

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ - ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ
ΑΝΗΛΙΚΩΝ: ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ
‘ΑΓΙΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ’ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κύργιου Αικατερίνη

(Α.Μ. 2456)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Θεμελή Όλγα

Ρέθυμνο, Μάιος 2013

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη εκπονήθηκε από την φοιτήτρια Κύργιου Αικατερίνη του Τμήματος Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Στην κυρία Θεμελή οφείλω τις θερμές μου ευχαριστίες για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε από την πρώτη στιγμή που ανέλαβα την εκπόνηση της εργασίας αυτής,την καθοδήγηση,καθώς και την υποστήριξή της καθ'όλη την διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στους υπεύθυνους του Δημοτικού Βρεφοκομείου Θεσσαλονίκης “Ο Άγιος Στυλιανός”,για την προθυμία τους ,από την πρώτη στιγμή ,να με βοηθήσουν στο έργο μου. Η συνεργασία μας ήταν άριστη,η μετάδοση πληροφοριών και γνώσεων ,καθώς και η εμπιστοσύνη όλων προς το πρόσωπό μου ήταν αμέριστη. Το κλίμα που επικρατούσε κατά τη διάρκεια της συνεργασίας μας ήταν άψογο και χωρίς την βοήθειά τους η ολοκλήρωση αυτής της μελέτης θα ήταν αδύνατη.

Τέλος,ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένειά μου,για την συνεχή συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν όλον αυτόν τον καιρό.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
1.1. ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	9
2.1. ΣΥΧΝΟΤΕΡΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	20
2.1.1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ – ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ.....	20
2.1.2. ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ.....	23
2.1.3. ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ.....	24
2.1.4. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	26
2.1.4.1. ΦΤΩΧΕΙΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΞΑΘΛΙΩΣΗ.....	26
2.1.4.2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ –ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ / ΔΡΑΣΤΩΝ.....	27
2.1.4.3. ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ.....	29
2.1.4.4. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ.....	30
3.1. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	31
3.1.2. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	33
3.1.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ (ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ).....	35
3.1.4. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	38

ΜΕΡΟΣ Β – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

4.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	48
4.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	48
4.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	48-49
4.4. ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	49
4.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	50
4.6. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ.....	62
5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	70

ΜΕΡΟΣ Α - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λέξεις –κλειδιά: ανήλικος, παραμέληση, κακοποίηση, μορφές κακοποίησης, σχέσεις γονέων, παιδική προσκόλληση, παρέμβαση, πρόληψη, θεραπεία

Με τον όρο «κακοποίηση – παραμέληση παιδιών» περιγράφεται ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες, άτομα με σχέση φροντίδας ως προς το παιδί, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, ακόμα και το θάνατο (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998). Μάλιστα, ως υπεύθυνα άτομα για τη φροντίδα του παιδιού δεν λογίζονται μόνο οι γονείς, αλλά και οι συγγενείς, οι δάσκαλοι, το εκπαιδευτικό προσωπικό ή το προσωπικό ιδρυμάτων όπου φιλοξενείται το παιδί (Theoklitou, Kabitsis & Kabitsi, 2012). Θεωρείται, λοιπόν, στην περίπτωση της κακοποίησης και παραμέλησης, ότι τα άτομα αυτά προκαλούν *επικινδυνότητα* στο παιδί με τις ενεργητικές ή τις παθητικές ενέργειές τους, σε τέτοιο βαθμό ώστε να εμποδίζεται ή να κινδυνεύει η ομαλή σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική του εξέλιξη και να δυσχεραίνεται η προσαρμογή του στο κοινωνικό σύνολο (Καστανίδου - Συμεωνίδου, 2007). Η αναφορά σε «ενεργητικές ή παθητικές ενέργειες» των ενηλίκων που δύνανται να προκαλέσουν στα παιδιά παιδική κακοποίηση, υπονοεί ότι οι ενήλικες με τις πράξεις ή τις παραλήψεις τους επιτρέπουν την κακοποίηση των παιδιών για τα οποία είναι υπεύθυνοι. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, η κακοποίηση αυτή, σε κάθε περίπτωση, δεν είναι τυχαία αλλά διαπράττεται με *συνειδητή αμέλεια* (Theoklitou, Kabitsis & Kabitsi, 2012). Ωστόσο, δεν υπάρχει η απαίτηση μια πρόκληση βλάβης προς ένα παιδί να είναι εμπρόθετη και συνειδητή για να χαρακτηριστεί ως «παιδική κακοποίηση» (Rao & Lux, 2013).

Η παιδική κακοποίηση (child maltreatment) περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς – τα τελευταία χρόνια το trafficking ως φαινόμενο έχει προστεθεί στα περιστατικά παιδικής κακοποίησης στη διεθνή βιβλιογραφία – η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του

παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2006). Οι συχνότερες *μορφές της παιδικής κακοποίησης* εκφράζονται με *σωματική κακοποίηση*, η οποία περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις που δεν οφείλονται σε ατυχήματα, *ψυχολογική κακοποίηση* μέσα από πράξεις και συμπεριφορές που εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση ή υποτίμηση αλλά και *συναισθηματική κακοποίηση* εκφρασμένη με διαφορετικές μορφές συναισθηματικής απροσφορότητας, απροθυμίας, δηλαδή, του ενήλικα που είναι υπεύθυνος για το παιδί να του προσφέρει την οποιαδήποτε μορφή συναισθηματικής ανταπόδοσης και υποστήριξης. Ακόμα, η *σεξουαλική κακοποίηση*, ως μια ξεχωριστή μορφή κακοποίησης ανηλίκου, υφίσταται εφόσον το παιδί ή ο έφηβος αφήνεται να συμμετέχει ή να εκτίθεται σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα (Deegener, 2001). Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της μεταχείρισης είναι ότι το παιδί ή ο έφηβος, ως ανήλικος, βρίσκεται σε σχέση εξάρτησης με τον ενήλικα που το εκμεταλλεύεται και, ως εκ τούτου, δεν υπάρχει συνειδητή επιλογή ή συναίνεση του παιδιού για τη συμμετοχή του στις πράξεις αυτές, οι οποίες συχνά έχουν και *αιμομικτικό χαρακτήρα (αιμομιξία)*, διαπράττονται, δηλαδή, από το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού σε περιπτώσεις που τα όρια των οικογενειακών ρόλων δεν ακολουθούν τις κοινωνικές συμβάσεις αλλά είναι διαστρεβλωμένα επιτρέποντας τις πράξεις *σεξουαλικής εκμετάλλευσης* του ανηλίκου.

Από την άλλη πλευρά, η έννοια της «*παραμέλησης*» χρησιμοποιείται ως ξεχωριστή κατηγορία για να περιγράψει ένα φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση αλλά και η σχολική φοίτηση του παιδιού είναι ανεπαρκείς ή ακατάλληλες σε βαθμό σοβαρό που θέτει σε κίνδυνο την υγεία και την ανάπτυξή του. Οι πράξεις αυτές δεν σημειώνονται περιστασιακά αλλά συνηθέστερα είναι μακροχρόνιες και πολλές φορές κορυφώνονται με την πλήρη εγκατάλειψη του ανηλίκου (Agathonos – Georgorouli, 1997) ενώ, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η παραμέληση ανηλίκων μαζί με τη σωματική κακοποίηση αποτελούν διεθνώς τις δύο συχνότερα εμφανιζόμενες μορφές κακοποίησης (Swenson & Saldana, 2007).

Οι *συνέπειες* του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης διαταράσσουν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο έχοντας διάρκεια και μεγάλη επίδραση στη μετέπειτα ζωή του παιδιού. Τα άτομα που έχουν υποστεί περιστατικά μακρόχρονης

κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, παρουσιάζουν ως ενήλικες δυσκολίες σε διάφορες σημαντικές πτυχές της ζωής τους, έντονα προβλήματα στις προσωπικές τους σχέσεις, τάσεις προς κατάχρηση, χρήση ουσιών ή αλκοόλ, διάφορες αγχώδεις διαταραχές, προβλήματα προσαρμοστικότητας και κατάθλιψη (Cicchetti & Carlson, 1989). Εξίσου θλιβερές είναι και οι διαπιστώσεις των κοινωνικών ερευνητών για περιστατικά κακοποίησης πάνω σε παιδιά από γονείς που οι ίδιοι υπέστησαν κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία. Παρατηρείται, επομένως, το φαινόμενο της επανάληψης της βίας και της κακομεταχείρισης από τα ίδια τα θύματα τα οποία αυτή τη φορά αναλαμβάνουν το ρόλο του θύτη.

Η παιδική κακοποίηση, ως φαινόμενο, δυστυχώς ευρύτατα εξαπλωμένο, είναι συνυφασμένη με την εξέλιξη της ανθρώπινης ιστορίας και παρατηρείται σε όλες τις φάσεις και τους πολιτισμούς της ανθρωπότητας. Στην εποχή μας, υπό την επίδραση της ανεργίας, της οξύτατης οικονομικής κρίσης στις περισσότερες χώρες και της αποσταθεροποίησης του κοινωνικού ιστού, τα περιστατικά εξελίσσονται ραγδαία και η ευαισθητοποίηση πάνω στο ζήτημα είναι μεγαλύτερη οδηγώντας σε μία φιλοσοφία μετακίνησης από το *σύνδρομο της παιδικής κακοποίησης* προς την *αναγνώριση των ανθρώπινων δικαιωμάτων των παιδιών* και των εφήβων που δεν έχουν ακόμα ενηλικιωθεί (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998). Ο δρόμος αυτός άνοιξε με την υπογραφή, το 1989, της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών από τα περισσότερα κράτη του κόσμου και τη μετέπειτα επικύρωσή της, η οποία και δημιούργησε ένα ισχυρό και διεθνές δίκτυο προστασίας όχι μόνο για τα κακοποιημένα παιδιά αλλά και για όλα τα παιδιά του κόσμου, όπως και για την παιδική ηλικία αυτή καθ'εαυτή. Συνεπεία των παραπάνω δράσεων, η δεκαετία του 1990 δικαίως θα μπορούσε να αποκαλείται *«δεκαετία για τα Δικαιώματα του Παιδιού»*, δηλαδή για την πρωτογενή πρόληψη.

Ακολούθως αυτής της νέας τάσης, σημειώνεται και σημαντική μετατόπιση ως προς τη θεώρηση των αιτιών της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Από τη μονομερή εστίαση στην ψυχοπαθολογία του γονέα ως κυρίαρχη αιτία πρόκλησης της παιδικής κακοποίησης, η οποία και ίσχυε για δεκαετίες, αλλά και από την ανεξήγητη τάση *«ενοχοποίησης του θύματος»*, η οποία επέτρεπε στον παρατηρητή να δικαιολογεί τη θυματοποίηση και ασυνείδητα να *«παραποιεί»* την πραγματικότητα ώστε να βρίσκει στο παιδί μειονεκτήματα -συμπεριφορικά ή χαρακτηριστικά-, τα οποία και

θα «δικαιολογούσαν» την κακομεταχείρησή του (Lips, 1998, Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998), οι σύγχρονες κοινωνίες διεθνώς αναγνωρίζουν σήμερα ότι το πρόβλημα της παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης είναι σύνθετο και προκύπτει ως το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται όχι μόνο με τους γονείς αλλά και με τις δυσλειτουργίες της οικογένειας, σύνθετους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει το παιδί. Τα ευρήματα τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες υποστηρίζουν ανάλογες τοποθετήσεις καθώς δείχνουν ότι οι γονείς είναι άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες για φροντίδα και στήριξη τόσο από κοινωνικούς φορείς, όσο και από ειδικούς ψυχικής υγείας (Finkelhor & Korbin, 1988).

Έτσι, η σημασία των εξωοικογενειακών παραγόντων αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια ενώ και οι οικονομικές αντιξοότητες (π.χ. ανεργία, στέρηση υλικών αγαθών) αλλά και οι περιορισμένες παροχές και πηγές στήριξης (έλλειψη παιδικών σταθμών, κλπ.) φαίνονται να αυξάνουν σημαντικά το στρες και να μειώνουν την αντοχή των γονέων στις αναμενόμενες πιέσεις από το παιδί και την ανατροφή του. Ακόμα, οι στάσεις της ευρύτερης κοινωνίας και της τοπικής κοινότητας μπορεί να λειτουργήσουν διευκολυντικά στην εκδήλωση της κακοποίησης με πολλές τοπικές κοινωνίες να εμφανίζονται ανεκτικές έως και υπερβολικά ανεκτικές απέναντι στη σωματική τιμωρία των παιδιών αλλά και να μην αποφασίζουν να παρέμβουν στα εσωτερικά της οικογένειας ώστε να βοηθήσουν τα παιδιά (Korbin, 1981).

Συνεπεία αυτών των διαπιστώσεων οι *κοινωνικές δράσεις* είναι έντονες και συχνά ιδιαίτερος αποτελεσματικές. Νομικοί φορείς προχωρούν σε αντίστοιχους ορισμούς και αποσαφηνίσεις του φαινομένου και κυβερνητικές οργανώσεις ορίζονται για την προστασία και απομάκρυνση των κακοποιημένων παιδιών από τις εστίες κινδύνου. Παράλληλα, χιλιάδες ερευνητικές μελέτες προσφέρονται πάνω στο θέμα και δεν λείπουν οι καλές πρακτικές αντιμετώπισης σε πολλές ευρωπαϊκές και άλλες χώρες, οι οποίες τις περισσότερες φορές είναι συνυφασμένες με τη συμβουλευτική των γονέων και την αλλαγή των συνθηκών διαβίωσης των παιδιών για την αποκατάσταση ενός κλίματος ασφάλειας και τη δημιουργία νέων γονεϊκών ρόλων (Τσιάντης, 2000).

Στις μέρες μας, και με τη συμβολή των εξειδικευμένων επιστημόνων, όπως είναι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι παιδίατροι, υπάρχουν οι τρόποι καταγραφής και εντοπισμού των γονεϊκών εκείνων ομάδων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εντός μίας κοινωνίας για την εκδήλωση ανεπαρκών σχέσεων με τα παιδιά. Για το λόγο αυτό, προτείνεται έντονα από την ερευνητική κοινότητα η υποστήριξη αυτών των γονέων, ήδη, από την περίοδο της εγκυμοσύνης και η συνέχεια της υποστήριξης αυτής κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά τη γέννηση του παιδιού, το οποίο κρίνεται και ως ιδιαίτερα κρίσιμο για την εκδήλωση περιστατικών βρεφικής κακοποίησης (Barlow, 2012).

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να εστιάσει στο φαινόμενο παρουσιάζοντας αναλυτικά όλες τις προαναφερθείσες διαστάσεις του. Η μελέτη διαχωρίζεται σε ένα πρώτο, θεωρητικό μέρος και, ακολούθως, σε ένα δεύτερο, εμπειρικό, με τα στοιχεία της πραγματοποιούμενης έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους θα αναλυθεί ο όρος της παιδικής κακοποίησης και οι συναφείς προς αυτόν έννοιες όπως είναι η παραμέληση, η εκμετάλλευση ανηλίκων και οι διαπιστωμένες μορφές έκθεσής τους σε κίνδυνο για την ομαλή τους ανάπτυξη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα προσεγγιστούν οι πιθανότεροι αιτιολογικοί παράγοντες για την εκδήλωση του φαινομένου με έμφαση στις ενδοοικογενειακές σχέσεις και τις σχέσεις των γονέων, τη χρήση ουσιών και αλκοόλ αλλά και συναφείς παράγοντες που σύμφωνα με τις διεθνείς κοινωνικές έρευνες παρουσιάζουν υψηλό δείκτη συνάφειας με την εκδήλωση περιστατικών παιδικής κακοποίησης όπως είναι η φτώχεια, η μικρή ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού, η αστική διαβίωση (MacMillan et al., 2013), όπως, επίσης, και οι μονογονεϊκές οικογένειες αλλά και η ανεργία των γονέων με έμφαση στις περιπτώσεις ανεργίας του πατέρα μέσα στην οικογένεια, αλλά και η κακοποίηση των ίδιων των δραστών όταν με τη σειρά τους ήταν παιδιά (Gillham, Tanner, Cheyne, 1998).

Το τρίτο κεφάλαιο της μελέτης θα εστιάσει στις συνθήκες πρόληψης και θεραπείας της παιδικής κακοποίησης αναλύοντας τη *σημασία της πρώιμης παρέμβασης* για τις προληπτικές δράσεις, της εκπαίδευσης των παιδιών μέσα από ενδοσχολικά προγράμματα αλλά και της θεραπευτικής εργασίας με τους γονείς για την αλλαγή του οικογενειακού πλαισίου (Τσιάντης, 2000, Mersky et al., 2011). Το κεφάλαιο θα

ολοκληρωθεί με την βιβλιογραφική *επισκόπηση καλών πρακτικών* που εφαρμόζονται σε άλλες χώρες, οι οποίες και θα ληφθούν υπόψη κατά τη συζήτηση των εμπειρικών δεδομένων της παρούσας μελέτης και τη διατύπωση συμπερασμάτων με τη μορφή προτάσεων για εφαρμογή στη χώρα μας.

Στο δεύτερο και εμπειρικό μέρος, παρουσιάζεται η έρευνα, στην οποία αναλύονται σε ποσοστά επί της % ποιοτικές μεταβλητές. Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσουμε το είδος της κακοποίησης που υφίστανται τα παιδιά, ποιος ήταν ο δράστης καθώς επίσης και την κατάσταση (ψυχική, ψυχολογική και οικονομική) των γονέων. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύονται σε ποσοστά επί της % και στο τέλος γίνονται 3 υποθέσεις για να εξετάσουμε την σχέση 2 ή περισσότερων μεταβλητών, καθώς επίσης και την εξάρτηση που έχουν μεταξύ τους.

1.1. ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ο όρος «*κακοποίηση*» ενσωματώνει το σύνολο των ενεργητικών ή παθητικών δράσεων που ασκούνται από έναν ενήλικα πάνω σε ένα παιδί, το οποίο βρίσκεται υπό την επίσημη φροντίδα του. Κατά γενική παραδοχή, οι πράξεις αυτές θέτουν σε κίνδυνο την συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού όπως, επίσης, και την κοινωνική του προσαρμογή (Theoklitou, Kabitsis & Kabitsi, 2012). Εκατόν πενήντα χρόνια μετά τις πρώτες, σοκαριστικές για τις κοινωνίες, περιγραφές του Γάλλου ερευνητή Labbe για συνήθεις σωματικές βλάβες που πιθανόν συσχετίζονται με περιστατικά κακοποίησης παιδιών από ενήλικες έχουν ήδη περάσει, ωστόσο, η μελέτη της παιδικής κακοποίησης παραμένει μία πρόκληση για τους κοινωνικούς ερευνητές, κυρίως επειδή διαχρονικά η ιδέα της συστηματικής ή σποραδικής κακοποίησης παιδιών εντός της οικογενειακής τους εστίας έχει αντιμετωπιστεί με δισταγμό και αρκετή δυσπιστία (Rao & Lux, 2012). Εντυπωσιακές πρώτες έρευνες επί του θέματος δημοσιεύτηκαν το 1946, με τις περιγραφές του Αμερικανού ερευνητή Caffey για ρωγμές οστών και αιματώματα σε βρέφη (Caffey, 1946) ενώ το 1962 ο επίσης Αμερικανός παιδίατρος Henry Kempe και οι συνεργάτες του, στο Denver του Colorado, πρωτοαναφέρθηκαν στο «*Σύνδρομο του Χτυπημένου Παιδιού*» με τον αρχικό αγγλικό όρο «*Battered-child syndrome*» (Kempe et al., 1962) για να περιγράψουν ένα ιδιότυπο σύνδρομο που συνδύαζε χαρακτηριστικές κακώσεις, συνήθως σε διάφορα στάδια επούλωσης, ειδική συμπεριφορά των γονέων ή αυτών

που είχαν την αποκλειστική φροντίδα των παιδιών και ειδικές κοινωνικές συνθήκες (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998). Παρόλα αυτά, πενήντα χρόνια έπειτα από τις αρχικές περιγραφές του Kempe και των συνεργατών του, η φύση, τα αίτια, η συχνότητα αλλά και οι επιπτώσεις της παιδικής κακοποίησης παραμένουν αντικρουόμενα (Rao & Lux, 2012).

Συνοπτικά, μπορούν να διακριθούν τέσσερις κυρίαρχες κατηγορίες κακοποίησης (Child Welfare Information Gateway, 1997):

(α) σωματική κακοποίηση, η οποία οριοθετείται από την εμπρόθετη και όχι τυχαία πρόκληση φυσικής βλάβης. Μελανιές, γρατζουνιές, εγκαύματα, σπασμένα οστά, επαναλαμβανόμενα «πεσίματα», αλλά επίσης και σκληρή μεταχείριση η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει σωματική βλάβη, είναι τα συχνότερα αποτελέσματα της σωματικής κακοποίησης. Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική τιμωρία, δυνατά χτυπήματα του παιδιού με το χέρι ή αντικείμενα, δαγκώματα, στραγγαλισμό με αποτέλεσμα εκδορές, παραμόρφωση, απώλεια οργάνων ακόμα και θάνατο. Τα σημάδια στο παιδί είναι θλάσεις και μελανιές σε ασυνήθιστα σημεία αλλά και μώλωπες σε διαφορετικές φάσεις ίασης (www.mentoras.org). Κλωτσιές, απότομα αρπάγματα και τραβήγματα, δαγκώματα αλλά και χρήση μαχαιριού ή άλλου όπλου πάνω στο παιδί ή απειλή για χρήση μαχαιριού ή χρήση όπλου στο παιδί αναφέρονται, επίσης, μεταξύ των καταγραφόμενων περιστατικών της σωματικής κακοποίησης στις Η.Π.Α. και στη Μεγάλη Βρετανία (Rao & Lux, 2012). Διαστρέμματα, κοψίματα, εξαρθρώσεις, δηλητηριάσεις, κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη π.χ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, εσωτερικές κακώσεις ή κάψιμο από τσιγάρο αναφέρονται ακόμα μεταξύ των συνηθέστερων συμπτωμάτων σωματικής κακοποίησης (Αγάθωνος - Γεωργοπούλου, 1998).

Το παιδί που έχει υποστεί σωματική κακοποίηση συχνά αποφεύγει την επαφή με τους άλλους ή φοράει ασυνήθιστα μακριά ρούχα για να κρύβει τα σημάδια στο σώμα του. Στις περιπτώσεις που κάποιος παρατηρήσει τα σημάδια αυτά, το παιδί δίνει ασυνήθιστες δικαιολογίες, δείχνει να φοβάται τους γονείς του ενώ δεν είναι λίγες και οι περιπτώσεις που καθυστερεί την επιστροφή του ή δείχνει ότι δεν θέλει να γυρίσει στο σπίτι από το σχολείο. Το σωματικά κακοποιημένο παιδί συνήθως δεν υπερασπίζεται τον εαυτό του, παραπονιέται ότι πονάει όταν το αγγίζουν ή όταν κινείται. Οι γονείς τείνουν να αλλάζουν συχνά τον γιατρό που παρακολουθεί το παιδί

ακριβώς για να μην αποκαλυφθεί εύκολα η περίπτωση της σωματικής κακοποίησής του (Πρεκατέ, 2008).

(β) σεξουαλική κακοποίηση/παραβίαση - Αιμομιξία, η οποία οριοθετείται ως μια μορφή κακοποίησης που αναφέρεται σε αθελούσια συμμετοχή ενός παιδιού σε σεξουαλική πράξη. Η σεξουαλική κακοποίηση αποσκοπεί είτε στη σωματική διέγερση ή ικανοποίηση του ενήλικα είτε στο οικονομικό κέρδος του ατόμου που διαπράττει την πράξη αυτή. Κατ'άλλους ορισμούς η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως κάθε πράξη –ολοκληρωμένη ή επιχειρούμενη– σεξουαλικής επαφής ή μη σεξουαλικής επαφής που περιλαμβάνει σεξουαλική διάδραση με ένα παιδί από τον κηδεμόνα του (Gilbert et al., 2009). Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικιότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998). Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και τα όρια των οικογενειακών ρόλων. Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία. Η παιδική πορνογραφία και η πορνεία αποτελούν τις εμπορευματικές πλευρές αυτού του ζητήματος, οι οποίες και αναφέρονται με τον όρο «σεξουαλική εκμετάλλευση» (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου, 1998).

Έρευνες σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι τουλάχιστον 7% των γυναικών και 3% των ανδρών έχουν υποστεί κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία (Γιωτάκος, 2004). Η εκτίμηση για τα ποσοστά του φαινομένου στις Η.Π.Α και στη Μεγάλη Βρετανία δίνουν ένα ποσοστό 15-30% για τα κορίτσια και ένα 5-15% για τα αγόρια ενώ άλλες αναλύσεις διεθνών μελετών υπολογίζουν ότι ο κίνδυνος για σεξουαλική κακοποίηση φτάνει το 25.3% για τα κορίτσια και το 8.7% για τα αγόρια, ποσοστά ιδιαίτερος ανησυχητικά (Rao & Lux, 2012). Στο φυλλάδιο Daphnee, του αντίστοιχου προγράμματος για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση της σεξουαλικής κακοποίησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αναφέρεται ότι σε 14 Ευρωπαϊκές χώρες οι αναλογίες είναι της τάξης του 9 έως 33% για τα κορίτσια και από 3 έως 15% για τα αγόρια με την Τσεχία να αγγίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης

ανδρών και γυναικών από όλες τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Στο ίδιο φυλλάδιο αναφέρεται ότι η σεξουαλική κακοποίηση και η σεξουαλική εκμετάλλευση λειτουργούν με τρόπους πολύ διαφορετικούς και εμπεριέχουν διαφορετικά κίνητρα, τρόπους λειτουργίας και προφίλ. Η κατανόηση των διαφορών αυτών, ωστόσο, έχει, όπως επισημαίνεται, βασική σημασία για την ανάληψη δράσης και την πρόληψη της κακοποίησης και της εκμετάλλευσης (darne booklet_1_el.pdf). Ωστόσο, η κατανόηση αυτή δεν διευκολύνεται από τα στατιστικά στοιχεία καθώς αυτά αφορούν μόνο υποθέσεις που καταγγέλλονται ενώ, όπως είναι γνωστό, πολύ περισσότερες υποθέσεις σεξουαλικής κακοποίησης και αιμομιξίας παραμένουν στο σκοτάδι. Ακόμα, δεν καθορίζεται η φύση των σεξουαλικών εγκλημάτων που διαπράττονται, ούτε τα άτομα που τα διαπράττουν. Τέλος, δεν αναλύονται οι πληροφορίες αναφορικά με το θύμα, την ηλικία του, την ηλικία της σεξουαλικής ωριμότητας που ορίζει ο νόμος ή και άλλα σημαντικά προσωπικά χαρακτηριστικά του παιδιού όπως είναι η ύπαρξη αναπηρίας ή η εθνοτική του καταγωγή. Από το 1996, οι κυβερνήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν κάνει μεγάλα άλματα όσον αφορά στην επισκόπηση των περιπτώσεων αυτών αλλά και στην αναθεώρηση της εθνικής τους νομοθεσίας, ώστε να παρέχεται στα παιδιά καλύτερη προστασία από τη σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση και οι νομικές μεταρρυθμίσεις λαμβάνουν όλο και περισσότερο υπόψη τη φύση του δράστη και τη σχέση ανάμεσα στο δράστη και στο παιδί.

