



Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ



Εισηγήτρια:

Πάκου Βαρβάρα

Φοιτήτριες:

Γραμμένου Ανδρέα

Δάλλα Ευγενία

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	5
1.....	7
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2.....	9
2.1 Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ.....	9
3.....	11
3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	11
Α΄ΜΕΡΟΣ.....	13
1.....	13
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	13
2.....	14
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	14
3.....	15
3.1 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ.....	15.
3.2 ΒΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	17
3.3 Η ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	17
3.4 ΤΑ ΔΙΛΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	18
4.....	19
4.1 ΤΑ ΣΗΜΑΔΙΑ.....	19
5.....	20
5.1 ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	20
6.....	24
6.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ.....	24

7.....	26
7.1 ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	26
8.....	28
8.1 ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	28
8.1.1. ΦΥΣΙΚΗ-ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	28
8.1.2. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	29
8.1.3. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	31
9.....	33
9.1 ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	33
10.....	34
10.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ.....	34
Β΄ ΜΕΡΟΣ.....	37
1.....	37
1.1 ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ – ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	37
2.....	43
2.1 Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΠΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	43
3.....	47
3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ.....	47
4.....	53
4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	53
Γ΄ ΜΕΡΟΣ.....	59
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	59
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:	77

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η κακοποίηση του παιδιού αποτελεί ένα πολύ σοβαρό, παγκόσμιο και διαχρονικό κοινωνικό πρόβλημα με πολύπλοκους αιτιολογικούς παράγοντες αλλά και πληθώρα αρνητικών συνεπειών για την ψυχοκοινωνική υγεία των παιδιών και την μετέπειτα ζωή τους, καθώς τα τραύματα που αφήνει στα νεαρά μέλη της κοινωνίας χαράζονται ανεξίτηλα στη ψυχή και το μυαλό τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας-μελέτης είναι η αναφορά και η επισήμανση της σημαντικότητας του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης, η ανάλυση, η σημασία της πρόληψης και της αντιμετώπισης του. Για την επίτευξη των παραπάνω, απαραίτητη προϋπόθεση καθίσταται η ενημέρωση και πληροφόρηση του κοινού, σχετικά με την ανίχνευση του φαινομένου της κακομεταχείρισης παιδιών.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της Ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, SCOPUS και στην βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα και βιβλία δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο από τα τελευταία 5-10 έτη, σε γλώσσα ελληνική και αγγλική. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης, αποκλείοντας ταυτόχρονα κάποια σημεία της σχετικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Οι συνέπειες του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης έχουν μεγάλη διάρκεια και επηρεάζουν και τη μετέπειτα ζωή του παιδιού, μετατρέποντας το σε έναν ενήλικα που αντιμετωπίζει δυσκολίες σε ουσιώδεις πτυχές της ζωής του. Επίσης, η άρνηση ή η αμέλεια αναζήτησης βοήθειας, αρκετές φορές, οδηγεί στην μετατροπή του θύματος σε θύτη, καθώς αυτός είναι ο μόνος τρόπος ζωής που γνώρισε ο τελευταίος, με συνέπεια την ατέρμονη ανακύκλωση του φαινομένου. Η άμεση, πλήρη ενημέρωση της οικογένειας, του φροντιστή των παιδιών και γενικότερα όλου του πληθυσμού, συμβάλει στην πρόληψη και την αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης.

Συμπέρασμα: Στην Ελλάδα η παιδική κακοποίηση είναι πολύ συχνό φαινόμενο και η μείωση αυτού επομένως πολύ πιο αναγκαία. Άτομα που έχουν υποστεί οποιουδήποτε είδους κακομεταχείριση στην παιδική τους ηλικία, χωρίς την έγκαιρη παρέμβαση

ειδικών, φέρουν ανεξάλειπτα τραύματα μαζί τους, κατακερματίζοντας κάθε πιθανότητα βίωσης, μιας ισορροπημένης και ευτυχισμένης ζωής. Εξαιτίας της ελλιπής τροφοδότησης του κοινού για τους τρόπους πρόληψης και εντοπισμού της παιδικής κακοποίησης, μοναδικός αρωγός σε μια προσπάθεια σωστής ενημέρωσης των πολιτών, καθίσταται το κράτος. Τέλος, αναγκαία θεωρείται η συμβολή της πολιτείας, στη δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης σε υποθέσεις παιδικής κακοποίησης, για την κατά το δυνατό μείωση και περιορισμό των συνεπειών του φαινομένου αυτού, που μαστίζει τη σύγχρονη κοινωνία.

Λέξεις κλειδιά: παιδική κακοποίηση, συνέπειες, πρόληψη, αντιμετώπιση

SUMMARY

Import: Child abuse constitutes a very serious, global and diachronic social problem, with complicated causative factors but also an abundance of negative consequences for the psychosocial health of the children and their later life, as the traumas that a phenomenon like that leaves in the young members of society, are engraved indelibly in their soul and brain.

Aim: The aim of the present study is the report and pointing out of the importance of the phenomenon of child abuse, the analysis, the meaning of prevention and its confrontation. For an achievement like this, it's essential condition the briefing and information of public, in order to be able someone to discover a situation of child abuse.

Research material and method: It took place a review of the Greek and international bibliography in the electronic bases Pub Med, Google Scholar, SCOPUS and in the library of SEYP of Technologic college of Ipirou. The material of the study includes specific articles and books published mostly in the last 5-10 years, in Greek and English language. The material was collected after a detail research, excluding simultaneously certain points of relative bibliography.

Results: The consequences of the phenomenon of child abuse have a lasting duration and influence also the later life of the child, transformation him into an adult, who faces difficulties in essential aspects of his life. Also the refusal or the negligence of search for help, most of the times, transforms the victim to a perpetrator, as this is the only life the last one ever knew. Consequently, this phenomenon recycles continuously. The direct, complete briefing of the family, the person who takes care the children and in general the whole population, contributes in the prevention and confrontation of children's abuse.

Conclusion: In Greece child abuse is a frequent phenomenon and its reduction is much more necessarily. Individuals, who have suffered from any type of bad treatment in their childhood and experts did not intervene on time, carry unforgettable traumas with them, leaving aside each possibility of living a balanced and happy life. Because of the incomplete feed-in of public about the ways of prevention and

recognition of child abuse, unique helper in the try of correct briefing of citizens, is the state. Finally, the contribution of the state, is considered necessarily, in the creation of programs of intervention, in affairs of children's abuse for the best possible reduction and restriction of consequences, of this phenomenon, that infest the modern society.

Key words: child abuse, affects, prevention, confrontation.

1.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα ιδιαίτερο σοβαρό πρόβλημα, τόσο για την ψυχοκοινωνική υγεία και ανάπτυξη των παιδιών, όσο και για την ίδια την κοινωνία, δημιουργώντας άτομα με έντονα προβλήματα στις προσωπικές τους σχέσεις, τα οποία δυσκολεύονται να αγαπήσουν και να εμπιστευτούν. Έχουν τάση προς καταχρήσεις, εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές, προβλήματα προσαρμοστικότητας και κατάθλιψη. Επίσης, οι άνθρωποι που υπέστησαν κακοποίηση όταν ήταν παιδιά, ενδέχεται να προβούν οι ίδιοι σε κακοποίηση παιδιών όταν ενηλικιωθούν. Πρέπει όλοι μας να ασχοληθούμε ιδιαίτερα με το φαινόμενο αυτό, δίνοντας έμφαση σε διάφορους τομείς, όπως είναι η αιτιολογία, οι συνέπειες, η πρόληψη, η αντιμετώπιση, η ανίχνευση, ο ρόλος διαφόρων επαγγελματιών που σχετίζονται με τα παιδιά. Η παιδική κακοποίηση διακρίνεται σε τέσσερα βασικά είδη κακοποίησης: τη σωματική, τη συναισθηματική, τη σεξουαλική κακοποίηση και την παραμέληση, ενώ οι συνέπειες αυτών, δημιουργούν πληθώρα προβλημάτων σε διάφορους τομείς της ζωής ενός σημερινού παιδιού και ταυτόχρονα, μελλοντικού ενήλικα με ευθύνες και δικαιώματα. Υπάρχει μια ιδιαίτερη κατανομή του είδους των κακοποιημένων παιδιών, καθώς σχετίζονται άμεσα με τις ηλικιακές ομάδες των παιδιών και το φύλο αυτών. Οι δράστες συνήθως επιλέγουν άτομα από το κοντινό τους περιβάλλον, πχ στο σπίτι ή στον χώρο της δουλειάς, που έχουν καθημερινή επαφή με τα θύματα τους και είναι πιο εύκολο για αυτούς. Επίσης, επιλέγουν άτομα μικρότερης ηλικίας πιο αδύναμα από αυτούς και πολλές φορές άτομα με ειδικές ανάγκες για να κάνουν το έργο τους ακόμη πιο εύκολο. Η πλειονότητα των κακοποιημένων παιδιών υπάρχει σαφώς σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι οποίες κυμαίνονται κάτω από την ηλικία των 18 και πάνω από την ηλικία των 5 ετών. Οι δράστες μπορεί να είναι: Γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας, φροντιστές, φίλοι, γνωστοί, άγνωστοι, άτομα σε θέση ισχύος – όπως καθηγητές, στρατιώτες, αστυνομικοί και κληρικοί εργοδότες, εργαζόμενοι στις υπηρεσίες υγείας και άλλα παιδιά. Οι βασικές ομάδες αιτιολογικών παραγόντων παιδικής κακοποίησης μπορεί να είναι «Ατομικές προσεγγίσεις», «Κοινωνικοψυχολογικές προσεγγίσεις» ή «Κοινωνικοπολιτισμικές προσεγγίσεις» (Κατωπόδη, 2005). Οι παράγοντες επικινδυνότητας και ευαλωτότητας των τεσσάρων

ειδών της παιδικής κακοποίησης δεν διαφέρουν σημαντικά, ωστόσο η αλληλεπίδραση των παραγόντων και κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια μορφή κακοποίησης ή σε συνδυασμό και συνύπαρξη μορφών παιδικής κακοποίησης. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η τελευταία, παλαιότερα αποτελούσε ένα μέσο για την κοινωνικοποίηση του παιδιού ενώ μόλις μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ξεκίνησε η ιατροποίηση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης (Ρίγκα & Νικολαΐδης, 2008). Επειδή όμως τα ποσοστά της παιδικής κακοποίησης είναι ανησυχητικά αυξανόμενα, πρέπει να δώσουμε μεγάλο βάρος στην προσπάθεια λήψης μέτρων για την πρόληψη αυτής της μάστιγας που κατακλύζει την εποχή μας (Κατωπόδη, 2005).

2.

2.1 Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), κατά το έτος 2002 εκτιμάται ότι 31.000 θάνατοι αποδόθηκαν σε ανθρωποκτονίες παιδιών, κάτω των 15 ετών. Είναι δυνατόν να προκλήθηκαν μη καταγεγραμμένοι θάνατοι από κακοποίηση και σε χώρες υψηλού εισοδήματος, επομένως στις εκτιμήσεις αυτές υποτιμάται ο πραγματικός αριθμός των θανάτων από την παιδική κακοποίηση. Οι συνολικές εκτιμήσεις της παιδικής ανθρωποκτονίας, υποδηλώνουν ότι τα βρέφη και τα πολύ μικρά παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, με διπλάσια ποσοστά για την ηλικία μονάδα 0-4 ετών από αυτήν των 5-14 ετών. Τα νήπια και τα παιδιά προσχολικής ηλικίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανατηφόρας κακοποίησης λόγω της εξάρτησης της τρωτότητας και της σχετικής κοινωνικής τους αφάνειας. Οι περιπτώσεις αυτές είναι λιγότερο πιθανό να γνωστοποιηθούν σε όσους είναι σε θέση να παρακολουθούν την περίθαλψη και ασφάλεια τους και που δεν είναι μέλη της οικογένειας ή φροντιστές τους. Ο κίνδυνος θανάτων από κακοποίηση είναι δύο έως τρεις φορές υψηλότερος στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, σε σχέση με τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Είναι επίσης μεγαλύτερος σε κοινωνίες με μεγάλες οικονομικές ανισότητες, σε σχέση με εκείνες όπου η ευημερία είναι κατανομημένη πιο ομοιόμορφα. Η πιο συνηθισμένη αιτία θανάτου προέρχεται από εγκεφαλικές κακώσεις, ακολουθούν οι τραυματισμοί στην κοιλιακή χώρα και η εκ προθέσεως ασφυξία. Αν και δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί το ποσοστό των παιδιών που έπεσαν θύματα ανθρωποκτονιών από γονείς ή άλλα μέλη της οικογένειας τους, ειδικές μελέτες που πραγματοποιούνται κυρίως σε χώρες υψηλού εισοδήματος, υποδηλώνουν ότι τα μέλη της οικογένειας είναι υπεύθυνα για την πλειοψηφία των δολοφονιών στα παιδιά ηλικίας 0-14 ετών. Οι θάνατοι αντιπροσωπεύουν ένα μέρος του προβλήματος της παιδικής κακοποίησης. Κάθε χρόνο εκατομμύρια παιδιά είναι θύματα μη θανατηφόρων περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης. Ορισμένες διεθνείς μελέτες έχουν δείξει ότι, σε αναλογία με την κάθε χώρα, περίπου το ¼ με ½ όλων των παιδιών υφίσταται σοβαρή και συχνή σωματική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει χτυπήματα, κλωτσιές ή δέσιμο από τους γονείς. Μεγάλο μέρος της παιδικής σωματικής βίας αναφέρεται ως τιμωρία που είναι αποδεκτή από τους γονείς,

τους κυρίαρχους κοινωνικούς κανόνες και συχνά από το νόμο, ως σωστό μέσο πειθαρχίας. Μελέτες από όλον τον κόσμο δείχνουν επίσης ότι περίπου το 20% των γυναικών και το 5% - 10% των ανδρών έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά. Πολλά παιδιά υπόκεινται σε ψυχολογική και συναισθηματική κακοποίηση καθώς και σε εγκατάλειψη, αν και η έκταση αυτών των φαινομένων σε παγκόσμιο επίπεδο είναι άγνωστη. Σε ορισμένες χώρες, η παραμέληση αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό παιδικής κακοποίησης των αναφερόμενων περιπτώσεων. Σε γενικές γραμμές, τα κορίτσια είναι πιο ευάλωτα στον κίνδυνο της σεξουαλικής κακοποίησης και τα αγόρια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο άσκησης σκληρής σωματικής τιμωρίας. Σε ορισμένες περιοχές, η ανισότητα των φύλων και οι διακρίσεις τοποθετούν τα κορίτσια σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου, που απορρέει από την κακοποίηση. Οι πρακτικές εδώ περιλαμβάνουν τις παιδοκτονίες κοριτσιών, τα λεγόμενα "εγκλήματα τιμής" και την αμέλεια που απορρέει από το φύλο του παιδιού (Butchart & Phinney, 2006).

3.

3.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η τελευταία έκθεση της Unicef (Σεπτέμβριος 2014) φανερώσει την έκταση του προβλήματος. Περίπου 120 εκατομμύρια κορίτσια κάτω των 20 ετών σε όλο τον κόσμο, δηλαδή 1 στα 10, έχουν υποστεί εξαναγκαστική σεξουαλική επαφή ή άλλες ακούσιες σεξουαλικές πράξεις, μόνο το 2012 το ένα πέμπτο των θυμάτων ανθρωποκτονίας σε παγκόσμιο επίπεδο αφορούσε παιδιά και έφηβους ηλικίας κάτω των 20 ετών, με συνέπεια περίπου 95.000 θανάτους, περίπου ένα δισεκατομμύριο παιδιά ηλικίας 2 με 14 χρόνων (6 στα 10) υποβάλλονται σε καθημερινή βάση σε σωματική τιμωρία από τα άτομα που τα φροντίζουν, 84 εκατομμύρια κορίτσια ηλικίας 14 με 19 χρόνων (1 στα 3) έχουν πέσει θύματα συναισθηματικής, σωματικής και σεξουαλικής κακομεταχείρισης από τους συζύγους ή τους συντρόφους τους κάποια στιγμή, λίγο πάνω από 1 στους 3 μαθητές ηλικίας 13 έως 15 ετών σε όλο τον κόσμο βιώνουν το σχολικό εκφοβισμό επανειλημμένως, ένας στους τρεις ενηλίκους παγκοσμίως πιστεύουν ότι η σωματική τιμωρία είναι απαραίτητη για τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού. Συγκεκριμένα, για την Ελλάδα, εντύπωση προκαλεί η κατακόρυφη αύξηση του εκφοβισμού στα σχολεία όπου το 27% των 11χρονων παραδέχονται ότι άσκησαν εκφοβισμό σε άλλα παιδιά στο σχολείο τουλάχιστον μια φορά στους προηγούμενους 2 μήνες, ενώ η παραδοχή αυτή στους 15χρονους ανέρχεται στο 51% (Ντόκου, 2014).

Ακόμα όμως, και τα στοιχεία της πρόσφατης έρευνας του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού σε περισσότερα από 15.300 παιδιά ηλικίας 11, 13 και 16 ετών δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικά για τη χώρα μας, αφού σύμφωνα με αυτήν τα 8 στα 10 παιδιά έχουν υποστεί σωματική βία με τα σχεδόν μισά παιδιά να μαρτυρούν περιστατικό σωματικής βίας εντός του τελευταίου χρόνου. Στην τελευταία αυτή περίπτωση, αίσθηση προκαλεί ότι το 75% αυτών των παιδιών παραδέχτηκαν ότι έχουν κάποιο σημάδι κακοποίησης στο σώμα τους. Ενδιαφέρον εύρημα της έρευνας υπήρξε, επίσης, η διαπίστωση ότι η σωματική βία είναι συχνότερη στον αγροτικό πληθυσμό σε σχέση με τον αστικό, ο οποίος όμως παρουσιάζει μεγαλύτερα ποσοστά ψυχολογικής και σεξουαλικής κακοποίησης. Μεγάλα ποσοστά παρουσιάζουν και η σεξουαλική και η ψυχολογική κακοποίηση με 1 στα 20 παιδιά να ομολογούν εμπειρία

σεξουαλικής βίας και 7 στα 10 να δηλώνουν θύματα τουλάχιστον ενός περιστατικού ψυχολογικής βίας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους. Το πρόβλημα φαίνεται να έχει μεγάλες αυξητικές τάσεις. Δεν είναι σίγουρο βέβαια αν τα περιστατικά είναι περισσότερα ή αν είναι η μεγαλύτερη γνωστοποίηση των φαινομένων αυτών που ευθύνεται για τη διόγκωση του. Το σίγουρο είναι ότι υπάρχουν αιτιολογικοί παράγοντες για την εκδήλωση του και η γνώση τους είναι πολύ σπουδαία. Μια διέγερση των αιτιολογικών παραγόντων μπορεί να επιτείνει το πρόβλημα, ενώ αντιθέτως ο περιορισμός τους θα σημάνει και τη φθίνουσα καμπή του φαινομένου (Ντόκου, 2014).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Το Παγκόσμιο Συμβούλιο των Οικογενειών πιστεύει ότι η φυσική οικογένεια είναι η θεμελιώδης μονάδα της κοινωνίας και ότι είναι η βάση όλων των υγιών και προοδευτικών πολιτισμών. Ο καλύτερος ορισμός της φυσικής οικογένειας που γνωρίζουμε προέρχεται από την συνάντηση του Παγκοσμίου Συμβουλίου Οικογενειών. "Η φυσική οικογένεια είναι ένας άνδρας και μια γυναίκα που δεσμεύονται σε μία δια βίου συνομολόγηση γάμου για τους σκοπούς Της συνεχίσεως του ανθρωπίνου είδους

- Της ανατροφής των παιδιών
- Της ρυθμίσεως της σεξουαλικότητας
- Της παροχής αμοιβαίας υποστήριξης και προστασίας
- Της δημιουργίας μιας αλτρουιστικής εγχώριας οικονομίας και
- Της διατήρησης των δεσμών μεταξύ των γενεών"(Πουρτουλίδης, 2016).

Η δική μας χρήση του όρου « φυσική οικογένεια » είναι σημαντική από πολλές απόψεις. Πρώτον ο όρος σημαίνει μια φυσική σειρά στις οικογενειακές δομές που είναι κοινές σε όλους τους πολιτισμούς, ιστορικά, και κατά κύριο λόγο αυταπόδεικτη. Δεύτερον, ο όρος σηματοδοτεί μία εντελώς βάσιμο έκφραση. "Φυσική" δεν είναι «πυρηνική», η οποία θα περιόριζε το πεδίο εφαρμογής της, ούτε είναι "παραδοσιακή", το οποίο θα επιβάρυνε τη χρησιμότητα του στον δημόσιο διάλογο. Είναι αυτό που είναι, μια εντελώς αυταπόδεικτη έκφραση. Τρίτον, ο όρος «φυσική» αποκλείει ασυμβίβαστες δομές της οικογένειας, καθώς και ασυμβίβαστες συμπεριφορές μεταξύ των μελών της. Τέταρτον, η «φυσική οικογένεια» είναι μια θετική έκφραση. Δεν απαιτεί μια συζήτηση των αρνητικών ασυμβατοτήτων για να καθορισθεί η ίδια (Πουρτουλίδης, 2016).

2.

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ



Εικόνα 1. Παιδική Κακοποίηση

Ο όρος κακοποίηση παιδιού, χρησιμοποιείται για να περιγράψει οποιαδήποτε παραμέληση ή κακομεταχείριση βρεφών ή παιδιών περιλαμβανόμενης της πρόκλησης συναισθηματικού πόνου, σωματικής βλάβης, σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή παραμέλησης. Η παραμέληση ή η κακοποίηση προκαλείται συνήθως από τους βιολογικούς γονείς του παιδιού. Άλλοι που μπορεί να εμπλέκονται, αφορούν θετούς γονείς, babysitters (φύλακες νηπίων), εραστές, φίλους και εργαζόμενους σε βρεφονηπιακούς σταθμούς. Οι νοσηλευτές είναι νομικά και ηθικά υπεύθυνοι να αναγνωρίσουν παιδιά που μπορεί να έχουν υποστεί κακομεταχείριση και να αναφέρουν τα ευρήματα για να προστατέψουν τα παιδιά από περαιτέρω κακοποίηση. Η αμέλεια είναι η συχνότερη μορφή κακοποίησης και μπορεί να περιλαμβάνει, την αποστέρηση βασικών σωματικών και συναισθηματικών αναγκών: τροφής, ενδυμασίας, στέγης, ιατρικής φροντίδας, εκπαίδευσης, στοργής, αγάπης και ανατροφής. Η συναισθηματική κακοποίηση προέρχεται από την απόρριψη, την απομόνωση και την τρομοκράτηση του παιδιού. Η σωματική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει εγκαύματα, μώλωπες, κατάγματα, εκδορές ή δηλητηριάσεις. Τα βρέφη μπορεί να υποφέρουν από το "σύνδρομο του τρανταγμένου μωρού" με σοβαρές ή θανατηφόρες νευρολογικές βλάβες που προκαλούνται από το βίαιο τράνταγμα του βρέφους (Laxer, 2011).

3.

