



**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ- ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**



ΟΝΟΜΑ: ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΝΑΤΑΣΑ
A.M. 1769

Ρέθυμνο
2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	4
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή στην έννοια της Κακοποίησης- Παραμέλησης των παιδιών από την οικογένεια

1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	7
1.2. Ορισμός και Μορφές Κακοποίησης- Παραμέλησης.....	12
1.3. Κακοποίηση- Παραμέληση παιδιών στην Ελλάδα.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μορφές Κακοποίησης- Παραμέλησης Παιδιών

<u>2.1. Σεξουαλική Κακοποίηση</u>	17
2.1.1. Ιστορικά Αναδρομή.....	18
2.1.2. Μορφές σεξουαλικής κακοποίησης.....	19
2.1.3. Συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης.....	20
2.1.4. Οικογένειες «υψηλού κινδύνου».....	20
2.1.5. Τα χαρακτηριστικά του δράστη.....	21
2.1.6. Συνέπειες της σεξουαλικής Παραβίασης στα παιδιά και Διαγνωστικά εκτίμηση.....	23
2.1.7. Παρεμβάσεις σε σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά.....	28
<u>2.2. Σωματική Κακοποίηση Και Παραμέληση των Παιδιών</u>	32
2.2.1. Εισαγωγή.....	32
2.2.2. Συχνότητα της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης του Παιδιού.....	34
2.2.3. Σωματική Κακοποίηση.....	36
2.2.4. Παραμέληση.....	50
2.2.5. Διάγνωση, Πρόληψη και Θεραπευτική αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών.....	57
<u>2.3. Συναισθηματική Κακοποίηση των Παιδιών</u>	63
2.3.1. Εισαγωγή.....	63
2.3.2. Γενικά Χαρακτηριστικά.....	64
2.3.3. Συχνότητα Συναισθηματικής κακοποίησης.....	66
2.3.4. Χαρακτηριστικά σημεία συναισθηματικής κακοποίησης.....	66
2.3.5. Οι γονείς που κακοποιούν συναισθηματικά τα παιδιά τους.....	67
2.3.6. Οι συνέπειες της συναισθηματικής κακοποίησης στα παιδιά.....	69
2.3.7. Διαγνωστικά εκτίμηση.....	71
2.3.8. Η πρόληψη της συναισθηματικής κακοποίησης.....	72
2.3.9. Θεραπευτική αντιμετώπιση.....	73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

«Νέες Μορφές Κακοποίησης Παιδιών»

Εισαγωγή.....	75
1. <u>Σύνδρομο Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου</u>.....	76
1.1. Ιστορική Αναδρομή.....	77
1.2. Δράστης και Θύμα.....	78
1.3. Τρόποι ενέργειας του δράστη.....	79
1.4. Λόγοι ενέργειας του δράστη.....	79
1.5. Κοινές παρουσιάσεις ασθενειών.....	80
1.6. Κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου.....	80
1.7. Διάγνωση και Επέμβαση.....	82
1.8. Παράδειγμα συνδρόμου Μινχάουζεν.....	83
2. <u>Μη Τυχαία Δηλητηρίαση</u>.....	84
2.1. Ορισμός.....	85
2.2. Περιπτώσεις μη τυχαίας δηλητηρίασης.....	85
2.3. Δράστης.....	86
2.4. Λόγοι ενέργειας του δράστη.....	86
2.5. Συνέπειες.....	86
2.6. Διάγνωση και Επέμβαση.....	87
2.7. Παράδειγμα μη τυχαίας δηλητηρίασης.....	87
3. <u>Κακοποίηση Εμβρύου</u>.....	88
3.1. Ορισμός.....	89
3.2. Ναρκωτικά, Αλκοόλ και Κάπνισμα: Οι συνέπειες της Χρήσης.....	89
3.3. Πιθανοί λόγοι που η μητέρα κακοποιεί το έμβρυο.....	92
3.4. Παρέμβαση.....	92
3.5. Παράδειγμα Άμεσης Κακοποίησης Εμβρύου.....	93
Συμπέρασμα.....	94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Γονείς που Κακοποιούν και Παραμελούν τα παιδιά τους

4.1. Εισαγωγή.....	95
4.2. Προσδιορισμός γονέων σε «υψηλό κίνδυνο» για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους.....	96
4.3. Νοημοσύνη και Χαρακτηριστικά προσωπικότητας γονιών που Κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους.....	100
Χρήσιμες Οδηγίες για Γονείς.....	104
Επίλογος.....	107
Βιβλιογραφία.....	109

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένα φαινόμενο συναφές προς τα παιδικά ατυχήματα είναι η κακοποίηση του παιδιού εκ μέρους των γονέων. Το αποτροπιαστικό αυτό φαινόμενο δυστυχώς απαντάται ακόμη και στη δική μας εποχή και στις λεγόμενες πολιτιστικά ανεπτυγμένες χώρες. Είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί όλους μας πολύ τον τελευταίο καιρό. Πολύ συχνά έρχονται στη δημοσιότητα ενέργειες γονέων, πατέρα ή μητέρας ή και των δύο μαζί, εις βάρος των παιδιών τους (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Τα βιώματα της παιδικής ηλικίας χρωματίζουν ανεξίτηλα τον ψυχικό βίο του ατόμου, διαμορφώνουν τη θετική ή αρνητική στάση του απέναντι στο κόσμο και στο περιβάλλον του και αποτελούν τη βάση για τη μετέπειτα ομαλή κοινωνική του προσαρμογή. Συνεπώς είναι εύκολο κανείς να αντιληφθεί, χωρίς να έχει εξειδικευμένες γνώσεις, τις συνέπειες που έχει για την ψυχοσωματική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου η παιδική κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής ή βαρύτητας (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Ο άνθρωπος, παρά τον ηθικό εξοπλισμό και την κοινωνική συνείδηση που οικοδόμησε τα τελευταία δέκα χιλιάδες χρόνια, εξακολουθεί να διατηρεί σπέρματα του πρωτόγονου ενστίκτου της επικράτησης του ισχυρότερου. Το παιδί υπήρξε και εξακολουθεί να είναι το πρώτο θύμα της πρωτόγονης βίας των μεγάλων. Η κακοποίηση και η παραμέληση του παιδιού αποτελεί το πιο μελανό στίγμα της ιστορίας του γένους των ανθρώπων (Αγάθωνος –Γεωργοπούλου, 1991).

Στις Η.Π.Α. το πρόβλημα αυτό φαίνεται να έχει λάβει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα σημαντικές διαστάσεις, αφού περισσότερα από 1.000.000 παιδιά κάθε χρόνο, κακοποιούνται από τους γονείς τους και από αυτά 2.000- 5.000 περίπου πεθαίνουν από τις κακώσεις (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Κακοποιήσεις παιδιών από τους γονείς τους γίνονται σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Συχνότερα παρουσιάζονται στις οικογένειες με οξύτατα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Δεν είναι όμως τόσο σπάνιες όσο νομίζουμε και στις οικογένειες με οικονομική άνεση και στους μορφωμένους γονείς. Το κύριο χαρακτηριστικό του γονέα που κακοποιεί το παιδί του είναι ότι έχει ο ίδιος στερηθεί τη βασική γονεϊκή φροντίδα και τη βαθιά αίσθηση της αγάπης και της στοργής από την αρχή της ζωής του.

Το φαινόμενο της κακοποίησης και της παραμέλησης εκδηλώνεται με διάφορες μορφές, είναι άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες και εξαρτάται από τα πρότυπα τα οποία κάθε κοινωνία επιβάλλει στους γονείς σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς των παιδιών.

Όπως αναφέρεται και πιο πάνω, υπάρχουν διάφορες μορφές κακοποίησης όπως είναι η Σωματική κακοποίηση η οποία παίρνει συνήθως τη μορφή εγκεφαλικών κακώσεων, καταγμάτων, εγκαυμάτων κ.α, η Σεξουαλική κακοποίηση η οποία περιλαμβάνει πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από τον ενήλικα που φροντίζει το παιδί με σκοπό την ικανοποίησή του, η Ψυχολογική και η Συναισθηματική κακοποίηση που υφίσταται το παιδί από την οικογένειά του όπως είναι για παράδειγμα η απόρριψη, ο εκφοβισμός, η απομόνωση κ.λ.π. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Επίσης έχουν εντοπιστεί και μελετηθεί και άλλες «νέες μορφές» κακοποίησης όπως για παράδειγμα το σύνδρομο του Munchausen δι' αντιπροσώπου, η μη τυχαία δηλητηρίαση και η κακοποίηση του εμβρύου (Παπαιωάννου, 2000).

Η παρούσα εργασία έχει σαν στόχο να αναφέρει τα πιο σημαντικά στοιχεία της κάθε μορφής ξεχωριστά και να τονίσει τις συνέπειες που έχει το παιδί από την κακοποίηση όπως και τη θεραπευτική παρέμβαση που γίνεται αφενός στους γονείς που κακοποιούν και αφετέρου στο παιδί που κακοποιείται. Τέλος, στόχος είναι να τονιστεί ο μεγάλος ρόλος της πρόληψης που έχει στόχο να ενημερώσει τη κοινωνία για το φαινόμενο της κακοποίησης αλλά και να εντοπίσει τις οικογένειες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να κακοποιήσουν τα παιδιά τους και να γίνει η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση. Με αυτό το τρόπο εμποδίζουμε κάποιους γονείς στο να κακοποιήσουν τα παιδιά τους και «εμποδίζουμε» τα παιδιά να υποστούν τις συνέπειες που πραγματικά είναι σοβαρές και μακροχρόνιες.

Στα παιδιά που κακοποιούνται, το εσωτερικό τραύμα παραμένει πολύ μετά από το που οι εξωτερικές πληγές έχουν θεραπευτεί. Το επαναλαμβανόμενο τραύμα της κακοποίησης στο ενήλικο άτομο διαβρώνει τη δομή μίας προσωπικότητας που έχει ήδη διαμορφωθεί. Στην παιδική όμως ηλικία, το τραύμα αυτό ταυτόχρονα διαμορφώνει και διαβρώνει την προσωπικότητα γι' αυτό η όσο το δυνατόν έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση είναι σημαντική, για να ελαχιστοποιήσει τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της κακοποίησης οποιασδήποτε μορφής. Όταν ένα

παιδί λέει ότι έχει κακοποιηθεί, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη και να αξιολογηθεί αμέσως (Herman, 1996).

Η προστασία της ευημερίας των παιδιών είναι μια προτεραιότητα και είναι ηθική ευθύνη των επαγγελματιών που ασχολούνται με το θέμα αυτό να ανιχνεύσουν τις περιπτώσεις κακοποίησης και να επέμβουν κατάλληλα για να αποτρέψουν την περαιτέρω ζημιά (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κακή μεταχείριση των παιδιών δεν είναι καινούργιο φαινόμενο. Όπως φαίνεται και στη λογοτεχνία πολλών κοινωνιών, υπάρχει από τότε που υπάρχουν άνθρωποι. Λέγεται, ότι κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στη μυθολογία. Οι μύθοι της δημιουργίας του κόσμου στην Ελληνική μυθολογική σκέψη, χαρακτηρίζονται από πρωτοφανή στάση σκληρότητας απέναντι στα παιδιά (Ταμπάκης, 2004).

Τόσο η βασιλεία του Κρόνου όσο και του Ουρανού προβάλλουν την εικόνα της καταπίεσης των απογόνων τους. Ο Ουρανός βύθισε τα τέκνα του στα έγκατα της γης γιατί, σύμφωνα με τον Ησίοδο, τα παιδιά του Ουρανού ήταν μισητά από τον πατέρα τους από τότε που γεννήθηκαν. Η σκληρότητα των θεών απέναντι στα παιδιά τους συνεχίστηκε και από τον νέο ηγέτη του κόσμου, το Κρόνο. Η Εστία, η Δήμητρα, ο Άδης και ο Ποσειδώνας καταβροχθίζονται από τον πατέρα τους Κρόνο, ο οποίος είχε προειδοποιηθεί από την Γαία και τον Ουρανό πως θα εκθρονισθεί από έναν απόγονό του (Ταμπάκης, 2004).

Η αγωνία για την εξουσία δεν είναι ο μοναδικός λόγος για τον οποίο οι θεοί φέρονται σκληρά στα νήπια. Για παράδειγμα, η Ήρα όταν είδε τον παραμορφωμένο στα πόδια Ήφαιστο τον εκσφενδόνισε από τον Όλυμπο στη θάλασσα (βλ. Εικόνα 2). Επίσης οι θεοί στρέφονταν και ενάντια στα παιδιά των θνητών. Δεν δίσταζαν να εκδικηθούν ή να τιμωρήσουν κάποιους σκοτώνοντας τα παιδιά τους. Τα δώδεκα παιδιά της Νιόβης σκοτώνονται από τον Απόλλωνα με σκοπό να τιμωρηθεί η αλαζονεία της μητέρας τους, η οποία υπερηφανεύθηκε ότι γέννησε περισσότερα παιδιά από τη Λητώ (Ταμπάκης, 2004).

Εντάσσοντας το θέμα της βίας εναντίον των παιδιών στο πλαίσιο της μυθολογίας, η κοινωνία αναγνωρίζει έναν προβληματικό παράγοντα στο λειτουργικό της υπόβαθρο. Άλλωστε, τα βρέφη του μύθου είναι οι πολίτες του αύριο (Ταμπάκης, Θ. 2004).

Στην αρχαία Ελλάδα συναντάμε περιπτώσεις παιδοκτονίας και κλασικό παράδειγμα η περίπτωση της Μήδειας (βλ. Εικόνα 1), που σκότωσε τα παιδιά της με σκοπό την εκδίκηση του συζύγου της Ιάσωνα. Επίσης σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές συναντάμε πολλά παραδείγματα κακοποίησης παιδιών. Για παράδειγμα, η θυσία παιδιών σε διάφορους πολιτισμούς ήταν παραδεκτή για θρησκευτικούς σκοπούς όπως και οι μαζικές σφαγές για πολιτικούς λόγους (η Σφαγή του Ηρώδη). Στις αραβικές χώρες, ο κλέφτης, άσχετα με την ηλικία, τιμωρείται με το κόψιμο του χεριού και ο ψεύτης με το κόψιμο της γλώσσας, ακρωτηριασμός γινόταν από τους γονείς για να ζητιανέψει το παιδί τους, η σεξουαλική εκμετάλλευση των μικρών παιδιών για κερδοσκοπικούς λόγους κ.α. (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Στις κοινωνίες της Ανατολής εξακολουθούν να μαστιγώνουν τα παιδιά ή να τα οδηγούν στην λιμοκτονία για να φύγουν τα κακά πνεύματα. Στη βασιλική οικογένεια της Χαβάης, όπου κατά κανόνα τα αδέλφια παντρεύονταν μεταξύ τους, το πρόβλημα των ελαττωματικών απογόνων λυνόταν με το να εκθέτουν τα μωρά για να πεθάνουν. Μία ανάλογη διαδικασία διατηρείται ακόμα και σε ορισμένα μέρη της Ινδίας. Επειδή οι κόρες χρειάζονται προίκα, θεωρούνται οικονομικά ασύμφωρες, έτσι είτε με την άσκηση βίας είτε με την παράλειψη επαρκούς φροντίδας, η βρεφοκτονία των κοριτσιών ήταν κοινό φαινόμενο (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1987).

Η βίαιη αντιμετώπιση των παιδιών εκ μέρους εκείνων που τους παρέχουν φροντίδα δεν αποτελεί χαρακτηριστικό καμιάς συγκεκριμένης κοινωνίας. Για πολλούς αιώνες η κακή μεταχείριση των παιδιών δικαιωνόταν από την πεποίθηση ότι η αυστηρή σωματική τιμωρία ήταν απαραίτητη για να επιβληθεί η πειθαρχία, να αποφευχθούν οι κακές επιδράσεις ορισμένων πνευμάτων, να διατηρηθεί το γονεϊκό κοινωνικό κύρος, να εκδιωχθούν τα κακά πνεύματα ή να μεταδοθούν εκπαιδευτικές και ηθικές αρχές (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1987).

Το φαινόμενο της κακοποίησης δεν θεωρείται πλέον ένα σύγχρονο πρόβλημα αλλά ένα πρόβλημα το οποίο προϋπήρχε αλλά ήταν κρυμμένο πίσω από άλλα τεράστια προβλήματα των παιδιών των προηγούμενων γενεών- πείνα, λοιμώξεις, εγκατάλειψη και υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα. Στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής τα προβλήματα των παιδιών ήταν πολλά και μεγάλα (πείνα, ξύλο, εργασία από μικρή ηλικία, εγκατάλειψη), αλλά κανείς δεν σκέφτηκε να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής τους μέχρι το 1880 που στην Αγγλία και σε διάφορες πολιτείες της Αμερικής, οργανώθηκαν εταιρίες προστασίας παιδιών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Η πρώτη αναφορά κακοποίησης γίνεται το 1860 από τον Γάλλο καθηγητή ιατροδικαστικής Tardieu ο οποίος δημοσίευσε μια περίπτωση 32 παιδιών που κακοποιήθηκαν από τους γονείς τους, με λεπτομέρειες των τραυμάτων (κατάγματα, εγκαύματα κ.λ.π) καθώς και παρατηρήσεις για τη συμπεριφορά των γονιών και των παιδιών. Τελείωσε με μια παράκληση για έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος αλλά δυστυχώς τα λόγια του ξεχάστηκαν από τους γιατρούς για περίπου 100 χρόνια (Νάκου, 1991).

Αμέσως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο πόλεμο, η ιατρική βιβλιογραφία παρουσίασε πολλές περιγραφές παιδιών με κακώσεις αλλά κανείς δεν αναφέρθηκε σε βία. Το 1957 ένας Αμερικανός ακτινολόγος, ο Caffey, γράφοντας για το συνδυασμό καταγμάτων στα μακρά οστά με υποσκληρίδιο αιμάτωμα σε μικρά παιδιά, τόνισε την αναγκαιότητα να σκεφτεί κανείς την πιθανότητα βίας στην οικογένεια. (Νάκου, 1991)

Αργότερα το 1959 ο Αμερικανός παιδίατρος Henry Kempe μίλησε στην Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρία για το πρόβλημα της «Γονικής εγκληματικής παραμέλησης και βαριάς σωματικής κακοποίησης». Το 1960, η κοινωνική λειτουργός Elmer αναφέρθηκε στις δυσκολίες της αναγνώρισης της κακοποίησης και το 1961 στις Ηνωμένες Πολιτείες ο Kempe οδήγησε πρώτος την προσοχή και το ενδιαφέρον όσον αφορά την κακοποίηση παιδιών χρησιμοποιώντας τον όρο «Battered Child Syndrome» - «Το Σύνδρομο του κακοποιημένου (χτυπημένου) παιδιού». Έκανε μια περιγραφή των παιδιών που κακοποιούνται μέσα στην οικογένεια, των τραυμάτων τους, όπως και των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους. Οι πρώτες αντιδράσεις στα δημοσιεύματα του Kempe ήταν δυσπιστία και άρνηση. Σιγά – σιγά, όμως, στην Αμερική και σε άλλες χώρες, οι γιατροί άρχισαν να παραδέχονται ότι εκείνοι που φροντίζουν τα παιδιά, καμιά φορά μπορεί και να τα τραυματίσουν. Άρχισαν έτσι να σκέφτονται την κακοποίηση σαν «πιθανή διάγνωση» στην περίπτωση κακώσεων σε βρέφη και την παραμέληση και στέρηση μητρικής φροντίδας σαν αιτία στασιμότητας της σωματικής ανάπτυξης ενός παιδιού (Νάκου, 1991).

Στην αρχή όταν δημοσιεύτηκε το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού, ο συνδυασμός της βίας με το «νέο» αυτό σύνδρομο έγινε η αφορμή για όργια δημοσιογραφικών υπερβολών. Οι γονείς παρουσιάζονταν σαν «απάνθρωποι», «σκληροί», «κτήνη», «τέρατα». Με το πέρασμα του χρόνου οι διάφορες μελέτες άρχισαν να δείχνουν ότι οι γονείς οι ίδιοι ήταν θύματα είτε της κοινωνίας, είτε των δικών τους γονιών. Γι' αυτό το λόγο η νομοθεσία έγινε λιγότερο «τιμωρητική» και

περισσότερο «θεραπευτική» απέναντι στους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους (Νάκου, 1991).

Ο Kempe ήταν ο άνθρωπος που τελικά κινητοποίησε τη θεραπευτική ομάδα να κάνει έρευνες στον τομέα της κακοποίησης παιδιών καθορίζοντας τις πρώτες προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος σε διεπιστημονική βάση. Από τότε, ομάδες σε πολλά παιδιατρικά κέντρα άρχισαν να διερευνούν το πρόβλημα και να αναζητούν τρόπους αντιμετώπισης των περιπτώσεων μέσα στα πλαίσια των συγκεκριμένων τοπικών συνθηκών (Νάκου, 1991).

Η πείρα βέβαια έφερε και κάποια διεύρυνση στα όρια και στον ορισμό της κακοποίησης: Ο όρος «Battered babe syndrome» , κατά λέξη «το σύνδρομο του χτυπημένου παιδιού» ήταν πράγματι έντονος και κατάφερε να κερδίσει την προσοχή του κόσμου. Ήταν όμως μια κάπως δημοσιογραφική έκφραση η οποία αποθάρρυνε τους γιατρούς και γενικά όλους τους ανθρώπους στο να βάλουν μια τέτοια «ταμπέλα». Από τότε άρχισε να χρησιμοποιείται ο όρος «non accidental injury»- «τραύμα που δεν οφείλεται σε ατύχημα», όπως και ο γενικότερος όρος «child abuse»- «κακοποίηση παιδιών», ο οποίος προτιμάται σήμερα (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).



Εικόνα 1: Η Μήδεια ετοιμάζεται να σκοτώσει τα παιδιά της για να εκδικηθεί τον άπιστο Ιάσωνα



Εικόνα 2: Ο Δίας και η Ήρα παρακολουθούν τη πτώση του βρέφους Ήφαιστου από τον Όλυμπο.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ένα από τα κύρια πρώτα βήματα στην ανίχνευση ενός φαινομένου τόσο πολυσύνθετου όπως η κακοποίηση- παραμέληση των παιδιών είναι η ανάπτυξη ενός σαφούς ορισμού που θα αποτελεί τη βάση για την αναγνώριση και μελέτη κάθε περίπτωσης. Μέχρι σήμερα κάθε προσπάθεια αναζήτησης ενός θεωρητικού ή λειτουργικού ορισμού προσκρούει σε ανυπέρβλητες δυσκολίες. Πολλοί ερευνητές κατασκεύασαν ορισμούς με βάση τα σωματικά ευρήματα της κακοποίησης, ενώ άλλοι πήραν ως οδηγό τα κίνητρα και τη συμπεριφορά του δράστη (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1987).

Έχουν προταθεί αρκετοί ορισμοί για το φαινόμενο της κακοποίησης- παραμέλησης οι οποίοι στηρίζονται περισσότερο στα σωματικά ευρήματα του φαινομένου αυτού και οι οποίοι δεν διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους. Η κακοποίηση είναι μια εκτεταμένη έννοια που μπορεί να οριστεί ως «οτιδήποτε εμποδίζει τη βέλτιστη ανάπτυξη του παιδιού» (Spreight, 2006).

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, με τον όρο κακοποίηση, περιγράφεται ένα φαινόμενο με το οποίο ένας ή περισσότεροι ενήλικες που έχουν την ευθύνη της φροντίδας ενός παιδιού, προκαλούν ή επιτρέπουν να προκληθούν στο παιδί σωματικές κακώσεις ή συνθήκες στέρησης σε τέτοιο βαθμό ώστε συχνά να επιφέρουν σοβαρές διαταραχές σωματικής, νοητικής, συναισθηματικής ή κοινωνικής μορφής, ακόμα και το θάνατο (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998).

Η Κακοποίηση αναφέρεται σε σωματικές και ψυχολογικές κακώσεις και στερήσεις με υπαιτιότητα των ενηλίκων που έχουν αναλάβει την κηδεμονία ενός παιδιού, οι οποίες επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την ομαλή εξέλιξη της προσωπικότητας του σε κοινωνικο-συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

Τέλος, σύμφωνα με το «Χαμόγελο του Παιδιού», η Κακοποίηση είναι μια βίαιη και επιθετική συμπεριφορά ή κάποια ενέργεια που δημιουργεί βλάβη, τραύμα, πόνο, απειλή, αίσθημα δυσαρέσκειας, δυσφορίας, αποστροφής ή ενοχής και έχει αρνητική επίδραση στο άτομο που τη δέχεται (Χαμόγελο του Παιδιού, 2006).

Οι πιο πάνω ορισμοί αναφέρουν ότι δράστης είναι ο ενήλικας που αναλαμβάνει τη φροντίδα του παιδιού και αναφέρουν τις επιπτώσεις που έχει η

ενέργεια αυτή του δράστη στο σωματικό, συναισθηματικό, κοινωνικό και γνωστικό τομέα και ότι όλα αυτά εμποδίζουν την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.

Με τον όρο παραμέληση εννοούμε την ανικανότητα του ατόμου που επιμελείται την φροντίδα του παιδιού για να καλύψει τις πρώτες ανάγκες του όπως τροφή, ενδυμασία, υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση συναισθηματική υποστήριξη, προστασία από περιβαλλοντικούς κινδύνους κ.α. (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

Σύμφωνα με το «Χαμόγελο του Παιδιού», παραμέληση είναι η στέρηση του παιδιού από τις βασικές και απαραίτητες προϋποθέσεις ασφαλούς και υγιούς ανάπτυξης του όπως η καθαριότητα, η τροφή και η ένδυση, η ιατρική περίθαλψη και η εκπαίδευση (Χαμόγελο του Παιδιού, 2006).

Άτομα με σχέση φροντίδας ως προς το παιδί, μπορεί να είναι φίλοι, babysitters, συγγενείς, δάσκαλοι, βρεφοκόμοι και άλλοι. Οι πιο κοινοί όμως δράστες κακοποίησης-παραμέλησης είναι οι ίδιοι οι γονείς οι οποίοι αναφέρονται στο 77% των μοιραίων περιστατικών (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

Χρειάζεται βέβαια να αναφερθεί ότι πολλοί γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους παράλληλα τα αγαπούν και προσπαθούν να ενδιαφερθούν και να τα φροντίσουν. Μερικοί δυστυχώς δεν τα αγαπούν ούτε μπορούν να ενδιαφερθούν γι' αυτά, αλλά δύσκολα το παραδέχονται (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1987).

Γνωρίζουμε πια ότι η ενδοοικογενειακή βία έχει συχνά αποδέκτες τα παιδιά σε όλες της τις μορφές και ασκείται από εκείνους που ασκούν, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, το γονεϊκό ρόλο.

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Οι πιο συχνές και οι πιο «παλιές» μορφές κακοποίησης και παραμέλησης είναι: (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998)

1) Σεξουαλική κακοποίηση: περιλαμβάνει τη συμμετοχή ή την έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή και ικανοποίηση του ενήλικα.

2) Σωματική κακοποίηση: περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος.

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

4) Ψυχολογική κακοποίηση: περιλαμβάνει πράξεις και συμπεριφορές οι οποίες εμπεριέχουν απόρριψη, εκφοβισμό, απομόνωση, εκμετάλλευση, υποτίμηση, συναισθηματική απροσφορότητα όπως και κοινωνικά αποκλίνουσες πράξεις.

Εκτός από τις μορφές που αναφέρθηκαν πιο πάνω και οι οποίες είναι και οι πιο διαδεδομένες, υπάρχουν και κάποιες «νέες» μορφές κακοποίησης οι οποίες είναι:

A) Σύνδρομο Μυνχάουζεν δι' αντιπροσώπου: το σύνδρομο περιγράφει περιπτώσεις γονέων, στην πλειοψηφία μητέρων που κατασκευάζουν ψευδώς ένα ιατρικό πρόβλημα στο παιδί τους προκαλώντας ιατρικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα καρδιοαναπνευστική ανακοπή, άπνοια, αιματέμεση, διάρροια, σπασμούς, εμετούς κ.α. Επίσης προκαλούν αλλοίωση των εργαστηριακών ευρημάτων (π.χ αίματος, ούρων). Με τις ενέργειες τους αυτές, απομιμούνται ή προκαλούν μια γνωστή διαταραχή ή δημιουργούν ένα σοβαρό διαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998).

B) 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 Μυνχάουζεν δι' αντιπροσώπου» (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998).

Γ) Κακοποίηση Εμβρύου: καλύπτει οποιαδήποτε σκόπιμη συμπεριφορά που είναι γνωστή από την μητέρα ενδεχομένως για να βλάψει το έμβρυο. Γενικά μπορεί να είναι μια άμεση επίθεση, αλλά θα μπορούσε επίσης να περιλάβει και άλλες συμπεριφορές συμπεριλαμβανομένης της κακής χρήσης ουσιών (Kent, 1997).

1.3 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ

Η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιών, αποτελούν όπως είναι γνωστό, ένα διεθνές πρόβλημα, στο οποίο δυστυχώς δεν υπολείπεται και η δική μας χώρα, αφού τέτοια περιστατικά δεν είναι άγνωστα και στο δικό μας Ελλαδικό χώρο.

