής.
- B.5. Αύξηση του ποσού των οικογενειακών επιδοτήσεων, νέα κριτήρια για επιδοτήσεις, διεύρυνση προγραμμάτων.
- B.6. Ανάπτυξη στο χώρο της προσχολικής εκπαίδευσης.
- B.8. Ανάπτυξη συνεργασίας οικογένειας - σχολείου.
- B.9. Ανάπτυξη του οικογενειακού προγραμματισμού.

- Γ. Μέτρα για τη βελτίωση της παιδικής προστασίας
- Γ.1. Αναμόρφωση και ανάπτυξη του θεσμού των αναδοχών οικογενειών.
- Γ.2. Αναμόρφωση και βελτίωση της κλειστής περίθαλψης.
- α. Φοίτηση παιδιών ιδρυμάτων σε σχολεία της κοινότητας.
- β. Κατασκηνωτική εμπειρία παιδιών ιδρυμάτων.
- γ. Ένταξη ιδρυμάτων στην τοπική αυτοδιοίκηση για άμεση συνεργασία με την κοινότητα.
- δ. Βελτίωση κριτηρίων επιλογής και εκπαίδευσης προσωπικού ιδρυμάτων.
- Γ.3. Οικονομική ενίσχυση των δήμων για προνοιακά προγράμματα.
- Γ.4. Τα συμβουλευτικά κέντρα να περιλαμβάνουν προγράμματα κοινωνικής παρέμβασης.
- Δ. Ειδικά προληπτικά μέτρα στο χώρο της κακοποίησης - παραμέλησης παιδιών.
- Δ.1. Συνεργασία της "Πανελληνίας Εταιρείας για την Πρόληψη της Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών" με το Επιτελικό Όργανο ΚαΠα (ΚΕΣΥ).
- Δ.2. Καθιέρωση προγράμματος παρακολούθησης όλων των παιδιών αμέσως μετά τη γέννηση και ως 2 ετών και των οικογενειών τους από επισκέπτρια υγείας με σκοπό την εντόπιση οικογενειών με αυξημένο κίνδυνο για κακοποίηση - παραμέληση των παιδιών τους ή άλλου είδους διαταραχές της οικογενειακής ζωής που μπορεί, αν δεν προληφθούν, να οδηγήσουν σε κακοποίηση.
- Δ.3. Εντόπιση κυήσεων "Αυξημένου κινδύνου" κατά τη διάρκεια της ιατρικής παρακολούθησης και εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων.
- Δ.4. Ενίσχυση της έρευνας στο χώρο της οικολογίας της ελληνικής οικογένειας, ιδιαίτερα δε στο χώρο της ενδοοικογενειακής βίας, με την ιδιαίτερη έκφρασή της προς τα παιδιά.

- Δ.5. Νέα κριτήρια για τη γονική καταλληλότητα με στόχο το συμφέρον του παιδιού.
- Δ.6. Ενεργοποιημένες και τολμηρές νομικές υπηρεσίες σε κάθε πλαίσιο παιδικής προστασίας ή ειδικό πλαίσιο για αντιμετώπιση κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών και την οικογένειά τους.
- Δ.7. Όλοι που ασχολούνται με υπηρεσίες και προγράμματα για παιδιά (περιλαμβανομένων και των δικαστών ανηλίκων), μέσα στην εκπαίδευσή τους να επισκέπτονται ιδρύματα παιδικής προστασίας.
- Δ.8. Όλοι που ασχολούνται με παιδική προστασία να εκπαιδεύουν σχετικά με τα δικαιώματα των παιδιών.

13.8. ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΑΜΕΣΕΣ ΛΥΣΕΙΣ

Αναγνωρίζεται, ότι ένα εντελώς νέο σύστημα δεν μπορεί παρά να έχει σταδιακή ανάπτυξη και εφαρμογή. Συγχρόνως όμως είναι επιτακτική η ανάγκη για άμεσες λύσεις γιατί τώρα ξέρουμε ότι παιδιά πεθαίνουν ή μένουν με μόνιμες νευρολογικές βλάβες και σωματικής αναπηρίες, αποτέλεσμα της κακομεταχείρισης των γονιών τους.