3.1 ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΙΑ

Τα παιδιά είναι ανθρώπινα όντα με δικαιώματα και αξιοπρέπεια. Τα δικαιώματα των παιδιών αποτελούν ανθρώπινα δικαιώματα. Λόγω της αστάθειας και την ευπάθεια τους, τα παιδιά χρειάζονται επίσης ειδική προστασία παρέχοντας τους ένα περιβάλλον στο οποίο είναι ασφαλή από οποιαδήποτε ενδεχόμενο έκθεσης τους σε κατάχρηση. Η βία προς τα παιδιά, όπως ορίζεται στο άρθρο 19 της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, παίρνει πολλές μορφές (σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση) και μπορεί να λάβει χώρα σε διάφορα πλαίσια: στο σπίτι, στο σχολείο, εντός των ιδρυμάτων, κτλ. Οι περισσότεροι θύτες παιδιών είναι γνωστοί στα θύματα τους. Οι βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες όσον αφορά σε οικονομικό και κοινωνικό κόστος, μπορεί να είναι σοβαρές και εξαιρετικά επιβλαβής. Η έκταση της βίας εις βάρος των παιδιών στην ΕΕ, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί. Ωστόσο, οι υπάρχουσες εκτιμήσεις δίνουν αφορμή για μεγάλη ανησυχία. Η φύση της βίας και το πρόβλημά της εξάρτιονται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, που κυμαίνονται από τα προφίλ προσωπικότητας των θυμάτων και των δραστών στο περιβάλλον τους. Ορισμένες κατηγορίες παιδιών, όπως τα παιδιά με αναπηρίες, τα παιδιά που ζουν σε ειδικά ιδρύματα, τα ασυνόδευτα παιδιά κτλ είναι ιδιαίτερα ευάλωτα. Ωστόσο, η βία δεν είναι αναπόφευκτη και μπορεί να προληφθεί. Αποτελεσματικές πολιτικές για την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτεί μια πολιτειακή προσέγγιση με τη συμμετοχή διαφορετικών συνομιλητών σε διάφορα επίπεδα (Dimitrova-Stull, 2014).

Σε διεθνές επίπεδο, τα Ηνωμένα Έθνη και το Συμβούλιο της Ευρώπης έχουν πάρει μία σειρά μέτρων σε μια προσπάθεια να διασφαλίσουν τα δικαιώματα των παιδιών και ειδικότερα την προστασία τους από τη βία. Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού είναι θεμελιώδους σημασίας στο πλαίσιο αυτό. Σύμφωνα με το άρθρο 19 του κανονισμού αυτού, τα παιδιά έχουν το δικαίωμα στην προστασία από κάθε μορφής βίας και τα κράτη μέλη οφείλουν να λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία τους. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, η ΕΕ συνεχώς ενέτεινε τα μέτρα για την προστασία των παιδιών. Με την έναρξη ισχύος της Συνθήκης της Λισαβόνας, αυτό έχει αναγνωριστεί ως ένας συγκεκριμένος σκοπός της ΕΕ. Ενώ τα συστήματα προστασίας των παιδιών είναι κατά κύριο λόγο η ευθύνη των κρατών

μελών, η ΕΕ διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο, δεδομένου υποχρέωσή της για την προώθηση της πρωτοβουλίας για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού. Οι δράσεις αυτές στον τομέα αυτό έχουν άμεση επίπτωση σχετικά με του σχετικούς νόμους και τις πολιτικές που εφαρμόζουν τα κράτη μέλη. Τα διάφορα μέλη που εμπλέκονται παίζουν σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη βία προς τα παιδιά, στη σημασία αποτελεσματικής στήριξης της ΕΕ για εθνικές πρωτοβουλίες της προστασίας του παιδιού και στην ενσωμάτωση της διάστασης της προστασίας του παιδιού. Μελλοντικές κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ περί ολοκληρωμένης προστασίας του παιδιού πρέπει να καθορίζουν τις περιοχές στις οποίες η ΕΕ μπορεί να βοηθήσει τα κράτη μέλη και να ενθαρρύνει ανταλλαγές ορθών πρακτικών (Dimitrova-Stull, 2014).

Η κακοποίηση παιδιών παίρνει πολλές διαφορετικές μορφές. Μερικές από αυτές μπορεί να είναι ορατές και να γίνεται μέσω ΜΜΕ (για παράδειγμα διακίνηση παιδιού ή οργανωμένο δίκτυο παιδεραστίας), ενώ άλλες είναι λιγότερες έντονες ή ακόμα και αόρατες, που συμβαίνουν σε μέρη όπου τα παιδιά θα πρέπει θεωρητικά να είναι προστατευόμενα. Το πρόβλημα μπορεί να λάβει τη μορφή σωματικής, σεξουαλικής ή συναισθηματικής κακοποίησης ή παραμέλησης, ως εκ τούτου ορίζεται από την WHO (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας):

- Η σωματική κακοποίηση – πράξεις που προκαλούν πραγματική σωματική βλάβη ή έχουν τη δυνατότητα για βλάβη
- Η σεξουαλική κακοποίηση – χρήση ενός παιδιού για σκοπούς σεξουαλικής κακοποίησης
- Συναισθηματική κακοποίηση – αδυναμία να παράσχει κατάλληλο και υποστηρικτικό περιβάλλον και πράξεις που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη ενός παιδιού (π.χ. δυσφήμιση, γελοιοποίηση, απειλές, εκφοβισμό, απόρριψη, κτλ)
- Σκόπιμη αμέλεια, στέρηση ή την αποτυχία να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα – όπου ένας γονέας/κηδεμόνας παραλείπει να παρέχει τη σωστή ανάπτυξη του παιδιού, αν αυτός/αυτή είναι σε θέση να το πράξει, σε έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους τομείς: υγεία, εκπαίδευση, συναισθηματική ανάπτυξη, τη διατροφή, τη στέγη και τις ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης. Η εκ προθέσεως παραμέληση διακρίνεται από συνθήκες φτώχειας, όπου οι πόροι δεν είναι διαθέσιμοι στην οικογένεια / φροντιστή.

3.2 ΒΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η οικογένεια είναι το πιο κατάλληλο πλαίσιο στο οποίο παρέχει προστασία και τη φυσική και τη συναισθηματική ασφάλεια για τα παιδιά. Ωστόσο, το σπίτι μπορεί επίσης να είναι ένα επικίνδυνο μέρος για τα παιδιά και έχει αναγνωριστεί τις τελευταίες δεκαετίες η επικράτηση της βίας κατά των παιδιών από τους γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας. Είναι ίσως αυτή η «ιδιωτική σφαίρα» στην οποία είναι πιο δύσκολο να εξαλειφθεί η κακοποίηση (είτε σωματική είτε συναισθηματική), η αμέλεια ή τα επιβλαβή έθιμα (όπως ο ακρωτηριασμός των γεννητικών οργάνων (mutilation), εξαναγκασμό σε γάμο ή «τιμής» εγκλήματα). Η βία εις βάρος παιδιών μέσα στην οικογένεια είναι συχνή και προκαλείται στο όνομα της πειθαρχίας και μπορεί να λάβει τη μορφή σκληρής ή ταπεινωτικής τιμωρίας (Dimitrova-Stull, 2014).

3.3 Η ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση-αιμομιξία αποτελεί την περίπτωση εκείνη της σεξουαλικής κακοποίησης που ο δράστης εντοπίζεται στο άμεσο οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού και συνδέεται με συγγένεια εξ' αίματος με το θύμα. Επίσης, περιλαμβάνει και τις περιπτώσεις εκείνες που η σεξουαλική κακοποίηση ασκείται από θετούς γονείς ή συντρόφους που μένουν μαζί με τον γονέα και το παιδί. Η αιμομιξία παρουσιάζει διάφορες μορφές και διακρίνεται σε αιμομιξία ανάμεσα σε πατέρα-κόρη, σε πατέρα-γιο, σε μητέρα-κόρη, σε μητέρα-γιο, σε αδέρφια αντίθετου φύλου, σε αδέρφια του ίδιου φύλου και αιμομιξία με άλλα συγγενικά πρόσωπα (όπως θείος, παππούς, ξάδερφος). Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις αιμομιξίας ως δράστης εντοπίζεται ο πατέρας και ως θύμα η κόρη (Crosson-Tower, 1999). Η ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση διαταράσσει σημαντικά την ισορροπία της οικογένειας, η οποία παύει πλέον να αποτελεί ένα ασφαλές μέρος για το παιδί, και είναι δύσκολο να αποκαλυφθεί εξαιτίας των περίπλοκων δυναμικών που αναπτύσσονται στις οικογένειες αυτές (Gilgun & Sharma, 2008).

3.4 ΤΟ ΔΙΛΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όταν αυτός που σημαίνει τόσα πολλά πράγματα για σένα και από τον οποίο εξαρτάσαι ποικιλοτρόπως σε εκθέτει σε βία, ασκώντας συστηματικά βία σε ένα άλλο πρόσωπο που επίσης αγαπάς και έχεις τόση ανάγκη, οι συνέπειες είναι συνήθως πολύ σοβαρές. Είναι χαρακτηριστικό στοιχείο των στενών συναισθηματικών σχέσεων πως η βία που ασκείται σε ένα μέλος μιας οικογένειας πλήττει πάντα περισσότερους, πέραν του άμεσου αποδέκτη της (Σαλπιστής, 2013).

Τα διάφορα συναισθήματα και οι σκέψεις που πυροδοτούνται είναι τόσο οδυνηρά που δύσκολα μπορούν να εκφραστούν με λέξεις και να γίνουν κατανοητά, αλλά και να μοιραστούν με κάποιον άλλον. Υπάρχει μια διαδεδομένη παρεξήγηση, όσον αφορά στα παιδιά που εκτίθενται σε βία, πως «ο χρόνος γιατρεύει όλες τις πληγές». Στην πραγματικότητα, κάθε άλλο παρά κάτι τέτοιο συμβαίνει. Πολλά από αυτά τα παιδιά παίρνουν απόσταση από τα όσα βίωσαν για να μπορέσουν να συνεχίσουν να ζουν χωρίς να καταρρεύσουν τελείως. Αυτό συχνά εκλαμβάνεται πως οι πληγές τους καλυτέρευαν. (Σαλπιστής, 2013).

4.

4.1 ΤΑ ΣΗΜΑΔΙΑ

Ποια είναι τα σημάδια που μαρτυρούν πως ένα παιδί κακοποιείται? Το παιδί θύμα συνήθως δε φέρει ορατές σωματικές κακώσεις, συνεπώς η σεξουαλική του κακοποίηση γίνεται αντιληπτή μέσα από χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του. Το θλιμμένο και απομονωμένο παιδί, το παιδί με παραβατική συμπεριφορά και επιθετικότητα, γενικότερα το παιδί με έντονα προβληματική συμπεριφορά ενδέχεται να έχει τραυματικές εμπειρίες μέσα στην οικογένεια, όχι όμως απαραίτητα σεξουαλικής κακοποίησης (Καραμολέγκου, 2012).

Επίσης, συνωδά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα στιγματισμού, αίσθηση απομόνωσης, δυσκολία ανάπτυξης στενών διαπροσωπικών σχέσεων, Ως έφηβοι τα παιδιά θύματα παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό πρώιμων σεξουαλικών επαφών, εγκυμοσύνης, σχέσεων με πολλούς σεξουαλικούς συντρόφους χωρίς προφυλάξεις, κ.ά. Τέλος, τα κακοποιημένα παιδιά συχνά γίνονται οι ίδιοι κακοποιητικοί γονείς, διαιωνίζοντας έτσι τον κύκλο της κακοποίησης (Καραμολέγκου, 2012).

Τα χαρακτηριστικά του δράστη από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία είναι άτομα γνώριμα στο παιδί, στα οποία δείχνει εμπιστοσύνη. Ειδικότερα, ο πατέρας δράστης έχει δυσκολίες να ελέγξει τις παρορμήσεις του, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, φτωχή ικανότητα για ενσυναίσθηση και είναι συνήθως κοινωνικά απομονωμένα άτομα (Καραμολέγκου, 2012).

Η παρέμβαση σε περιπτώσεις κακοποίησης ξεκινάει από τη στιγμή που γίνεται η καταγγελία στις αρμόδιες αρχές της εισαγγελίας και το παιδί απομακρύνεται από το παθογόνο περιβάλλον. Έπειτα το παιδί αφού γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις, φιλοξενείται σε κάποιο ξενώνα έως ότου αποφασιστεί αν θα επιστρέψει στην οικογένεια ή αν θα δοθεί για υιοθεσία. Αυτό που είναι σίγουρο, είναι η ανάγκη της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης με την βοήθεια κάποιου εξειδικευμένου ψυχολόγου σε θέματα κακοποίησης (Καραμολέγκου, 2012).

5.

5.1 ΓΟΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους δεν ξεχωρίζουν από κάποιο εξωτερικό χαρακτηριστικό και δεν προέρχονται από κάποια συγκεκριμένη κοινωνική τάξη. Είναι άνθρωποι της διπλανής πόρτας, συχνά υπεράνω πάσης υποψίας. Μπορεί να μοιάζουν φιλήσυχοι οικογενειάρχες και να είναι ευγενικοί με τους γείτονες και τον περίγυρο τους. Μπορεί να είναι μορφωμένοι, καλοί επαγγελματίες, νομοταγείς πολίτες ή όχι. Ανήκουν όμως σε διαφορετικές κατηγορίες όσον αφορά την ψυχοπαθολογία τους. Κατά βάθος μπορεί να είναι ανώριμα, φοβισμένα ή επιθετικά άτομα με τάση για απομόνωση. Μπορεί επίσης, να παρουσιάζουν πλείστα συμπτώματα από αυτά που αναφέρει η κλινική βιβλιογραφία: άγχος, κατάθλιψη, έντονες παρορμητικές τάσεις, ψυχωτικές διαταραχές, σχιζοφρένεια (Κίκιλα & Κουτελέκος, 2011).

Αρκετοί από αυτούς έχουν υποστεί κακοποίηση ως παιδιά. Είναι όμως δυνατόν να κρύβουν τις αδυναμίες τους επιμελώς, πίσω από το προσωπίο του καλού και στοργικού γονέα. Άλλωστε είναι τόσο δύσκολο για την ίδια την κοινωνία να δεχθεί ότι ένας γονέας μπορεί ηθελημένα να βλάψει το παιδί του, ενώ συχνά ακόμα κι αν οι γείτονες ή ο περίγυρος παρατηρήσει κάτι ύποπτο στη συμπεριφορά τους, βιάζεται να το δικαιολογήσει. Από την άλλη πλευρά, το κακοποιημένο παιδί διαφέρει σε σχέση με την οικογένεια στην οποία μεγαλώνει (μονογονεϊκή οικογένεια, οικογένεια στην οποία ο γονέας έχει ξανά παντρευτεί, θετοί γονείς κλπ), ως προς τον ρόλο που παίζει μέσα σε αυτήν (το «δύσκολο» παιδί, ο «αποδιοπομπαίος τράγος», το «ανεπιθύμητο» παιδί κλπ) και φυσικά ως προς το είδος της κακοποίησης που έχει δεχθεί και των σωματικών – ψυχικών τραυμάτων του (Κίκιλα & Κουτελέκος, 2011).

Πολλά παιδιά διστάζουν να αποκαλύψουν πως έχουν κακοποιηθεί, ειδικά αν η κακοποίηση έχει γίνει από τον έναν από τους δύο γονείς του ή είναι πολύ μικρά για να εκφραστούν λεκτικά σχετικά με ότι τους έχει συμβεί. Άλλα παιδιά, πάλι, ντρέπονται για ότι τους έχει συμβεί ή δεν θυμούνται το συμβάν. Πολλά παιδιά, επίσης, υπό καθεστώς φόβου και απειλής, μαθαίνουν από το σπίτι τους να μην ερμηνεύουν την κακοποίηση ως έχει. Είναι πιθανόν, για παράδειγμα, να πιστεύουν πως η σωματική βία είναι φυσικό επακόλουθο μιας αταξίας ή ενός χαμηλού βαθμού στο σχολείο. Άλλωστε έρευνες αποκαλύπτουν δραματικά ότι ένα μεγάλο ποσοστό γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους, το κάνουν για να τα «πειθαρχήσουν» και

μάλιστα πιστεύουν σε αυτήν την υποτιθέμενη «μέθοδο πειθαρχίας»! Αυτοί οι ίδιοι οι γονείς «εκπαιδεύουν» τα παιδιά τους να δέχονται τα πάντα ως τιμωρία για κάτι που υποτίθεται έκαναν. Τέλος, οι στατιστικές δείχνουν ότι τα περισσότερα από τα κακοποιημένα παιδιά είναι κορίτσια, θύματα αιμομικτικών σχέσεων με τον πατέρα τους, καθώς και αγόρια πολύ μικρών ηλικιών. Ανάμεσα στα θύματα, συχνά συναντάμε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες και ήπια νοητική στέρηση και η κακοποίηση είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας του γονέα να ανταποκριθεί στις ευθύνες που προκύπτουν μέσα από τις δυσκολίες για την ανατροφή τους (π.χ. ένας γονέας ασκεί έντονη σωματική βία στο παιδί του μέσα από την οποία εκφράζει την ευχή «να μην είχε γεννηθεί ποτέ» και την αγανάκτηση του για «την κακή του μοίρα που απόκτησε ένα τέτοιο παιδί»! (Κίκιλα & Κουτελέκος, 2011).

Στις περισσότερες οικογένειες που κάνει την εμφάνιση της η παιδική κακοποίηση συνήθως υφίστανται διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς (π.χ. μονογονεϊκές οικογένειες, μητέρες που δεν στηρίζονται επαρκώς οικονομικά και συναισθηματικά από τον σύζυγο), διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς και το παιδί και διαταραγμένες σχέσεις ανάμεσα στους γονείς και την εκτεταμένη οικογένεια (παππούδες ή άλλους συγγενείς). Επίσης, οι οικογένειες αυτές είναι συνήθως κοινωνικά απομονωμένες, χωρίς βοήθεια και συμπαράσταση από γείτονες, φίλους ή άλλα κοινοτικά πλαίσια στήριξης. Οι τύποι των γονέων ανάλογα με την συμπεριφορά τους είναι:

- I. Γονείς που έχουν και οι ίδιοι κακοποιηθεί από τους δικούς τους γονείς, πράγμα που επαναλαμβάνουν τώρα οι ίδιοι στη σχέση τους με τα δικά τους παιδιά, μέσα από μηχανισμούς ταύτισης με τον επιτιθέμενο.
- II. Ανεπάρκεια γονεϊκού ρόλου, όταν οι γονείς αδυνατούν να αντιληφθούν ότι τα παιδιά τους είναι ανώριμα λόγω της ηλικίας τους (συχνά αναφέρονται σχόλια από την μεριά των γονιών του τύπου «τα παιδιά πρέπει να σέβονται τους γονείς τους» ή «δεν πρέπει να υποχωρούμε στις απαιτήσεις των παιδιών γιατί τα κακομαθαίνουμε», ενώ αναφέρονται σε ένα βρέφος 3 μηνών!)
- III. Αντιστροφή ρόλου γονέων – παιδιών, όπου οι γονείς αυτοί προσδοκούν από τα παιδιά τους να τους δείξουν αγάπη και κατανόηση ώστε να ικανοποιούν τις δικές τους ανάγκες. Τέτοιοι γονείς διακρίνονται από έντονες ναρκισσιστικές ανάγκες και μεγάλη ανωριμότητα. Έντονο χαρακτηριστικό τους είναι η παθολογική λειτουργία του υπερεγώ τους και ενώ δείχνουν αδιάφοροι, έχουν έντονα ασυνείδητα αισθήματα ενοχής. Στην αντίθετη περίπτωση, της

διαταραχής των υπεροπτικών συναισθημάτων τους, έχουμε έντονη εκδήλωση κατάθλιψης και ανεπιθύμητων, διωκτικών, σαδιστικών και επιθετικών συναισθημάτων απέναντι στο ίδιο τους το παιδί.

- IV. Γονείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται άμεσα με την ανεπάρκεια που αισθάνονται στην εκτέλεση του μητρικού ή πατρικού τους ρόλου. Σε αυτή την περίπτωση η κακοποίηση κυρίως εμφανίζεται σε περιόδους κρίσεις της οικογένειας ή κρίση στη σχέση γονέα – παιδιού.
- V. Γονείς που απαντούν στις προσβολές ή επιθέσεις ενάντια στον εαυτό τους, για τον οποίο και οι ίδιοι τρέφουν χαμηλή εκτίμηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προσπαθούν απελπισμένα να κρατήσουν μια θετική εικόνα του εαυτού τους, ώστε έστω και επιφανειακά, να καταπνίξουν τα βαθύτερα αισθήματα ανεπάρκειας και απόρριψης που οι ίδιοι έχουν βιώσει.
- VI. Τέλος, γονείς νεαρής ηλικίας, χωρίς σταθερή εργασία, με έντονα ψυχοκοινωνικά προβλήματα, με κακές σχέσεις με τις δικές τους οικογένειες, κοινωνικά απομονωμένοι και χωρίς κανένα υποστηρικτικό σύστημα καταλήγουν ως καταθλιπτικά και κοινωνικά απομονωμένα άτομα ενώ εύκολα στρέφουν την επιθετικότητα τους προς το παιδί τους (Κίκιλα & Κουτελέκος, 2011).

Στη σύγχρονη πραγματικότητα παρά τον εκσυγχρονισμό και την άνοδο του μορφωτικού επιπέδου του ανθρώπου, η σωματική τιμωρία εξακολουθεί να αποτελεί μέσο διαπαιδαγώγησης, μετατρέπόμενη τελικά σε σωματική κακοποίηση. Τέτοιες ακραίες μορφές σωφρονισμού των παιδιών, πηγάζουν από τις πεποιθήσεις των γονέων-κηδεμόνων, τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, το βιοποριστικό άγχος, προηγούμενες εμπειρίες αλλά και από τη χρήση εθιστικών ουσιών, όπως ναρκωτικών ή αλκοόλ. Ωστόσο, μια τέτοιου είδους προσπάθεια συνετισμού των παιδιών, αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων των τελευταίων, επιδρά αρνητικά στη συμπεριφορά τους και οδηγεί – με μεγάλες πιθανότητες – στη χρήση σωματικής βίας στην ενήλικη ζωή, καθώς διδάσκει ότι η βία είναι αποδεκτός τρόπος επίλυσης προβλημάτων. Είναι ουσιώδους σημασία λοιπόν, η αναζήτηση βοήθειας από τους γονείς, για τον τρόπο διαπαιδαγώγησης των παιδιών τους, καθώς μια τέτοια πράξη είναι ένδειξη υπευθυνότητας και όχι αδυναμίας. Αρωγός στην προσπάθεια μείωσης του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης, μπορεί να σταθεί το κράτος με τη δημιουργία

προγραμμάτων πληροφόρησης και εκπαίδευσης των γονέων σε θέματα θετικής διαπαιδαγώγησης των ανηλίκων (Κίκιλα & Κουτελέκος, 2011).