Οι συνήθεις εκδηλώσεις των παιδιών που είναι θύματα σεξουαλικής κακοποίησης είναι μάλλον έμμεσες παρά άμεσες. Τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά τείνουν να σιωπούν, γιατί οι δράστες ίσως έχουν απειλήσει ότι θα τα βλάψουν ή έχουν κατηγορήσει τα ίδια πως προκάλεσαν με ευθύνη τους την κακοποίησή τους. Άλλες πάλι φορές, τα παιδιά φοβούνται ότι θα διαλυθεί η οικογένεια ενώ συχνότατα δεν γνωρίζουν ότι έχουν δικαίωμα να αρνηθούν τη συμμετοχή τους σε τέτοιες ενέργειες, να αντισταθούν ή να μιλήσουν. Οι άμεσες ενδείξεις για ανάλογα περιστατικά -πέρα από τις προαναφερόμενες σωματικές ενδείξεις που μπορεί να συνυπάρχουν- περιλαμβάνουν πόνο στη στοματική ή γεννητική περιοχή, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αλλά και εγκυμοσύνη, την οποία συχνά ένα κορίτσι προσπαθεί να κρύψει παίρνοντας βάρος. Συχνή κούραση και διάφορα τικ, τραύλισμα ή παλινδρόμηση σε συμπεριφορές μικρότερης ηλικίας όπως πιπίλισμα του δαχτύλου, νυχτερινή ενοούρηση κλπ. μπορεί να είναι κάποιοι ακόμα δείκτες. Ακόμα, αναφέρονται απρόσμενες, ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση, φόβος ή φοβία για συγκεκριμένα άτομα ή τοποθεσίες,

απομάκρυνση από γονείς και φίλους και φόβος εξόδου από το σπίτι ή από το δωμάτιο (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2006).

Οι εκπαιδευτικοί ή οι ενήλικες που βρίσκονται κοντά στο παιδί, μπορεί να υποψιαστούν την ύπαρξη σεξουαλικής κακοποίησης καθώς το παιδί δείχνει ανεξήγητη για την ηλικία του γνώση σεξουαλικών θεμάτων, η οποία και εκδηλώνεται μέσα από ακατάλληλη σεξουαλική δραστηριότητα με παιχνίδια, κούκλες, αντικείμενα και κατοχή νέων ενήλικων λέξεων για μέρη του σώματος ή σεξουαλικές δραστηριότητες προς μικρότερα παιδιά. Παράλληλα, δεν είναι σπάνια η καταφυγή σε ζωγραφιές που επιδεικνύουν σεξουαλική επιθετικότητα, σεξουαλικές πράξεις. Ένα παιδί που έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση συχνά ντρέπεται για το σώμα του και δε θέλει να ξεντύνεται ή να αλλάζει ρούχα μπροστά σε άλλους. Αγγίζει ενήλικους, το σώμα του ή άλλα παιδιά με επίμονο και ακατάλληλο τρόπο ενώ δε θέλει να συμμετέχει σε εκδρομές, γυμναστική, παιχνίδι ή ομαδικές δραστηριότητες με άλλα παιδιά. Οι έφηβοι εμφανίζουν συχνά κατάχρηση ουσιών, αυτό-τραυματισμό ή αποπειρώνται να φύγουν από το σπίτι. Άλλες φορές πάλι, μπορεί να εμφανίζουν σημαντική «προσκόλληση» προς έναν άγνωστο ενήλικα «φίλο» τους και αρκετά ακριβά δώρα, πολύτιμα αντικείμενα κλπ. τα οποία εκείνος τους έχει χαρίσει (Πρεκατέ, 2008).

(γ) συναισθηματική κακοποίηση (ή ψυχολογική κακοποίηση), η οποία οριοθετείται ως η πρόκληση ψυχολογικών ελλειμμάτων και ανεπαρκειών στην ανάπτυξη ενός παιδιού ως αποτέλεσμα ειρωνικής συμπεριφοράς, σκληρής κριτικής ή υποτίμησης της προσωπικότητας του παιδιού. Βρισιές, κοροϊδίες, πειράγματα και παράλογες, υπερβολικές απαιτήσεις είναι επιθέσεις στην αξία του παιδιού και στην υγιή του ανάπτυξη. Η απουσία στοργής κι επαίνου, η ψυχρότητα, η αδιαφορία για το παιδί, η επίμονη προτίμηση για κάποιο άλλο αδερφό, κακοποιούν, επίσης, ως πράξεις ένα παιδί συναισθηματικά (Theoklitou, Kabitsis & Kabitsi, 2012). Η συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση οδηγεί τα παιδιά να πιστεύουν ότι είναι άχρηστα, μειονεκτικά, ότι οι άλλοι δεν τα χρειάζονται, δεν τα αγαπούν και δεν τα θέλουν. Τα παιδιά αισθάνονται επίσης ότι βρίσκονται σε κίνδυνο και ότι η μοναδική τους αξία είναι να ικανοποιούν τις ανάγκες των άλλων (Gilbert et al., 2009). Τα προσμετρημένα ποσοστά επικινδυνότητας για σοβαρή συναισθηματική κακοποίηση, μόνο στις Η.Π.Α και στη Μεγάλη Βρετανία, φτάνουν σήμερα το 4-9%, ενώ για ηπιότερες μορφές

ψυχολογικής κακοποίησης, όπως το να αναφέρεται σε ένα παιδί από τους γονείς ή τους κηδεμόνες του ότι είναι ανεπιθύμητο, το ποσοστό υπολογίζεται να αγγίζει το 10.3% (Rao & Lux, 2012).

Τα παιδιά που υφίστανται συναισθηματική κακοποίηση μπορούν να παρουσιάσουν κατάθλιψη, επιθετικότητα, διαταραχές στον ύπνο και στη λήψη τροφής, φοβίες, καθυστερήσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη, υπερβολική ντροπαλότητα, απομόνωση και αυτοκαταστροφικές τάσεις. Η σχετική έρευνα υποστηρίζει ότι οι γονείς έχουν και εκείνοι κακοποιηθεί ως παιδιά και επιτίθενται στο παιδί για να ανακουφιστούν από το μίσος που νιώθουν οι ίδιοι μέσα τους. Συχνά, δεν έχουν επίγνωση της ζημιάς και του πόνου που προκαλείται στο παιδί, το οποίο, μεγαλώνοντας θα φερθεί αντίστοιχα ως γονιός, διαιωρίζοντας έτσι τον **κύκλο της κακοποίησης** (Bartlett & Easterbrooks, 2012, Γιωτάκος & Τσιλιάκου, 2008).

(δ) **παραμέληση**, η οποία χαρακτηρίζεται ως έλλειψη της πρέπουσας προσοχής και φροντίδας από πλευράς των ατόμων που περιστοιχίζουν το παιδί και ως μη παροχή προς το παιδί των απαραίτητων εκείνων και αναγκαίων πρώτων ειδών που χρειάζεται για την επιβίωσή του. Στις περιπτώσεις αυτές τα παιδιά παρουσιάζουν σημαντικό έλλειμμα προσοχής, αγάπης και φροντίδας (Child Welfare Information Gateway, 1997). Σύμφωνα με τον Gilbert και τους συνεργάτες του (2009), η παραμέληση ορίζεται ως αποτυχία να ικανοποιηθούν οι βασικές σωματικές, συναισθηματικές, ιατρικές και εκπαιδευτικές ανάγκες ενός παιδιού, αποτυχία των ενηλίκων που είναι υπεύθυνοι για το παιδί να του παρέχουν ικανοποιητική διατροφή, υγιεινή ή στέγη. Με άλλα λόγια, αποτυχία να εγγυηθούν την συνολική ασφάλεια του παιδιού για το οποίο είναι υπεύθυνοι. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας του Παιδιού (1998), ένα παιδί θεωρείται παραμελημένο «*εάν αφηθεί χωρίς φροντίδα για μακρά χρονικά διαστήματα ή εάν εγκαταλειφθεί*» (Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού, σ.7). Η συστηματική κακή σίτιση, η κακή υγιεινή, η ακατάλληλη ένδυση, η εγκατάλειψη, η στέρηση τροφής, η ασταθής σχολική φοίτηση ή εγκατάλειψη του σχολείου, η παράταση της παραμονής στο σχολείο χωρίς συγκεκριμένο λόγο, η συνεχής κόπωση, απάθεια ή ο ύπνος μέσα στην τάξη, οι αναφορές του παιδιού ότι δεν υπάρχει κανείς για να το φροντίζει, όπως και η χρήση οινόπνευματων ή τοξικών ουσιών από το παιδί συγκαταλέγονται στις συνηθέστερες μορφές παιδικής παραμέλησης (Ray & Lux, 2012).

Στα πλαίσια της παραμέλησης αυτής εντάσσεται και η ανεπάρκεια της αύξησης ή δυστροφία μη οργανικής αιτιολογίας, η οποία, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της περιγράφεται αμέσως πιο κάτω μαζί με **ορισμένες ακόμα κατηγορίες παιδικής κακοποίησης**, όπως αυτές αναφέρονται από το ελληνικό Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

(ε) ανεπάρκεια αύξησης/δυστροφία μη-οργανικής αιτιολογίας

Με τον όρο «σύνδρομο δυστροφίας μη-οργανικής αιτιολογίας» περιγράφεται η νοσολογική οντότητα σύμφωνα με την οποία το βάρος σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του όρια, δηλαδή σε τιμές κάτω από την 3^η εκατοστιαία θέση, χωρίς να υπάρχει κάποια οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998).

(στ) Σύνδρομο Μυγκάουζεν δι' αντιπροσώπου

Το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων – στην πλειοψηφία μητέρων-που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, υπερνατριαιμία, σπασμούς, εμέτους ή/και προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (π.χ. αίματος, ούρων) ώστε να απομιμηθούν ή να προκαλέσουν μια γνωστή διαταραχή ή να δημιουργήσουν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς.

(ζ) Μη τυχαία δηλητηρίαση

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

(η) Σύνδρομο του αμέτοχου θεατή

Εξαιρετικά ενδιαφέροντα είναι, ακόμα, σύμφωνα με τους ερευνητές, άλλη μία μορφή που προστίθεται σε αυτές της παιδικής κακοποίησης, η οποία αναφέρεται στις περιπτώσεις όπου εμφανίζονται περιστατικά απειλητικής συμπεριφοράς, βίας ή

εκμετάλλευσης (ψυχολογικής, σωματικής, σεξουαλικής, οικονομικής ή συναισθηματικής) *ανάμεσα σε ενήλικες*, οι οποίοι είναι, ή έχουν υπάρξει, σε στενή σχέση ή μέλη της ίδιας οικογένειας, ανεξάρτητα από το φύλο τους ή τη σεξουαλική τους προτίμηση (intimate-partner violence) (Gilbert et al., 2009 in Rao & Lux, 2012). Έτσι, ως «σύνδρομο του αμέτοχου θεατή» ορίζεται η έκθεση του παιδιού για μακρύ χρονικό διάστημα σε διάφορες μορφές ενδοοικογενειακής βίας χωρίς το ίδιο να υφίσταται σωματικές κακώσεις. Η βία μεταξύ των συζύγων (1:4 ζευγάρια στη Μ. Βρετανία) είναι η χαρακτηριστικότερη μορφή ενώ άλλες μορφές είναι η κακοποίηση –σωματική, σεξουαλική- άλλου αδελφού μέσα στην οικογένεια ή βία εναντίον του παππού ή της γιαγιάς. Τέλος, η λεκτική βία (βρισιές, απειλές) είναι από τις πιο χαρακτηριστικές μορφές του συνδρόμου του αμέτοχου θεατή (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998).

(ι) παιδική εργασία

Η παιδική εργασία, έκθεση των παιδιών στους δρόμους για εκμετάλλευση και εμπορευματοποίησή τους με σκοπό τη συγκέντρωση χρημάτων –το γνωστό και ως trafficking- έχει ενταχθεί τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια στις μορφές παιδικής παραμέλησης, κακομεταχείρισης αλλά και οικονομικής και σεξουαλικής εκμετάλλευσης. Στο φαινόμενο αυτό συμπεριλαμβάνεται σύμφωνα με τη UNICEF, και η σωματεμπορία που αφορά στη στρατολόγηση, διακίνηση και εμπορία ανθρώπων, κυρίως γυναικών και παιδιών, σε διεθνές επίπεδο (www.stop-trafficking.org/index.htm). Εννοείται ότι μια ολιγόωρη ημερήσια ή εβδομαδιαία εργασία ενός παιδιού άνω των 15 ετών, η οποία δεν αναστέλλει τις εκπαιδευτικές και λοιπές του δραστηριότητες και δεν επηρεάζει τα δικαιώματά του για ασφαλή διαβίωση, υγεία, διατροφή, εκπαίδευση, ψυχαγωγία και ανάπαυση δεν νοείται ως μορφή παιδικής εργασίας και, άρα, κακοποίηση.

Άλλες αναφερόμενες μορφές παιδικής κακοποίησης σχετίζονται με **τελετουργικές και σατανιστικές κακοποιήσεις**, δηλαδή, περιπτώσεις συστηματικής σωματικής, σεξουαλικής ή και ψυχολογικής κακοποίησης παιδιών από ενήλικες ως μέρος μιας κλειστής αιρετικής ομάδας ή ομάδας σατανιστικής λατρείας. Ακόμα, αναφορές γίνονται σε **κακοποίηση και παραμέληση παιδιών από το σύστημα και τους θεσμούς**, εννοώντας πράξεις και παραλήψεις ατόμων ή επικίνδυνες και ακατάλληλες πολιτικές ή εφαρμογές διαδικασιών και πρακτικών στα πλαίσια συστημάτων ή

θεσμών, οι οποίες δύνανται να υπονομεύουν συστηματικά την ανάπτυξη, την ασφάλεια αλλά και το γενικότερο συμφέρον των παιδιών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998). Η ανεπάρκεια και ακαταλληλότητα των υπηρεσιών, η μετάδοση των ευθυνών από τον ένα φορέα στον άλλο, η έλλειψη πληροφόρησης, οι πολύπλοκες προϋποθέσεις του τίθενται για εισαγωγή στο σύστημα προστασίας και άλλα προβλήματα της γραφειοκρατικής οργάνωσης οδηγούν, τελικά, σε μία δευτερογενή θυματοποίηση των παιδιών, δημιουργώντας στρατιές παιδιών που παραμένουν πρακτικά «αθέατα», δηλαδή, μη επισήμως αναγνωρισμένα από το σύστημα (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998). Στις περιπτώσεις αυτές προστίθεται ακόμα μία παράμετρος, αυτή της **διαδικτυακής κακοποίησης**, η οποία και εξαπλώνεται διαρκώς αναφερόμενη πρωτίστως σε μια κυβερνοτρομοκρατία με θύματα και θύτες κυρίως μαθητές και άσκηση νέων μορφών λεκτικής και ψυχολογικής βίας (Γ. Παπανικολάου, www.europarl.gr/meps-2009.html).

Τα γενικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της συμπεριφοράς των παραμελημένων ή κακοποιημένων παιδιών, ανεξάρτητα από τα επιμέρους γνωρίσματα που μπορεί να υπάρχουν ανάλογα με τη μορφή της κακοποίησης που υφίστανται, συνήθως είναι: η δυσκολία των παιδιών να επενδύσουν στις σχέσεις με ενήλικες, η υπερευαισθησία που δείχνουν όταν άλλα παιδιά κλαίνε, η προσκόλληση σε άγνωστα άτομα, το «παγωμένο» βλέμμα, η εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση, η υπερβολική υπακοή, παθητικότητα και απόσυρση, το έκδηλο άγχος, οι σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομηλίκους ή ενήλικες, η καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία αλλά και η παλινδρομημένη συμπεριφορά (ενούριση, εγκόπριση κ.λπ). Να αναφερθεί, ακόμα, ότι μία ή περισσότερες μορφές κακοποίησης – παραμέλησης, αν και διαφορετικές, είναι δυνατόν να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια.

Συμπερασματικά, θα υποστηρίζαμε ότι η παιδική κακοποίηση στις μέρες μας, αναγνωρίζεται διεθνώς ως ένα σημαντικότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας (public health problem) ενώ η έκθεση ενός παιδιού σε κακοποίηση είναι συνυφασμένη με *σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ανεπάρκεια* (MacMillan et al., 2013, Rao & Lux, 2012). Η *Συνθήκη για τα Δικαιώματα των Παιδιών* (1989) και οι αλλαγές που αυτή επέφερε, οδήγησαν κατά τη δεκαετία του 1990, την Οργάνωση των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) να αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό τον αυξητικό αριθμό ανάθεσης παιδιών σε κέντρα φροντίδας. Έτσι, το 2009, αποφασίζεται ότι βρέφη και παιδιά

κάτω της ηλικίας των τριών ετών, ανεξαρτήτως αν έχουν ειδικές ανάγκες ή όχι, δεν θα πρέπει να τοποθετούνται στη φροντίδα ιδρυμάτων χωρίς να υπάρχει παράλληλα ένα φυσικό πρόσωπο, γονέας ή κηδεμόνας ορισμένος από το νόμο ως υπεύθυνος για αυτά (Hamilton-Giachritsis & Browne, 2012). Παράλληλα, το φορτίο ευθύνης για τη συντήρηση ενός ανάδοχου συστήματος κρατικής φροντίδας υψηλής ποιότητας για τα παιδιά αυτά έγινε ορατό και τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά απολάμβαναν καλύτερο επίπεδο διαβίωσης όταν οι γονείς ή οι κηδεμόνες τους συμπεριλαμβάνονταν στις ενέργειες διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης των παιδιών τους που είχαν εισαχθεί σε ιδρύματα (Robertson, 2006).

Σήμερα, στις Η.Π.Α., περίπου τέσσερα ανά χίλια παιδιά (4/1.000) ετησίως, υπολογίζονται ότι βρίσκονται ανάμεσα στα θύματα σωματικής κακοποίησης ενώ οι κοινωνικοί ερευνητές επισημαίνουν ότι τα πραγματικά ποσοστά πρέπει να φτάνουν έως και δέκα φορές παραπάνω από τα επίσημα αποτελέσματα καθώς πολλά θύματα παιδικής κακοποίησης είτε δεν αναγνωρίζονται είτε δεν αναφέρονται στις επίσημες αρχές και στην αστυνομία (Gwirtzman Lane et al., 2012). Μάλιστα, οι περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης συσχετίζονται σημαντικά με τα αυξητικά ποσοστά παιδικής θνησιμότητας σε ηλικίες *κάτω των πέντε ετών* ενώ περισσότερα από τα μισά από τα περιστατικά παιδικής θνησιμότητας αποδίδονται σε αιτίες παιδικής κακοποίησης και οι συνέπειες για σοβαρές μελλοντικές νευρολογικές αλλά και γνωστικές διαταραχές καταγράφονται ως σοβαρές ακόμα και για τα παιδιά που επιβιώνουν από εγκεφαλικά τραύματα που οφείλονται σε κακοποίηση στα πρώτα χρόνια της ζωής τους (Klevens & Leeb, 2010).

Τα παιδιά με ειδικές ανάγκες και διάφορες μορφές αναπηρίας όπως εγκεφαλική παράλυση, δυσμορφίες, νοητική καθυστέρηση, τύφλωση, κώφωση, επιληψία και ψυχιατρικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα ευάλωτα για κακοποίηση και οι έρευνες διεθνώς δείχνουν ότι κακοποιούνται σε συχνότητα τρεις έως και τέσσερις φορές μεγαλύτερη από ό,τι τα παιδιά του γενικού πληθυσμού (Algood et al., 2011). Αλλά και αντίστροφα, παιδιά που έχουν ερευνηθεί για παιδική κακοποίηση παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να παρακολουθήσουν κάποιο τμήμα ειδικής αγωγής κατά τη σχολική ηλικία ενώ βρίσκονται σε αυξημένο βαθμό επικινδυνότητας για εμφάνιση μακροπρόθεσμων αναπτυξιακών και ακαδημαϊκών προβλημάτων (Scarborough & McCrea, 2010). Ακόμα, χρόνιες ασθένειες όπως άσθμα ή επιληψία,

των οποίων τα συμπτώματα είναι παροξυσμικά, δεν αποκλείεται να επιφέρουν περιστατικά παιδικής κακοποίησης ενώ μελέτες του αντίστοιχου ιατρικού ιστορικού διαφορετικών παιδιών συνδέουν την αυξανόμενη εμφάνιση περιστατικών παιδικής κακοποίησης με περιπτώσεις όπου τα παιδιά έχουν γενικά όχι καλή υγεία αλλά και αναπτυξιακά προβλήματα (Rao & Lux, 2012). Παρόμοιες μελέτες καταδεικνύουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης παιδικής κακοποίησης σε παιδιά που έχουν ιστορικό δυσκολιών στην ανάπτυξη του λόγου ή κάποια άλλη αναπτυξιακή καθυστέρηση, αυτισμό, εγκεφαλοπάθεια ή άλλα συμπεριφορικά καθώς και ψυχολογικά προβλήματα (Centers for Disease Control, 2010). Παρά τις διαπιστώσεις αυτές, οι διάφορες επιδημιολογικές μελέτες για την παιδική κακοποίηση σε όλο τον κόσμο δεν φάνηκαν να συνδέουν αυτήν σε βαθμό σημαντικό με άλλου είδους παιδικά προβλήματα, όπως είναι οι διατροφικές δυσκολίες, το επίμονο κλάμα και οι αλλαγές της διάθεσης στο παιδί, γεγονός που πιθανόν υποδεικνύει ότι οι *ερμηνείες των γονέων για τη συμπεριφορά του παιδιού* είναι μάλλον περισσότερο σημαντικές ως δείκτες πρόβλεψης μελλοντικής παιδικής κακοποίησης παρά οι ίδιες οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το παιδί και, επομένως, *σημαντική δουλειά χρειάζεται να γίνει όσον αφορά στην ανίχνευση, στην αναγνώριση και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης σε ατομικό, οικογενειακό και πληθυσμιακό, κοινωνικό επίπεδο* (Ray & Lux, 462, 463).

Σημαντικό ερευνητικό έλλειμμα παρουσιάζεται όσον αφορά στην κοινοτική απογραφή σχετικά με την εξάπλωση του προβλήματος στις διάφορες κοινωνίες αλλά και τις κυρίαρχες αιτίες που το προκαλούν. Η *επιδημιολογία* της παιδικής κακοποίησης καθίσταται πολύ δύσκολο να «χαρτογραφηθεί», μολονότι πρόκειται για ένα σημαντικά παγκόσμιο πρόβλημα με συνέπειες για την φυσική και πνευματική υγεία του πληθυσμού των χωρών αλλά και κοινωνικές, όπως και επαγγελματικές επιπτώσεις που επιφέρουν βαρύ οικονομικό και κοινωνικό φορτίο στα περισσότερα κράτη. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι για τις Η.Π.Α., μόνο για το έτος 2007, το κόστος για την οικονομία της χώρας λόγω περιστατικών παιδικής κακοποίησης ξεπέρασε τα εκατό δισεκατομμύρια δολάρια ενώ, σε χώρες μεσαίας και χαμηλής οικονομικής ανάπτυξης, οι μελέτες σχετικά με την παιδική κακοποίηση είναι ακόμα περισσότερο περιορισμένες και, συνεπώς, το οικονομικό αλλά και κοινωνικό κόστος είναι πολύ πιο δύσκολο να καθοριστεί (Rao & Lux, 2012).

Επιπρόσθετες δυσκολίες παρουσιάζονται κατά την επιδημιολογική μελέτη του φαινομένου όταν πρόκειται να εξεταστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των ερευνητικών εργαλείων συλλογής δεδομένων διότι οι απευθείας ερωτήσεις (ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις) σε άτομα που έχουν υποστεί κακοποίηση κάθε είδους και, ιδιαίτερα η συλλογή δεδομένων από παιδιά και εφήβους που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, συνοδεύεται από πολύπλοκες μεθοδολογικές, νομικές αλλά και ηθικές δυσκολίες (Rao & Lux, 2012, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2006).

Ειδικότερα για την Ελλάδα, η εκτίμηση της πραγματικής συχνότητας στο γενικό πληθυσμό των παιδιών 0-18 ετών δεν είναι εύκολα εφικτή είτε λόγω έλλειψης ενός διεθνούς λειτουργικού ορισμού που να επιτρέπει τις συγκρίσεις με άλλες χώρες, είτε λόγω έλλειψης ενός εθνικού συστήματος αναφοράς σε άλλες χώρες, είτε λόγω αποτυχίας αναφοράς της περίπτωσης στην κατάλληλη υπηρεσία αλλά και αποτυχίας του ίδιου του συστήματος να καταγράψει την περίπτωση ως «κακοποίηση» και προτιμώντας ηπιώτερους διαγνωστικούς χαρακτηρισμούς όπως «κοινωνικό πρόβλημα», «διαλυμένη οικογένεια» κ.α. ώστε να μην προκληθούν περαιτέρω συνέπειες για την οικογένεια, νομικές εμπλοκές, ανακρίσεις, εισαγγελικές παρεμβάσεις ή ακόμα και αντιστάσεις της ίδιας της κοινότητας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

2.1. ΣΥΧΝΟΤΕΡΟΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.1.1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΓΟΝΕΩΝ – ΜΟΝΟΓΟΝΕΪΚΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Η ενδοοικογενειακή βία κατά των παιδιών αποτελεί μια από τις λιγότερο ορατές μορφές παιδικής κακοποίησης επειδή ακριβώς το μεγαλύτερο μέρος της λαμβάνει χώρα μέσα στο σπίτι. Ωστόσο, κυριαρχεί σε όλες τις κοινωνίες. Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί μέρος της διαπροσωπικής βίας (interpersonal violence) μαζί με τη βία μεταξύ των συντρόφων αλλά και τη βία εναντίον ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μαζί με την οικογένεια. Οι μορφές ενδοοικογενειακής βίας συνήθως συμβαίνουν παράλληλα και όχι μεμονωμένα. Αυτό σημαίνει ότι η παιδική κακοποίηση συχνά συνυπάρχει με τη συντροφική βία (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2006). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης σε 37 κρατούμενους των Φυλακών Τρίπολης που είχαν καταδικαστεί με την κατηγορία της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιού, 32% αυτών

αναφέρουν ότι οι γονείς τους χτυπούσαν ο ένας τον άλλον, με ένα 57% να αναφέρει τον πατέρα ως τον πιο «δυναμικό» ενώ κατά τη μελέτη του τρόπου της γονεϊκής ανατροφής τους, οι περισσότεροι δράστες αναφέρονται και σε περιστατικά κακοποίησης τους –άλλοτε σωματικής και άλλοτε σεξουαλικής- από τους γονείς τους και ιδίως από τη μητέρα (Γιωτάκος, 2004).

