

Πανεπιστήμιο Πατρών
Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών
Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ
ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ
MUNCHAUSEN ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Φοιτητές

Ηλιοπούλου Εμμανουέλα

Μαργαρίτη Γεωργία

Μπαχτή Γαρυφαλιά

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Φαρμακοπούλου Ιγνατία

Πάτρα, 2022

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

1.1. Εννοιολογικοί Ορισμοί.....	9
1.2. Ιστορική Αναδρομή του κοινωνικού φαινομένου.....	10
1.2.1. Αρχαία Ελλάδα.....	11
1.2.2. Βυζαντινή Περίοδος.....	12
1.2.3. Νεότεροι Χρόνοι.....	14
1.2.4. Σημερινή Εποχή.....	16
1.3. Βασικές Μορφές κακοποίησης.....	17
1.3.1. Παραμέληση.....	18
1.3.2. Σωματική.....	19
1.3.2. Συναισθηματική-Λεκτική.....	20
1.4. Θεωρητικά Μοντέλα.....	21
1.4.1. Ιατρικό/Ψυχοπαθολογικό Μοντέλο.....	21
1.4.2. Κοινωνιολογικό Μοντέλο.....	22
1.4.3. Αναπτυξιακό Μοντέλο.....	23
1.4.4. Οικολογικό Μοντέλο.....	23
1.4.5. Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

2.1. Εννοιολογικοί Ορισμοί.....	25
---------------------------------	----

2.2.	Ιστορική Αναδρομή του Συνδρόμου.....	29
2.3.	Επιδημιολογικά Στοιχεία.....	30
2.4.	Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	32
2.5.	Μορφές Κακοποίησης Συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου.....	35
2.6.	Χαρακτηριστικά του Δράστη και Ψυχοπαθολογία.....	38
2.7.	Χαρακτηριστικά Θύματος.....	43
2.8.	Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του θύματος.....	45
2.8.1.	Στην παιδική ηλικία.....	45
2.8.2.	Στην ενήλικη ζωή.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

3.1.	Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού.....	48
3.2.	Ποινικές Συνέπειες Θύτη.....	51
3.3.	Κρατικοί φορείς.....	54
3.3.1.	Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.....	54
3.3.2.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ).....	57
3.3.3.	Συνήγορος του Πολίτη.....	60
3.3.4.	Κέντρο Προστασίας του Παιδιού «Μητέρα».....	61
3.3.5.	Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (Ε.Π.Α.Α.).....	63
3.4.	Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί (Μ.Κ.Ο.).....	64
3.4.1.	Μαζί για το παιδί.....	65
3.4.2.	Σύλλογος «Το Χαμόγελο του Παιδιού».....	66
3.4.3.	Ελίζα-Εταιρεία κατά της Κακοποίησης του Παιδιού.....	70
3.4.4.	Παιδικά Χωριά SOS.....	73

3.4.5. Κιβωτός του Κόσμου.....	75
--------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

4.1. Πρωτογενής Πρόληψη.....	77
4.2. Δευτερογενής Πρόληψη.....	77
4.3. Τριτογενής Πρόληψη.....	86

Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΙΚΡΟΚΛΙΜΑΚΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός της έρευνας.....	94
5.2. Πιλοτική Έρευνα.....	94
5.3. Ερευνητικά ερωτήματα.....	95
5.4. Είδος έρευνας.....	96
5.5. Πληθυσμός και δείγμα έρευνας.....	96
5.6. Μεθοδολογία δειγματοληψίας.....	97
5.7. Διασφάλιση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας της έρευνας.....	98
5.8. Δεοντολογικά Ζητήματα.....	99

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

6.1. Γενικά ευρήματα.....	101
6.2. Ειδικά Ευρήματα.....	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

7.1. Συμπεράσματα.....	136
7.2. Περιορισμοί της έρευνας.....	138

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	147

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που βοήθησαν μέσω της στήριξής τους, και ιδίως την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας, την Επίκουρη Καθηγήτρια κα. Φαρμακοπούλου Ιγνατία, για την έμπρακτη βοήθειά της σε όλα τα θέματα που μας δυσκόλεψαν, για τις καίριες κατευθύνσεις και τις εύστοχες υποδείξεις της.

Περίληψη

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται το ζήτημα της παιδικής κακοποίησης και εστιάζει σε μία ειδική μορφή σωματικής κακοποίησης, το σύνδρομο Munchausen Δι' Αντιπροσώπου.

Στο πρώτο μέρος της Πτυχιακής παρέχεται βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ολιστική προσέγγιση του θεωρητικού υπόβαθρου καθώς και την αποτύπωση μίας ολοκληρωμένης εικόνας αυτού του κοινωνικού φαινομένου με απώτερο στόχο την ενδεδειγμένη πληροφόρηση των κοινωνικών λειτουργών για την ιδιαίτερη φύση και πολυπλοκότητα του.

Στο δεύτερο μέρος ακολουθεί ερευνητική μελέτη στην οποία διερευνάται το επίπεδο γνώσης των κοινωνικών λειτουργών -στον ελλαδικό χώρο- αναφορικά με το συγκεκριμένο αυτό σπάνιο σύνδρομο και επιχειρείται μέσω της κλινικής τους εμπειρίας η επιβεβαίωση προηγούμενων ερευνητικών ευρημάτων συναφών μελετών στο εξωτερικό αλλά και πιθανή ανακάλυψη νέων ευρημάτων. Από μεθοδολογικής πλευράς χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του αυτο-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο απαντήθηκε από κοινωνικούς λειτουργούς Ιδιωτικού Τομέα, Δημοσίου Τομέα και ΜΚΟ διαφόρων περιοχών της Ελλάδας.

Λέξεις κλειδιά: Παιδική κακοποίηση, Σύνδρομο Μινχάουζεν δι' Αντιπροσώπου, Κοινωνικός Λειτουργός, Διεπιστημονική ομάδα.

Abstract

The present project deals with issue of child abuse and focuses on a special form of physical abuse, the syndrome Munchausen by proxy.

In the first part of the dissertation is provided a bibliographic review for the holistic approach of the theoretical background as well as imprinting an integrated picture of this social phenomenon with the ultimate goal of through information to the social workers about the special nature and the complexity of the phenomenon.

In the second part follows a research study which deals with the level of the knowledge of the social workers in Greece regarding that rare syndrome and attempts through their clinical experience, to confirm previous research findings related studies abroad but also possible discovery of new finds. From methodological point of view was used the method of self-completing questionnaire which was answered social workers in the private sector, public sector and NGO of various areas of Greece.

Keywords: Child Abuse, Munchausen Syndrome by Proxy, Social Worker, Multidisciplinary Team.

Εισαγωγή

Το σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου (*ή αλλιώς Προσποιητή Διαταραχή δι' Αντιπροσώπου*), αποτελεί ένα ενδοοικογενειακό φαινόμενο που εντάσσεται στο πλαίσιο της παιδικής κακοποίησης. Αναπτύσσεται στα πλαίσια ενός ιδιαίτερου δεσμού/εξάρτησης μεταξύ θύτη και θύματος. Παρ' ότι δεν είναι ιδιαίτερα γνωστό στο ευρύ κοινό καθώς δεν είναι σύνηθες είδος κακοποίησης, την τελευταία δεκαετία καταβάλλονται προσπάθειες από ειδικούς για πληροφόρηση σχετικά με την έγκαιρη ανίχνευση, διαχείριση και αντιμετώπισή του, η οποία απαιτεί δυναμική παρέμβαση στο υπάρχον οικογενειακό σύστημα.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνήθηκε το συγκεκριμένο κοινωνικό φαινόμενο τόσο μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης όσο και μέσω της διενέργειας μιας ερευνητικής μελέτης μικρό-κλίμακας, με κλινικές εμπειρίες από τον Ελλαδικό χώρο. Αποτελείται από δύο μέρη, όπου το πρώτο είναι το θεωρητικό.

Στα πρώτα θεωρητικά κεφάλαια αναλύονται οι ορισμοί της παιδικής κακοποίησης, του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου καθώς και των υποκατηγοριών του, κάποια θεωρητικά μοντέλα και δίνεται επίσης η ιστορική ανασκόπηση του. Επιπλέον, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους αιτιολογικούς παράγοντες του συνδρόμου, στα χαρακτηριστικά θύτη και θύματος, στα συμπτώματα και προειδοποιητικά σημάδια ύπαρξης του συνδρόμου, στις συνέπειες, στην διάγνωση, στην θεραπευτική αντιμετώπιση και στην πρόληψη του συνδρόμου. Ακόμη, γίνεται εκτενής αναφορά στο νομικό πλαίσιο και στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη του συνδρόμου.

Στη συνέχεια έπεται το ερευνητικό μέρος της εργασίας. Αρχικά, περιγράφεται η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε και παρατίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα. Ύστερα, παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν μετά την επεξεργασία των δεδομένων μας. Τέλος, ακολουθούν τα γενικά συμπεράσματα που προήλθαν από την ανάλυση των δεδομένων καθώς και προτάσεις σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' Αντιπροσώπου.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα παγκόσμιο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο το οποίο μαστίζει την κοινωνία αιώνες, από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Δεν κάνει διακρίσεις ανάμεσα στο φύλο, την ηλικία, την εθνότητα, το κοινωνικό-οικονομικό και το μορφωτικό επίπεδο. Το παρόν κεφάλαιο, εστιάζει στους ορισμούς της κακοποίησης, τα είδη της, τις αιτιολογικές θεωρητικές προσεγγίσεις που έχουν διατυπωθεί καθώς και στην ιστορική αναδρομή του φαινομένου, προκειμένου να αντιληφθούμε τη διάσταση του.