Επιπροσθέτως, εκτός από τη σωματική, υπάρχουν και άλλες μορφές παιδικής κακοποίησης που χρήζουν αντιμετώπισης, όπως είναι η συναισθηματική και ψυχολογική παραμέληση, κατά τις οποίες οι γονείς αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις γονικές τους υποχρεώσεις, αφήνοντας ανεκπλήρωτες σημαντικές ανάγκες των παιδιών. Τέτοιες ανάγκες μπορεί να είναι η ένδυση, η τροφή, η ασφάλεια, η παροχή ιατρικής φροντίδας, η στέγη, οι συνθήκες υγιεινής. Επίσης και η σεξουαλική εκμετάλλευση του παιδιού από το γονέα ή συγγενή, με απώτερο στόχο την οικονομική ενίσχυση του τελευταίου, είναι μια από τις σύγχρονες μορφές παιδικής κακοποίησης σε αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Τα αίτια παράνομων, βίαιων και άσχημων συμπεριφορών των γονέων στα παιδιά τους, εντοπίζονται είτε σε παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του θύτη, είτε σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά αυτού ή σε δημοσιογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της οικογένειας του. Οι τραυματικές εμπειρίες που βιώνουν τα κακοποιημένα παιδιά, από την οικογένεια, συγγενείς, γνωστούς ή φίλους, έχουν ως αποτέλεσμα τη μη ομαλή ανάπτυξη του σώματος, του νου, του συναισθηματικού τους κόσμου, καθώς και της κοινωνικοποίησης τους. Απαραίτητη επομένως, κρίνεται η παρέμβαση του κράτους ή σχετικών ιδρυμάτων, για τη σωτηρία των απροστάτευτων αυτών μελών της κοινωνίας μας (Ηλιοπούλου & Μπούρου, 2008).

Όσον αφορά τους τρόπους εντοπισμού παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση ή παραμέληση, μπορεί κανείς να αναγνωρίσει τα ακόλουθα σημάδια: τα βρέφη και τα παιδιά της πρώτης σχολικής ηλικίας κλαίνε έντονα ή έχουν εκρήξεις οργής. Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και οι έφηβοι διατηρούν επιφυλακτική στάση απέναντι στους άλλους, έχουν έντονη κινητικότητα, διαταραχές συμπεριφοράς, γενικά χαμηλή αυτοεκτίμηση και μη ικανοποιητικές επιδόσεις στο σχολείο (Ηλιοπούλου & Μπούρου, 2008).

6.

6.1 Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Η πρόληψη της κακοποίησης-παραμέλησης κινείται σε τρία επίπεδα και διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη απευθύνεται κυρίως στο γενικό πληθυσμό με προγράμματα καλυτέρευσης των συνθηκών διαβίωσης, όπως καλύτερους όρους εκπαίδευσης, υγείας και γενικότερα με περιορισμό της ανεργίας, της κοινωνικής απομόνωσης, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, ευαισθητοποίησης της κοινότητας σχετικά με το φαινόμενο της κακοποίησης, με στόχο την αλλαγή στάσεων, αντιλήψεων και αξιών που προβάλλουν τις ανισότητες ανάμεσα στα δύο φύλα, ενθαρρύνουν την επιβολή της σωματικής τιμωρίας και επιβάλλουν τον κανόνα της σιωπής και το «άβατο» της οικογένειας, ακόμα και όταν ένα παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο, οικογενειακού προγραμματισμού, για να αποφεύγονται οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και στήριξης νέων γονέων μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα ανάπτυξης γονεϊκών ικανοτήτων, ενημέρωσης του κοινού για τον τρόπο αντίδρασης του, αν υποπέσει στην αντίληψη του περίπτωση κακοποίησης, ενημέρωσης των ίδιων των παιδιών στα σχολεία, και από τα Μ.Μ.Ε. για το φαινόμενο αλλά και για τα δικαιώματά τους, μέσα από τη διάδοση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού με στόχο την αυτοπροστασία τους. Η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στους θεσμούς, στο ευρύ κοινό και στα ίδια τα παιδιά (Μπαλούρδος, 2011).

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στο να εντοπίσει, μέσα από το γενικό πληθυσμό, τις ευάλωτες εκείνες κοινωνικές ομάδες, οικογένειες ή άτομα, τα οποία υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν επικίνδυνες συμπεριφορές («ωψηλού κινδύνου») σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών. Οι ομάδες αυτές διαθέτουν ένα ή περισσότερους «παράγοντες κινδύνου», οι οποίοι, όπως έχει προκύψει από εμπειρικές έρευνες, πιθανολογούν κάποια προδιάθεση για κακοποίηση-παραμέληση. Μερικοί τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η πολύ νεαρή ηλικία του ζευγαριού με παιδί, η φτώχεια, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η κατάχρηση ουσιών εκ μέρους των γονέων, τα προβλήματα αναπηρίας του παιδιού, ή η ύπαρξη ιστορικού κακοποίησης που ο ίδιος ο γονιός έχει υποστεί σε μικρή ηλικία. Με τη δευτερογενή πρόληψη επιδιώκεται η έγκαιρη αντιμετώπιση του προβλήματος πριν ακόμα συμβεί, με ποικίλες παρεμβάσεις μεταξύ των οποίων και προγράμματα: Εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και των άλλων κοινωνικών υπηρεσιών ώστε να μπορούν να

διακρίνουν αυτούς τους παράγοντες κινδύνου, υποστήριξης των ζευγαριών μικρής ηλικίας ώστε να μπορούν να αντεπεξέρχονται στο καθημερινό στρες του μεγαλώματος ενός παιδιού, επισκέψεων επαγγελματιών στο σπίτι των νεαρών μητέρων και των μητέρων με νεογέννητα μωρά, δημιουργίας Κέντρων πληροφόρησης και κοινωνικής υποστήριξης για οικογένειες με πολύ χαμηλό εισόδημα καθώς και δημόσιες πολιτικές καταπολέμησης της ανεργίας (Μπαλούρδος, 2011).

Η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στη θεραπεία του προβλήματος όταν η κακοποίηση έχει ήδη συμβεί και περιλαμβάνει παρεμβάσεις για να μειωθούν οι αρνητικές συνέπειες αυτού του γεγονότος και να διακοπεί η επαναθυματοποίηση. Προβλέπει δε μέτρα, νομικά κ.ά. για την κατοχύρωση της ασφάλειας του παιδιού με πιθανή ακόμη και την απομάκρυνση του από την οικογένεια, σε ξενώνα φιλοξενίας για όσο διαρκεί η κρίση, παροχή θεραπείας και στήριξης στον ίδιο και την οικογένειά του και τελική αποκατάσταση του σύμφωνα με τις εξατομικευμένες ανάγκες και το υπέρτατο συμφέρον του. Η διάκριση της πρόληψης στις τρεις παραπάνω κατηγορίες αφορά πρακτικούς λόγους προσέγγισης και μελέτης του ζητήματος και δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν είναι δυνατόν να συνυπάρχουν σε επίπεδο λειτουργίας και οργάνωσης των σχετικών υπηρεσιών αλλά ότι μάλλον και οι τρεις αναγνωρίζονται ως ένα συνεχές continuum (Μπαλούρδος, 2011)

7.

7.1 ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σύμφωνα με τους Justice B και Justice R οι αιτίες της παιδικής κακοποίησης ουσιαστικά διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες. Μια κατηγορία είναι οι ψυχοδυναμικές θεωρίες, οι οποίες αποδίδουν την πηγή του προβλήματος στην ανεπαρκή ψυχολογική λειτουργία των γονέων και την ανεπαρκή κατανόηση του γονεϊκού ρόλου. Αυτές με τη σειρά τους υποστηρίζονται από διάφορα μοντέλα. Έτσι, έχουμε το ψυχοδυναμικό μοντέλο που βασίζεται στους ψυχοδυναμικούς παράγοντες του οποίου σημαντικός υπαινιγμός είναι ότι άσχετα από τις περιβαλλοντικές συνθήκες, η πράξη της κακοποίησης δε θα συμβεί αν το ψυχολογικό πρόβλημα δεν είναι παρόν. Ο Kempe θεώρησε το «μητρικό αποτύπωμα» ως τη βασική δυναμική για την πιθανή κακοποίηση, δηλαδή την αποσύνδεση και τον αποκλεισμό του ατόμου από τη μητρική φροντίδα και ανατροφή που θα καθορίσει το κατά πόσο ένα άτομο θα ανατραφεί καταλλήλως και συνεπώς θα αποκτήσει την ικανότητα του να ανατρέφει. Αυτή η ανικανότητα του να ανατρέφει κατάλληλα συνδυάζεται και με άλλες δυναμικές: έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους, μια τάση προς απομόνωση, μία μη υποστηρικτική συζυγική σχέση και υπερβολικές προσδοκίες. Η ειδοποιός και διακριτή διαφορά του ψυχοδυναμικού μοντέλου με τις άλλες θεωρίες είναι ότι αποδίδει δευτερεύοντα ρόλο σε οτιδήποτε πέραν της ατομικής εσωτερικής ψυχολογίας και των παραγόντων που τη συγκροτούν (Ντόκου, 2014).

Μία άλλη ψυχοδυναμική θεωρία είναι το μοντέλο της προσωπικότητας ή του χαρακτήρα. Αυτό το μοντέλο εναποθέτει λιγότερη προσοχή στους παράγοντες που στηρίζουν αυτά τα χαρακτηριστικά από ότι στα ίδια τα χαρακτηριστικά. Ο λόγος για τον οποίο οι γονείς κακοποιούν τα παιδιά τους, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο είναι η ψυχολογική τους σύνθεση, επειδή έτσι είναι. Έτσι, οι γονείς περιγράφονται ως ανώριμοι, εγωκεντρικοί, παρορμητικοί, χρόνια επιθετικοί, ιδιαίτερα απογοητευμένοι, μοναχικοί, καχύποπτοι, δύσπιστοι προς τους ανθρώπους. Βέβαια πρέπει να πούμε ότι η σύνδεση της παιδικής κακοποίησης με τα διαφορετικά προσωπικά χαρακτηριστικά περιγράφει την προσωπικότητα του γονέα-κακοποιού αλλά όχι την αιτιώδη εξήγηση. Πολλοί άνθρωποι είναι ανώριμοι, παρορμητικοί, εγωκεντρικοί αλλά δεν συμπεριφέρονται βίαια στα παιδιά τους. Από αυτό προκύπτει ότι το μοντέλο της προσωπικότητας είναι λιγότερο χρήσιμο σε σχέση με άλλες ψυχοδυναμικές θεωρίες γιατί δεν παρέχει μία αιτιολογία για το πώς προέκυψαν αυτά τα χαρακτηριστικά. Το

μοντέλο της ψυχικής ασθένειας υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι ψυχικά ασθενείς. Στην πραγματικότητα, αυτό το μοντέλο έχει ως πεδίο αναφοράς μόνο ένα ποσοστό των γονέων που κακοποιούν. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών δεν υποφέρουν από ψευδαισθησιακά ή παραληρητικά συστήματα, τα οποία συνθέτουν μία ψύχωση. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές αναφορές σε συναισθηματικές διαταραχές προσωπικότητας και νευρώσεις (Ντόκου, 2014).

Οι θεωρίες μάθησης αποτελούν τη δεύτερη κατηγορία. Αυτή η κατηγορία προτείνει ότι οι γονείς κακοποιούν τα παιδιά τους επειδή οι ίδιοι είχαν μοντέλα κακοποίησης στη δική τους παιδική ηλικία ή επειδή εκείνοι δεν έχουν επαρκείς δεξιότητες για την κατάλληλη ανατροφή των παιδιών. Σε αυτές το κέντρο βάρους μετατοπίζεται από την ψυχολογική διάσταση και λειτουργία στην αποτυχία των γονέων να κατακτήσουν τις δεξιότητες και τη γνώση που χρειάζεται ώστε να κηδεμονέψουν επαρκώς τα παιδιά τους. Αυτά τα άτομα φαίνεται να στερούνται τις κοινωνικές δεξιότητες ώστε να λάβουν κάποια ικανοποίηση από το γονεϊκό τους ρόλο και συχνά αγνοούν την παιδική ανάπτυξη. Αυτοί προσδοκούν συμπεριφορά πολύ προηγμένη για νεαρά παιδιά και είθισται να χρησιμοποιούν το μόνο τρόπο πειθαρχίας που γνωρίζουν, δηλαδή τη σωματική πειθαρχία (Ντόκου, 2014).

Η τρίτη κατηγορία συνίσταται από τις περιβαλλοντικές θεωρίες. Αυτή η προσέγγιση έχει να κάνει με την έλλειψη υλικών πόρων ή κοινωνικής υποστήριξης που οδηγούν στην κακοποίηση των παιδιών. Οι περιβαλλοντικές θεωρίες βλέπουν την παιδική κακοποίηση ως ένα πολυδιάστατο πρόβλημα και τοποθετούν ιδιαίτερη έμφαση στο στρες ως αιτία αυτής. Ο υπαινιγμός των μοντέλων αυτών των θεωριών είναι αν δεν υπήρχαν δυσμενείς περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως φτώχεια, κακή εκπαίδευση και εργασιακό άγχος δε θα υπήρχε παιδική κακοποίηση. Οι οπαδοί της θεωρίας του οικονομικού και περιβαλλοντικού άγχους υπογραμμίζουν ότι όταν το άγχος αυξάνεται τότε συνεπαγωγικά αυξάνεται και η κακοποίηση. Δίπλα σε αυτές τις θεωρίες στάθηκε μεταγενέστερα και η βιοκοινωνική θεωρία που βλέπει τη γενεσιουργό αιτία στο μέγεθος των επενδύσεων και τις αυξημένες προσδοκίες που ένας γονέας εναποθέτει στο παιδί του, φορτίο που συχνά επισύρει αισθήματα απογοήτευσης που καταλήγουν σε κακή ή φτωχότερη φροντίδα των παιδιών (Ντόκου, 2014).

8.

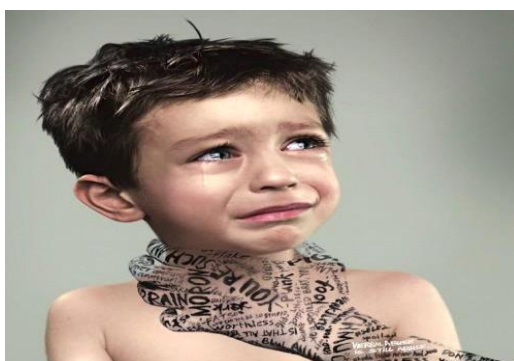
8.1 ΟΙ ΚΥΡΙΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Αναγνωρίζονται τέσσερις κύριες μορφές κακομεταχείρισης.

1. Η σωματική κακοποίηση
2. Η σεξουαλική κακοποίηση
3. Η συναισθηματική κακοποίηση
4. Η παραμέληση και η έκθεση σε κίνδυνο

Πολλοί στις παραπάνω μορφές προσθέτουν και την εκμετάλλευση. Αν και οι παραπάνω μορφές μπορούν να βρεθούν ξεχωριστά, συχνά παρατηρείται ο συνδυασμός τους (Παναγοπούλου, 2007).

8.1.1 ΦΥΣΙΚΗ – ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ



Εικόνα 2. Φυσική – Σωματική Κακοποίηση

Αφορά κάθε φυσική/σωματική βλάβη που υφίσταται ένα παιδί η οποία δεν οφείλεται σε ατυχία. Μπορεί να είναι οποιοδήποτε χτύπημα (με το χέρι, με ξύλο, με ζώνη, ή άλλο αντικείμενο) γροθιά, κλωτσιά, τράνταζα, πέταλα, μαχαίρωμα, πνιγμός, κοψιά, ή δάγκωμα του παιδιού, ή κάθε πράξη που οδηγεί σε φυσικό τραυματισμό του παιδιού. Μπορεί να πρόκειται για μικρές μελανιές, σοβαρά κατάγματα, ακόμη και θάνατο. Κάθε τραυματισμός θεωρείται κακοποίηση, ανεξάρτητα από το εάν υπήρχε σκοπός να πληγωθεί το παιδί (Butchart & Phinney, 2006)

Σωματική κακοποίηση έχει οριστεί ως η σκόπιμη χρήση σωματικής βίας κατά του παιδιού, που έχει ως αποτέλεσμα – ή έχει μεγάλη πιθανότητα να έχει ως αποτέλεσμα – βλάβη στην υγεία του παιδιού, την επιβίωση, την ανάπτυξη ή την αξιοπρέπειά του. Αυτή περιλαμβάνει χτύπημα, ξυλοδαρμό, κλωτσιές, ταρακούνημα, δάγκωμα, στραγγαλισμό, κάψιμο, δηλητηρίαση και πρόκληση ασφυξίας. Μεγάλο μέρος της σωματικής βίας σε βάρος των παιδιών επιβάλλεται μέσω της τιμωρίας και λαμβάβει χώρα στο σπίτι (Butchart & Phinney, 2006).

8.1.2 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η σεξουαλική κακοποίηση είναι μέρος όλων των ορισμών της παιδικής κακοποίησης. Περιλαμβάνει πράξεις ενός γονιού ή ενήλικου που φροντίζει το παιδί με οποιουδήποτε τύπου επαφή του ενήλικου προς το παιδί με στόχο τη σεξουαλική κακοποίηση του ενήλικου, ο οποίος έχει πάντα την αποκλειστική ευθύνη, γιατί τα παιδιά δεν είναι δυνατόν να συγκατατεθούν σε οποιαδήποτε τέτοια ενέργεια. Τέτοιες ενέργειες είναι η θωπεία (χάιδεμα) στα γεννητικά όργανα ενός παιδιού, η διείσδυση με οποιονδήποτε τρόπο στο στόμα, τα γεννητικά όργανα ή τον πρωκτό του παιδιού, ο αιμομικτικός βιασμός, ο σοδομιστής (παιδεραστία), η έκθεση γυμνών μερών του σώματος – προσβολή της δημόσιας αιδούς. Περιλαμβάνει επίσης την προαγωγή-προώθηση στην πορνεία και την παραγωγή υλικού παιδικής πορνογραφίας. Ορίζεται ως η εφαρμογή. Η χρήση, η άσκηση πειθούς, η «δωροδοκία», ο δελεάσας, ή ο εξαναγκασμός ενός παιδιού να συμμετέχει ή να βοηθήσει άλλο άτομο να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε σεξουαλική συμπεριφορά ή σε μίμηση τέτοιας συμπεριφοράς με σκοπό την καταγραφή με οπτικοακουστικά μέσα. Περιλαμβάνει τέλος το βιασμό, την ασέλγεια, την παρενόχληση και κάθε μορφή σεξουαλικής εκμετάλλευσης των παιδιών (Butchart & Phinney, 2006)

Σεξουαλική κακοποίηση έχει οριστεί ως η συμμετοχή του παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα, την οποία δεν κατανοεί πλήρως, δεν είναι σε θέση να δώσει συγκατάθεση ή για την οποία το παιδί δεν είναι αναπτυξιακά διατεθειμένο ή αλλιώς παραβιάζει τους νόμους ή τα κοινωνικά ταμπού της κοινωνίας. Τα παιδιά μπορεί να υποστούν σεξουαλική κακοποίηση τόσο από ενήλικες όσο και από άλλα παιδιά που είναι λόγω της ηλικίας τους ή του σταδίου ανάπτυξης τους σε θέση ευθύνης, εμπιστοσύνης ή εξουσίας πάνω στο θύμα (Butchart & Phinney, 2006).

Τα παιδιά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης αντιμετωπίζουν δευτεροβάθμιας τραύμα στην κρίση της ανακάλυψης. Οι προσπάθειες τους να συνδυάσουν τις ιδιωτικές του εμπειρίες με τις πραγματικότητες του εξωτερικού κόσμου ως απόρροια της επίθεσης, της δυσπιστίας, της επίπληξης και της απόρριψης που βιώνουν από τους ενήλικες. Η κανονική συμπεριφορά αντιμετώπισης του παιδιού έρχεται σε αντίθεση με τις παγιωμένες πεποιθήσεις και τις προσδοκίες (που συνήθως κατέχονται από τους ενήλικες), στιγματίζει το παιδί με την κατηγορία της ξαπλωμένη, το χειρισμό ή φαντάζεται από τους γονείς, τα δικαστήρια και τους κλινικούς γιατρούς. Η εγκατάλειψη από τους ίδιους τους ενήλικες πιο ζωτικής σημασίας για την προστασία και την αποκατάσταση του παιδιού οδηγεί το παιδί βαθύτερα στην αυτοενοχοποίηση, αυτό-μίσος, την αποξένωση και την ενδεχόμενη επαναθυματοποίηση. Σε αντίθεση, η υπεράσπιση της ενσυναίσθησης κλινικού μέσα σε ένα υποστηρικτικό δίκτυο είναι μια θεραπεία που μπορεί να παρέχει ζωτικής σημασίας την αξιοπιστία και την υποστήριξη για το παιδί (Butchart & Phinney, 2006).

Η αξιολόγηση των απαντήσεων των φυσιολογικών παιδιών από τη σεξουαλική κακοποίηση παρέχει σαφείς ενδείξεις τους ορισμούς της <<κανονικής>> συμπεριφοράς του θύματος είναι ακατάλληλοι και με τη βοήθεια του Προκρούστη ως μυθικούς μονωτές ενάντια στον πόνο του παιδιού. Μέσα σε αυτό το κλίμα της προκατάληψης, οι διαδοχικές επιλογές επιβίωσης στη διάθεση του θύματος αποξενώνει περαιτέρω το παιδί από κάθε ελπίδα έξω από την αξιοπιστία ή την αποδοχή. Κατά ειρωνικό τρόπο, αναπόφευκτη επιλογή του παιδιού από τις "λάθος" επιλογές ενισχύει και διαιώνίζει τους επιβλαβούς μύθους (Butchart & Phinney, 2006).

8.1.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ – ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ



Εικόνα 3. Συναισθηματική – Ψυχολογική κακοποίηση

Η συναισθηματική και ψυχολογική κακοποίηση περιλαμβάνει, τόσο μεμονωμένα περιστατικά, όσο και ένα σταθερό μοτίβο ανικανότητας από την πλευρά του γονέα ή φροντιστή να παρέχει ένα κατάλληλο και υποστηρικτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη του. Οι πράξεις αυτής της κατηγορίας, έχουν υψηλή πιθανότητα να βλάψουν τη σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού, καθώς και τη σωματική, ψυχική, πνευματική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξη του. Η κατάχρηση αυτού του τύπου περιλαμβάνει τον περιορισμό της κίνησης του παιδιού, συμπεριφορές ταπείνωσης, κατηγοριών, απειλών, τρόμου, διάκρισης ή εξευτελισμού και άλλες μη φυσικές μορφές απόρριψης ή εχθρικής μεταχείρισης (Butchart & Phinney, 2006).

Παραδείγματα συναισθηματικής κακοποίησης αποτελούν οι τσιρίδες, οι φωνές, η συνεχής κριτική («είσαι ηλίθιος, κακό παιδί, άχρηστος», κλπ), η σύγκριση του παιδιού με άλλα παιδιά, εις βάρος του «δεν αξίζεις τίποτε», «ο τάδε πήρε καλύτερους βαθμούς» κλπ. Η δημιουργία ενοχών «θα με πεθάνεις», «εσύ φταις για όλα». Οι απειλές εγκατάλειψης ή βίας «θα φύγω και θα σε παρατήσω», «θα σε κλείσω σε ίδρυμα», «θα σε σπάσω στο ξύλο». Η ταπείνωση του παιδιού «τι ήθελα και γέννησα ένα παιδί σαν και σένα». Η απόρριψη και η μη εκδήλωση αγάπης, στοργής, υποστήριξης, ή καθοδήγησης. Οι ακραίες μορφές τιμωρίας π.χ. στέρηση φαγητού, νερού, κλείδωμα σε σκοτεινούς χώρους, κλπ. Η συναισθηματική κακοποίηση είναι

συχνά δύσκολο να αποδειχθεί και γι' αυτό είναι δύσκολη και η παρέμβαση (Παναγοπούλου, 2007).