Τα παιδιά τραυματίζονται απλώς και μόνο βλέποντας τον ένα γονέα να κακοποιείται από τον άλλον με επιπτώσεις εξίσου σοβαρές όσο και αν είχε κακοποιηθεί το ίδιο το παιδί. Αυτό συμβαίνει διότι τα παιδιά τείνουν να πιστεύουν ότι η βία είναι δικό τους φταίξιμο και ότι αν δεν είχαν γεννηθεί πιθανόν τα πράγματα να ήταν καλύτερα. Άγχος, υπερδιέγερση, κρίσεις πανικού, διαταραχή μετα-τραυματικού στρες, αδυναμία συγκέντρωσης, απώλεια προσοχής, πτώση της σχολικής επίδοσης, διαταραχές συμπεριφοράς και παραβατικότητα είναι τα κυριότερα από τα συμπτώματα που αναφέρονται στις περιπτώσεις βίωσης ενδοοικογενειακής βίας από τα παιδιά. Επιπλέον, τα παιδικά συναισθήματα απέναντι στο γονιό-δράστη είναι συνήθως ανάμεικτα, δηλαδή συνυπάρχει η αμφιθυμία για το γονεϊκό πρόσωπο, η αγάπη αλλά και το μίσος γιατί δεν είναι λίγες οι φορές που ο γονέας-θύμα χρησιμοποιεί λανθασμένα το παιδί ως πρόσωπο εκμυστήρευσης του πόνου του και αναζητεί σε αυτό στήριγμα για παροχή συντροφιάς και παρηγοριάς (www.mentoras.org)

Η ύπαρξη και άλλων παιδιών στην οικογένεια κατά την έλευση του παιδιού είναι ένας παράγοντας που, όπου υψηλότερο κίνδυνο αναφοράς για παιδική κακοποίηση εμφάνισαν οι οικογένειες στις οποίες κατά τη γέννηση του παιδιού υπήρχαν ήδη και άλλα παιδιά (Harden συσχετίζεται με τα αυξημένα ποσοστά παιδικής κακοποίησης. Όπως φαίνεται σε έρευνες και στο εξωτερικό & Klein, 2011). Στις οικογένειες, επίσης, όπου η σωματική τιμωρία χρησιμοποιείται εκτεταμένα σαν ένας τρόπος πειθάρχησης του παιδιού, παρατηρείται πάντα υψηλότερος κίνδυνος εμφάνισης και μελλοντικών περιστατικών παιδικής κακοποίησης (Gershoff, 2002).

Ακόμα, οι μονογονεϊκές οικογένειες είναι, επίσης, από τη φύση τους ευάλωτες και χρειάζονται συστηματική παρακολούθηση για την αποφυγή περιπτώσεων εκδήλωσης παιδικής κακοποίησης. Οι σύγχρονες διεθνείς μελέτες σχετικά με τα παιδιά που βρίσκονται στη φροντίδα της πολιτείας λόγω παραμέλησης ή παιδικής κακοποίησης δείχνουν στην πλειοψηφία τους ότι τα δύο τρίτα των παιδιών που βρίσκονται σε

ιδρύματα υπηρεσιών πρόνοιας προέρχονται από οικογένειες στις οποίες ζούσαν με τις ανύπαντρες βιολογικές τους μητέρες (Wells & Marcenko, 2011). Υποτιμάται, επίσης, σοβαρά η περίπτωση των μητέρων που όντας οι ίδιες θύματα ενδοοικογενειακής βίας –συνήθως από το σύζυγο/σύντροφο- κακοποιούν με τη σειρά τους και για διαφορετικούς λόγους τα παιδιά τους (Peled, 2011).

Η απομόνωση της οικογένειας, ο κοινωνικός της αποκλεισμός αλλά και η βίωση βίας από τους ίδιους τους γονείς-θύτες κατά την παιδική τους ηλικία αποτελούν παράγοντες που έχουν αποδειχθεί ότι είναι το υπόβαθρο διαφορετικών μορφών βίας και της παιδικής κακοποίησης. Ειδικότερα, η σωματική κακοποίηση των μητέρων κατά τη δική τους παιδική ηλικία σε συνδυασμό με τη γέννηση του παιδιού τους σε πολύ πρώιμη ηλικία (εφηβεία) έχει βρεθεί να φέρει υψηλό δείκτη συνάφειας με περιστατικά παραμέλησης των παιδιών αυτών. Οι έφηβες μητέρες βρίσκονται σε σοβαρό κίνδυνο επανάληψης ενός κύκλου κακομεταχείρισης που οδηγεί στην παραμέληση του παιδιού σε αντίθεση με περιστατικά μητέρων που ενώ βρέθηκαν στην ίδια κατάσταση στα παιδικά τους χρόνια, ωστόσο, δέχθηκαν έγκαιρα θετική φροντίδα νωρίτερα (Bartlett & Easterbrooks, 2012, Γιωτάκος & Τσιλιάκου, 2008).

Τα πορίσματα αυτά έρχονται να επιβεβαιώσουν και προηγούμενες έρευνες που τονίζουν την πολύ νεαρή ηλικία και των δύο γονιών (έφηβοι γονείς) να αποτελεί μεγαλύτερο παράγοντα επικινδυνότητας αυξάνοντας τις πιθανότητες εγκατάλειψης των παιδιών τους σε σχέση με γονείς που τεκνοποιούν σε μεγαλύτερη/ωριμότερη ηλικία (Dixon et al., 2005). Οι ίδιοι οι ερευνητές αναφέρονται στο φαινόμενο της «*διαγενεακής συνέχειας της παιδικής κακοποίησης*» (intergenerational continuity of child maltreatment) για να περιγράψουν αυτή την μεταβίβαση από γενιά σε γενιά ενός κύκλου βίας και κακοποίησης από τους γονείς (Dixon et al., 2005). Αντίθετα, τα ποσοστά έκθεσης σε κίνδυνο των παιδιών μειώνονται, όταν οι γονείς-θύματα παιδικής κακοποίησης δεχθούν έγκαιρη υποστήριξη από τις κοινωνικές υπηρεσίες από την προγεννητική κιόλας περίοδο (περίοδο εγκυμοσύνης) (Harden & Klein, 2012). Έτσι τονίζεται η ανάγκη της βαθιάς μελέτης του ιστορικού της παιδικής ηλικίας των εφήβων γονέων –ειδικότερα δε των εφήβων μητέρων- προκειμένου να κατανοηθούν οι επαναλαμβανόμενοι κύκλοι της παιδικής κακοποίησης (Bartlett & Easterbrooks, 2012). Ακόμα, απαιτείται μελέτη κάποιων συγκεκριμένων *διαστάσεων στις σχέσεις γονέων-παιδιών που μπορούν να αποτελέσουν έναν δείκτη πρόληψης για*

περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Τέτοιες διαστάσεις αφορούν *συμπτώματα γονεϊκής κατάθλιψης*, μειωμένη αίσθηση των γονέων ότι είναι σε θέση να τα βγάλουν πέρα, *χαμηλή αυτοεκτίμηση* και *αυτό-επάρκεια* (Harden & Klein, 2011) όπως πιθανόν και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο των νεαρών γονέων, το μεταξύ τους δέσιμο ή όχι, η στήριξή τους από τον περίγυρο στην απόφασή τους να κρατήσουν ένα παιδί –ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε μικρή ηλικία- είναι παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν ή να αναστρέψουν την εμφάνιση περιστατικών παιδικής κακοποίησης ακόμα και σε περιπτώσεις που οι γονείς (ή ένας από τους δύο) έτυχε να είχε πέσει ο ίδιος θύμα κακοποίησης στην παιδική του ηλικία (Bartlett & Easterbrooks, 2012).

Ο σχεδιασμός στρατηγικών πρόληψης και υπηρεσιών για τα θύματα όταν η παιδική κακοποίηση προέρχεται από τους γονείς αντιμετωπίζει ιδιαίτερες δυσκολίες, δεδομένου ότι οι δράστες της κακοποίησης αποτελούν ταυτόχρονα και την πηγή ανατροφής των παιδιών. Σε γενικές γραμμές υπάρχει ερευνητικό έλλειμμα για τα αίτια που οδηγούν μία κακοποιημένη μητέρα να κακοποιεί με τη σειρά της το παιδί πέρα από την ανάλυση που περιορίζεται στην *«αποτυχία της να το προστατεύσει»*, η οποία, ωστόσο συχνά ελέγχεται κριτικά, δηλαδή, το γεγονός της απόδοσης της αποκλειστικής ευθύνης για την προστασία του παιδιού στη μητέρα και, αντίστοιχα, της κοινωνικής κατακραυγής στις περιπτώσεις που η ίδια εξακολουθεί να επιτρέπει ή να ανέχεται την κακοποίηση του παιδιού της (Peled, 2011).

2.1.2. ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση ουσιών από τους γονείς σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης της οικογένειας αναφέρονται σταθερά ως παράγοντες υψηλής επικινδυνότητας για εμφάνιση παιδικής κακοποίησης στις περισσότερες διεθνείς έρευνες (Harden & Klein, 2011). Η λήψη ουσιών από τους γονείς είναι επίσης στενά συνυφασμένη με *περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας*, άσκησης σωματικής τιμωρίας και κακοποίησης πάνω στα παιδιά τα οποία κυρίως αναφέρονται από την αστυνομία (Harden & Klein, 2011). Η *χρήση βίας μεταξύ των συντρόφων* γνωρίζουμε ότι είναι πολύ συχνή στα σπίτια των παιδιών που μεγαλώνουν με εξαρτημένους από ουσίες γονείς και, μάλιστα, από τα πρώτα χρόνια του γάμου όταν ακόμα τα παιδιά είναι πολύ μικρά (Kelley et al., 2010).

Οι γονείς που είναι εξαρτημένοι από ουσίες, πολύ περισσότερο από ό,τι οι γονείς που εξαρτώνται από το αλκοόλ, είναι πιο πιθανόν να ζουν σε φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αλλά και σε περιοχές όπου η εμφάνιση εγκληματικότητας στην ευρύτερη γειτονιά αποτελεί έναν επιπρόσθετο παράγοντα επικινδυνότητας. Τα παιδιά εκτός από την κακοποίησή τους και την έκθεσή τους σε διακίνηση και χρήση «σκληρών ουσιών», παράλληλα αντιμετωπίζουν και τον κίνδυνο ο γονιός να συλληφθεί λόγω της παράνομης αγοραπωλησίας (κυρίως όπιο και κοκαΐνη) όπως και να φυλακιστεί (Kelley et al., 2010). Στην ίδια έρευνα αποδεικνύεται ότι τα άτομα που κυρίως καταναλώνουν ναρκωτικές ουσίες παρά αλκοόλ –ιδιαίτερα πατέρες- σκοράρουν πολύ υψηλά στις κλίμακες σοβαρής εξαρτημένης συμπεριφοράς έχοντας αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση μιας ευρείας γκάμας από ψυχολογικές και κοινωνικές δυσλειτουργίες (Kelley et al., 2010).

Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι χρειάζεται να μελετηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι ψυχοδυναμικές που αναπτύσσονται μεταξύ της συντροφικής βίας και που, επίσης, μπορεί να σχετίζονται με συγκεκριμένα προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Ακόμα η φύση της βίας αυτής (πατέρας προς τη μητέρα, μητέρα προς τον πατέρα ή και οι δύο) αλλά και η σοβαρότητά της όπως και το εάν τα παιδιά είναι μάρτυρες σκηνών όπου οι γονείς παίρνουν ουσίες ή είναι «φτιαγμένοι», ποιου είδους ουσίες, για ποια χρονική περίοδο, σε τι βαθμό χρήσης κ.λ.π. καθώς όλα αυτά μπορούν να αποτελέσουν δείκτες και για άλλες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου (συμπεριφορικά και ψυχοπαθολογικά προβλήματα) τις οποίες τα παιδιά ενδεχομένως να βιώνουν και να οδηγήσουν στο σχεδιασμό καταλληλότερων παρεμβάσεων (Kelley et al., 2010). Τα παιδιά που οι γονείς τους κάνουν εκτεταμένη χρήση ουσιών είναι περισσότερο από βέβαιο ότι εκτίθενται και σε άλλες μορφές κινδύνου για παράπλευρη κακοποίηση. Για παράδειγμα, η ανάλυση του ψυχιατρικού ιστορικού των ατόμων-δραστών που έχουν πραγματοποιήσει πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης εις βάρος παιδιών έδειξε ότι σε ποσοστό 51% τα άτομα αυτά είχαν ιστορικό χρήσης τοξικών ουσιών πριν από τη διάπραξη της πράξης (Γιωτάκος, 2004). Συναφείς μελέτες καταδεικνύουν επίσης το υψηλό ποσοστό εμφάνισης παιδικής κακοποίησης όταν οι μητέρες κάνουν χρήση ουσιών κατά την εγκυμοσύνη. Ακολούθως, είναι πολύ σημαντικό να παρέχονται από την προγεννητική περίοδο προγράμματα απεξάρτησης των μητέρων, τα οποία φαίνεται ότι παρέχουν και την ευκαιρία να σπάσει ο κύκλος

της εξάρτησης αλλά και της μελλοντικής έκθεσης του παιδιού σε βία (Williams et al., 2011).

2.1.3. ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Ανάμεσα στους γονείς των παιδιών που βρίσκονται σε ιδρύματα φροντίδας λόγω παραμέλησης, πολλοί είναι αυτοί που παλεύουν να απεξαρτηθούν από τη χρήση του αλκοόλ όπως και άλλων ουσιών. Ήδη, στις Η.Π.Α. τα δύο τρίτα των περιστατικών που καταγράφονται για παιδική κακοποίηση ή παραμέληση αφορούν τουλάχιστον έναν γονέα με ζητήματα εξάρτησης από τη χρήση αλκοόλ (Meyer et al., 2010). Προγενέστερες έρευνες έχουν επίσης καταδείξει ότι σχεδόν το 80% των οικογενειών που αναφέρονται στο σύστημα κρατικής προστασίας των παιδιών λόγω κακοποίησής τους, έχουν ταυτόχρονα να αντιμετωπίσουν δυσκολίες σχετικές με τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών από τους γονείς (Young, Gardner & Dennis, 1998). Συνολικά το 2006, 22.6 εκατομμύρια άτομα υπολογίζονταν να κακοποιούν τα παιδιά τους ή μέλη της οικογένειάς τους ενώ παράλληλα ήταν εξαρτημένοι από τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ενώ Αμερικανική Εθνική Έρευνα το 2007, έδειξε ότι περισσότερα από 8.3 εκατομμύρια παιδιά (11%) υπολογίζονται να ζουν με έναν γονιό που τα κακοποιεί ή είναι εξαρτημένος από το αλκοόλ ή άλλες ουσίες (Kelley et al., 2010).

Όπως έχει επανειλημμένα αποδειχθεί, τα παιδιά που ζουν με έναν εξαρτημένο από το αλκοόλ γονέα βιώνουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αρνητικά αποτελέσματα στη ζωή τους όπως είναι η εκδήλωση επιθετικότητας, η χρήση αλκοόλ και ουσιών και από τα ίδια –ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου ο γονιός κάνει χρήση παράνομων, «σκληρών ναρκωτικών» όπως το όπιο ή η κοκαΐνη- αλλά και άλλες προκλήσεις για την ομαλή εξέλιξη της υγείας τους και την ανάπτυξή τους. Οι χρήστες αλκοόλ πιθανόν κάποιες φορές να έχουν υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο από αυτό των χρηστών ναρκωτικών ουσιών ή να ζουν σε ανώτερες αστικές περιοχές (Kelley et al., 2010). Δεν είναι λίγες και οι περιπτώσεις όπου η κατάχρηση αλκοόλ φαίνεται πολύ συχνά να σχετίζεται με τη σεξουαλική επιθετικότητα –ή συνήθως να προηγείται αυτής- ενώ σε σχετικές μελέτες ένα 30% των δραστών της σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρει ότι είχαν κάνει χρήση αλκοόλ ή ουσιών λίγο πριν τη διάπραξη της πράξης. Επίσης, η χρήση αλκοόλ φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με περιστασιακές σεξουαλικές επιθέσεις, καθώς και με αυξημένη χρήση βίας (Γιωτάκος, 2004).

Για τους γονείς αυτούς είναι πραγματικά δύσκολο να διαχωριστούν κατά την ερευνητική μελέτη τα προβλήματα τους με το αλκοόλ από την κακοποίηση των παιδιών καθώς όλα αυτά εκδηλώνονται ταυτόχρονα σε ένα περιβάλλον επίδρασης και άλλων οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων. Δεν είναι εύκολο, επομένως, να εντοπιστεί η απευθείας αιτιολογική σχέση η οποία θα αποδώσει στη χρήση του αλκοόλ την ευθύνη για μελλοντικά περιστατικά παιδικής κακοποίησης στην οικογένεια. Όταν, μάλιστα, η χρήση του αλκοόλ από τους γονείς συγκριθεί με την έλλειψη στέγης, την ενδοοικογενειακή βία, την βία στην κοινότητα αλλά και τα ψυχιατρικά προβλήματα των οικογενειών στις οποίες εμφανίζονται φαινόμενα παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης, τότε αυτή αποτελεί έναν μόνο από τους πολλούς εχθρούς που οι οικογένειες αυτές έχουν να αντιμετωπίσουν, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς ζητούν να ξανακερδίσουν τη χαμένη επιμέλεια των παιδιών τους. Μάλιστα, για τις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται όχι απλά αναφορά των γονέων για θεραπεία αλλά συστηματική ένταξη για απεξάρτηση μέσα σε χρόνους που θα επιτρέψουν στους γονείς να επανακτήσουν τα γονεϊκά τους δικαιώματα (Meyer et al., 2010).

2.1.4. ΑΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.1.4.1. Φτώχεια, οικονομική εξαθλίωση

Άλλοι παράγοντες που φαίνονται να συνδέονται με την εμφάνιση παιδικής κακοποίησης είναι η φυλή και η εθνικότητα συνδυασμένοι με συγκεκριμένες καταστάσεις στη ζωή των παιδιών όπως είναι η επίδραση της φτώχειας, συνδυασμοί που δημιουργούν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση παιδικής κακοποίησης στον παρόντα χρόνο αλλά και στο μέλλον (Harden & Klein, 2011). Η οικονομική εξαθλίωση συνδέεται ακόμα με τα αυξημένα περιστατικά παιδικής παραμέλησης. Η φτώχεια, η ένδεια, τα αυξημένα οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια, σε πολλές έρευνες συσχετίζονται σημαντικά με δείκτες παραμέλησης των παιδιών (Harden & Klein, 2011, Meyer et al., 2010). Μάλιστα, περισσότερες από 80% των αμερικανικών οικογενειών που αναφέρονται στις κοινωνικές υπηρεσίες με παρόμοια περιστατικά φαίνονται να εμφανίζουν ως βασική πηγή εσόδων τους κάποιο προνοιακό επίδομα ή επίδομα ειδικών αναγκών κ.λ.π (Williams et al., 2011). Αλλά και στην Ευρώπη η φτώχεια και ο αποκλεισμός μιας οικογένειας συμπορεύονται με την παραμέληση και την κακοποίηση των παιδιών. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο σε ψήφισμα του (2008) σχετικά με τη χάραξη μιας στρατηγικής της Ευρώπης για τα δικαιώματα του παιδιού

αφιερώνει ειδικό κεφάλαιο στη Φτώχεια και τις Διακρίσεις επισημαίνοντας ότι 19% των παιδιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ζει κάτω από το όριο της φτώχειας και ότι η φτώχεια είναι μία από τις κύριες αιτίες του κοινωνικού αποκλεισμού, των διακρίσεων αλλά και των κινδύνων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά (Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 19-2-2009).

Όσον αφορά στη χώρα μας, τα επίσημα καταγραφέντα στοιχεία για την παιδική φτώχεια αποκαλύπτουν ότι το έτος 2007 η φτώχεια στην Ελλάδα ήταν από τις υψηλότερες στην Ευρώπη ενώ η παιδική φτώχεια αγγίζει το ποσοστό του 23%, ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο συγκριτικά με τις άλλες χώρες και εντείνεται στις οικογένειες με πολλά παιδιά (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Οι επιπτώσεις της φτώχειας και της εξαθλίωσης χρειάζεται να μελετηθούν και ως προς τη σκιαγράφηση του προφίλ των δραστών της παιδικής κακοποίησης και να μελετηθούν οι επιδράσεις της φτώχειας για την εμφάνιση παραβατικότητας και μελλοντικής βίας προς άλλα πρόσωπα από τα παιδιά –μέλλοντες ενήλικες- που έχουν υποστεί την οικονομική εξαθλίωση. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης σε 37 κρατούμενους των Φυλακών Τρίπολης που είχαν καταδικαστεί με την κατηγορία της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιού, 27% αυτών περιγράφουν ως κακή την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των πατρικών τους οικογενειών ενώ 41% του δείγματος αναφέρουν τους πατέρες αυτών να απασχολούνται σποραδικά ως εργάτες χωρίς κάποια συγκεκριμένη ειδίκευση (Γιωτάκος, 2004).

2.1.4.2. Ψυχολογικά – Ψυχιατρικά προβλήματα των γονέων/δραστών

Όπως έχει αποδειχθεί, απαιτείται μελέτη κάποιων συγκεκριμένων *διαστάσεων στις σχέσεις γονέων-παιδιών* που μπορούν να αποτελέσουν έναν δείκτη πρόληψης για περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Τέτοιες διαστάσεις αφορούν *συμπτώματα γονεϊκής κατάθλιψης*, μειωμένη αίσθηση των γονέων ότι είναι σε θέση να τα βγάλουν πέρα, *χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτό-επάρκεια* (Harden & Klein, 2011) όπως πιθανόν και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο των νεαρών γονέων, το μεταξύ τους δέσιμο ή όχι, η στήριξή τους από τον περίγυρο στην απόφασή τους να κρατήσουν ένα παιδί –ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε μικρή ηλικία- είναι παράγοντες που μπορεί να προβλέψουν ή να αναστρέψουν την εμφάνιση περιστατικών παιδικής κακοποίησης ακόμα και σε περιπτώσεις που οι γονείς (ή ένας από τους δύο) έτυχε να

είχε πέσει ο ίδιος θύμα κακοποίησης στην παιδική του ηλικία (Bartlett & Easterbrooks, 2012).

Η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων στους γονείς αλλά και η μειωμένη κοινωνική στήριξη έχουν εντοπιστεί και σε άλλες έρευνες ως πολύ υψηλοί παράγοντες επικινδυνότητας που συσχετίζονται με την εμφάνιση της παιδικής κακοποίησης ή της παραμέλησης και εγκατάλειψης του παιδιού σε κάποιο ίδρυμα (Williams et al., 2011). Ειδικότερα όσον αφορά στα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης, έχει βρεθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με σεξουαλική παραπτωματοκότητα παρουσιάζει υψηλά επίπεδα επιθετικότητας και παρορμητικότητας, ενώ συγχρόνως πληροί τα κριτήρια για κάποια διαταραχή προσωπικότητας (Γιωτάκος & Τσιλιάκου, 2008). Σε μελέτες του Cloninger επί συνόλου 96 ανδρών, καταδικασμένων είτε για βιασμό είτε για σεξουαλική κακοποίηση παιδιού με σκοπό να αποσαφηνιστούν σχετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των δραστών σεξουαλικής κακοποίησης και να αποτυπωθεί με σχετική ασφάλεια κάποιο προφίλ της προσωπικότητας αυτών, αποκαλύπτεται ότι οι δύο ομάδες των σεξουαλικά παραπτωματικών ανδρών παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες τιμές ως προς τα επίπεδα όχι μόνο επιθετικότητας αλλά και αυτοκτονικότητας με τα σκορ επιθετικότητας στους παιδόφιλους να σχετίζονται θετικά με τον κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά. Παράλληλα, η τάση για αναζήτηση νέων εμπειριών, η παρορμητικότητα και η έλλειψη ενσυναίσθησης αποτελούν κοινά στοιχεία όλων των δραστών όπως και η έλλειψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων με το περιβάλλον τους (Giotakos et al., 2004).

Και άλλες έρευνες έχουν δείξει την υψηλή παρουσία ψυχικών διαταραχών σε διάφορες ομάδες ατόμων με σεξουαλική επιθετικότητα εις βάρος παιδιών, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε αναλογία μεγαλύτερη από το ένα τρίτο του δείγματος, υψηλή συχνότητα διαταραχών άγχους αλλά και σχιζοφρένεια σε ποσοστό 7%, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή σε ποσοστό 2%, μείζονα κατάθλιψη σε ποσοστό 3% ή κάποιο άλλο οργανικό ψυχοσύνδρομο σε ποσοστό 6% (Γιωτάκος, 2004). Η ύπαρξη ψυχιατρικής νοσηρότητας των δραστών στις περιορισμένες έρευνες που πραγματοποιούνται και στον ελληνικό χώρο βρίσκονται σε αντιστοιχία με ευρήματα πρόσφατων αμερικανικών ερευνών και υποδεικνύουν την ανάγκη της θεραπευτικής προσέγγισης των ατόμων αυτών και την παράλληλη θεραπεία των ψυχιατρικών

καταστάσεων που αντιμετωπίζουν και συνυπάρχουν με τις τάσεις επιθετικότητας και κακοποίησης στα παιδιά ώστε να ανασταλεί ο κύκλος επανάληψης της σεξουαλικής βίας και να πραγματοποιηθεί ένα σημαντικό κομμάτι στην πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης (Γιωτάκος, 2004). Ακόμα, περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης έχουν συσχετιστεί με έναν αριθμό διαπροσωπικών και ψυχολογικών προβλημάτων, όπως και προβλημάτων συμπεριφοράς και στα ίδια τα παιδιά ενώ, τα προβλήματα αυτά επιτείνονται από το βαθμό της κακοποίησης, τη χρήση επιπρόσθετης βίας και την αιμομιξία (Feiring et al., 1999), διαπιστώσεις που καθιστούν περισσότερο από αναγκαία την παράλληλη, έγκαιρη και μακροχρόνια στήριξη των παιδιών-θύματων σε αντίστοιχα προγράμματα.