Το μεταβατικό στάδιο είναι η δυσκολότερη φάση δραστηριοτήτων στην αντιμετώπιση του προβλήματος, και αυτό γιατί πρέπει να επιτευχθούν ουσιαστικά αποτελέσματα, ενώ δεν υπάρχει η υποδομή που εξασφαλίσει την επιτυχία της προσπάθειας. Οι υπάρχουσες δομές στη σημερινή ιατρική περίθαλψη, παιδική προστασία και νομοθεσία, είναι δύσκολο να σπάσουν και προφανώς δεν είναι μόνο θέμα καλού σχεδιασμού αλλά και σωστής και ιεραρχημένης εφαρμογής των νέων θεσμών.

Για το μεταβατικό στάδιο μέχρι εφαρμογής του ΕΣΥ προτείνονται τα εξής:

- A. ΕΣΥ και Παιδική Προστασία

- A.1. Δημιουργία του Κεντρικού Επιτελικού Οργάνου για την Πρόληψη και την αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών.
- A.2. Ενίσχυση και περαιτέρω ανάπτυξη ερευνητικού τμήματος ΚαΠα στα πλαίσια υπάρχοντος ερευνητικού φορέα.
- A.3. Οργάνωση μετεκπαιδευτικών σεμιναρίων για ειδικούς.
- A.4. Δημιουργία άλλων δύο βρεφονηπιακών μονάδων ΚαΠα, ανά μία στη Θεσσαλονίκη και στον Πειραιά σύμφωνα με την εμπειρία της πρώτης Πρότυπης Βρεφονηπιακής Μονάδας ΚαΠα που δημιούργησε πρόσφατα ο ΕΟΠ σε συνεργασία με το Ι.Υ.Π.
- A.5. Δημιουργία βρεφικών τμημάτων στους κρατικούς παιδικούς σταθμούς.
- A.6. Δημιουργία τριών πρότυπων θεραπευτικών νηπιαγωγείων για κακοποιημένα παιδιά ή / και παιδιά με διαταραχές συμπεριφοράς και ψυχολογικά προβλήματα.
- A.7. Δημιουργία Πανελλήνιας Εταιρείας για την Πρόληψη της Κακοποίησης- Παραμέλησης Παιδιών.
- A.8. Αξιολόγηση παιδιών ιδρυμάτων παιδική προστασίας. Σε κάθε φορέα που ασχολείται με την παιδική προστασία (ΠΙΚΠΑ, ΕΟΠ, κ.ά.) και που διαθέτει νομικό σύμβουλο ή νομική υπηρεσία, να συσταθεί επιτροπή για την αξιολόγηση κάθε περίπτωσης με σκοπό: α) σε περιπτώσεις ακατάλληλων γονιών, την αναπλήρωση της γονικής μέριμνας και την υιοθεσία, β) την πιθανή επιστροφή στην οικογένεια, γ) την τοποθέτηση σε ανάδοχη οικογένεια, δ) την παραμονή στο ίδρυμα. Συγχρόνως, ειδική επιτροπή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με νομικό σύμβουλο να αναλάβει την πρωτοβουλία αυτή για παιδιά που βρίσκονται σε πλαίσια που δε διαθέτουν νομικούς συμβούλους.
- B. Νομοθεσία
- B.1. Εξασφάλιση παραμονής του κακοποιημένου και παραμελημένου παιδιού στο Νοσοκομείο ή στη βρεφονηπιακή μονάδα ΚαΠα ή σε άλλο

πλαίσιο όπου τοποθετήθηκε το παιδί παρά τη θέληση των γονιών του (PLACE OF SAFETY ORDER).

- B.2. Μέχρι τη δημιουργία του Επιτροπικού Δικαστηρίου, να είναι απαραίτητη η κοινωνική έρευνα (από κοινωνικό λειτουργό) για την εκδίκαση περιπτώσεων κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών στο δικαστήριο (ποινικές και αστικές), κατά το πρότυπο της υιοθεσίας.
- B.3. Να δοθεί εντολή από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στις υπηρεσίες του, για διευκόλυνση του έργου κοινωνικών λειτουργών σε θέματα οικογένειας και παιδιών και συνεργασία αστυνομίας με στελέχη που ασχολούνται με αυτά τα θέματα.
- B.4. Μέλος της Ομάδας Εργασίας ΚαΠα να συμμετέχει στη νομοπαρασκευαστική Επιτροπή του Επιτροπικού Δικαστηρίου.