Τα σημεία συναισθηματικής κακοποίησης είναι πιθανότητα συναισθηματικής κακομεταχείρισης και πρέπει να τίθενται όταν το παιδί εκδηλώνει ακραίες συμπεριφορές, όπως υπερβολικά υποχωρητική ή απαιτητική συμπεριφορά, υπερβολική παθητικότητα ή επιθετικότητα. Εκδηλώνει συμπεριφορές «μεγαλίστικες» (κάνει το «γονιό» σε άλλα παιδιά) ή «παιδιαρίστικες» (ρυθμικές κινήσεις ή χτύπημα του κεφαλιού). Παρουσιάζει καθυστέρηση της σωματικής ή της συναισθηματικής τους ανάπτυξης. Έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Αναφέρει έλλειψη συνδέσμου με τους γονείς/το γονιό. Η πιθανότητα συναισθηματικής κακομεταχείρισης πρέπει να τίθεται όταν ο γονιός ή άλλος ενήλικας που φροντίζει το παιδί, συνεχώς κατηγορεί, μειώνει ή επιπλήττει το παιδί. Δεν δείχνει ενδιαφέρον για το παιδί και αρνείται να δεχθεί προσφορές βοήθειας για τα προβλήματα του παιδιού. Αποκάλυπτα απορρίπτει το παιδί (Παναγοπούλου, 2007).

Η ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση των παιδιών μπορεί να είναι πιο προκλητική και διαδεδομένη μορφή κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. Μπορεί να είναι λεκτική ή μη λεκτική, ενεργητική ή παθητική, και με ή και χωρίς πρόθεση να βλάψει και επηρεάζει αρνητικά τη γνωστική, κοινωνική, συναισθηματική, και/η σωματική ανάπτυξη του παιδιού. Η ψυχολογική κακοποίηση έχει συνδεθεί με διαταραχές της προσκόλλησης, αναπτυξιακά και εκπαιδευτικά προβλήματα, προβλήματα κοινωνικοποίησης, ανάρμοστη συμπεριφορά, και αργότερα ψυχοπαθολογία. Αν και δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που μπορεί να αποτρέψουν την ψυχολογική κακοποίηση φαίνεται ότι στις περιπτώσεις όπου υπάρχει νοσηλευτική προσέγγιση στην οικογένεια, είναι πιθανόν η αποτελεσματική μείωση των συνολικών τύπων παιδικής κακοποίησης (Hibbard, 2012).

Η ψυχολογική κλίμακα κακοποίησης αναπτύχθηκε με βάση τους Hart και Brassard του (1986) μοντέλο της ψυχολογικής κακοποίησης που περιλαμβάνει 57 αντικείμενα που απεικονίζουν πέντε μεγάλες κατηγορίες της ψυχολογικής κακοποίησης: απόρριψη, τρομοκράτηση, απομόνωση, εκμετάλλευση ή διαφθορά, και άρνηση στη συναισθηματική ανταπόκριση. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η απόρριψη περιλαμβάνει τη λεκτική και τη μη λεκτική κακοποίηση από τους φροντιστές, την απόρριψη, τον εξευτελισμό καθώς και την διαπόμπευση, τη γελοιοποίηση, και την δημόσια ταπείνωση του παιδιού. Η τρομοκράτηση περιλαμβάνει συμπεριφορά που τρομοκρατεί ή είναι πιθανόν να βλάψει σωματικά το παιδί ή να βάλει το ίδιο ή τα

αγαπημένα του αντικείμενα και πρόσωπα σε κίνδυνο. Η απομόνωση ορίζεται από τις συμπεριφορές των γονιών που αρνούνται στο παιδί την ευκαιρία αλληλεπίδρασης και την επικοινωνία με τους συμμαθητές ή τους ενήλικες. Η εκμετάλλευση και η διαφθορά περιλαμβάνει την μοντελοποίηση της αποτροπής ή της ενθάρρυνσης σε αντικοινωνική συμπεριφορά (π.χ. ουσίες, κακοποίηση, πορνεία) ή αναπτυξιακά ακατάλληλη συμπεριφορά και περιορίζει τη γνωστική ανάπτυξη (Clemmons, 2007).

9.

9.1 ΤΡΟΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΝΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές. Μπορεί να είναι του τύπου της στενής σωματικής επαφής, η οποία περιλαμβάνει πράξεις διείσδυσης (όπως διείσδυση του πέους, των δακτύλων ή ενός αντικειμένου στον κόλπο, το στόμα ή τον πρωκτό) και μη διεισδυτικές πράξεις (όπως σεξουαλικό άγγιγμα ή φιλί των σεξουαλικών οργάνων του σώματος του παιδιού ή από το παιδί των σεξουαλικών οργάνων του θύτη). Μπορεί επίσης να αφορά δραστηριότητες που δεν περιλαμβάνουν σωματική επαφή, όπως είναι η επιδειξιμανία, η έκθεση του παιδιού σε πορνογραφικό υλικό ή σεξουαλικές πράξεις ενηλίκων, η συμμετοχή του στην παραγωγή πορνογραφικού υλικού, η ενθάρρυνση δύο παιδιών για σεξουαλική επαφή μεταξύ τους ή και η πρόσκληση του παιδιού για εμπλοκή σε σεξουαλική κουβέντα ή δραστηριότητα. Κάθε εσκεμμένη συμπεριφορά που σκοπεύει να ερεθίσει το παιδί σεξουαλικά ή κατά την οποία το παιδί χρησιμοποιεί για να διεγείρει σεξουαλικά τον ενήλικα θα πρέπει να θεωρείται ικανοποιητική. Το internet και η χρήση κινητών τηλεφώνων έχουν γίνει ένα κομμάτι μέσο σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών (π.χ. η τυχαία ή εσκεμμένη θέαση πορνογραφικού υλικού από παιδιά στο internet, η προσέγγιση εφήβων από ενήλικες με στόχο να τους παρασύρουν σε κάποια σεξουαλική δραστηριότητα, η φωτογράφιση παιδιών από μεγαλύτερα παιδιά ή ενήλικες και η διανομή των φωτογραφιών τους κ.ά). Στις μορφές της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης θα πρέπει τέλος να αναφέρουμε το φαινόμενο της οργανωμένης σεξουαλικής εκμετάλλευσης ανηλίκων για την απόκτηση οικονομικού κέρδους με τις μορφές διακίνησης (trafficking), της πορνείας και της πορνογραφίας (Αθανασοπούλου, 2013).

10.

10.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχουν αποδείξει ότι η σωματική κακοποίηση και παραμέληση όλων των μορφών επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική, νοηματική και συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία. Σε μελέτη του ΙΥΠ σε κλινικό δείγμα 197 σωματικά κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών, η θνητότητα ήταν 6% στον πληθυσμό των σωματικά κακοποιημένων παιδιών και 17% στην ομάδα των παιδιών με σοβαρές κακώσεις. Η ίδια μελέτη αναφέρει ότι 33% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών υπέστη προσωρινή αναπηρία (π.χ. κάταγμα άκρου), ενώ 9 παιδιά (8%) υπέστησαν μόνιμη αναπηρία (π.χ. κώφωση, τραυματικό καταρράκτη, παραπληγία, παραμόρφωση προσώπου, νοητική υστέρηση μετά από σοβαρή κάκωση κρανίου) (Browne, 1993).

Στη συναισθηματική σφαίρα και στη συμπεριφορά, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης συνδέονται με κατάθλιψη, χαμηλή εκτίμηση εαυτού, δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, επιθετικότητα και αποκλίνουσα συμπεριφορά, μετέπειτα παραβατικότητα. Επίσης, περιγράφονται σοβαρά μαθησιακά προβλήματα, διαλείπουσα σχολική φοίτηση και εγκατάλειψη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Προοπτική μελέτη του ΙΥΠ (Αγάθωνος, 1995) εκτίμησε 89 σωματικά κακοποιημένα – παραμελημένα παιδιά 2-12 χρόνια μετά την αρχική αναγνώριση του προβλήματος. Ένας ικανός αριθμός παιδιών παρουσίαζε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας: 22% μέτρια ως σοβαρά νευρολογικά προβλήματα, 27% μέτρια ως σοβαρή νοητική στέρηση, 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 μπλεγμένα σε κλοπές, βανδαλισμούς και πορνεία ενώ 20% είχαν εκδηλώσει βία εναντίον ενηλίκων εκτός οικογένειας και 10% εναντίον των γονέων τους. Τέλος, 15% των παιδιών και των δύο φύλων είχαν τουλάχιστον μία εμπειρία σεξουαλικής παραβίασης παρά τη θέληση τους από άτομο τουλάχιστον 5 χρόνια μεγαλύτερο, μέσα ή έξω από την οικογένεια. Η αναφορά των ευρημάτων αυτών στοχεύει στο να επισημάνει την ανάγκη για εξειδικευμένες θεραπευτικές και προληπτικές παρεμβάσεις σε οικογένειες και παιδιά,

που διαφέρουν κατά πολύ από την κλασική αντιμετώπιση των οικογενειών με κοινωνικά προβλήματα. Ο χαρακτήρας του προβλήματος ως "κοινωνικό" στερεί τις εμπλεκόμενες οικογένειες και παιδιά-θύματα από μια ολιστική προσέγγιση κατανόησης του ειδικού αυτού φαινομένου και κατ' επέκταση, από την πλέον ενδεικνυόμενη θεραπεία και υπηρεσίες. Συγχρόνως, καθησυχάζει πολιτεία και επαγγελματίες εφόσον η προσφορά επιδομάτων και θέσεων σε ιδρύματα θεωρείται ως δόκιμη αντιμετώπιση της φτώχειας ή/και της γονεϊκής ακαταλληλότητας ή ανημποριάς. Η σύνδεση της κακοποίησης και παραμέλησης με τη νεανική παραβατικότητα και με τη συνέχιση του κύκλου θύτης-θύμα, κινητοποίησε σε πολλές χώρες μια σειρά αναδρομικών και προοπτικών ερευνών οι οποίες συμβάλλουν σε βελτιώσεις προβλημάτων τόσο για τις οικογένειες που εμπλέκονται σε κακομεταχείριση των παιδιών τους όσο και στο σωφρονιστικό σύστημα για νέους παραβάτες (Φερέτη, 1998).

Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτών των μελετών (Φερέτη, 1998):

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

Ανάλογο ερευνητικό ενδιαφέρον υπάρχει για τον κίνδυνο συνέχισης της βίας μεταξύ των γενεών. Έρευνα στη Μ. Βρετανία σε 14.500 οικογένειες έδειξε ότι (Browne & Sagi, 1989):

- Αν κάποιος κακοποιήθηκε στην παιδική του ηλικία, οι πιθανότητες να κακοποιηθεί το δικό του παιδί είναι 1 στις 14.
- Αν δεν υπάρχει ιστορικό κακοποίησης, οι πιθανότητες είναι 1 στις 400.

Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν το συνεχιζόμενο κύκλο της κακοποίησης από γενεά σε γενεά. Πέρα όμως από την αρνητική τους έννοια, μας οδηγούν και σε αρκετές αισιόδοξες σκέψεις και δράσεις τόσο σε επίπεδο κλινικής δουλειάς όσο και σε επίπεδο κοινωνικής πολιτικής. Δηλαδή, εφόσον οι πιθανότητες να περάσει η κακοποίηση στην επόμενη γενεά είναι 1 στις 14, τότε σε 13 στις 14 περιπτώσεις, δεν συνεχίζεται. Άρα, αν αναζητήσουμε τους προστατευτικούς παράγοντες που επιδρούν θετικά ανατέλλοντας την προδιάθεση, η προώθηση προληπτικών ενεργειών θα μπορέσει να την ανακόψει και στο ποσοστό της 1 στις 14 πιθανότητες. Προστατευτικοί παράγοντες που αναφέρονται είναι η ανάπτυξη σταθερής, υποστηρικτικής σχέσης με συνομήλικους και ενήλικες που δεν έχουν σχέση με κακοποίηση και η συναλλαγή με δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, Συγχρόνως, η εφαρμογή της δευτερογενούς πρόληψης, μέσω της εντόπισης των νέων γονέων που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην άσκηση του γονεϊκού τους ρόλου και προδιάθεση για κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών τους και η έγκαιρη στήριξη τους, θα συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη της συνέχισης του φαινομένου στην επόμενη γενεά (Φερέτη, 1989).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

1.

1.1 ΠΑΡΟΧΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κάθε επαγγελματίας που ασχολείται με παιδιά πρέπει να έχει υπόψη του σημάδια που ίσως υποκρύπτουν κακοποίηση. Έτσι, όταν ένα παιδί έρθει σε επαφή μαζί του, οφείλει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει το συντομότερο ότι αυτό κακοποιείται και να αντιμετωπίσει το παιδί-θύμα με τον κατάλληλο τρόπο. Αξίζει να σημειωθεί ότι από μόνοι τους οι δείκτες δεν αποδεικνύουν την ύπαρξη της κακοποίησης ή/και παραμέλησης και ότι πολλοί δείκτες, ειδικά όσοι σχετίζονται με τη συμπεριφορά, ενδεχομένως είναι σημάδια άλλου προβλήματος. Ωστόσο, η συστηματική παρατήρηση αυτών των ενδείξεων δημιουργεί υπόνοιες για πιθανή κακοποίηση ή/και παραμέληση του παιδιού και είναι απαραίτητο η υπόθεση να εξεταστεί με μεγαλύτερη προσοχή. Οι δείκτες θα πρέπει να προσεγγίζονται στα πλαίσια της ηλικίας, των ικανοτήτων, του ιατρικού και αναπτυξιακού ιστορικού του παιδιού. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ρόλος του παιδίατρο, του παιδοψυχίατρο, του ψυχολόγου και του κοινωνικού λειτουργού στη διαχείριση πιθανής κακοποίησης – παραμέλησης. Εφόσον υπάρχει η υποψία ότι ένα παιδί κακοποιείται ή/και παραμελείται, ο κάθε επαγγελματίας έχοντας συλλέξει τις κατάλληλες πληροφορίες θα είναι σε θέση να αναφέρει την περίπτωση κακοποίησης στους αρμόδιους φορείς και η υπόθεση να ακολουθήσει τη δικαστική οδό ή/και την καταλληλότερη θεραπευτική παρέμβαση (Γυφτοπούλου, 2013).

1.1.1 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ο παιδίατρος έρχεται σε επαφή καθημερινά με δεκάδες παιδιά, γι' αυτό και κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση πιθανής σωματικής κακοποίησης και στην ιατρική διαχείριση των παιδιών-θυμάτων. Η ακριβής, σαφής και έγκαιρη αναγνώριση των παιδιών που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης διευκολύνει όπως επίσης καθορίζει και την πορεία της σωματικής και ψυχικής υγείας των παιδιών και των οικογενειών τους. Η παιδιατρική εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης περιλαμβάνει το ιστορικό τραυματισμό, το οικογενειακό, ατομικό, ιατρικό και αναπτυξιακό

ιστορικό, τη σωματική εξέταση και τη διενέργεια συμπληρωματικών διαγνωστικών εξετάσεων. Γενικά, η αρχική παιδιατρική αντιμετώπιση ενός παιδιού που έχει κακοποιηθεί σωματικά δεν διαφέρει σημαντικά από οποιαδήποτε άλλη αντιμετώπιση τραυματισμού. Εφόσον ο τραυματισμός είναι σοβαρός πρέπει πρώτα από όλα να σταθεροποιηθεί η κατάσταση υγείας του παιδιού και στη συνέχεια ο ιατρός να προβεί σε περαιτέρω διερεύνηση των συνθηκών τραυματισμού. Αφού διασφαλιστεί η υγεία του παιδιού αρχίζει η συλλογή πληροφοριών με τη λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού και διενέργεια σωματικής εξέτασης (Γυφτοπούλου. 2013).

Στην Σωματική εξέταση του παιδιού η αρχική εκτίμηση είναι η προσεκτική σωματική εξέταση του παιδιού μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα αποκαλυπτική για την ανίχνευση κακοποίησης. Ο έλεγχος των ζωτικών σημείων του παιδιού είναι αναγκαίος, ώστε να προσδιοριστεί αν αυτό έχει την ανάγκη άμεσης ανάνηψης ή επείγουσας θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς και να αποκλειστούν άλλες σοβαρές διαταραχές. Συγκεκριμένα, οι διαταραχές της θερμοκρασίας του σώματος μπορεί να αποτελούν ένδειξη της ύπαρξης λοίμωξης. Η παρουσία ταχύπνοιας υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιου αναπνευστικού προβλήματος ή μπορεί να αποτελεί αντιρροπιστική ανταπόκριση σε μεταβολική διαταραχή. Η βραδύπνοια μπορεί να σημαίνει βλάβη στο ΚΝΣ (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα). Μία ανωμαλία στους παλμούς ή στον καρδιακό ρυθμό μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών διαταραχών όπως οι λοιμώξεις και τα νοσήματα από την καρδιά, το αναπνευστικό ή το ΚΝΣ ή μια μεταβολική διαταραχή. Η υπόσταση ή καταπληξία μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη αιμορραγίας από τραυματισμό, η αφυδάτωση από παραμέληση, οι εμετοί από κάποιο γαστρεντερικό πρόβλημα που προκλήθηκε από την κακοποίηση (π.χ. δωδεκαδακτυλικό αιμάτωμα). Μπορεί όμως να οφείλονται σε μία απλή γαστρεντερίτιδα. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης είναι απαραίτητη για να διαπιστωθεί αν υπάρχει υπόσταση ή υπέρταση, αφού είναι γνωστό ότι η σοβαρή υπέρταση μπορεί να αποτελέσει αιτία αλλαγής της διανοητικής κατάστασης και πρόκλησης σπασμών. Εφόσον η κατάσταση της υγείας του παιδιού δεν είναι απειλητική για τη ζωή του και δεν χρήζει ειδικής παιδιατρικής παρέμβασης, ο παιδίατρος πρέπει να προχωρήσει στις παρακάτω διαγνωστικές εξετάσεις: Εξέταση στοματοπροσωπικής περιοχής, εξέταση καρδιοαναπνευστικού συστήματος, εξέταση της κοιλιακής χώρας, εξέταση των εξωτερικών γεννητικών οργάνων και του ορθού, εξέταση των άκρων, εξέταση του δέρματος (Γυφτοπούλου, 2013).

Στον εργαστηριακό έλεγχο στη σωματική κακοποίηση είναι πιθανόν λόγω της μεγάλης ποικιλίας και της ιδιομορφίας του τραυματισμού να μην υπάρχει προς το παρόν κανένα βásiμο στοιχείο που να υποστηρίζει τη διεξαγωγή κάποιας συγκεκριμένης εργαστηριακής εξέτασης, η οποία να παρέχει τη δυνατότητα της ασφαλούς διάγνωσης της σωματικής κακοποίησης του παιδιού. Παρ' όλα αυτά, την παραγγελία ορισμένων εργαστηριακών εξετάσεων απαιτούν η ανάγκη της διαγνωστικής επιβεβαίωσης μιας συγκεκριμένης τραυματικής βλάβης και η δυνατότητα αναζήτησης άλλων παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες μπορεί να μιμούνται την κλινική εικόνα της σωματικής κακοποίησης. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία για δύο βασικούς λόγους (Γυφτοπούλου, 2013):

- Την αποφυγή της εσφαλμένης διάγνωσης μιας πιθανής κακοποίησης και τις συνέπειες που απορρέουν από αυτή, και
- Την «κατάρρευση» του επιχειρήματος από έναν δράστη κακοποίησης ότι δεν πρόκειται για κακοποίηση αλλά για κάποια υφισταμένη παθολογική κατάσταση ή λήψη φαρμάκων

Ο εργαστηριακός έλεγχος της σωματικής κακοποίησης περιλαμβάνει διάφορες αιματολογικές, βιοχημικές ή τοξικολογικές εξετάσεις και συμπληρώνεται με τον απαραίτητο απεικονιστικό και ακτινολογικό έλεγχο του παιδιού. Ο τελευταίος έχει βασικούς στόχους τη διαπίστωση του τύπου και της έκτασης ενός τραυματισμού και την αποσαφήνιση όλων των απεικονιστικών ευρημάτων που ενδεχομένως να οδηγούν σε διαφορετικές διαγνώσεις. Η κατάλληλη συνεκτίμηση τους με τα ευρήματα από το ιστορικό, τη σωματική εξέταση και τον υπόλοιπο εργαστηριακό έλεγχο προσθέτουν σημαντικά αντικειμενικά στοιχεία για την αξιόπιστη εκτίμηση της σωματικής κακοποίησης του παιδιού.

Ο παιδοψυχίατρος σε περιπτώσεις υποψίας σωματικής κακοποίησης διεγείρει κλινική συνέντευξη και λαμβάνει ένα ολοκληρωμένο ιστορικό από το παιδί και τους γονείς/φροντιστές (Γυφτοπούλου, 2013).

Ο ψυχολόγος κατά την διαδικασία ανίχνευσης παιδικής κακοποίησης/παραμέλησης έρχεται σε επαφή με το παιδί και την οικογένεια με σκοπό να εκτιμήσει τη φύση και την έκταση του προβλήματος, το επίπεδο λειτουργικότητας και την ικανότητα του για βελτίωση. Ο ρόλος του ψυχολόγου είναι η εκτίμηση των εμπλεκόμενων στην πιθανή κακοποίηση μελών (παιδί, γονείς/φροντιστές, αδέρφια) και ο σχεδιασμός μιας κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης. Η παρατήρηση του παιδιού και της

οικογένειάς του από τον ψυχολόγο είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στην κατανόηση της φύσης του οικογενειακού περιβάλλοντος, της προσωπικότητας του παιδιού και των γονέων/φροντιστών, του είδους των παρόντων προβλημάτων, του επιπέδου λειτουργικότητας του κοινωνικού, συναισθηματικού και αναπτυξιακού επιπέδου του παιδιού, του βαθμού γονεϊκής στήριξης, καθώς και του κινήτρου παιδιού και γονέων/φροντιστών για συμμετοχή σε θεραπεία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο ψυχολόγος να αποκτήσει μια αδρά εικόνα του νοητικού δυναμικού του παιδιού, γεγονός που θα βοηθήσει στην επιλογή των κατάλληλων τεχνικών για τη διενέργεια της διαγνωστικής συνέντευξης με το παιδί. Σε κάποιες περιπτώσεις, ο ψυχολόγος μπορεί να χορηγήσει ψυχομετρικά τεστ, τα οποία βοηθούν στην εκτίμηση των επιπτώσεων της κακοποίησης αλλά και το σχεδιασμό της μετέπειτα θεραπευτικής παρέμβασης (Γυφτοπούλου, 2013).