Δεν έχουμε λόγο να πιστέψουμε ότι οι αναλογίες στην Ελλάδα είναι διαφορετικές. Η πρώτη γραπτή αναφορά στην Ελλάδα σχετικά με το θέμα της κακοποίησης των παιδιών έγινε το 1976 από Έλληνα παιδίατρο και δημοσιεύθηκε με τη μορφή επιφυλλίδας σε εφημερίδα. Έτσι τον επόμενο χρόνο το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού άρχισε να ασχολείται με το θέμα αυτό. Όταν η πρώτη Ελληνική ομάδα ξεκίνησε το 1977, η γενική αντίδραση ήταν «αυτό είναι πρόβλημα σε άλλες χώρες, δεν παρουσιάζεται εδώ». Μια αναδρομική μελέτη (Μαρούλη Ε. 1977) στα αρχεία της Εταιρίας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, αποκάλυψε 43 παιδιά σε 21 οικογένειες που αντιμετωπίστηκαν στην τετραετία 1973-1976, που είχαν όλα τα χαρακτηριστικά κακοποίησης- παραμέλησης μόνο που δεν είχαν την «ταμπέλα». Στην «Αγία Σοφία» το 1978 διαγνώστηκαν 6 περιπτώσεις και στην συνέχεια άρχισε η πρώτη προδρομική μελέτη που έδειξε ότι το πρόβλημα υπάρχει στην Ελλάδα και σε όλες του τις διαστάσεις (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Το 1979 στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, δημιουργήθηκε μια πλήρης διεπιστημονική ομάδα με μέλη της δύο κοινωνικούς λειτουργούς, μια κλινική ψυχολόγο κι ένα νομικό σύμβουλο και με στόχο ένα τριετές ερευνητικό πρόγραμμα μελέτης του φαινομένου της κακοποίησης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Το 1988 έγινε αποδεκτή η πρόταση προς το Υπουργείο για τη δημιουργία Κέντρου Μελέτης και Πρόληψης της Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Έτσι η ομάδα αυξήθηκε στις αρχές του 1989 με 7 νέα μέλη, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια ομάδα με 3 ψυχολόγους, 4 κοινωνικούς λειτουργούς, 1 ψυχίατρο-παιδοψυχίατρο, 1 κοινωνιολόγο-εγκληματολόγο, 1 παιδίατρο και άλλον έναν παιδίατρο με μερική απασχόληση (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Ένας από τους στόχους του Ι.Υ.Π ήταν η ενημέρωση και η πληροφόρηση του κοινού και η εκπαίδευση των ειδικών σε θέματα της αρμοδιότητας και της εξειδίκευσης του Ινστιτούτου. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991)

Στον διεθνή χώρο η ομάδα του Ι.Υ.Π συνεργάζεται από το 1982 με τη Διεθνή Εταιρεία για την Πρόληψη της Κακοποίησης και της Παραμέλησης των παιδιών (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect), και με ανάλογα κέντρα, κυρίως της Ευρώπης και των Ηνωμένων Πολιτειών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Η συνεργασία με την ISPCAN οδήγησε στην ανάθεση στο Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού την οργάνωση του Πρώτου Πανευρωπαϊκού Συνεδρίου Κακοποίησης-Παραμέλησης Παιδιών που πραγματοποιήθηκε στη Ρόδο τον Απρίλιο του 1987. Στο Συνέδριο αυτό συμμετείχαν 400 περίπου σύνεδροι, μισοί Έλληνες και μισοί από το εξωτερικό. Το Συνέδριο συγκέντρωσε για πρώτη φορά τις διάφορες ευρωπαϊκές προσπάθειες και συγχρόνως άνοιξε τις επιστημονικές πόρτες συνεργασίας με χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, 1991).



Ας σταματήσουμε να κακοποιούμε τα παιδιά!

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.1 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

2.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών ειδικότερα μέσα στα πλαίσια της οικογένειας αποτελεί στις μέρες μας ένα σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα. Στοιχεία που αποδεικνύουν το γεγονός αυτό ωστόσο αποκαλύπτονται πολύ δύσκολα διότι η σεξουαλική παραβίαση στην οικογένεια συνδέεται με έντονη κοινωνική ενοχή, με αποτέλεσμα να εντοπίζεται δυσκολότερα από άλλες μορφές κακοποίησης των παιδιών (π.χ σωματική κακοποίηση και παραμέληση) και προϋποθέτει προσεκτικούς και εξειδικευμένους χειρισμούς (Παπανικολάου, 1998).

Η σεξουαλική κακοποίηση δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο. Η έρευνα των ιστορικών πηγών αποκαλύπτει την ύπαρξη του προβλήματος από την αρχαιότητα και αποκαλύπτει ακόμη ότι οι προσπάθειες για την καταπολέμησή της ήταν πάντα έντονες και συστηματικές (Laskaratos, 2000).

Η έρευνα της Βυζαντινής λογοτεχνίας ανακάλυψε πολλές περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών σε όλες τις κοινωνικές τάξεις ακόμη και στην μεσαιωνική βυζαντινή κοινωνία (Laskaratos, 2000).

Παράδειγμα σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών αποτελεί η περίπτωση της πριγκίπισσας Simonis, τη μοναχοκόρη του αυτοκράτορα Ανδρόνικου Β' του Παλαιολόγου (1282-1328), η οποία σε ηλικία πέντε ετών παντρεύτηκε με τον κυρίαρχο των Σέρβων, Στέφανο Μιλουτή, για λόγους κρατικής συμμαχίας. Ο σύζυγός της δεν τήρησε τις νομικές απαιτήσεις να φτάσει η Simonis στην κατάλληλη ηλικία για σεξουαλικές πράξεις με αποτέλεσμα το βιασμό της και τους τραυματισμούς στη μήτρα οι οποίοι την απέτρεψαν να κάνει παιδιά (Laskaratos, 2000).

Σε μια άλλη περίπτωση κοριτσάκι επτά χρονών βιάστηκε από το σύζυγό της ο οποίος δεν περίμενε να φτάσει το κορίτσι στην κατάλληλη ηλικία. Το κοριτσάκι δεν ήθελε να ξαναδεί άντρα μπροστά της (Laskaratos, 2000).

Οι αντιδράσεις αυτές των θυμάτων όπως στην πρώτη περίπτωση η κατάθλιψη της πριγκίπισσας και στη δεύτερη ο φόβος προς τους άντρες είναι παρόμοιες με αυτές που περιγράφονται στη σημερινή ιατρική βιβλιογραφία (Laskaratos, 2000).

Στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία η τιμωρία του δράστη ήταν ποινικές ρήτρες όπως πρόστιμο που πληρωνόταν στο θύμα, επίπληξη του δράστη, κόψιμο της μύτης, εξορισμός και σε ακραίες περιπτώσεις θανατική ποινή (Laskaratos, 2000).

Τελικά οι ιστορικοί απολογισμοί από το Βυζάντιο, επιβεβαιώνουν ότι η Σεξουαλική κακοποίηση είναι ένα αρχαίο κοινωνικό φαινόμενο το οποίο έχει πολλές ομοιότητες όσο αφορά τον κοινωνικό αντίκτυπο και τις συνέπειες στον ψυχολογικό τομέα των θυμάτων (Laskaratos, 2000).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Kempe, η Σεξουαλική κακοποίηση είναι « η εμπλοκή εξαρτωμένων, ανώριμων ως προς την ολοκλήρωση της ανάπτυξης παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες, τις οποίες δεν κατανοούν συνειδητά, για τις οποίες δεν είναι σε θέση να δώσουν έγκυρη συναίνεση και οι οποίες παραβιάζουν τις αντιλήψεις της κοινωνίας όσον αφορά τους οικογενειακούς ρόλους».

Από τον πιο πάνω ορισμό προκύπτουν διάφορες μορφές σεξουαλικής παραβίασης (Παπανικολάου, 1998).

2.1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει δραστηριότητες με ή χωρίς άγγιγμα: (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005)

Με άγγιγμα:

- Το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων του παιδιού ή των απόκρυφων σημείων του για σεξουαλική ευχαρίστηση.
- Το να υποχρεώσει κανείς ένα παιδί να αγγίξει τα γεννητικά όργανα ή τα απόκρυφα σημεία ενός ενηλίκου για σεξουαλική ευχαρίστηση.
- Το να τοποθετεί κανείς αντικείμενα ή μέρη του σώματος (π.χ δάχτυλα, γλώσσα κ.λ.π) μέσα στον κόλπο, πρωκτό ή στόμα του παιδιού για σεξουαλική ευχαρίστηση.

Χωρίς άγγιγμα:

- Το να δείχνει κανείς πορνογραφία σε ένα παιδί.
- Το να εκθέτει κανείς τα γεννητικά του όργανα σε ένα παιδί επίτηδες.
- Το να φωτογραφίζει κανείς ένα παιδί σε σεξουαλικές στάσεις.

- Το να ενθαρρύνει κανείς το παιδί να παρακολουθεί ή να ακούει σεξουαλικές πράξεις.
- Η ακατάλληλη παρακολούθηση του παιδιού όταν ξεντώνεται ή χρησιμοποιεί την τουαλέτα.

2.1.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών είναι πολύ συχνότερη απ' ό τι νομίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι. Στην Αμερική γίνονται καταγγελίες για παιδική σεξουαλική κακοποίηση 80.000 φορές το χρόνο (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Περισσότερα από 88.000 παιδιά επιβεβαιώθηκαν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2002 όπου το 90% των περιπτώσεων διαπράχθηκε από άνδρες και 70%-90% ο δράστης ήταν γνωστός στο παιδί. Τα οικογενειακά μέλη αποτέλεσαν το 30%-50% των δραστών ενάντια στα κορίτσια και 10%-20% ενάντια στα αγόρια (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

Παρ' όλα αυτά ο αριθμός των περιπτώσεων που δεν καταγγέλλονται είναι πολύ μεγαλύτερος, γιατί τα παιδιά φοβούνται να πουν τι έχει συμβεί και η νομική διαδικασία, που επιβεβαιώνει το επεισόδιο, είναι περίπλοκη (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Αντιλαμβανόμαστε αμέσως ότι η σεξουαλική κακοποίηση επισύρει κοινωνική ενοχή, ακόμη περισσότερο όταν συμβαίνει μέσα στην ίδια την οικογένεια με την παραβίαση του αιμομικτικού φραγμού, με συνέπεια τα στοιχεία που βλέπουν το φως της δημοσιότητας να είναι ελάχιστα σε σχέση με τις πραγματικές διαστάσεις της συχνότητας του προβλήματος (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

Έρευνες στις Ηνωμένες Πολιτείες, αναφέρουν ότι τα θηλυκά άτομα είναι περισσότερο πιθανά να γίνουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης από αρσενικούς δράστες και ότι η κακοποίηση στα θηλυκά, σε σχέση με τα αρσενικά, σε μεγάλο βαθμό θα επαναληφθεί. Αν ο δράστης είναι μέλος της οικογένειας τότε η κακοποίηση είναι ακόμη πιο πιθανή να επαναληφθεί σε σχέση με το δράστη εκτός οικογενειακού κύκλου. (Bornstein, Kaplan, Perry, 2007)

Στην Ελλάδα, μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 1992, ανέδειξε ποσοστό σεξουαλικής κακοποίησης πριν την ηλικία των 18 ετών, 17% στα κορίτσια και 7% στα αγόρια (Παπανικολάου, 1998).

Τα στοιχεία από την μελέτη αυτή είναι: (Παπανικολάου, 1998)

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

Από τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει λοιπόν, πως οι περιπτώσεις υψηλού κινδύνου βρίσκονται κυρίως στα πλαίσια της οικογένειας. Οι περισσότεροι δράστες σεξουαλικής κακοποίησης είναι άτομα τα οποία το παιδί γνωρίζει καλά και εμπιστεύεται: πατέρας, μητέρα, αδελφός κ.λ.π. Αυτή ακριβώς η σχέση εμπιστοσύνης, σε συνδυασμό με την ανηλικότητα, την υποδεέστερη δηλαδή θέση του παιδιού σε σχέση με το δράστη, διευκολύνει την απόκρυψη της κακοποίησης (Παπανικολάου, 1998).

Πιο κάτω θα αναφερθούν οι κυριότεροι ατομικοί και κυρίως οι κοινωνικοί εκείνοι παράγοντες οι οποίοι καθιστούν τον οικογενειακό πυρήνα πεδίο υψηλού κινδύνου.

2.1.4 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Έρευνες έδειξαν ότι τα παρακάτω στοιχεία, που χαρακτηρίζουν κάποιες οικογένειες, αποτελούν παράγοντες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη σεξουαλικής επιθετικότητας σε βάρος των παιδιών (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005)

- Μονογονεϊκές οικογένειες,
- Παιδιά που έχουν φτωχές σχέσεις με τους γονείς ή που αντιμετωπίζονται ιδιαίτερα αυστηρά,
- Η παρουσία πατριού ή συντρόφου της μητέρας,
- Απουσία μητέρας από το σπίτι, λόγω εργασίας, ασθένειας ή ανικανότητας,
- Παρουσία στο σπίτι ατόμου με ιστορικό σεξουαλικού εγκλήματος ή παρεκκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς,
- Ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης σε έναν ή και τους δύο γονείς,
- Προβλήματα στις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού,

- Χαμηλό κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο των γονιών, χωρίς ωστόσο να είναι σπάνιο το φαινόμενο και σε ανώτερες κοινωνικές τάξεις,
- Διάφορα σοβαρά οικογενειακά προβλήματα,
- Σύγχυση των οικογενειακών ρόλων και η απουσία ορίων,

Τέλος ο ισχυρός και παθολογικά στενός δεσμός μεταξύ των μελών της οικογένειας. Ενδοστρεφείς οικογένειες είναι εκείνες οι οποίες λειτουργούν ως «κλειστό σύστημα» όπου τόσο οι κακοποιήσεις όσο και οι συγκρούσεις συμβαίνουν κεκλεισμένων των θυρών. Τα μέλη της έχουν άγχος σχετικά με τυχόν διάλυση ή αλληλοεγκατάλειψη, ο δε μηχανισμός της αιμομιξίας είναι αυτό που κρατά την οικογένεια μαζί (Παπανικολάου, 1998).

Καθώς επιχειρούμε να σκιαγραφήσουμε τη γενική εικόνα της οικογένειας, στην οποία συναντούμε σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών, απαραίτητο είναι να εξετάσουμε παράλληλα και τα γενικά χαρακτηριστικά του δράστη που κακοποιεί αλλά και τις συνέπειες που δημιουργεί η σεξουαλική κακοποίηση στο παιδί-θύμα.

2.1.5 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ

Τα χαρακτηριστικά που καταγράφονται πιο συχνά είναι τα εξής: (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998)

- ✓ Χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- ✓ Κατάθλιψη.
- ✓ Προβλήματα σχέσεων.
- ✓ Αδυναμία ελέγχου της παρορμητικότητας.
- ✓ Χρήση αλκοόλ και ουσιών.
- ✓ Έντονες στερεότυπες απόψεις για σεξουαλικούς ρόλους και συμπεριφορά.
- ✓ Σεξουαλική διέγερση από παιδιά.
- ✓ Σεξουαλικές φαντασιώσεις με παιδιά.
- ✓ Ελλειμματικές κοινωνικές δεξιότητες.

Παρατηρείται ότι η χρήση οινοπνεύματος είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που εξωθεί στην σεξουαλική κακοποίηση, αφού έχει παρατηρηθεί στο 54% περίπου όλων των περιπτώσεων (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Τυπικός δράστης είναι ο πατέρας και θύματα κορίτσια. Με τη σταδιακή όμως διερεύνηση του προβλήματος αποκαλύπτονται όλο και μεγαλύτερα ποσοστά με δράστες γυναίκες και θύματα αγόρια.

Οι δράστες περιγράφονται ως άτομα με κυριαρχική συμπεριφορά, στερημένα στην παιδική τους ηλικία ή φέρουν οι ίδιοι εμπειρίες διαφόρων μορφών βίας, σωματικής κακοποίησης, παραμέλησης, σεξουαλικής ή ψυχολογικής κακοποίησης.

Ο πατέρας δράστης ζηλεύει και επιθυμεί το παιδί του, στη ζωή του οποίου επεμβαίνει έντονα και συχνά είναι ένα άτομο που αναζητάει στη σχέση με τη γυναίκα του μια εξιδανικευμένη εικόνα της μητέρας του (Παπανικολάου, 1998).



2.1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οι συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης είναι τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές. Ερευνητικά ευρήματα έχουν δείξει ότι οι ψυχολογικές συνέπειες της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του κακοποιημένου ατόμου κατά τη παιδική ηλικία, αλλά και αργότερα κατά την ενηλικίωσή του.

Οι κυριότερες συνέπειες είναι: (Τσιγκρής, 2000)

- Διαταραχές ύπνου
- Ενούρηση κατά τη διάρκεια του ύπνου
- Εγκόπριση
- Διαταραχές όρεξης (βουλιμία, ανορεξία)
- Απομόνωση
- Φόβος
- Επιθετικότητα
- Κατάθλιψη
- Τάσεις αυτοκαταστροφής
- Δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής
- Διαταραχές στη μάθηση και στη συγκέντρωση, απότομη πτώση της σχολικής επίδοσης
- Καθυστερημένη διανοητική και γλωσσική ανάπτυξη
- Δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής
- Δυσκολίες στις σχέσεις
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Προβλήματα σεξουαλικής ανάπτυξης

Αν η σεξουαλική κακοποίηση δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά οι συνέπειες συνεχίζουν μέχρι την ενήλικη ζωή. Το ενήλικο πλέον άτομο θα έχει προβλήματα στις διαπροσωπικές του σχέσεις και ιδιαίτερα με το αντίθετο φύλο, θα έχει χαμηλή αυτοεικόνα για το σώμα του, θα κάνει χρήση μη υγιών συμπεριφορών για την κάλυψη των οδυνηρών συναισθημάτων του όπως κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών και τέλος θα έχει δυσκολίες αργότερα στην τεκνοποιία και σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα (Παπαϊωάννου, 2000).

Επίσης η σεξουαλική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, μπορεί να οδηγήσει αργότερα στην ενήλικη ζωή στον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας (Thomas, 2007).

Μία έρευνα που έγινε το 2004 στη Μινεσότα, με μαθητές της 6^{ης}, 9^{ης} και 12^{ης} τάξης, εξέτασε κατά πόσο οι μαθητές, που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στη παιδική τους ηλικία, είχαν αυτοκαταστροφικές τάσεις. Το δείγμα ήταν 131.862 μαθητές, των οποίων 65.278 ήταν αγόρια και 66.584 ήταν κορίτσια. Το 93% των μαθητών είχαν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Η έρευνα έδειξε ότι το 24% των αγοριών και το 34.1% των κοριτσιών ανέφεραν ότι είχαν σκέψεις για αυτοκτονία και το 7,4% των αγοριών και το 11,9% ανέφεραν απόπειρες αυτοκτονίας. Παρατηρήθηκε επίσης ότι τα ποσοστά για προσπάθεια αυτοκτονίας ήταν μεγαλύτερα στις περιπτώσεις που ο δράστης ήταν μέλος της οικογένειας (Eisenberg, 2007).

Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή ενός παιδιού, γι' αυτό όταν η κακοποίηση προέρχεται από την οικογένεια είναι πιο τραυματική και η πιθανότητα να επαναληφθεί είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι όταν διαπράττεται από άτομο εκτός της οικογένειας. (Bornstein & et al, 2007)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για να γίνει μια τεκμηριωμένη, σοβαρή και αξιόπιστη διάγνωση, όσο αφορά τα παιδιά-θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, θα πρέπει πρώτα να γίνει μία ιατρική αξιολόγηση η οποία θα βασίζεται σε ειδικά κριτήρια που έχουν οριστεί από τους υπεύθυνους φορείς για την αντιμετώπιση της κακοποίησης. Η αξιολόγηση θα έχει σαν στόχο: (Adams, 2007)

- 1) Να λάβει ένα ιατρικό ιστορικό του παιδιού.
- 2) Να εξετάσει τις εναλλακτικές εξηγήσεις για τα συμπτώματα και τα τραύματα.
- 3) Να αξιολογήσει τα συναισθηματικά, συμπεριφορικά και αναπτυξιακά προβλήματα του παιδιού.
- 4) Να αξιολογήσει την ασφάλεια του παιδιού μέσα στην οικογένεια και
- 5) Να εξασφαλίσει την ευημερία του παιδιού.

Το ιστορικό που λαμβάνεται από το παιδί-θύμα της σεξουαλικής κακοποίησης, είναι το σημαντικότερο μέρος της αξιολόγησης γιατί ο ειδικός μπορεί να αντλήσει τις πιο χρήσιμες πληροφορίες. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, ο ειδικός επαγγελματίας που, θα πρέπει να έχει την ικανότητα να εκτελέσει και να τεκμηριώσει μια περιεκτική εξέταση, να έχει την ικανότητα επιλογής της κατάλληλης αγωγής και να μπορέσει στο τέλος να εξασφαλίσει την ασφάλεια του παιδιού (Adams, 2007).

Οι επιπτώσεις που υφίσταται το παιδί από την σεξουαλική κακοποίηση και κάποια κλινικά ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες που ασχολούνται με το παιδί να κάνουν μια πρώτη εκτίμηση για σεξουαλική κακοποίηση.

Οι επαγγελματίες μπορούν να εκπροσωπούν οποιονδήποτε κλάδο όπως ψυχολόγοι, δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, παιδίατροι, παιδοψυχίατροι, νοσηλευτές κ.α.

Τα ιατρικά ευρήματα μπορεί να είναι γενικά ή να αφορούν την περινεϊκή χώρα (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Γενικά ιατρικά ευρήματα

1. Αιματώματα, αμυχές, δαγκωνιές ή άλλα τραύματα στο στήθος, γλουτούς, υπογάστριο, μηρούς.
2. Δυσκολία στο βάδισμα ή στο κάθισμα.
3. Σχισμένα, λερωμένα ή ματωμένα εσώρουχα ή ρούχα που έχουν φορεθεί βιαστικά, ανάποδα.
4. Σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα.
5. Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

Ευρήματα στην περινεϊκή χώρα

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

Οι εκπαιδευτικοί και οι παιδίατροι ως επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με το παιδί, έρχονται θέλοντας και μη καθημερινά αντιμέτωποι με όλα τα κοινωνικά φαινόμενα που αφορούν τη παιδική ηλικία. Έτσι μπορούν να εξετάσουν μέσα από τη παρατήρηση του παιδιού, με την επαφή τους με τους γονείς, σε περίπτωση που υποψιαστούν σεξουαλική παραβίαση του παιδιού, θα πρέπει να απευθυνθούν στους υπεύθυνους φορείς όπως ψυχολόγους, ψυχίατρους κ.λ.π για να γίνει έγκαιρα η διάγνωση της κακοποίησης και η παρέμβαση (Παπανικολάου, 1998).

Ο ειδικός ψυχολόγος που θα ασχοληθεί με την περίπτωση του παιδιού, θα πρέπει να βοηθήσει το παιδί να αισθανθεί εμπιστοσύνη στο πρόσωπό του σε βαθμό που θα διευκολύνει το παιδί να αποκαλύψει το μυστικό του. Η εκτίμηση θα πρέπει να γίνει σε ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον που να εξασφαλίζει το απόρρητο. Ο χώρος θα πρέπει να προσφέρει εξοπλισμό που να διευκολύνει το παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα, δηλαδή, υλικό για ζωγραφική, πυλό, εικόνες κ.λ.π. Επίσης, αν υπάρχουν υπόνοιες για ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση, το παιδί θα πρέπει να εξεταστεί μόνο του και κάθε γονέας ξεχωριστά (Γεωργοπούλου, 1998).

Για τη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης συζητήθηκαν τα τελευταία χρόνια τέσσερα διαφορετικά μοντέλα: **α)** το ευρύτερο μοντέλο, **β)** το μοντέλο ανάκρισης του παιδιού, **γ)** το μοντέλο παρατήρησης γονέων-παιδιού και **δ)** το μοντέλο παρατήρησης μόνο του παιδιού. Από τα τέσσερα αυτά μοντέλα το ευρύτερο μοντέλο απεδείχθη ως το πλέον ενδεδειγμένο γιατί περιλαμβάνει τη συνέντευξη με το παιδί και τους γονείς αλλά και με τα συγγενικά πρόσωπα και έτσι επιτρέπει μια εκτίμηση των δεδομένων σε ένα ευρύτερο πλαίσιο (Σιδεράς, 2000).

Επίσης, για τη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης, η διεθνής έρευνα έχει στη διάθεσή της μια σειρά από εργαλεία, όπως π.χ. σταθμισμένα συστήματα παρατήρησης της σχέσης μεταξύ του θύτη και του θύματος. Τα συστήματα αυτά

εστιάζουν στη δυαδική σχέση θύτη και θύματος και εφαρμόζονται κατά κανόνα σε ειδικά διαμορφωμένους διαγνωστικούς χώρους, οι οποίοι επιτρέπουν τη βιντεοσκόπηση της συνέντευξης και της παρατήρησης. Η βιντεοσκόπηση της συνέντευξης του παιδιού κρίνεται ως σημαντική γιατί επιτρέπει τον έλεγχο της ποιότητας των ερωτήσεων και διευρύνει τη διάγνωση με μη λεκτικές μεταβλητές, όπως π.χ. μιμικές αντιδράσεις του προσώπου, κινήσεις του σώματος ή των χεριών κ.λ.π. (Σιδεράς, 2000).

Εκτός από τις μιμικές αντιδράσεις και τις κινήσεις του σώματος, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με το παιδί, θα πρέπει να παρατηρηθούν και ο τρόπος αλλά και οι λέξεις που χρησιμοποιεί το παιδί για να περιγράψει τα γεννητικά του όργανα, το στήθος όπως και τις λειτουργίες τους. Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο ενδείκνυται όταν υπάρχουν σοβαρές σωματικές βλάβες, διαφαίνεται σοβαρό συναισθηματικό τραύμα και όταν υπάρχει κίνδυνος για περαιτέρω κακοποίηση του παιδιού. Η νοσηλεία θα λειτουργήσει ως ασπίδα προστασίας, ως μεταβατικός και θεραπευτικός χώρος ο οποίος θα συμβάλλει στο πέρασμα από την κρίση της αποκάλυψης στην ανακούφιση της αντιμετώπισης (Σιδεράς, 2000).

Οι επαγγελματίες, όσον αφορά τους γονείς, δεν έχουν το δικαίωμα να αποκρύψουν από αυτούς ότι υποψιάζονται ενδοοικογενειακή ευθύνη για το γεγονός και πρέπει να ενημερώσουν τους γονείς για τυχόν νοσηλεία του παιδιού και να ζητήσουν τη δική τους συναίνεση. Εάν οι γονείς δεν συμφωνούν τότε θα εξηγηθούν οι προβλέψεις του νόμου για «υποχρεωτική νοσηλεία» με εισαγγελική παρέμβαση. Η παρέμβαση αυτή δεν αίρει τη διάθεση των επαγγελματιών για συνεργασία με την οικογένεια και αυτό θα πρέπει να διευκρινισθεί στους γονείς (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Ανάλογες εξηγήσεις θα πρέπει να δοθούν και στο παιδί σχετικά με όλα τα στάδια της διαγνωστικής διαδικασίας. Η γνώση αυτή θα το βοηθήσει να αισθανθεί σιγουριά, γιατί θα ξέρει τι το περιμένει (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

2.1.7 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΑ

A) Προληπτική Παρέμβαση

Η σημαντικότερη πηγή πρόληψης είναι η ενημέρωση της κοινότητας για τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της σεξουαλικής κακοποίησης. Οι δάσκαλοι πρέπει να επιμορφωθούν στη διάκριση και στη συμπεριφορά τους απέναντι σε κακοποιημένα παιδιά. Τέλος τα παιδιά τα ίδια πρέπει να αποτελούν το επίκεντρο της ενημέρωσης για τους κινδύνους που μπορεί να αντιμετωπίσουν ακόμη και από τον στενό οικογενειακό τους κύκλο με λόγια, χειρονομίες και όρκους απόλυτης μυστικότητας (Παπαϊωάννου, 2000).

Στη προληπτική παρέμβαση υπάρχουν προγράμματα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς παρέμβασης.

Τα προγράμματα πρωτογενούς παρέμβασης αποσκοπούν στη μείωση του αριθμού σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών, η δευτερογενής παρέμβαση στην έγκαιρη διάγνωση, στην αναχαίτιση της σεξουαλικής κακοποίησης και στην προστασία του παιδιού. Τέλος τα προγράμματα τριτογενούς παρέμβασης αποβλέπουν στην στήριξη του θύματος προκειμένου να μειωθούν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην εξέλιξή του. Οι πρωτογενείς και οι δευτερογενείς παρεμβάσεις υποβοηθούν επίσης στην ανεύρεση κατάλληλων σταθμών θεραπευτικής ή τουλάχιστον συμβουλευτικής αγωγής (Σιδεράς, 2000).

Τα προγράμματα προληπτικής παρέμβασης αποβλέπουν στην αλλαγή αγωγής των γονέων, ενισχύουν το εγώ του παιδιού ενισχύοντας το αυτο-συναίσθημά του, μειώνουν τη διαφορά δύναμης μεταξύ ενηλίκων και παιδιών, μεταδίδουν στα παιδιά γνώσεις γύρω από την ανάπτυξη σεξουαλικής συμπεριφοράς και υποβοηθούν τα παιδιά ώστε να αναγνωρίζουν και να αποφεύγουν το κίνδυνο σεξουαλικής κακοποίησης ή να αναζητούν προστασία (Σιδεράς, I. 2000).

Οι κεντρικές θεματικές των προγραμμάτων αυτών είναι: α) ο ορισμός της σεξουαλικής κακοποίησης. Τα παιδιά θα πρέπει να γνωρίζουν ποιες μορφές συμπεριφοράς των ενηλίκων μπορούν να επιτρέπουν ή να αρνούνται (Σιδεράς, I. 2000).

Για το λόγο αυτό η πληροφόρηση των παιδιών σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση θα πρέπει να εισαχθεί σε όλα τα δημοτικά σχολεία. Θα πρέπει να μάθουν τα παιδιά να επερωτούν σεξουαλικές προτάσεις που είναι πιθανόν να τους γίνουν, να

σπεύδουν να τις αποφεύγουν και να αναφέρουν αμέσως το συμβάν σε ενήλικο της εμπιστοσύνης τους (Παπαϊωάννου. Κ. 2000).

β) πληροφορίες για πιθανούς δράστες: Τα παιδιά θα πρέπει να γνωρίζουν ότι δράστες μπορεί να είναι άτομα από το γνωστό και συγγενικό περιβάλλον τους και τέλος γ) να δοθούν πληροφορίες σχετικά με την ενοχή του παιδιού που θα συμβάλουν ώστε το παιδί να μην αισθάνεται ενοχή αλλά να γνωρίζει ότι στις περιπτώσεις αυτές ευθύνη έχει μόνο ο θύτης (Σιδεράς, 2000).

Η διάρκεια των προγραμμάτων που εστιάζουν στα παιδιά διαρκούν 15 έως 20 λεπτά και αρκούνται συνήθως σε τρεις εβδομαδιαίες παρεμβάσεις. Τα προγράμματα αυτά εφαρμόζονται στα νηπιαγωγεία, τα σχολεία ή και σε συμβουλευτικούς σταθμούς από εξειδικευμένα άτομα. Το υλικό που χρησιμοποιούν είναι βιβλία, φιλμ, θέατρο, comics, training της παιδικής συμπεριφοράς κ.λ.π. (Σιδεράς, 2000).