2.1.4.3. Φύλο και ηλικία του θύματος

Τα άτομα που κακοποιούν μικρά παιδιά, ιδιαιτέρως σεξουαλικά, ομαδοποιούνται συχνά σύμφωνα με το φύλο του θύματος ή τη σχέση του με αυτό. Έτσι, διαχωρίζονται στα άτομα που διαπράττουν αιμομιξία –για τις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης- και στα άτομα που δεν έχουν κάποια βιολογική ή νομική σχέση με το θύμα. Επιπλέον, ανάλογα με το φύλο του θύματος διαχωρίζονται σε ετερόφυλους και ομοφυλόφιλους (Γιωτάκος, 2004). Παραδόξως, *ο παράγοντας της ηλικίας του παιδιού-θύματος φαίνεται να έχει κάποιο ρόλο στην έρευνα της παιδικής κακοποίησης με τα παιδιά-εφήβους που υφίστανται σεξουαλική κακοποίηση να «ενοχοποιούνται» περισσότερο για τη δημιουργία του περιστατικού σε σχέση με τα μικρότερης ηλικίας παιδιά που φαίνονται πιο άμεσα εξαρτημένα από τους γονείς τους και το σώμα τους δεν έχει ακόμα αρχίσει να ωριμάζει ή να «προκαλεί»* (Back, 1998). Τέτοιες περιπτώσεις ενισχύονται μάλιστα, όταν ο θύτης είναι άνδρας με τους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι και *το φύλο του θύτη (αρσενικό)* σε συνδυασμό με την μεγαλύτερη ηλικία του παιδιού επιδρά στην απόδοση ευθύνης για το περιστατικό από τον κοινωνικό περίγυρο (Back, 1998). *Το φύλο του παιδιού-θύματος έχει, επιπλέον, βρεθεί να σχετίζεται με την εμφάνιση και άλλων μορφών κακοποίησης, με τα αγόρια-θύματα να εμφανίζουν συχνότερη εμπλοκή σε περιστατικά βίωσης κακοποίησης, ιδιαίτερα σωματικής κακοποίησης, όταν μάλιστα η συμπεριφορά τους θεωρείται/ερμηνεύεται ως έντονη, αντιδραστική και προκλητική απέναντι στον γονέα/κηδεμόνα* (Back, 1998).

Γενικότερα, η ηλικία των παιδιών – θυμάτων μελετάται από πολλές έρευνες ως ένας παράγοντας επικινδυνότητας για εμφάνιση παιδικής κακοποίησης με τα μικρότερα παιδιά –ηλικίας κάτω των πέντε ετών- να βρίσκονται αποδεδειγμένα σε μεγαλύτερο κίνδυνο συγκριτικά με τα μεγαλύτερα παιδιά, όπως αποκαλύπτεται και από τις μελέτες του νοσοκομειακού ιστορικού παιδιών που έχουν εισαχθεί για παιδική κακοποίηση αλλά και από τις αναφορές του ιατρικού προσωπικού. Τα ενδεχόμενα αυτά οφείλονται στην τρωτότητα των μικρών παιδιών που βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση για την επιβίωσή τους από τους κηδεμόνες τους. Εξάλλου, όπως αναφέρεται και από το Αμερικανικό Εθνικό Ερευνητικό Συμβούλιο και το Ινστιτούτο Ιατρικής (2000), τα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής κάθε παιδιού αποτελούν μία κριτικής σημασίας περίοδο για την ανάπτυξή του, την ψυχολογική, νευρολογική και αναπτυξιακή του ωριμότητα θέτοντας τα θεμέλια για την μετέπειτα ικανότητά τους να αναπτυχθούν γνωστικά, να οικοδομήσουν υγιείς σχέσεις και να συμβάλουν παραγωγικά και με ουσιαστικό τρόπο στην κοινωνία (Klein, 2011). Πολλά ακόμα ερευνητικά δεδομένα υπογραμμίζουν διαρκώς την ανάγκη της έγκαιρης παρέμβασης, όπως, για παράδειγμα, από τον Palusci (2011) στην Αμερική, όπου διαπιστώνεται ότι στις περιπτώσεις που η υποστήριξη από το κρατικό σύστημα πρόνοιας και η παρέμβαση αποδίδονται εγκαίρως και πριν από την συμπλήρωση των τεσσάρων πρώτων χρόνων της ζωής του παιδιού, τότε τα ποσοστά επανεμφάνισης φαινομένων παιδικής κακοποίησης μειώνονται σημαντικά σε σχέση με κακοποιημένα παιδιά τα οποία βρίσκονταν σε μεγαλύτερη ηλικία όταν η θεραπευτική παρέμβαση έλαβε χώρα στο οικογενειακό τους πλαίσιο (Palusci, 2011).

Αξίζει να συμπληρωθεί στο σημείο αυτό ότι, όπως έχει ερευνητικά διαπιστωθεί, ο εντοπισμός συγκεκριμένων μορφών κακοποίησης, όπως για παράδειγμα είναι η ψυχολογική κακοποίηση, αποτελεί σοβαρό παράγοντα επικινδυνότητας για εμφάνιση και άλλων μελλοντικών μορφών κακοποίησης στο παιδί, όπως για παράδειγμα, σωματικής κακοποίησης. Πράγματι, στις περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης που έχουν αναφερθεί στην Αμερική, τα συμπτώματα κακοποίησης των παιδιών επανεμφανίστηκαν κατά μέσο όρο μετά από δύο έτη ή και περισσότερο (Palusci, 2011). Η παρατήρηση αυτή επιβεβαιώνει την παράλληλη ανάγκη κάθε μορφή παρακολούθησης, πρόληψης ή θεραπείας να είναι μακροχρόνια και να εκτείνεται σε όλο το φάσμα της αναπτυξιακής διαδρομής του παιδιού (Palusci, 2011).

2.1.4.4. Η επίδραση του πλαισίου

Σε γενικές γραμμές, η ανάλυση των αποτελεσμάτων που αφορούν τη μελέτη του κοινωνικού προφίλ των δραστών παιδικής κακοποίησης θίγει περιορισμένα το θέμα της επίδρασης του πλαισίου –εάν αυτό θεωρηθεί ως η συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή- και του διαχωρισμού μεταξύ αστικού κέντρου ή επαρχίας όσον αφορά στα περιστατικά παιδικής κακοποίησης. Η αποκωδικοποίηση των προσωπικών στοιχείων που ελήφθησαν σε έρευνα της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης της Σεξουαλικής Κακοποίησης σε 37 φυλακισθέντες, καταδικασμένους για σεξουαλική παραπτωματικότητα, δεν έδειξαν υψηλότερη ποσοστό για τις επαρχιακές πόλεις συγκριτικά με τα αστικά κέντρα, όπως πιθανόν θα αναμενόταν. Αντιθέτως, ένα ποσοστό 57% των ερωτηθέντων αναφέρουν ότι μεγάλωσαν σε πόλη και 89% αυτών με τους φυσιολογικούς τους γονείς, που, ωστόσο, σε μεγάλο ποσοστό τους κακοποιούσαν (Γιωτάκος, 2004). Διεθνείς έρευνες εμφανίζουν, επίσης, υψηλό δείκτη συνάφειας περιστατικών παιδικής κακοποίησης και της αστικής διαβίωσης (MacMillan et al., 2013). Προς επίρρωση των παραπάνω, ποσοστό που πλησιάζει το 60% των περιστατικών κακοποίησης συμβαίνουν στο σπίτι του δράστη, όταν αυτός δεν έχει συγγενική σχέση με τα παιδιά, γεγονός που πιθανόν διευκολύνεται από την πολυπληθυσμικότητα των αστικών κέντρων όπου οι άνθρωποι δεν αναγνωρίζονται μεταξύ τους όπως θα συνέβαινε στις μικρότερες επαρχιακές κομοπόλεις (Γιωτάκος, 2004).

Σε κάθε περίπτωση τα άτομα-δράστες εμφάνιζαν σε ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό σοβαρή έλλειψη σημαντικών κοινωνικών δεξιοτήτων κάτι που συμπαρουσιάζεται και στις ευρωπαϊκές μελέτες «ξεχασμένων» παιδιών που έχουν μεγαλώσει σε ιδρύματα όπου η σωματική και συναισθηματική τους ακεραιότητα δεν έδειχνε να είναι αντικείμενο προηγμένου ενδιαφέροντος, αλλά, αντιθέτως, η εισαγωγή τους σε ίδρυμα συνδεόταν ανησυχητικά με αυξανόμενο κίνδυνο κακοποίησής τους (Harden & Klein, 2011). Συνεπώς, εάν η έννοια του πλαισίου λάβει πέρα από τη γεωγραφική αναφορά και άλλες διαστάσεις όπως η ύπαρξη της φυσικής οικογένειας ή ανάδοχης ή εγκλεισμού του παιδιού σε κάποιο ίδρυμα κ.λ.π. τότε σε μεγάλο ποσοστό η ιδρυματοποίηση των παιδιών συνδέεται με περιστατικά παιδικής κακοποίησής τους αλλά και ισχυρές πιθανότητες μελλοντικής ροπής αυτών των παιδιών προς κακοποίηση τρίτων.

3.1. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η κοινή αίσθηση συνδέει συχνά το πρόβλημα της βίας με τα συστήματα κοινωνικής ασφάλειας και δικαιοσύνης. Πραγματικά, όπως ανακοινώνεται διεθνώς, ένα μεγάλο μέρος της παιδικής κακοποίησης δεν αναφέρεται ποτέ στις αρμόδιες υπηρεσίες προστασίας του παιδιού ή τις νομικές αρχές. Ταυτόχρονα, σε όλες τις χώρες, η υγεία, οι νομικές και οι κοινωνικές υπηρεσίες είναι οι τομείς που σχετίζονται περισσότερο με τις συνέπειες της παιδικής κακοποίησης και οι υπηρεσίες αυτές φαίνονται να είναι οι πλέον εμπλεκόμενες στις προσπάθειες για την αντιμετώπισή της (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, 2006). Μάλιστα, η έγκαιρη υποστήριξη οικογενειών με προβλήματα παιδικής κακοποίησης από τις υπηρεσίες όσον αφορά στην εύρεση στέγης, εύρεση απασχόλησης και τη βελτίωση της αυτοεικόνας των μητέρων αλλά και σε άλλες διαστάσεις της ζωής τους, έχει βρεθεί να συνδέεται με αισθητή βελτίωση στις ίδιες οικογένειες και επιτυχημένη αποκοπή από τις υπηρεσίες πρόνοιας μετά από έρευνες δεκαπενταετίας (Williams et al., 1999).

Δυστυχώς, μόλις το τελευταίο διάστημα, με την ανάπτυξη της γνώσης στο χώρο της δημόσιας υγείας, έχει αναγνωριστεί η ανάγκη υιοθέτησης μιας στάσης έντονου αγώνα κατά της βίας. Η προσέγγιση αυτή, η οποία χρειάζεται να είναι πολυδιάστατη και να εμπεριέχει ολοκληρωμένες στρατηγικές που θα ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στη βία αλλά και θα παρέχουν τεκμηριωμένες πληροφορίες για την πρόληψη, συνήθως ακυρώνεται από μία χαρακτηριστική έλλειψη δέσμευσης για πρόληψη από πλευράς της πολιτείας. Οι σπουδαιότερες αιτίες που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους δημιουργείται ένα τέτοιο χάσμα είναι ο *εξαιρετικά ευαίσθητος χαρακτήρας της παιδικής κακοποίησης* – ένα θέμα που παραμένει ταμπού και δεν ανοίγει για δημόσια συζήτηση-, οι *πολιτικές προτεραιότητες* που, όπως φαίνεται, δεν εμπεριέχουν την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης και την επένδυση σε ουσιαστικές πολιτικές και αντίστοιχα προγράμματα, η *έλλειψη κατανόησης των σοβαρών επιπτώσεων του φαινομένου* όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε κοινωνικό όσο και σε επίπεδο συνεπειών για τις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, χαρακτηριστική αιτία είναι και η *έλλειψη γνώσης* σχετικά με τους τρόπους που οι στρατηγικές πρόληψης και η προαγωγή της δημόσιας υγείας μπορούν να συμβάλλουν αντίστοιχα και στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης. Τα προγράμματα αυτά

μπορεί να μην έχουν την άμεση ανταπόδοση που η πολιτεία συντηρητικά προσδοκά, ωστόσο, σε βάθος χρόνου θα εμφανίσουν τις επιδιωκόμενες επιδράσεις (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, 2006).

Από την άλλη πλευρά, οι συμπεριφορικές συνέπειες στην ενήλικη ζωή εξαιτίας περιστατικών παιδικής κακοποίησης είναι πολλαπλές και σοβαρότατες και δείχνουν να πιέζουν προς την κατεύθυνση μάλλον της προληπτικής παρέμβασης παρά της εκ των υστέρων θεραπευτικής επέμβασης του φαινομένου. Όπως έχει αναφερθεί και στο εισαγωγικό μέρος, τα θύματα παιδικής κακοποίησης παρουσιάζουν ως ενήλικες δυσκολίες σε διάφορες σημαντικές πτυχές της ζωής τους, έντονα προβλήματα στις προσωπικές τους σχέσεις, τάσεις προς κατάχρηση, χρήση ουσιών ή αλκοόλ, διάφορες αγχώδεις διαταραχές, προβλήματα προσαρμοστικότητας και κατάθλιψη (Cicchetti & Carlson, 1989). Παράλληλες συνέπειες της παιδικής κακοποίησης για τη ζωή των θυμάτων κατά την ενηλικίωση έχουν εντοπιστεί να συμπεριλαμβάνουν υπερβολική τάση προς επικίνδυνες πράξεις, εγκληματική δραστηριότητα, τάση για θυματοποίηση καθώς και περαιτέρω άσκηση βίας πάνω σε άλλα άτομα. Επιπρόσθετα αυτών των ζημιών, σε χώρες εκτός της Ελλάδας, όπου τα φαινόμενα έχουν καταγραφεί συστηματικότερα, όπως για παράδειγμα είναι οι Η.Π.Α, υπάρχει ένα τεράστιο ετήσιο κρατικό κόστος για την εκστρατεία πρόληψης της παιδικής κακοποίησης, για τις πολυεπίπεδες παρεμβάσεις, για διαφημιστικές εκστρατείες πρόληψης στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αλλά και για υποστήριξη αντίστοιχων συλλόγων και ομάδων που προσφέρουν βοήθεια σε θύματα κακοποίησης (Rao & Lux, 2012).

Για την εφαρμογή ενός *σύγχρονου μοντέλου δημόσιας υγείας* απαιτείται η συνεργασία αρκετών φορέων. Οι δράσεις που λαμβάνονται χρειάζεται να στοχεύουν στην αποφυγή εμφάνισης του προβλήματος αλλά και στον εντοπισμό του, όπως και στην άμεση αντίδραση και αναφορά του από τις αρχές και το ιατρικό προσωπικό όταν υπάρχουν σοβαρές υποψίες για παιδική κακοποίηση (Harris, 2010). Επιπλέον στόχο χρειάζεται να αποτελεί ο περιορισμός στο ελάχιστο των μακροπρόθεσμων αρνητικών επιπτώσεών του. Ειδικά για την περίπτωση της παιδικής κακοποίησης, οι δράσεις αυτές μεταφράζονται σε *εφαρμογή των μέτρων πρόληψης για τη βία κατά των παιδιών*, σε *εντοπισμό των περιπτώσεων και έγκαιρη παρέμβαση*, σε *συνεχή μέριμνα για τα θύματα και τις οικογένειές τους* όπου παρουσιάζεται η κακοποίηση αλλά και σε *μέτρα πρόληψης για ενδεχόμενες υποτροπές κρουσμάτων* (Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και

Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης, 2006). Ο ορισμός του προβλήματος, η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την ανάγκη για επένδυση σε προγράμματα πρόληψης, η ενίσχυση των μηχανισμών επιστημονικής επιτήρησης, παρακολούθησης και αξιολόγησης του φαινομένου, ο εντοπισμός των αιτιών και η διάδοση των πληροφοριών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων είναι απαραίτητα για μια επιτυχημένη συστηματική προσέγγιση για την παιδική κακοποίηση.

3.1.2. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Είναι απαραίτητο να υπάρξει μια *βαθιά θεωρητική κατανόηση του προβλήματος* της παιδικής κακοποίησης, το οποίο συχνά συνοδεύεται και από άλλα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας αλλά και κακοποίησης των μητέρων που με τη σειρά τους κακοποιούν τα παιδιά τους. Η θεωρητική αυτή κατανόηση, ωστόσο, δεν δύναται να εδραιωθεί αν δεν ληφθούν σοβαρά υπόψη οι πολυδύναμες σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον μεταξύ των συζύγων-συντρόφων, των παιδιών και των λοιπών οικογενειακών μελών αλλά και των ποικίλων, τυπικών και άτυπων κοινωνικών συστημάτων στα οποία η οικογένεια εντάσσεται (Peled, 2011).

Η *ανάγκη συμβουλευτικής υποστήριξης* προς όλο και περισσότερους γονείς ή μέλλοντες γονείς προκειμένου να εκπαιδευτούν και να συνειδητοποιήσουν την αυξημένη σημαντικότητα του γονεϊκού τους ρόλου αλλά και να μειωθούν τα επίπεδα παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης υπογραμμίζεται στις περισσότερες έρευνες (Wolfe & McIsaac, 2011) Έτσι, καθίσταται δυνατόν να γίνει και η λεπτή διάκριση ανάμεσα στην ύπαρξη της πραγματικής παιδικής κακοποίησης πχ. συναισθηματικής κακοποίησης και τον «*φτωχό/δυσλειτουργικό γονεϊκό ρόλο*» (poor/dysfunctional parenting) που, όμως, δεν συνιστά πάντα κακοποίηση του παιδιού, όπως για παράδειγμα είναι οι αυστηρές πειθαρχικές και τιμωρητικές πρακτικές κατά την ανατροφή του παιδιού αλλά και η υπερευαισθησία των γονέων (του πατέρα ή της μητέρας) όπως και, αντίστροφα, η ένδειξη *απάθειας* και *αναισθησίας* απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζει το παιδί (Wolfe & McIsaac, 2011).

Δυστυχώς, τα στοιχεία που αφορούν τόσο στις επιδημιολογικές μελέτες της παιδικής κακοποίησης όσο και την πρόληψη είναι άνισα μοιρασμένα με τα περισσότερα από αυτά να προέρχονται μονομερώς από τη Βόρεια Αμερική και τον Καναδά (Ελληνική

Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης (2006). Στη χώρα μας, δεν υπάρχει ούτε ένας φορέας του επίσημου κοινωνικού ελέγχου που να ασχολείται αποκλειστικά με παιδιά-θύματα κακοποίησης/παραμέλησης σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο ενώ τα περιστατικά αυτά αντιμετωπίζονται από κοινού με άλλα κοινωνικά προβλήματα στο πλαίσιο των κοινωνικών υπηρεσιών της νομαρχιακής ή της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η παντελής έλλειψη κοινωνικο-υποστηρικτικών δομών αλλά και επαρκών ξενώνων καταφυγής αυτών των παιδιών οδηγεί, σήμερα, στην ανάπτυξη δράσης των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και του εθελοντισμού που είναι αναμφισβήτητα χρήσιμη, ωστόσο, δεν μπορεί να υποκαθιστά τη δράση μιας ευνομούμενης πολιτείας (Αρτινοπούλου, 2001). Στο πλαίσιο αυτό, πολλές ανεξάρτητες αρχές έχουν ιδρυθεί και στον ελληνικό χώρο για την παροχή βοήθειας και υποστήριξης όχι μόνο στο παιδί αλλά και σε όλη την οικογένεια για τις περιπτώσεις βίωσης παιδικής κακοποίησης αλλά και ενδοοικογενειακής βίας. Οι κυριότερες από αυτές είναι ο Συνήγορος του Παιδιού, Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, η Γραμμή Στήριξης Παιδιών και Εφήβων της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Προστασίας του Παιδιού και του Εφήβου (ΕΨΥΠΕ), το Χαμόγελο του Παιδιού, η γραμμή «Μαζί για το Παιδί», η Ιατροδικαστική Υπηρεσία Αθηνών, η Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων του Υπουργείου Δικαιοσύνης αλλά και το Τμήμα Ηλεκτρονικού Εγκλήματος της Ελληνικής Αστυνομίας για τις περιπτώσεις της διαδικτυακής κακοποίησης (www.mentoras.org).

Σε γενικές γραμμές, ωστόσο, οι μελέτες για την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης/παραμέλησης στην Ελλάδα αναφέρονται σε ενδεικτικές συχνότητες, όπως για παράδειγμα από τον πληθυσμό των νοσηλευθέντων παιδιών στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία». Στη χώρα μας δεν υπάρχει σύστημα υποχρεωτικής αναφοράς αυτών των περιστατικών όπως, επίσης, και άλλες ελλείψεις που εντοπίζονται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η έλλειψη εισαγγελέων ανηλίκων αποκλειστικής απασχόλησης με το φαινόμενο αυτό, η έλλειψη προγραμμάτων κοινωνικής ιατρικής στα νοσοκομεία, η ποσοτική έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στις κατά τόπους νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, η έλλειψη τμημάτων ανηλίκων στις κατά τόπους Αστυνομικές Διευθύνσεις αλλά και η έλλειψη ενός κοινού Ανεξάρτητου Συντονιστικού Φορέα για την αντιμετώπιση περιστατικών κακοποίησης ανηλίκων

καθώς και για την καταγραφή τους πανελλαδικά. Έτσι, καταλήγουν να καταγράφονται ως «κακοποίηση» μόνο οι πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

3.1.3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ (ΠΡΩΙΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ)

Κάθε μορφή πρόληψης για να είναι αποτελεσματική, χρειάζεται να περιλαμβάνει και τις τρεις μορφές πρόληψης, πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη είναι δυνατόν να ταυτιστεί με την πρώιμη παρέμβαση εφόσον στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού προσφέροντας καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, κατοικίας, εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης, κοινωνικής πρόνοιας, εργασίας, όπως και φροντίδα για υγιέστερες οικογενειακές σχέσεις. Όλες αυτές οι προληπτικές δράσεις εντάσσονται στις αρμοδιότητες και στις στοχεύσεις της πρωτογενούς πρόληψης (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Κύριος χώρος εφαρμογής της πρωτογενούς πρόληψης με παιδιά θεωρείται το σχολείο ενώ η διαρκώς αυξανόμενη προσέγγιση της προαγωγής της υγείας δίνει τις δυνατότητες στα ίδια τα παιδιά να κινητοποιηθούν για να αντλήσουν πηγές πληροφόρησης και να αυτενεργήσουν με τη βοήθεια της εμπύχωσης επιμορφωμένων εκπαιδευτικών. Έτσι, αναδεικνύεται ο *κεντρικός ρόλος του εκπαιδευτικού* στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της παραμέλησης και η υποχρέωσή τους και από το νόμο (Νόμος 3500, άρθρο 23) για την ενημέρωση των αρμοδίων εισαγγελιών σε περιπτώσεις που διαπιστώνουν την διάπραξη κάποιας μορφής κακοποίησης εις βάρος μαθητή τους. Μολονότι δεν υπάρχει ειδική εκπαίδευση των εκπαιδευτικών αλλά και η στήριξή τους από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ακόμα και στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, είναι ανύπαρκτη, ωστόσο, διαχρονικά αυξάνεται ο αριθμός των παραπομπών σε υπηρεσίες που γίνονται από τους ίδιους τους εκπαιδευτικούς κάτω από το πρίσμα της παραβίασης των δικαιωμάτων και της θυματοποίησης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στα πλαίσια της πρώιμης παρέμβασης εντάσσεται ακόμα και η δευτερογενής πρόληψη, η οποία στοχεύει στην έγκαιρη εντόπιση πληθυσμού νέων ατόμων, πριν ή μετά το γάμο, νέων γονέων ή οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες για την ανάπτυξη συμπεριφορών «υψηλού κινδύνου» όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο. Για την Ευρωπαϊκή Ένωση έχουν γίνει πολύ σημαντικές προσπάθειες καταγραφής των περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης τα τελευταία

χρόνια, ωστόσο, η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων συναντά πολλές δυσκολίες και αποτελεί μία πρόκληση ώστε όχι μόνο να καταγραφούν οι περιπτώσεις των παιδιών που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης και ενδέχεται να χρήζουν συνεχούς προστασίας αλλά και, κυρίως, να αποκωδικοποιηθούν οι τάσεις τρωτότητας με στόχο να ταυτοποιηθούν τα παιδιά που αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο (01_daphne_booklet_1_e1.pdf).

Είναι γενικώς αναγνωρισμένο σήμερα, όπως καταδεικνύεται και σε προγενέστερες αναφορές σε διεθνείς έρευνες, ότι η έγκαιρη στήριξη αυτών των ομάδων του πληθυσμού μπορεί σημαντικά να προλάβει τις περισσότερες μορφές της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Τελευταία σε σειρά, η τριτογενής πρόληψη, ξεπερνά τα όρια της πρώιμης παρέμβασης, καθώς επεμβαίνει εκ των υστέρων για τη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών που ήδη κακοποιούνται ή/και παραμελούνται και στοχεύει στην άμεση προστασία τους αλλά και στη συνολική θεραπεία των οικογενειών τους για τη διακοπή του κύκλου της βίας. Όλα τα μέτρα για την προστασία του παιδιού, η νομική παρέμβαση με σκοπό την κατοχύρωση της ασφάλειάς του και η στήριξη της οικογένειας ως σύνολο, αποτελούν στόχο της τριτογενούς πρόληψης (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998). Η παραπάνω συγγραφέας έχει κατασκευάσει με την πρωτοβουλία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού μια κλίμακα μέτρησης, γνωστή ως *κλίμακα Αγάθωνος (1995)*, η οποία μπορεί να συνεισφέρει τόσο στη δευτερογενή όσο και στην τριτογενή πρόληψη ως ανιχνευτικό εργαλείο προσδιορίζοντας την «επικινδυνότητα» κάθε γονέα και συνολικά της οικογένειας που έχουν προδιάθεση για σωματική κακοποίηση ή και παραμέληση των παιδιών τους με ακρίβεια που καταγράφεται να ξεπερνά και το 90%. Τα κριτήρια ανίχνευσης κυμαίνονται από χαρακτηριστικά υψηλής, μέτριας έως και χαμηλής προβλεπτικής ικανότητας και συμπεριλαμβάνουν στοιχεία όπως η κακή κατάσταση υγείας του παιδιού, η ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας στους γονείς, οι κακές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς, η ύπαρξη αντίξοων εμπειριών ζωής στους γονείς, η ανεργία των γονέων και ιδιαιτέρως του πατέρα ή η περιστασιακή εργασία, η πολύ νεαρή ηλικία των μητέρων κατά τη γέννηση του παιδιού, η ψυχοκινητική καθυστέρηση του παιδιού, η συνύπαρξη ασθενειών στο παιδί αλλά και γονεϊκά μοντέλα εφαρμογής πειθαρχίας και απαίτησης από το παιδί για άμεση υπακοή.