Ο κοινωνικό λειτουργός εμπλέκεται στην ανίχνευση κακοποίησης κάνοντας συναντήσεις με την οικογένεια αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις με το ίδιο το παιδί αξιολογώντας την οικογενειακή κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης του παιδιού. Εφόσον μετά τη διαδικασία ανίχνευσης συλλέξει πληροφορίες που οδηγούν σε βάσιμη υποψία κακοποίησης, αναφέρει το περιστατικό στις αρμόδιες αρχές. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού, όπως διαφαίνεται παρακάτω, είναι σημαντικός και πολυδιάστατος καθώς συχνά δουλεύει στην πρώτη γραμμή και είναι ο πρώτος επαγγελματίας που ανιχνεύει περιστατικά πιθανής κακοποίησης ή/και παραμέλησης: Διατηρεί μια σταθερή, μη επικριτική, σχέση με την οικογένεια του κακοποιημένου ή/και παραμελημένου παιδιού αποτελώντας τον βασικό συνδετικό κρίκο με τη λοιπή διεπιστημονική ομάδα. Εκτιμά τη γονεϊκή επάρκεια, τα δυναμικά της οικογένειας, την αλληλεπίδραση του γονέα/φροντιστή με το παιδί του και τη σχέση του γονεϊκού ζεύγους καθώς και τα δυνατά και δυσλειτουργικά στοιχεία κάθε μέλους της οικογένειας. Διερευνά το άμεσο και το ευρύτερο περιβάλλον του παιδιού (ύπαρξη ή μη υγιούς υποστηρικτικού δικτύου). Διασυνδέεται με διάφορα θεραπευτικά πλαίσια και φορείς κοινωνικής πρόνοιας, εκπαίδευσης, δικαιοσύνης, δημόσιας τάξης. Ενημερώνει τους γονείς ή τον «άλλο γονιό» ή το ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον (ανάλογα με τις συνθήκες και το είδος της κακοποίησης) για τις δυνατότητες παροχής βοήθειας (π.χ. ενημέρωση αναφορικά με τα προνοιακά τους δικαιώματα, διαδικασία έκδοσης βιβλιαρίου απορίας, εγγραφή τους σε τοπικούς ΟΑΕΔ σε περίπτωση ανέργων). Εφόσον κρίνει αναγκαία την απομάκρυνση του/των παιδιού/ιών από το οικογενειακό του περιβάλλον για τη διασφάλιση της ψυχοσωματικής του/της

ακεραιότητας, κάνει έγγραφη αναφορά στην αρμόδια εισαγγελία (Εισαγγελία Ανηλίκων, όπου υπάρχει) και στη συνέχεια συμβάλλει στην εύρεση κατάλληλου πλαισίου παιδικής προστασίας ή εναλλακτικής μορφής φροντίδας (αναδοχή ή υιοθεσία). Στόχοι της παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού, που απευθύνεται, τόσο στο σύνολο της οικογένειας, όσο και σε κάθε μέλος χωριστά, αποτελούν η προστασία του παιδιού από πιθανή επανάληψη της θυματοποίησής του, ή όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργικότητα των μελών της οικογένειας και εφόσον έχουν αλλάξει οι συνθήκες, η επιστροφή του παιδιού σ' αυτήν, αλλά και η γενικότερη βελτίωση της ποιότητας ζωής της οικογένειας και η διασφάλιση των δικαιωμάτων του παιδιού. Σε αντίθετη περίπτωση, στόχος είναι η αναζήτηση κατάλληλου πλαισίου παιδικής προστασίας. Η διαγνωστική εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας περιλαμβάνει κοινωνική αξιολόγηση της οικογένειας, με πλήρες κοινωνικό ιστορικό το οποίο θα πρέπει να εμπλουτίζεται με νέα στοιχεία καθ' όλη τη διάρκεια της συνεργασίας (κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, οικογενειακό ιστορικό, ιατρικό/ψυχιατρικό ιστορικό, αναπτυξιακό ιστορικό, κοινωνική εκτίμηση της οικογένειας). Η λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού θα βοηθήσει στη συλλογή πληροφοριών για το παιδί και την οικογένεια του (Γυφτοπούλου, 2013).

1.1.2. ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

Ο παιδίατρος πρέπει να έχει υπόψη του ότι οι τραυματισμοί μπορεί να είναι αποτέλεσμα ελλειπών ή και απύουσα επιτήρησης γεγονός το οποίο καθιστά το περιστατικό ύποπτο για παραμέληση από τους γονείς/φροντιστές. Παραμέληση επίσης συνιστά η καθυστέρηση παροχής ιατρικής φροντίδας και η ακατάλληλη διατροφή ή παράλειψη στοιχειωδών ιατρικών πράξεων (π.χ. βασικού εμβολιασμού), ενώ υφίσταται η σχετική δυνατότητα. Είναι σημαντικό να εξετάζεται το βάρος του παιδιού καθώς εάν το βάρος του σώματος ενός παιδιού βρίσκεται κάτω από τα φυσιολογικά για την ηλικία του επίπεδα, δηλαδή σε τιμές κάτω από την 3^η εκατοστιαία θέση, χωρίς να υπάρχει οργανική νόσος ή κληρονομική επιβάρυνση («ανεπαρκής ανάπτυξη μη οργανικής αιτιολογίας»), ίσως οφείλεται σε παραμέληση. Για τη συλλογή επιπλέον στοιχείων πιθανής παραμέλησης, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να λαμβάνει ένα ολοκληρωμένο ιστορικό τόσο του ίδιου του παιδιού όσο και της οικογένειας του (Γυφτοπούλου, 2013)

Ο Ψυχολόγος ακολουθείται ότι και στην σωματική κακοποίηση. Επιπλέον σε περιπτώσεις παραμέλησης χρειάζεται να γίνεται αξιολόγηση όλων των γνωστικών λειτουργιών του παιδιού από ειδικούς επιστήμονες (λογοπεδική εκτίμηση, εργοθεραπευτική εκτίμηση), καθώς η παραμέληση μπορεί να έχει συντελέσει σε έκπτωση των προαναφερόμενων λειτουργιών (Γυφτοπούλου, 2013).

Ο Κοινωνικός λειτουργός όπως έχει ήδη αναφερθεί ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύ ουσιαστικός και σημαντικός. Είναι αυτός που στέκεται δίπλα στο θύμα και στην οικογένεια του και προασπίζεται τα δικαιώματα του ενημερώνοντας τον για τις παροχές και τα προνόμια που μπορεί να έχει. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν μεγαλύτερη εμπλοκή σε υποθέσεις παραμέλησης συγκριτικά με άλλες μορφές κακοποίησης. Είναι πολύ σημαντικό κομμάτι των αρμοδιοτήτων του κοινωνικού λειτουργού είναι οι επισκέψεις (ύστερα από εισαγγελική εντολή ή εντολή του ανακριτή) στην οικία του παιδιού-θύματος με σκοπό να έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις συνθήκες διαβίωσης της οικογένειας και της ισορροπίας των σχέσεων μεταξύ των μελών της. Στις περιπτώσεις παραμέλησης οι κατ' οίκον επισκέψεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες, αφού με αυτές μπορούν να συλλέγουν αρκετές πληροφορίες που να τεκμηριώνουν την παραμέληση του παιδιού (Γυφτοπούλου, 2013).

2.

2.1 Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΥΠΟΠΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Οι επαγγελματίες που εργάζονται με και για παιδιά είναι εκείνοι που μπορούν να αναγνωρίσουν σημάδια πιθανής κακοποίησης ή παραμέλησης, να διερευνήσουν το περιστατικό ανάλογα με την ειδικότητά τους και να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού. Μια αποτελεσματική ανταπόκριση σε ένα περιστατικό κακοποίησης και παραμέλησης παιδιού είναι μια διαχείριση έγκαιρη, αντικειμενική και που ελαχιστοποιεί το τραύμα στα παιδιά και τις οικογένειες τους. Η αποτελεσματική ανταπόκριση μπορεί να εμποδίσει περαιτέρω κακοποίηση των παιδιών και να φέρει τους δράστες ενώπιον της δικαιοσύνης (Γυφτοπούλου, 2013).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλεύτες, συνήθως δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για τις ορατές σωματικές βλάβες (εκδορές, μώλωπες, εγκαύματα, κατάγματα) στα παιδιά, και όχι για εκείνες που πιθανόν έχουν υποστεί σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Παρότι οι νοσηλεύτες είναι σαφώς προσανατολισμένοι στην ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, δεν εκπαιδεύονται σχετικά με τις παρεμβάσεις που αφορούν την πρόληψη της μετατραυματικής διαταραχής, καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται να παρέχουν σε παιδιά μετατραυματικές εκδηλώσεις. Ενδεχομένως, αυτό συμβαίνει επειδή μέχρι σήμερα δεν έχουν σχεδιαστεί πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος, με αποτέλεσμα οι νοσηλεύτες να αξιοποιούν τις γενικές νοσηλευτικές αρχές, τις γνώσεις της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής για τη φροντίδα των παιδιών με "τραύμα" (Ουζούνη, 2013).

Η κοινότητα επιβολής του νόμου, η κοινότητα κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και η κοινότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι εκπαιδευμένοι να ανταποκρίνονται σε σεξουαλικά εγκλήματα εις βάρος παιδιών. Στις περισσότερες κοινότητες αυτά τα συστήματα λειτουργούν αποτελεσματικά. Ωστόσο, η ικανότητα για να περιηγηθούν μέσα από αυτά τα συστήματα μπορεί να είναι πολύ δύσκολο για τα παιδιά και τις οικογένειες τους (Σταβριανόπουλος, 2012).

Ο πιο σημαντικός ρόλος για μια νοσηλεύτρια είναι να εξασφαλίσει την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού. Κατά καιρούς, η νοσηλεύτρια με την κατάλληλη εκπαίδευση μπορεί επίσης να συλλέγει και να διατηρήσει τα ιατροδικαστικά στοιχεία.

Όταν ένα μέλος της οικογένειας πιστεύει ότι η σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού έχει συμβεί, η οικογένεια μετακομίζει σε μια κατάσταση κρίσης. Η πιο κοινή θέση για να ζητήσει βοήθεια για τα παιδιά και τις οικογένειές τους είναι μια ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Νοσηλευτές συναντούν κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, επείγοντα κέντρα φροντίδας, κλινικές και γραφεία. Οι νοσηλεύτριες μπορούν να διαδραματίσουν ζωτικό ρόλο στην παροχή βοήθειας σε αυτά τα παιδιά και τις οικογένειές τους, ενεργοποιώντας μια ομάδα ανθρώπων, οι οποίοι θα απαντήσουν με την αποκάλυψη του παιδιού (Σταβριανόπουλος, 2012).

Αν μια νοσηλεύτρια υποψιάζεται ότι ένα παιδί έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά, θα πρέπει να κάνει στο παιδί ερωτήσεις κατάλληλες για την ηλικία του και σχετικές με τη σεξουαλική δραστηριότητα. Αν γίνει η γνωστοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης, θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες παραπομπές και να συλλεχθούν τα κατάλληλα ιατροδικαστικά στοιχεία για την αποκάλυψη στις κατάλληλες αρχές. Εάν το παιδί αρνείται τη σεξουαλική δραστηριότητα, αλλά η νοσηλεύτρια συνεχίζει να υποψιάζεται σεξουαλική κακοποίηση, με βάση φυσικές αποδείξεις ή την συμπεριφορά του παιδιού ή και τα δύο, οι κοινωνικοί φορείς θα πρέπει να ενημερωθούν. Αποδεικτικά στοιχεία θα πρέπει να συλλέγονται, αν είναι δυνατόν. Κοινωνικοί φορείς θα διεξαγάγουν έρευνα του σπιτιού, της οικογένειας και των περιστάσεων. Οι νοσηλεύτριες δεν θα πρέπει να φοβούνται, ζητώντας έρευνα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες έχουν βάσιμες υποψίες απλά δεν έχουν αποδείξεις (Σταβριανόπουλος, 2012).

Η νοσηλεύτρια μπορεί να διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο στην υγεία και την ευημερία των παιδιών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Όλες οι περιπτώσεις των υπόπτων κακοποίησης των παιδιών θα πρέπει να αναφέρονται στις αρμόδιες αρχές. Οι νοσηλεύτριες μπορούν να αποκτήσουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και τη συλλογή των αποδεικτικών στοιχείων συμμετέχοντας σε μια σεξουαλική ανακριτική πορεία με παιδιατρική εστίαση. Μερικές φορές, τα παιδιά χρειάζονται προστασία από τους ενήλικες. Η σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών, είναι μία από εκείνες τις στιγμές. Η νοσηλεύτρια μπορεί να παρέχει ένα κρίσιμο ρόλο στον εντοπισμό των θυμάτων των παιδιών από σεξουαλική κακοποίηση, παραπέμποντας αυτά τα παιδιά για φροντίδα και προστασία από τις περαιτέρω σωματικές και ψυχολογικές βλάβες (Σταβριανόπουλος, 2012).

Ο πρώτος επαγγελματίας στον οποίο το παιδί ή ο έφηβος αποκαλύπτει τη σεξουαλική παραβίαση του μπορεί να εκπροσωπεί οποιοδήποτε κλάδο. Προϋπόθεση είναι να αισθάνεται το παιδί την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο αυτό, που θα διευκολύνει το κλίμα μέσα στο οποίο το παιδί θα καταθέσει το μυστικό του. Μπορεί να είναι δάσκαλος, κοινωνικός λειτουργός, ψυχολόγος, παιδίατρος, παιδοψυχίατρος, αστυνομικός, επισκέπτης υγείας, νοσηλεύτης, κ.ά. Συνήθως έχει προηγηθεί υπαινιγμός για σεξουαλική παραβίαση σε συγγενικό ή οικείο άτομο με τη φροντίδα του οποίου το παιδί φθάνει στον ειδικό. Το παιδί που υπάρχει υποψία να είναι θύμα σεξουαλικής παραβίασης από άτομο εκτός οικογένειας, μπορεί να αισθάνεται καλύτερα αν εξετασθεί με την παρουσία των γονέων του. Αντίθετα, παιδί για το οποίο υπάρχουν υπόνοιες για ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση θα πρέπει να εξεταστεί μόνο του και κάθε γονέας ξεχωριστά. Το παιδί δεν θα πρέπει να παρίσταται όταν οι γονείς ή άλλοι ενήλικες περιγράφουν τα γεγονότα. 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 διευκολύνει ένα μικρό παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα, δηλαδή, ανατομικές ή απλές κούκλες, υλικό για ζωγραφική, πηλό, εικόνες. Κατά τη συνέντευξη, θα πρέπει να καταγραφούν ο τρόπος και οι λέξεις που χρησιμοποιεί το παιδί για να περιγράψει τα γεννητικά του όργανα, το στήθος όπως και τις λειτουργίες τους. Επειδή πρέπει να προστατευτεί το παιδί από δευτερογενή κακοποίηση, θα πρέπει να εξασφαλισθεί ότι το παιδί θα μιλήσει μόνο σε έναν επαγγελματία, εξειδικευμένο σε συνεντεύξεις με παιδιά. Η βιντεοσκόπηση της συνέντευξης κρίνεται ως σημαντική εφ' όσον εξασφαλίζει στο παιδί τη δυνατότητα για αποκάλυψη, ενώ ακολούθως η επιστημονική μονάδα που θα αναλάβει την περίπτωση θα μελετήσει την ταινία και θα γνωματεύσει βάσει αυτής, ως προς το α' σκέλος της αποκάλυψης της τραυματικής εμπειρίας. Σε περίπτωση που το παιδί είναι πολύ φοβισμένο, η εξέταση και η λήψη ιστορικού πρέπει να αναβληθούν και να εξηγηθεί στο παιδί γιατί. Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο ενδείκνυται όταν

1. υπάρχουν σοβαρές σωματικές βλάβες
2. διαφαίνεται σοβαρό συναισθηματικό τραύμα
3. υπάρχει κίνδυνος για περαιτέρω κακοποίηση του παιδιού, οποιασδήποτε μορφής.

Η νοσηλεία μπορεί να λειτουργήσει ως ασπίδα σωτηρίας, ως μεταβατικός και θεραπευτικός χώρος ο οποίος θα συμβάλλει στο πέρασμα από την κρίση της αποκάλυψης στην ανακούφιση της αντιμετώπισης. Όπως και στη σωματική

κακοποίηση και παραμέληση, η στάση των επαγγελματιών θα καθορίσει το κλίμα και το περιεχόμενο της αποκάλυψης. Στην περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης, τα συναισθήματα που κατακλύζουν τους επαγγελματίες είναι πιο έντονα όπως και οι αντιστάσεις και η αμηχανία. Γι' αυτό, μόνο ο καλά ενημερωμένος και έμπειρος επαγγελματίας θα πρέπει να αναλαμβάνει την ευθύνη της διαχείρισης της αποκάλυψης. Όσον αφορά τους γονείς, οι επαγγελματίες δεν έχουν το δικαίωμα να το αποκρύψουν από αυτούς, ακόμα και όταν υποψιάζονται ενδοοικογενειακή ευθύνη για το γεγονός, δηλαδή θα πρέπει να τους λένε μόνο αυτό που πραγματικά βλέπουν και πιστεύουν. Σημαντικό είναι να τους βοηθήσουν να κατανοήσουν ότι ένα παιδί σπανίως μπορεί να κατασκευάσει ένα ψέμα για τη δική του θυματοποίηση. Οφείλουν να συζητήσουν με τους γονείς με σταθερότητα για το γεγονός, αλλά με τρόπο ευαίσθητο και μη επικριτικό, αναγνωρίζοντας τα δικά τους συναισθήματα εκείνη τη στιγμή. Εφ' όσον οι επαγγελματίες κρίνουν ότι χρειάζεται να νοσηλευτεί το παιδί για έναν τουλάχιστον από τους λόγους που αναφέρθηκαν, ζητείται από τους γονείς να συναινέσουν. Εφ' όσον δεν συμφωνούν, τότε θα εξηγηθούν οι προβλέψεις του νόμου για "υποχρεωτική νοσηλεία" με εισαγγελική παρέμβαση. Η παρέμβαση αυτή δεν αιρεί τη διάθεση των επαγγελματιών για συνεργασία με την οικογένεια και αυτό πρέπει να διευκρινισθεί στους γονείς. Ανάλογες εξηγήσεις πρέπει να δοθούν στο παιδί σχετικά με όλα τα στάδια της διαγνωστικής διαδικασίας. Η γνώση αυτή βοηθάει στο παιδί να αισθανθεί σιγουριά, εφ' όσον θα ξέρει τι το περιμένει (Γυφτοπούλου, 2013).

3.

3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

3.1.1. Προστασία του παιδιού

Το παιδί με αυτοκαταστροφική ή αυτοκτονική συμπεριφορά θεωρείται ότι έχει βιώσει τραυματικές καταστάσεις και έχει αναπτύξει συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής στρες και κατάθλιψης και γι αυτό χρειάζεται να αντιμετωπίζεται άμεσα αναφορικά με το "τραύμα". Το "τραυματισμένο" παιδί μπορεί να παρατηρηθεί ότι επιχειρεί παράτολμα παιχνίδια ή κάνει ενέργειες που ενέχουν υψηλό βαθμό κινδύνου, υιοθετώντας παράδοξες συμπεριφορές με αυτοκαταστροφικό ή αυτοτιμωρητικό χαρακτήρα που απειλούν σοβαρά την ασφάλεια του. Προτεραιότητα για το νοσηλευτή αποτελεί η προστασία της ζωής του παιδιού που βίωσε τραυματικό γεγονός με την εκτίμηση και την πρόληψη παρακινδυνευμένης, αυτοκαταστροφικής και αυτοκτονικής συμπεριφοράς, αλλά και των κινδύνων που ενδεχομένως διατρέχει από ένα μη ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο διαβιεί. Επιπλέον, λόγω της ελλειμματικής προσοχής και της αδυναμίας συγκέντρωσης, ενδεχομένως να είναι επιρρεπείς σε ατυχήματα γι' αυτό επιβάλλεται να είναι εγκατεστημένος ένας υψηλός βαθμός ασφάλειας του περιβάλλοντος. Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο γι αυτούς τους λόγους να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί αναφορικά με την επίβλεψη – επιτήρηση του παιδιού, διατηρώντας ταυτόχρονα λεπτές ισορροπίες στη χρήση περιορισμών, τους οποίους θέτουν για την ασφάλεια και την προστασία του, ώστε να αποφευχθεί ο εκ νέου «τραυματισμός» του. Το νοσηλεύόμενο παιδί με "τραύμα" χρειάζεται προσωπική και αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα για την προστασία του και η εξασφάλιση της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδα επιτυγχάνεται με την προσωπική ανάθεσή του σε συγκεκριμένο νοσηλευτή (προσωπικός νοσηλευτής – key nurse). Ωστόσο, αυτός ο τύπος νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζει δυσκολίες στην εφαρμογή του μέσα στο πλαίσιο των υφιστάμενων νοσοκομειακών συνθηκών, καθώς προϋποθέτει επαρκή στελέχωση των παιδιατρικών – παιδοψυχιατρικών θεραπευτικών δομών, αλλά και επικαιροποιημένη γνώση σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εφαρμογές και σε θεραπευτικές επικοινωνιακές – συμβουλευτικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας παιδιών βασισμένης σε ενδείξεις (Ουζούνη, 2013).

3.1.2 Δημιουργία Θεραπευτικού Περιβάλλοντος

Η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος εντάσσεται μέσα σε κάθε θεραπευτικό σχεδιασμό με σκοπό το παιδί που νοσηλεύεται να αντλεί αισθήματα αυτοεκτίμησης, εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηθικής ενίσχυσης, ψυχικής άνεσης και προστασίας. Ειδικότερα χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην εγκαθίδρυση του συναισθήματος της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης στο παιδί, μέσα στο διαμορφωμένο θεραπευτικό περιβάλλον που το πλαισιώνει, δίνοντας του ευκαιρίες για περισσότερη έκφραση και λόγο. Επειδή το "τραυματισμένο παιδί είναι ευάλωτο σε κάθε είδους αναπάντεχες ανατροπές και αιφνιδιασμούς, η διατήρηση των ρυθμών της καθημερινότητας με σταθερότητα, συνέπεια και προβλεψιμότητα είναι απαραίτητες προϋποθέσεις του θεραπευτικού περιβάλλοντος που το πλαισιώνει, και το βοηθούν να μη βιώνει ανασφάλεια, φόβο και πανικό. Επίσης, σε ένα θεραπευτικό περιβάλλον το νοσηλευόμενο παιδί επιβάλλεται να προετοιμάζεται κατάλληλα για κάθε επώδυνη διαγνωστική εξέταση ή επέμβαση, με εξηγήσεις για τη διάρκειά της, αλλά και για την αποτελεσματική διαχείριση του πόνου που θα προκληθεί, ώστε να μειώνεται η επιπρόσθετη ψυχολογική και συναισθηματική του επιβάρυνση. Η διαχείριση του σωματικού πόνου σε παιδί με "τραύμα" αποτελεί μια μορφή δευτερογενούς πρόληψης της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, ώστε να μη λειτουργήσουν οι επώδυνες εμπειρίες νοσηλείας συσσωρευτικά στο "τραύμα" και επιβαρυνθεί η κατάσταση του. Όταν το παιδί παραμένει στο σπίτι, κάποιες φορές είναι δύσκολο να δομηθεί περιβάλλον που να του παρέχει ασφάλεια, συναισθηματική ζεστασιά και σταθερότητα και στην περίπτωση αυτή είναι πολύ βοηθητικό να παρέχονται συμβουλευτικές κατευθύνσεις στα άτομα που το φροντίζουν. Τις περισσότερες φορές χρειάζεται να προσφερθεί στους γονείς/φροντιστές κατάλληλη συμβουλευτική καθοδήγηση και για το λόγο αυτό συχνά προτείνεται θεραπεία με σκοπό την ψυχοσυναισθηματική τους ενδυνάμωση και ενίσχυση της ικανότητάς τους να υποστηρίζουν και να φροντίζουν αποτελεσματικά το "τραυματισμένο" παιδί, αλλά και για να μπορούν να του παρέχουν ασφαλές περιβάλλον (Ουζούνη, 2013).