Για μια έγκαιρη και αποτελεσματικά αντιμετώπιση της σεξουαλικής παραβίασης του παιδιού θα πρέπει να εντείνουμε την προσοχή μας στην προληπτική διάσταση του θέματος και να αναπτύξουμε θεωρητικά θεμελιωμένα και μεθοδολογικά σωστά τοποθετημένα προγράμματα προληπτικής παρέμβασης (Σιδεράς, Ι. 2000).

B) Θεραπευτική Παρέμβαση

Όταν η σεξουαλική παραβίαση γίνεται μέσα στην οικογένεια είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει πιστευτή η αποκάλυψη του παιδιού από την άμεση οικογένεια γιατί θα βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική έκβαση αλλά και στη μορφή της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. Η ψυχοπαθολογία του υπαίτιου ενήλικα, συνήθως πατέρα, μητέρας και η διαταραχή της οικογενειακής λειτουργίας διαμορφώνουν το πλαίσιο της έκβασης. Η επιστημονική κατάρτιση και η εμπειρία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, η διεπιστημονικότητα της ομάδας, η αλληλοϋποστήριξη και η εποπτεία λειτουργούν καθοριστικά. Με τα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης, οι ειδικοί επαγγελματίες, βοηθούν στο να μειωθούν και να απαλειφθούν, όσο το δυνατόν οι καταστρεπτικές συνέπειες της σεξουαλικής κακοποίησης (Γεωργοπούλου-Αγάθωνος, 1998).

Ένα πρόγραμμα θεραπευτικής παρέμβασης σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών, είναι των Karp & Buttler, το οποίο δημοσιεύθηκε το 1995 και εφαρμόζεται σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών. Αποτελείται από 74 θεματικές ενότητες που

εντάσσονται σε 4 στάδια θεραπευτικής παρέμβασης, που υποδιαιρούνται σε φάσεις θεραπευτικής αγωγής (Σιδεράς, 2000).

Το πρώτο στάδιο της παρέμβασης αναφέρεται στην προσωπικότητα του παιδιού, διευκρινίζει το σκοπό της θεραπευτικής παρέμβασης και αποβλέπει στην δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ παιδιού και θεραπευτή (Σιδεράς, 2000).

Κατά τη πρώτη φάση «Ποιος είμαι εγώ;», η οποία περιέχει 10 θεματικές, η παρέμβαση βοηθά να προσδιορισθεί η εικόνα που έχει το παιδί για το εγώ και την όλη του προσωπικότητα σε σχέση με την οικογένειά του. Σε συνεργασία με το παιδί ο θεραπευτής επεξεργάζεται ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα παρέμβασης και βάζει τις βάσεις για την ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης προς το παιδί. Η δεύτερη φάση «Τι αισθάνομαι», με 9 θεματικές, στηρίζει την ανάπτυξη μιας αυτο-κατανόησης των συναισθημάτων για τον ίδιο του τον εαυτό ως και για τα συναισθήματα των άλλων ατόμων. Τέλος, η τρίτη φάση του πρώτου σταδίου αποσκοπεί στη δημιουργία κατανόησης της ιδιωτικής σφαίρας του παιδιού και της προσωπικής, ιδιωτικής σφαίρας των άλλων (Σιδεράς, 2000).

Στο δεύτερο στάδιο, «Διερεύνηση του τραύματος», το παιδί βρίσκεται αντιμέτωπο με τον προβληματισμό του και τον τραυματισμό που υπέστη, πράγμα που μπορεί να δημιουργήσει νέα αγωνία και η θεραπευτική παρέμβαση να παλινδρομήσει. Η πρώτη φάση του δεύτερου σταδίου, με συνολικά 9 θεματικές, επιδιώκει να βοηθήσει το παιδί να αναπτύξει ένα συναίσθημα αυτασφάλειας και αυτο-βεβαιότητας. Στη δεύτερη φάση, «Μυστικά», με 7 θεματικές, το παιδί θα πρέπει να στηριχθεί προκειμένου να παύσει την επίμονη αποσιώπηση του πιο καλοφυλαγμένου μυστικού του και να συνειδητοποιήσει τα αυτο-καταστρεπτικά του συναισθήματα. Τέλος, η τρίτη φάση του δεύτερου σταδίου αναφέρεται στη γενική θεματική «Αναμνήσεις, Εφιάλτες και Τέρατα», με συνολικά 10 θεματικές (Σιδεράς, 2000).

Στο τρίτο στάδιο του θεραπευτικού προγράμματος, σε δύο φάσεις με συνολικά 15 θεματικές, ο θεραπευτής επιδιώκει την επανόρθωση της αυτοαντίληψης του παιδιού, ενισχύοντας την αυτο-πεποίθησή του. Το παιδί μαθαίνει να αποβάλλει το συναίσθημα ενοχής και ευθύνης και να επεξεργάζεται τα μπλοκαρισμένα του συναισθήματα (Σιδεράς, 2000).

Τέλος, το τέταρτο στάδιο με μια φάση και συνολικά 5 θεματικές, βοηθά το παιδί να στρέψει ο βλέμμα του προς το μέλλον, συνειδητοποιώντας τι έμαθε, αισθανόμενο

περήφανο για την επίδοσή του, αποκτώντας με τον τρόπο αυτό μια νέα αυτοπεποίθηση (Σιδεράς, 2000).

Προγράμματα τέτοιου είδους θα πρέπει να προσαρμοστούν και στην ελληνική πραγματικότητα για να βοηθήσουμε ουσιαστικά τα παιδιά και τους νέους που υπήρξαν θύμα σεξουαλικής κακοποίησης.

2.2. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών είναι γνωστό δια μέσου των αιώνων και εκδηλώνεται με πολλές μορφές.

Μαρτυρίες για σωματική κακοποίηση και παραμέληση, ακόμη και θανάτωση παιδιών από τους γονείς τους, έχουμε από την αρχαιότητα. Αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά ως πρόβλημα στις αρχές της δεκαετίας του 60, από τον Αμερικανό γιατρό C. Kempe και τους συνεργάτες του, μετά από παρατηρήσεις ακτινογραφιών παιδικών καταγμάτων και τραυμάτων που φαίνονταν ανεξήγητα και δεν αιτιολογούνταν επαρκώς από τους γονείς των παιδιών. Μετά από πολλές αρχικές δυσκολίες των ειδικών να παραδεχθούν την ύπαρξη ενός τόσο βίαιου φαινομένου στους κόλπους της οικογένειας, η μελέτη της παιδικής σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης και η δημιουργία σχετικών προστατευτικών νομοθεσιών καθώς και προγραμμάτων θεραπείας και πρόληψης αναπτύχθηκαν ταχύτατα σε όλες τις δυτικές κοινωνίες. Στην Ελλάδα οι προβληματισμοί για το φαινόμενο αυτό παρουσιάστηκαν κάπως αργότερα, στα τέλη της δεκαετίας του 70 (Agathonos-Georgoroulou, 1997).

Η άσκηση αδικαιολόγητης βίας, κυρίως σωματικής, στα παιδιά εξακολουθεί να έχει διαστάσεις κοινωνικού προβλήματος. Το φαινόμενο της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών είναι άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες, εξαρτάται βέβαια και από τα πρότυπα τα οποία κάθε κοινωνία επιβάλλει στους γονείς σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς των παιδιών (Τσιάντης, 2001).

Το γεγονός ότι τα παιδιά δεν ξέρουν το τρόπο να ζητήσουν βοήθεια αλλά βέβαια και η άρνηση του δράστη να μιλήσει για τα κατορθώματά του, εκτός από τους κινδύνους για τη ζωή πολλών παιδιών, δημιουργεί και στη πολιτεία μεγαλύτερη ευθύνη για την ουσιαστική αντιμετώπιση του πολύπλευρου αυτού ζητήματος (Τεγόπουλος, 2001).

Έχουν προταθεί πολλοί ορισμοί για τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών αλλά κανένας δεν είναι απόλυτα ικανοποιητικός.

Σε μια έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης αναφέρθηκε ότι «Η ενεργητική μορφή της σωματικής κακοποίησης περιλαμβάνει κυρίως σωματικές κακώσεις που

προκαλούνται από ενήλικες σε παιδιά. Η παθητική μορφή περιλαμβάνει κυρίως την παραμέληση και αποστέρηση του παιδιού με αποτέλεσμα να προκαλείται καθυστέρηση στη σωματική, νοητική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξή του» Οι δύο παραπάνω καταστάσεις είναι τελείως διαφορετικές αλλά μπορεί να συνυπάρχουν στην ίδια οικογένεια (Τσιάντης, 2001).

Επειδή η παραμέληση παιδιών μπορεί να λάβει πολλές μορφές, έχει αποδειχθεί ότι είναι πολύ δύσκολος ο καθορισμός με έναν τρόπο που να γενικεύει όλες τις περιπτώσεις (McSherry, 2007).

Ο Zaravin (1999) σημείωσε ότι η έλλειψη ενός τυποποιημένου καθορισμού της παραμέλησης παιδιών ήταν αναγνωρισμένη ως ένα θεμελιώδες εμπόδιο για την ανάπτυξη της κατανόησης αυτού του τύπου της κακής μεταχείρισης. Σχολίασε επίσης, ότι «η μακροχρόνια ιστορία των ανακριβών ορισμών όσον αφορά τη παραμέληση, έχει παρακωλύσει τη δυνατότητα των ερευνητών να διεξάγουν τα συμπεράσματα για τη φύση και τις συνέπειες της παραμέλησης (McSherry, 2007).

Οι επαγγελματίες που ασχολούνται με το θέμα της παραμέλησης συμφωνούν στο ότι πρόκειται για ανεπαρκή προσοχή όπως έλλειψη τροφίμων, στέγης, ιματισμού κ.λ.π αλλά διαφωνούν για το πως θα καθιερώσουν τα κατώτατα όρια ελάχιστης προσοχής λαμβάνοντας υπόψη και την ηλικία του παιδιού (McSherry, 2007).

Η σωματική κακοποίηση και παραμέληση παιδιών είναι ένα τεράστιο θέμα που απασχολεί όλους μας. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες (δάσκαλοι, παιδίατροι κ.λ.π) που έρχονται σε συχνή επαφή με τα παιδιά να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και με τη παραμικρή υποψία να καταγγέλλουν το γεγονός στους αρμόδιους φορείς. Αυτοί με τη σειρά τους θα πρέπει να κάνουν τις απαραίτητες για τη διάγνωση εξετάσεις και να επιλέξουν τη κατάλληλη θεραπεία η οποία θα βοηθήσει στην επούλωση των τραυμάτων (σωματικών-ψυχικών) του παιδιού.

2.2.2 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

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

A) γιατί δεν υπάρχει ένας διεθνής λειτουργικός ορισμός που να επιτρέπει τις συγκρίσεις μεταξύ των χωρών, B) δεν υπάρχει εθνικό σύστημα αναφοράς σε πολλές χώρες, Γ) γιατί υπάρχει γενική αποτυχία της διάγνωσης των κακώσεων που προκαλούνται από την κακοποίηση και Δ) εξαιτίας του ότι δεν αναφέρονται τα περιστατικά σωματικής κακοποίησης στις αρμόδιες υπηρεσίες.

Παρ' όλα αυτά, εκτιμήσεις της συχνότητας υπάρχουν σε χώρες με υποχρεωτικό σύστημα αναφοράς όπως και σε ειδικούς πληθυσμούς παιδιών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στη Μ. Βρετανία, η συχνότητα κατά έτος έχει εκτιμηθεί ως 1-2% των παιδιών του γενικού πληθυσμού κάτω των 5 ετών ενώ στις Η.Π.Α αναφέρεται το ίδιο ποσοστό κατ' έτος για τις ηλικίες 0-18 ετών εκ των οποίων 2.500-5.000 πεθαίνουν (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στην Ελλάδα η εκτίμηση της συχνότητας της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών στο γενικό πληθυσμό μπορεί να προσεγγισθεί με βάση τη συχνότητα 1-2% και προβολή στον ετήσιο αριθμό γεννήσεων των 1000.000 περίπου παιδιών. Έτσι, αναμένουμε 1.000-2.000 νέες περιπτώσεις κατ' έτος, για κάθε έτος ηλικίας, με μεγαλύτερη συχνότητα στις μικρές ηλικίες. Εφόσον διεθνώς εκτιμάται ότι 2 στα 3 σωματικά κακοποιημένα και παραμελημένα παιδιά είναι 0-5 ετών, αναμένουμε ότι στην Ελλάδα 5.000 ως 10.000 παιδιά προσχολικής ηλικίας υφίστανται σωματική κακοποίηση και παραμέληση από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Οι εκτιμήσεις αυτές αναφέρονται σε αναμενόμενη και όχι δήλη συχνότητα, εφόσον ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων δεν αναφέρεται (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Επί μέρους μελέτες στην Ελλάδα αναφέρονται σε ενδεικτικές συχνότητες. Στον πληθυσμό των νοσηλευθέντων παιδιών στο Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία» τη χρονική περίοδο 1984-1992, το ποσοστό των παιδιών που διαγνώστηκαν και καταγράφηκαν ως κακοποιημένα ήταν κατά μέσο όρο 0.62% (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Η χαμηλή αυτή εκτίμηση οφείλεται στην απουσία συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Έρευνα που είχε γίνει το 1997 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μαθητών 13-15 ετών από όλη την Ελλάδα, έδειξε ότι το 15% των μαθητών είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση στη παιδική τους ηλικία από τους γονείς τους. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη, το 52% των μαθητών ανέφεραν παραμέληση, δηλαδή οι γονείς τους δεν τους εξασφάλιζαν βασικές ανθρώπινες ανάγκες όπως τροφή, ένδυση κ.λ.π. (Τεγόπουλος, 2001).

Στις ΗΠΑ μια έρευνα το 2001 (National Child Abuse and Neglect Data System, NCANDS), έδειξε ότι από τα 903.000 παιδιά που ήταν θύματα, το 60% υπέφερε από παραμέληση και το 18% από σωματική κακοποίηση. Το 2000 πέθαναν 580 παιδιά από παραμέληση (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998).

Η έρευνες του NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children) της Μεγάλης Βρετανίας έδειξαν ότι η σωματική κακοποίηση συμβαίνει με μεγαλύτερα ποσοστά στα βρέφη κάτω του ενός έτους και με μεγαλύτερη συχνότητα στα αγόρια. Τέλος, ότι στο 1/3 των περιπτώσεων παραμέλησης συνυπάρχει και η σωματική κακοποίηση (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

2.2.3 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

2.2.3 α) ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η Σωματική κακοποίηση είναι μια από τις πιο κοινές μορφές κακοποίησης παιδιών με κύριο σημάδι τα τραύματα, όπως επιβεβαιώνουν οι παθολόγοι.

Η Αμερικανική Ακαδημία της παιδιατρικής Επιτροπής της κακοποίησης παιδιών έχει σκιαγραφήσει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των τραυμάτων που υποδηλώνουν σωματική κακοποίηση.

Ένα τραύμα μπορεί να θεωρηθεί σωματική κακοποίηση εάν οριστεί ως «μη τυχαίο» και διαρκέσει περισσότερο από ένα προσωρινό κοκκίνισμα του δέρματος.

Τα πιο κοινά τραύματα της σωματικής κακοποίησης είναι οι μώλωπες και τα γδαρσίματα και ακολουθούν οι πληγές, οι γραντζουνιές, τα σημάδια αντικειμένων, δαγκώματα, εγκαύματα και αιματώματα. Οι παθολόγοι θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με τους τραυματισμούς και να ξέρουν να διακρίνουν αυτούς με τα ασυνήθιστα χαρακτηριστικά (Swerldin & Berkowitz, 2007).

➤ ΜΩΛΩΠΕΣ

Οι μώλωπες είναι ο πιο κοινός τύπος τραυματισμού στα σωματικά κακοποιημένα παιδιά. Μία ακριβής περιγραφή της θέσης, της διάρκειας, του μεγέθους και του χρώματος του μωλωπισμού, μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τη διάκριση μεταξύ τυχαίου τραυματισμού και σωματικής κακοποίησης (Swerldin & Berkowitz, 2007).

Όταν το βρέφος αρχίσει να περπατάει, συνήθως πέφτει προς τα εμπρός μωλωπίζοντας τα πόδια και το μέτωπό του. Ωστόσο, μώλωπες στο θώρακα, την κοιλιά και γύρω από το στόμα προκαλούνται πολύ πιο σπάνια από ατύχημα. Έτσι, οι μώλωπες στις περιοχές αυτές, σε παιδιά κάτω των δύο ετών, ή σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος σε βρέφη που δεν έχουν ακόμη περπατήσει, εγείρουν υποψίες ηθελημένου τραυματισμού. Συχνά, αν ένα μωρό που κλαίει ταρακουνηθεί βίαια από τους γονείς του, μπορεί να παρουσιάσει μώλωπες από την πίεση των δακτύλων τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε είναι εύκολο να διαπιστωθεί ότι έπιασαν και ζούληξαν το μωρό. Τα σημάδια από τα δάκτυλα και τον αντίχειρα παρατηρούνται κατά μήκος της πλάτης ή εγκάρσια στο στήθος, ή ορισμένες φορές γύρω από το στόμα (Κούτσουμπος, 1985).

Συνοπτικά οι μωλωπισμοί που οδηγούν σε σωματική κακοποίηση είναι όταν:
(Swerldin & Berkowitz, 2007)

A) παρουσιάζονται σε παιδιά 9 μηνών που δεν είναι κινητικά ανεξάρτητα

B) φέρουν τη σφραγίδα του αντικειμένου που χρησιμοποιήθηκε (π.χ δάκτυλα) και

Γ) βρίσκονται σε ασυνήθιστη θέση στο σώμα του παιδιού όπως κοιλιά, θώρακα, στόμα, μηρούς, πλάτη, λαιμό και μάγουλα (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Μωλωπισμοί σε μέρος του σώματος του παιδιού που υποδηλώνει σωματική κακοποίηση

➤ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Η κακοποίηση με το κάψιμο περιλαμβάνει το 6%-20% των περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης και εμφανίζονται κυρίως σε παιδιά ηλικίας 1 έως 3 ετών. Οι πιο κοινοί τρόποι για να προκαλέσουν οι δράστες εγκαύματα στα παιδιά είναι η βύθιση του παιδιού σε ζεματιστό νερό και η χρησιμοποίηση του τσιγάρου.

Ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εγκαυμάτων που υποδηλώνουν σωματική κακοποίηση είναι:

A) εγκαύματα που φαίνονται παλαιότερα σε σχέση με το ιστορικό που δόθηκε από τους γονείς.

B) όταν υπάρχουν συμμετρικά διανεμημένα στο σώμα εγκαύματα (Εικόνα 3).

Γ) όταν τα εγκαύματα υποδηλώνουν βύθιση σε ζεστό νερό και

Δ) εγκαύματα σύμφωνα με τα ακόλουθα μέσα:

- επαφή ζεστών αντικειμένων στο σώμα του παιδιού (Εικόνα 2).
- εγκαύματα με τσιγάρα και αναπτήρες (Εικόνα 4).
- φούρνος μικροκυμάτων και
- σημάδια από τη χρησιμοποίηση σιδήρων και σχάρας.

Οι παθολόγοι υποστηρίζουν ότι τα εγκαύματα με καυτό νερό είναι η συχνότερη μορφή αφού ξεπερνάει το 80% των περιπτώσεων (Swerldin & Berkowitz, 2007).



Εικόνα 2. Σημάδια από την επαφή ζεστού ποτηριού στο σώμα του παιδιού.



Εικόνα 3. Συμμετρικό έγκαυμα στα πόδια του παιδιού από τη βύθιση σε καυτό νερό



Εικόνα 4. Εγκαύματα με τη χρησιμοποίηση τσιγάρων.

➤ **Κακώσεις των οστών**

Οι κακώσεις των οστών αποτελούν ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα «του σωματικά κακοποιημένου βρέφους. Στα βρέφη που δεν περπατούν ακόμη σπάνια εμφανίζεται θραύση οστού. Τα πολύ μικρά παιδιά παθαίνουν συνήθως μόνο ατελή κατάγματα. Θραύση του οστού με αξιοσημείωτη μετατόπιση μπορεί να προκληθεί με απότομο λύγισμα του άκρου από έναν ενήλικα. Οι κακώσεις, ωστόσο, είναι συνήθως πολύ πιο ανεπαίσθητες και έχουν σχέση με τα χαρακτηριστικά του αναπτυσσόμενου οστού. Κάθε μακρό οστό απολήγει στην ονομαζόμενη μετάφυση, ένα έλασμα που αναπτύσσεται, και ακολουθεί ο αναπτυσσόμενος χόνδρος, που ονομάζεται επίφυση. Αν το οστό τραβηχτεί, κάμπτεται στην πιο αδύνατη περιοχή, συγκεκριμένα στη μετάφυση, και στην ακτινογραφία παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά της επιφυσικής αποκόλλησης. (Κούτσουμπος, 1985).

Αυτές οι μεταβολές μπορούν να διαπιστωθούν αν αιωρήσει κάποιος το παιδί από το χέρι ή το πόδι. Το στέλεχος του μακρού οστού προστατεύεται από ένα λεπτό εξωτερικό περίβλημα, το περίοστεο, και είναι σταθερά συνδεδεμένο στις άκρες του μακρού οστού, δηλαδή στη μετάφυση. Με την πίεση ή την περιστροφή των ιστών πάνω από το οστό εκδηλώνεται αιμορραγία ανάμεσα στο περίοστεο και το συμπαγές στέλεχος του οστού. Αρχικά, προκαλείται οδυνηρό οίδημα, το οποίο, σε διάστημα δύο ή τριών εβδομάδων, σκληρύνεται από αποθέματα ασβεστίου και δημιουργεί πόρο, εύκολα διακρινόμενο στην ακτινογραφία. Επανελημμένες κακώσεις μπορεί να προκαλέσουν σχηματισμό πώρων σε μεγάλη έκταση. (Κούτσουμπος, 1985).

Οι δύο αυτές ακτινολογικές ανακαλύψεις, η επιφυσική αποκόλληση και η πόρωση του περιοστέου, οδηγούν σαφώς στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για ηθελημένες κακώσεις (Κούτσουμπος, 1985).

➤ **ΔΑΓΚΩΜΑΤΑ**

Τα σημάδια από τα δαγκώματα μπορεί να είναι μορφή σωματικής κακοποίησης και είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά εξαιτίας της μόλυνσης που μπορεί να προκαλέσουν. Είναι σημαντικό, σε περίπτωση που το δάγκωμα θεωρείται ηθελημένο, να τεκμηριώνεται η μορφή, το χρώμα και η διάμετρος του σημάδιου γιατί έτσι είναι εφικτό να προσδιοριστεί ο δράστης (Swerldin & Berkowitz, 2007).

➤ **ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ**

Σπασίματα κρανίων με ενδοκρανιακό τραυματισμό στα βρέφη οφείλονται στη σωματική κακοποίηση. Τα βρέφη και τα παιδιά μπορεί να πέσουν ή να τα ρίξει κάποιος κάτω με το κεφάλι και να ραγίσουν το κρανίο τους, μερικές όμως φορές ανακαλύπτουμε ότι κουνάνε οι γονείς τα βρέφη κρατώντας τα από τα πόδια και το κρανίο τους σπάει χτυπώντας τα στο τοίχο. Η διάγνωση του κατάγματος στο κρανίο μπορεί εύκολα να γίνει με ακτινογραφία. Το βρέφος μπορεί να πεθάνει αμέσως, ή λίγο αργότερα, από προοδευτική ενδοκρανιακή αιμορραγία χωρίς να ανακτήσει τις αισθήσεις του ή, μπορεί αρχικά να αναρρώσει και αμέσως μετά να χειροτερέψει λόγω της συνεχιζόμενης αιμορραγίας στο κεφάλι (Κούτσουμπος, 1985).

Χαρακτηριστικό από τον τραυματισμό στο κεφάλι είναι και οι αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες όπου είναι σημαντικό στην εξέταση των ματιών να περιλαμβάνεται η εξέταση του αμφιβληστροειδή. Αμφιβληστροειδικές αιμορραγίες, από τραυματισμό στο κεφάλι, φαίνεται σε 85% των περιπτώσεων σωματικής κακοποίησης (Dubowitz & Bennet, 2007).

➤ **ΆΛΛΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ**

Στις καταγγελίες που έχουν γίνει, αναφέρονται ποικίλες κακώσεις σε βρέφη μετά από επίθεση των κηδεμόνων τους, όπως ρήξη των σπλάχνων (συκώτι, σπλήνα, νεφρά), κακώσεις των ματιών με επακόλουθη εξασθένιση της όρασης, διάφορα δερματικά έλκη και εμφανής εκδορές. Διάφορα όργανα μπορούν να εισαχθούν βίαια στο στόμα του βρέφους και να τραυματίσουν τον ουρανίσκο ή να διαρρήξουν το χαλινό της γλώσσας (δηλαδή την πτυχή δέρματος κάτω από τη γλώσσα), ή, ακόμη, στον πρωκτό, προκαλώντας αιμορραγία και πυόρροια (Κούτσουμπος, 1985).

Έρευνα που έγινε στη Νέα Υόρκη με 106 περιπτώσεις το χρονικό διάστημα 1996-1998, ανέφερε ότι το 55% των περιπτώσεων υπέστη σωματική κακοποίηση. Η μέση ηλικία των παιδιών που ήταν θύματα της σωματικής κακοποίησης ήταν 6,5 ετών και η μέση ηλικία του δράστη 27 ετών. Οι μώλωπες ήταν η συχνότερη ζημιά στο 24% των περιπτώσεων και μετά ακολουθούν οι άλλοι τραυματισμοί όπως δαγκώματα, εγκαύματα, σπασίματα κ.λ.π (πίνακας 1). Οι τραυματισμοί βρέθηκαν στο πρόσωπο και στο λαιμό στο 26% των περιπτώσεων και οι τραυματισμοί στο κεφάλι στο 17% των περιπτώσεων (Keshavarz & Kawashima, 2002).

Πίνακας 1. Τραυματισμοί από τη Σωματική κακοποίηση

Μώλωπες	24%
Πληγές και Γδαρσίματα	20%
Εγκαύματα	10%
Σπασίματα	10%
Δαγκώματα, απώλεια μαλλιών, σπάσιμο δοντιών και άλλες κακώσεις	17%

2.2.3 β) ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στην περίπτωση όπου τα κλινικά γνωρίσματα παραπέμπουν στην πιθανότητα κακοποίησης του παιδιού, είναι σκόπιμο να επεκτείνουμε το κλινικό ιστορικό, έχοντας υπόψη ορισμένα σημεία. Τα ακόλουθα διαγνωστικά χαρακτηριστικά οδηγούν στην υπόθεση ότι το παιδί υπέστη κακώσεις από τους γονείς: (Κούτσουμπος, 1985)

1. Όταν υπάρχει μια ανεξήγητη καθυστέρηση από την ώρα που έγινε ο τραυματισμός ως την ώρα που το παιδί μεταφέρθηκε στο γιατρό: στα ατυχήματα οι γονείς ζητούν αμέσως ιατρική βοήθεια ενώ στη μη τυχαία κάκωση έρχονται με καθυστέρηση στο νοσοκομείο. Αναφέρεται ότι 40% των περιπτώσεων πηγαίνουν στο γιατρό την επόμενη μέρα και 40% μία μέχρι τέσσερις μέρες αργότερα.

2. Όταν μοιάζει απίθανο το ατύχημα, που περιέγραψαν οι γονείς, να οδηγήσει στον τραυματισμό που παρουσιάζει το παιδί ή όταν τα χαρακτηριστικά του περιστατικού, όπως τα διηγούνται οι γονείς, είναι φανερό ή αποδεικνύεται ότι είναι ψευδή: για βρέφος με κάταγμα του μοιραίου και εκχυμώσεις στο πρόσωπο, δίνεται το ιστορικό «δεν ξέρω πώς έπεσε». Για παιδί με πολλαπλά εγκαύματα από τσιγάρο αναφέρθηκε ότι «είχε ξαναβγάλει τέτοιες καντήλες». Ο γιατρός γνωρίζει ότι ένα βρέφος δύο μηνών δεν μπορεί να τραυματιστεί με το παιχνίδι του, γιατί σ' αυτή την ηλικία δεν κρατά αντικείμενα αλλά ούτε και μπορεί να πέσει από το κρεβάτι του και να κτυπήσει.

3. Όταν το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση.

4. Όταν το παιδί έχει επισκεφθεί επανειλημμένα άλλους γιατρούς και άλλα νοσοκομεία για διάφορα προβλήματα.

5. Όταν υπάρχουν βλάβες συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (π.χ κάταγμα και εκχυμώσεις): το παιδί που προσκομίζεται για κάταγμα βραχιονίου, συνήθως δεν έχει και εκχυμώσεις ή εκδορές και σε άλλα μέρη του σώματός του ή ακόμη και άλλα κατάγματα. Οι γονείς δείχνουν έκπληκτοι για τις ελαφρότερες βλάβες και δίνουν ιστορικό μόνο για τη σοβαρή βλάβη.

6. Όταν οι βλάβες είναι διαφορετικής ηλικίας, πράγμα που μαρτυρά τα επανειλημμένα επεισόδια κακοποίησης.

7. Όταν οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο.

8. Μερικές βλάβες είναι χαρακτηριστικές της κακοποίησης: η ρήξη του χαλινού του άνω χείλους είναι πολύ απίθανο να είναι τυχαία. Έγκαυμα που καταλαμβάνει όλη την επιφάνεια του άκρου και σταματά ισοϋψώς, δείχνει καθαρά πως το άκρο εμβαπτίστηκε ηθελημένα σε καυτό νερό. Έγκαυμα στα πέλματα βρέφους δεν μπορεί να είναι από ατύχημα. Συχνά το όργανο που χρησιμοποιήθηκε για την κακοποίηση αφήνει χαρακτηριστικά σημάδια, π.χ. νυχιές, δαγκωνιές, χτυπήματα από ζωστήρα κ.λ.π.