1.1 Εννοιολογικοί Ορισμοί

Οι ορισμοί που έχουν δοθεί για την παιδική κακοποίηση είναι πολλοί, αν και παρουσιάζουν αρκετές ελλείψεις. Γι' αυτόν τον λόγο ο πλέον έγκυρος είναι ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ., 1999), σύμφωνα με τον οποίο αυτό το κοινωνικό φαινόμενο ορίζεται ως:

«η κακοποίηση ή κακομεταχείριση παιδιού που περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης».

Στην κακοποίηση, συμπεριλαμβάνεται, ειδικότερα, η σεξουαλική, σωματική, ψυχολογική βία, καθώς και η παραμέληση. Ο διεθνής αναγνωρισμένος αγγλικός όρος του φαινομένου, που αξίζει να αναφερθεί είναι *child maltreatment*.

Η Σωματική κακοποίηση

«περιλαμβάνει φυσικές ή δυνάμει σωματικές βλάβες από μια αλληλεπίδραση ή έλλειψη αλληλεπίδρασης που συμβαίνει στα πλαίσια μιας σχέσης ενός γονέα ή ατόμου σε θέση ευθύνης, εξουσίας ή εμπιστοσύνης. Μπορεί να υπάρξουν μεμονωμένα ή επαναλαμβανόμενα περιστατικά». (W.H.O., 1999)

Η Συναισθηματική κακοποίηση

«περιλαμβάνει την μη παροχή ενός αναπτυξιακά κατάλληλου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας ενός προτύπου πρωταρχικής

συναισθηματικής προσκόλλησης, έτσι ώστε το παιδί να μπορέσει να αναπτύξει σταθερές, συναισθηματικές και κοινωνικές δεξιότητες στα πλαίσια της κοινωνίας στην οποία ζει. Επίσης, μπορεί να προκληθεί ένα σύνολο πράξεων στο παιδί που θα έχει ως πιθανές συνέπειες τη σωματική, ψυχική, πνευματική, ηθική ή κοινωνική βλάβη. Αυτές οι πράξεις περιλαμβάνουν τον περιορισμό των κινήσεων, υποτίμηση, περιθωριοποίηση, απειλή, εκφοβισμό, διάκριση, εξευτελισμό ή άλλες μη σωματικές μορφές εχθρικής ή απορριπτικής συμπεριφοράς». (W.H.O., 1999)

Η Λεκτική βία ορίζεται ως η

«πρόκληση ψυχικής οδύνης με τη βοήθεια του λόγου και αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή με την οποία εκδηλώνεται η επιθετική συμπεριφορά». (Κούρτη, 1999).

Η βία, γενικότερα, αναφέρεται σε οποιαδήποτε σωματική, λεκτική και ψυχολογική ή συναισθηματική βλάβη, τον εξαναγκασμό και την παραμέληση ανεξάρτητα από το αν η χρήση της βίας είναι συνεχής ή περιστασιακή. (Καρύδης, 2005; Hagemann- White, 2001)

Τέλος, **η παραμέληση** είναι

«η έλλειψη φροντίδας από τον γονέα ή τον φροντιστή και η μη παροχή βασικών στοιχείων που βοηθούν στην ανάπτυξη του παιδιού σε επίπεδο υγείας, εκπαίδευσης, συναισθηματικής ανάπτυξης, φροντίδας, στέγασης και συνθηκών ασφαλούς ζωής που έχουν ως πιθανότητα την πρόκληση βλάβης στην υγεία του παιδιού ή στη σωματική, ψυχική, πνευματική, ηθική ή κοινωνική ανάπτυξή του. Αυτό περιλαμβάνει την ακατάλληλη επίβλεψη και προστασία των παιδιών από ενδεχόμενη βλάβη όσο είναι εφικτό». (W.H.O., 1999).

1.2 Ιστορική αναδρομή της παιδικής κακοποίησης

Η παιδική κακοποίηση ως ένα φαινόμενο παγκόσμιο και διαχρονικό συναντάται σε όλη την ιστορία του ανθρώπου ανά τους αιώνες, αλλάζοντας κάθε φορά μορφή ανάλογα με τις συνθήκες, τη χρονική περίοδο και το πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζεται. Τα περιστατικά άλλοτε γνωστοποιούνται και άλλοτε παραμένουν κοινό μυστικό εντός των τειχών του σπιτιού, πίσω από κλειστές πόρτες. Η ιστορία έχει καταδείξει ως αίτια του φαινομένου τους κοινωνικούς, θρησκευτικούς, οικονομικούς παράγοντες καθώς και τις προκαταλήψεις και τις δεισιδαιμονίες.

1.2.1 Αρχαία Ελλάδα

Από την αρχαιότητα έως και τον 4ο αιώνα π.Χ. η παιδοκτονία έβρισκε σύμφωνους τόσο τον νόμο όσο και την ίδια την κοινωνία. Τα παιδιά λόγω «της φυσικής τους αδυναμίας» αποτελούσαν εύκολο στόχο κακομεταχείρισης με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται ως προσωπικότητες με δικαιώματα στη ζωή, στην υγεία και στην εκπαίδευση. Η προστασία του παιδιού βρισκόταν στην κυριότητα του πατέρα και σε ειδικές μόνο περιπτώσεις στη μητέρα. Στα δικαιώματα της πατρικής εξουσίας συμπεριλαμβάνονταν ακόμα και η θανάτωση, η πώληση και η έκθεση του παιδιού. Πολλές θυσίες παιδιών ήταν κοινωνικά αποδεκτές καθώς θεωρούνταν ότι επιτελούσαν θρησκευτικούς σκοπούς, όπως για παράδειγμα η θυσία της Ιφιγένειας μέσω της οποίας προσπαθούσαν να κατευνάσουν οι Αχαιοί την οργή της θεάς Αρτέμιδας και να μπορέσουν να αποπλεύσουν για την Τροία.

Η βρεφοκτονία και η παιδοκτονία θεωρούνταν πράξεις «κάθαρσης» στις περιπτώσεις όπου τα παιδιά γεννιόντουσαν με αναπηρίες και σοβαρές ασθένειες, με φύλο αντίθετο από αυτό που απαιτείται από την κοινωνία και την ίδια την οικογένεια, εκτός γάμου και σε οικογένειες που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να τα αναθρέψουν. Στην αρχαία ελληνική μυθολογία συναντάμε συχνά την πράξη της παιδοκτονίας με χαρακτηριστικό παράδειγμα την ιστορία του Κρόνου, του νεότερου των Τιτάνων, ο οποίος με τη βοήθεια της μητέρας του Γαίας ανέτρεψε τον πατέρα του Ουρανό. Λόγω όμως του χρησμού που του είχε δοθεί, σύμφωνα με τον οποίο θα είχε την ίδια μοίρα με τον πατέρα του, κατάπινε τα παιδιά που κυοφορούσε και γεννούσε η γυναίκα του Ρέα. Μόνο το τελευταίο τους παιδί, ο Δίας σώθηκε καθώς η Ρέα τον έκρυψε και ξεγέλασε τον Κρόνο δίνοντας του να καταπιεί μία φασκιωμένη πέτρα.

Ένας ακόμη μύθος που αντικατοπτρίζει το φαινόμενο της παιδικής κακομεταχείρισης είναι εκείνος του θεού Ηφαίστου, η εξωτερική εμφάνιση του οποίου ερχόταν σε πλήρη αντίθεση με τα κυρίαρχα πρότυπα ομορφιάς της τότε εποχής. Η δυσαρέσκεια της μητέρας του Ήρας είχε ως αποτέλεσμα να τον ρίξει από τον Όλυμπο στη θάλασσα, από όπου σώθηκε χάρη στην Θέτιδα και την Ευρυνόμη. Επίσης, δεν θα πρέπει να παραληφθεί ο μύθος της Μήδειας, σύμφωνα με τον οποίο ο άντρας της Ιάσων εγκατέλειψε την ίδια και τα παιδιά τους και νυμφεύθηκε τη κόρη του Βασιλιά Κρέοντα. Το γεγονός αυτό οδήγησε τη Μήδεια στην αναζήτηση εκδίκησης φονεύοντας τη νύφη και τον πεθερό με δηλητηριασμένα δώρα και στη συνέχεια τα ίδια της τα παιδιά. Τέλος, το πιο γνωστό παράδειγμα παιδικής κακοποίησης αφορά τον βασιλιά της Ιουδαίας, Ηρώδη, ο οποίος προσπαθώντας να αποτρέψει τη προφητεία για τη γέννηση του

Μεσσία Ιησού Χριστού έδωσε εντολή να θανατωθούν όλα τα βρέφη έως δύο χρονών, σκοτώνοντας έτσι δεκατέσσερις χιλιάδες παιδιά.