3.1.3 Κάλυψη Διατροφικών Αναγκών

Στη μετατραυματική συμπτωματολογία συχνά εμφανίζονται διατροφικές διαταραχές (ανορεξία, υπερφαγία), οι οποίες χρειάζεται να αντιμετωπίζονται στην έναρξή τους. Είναι απαραίτητο για ένα παιδί που είναι ταραγμένο, καταπονημένο και οι μεταβολικές του ανάγκες είναι αυξημένες από την απελευθέρωση των "ορμονών του στρες", όπως η κορτιζόλη και οι κατεχολαμίνες, να ακολουθεί σωστό και ισορροπημένο διατροφικό πρόγραμμα. Συχνά το θέμα των διατροφικών αναγκών δεν εντάσσεται στις προτεραιότητες φροντίδας του παιδιού με αποτέλεσμα να δίνεται περισσότερη έμφαση και προσοχή στις δυσκολίες που εμφανώς αντιμετωπίζει ή στις εκδηλώσεις που έχει επειδή φαίνεται αναστατωμένο ή αποσυρμένο. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρατηρεί αν το παιδί ακολουθεί το ημερήσιο διατροφικό πρόγραμμα, να καταγράφει την πρόσληψη των κανονικών γευμάτων και της επαρκούς ενυδάτωσης, καθώς και να εφαρμόζει τις ενδεδειγμένες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ψυχογενούς υπερφαγίας. Η δυνατότητα επιλογής από το ίδιο το παιδί, των φαγητών που προτιμά, πολλές φορές λειτουργεί ως κίνητρο για την κάλυψη των διατροφικών του αναγκών και παράλληλα το βοηθά στην ανάκτηση του χαμένου ελέγχου, εφόσον του παρέχεται η ευκαιρία έκφρασης, άποψης και επιλογής για θέματα που το αφορούν (Ουζούνη, 2013).

3.1.4 Αντιμετώπιση Διαταραχών Ύπνου

Οι διαταραχές ύπνου συμπεριλαμβάνονται στις σοβαρές δυσκολίες που εμφανίζει ένα παιδί με μετατραυματική απάντηση. Εκτός από την αϋπνία και τους εφιάλτες, το παιδί αναπτύσσει άγχος όταν είναι η ώρα να κοιμηθεί, με αποτέλεσμα συχνά να παραμένει ξύπνιο για να ελέγχει το περιβάλλον, αλλά και για να αποφεύγει τη δυσφορία που του προκαλούν οι εφιάλτες. Ο νοσηλευτής για να διευκολύνει τον ύπνο του παιδιού φροντίζει να κλείνει την ημέρα του διασυνδέοντάς το με ένα ευχάριστο πρόγραμμα της επόμενης ημέρας. Όταν το παιδί είναι σε μικρή ηλικία, ο νοσηλευτής παραμένει δίπλα του μέχρι να κοιμηθεί, διαβάζοντας του ένα παραμύθι με αισιόδοξο περιεχόμενο και θετικό τέλος. Επίσης, δεν παραλείπει να το διαβεβαιώσει ότι θα βρεθεί αμέσως στο δωμάτιο του για ότι χρειαστεί, καλύπτοντας την ανάγκη του για ασφάλεια και προστασία (Ουζούνη, 2013).

3.1.5 Ενσυναισθητική Θεραπευτική Επικοινωνία

Επειδή για την εφαρμογή αποτελεσματικών θεραπευτικών επιλογών, ο νοσηλευτής χρειάζεται όχι μόνο να υποθέτει πως βίωσε ένα παιδί το τραύμα, αλλά και να γνωρίζει πως το έζησε το ίδιο, πως το ερμήνευσε καθώς και ποιες διαστάσεις του έχει δώσει, χρειάζεται να διαθέτει πέρα από κατάλληλες εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες θεραπευτικών τεχνικών προσέγγισης, ενσυναισθητική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής με τη θεραπευτική επικοινωνία βοηθά στην ανάπτυξη και στη χρήση κατάλληλου και συναισθηματικού λεξιλογίου από το παιδί, που το διευκολύνει στην ομαλοποίηση της έκφρασης των σκέψεων του και της λεκτικοποίησης των συναισθημάτων του. Ωστόσο, δεν μπορεί να αναμένεται από το παιδί να μην αισθάνεται αναστατωμένο όταν συμβαίνει να γίνονται έστω απλές ή τυχαίες νύξεις για το γεγονός που έχει βιώσει, ζώντας ακόμη στο απόηχο του "τραύματος". Η κατανόηση και η αποδοχή των αντιδράσεων του παιδιού, χωρίς κανένα ίχνος κριτικής, τις οποίες εκδηλώνει ως απόρροια της τραυματικής εμπειρίας, αλλά και της παλινδρομημένης συμπεριφοράς που πολλές φορές αναπτύσσει επειδή έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι λειτουργεί σε προηγούμενες ασφαλέστερες περιόδους της ζωής του, έχουν θεραπευτική επίδραση και το βοηθούν να εμπιστεύεται τους νοσηλευτές και τη φροντίδα που του προσφέρουν. Επιπρόσθετα, η κατανόηση και η αποδοχή ως κύρια συστατικά της ενσυναισθητικής επικοινωνίας, συμβάλλουν στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και στη συνεργασία του παιδιού, η οποία είναι απαραίτητη για να ακολουθήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα, παρέχοντας του ευκαιρίες για λεκτική επικοινωνία, σε ένα περιβάλλον που αποδέχεται όλο το φάσμα των εκδηλώσεων και των συναισθημάτων του. Συχνά τα παιδιά θεωρούν ότι το τραυματικό γεγονός προκλήθηκε από δική του ευθύνη δημιουργώντας τα αισθήματα ενοχής. Γι' αυτό η παροχή εξηγήσεων στο παιδί χρειάζεται να γίνεται με απλό και ενσυναισθητικό λόγο για να του δοθεί μια κατανοητή και κατάλληλη για την ηλικία του ερμηνεία. Πολλές φορές ακόμη, η χρήση αλληγορικού και παραβολικού λόγου μπορεί να συμβάλει στο να δοθεί μια επαρκής εξήγηση στο "τραυματισμένο" παιδί για ότι συνέβη με σκοπό να το ανακουφίσει (Ουζούνη, 2013).

3.1.6 Αποκατάσταση Της Έννοιας Του Έλεγχου

Το παιδί μετά από τη βίωση τραυματικού γεγονότος αισθάνεται ευάλωτο με ανίσχυρη βουλητική ικανότητα καθώς έχει την αίσθηση της απώλειας ελέγχου και της αδυναμίας να ορίσει καταστάσεις που το αφορούν, επειδή έχει διαμορφώσει μια εικόνα του κόσμου, στον οποίο δεν υπάρχει η έννοια της ασφάλειας. Όταν μάλιστα έχει υποστεί διαπροσωπική βία, λόγω της επιφυλακτικότητας που διατηρεί προς τους ανθρώπους δεν μπορεί να αναπτύξει κατάλληλες και ουσιαστικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η παρουσία αγαπημένων προσώπων που το παιδί εμπιστεύεται, όταν χρειάζεται να νοσηλευτεί ή να του παρασχεθεί φροντίδα μετατραυματικά στο σπίτι, του ενισχύουν το αίσθημα της ασφάλειας και της σιγουριάς, επειδή αισθάνεται ότι αν χρειαστεί θα υπάρχει κάποιος που θα το προστατεύσει. Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής που φροντίζει παιδιά μετά από τραυματική εμπειρία, χρειάζεται να έχει το προφίλ του ενήλικα που μόνο και με την παρουσία του μπορεί να παρέχει ασφάλεια και να δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Επιπλέον, αρκετές φορές λειτουργεί θεραπευτικά, ανάλογα με το τύπο του "τραύματος", η ανάληψη της φροντίδας του παιδιού από μια γυναίκα νοσηλεύτρια και ένα άνδρα νοσηλευτή, επειδή η νοσηλευτική προσέγγιση με τη μορφή αυτή υποκαθιστά το γονεϊκό πρότυπο. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να μεριμνούν, ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση του παιδιού στον έλεγχο της ζωής τους, παρέχοντας του ευκαιρίες για ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα του, γεγονός που το ενδυναμώνει και το βοηθά να ανακτήσει τη χαμένη εμπιστοσύνη στο εαυτό του. Επίσης, με την ενίσχυση της ανάκλησης και της αφήγησης εμπειριών ασφάλειας, αλλά και ικανοτήτων επίτευξης από το παιδί, παρέχεται η δυνατότητα της ενεργοποίησης της αίσθησης ελέγχου και της πεποίθησης ότι μπορεί να υπερασπιστεί και να προστατεύσει σε ανάλογες περιστάσεις τον εαυτό του. Επιπλέον, το "τραυματισμένο" παιδί επιτυγχάνει την ανάπτυξη της αίσθησης του ελέγχου, όταν μέσα από "πρόβες" που γίνονται σαν παιχνίδι κατορθώσει να αποκτήσει προσαρμοστική συμπεριφορά και να εξοικειωθεί με τρόπο αντιμετώπισης κινδύνων π.χ. να μάθει που θα αναζητήσει βοήθεια καλώντας ένα κατάλληλο τηλεφωνικό νούμερο ή αναζητώντας άμεσα κάποιο άτομο ή υπηρεσία. Ένας άλλος ενδεδειγμένος και αποτελεσματικός τρόπος αποκατάστασης της αίσθησης ελέγχου και δύναμης από το παιδί είναι να ενθαρρύνεται να "φροντίζει" το ίδιο άλλους, επειδή αυτό δρα ψυχοπροστατευτικά και επιτελεί καθοριστικό ρόλο στη μετατροπή του αισθήματος "τραυματικής αβοηθητότητας", σε προσφορά αρωγής

και προσωπικής δύναμης. Όταν τα παιδιά αισθάνονται ότι κάνουν κάτι με το οποίο θα προσφέρουν ανακούφιση, όπως να φροντίζουν ένα ζώακι ή να βοηθήσουν και θάλπουν τον εαυτό τους (Ουζούνη, 2013).

Στη Συμβολική Υπέρβαση Των Δυσκολιών οι νοσηλευτές με κάθε ευκαιρία χρειάζεται να επιχειρούν την ανάδειξη των υποτιμημένων ικανοτήτων και την ανάπτυξη του προσωπικού δυναμικού που κρύβει το παιδί, για να ανακτήσει την αυτοεκτίμησή του και να διεκδικήσει την αξιοπρέπειά του. Η ανάγνωση παραμυθιών που το περιεχόμενό τους αναφέρεται σε θέματα όπως, ότι παρά τις δυσκολίες που έχει ένα παιδί στο τέλος τα κατάφερε, καθώς και η θετική αναπλαισίωση της κατάστασης του μέσα από ήρωες που θαυμάζει, βοηθούν πολύ το παιδί με "τραύμα" να πιστέψει στις δυνατότητες που έχει και να εκλογικεύσει ακόμη και τις πλέον οδυνηρές καταστάσεις. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα παιδιού στο οποίο μετά από ακρωτηριασμό των κάτω άκρων χρειάστηκε να γίνει προσθήκη από τεχνητά μέλη και είπε "τώρα θα είμαι σαν Robo cop", αναδεικνύοντας την προσωπική του υπερβατική προσπάθεια να βρει τρόπο να υπερφαλαγγίσει συμβολικά τις δυσκολίες από το τραυματικό γεγονός (Ουζούνη, 2013).

Η συμβουλευτική βοήθεια στα παιδιά και στους γονείς για την επιστροφή στη φυσιολογική ρουτίνα εντάσσεται μέσα στα πλαίσια της αποκατάστασης μετά από "τραύμα". Η ενθάρρυνση της επιστροφής του παιδιού στις βασικές δραστηριότητες της ηλικίας του, όπως η συνέχιση των σχολικών του υποχρεώσεων και η επανασύνδεσή του με πράγματα που συνήθιζε να κάνει και το ευχαριστούσαν, διευκολύνει και προσδιορίζει την πορεία της αποκατάστασης του (Ουζούνη, 2013).

Είναι σημαντικό επίσης, να γίνει προετοιμασία του παιδιού για τις απαντήσεις που θα χρειασθεί να δώσει σε ερωτήσεις που ενδεχομένως θα του κάνουν οι συμμαθητές του, ή όποιο άλλοι για να μην βιώσει άγχος και να μην νοιώσει αμηχανία (Ουζούνη, 2013).

4.

4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης συνίσταται σε στρατηγικές πρόληψης και σε θεραπευτικές παρεμβάσεις από τη στιγμή που υπάρχει διαπιστωμένη κακοποίηση. Τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να αφορούν, είτε στην πρόληψη της πρόκλησης βλάβης στο παιδί, είτε στην πρόληψη της επανεμφάνισης της κακοποίησης ή να συσχετίζονται με την πρόληψη πριν υπάρξει το περιστατικό κακοποίησης. Οι αποδεκτές αυτών των προγραμμάτων μπορεί να είναι τα παιδιά, οι γονείς, οι επαγγελματίες του χώρου υγείας (π.χ. παιδίατροι, νοσηλευτές κ.ά.) και επαγγελματίες που έρχονται τακτικά σε επαφή με τα παιδιά όπως είναι οι δάσκαλοι. Τα προγράμματα πρόληψης μπορεί να πραγματοποιούνται σε σπίτια, σε σχολεία, σε νοσοκομεία ακόμη και σε κέντρα προστασίας ανηλίκων. Το νοσηλευτικό προσωπικό εξάλλου, μπορεί να έχει ένα πολυδιάστατο ρόλο στην αντιμετώπιση ενός κακοποιημένου παιδιού, διαμορφώνοντας μια ασφαλή σχέση με τα παιδιά αυτά. Οι προϋποθέσεις δε που καλείται το νοσηλευτικό προσωπικό να πληροί για να πετύχει στο σημαντικό αυτό έργο είναι (Αβραμικά, 2013):

- Εκπαίδευση στη παιδική κακοποίηση
- Ειδική εκπαίδευση σε ανάλογες οργανώσεις για την παιδική κακοποίηση
- Παρακολούθησεις συνεδρίων με σχετική θεματολογία
- Αρθρογραφία στο θέμα της παιδικής κακοποίησης

Οι αυξανόμενες γνώσεις επίσης για τις γνωστικές κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες των παιδιών εμπλουτίζουν τις προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες δεν περιορίζονται μόνο στις ομάδες υψηλού κινδύνου Νόμο 3500/2006. Οι προσπάθειες πρόληψης ουσιαστικά επικεντρώνονται είτε στη μείωση του κινδύνου έμφασης της παιδικής κακοποίησης, είτε στην αύξηση των προστατευτικών παραγόντων που αποτρέπουν την εμφάνιση της κακοποίησης. Η πρόληψη συνίσταται στην ευαισθητοποίηση του γενικότερου πληθυσμού για την παιδική κακοποίηση και για την άρση των κοινωνικών στάσεων που την συντηρούν, στην εκπαίδευση – ενημέρωση των παιδιών και των γονέων στην κατάρτιση των ειδικών που ασχολούνται με τα παιδιά και την κακοποίηση. Παρά το γεγονός ότι έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα πρόληψης είναι γεγονός ότι δεν έχουν αξιολογηθεί όλα για την αποτελεσματικότητά τους σε βάθος χρόνου και με αυστηρά επιστημονικά

κριτήρια. Έτσι κάποια από αυτά διαπιστώθηκε ότι είναι αποτελεσματικά, αλλά είναι υποσχόμενα και άλλα χρειάζεται να αξιολογηθούν μακροπρόθεσμα και με μεγαλύτερα και αντιπροσωπευτικά δείγματα πληθυσμού και άλλα δεν έχουν οδηγήσει σε σαφή συμπεράσματα. Επίσης, για ένα επιτυχημένο πρόγραμμα πρόληψης θα πρέπει να εντάσσεται στα πλαίσια μιας συντονισμένης εθνικής ίσως προσπάθειας όπου διάφοροι φορείς θα εμπλέκονται, θα συμμετέχουν ενεργά και θα επικεντρώνονται στο σύνολο των παραγόντων που λειτουργεί ανασταλτικά για την εμφάνισή τους (Αβραμίκα, 2013).

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 – όταν χρειάζεται – με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία του ενός γονέα ή του ζευγαριού των γονέων, ή όλων των μελών της οικογένειας (όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία). Η εμπλοκή των επαγγελματιών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, συχνά, 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 και την ωριμότητά του- όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις ανασφάλειες του, έτσι ώστε να μπορέσει με τη βοήθεια του ειδικού να διαπραγματευτεί το "τραύμα". Η ανάγκη για θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού ισχύει, άσχετα με το αν παραμένει ή απομακρυνθεί από τη φυσική του οικογένεια. Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως "θεραπευτική" θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής μονάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας, Κάθε χειρισμός του που αφορά είτε πρακτικά θέματα, είτε πολύπλοκες διεργασίες σχέσεων, θεωρείται ως θεραπευτικός εφόσον είναι αποτέλεσμα γνώσεων και πραγματοποιείται με μέτρο το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας. Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας θετικής συνεργασίας μεταξύ των θεραπειών και της οικογένειας, 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. 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 ή να ανεχθούν μια κακοποίηση και το παιδί να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούργιους διορθωτικούς μηχανισμούς. Η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την όσο το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι (Φερέτη, 1998):

- 1) Η φύση του βασικού προβλήματος (είδος κακοποίησης, σοβαρότητα, χρονιότητα κ.λπ.)
- 2) Η επιθυμία των γονέων να βοηθούν
- 3) Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίσουν σωστά την περίπτωση
- 4) Η επάρκεια των πηγών βοήθειας

Πρέπει να τονισθεί, ότι η άμεση προστασία του παιδιού κατά το στάδιο της οξείας οικογενειακής κρίσης ή η προγραμματισμένη τοποθέτησή του σε πλαίσιο κλειστής περίθαλψης – όταν χρειάζεται – δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά εντάσσονται στα πλαίσια της θεραπευτικής οικογενειακής προσέγγισης. 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. Η διασυνδεδετική θετική συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών της κοινότητας λειτουργεί ως πλέγμα προστασίας για την οικογένεια αλλά και για τους ίδιους τους επαγγελματίες. Ο μόνος επαγγελματίας που είναι δυνατόν να είναι επικίνδυνος τόσο για την περίπτωση όσο και για τον εαυτό του, εφόσον η επαγγελματική μοναξιά και εξάντληση δημιουργούν συχνά αισθήματα "παραίτησης" αλλά και "παντοδυναμίας". Το κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας που καλλιεργείται στα πλαίσια της δυναμικής, της διασυνδεδετικής συνεργασίας, αναπαράγεται στη δυναμική της σχέσης οικογένειας και υπηρεσιακού δικτύου και επηρεάζει θετικά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Η κλασική αντιμετώπιση των οικογενειών σε κρίση μέσω της μεθόδου της κοινωνικής εργασίας με άτομα, προέβλεπε έναν παθητικό πελάτη που ζητάει βοήθεια και έναν επαγγελματία που προσπαθεί να εντάξει το αίτημα του πελάτη στις παροχές του συστήματος. Με βάση την ακαμψία του συστήματος και την αδυναμία του να

προσφέρει λύσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε παιδιού και οικογένειας, ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός έδινε "ότι είχε", δηλαδή είτε οικονομική βοήθεια – εφόσον υπήρχε η ανάγκη μπορούσε να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα – είτε εισαγωγή παιδιού σε ίδρυμα κλειστής προστασίας. Η σταδιακή μείωση του πληθυσμού των παιδιών στα ιδρύματα και η αδυναμία της πολιτείας να λάβει δραστικές αποφάσεις για την κατάργηση των περισσοτέρων και η μετεξέλιξη ορισμένων από αυτά σε μικρά θεραπευτικά πλαίσια, προσφέρει τη δυνατότητα κενών θέσεων. Αποτέλεσμα είναι να διαμορφώνεται έτσι το αίτημα της οικογένειας – πελάτη του συστήματος. Ωστε εφόσον δεν υπάρχει τίποτα άλλο να της προσφερθεί, να αποδέχεται την προσφορά της θέσης στο ίδρυμα, με οτιδήποτε αυτό σημαίνει μακροπρόθεσμα για το παιδί και οικογένεια. Στην Ελλάδα, ο θεσμός της αναδοχής, αν και νομικά κατοχυρωμένος, αναπτύσσεται με κυμαινόμενη και ασαφή ποιότητα, κυρίως στο κέντρο, εφόσον δεν έχει προβλεφθεί η απαιτούμενη στελεχιακή υποδομή για την επιτυχή ανάπτυξη και αξιολόγησή του. Η αποκέντρωση των υπηρεσιών και η ανάθεση της ευθύνης της ποιότητας ζωής των πολιτών στον α' και β' βαθμό αυτοδιοίκησης δίνει μια μοναδική ευκαιρία για συνεργασία των δομών υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας σε τοπικό επίπεδο, έτσι ώστε οι λύσεις που προσφέρονται σε κάθε οικογένεια να είναι τοπικές, ευέλικτες και εύκολα αξιολογήσιμες (Φερέτη, 1998).

Η θεραπευτική παρέμβαση σε περιπτώσεις σεξουαλικής παραβίασης από άτομο έξω από την οικογένεια είναι λιγότερο πολύπλοκη από εκείνη που πραγματοποιείται μέσα στην οικογένεια. Η διαφορά του "έξω" από το "μέσα" συνίσταται στη λιγότερη ενοχοποιητική οικογενειακή λειτουργία, στη μειωμένη διάρκεια, στην προστασία του παιδιού από τους γονείς, στην έλλειψη επιπτώσεων στο παιδί από την έλλειψη θεραπευτικής παρέμβασης στον υπεύθυνο ενήλικα. Έτσι, η αποδοχή του γεγονότος από τους γονείς και τους αρμόδιους φορείς και η σύλληψη του υπαιτίου, εφ' όσον επιτυγχάνεται, λειτουργούν θεραπευτικά για το παιδί. Παρ' όλο που ο κίνδυνος έχει παρέλθει, τα παραπάνω δεν αρκούν, εφ' όσον το τραύμα του παιδιού και της οικογένειας παραμένει και πρέπει να εκφρασθεί. Κλασικές μέθοδοι όπως η οικογενειακή θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς, η παιγνιοθεραπεία και ψυχοθεραπεία του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του καθώς και η συμβουλευτική υποστήριξη των γονέων, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές (Φερέτη, 1998).