9. Όταν η μητέρα ομολογεί πως, μερικές φορές, όταν το μωρό την εκνευρίζει ή την ενοχλεί, αισθάνεται την επιθυμία να το ταρακουνήσει, ή όταν οι γονείς υπαινίσσονται ότι ένας από τους δύο θα μπορούσε να είχε τραυματίσει το παιδί.

10. Όταν η συμπεριφορά του παιδιού είναι χαρακτηριστική: το βλέμμα του και η έκφράσή του δείχνουν απόγνωση και απάθεια. Συχνά το παιδί δεν δείχνει καμία αντίδραση στον αποχωρισμό από τους γονείς και φαίνεται να προτιμά το νοσοκομειακό περιβάλλον από το σπίτι του, κάτι που δεν συμβαίνει ποτέ σε φυσιολογικά παιδιά.

11. Όταν ο τρόπος που μιλούν οι γονείς στο ή για το παιδί τους είναι απορριπτικός: «δύσκολο», «χαζό», «γκρινιάρικο», «αρρωστιάρικο» ή δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί σε σύγκριση με τα άλλα τους παιδιά.

2.2.3 γ) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Υπάρχουν αρκετοί λόγοι που οι γονείς κακοποιούν σωματικά τα παιδιά τους. Για χρόνια οι μελέτες εστιάζονταν στην ψυχοπαθολογία του γονέα για να εξηγήσουν το πρόβλημα της παιδικής σωματικής κακοποίησης. Σήμερα όμως αναγνωρίζουμε πως η κακοποίηση του παιδιού από τους γονείς του είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων που σχετίζονται, όχι μόνο με τους γονείς, αλλά και με τη δυσλειτουργία της οικογένειας και με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα οι γονείς κακοποιούν σωματικά τα παιδιά τους όταν: (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998)

1) Οι γονείς δείχνουν ανικανότητα να διατηρήσουν μία σχέση, ενώ παράλληλα η μία κύηση διαδέχεται την άλλα χωρίς κανένα προγραμματισμό.

2) Υπάρχει αποτυχία από τους γονείς να αναπτύξουν συναισθηματικό δεσμό με το παιδί τους.

3) Η μητέρα βλέπει το βρέφος σαν «αχάριστο» και «δύσκολο να ικανοποιηθεί», π.χ κλαίει πολύ, δεν κοιμάται, έχει δυσκολία στο φαγητό κ.λ.π.

4) Η μητέρα έχει λίγες δυνατότητες για κοινωνική υποστήριξη.

5) Οι γονείς έχουν αυστηρές και άκαμπτες ηθικές απόψεις- υπερπειθαρχία.

Οι γονείς ταυτίζουν τη πειθαρχία με τη σωματική τιμωρία. «Μια ξυλιά παραπάνω» είναι συνηθισμένη, αλλά έτσι μπορεί να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος. Το παιδί μπορεί να ωθηθεί με αυτό τον τρόπο σε περαιτέρω αποτυχίες και έτσι να τιμωρείται ολοένα και περισσότερο.

6) Οι γονείς είναι πολύ νέοι για να τα βγάλουν πέρα. Συνήθως πρόκειται για έφηβους γονείς με το πρώτο τους παιδί. Έχουν εμπειρίες συναισθηματικής στέρησης, υψηλές προσδοκίες από το παιδί τους και εξωπραγματικές απόψεις για το γονεϊκό ρόλο. Η σωματική κακοποίηση είναι συχνά αποτέλεσμα απότομου χειρισμού κατά τη διάρκεια πανικού ή απότομου ταρακουνήματος, σε παιδί κάτω των 8 μηνών, που επιφέρει, συχνά σοβαρή εγκεφαλική βλάβη.

7) Η σωματική κακοποίηση γίνεται από τον πατριό ή γενικότερα το σύντροφο της μητέρας.

2.2.3 δ) ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης στο παιδί εξαρτώνται από: (Τσιάντης, 2000)

➤ Τη σοβαρότητα της κακοποίησης (π.χ. σοβαρότερες είναι οι επιπτώσεις της βάνανσης παιδικής σωματικής κακοποίησης από τη σωματική κακοποίηση με ξύλο που αφήνει μελανιές).

➤ Την ηλικία του παιδιού (πολύ σοβαρότερες είναι οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης σε νεαρότερες ηλικίες).

➤ Την συχνότητα της παιδικής σωματικής κακοποίησης (σοβαρότερες είναι οι επιπτώσεις επανάληψης της σωματικής κακοποίησης απ' ότι ενός επεισοδίου).

Κατά τη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία, ως αποτέλεσμα του ψυχικού τραύματος της κακοποίησης και της διαταραγμένης δυαδικής σχέσης γονέα-παιδιού, το παιδί εκδηλώνει έντονο κλάμα ή εκρήξεις οργής που δεν κατευνάζονται εύκολα. Κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, το κακοποιημένο παιδί εκδηλώνει συναισθηματικές δυσκολίες, αντιδράσεις και συμπεριφορές όπως: (Τσιάντης, 2000)

- Φοβισμένη και επιφυλακτική στάση απέναντι στους άλλους και απέναντι στο σωματικό άγγιγμα, κυρίως όταν βλέπει απότομες κινήσεις (π.χ. σήκωμα χεριού).
- Μια χαρακτηριστική έκφραση που έχει περιγραφεί ως «παγωμένο βλέμμα», ιδιαίτερα μετά το βίαιο επεισόδιο. (Εικόνα 1.)
- Έντονη ψυχοκινητική ανησυχία ή/ και υπερκινητικότητα.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση, θλίψη, στεναχώρια ή απάθεια και απόσυρση.
- Χαμηλή επίδοση στο σχολείο ως αποτέλεσμα του ψυχικού πόνου ή των μαθησιακών δυσκολιών.
- Διαταραχές συμπεριφοράς. Ο έντονος θυμός και η επιθετικότητα που βιώνει το κακοποιημένο παιδί μπορεί να εκδηλώνονται ως: α) αντιδραστική ή επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε συνομηλίκους ή μεγαλύτερους, β) καταστροφική συμπεριφορά στα παιχνίδια ή άλλα αντικείμενα ή γ) αυτο-επιθετική συμπεριφορά που μπορεί να κλιμακωθεί σε αυτοκαταστροφή (χαράζει καρπούς, μπράτσο κ.λ.π) και απόπειρες αυτοκτονίας. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις, κυρίως στην εφηβεία, ο θυμός εκτονώνεται μέσω της

αντικοινωνικής συμπεριφοράς («διαταραχή διαγωγής») που παραβιάζει τα όρια των ενηλίκων, τους ηθικούς κανόνες ή το νόμο.

- Στοιχεία ψευδοωριμότητας. Το παιδί δείχνει σοβαρό, λιγότερο αυθόρμητο και πιο προβληματισμένο από τους συνομηλίκους του. Μπορεί ακόμα να καταβάλλει υπερβολική προσπάθεια να γίνει αγαπητό, εκδηλώνοντας υποδειγματική ή πειθήνια συμπεριφορά, άριστη σχολική επίδοση ή τελειομανία. Η ψευδής αυτή εικόνα ωριμότητας συνδέεται με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση του κακοποιημένου παιδιού, το φόβο απόρριψης ή επανάληψης της κακοποίησης, αλλά και τις αυξημένες ευθύνες του για τη φροντίδα του γονέα («γονεοποιημένο παιδί»).



Εικόνα 1. Το χαρακτηριστικό «παγωμένο βλέμμα» του παιδιού μετά την σωματική κακοποίηση

Η σωματική κακοποίηση, σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει σε άλλες χώρες αλλά και στην Ελλάδα, επιφέρει, εκτός από τις παραπάνω, σοβαρότερες αλλά και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.

Τα παιδιά που υπομένουν σωματική κακοποίηση εμφανίζονται να διατρέχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν αργότερα διάφορα ενήλικα προβλήματα συμπεριλαμβανομένης και της μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Μία έρευνα των Schaaf and McCanne 1998 οι οποίοι εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της σωματικής κακοποίησης και της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία, διέτρεξαν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μετατραυματική διαταραχή άγχους από τις γυναίκες που δεν είχαν κακοποιηθεί (Hetzl & McCanne, 2005).

Η έρευνα υποστηρίζει ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της χρήσης ουσιών στην ενηλικίωση και της σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία. Άτομα που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για μακροπρόθεσμη χρήση ουσιών σε σχέση με άτομα που δεν έχουν κάποιο ιστορικό κακοποίησης (Schneider, Cronkite, Timko, 2008).

Οι ερευνητές από ένα ευρύ φάσμα των ιατρικών ειδικοτήτων έχουν σημειώσει ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό από τους ασθενείς με χρόνια πόνο που έχει ένα ιστορικό σωματικής κακοποίησης. Ασθενείς με χρόνια σύνδρομο πόνου κακοποιήθηκαν στην παιδική τους ηλικία. Επίσης, σε περιπτώσεις σοβαρής σωματικής κακοποίησης, έχουν παρατηρηθεί και «ψυχωσικές» αντιδράσεις όπου χάνεται ή περιορίζεται προσωρινά η επαφή του παιδιού με την πραγματικότητα και τους άλλους γύρω του (Sachs-Ericsson, 2007).

Σε μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού το 1995 σε κλινικό δείγμα 197 σωματικά κακοποιημένων παιδιών, η θνητότητα ήταν 6% στον πληθυσμό των σωματικά κακοποιημένων παιδιών και 17% στην ομάδα των παιδιών με σοβαρές κακώσεις. Η ίδια η μελέτη αναφέρει ότι 33% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών υπέστη προσωρινή αναπηρία (π.χ. κάταγμα άκρου), ενώ 8% υπέστησαν μόνιμη αναπηρία (π.χ. κώφωση, τραυματικό καταρράκτη, παραπληγία, παραμόρφωση προσώπου, νοητική υστέρηση μετά από σοβαρή κάκωση κρανίου κ.λ.π) (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Επίσης η μελέτη του ΙΥΠ διαπίστωσε ότι ένας ικανός αριθμός παιδιών παρουσίαζε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας: 22% μέτρια ως σοβαρά νευρολογικά προβλήματα, 27% μέτρια ως σοβαρή νοητική υστέρηση, 45% μέτρια ως σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Ένα σημαντικό ποσοστό παιδιών δεν παρακολουθούσε την κανονική εκπαίδευση: 20% φοιτούσαν σε ειδικό σχολείο ή τάξη ενώ 17% είχαν διακόψει το σχολείο. Σε μέση ηλικία 11 ετών, 12% ήταν ήδη εμπλεγμένα σε κλοπές, βανδαλισμούς και πορνεία ενώ 20% είχαν εκδηλώσει βία εναντίον ενηλίκων εκτός οικογένειας και 10% εναντίον των γονέων τους (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί η σχέση της σωματικής κακοποίησης με την νεανική παραβατικότητα. Η συνέχιση του κύκλου θύτης-θύμα, κινητοποίησε σε πολλές χώρες μια σειρά αναδρομικών ερευνών οι οποίες έδειξαν ότι: (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998)

- 97% από τους άρρενες ανήλικους επαναλαμβανόμενων παραβάσεων είχαν ιστορικό σωματικής κακοποίησης και τιμωρίας στην οικογένεια.
- 50% των οικογενειών που καταγγέλλθηκαν για σωματική κακοποίηση, είχαν τουλάχιστον ένα παιδί που στη συνέχεια παραπέμφθηκε στο δικαστήριο ανηλίκων για παραβατική συμπεριφορά.
- Ανήλικοι παραβάτες με εμπειρίες σωματικής κακοποίησης είχαν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να εμπλακούν σε σοβαρές επιθέσεις εναντίον τρίτων, από εκείνους χωρίς εμπειρίες.
- 24 φορές συχνότερα διέπρατταν εμπρησμούς.
- 2 φορές συχνότερα διέπρατταν επιθέσεις
- 58 φορές συχνότερα διέπρατταν βιασμούς.

Από τα πιο πάνω αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνεται ότι ένα σωματικά κακοποιημένο παιδί υπάρχει πιθανότητα να κακοποιήσει αργότερα το δικό του παιδί. Άρα επιβεβαιώνεται ο συνεχιζόμενος κύκλος της σωματικής κακοποίησης από γενεά σε γενεά. Γι' αυτό θα πρέπει οι αρμόδιοι για την κακοποίηση των παιδιών να αναζητήσουν τους προστατευτικούς παράγοντες που θα επιδράσουν θετικά και θα σταματήσουν τη προδιάθεση. Με αυτό το τρόπο θα σταματήσει και ο φαύλος κύκλος της κακοποίησης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

2.2.4 ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

2.2.4 α) ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Η Παραμέληση των παιδιών μπορεί να πάρει πολλές μορφές όπου η κάθε μία μπορεί από μόνη της να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στο παιδί.

Οι μορφές της παραμέλησης είναι: (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005)

- ✓ **Σωματική Παραμέληση**: όπως έλλειψη επαρκούς τροφής, ενδυμασίας, κατοικίας, εγκατάλειψη του παιδιού, έλλειψη επιτήρησής του, έλλειψη καθαριότητας και προσωπικής υγιεινής, απόρριψη του παιδιού που το οδηγεί να φύγει από το σπίτι.
- ✓ **Εκπαιδευτική Παραμέληση**: όπως αποτυχία του γονέα να εγγράψει το παιδί στην υποχρεωτική εκπαίδευση ή να του παρέχει ειδική αγωγή, αν αυτή χρειάζεται.
- ✓ **Συναισθηματική Παραμέληση**: όπως το να παρακολουθεί το παιδί συνεχή συζυγική βία, να επιτρέπεται στο παιδί να χρησιμοποιεί ναρκωτικά ή αλκοόλ, να αγνοείται το παιδί, να αγνοούνται οι ανάγκες του για αλληλεπίδραση ή να αγνοείται ακόμη και η παρουσία του. Ακόμα, συναισθηματική παραμέληση είναι η άρνηση ψυχολογικής φροντίδας, η διαρκής υποτίμηση του παιδιού, η άρνηση προσφοράς στοργής, η απόρριψη, η λεκτική κακοποίηση (π.χ. βρισιές, κοροϊδίες ή απειλές), η απομόνωση (όταν εμποδίζεται το παιδί να έχει φυσιολογικές σχέσεις με άλλα παιδιά ή ενήλικους), η καλλιέργεια κλίματος τρομοκρατίας και η διαφθορά του παιδιού (η ενθάρρυνσή του να συμμετέχει σε καταστροφική, παράνομη ή αντικοινωνική συμπεριφορά).
- ✓ **Ιατρική Παραμέληση**: υπάρχει όταν οι κηδεμόνες αρνούνται ιατρική φροντίδα σε επείγουσα περίπτωση ή αγνοούν ιατρικές συστάσεις για παιδιά με χρόνιες ασθένειες (π.χ. διαβήτη) ή αναπηρίες που μπορούν να αντιμετωπιστούν (π.χ. καταρράκτης, που μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση). Επίσης ιατρική παραμέληση είναι η έλλειψη οδοντιατρικής φροντίδας και ψυχιατρικής στήριξης, όπου χρειάζεται.

2.2.4 β) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται πιο κάτω αποτελούν απλές ενδείξεις και βοηθούν στην αναγνώριση της παραμέλησης του παιδιού: (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998)

- Διαρκής πείνα, κόπωση και χαμηλό βάρος.
- Απουσία επιτήρησης (παιδιά κάτω των 10 ετών, στα οποία επιτρέπεται να μένουν εκτός σπιτιού τη νύχτα χωρίς επίβλεψη ενήλικα και παιδιά κάτω των 14 ετών στα οποία επιτρέπεται να μένουν τη νύχτα εκτός σπιτιού χωρίς οι γονείς να γνωρίζουν που βρίσκονται).
- Κακή σωματική υγιεινή και κατάσταση ένδυσης.
- Ανεπαρκής φροντίδα, γιατί οι γονείς λείπουν ή έχουν προβλήματα με ναρκωτικά και αλκοόλ, εγκαταλείπονται στο σπίτι ή τα αφήνουν να ζουν σε επικίνδυνες συνθήκες.
- Χρόνια ιατρικά προβλήματα που δεν αντιμετωπίζονται.
- Προβλήματα παρακολούθησης στο σχολείο ή εγκατάλειψη του σχολείου.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και τάση αυτοκαταστροφής.
- Τα παραμελημένα παιδιά παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομήλικους ή ενήλικες.
- Αντικοινωνική συμπεριφορά, όπως φυγή από το σπίτι ή κλοπές.
- Παλινδρομημένη συμπεριφορά του παιδιού (ενούρηση, εγκόπριση, κ.λ.π.)
- Μεγάλος φόβος του παιδιού προς τους γονείς του.
- Τα παραμελημένα παιδιά είναι υπερβολικά υπάκουα, παθητικά και αποσυρμένα.
- Παρουσιάζουν υπερβολικό άγχος και ιδιαίτερα όταν οι γονείς είναι παρόν.
- Παρουσιάζουν υπερβολική ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε.

2.2.4 γ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι οικογένειες που έχουν υψηλό κίνδυνο για παραμέληση των παιδιών τους, παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005)

- Μονογονεϊκές οικογένειες.
- Μητέρα ηλικίας κάτω των 21 στη γέννηση του πρώτου παιδιού.
- Μητέρες με περισσότερα από ένα παιδιά στην εφηβεία τους.
- Χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, ανεργία γονέων, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο οικογένειας.
- Συζυγική βία.
- Χρήση ουσιών από τους γονείς.
- Προβλήματα ψυχικής υγείας, βαριά κατάθλιψη και υψηλός βαθμός stress στους γονείς.
- Μητέρες που είχαν ελάχιστους ή ανασφαλείς δεσμούς με τους δικούς τους γονείς.
- Απουσία ευαισθησίας και ανταπόκρισης στις ανάγκες των παιδιών, γονείς που δεν δείχνουν ζεστασιά ή τρυφερότητα στα παιδιά τους.

Γενικότερα οι μητέρες που αμελούν τα παιδιά τους παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα στην επεξεργασία πληροφοριών όσον αφορά τις ανάγκες των παιδιών τους. Αμελείς γονείς έχουν σημαντικά λιγότερο θετικές αντιλήψεις για τα παιδιά τους και ανεπαρκής γνώση σχετικά με την ανατροφή των παιδιών τους. (Hildyard & Wolfe, 2007)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος «τύπος» οικογένειας που παραμελεί αλλά, η παραμέληση εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση, τις κρίσιμες καταστάσεις που περνά η οικογένεια όπως για παράδειγμα πένθος, διαζύγιο, ασθένεια κ.λ.π και τέλος από τα προβλήματα που ο κάθε γονέας αντιμετωπίζει (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Έρευνα που έγινε στο Καναδά το 2003 από 1266 οικογένειες με περίπτωση παραμέλησης έδειξε ότι οι βιολογικές μητέρες ήταν δράστες στο 83% των περιπτώσεων, οι βιολογικοί πατέρες στο 36% των περιπτώσεων και οι πατριοί στο 9% των περιπτώσεων. Η παραμέληση εμφανίστηκε πρώτιστα σε οικογένειες με έναν γονέα και συνήθως τη μητέρα που ήταν κοινωνικά απομονωμένη και που είχε κοινωνικά προβλήματα αλλά και προβλήματα υγείας. Όσον αφορά τα δύο φύλα, η έρευνα έδειξε ότι η διαφορά τους έγκειται στα διαφορετικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κάθε γονέας ξεχωριστά (Dufour & Laverne, 2008).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς και τα οποία αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για παραμέληση είναι: (Dufour & Laverne, 2008)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	ΜΗΤΕΡΑ
Νέοι Γονείς	2%	8%
Χαμηλή εκπαίδευση	56%	63%
Κανένα εισόδημα	30%	59%
Κατάχρηση οινοπνεύματος	36%	34%
Κατάχρηση ουσιών	28%	29%
Εγκληματική δραστηριότητα	23%	15%
Γνωστική εξασθένιση	13%	17%
Διανοητική υγεία	20%	38%
Σωματική υγεία	13%	14%
Μη κοινωνική υποστήριξη	41%	51%
Κακοχειριζόμενο ως παιδί	21%	34%
Θύμα ενδοοικογενειακής βίας	11%	40%

Από τα πιο πάνω φαίνεται ότι οι μητέρες «παλεύουν» με περισσότερα προβλήματα σε σύγκριση με τους πατέρες. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι μητέρες σε σύγκριση με τους πατέρες, είναι συχνότερα θύματα της κακής μεταχείρισης στη παιδική τους ηλικία, έχουν μικρή κοινωνική υποστήριξη, έχουν περισσότερα προβλήματα όσον αφορά τη διανοητική και σωματική τους υγεία, είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό θύματα ενδοοικογενειακής βίας και τέλος αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το πρόβλημα της ανεργίας. Από τα πιο πάνω αποτελέσματα συμπεραίνουμε **ότι η μητέρα είναι πιθανότερο να παραμελήσουν τα παιδιά τους από τον πατέρα** (Dufour & Laverne, 2008).

Τέλος η έρευνα από τις οικογένειες που παραμελούν τα παιδιά τους, έδειξε ότι οι οικογένειες με έναν γονέα και ιδιαίτερα τη μητέρα είναι περισσότερο ευπαθής στη παραμέληση σε σχέση με τις οικογένειες και με τους δυο γονείς. Επίσης παιδιά που ζουν μόνο με το πατριό τους είναι δυο φορές πιο πιθανό να υποστούν παραμέληση σε σχέση με τα παιδιά που ζουν και με τους δυο βιολογικούς γονείς (Dufour & Laverne, 2008).

Η Παραμέληση συνδέεται με την ένδεια

Η ένδεια είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγεί τις οικογένειες στο να παραμελήσουν τα παιδιά τους.

Ο Wolock Horowitz το 1979 ανακάλυψαν ότι οι λιγότερο εύπορες οικογένειες ήταν όλο και περισσότερο πιθανές να κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους με τη μορφή της παραμέλησης ή παραμέληση μαζί με σωματική κακοποίηση. Οι Sedlak και Broadhurst το 1996 διαπίστωσαν ότι παιδιά σε οικογένειες με ένα εισόδημα κάτω από \$15.000 το χρόνο ήταν 22 φορές πιθανότερο να είναι θύματα παραμέλησης από τις οικογένειες με ετήσια εισοδήματα άνω των \$30.000 (Hildyard & Wolfe, 2002).

Αυτά τα συμπεράσματα υποδηλώνουν ότι η παραμέληση παιδιών μπορεί να είναι μια αντίδραση των οικογενειών που αναγκάζονται να ζήσουν στην ένδεια (McSherry, 2007).

2.2.4 δ) ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ

Η παραμέληση αναμφισβήτητα έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στα παιδιά. Η παραμέληση του παιδιού αρχίζει σε νεαρή ηλικία και έχει επιπτώσεις στις μετέπειτα αναπτυξιακές δυνατότητες και αναπτυξιακές διαδικασίες (γνωστικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές).

Έρευνα που έγινε στη Μινεσότα το 1995, οι ερευνητές παρακολούθησαν 267 παραμελημένα παιδιά, νηπιακής και σχολικής ηλικίας, με σκοπό να καταγράψουν την ανάπτυξή τους στον γνωστικό, κοινωνικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό τομέα. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν τα εξής: (Hildyard & Wolfe, 2002)

Νηπιακή Ηλικία

➤ Γνωστική Ανάπτυξη: Παιδιά 3 και 4 ετών που είχαν υποστεί κάποιο είδος παραμέλησης από τους γονείς τους, **παρουσίασαν καθυστέρηση στην πρόωρη γνωστική τους ανάπτυξη**. Τα παιδιά αυτά παρουσίασαν ελλείμματα στη γλωσσική ανάπτυξη, κατέδειξαν λιγότερη ευελιξία και δημιουργικότητα στις διάφορες δραστηριότητες, η διανοητική τους λειτουργία και οι σχολική τους επίδοση ήταν εξαιρετικά χαμηλές και τέλος η έρευνα διαπίστωσε ότι παιδιά που δεν έλαβαν επαρκή ψυχολογική προσοχή σημείωσαν χαμηλό δείκτη νοημοσύνης σε σχέση με τα παιδιά που έλαβαν ψυχολογική προσοχή.

➤ Κοινωνική, Συναισθηματική και Συμπεριφορική ανάπτυξη: Παιδιά 42 μηνών έδειξαν λιγότερο ενθουσιώδη όσον αφορά το παιχνίδι και τις διάφορες δραστηριότητες με τους συνομηλίκους τους. Έβλεπαν το παιχνίδι απρόσιτο, αποσύρονταν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού και συμμετείχαν σε λιγότερες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τα άλλα παιδιά. Έδειχναν επίσης, περισσότερο επιθετικά προς τα άλλα παιδιά και ήταν λιγότερο συνεργάσιμα. Γενικότερα, τα παραμελημένα παιδιά, είχαν αδιάφορη στάση προς τα άλλα άτομα γύρω τους, απέρριπταν την αγάπη και το ενδιαφέρον των άλλων και έδειχναν λυπημένα και ανήσυχα. Είχαν στο μυαλό τους αρνητικές αναπαραστάσεις όσο αφορά την εικόνα της μητέρας και επιπλέον πιο αρνητικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό τους. Έχουν χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης για τους γύρω τους και είναι περισσότερο ανασφαλή. Έλαβαν τις χαμηλότερες εκτιμήσεις αυτοσεβασμού και δεν κατέδειξαν αίσθηση του χιούμορ. Παρουσίασαν φτωχή κοινωνική προσαρμογή, χαρακτηρίστηκαν από κοινωνική απόσυρση και είχαν ελάχιστες θετικές σχέσεις με τους συνομηλίκους.

Συμπέρασμα

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνουμε ότι η παραμέληση έχει ένα αρνητικό αντίκτυπο στην πρόωρη ικανότητα των παιδιών σε σημαντικές αναπτυξιακές διαστάσεις. Τα παραμελημένα νήπια είναι διακριτά από τα άλλα παιδιά σε διάφορους τομείς συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών και γλωσσικών προβλημάτων και τις ελάχιστες θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Έχουν ιδιαίτερα φτωχές δυνατότητες και είναι εξαρτώμενα και δυστυχισμένα.

Σχολική ηλικία και Εφηβεία

➤ Γνωστική ανάπτυξη: Τα προβλήματα στη γνωστική ανάπτυξη συνεχίζουν και στη μέση παιδική ηλικία. Η έρευνα κατέδειξε μια σημαντική πτώση στην επίδοση κατά τη διάρκεια των πρώτων σχολικών ετών. Τα παραμελημένα παιδιά παρουσίασαν ιδιαίτερη δυσκολία στο να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου. Έδειξαν μικρό ενδιαφέρον για τα μαθήματα και γενικότερα για την εκμάθηση και ήταν συνεχώς απρόσεκτα. Παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα ακαδημαϊκής επίδοσης και είχαν σοβαρά ελλείμματα στη γλώσσα και στην ανάγνωση.

➤ Κοινωνική, Συναισθηματική και Συμπεριφορική ανάπτυξη: Οι αρνητικές αναπαραστάσεις για τους άλλους, η αρνητική άποψη για τον κοινωνικό κόσμο, η αρνητική εικόνα του εαυτού, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμός, οι

αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις και η δυσκολία δημιουργίας σχέσης με τα άλλα άτομα συνεχίζονται και στη σχολική ηλικία αλλά και στην εφηβεία.

Τα παραμελημένα παιδιά τείνουν να έχουν κοινωνικές δυσκολίες και να χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά αποσυρμένα. Είναι λιγότερο ικανά να δείξουν εμπιστοσύνη προς τους άλλους και είναι πιθανόν να αναπτύξουν πολλά συναισθηματικά προβλήματα όπως θλίψη, απογοήτευση, θυμό κ.λ.π.

Συμπέρασμα

Η εικόνα που προκύπτει από τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι αρκετά παρόμοια με τα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η παραμέληση συνδέεται με σοβαρά γνωστικά προβλήματα στη σχολική ηλικία, οι σχολικές επιδόσεις παραμένουν χαμηλές και εμμένει η κοινωνική απόσυρση και τα συναισθηματικά προβλήματα.

Ασφαλώς οι μακροπρόθεσμες συνέπειες της παραμέλησης είναι πολύ σοβαρές. Από τη στιγμή που οι σχέσεις στοργής ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς του αποτελούν τη βάση για να αποκτήσει το παιδί την αίσθηση της βασικής εμπιστοσύνης προς το κόσμο, μπορούμε να αντιληφθούμε πόσο αρνητικές είναι οι συνέπειες μιας ποιοτικά κακής σχέσης ανάμεσα σε γονείς και παιδί. Το παιδί στερείται τη στοργή και δεν νιώθει ασφάλεια. Συνεπώς δεν έχει την διάθεση να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του, να αποκτήσει θετικές εμπειρίες και να νιώσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η αυτοεικόνα και η αυτοπεποίθησή του παθαίνουν ανεπανόρθωτες ζημιές καθώς το παιδί βιώνει συνεχείς αποτυχίες και ανεπάρκεια (Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001).

Δεδομένου ότι η παραμέληση τείνει να είναι μια μορφή πιο χρόνια από τις άλλες μορφές κακοποίησης, αναμένεται τα παιδιά που έχουν υποστεί παραμέληση, να διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο για της αρνητικές εκβάσεις της (Hildyard & Wolfe, 2002).

2.2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.2.5 α) ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η διαγνωστική εκτίμηση αρχίζει από την ημέρα που αποκαλύπτεται η σωματικά κακοποίηση ή παραμέληση του παιδιού και γίνεται γνωστή στους ειδικούς (Σχολείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κοινωνική Υπηρεσία, Νοσοκομείο). Είναι σημαντικό να ολοκληρώνεται η φάση αυτή σε σύντομο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε να αξιολογούνται οι προτεραιότητες και οι τρόποι της θεραπευτικής προσέγγισης και της προστασίας του παιδιού, αν το επιβάλλουν οι συνθήκες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Απαραίτητη προϋπόθεση για μια σωστή και αντικειμενική διαγνωστική εκτίμηση παιδιού και οικογένειας, είναι από τη μία η δυνατότητες των επαγγελματιών και από την άλλη η στάση τους απέναντι στο παιδί και την οικογένεια. Συγκεκριμένα, η ανίχνευση της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, εξαρτάται από τις δυνατότητες του ειδικού να αναγνωρίσει τα κλινικά χαρακτηριστικά της κακής μεταχείρισης και να κάνει μια προσεκτική και πλήρης φυσική εξέταση. Από την άλλη είναι εύκολο ο ειδικός να ταυτισθεί με το παιδί-θύμα και να αισθανθεί ή και να φερθεί επιθετικά στους γονείς. Γι 'αυτό ο ειδικός θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός και πάνω απ' όλα αντικειμενικός (Dubowitz & Bennet, 2007).