Πρωταρχικός στόχος δεν είναι ο χαρακτηρισμός ενός γονέα ως «επικίνδυνου» αλλά μάλλον ως ευρισκόμενου «σε υψηλή προτεραιότητα για παροχή βοήθειας» μέσω ενδεικνυόμενων υπηρεσιών για τις οποίες κάθε φορά αποφασίζει η ανάλογη επιστημονική ομάδα (Agathonos-Georgoroulou, 1997). Ωστόσο, σε κάθε περίπτωση η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την όσο το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι (α) η φύση του βασικού προβλήματος (δηλαδή, το είδος της κακοποίησης, ο βαθμός σοβαρότητας, η χρονιότητα εμφάνισης κλπ), (β) η επιθυμία των γονέων να βοηθηθούν, (γ) η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση αλλά και (δ) η επάρκεια των πηγών βοήθειας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

3.1.4. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Ο όρος «καλές πρακτικές» ή «βέλτιστες πρακτικές» ή «αποτελεσματικές πρακτικές» (effective practices), μολονότι έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από διάφορους διεθνείς οργανισμούς, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και εθνικές αρχές, άλλοτε με ταυτόσημες και άλλοτε με διαφορετικές ερμηνείες και κριτήρια, δεν έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Γενικά, χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει *μια δοκιμασμένη διαδικασία ή δράση που έχει αποδείξει στην πράξη ότι είναι περισσότερο αποτελεσματική από άλλες, όταν εφαρμόζεται σε συγκεκριμένες συνθήκες* (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Σε έναν πιο σύντομο ορισμό, καλές πρακτικές είναι *οι προσεγγίσεις εκείνες που δουλεύουν καλά και μπορούν να επαναληφθούν αλλού* (Κονδύλη κ.α., 2010). Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τα κύρια χαρακτηριστικά μιας καλής πρακτικής επικεντρώνονται (α) στην καινοτομία της, δηλαδή, στην πρόταση νέων, δημιουργικών, αλλά και ρεαλιστικών λύσεων, (β) στην αποτελεσματικότητά της, (γ) στη βιωσιμότητά της, δηλαδή, στη διάρκεια των αποτελεσμάτων της, (δ) στη δυνατότητά της για αναπαραγωγή κάτω από τις ίδιες συνθήκες, αλλά και (ε) στις δυνατότητες μεταφοράς και αξιοποίησής της σε διαφορετικά περιβάλλοντα, από νέους χρήστες που θέλουν να την υιοθετήσουν. Εννοείται ότι οι καλές πρακτικές έχουν ως στόχο την δημοσιοποίησή τους, ώστε να γίνονται γνωστές ως πρότυπα και να αποτελούν μάθημα για άλλους φορείς αλλά και να ενσωματώνονται σε νέες πολιτικές. Γεγονός, ωστόσο, παραμένει ότι εάν δεν υπάρξουν ενιαία καθιερωμένα κριτήρια και αυστηρές μέθοδοι αξιολόγησης, οι απόψεις σχετικά με το αν κάποια

πρακτική είναι καλή ή όχι θα εξακολουθούν να είναι υποκειμενικές (Κονδύλη κ.α., 2010).

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες και ανατροφοδοτήσεις όσον αφορά στον τομέα της πρόληψης για την παιδική κακοποίηση προέρχονται μονομερώς από τη Β. Αμερική και τον Καναδά. Η γενική εντύπωση είναι ότι στις χώρες χαμηλής και μεσαίας οικονομικής στάθμης, οι διεθνείς οργανισμοί, οι κυβερνητικές πρωτοβουλίες αλλά και οι ιδιώτες δωρητές για την αντιμετώπιση του φαινομένου στρέφονται όλο και περισσότερο προς την κατεύθυνση της *ενδυνάμωσης ευρύτερων συστημάτων «παιδικής προστασίας» (child protection systems)* (Fluke et al., 2012). Τα συστήματα αυτά αποβλέπουν, εν μέρει, και στην αντιμετώπιση του προβλήματος που αφορά τα περίπου 153 εκατομμύρια παιδιών που, σύμφωνα με τη UNICEF, έχουν χάσει ένα γονιό, 17,8 εκατομμύρια που αναφέρονται να έχουν χάσει και τους δύο γονείς αλλά και πάνω από 2 εκατομμύρια παιδιών που βρίσκονται στη φροντίδα των ιδρυμάτων, μαζί με 100 εκατομμύρια που βρίσκονται στους δρόμους χτυπημένα από φυσικές καταστροφές, σεξουαλική εκμετάλλευση ή καταναγκαστική εργασία –trafficing- (UNICEF, 2012).

Επίσης, παρατηρείται μια νέα στροφή προς τη *θεραπευτική βραχύχρονη προστασία σε μικρές κοινοτικές δομές (meaningful communities of practice)* που σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες και τα τοπικά προγράμματα παρέμβασης λειτουργούν ως θεραπευτικές κοινότητες (Robertson, 2006). Ο χρόνος αυτός της παρέμβασης λειτουργεί καταλυτικά για την έκβαση της πορείας του παιδιού. Πρόκειται για μια πρόκληση κοινωνικής πολιτικής που μπορεί να δώσει το παράδειγμα και στην Ελλάδα διότι με συστράτευση των πολιτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών κλάδων αλλά και των κινημάτων των πολιτών είναι δυνατόν να επιλεγεί το καταλληλότερο σχήμα για την εκάστοτε τοπική κοινωνία και τις ανάγκες της (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998). Παρατηρείται, ακόμα στο εξωτερικό, αποκέντρωση των υπηρεσιών και ανάθεση της ευθύνης της ποιότητας ζωής των πολιτών στον α΄ και β΄ βαθμό της αυτοδιοίκησης. Αυτό προσφέρει μια εξαιρετική ευκαιρία για τη συνεργασία των δομών υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας σε τοπικό επίπεδο έτσι ώστε και οι λύσεις που ανευρίσκονται για κάθε οικογένεια να είναι τοπικές, αμεσότερες στην παρέμβαση αλλά και ευκολότερα αξιολογήσιμες. Παράλληλα, στον Ευρωπαϊκό χώρο έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από

κινήσεις και δίκτυα μη –κυβερνητικών αλλά και μεικτών συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με στόχο την κινητοποίηση των πολιτών για την πρόθηση των δικαιωμάτων των παιδιών και την ανάπτυξη δράσεων σε Ευρωπαϊκό επίπεδο.

Προγράμματα διαφύλαξης και προαγωγής της οικογένειας αναπτύσσονται στην σημερινή Ευρώπη αλλά και στον υπόλοιπο αναπτυγμένο κόσμο με ταχείς ρυθμούς. Στόχος τους είναι η παραμονή του κακοποιημένου παιδιού στην οικογένεια μειώνοντας τον κίνδυνο για το ίδιο και αυξάνοντας τη λειτουργικότητα της οικογένειας. Εναλλακτικά τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν την σποραδική ανακούφιση των φυσικών γονέων με φιλοξένηση του παιδιού από ανάδοχες οικογένειες κατά τα Σαββατοκύριακα ή τις αργίες ή στις περιπτώσεις που οι γονείς το ζητούν. Η εξωοικογενειακή προστασία ενός παιδιού ή τοποθέτησή του σε ίδρυμα επιλέγεται ως έσχατη λύση και προϋπόθεση πριν την τοποθέτηση του παιδιού στο ίδρυμα είναι και πάλι η εμπύχωση, υποστήριξη και ενδυνάμωση της οικογένειας (πρόγραμμα Gatekeeping/ Ισλανδία, Σουηδία). Παράλληλα, η *λειτουργία του θεσμού των οικογενειακών βοηθών* ή εθελοντών που παρέχουν τις υπηρεσίες τους υπό την εποπτεία του αρμόδιου τοπικού κοινωνικού κέντρου έρχεται συνεπικουρικά στα προγράμματα αυτά για να προσφέρει κάλυψη κάποιων αναγκών οι οποίες δεν εντάσσονται στις υπηρεσίες της τοπικής κοινότητας. Όπως έχει παρατηρηθεί, η κινητοποίηση της κοινότητας στα προγράμματα αυτά προκαλεί και την αμφίδρομη κινητοποίηση της οικογένειας ώστε να ενταχθεί στον υγιή κοινωνικό ιστό της κοινότητας και να αναπτύξει μηχανισμούς αυτοφροντίδας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Η σύγχρονη αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών βασίζεται σημαντικά στη *συνεργασία με τους γονείς* αλλά και με την ευρύτερη οικογένεια, τους θετούς και ανάδοχους γονείς αλλά και τους ορισμένους κηδεμόνες των κακοποιημένων παιδιών για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη μελλοντική εξέλιξη της οικογένειας (Robertson, 2006). Το πρόγραμμα «*Διασκέψεων της Οικογενειακής Ομάδας*» (*Family Group Conferences*) εφαρμόζεται ιδιαίτερος και στον Ευρωπαϊκό χώρο, κυρίως στη Μ. Βρετανία, στην Ιρλανδία, στην Ολλανδία και σε σκανδιναβικές χώρες και αποτελεί μια από τις πιο δομημένες εφαρμογές των αρχών της ενδυνάμωσης και της συνεργασίας με τις οικογένειες που έχουν παιδιά σε κρίση. Η παραπομπή πραγματοποιείται με τη συνεργασία των μελών της οικογένειας

και των επαγγελματιών ενώ η προετοιμασία γίνεται από ανεξάρτητο συντονιστή που τακτοποιεί όλα τα πρακτικά θέματα πριν τη συνάντηση της οικογενειακής ομάδας. Τα προγράμματα αυτά έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερος επωφελή στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει η κατάλληλη υπηρεσία να διαχειριστεί το πρόβλημα ή που η υπάρχουσα είναι ανεπαρκής ή όταν οι γονείς είναι απρόθυμοι και αρνούνται να συμμετάσχουν (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Θα υποστηρίζαμε ότι οι παράγοντες που συνέβαλαν διεθνώς προς αυτή τη θεραπευτική στροφή για αξιοποίηση του δυναμικού της ίδιας της οικογένειας οφείλονται σε πλείστες έρευνες στον ευρωπαϊκό χώρο οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμούς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών που μεγάλωσαν σε κλασικά ιδρύματα. Στην πλειοψηφία των ερευνών αυτών διαπιστώθηκε ότι οι επιπτώσεις της ιδρυματικής ζωής στα παιδιά ήταν ανεξίτηλες ενώ, όλα σχεδόν τα παιδιά δεν απέκτησαν εκείνες τις απαραίτητες κοινωνικές δεξιότητες που θα τους έδιναν τις προϋποθέσεις για ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό πλαίσιο. Στην Αμερική σήμερα, λειτουργούν πολλά τέτοια προγράμματα αξιοποίησης των γονέων όπως τα HIPPY, Healthy Families America, Even Start, Head Start και το Parents as Teachers (PAT), τα οποία με επιτυχία έχουν εφαρμοστεί σε πολλές τοπικές κοινωνίες επισημαίνοντας την ανάγκη για ακόμα ισχυρότερες σχέσεις συνεργασίας με τις τοπικές κοινωνικές υπηρεσίες προκειμένου να πετύχουν την πρόιμη παρέμβαση, την ταχύτερη αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αλλά και τους θεραπευτικούς στόχους που τίθενται από κοινού (Robertson, 2006). Η *ανάγκη στενής συνεργασίας προγραμμάτων και τοπικών φορέων* ενισχύεται ταυτόχρονα από τη σταδιακή *αποδυνάμωση του θεσμού της ανάδοχης οικογένειας* που σε προηγούμενες δεκαετίες αντιμετωπιζόταν ως μίας μονομερώς ειδυλλιακή λύση για τα κακοποιημένα παιδιά. Αντίθετα, ωστόσο, από τις διεθνώς υψηλές προσδοκίες, αποκαλύφθηκε σε πολλές περιπτώσεις ότι τα κριτήρια επιλογής των ανάδοχων οικογενειών ήταν πλημελής αλλά και ότι οι ανάδοχοι γονείς πολλές φορές υπέφεραν από ψυχική κόπωση ιδιαίτερος όταν η συμπεριφορά των παιδιών που αναλάμβαναν ήταν ιδιαίτερα δύσκολη σε συνδυασμό με την επαγγελματική τους εξάντληση αλλά και την ακαμψία του συστήματος να τους στηρίξει σε στιγμές που είχαν πραγματική ανάγκη (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1998). Το πρόγραμμα «*Mowgli*» στην Ιταλία είναι ένα ακόμα πρόγραμμα εφαρμογής σε αγροτική περιοχή το οποίο βασίστηκε στη δημιουργία τοπικών δικτύων αλληλεγγύης για τις οικογένειες σε κρίση με κινητοποίηση της τοπικής κοινωνίας και

το συνδυασμό χρήσεων μεθόδων κατ'οίκον φροντίδας και παρακολούθησης αποδεικνύοντας ότι μέσα από τέτοιες δράσεις οι γονείς καταφέρνουν να αποκαταστήσουν τις σχέσεις τους με τα παιδιά τους και να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στα καθήκοντα της φροντίδας τους έτσι ώστε να αποφευχθεί η απομάκρυνση των παιδιών από την οικογένειά τους (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Σημαντική συμβολή προς τη στροφή αυτή της διεθνούς θεραπευτικής κοινότητας στην εφαρμογή προγραμμάτων σε συνεργασία με τοπικούς φορείς κοινωνικών υπηρεσιών προσέφεραν ακόμα, τόσο η υπογραφή της *Σύμβασης του Παιδιού* από όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και ο νέος νόμος για την παιδική προστασία στη Μ. Βρετανία (1989) που ακολούθησε την υπόθεση σεξουαλικής παραβίασης παιδιών ακόμα και σε ανάδοχες οικογένειες. Μέσα από τα 54 συνολικά άρθρα της, η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, αλλάζει άρδην την αντίληψη της κοινωνίας σχετικά με τα παιδιά, τα οποία δεν αποτελούν πλέον ιδιοκτησία των γονιών και των ενηλίκων αλλά είναι αυτόνομες υπάρξεις και υποκείμενα δικαιωμάτων, που δικαιούνται να συμμετέχουν σε όλες τις αποφάσεις που τα αφορούν (ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά τους) και για όλα όσα γίνονται γι' αυτά πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το δικό τους υπέρτατο συμφέρον (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Μολονότι στη χώρα μας παρατηρείται πληθώρα παραβιάσεων των όρων της Σύμβασης στην καθημερινή πρακτική, οι οποίες κυρίως οφείλονται σε ανισότητες που αφορούν στα παιδιά σε σχέση με τα συστήματα εκπαίδευσης, υγείας, πρόνοιας, απονομής δικαιοσύνης, απονομής ασύλου, παιδικής προστασίας αλλά και πρόσβασης στην πληροφόρηση (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου & Τσάγκαρη, 1999), η ψήφιση του Νόμου 3500/2006 «για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας» αποτελεί ένα πρόσθετο θεσμικό εργαλείο ενάντια στην παιδική κακοποίηση (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Στο νέο νόμο η βία ορίζεται και μελετάται ως προς όλες τις μορφές της αλλά και η έννοια της «οικογένειας» διαφοροποιείται και διευρύνεται για να συμπεριλάβει και νέα σύγχρονα σχήματα όπως είναι τα ζευγάρια μονίμων συντρόφων με κοινά παιδιά, παιδιά εξ'υιοθεσίας, παιδιά εξ'ένος των συντρόφων, συγγενείς εξ' αίματος ή εξ' αγχιστείας εφόσον συγκατοικούν κ.λ.π. Οι νέες ρυθμίσεις του νόμου αυτού εισάγουν τον καινοτόμο θεσμό της ποινικής διαμεσολάβησης, ως τρόπου γρηγορότερης διαχείρισης των πλημμελημάτων που τελούνται στο πλαίσιο της ενδοοικογενειακής βίας αλλά και

αποδίδουν ιδιαίτερο ρόλο στους εκπαιδευτικούς για την αποκάλυψη περιστατικών παιδικής κακοποίησης που υποψιάζονται να διαπράττονται σε βάρος μαθητή τους (άρθρο 23).

Έτσι, τα κυρίαρχα μοντέλα για την παιδική προστασία διεθνώς αποτελούν αφ' ενός το μοντέλο της οικογενειακής υποστήριξης, το οποίο δίνει έμφαση στα μέτρα ενίσχυσης της οικογένειας, προκειμένου να διευκολυνθεί η λειτουργία και ο ρόλος της στην ανατροφή των παιδιών, κάτι που απεικονίζεται σε όλες τις έρευνες που προτείνουν τη συνεργασία με τους γονείς για την εξεύρεση λύσεων στα προβλήματα των παιδιών και, αφ' ετέρου, το μοντέλο της διάσωσης των παιδιών, το οποίο αντιπαραθέτει την άποψη ότι εστιάζοντας την προσοχή στη βοήθεια των γονέων, παραμελούνται τα δικαιώματα του παιδιού και το ίδιο τίθεται σε κίνδυνο εξακολουθώντας να ζει σε ένα περιβάλλον κακομεταχείρισης, ανασφάλειας και έλλειψης φροντίδας. Ωστόσο, η βιβλιογραφική μελέτη θα μπορούσε να επιτρέψει την υποστήριξη της θέσης ότι τα σύγχρονα συστήματα παιδικής προστασίας στις κοινωνίες όπου εφαρμόζονται περιλαμβάνουν στοιχεία και από τα δύο μοντέλα και πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπως η Μ. Βρετανία, επιχειρούν τη σύνθεση των δύο προσεγγίσεων (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Η ευρωπαϊκή κοινότητα ενθαρρύνει σήμερα την αύξηση στην τοποθέτηση εξειδικευμένων επαγγελματιών σε διάφορες δομές τοπικής αυτοδιοίκησης αλλά και στους χώρους εκπαίδευσης, οι οποίοι θα είναι σε θέση να πραγματοποιούν έγκαιρα αξιολογήσεις παρέμβασης για παιδιά που είναι τοποθετημένα σε ιδρύματα ή σε ανάδοχες οικογένειες ώστε να αποκαταστήσουν τις ανάγκες που παρουσιάζονται για συνεργασία με εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής, κοινωνικούς λειτουργούς αλλά και για την υποστήριξη της εξέλιξης της φυσικής οικογένειας. Ο ρόλος των εξειδικευμένων επαγγελματιών τονίζεται από όλους σχεδόν τους ερευνητές ώστε να εμπλέξουν τα παιδιά σε ένα διαδραστικό πρόγραμμα ασκήσεων αλλά και τους γονείς σε εκπαιδευτικές ευκαιρίες που θα τους ωθήσουν προς την προσωπική τους ανάπτυξη (Mersky et al., 2011). Το πρόγραμμα «Ενισχύοντας τις δεξιότητες των γονιών» (*Parent Management Training-PMT*), το οποίο εφαρμόζεται στο Βέλγιο υπό την εποπτεία του Διεθνούς Οργανισμού για την Εκπαίδευση των Γονέων (*Federation Internationale pour l' Education des Parents*), αποβλέπει στην αντίστοιχη ενίσχυση των δεξιοτήτων των γονιών που δηλώνουν επιθυμία να αποκτήσουν περισσότερες

πληροφορίες που θα τους βοηθούσαν στην καλύτερη φροντίδα του σπιτιού και των παιδιών τους. Μέσα σε διάστημα τριάντα ετών, ο οργανισμός αυτός στο Βέλγιο έχει αναπτύξει διάφορες μεθόδους κατάρτισης για την πρόληψη των συγκρούσεων μέσα στην ίδια την οικογένεια ή/και μεταξύ συγγενών ενώ οι καλές πρακτικές υιοθετούνται και στη Νορβηγία, σε πρόγραμμα μεγάλης κλίμακας για παιδιά 5-12 ετών με σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς παράγοντας ήδη, πολύ θετικά αποτελέσματα (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Όσον αφορά στις *καλές πρακτικές για την αποϊδρυματοποίηση* και αποκατάσταση των παραμελημένων παιδιών, το ευρωπαϊκό πρόγραμμα Δάφνη II λειτουργώντας με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, εφάρμοσε τον Ιούλιο του 2006 ένα διετές πρόγραμμα για τη βελτίωση του συστήματος της φροντίδας των παιδιών στα ιδρύματα, τη μείωση του αριθμού τους –σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά εμφανίζονται τα παιδιά των Ρομά- , τη μείωση του αριθμού των παιδιών που απομακρύνονται από τις οικογένειές τους για να τοποθετηθούν σε ιδρύματα αλλά και την πραγματοποίηση γενικότερων αλλαγών στο σύστημα παιδικής προστασίας. Με παράλληλη δράση δημιουργήθηκαν ομάδες παροχής βοήθειας στις οικογένειες που αντιμετωπίζουν κίνδυνο απομάκρυνσης των παιδιών αλλά και εκείνων που είχαν ήδη παιδιά σε ιδρύματα και επιθυμούσαν να επιστρέψουν σε αυτούς. Η παροχή νομικών συμβουλών, στήριξης για την ανάπτυξη γονεϊκών ικανοτήτων, υποστήριξης στους γονείς κατά την επικοινωνία τους με τις κρατικές αρχές αλλά και με τα παιδιά τους που βρίσκονται εντός των ιδρυμάτων αλλά και υλική και οικονομική στήριξη ήταν ορισμένες από τις δράσεις που εμπεριέχονταν στο πρόγραμμα, το οποίο αξιοποιώντας το θεσμό των διαμεσολαβητών για τις οικογένειες των Ρομά σημείωσε μεγάλη επιτυχία στην ανάμειξη των γυναικών αυτών σε ομάδες και την καλύτερη επικοινωνία τους με τους κοινωνικούς λειτουργούς των ιδρυμάτων (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011). Παράλληλα, το *Πρόγραμμα Δάφνη* ασχολήθηκε με τη μελέτη για την αποκατάσταση των παιδιών κάτω των 5 ετών που αποχωρούσαν από τα ιδρύματα και ως καλές πρακτικές εκτιμήθηκαν ιδιαίτερος –και για την Ελλάδα- (α) η προετοιμασία του παιδιού και της οικογένειας πριν τη μετακίνηση του παιδιού, (β) η πολιτική στήριξης της σχέσης μεταξύ αδελφών ώστε να τοποθετούνται μαζί και (γ) η συνέχιση της παρακολούθησης της προσαρμογής του παιδιού από τους επαγγελματίες του ιδρύματος στη νέα του ζωή (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 2009). Μολονότι στη χώρα μας η υιοθεσία χαρακτηρίζεται ως μία καλή πρακτική για το συμφέρον του παιδιού, ωστόσο, συνήθως η λύση αυτή είναι επικρατέστερη εξαιτίας της έλλειψης

των υπηρεσιών υποστήριξης της οικογένειας στην κοινότητα και, συνεπεία αυτής, ο φυσικός γονιός παραιτείται υπέρ της λύσης της υιοθεσίας. Ο μη αναπτυγμένος θεσμός της αναδοχής στην Ελλάδα, επίσης, συμβάλλει προς τη λύση αυτή (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

Παράλληλες προτροπές γίνονται από τους κοινωνικούς ερευνητές για τη *δημιουργία καταλληλότερων χώρων εντός των θεραπευτικών ιδρυμάτων*, οι οποίοι θα είναι φιλικοί προς τα παιδιά και θα προσφέρονται για αυθόρμητο παιχνίδι και διάδραση με τους φυσικούς γονείς, τους θετούς γονείς αλλά και τους κηδεμόνες ώστε να διευκολύνεται η παρακολούθηση του παιδιού και η αξιολόγηση της προόδου του (Robertson, 2006). Οι προτάσεις αυτές φυσικά συχνά βρίσκουν εμπόδια υλοποίησης από την εκάστοτε πολιτεία, κυρίως λόγω του κόστους που απαιτείται για την πραγματοποίησή τους μολονότι υπερέχουν κατά πολύ της παραδοσιακής, αναχρονιστικής τοποθέτησης των παιδιών σε ιδρύματα με τους γονείς να βλέπουν το παιδί ως «επισκέπτες» στις καθιερωμένες ημέρες και ώρες μέσα σε κρύες αίθουσες αναμονής (Robertson, 2006). Καθώς οι πιθανότητες παραμονής σε ιδρύματα αυξάνονται για τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά αλλά και για τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ή άλλες αναπηρίες, είναι περισσότερο από βέβαιο ότι η βελτίωση της κατάστασης των κακοποιημένων παιδιών ή των παιδιών που έχουν εγκαταλειφθεί ή αφεθεί σε ιδρύματα λόγω παραμέλησης θα βελτιωθεί μόνο όταν ταυτόχρονα βελτιωθούν οι συνθήκες εντός παρόμοιων ιδρυμάτων ώστε να προσομοιάζουν σε αυτές μιας κανονικής κατά το δυνατόν οικογένειας (Fluke et al., 2012).

Η παραδοχή αυτής της πραγματικότητας οδήγησε στην αποτύπωση και καταγραφή, το 2007, ενός *Οδηγού για την Αποϊδρυματοποίηση και τη μετεξέλιξη των ιδρυμάτων για παιδιά*, ο οποίος και χρησιμοποιήθηκε ευρέως ως εγχειρίδιο σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Ο Οδηγός αυτός, που αποτελεί παράδειγμα καλής πρακτικής, διατυπώνεται ως ένα *Σχέδιο Δράσης με Δέκα Βήματα* και μπορεί να εφαρμοστεί σε χώρες με ανάλογες συνθήκες, με μικρές μόνο προσαρμογές. Το πρώτο βήμα αφορά στην ευαισθητοποίηση των ασκούντων πολιτική και των επαγγελματιών κλειδιά σχετικά με την ανάγκη κατάργησης των ιδρυμάτων ή μετεξέλιξής τους σε μικρές οικογενειακές μονάδες, εστιάζοντας στις συνέπειες της ιδρυματικής φροντίδας των παιδιών. Το δεύτερο βήμα αφορά στη διαχείριση της διαδικασίας της αποϊδρυματοποίησης. Το τρίτο βήμα αναφέρεται στον έλεγχο της ποιότητας σε

εθνικό επίπεδο, με ανάλυση των χαρακτηριστικών στοιχείων και αριθμών σε ιδρύματα και τις εναλλακτικές υπηρεσίες που διατίθενται. Το τέταρτο βήμα αναφέρεται στην ανάλυση σε επίπεδο ιδρύματος των αναγκών των παιδιών. Το πέμπτο βήμα αφορά στο σχεδιασμό εναλλακτικών υπηρεσιών που χρειάζονται για να σταματήσουν οι τοποθετήσεις παιδιών σε ιδρύματα. Το έκτο βήμα αναφέρεται στον προγραμματισμό για τη μεταβίβαση των πόρων που θα χρειαστούν για τις νέες υπηρεσίες. Το έβδομο βήμα αφορά την προετοιμασία για τη μετακίνηση του παιδιού, το όγδοο βήμα την προετοιμασία του προσωπικού, που περιλαμβάνει και την ενθάρρυνσή του για περαιτέρω εκπαίδευση ώστε να μπορεί να εργαστεί στο καινούριο πλαίσιο. Το ένατο βήμα αναφέρεται στην εκτίμηση των οικονομικών παραμέτρων και το δέκατο βήμα στην παρακολούθηση και αξιολόγηση του νέου πλαισίου στο οποίο τοποθετείται το παιδί, δηλαδή, στην παρακολούθηση της ίδιας της ανάπτυξής του, της φυσικής και ψυχικής του υγείας, της ικανότητας των φροντιστών να καλύψουν τις εξατομικευμένες του ανάγκες καθώς και της υποστήριξης για την επιτυχία της τοποθέτησης, ώστε αυτή να έχει αίσια έκβαση (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 2009, σ.293).