1.2.2 Βυζαντινή Περίοδος

Σύμφωνα με πληροφορίες από ιστορικές πηγές την περίοδο του Βυζαντίου σημειώθηκαν αναρίθμητα περιστατικά παιδικής κακοποίησης και εκμετάλλευσης διαφόρων μορφών. Η νομική αναγνώριση της παιδικής ηλικίας και των δικαιωμάτων ως αυτοτελή έννομα αγαθά ήταν ελλιπής. Ύψιστος σκοπός κάθε βυζαντινής οικογένειας αποτελούσε η απόκτηση απογόνων, η οποία όμως επιτελούσε προσωπικά συμφέροντα. Παραδείγματος χάριν, οι οικογένειες χαμηλότερης κοινωνικής τάξης γεννούσαν παιδιά με σκοπό εκείνα να είναι στήριγμα «στα γηρατειά τους» και να αναλάβουν τη φροντίδα τους, ενώ οι εύπορες οικογένειες αποκτούσαν παιδιά προκειμένου να εξασφαλίσουν τη διαδοχή και τη συνέχεια του ονόματος τους.

Η βασικότερη παράμετρος όμως για το παιδί που επρόκειτο να γεννηθεί ήταν το φύλο του. Υπήρχε μεγάλος ενθουσιασμός και επιθυμία απόκτησης γιου καθώς έτσι συνεχίζονταν το γένος και προστατεύονταν η οικογένεια ενώ αντίθετα ο ερχομός κόρης θεωρούνταν μεγάλη κακοτυχία και δυστυχία καθώς σηματοδοτούσε περισσότερες υποχρεώσεις όπως εξασφάλιση της προίκας και αποκατάστασή της. Όσον αφορά τον τομέα την διαπαιδαγώγησης, οι κυριαρχούσες μεσαιωνικές αντιλήψεις επέτρεπαν την πρόκληση σωματικών βλαβών από γονείς, δασκάλους και συγγενείς όταν σκοπός αυτών ήταν ο σωφρονισμός και η φιλομάθεια του παιδιού. Τα όργανα που συνέβαλαν σε αυτό το σκοπό ήταν η ράβδος, το μαστίγιο, τραβήγματα μαλλιών και ταπεινώσεις όπως το μουτζούρωμα του προσώπου με μελάνι. Εντούτοις οι παραπάνω πράξεις τιμωρούνταν στις περιπτώσεις που τελούνταν από πρόσωπα που δεν ανήκαν στο συγγενικό ή παιδαγωγικό περιβάλλον.

Σχετικά με το μυστήριο του γάμου η νομοθεσία προέβλεπε ότι επιτρέπεται να τελεστεί από την ηλικία των 12 ετών για τα κορίτσια και των 14 ετών για τα αγόρια. Παρ' όλα αυτά πολύ συχνά οι γονείς παρέκκλιναν από αυτά τα όρια, δηλώνοντας διαφορετική ηλικία για τις θυγατέρες τους, δωροδοκώντας τους ιερείς και επιτρέποντας την τέλεση πρόωρων και παράνομων μυστηρίων. Το πιο γνωστό παράδειγμα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης την εποχή εκείνη ήταν της πριγκίπισσας Σιμόνης, η οποία σε ηλικία 5 χρονών παντρεύτηκε τον σαραντάχρονο μονάρχη της Σερβίας για λόγους συμμαχίας. Αν και ορίζονταν από το νόμο ότι τα κορίτσια που παντρεύονται σε ηλικία μικρότερη των 12 δεν επιβάλλεται να έχουν σεξουαλικές επαφές ο σύζυγός της τη

βίασε σε ηλικία 8 χρονών με αποτέλεσμα η ίδια να μη μπορέσει να κυοφορήσει στο μέλλον λόγω τραυματισμού της μήτρας.

Ένα ακόμη παράδειγμα κακοποίησης που συγκαταλέγεται στα πλαίσια της συζυγικής σχέσης είναι η περίπτωση ενός κοριτσιού που παντρεύτηκε σε ηλικία 7 χρονών και ο βιασμός από τον σύζυγο της προκάλεσε αιμορραγία από τα αυτιά και αργότερα συναισθήματα αποστροφής για το ανδρικό φύλο. Συνηθισμένη μορφή σεξουαλικής εκμετάλλευσης στο Βυζάντιο ήταν η παιδική πορνεία, όπου άποροι και εξαθλιωμένοι γονείς πουλούσαν, έναντι 5 χρυσών νομισμάτων, τα ανήλικα παιδιά τους σε μαστροπούς. Η πράξη αυτή θεωρούνταν παράνομη και τιμωρούνταν τόσο οι γονείς με αφαίρεση της πατρικής εξουσίας όσο και οι προαγωγοί των παιδιών με αυστηρές ποινές. Ακόμη, δεν ήταν λίγα τα περιστατικά στα οποία άποροι και μη γονείς εξέθεταν τα ανήλικα παιδιά τους, αναγκάζοντας τα να ζητιανεύουν στο δρόμο ή ακόμα και σε σπίτια. Προκειμένου να είναι πιστευτά τα άφηναν ρακένδυτα και έκαιγαν τα άκρα του σώματος τους. Περιστατικά αιμομικτικών σχέσεων αποτελούσαν μία συνήθης πράξη στο Βυζάντιο και κυμαίνονταν μεταξύ ανοχής και συγκάλυψης, ενώ τέλος, κατά τη διάρκεια αλώσεων των πόλεων συνέβησαν πολλές θηριωδίες κατά των παιδιών, καθώς αυτά αιχμαλωτιζόνταν ως τα πρώτα λάφυρα στα χέρια των νικητών.

Η άνοδος του Χριστιανισμού συνείσφερε στη βαθμιαία αλλαγή των επικρατούντων προτύπων και αντιλήψεων σχετικά με την ανθρώπινη ζωή. Η Πολιτεία ανέλαβε την ευθύνη για τα έμβρυα και τα βρέφη τα οποία αναγνώρισε ως αναπτυσσόμενες ψυχοσωματικές οντότητες με δικαιώματα. Το κράτος με τη βοήθεια της εκκλησίας ίδρυσε βρεφοτροφεία, ορφανοτροφεία, πτωχοκομεία και νοσοκομεία στην προσπάθεια να περιορίσει τον μεγάλο αριθμό ορφανών και εγκαταλελειμμένων παιδιών. Σε περίπτωση που η μητέρα έχανε το παιδί είτε σκόπιμα είτε λόγω αμέλειας τόσο η ίδια όσο και οι συνεργοί της τιμωρούνταν με διάφορες ποινές όπως εξορία, σωματικές ποινές, δήμευση περιουσίας ακόμα και θάνατο. Η έκθεση ανήλικων παιδιών, με τις συνέπειες που αυτή συνεπάγεται, χαρακτηρίστηκε ως ανθρωποκτονία και ο υπαίτιος διώκονταν από το νόμο. Τα παιδιά αυτά δηλώνοντουσαν στην εκκλησία και εξετάζονταν προκειμένου να βρεθεί ένα ζευγάρι να τα υιοθετήσει.

Η νομοθεσία στρεφόταν ενάντια και στην παιδεραστία θεσπίζοντας τον 4ο αιώνα την ποινή της θανάτωσης με ξίφος για όσους ασελγούσαν σε ανήλικους. Στην πράξη όμως η ποινή αφορούσε τη κοπή των γεννητικών οργάνων έτσι ώστε να μην είναι σε θέση να διαπράξουν το ίδιο έγκλημα ξανά στο μέλλον. Όσον αφορά την αιμομιξία, μία εξίσου αποτρόπαια πράξη κατά των ανήλικων παιδιών, η ποινή που προβλέπονταν

ποίκιλε ανάλογα με το βαθμό συγγένειας. Παραδείγματος χάριν, ο αιμομίκτης θα μπορούσε να τιμωρηθεί με ακρωτηριασμό, ραβδισμό ακόμα και θάνατο. Τέλος, όταν τελούνταν γάμος παραβιάζοντας τα επιτρεπόμενα όρια ηλικίας το Πατριαρχείο ήταν υποχρεωμένο να τον διαλύσει και να αφαιρέσει από τον ιερέα που τέλεσε και ευλόγησε το μυστήριο το αξίωμα του. Ενώ στις περιπτώσεις που ο σύζυγος προέβαινε σε σεξουαλική κακοποίηση, η ποινή που του αναλογούσε κυμαίνονταν από εξορία έως δήμευση της μισής περιουσίας του.

1.2.3. Νεότεροι Χρόνοι

Από τον 17ο αιώνα και με την ανάπτυξη της παιδιατρικής και της ψυχολογίας στο επίκεντρο τοποθετείται το παιδί και τα μοναδικά στοιχεία που το συνθέτουν. Οι γονείς παρακινούνταν να εστιάσουν στη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση του, αποφεύγοντας τις μεθόδους της σωματικής τιμωρίας. Οι ειδικοί στόχευαν στην ευρύτερη αντιμετώπιση των παιδιών ως ανήλικα άτομα που χρειάζονται φροντίδα και σωστή εκπαίδευση και όχι ως μικροί ενήλικες όπως πρέσβευε η μεσαιωνική αντίληψη. Όμως παρά τις προσπάθειες της Πολιτείας να προωθήσει τη νομική προστασία των παιδιών αναφορές για περιστατικά παιδικής κακοποίησης συνέχιζαν να έρχονται στην επιφάνεια. Ο σωφρονιστικός χαρακτήρας της εκπαίδευσης που επικρατούσε την εποχή του Μεσαίωνα φάνηκε ότι συνέχιζε ακόμη να ασκεί επιρροή στο εκπαιδευτικό σύστημα με πολλά παραδείγματα τραυματισμού παιδιών από δασκάλους.

Σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς δεν μεριμνούσαν για τη φροντίδα και τη φυσιολογική ανάπτυξη των παιδιών τους, ενώ δεν ήταν λίγες οι καταγραφές περιστατικών παιδικής κακοποίησης. Ο Μπονέτ είχε δημοσιεύσει στον οδηγό πρακτικής ιατρικής που κυκλοφόρησε στην Αγγλία το 1684 ανάλογα περιστατικά, όπως για παράδειγμα την ιστορία ενός κοριτσιού που είχε πέσει από τις σκάλες με αποτέλεσμα να φέρει κατάγματα οστού και μώλωπες, οι γονείς της όμως δεν επέτρεψαν να υποβληθεί σε χειρουργική θεραπεία. Ακόμη, την ιστορία ενός αγοριού που είχε μώλωπες στο κρανίο και αιμορραγία από τη μύτη, το στόμα και τα αυτιά, αλλά η μητέρα του εμπόδιζε τη θεραπεία. Μετά το πέρασμα 30 ημερών εκείνη ειδοποίησε τον γιατρό αλλά το παιδί απεβίωσε (Bonet T., 1684).

Κατά την περίοδο της Βιομηχανικής Επανάστασης ανήλικα παιδιά εκμεταλλεύονταν και εξαναγκάζονταν σε παιδική εργασία. Οι συνθήκες κατά τις οποίες εργάζονταν ήταν απάνθρωπες, καθώς δούλευαν ρακένδυτα και νηστικά, ενώ πολλές φορές κακοποιούνταν από τους υφιστάμενους αν δεν ήταν παραγωγικά ή

χρονοτριβούσαν (Παναγοπούλου, 2007). Ο αριθμός των ορφανών και των παραμελημένων παιδιών είχε αυξηθεί με αποτέλεσμα όλο και περισσότερα να καταφεύγουν στην παιδική εργασία προκειμένου να επιβιώσουν ή σε παραβατικές συμπεριφορές.

Οι παραπάνω συγκυρίες συνέχισαν να υφίστανται και τον 19ο αιώνα κατά τον οποίο η οικογένεια είχε κατά κύριο λόγο πατριαρχικό χαρακτήρα. Σημειώθηκε ραγδαία αύξηση του ενεργού ρόλου του πατέρα μέσα στη δομή της και όλες οι υποθέσεις βρίσκονταν υπό την κυριαρχία του. Εκείνος απαιτούσε πλήρη πειθαρχία, έπαιρνε όλες τις αποφάσεις και διαχειριζόταν τα οικονομικά των μελών όλου του οικογενειακού συστήματος. Τα παιδιά εξαρτημένα και ευάλωτα προωθούνταν ακόμη στην παιδική εργασία και το εμπόριο από το συγγενικό τους περιβάλλον, ενώ η παιδοκτονία ήταν ένα φαινόμενο που δεν μπορούσε να εξαλειφθεί. Στη Γερμανία, το 1843, πρωτότοκα αγόρια οικογενειών ευγενών εντοιχίζονταν ζωντανά στα θεμέλια των σπιτιών τους ώστε να εξορκιστούν τα κακά πνεύματα (Ten Bensel et al., 1997). Ο Tardieu, καθηγητής της Νομικής Ιατρικής, το 1860 παρουσίασε 32 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης στις 18 από τις οποίες τα θύματα απεβίωσαν, περιγράφοντας τις διάφορες μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τον τρόπο που παρουσιάζονταν τόσο οι γονείς όσο και τα παιδιά στο περιστατικό.

Το 1874 στη Νέα Υόρκη, ένα μικρό κορίτσι η Mary Ellen βασανίστηκε σοβαρά από την ανάδοχη μητέρα της, η οποία ισχυρίστηκε ότι της άσκησε βία γιατί της ανήκε. Δεν υπήρχε νομοθεσία για την προστασία του παιδιού σε περιπτώσεις κακοποίησης και η μόνη υπηρεσία που κινητοποιήθηκε ήταν η Εταιρία Προστασίας των Ζώων. Το γεγονός αυτό σηματοδότησε την αναγκαιότητα δημιουργίας πλαισίων για τη προστασία των παιδιών και τη διασφάλιση της υγείας τους και συνέβαλε στη δημιουργία της Αμερικανικής Εταιρίας Προστασίας των Παιδιών (Lazoritz, 1990).

Από το σημείο αυτό και έπειτα εκφράστηκαν αρκετοί προβληματισμοί σχετικά με την παιδική κακοποίηση και διαδραματίστηκαν αλλαγές σε πολλούς τομείς. Από τον 20ο αιώνα κινητοποιήθηκαν η κοινωνία, η Πολιτεία, οι θεσμοί και οι φορείς προκειμένου να προστατευτούν τα παιδιά που υποφέρουν στα πλαίσια της οικογένειας τους. Το 1962, ο Αμερικάνος παιδίατρος Henry Kempe χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «κακοποιημένο παιδί» και περιέγραψε την παιδική κακοποίηση ως «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού». Μέσω της δημοσιοποίησης του φαινομένου στράφηκε το ενδιαφέρον της κοινωνίας στο κακοποιημένο παιδί και κατοχυρώθηκε νομικά η υποχρεωτική αναφορά των περιστατικών. Αυτή η προσπάθεια οδήγησε στην

αναγνώριση της παιδικής ηλικίας και των δικαιωμάτων των παιδιών με την υπογραφή της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, το 1989. Στην Ελλάδα η Σύμβαση επικυρώθηκε το 1992 με τον Νόμο 2101 ενώ η πρώτη αναφορά στην άσκηση βίας σε παιδιά πραγματοποιήθηκε από τον παιδίατρο Σπύρο Δοξιάδη, το 1976.

1.2.4. Σημερινή Εποχή

Οι βιαιοπραγίες παρ' όλα αυτά συνεχίζονται και στον αιώνα που διανύουμε. Η παιδική εργασία και κακομεταχείριση είναι φαινόμενα που ακόμα δεν έχουν εξαλειφθεί καθώς πολλά μικρά παιδιά εργάζονται ασταμάτητα σε φυτείες, ορυχεία και καράβια κάτω από απάνθρωπες συνθήκες και είναι εκτεθειμένα σε διάφορα επιβλαβή υλικά, όπως χημικά και εντομοκτόνα. Τουλάχιστον 72 από τις 100 μεγαλύτερες εταιρίες του πλανήτη έχουν κατηγορηθεί ότι υποχρεώνουν ανήλικα παιδιά ηλικίας 4 έως 17 χρονών να δουλεύουν σε αγροκτήματα και εργοστάσια 84 ώρες την εβδομάδα κάτω από απαράδεκτες συνθήκες υγιεινής. Στα παιδιά αυτά ασκείται ψυχική και σωματική βία όταν δεν δουλεύουν σκληρά καθώς και σεξουαλική κακοποίηση. Ακόμη και σήμερα σε πολλές περιοχές παιδιά πεθαίνουν κάτω από τα όρια της φτώχειας, δεν έχουν ούτε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ούτε πρόσβαση στην εκπαίδευση. Μεγάλο ποσοστό παιδιών έρχεται αντιμέτωπο με τη σκληρότητα του πολέμου κάποια στιγμή στη ζωή του ενώ ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό από τη στιγμή της γέννησης του δεν έχει γνωρίσει την ειρήνη, παρά μόνο τον πόλεμο. Σύμφωνα με στοιχεία της Unicef, τα τελευταία 30 χρόνια περισσότερα από 30 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως έχουν εκτοπιστεί λόγω συγκρούσεων και πολλά έχουν υποδουλωθεί, κακοποιηθεί, εκμεταλλευτεί και πουληθεί.

Για παράδειγμα, ο δεκαετής πόλεμος στη Συρία κατακερμάτισε την εκπαίδευση, περίπου 1000 εκπαιδευτικές και ιατρικές υποδομές έχουν δεχτεί επίθεση και 2.8 εκατομμύρια παιδιά αναγκάστηκαν να μείνουν εκτός σχολείου. Από το 2014 μέχρι και το 2019 έχουν χάσει τη ζωή τους 5427 παιδιά, 3639 έχουν τραυματιστεί στις συγκρούσεις, ενώ 5000 έχουν στρατολογηθεί για να πολεμήσουν, ορισμένα εξ' αυτών ηλικίας μόνο 7 ετών. Ακόμη, στον πόλεμο στο Αφγανιστάν σύμφωνα με τη μη κυβερνητική οργάνωση Save the Children τα τελευταία 14 χρόνια έχουν δεχτεί επίθεση 300 εκπαιδευτικές μονάδες, 3.7 εκατομμύρια παιδιά έχουν εκτοπιστεί και δεν έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες, ενώ 20.000 παιδιά έχουν σκοτωθεί ή τραυματιστεί από τις διαμάχες.