Αν το προκαταρκτικό ιστορικό και η εξέταση ενισχύσουν την πιθανότητα ηθελημένου τραυματισμού, πρέπει ο ειδικός να ζητήσει περισσότερες πληροφορίες από τους γονείς. Η συνέντευξη από τους γονείς και το παιδί θα πρέπει να γίνει το συντομότερο δυνατό από άτομο έμπειρο σε ανάλογα περιστατικά. Η συνέντευξη έχει σαν στόχο μια προκαταρκτική εκτίμηση της οικογενειακής κατάστασης και διάγνωση, όσο είναι δυνατό, τυχόν πιέσεων ή εντάσεων (Dubowitz & Bennet, 2007).

Σκοπός της συνέντευξης δεν είναι η ανακάλυψη του υπεύθυνου για τα συμπτώματα του παιδιού, μολονότι στην πορεία της συζήτησης αυτό μπορεί να αποκαλυφθεί. Η εντόπιση του «υπαιτίου» δεν ενδιαφέρει κατά την αρχική διαγνωστική φάση. Αρκεί η διαπίστωση ότι όλα αυτά έχουν συμβεί στο παιδί μέσα από την οικογένεια του, άρα, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί μια οικογένεια σε κρίση, χρόνια ή/ οξεία. Επίσης η συζήτηση θα πρέπει να γίνει σε ήπιο τόνο και όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, οι παραδοχές, η κριτική, η επίρριψη ευθυνών και οι

κατηγορίες πρέπει να αποκλεισθούν, όσο δύσκολο και αν είναι κάτι τέτοιο. Ο γιατρός δεν πρέπει να εμπλακεί καθόλου συναισθηματικά (Κούτσουμπος, 1985).

Ο γιατρός θα πρέπει να είναι αρκετά ανοικτός στη σχέση του με τους γονείς. Οι ανησυχίες του επαγγελματία πρέπει να συζητηθούν με τους γονείς με τρόπο ευαίσθητο και διατρητικό, αναγνωρίζοντας και συζητώντας τις δικές τους ανάγκες και τα δικά τους συναισθήματα λύπης και απόγνωσης. Συγχρόνως, οι γονείς πρέπει να καθησυχασθούν ότι είναι δυνατόν να βοηθηθούν, έτσι ώστε να αναγνωρίσουν ότι η κακοποίηση/ παραμέληση του παιδιού τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα μόνοι τους (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου η συνεργασία με τους γονείς είναι αδύνατη, ενώ συγχρόνως διαφαίνεται η ανάγκη για άμεση προστασία του παιδιού. Τότε, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες να προσφύγουν σε άμεσες ενέργειες που απαιτούνται για την προστασία του παιδιού, με βάση την νομοθεσία. Τέτοιες ενέργειες μπορεί να είναι εισαγγελική εντολή για άμεση υποχρεωτική νοσηλεία του παιδιού στο νοσοκομείο ή εισαγωγή του σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης έως ότου οι φορείς παιδικής προστασίας επιτύχουν, έστω και στοιχειώδη συνεργασία με τους γονείς και την ευρύτερη οικογένεια, όταν υπάρχει (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998). Συμπερασματικά, μια ολοκληρωμένη διαγνωστική εκτίμηση περιλαμβάνει: (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998)

- Κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας με έμφαση στην κατανόηση της οικογενειακής λειτουργίας, των ιδιαίτερων αναγκών των μελών της και τη διερεύνηση ύπαρξης υποστηρικτικών συστημάτων για την οικογένεια.
- Παιδιατρικό ιστορικό και κλινική εξέταση του κακοποιημένου/ παραμελημένου παιδιού. Επίσης εξέταση όλων των αδελφών του κατά το χρόνο εξέτασης του κακοποιημένου παιδιού.
- Κλινική ψυχολογική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας.
- Ψυχιατρική εκτίμηση των γονέων (εφόσον χρειάζεται).

Εκτός από το ιστορικό που θα λάβουν οι επαγγελματίες από τους γονείς θα πρέπει να ληφθεί και ένα ιστορικό από το παιδί. Η στάση των επαγγελματιών στη διαγνωστική φάση θα είναι πολύ υποβοηθητική αν ακούσουν προσεκτικά το παιδί και το διαβεβαιώσουν ότι θα το βοηθήσουν και θα το στηρίξουν. Σημαντικό είναι να του δώσουν να καταλάβει ότι πιστεύουν τα λεγόμενά του και να του εξηγήσουν το τρόπο που θα ενεργήσουν για να νοιώσει σιγουριά και ανακούφιση. Το ύφος του επαγγελματία κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με το παιδί δεν θα πρέπει να είναι

ανακριτικό αλλά θα πρέπει ο επαγγελματίας να βοηθήσει το παιδί να αισθανθεί εμπιστοσύνη απέναντι στο πρόσωπό του και ότι μπορεί να μιλήσει ελεύθερα (Hansen, Prince, Nixon, 2008).

Τέλος, για μια καλύτερη διαγνωστική εκτίμηση είναι σημαντική η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας γιατί έτσι θα αξιολογηθούν όλοι οι πιθανοί παράγοντες κινδύνου για κακοποίηση/ παραμέληση του παιδιού. Γι' αυτό το λόγο τα νοσοκομεία έχουν αναπτύξει διεπιστημονικές ομάδες (Dubowitz & Bennet, 2007).

2.2.5 β) ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Κάθε μορφή πρόληψης χρειάζεται να εκτιμά τις ιδιαιτερότητες κάθε φαινομένου με γνώμονα τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Στόχος πρέπει να είναι η ταυτόχρονη προσέγγιση και των τριών μορφών πρόληψης: της πρωτογενούς, της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι η βελτίωση των συνθηκών ζωής για όλο το πληθυσμό, ιδιαίτερα δε για οικογένειες με μικρά παιδιά. Η βελτίωση της γενικότερης ποιότητας ζωής μέσα από αναβαθμισμένα προγράμματα υγείας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης, μειώνει τις κοινωνικές ανισότητες και προσφέρει ισότητα ευκαιριών σε όλο τον πληθυσμό (Τσιάντης, 2001).

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, κατοικίας, εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης, εργασίας και την βελτίωση των οικογενειακών σχέσεων. Επίσης στοχεύει να ευαισθητοποιήσει τον πληθυσμό όσον αφορά την κακοποίηση/ παραμέληση του παιδιού και να βελτιώσει τη στάση σε θέματα ανατροφής των παιδιών. Για την πρόληψη είναι απαραίτητη η συνεργασία κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων, οικονομολόγων, παιδιάτρων, παιδοψυχιάτρων και φυσικά της πολιτείας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Στόχος της δευτερογενούς πρόληψης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων που θα έχουν στόχο τον εντοπισμό των οικογενειών και παιδιών «υψηλού κινδύνου». Η έγκαιρη εντόπιση εγκύων από τέτοιες ομάδες και η παρακολούθηση αυτών και των παιδιών που θα γεννηθούν, για ορισμένο χρονικό διάστημα μπορεί να προλάβει σοβαρά προβλήματα διαταραχής δεσμού ή γενικότερης διαταραχής στη γονική

ικανότητα που με ειδική παρέμβαση μπορούν να αποκατασταθούν. Η έγκαιρη στήριξη των ομάδων αυτών μπορεί να προλάβει σημαντικά τις περισσότερες μορφές της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών (Τσιάντης, 2001).

Η τριτογενής πρόληψη ασχολείται με παιδιά που έχουν ήδη κακοποιηθεί και τις οικογένειές τους με στόχο να μην ξανακακοποιηθεί το συγκεκριμένο παιδί και τα αδέρφια του που ήδη υπάρχουν ή που θα γεννηθούν. Η τριτογενής πρόληψη καλύπτει: (Τσιάντης, 2001)

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

Γενικότερα, ένα από τα σημαντικά σημεία της πρόληψης είναι η ενημέρωση και η προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου που πραγματοποιείται μέσω μεθόδων πληροφόρησης και αγωγής υγείας με τη χρησιμοποίηση των μέσων μαζικής επικοινωνίας, της εκπαίδευσης και της επιμόρφωσης του κοινού. Οι δυνατότητες προσέγγισης του παιδικού πληθυσμού είναι ευρύτερες εφ' όσον τα παιδιά εισπράττουν πληροφόρηση από τους γονείς τους, το σχολείο και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. 1998).

Ο κύριος χώρος εφαρμογής της πρωτογενής πρόληψης με παιδιά είναι το σχολείο. Η διαρκώς αυξανόμενη προσέγγιση της προαγωγής της υγείας δίνει τις δυνατότητες στα παιδιά να κινητοποιηθούν για να αντλήσουν πληροφορίες με την εμπύχωση επιμορφωμένων εκπαιδευτικών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

2.2.5 γ) ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα ή παραμελημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες μας τις ενέργειες από την αρχή ως το τέλος. Αρχίζει με το πρώτο τηλεφώνημα ή την πρώτη συνάντηση και ολοκληρώνεται με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία του ενός γονέα ή του ζευγαριού των γονέων, ή όλων των μελών της οικογένειας όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι ο τραυματισμός του παιδιού από τους γονείς του είναι ένδειξη μιας άρρωστης οικογένειας. Είναι δηλαδή λάθος να βλέπουμε το πρόβλημα μόνο ιατρικά, χωρίς να γίνει προσπάθεια να αντιμετωπιστεί η άρρωστη οικογένεια από διεπιστημονική ομάδα (Τσιάντης, 2001).

Είναι επομένως απαραίτητο σε κάθε περίπτωση ατυχήματος που δεν είναι τυχαίο να γίνεται μια πλήρης εκτίμηση της οικογένειας από έμπειρη διεπιστημονική ομάδα (κοινωνικό λειτουργό, παιδίατρο, ψυχολόγο και παιδοψυχίατρο). Σε κάθε περίπτωση που υπάρχει υποψία για σωματική κακοποίηση/ παραμέληση χρειάζεται άμεση εισαγωγή του παιδιού στο Νοσοκομείο. Με αυτό τον τρόπο προστατεύουμε τη ζωή του παιδιού και έμμεσα τους γονείς (Τσιάντης, 2001).

Πολλές φορές η εμπλοκή των επαγγελματιών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, υποβαθμίζει την προτεραιότητα του ίδιου του παιδιού για θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση των σωματικών κακώσεων δεν επαρκεί αν δεν δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει μέσα από μια θεραπευτική σχέση- ανάλογα με την ηλικία του και την ωριμότητά του- όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις ανασφάλειές του, έτσι ώστε να μπορέσει με τη βοήθεια του ειδικού να αντιμετωπίσει το «τραύμα» του. Η ανάγκη για θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού ισχύει, άσχετα με το αν παραμένει ή απομακρυνθεί από την οικογένειά του (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας θετικής συνεργασίας μεταξύ των θεραπευτών με την οικογένεια και το παιδί, με τη δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Έτσι,

όταν περάσει η περίοδος της κρίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι ώριμα να δεχθούν τη συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με την οικογένεια συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών. Τέλος, η θεραπεία (ατομική ή οικογενειακή) θα βοηθήσει στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν το παιδί τους και το να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούριους διορθωτικούς μηχανισμούς (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Γενικά, η επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης θα εξαρτηθεί σημαντικά από την ύπαρξη και την ποιότητα εναλλακτικών μορφών παιδικής προστασίας και υποστηρικτικών σχημάτων για την οικογένεια, στα πλαίσια της κοινότητας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

2.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ

2.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα θεμέλια για τη σωστή συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, τοποθετούνται στη νηπιακή και παιδική ηλικία και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα της φροντίδας που δέχεται το παιδί από τους γονείς του. Όταν οι πρώτες αυτές εμπειρίες, αλλά και η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς, χαρακτηρίζονται από ζεστασιά, εγκύτητα και υπευθυνότητα, το παιδί ακολουθεί μια φυσιολογική συναισθηματική ανάπτυξη. Αντίθετα, ο γονιός που δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του παιδιού του, που δεν του παρέχει αγάπη, φροντίδα και συναισθηματική σταθερότητα, καλλιεργεί συναισθήματα ανασφάλειας και ανησυχίας που υποδαυλίζουν την ίδια του τη σχέση με το παιδί (Κούτσουμπος, 1985).

Ο όρος «συναισθηματική κακοποίηση» χρησιμοποιείται για την περιγραφή περιπτώσεων όπου τα παιδιά βιώνουν στη σχέση τους με τους γονείς του μια ακολουθία ακατάλληλων συναισθηματικών αποκρίσεων. Η συναισθηματική κακοποίηση αποτελεί μια μορφή παιδικής κακοποίησης που δεν έχει ακόμα μελετηθεί εκτενώς. Η απουσία σχετικών ερευνών οφείλεται κυρίως στις διαφωνίες ανάμεσα στους ειδικούς όσο αφορά τον ορισμό, τη μέτρηση αλλά και τη θεραπεία της συναισθηματικής κακοποίησης. Αυτή η έλλειψη ομοφωνίας ενισχύει τις δυσκολίες τόσο στην εκτίμηση, όσο και στην αναφορά της συναισθηματικής κακοποίησης. Επίσης, επειδή τα τραύματα στη συναισθηματική κακοποίηση είναι εσωτερικά και όχι εξωτερικά, γίνεται ακόμα δυσκολότερος ο εντοπισμός της. Αυτός είναι και ο κυρίαρχος λόγος για τον οποίο οι έγκυρες και αξιόπιστες κλίμακες μέτρησης είναι ελάχιστες. Απόρροια της έλλειψης αυτής αποτελεί τόσο ο περιορισμένος αριθμός ερευνών σχετικά με τις συνέπειες της συναισθηματικής κακοποίησης, όσο και η αδυναμία αξιολόγησης των παρεμβάσεων στα συναισθηματικά κακοποιημένα παιδιά (Glaser, 2002).

2.3.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η συναισθηματική κακοποίηση του παιδιού είναι πολλές φορές αποτέλεσμα της σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού, αλλά είναι δυνατόν να παρουσιαστεί ξεχωριστά, σαν διαφορετική οντότητα. Σύμφωνα με τον ορισμό που υιοθετήθηκε, η συναισθηματική κακοποίηση είναι ένας επαναλαμβανόμενος, επιβλαβής τύπος συμπεριφοράς των γονέων προς το παιδί, ο οποίος είναι χαρακτηριστικός της σχέσης που υπάρχει μεταξύ τους. Η συναισθηματική κακοποίηση είναι οι λεκτικές επιθέσεις απέναντι στο παιδί, η οποιαδήποτε ταπείνωση και εξευτελισμός του παιδιού από τους γονείς του. Η έννοια της συναισθηματικής κακοποίησης του παιδιού μπορεί να πάρει τις εξής μορφές: (Glaser, 2002)

1) **Απόρριψη**: πρόκειται για συμπεριφορές που φανερώνουν τη μη αποδοχή του παιδιού, όπως η άρνηση του γονιού να δείξει αφοσίωση. Το παιδί αντιμετωπίζεται σαν να μην υπάρχει, θεωρείται ανάξιο ή κατώτερο, οι πράξεις του και οι σκέψεις του υποτιμώνται.

2) **Ταπείνωση**: η μορφή αυτή κακοποίησης περιλαμβάνει συμπεριφορές που προσβάλουν και εξευτελίζουν το παιδί. Με το τρόπο αυτό θίγεται η ακεραιότητα, η προσωπική αξία και η αυτοεκτίμηση του παιδιού. Παραδείγματα αυτής της συμπεριφοράς είναι οι φωνές και οι προσβολές σε δημόσιο χώρο, βρισιές, αναφορές σε φυσικές αδυναμίες/ αναπηρίες του παιδιού, προσβλητικοί χαρακτηρισμοί κ.λ.π.

3) **Εκφοβισμός**: στην περίπτωση αυτή το παιδί δέχεται απειλές για σοβαρές τιμωρίες και κυριαρχεί ένα κλίμα φόβου. Συχνά παραδείγματα είναι ο εξαναγκασμός του παιδιού να παρακολουθεί βίαιες πράξεις, οι γονείς το απειλούν ότι θα το εγκαταλείψουν και θα το αφήσουν σε κάποιο ίδρυμα κ.λ.π.

4) **Απομόνωση**: οι γονείς αρνούνται τις ευκαιρίες των παιδιών για επικοινωνία με τους συνομηλίκους τους. Πρόκειται για την απαγόρευση συμμετοχής στις καθημερινές δραστηριότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Η μορφή αυτή περιλαμβάνει αποφυγή κοινωνικών επαφών, περιορισμό της ελεύθερης αλληλεπίδρασης και απομόνωση. Κάποιες φορές φτάνει μέχρι και τον εγκλεισμό των παιδιών σε ντουλάπες ή δωμάτια.

5) **Αδιαφορία**: στις περιπτώσεις αυτές ο γονιός παρουσιάζεται μη διαθέσιμος ή ανίκανος να ανταποκριθεί στις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού. Είναι

απόμακρος, παραμένει αμέτοχος και συνηθίζει να αγνοεί τις ανάγκες του παιδιού του, είτε πρόκειται για συναισθηματικές, πνευματικές και υλικές.

6) **Εκμετάλλευση/ Αλλοίωση:** στις περιπτώσεις αυτές η συμπεριφορά των γονιών ενθαρρύνει την ανάπτυξη λανθασμένων, αντικοινωνικών συμπεριφορών, ενισχύουν την αποκλίνουσα συμπεριφορά όπως την επιθετικότητα και τη χρήση ουσιών. Τα παιδιά μεγαλώνουν αποδεχόμενα ιδέες ή συμπεριφορές που αντιτίθεται στα κοινωνικά ή νομικά πρότυπα, γίνονται αντικείμενα κέρδους και εκπαιδεύονται να υπακούουν στις επιθυμίες των άλλων.

Συνοψίζοντας, παραδείγματα συναισθηματικής κακοποίησης αποτελούν η λεκτική κακοποίηση, οι υπερβολικές απαιτήσεις σχετικά με την επίδοση του παιδιού, ποινές για φυσιολογικές συμπεριφορές όπως χαμόγελο, ανακαλύψεις κ.λ.π, αποθάρρυνση της εγγύτητας με τους γονείς, καταπίεση στην έκφραση αυτοεκτίμησης, όταν οι γονείς ντροπιάζουν και υποτιμούν το παιδί τους, όταν αρνούνται να το κοιτάζουν ή να το καλέσουν με το όνομα του, όταν το γελοιοποιούν και όταν το διαφθείρουν με τη συμμετοχή σε παράνομες, αντικοινωνικές ή καταστροφικές δραστηριότητες. Επιπλέον, συναισθηματικά κακοποίηση αποτελεί και η κατ' εξακολούθηση έκθεση του παιδιού σε σκηνές βίας (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1998).

Ευκαιριακά, μπορεί και οι καλύτεροι γονείς να χάσουν την υπομονή τους και να πουν πράγματα που πληγώνουν, αυτό όμως που χαρακτηρίζει τη συναισθηματική κακοποίηση είναι η μακροχρόνια εμφάνιση της. Σύμφωνα με τον Dr Arthur Green, διευθυντή του Family Center at the Columbia Presbyterian Medical Center in New York City, «μιλάμε γι' αυτά που μια καλή μητέρα μπορεί να κάνει στο 10% του χρόνου, μια προβληματική μητέρα κάνει στο 80-90% του χρόνου» (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

2.3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Εξαιτίας του ότι η συναισθηματική κακοποίηση δεν προκαλεί εξωτερικά τραύματα παρά μόνο εσωτερικά είναι δύσκολη η αναγνώρισή της από τα συστήματα υγείας ή δικαιοσύνης, γεγονός που την καθιστά την λιγότερο έκδηλη, αλλά και περισσότερο υποτιμημένη μορφή παιδικής κακοποίησης (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Σύμφωνα με μια μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία το 1995-1996, η συναισθηματική κακοποίηση ανερχόταν σε ποσοστό 31% επί του συνόλου των αποδεδειγμένων περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας του 1993 στον Καναδά παρουσιάζουν τις περιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης να αγγίζουν το 10% των καταγεγραμμένων περιπτώσεων. Στην Αγγλία το Μάρτιο του 2000, τα παιδιά που είχαν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση ανήλθαν στο 24% των περιπτώσεων (Glaser, 2002).

Οι μελέτες που θα μπορούσαν να προσφέρουν περαιτέρω πληροφόρηση για τη συχνότητα αυτού του είδους κακοποίησης είναι ακόμη περιορισμένες, δεδομένου των δυσκολιών στον εντοπισμό, την έρευνα, ακόμα και τον σαφή ορισμό του φαινομένου (Glaser, 2002).

2.3.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά σημεία που βοηθούν τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τα παιδιά, αλλά και τα συστήματα υγείας να αναγνωρίσουν και να εκτιμήσουν ένα συναισθηματικά κακοποιημένο παιδί: (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005)

- Ανατροφή του παιδιού σε ένα υπερβολικά αυστηρό περιβάλλον.
- Όταν υπάρχει σοβαρή σωματική, νοητική και συναισθηματική καθυστέρηση.
- Όταν παρατηρούνται στο παιδί στοιχεία παλινδρόμησης, όπως θηλασμός δακτύλου, στερεότυπες κινήσεις κ.λ.π.
- Όταν παρουσιάζει το παιδί στοιχεία νεύρωσης όπως υπερβολική αντίδραση στην αποτυχία ή φόβος να αντιμετωπίσει νέες καταστάσεις.

- Όταν το παιδί παρουσιάζει διαταραχές συμπεριφοράς όπως φυγές ή κλοπές, όταν έχει τάσεις καταστροφικής συμπεριφοράς (π.χ βάζουν φωτιά, βασανίζουν ζώα)
- Όταν το παιδί είναι ανασφαλής, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση και όταν παρουσιάζει συμπεριφορές απόσυρσης.
- Μακροπρόθεσμα το παιδί που υπέστη συναισθηματική κακοποίηση, κάνει κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ, έχει τάσεις αυτοκτονίας και παρουσιάζει δυσκολία στη δημιουργία σχέσεων.

2.3.5 ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες γονέων που κακοποιούν συναισθηματικά τα παιδιά τους: (Glaser, 2002)

- 1) **Οι συναισθηματικά απρόσιτοι γονείς.** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τη γονική αναισθησία. Οι γονείς είναι συνήθως απασχολημένοι με τα δικά τους προβλήματα και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αμελούν το παιδί τους και να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού τους.
- 2) **Οι απορριπτικοί γονείς.** Θεωρούν και χαρακτηρίζουν το παιδί τους ανίκανο, δύσκολο, προβληματικό και είναι εχθρικοί απέναντι στο παιδί.
- 3) **Οι γονείς που έχουν εξελικτικά ακατάλληλες και ασυμβίβαστες προσδοκίες από το παιδί.** Οι γονείς αυτής της κατηγορίας εμποδίζουν το παιδί τους στην εξερεύνηση και στην εκμάθηση και δεν του επιτρέπουν να έχει σχέσεις με τους άλλους γύρω του.

Οι περισσότερες περιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης συμβαίνουν για τους ίδιους ακριβώς λόγους για τους οποίους συμβαίνει και η σωματική κακοποίηση. Οι γονείς είναι ευάλωτοι στη δημιουργία σχέσεων κακοποίησης όταν οι πηγές άγχους στη ζωή τους πολλαπλασιάζονται και εκείνοι αποδεικνύονται ανίκανοι να τις χειριστούν. Επιπλέον, είναι πιθανό να έχουν περιορισμένες ικανότητες κατανόησης και χειρισμού παιδιών, λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με τις ανάγκες και τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών (Glaser, 2002).

Έχουν καταγραφεί συγκεκριμένα προβλήματα που αυξάνουν το ενδοοικογενειακό άγχος και καθιστούν περισσότερο πιθανή την άσκηση

συναισθηματικής κακοποίησης. Τέτοια προβλήματα είναι **α)** κοινωνικά (ανεργία, φτώχεια, κοινωνική απομόνωση, διαζύγιο, θάνατος), **β)** προβλήματα υγείας και **γ)** διανοητικά προβλήματα (νοητική ανεπάρκεια, κατάθλιψη κ.λ.π.) (Τσιάντης, 2000).

Πολλοί από τους γονείς που κακοποιούν συναισθηματικά τα παιδιά τους, παρουσιάζουν κάποια μορφή ψυχασθένειας, κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και είναι χρήστες ουσιών (Τσιάντης, 2000).

Σύμφωνα με μελέτη του NSPCC, οικογένειες με προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων της απόπειρας αυτοκτονίας ή απειλών αυτοκτονίας, της συζυγικής βίας, της χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ, έχουν υψηλότερο κίνδυνο να κακοποιήσουν συναισθηματικά τα παιδιά (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Οι κηδεμόνες που ασκούν συναισθηματική κακοποίηση στα παιδιά τους, μπορεί να το κάνουν λόγω stress, άγνοιας του πώς είναι οι γονείς, εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης, της έλλειψης πηγών βοήθειας ή μη ρεαλιστικών απαιτήσεων από το παιδί. Επιπλέον, κακοποιούν τα παιδιά τους γιατί μπορεί οι ίδιοι να είχαν κακοποιηθεί όταν ήταν παιδιά (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Η ύπαρξη ενός από τους αναφερθέντες παράγοντες δεν συνεπάγεται κατ' ανάγκη την εκδήλωση κακοποίησης, αλλά ο συνδυασμός τους είναι αυτός που δημιουργεί την απαραίτητη κοινωνικο- συναισθηματική πίεση που οδηγεί στη συναισθηματική κακοποίηση.

2.3.6 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Τα παιδιά που έχουν υποστεί συναισθηματική κακοποίηση από τους γονείς τους μπορούν να παρουσιάσουν: χαμηλή αυτοεικόνα, ανικανότητα να εμπιστευτούν ή/ και να αγαπήσουν κάποιον, έχουν επιθετική συμπεριφορά, έχουν αυτοκαταστροφικές/ αυτοτιμωρητικές τάσεις, παθητική ή/ και απόμακρη στάση, πολλές ανησυχίες και φοβίες, παρουσιάζουν προβλήματα επίδοσης και σχολική αποτυχία και χαρακτηρίζονται μελαγχολικά παιδιά. Επίσης, η συναισθηματική κακοποίηση έχει λάβει την ιδιαίτερη προσοχή ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Hund & Espelage, 2006).

Επιπλέον, καθώς η παιδική κακοποίηση καταστρέφει τη διαδικασία της προσκόλλησης στους γονείς και τη δημιουργία αποτελεσματικών σχέσεων, τα παιδιά παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνά, ο ενήλικας που έχει υποστεί συναισθηματικά κακοποίηση στα παιδικά του χρόνια, δυσκολεύεται στην εγκαθίδρυση στενών προσωπικών σχέσεων και είναι πολύ πιθανό να του προκαλεί δυσκολία η σωματική εγκύτητα, το άγγιγμα, η οικειότητα και η εμπιστοσύνη στους άλλους (Γσιάντης, 2000).

Τα παιδιά που έχουν βιώσει την απόρριψη έχουν περισσότερες πιθανότητες από εκείνα που ένιωθαν αποδεκτά, να εκδηλώσουν εχθρότητα, παθητική ή επιθετική συμπεριφορά, να δημιουργούν εξαρτητικές σχέσεις, να έχουν αρνητική γνώμη για τον εαυτό τους και τις ικανότητές τους. Επίσης τα παιδιά αυτά έχουν αρνητική εικόνα για τους άλλους ενήλικες που είναι δίπλα τους, για τους συνομηλίκους τους και γενικότερα για τον περιβάλλοντα κόσμο (Hund & Espelage, 2006).

Ο Douglas Besharov, στο “Recognizing Child Abuse: A Guide for the Concerned”, αναφέρει ότι τα παιδιά που συνεχώς αγνοούνται, ντροπιάζονται, υποτιμούνται, τρομοκρατούνται ή ταπεινώνονται υποφέρουν τόσο, αν όχι και περισσότερο, από αυτά που κακοποιούνται σωματικά. Τα μωρά που στερούνται βασικής συναισθηματικής φροντίδας, ακόμη και αν τρέφονται σωστά, δεν αναπτύσσονται κανονικά και μπορεί να πεθάνουν. Τα μωρά με λιγότερο σοβαρή στέρηση μπορεί να γίνουν ανήσυχα και ανασφαλή (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Σε μια μελέτη με 94 παιδιά των οποίων τα ονόματα ήταν τοποθετημένα στον κατάλογο προστασίας παιδιών, στην κατηγορία συναισθηματικής κακοποίησης, βρέθηκε ότι τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν διάφορα προβλήματα τα οποία συνοψίζονται στο πιο κάτω πίνακα: (Glaser, 2002)

<u>Συναισθηματικός τομέας:</u> Δυστυχισμένα, Χαμηλή αυτοεκτίμηση Εκφοβισμένα Στεναχωρημένα Ανήσυχα	63%
<u>Συμπεριφορά:</u> Αντικοινωνικά Εγκληματικότητα Επιδίωξη προσοχής	49%
<u>Αναπτυξιακός/ Εκπαιδευτικός τομέας:</u> Καθυστέρηση ανάπτυξης Χαμηλές σχολικές επιδόσεις	47%
<u>Σχέσεις με συνομηλίκους:</u> Αποσυρμένα/ Απομονωμένα Επιθετικά	35%

Η συναισθηματική κακοποίηση, ειδικά στα πρώτα 2 έτη ζωής, συνδέεται με πολύ σημαντικές δυσκολίες συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής απόσυρσης και της πολύ χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης. Η απόρριψη και η εχθρότητα συνδέονται με την κατάθλιψη και άλλα προβλήματα εσωτερικοποίησης του παιδιού (Glaser, 2002).