Ειδικότερα για την καταπολέμηση των περιστατικών της κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών που διαμένουν σε ιδρύματα, στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Daphnee, έχουν προταθεί ως καλές πρακτικές μεταξύ άλλων:

(α) η αξιοποίηση εθελοντών, ώστε να αποτελούν ένα σταθερό δίκτυο εξωιδρυματικών προσώπων αναφοράς για τα προστατευόμενα παιδιά και να υποστηρίζουν τις λειτουργίες του ιδρύματος, (β) η εκπαίδευση φροντιστών όπως είναι οι «μητέρες» στα ελληνικά παιδικά χωρία «SOS» αλλά και οι παιδαγωγοί των λοιπών ιδρυμάτων, (γ) η ειδίκευση του/της ψυχολόγου και του/της κοινωνικού λειτουργού του ιδρύματος και η διαρκή συνεργασία τους με εμπειρογνώμονες, ιδρύματα και υπηρεσίες, (δ) η ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών ώστε να προσφερθούν σε αυτά όσο το δυνατόν περισσότερες δυνατότητες ανάπτυξης της ατομικής ταυτότητας και του αυτοσεβασμού, με αποτέλεσμα τα παιδιά να διεκδικούν την προσωπική τους ασφάλεια και να μην ενδίδουν σε κάθε είδους παρενοχλήσεις από ενήλικες ή συνομηλίκους, (ε) ο θεσμός της αναδοχής ως μέσου αποϊδρυματοποίησης και καλύτερης εποπτείας της ζωής και της ανάπτυξης των παιδιών τόσο για το χρονικό διάστημα κατά το οποίο διαμένουν στο ίδρυμα, όσο και μετά τη μονιμότερη τοποθέτησή τους σε ανάδοχη οικογένεια, μπορεί να προσφέρει

στα παιδιά, με όποια μορφή κι αν λάβει – βραχυπρόθεσμη, μακροπρόθεσμη, σταθερή φιλοξενία σε αργίες, σταθερή εξωϊδρυματική σχέση με ενήλικο πρόσωπο ή οικογένεια-, ένα πλέγμα προσωπικών σχέσεων που επιτρέπει την ομαλότερη ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη.

Από όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, ο θεσμός της αναδοχής λειτουργεί ελάχιστα στην Ελλάδα, λόγω των δυσκολιών χρηματοδότησης που επιδρούν απαγορευτικά στη διατήρηση της αναγκαίας εποπτείας. Απουσιάζει ακόμα, το θεσμικό πλαίσιο που θα διευκόλυνε τις διαδικασίες αναδοχής. Δυστυχώς η αναδοχή ως σημαντική δίοδος αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικής επανένταξης του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού επαφίεται στη διάθεση κάθε φορέα παιδικής προστασίας και δεν μεθοδεύεται από τις δημόσιες υπηρεσίες. Ως δίοδος αποϊδρυματοποίησης θεωρείται ότι αφορά κυρίως στην πρωτοβάθμια πρόληψη αλλά συντελεί και στα άλλα δύο στάδια πρόληψης με τις πληροφορίες που συχνά τα παιδιά εμπιστεύονται στους αναδόχους αλλά και τις δικές τους παρατηρήσεις σε λεπτομέρειες της συμπεριφοράς των παιδιών. Τα ιδρύματα που εφαρμόζουν προγράμματα φιλοξενιών και αναδοχής εμπλουτίζουν τη λειτουργία τους με τη δημιουργική εμπλοκή εθελοντών στη φροντίδα του παιδιού. Με τη συνεργασία των παραπάνω το παιδί θεωρείται ότι αξιοποιεί καλύτερα την παραμονή του στο ίδρυμα χωρίς να νιώθει τόσο εγκλωβισμένο. Τα ιδρύματα, με τη σειρά τους, λειτουργούν σε σχέσεις περισσότερο ανοικτές προς την κοινότητα και στηρίζονται από αυτήν όλο και περισσότερο στο φάσμα των δράσεων και των πολλαπλών αναγκών τους.

Τέλος, στις καλές πρακτικές που συμβάλλουν στην πρόληψη της κακοποίησης των παιδιών που ζουν σε ιδρύματα μπορούν ακόμα, να συμπεριληφθούν (α) η ενημέρωση των παιδιών για το θεσμό του Συνηγόρου του Παιδιού με έκδοση και διανομή στα ιδρύματα ειδικά σχεδιασμένου ενημερωτικού υλικού και επίσκεψη-ενημέρωση του ίδιου του Συνηγόρου με παροχή πληροφόρησης στα παιδιά για τον ρόλο του, (β) η υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας μέσω των Κέντρων Πρόληψης που λειτουργούν στους Δήμους με παράδειγμα για την Ελλάδα το πρόγραμμα «Στέκομαι στα Πόδια μου» που έχει εφαρμοστεί σε ορισμένα ιδρύματα, το οποίο και πραγματοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένους ψυχολόγους σε σειρά ομαδικών συνεδριών σε παιδιά των ιδρυμάτων με στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της αυτογνωσίας τους, (γ) η εκπαίδευση των παιδιών στα ανθρώπινα δικαιώματα

βασισμένη σε μία πρακτική βιωματικών ασκήσεων των εκδόσεων του Συμβουλίου της Ευρώπης COMPASS, οι οποίες αφορούν διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων του ανθρώπου με ειδική αναφορά μεταξύ των άλλων και στην κακοποίηση του παιδιού, (δ) ο ρόλος του Επιτρόπου της Πρόνοιας για τον έλεγχο της λειτουργίας των ιδρυμάτων με σκοπό τον εντοπισμό των προβλημάτων και την συγκέντρωση των κοινών αναγκών. Ο Επίτροπος Πρόνοιας είναι ένας θεσμός που η ενίσχυσή του θα μπορούσε να βοηθήσει την παρέμβαση και στα τρία επίπεδα πρόληψης της παρενόχλησης μέσα στα ιδρύματα καθώς παρακολουθεί τις ενέργειες βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών προς τα παιδιά, οργανώνει την επιμόρφωση των στελεχών των ιδρυμάτων, επιμελείται την τήρηση των γενικών κανόνων λειτουργίας ώστε να υλοποιείται το σύγχρονο πνεύμα φροντίδας των παιδιών (Πρόγραμμα Darnee, 2010).

ΜΕΡΟΣ Β - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση που υιοθετείται από την παρούσα μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων έγινε τον Δεκέμβριο του 2012 από το Δημοτικό Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Στυλιανός».

4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διαπιστωθεί ο βαθμός της κακοποίησης ανηλίκων που βρέθηκαν στον παρόν Ίδρυμα, ποιοι ήταν οι δράστες καθώς επίσης και ποιοι ήταν οι λόγοι που τους οδήγησαν στην κακοποίηση.

4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα ερευνητική προσέγγιση αποτελεί μία ποιοτική έρευνα που στοχεύει στην περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων και καταστάσεων, απαντώντας κυρίως στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί» (Ιωσηφίδης 2001).

Πολλά ερευνητικά ερωτήματα και προσεγγίσεις αναφέρονται σε κοινωνικά φαινόμενα, ομάδες και καταστάσεις για τα οποία ο βασικός στόχος είναι η

διερεύνηση και η ανάλυση της δομής και λειτουργίας τους καθώς και των κοινωνικών σχέσεων (αίτια, συσχετίσεις, συνέπειες) που τα χαρακτηρίζουν και όχι η απλή αναγωγή τους σε μετρήσιμες ποσότητες.

Τα βασικότερα μεθοδολογικά εργαλεία άντλησης γνώσης από το ερευνητικό πεδίο, στα πλαίσια μιας ποιοτικής έρευνας είναι

- η συμμετοχική παρατήρηση,
- η συνέντευξη έρευνας,
- η βιογραφική ανάλυση,
- η ιστορική συγκριτική μέθοδος,
- η ανάλυση περιεχομένου,
- η μελέτες περίπτωσης,
- η έρευνα με την βοήθεια ομάδων (σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται και οι ομάδες εστίασης)

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν συνδυαστικά οι μέθοδοι της ανάλυσης του αρχαικού περιεχομένου του Ιδρύματος και οι συνεντεύξεις των υπευθύνων.

4.4 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

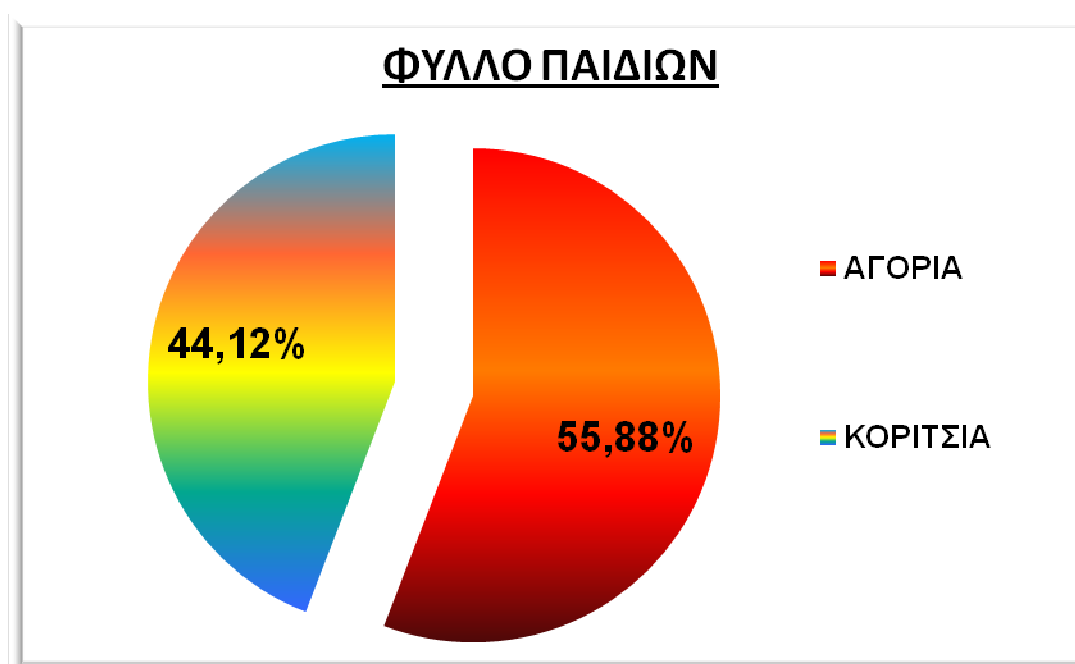
Το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι ανήλικα παιδιά τα οποία έχουν υποστεί μία ή και περισσότερες μορφές κακοποίησης από τους γονείς τους, συγγενείς ή και αγνώστους ανθρώπους και τα οποία είχαν μεταφερθεί στο Ίδρυμα. Στο σύνολο τους είναι **34 παιδιά** με πλήρη στοιχεία από τον φάκελο τους , από τα οποία τα 23 είχαν και αδέρφια τα οποία και εκείνα υπέστησαν κάποια μορφή κακοποίησης (έχουμε ελλιπή στοιχεία για αυτά τα παιδιά, απλά θα τα αναφέρουμε).

4.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο Κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται , αναλύονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της αρχαικής έρευνας, η οποία διεξήχθη τον Δεκέμβριο του 2012 από το Δημοτικό Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Στυλιανός».

1)ΤΟ ΦΥΛΛΟ

Αρχικά , θα ξεκινήσουμε με το φύλλο των παιδιών τα οποία καταγράφηκαν από τα αρχεία του Ιδρύματος. Να επαναλάβουμε σε αυτό το σημείο πως τα παιδιά ήταν 34 με τα πλήρη χαρακτηριστικά, άρα N=34. Από αυτά τα παιδιά η πλειοψηφία τους ήταν αγόρια σε ποσοστό 55,88% δηλαδή N=19 από τα 34. Τα κορίτσια από την άλλη ήταν N=13 άρα το ποσοστό τους ανέρχεται στο 44,12%.



Γράφημα 1: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς το φύλλο του δείγματος.

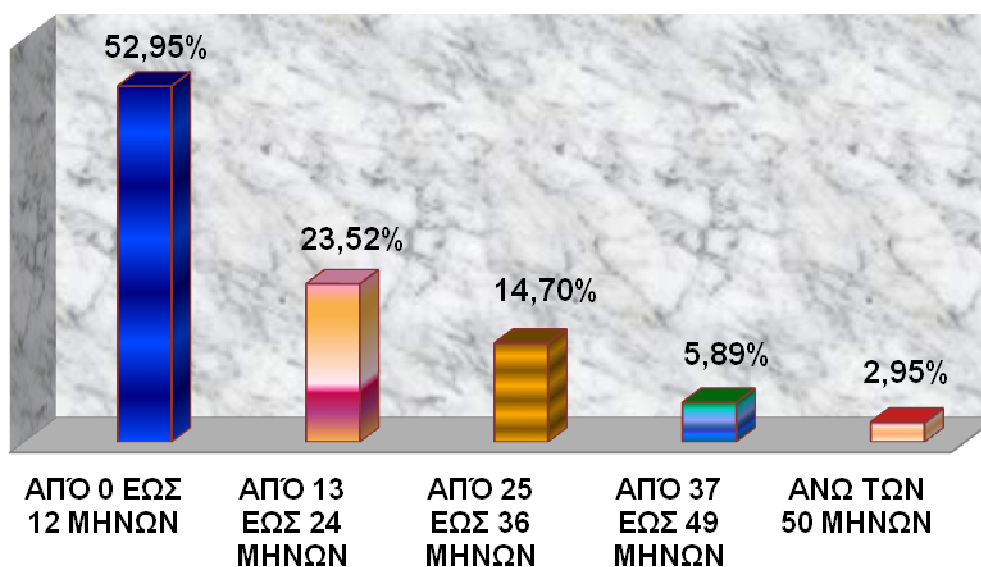
2)ΗΛΙΚΙΑ

Στη συνέχεια θα αναλύσουμε την ηλικία του δείγματος μας. Όπως αναφέρει και ο τίτλος της εργασίας «Κακοποίηση ανηλίκων», το δείγμα είναι ανήλικο. Για να διαχωρίσουμε την ηλικία , δημιουργήσαμε ένα ηλικιακό φάσμα πέντε (5) κατηγοριών οι οποίες είναι οι εξής:

- 1) Από 1 έως 12 μηνών
- 2) Από 13 έως 24 μηνών
- 3) Από 25 έως 36 μηνών
- 4) Από 37 έως 49 μηνών και
- 5) Άνω των 50 μηνών

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ανήκων στην 1^η κατηγορία από 1 έως 12 μηνών σε ποσοστό 52,95% (N=18 παιδιά), στη δεύτερη θέση είναι τα παιδιά ηλικίας από 13 έως 24 μηνών με ποσοστό 23,52% (N=8) , ενώ στην 3^η θέση με ποσοστό 14,70% και N=5 παιδιά είναι ηλικίας από 25 έως 36 μηνών. Μόνο δύο (N=2) ήταν τα παιδιά με ηλικία από 37 έως 49 μηνών (5,89%) , ενώ μόλις ένα (N=1) άνω των 50 μηνών με ποσοστό 2,94%.

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ



Γράφημα 2: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς την ηλικία του δείγματος.

Αξίζει να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο, τον Γενικό Μέσο Όρο των ηλικιών των παιδιών, αλλά και για κάθε φύλλο χωριστά.

Ο Γενικός Μέσος Όρος των ηλικιών όλων των παιδιών είναι 16,20 μηνών, ενώ πιο συγκεκριμένα των αγοριών είναι 17,7 μηνών και των κοριτσιών είναι 16,5 μηνών. Η μεγαλύτερη τιμή ηλικίας που παρατηρήθηκε είναι 60μηνών και ανήκει σε κοριτσάκι, ενώ η μικρότερη είναι λίγων ημερών (0 μηνών) και παρατηρήθηκε μία φορά σε αγόρι και μία φορά σε κορίτσι.

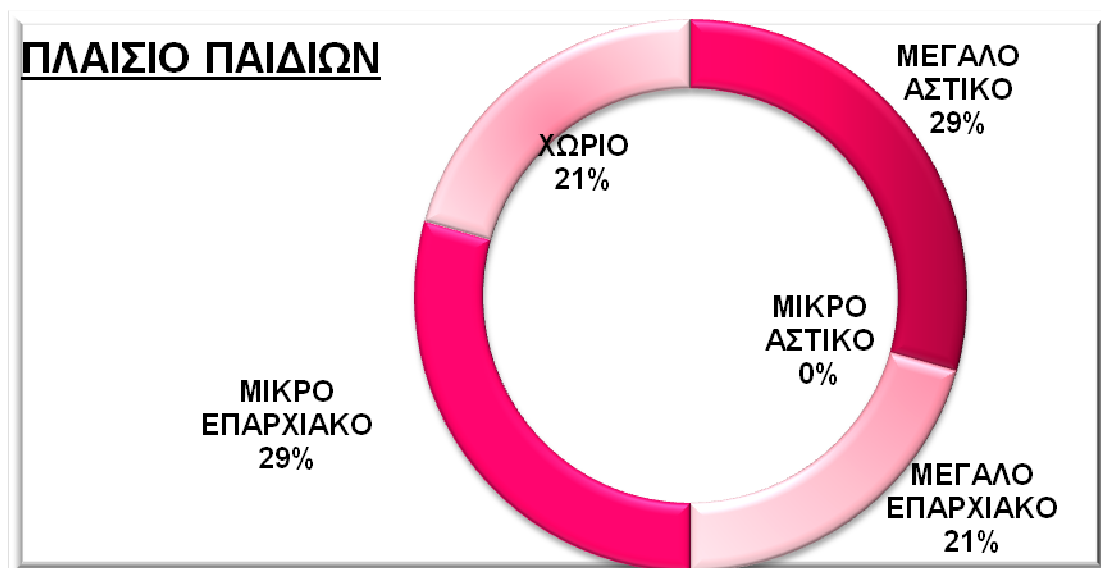
3) ΠΛΑΙΣΙΟ

Συνεχίζουμε με το πλαίσιο των παιδιών για να δούμε πόσα από αυτά διέμεναν σε αστικό ή επαρχιακό κέντρο, ή ακόμη και σε χωριό. Σύμφωνα με τις πληροφορίες που συλλέξαμε, πέντε ήταν τα πλαίσια των παιδιών και ήταν τα εξής:

- Μεγάλο αστικό κέντρο
- Μικρό αστικό κέντρο

- Μεγάλο επαρχιακό κέντρο
- Μικρό επαρχιακό κέντρο
- Χωριό

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών διέμεναν σε μεγάλο αστικό και σε επαρχιακό κέντρο σε ποσοστό ισότιμο και τα δύο 29,41% (N=10 για το καθένα). Στην συνέχεια βρίσκονται πάλι με ισοψηφία τα μικρά επαρχιακά κέντρα και το χωριό με ποσοστό 20,59% το καθένα και N=7. Συνολικά να πούμε πως τα πρώτα 2 έχουν αποτέλεσμα 58,82% ($29,41 \times 2 = 58,82$) και τα άλλα δύο 41,18% (αφού $20,59 \times 2 = 41,18$). Τέλος, να αναφέρουμε πως κανένα από τα παιδιά δεν κατοικούσε σε μικρό αστικό κέντρο.



Γράφημα 3: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς το πλαίσιο του δείγματος.

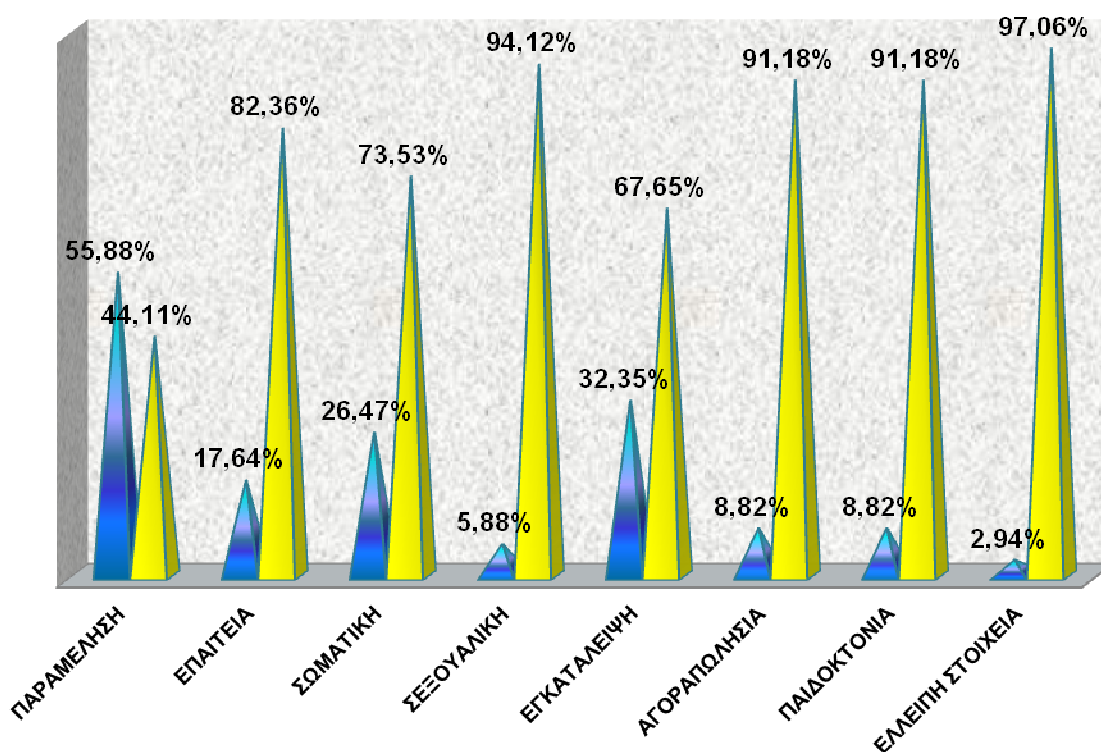
4)ΕΙΔΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Συνεχίζοντας την ανάλυση των αποτελεσμάτων, θα αναφερθούμε στο είδος της κακοποίησης που υπέστησαν τα παιδιά, είτε από τους γονείς τους, είτε από άλλο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο, είτε ακόμη και από έναν άγνωστο δράστη. Αξίζει να τονίσουμε, πως σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέξαμε, η συντριπτική πλειοψηφία των παιδιών έχει υποστεί περισσότερα από ένα είδος κακοποίησης. Όπως μπορούμε να δούμε στο Γράφημα 4, η πλειονότητα των παιδιών έχουν βιώσει την παραμέληση (ποσοστό 55,88%, N=19) και την εγκατάλειψη σε ποσοστό 32,35% (N=11). Το είδος

της κακοποίησης που ακολουθεί είναι η σωματική κακοποίηση, κυρίως οι πράξεις βίας προς το παιδί, με ποσοστό 26,47% και N=9. Ακολουθεί στην 4^η θέση της λίστας της κακοποίησης, με ποσοστό 17,64% και N=6, η επαιτεία (ζητιανιά) του παιδιού, που το έχει υποχρεώσει ο γονιός να το κάνει, είτε γιατί το κάνει και ο ίδιος, είτε γιατί υπάρχει σοβαρό οικονομικό πρόβλημα στην οικογένεια. Στην συνέχεια και στην 5^η θέση της λίστας ισοψηφούν δύο είδη, η αγοραπωλησία και η παιδοκτονία των παιδιών με ποσοστό 8,82% και N=3. Η αγοραπωλησία είχε ως στόχο την πώληση του παιδιού με στόχο την οικονομική αμοιβή. Στις δύο από τις τρεις περιπτώσεις του δείγματος, επετεύχθη η αγοραπωλησία από τους γονείς αλλά βρέθηκαν τα παιδιά, ενώ οι γονείς συνελήφθησαν από την Αστυνομία, ενώ στην μία περίπτωση δεν βρέθηκε το παιδί. Στην περίπτωση της παιδοκτονίας στις δύο από τις τρεις περιπτώσεις σκότωσαν τα παιδιά τους οι γονείς, ενώ σε μία περίπτωση έγινε απόπειρα παιδοκτονίας, η οποία δεν επετεύχθη. Επιπλέον, υπήρχαν και 2 από τα 34 παιδιά, ποσοστό 5,88%, αδέλφια μεταξύ τους, τα οποία ήταν εκτεθειμένα σε σεξουαλική εκμετάλλευση, λόγω της πολύ μεγάλης παραμέλησης τους από τους γονείς τους. Τέλος, για ένα από τα παιδιά έχουμε ελλιπή στοιχεία και δεν γνωρίζουμε ακριβώς πιο ήταν το είδος της κακοποίησης που υπέστη.

ΕΙΔΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

■ ΝΑΙ ■ ΟΧΙ



Γράφημα 4: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς το είδος ή τα είδη της κακοποίησης που υπέστη το δείγμα.

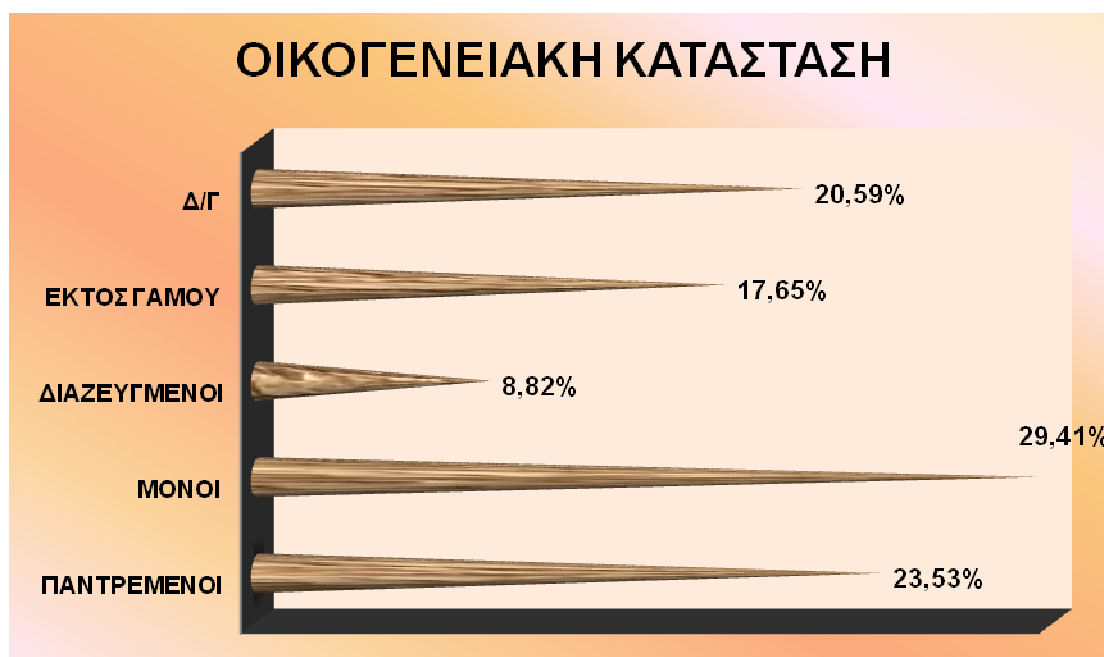
5) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Εν συνεχεία, θα αναλύσουμε την οικογενειακή κατάσταση των γονέων, αν δηλαδή ήταν:

- παντρεμένοι,
- μαζί αλλά εκτός γάμου,
- μόνοι οι οποίοι είτε έχουν χηρέψει, έχουν εγκαταλειφθεί ή ο άλλος γονιός είναι σε κάποιο ίδρυμα (σωφρονιστικό, ψυχιατρικό κ.α.),
- διαζευγμένοι ή
- δεν γνωρίζουμε γιατί έχουμε ελλιπή στοιχεία

Όπως μπορούμε να δούμε στο Γράφημα 5 που ακολουθεί, η πλειοψηφία των οικογενειών με ποσοστό 29,41% (N=10), ήταν μονογονεϊκές, δηλ. με έναν γονιό, είτε γιατί ο ένας από τους δύο είχε αποβιώσει ή βρισκόταν σε κάποιο

σωφρονιστικό ή ψυχιατρικό ίδρυμα ή ακόμη είχε εγκαταλείψει τον άλλον. Στην συνέχεια βρίσκονται οι παντρεμένοι γονείς με ποσοστό 23,53% και N=8. Αξίζει να τονίσουμε πως σε αρκετά περιστατικά κακοποίησης των παιδιών της έρευνας μας, και συγκεκριμένα σε 7 (ποσοστό 20,59%) δεν έχουμε στοιχεία για την οικογενειακή κατάσταση των γονέων, καθώς δεν αναφέρεται στον φάκελο του παιδιού. Στη συνέχεια ακολουθούν οι γονείς οι οποίοι είναι μαζί αλλά εκτός γάμου με ποσοστό 17,65% (N=6) και τέλος είναι οι διαζευγμένοι με ποσοστό 8,82% και N=3.