Σήμερα το φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης είναι γνωστό παγκοσμίως και αποτελεί θέμα για το οποίο έχει ευαισθητοποιηθεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Έχουν ιδρυθεί πολλές οργανώσεις που προωθούν και υπερασπίζονται τα δικαιώματα των παιδιών, μία από αυτές είναι ο Συνήγορος του Παιδιού που ξεκίνησε να λειτουργεί στην Ελλάδα το 2003. Υπάρχει ακόμα νομικό πλαίσιο που προστατεύει τα παιδιά-θύματα και προασπίζει τα δικαιώματα και τον σεβασμό προς εκείνα και τιμωρεί τους θύτες. Παρ' όλα αυτά ακόμη δεν έχει υπάρξει μείωση του φαινομένου καθώς νέα περιστατικά βγαίνουν συνεχώς στο φως της δημοσιότητας και η κακοποίηση συνεχίζει να υφίσταται αλλάζοντας διαρκώς μορφή ανάλογα με την κοινωνία και την εποχή.

1.3 Βασικές μορφές κακοποίησης

Η παιδική κακοποίηση ως ένα φαινόμενο σύνθετο και διαχρονικό κινείται παράλληλα με την ανθρώπινη ύπαρξη λαμβάνοντας διαφορετικές διαστάσεις που ποικίλλουν ως προς τη συχνότητα και την ένταση τους. Οι κύριες μορφές που περιέχει είναι η παραμέληση, η σωματική κακοποίηση, η συναισθηματική-λεκτική κακοποίηση καθώς, και η σεξουαλική στην οποία όμως δεν θα εστιάσουμε στη παρούσα πτυχιακή (καθώς δεν συσχετίζεται με το γνωστικό αντικείμενο που πραγματεύεται η εργασία μας). Τα παιδιά μπορεί να έρθουν αντιμέτωπα με μια από τις εν λόγω μορφές κακοποίησης, αλλά και με περισσότερες από μία. Οι επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις παραπάνω μορφές και τα σημάδια που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη τους και να επιβεβαιώνουν την υποψία τους με ένα πλήρες ιστορικό και εργαστηριακές εξετάσεις.

1.3.1 Παραμέληση

Ως παραμέληση θεωρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο «η διατροφή, η ιατρική φροντίδα, η ένδυση, η στέγαση, η σχολική φοίτηση ή η παρακολούθηση που παρέχεται στο παιδί είναι έντονα ανεπαρκής ή ακατάλληλη σε βαθμό τέτοιο ώστε να παραβλέπεται ή να τίθεται σε σοβαρό κίνδυνο ή υγεία και η ανάπτυξη του». (Γιαννοπούλου Ι., Δουνέζης Α., & Λυκούρας Ε. (2010). Η παιδική παραμέληση είναι ένα σύνθετο φαινόμενο με σοβαρές διαστάσεις. Το παιδί που υφίσταται αυτή τη μορφή κακοποίησης στερείται τα βασικά είδη πρώτης ανάγκης, η έλλειψη των οποίων ενέχει κίνδυνο να προκαλέσει πρόβλημα στη σωματική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική του ανάπτυξη.

Κύριος λόγος αυτής της έλλειψης είναι η αποτυχία του φροντιστή να παράσχει στο παιδί αυτά τα αγαθά, αποτυχία η οποία δεν σχετίζεται με την οικονομική του κατάσταση, αλλά με την αμέλεια που παρουσιάζει το άτομο που έχει αναλάβει την φροντίδα του παιδιού. Η κοινωνικό-οικονομική τάξη των οικογενειών δεν αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης του φαινομένου καθώς η παραμέληση συναντάται και σε εύπορες οικογένειες. Επιπροσθέτως, η παιδική παραμέληση περιλαμβάνει τέσσερις βασικές μορφές και είναι οι παρακάτω:

- **Σωματική:** Είναι η περισσότερο διαδεδομένη μορφή παραμέλησης και σχετίζεται με την έλλειψη ειδών πρώτης ανάγκης. Στην παρούσα μορφή το παιδί στερείται τα πιο βασικά είδη όπως είναι η τροφή, η στέγη και η ένδυση. Ο φροντιστής παρουσιάζεται αδύναμος να παρέχει στον ανήλικο τα αναγκαία αυτά αγαθά, η έλλειψη των οποίων δύναται να δημιουργήσει στο παιδί πληθώρα προβλημάτων υγείας.
- **Συναισθηματική:** Τα παιδιά αυτά μεγαλώνουν σε ένα οικογενειακό περιβάλλον από το οποίο απουσιάζει εντελώς το συναίσθημα και οι σχέσεις αγάπης και αλληλοφροντίδας. Οι γονείς αδυνατούν πλήρως να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα των παιδιών αλλά και να ανταποκριθούν στην ανάγκη τους για υποστήριξη και αγάπη. Το ασφαλές περιβάλλον που περικλείει σχέσεις υγιείς, και στοργικές απουσιάζει, αντιθέτως τα παιδιά μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον ασταθές με ελλιπή συναισθηματική φροντίδα, γεγονός που δημιουργεί διάφορα προβλήματα στην νοητική και ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού.

- **Εκπαιδευτική:** Όπου οι γονείς αδιαφορούν πλήρως για τη νομοθεσία σχετικά με την ένταξη και τη συμμετοχή των παιδιών στο εκπαιδευτικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα τα παιδιά να στερούνται τη βασική μόρφωση. Στις περιπτώσεις όπου τα παιδιά απουσιάζουν επανειλημμένα από το σχολείο οι φροντιστές δεν δίνουν την πρέπουσα σημασία και δεν προσπαθούν να τα αποτρέψουν από τη φυγή. Συναντάται αρκετά συχνά στις πολύτεκνες οικογένειες χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου και έχει ολέθρια αποτελέσματα στη πνευματική και μορφωτική τους ανάπτυξη. Γονείς οι οποίοι αδιαφορούν ή συναινούν με την απόφαση των παιδιών τους να σταματήσουν το σχολείο, είναι εξίσου υπεύθυνοι (Βουϊδάσκης Β, 1996).
- **Ιατρική:** Οι γονείς στερούν από τα παιδιά το δικαίωμα τους για παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και κάλυψη των αναγκών. Αδιαφορούν για τη ψυχική και σωματική τους ευεξία και τα απομακρύνουν από αγαθά και υπηρεσίες αναγκαία για την επιβίωση τους, όπως για παράδειγμα τα εμβόλια, τα φάρμακα και τις επισκέψεις σε νοσοκομεία. Οι πράξεις τους αυτές μπορούν να βάλουν τα παιδιά σε μεγάλο κίνδυνο να αναπτυχθεί κάποιο σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα ή να επιδεινωθεί ένα προϋπάρχον. Σε ορισμένες περιπτώσεις η στέρηση της κατάλληλης ιατρικής φροντίδας δύναται να οδηγήσει το παιδί ακόμα και στον θάνατο.

1.3.2 Σωματική Κακοποίηση

Ως σωματική κακοποίηση ορίζεται «η χρήση βίας ή άλλων ηθελημένων, όχι τυχαίων, πράξεων εις βάρος παιδιών (ατόμων έως 18 ετών) από γονείς ή άλλα πρόσωπα, η οποία προκαλεί πόνο, τραυματισμό ή μόνιμη βλάβη στην σωματική και κάθε άλλη λειτουργία και ανάπτυξη του παιδιού» (Γιαννοπούλου Ι., Δουζένης Α., & Λυκούρας Ε. 2010). Η σωματική κακοποίηση σχετίζεται με την κακομεταχείριση και την εκτέλεση ηθελημένων βίαιων πράξεων εκ μέρους των γονέων με απώτερο σκοπό να σωφρονίσουν ή να ελέγξουν τα παιδιά τους. Τα σημαντικότερα κλινικά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων παιδιών αποτελούν τα χτυπήματα με το χέρι ή με κάποιο αντικείμενο όπως το μαστίγιο, το ραβδί, τη ζώνη, το παπούτσι και ποικίλα άλλα. Ακόμη, μπορεί να παρατηρηθούν εγκαύματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, δαγκώματα και τραυματική εγκεφαλική βλάβη λόγω βίαιου τραντάγματος ή σπρωξίματος βρέφους.

Τα σημάδια αυτά γίνονται αντιληπτά στο κεφάλι και στα άκρα των παιδιών, καθώς τα σημεία αυτά είναι ακάλυπτα και άρα περισσότερο εκτεθειμένα στον τραυματισμό. Η συχνότητα εμφάνισης τους κυμαίνεται από ήπια έως πιο σοβαρή και οι συνέπειες της δεν είναι κάθε φορά οι ίδιες. Εξίσου σημαντικό στην συγκεκριμένη μορφή κακοποίησης είναι να γίνει διαφορική διάγνωση από τον τυχαίο τραυματισμό και στην συνέχεια να ληφθεί ένα ολοκληρωμένο ιστορικό του τραύματος από τους συνοδούς.