Τα συναισθηματικά κακοποιημένα παιδιά μεγαλώνουν πιστεύοντας ότι κατά κάποιο τρόπο είναι ελαττωματικά. Και η τραγωδία είναι ότι αυτά τα παιδιά μπορεί μεγαλώνοντας να κακοποιούν τα δικά τους παιδιά με τον ίδιο τρόπο. Όλα τα άλλα είδη κακοποίησης συνήθως εμφανίζονται μαζί με τη συναισθηματική κακοποίηση. Όταν όμως η συναισθηματική κακοποίηση παρουσιάζεται μόνη της, είναι πολύ δύσκολο να την αντιληφθούν οι επαγγελματίες, καθώς δεν έχουν σωματικές ενδείξεις (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

2.3.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Για τον αποτελεσματικό εντοπισμό της συναισθηματικής κακοποίησης είναι απαραίτητα η παρατήρηση της αλληλεπίδρασης γονέα- παιδιού σε ποικίλες και επαναλαμβανόμενες καταστάσεις. Εάν υπάρχει υποψία συναισθηματικής κακοποίησης, είναι απαραίτητο να γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες άμεσα και να κινητοποιηθούν οι αρμόδιες υπηρεσίες διεξάγοντας τις περαιτέρω έρευνες (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Είναι σημαντικό, η εκτίμηση των εμπλεκόμενων προσώπων ή φορέων, καθώς και η ανεύρεση παραγόντων που οδήγησαν στη συναισθηματική κακοποίηση, να γίνουν από έμπειρους και ικανούς επαγγελματίες. Συνήθως, η ομάδα των επαγγελματιών που αναλαμβάνει την έρευνα αποτελείται από έναν κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή ψυχίατρο, ένα παιδίατρο και από έναν εκπαιδευτικό (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Ένα σημαντικό κομμάτι που χρησιμοποιείται ευρέως στο διαγνωστικό κομμάτι είναι οι συνεντεύξεις με τους γονείς και το ίδιο το παιδί. Στη συνέντευξη με τους γονείς, είναι σημαντικό να συζητηθούν κάποια θέματα όπως: (Glaser, 2002)

➤ Ποιες είναι οι οικογενειακές ανησυχίες των γονέων γενικά και για το παιδί ειδικότερα. Για παράδειγμα, οι όροι που χρησιμοποιούν οι γονείς για το παιδί τους είναι σημαντικοί δείκτες της στάσης τους απέναντι σ' αυτό.

- Ποιες είναι οι δικές τους εξηγήσεις για τις δυσκολίες του παιδιού τους.
- Ποιες είναι οι προσδοκίες και τα συναισθήματά τους απέναντι στο παιδί τους και
- Πώς χαρακτηρίζουν το παιδί γενικότερα.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, η μη ευκόλως προσδιορισμένη φύση των συναισθηματικών τραυμάτων καθιστά προβληματική την εμπλοκή ιατρικών και νομικών υπηρεσιών. Επίσης, η απουσία ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού, αποτρέπει τις παραπάνω υπηρεσίες από οποιανδήποτε ανάμειξη, καθιστώντας για το λόγο αυτό, το αίτημα του ορισμού της συναισθηματικής κακοποίησης περισσότερο επιτακτικό (Follingstad, 2007).

2.3.8 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ο στόχος της πρόληψης της συναισθηματικής κακοποίησης είναι ίδιος με τη σωματική κακοποίηση και παραμέληση δηλαδή η ταυτόχρονη προσέγγιση και των τριών μορφών πρόληψης: της πρωτογενούς, της δευτερογενούς και της τριτογενούς.

Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών, όπου στην προκειμένη περίπτωση θα πρέπει να περιοριστεί το άγχος που αντιμετωπίζουν οι γονείς, τα διάφορα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Επίσης οι υγιέστερες οικογενειακές σχέσεις είναι στόχος της πρωτογενούς πρόληψης (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998).

Η δευτερογενής πρόληψη έχει σαν στόχο την εντόπιση των οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως οικογένειες «υψηλού κινδύνου». Η έγκαιρη στήριξη των ομάδων αυτών μπορεί να προλάβει σημαντικά περιπτώσεις συναισθηματικής κακοποίησης των παιδιών. Τέλος η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στην θεραπευτική αντιμετώπιση τόσο του παιδιού που κακοποιείται όσο και των γονέων που κακοποιούν. Στόχος είναι να εφαρμοστούν προγράμματα για τη στήριξη των γονέων αλλά και προγράμματα που θα βοηθήσουν το παιδί να αποκτήσει αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη. Όλα τα μέτρα για την προστασία του παιδιού και η νομική παρέμβαση με σκοπό την κατοχύρωση της ασφάλειας του, είναι στόχοι της τριτογενούς πρόληψης (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1998).

Ένα σημαντικό κομμάτι της πρόληψης της συναισθηματικής κακοποίησης είναι η ενημέρωση των πολιτών για το φαινόμενο αυτό. Αν και η παιδική συναισθηματική κακοποίηση θεωρείται όλο και περισσότερο ένα κοινωνικό πρόβλημα, παραμένει κάποιες φορές δύσκολη η αναγνώριση του από τα μέλη του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και επίσης η αναγνώριση ότι το κοινωνικό σύνολο μπορεί να αποτελεί ένα μέρος του προβλήματος αυτού. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι ευκολότερο να σκεφτόμαστε για τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους, ότι η συμπεριφορά τους αυτή ίσως να οφείλεται σε κάποια ασθένεια ή σε κάποια παθολογία δημιουργώντας ουσιαστικά μια απόσταση από τις πραγματικές αιτίες του προβλήματος. Σκοπός λοιπόν, είναι να ενημερωθεί η κοινωνία ότι η συναισθηματική κακοποίηση έχει σαν αιτία τη φτώχεια, την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και το άγχος που προκαλούν στους γονείς. Είναι απαραίτητη λοιπόν η εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής ευαισθητοποίησης, με στόχο την κατανόηση του φαινομένου από το ευρύ κοινό (Follingstad, 2007).

Συμπερασματικά, για τη πρόληψη της παιδικής κακοποίησης είναι απαραίτητη μια ολιστική θεώρηση και η προώθηση μιας υγιούς κοινωνίας. Χρειάζεται σαφώς περισσότερη έρευνα στον τομέα της συναισθηματικής κακοποίησης, με μεγαλύτερη έμφαση στο πώς τα ευρήματα για το είδος αυτό κακοποίησης μπορούν να αξιοποιηθούν καλύτερα στην πράξη και στη δημιουργία ενός συστηματικού μοντέλου παρέμβασης στις περιπτώσεις κακοποίησης (Follingstad, 2007).

2.3.9 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η παροχή της κατάλληλης θεραπείας στους γονείς που κακοποιούν συναισθηματικά τα παιδιά τους αλλά και στα ίδια τα παιδιά που κακοποιούνται είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί αν δεν γίνει μια έγκαιρη παρέμβαση η ζωή των παιδιών αυτών θα καταστραφεί (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Πολλές από τις προτεινόμενες, στη θεραπευτική αντιμετώπιση της συναισθηματικής κακοποίησης, στρατηγικές έχουν τη μορφή υποστηρικτικών, για την οικογένεια, προγραμμάτων. Οι Fortin & Chamberland (1995), πρότειναν έναν συνδυασμό μείωσης του κοινωνικού άγχους και της οικογενειακής δυσλειτουργίας και προώθησης δεξιοτήτων απαραίτητων για τους γονείς. Δεξιότητες διαμόρφωσης της αυτοεικόνας τους, προώθηση στο να εκπαιδευτούν σε νέους τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά τους και παράλληλα παροχή κοινωνικής υποστήριξης (Glaser, 2002).

Ο Walsh (1996), υποστήριξε την ιδέα αλλαγής των αλληλεπιδράσεων των συναισθηματικά κακοποιημένων παιδιών μέσω προώθησης ενός μοντέλου οικογενειακής αποτελεσματικότητας, όπου απαραίτητος είναι ο καθορισμός μηχανισμών που επιτρέπουν σε ένα οικογενειακό σύστημα να ξεπεράσει τα επίμονα προβλήματα. Η παρέμβαση αυτή, σχετικά με την προαγωγή των σχέσεων, πηγάζει από την ιδιαίτερη σημασία που αποδίδεται στην προσκόλληση γονέα- παιδιού (Follingstad, 2007).

Ο Wolfe (1991), πρότεινε τη διδασκαλία νέων μεθόδων δόμησης εμπειριών στα κακοποιημένα παιδιά, ενισχύοντας με το τρόπο αυτό την κοινωνική τους ικανότητα και θέτοντας ταυτόχρονα στερεή κοινωνικο-συναισθηματική βάση για τη δημιουργία νέων σχέσεων. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ενδυνάμωση της αίσθησης της ταυτότητας στα παιδιά και τη διαφοροποίηση τους από μικρότερη ηλικία, είτε μέσω

της βελτίωσης των σχέσεών τους με τους γονείς, είτε με τη δημιουργία νέων διαπροσωπικών σχέσεων.

Επίσης, παρουσίασε ένα μοντέλο βασισμένο «στην ενδυνάμωση» όσον αφορά το χειρισμό των οικογενειών με ιστορικό κακοποίησης. Το κύριο μέλημα των παρεμβάσεων βρίσκεται στην επίτευξη μεγαλύτερης συνεργατικότητας από τους γονείς με στόχο την ανάπτυξη επιθυμητών και αποτελεσματικών, πλέον, στρατηγικών διαπαιδαγώγησης και την επίτευξη της ισορροπίας ανάμεσα στις ανάγκες του παιδιού και τις ικανότητες των γονέων, σε αντίθεση με άλλα πιο παραδοσιακά μοντέλα, όπου η έμφαση δίνεται στα λάθη των γονέων (Follingstad, 2007).

Γενικότερα η θεραπεία θα πρέπει να προωθεί τους γονείς σε νέους τρόπους διαπαιδαγώγησης και σε νέους τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά τους. Η αναγνώριση και επιβράβευση των δυνατών σημείων των παιδιών, θα τα βοηθήσει να πάνε μπροστά. Ο τρόπος αυτός θα έχει σίγουρα καλύτερα αποτελέσματα παρά μια αυστηρή αρνητική προσέγγιση (Glaser, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

«ΝΕΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της κακοποίησης και της παραμέλησης εκδηλώνεται με διάφορες μορφές, είναι άμεσα συνδεδεμένο με πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες και εξαρτάται από τα πρότυπα τα οποία κάθε κοινωνία επιβάλλει στους γονείς σχετικά με τους τρόπους ανατροφής, πειθαρχίας και συμπεριφοράς των παιδιών.

Όπως αναφέρεται και στο προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχουν διάφορες μορφές κακοποίησης όπως είναι η Σωματική κακοποίηση, η Σεξουαλική κακοποίηση, η Ψυχολογική και η Συναισθηματική κακοποίηση που υφίσταται το παιδί από την οικογένειά του (Παπαϊωάννου, 2000).

Εκτός από τις μορφές κακοποίησης που αναφέρθηκαν πιο πάνω και οι οποίες είναι πιο γνωστές στο ευρύ κοινό, έχουν εντοπιστεί και μελετηθεί και άλλες «νέες μορφές» κακοποίησης οι οποίες και θα αναλυθούν στο κεφάλαιο αυτό. Τέτοιες μορφές είναι το σύνδρομο του Munchausen δι' αντιπροσώπου, η μη τυχαία δηλητηρίαση και η κακοποίηση του εμβρύου (Παπαϊωάννου, 2000).

Ο τίτλος βέβαια «νέες μορφές» είναι παραπειστικός. Μορφές πραγματικά νέες, καινούργιες δεν υπάρχουν. Η κακοποίηση είναι τόσο παλιά όσο και ο κόσμος. Λέγεται, ότι κάθε μορφή ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει προηγούμενο στη μυθολογία. Επίσης στην ιστορία, στην λογοτεχνία, στον καθημερινό τύπο μπορεί κανείς να βρει και την πιο απίστευτη περιγραφή κακοποίησης την οποία πολλές φορές αγνοούμε μέχρι κάποιος να δημοσιεύσει μια περίπτωση σε ένα επιστημονικό περιοδικό. Έτσι ανατρέχοντας στη μνήμη μας, αναγνωρίζουμε πάρα πολλά παρόμοια περιστατικά τόσο οφθαλμοφανή, τόσο τυπικά, τόσο κραυγαλέα που απορούμε πως διέφυγαν την διάγνωση.

Έπειτα, εμφανίζονται στη βιβλιογραφία νέες περιπτώσεις σε τόπους και συνθήκες που κανείς δεν φανταζόταν και η συχνότητα αυξάνεται αφήνοντας μας την αμφιβολία: αυξήθηκαν πραγματικά οι περιπτώσεις ή αυξήθηκε η ικανότητά μας να τις αναγνωρίζουμε και να τις καταγράφουμε; (Βαλάσση- Αδάμ, 1991).

ΜΟΡΦΗ 1^Η

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΜΙΝΧΑΟΥΖΕΝ ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ



1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ονομασία του προέρχεται από ένα υπαρκτό πρόσωπο, έναν Γερμανό ανώτερο υπάλληλο του ιππικού το 16^ο αιώνα, ο οποίος αγωνίστηκε στο Ρωσικό στρατό ενάντια των Τούρκων, ο Βαρόνος Φόν Μινχάουζεν (Εικόνα 1). Ήταν ο μεγαλύτερος και ο διασημότερος ψεύτης των εποχών, ο οποίος συνήθιζε να διηγείται φανταστικές περιπέτειες με απίστευτες υπερβολές και τερατολογίες για την ψυχαγωγία των καλεσμένων του (Schreier, 2003).



Εικόνα 1: Ο Βαρόνος Φόν Μινχάουζεν

Το 1951 ο Richard Asher, ένας Βρετανός παθολόγος περιγράφει το σύνδρομο Μινχάουζεν ως μια ασθένεια που παρουσιάζεται από ψεύτικα ιατρικά ιστορικά σε μια προφανή προσπάθεια για εισαγωγή σε νοσοκομεία και ιατρική φροντίδα (Klebes & Fay, 1995).

Το 1977 ο όρος χρησιμοποιήθηκε από τον Meadow για να περιγράψει την περίπτωση δυο παιδιών που είχαν υποστεί αυστηρή κατάχρηση άλατος από την μητέρα τους η οποία κατασκεύαζε μια ασθένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα. Και τα δυο παιδιά είχαν πολλές εισαγωγές στο νοσοκομείο και είχαν υποστεί δυσάρεστες εξετάσεις λόγω των ψεύτικων ιστοριών και προσποιητών σημαδιών που επινοούσε η μητέρα τους.

Στις περισσότερες χώρες επίσης, το σύνδρομο Μινχάουζεν περιγράφεται ως μια ιδιαίτερη μορφή κακοποίησης παιδιών και μερικοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι χρησιμοποιούν τον όρο για να περιγράψουν τη συμπεριφορά που ο ενήλικας διαπράττει την κακοποίηση παρά την ίδια την κακοποίηση (Meadow, 2005).

Το σύνδρομο Μινχάουζεν είναι μια ψυχιατρική διαταραχή. Είναι ένας τύπος κακοποίησης παιδιών όπου η σοβαρή ασθένεια παράγεται σκόπιμα από τον ενήλικα που φροντίζει το παιδί, συχνά το γονέα, ο οποίος θέλει να αναγνωριστεί δημόσια η φροντίδα και η αφοσίωση του στο παιδί (Hilary & Klein, 2004).

1.2 ΔΡΑΣΤΗΣ ΚΑΙ ΘΥΜΑ

Όπως αναφέρεται και πιο πάνω, στο σύνδρομο Μινχάουζεν η σοβαρή ασθένεια παράγεται από τον ενήλικα που φροντίζει το παιδί. Αν και ο δράστης μπορεί να είναι οποιοσδήποτε ενήλικας, στις περισσότερες περιπτώσεις ο δράστης είναι ο ίδιος ο γονέας του παιδιού και μάλιστα πιο πολύ η βιολογική μητέρα σε σχέση με τον πατέρα. Για την ακρίβεια πάνω από το 90% των περιπτώσεων δράστης θεωρείται η μητέρα, λιγότερο από 5% θεωρείται ο πατέρας και πολύ σπάνιο να είναι και οι δύο γονείς μαζί (Meadow, 2005).

Το 50% των μητέρων που προκαλούν ψεύτικες ασθένειες στα παιδιά τους, έχουν κάποια μορφή κατάρτισης υγειονομικής περίθαλψης (νοσοκόμα, βοηθός νοσοκόμας, γραμματέας ενός παιδίατρου κ.λ.π.) και έτσι μπορούν εύκολα να παραποιήσουν εξετάσεις και δείγματα για να γίνει πιο πιστευτή η ασθένεια που κατασκεύασαν (Thomas, 2003).

Θύματα είναι τα ίδια τα παιδιά. Αγόρια και κορίτσια επηρεάζονται εξίσου. Το 65% των παιδιών είναι προσχολικής ηλικίας και το 25% είναι παιδιά πάνω από την ηλικία των 6 ετών (Bartsch, C., Ribe, M., Harald, S. 2003).

Το σύνδρομο Μινχάουζεν είναι μία ιδιαίτερη μορφή κακοποίησης παιδιών γιατί: **α)** το θύμα δεν αναγνωρίζει την κακοποίηση που υφίσταται, **β)** ο δράστης είναι πολύ διακριτικός όσον αφορά το θύμα και πολύ συνεργάσιμος με το ιατρικό προσωπικό και **γ)** στο σύνδρομο αυτό τα πιο κοινά συμπτώματα είναι αιμορραγίες, διάρροια, άπνοια, δυσλειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος, πυρετοί, εμετοί κ.α. (Bartsch & et al., 2003).

1.3 ΤΡΟΠΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ

Μπορούμε να διακρίνουμε τρεις τρόπους ενέργειας του δράστη: (Meadow, 2005)

1) **Ψεύτικη Ιστορία Ασθένειας:** ο δράστης προσποιείται μία ασθένεια του θύματος παρουσιάζοντας μία ψεύτικη ιστορία μίας ανύπαρκτης ασθένειας. Το ψεύτικο ιατρικό ιστορικό που δίνεται στο γιατρό, οδηγεί το παιδί σε αχρείαστες έρευνες και διαδικασίες και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε συμβουλές που περιορίζουν τη ζωή του παιδιού όπως π.χ εκπαίδευση, ευκαιρίες κ.λ.π.

2) **Προκληθείς Ασθένεια:** είναι μια σοβαρή και συχνότερη μορφή όπου ο δράστης παράγει τα συμπτώματα της ασθένειας στο θύμα με εσωτερικό και εξωτερικό χειρισμό.

3) **Παραποίηση Δειγμάτων:** ο δράστης μπορεί να αλλάξει τα δείγματα ή να παρεμποδίσει τα διαγράμματα και τα αρχεία.

1.4 ΛΟΓΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ

Η αιτιολογία του συνδρόμου αυτού είναι σύνθετη. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο δράστης είναι η βιολογική μητέρα. Ο δράστης έχει συχνά ψυχολογικά προβλήματα ή παρουσιάζει μια διανοητική ασθένεια (Thomas, 2003).

Από έρευνες που έχουν γίνει το 80% των δραστών υπήρξαν θύματα κακοποίησης. Σε μία μελέτη των Hughes & Corbo- Richert (1999), οι μητέρες ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν ανεπιθύμητες ως παιδιά. Ανέφεραν ότι είχαν έλλειψη της μητρικής αγάπης και προσοχής στα παιδικά τους χρόνια και ότι την προσοχή αυτή, τη θετική υποδοχή και την υποστήριξη, την αναγνώριζαν στο ιατρικό προσωπικό γεγονός που τις παρακινούσε στο να συνεχίζουν να βλάπτουν τα παιδιά τους (Thomas, 2003).

Οι μητέρες αυτές οι οποίες δεν ένιωσαν την αγάπη και τη στοργή στα παιδικά τους χρόνια, έχουν τώρα μια ανικανοποίητη ψυχολογική ανάγκη. Αυτή την ανάγκη την ικανοποιούν στη προσοχή και στο ενδιαφέρον που τους προσφέρει το ιατρικό προσωπικό εξαιτίας της ασθένειας του παιδιού τους (Thomas, 2003).

Συμπερασματικά, η μητέρες κακοποιούν με αυτό το τρόπο τα παιδιά τους: (Nawadallah, 2005)

- Γιατί υπήρξαν οι ίδιες θύματα κακοποίησης στη παιδική τους ηλικία.
- Για να λάβουν τη ψυχολογική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό (π.χ «μπράβο που ενδιαφέρεσαι για το παιδί σου») και από τα άτομα γύρω τους.

1.5 ΚΟΙΝΕΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

Υπάρχουν πολλών ειδών ασθενειών που οι μητέρες μπορούν να παρουσιάσουν ή και να κατασκευάσουν με σκοπό να επιβάλουν τα παιδιά τους σε διάφορες άσκοπες ιατρικές διαδικασίες. Οι πιο συνηθισμένες όμως ασθένειες που παρουσιάζονται στις περισσότερες περιπτώσεις είναι οι πιο κάτω (Meadow, 2005).

➤ **Αιμορραγίες:** ανέρχονται στο 44%. Η μητέρα κατασκευάζει προσθέτοντας αίμα σ' ένα δείγμα που λαμβάνεται από το παιδί. Τοποθετεί αίμα γύρω από τη μύτη, το στόμα ή ακόμα προκαλεί αιμορραγία δημιουργώντας πληγή στο παιδί.

➤ **Διάρροια:** είναι στο 11%. Η μητέρα δίνει καθαρτικά στο παιδί.

➤ **Εμετοί:** Ο δράστης τοποθετεί δάκτυλα και διάφορα αντικείμενα στο λαιμό του παιδιού. Οι εμετοί ανέρχονται στο 10%.

➤ **Πυρετοί:** βρίσκονται στο 10% και ο δράστης καταφέρνει το σκοπό του θερμαίνοντας το θερμόμετρο ή πλαστογραφώντας την θερμοκρασία στα διαγράμματα.

➤ **Η άπνοια και η δερματίτιδα:** ανέρχονται στο 9%. Για να δημιουργήσει στο παιδί άπνοια ο δράστης προκαλεί πνίξιμο χρησιμοποιώντας το χέρι του, μαξιλάρι, το σώμα κ.λ.π.

Για να προκαλέσει δερματίτιδα, ο δράστης, χρησιμοποιεί καυστικά υγρά (χλωρίνη), κάψιμο, γρατζουνίσματα κ.α.

1.6 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Υπάρχουν κάποια σημάδια/ κριτήρια με τα οποία, καθώς παρακολουθείται η περίπτωση του παιδιού από τους ειδικούς, να γίνει η διάγνωση για σύνδρομο Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου. Αυτά είναι τα εξής: (Rosenberg, 2003)

➤ Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη ασθένεια που δεν μπορεί να εξηγηθεί

➤ Απόκλιση μεταξύ των κλινικών συμπερασμάτων και της ψεύτικης ιστορίας.

Τα σημάδια και τα συμπτώματα δεν έχουν κλινικό νόημα.

➤ Τα συμπτώματα και τα σημάδια δεν εμφανίζονται όταν το παιδί είναι μακριά από τον γονέα (συνήθως μητέρα).

➤ Η μητέρα αρνείται να αφήσει το νοσοκομείο ακόμη και για μικρές χρονικές

περιόδους.

- Όταν η μητέρα βρίσκεται στο νοσοκομείο δείχνει υπερβολική στοργή στο παιδί σε σύγκριση με το σπίτι, όπως μαρτυρούν άτομα του οικογενειακού της περιβάλλον. (Εικόνα 2)
- Οι αμφιθαλείς είναι θύματα MSBP ή κάποιας ανεξήγητης ασθένειας ή και ανεξήγητου θανάτου
- Εμφάνιση επεισοδίων ασθένειας μόνο στο σπίτι, όχι στο σχολείο ή κάπου αλλού.
- Ο πατέρας είναι απόμακρος στην παιδική μέριμνα.

Όταν ο ειδικός που παρακολουθεί το παιδί αναγνωρίσει τα πιο πάνω σημάδια προειδοποίησης τότε μπορεί να υποστηρίξει το χωρισμό του παιδιού από τους γονείς (Rosenberg, 2003).



Εικόνα 2: Η υπερβολική αγάπη και το υπερβολικό ενδιαφέρον της μητέρας κατά τη παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο

1.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Για να γίνει η διάγνωση του συνδρόμου Μινχάουζεν, εκτός από τα κριτήρια που αναφέρθηκαν πιο πάνω, υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν από τους ειδικούς που έχουν αναλάβει την περίπτωση του παιδιού, πολυγραφικές καταγραφές και ιδιαίτερα τηλεοπτική επιτήρηση των νηπίων που φροντίζονται από τους γονείς τους στο νοσοκομείο . Πολλές φορές οι καταγραφές αυτές έχουν δείξει περιπτώσεις πνιξίματος με το χέρι, το μαξιλάρι, σκόπιμη δηλητηρίαση και έγχυση ξένου υλικού στο στόμα του παιδιού από το άτομο που το φροντίζει.

Επίσης κάποιες φορές για την εξασφάλιση της απόδειξης της προκληθείσας ασθένειας, γίνεται τοξικολογική ανάλυση των ούρων, ανάλυση αίματος και εξέταση DNA (Meadow, 2005).

Η διαδικασία της παρέμβασης αρχίζει με μια λεπτομερή, προσεκτική αξιολόγηση από όλα τα μέλη που αναλαμβάνουν την περίπτωση ενός παιδιού (παθολόγο, κοινωνικό λειτουργό, ψυχίατρο και μια νοσοκόμα). Θα πρέπει να μελετηθούν το ιστορικό υγείας του παιδιού, το ιστορικό υγείας των αμφιθαλών, η υγεία της μητέρας και το ψυχολογικό ιστορικό του παιδιού. Επίσης πληροφορίες θα πρέπει να ληφθούν από πολλές πηγές όπως τον πατέρα του παιδιού, το σχολείο, από τους συγγενείς, τους γείτονες, τους αμφιθαλείς και τέλος από τις γιαγιάδες οι οποίες μπορούν να παρέχουν πολλές σημαντικές και διαφωτιζόμενες πληροφορίες. Η αντικειμενική, λεπτομερής τεκμηρίωση όλων των αξιολογήσεων και οι ουσιαστικές παρατηρήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο δικαστήριο εάν είναι απαραίτητο να απομακρυνθεί το παιδί από τους γονείς του. Οι νοσοκόμες πρέπει να διευκρινίσουν στις σημειώσεις τους αυτό που δίνεται ως ιστορία από την μητέρα ή το παιδί και αυτό που παρατηρείται πραγματικά από τις εξετάσεις (Klebes & Fay, 1995).

Εάν οι υποψίες για MSBP επιβεβαιώνονται, η μητέρα έρχεται αντιμέτωπη με τους ειδικούς. Χαρακτηριστικό των μητέρων με MSBP είναι ότι εξοργίζονται και αρνούνται τη συμμετοχή τους στην ασθένεια του παιδιού τους. Η αντιπροσωπεία προστασίας των παιδιών είναι ενημερωμένη και τα σχέδια είναι σε ισχύ για την προστασία και την ασφάλεια του παιδιού. Σε όλες τις περιπτώσεις η ασφάλεια του παιδιού είναι η πιο υψηλή προτεραιότητα που συνήθως απαιτεί την απομάκρυνση του παιδιού από το σπίτι (Klebes & Fay, 1995).

1.8 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΜΙΝΧΑΟΥΖΕΝ

Κορίτσι ηλικίας 4 χρονών, εισήχθη στην Κλινική με αναφερόμενες αιμορραγικές κενώσεις, χωρίς άλλα συνωδά συμπτώματα. Ήταν ένα παιδί φαινοτυπικά υγιών γονέων με τρομερό ενδιαφέρον και αγάπη προς το παιδί τους.

Έξι μήνες πριν την εισαγωγή του παιδιού στη Κλινική, σε ηλικία 3,5 ετών, το παιδί παρουσίασε για πρώτη φορά αιμορραγικές κενώσεις, για την διερεύνηση των οποίων νοσηλεύτηκε σε Παιδιατρική Κλινική. Οι εξετάσεις δεν είχαν δείξει απολύτως τίποτα. Ακολούθησε διάστημα περίπου πέντε μηνών χωρίς συμπτωματολογία. Το παιδί ήταν σε άριστη γενική κατάσταση και από την κατά συστήματα αντικειμενική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Γι' αυτό το λόγο το παιδί βγήκε από την Κλινική.

Μία εβδομάδα αργότερα ξαναπαρουσιάστηκε με αιμορραγικές κενώσεις. Οι εξετάσεις δεν έδειξαν καμία συμπτωματολογία. Έτσι μετά από συζητήσεις των ειδικών, η μόνη πιθανή εξήγηση για τον κόκκινο χρωματισμό των κοπράνων του παιδιού, ήταν η εξωγενής προσθήκη χρωστικής από τρίτο πρόσωπο. Με αυτή την υποψία ζητήθηκε Παιδιατρική εκτίμηση του παιδιού και της μητέρας, η οποία φρόντιζε αποκλειστικά το παιδί. Ήδη από την πρώτη συνάντηση, διαπιστώθηκε η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας της μητέρας ενδεικτική του Munchausen by proxy, και αποφασίστηκε συνέχιση της νοσηλείας του παιδιού μέχρις ότου επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Αφορμή για την διάγνωση του συνδρόμου Μινχάουζεν αποτέλεσαν οι αρνητικές εξετάσεις των κοπράνων του παιδιού και η άριστη κλινική εικόνα του παιδιού. Τέλος η διάγνωση τεκμηριώθηκε με χημική ανάλυση των κοπράνων του παιδιού τα οποία περιείχαν τοματοπολτό που η μητέρα είχε προσθέσει εξωγενώς. Η μητέρα και το παιδί τέθηκαν σε ψυχιατρική παρακολούθηση (Nawadallah, 2005).

ΜΟΡΦΗ 2^Η

ΜΗ ΤΥΧΑΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ



2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Έχει προταθεί και ο όρος «χημική κακοποίηση» (Chemical Abuse). Ο Kempe όταν άρχισε την περιγραφή του συνδρόμου του κακοποιημένου παιδιού το 1962 ανέφερε ότι «καμιά φορά ο γονιός μπορεί να κακοποιεί το παιδί χορηγώντας μεγάλες δόσεις κάποιου φαρμάκου». Ο Lansky το 1974 δημοσίευσε την περίπτωση μητέρας που δηλητηρίαζε το παιδί της για να εκδικηθεί τον πατέρα του (Βαλάσση –Αδάμ, 1991).