Σε άλλες χώρες με υψηλότερο ποσοστό αποκάλυψης, τομεποιημένες και οργανωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, χρησιμοποιείται με επιτυχία η ομαδική

θεραπεία παιδιών – θυμάτων σε μικρές ηλικιακά καθορισμένες ομάδες, αλλά και ενηλίκων υπαιτίων. Στην περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης μέσα στην οικογένεια, το να γίνει πιστευτή η αποκάλυψη του παιδιού από την άμεση οικογένεια, είναι βασική προϋπόθεση για την έκβαση αλλά και για τη μορφή της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. Η ψυχοπαθολογία του υπαιτίου ενήλικα, συνήθως πατέρα, της μητέρας και η διαταραχή της οικογενειακής λειτουργίας διαμορφώνουν το πλαίσιο της έκβασης. Η επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, η διεπιστημονικότητα της ομάδας, η αλληλοϋποστήριξη και η εποπτεία λειτουργούν καθοριστικά. Η προστασία του παιδιού-θύματος σε πλαίσιο παιδικής προστασίας, όταν χρειάζεται, αποτελεί μέρος από τη θεραπεία, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Βασική προϋπόθεση είναι το πρώτο πλαίσιο να έχει τη μορφή του “ξενώνα-κρίσης”, έτσι ώστε το παιδί να αισθανθεί άμεση ασφάλεια ενώ όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών, να γνωρίζουν ότι πρόκειται για μεταβατικό στάδιο. Η παραμονή στον ξενώνα δίνει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης που συνδέεται με την αποκάλυψη, προσφέρει προστασία στο παιδί και τη δυνατότητα για ουσιαστικό χρόνο διαγνωστικής διερεύνησης. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του “ξενώνα-κρίσης” είναι άλλη βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση. Η διεπιστημονική στελέχωση, η επιστήμη και η καθιερωμένη συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα, αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις στο στάδιο αυτό (Φερέτη, 1988).

Η εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας, αλλά κυρίως η αποδοχή της ευθύνης για τη σεξουαλική παραβίαση από τον πατέρα ή άλλο συγγενικό πρόσωπο, θα επηρεάσουν την έκβαση της περίπτωσης μετά το στάδιο του “ξενώνα-κρίσης”. Εφ’ όσον το γεγονός έχει αποκαλυφθεί στις αστυνομικές και δικαστικές αρχές, θα πρέπει να εξασφαλιστεί συνεργασία με το φορέα που έχει αναλάβει την περίπτωση έτσι ώστε οι ενέργειες να συντονιστούν. Το ποινικό σκέλος πρέπει να αποτελεί μέλος του θεραπευτικού περιεχομένου για το θύμα, τον υπεύθυνο, και ολόκληρη την οικογένεια. Το αστικό σκέλος, με τη μορφή ασφαλιστικών μέτρων για την προσωρινή αφαίρεση της γονεϊκής μέριμνας, εφ’ όσον αυτή αναθέτει σε φορέα παιδικής προστασίας, θα πρέπει να εξασφαλίζει απόλυτα το συμφέρον του παιδιού, όχι μόνο για προστασία αλλά και για ανάπτυξη και εξέλιξη, να εμπεριέχει περιοδικές πλήρεις αξιολογήσεις ανά τρίμηνο, στις οποίες το ίδιο το παιδί θα έχει ουσιαστικό ρόλο. Παρατηρείται με ανησυχητική συχνότητα, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες της

Ευρώπης, ότι η εμπλοκή του υπηρεσιακού συστήματος και των θεσμών σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής κυρίως σεξουαλικής παραβίασης, καταλήγουν συχνά σε δευτερογενή θυματοποίηση ενός ήδη θύματος. Το σύστημα, με πράξεις ενέργειας και παράλειψης, δεν διαθέτει την ευλυγισία, την κατανόηση, την αποδοχή των διαφόρων και το σεβασμό της ιδιαιτερότητας, αξίες που χαρακτηρίζουν το σωστό γονεϊκό ρόλο. Γι' αυτό, όλα τα εμπλεκόμενα μέρη του συστήματος πρέπει, σε κάθε ενέργειά τους, να εξασφαλίζουν το σεβασμό στα δικαιώματα του παιδιού. Ο θεσμός της επιστημονικής εποπτείας, με τη μορφή του εξωτερικού εξειδικευμένου στο θέμα επόπτη, συμβάλλει ουσιαστικά στο σκοπό αυτό. Διάφορες θεραπευτικές δυνατότητες με την πιο κλασική έννοια είναι (Φερέτη, 1998):

- Ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης
- Θεραπεία μέσω της τέχνης, βασισμένη στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω τεχνικών όπως ο χορός, η μουσική, η ζωγραφική, το θέατρο και άλλες μορφές έκφρασης
- Θεραπεία ομάδας για παιδιά και εφήβους, με διάφορους προσανατολισμούς
- Οικογενειακή θεραπεία με διάφορα σχήματα η οποία όμως προϋποθέτει: Α. την αναγνώριση της πράξης από τον ενήλικα υπεύθυνο, συνήθως πατέρα Β. την αναγνώριση από τον άλλο γονέα της ευθύνης του για τη μη προστασία του παιδιού, είτε από παθητική εμπλοκή (άρα συνενοχή) Γ. την αναγνώριση της παθολογικής δυσλειτουργίας από τα μέλη της οικογένειας.

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης μελέτης είναι η επισήμανση της σημαντικότητας του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης μέσω των προσφάτων μελετών και η διερεύνηση των επιπτώσεων της, στην ποιότητα ζωής του και του φροντιστή τους και ολόκληρης της οικογένειας. Επίσης, μέσα από την μελέτη αυτή προβάλλεται και ο ρόλος του νοσηλευτή σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της Ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pub Med, Google Scholar, SCOPUS και στην βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα και βιβλία δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο από τα τελευταία χρόνια. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης αποκλείοντας κάποια μέρη της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα, επιλέγοντας πηγές δημοσιευμένες μόνο στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Abstract 1

Child is father of the man: Child abuse and development of future psychopathology

Available epidemiological data indicate that the abuse of children within families is a very common phenomenon, and is still on the rise. Among others, abuse includes direct physical and emotional violence to the child, as well as the indirect emotional trauma of witnessing interparental violence. These early trauma experienced within the context of the family can influence the development of the child's personality as well as predispose towards the development of mental disorders in adulthood. There are some important factors influencing the occurrence of abuse, or the conditions predisposing it: certain parental personality traits appear to be instrumental, and the presence of individual psychopathology of parents is also connected with different forms of family dysfunction as a system, representing a variable which is interpolated in the quality of parenthood as the most important factor that determines long-term consequences on children and possible future psychopathology. The complex but tangible effects of parents' personality traits on the psychological development of children may contribute to the transgenerational transmission of abuse and violence. The phenomenon of domestic violence and abuse can be described from the perspective of the psychological and systemic theoretical postulates. According to systemic theory and practice, dysfunctional communication in the family is a significant predictor for domestic violence. Characteristics of dysfunctional communication include low levels of verbal expressiveness and emotional responsiveness, low tolerance to criticism and its interpretation as a threat or intimidation, and consequently increased anxiety and subsequent escalation of an argument into violence. Overall it seems that there may be a complex connection between parental personality and family interaction patterns, leading to dysfunctional communication which further amplifies the detrimental characteristics of family dynamics, and eventually escalates to violence. According to one theory, there may be a degree of transgenerational transmission of these communication patterns in children who have been victims of violence, thus propagating the conditions for violence, this time perpetrated by the victims themselves. Therefore there is a pressing need for prevention, perhaps through psychoeducation for parents or through early detection and treatment of traumatized children and adolescents, in the hope that the

transgenerational vicious cycle of violence may be broken (Lecic-Tosevki et al., 2014).

Περίληψη

Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η ενδοοικογενειακή παιδική κακοποίηση είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο που εξακολουθεί να βρίσκεται σε άνοδο. Μεταξύ άλλων, η κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική και συναισθηματική βία στο παιδί, καθώς και το έμμεσο συναισθηματικό τραύμα που προκαλείται όταν το παιδί γίνεται μάρτυρας διαγονεϊκής βίας. Οι πρώιμες ενδοοικογενειακές τραυματικές εμπειρίες μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας του παιδιού, καθώς και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή. Υπάρχουν μερικοί σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της κακοποίησης και τις συνθήκες που την προ- διαθέτουν: Καθοριστικής σημασίας φαίνεται να είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων και η παρουσία ψυχοπαθολογίας στους γονείς, τα οποία συνδέονται με διάφορες μορφές συστημικής δυσλειτουργίας της οικογένειας, και αντιπροσωπεύουν μια παράμετρο που κατ' επέκταση συνιστά την ποιότητα της γονικής λειτουργίας ως τον πιο καθοριστικό παράγοντα για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες για τα παιδιά και για τις πιθανές μελλοντικές τους ψυχοπαθολογικές. Η πολύπλοκη, πλην απτή, επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γονέων στην ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών μπορεί να συμβάλει στη διαγενεακή μετάδοση του φαινομένου της κακοποίησης και της βίας. Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας και της κακοποίησης μπορεί να περιγραφεί μέσω της ψυχολογικής και συστημικής θεώρησης. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία και πράξη, η δυσλειτουργική επικοινωνία στην οικογένεια αποτελεί έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την ενδοοικογενειακή βία. Μεταξύ των χαρακτηριστικών της δυσλειτουργικής επικοινωνίας περιλαμβάνονται τα χαμηλά επίπεδα λεκτικής εκφραστικότητας και συναισθηματικής απόκρισης, η μικρή ανοχή στην κριτική και η ερμηνεία αυτής ως απειλή ή εκφοβισμό, και κατά συνέπεια το αυξημένο άγχος και η επακόλουθη κλιμάκωση μιας διαφωνίας σε βία. Συνολικά, φαίνεται πως υπάρχει μια σύνθετη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας των γονέων και των προτύπων αλληλεπίδρασης στην οικογένεια, που οδηγεί σε δυσλειτουργική επικοινωνία, η οποία εντείνει περαιτέρω τα επιβαρυντικά χαρακτηριστικά της οικογενειακής δυναμικής, και τελικά κλιμακώνεται σε βία. Σύμφωνα με μια θεωρία, ως έναν βαθμό αυτά τα πρότυπα επικοινωνίας μεταδίδονται διαγενεακά σε παιδιά που

έχουν πέσει θύματα βίας, και με αυτόν τον τρόπο διαγωνίζονται οι προϋποθέσεις της βίας, αυτή τη φορά με θύτες τα ίδια τα θύματα. Ως εκ τούτου, υπάρχει πραγματική ανάγκη για πρόληψη, ίσως μέσω ψυχολογικής εκπαίδευσης των γονέων ή μέσω έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας των παιδιών και των εφήβων που έχουν υποστεί ψυχολογικό τραύμα, με την ελπίδα ότι ο διαγενεακός φαύλος κύκλος της βίας μπορεί να σπάσει .

Abstract 2

Prevention of Child Maltreatment

Pediatricians and other health care providers can play several important roles in the prevention of child maltreatment. This article aims to help pediatricians incorporate child abuse prevention into their practice. Resources for systematizing anticipatory guidance and screening for risk factors in child maltreatment are described. The modalities, strengths, and weaknesses of community-based prevention programs are discussed, and tools with which providers can identify the effectiveness of available community-based programs are offered. On a broader level, ways whereby pediatricians can advocate at the local, state, and national levels for policies and programs that support families and children are described (Lane, 2014).

Περίληψη

Οι παιδίατροι και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να παίξουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης. Αυτό το άρθρο έχει ως στόχο να βοηθήσει τους παιδίατρος να ενσωματώσουν την πρόληψη της παιδικής κακοποίησης στην πρακτική του. Περιγράφονται οι πόροι για τη συστηματοποίηση της προκαταβολικής καθοδήγησης και τη διαλογή για τους παράγοντες κινδύνου στην κακομεταχείριση παιδιών. Οι λεπτομέρειες, τα δυνατά και αδύνατα σημεία των προγραμμάτων πρόληψης με βάση την κοινότητα που συζητήθηκαν, και τα εργαλεία με τα οποία οι πάροχοι μπορούν να προσδιορίσουν την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων κοινοτικών προγραμμάτων που βασίζονται-προσφέρονται. Σε ευρύτερο επίπεδο, οι παιδίατροι έχουν βρει τρόπους με τους οποίους μπορούν να υποστηρίξουν σε τοπικό, πολιτειακό και εθνικό επίπεδο για τις πολιτικές και τα προγράμματα που υποστηρίζουν τις οικογένειες και τα παιδιά.

Abstract 3

Towards the prevention of the childhood sexual abuse cycle

This article is an appeal to physicians, psychologists, therapists, mental health facilities, social workers, health plans and governmental agencies to include prevention components into therapy offered to clients with a history of childhood sexual abuse (CSA). The sexual victimization of children has been found to be cyclic in nature with sons of today's victims becoming tomorrow's perpetrators. There are eighty (80) sequelae associated with CSA. Some of these sequelae are associated with perpetrators including: disassociation, powerlessness, isolation, lack of social skills, empathy deficits and irrational beliefs. Health care officials often misdiagnose CSA confusing it with one or more of its sequelae and all too often therapy is limited to these symptoms. Prevention of the CSA cycle demands a thorough intake interview, including a sexual history and proven interventions to help victims cope with their high levels of anxiety. This will empower them to overcome isolation by learning the appropriate social skills necessary for fulfilling their need for adult intimacy as well as confronting the many urban myths surrounding CSA (McQuillan, 2006).

Περίληψη

Αυτό το άρθρο είναι μια έκκληση προς τους ιατρούς, ψυχολόγους, θεραπευτές, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, προγράμματα υγείας και κυβερνητικούς φορείς να περιλαμβάνουν στοιχεία πρόληψης σε θεραπεία που προσφέρονται στους πελάτες με μια ιστορία της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (CSA). Η σεξουαλική θυματοποίηση των παιδιών έχει βρεθεί να είναι κυκλική φύσης, με τους γιους των σημερινών θυμάτων, να γίνονται οι δράστες του αύριο. Υπάρχουν ογδόντα (80) επακόλουθα που σχετίζονται με την CSA. Μερικές από αυτές τις συνέπειες που συνδέονται με τους δράστες, συμπεριλαμβάνουν: αποσύνδεση, αδυναμία, απομόνωση, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων, ελλείμματα ενσυναίσθησης και παράλογες πεποιθήσεις. Υπάλληλοι φροντίδας υγείας συχνά βρίσκονται σε σύγχυση με ένα ή περισσότερα από τα επακόλουθα της και πολύ συχνά η θεραπεία περιορίζεται σε αυτά τα συμπτώματα. Η πρόληψη του κύκλου CSA απαιτεί μια ενδελεχή συνέντευξη πρόσληψης, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής ιστορίας και αποδεδειγμένων παρεμβάσεων, για να βοηθήσει τα θύματα

να αντιμετωπίσουν τα υψηλά επίπεδα άγχους. Αυτό θα τους δώσει η δυνατότητα να βγουν από την απομόνωση, με την εκμάθηση των κατάλληλων κοινωνικών δεξιοτήτων, που είναι απαραίτητες για την εκπλήρωση της ανάγκης τους για ενήλικη οικειότητα, καθώς και την αντιμετώπιση των πολλών αστικών μύθων γύρω από τη CSA.

Abstract 4

Child neglect: developmental issues and outcomes

Objective: This article highlights the manner in which child neglect, the most common form of maltreatment, affects children's development.

Method: The review is organized according to three developmental periods (i.e., infancy/preschool, school-aged and younger adolescents, and older adolescents and adults) and major developmental processes (cognitive, social-emotional, and behavioral). Although the focus is on specific and unique effects of various forms of child neglect, particular attention is paid to studies that allow comparisons of neglect and abuse that clarify their similarities and differences.

Results: Past as well as very recent findings converge on the conclusion that child neglect can have severe, deleterious short- and long-term effects on children's cognitive, socio-emotional, and behavioral development. Consistent with attachment and related theories, neglect occurring early in life is particularly detrimental to subsequent development. Moreover, neglect is associated with effects that are, in many areas, unique from physical abuse, especially throughout childhood and early adolescence. Relative to physically abused children, neglected children have more severe cognitive and academic deficits, social withdrawal and limited peer interactions, and internalizing (as opposed to externalizing) problems.

Conclusions: The current review offers further support for the long-standing conclusion that child neglect poses a significant challenge to children's development and well-being (Hildyard et al., 2002).

Περίληψη

Στόχος: Το άρθρο αυτό τονίζει τον τρόπο με τον οποίο η παραμέληση των παιδιών, είναι η πιο κοινή μορφή κακοποίησης, επηρεάζει την ανάπτυξη των παιδιών.

Μέθοδος: Η αναθεώρηση είναι οργανωμένη σύμφωνα με τρεις αναπτυξιακές περιόδους (δηλαδή, βρεφική ηλικία / προσχολική, σχολική ηλικία και νεότεροι έφηβοι και μεγαλύτεροι έφηβοι και ενήλικες) και τις μεγάλες αναπτυξιακές διαδικασίες (γνωστική, κοινωνική, συναισθηματική και συμπεριφορική). Παρά το γεγονός ότι η εστίαση είναι στην ειδική και μοναδική επίδραση των διαφόρων μορφών της παιδικής παραμέλησης, ιδιαίτερη προσοχή δίνεται σε μελέτες που επιτρέπουν τις συγκρίσεις της παραμέλησης και κακοποίησης που αποσαφηνίζει τις ομοιότητες και τις διαφορές τους.

Αποτελέσματα: Παλαιότερα, καθώς και πολύ πρόσφατα ευρήματα συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η παραμέληση των παιδιών μπορεί να έχει σοβαρές, επιβλαβείς βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη γνωστική των παιδιών, στη κοινωνικο-συναισθηματική και συμπεριφορική ανάπτυξη. Συνεπώς με την προσκόλληση και τις σχετικές θεωρίες, η παραμέληση που εμφανίζεται νωρίς στη ζωή είναι ιδιαίτερα επιζήμια για την μετέπειτα ανάπτυξη. Σε σχέση με σωματικά κακοποιημένα παιδιά, τα παραμελημένα παιδιά έχουν πιο σοβαρά γνωστικά και ακαδημαϊκά ελλείμματα, κοινωνική απόσυρση και περιορισμένες αλληλεπιδράσεις από ομότιμους, και την εσωτερίκευση (σε αντίθεση με την εξωτερίκευση) προβλήματα. Συμπεράσματα: Η τρέχουσα αναθεώρηση παρέχει περαιτέρω στήριξη για τα μακροχρόνια συμπεράσματα ότι η παραμέληση παιδιών αποτελεί σημαντική πρόκληση για την ανάπτυξη των παιδιών και την ευημερία.

Abstract 5

Fatal child maltreatment: characteristics of deaths from physical abuse versus neglect.

This study examined victim, family, and alleged perpetrator characteristics associated with fatal child maltreatment (FCM) in 685 cases identified by child welfare services in the state of Oklahoma over a 21-year period. Analyses also examined differences in child, family, and alleged perpetrator characteristics of deaths from abuse versus neglect. Case information was drawn from child welfare investigation records for all

FCM cases identified by the state Department of Human Services. Fatal neglect accounted for the majority (51%) of deaths. Children were primarily younger than age 5, and parents were most frequently the alleged perpetrators. Moreover, most victims had not been the subject of a child welfare report prior to their death. A greater number of children in the home and previous family involvement with child welfare increased children's likelihood of dying from neglect, rather than physical abuse. In addition, alleged perpetrators of neglect were more likely to be female and biologically related to the victim. These results indicate that there are unique family risk factors for death from neglect (versus physical abuse) that may be important to consider when selecting or developing prevention efforts (Damashek, A., Nelson, MM. & Bonner, BL., 2013).

Περίληψη

Αυτή η μελέτη εξέτασε το θύμα, την οικογένεια, και τα φερόμενα χαρακτηριστικά του δράστη που σχετίζονται με την θανατηφόρα παιδική κακοποίηση (FCM) σε 685 περιπτώσεις που προσδιορίζονται από τις υπηρεσίες παιδικής πρόνοιας στην πολιτεία της Οκλαχόμα σε μια περίοδο 21 ετών. Αναλύει επίσης διαφορές στο παιδί, την οικογένεια, και τα υποτιθέμενα χαρακτηριστικά του δράστη των θανάτων από κακοποίηση σε σχέση με την παραμέληση. Πληροφορίες συντάχθηκαν από τα αρχεία της έρευνας παιδικής πρόνοιας για όλες τις περιπτώσεις FCM που προσδιορίζονται από το κράτος και το Υπουργείο Ανθρωπίνων Υπηρεσιών. Θανατηφόρα παραμέληση αντιπροσώπευαν το μεγαλύτερο μέρος (51%) των θανάτων. Τα παιδιά ήταν κυρίως νεότεροι από την ηλικία 5, και οι γονείς ήταν πιο συχνά οι φερόμενοι ως δράστες. Επιπλέον, τα περισσότερα θύματα δεν είχαν αποτελέσει αντικείμενο μιας έκθεσης παιδικής πρόνοιας πριν από το θάνατό τους. Η αύξηση του αριθμού των παιδιών στο σπίτι και την προηγούμενη συμμετοχή της οικογένειας με την πιθανότητα να αυξηθεί η ευημερία των παιδιών των παιδιών της που πεθαίνουν από αμέλεια, παρά τη σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, φερόμενους ως δράστες της παραμέλησης είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι γυναίκες και βιολογικά σχετικές με το θύμα. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι υπάρχουν οι μοναδικοί παράγοντες της οικογένειας του κινδύνου για θάνατο από αμέλεια (έναντι σωματική κακοποίηση) που μπορεί να είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη κατά την επιλογή ή την ανάπτυξη των προσπαθειών πρόληψης.

Abstract 6

Preventing child maltreatment: An evidence-based update

Child maltreatment is a significant public health problem associated with a broad range of negative outcomes in children and adolescents that can extend into adulthood. This review summarizes information about programs aimed at the prevention of child maltreatment evaluated by controlled trials, with a focus on home visitation programs. It does not include programs aimed at prevention of child sexual abuse, the subject of a separate review in this series. We discuss those programs that include one or more measures of child maltreatment and related outcomes (reports of abuse and neglect, injuries, hospitalizations and emergency room visits). Most programs targeting at-risk families have not shown evidence of effectiveness in preventing abuse or neglect. An important exception is the Nurse Family Partnership (NFP), a program provided by nurses to first-time socially disadvantaged mothers beginning prenatally that has undergone rigorous evaluation in three randomized controlled trials. It has shown consistent effects in reducing reports of maltreatment and associated outcomes as well as additional benefits in maternal and child health in high-risk families. A second exception is the promising Early Start program provided by nurses and social workers to at-risk families beginning postnatally. One randomized controlled trial of the program has shown reduced rates of parental reports of severe abuse and hospital attendance for injuries and poisonings, based on records. The characteristics of the NFP and Early Start programs are discussed with special emphasis on ways in which they differ from other home visitation programs (Gonzalez & MacMillan, 2008).