Στην περίπτωση που ο συνοδός αποκρύπτει στοιχεία σχετικά με τον τραυματισμό ή αλλοιώνει διαρκώς την αρχική του ιστορία, τότε θα πρέπει να υπάρξει υποψία για σωματική κακομεταχείριση. Το ίδιο συμβαίνει και στην περίπτωση που η ιστορία έρχεται σε αντίθεση με την ηλικία του παιδιού και τέλος, όταν ο φροντιστής καθυστερεί να παράσχει στο παιδί ιατρική περίθαλψη. Ύστερα από την υποψία για σωματική κακοποίηση ο παιδίατρος είναι απαραίτητο να εξετάσει όλο το σώμα του παιδιού με μεγάλη προσοχή προκειμένου να ελέγξει την υποψία αυτή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περίπου 40.000 παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με αυτή τη μορφή κακοποίησης, ενώ μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν παιδιά μικρότερων ηλικιών και συγκεκριμένα παιδιά κάτω των 3 ετών.

1.3.3 Συναισθηματική – Λεκτική Κακοποίηση

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως συναισθηματική κακοποίηση ορίζεται «η ανικανότητα που παρουσιάζεται από την πλευρά του υπεύθυνου για το παιδί (γονέας, κηδεμόνας) να του προσφέρει το κατάλληλο περιβάλλον το οποίο θεωρείται απαραίτητο για την ανάπτυξη του κάθε παιδιού. Αποτέλεσμα της παραπάνω ανεπάρκειας είναι οι αυξημένες πιθανότητες να προκληθούν πολλών ειδών βλάβες σχετικά με την ψυχική, την πνευματική ακόμα και τη σωματική κοινωνική ανάπτυξη και υγεία των παιδιών» (Γιωτάκος και συν., 2011).

Αυτή η μορφή κακοποίησης έχει σοβαρές επιπτώσεις για την υγεία του παιδιού, καθώς επιδρά αρνητικά στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ανηλίκου. Ο φροντιστής μπορεί να αντιμετωπίζει το παιδί με ύβρις, με προσβλητικά και υποτιμητικά σχόλια, έχοντας ως αποτέλεσμα ο ψυχισμός του παιδιού να «πληγώνεται». Το παιδί μεγαλώνει σε ένα περιβάλλον από το οποίο απουσιάζει πλήρως το ενδιαφέρον για τις συναισθηματικές του ανάγκες, δημιουργώντας στο ανήλικο συναισθηματικό τραύμα.

Επιπροσθέτως, παιδιά που βιώνουν συναισθηματική κακοποίηση είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την διάρκεια της σχολικής ηλικίας, αλλά και

πρόβλημα κοινωνικοποίησης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Γενικότερα τα παιδιά αυτά κλείνονται στον εαυτό τους και είναι πολύ ευάλωτα στην κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί, πως σε αυτή τη μορφή κακοποίησης περιλαμβάνεται και η λεκτική κακοποίηση, η οποία είναι αλληλένδετη με την συναισθηματική. Όπως έχει ήδη αναφερθεί ως λεκτική βία ορίζεται η «πρόκληση ψυχικής οδύνης με τη βοήθεια του λόγου και αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή με την οποία εκδηλώνεται η επιθετική συμπεριφορά» (Κούρτη, 1999). Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μορφή κακοποίησης που δεν αφήνει σημάδια και για αυτό δεν είναι ορατή όπως η σωματική. Ωστόσο, προκαλεί πόνο στο παιδί και αυτό επιτυγχάνεται με την χρήση του λόγου, όπως για παράδειγμα με ύβρεις και υποτιμητικά σχόλια.

1.4 Θεωρητικά Μοντέλα

Στη προσπάθεια μελέτης και κατανόησης του φαινομένου της κακοποίησης και των αιτιών του έχουν διατυπωθεί ορισμένα μοντέλα και θεωρίες, τα οποία φανερώνουν τη συνθετότητα του αλλά και την επιρροή που είναι πιθανό πολλοί παράγοντες να ασκήσουν. Οι κύριες θέσεις αυτών των μοντέλων περιγράφονται παρακάτω:

1.4.1 Ιατρικό/Ψυχοπαθολογικό Μοντέλο

Το ιατρικό/ψυχοπαθολογικό μοντέλο του 1960 είναι από τα πιο γνωστά και από τα πρώτα που διατυπώθηκαν για να ερμηνεύσουν την ενδοοικογενειακή βία. Βασίστηκε στην ψυχοδυναμική θεωρία του Freud και διερευνούσε τα αίτια της παιδικής κακοποίησης στον γονέα -ή σε άλλον ενήλικο- δράστη. Κύρια θέση αυτού του μοντέλου είναι ότι εσωτερικοί παράγοντες, δηλαδή ψυχολογικές και αναπτυξιακές διεργασίες του δράστη, συμβάλλουν στην εκδήλωση κακοποιητικής συμπεριφοράς. Βασίζεται στις μελέτες σύμφωνα με τις οποίες το ιστορικό ανατροφής του γονέα είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με τις γονεϊκές του πρακτικές, δηλαδή τραυματικές εμπειρίες που βίωσε κατά τη παιδική του ηλικία, όπως ανασφαλή δεσμό με πρόσωπο αγάπης-συνήθως τη μητέρα, στέρηση συναισθηματικής ικανοποίησης και άλλες αντιξοότητες μέσα και έξω από την οικογένεια μπορεί να τον ωθήσουν να προβεί σε βίαιες πράξεις κατά του παιδιού του. Οι πράξεις αυτές και η συμπεριφορά του εκλαμβάνονται ως παθολογικές ή ως αποτέλεσμα κάποιας μορφής διαταραχής η οποία πλάθει μία παραμορφωμένη αντίληψη για τη φύση της παιδικής ηλικίας. Ο γονέας δηλαδή δεν

αντιλαμβάνεται το παιδί ως έναν εξαρτημένο οργανισμό που χρήζει φροντίδας αλλά αναμένει από εκείνο να είναι ανεξάρτητο και να αυτό-εξυπηρετείται. Όταν το παιδί δεν μπορεί να εκπληρώσει αυτές τις προσδοκίες, έρχεται αντιμέτωπο με την οργή του γονέα-δράστη (Αγάθωνος, Ε. 2008). Μεγάλο ποσοστό όμως εμπειρικών ερευνών δεν μπορεί να υποστηρίξει την παραπάνω υπόθεση.

1.4.2 Κοινωνιολογικό Μοντέλο

Δεδομένου ότι το ψυχοπαθολογικό μοντέλο αντιμετώπιζε μία γενικότερη αμφισβήτηση λόγω του ότι δεν αναγνώριζε την επιρροή και τη συμβολή στην παιδική κακοποίηση τόσο των κοινωνικών συνθηκών, που δημιουργούν πίεση και άγχος στα υποκείμενα και διαταράσσουν την ισορροπία της οικογένειας όσο και των πολιτισμικών αξιών που ενισχύουν την ενδοοικογενειακή βία, την επιθετικότητα και τη σωματική τιμωρία των παιδιών αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1970 η κοινωνιολογική προσέγγιση. Οι Αμερικάνοι κοινωνιολόγοι Gelles (1978), Straus (1980) και Gil (1970) υποστήριξαν ότι κοινωνικοί παράγοντες όπως η φτώχεια, η ανεργία, το δομικό στρες, η κοινωνική απομόνωση, η συρρίκνωση της αγοράς εργασίας, το εισόδημα, η άνιση κατανομή των πολιτισμικών αγαθών, ο τρόπος κατανομής της κοινωνικής ισχύος στα μέλη μίας οικογένειας και η κοινωνική ανοχή στην ενδοοικογενειακή βία σχετίζονται με την εμφάνιση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Επομένως, σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση οι γονείς δεν είναι οι ίδιοι υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά τους αλλά αποτελούν έρμαιο των συνθηκών οι οποίες τους προκαλούν ματαίωση και πίεση και τους οδηγούν στην έκφραση βίαιων συναισθημάτων. Υποστηρίζει ακόμα πως αν υπήρχε η κατάλληλη στήριξη εκ μέρους της κοινωνίας αλλά και της οικονομίας με τους απαραίτητους πόρους κατά τη διάρκεια της ανατροφής των παιδιών οι γονείς δεν θα έφταναν στο σημείο να αντιδράσουν με βίαιο και κακοποιητικό τρόπο. Παρόλη τη χρησιμότητα και τη συμβολή του κοινωνιολογικού μοντέλου στην κατανόηση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης δεν μπορεί μόνο αυτό να μας δώσει μία ολιστική θεώρηση των αιτιών της κακομεταχείρισης.