Η μη τυχαία δηλητηρίαση είναι μια μορφή κακοποίησης, όπου οι γονείς χορηγούν σκόπιμα στο παιδί τους φάρμακα και διάφορες ουσίες για να του προκαλέσουν ένα είδος δηλητηρίασης. Είναι μια ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρώ και χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή (Βαλάσση- Αδάμ, 1991).

Είναι μια κατάσταση χρόνια όπου οι γονείς σε αυτήν την περίπτωση δεν θέλουν να απαλλαγούν από το παιδί τους. Απλά «χρησιμοποιούν» το παιδί τους για τους δικούς τους σκοπούς οι οποίοι θα αναφερθούν πιο κάτω (Βαλάσση- Αδάμ, 1991).

Η μη τυχαία δηλητηρίαση γίνεται σε παιδιά κάτω των 5 ετών και η δηλητηρίαση αυτή μπορεί να έχει μοιραίες συνέπειες ανάλογα με τη σοβαρότητα της περίπτωσης. Το 80-85% των γεγονότων γίνεται στο σπίτι. Το 1995 η μη τυχαία δηλητηρίαση έφτασε στο 25% των θανάτων ένα ποσοστό καθόλου χαμηλό (Hattingh, 2007).

2.2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΗ ΤΥΧΑΙΑΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ

Η πιο κοινή περίπτωση μη τυχαίας δηλητηρίασης είναι η κατάποση άλατος με τον περιορισμό πόσης νερού. Σε μια περίπτωση, οι γονείς επί έξι μήνες χορηγούσαν στην κόρη τους αλάτι σε μεγάλες δόσεις για να της «κόψουν την λαιμαργία».

Σε μια άλλη περίπτωση, η μητέρα έβαζε αλάτι στο γάλα του παιδιού της για να δικαιολογήσει την υπερνατρίαμία του παιδιού (Tilleli, 1986).

Η δεύτερη ουσία που χρησιμοποιείται σε πολλές περιπτώσεις είναι το νερό. Οι γονείς δίνουν στο παιδί τους να πει υπερβολικές δόσεις νερού είτε για να δημιουργήσουν εσκεμμένα ασθένεια στο παιδί με σκοπό να το πάνε στο νοσοκομείο, είτε για να το τιμωρήσουν (Tilleli, 1986).

Ακολουθούν τα βαρβιτουρικά και τα ηρεμιστικά και σπανιότερα χρησιμοποιούνται ουσίες όπως διουρητικά, πιπέρι γλυκόζη και φαινολοφθαλείνη (Tilleli, 1986).

2.3 ΔΡΑΣΤΗΣ

Στην πλειοψηφία τους οι γονείς είναι άτομα με διαταραγμένη προσωπικότητα που χρειάζονται ψυχιατρική αντιμετώπιση. Πολύ συχνά πρόκειται για μητέρες που είτε λόγω επαγγέλματος (πρακτικές νοσοκόμες), είναι εξοικειωμένες με αρρώστιες, φάρμακα και νοσηλευτικές τεχνικές. Στις περιπτώσεις που η μητέρα ασχολείται με το επάγγελμα της νοσοκόμας, το ιατρικό προσωπικό θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό γιατί υπάρχει μεγάλη περίπτωση οι μητέρες αυτές να αλλάζουν τα δείγματα των εξετάσεων. Περίπτωση μιας μητέρας που έκανε έγχυση πετρελαιοειδών και μιας άλλης που έπεισε το γιατρό να χορηγήσει ινσουλίνη στάζοντας στα δείγματα ούρων και αίματος του παιδιού διάλυμα γλυκόζης (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

2.4 ΛΟΓΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΡΑΣΤΗ

- Γονείς προκαλούν την αρρώστια στο παιδί τους **για να αμβλύνουν τις συζυγικές τους προστριβές.**
- Μητέρες δηλητηριάζουν το παιδί τους **για να εκδικηθούν τον άντρα** τους ή και να του **προκαλέσουν το ενδιαφέρον.**

Ένας άλλος λόγος που οι γονείς δηλητηριάζουν τα παιδιά τους, είναι για να **κερδίσουν την προσοχή και τον οίκτο** των ατόμων του κοινωνικού τους περιβάλλοντος, των γειτόνων, του ιατρικού προσωπικού κ.λ.π. (Βαλάσση-Αδάμ, 1991).

2.5 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ

Το παιδί φτάνει στο νοσοκομείο είτε με ιστορικό τυχαίας δηλητηρίασης, είτε με συμπτώματα άγνωστης αιτίας, συχνότερα από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Αντίθετα με τους ξυλοδαρμούς που σταματούν μόλις το παιδί εισαχθεί και όσο βρίσκεται στο νοσοκομείο, οι δηλητηριάσεις συνεχίζονται σε ένα ποσοστό 30% (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Το αποτέλεσμα για το παιδί είναι η ζημιά που υφίσταται, η εμπλοκή του σε περιττές κλινικές έρευνες και εξετάσεις (Εικόνα 1), η ψυχική διαταραχή ως αποτέλεσμα της δυσλειτουργικής φύσης της σχέσης του με το γονέα, ακόμη και το θάνατο (Hattingh, 2007).



Εικόνα 1: Οι κλινικές εξετάσεις που υφίσταται το παιδί κατά τη παραμονή του στο Νοσοκομείο.

2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Η μη τυχαία δηλητηρίαση είναι πιο ύπουλη και πιο επικίνδυνη από την κλασική κακοποίηση γιατί γίνεται από γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου και είναι δύσκολη η διάγνωσή της (Βαλάσση- Αδάμ, 1991).

Το ιστορικό υγείας του παιδιού και των γονέων, οι πληροφορίες από άτομα του στενού περιβάλλοντος όπως οι συγγενείς, η γιαγιά και ο παππούς, οι γείτονες κ.λ.π., θα βοηθήσουν τους ειδικούς στην διάγνωση της σκόπιμης δηλητηρίασης.

Οι ειδικοί επαγγελματίες που εμπλέκονται στις περιπτώσεις παιδιών που υφίστανται μη τυχαία δηλητηρίαση θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεχτικοί. Εάν οι υποψίες των ειδικών για σκόπιμη δηλητηρίαση του παιδιού από τους γονείς του επιβεβαιωθούν τότε το παιδί θα πρέπει να απομακρυνθεί από το σπίτι (Tilleli, 1986).

2.7 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΜΗ ΤΥΧΑΙΑΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ

Ένα κοριτσάκι 5 ετών βρέθηκε στο νοσοκομείο, στο δωμάτιο έκτακτης ανάγκης λόγω υπερβολικής πόσης νερού. Οι γονείς ανέφεραν, ότι καθώς το κορίτσι έπαιζε κατέρρευσε ξαφνικά. Οι παθολόγοι είχαν αξιολογήσει ότι οι ανωμαλίες και οι τραυματισμοί οδηγούσαν στην κακοποίηση του παιδιού. Μετά από καιρό, το κορίτσι δήλωσε ότι οι γονείς της την ανάγκαζαν να πει νερό ως μια μορφή τιμωρίας επειδή έβρεχε το κρεβάτι της. Επίσης ανέφερε ότι υπήρξε επανειλημμένα κτυπημένο από τη μητέρα του, για αυτή του την συμπεριφορά. Η μητέρα αργότερα παραδέχτηκε ότι έβαζε το παιδί της να πει νερό για να το τιμωρήσει (Tilleli, 1986).

ΜΟΡΦΗ 3^Η

«ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΜΒΡΥΟΥ»



3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

Η Κακοποίηση Εμβρύου καλύπτει οποιανδήποτε σκόπιμη συμπεριφορά που είναι γνωστή από την μητέρα ενδεχομένως για να βλάψει το έμβρυο. Γενικά μπορεί να είναι μια άμεση επίθεση, αλλά θα μπορούσε επίσης να περιλάβει και άλλες συμπεριφορές συμπεριλαμβανομένης της κακής χρήσης ουσιών.

Άμεση: μπορεί να είναι κτύπημα ή τρύπημα στην κοιλιά.

Έμμεση: με τη χρήση οινόπνευματος, ναρκωτικών και κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Και με τους δυο αυτούς τρόπους η μητέρα κακοποιεί το έμβρυο. Η άμεση κακοποίηση επιφέρει απότομη εμβρυομητρική αιμορραγία η οποία μπορεί να οδηγήσει στην εμβρυϊκή αναιμία ή και στον εμβρυϊκό θάνατο. Η έμμεση κακοποίηση οδηγεί σε ανωμαλίες τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και στην μετέπειτα ζωή του. Μεγάλος είναι βέβαια και ο κίνδυνος αποβολής όταν η μητέρα το κακοποιεί έμμεσα (Kent, 1997).

3.2 ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ, ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ: ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ

3.2 Α) ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ

Η λήψη ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ολέθρια για το παιδί. Τα ναρκωτικά διαπερνούν τον πλακούντα. Αυτό σημαίνει ότι το έμβρυο θα δεχτεί την επίδραση του ναρκωτικού και θα αναπτύξει σωματική εξάρτηση.

Οι ουσίες όπως η κοκαΐνη, η ηρωΐνη κ.λ.π, προκαλούν αγγειοσύσπαση στα αγγεία της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας, γεγονός που προκαλεί μειωμένη προσαγωγή θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου. Η πορεία της κύησης και του τοκετού συνήθως παρουσιάζει πλήθος επιπλοκών όπως είναι ο οξύς ή πρόωρος τοκετός, η αυτόματη αποβολή, η πρόωρη ρήξη των υμένων, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ακόμη και τη ρήξη της μήτρας (Volkow, 2005).

3.2 B) ΑΛΚΟΟΛ

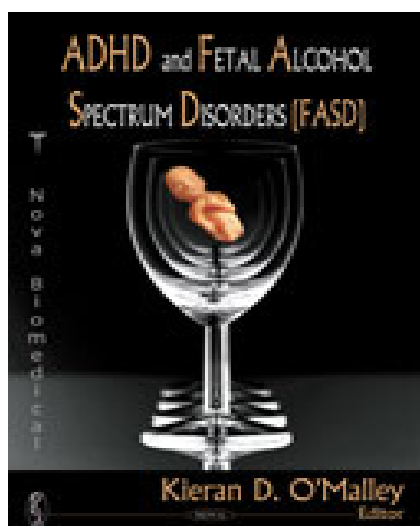
Η κατάχρηση οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να βλάψει το έμβρυο. Το αλκοόλ αυξάνει αφενός τον κίνδυνο αποβολών και αφετέρου τον κίνδυνο εμφάνισης συγγενών ανωμαλιών.

Υπάρχει το λεγόμενο **Εμβρυϊκό Αλκοολικό Σύνδρομο**, το οποίο περιγράφει μια σειρά από συνέπειες που μπορεί να έχει το έμβρυο του οποίου η μητέρα κατανάλωνε οινόπνευμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η κατανάλωση οινόπνευματος κατά τη διάρκεια της κύησης:

- Αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής του παιδιού
- Καταστρέφει τα νεύρα και πολλά κύτταρα του εγκεφάλου και περνά εύκολα από τον πλακούντα και φτάνει στην κυκλοφορία του αίματος
- Επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη του παιδιού και
- Μπορεί να δημιουργήσει υποπλασία του προσώπου στη μέση περιοχή όπου εμφανίζεται με μικρή μύτη, λεπτά τα άνω χείλη του στόματος και μικρούς οφθαλμούς.
- Ευθύνεται για το μικρό βάρος του πλακούντα

Εκτός από το παραπάνω, αν το παιδί γεννηθεί μπορεί να παρουσιάσει μετέπειτα διανοητικές, συμπεριφορικές και μαθησιακές δυσκολίες (Calhoun & Warren, 2007).



3.2 Γ) ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Η νικοτίνη και το διοξείδιο του άνθρακα που εισπνέουν οι καπνίστριες στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχετίζονται με το «**σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου βρεφών**».

Γενικότερα το κάπνισμα: (Wright & Walker, 2007)

- Αυξάνει σημαντικά (σχεδόν διπλασιάζει) τον κίνδυνο αποβολής του εμβρύου.
- Διπλασιάζει το ενδεχόμενο ενός πρόωρου τοκετού.
- Επηρεάζει τον πλακούντα και τον φθείρει. Ο πλακούντας λειτουργεί σαράντα εβδομάδες, στην περίπτωση που η έγκυος καπνίζει ζει μόνο 36 ή 38 εβδομάδες.
- Περιορίζει την ανάπτυξη του εμβρύου. Αυτό συμβαίνει γιατί το τσιγάρο παράγει ορισμένες ουσίες στο αναπνευστικό σύστημα όπως διοξείδιο του άνθρακα, το οποίο δεσμεύεται πιο εύκολα από την αιμοσφαιρίνη στο αίμα. Έτσι αντί η αιμοσφαιρίνη να δεσμεύει μόρια οξυγόνου και να τα μεταφέρει στο έμβρυο για να αναπνέει, δεσμεύει διοξείδιο του άνθρακα με αποτέλεσμα να φτάνει λιγότερο οξυγόνο στο παιδί, το οποίο τελικά θα γεννηθεί με μικρότερο βάρος από το κανονικό.

«Το μωρό είναι σαν ένα φυτό που δεν ποτίζεται καλά, δεν αναπτύσσεται σωστά και μαραζώνει.....»

- Μπορεί να προκαλέσει συγγενείς δυσπλασίες ή ανωμαλίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα του παιδιού.
- Τέλος ενισχύει τον κίνδυνο θανάτου του παιδιού στην πρώτη εβδομάδα της ζωής του.

Το παιδί μπορεί να γεννηθεί φυσιολογικά χωρίς προβλήματα αλλά να παρουσιάσει μετέπειτα μειωμένη ικανότητα μάθησης και προβληματική συμπεριφορά (Wright & Walker, 2007).

3.3 ΠΙΘΑΝΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ Η ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΚΟΠΟΙΕΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

- **Άρνηση της εγκυμοσύνης ή αμφιθυμία προς την εγκυμοσύνη:** πολλοί κοινωνικοί, οικογενειακοί και οικονομικοί λόγοι συμβάλλουν στο να μην θέλει η μητέρα το έμβρυο. Ένας λόγος που οδηγεί τη μητέρα στην άρνηση της εγκυμοσύνης είναι η μη σχεδιασμένη εγκυμοσύνη.
- **Προηγούμενη Μεταγεννητική κατάθλιψη:** μετά τον τοκετό οι μητέρες περνούν ένα στάδιο κατάθλιψης στο οποίο αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον ύπνο, διαταραχές στην διατροφή, συναισθηματικές διαταραχές κ.λ.π. Η μεταγεννητική κατάθλιψη είναι πολλές φορές η αιτία που μια μητέρα αρνείται να φέρει στον κόσμο το παιδί της και προσπαθεί να απαλλαχτεί από αυτό.
- **Δυσκολίες στις σχέσεις/ στο γάμο** (Kent, 1997).

Ο Condon το 1987 πήρε συνέντευξη από 112 έγκυες γυναίκες. Ανακάλυψε ότι το 8% των γυναικών αναγνώριζε το κίνητρο να βλάψει ή να κακοποιήσει το αγέννητο παιδί τους. Επιπλέον το 4% των πατέρων εξέφρασε το κίνητρο αυτό (Condon, 1987).

3.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Υπάρχουν σήμερα πολλά παιδιά που κυοφορούνται με επικίνδυνες συνθήκες ενδομήτριου περιβάλλοντος για τις οποίες ευθύνεται η μητέρα. Αυτά τα παιδιά έχουν ανάγκη από προστασία-παρέμβαση τόσο πριν, όσο και μετά τη γέννηση. Όταν μια μητέρα είναι εξαρτημένη από κάποια ουσία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το νεογνό της είναι ήδη «κακοποιημένο» κι έχει μεγάλο κίνδυνο να παρουσιάσει προβλήματα στη σωματικά και πνευματικά του ανάπτυξη από παραμέληση. Έτσι, σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να υπάρχει παρέμβαση. Παρά να πεθάνει το παιδί στην αγκαλιά της μητέρας του, καλύτερα είναι να μεγαλώσει μακριά της. Η παρέμβαση σε περίπτωση κακοποίησης εμβρύου από την μητέρα, είναι η απομάκρυνση του παιδιού από τους γονείς και ιδιαίτερα από τον γονέα που το κακοποιεί (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Μέχρι τώρα οι νόμοι που προστατεύουν την εγκυμοσύνη αναφέρονται στην ίδια την έγκυο. Όποιος την κακοποιήσει τιμωρείται ανάλογα με τις βλάβες που προκάλεσε σε αυτήν. Τώρα υπάρχει η τάση να θεσπιστούν νόμοι που να τιμωρούν ανάλογα και με τη βλάβη που προκλήθηκε στο έμβρυο. Η ίδια δόση βίας μπορεί να προκαλέσει μικροτραυματισμούς στη μητέρα, αλλά μόνιμες βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος στο κύημα. Η διαφορά είναι ιδιαίτερα σημαντική (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Οι νομικοί λένε ότι οι νόμοι έπονται των κοινωνικών αλλαγών. Η κινητοποίηση των γιατρών πρέπει να προηγείται κατά πολύ της νομοθεσίας. Ήρθε δηλαδή η ώρα να πάψουμε να θεωρούμε τη περίπτωση του κακοποιημένου εμβρύου «τραβηγμένη από τα μαλλιά» και να αρχίσουμε να αναζητούμε τρόπους να την αντιμετωπίσουμε. Ίσως ένα πρώτο βήμα να είναι η επαφή και η συνεργασία όσων ασχολούνται με την κακοποίηση, με όσους ασχολούνται με την αντιμετώπιση των ναρκωτικών (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

3.5 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΑΜΕΣΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

Παντρεμένη γυναίκα 29 ετών, έγκυος 32 εβδομάδων παρουσίασε κατάθλιψη. Άρχισε να αισθάνεται κατάθλιψη από την 25^η εβδομάδα, έχασε την όρεξή της και είχε προβλήματα ύπνου. Είχε προηγουμένως τερματίσει δυο εγκυμοσύνες σε ηλικία 17 και 28 χρονών επειδή δεν επιθυμούσε παιδιά εκείνη την χρονική περίοδο της ζωής της. Ο πατέρας της ήταν αλκοολικός και ήταν παιδί χωρισμένων γονιών. Αυτή η εγκυμοσύνη ήταν μη σχεδιασμένη.

Αποτέλεσμα ήταν να τρυπήσει την κοιλιά της με διατρητική μηχανή και παρακάλεσε το σύζυγο της να αφαιρέσει το έμβρυο (Kent, 1997).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι νέες μορφές κακοποίησης δεν είναι ακόμη γνωστές στο ευρύ κοινό. Γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο φαινόμενο αυτό, να εφαρμοστούν προγράμματα ενημέρωσης της κοινωνίας για την ύπαρξη των μορφών αυτών κακοποίησης και ιδιαίτερα να ενημερωθούν και να ασχοληθούν περισσότερο οι ειδικοί που έρχονται αντιμέτωποι με τα παιδιά (Βαλάσση- Αδάμ, 1991).

Η κακοποίηση με το τρόπο αυτό, είναι ενέργεια προμελετημένη που γίνεται εν ψυχρώ χωρίς το παιδί να έχει δώσει αφορμή, αντίθετα προς τη κλασική σωματική κακοποίηση που γίνεται συνήθως σε στιγμές κρίσης όπου ο ενήλικας χάνει τον έλεγχο μη αντέχοντας την ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού (κλάμα, άρνηση τροφής, γκρίνια κ.λ.π).

Οι μορφές αυτές κακοποίησης είναι συχνότερες από όσο αναγνωρίζουμε, είναι πιο ύπουλες και πιο επικίνδυνες από την κλασική κακοποίηση.

Οι ενέργειες αυτές γίνονται από γονείς υψηλού μορφωτικού επιπέδου και καλό είναι οι ειδικοί να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με τους γονείς και ιδιαίτερα με τη μητέρα που είναι ο πιο κοινός δράστης των μορφών αυτών κακοποίησης (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Τώρα που οι ειδικοί γνωρίζουν περισσότερα για τις μορφές αυτές κακοποίησης θα είναι πιο εύκολο να μην εμπιστεύονται πάντοτε τυφλά τα λεγόμενα της μητέρας και να μην επηρεάζονται από το μεγάλο ενδιαφέρον που δείχνουν για το παιδί τους. Αντίθετα θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και καχύποπτοι και με την οποιανδήποτε καχυποψία να αναφέρουν τις περιπτώσεις στους ειδικούς φορείς. Έτσι θα μπορούσαμε κατά κάποιο τρόπο να αντιμετωπίσουμε το φαινόμενο αυτό της κακοποίησης (Βαλάσση- Αδάμ, 1991).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, το κοινό συνειδητοποιεί όλο και περισσότερο ότι πολλά παιδιά στις ΗΠΑ υφίστανται κακομεταχείριση από τους γονείς τους. Σπάνια περνάει μέρα χωρίς να παρουσιάζουν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μια ιστορία για κάποιο παιδί που παραμελήθηκε, κακοποιήθηκε ή ακόμα και δολοφονήθηκε από τους γονείς του. Αυτό το πρόβλημα αντικατοπτρίζεται σε μια έκθεση από μία ομοσπονδιακή συμβουλευτική επιτροπή του Κογκρέσου και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών, η οποία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η κακοποίηση και η παραμέληση παιδιών από τους γονείς τους συνιστά μια εθνική κατάσταση επείγουσας ανάγκης (Cimons, 1990).

Σύμφωνα με την έκθεση, πάνω από δυο εκατομμύρια παιδιά «τα αφήνουν νηστικά και τα εγκαταλείπουν, τα καίνε και τα χτυπούν σοβαρά, τα βιάζουν και τα σοδομίζουν, τα επιτιμούν και τα υποτιμούν στις ΗΠΑ, κάθε χρόνο» (Cole & Cole, 2002).

Τα ερωτήματα είναι «ποιοί είναι αυτοί οι γονείς που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους; Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά των γονέων αυτών και ποιοί οι λόγοι που τους ωθούν στο να κακοποιήσουν τα παιδιά τους; Κατανοώντας τη διαδικασία που οδηγεί στην κακοποίηση, μπορούμε να προσδιορίσουμε τους παράγοντες και τις συνθήκες που αυξάνουν την πιθανότητα κακοποίησης. Η αποτελεσματική πρόληψη μπορεί να αρχίσει μόνο όταν όλοι όσοι ασχολούνται με την ευημερία των νέων οικογενειών είναι έτοιμοι να υιοθετήσουν αυτή την ολιστική προσέγγιση (Κούτσουμπος, 1985).

4.2 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΓΟΝΙΩΝ ΣΕ «ΥΨΗΛΟ ΚΙΝΔΥΝΟ» ΓΙΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΟΥΣ

Ο έγκαιρος προσδιορισμός των γονιών ή γενικά των ατόμων που έχουν προδιάθεση να κακοποιήσουν ή να παραμελήσουν τα παιδιά τους, αποτελεί τη δευτερογενή πρόληψη του προβλήματος της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να αμβλύνει τους προδιαθεσικούς αυτούς παράγοντες για γονική δυσλειτουργία και να οδηγήσει τα άτομα αυτά στην ομάδα εκείνων με φυσιολογική γονική λειτουργικότητα (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Μέχρι τώρα, η έμφαση έχει δοθεί στην τριτογενή πρόληψη, δηλαδή στην προσπάθεια να μην ξανακακοποιηθεί ή παραμεληθεί ένα ήδη κακοποιημένο παιδί και να μην υποστούν κάτι ανάλογο τα αδέρφια του. Και αυτό γιατί η εντόπιση των γονιών που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι πολύ ευκολότερη από την προσπάθεια εντόπισης εκείνων που έχουν την προδιάθεση να κακοποιήσουν. Πέρα αυτό όμως, η θέα ενός κακοποιημένου ή παραμελημένου παιδιού μας κινητοποιεί συναισθηματικά πολύ περισσότερο από την αναζήτηση μιας ομάδας γονιών υψηλού κινδύνου. Ιδιαίτερα για τους κοινωνικούς λειτουργούς η άμεση κινητοποίηση τους να βοηθήσουν ένα παιδί που κινδυνεύει είναι πολύ πιο κατανοητή (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Τα τελευταία χρόνια, στη προσπάθεια να προληφθεί το φαινόμενο παρά να θεραπευτεί εκ των υστέρων, ομάδες ερευνητών έχουν συνθέσει ορισμένα επιστημονικά «εργαλεία- ερωτηματολόγια» που προσπαθούν να εκτιμήσουν τη γονική ικανότητα και να διαφοροποιήσουν άτομα που έχουν τη προδιάθεση να κακοποιήσουν τα παιδιά τους από άλλα που δεν την έχουν, όπως και γονείς που ήδη κακοποιούν από άλλους που δεν κακοποιούν (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Οι περισσότερες έρευνες που χρησιμοποίησαν αυτή την προσέγγιση της εκτίμησης της γονικής ικανότητας έγιναν στα πλαίσια μαιευτηρίων ή άλλων κέντρων παρακολούθησης επιτόκων. Οι έρευνες που έγιναν με βάση τα ερωτηματολόγια, παρουσίασαν δυο κύριους παράγοντες που διαφοροποιούν μητέρες με προβλήματα στην άσκηση του γονικού ρόλου από άλλες «φυσιολογικές μητέρες: α) την κοινωνική υποστήριξη και β) τις στάσεις και τις απόψεις των ίδιων των γονιών ως προς το γονικό ρόλο.

Σαν κοινωνική υποστήριξη θεωρούνται οι κοινωνικοί δεσμοί και τα κοινωνικά πλέγματα, η ύπαρξη ατόμων εμπιστοσύνης, η ανθρώπινη συντροφικότητα και η ευρύτερη κοινωνική υποστήριξη, όλοι δηλαδή οι παράγοντες που προσδιορίζουν τις ανθρώπινες σχέσεις. Ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με την ψυχική υγεία, άρα και με την ικανότητα άσκησης του γονικού ρόλου (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Όσον αφορά τις στάσεις και τη συμπεριφορά που προϋποθέτει ο γονικός ρόλος, με βάση μελέτες της διαταραγμένης γονικής ικανότητας αποτέλεσε η περιγραφή εκείνων των τρόπων γονικής συμπεριφοράς που επικρατούν σε προβληματικές οικογένειες. Οι περιγραφές αυτές περιλαμβάνουν: υψηλά επίπεδα τιμωρητικότητας, απόρριψη και εχθρότητα, μειωμένη ικανότητα για μητρική καθημερινή φροντίδα, μειωμένη ικανότητα για τρυφερότητα και εξωπραγματικές απαιτήσεις από το παιδί.

Στις ΗΠΑ, το Υπουργείο Υγείας, Εκπαίδευσης και Πρόνοιας συμπεραίνει ότι οι εξωπραγματικές απαιτήσεις, η έλλειψη γνώσεων για τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών και μια ιδιοσυστατική άποψη για το παιδί είναι κοινά χαρακτηριστικά του γονιού που κακοποιεί (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, 1991).

Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους μπορεί να προέρχονται από οποιαδήποτε κοινωνικοοικονομική ομάδα και διαθέτουν κάποια χαρακτηριστικά που αποτελούν υψηλό κίνδυνο για κακοποίηση. Συχνά οι γονείς αυτοί είναι απομονωμένοι, σωματικά και συναισθηματικά. Προτιμούν να ζουν σε σπίτια αποκομμένα από την υπόλοιπη κοινότητα και απορρίπτουν τις προσπάθειες προσέγγισης από γείτονες, φίλους, συγγενείς κ.λ.π. Γενικά έχουν ελάχιστες επαφές έξω από τον πυρήνα της οικογένειάς τους, δεν εμπιστεύονται κανένα και δεν υπάρχει κανείς στον οποίο να μπορούν να απευθυνθούν σε ώρα ανάγκης. Πριν ακόμη αναγκαστούν να κακοποιήσουν το παιδί τους, οι γονείς αυτοί συνήθως έχουν συσσωρεύσει μια ολόκληρη σειρά προβλημάτων που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής τους: το γάμο, την κατοικία, τα οικονομικά θέματα και την εργασία (Κούτσουμπος, 1985).

Η κακή οικονομική κατάσταση της οικογένειας αλλά και οι δυσμενείς εξελίξεις στον εργασιακό τομέα είναι σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γονείς. Ένα απειλητικό γεγονός είναι το φάσμα της ανεργίας του πατέρα, ο οποίος δεν είναι συνηθισμένος να μένει ώρες στο σπίτι και εξαιτίας της κατάστασης αυτής

χάνει την αυτοπεποίθησή του, γίνεται αιτία να «ξεσπά» πάνω στο παιδί του την «ανεξέλεγκτη οργή» από την οποία ο ίδιος είναι φορτισμένος (Κυριακίδης, 2000).

Οι γονείς που στερήθηκαν την γονεϊκή φροντίδα ή που βίωσαν κατά τη παιδική τους ηλικία κακοποίηση ή ήταν μάρτυρες των βίαιων επεισοδίων των γονιών τους, αποτελούν υψηλό κίνδυνο και οι ίδιοι να κακοποιήσουν το δικό τους παιδί (Δημητρίου- Χατζηνεοφύτου, 2001).

Μια λαϊκή πεποίθηση είναι ότι οι γονείς που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους πρέπει να είναι ψυχικά άρρωστοι. Αν και ένα μικρό ποσοστό αυτών που κακοποιούν τα παιδιά είναι όντως ψυχικά άρρωστοι (το 10% κατά μία εκτίμηση), οι περισσότεροι δεν είναι (Kempfe & Kempfe, 1978).

Από έρευνες διαπιστώθηκε ότι το 90 τοις εκατό σχεδόν από τις μητέρες και πολλοί από τους πατεράδες είχαν κάνει κάποτε χρήση ηρεμιστικών ή αντικατευναστικών, συνήθως βενζοδιαλεπίνης και τρικυκλικών, τα οποία τους χορηγήθηκαν απερίσκεπτα όταν παραπονέθηκαν για άγχος και μελαγχολία. Αυτά τα χρήσιμα φάρμακα μπορούν, αν εκλείψουν οι αναστολές, να επισπεύσουν ένα περιστατικό κακοποίησης (Κούτσουμπος, 1985).