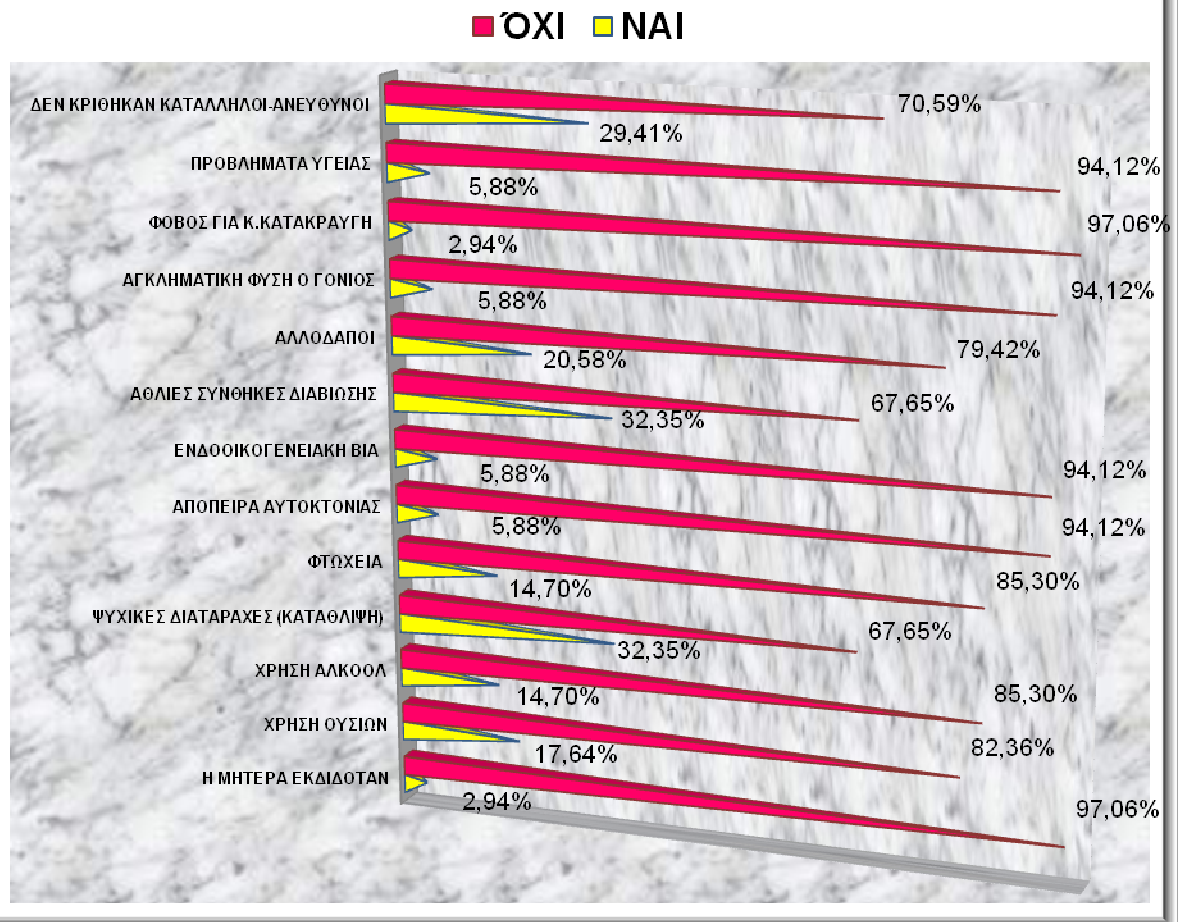
Γράφημα 5: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς την οικογενειακή κατάσταση των γονέων του δείγματος.

6) Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

Στη συνέχεια της ανάλυσης μας, θα αναφερθούμε αναλυτικά στην κατάσταση στην οποία βρισκόταν οι γονείς οι οποίοι διέπραξαν κάποιο είδος κακοποίησης στα παιδιά τους. Οι εμπλεκόμενοι γονείς βρισκόταν σε άσχημη ψυχολογική, οικονομική και ψυχική κατάσταση και αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι βρισκόταν σε πολλές άσχημες καταστάσεις ταυτόχρονα. Ένα παράδειγμα το οποίο συναντήσαμε αρκετές φορές, είναι η μητέρα να εκδίδεται για να κερδίσει χρήματα, να έχει ψυχικές διαταραχές (όπως η κατάθλιψη) και να κάνει ταυτόχρονα χρήση ουσιών και αλκοόλ. Στο Γράφημα 6 που ακολουθεί φαίνονται αναλυτικά οι καταστάσεις των γονέων (με το κίτρινο χρώμα που είναι η θετική απάντηση). Οι περισσότεροι γονείς, και

συγκεκριμένα οι 11 από τους 34 (το 1/3 των γονέων) και σε ποσοστό 32,35%, είχαν ψυχολογικές διαταραχές και έπασχαν από κατάθλιψη. Η αρρώστια τους αυτή τους έκανε να αδιαφορούν για τα παιδιά τους, να τα παραμελούν σε μεγάλο βαθμό και εκείνα να ζούνε σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης, χωρίς νερό, ηλεκτρικό και θέρμανση σε μη βιώσιμες κατοικίες. Στην δεύτερη θέση με ποσοστό 29,41% και N=10 είναι οι ανεύθυνοι γονείς, οι οποίοι με τις ενέργειες που είχαν διαπράξει, όπως σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, καθώς επίσης και με την παραμέληση ή την εγκατάλειψη που διέπραξαν προς τα παιδιά τους, κρίθηκαν ακατάλληλοι για την ανατροφή τους και το Δικαστήριο τους πήρε την επιμέλεια των παιδιών τους και τα μετέφεραν σε Ίδρυμα, από το οποίο άλλα υιοθετήθηκαν και άλλα όχι. Αρκετοί επίσης, ήταν οι γονείς που έκαναν χρήση ουσιών και αλκοόλ. Χρήση ναρκωτικών ουσιών έκαναν 6 γονείς με ποσοστό 17,64%, ενώ χρήση αλκοόλ 5 γονείς με ποσοστό 14,70%. Οι 2 από τις προαναφερθείς περιπτώσεις έκαναν μαζί χρήση ναρκωτικών και αλκοόλ, με αποτέλεσμα να επιχειρήσουν να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας (N=2 ποσοστό 5,88%) μπροστά στα μάτια των παιδιών τους. Ένας άλλος παράγοντας που «ώθησε» τους γονείς να κακοποιήσουν τα παιδιά τους με την επαιτεία, είναι η φτώχεια που βίωναν ως οικογένεια. Μη έχοντας άλλους πόρους, ωθούσαν τα παιδιά τους στην επαιτεία, αφού ήταν και οι ίδιοι επαίτες σε ποσοστό 14,70% (N=5 γονείς). Επιπλέον, μία μητέρα (N=1 ποσοστό 2,94%) εκδιδόταν για να εξασφαλίσει τα προς το ζην. Από το δείγμα που συλλέξαμε, 2 από τους γονείς των παιδιών, ήταν εγκληματικές φυσιογνωμίες (με απόπειρες ανθρωποκτονίας, φυλάκιση κ.α.) και χρησιμοποιούσαν πράξεις βίας στην σύζυγο τους (ποσοστά 5,88% + 5,88% N=2+2=4). Τέλος, μία μητέρα, επειδή είχε το παιδί εκτός γάμου και ο πατέρας δεν ήθελε να το αναγνωρίσει, φοβόταν για την κοινωνική κατακραυγή του κόσμου (N=1 ποσοστό 2,94%). Αξίζει επίσης να αναφέρουμε πως από τους 34 γονείς των παιδιών του δείγματος, οι 7 (ποσοστό 20,58%) ήταν αλλοδαποί, οι περισσότεροι από αυτούς αθίγγανοι. Αυτό θα εξετάσουμε στη συνέχεια αν έχει σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης των παιδιών, καθώς επίσης και με το είδος της κακοποίησης που υπέστησαν.

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΟΝΕΩΝ (ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ-ΨΥΧΙΚΗ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ)



Γράφημα 6: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς την ψυχολογική, οικονομική και ψυχική κατάσταση των γονέων του δείγματος.

7) Ο ΔΡΑΣΤΗΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Αφού έχουμε δει μέχρι στιγμής τα ποιοτικά χαρακτηριστικά των παιδιών και των γονέων, και αναδείξαμε και το είδος της κακοποίησης των παιδιών, στη συνέχεια θα αναλύσουμε την ταυτότητα του δράστη, που έκανε την πράξη. Οι κατηγορίες είναι 4 και είναι οι εξής:

- Ο γονέας / οι γονείς
- Φίλος ή ο σύντροφος των γονέων
- Άλλος συγγενής
- Άγνωστος

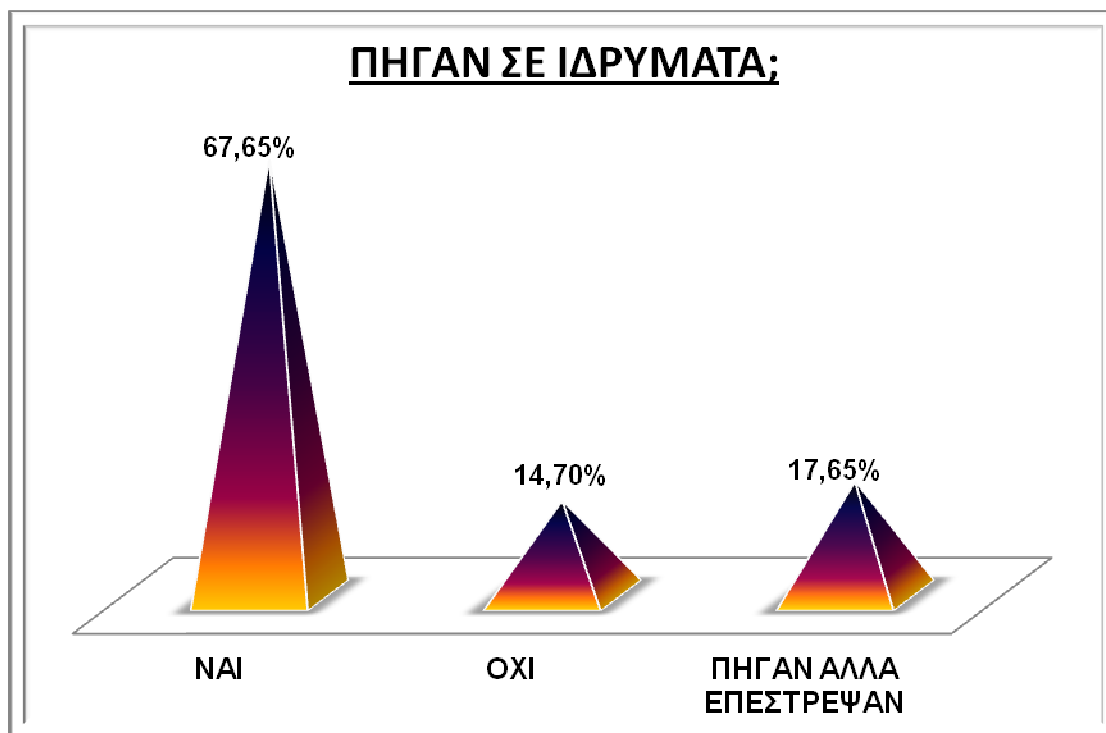
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η συντριπτική πλειοψηφία των δραστών της κακοποίησης ανήκουν στον ένα από τους δύο γονείς της οικογένειας, με ποσοστό 91,18% (N=31). Στις άλλες τρεις κατηγορίες παρατηρήθηκε από μία περίπτωση (N=1) με ποσοστό 2,94% (3 X 2,94%= 8,82%).



Γράφημα 7: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς την ταυτότητα του δράστη , ο οποίος κακοποίησε τα παιδιά του δείγματος.

8)ΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΠΗΚΑΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ;

Μετά από τις βάνουσες κακοποιήσεις που υπέστησαν τα παιδιά του δείγματος, παρενέβη ο Εισαγγελέας και πήρε τις επιμέλειες των παιδιών από τους γονείς, αφού είχαν πρώτα κριθεί ακατάλληλοι για την σωστή ανατροφή των παιδιών τους. Όλα αυτά τα παιδιά που μπήκαν στα Ιδρύματα, άλλα υιοθετήθηκαν από άλλες οικογένειες και άλλα όχι, όπως θα δούμε παρακάτω. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, 23 από τα 34 παιδιά μπήκαν σε ιδρύματα (ποσοστό 67,65%) ενώ 5 παιδιά δεν μπήκαν (14,70%), είτε γιατί δεν ήθελαν οι γονείς, είτε γιατί μπήκαν σε Νοσοκομεία, λόγω της έντονης σωματικής κακοποίησης που είχαν υποστεί. Σε μία περίπτωση κιόλας, το παιδί δεν άντεξε τα πολλαπλά χτυπήματα και υπέκυψε στα τραύματα του. Αξίζει τέλος να αναφέρουμε, πως 6 παιδιά , ποσοστό 17,65%, ενώ εισήλθαν σε κάποιο ίδρυμα, βγήκαν και επέστρεψαν στην οικογένεια τους.



Γράφημα 8: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς το αν εισήλθαν τα κακοποιημένα παιδιά του δείγματος στο Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Στυλιανός».

9)ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΝ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ ΥΙΟΘΕΤΗΘΗΚΑΝ;

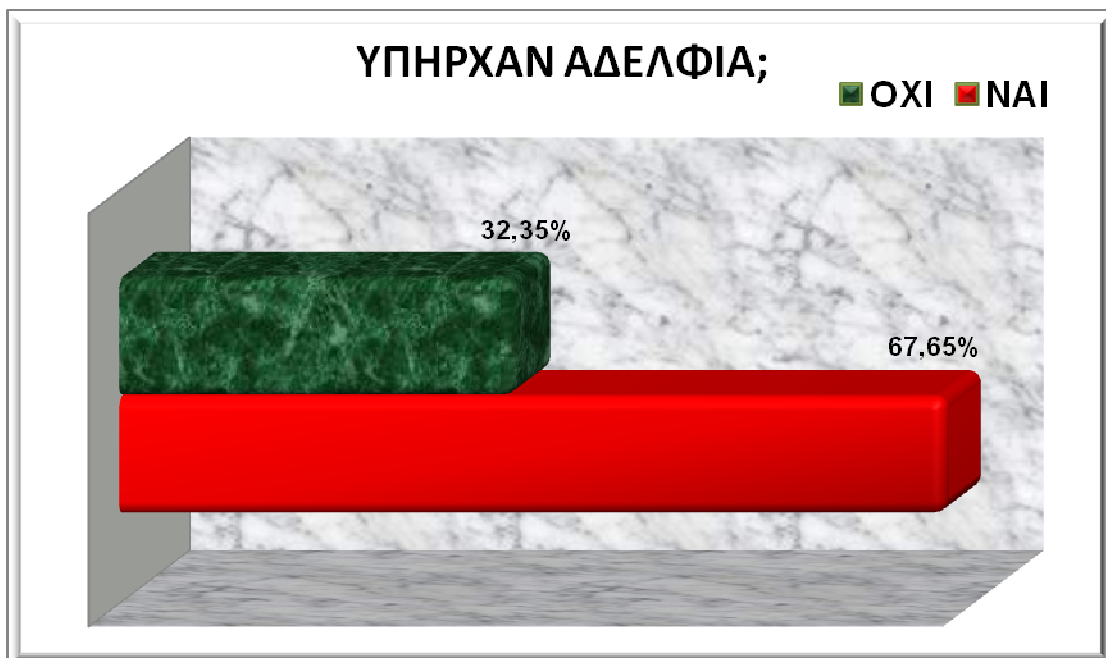
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη , από τα 34 παιδιά του δείγματος, τα περισσότερα (67,65% N=23) μπόηκαν σε κάποιο ίδρυμα (βλ. Γράφημα 8) και εκεί είχαν την ευκαιρία να υιοθετηθούν από κάποια άτεκνη οικογένεια. Έτσι λοιπόν, η πλειοψηφία αυτών των παιδιών , και συγκεκριμένα το 73,91% (N=17 δηλ. τα 17 από τα 23 παιδιά) υιοθετήθηκαν άμεσα μέσα σε λίγες μέρες ή μήνες. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 6 παιδιά (ποσοστό 26,09%) δεν υιοθετήθηκαν μέχρι τη στιγμή που διεξήχθη η έρευνα αρχείου στο Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Στυλιανός». Στο Γράφημα 9 που ακολουθεί, βλέπουμε τα ποσοστά των παιδιών που είτε υιοθετήθηκαν, είτε όχι.



Γράφημα 9: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς τον αριθμό των παιδιών που υιοθετήθηκαν ή όχι στο Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Στυλιανός».

10)ΥΠΗΡΧΑΝ ΑΔΕΛΦΙΑ, ΚΑΙ ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ;

Σύμφωνα με τα στοιχεία από το δείγμα της παρούσας έρευνας, η πλειοψηφία των παιδιών , και συγκεκριμένα το 67,65% (N=23 από τα 34), είχαν αδέρφια, ενώ το 32,53% (N=11) δεν είχαν όπως φαίνεται και στο Γράφημα 10 παρακάτω.



Γράφημα 10: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς το αν είχαν αδέρφια τα κακοποιημένα παιδιά του δείγματος.

Πιο συγκεκριμένα:

- 1 με 2 αδέρφια είχαν τα 12 από τα 23 παιδιά (ποσοστό 35,30%)
- 3 με τα αδέρφια είχαν τα 4 παιδιά από τα 23 (ποσοστό 11,77%)
- 5 με 6 αδέρφια είχαν τα 5 από τα 23 παιδιά (ποσοστό 14,70%)
- Άνω των 7 αδελφών είχε ένα παιδί (ποσοστό 2,94%),
- Ενώ δεν γνωρίζουμε αν είχε αδέρφια για ένα παιδί του δείγματος (ποσοστό 2,94%).

Τέλος, να αναφέρουμε ακόμη μία φορά πως το 32,35% των παιδιών (N=11) δεν είχαν αδέρφια ή δεν αναφέρθηκε στα στοιχεία που συλλέξαμε.

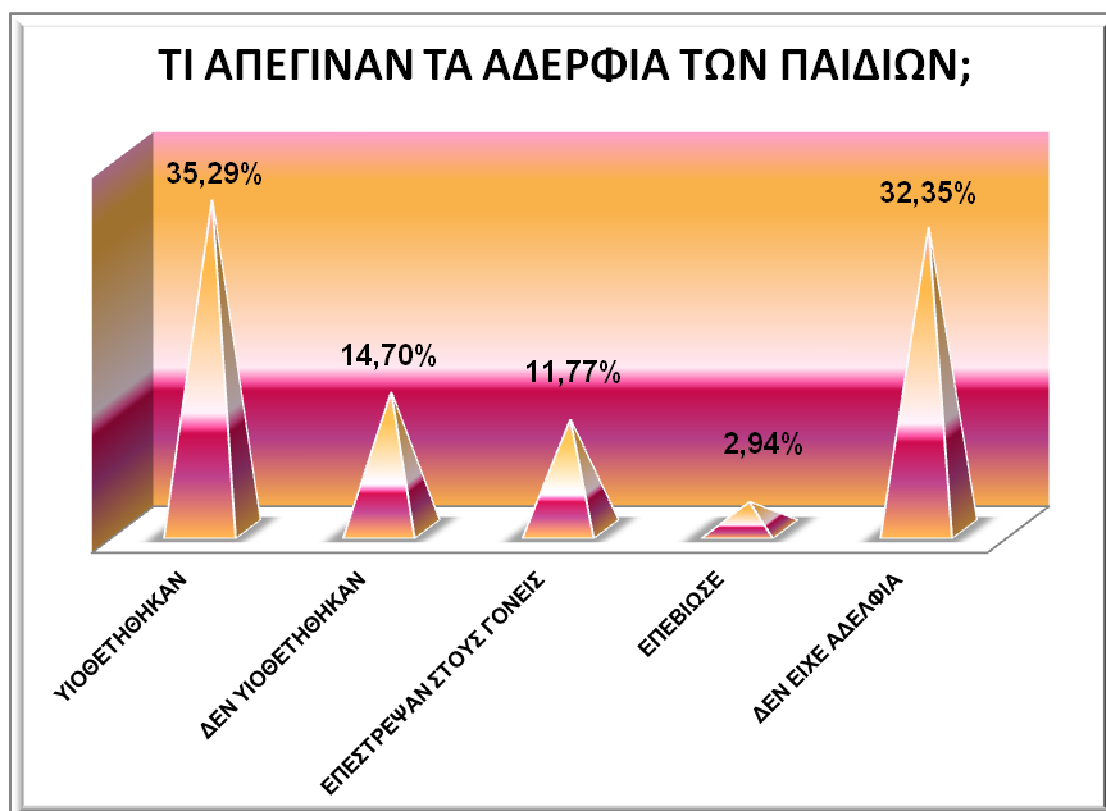
Αναλυτικά τα ποσοστά παρουσιάζονται στο παρακάτω Γράφημα 10β.



Γράφημα 10β: Κατανομή σχετικών συχνοτήτων σε ποσοστό τις % ως προς τον αριθμό των αδελφών που είχαν τα παιδιά του δείγματος.

Τι απέγιναν όμως τα αδέρφια των κακοποιημένων παιδιών του δείγματος μας; Υιοθετήθηκαν και αυτά ή όχι; Σύμφωνα με τα στοιχεία που συλλέξαμε και με όσες πληροφορίες είχαμε, τα περισσότερα και από τα αδέρφια των παιδιών, υιοθετήθηκαν και αυτά από άτεκνες οικογένειες. Πιο συγκεκριμένα, το 35,29% (N=12) υιοθετήθηκαν, ενώ το 14,70% από αυτά όχι. Τέσσερα παιδάκια (N=4 και ποσοστό 11,77%) επέστρεψαν στους γονείς τους ύστερα από απαίτηση των ιδίων, αφού τους είχαν πάρει προσωρινά την επιμέλεια. Τέλος, ένα παιδί απεβίωσε (2,94%) γιατί υπέκυψε στα τραύματα που του είχαν προκαλέσει οι γονείς του, ενώ άλλο ένα

εισήλθε σε κλινική για την ψυχική και σωματική του αποκατάσταση. Αναλυτικά τα ποσοστά φαίνονται και στα παρακάτω Γράφημα.



4.6 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σε αυτό το σημείο θα κάνουμε ορισμένες υποθέσεις οι οποίες επιβεβαιώνονται ή όχι από το δείγμα που έχουμε συλλέξει. Θα δούμε δηλαδή αν δύο ποιοτικές μεταβλητές έχουν σχέση, μεταξύ τους και αν είναι εξαρτημένες.

1^η ΥΠΟΘΕΣΗ : Έχει σχέση το φύλλο του παιδιού με την σεξουαλική κακοποίηση;

Η 1^η υπόθεση που θα κάνουμε, είναι να δούμε εάν έχει σχέση το φύλλο του παιδιού με την σεξουαλική κακοποίηση. Όπως μπορούμε να δούμε και παρακάτω στον Πίνακα 1, τα παιδιά από το δείγμα μας που υπέστη σεξουαλική κακοποίηση είναι 2. Από αυτά τα 2 δεν είναι κανένα αγόρι αλλά μόνο κορίτσια. Άρα λοιπόν, προφανώς και το φύλλο του παιδιού παίζει μεγάλο ρόλο για το αν θα υποστεί μία σεξουαλική κακοποίηση. Εάν, είναι κορίτσι, έχει περισσότερες πιθανότητες.

Το γεγονός, αυτό επαληθεύεται σε πολλές έρευνες κατά καιρούς, οι οποίες έχουν δείξει, ότι τα κορίτσια κακοποιούνται 3 φορές περισσότερο απ' ότι τα αγόρια και ότι τα περισσότερα παιδιά , περίπου το 75% των κακοποιημένων παιδιών, φοβούνται να μιλήσουν, είτε σε κάποιο μέλος της οικογένειας τους, είτε σε αστυνομικές αρχές (Βρετανικός Οργανισμός [http: www.Stopitnow.com](http://www.Stopitnow.com)).

Φύλλο	Υπέστη σεξουαλική κακοποίηση	Σύνολο
Αγόρι	0	0
Κορίτσι	2	2

Πίνακας 1: Η σχέση του φύλλου και της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών

2^η ΥΠΟΘΕΣΗ : Έχει σχέση η καταγωγή των γονιών με το είδος της κακοποίησης που υφίστανται τα παιδιά;

Συνεχίζοντας , θα κάνουμε μία δεύτερη υπόθεση η οποία έχει να κάνει με την εθνικότητα των γονέων των παιδιών και με το είδος της κακοποίησης που υπέστη. Αρχικά θα εξετάσουμε, ένα η επαιτεία ως είδος κακοποίησης των παιδιών έχει να κάνει και με την καταγωγή των γονέων. Όπως λοιπόν, μπορούμε να δούμε στον Πίνακα 2 που ακολουθεί, υπήρχαν 2 περιστατικά επαιτείας στο δείγμα μας. Και οι δύο οι γονείς των παιδιών ήταν αθίγγανοι (100%). Επίσης , ανάγκαζαν τα παιδιά τους να ζητιανεύουν , αφού και ίδιοι ήταν επαίτες. Σαφώς λοιπόν, υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα σε αυτές τις δύο ποιοτικές μεταβλητές, την καταγωγή και την επαιτεία, και έχουν σχέση ,μεταξύ τους. Ένα λοιπόν, ένας γονέας είναι αθίγγανος και επαίτης, υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα και το/α παιδί/α του να εξαναγκαστούν να ζητιανεύουν στους δρόμους.