Περίληψη

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία που συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών αποτελεσμάτων σε παιδιά και εφήβους, ικανό να επεκταθεί και στην ενήλικη ζωή. Η ανασκόπηση αυτή συνοψίζει τις πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα που στοχεύουν στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης που αξιολογείται από ελεγχόμενες μελέτες, δίνοντας έμφαση στα προγράμματα των κατ'οίκον επισκέψεων. Αυτό δεν περιλαμβάνει τα προγράμματα που αποσκοπούν στην πρόληψη της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, το

αντικείμενο μιας ξεχωριστής αναθεώρησης σε αυτή τη σειρά. Συζητάμε αυτά τα προγράμματα, που περιλαμβάνουν ένα ή περισσότερα μέτρα της παιδικής κακοποίησης και των σχετικών αποτελεσμάτων (εκθέσεις της κακοποίησης και παραμέλησης, τραυματισμούς, νοσηλείες και επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά). Τα περισσότερα προγράμματα που απευθύνονται σε οικογένειες που βρίσκονται σε κίνδυνο, δεν έχουν δείξει στοιχεία της αποτελεσματικότητας στην πρόληψη της κακοποίησης ή παραμέλησης. Μια σημαντική εξαίρεση είναι η οικογενειακή συνεργασία Νοσοκόμων (NFP), ένα πρόγραμμα που παρέχεται από τις νοσοκόμες, στις πρώτες κοινωνικά μειονεκτούσες μητέρες, που ξεκινούν πριν τον τοκετό, το οποίο έχει υποβληθεί σε αυστηρή αξιολόγηση σε τρεις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Έχει δείξει συνεπή αποτελέσματα όσον αφορά τη μείωση των αναφορών κακοποίησης και των συναφών αποτελεσμάτων, καθώς και πρόσθετων οφελών στην υγεία της μητέρας και του παιδιού σε οικογένειες υψηλού κινδύνου. Μια δεύτερη εξαίρεση είναι το πολλά υποσχόμενο πρόγραμμα πρόωρης εκκίνησης που παρέχεται από νοσοκόμες και κοινωνικούς λειτουργούς σε οικογένειες που διατρέχουν κίνδυνο και αρχίζουν μετά τη γέννηση. Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη του προγράμματος έδειξε μειωμένα ποσοστά γονικών αναφορών σοβαρής κακοποίησης και επίσκεψης στο νοσοκομείο για τραυματισμούς και δηλητηριάσεις, με βάση τα αρχεία. Τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων NFP και Πρώιμη Έναρξη συζητιούνται με ιδιαίτερη έμφαση για τους τρόπους με τους οποίους διαφέρουν από άλλα προγράμματα κατοίκων επισκέψεων.

Abstract 7

Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations

Child maltreatment (CM) is a significant public health problem, affecting hundreds of millions of children globally. CM has been linked to a variety of short- and long-term health consequences, including poor physical and mental health, changes to brain architecture and development, altered biological factors, reduced cognitive ability and educational achievement, and impaired psychosocial functioning. This article will define and describe the various types of CM and its epidemiology from a public health perspective that considers incidence, prevalence and consequences. The authors discuss risk and protective factors and approaches for the prevention of CM,

including key considerations for nurses to help identify potential victims and provide treatment and/or referrals.

It is clear that CM is a significant public health problem that can lead to lasting negative consequences for individuals, families, and society. However, it is important to note that child maltreatment is preventable. Essential to the prevention of CM is a multi-faceted approach that promotes safe, stable, and nurturing relationships and environments for all children and families. Nurses are in a critical position to serve as primary prevention practitioners, by promoting these safe, stable, and nurturing relationships and environments with all families with whom they come in contact. In addition, nurses play a key role in the identification of potential victims, and provision of treatment and/or referrals for victims of CM. Research shows that a healthier population begins in childhood, and nurses are on the front line in the effort to achieve this goal (Merrick, 2014).

Περίληψη

Η κακοποίηση παιδιών (CM) είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, που επηρεάζει εκατοντάδες εκατομμύρια παιδιά σε παγκόσμιο επίπεδο. CM έχει συνδεθεί με μια ποικιλία των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων συνεπειών για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της κακής σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλαγές στην αρχιτεκτονική και την ανάπτυξη του εγκεφάλου, μεταβολή στους βιολογικούς παράγοντες, μειωμένη γνωστική ικανότητα και του εκπαιδευτικού επιτεύγματος, και εξασθενημένη ψυχοκοινωνική λειτουργία. Αυτό το άρθρο θα καθορίσει και θα περιγράψει τα διάφορα είδη της CM και την επιδημιολογία της από την άποψη της δημόσιας υγείας που θεωρεί επίπτωση, τον επιπολασμό και τις συνέπειες του. Οι συγγραφείς συζητούν κινδύνους και προστατευτικούς παράγοντες και προσεγγίσεις για την πρόληψη της CM, συμπεριλαμβανομένων βασικών ζητημάτων για το πώς οι νοσοκόμες μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό πιθανών θυμάτων και την παροχή θεραπείας ή / και παραπομπές.

Είναι σαφές ότι CM είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνιες αρνητικές συνέπειες για τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινωνία. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η παιδική κακοποίηση μπορεί να προληφθεί. Ουσιαστικής σημασίας για την πρόληψη της CM είναι μια πολύπλευρη προσέγγιση που προωθεί την ασφαλή, σταθερή, ανατροφή και τις ασφαλείς σχέσεις

στο περιβάλλον για όλα τα παιδιά και τις οικογένειες τους. Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε κρίσιμη θέση να εξυπηρετήσουν τους επαγγελματίες ως πρωτογενής πρόληψη, προωθώντας αυτές τις ασφαλές, σταθερές σχέσεις της ανατροφής και ένα ασφαλές σταθερό περιβάλλον για όλες τις οικογένειες με τις οποίες έρχονται σε επαφή. Επιπλέον, νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στον εντοπισμό των πιθανών θυμάτων και την παροχή θεραπείας ή / και παραπομπές για τα θύματα της CM. Η έρευνα δείχνει ότι ένας πιο υγιείς πληθυσμός αρχίζει στην παιδική ηλικία, και οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της προσπάθειας για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Abstract 8

The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial.

Background: Child maltreatment is a great public health concern that has long-term mental and physical health consequences and can result in death. We studied the effect of a nurse home visiting program on child maltreatment among young disadvantaged families in the Netherlands. This study is the first to investigate the effects of this program outside of the United State.

Methods: We conducted a single blind, parallel-group, randomized controlled trial that compared usual care with the nurse home visitation program, which began during pregnancy and continued until the children's second birthdays, in 460 disadvantaged women who were pregnant for the first time and <26 years of age. The primary outcome was the existence of a report about the child from a child protecting services agency (CPS reports). Secondary outcome measures included home environment and child behavior.

Results: Two hundred twenty-three participants were assigned to the control group, and 237 were assigned to the intervention group. Three years after birth, 19% of the children in the control group had a CPS report. The 11 percent of children in the intervention group with CPS files was significantly lower (relative risk 0.91, p-value 0.04). At 24 months, the intervention group scored significantly better on the IT-HOME. At 24 months after birth, the children in the intervention group exhibited a significant improvement in internalizing behavior (relative risk 0.56, p-value 0.04) but

no evidence of a difference from the control group in externalizing behavior (relative risk 0.71, p-value 0.12). Conclusion the number of CPS reports for the intervention group was significantly lower than that of the control group. Additionally, the long-term home environments were improved and internalizing behaviors of the children were lower in the intervention group (Mejdoubi, et al., 2015).

Περίληψη

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για τη δημόσια υγεία που έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ψυχική και σωματική υγεία και μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Μελετήσαμε την επίδραση της επίσκεψης νοσηλεύτριας στο σπίτι σχετικά με την παιδική κακοποίηση των νέων μειονεκτούσων οικογενειών στην Ολλανδία. Αυτή η μελέτη είναι η πρώτη η οποία ερευνά τις επιδράσεις του προγράμματος αυτού έξω από τις Ηνωμένες Πολιτείες.

Μέθοδοι: Πραγματοποιήσαμε μια ενιαία τυφλή μελέτη, παράλληλων ομάδων, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη που συνέκρινε τη συνήθη φροντίδα με το πρόγραμμα επισκέψεων νοσοκόμα στο σπίτι, η οποία ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνεχίστηκε μέχρι το δεύτερα γενέθλια των παιδιών, σε 460 γυναίκες σε μειονεκτική θέση που ήταν έγκυος για πρώτη φορά και <26 ετών. Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η ύπαρξη μιας έκθεσης σχετικά με το παιδί από την προστασία του παιδιού γραφείο υπηρεσιών (εκθέσεις CPS). Δευτερογενή μέτρα αποτελέσματα συμπεριλαμβάνεται το οικιακό περιβάλλον και η συμπεριφορά του παιδιού.

Αποτελέσματα: Διακόσια είκοσι τρεις συμμετέχοντες είχαν ανατεθεί στην ομάδα ελέγχου, και 237 είχαν ανατεθεί στην ομάδα παρέμβασης. Τρία χρόνια μετά τη γέννησή του, το 19% των παιδιών της ομάδας ελέγχου είχαν μια έκθεση στην παιδική κακοποίηση. Το 11 τοις εκατό των παιδιών στην ομάδα παρέμβασης με αρχεία παιδικής κακοποίησης ήταν σημαντικά χαμηλότερη (σχετικός κίνδυνος 0,91, p-value 0,04). Στους 24 μήνες, η ομάδα παρέμβασης σημείωσε σημαντικότερα αποτελέσματα από την ομάδα. Στους 24 μήνες μετά τη γέννηση, τα παιδιά στην ομάδα παρέμβασης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην εσωτερική συμπεριφοράς (σχετικός κίνδυνος 0,56, p-value 0,04), αλλά καμία ένδειξη διαφορά από την ομάδα ελέγχου σε εξωτερική συμπεριφοράς (σχετικός κίνδυνος 0,71, p-value 0.12). Σύναψη :Ο αριθμός των αναφορών CPS για την ομάδα παρέμβασης ήταν σημαντικά χαμηλότερη

από εκείνη της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα στις περιβαλλοντικές συνθήκες του σπιτιού σπίτι περιβάλλοντα βελτιώθηκαν και η εσωτερική συμπεριφοράς των παιδιών ήταν χαμηλότερα στην ομάδα παρέμβασης.

Abstract 9

Characteristics of Sexually Abused Children and Their Nonoffending Mothers Followed by Child Welfare Services: The Role of a Maternal History of Child Sexual Abuse.

Considering the importance of mother's support in the adaptation of a sexually abused child, it is relevant to determine if the mothers and children involved in an intergenerational cycle of child sexual victimization differ from dyads in which only the child has been abused. The purpose of this study was to compare mother-child dyads with sexually abused children according to whether the mother had herself been victim of child sexual abuse. The sample included 87 dyads with sexually abused children aged 3-18 years old and their mothers (44 reporting maternal and child abuse), followed by social welfare services of the province of Quebec (Canada). The two groups of mothers were compared on their past family abuse experiences and past family relations, their mental health history, their current psychological distress, their parenting behaviors, and their current levels of family functioning. Children were compared on their adaptation. Multivariate analyses indicated that mothers reporting child sexual abuse were more likely to report more other maltreatments in their childhood and greater prevalence of lifetime history of alcohol abuse disorders, dysthymia, and panic disorder compared with mothers who had not experienced CSA. Compared to children whose mothers had not experienced CSA, those whose mothers had experienced CSA showed higher rates of problems behaviors and were more likely to report having been sexually abused by a trusted person. These results highlight the specific clinical needs for the assessment and treatment for sexually abused children whose mothers experienced child sexual abuse (Baril, K., Tourigny, M., Paillé, P. & Pauzé, R., 2016).

Περίληψη

Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία της υποστήριξης της μητέρας στην προσαρμογή ενός κακοποιημένου σεξουαλικά παιδιού, είναι σημαντικό να καθοριστεί εάν οι μητέρες και τα παιδιά συμμετέχουν σε ένα φαύλο κύκλο της παιδικής σεξουαλικής θυματοποίησης, διαφέρουν από δυάδες των οποίων μόνο το παιδί έχει κακοποιηθεί. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να συγκρίνει τη μητέρα-παιδί δυάδες με σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών ανάλογα με το αν η μητέρα είχε η ίδια θύμα του παιδιού sexualabuse. Το δείγμα περιλάμβανε 87 δυάδες με σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά ηλικίας 3-18 ετών και τις μητέρες τους (44 αναφοράς της μητρικής και παιδικής κακοποίησης), ακολουθούμενη από τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας της επαρχίας του Κεμπέκ (Καναδάς). Οι δύο ομάδες μητέρων συγκρίθηκαν για τις εμπειρίες του παρελθόντος τους familyabuse παρελθόν και οικογενειακές σχέσεις, την ιστορία της ψυχικής υγείας τους, την τρέχουσα ψυχολογική δυσφορία τους, γονικές συμπεριφορές τους, και τα σημερινά τους επίπεδα της οικογενειακής λειτουργίας. Παιδιά συγκρίθηκαν σχετικά με την προσαρμογή τους. αναλύσεις πολυμεταβλητή έδειξαν ότι οι μητέρες αναφορά childsexual κακοποίηση ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν περισσότερες άλλες κακομεταχείριση στην παιδική τους ηλικία και μεγαλύτερη επικράτηση της ιστορίας της ζωής της abusedisorders αλκοόλ, δυσθυμία, και διαταραχή πανικού σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν είχαν βιώσει CSA. Σε σύγκριση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες δεν είχαν βιώσει CSA, εκείνοι των οποίων οι μητέρες είχαν βιώσει CSA έδειξε υψηλότερα ποσοστά προβλημάτων συμπεριφορές και είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά από έναν έμπιστο πρόσωπο. Τα αποτελέσματα αυτά υπογραμμίζουν τις συγκεκριμένες κλινικές ανάγκες για την αξιολόγηση και τη θεραπεία για την σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών των οποίων οι μητέρες βιώνουν σεξουαλική κακοποίηση παιδιών.

Abstract 10

Can family pediatricians in Italy identify child abuse? A survey.

The introduction of the concept of child abuse has radically changed the mode of interaction between pediatricians and children, but also the practice of sanitary

personnel in primary care centers, who are often the first to see victims of maltreatment. This study aims at illustrating the results of a questionnaire sent to family doctors, pediatricians and hospitals in Milan and surrounding areas concerning child abuse. Among all the operators, 273 returned the questionnaires. The results show scarce knowledge on how to report to judicial authority in cases of child abuse (51.5%), mainly because of lack of basic information concerning the manner of reporting. For what concerns specific training, almost half the subjects recruited for the study admitted not to have attended any congress or meeting concerning child maltreatment in the last three years. In the same time span, more than one third has not read any scientific articles concerning child abuse. In addition, 75.6% admit to not ever having attended any professional training course concerning child maltreatment. This study highlights the scarce knowledge on the behalf of pediatricians and general practitioners regarding how to deal with child abuse and the importance of proper training programs (Romeo, L. et al., 2016).

Περίληψη

Η εισαγωγή της έννοιας της παιδικής κακοποίησης έχει αλλάξει ριζικά τον τρόπο αλληλεπίδρασης μεταξύ των παιδιάτρων και των παιδιών, αλλά και την πρακτική της υγιεινής του προσωπικού σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίοι είναι συχνά το πρώτο για να δείτε τα θύματα της κακοποίησης. Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να απεικονίζουν τα αποτελέσματα ενός ερωτηματολογίου που έστειλε στην οικογένειά τους γιατρούς, παιδιάτρους και νοσοκομεία στο Μιλάνο και τις γύρω περιοχές, σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών. Ανάμεσα σε όλες τις επιχειρήσεις, 273 επέστρεψαν τα ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα δείχνουν λιγιστές γνώσεις σχετικά με το πώς να υποβάλει έκθεση στο δικαστική αρχή σε περιπτώσεις κακοποίησης παιδιών (51,5%), κυρίως λόγω της έλλειψης βασικής πληροφορίας σχετικά με τον τρόπο υποβολής των εκθέσεων. Για ότι αφορά την ειδική εκπαίδευση, σχεδόν τα μισά από τα θέματα που θα προσληφθεί για τη μελέτη δεν παραδέχθηκε ότι έχει παρακολουθήσει κάποιο συνέδριο ή συνάντηση σχετικά με την παιδική κακοποίηση κατά τα τελευταία τρία χρόνια. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, περισσότερο από το ένα τρίτο δεν έχει διαβάσει κανένα επιστημονικά άρθρα σχετικά με την παιδική κακοποίηση. Επιπλέον, 75,6% παραδέχονται ότι δεν έχει ποτέ

παρακολουθήσει οποιοδήποτε επαγγελματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης σχετικά με την παιδική κακοποίηση. Η μελέτη αυτή αναδεικνύει την περιορισμένη γνώση σχετικά με την εκ μέρους των παιδιάτρων και των γενικών ιατρών σχετικά με το πώς να ασχοληθεί με την κακοποίηση των παιδιών και τη σημασία των κατάλληλων προγραμμάτων κατάρτισης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τραυματικά βιώματα επηρεάζουν άμεσα ένα παιδί σε φυσικό, διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, έχοντας επιπτώσεις στην ομαλή ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη, στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του και στην ποιότητα της παιδικής και ενήλικης ζωής του. Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα ζήτημα, οι συνέπειες του οποίου έχουν διάρκεια και επηρεάζουν και τη μετέπειτα ζωή του παιδιού, μετατρέποντάς το σε έναν ενήλικα που αντιμετωπίζει δυσκολίες σε διάφορες σημαντικές πτυχές της ζωής του. Δημιουργεί άτομα με έντονα προβλήματα στις προσωπικές τους σχέσεις, τα οποία δυσκολεύονται να αγαπήσουν και να εμπιστευτούν, έχουν τάση προς καταχρήσεις, εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές, όπως διαταραχή μετατραυματικού στρες, προβλήματα προσαρμοστικότητας και κατάθλιψη. Επίσης, οι άνθρωποι που υπέστησαν κακοποίηση όταν ήταν παιδιά ενδέχεται να προβούν οι ίδιοι σε κακοποίηση παιδιών όταν ενηλικιωθούν. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει θεραπευτικές τεχνικές για να φροντίσει παιδιά μετά από βίωση τραυματικού γεγονότος στην κοινότητα, αλλά και σε κλινικό περιβάλλον. Είναι επίσης αναγκαίο να διαμορφωθούν προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας που να βασίζονται σε ενδείξεις από συστηματικές ανασκοπήσεις. Ο νοσηλευτής έχει βασικό ρόλο στον εντοπισμό των πιθανών θυμάτων και την παροχή θεραπείας ή / και παραπομπές για τα θύματα παιδιών με κακοποίηση. Η κακοποίηση του παιδιού δεν είναι ένα απλό πρόβλημα με εύκολες λύσεις. Παρόλα αυτά δεν είναι ακατόρθωτες οι βελτιώσεις στον τομέα της πρόληψης, της προστασίας και της θεραπείας του παιδιού. Υπάρχει πλέον αρκετή γνώση και εμπειρία στο αντικείμενο αυτό, ώστε η αντιμετώπιση του προβλήματος να καθίσταται δυνατή από οποιαδήποτε χώρα. Ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης είναι η έλλειψη πληροφόρησης. Ένας υγιής πληθυσμός αρχίζει στην παιδική ηλικία, και οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της προσπάθειας για την επίτευξη αυτού του στόχου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anna Dimitrova-Stull, 2014. *Violence towards children in the EU*. European Parliamentary Research Service
- Butchart A & Phinney, 2006. *Preventing Child Maltreatment A Guide To Taking Action And Generating Evidence*. Geneva: World Health Organization
- Gonzalez A & Macmillan HI, 2008. *Preventing Child Maltreatment An Evidence-Based Update*. Journal Of Postgraduate Medicine, 54 (4), P. 280-286
- John C. Clemmons, Kate Walsh, David K. Dililo Terri L. Messman-Moore 5-01-2007. *Unique and Combined Contributions of Multiple Child Abuse Types and Abuse Severity to Adult Trauma Symptomatology*. Faculty Publications, Department of Psychology
- Lecic-Tosevki, D et al, 2014. *Child Is Father Of The Man: Child Abuse And Development Of Future Psychopathology*. PSYCHIATRIKI, 25 (3), P. 185-191
- Lane Wg, 2014. *Prevention Of Child Maltreatment*. Pediatric Clinics Of North America, 61 (5), P. 873-888
- Luxner Ik, 2005. *Delmar's pediatric nursing care plans*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Mcquillian, ct, 2006. *Towards the prevention of the childhood sexual abuse cycle*. Boletin de la asociacion medica de Puerto rico, 98 (2). P.88-96.
- Merrick, Natasha E., Lutzman, 2014. *Child maltreatment: a public health overview and prevention considerations*
- Louise C, Selandres RN, Patric C, Crane, 2014. *The online journal of issues in nursing*
- Roberta Hibbard, Jane Barlow, Harriet Macmillan, 2012. *The Comitte On Child Abuse And Neglect And American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry, Child Maltreatment And Violence Comimittee*.
- Stavrianipoulos Theodosios, Ourania Gourvelou Ourania, 2012. *The role of the nurse in child sexual abuse in USA*, health science journal

- Romeo L1, Gibelli D, Giannotta F, Zocchi MT, Rossi RC, Kustermann A, Cattaneo C., 2016. *Characteristics of Sexually Abused Children and Their Nonoffending Mothers Followed by Child Welfare Services: The Role of a Maternal History of Child Sexual Abuse.*
- Baril K1, Tourigny M1, Paillé P1, Pauzé R2., 2016. *Characteristics of Sexually Abused Children and Their Nonoffending Mothers Followed by Child Welfare Services: The Role of a Maternal History of Child Sexual Abuse.*

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γυφτοπούλου Αγγελική, Κυριάκου Κατερίνα, Σταμάτη Δάφνη και Νικολαΐδης Γιώργος, 2013. *Ενέργειες των επαγγελματιών σε περιστατικά κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών*. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας του Ινστιτούτου Υγείας του παιδιού, Κέντρο για τη μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των παιδιών
- Φερέτη Ειρήνη, 1998. *Οδηγό για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Ινστιτούτο υγείας του παιδιού, Αθήνα.
- Καραμολέγκος, 2012. *Κακοποίηση παιδιών: ποιες μορφές παίρνει και τρόποι παρέμβασης*.
- Κίικια Μ & Κουτελέκος Λ, 2011. *Ο ρόλος της σωματικής τιμωρίας στα παιδιά*. Ανακτήθηκε από Το Βήμα του Ασκληπιού, 10^{ος} τόμος, 3^ο τεύχος.
- Κουμούλα Α & Σκλάβου Κ, 2013. *Κακοποίηση: Όταν τα παιδικά όνειρα γίνονται εφιάλτες*. Εκδόσεις: Σταφυλά Θωμαΐς
- Αβραμικά Μ, Λαφαζάνη Π, Στεφανούδη Ε, 2013. *Παιδική κακοποίηση και παρεμβάσεις*.
- Μπαλούρδος Διονύσης, Φρονίμου Έμμου, Αθήνα, 2011. *Πρόληψη Κακοποίησης και Παραμέλησης των παιδιών*.
- Ντόκου Λυδία, 2014. *Παιδική Κακοποίηση: Πρόσφατα Επιδημιολογικά Στοιχεία και Αιτιολογικοί Παράγοντες*.
- Σαλπιστής Σάββας, 2013. *Ενδοοικογενειακή βία. Ψυχολογία παιδιού, γονεϊκότητα*.
- Ουζούνη Χριστίνα, Νακάκης Κωνσταντίνος, 2013. *Νοσηλευτική φροντίδα παιδιών μετά από τραυματικό γεγονός*. Τόμος 12, τεύχος 2, Το Βήμα του Ασκληπιού
- Παναγοπούλου Σταύρος, 2016. *Ορισμός της οικογένειας σύμφωνα με το παγκόσμιο συμβούλιο οικογενειών*.