Ένας άρρωστος γονέας είναι πιο πιθανό να έχει προβλήματα στη σχέση του με το παιδί. Σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες των παιδιών που κακοποιούνται έχουν ελάσσονα προβλήματα υγείας, όπως υπερβολική κόπωση, έλλειψη σιδήρου, αναιμία, και πονοκεφάλους. Ένας από τους δύο γονείς μπορεί να είναι σοβαρά άρρωστος όπως να πάσχει από χρόνια νεφροπάθεια, σκλήρυνση κατά πλάκας και να έχει όγκο στον εγκέφαλο (Κούτσουμπος, 1985).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες κακομεταχείρισης, όταν η οικογένεια βρίσκεται υπό την επήρεια άγχους. Οι παράγοντες του άγχους μπορεί να είναι πολλών ειδών και να επιδεινώνουν ο ένας τον άλλο: χρόνια ανέχεια, πρόσφατη απώλεια εργασίας, συζυγική ασυμφωνία, κοινωνική απομόνωση, όλα αυτά συνδέονται με την αύξηση της παιδικής κακοποίησης (Pelton, 1994). Η πιθανότητα κακοποίησης είναι επίσης μεγαλύτερη όταν η μητέρα είναι πολύ νέα, με χαμηλή μόρφωση, κάνει κατάχρηση ναρκωτικών ή οιοπνευματωδών ποτών ή παίρνει ελάχιστη οικονομική υποστήριξη από την οικογένειά της (Sternberg, 1993).

Ένας άλλος παράγοντας που ωθεί τους γονείς να κακοποιήσουν είναι η υγεία του παιδιού. Για παράδειγμα, μια ασθένεια όχι σοβαρή, αλλά υπερβολικά εκνευριστική, όπως το έκζεμα ή το ελαφρό άσθμα. Όταν η επιθυμητή και αποδεκτή συμπεριφορά ενός μικρού παιδιού επιδεινώνεται μετά τη γέννηση ενός νέου παιδιού,

οι γονείς μπορεί να θεωρήσουν υπεύθυνο το μωρό και να το κακοποιήσουν, αντί για το μεγαλύτερο αδελφάκι του (Κούτσουμπος, 1985).

Το 80 τοις εκατό περίπου των οικογενειών, που έχουν περισσότερα από ένα παιδιά, κακοποιούν μόνο το ένα από αυτά. Αν συγκρίνουμε τα ιστορικά των κακοποιημένων παιδιών με τα ιστορικά των αδελφών τους που δεν υφίστανται ανάλογη μεταχείριση, μπορούμε να δούμε καθαρά πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος που μπορεί να παίξει η κακή υγεία στα πρώτα στάδια της ζωής του παιδιού που κακοποιείται (Κούτσουμπος, 1985).

Όταν οι συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια είναι τέτοιες ώστε να δημιουργούνται δυνητικά οι συνθήκες για κακοποίηση του παιδιού, μερικά παιδιά θυματοποιούνται περισσότερο από τα άλλα. Τα παιδιά που δεν είναι τόσο ελκυστικά στην εμφάνισή τους, που είναι πολύ ζωντανά ή/ και που κάνουν αταξίες έχουν αυξημένες πιθανότητες να αποτελέσουν στόχο κακομεταχείρισης (Δημητρίου-Χατζηγεωφύτου, 2001).

Εκτός από τους πιο πάνω παράγοντες, Υπάρχουν και κάποια άλλα σημαντικά στοιχεία όπως ο δείκτης νοημοσύνης και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων, τα οποία μπορούν να καθορίσουν αν οι γονείς αποτελούν υψηλό κίνδυνο να κακοποιήσουν τα παιδιά τους. Πιο κάτω γίνεται ανάλυση των στοιχείων αυτών από μία έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, η οποία δίνει σημαντικές πληροφορίες (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

4.3 ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΟΝΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

Η κακοποίηση των παιδιών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ειδικών στην Ελλάδα. Πολιτισμικά προσδιορισμένες αντιλήψεις για το γονικό ρόλο συνέτειναν στη δυσκολία να γίνει αποδεκτό τόσο από την κοινή γνώμη, όσο και από τους ειδικούς, ότι η γονική ικανότητα δεν αποτελεί ένα αλάθητο έμφυτο χαρακτηριστικό σε όλους τους γονείς (Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. 1991).

Από τη διερεύνηση της πολύ περιορισμένης βιβλιογραφίας στον Ελληνικό χώρο, προκύπτουν κάποια ενδιαφέροντα στοιχεία.

Μια μελέτη η οποία αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου ερευνητικού προγράμματος που εκπόνησε το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού από το 1979 έως το 1981 είχε σαν στόχο τη διερεύνηση αιτιολογικών παραγόντων που πιθανά συνδέονται με την εκδήλωση βάνουσης συμπεριφοράς των γονιών όπως το επίπεδο της νοημοσύνης και η προσωπικότητα (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Στοιχεία από μια προκαταρκτική έρευνα που προηγήθηκε αυτής της μελέτης, έδειξαν ότι οι Έλληνες γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους είχαν χαμηλή νοημοσύνη και αυξημένα ποσοστά ψυχοπαθολογίας. Διαταραχές της προσωπικότητας, όπως επίσης και ανωριμότητα, παρορμητικότητα, ισχυρές ανάγκες για εξάρτηση και διαταραγμένες προσωπικές σχέσεις, ήταν τα συχνότερα χαρακτηριστικά που προέκυψαν από την ψυχιατρική αξιολόγηση (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Έρευνες σε άλλες χώρες που είχαν στόχο να εξετάσουν το ρόλο της νοητικής ικανότητας των γονιών και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας τους ως παραγόντων που συμβάλλουν στην κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών, παρουσίασαν ως τώρα μάλλον αντιφατικά ευρήματα. Σε μια σειρά από πιο πρόσφατες έρευνες το φαινόμενο της κακοποίησης ερμηνεύεται και αποδίδεται κυρίως σε ψυχοδυναμικά προσδιοριζόμενους αιτιολογικούς παράγοντες. Μεταβλητές όπως η νοημοσύνη, η προσωπικότητα ή η κοινωνική τάξη δεν φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο. Αντίθετα, άλλες έρευνες βρήκαν ότι η χαμηλή κοινωνική τάξη, η χαμηλή νοητική ικανότητα, η ψυχοπαθολογία και άλλοι παράγοντες προσωπικότητας, διαφοροποιούν τους γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους από τους γονείς που δεν κακοποιούν (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Τα ερωτηματικά που προκύπτουν από τη διεθνή έρευνα όσο και τα ευρήματα των ερευνών που έγιναν στην Ελλάδα, ώθησαν το Ινστιτούτο Υγείας να διεξάγει αυτή τη μελέτη που στοχεύει στη συγκριτική αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της νοημοσύνης και της προσωπικότητας των Ελλήνων γονιών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η καλύτερη κατανόηση προσωπικών παραγόντων όπως χαρακτηριστικά της νοημοσύνης και προσωπικότητας που μπορεί να δρουν ως προδιαθεσικοί παράγοντες μέσα στο πλαίσιο της ελληνικής πολιτιστικής πραγματικότητας (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

➤ **ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η εκτίμηση της νοημοσύνης έγινε με τη Κλίμακα- Νοημοσύνης του Wechsler για ενήλικες και για την προσωπικότητα χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία των 16 Παραγόντων Προσωπικότητας του Cattell (Cattell's 16 PF- Questionnaire). Στη μελέτη πήραν μέρος 41 γονείς (23 μητέρες και 18 πατέρες) και ίσος αριθμός στην ομάδα ελέγχου. Όμως ο αριθμός των γονιών που ολοκλήρωσαν την ψυχολογική εξέταση ήταν μικρότερος γιατί κάποιοι αρνήθηκαν και διέκοψαν την εξέταση. Αυτοί ήταν κυρίως πατέρες που κακοποιούσαν, που αρνήθηκαν την κακοποίηση και φοβήθηκαν τις πιθανές νομικές κυρώσεις.

Η κοινωνική λειτουργός της ομάδας, έβλεπε πρώτα τους δυο γονείς για τη λήψη του ειδικού κοινωνικού ιστορικού, έπειτα ο παιδίατρος εξέταζε το παιδί και τα αδέρφια του. Μετά οι γονείς έπρεπε να δώσουν συνέντευξη στο ψυχολόγο της ομάδας (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

➤ **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα αποτελέσματα τους WAIS για τις μητέρες που κακοποιούν τα παιδιά τους, έδειξαν ότι είχαν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης από τις μητέρες που δεν κακοποιούν. Για τους πατέρες που κακοποιούν και τους πατέρες της ομάδας ελέγχου δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο δείκτη νοημοσύνης.

Όσο αφορά τη προσωπικότητα, οι μητέρες που κακοποιούν ήταν πιο ντροπαλές, συνεσταλμένες και ευαίσθητες στην απειλή, πιο απείθαρχες, με εντονότερες εσωτερικές συγκρούσεις και πιο παρορμητικές από τις μητέρες της ομάδας ελέγχου. Οι πατέρες που κακοποιούν εμφανίστηκαν πιο πειθαρχημένοι και ψυχαναγκαστικοί από τους πατέρες της ομάδας ελέγχου (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Για τα άτομα και των δύο φύλων της ομάδας ελέγχου, όπως και για τους πατέρες της ομάδας κακοποίησης, ο δείκτης νοημοσύνης κυμαίνεται στα επίπεδα της χαμηλής φυσιολογικής νοημοσύνης. Τα αποτελέσματα των μητέρων που κακοποιούν, σε σύγκριση με εκείνα της ομάδας ελέγχου δείχνουν ότι οι μητέρες αυτές λειτουργούν σε χαμηλό νοητικό επίπεδο, κυρίως οριακό και ορισμένες στα πλαίσια της ελαφρά νοητικής καθυστέρησης (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Η συνολική εικόνα των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των γονιών που κακοποιούν στη μελέτη αυτή, δείχνει ότι το χαμηλό νοητικό επίπεδο, η κοινωνική απομόνωση και ο περιορισμένος αυτοέλεγχος είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την ομάδα κακοποίησης από την ομάδα ελέγχου, αλλά μόνο σε ότι αφορά τις μητέρες (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Ένα σημαντικό γεγονός που παρατηρείται στην Ελλάδα και το οποίο διαφοροποιεί τη μητέρα – δράστη από τον πατέρα- δράστη, είναι η θέση της γυναίκας. Ο ρόλος του πατέρα διαγράφεται σαν αυτός του «προμηθευτή», «καθοδηγητή» και του στηρίγματος της οικογένειας, ενώ η μητέρα έχει το ρόλο αυτού που ανατρέφει, φροντίζει και προστατεύει. Όταν μια ελληνίδα μητέρα ομάδας «υψηλού κινδύνου» που, δεν μπορεί να εκπληρώσει τον κοινωνικά επιβεβλημένο ρόλο της φροντίδας, στρέφεται στον σύζυγό της για βοήθεια και υποστήριξη. Συγχρόνως, ο πατέρας προμηθευτής εκπληρώνοντας τον παραδοσιακό του ρόλο, δεν της δίνει τη στοργή που εκείνη χρειάζεται, είναι πολύ εύκολο για μια νεαρή, κοινωνικά απομονωμένη ελληνίδα μητέρα να στραφεί στα παιδιά της. Έτσι η μητέρα ζητάει την ικανοποίηση που ο άνδρας της δεν μπορεί να της δώσει. Ένα μικρό απαιτητικό βρέφος ή μικρό παιδί, δεν μπορεί ποτέ να ικανοποιήσει τέτοιες ανάγκες. Η απογοήτευση, η συναισθηματική στέρηση, η αντιστροφή των ρόλων, οι εξωπραγματικές δυσκολίες, όλα οδηγούν στη χρήση βίας προς το παιδί, την κακοποίηση και την παραμέληση (Κοκκέβη & Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, 1991).

Σε οικογένειες όπου οι πιθανότητες κακοποίησης είναι αυξημένες, οι πιο πάνω παράγοντες μαζί με τη γνώση του οικογενειακού ιστορικού, μπορούν να αποτελέσουν πολύτιμες προειδοποιήσεις για «υψηλό κίνδυνο κακοποίησης». Τότε δίνεται, τόσο στο γιατρό όσο και στην οικογένεια, ευκαιρία να διακρίνουν τα πιθανά προβλήματα και να προγραμματίσουν ενέργειες για την πρόληψη της κακοποίησης (Κούτσουμπος, 1985).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναγνωρίζονται οι γονείς που αποτελούν υψηλό κίνδυνο για κακοποίηση και να γίνεται η σωστή παρέμβαση γιατί οι συνέπειες για το

παιδί που κακοποιείται είναι ιδιαίτερα σοβαρές και αρνητικές. Το παιδί αυτό στερείται της αγάπης και της στοργής των γονιών του και έτσι νιώθει μεγάλη ανασφάλεια. Οι πιθανότητες αυτό το παιδί να αποκτήσει θετικές εμπειρίες και εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους γύρω του είναι ελάχιστες και η κακοποίηση κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής θεωρείται υπεύθυνη για πολλά συναισθηματικά προβλήματα που παρουσιάζει το άτομο ως ενήλικας (Δημητρίου-Χατζηγεοφύτου, 2001).

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποιες χρήσιμες οδηγίες για τους γονείς, οι οποίες θα βοηθήσουν στο να έχουν οι γονείς και τα παιδιά τους πιο καλά, ομαλή και υγιή σχέση.

Οι οδηγίες που δίνονται στους γονείς είναι: (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005)

✚ Να μην φοβούνται να ζητήσουν συγγνώμη από το παιδί τους, αν είπαν κάτι που δεν το εννοούσαν. Τα παιδιά χρειάζονται να γνωρίζουν ότι οι ενήλικες παραδέχονται τα λάθη τους.

✚ Να μην κολλάνε ταμπέλες στα παιδιά, όπως «ηλίθιο», «τεμπέλη», δεν είσαι καλός για τίποτα», δεν θα καταφέρεις τίποτα στη ζωή σου», «δεν κάνεις τίποτα σωστό» κ.λ.π. Αυτά γκρεμίζουν την αυτοεκτίμησή του.

✚ Να μην κατακρίνουν το παιδί αλλά τη συμπεριφορά του. Να χρησιμοποιούν κατάλληλες ποινές (όπως π.χ λιγότερος χρόνος στην τηλεόραση) και να εξηγούν στο παιδί την αιτία της ποινής πριν και μετά τη τιμωρία.

✚ Να επιβραβεύουν το παιδί όταν δείχνει ακόμη και μικρές καλές πράξεις ή συμπεριφορά.

✚ Όταν νιώθουν ότι πρόκειται να χάσουν την υπομονή τους και τον έλεγχο να απομονώνονται στον εαυτό τους, να παίρνουν βαθιές ανάσες και να ζητούν βοήθεια από κάποιον άλλο ενήλικα.

✚ Καλό είναι αν δεν νιώθουν καλά να ζητούν βοήθεια από κάποιον επαγγελματία ειδικό, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή από τις Σχολές Γονέων.

✚ Πάντα να θυμούνται ότι τα παιδιά είναι παιδιά. Θα κάνουν φασαρία και ζημιές. Θα σπάσουν πράγματα, θα διακόψουν συνομιλίες στο τηλέφωνο, θα φέρουν λάσπη στο σπίτι και θα αφήνουν το σπίτι ακατάστατο. Αναπόφευκτα, θα κάνουν τους γονείς τους να θυμώσουν και να αναστατωθούν. Όμως, δεν μπορούν να πειθαρχήσουν με τη βία. Είναι καλύτερο οι γονείς να τους αρνηθούν προνόμια όταν κάνουν κάτι απαράδεκτο και να τους ανταμείβουν όταν κάνουν κάτι σωστό. Έτσι μαθαίνουν τα παιδιά ότι οι πράξεις τους έχουν συνέπειες.

✚ Να μην χρησιμοποιούν το ξύλο σαν μέθοδο τιμωρίας. Το ξύλο δεν βγήκε από τον Παράδεισο! Το ξύλο δεν κάνει καλό στα παιδιά. Αντίθετα παραβιάζει θεμελιώδη δικαιώματά τους, όπως αυτά κατοχυρώνονται από τη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Το ξύλο βλάπτει τη ψυχική τους ισορροπία, προσβάλλει την προσωπικότητά τους και τα εξοικειώνει με τη βία ως μέσο επίλυσης

προβλημάτων. Καλό είναι οι γονείς οι οποίοι έχουν την ευθύνη ανατροφής και φροντίδας των παιδιών, να μάθουν να χρησιμοποιούν μη βίαιες μορφές διαπαιδαγώγησής τους.



Όταν οι γονείς είναι οι ίδιοι βίαιοι στη ζωή τους, αυστηροί, επικριτικοί, χρησιμοποιούν τη σωματική τιμωρία και κακοποιούν τα παιδιά τους, το μόνο που καταφέρνουν είναι ένα: **να μάθουν στα παιδιά τους πώς να φέρονται.**

Αν χρησιμοποιούν βία, θα μάθουν στα παιδιά ότι «η βία είναι δύναμη, εξουσία, υπεροχή» και θα είναι και αυτά βίαια. Αν τα κακοποιούν, μια μέρα θα κακοποιήσουν και αυτά τα δικά τους παιδιά (Βερνάδος, 2003).

Ας προσπαθήσουμε να χαλιναγωγήσουμε το δικό μας επιθετικό, κακό εαυτό, για να μην μας μιμηθούν τα παιδιά μας. Αφού, όπως λένε, τα παιδιά είναι «καθρέπτες» της δικής μας προσωπικότητας, θα ήταν άσχημο να αναγνωρίσουμε, μια μέρα, το δικό μας κακό εαυτό μέσα σε αυτούς τους καθρέπτες (Βερνάδος, 2003).

Τέλος, ένα ποίημα του R. Russel λει: (Βερνάδος, 2003)

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην κριτική:

Μαθαίνει να κατακρίνει

Αν ένα παιδί ζει μέσα στη έχθρα:

Μαθαίνει να καυγαδίζει

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ειρωνεία:

Μαθαίνει να είναι ντροπαλό

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ντροπή:

Μαθαίνει να είναι ένοχο

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην κατανόηση:

Μαθαίνει να είναι υπομονετικό

Αν ένα παιδί ζει μέσα στον έπαινο:

Μαθαίνει να εκτιμά

Αν ένα παιδί ζει μέσα στη δικαιοσύνη:

Μαθαίνει να είναι δίκαιο

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην ασφάλεια:

Μαθαίνει να πιστεύει

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην επιδοκιμασία:

Μαθαίνει να έχει αυτοεκτίμηση

Αν ένα παιδί ζει μέσα στην παραδοχή και τη φιλία:

Μαθαίνει να βρίσκει την αγάπη μέσα στον κόσμο

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία είχε σαν στόχο, να αναφέρει το φαινόμενο της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών από τους γονείς τους, τις μορφές κακοποίησης που υπάρχουν όπως και τα χαρακτηριστικά των γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους. Στόχος της εργασίας αυτής ήταν να δώσει μία γεύση για το τι είναι η κακοποίηση- παραμέληση του παιδιού, ποιους τρόπους χρησιμοποιούν οι γονείς για να κακοποιήσουν και ποιες είναι οι εκβάσεις της κακοποίησης-παραμέληση των παιδιών. Τέλος, ο στόχος ήταν να τονιστεί η πρόληψη και η θεραπευτική παρέμβαση των γονιών που κακοποιούν αλλά και του παιδιού που κακοποιείται.

Σημαντικό στη πρόληψη είναι η ενημέρωση της κοινωνίας για το φαινόμενο αυτό και η ευαισθητοποίηση όλων των πολιτών για να κατοχυρωθεί η προστασία των παιδιών. Πρέπει σιγά σιγά να διαμορφωθεί μία κοινωνία ελεύθερη από τη βία προς τα παιδιά και την κακοποίηση. Είναι σημαντικό ο καθένας μας να ξέρει ότι η φροντίδα για τα μικρά παιδιά είναι πολύ πιο αναγκαία εκεί ακριβώς που είναι πιο δύσκολο να εξασφαλιστεί (Βερνάδος, 2003).

Η προστασία της ευημερίας των παιδιών είναι μια προτεραιότητα και είναι ηθική ευθύνη των επαγγελματιών που ασχολούνται με το θέμα αυτό να ανιχνεύσουν τις περιπτώσεις κακοποίησης και να επέμβουν κατάλληλα για να αποτρέψουν την περαιτέρω ζημιά (Swerdlin & Berkowitz, 2007).

Αναμφισβήτητα λοιπόν, η κακοποίηση είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα, είναι μια υπόθεση καθημερινή που αφορά όλους μας. Ένα φαινόμενο που μπορεί να διαδραματίζεται στο διπλανό διαμέρισμα, πίσω από οικογένειες φαινομενικά ευτυχισμένες ή ακόμα και στο ίδιο μας το σπίτι. Είναι υποχρέωση του καθενός από εμάς να καταγγείλει στις αρμόδιες υπηρεσίες τυχόν περιστατικά παιδικής κακοποίησης που υποπίπτουν στην αντίληψή του (Πρεκατέ & Γιωτάκος, 2005).

Είναι σημαντικό να συμβάλουμε στην προσπάθεια προστασίας των παιδιών και να μην παραλείπουμε καταστάσεις και γεγονότα γιατί τα λάθη της παράλειψης μπορούν να κοστίσουν τη ζωή ενός παιδιού.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. (1991). *Κακοποίηση- Παραμέληση Παιδιών*.
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Agathonos- Georgoroulou, H. (1997). *Child Maltreatment in Greece: A Review of Research*. *Child Abuse Review*, **6**, 257-271.
- Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. (1998). *Οδηγός για την Αναγνώριση και την Αντιμετώπιση της Κακοποίησης του παιδιού*. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Αθήνα.
- Adams, J. A. (2007). *Guidelines for Medical care of children. Who may have been sexually Abused*. *Child Abuse & Neglect*, **20**, 163-172.
- Βαλάσση- Αδάμ, Ε. *Νέες Μορφές Κακοποίησης*, όπως παρατίθεται στο βιβλίο
Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. (1991). *Κακοποίηση- Παραμέληση Παιδιών*.
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Αθήνα.
- Bartsch, C., Ribe, M., Harald, S. (2003). *Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge*.
Forensic Science International, **137**, 147-151.
- Βερνάδος, Μ. (2003). *Η Επιθετικότητα του παιδιού στο σχολείο και στην οικογένεια*
Special Education, 15-25.
- Bornstein, B. H., Kaplan, D. L., Perry, K. A. (2007). *Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse*.
Child Abuse & Neglect, **31**, 357-391.
- Calhoun, F. & Warren, K. (2007). *Fetal alcohol Syndrome: Historical perspectives*.
Neuroscience and Biobehavioral Reviews, **31**, 168-171.
- Cimons, M. (1990). *Panel Calls Child Abuse A National Emergency*, όπως
παρατίθεται στο βιβλίο Cole, M., Cole, S. R. (2002). *Η Ανάπτυξη των Παιδιών. Γνωστική και Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και Μέση παιδική ηλικία (τόμος Β)*. Αθήνα: τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδανός.
- Cole, M., Cole, S. R. (2002). *Η Ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία (τόμος Β)*. Αθήνα: τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδανός.
- Condon, J. T. (1987). *The battered fetus syndrome*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **175**, 722-725.

- Δημητρίου- Χατζηγεοφύτου, Λ. (2001). *Τα 6 πρώτα χρόνια της ζωής*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Dubowitz, H. & Bennet, S. (2007). *Physical abuse and neglect of children*, 891-899.
- Dufour, L. & Lavergne, C. (2008). *Who are these parents involved in child Neglect? A differential analysis by parent gender and family structure*. *Children and Youth Services Review*, **30**, 141-156.
- Eisenberg, M. E. (2007). *Protective Factors and Suicide Risk in Adolescents with a history of sexual Abuse*. *Child Abuse & Neglect*, 482-487.
- Follingstad, D. R. (2007). *Rethinking current approaches to psychological abuse: Conceptual and methodological issues*. *Aggression and Violent Behaviour*, **12**, 439-458.
- Glaser, D. (2002). *Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework*. *Child Abuse & Neglect*, **26**, 696-714.
- Hansen, K. K., Prince, J. S., Nixon, G. W. (2008). *Oblique chest views as a routine part of skeletal surveys performed for possible physical abuse- Is this practice worthwhile?* *Child Abuse & Neglect*, **32**, 155-159.
- Hattingh, L. (2007). *Non- accidental injury*. *Current Orthopaedics*, **21**, 301-309.
- Herman, L. J. (1996). *Η Βία- Επακόλουθα ψυχικά τραύματα- Θεραπεία*. Αθήνα.
- Hetzel, M. D. & McCanne, T. R. (2005). *The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse and sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization*. *Child Abuse & Neglect*, **29**, 915-930.
- Hilary & Klein. (2004). *Munchausen's and Munchausen by proxy Syndrome*. St. Louis University, Missoyri.
- Hildyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002). *Child neglect: developmental issues and outcomes*. *Child Abuse & Neglect*, **26**, 679-695.
- Hud, A.R. & Espelage, D. L. (2006). *Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress*. *Child Abuse & Neglect*, **30**, 393-407.
- Kempe, R., & Kempe, C. H. (1978). *Child Abuse*. In Cole, M., & Cole, S. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη Νηπιακή και μέση παιδική ηλικία (τόμος Β)*. Αθήνα: τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδανός.
- Kent, L. (1997). *Fetal Abuse*. *Child Abuse & Neglect*. **21**, 181-186.
- Keshavarz, R. & Kawashima, R. (2002). *Child abuse and neglect presentations to a*

- Pediatric emergency department. The Journal of Emergency Medicine, 23, 341-345.*
- Klebes, C. & Fay, S. (1995). *Munchausen Syndrome by proxy: A Review, Case, Study and Nursing Implications. Journal of Pediatric Nursing, 10, 93-98.*
- Κοκκέβη, Α., Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. *Νοημοσύνη και Χαρακτηριστικά προσωπικότητας γονιών που κακοποιούν και παραμελούν τα παιδιά τους, όπως παρατίθεται στο βιβλίο Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. (1991). Κακοποίηση – Παραμέληση των παιδιών. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.*
- Κούτσουμπος, Π. Α. Ε. (1985). *Η Κακοποίηση του Παιδιού. Το Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Αθήνα.*
- Κυριακίδης, Π. Α. (2000). *Η Οικογενειακή Σχέση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.*
- Lascaratos, J. (2000). *Child Sexual abuse: Historical cases in the Byzantin Empire. Child Abuse & Neglect, 24, 1085-1090.*
- McSherry, D. (2007). *Understanding and addressing the “neglect of neglect”:* *Why are we making a mole- hill out of a mountain? Child Abuse & Neglect, 31, 607- 614.*
- Meadow, R. (2005). *Munchausen Syndrome by proxy. Univercity of Leads, Lyads, 353-357.*
- Νάκου, Σ. *Κακοποίηση και Παραμέληση παιδιών: Ιστορική Αναδρομή όπως παρατίθεται στο βιβλίο Αγάθωνος- Γεωργοπούλου, Ε. (1991). Κακοποίηση- Παραμέληση παιδιών. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.*
- Nawadallah, N. (2005). *Munchausen by proxy: A case, chart series and literature review of older victims. Child Abuse & Neglect. 29, 931-941.*
- Παπαϊωάννου, Κ. (2000). *Παιδιά- Γονείς- Κοινωνικοί Λειτουργοί. Αθήνα: Έλλην.*
- Παπανικολάου, Ε. (1998). *Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών στην οικογένεια. Σχολείο και παιδική προστασία. Virtual School, 1, 10-18.*
- Πρεκατέ, Β. & Γιωτάκος, Ο. (2005). *Οδηγός Εκπαιδευτικών και Γονέων για την Ανίχνευση της παιδικής κακοποίησης. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.*
- Rosenberg, D. A. (2003). *Munchausen Syndrome by proxy: medical diagnostic criteria. Child Abuse & Neglect. 27, 421-430.*
- Sachs- Ericsson, N. (2007). *Childhood abuse, chronic pain and depression in the National Comorbidity Survey. Child Abuse & Neglect, 31, 531-547.*
- Schneider, R., Cronkite, R., Timko, C. (2008). *Lifetime physical and sexual Abuse and substance use treatment outcomes in men. Journal of*

Substance Abuse Treatment.

- Schreier, H. A. (2003). *Munchausen Syndrome*. p.p. 267-269.
- Σιδεράς, Ι. (2000). *Σεξουαλική Κακοποίηση των παιδιών και Παιδοφιλία στο Internet*.
- Speight, N. (2006). *Child abuse*. *Child Abuse & Neglect*, **16**, 100-105.
- Sternberg, K. J. (1993). *Child maltreatment: Implications for policy from cross-cultural research*. In Cole, M. & Cole, S. R. (2002). *Η ανάπτυξη των παιδιών. Γνωστική και Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά τη νηπιακή και μέση παιδική ηλικία (τόμος Β)*. Αθήνα: τυπωθήτω: Γιώργος Δαρδανός.
- Swerdlin, A. & Berkowitz, C. (2007). *Cotaneous signs of child abuse*.
- Ταμπάκης, Θ. (2004). *Παιδοκτονία στην Αρχαία Ελλάδα, p.p. 385-388*.
- Τεγόπουλος, Χ. Κ. (2001). *Σωματική Κακοποίηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Α. Ε.
- Thomas, E. (2007). *Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship*. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 539-547.
- Thomas, K. (2003). *Munchausen Syndrome by proxy: Identification and Diagnosis*. *Journal of Pediatric*. **18**, 174-180.
- Tilleli, J. A. (1986). *Hyponatremic Seizures as a Presenting Symptom of Child Abuse*. *Forensic Science International*. **30**, 213-217.
- Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (1987). *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*. Αθήνα.
- Τσιάντης, Γ. (2000). *Ψυχική Υγεία του παιδιού και της Οικογένειας (τόμος Β)*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιάντης, Γ. (2001). *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική (τόμος Β)*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Τσιγκρής, Α. Α. (2003). *Τα σεξουαλικά εγκλήματα*. Αθήνα- Κομοτηνή: Εκδόσεις Αντ. Ν. Σακκούλα.
- Volkow, N. (2005). *Drug and alcohol: Treading and preventing abuse, addiction and their medical consequences*. *Pharmacology & Therapeutics*. **108**, 3-17.
- Wright, A. & Walker, J. (2007). *Management of women who use drugs during pregnancy*. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. **12**, 114-118.
- Χαμόγελο του Παιδιού (2006).