Στη συνέχεια, θα εξετάσουμε την σχέση της εθνικότητας με άλλες δύο μορφές κακοποίησης, την αγοραπωλησία και την απόπειρα ή όχι παιδοκτονίας. Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 2, από τα 3 περιστατικά αγοραπωλησίας , που υπήρχαν στο δείγμα μας , στα 2 οι δράστες ήταν αλλοδαποί (66,7%), ενώ στο 1 ήταν Έλληνας πολίτης (33,3%). Οι αλλοδαποί δράστες ισχυρίστηκαν πως ήθελαν να πουλήσουν τα παιδιά τους για να βγάλουν χρήματα, χωρίς να τους ενδιαφέρει η κατάσταση των παιδιών τους. Το ίδιο ακριβώς συνέβη και στην περίπτωση της παιδοκτονίας, όπου η

πλειονότητα των δραστών, και συγκεκριμένα οι 2 από τους 3 ήταν αλλοδαποί πολίτες (66,7%) , ενώ ο ένας δράστης ήταν Έλληνας.

Συμπερασματικά λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε , πως το είδος της κακοποίησης , όσον αφορά την επαιτεία, την αγοραπωλησία και την παιδοκτονία, έχει σχέση σε μεγάλο βαθμό με την καταγωγή και την εθνικότητα των γονέων. Εάν είναι αθίγγανοι, είναι βέβαιο ότι θα ωθήσουν τα παιδιά τους στην επαιτεία. Εάν επίσης είναι αλλοδαποί πολίτες, υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να προβούν σε αγοραπωλησία για να βγάλουν χρήματα, ή ακόμη και στην παιδοκτονία.

<u>Καταγωγή</u>	<u>Επαιτεία</u>	<u>Αγοραπωλησία</u>	<u>Παιδοκτονία</u>	<u>Ποσοστό</u>	<u>Σύνολο</u>
Αλλοδαπός	-	2	2	66,7%	3
Έλληνας	-	1	1	33,3%	3
Αθίγγανος	2	-	-	100%	2

Πίνακας 2: Η σχέση της καταγωγής με την επαιτεία, την αγοραπωλησία και την παιδοκτονία

3^Η ΥΠΟΘΕΣΗ : Έχει σχέση η ψυχική / ψυχολογική κατάσταση των γονέων με το είδος της κακοποίησης που υφίστανται τα παιδιά;

Η τελευταία υπόθεση που θα κάνουμε και θα δούμε εάν επαληθεύεται από το δείγμα μας, είναι, εάν έχει σχέση η κατάσταση των γονέων ,ψυχική και ψυχολογική κυρίως, με το είδος της κακοποίησης που προκαλούν στα παιδιά τους. Οι γονείς αυτοί μπορεί να πάσχουν από σοβαρές ψυχικές δυσκολίες (κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, σπανιότερα ψυχωτικές διαταραχές) και να έχουν περιορισμένες νοητικές ικανότητες (κυρίως δυσκολία να ελέγχουν τον εαυτό τους και τις επιθετικές παρορμήσεις τους)

Όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 3, η ψυχική κατάσταση των γονέων, επηρεαζόταν από την χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ που έκαναν, με αποτέλεσμα να παραμελούν τα παιδιά τους σε τέτοιο βαθμό μάλιστα, που πολλά από αυτά βρέθηκαν υποσιτισμένα, με βρώμικα ρούχα, σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης. Οι χρήση αυτών

των ουσιών οφειλόταν για το 16,21% της παραμέλησης και για το 10% της εγκατάλειψης των παιδιών.

Μία άλλη ψυχική διαταραχή των γονέων, κυρίως η νοητική υστέρηση και η κατάθλιψη, είχαν σαν αποτέλεσμα να παραμελούν τα παιδιά τους κατά 16,21% και να τα εγκαταλείψουν κατά 10%.

Κατάσταση Γονέων	Παραμέληση	Εγκατάλειψη	Ποσοστό παραμέλησης	Ποσοστό Εγκατάλειψης
Χρήση ουσιών	3	1	16,21%	10%
Χρήση αλκοόλ	3	-	16,21%	-
Νοητική στέρωση/ κατάθλιψη	3	1	16,21%	10%
Σύνολο	19	10	48,63%	20%

Πίνακας 3: Η σχέση της ψυχολογικής/ψυχικής κατάστασης των γονέων , με το είδος της κακοποίησης που προκαλούν στα παιδιά τους.

Όπως λοιπόν, μπορούμε να συμπεράνουμε, η χρήση βλαβερών ουσιών, ευθύνεται κατά ένα μεγάλο βαθμό για την παραμέληση και την εγκατάλειψη των παιδιών από τους γονείς τους, οι οποίοι δεν μπορούν να σκεφτούν λογικά, επηρεασμένοι από τις ουσίες, και δεν θέτουν ως βασική τους προτεραιότητα τις ανάγκες των παιδιών τους. Αυτό σημαίνει πως οι ποιοτικές αυτές μεταβλητές έχουν σχέση μεταξύ τους και είναι εξαρτημένες. Δηλαδή, εάν ένας γονιός κάνει χρήση βλαβερών ουσιών ή έχει ψυχικές διαταραχές, έχει περισσότερες πιθανότητες να παραμελήσει και να εγκαταλείψει το παιδί του.

Επίσης να τονίσουμε, πως αυτοί οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους, είναι άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες και χρήζουν ανάγκης φροντίδας και υποστήριξης από ειδικούς ιατρούς και κοινωνικούς φορείς.

5.1. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν από την έρευνα έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Αρχικά να αναφέρουμε, πως τα περισσότερα παιδιά του δείγματος είναι αγόρια και ηλικίας έως 12 μηνών. Η πλειονότητα των παιδιών είχε υποστεί την παραμέληση ως κύρια μορφή κακοποίησης. Οι γονείς δεν ενδιαφέρονταν για βιολογικές και ψυχικές ανάγκες των παιδιών τους και τα μεγάλωναν σε ακατάλληλο περιβάλλον με άθλιες συνθήκες υγιεινής. Πολλοί επίσης γονείς, εγκατέλειπαν τα παιδιά τους είτε γιατί ήθελαν χρήματα είτε γιατί φοβόντουσαν την κοινωνική κατακραυγή, στις περιπτώσεις παιδιών εκτός γάμου. Δεν έλειψαν και περιστατικά σοβαρής σωματικής κακοποίησης, τα οποία επέφεραν σοβαρά τραύματα και κακώσεις στα παιδιά. Ευτυχώς, τα περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης, επαιτείας και αγοραπωλησίας ήταν πολύ λίγα. Πολύ σημαντικό ρόλο στο είδος της κακοποίησης που υπέστησαν τα παιδιά, ήταν και η ψυχική-ψυχολογική κατάσταση των γονέων, οι οποίοι από τις καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ, δεν ήταν σε θέση να μεγαλώσουν σωστά τα παιδιά τους. Η πλειονότητα από αυτούς ήταν οι δράστες της κακοποίησης, αφού βρισκόταν σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση ή έπασχαν από ψυχικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας. Από τις υποθέσεις που έγιναν, μπορούμε να καταλάβουμε, πως το φύλλο του παιδιού, η εθνικότητα και η ψυχική κατάσταση των γονέων, παίζουν καταλυτικό ρόλο στο είδος της κακοποίησης που θα υποστεί, το παιδί.

Η παρούσα έρευνα είχε ως κύριο σκοπό της να διαπιστώσει το βαθμό κακοποίησης ή/και παραμέλησης ανηλίκων όπως, επίσης, να ανιχνεύσει ποιοι ήταν οι δράστες της κακοποίησης/παραμέλησης αυτής και οι λόγοι που οδήγησαν στην εν λόγω κακοποίηση/παραμέληση. Η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε ήταν ποιοτική ερευνητική με συνδυαστική χρήση των μεθόδων της ανάλυσης του αρχειακού περιεχομένου –προσωπικών φακέλων των παιδιών- και των συνεντεύξεων με τους υπευθύνους.

Συνολικά, μελετήθηκαν 34 παιδιά που φιλοξενούνταν στο Δημοτικό Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Στυλιανός». Ο γενικός μέσος όρος ηλικίας των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 16,20 μηνών, δηλαδή, γύρω στα ενάμισι έτη ζωής, ενώ, πιο συγκεκριμένα, οι ηλικίες των μελετηθέντων παιδιών κυμαίνονταν κυρίως από 0-12 μηνών (52,95%) αλλά και 13-24 μηνών (23,52%) ενώ μόνο ένα παιδί (2,95%) από το δείγμα μας βρέθηκε να ξεπερνά τους 50 μήνες. Τα γεγονότα αυτά συνάδουν με τα γενικότερα ερευνητικά δεδομένα όπου καταδεικνύεται

ότι τα παιδιά που εισάγονται σε ιδρύματα οδηγούνται γρήγορα σε διάφορες μορφές αναδοχής και υιοθεσίας εκτός κι αν έχουν κάποιο προσωπικό, ιατρικό πρόβλημα ή ειδικές ανάγκες που καθυστερούν την υιοθέτησή τους.

Ως προς το πλαίσιο της κακοποίησης, το οποίο επίσης, μελετήθηκε, βρέθηκε το 29% των μελετηθέντων παιδιών να προέρχονται από μεγάλο αστικό κέντρο ενώ 21% από μεγάλο επαρχιακό κέντρο και 29% από μικρό επαρχιακό κέντρο. Έτσι, παρατηρείται ότι ακριβώς τα μισά από τα παιδιά –αθροίζοντας τα ποσοστά– προέρχονται είτε από μεγάλο αστικό είτε από μεγάλο επαρχιακό κέντρο. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται και στο θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης όπου, παρά τα περιορισμένα στατιστικά δεδομένα που υπάρχουν ως προς το ζήτημα αυτό, γενικά στις έρευνες για την παιδική κακοποίηση δεν καταδεικνύεται υψηλότερη ποσοστόση για τις επαρχιακές πόλεις ή τα χωριά συγκριτικά με τα αστικά κέντρα, όπως πιθανόν θα αναμενόταν. Αντιθέτως, ένα ποσοστό 57% των ερωτηθέντων δραστών σε έρευνα του Γιωτάκου αναφέρουν ότι μεγάλωσαν σε πόλη. Προς επίρρωση των παραπάνω, διεθνείς έρευνες εμφανίζουν, επίσης, υψηλό δείκτη συνάφειας περιστατικών παιδικής κακοποίησης και της αστικής διαβίωσης (MacMillan et al., 2013). Χρήζει, φυσικά, ευρύτερης μελέτης η διάσταση αυτή του πλαισίου της παιδικής κακοποίησης πριν εξαχθούν με ασφάλεια τα οποιαδήποτε αποτελέσματα.

Ως προς το είδος της κακοποίησης, παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη ένα 55,88% των παιδιών να έχει υποστεί παραμέληση και ένα 32,35% εγκατάλειψη. Ως συχνότερη μορφή κακοποίησης σε ποσοστό 26,47% εμφανίζεται η σωματική κακοποίηση, σωματικές επιθέσεις και άσκηση βίας, η οποία, έτσι κι αλλιώς, επιβεβαιώνεται και στη θεωρία ως η συχνότερη μορφή έκφρασης της παιδικής κακοποίησης διεθνώς. Στο δείγμα μας, ακολουθούν η επαιτεία (17,64%), η αγοραπωλησία και παιδοκτονία ή απόπειρες παιδοκτονίας (8,82%) αλλά και η έκθεση του παιδιού σε σεξουαλική εκμετάλλευση προφανώς από αγνώστους (5,88%) λόγω της ισχυρής παραμέλησής τους από τους γονείς.

Ακόμα, η παρούσα έρευνα, αν και περιορισμένη στο δείγμα της, φάνηκε να επαληθεύει διεθνή πορίσματα που σχετίζονται με την ταυτότητα των δραστών. Οι δράστες της κακοποίησης εμφανίζονται να είναι στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι ίδιοι οι γονείς (91,8%) ή ένας από τους δύο γονείς ενώ πολλοί από αυτούς εμφάνιζαν ψυχικές διαταραχές και κατάθλιψη σε συνδυασμό πολλές φορές με χρήση ουσιών και αλκοόλ, παράγοντες οι οποίοι μείωναν σημαντικά τις νοητικές τους λειτουργίες και οδηγούσαν στην παραμέληση των παιδιών. Ένας στους τρεις από

τους γονείς των μελετηθέντων παιδιών (32,35%) άφηναν τα παιδιά εκτεθειμένα σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης και μη βιώσιμες κατοικίες λόγω των έντονων προσωπικών τους προβλημάτων που τους οδηγούσαν σε αυτοαπορρόφηση και αδιαφορία προς τα παιδιά. Ακόμα, στην πλειοψηφία τους τα μελετηθέντα παραμελημένα παιδιά προέρχονταν από μονογονεϊκές οικογένειες (29,41%) ενώ αρκετά ήταν και τα παιδιά που ζούσαν με τους δύο φυσικούς τους γονείς μαζί αλλά χωρίς να υπάρχει γάμος (17,65%), ποσοστά που πιθανόν επιβεβαιώνουν την ανυπαρξία ενός κοινωνικού πλαισίου αποδοχής και στήριξης για τις οικογένειες αυτές όπως τονίζεται έντονα στη διεθνή βιβλιογραφία.

Επιπλέον, επιμέρους υποθέσεις της έρευνας αυτής όπως για παράδειγμα, το φύλο και η επίδρασή του σε απόπειρες σεξουαλικής κακοποίησης ή η εθνικότητα με γονείς αλλοδαπούς ή αθίγγανους να ωθούν τα παιδιά τους περισσότερο προς την επαιτεία ή να επιχειρούν την αγοραπωλησία επιβεβαιώθηκαν στην παρούσα έρευνα, ωστόσο, το δείγμα μας είναι πολύ περιορισμένο ώστε να επιτρέψει την εξαγωγή των όποιων γενικευμένων συμπερασμάτων. Να τονιστεί ότι σε όλες τις περιπτώσεις, οι γονείς που παραμελούν τα παιδιά τους, είναι άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες και χρήζουν ανάγκης φροντίδας και υποστήριξης από ειδικούς ιατρούς και κοινωνικούς φορείς κάτι που τονίζεται διεθνώς πλέον σε όλες τις σχετικές έρευνες. Ακόμα, η φτώχεια και οι κακές συνθήκες ζωής επιβεβαιώνονται και στην παρούσα έρευνα ως ένας ισχυρός αιτιολογικός παράγοντας που ωθεί προς την επαιτεία, την απόπειρα αγοραπωλησίας, την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού, την άσκηση σωματικής βίας επάνω του, ακόμα και στην απόπειρα παιδοκτονίας. Η ανάγκη πρωτογενούς πρόληψης, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, με προληπτικές δράσεις της πολιτείας για παροχή προστασίας και καθοδήγησης σε «ευάλωτες» κοινωνικές ομάδες και οικογένειες επιβεβαιώνεται και από την περιορισμένη παρούσα μελέτη.

Ένα ακόμα στοιχείο που τονίζεται στη θεωρητική μελέτη και επιβεβαιώνεται και από τα παρόντα στατιστικά στοιχεία είναι η απουσία οργανωμένης προσπάθειας για επανένταξη των παιδιών στις οικογένειές τους και βελτίωσης των συνθηκών της ζωής τους, χωρίς όμως αυτά να απομακρύνονται μονίμως από τους βιολογικούς τους γονείς. Ενώ, λοιπόν, η διεθνής βιβλιογραφία στρέφει την έρευνα και τη θεραπευτική δράση προς αυτή την προσπάθεια, παρατηρείται και στο συγκεκριμένο δείγμα το θλιβερό φαινόμενο η πλειοψηφία των παιδιών που εισέρχονται στο ίδρυμα (73,91%) να υιοθετούνται άμεσα μέσα σε λίγες μέρες ή και μήνες από την εισαγωγή τους ενώ μόνο ένα 17,65% των μελετηθέντων παιδιών κατόρθωσαν να επιστρέψουν στις

οικογένειές τους. Στην πλειοψηφία τους επίσης, τα υιοθετημένα παιδιά έχουν και αδέρφια (67,65%) τα οποία οδηγούνται και αυτά προς την υιοθεσία από διαφορετικές οικογένειες παρότι αναφέρεται και ένα ποσοστό των βιολογικών γονέων που πλησιάζει το 15% αρνούνται την εισαγωγή του παιδιού τους στο ίδρυμα επιζητώντας προφανώς τη διόρθωση της κατάστασής τους χωρίς την μόνιμη απομάκρυνση των παιδιών τους. Τονίζεται, επομένως, όπως αναφέρθηκε και κατά τη μελέτη των καλών πρακτικών στο θεωρητικό μέρος της παρούσας μελέτης, η μεγάλη σημασία της αναδοχής ως μίας σημαντικής διόδου αποϊδρυματοποίησης και κοινωνικής επανένταξης του παραμελημένου ή κακοποιημένου παιδιού, η οποία ελάχιστα λειτουργεί στην Ελλάδα από τις δημόσιες υπηρεσίες και σε συντονισμό με την ύπαρξη εθελοντών στα ιδρύματα και την επιμόρφωση των εκεί εργαζομένων θα μπορούσε να επιφέρει θετικά αποτελέσματα για την επανένταξη των παιδιών αυτών στις βιολογικές τους οικογένειες.

Τέλος, αυτό που πρέπει όλοι οι γονείς να καταλάβουν είναι πως τα παιδιά δεν πρέπει να κακοποιούνται για κανένα λόγο. Εάν κακοποιηθούν, θα εμφανίσουν έντονα προβλήματα για την υπόλοιπη ζωή τους. Δεν θα εμπιστεύονται κανέναν, θα δυσκολεύονται να αγαπήσουν, θα έχουν τάση προς τις καταχρήσεις και είναι πολύ πιθανόν, όταν γίνουν οι ίδιοι γονείς, να κακοποιήσουν με τη σειρά τους και τα δικά τους παιδιά. Με την κακοποίηση του παιδιού τους τείνουν ασυνείδητα να ανακουφίζουν και να ελέγχουν τα δικά τους παιδικά ψυχικά τραύματα μέσα από τη διαδικασία της "ταύτισης" με τον βίαιο και επιθετικό γονιό τους. Δεν χρειάζεται όμως κανένα παιδί να γίνει αποδέκτης κακοποίησης. Το μόνο που χρειάζονται είναι αγάπη, φροντίδα, υποστήριξη και θαλπωρή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσσα

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε.(Επ.) (1987). *Κακοποίηση - Παραμέληση Παιδιών*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού.

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (1998). *Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού.

Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε. & Τσαγκάρη, Μ. (1999). *Εγχειρίδιο για τα Δικαιώματα του Παιδιού*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, Ε. (2009). Παιδί και Ίδρυμα: Προστασία ή Κοινωνικός Αποκλεισμός;, στο: Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριανάκη (επιμ.), *Βία στην Οικογένεια, Τεκμηριωμένη Πρακτική και Τεκμήρια από την Πρακτική*, εκδ. ΚΨΜ, σ.287-296.

Αρτινοπούλου, Β. (2001). *Βία στο σχολείο. Έρευνες και πολιτικές στην Ευρώπη*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Γιωτάκος, Ο. (2004). Το προφίλ των δραστών της σεξουαλικής κακοποίησης, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 86, 102-107.

Γιωτάκος, Ο. & Τσιλιάκου, Μ. (2008). *Ο Κύκλος της Κακοποίησης*. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης (2006). *Πρόληψη Παιδικής Κακοποίησης: Οδηγός Δράσης και Τεκμηρίωσης* (επιμέλεια μετάφρασης, Δρ. Ορέστης Γιωτάκος). Αθήνα: Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Ευρωπαϊκό Ταμείο.

Καστανίδου – Συμεωνίδου, Ε. (2007). *Οργανωμένο Έγκλημα και Τρομοκρατία*. Αθήνα: Σάκκουλας.

Κονδύλη, Δ., Θανοπούλου, Μ., Μουρίκη, Α., Στρατουδάκη, Χ., Τζωρτζοπούλου, Μ. (2010). Εκπόνηση έρευνας για καλές πρακτικές που εφαρμόζονται στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και αφορούν μετανάστες στον τομέα της απασχόλησης, Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Progress, για το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ).

Μπαλούρδος, Δ. & Φρονίμου, Έ. (2011). *Πρόληψη Κακοποίησης και Παραμέλησης των Παιδιών: Καλές Πρακτικές*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2006). *Πρόληψη Παιδικής Κακοποίησης: Οδηγός δράσης και τεκμηρίωσης*. Αθήνα: Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης.

Πρεκατέ, Β. (2008). *Η Κακοποίηση του Παιδιού στο Σχολείο και στην Οικογένεια*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα.

Πρόγραμμα Daphnee (2010). *Καλές Πρακτικές για την Πρόληψη της Κακοποίησης Παιδιών στα Ιδρύματα*. Project Sexual Abuse Against Children in Residential Institutions, financed through the European Commission's Daphnee III Programme 2007-2013.

Τσιάντης Γ. (2000). *Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας*, Τεύχος Β'. Αθήνα: Καστανιώτης.

Ξενογλώσση

Agathonos-Georgopoulou, E. (1997). Child Maltreatment in Greece: A Review of Research. *Child Abuse Review*, (6), pp.257-271.

Algood, C.L., Hong, J.S., Gourdine, R.M., Williams, A. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological system analysis. *Children and Youth Services Review*, 33, 1142-1148.

Back, S. (1998). Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse and Neglect*, 22 (12), 1239-1252.

Barlow, J. (2012). Child maltreatment during infancy: atypical parent-infant relationships. Symposium: Safeguarding Children. *Pediatrics and Child Health*, 22:11, 465-469, printed by Elsevier Ltd.

Bartlett, J.D. & Easterbrooks, M.A. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children and Youth Services Review*, 34, 2164-2169.

Caffey, J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgenol*, 56, 163-173.

Centers for Disease Control. Child maltreatment: facts at a glance. Available from: <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/cm-datasheet-a.pdf;2010> (ανασύρθηκε στις 20 Μαΐου 2013)

Child Welfare Information Gateway (1997). Definitions of child abuse and neglect, Retrieved from <http://www.childwelfare.gov/systemwide/laws.policies/statutes/define.cfm>

Cicchetti, D. & Carlson, V. (1989). *Child Maltreatment. Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.

Deegener, G. (2001). Child abuse, *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, pp. 1672-1676.

Dixon, L., Browne, K. & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (1), 47-57.

Feiring, C., Taska, L. & Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, 115-128.

Finkelhor D. & Korbin J. (1988). Child abuse as an international issue, *Child Abuse & Neglect*, (12), pp. 3-23.

Gershoff, E. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128, 530-579.

Gilbert, R., Widom, CS., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child-maltreatment in high-income countries, *Lancet*, 373, 68-81.

Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B. (1998). Unemployment rates, single parent density and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect, *Child Abuse and Neglect*, (22), (2), February 1998, pp. 79-90.

Giotakos, O., Vaidakis, N., Markianos, M., Christodoulou, GN. (2004). Personality dimensions in relation to aggression, impulsivity, and suicidality in males convicted for rape or child molestation. *Rev Europ Sexol – Sexologies*, (XIII), 47, 15-21.

Gwirtzman Lane W., Dubowitz, H., Langenberg, P., Dischinger, P. (2012). Epidemiology of abusive abdominal trauma hospitalizations in United States children. *Child Abuse and Neglect*, 36, 142-148.

Hamilton – Giachritsis, C. & Browne, K. (2012). Forgotten children? An update on young children in institutions across Europe. *Early Human Development*, 88, 911-914.

Harden, B.J. & Klein, S. (2011). Infants/toddlers in child welfare: What have we learned and where do we go from here? *Children and Youth Services Review*, 33, 1464-1468.

Harris, T.S. (2010). Bruises in Children: Normal or Child Abuse? *Journal of Paediatric Health Care*, 24 (4), 216-221.

Kelley, M.L., Klostermann, K., Doane, A.N., Mignone, T., Lam, W.K.K., Fals-Stewart W., Padilla, M.A. (2010). The case for examining and treating the combined effects of parental drug use and interparental violence on children in their homes. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 76-82.

Kempe, Ch., Silverman, FN., Droegmueller, W., Silver, HK. (1962). The battered-child syndrome. *JAMA*, 181, 17-24.

Klein, S. (2011). Building the evidence-based regarding infants/toddlers in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33, 1333-1336.

Klevens, J. & Leeb, R. (2010). Child maltreatment fatalities in children under 5 : Findings from the National Violence Death Reporting System. *Child Abuse & Neglect*, 34, 262-266.

Korbin J. (1981). *Child Abuse and Neglect: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, CA: University of California Press.

Labbe, J. Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse & Neglect*, 2005, 29, 311-324.

Lips, H.M. (1998). Child sexual abuse: victim age, victim gender and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility, *Child Abuse & Neglect*, 22, 12, pp. 1239-1252.

MacMillan, H., Tanaka, M., Duku, E., Vaillancourt, T., Boyle, M. (2013). Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario Child Health Study. *Child Abuse & Neglect*, 37, 14-21.

Mersky, J.P., Topitzes, J.D., Reynolds, A.J. (2011). Maltreatment prevention through early childhood intervention : A confirmatory evaluation of the Chicago Child-Parent Center preschool program. *Children and Youth Services Review*, 33, 1454-1463.

Meyer, A.S., McWey, L.M., McKendrick, W., Henderson, T.L. (2010). Substance using parents, foster care, and termination of parental rights: The importance of risk factors for legal outcomes. *Children and Youth Services Review*, 32, 639-649.

Palusci, V.J. (2011). Risk factors and services for child maltreatment among infants and young children. *Children and Youth Services Review*, 33, 1374-1382.

Peled, E. (2011). Abused women who abuse their children: A critical review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 325-330.

Rao, S. & Lux, A. (2012). The epidemiology of child maltreatment. *Pediatrics and Child Health*, Symposium: Safeguarding Children, 22:11, 459-464.

Robertson, A.S. (2006). Including parents, foster parents and parenting caregivers in the assessments and interventions of young children placed in the foster care system, *Children and Youth Services Review*, 28, 180-192.

Scarborough, A. A. & McCrae, J.S. (2010). School-age special education outcomes of infants and toddlers investigated for maltreatment. *Children and Youth Services Review*, 32, 80-88.

Swenson, C.C. & Saldana, L. (2007). Child abuse, *Encyclopedia of Stress* (second edition), pp. 457-460.

Theoklitou, D., Kabitsis, N., Kabitsi, A. (2012). Physical and emotional abuse of primary school children by their teachers. *Child Abuse & Neglect*, 36, 64-70.

UNICEF. (2012). ChildInfo. Retrieved from

http://www.childinfo.org/hiv_aids_orphanestimates.php

Wells, K. & Marcenko, M. (2011). Introduction to the Special Issue: Mothers of children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 33, 419-423.

Williams, G., Tonmyr, L., Jack, S.M., Fallon, B., MacMillan, H.L. (2011). Determinants of maltreatment substantiation in a sample of infants involved with the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33, 1345-1353.

Wolfe, D.A., McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 35, 802-813.