1.4.3 Αναπτυξιακό μοντέλο

Βασικό σημείο του μοντέλου είναι ότι οι αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι για τον εαυτό τους και ο τρόπος με τον οποίον εκλαμβάνουν τον κάθε ρόλο που αναλαμβάνουν συνδέονται άμεσα με τη συμπεριφορά που θα εκδηλώσουν. Όσον αφορά τους γονείς η στάση που έχουν ως προς το γονεϊκό τους ρόλο καθώς και η σημασία και η νοσηματοδότηση που της αποδίδουν διαμορφώνει τη συμπεριφορά τους στη διαδικασία ανατροφής και διαπαιδαγώγησης των παιδιών. Η αναπτυξιακή προσέγγιση βασίζεται στην κοινωνιο-γνωστική θεωρία των Newberger & Cook σύμφωνα με την οποία οι πράξεις και οι συμπεριφορές των γονέων αντιστοιχούν σε τέσσερα αναπτυξιακά στάδια γονεϊκής συνείδησης: το εγωκεντρικό, το συμβατικό, το ατομικιστικό και το ψυχολογικά προσανατολισμένο στη σχέση γονέα-παιδιού. Ο γονέας μπορεί να βρίσκεται σε χαμηλό στάδιο ανάπτυξης όσον αφορά τον γονεϊκό του ρόλο αλλά σε υψηλό επίπεδο λειτουργικότητας σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας. Σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο τα περιστατικά κακοποίησης προκύπτουν από την επίδραση κοινωνικών ψυχοπαιστικών συνθηκών σε άτομα με χαμηλό αναπτυξιακό επίπεδο γονεϊκής συνείδησης τα οποία χρησιμοποιούν ανώριμες και ατελέσφορες στρατηγικές προκειμένου να αντιμετωπίσουν αυτές τις συνθήκες. Επομένως, τα περιστατικά παιδικής κακοποίησης είναι πράξεις “φυσιολογικών” γονέων που χρησιμοποιούν στρατηγικές αντίστοιχες με τον αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκονται (Newberger C, Cook Sj. 1983).

1.4.4 Οικολογικό μοντέλο

Οι Bronfenbrenner (1979) και Belsky (1980) ανέπτυξαν το οικολογικό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η παιδική κακοποίηση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο καθώς η ανάλυση και η αιτιολογία της έγκειται στη σύνθεση πολλών παραγόντων, όπως κοινωνιολογικών, ψυχολογικών και βιολογικών, οι οποίοι και περιγράφηκαν στα προηγούμενα μοντέλα. Στοχεύοντας στην κατανόηση και την ολιστική αντιμετώπιση της παιδικής κακοποίησης προτείνεται ο προσανατολισμός σε τέσσερις αλληλεξαρτώμενους άξονες: **α)** το άτομο (οντογενετικό επίπεδο) το οποίο αφορά τις ψυχολογικές δυνάμεις των γονέων, το ιστορικό τους, το επίπεδο ωριμότητας, τη γονεϊκή ψυχοπαθολογία, τα συναισθήματα που τους διακατέχουν για το παιδί τους και τον βαθμό στον οποίο κατανοούν τις αναπτυξιακές του ανάγκες **β)** το μικροσύστημα (οικογένεια) που περιλαμβάνει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, τα ατομικά χαρακτηριστικά του παιδιού και τη δυναμική της οικογένειας **γ)** το

εξωσύστημα (ευρεία οικογένεια) το οποίο αποτελείται από άτομα του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος που μπορούν να αποτελέσουν είτε πηγή άγχους είτε υποστήριξης και δ) το μακροσύστημα (κοινωνία) στο οποίο συγκαταλέγονται οι πολιτισμικές και κοινωνικές αξίες και πεποιθήσεις. Επομένως, η παιδική κακοποίηση είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο και τα περιστατικά της οφείλονται σε δυσκολίες σε επίπεδο προσωπικής λειτουργικότητας των γονέων, στις συνθήκες, στο περιβάλλον και στην ανεπαρκή αντιμετώπιση από το Κράτος λόγω των ελάχιστων παροχών που προσφέρει στα μέλη της. Η προσέγγιση αυτή αν και έδινε τη δυνατότητα της θεώρησης του φαινομένου από διάφορα πρίσματα, απαιτούσε νέες δομές και αναθεώρηση των συνεργασιών μεταξύ των επαγγελματιών οδηγώντας έτσι στην ελλιπή εστίαση στις ανάγκες του παιδιού-θύματος

1.4.5 Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης

Η συγκεκριμένη θεωρία εστιάζει στις σχέσεις γονέων και παιδιών και στις εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας οι οποίες διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου και καθορίζουν τις μετέπειτα σχέσεις του με τα παιδιά του. Οι συναλλαγές του ατόμου, τα πρότυπα με τα οποία διαβιώνει και τα ερεθίσματα που δέχεται από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον από νεαρή ηλικία δημιουργούν και εξελίσσουν τη προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του. Σύμφωνα με τον Αμερικάνο ψυχολόγο Bandura, κύριο εκφραστή της θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, το άτομο δεν έχει έμφυτο το βίαιο ένστικτο αλλά μαθαίνει και υιοθετεί την βίαιη και επιθετική συμπεριφορά μέσω της παρατήρησης και μίμησης προτύπων (Bandura, 1973). Επομένως το παιδί που βιώνει κακοποιητικές συμπεριφορές εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος μεγαλώνει μαθαίνοντας ότι μέσω της βίας μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματα του και να διευθετήσει τις υποθέσεις του. Η εν λόγω θεωρία βασίζεται σε κάποιες μελέτες και στοιχεία που καταδεικνύουν την πιθανότητα εξέλιξης του θύματος σε θύτη, ωστόσο αυτό δεν είναι επαρκώς αποδεδειγμένο. Είναι ελάχιστες οι καταγραφές όπου θύμα παιδικής κακοποίησης μετατράπηκε σε ενήλικο θύτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΥΝΔΡΟΜΟ MUNCHAUSEN ΔΙ' ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΥ

Το συγκεκριμένο σύνδρομο υπάγεται στις ειδικές μορφές σωματικής κακοποίησης και η παρούσα πτυχιακή εστιάζει στην προσχολική ηλικία, όπου το φαινόμενο είναι και πιο συχνό. Τί είναι όμως το Σύνδρομο Munchausen Δι' αντιπροσώπου;

2.1 Εννοιολογικοί ορισμοί

Το Σύνδρομο Munchausen ορίζεται ως μία *πλασματική διαταραχή που παρατηρείται όταν ενήλικες προκαλούν στον εαυτό τους τεχνητά συμπτώματα οργανικής νόσου προκειμένου να βρουν υποστήριξη από το ιατρικό σύστημα.* (R. Asher, 1951).

Το Σύνδρομο Munchausen Δι' Αντιπροσώπου, με το οποίο θα ασχοληθεί η παρούσα πτυχιακή, σχετίζεται με την κακοποίηση προς ένα άτομο και ουσιαστικά θεωρείται η μεταγενέστερη έκδοση του φαινομένου. Σύμφωνα με αυτό, ο γονιός ή κάποιος φροντιστής (συνήθως η μητέρα), δημιουργεί ψευδή ιατρικά προβλήματα στο παιδί για να προσελκύσει την προσοχή των άλλων σε αυτόν. Συνήθως, τα παιδιά ηλικίας <6 ετών είναι πιο επιρρεπή στο να βρεθούν θύματα του συνδρόμου, ενώ το 7% των παιδιών καταλήγουν στον θάνατο. (Leonard & Farrell, 1992)

Η ψυχολόγος κα. Πισινίδη, αναφέρει πιο συγκεκριμένα πως: *«Πρόκειται για την σκόπιμη παραγωγή ή προσποίηση για την ύπαρξη σωματικών ή ψυχολογικών συμπτωμάτων σε ένα άτομο, που είναι κάτω από την φροντίδα του υποκειμένου, με σκοπό να λάβει έμμεσα τον ρόλο του ασθενή. Σε αυτήν την ακραία μορφή κακοποίησης, εκείνος που έχει λάβει τον ρόλο να φροντίζει προκαλεί συμπτώματα μιας ασθένειας σε ένα παιδί ή σε ένα ηλικιωμένο ή με ειδικές ανάγκες άτομο. Η εξαπάτηση επαναλαμβάνεται πολλές φορές, Τα θύματα είναι άρρωστα για πάρα πολύ καιρό, με επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και αρκετές φορές καταλήγουν. Πρόκειται για μια ενεργητική μορφή κακοποίησης, η οποία δεν είναι γνωστή και πολλές φορές παραμελείται».*

Αυτή η διαταραχή προσποίησης έχει εκδηλωθεί σε διαφορετικές χρονολογίες και περιοχές με διαφορετικές ονομασίες. Περιληπτικά, κάποιες από αυτές είναι οι εξής:

- ❖ Polle Syndrome (Ackerman & Strobel, 1981)
- ❖ Meadow's Syndrome (Warner & Hathaway, 1984)
- ❖ Fictitious Disorder by proxy (APA, USA, 1994)
- ❖ Factitious Illness by Proxy (World Health Organization, 1996)

- ❖ Factitious Illness Syndrome (Buglas, 1999)
- ❖ Induced Illness (Ireland, 1999 – 2002)
- ❖ Factitious Disorder by Proxy (APA, USA, 2000)
- ❖ Activi Illness Flasiication (Libaw, 2002)
- ❖ Fabricated or Induced Illness by Carers (The Royal College of Pediatrics and Child Health, U.K., 2002)
- ❖ Pediatric Condition Falsification (American Professional Society on the Abuse of Children, USA, 2002)
- ❖ Factitious Disorder Imposed on Another (APA, USA, 2013)

Αξίζει να αναφερθεί πως υπάρχουν κι άλλες υποκατηγορίες του συνδρόμου αυτού. Κάποιες από αυτές είναι οι εξής:

1. Περιγεννητικό Μινχάουζεν (by pregnancy)

Το 1985, ο γυναικολόγος Robert Goodlin μείωσε σημαντικά το όριο ηλικίας για τα θύματα MBPS. Πριν από αυτό, τα μωρά ή τα μικρά παιδιά ήταν πιθανά θύματα κακοποίησης γονέων. Ο Goodlin περιέγραψε δέκα έγκυες γυναίκες που επιχείρησαν βλάβη στο έμβρυο στο άρθρο του "Έγκυες γυναίκες με σύνδρομο Munchausen" (1985). Μία από αυτές έψαχνε μη κατάλληλες θέσεις στο σώμα για να κάνει τον εμβρυϊκό καρδιακό ρυθμό να επιβραδύνεται αμέσως και με αυτό τον τρόπο κατάφερε την ενδομήτρια άπνοια του εμβρύου. Επιπλέον, το 1996 δημοσιεύτηκε στο περιοδικό "British Journal of Clinical Practice", από τον Guthrie και τους συνεργάτες του, και άλλη περίπτωση Περιγεννητικού Μινχάουζεν (ή μαιευτική πλασματική διαταραχή, όπως αλλιώς ονομάζεται), στην οποία υπάρχει κολπική αιμορραγία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

2. Επιπολιτισμικό Μινχάουζεν (by culture)

Το 2015, ο γιατρός Mansour Karadsheh, δημοσίευσε μια υπόθεση με πρωταγωνίστρια μία 16χρονη κοπέλα. Η έφηβη έριξε ανεξήγητα αιμορραγικά δάκρυα. Η ανάλυση έδειξε την παρουσία δακρύων και αίματος. Μετά από νοσηλεία, ανακαλύφθηκε ότι η οφθαλμική αιμορραγία συνέβη μόνο όταν το κορίτσι απομονωνόταν στο θάλαμο. Μετά από πιο προσεκτική επιθεώρηση, διαπιστώθηκε ότι

τρυπούσε το δάχτυλο του δεξιού της χεριού με ένα τσιμπιδάκι και έπειτα ‘‘χρωμάτιζε’’ τα δάκρυα της. Το συγκεκριμένο περιστατικό σχετίζεται με το Σύνδρομο Μινχάουζεν και τη σχέση με τις κουλτούρες του κάθε ανθρώπου. Το κορίτσι δεν επιδίωκε την προσοχή των άλλων για λόγους υγείας αλλά προκειμένου να θεωρείται μία μοναδική - ‘‘εκλεκτή’’ ασθενής.

3. Μινχάουζεν σε οικόσιτο ζώο (by pet)

Ο καθηγητής ψυχολογίας Feldman ήταν πρωτοπόρος του όρου και πρόκειται για τις περιττές κτηνιατρικές παροχές και υπηρεσίες που κάνει ο ‘‘ιδιοκτήτης’’ στο κατοικίδιο του. Ουσιαστικά, στο σύνδρομο αυτό, που είναι παρόμοιο με το Σύνδρομο Μινχάουζεν δι’ αντιπροσώπου, αντικαθίσταται το μικρό παιδί από το οικόσιτο ζώο.

Το 2014 ο Cambridge L. J. Tong (καθηγητής κτηνιατρικής) παρέθεσε ορισμένα συμπτώματα τα οποία μπορεί να οδηγούν στην ύπαρξη του συνδρόμου. Σύμφωνα με τον Tong κάποια από αυτά είναι τα παρακάτω:

- *Τραύματα τα οποία φαίνονται να είναι πιο παλιά καθώς ο φροντιστής έχει καθυστερήσει να το πάει στον κτηνίατρο*
- *Κατάγματα σε πολλά σημεία*
- *Διάφορα τραύματα σε διαφορετικά στάδια επούλωσης*
- *Τραύματα στην περιοχή των άκρων και του προσώπου*
- *Τραύματα τα οποία φαίνεται να επουλώνονται αφού το κατοικίδιο απομακρυνθεί από τον φροντιστή του*

Μέχρι σήμερα, έχουν υπάρξει πολλές δημοσιευμένες περιπτώσεις MSBP που αφορούν τη θυματοποίηση των γατών, των σκύλων και πιο πρόσφατα των αλόγων (Munro και Thrusfield 2001, RSPCA 2011, Oxley και Feldman 2016)

4. Ψηφιακό Υγειονομικό Μινχάουζεν (by internet)

Το 2000, ο όρος "Munchausen by Internet (MBI)" εφευρέθηκε από τον ψυχολόγο Feldman R. για να περιγράψει την πράξη των ψεύτικων ή υπερβολικών συμπτωμάτων στον εαυτό του ατόμου μέσω δημοσιεύσεων στο Διαδίκτυο, έχοντας στόχο να κερδίσει την προσοχή ή να χειραγωγήσει τους άλλους.

Εξαιτίας αυτού, η πλειονότητα των διαδικτυακών ομάδων δείχνει μεγάλη συμπόνια και θλίψη προς τους εικονικούς χρήστες – ασθενείς. Παρ’ όλα αυτά όταν τα υπόλοιπα μέλη των διαδικτυακών κοινοτήτων υποπτευθούν ή γνωρίσουν την αλήθεια, για την μη ασθένεια, τότε δημιουργείται μεγάλη ρωγμή στη σχέση των μελών και κλονίζεται η εμπιστοσύνη, αφού πλέον υπάρχει μεγάλη καχυποψία για όλους. Πρέπει να σημειωθεί πως η συγκεκριμένη ψυχιατρική διαταραχή δεν έχει αναγνωριστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία στο Εγχειρίδιο διαγνωστικών και στατιστικών ψυχικών διαταραχών (DSM-IV).

	Munchausen Syndrome	Munchausen by proxy Syndrome	Munchausen by Internet
Πεδίο εμφάνισης	Νοσοκομείο	Νοσοκομείο	Κυβερνοχώρος
Ποιος το προκαλεί	Ψευδόμενο άρρωστο άτομο περιπλανώμενο σε νοσοκομεία	Κακοποιητής γονέας (περιφέρει το παιδί του σε νοσοκομεία)	Κακόβουλος χρήστης διαδικτύου
Παθών/θύμα	Ο ίδιος ο ενήλικας θύτης είναι παράλληλα θύμα καθότι δέχεται περιττές χειρουργικές πράξεις (Χειρουργικός Μαζοχισμός)	Ανήλικο Τέκνο (Γονεϊκός Ιατρικός Σαδισμός)	Χρήστες Διαδικτύου οι οποίοι εμπιστεύονται τα εκτιθέμενα υγειονομικά ψέματα του ψηφιακού απατεώνα
Χαρακτηρισμός Πράξης	Ψυχιατρική Διαταραχή	Εγκληματική Πράξη (Κακοποίηση)	Ανήθικη Συμπεριφορά

Ομοιότητες και Διαφορές μεταξύ τριών κυρίαρχων εκδοχών του Συνδρόμου (Πηγή: Γκούβερης, Π., 2019).

2.2 Ιστορική Αναδρομή του Συνδρόμου

Στην Ευρώπη, το όνομα Munchausen έχει ταυτιστεί με τη διασκεδαστική ψευδολογία ενός βαρόνου του 18ου αιώνα (Γκούβερης, Π., 2019). Ο Γερμανός βαρόνος Κάρολος φον Μινχάουζεν επιστρέφοντας από τον Ρωσοτουρκικό Πόλεμο (1768-1774) αφιέρωσε το υπόλοιπο της ζωής του στην αφήγηση απίθανων και φανταστικών ιστοριών από τις περιπέτειες του. Μία συλλογή από τις εξωφρενικές ιστορίες του με τίτλο “Τα παραμύθια του Βαρόνου Μινχάουζεν” εκδόθηκε ανώνυμα από τον Ρούντολφ Έρικ Ράσπε το 1785.

Το 1951 ο Άγγλος γιατρός R. Archer δανείστηκε το όνομα του βαρόνου προκειμένου να περιγράψει μία ψυχιατρική διαταραχή όπου ενήλικες προσποιούνται συμπτώματα και υποβάλλουν τον εαυτό τους σε μη απαραίτητες νοσηλείες, διαγνωστικές εξετάσεις ακόμη και χειρουργεία προκειμένου να τους παρέχεται υποστήριξη, κυρίως από τους γιατρούς. Ήταν ο πρώτος που εισήγαγε αυτόν τον όρο στο χώρο της ψυχικής υγείας, περιέγραψε και παρουσίασε το Σύνδρομο Μινχάουζεν στο επιστημονικό περιοδικό: “The Lancet”(1951). Επισήμανε ότι *“το πιο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του συνδρόμου είναι ο προφανής παραλογισμός. Το να γίνεις ασθενής είναι ο σκοπός του συνδρόμου”* (Asher, R., 1951). Από τη στιγμή που δημοσιεύτηκε αυτός ο ορισμός, και μέσα σε λιγότερο από 1 χρόνο, εντοπίστηκαν πάνω από 60 περιπτώσεις του Συνδρόμου σε Αγγλία και Σκωτία. Αξίζει να σημειωθεί, πως υπήρχαν ασθενείς οι οποίοι κατήγγειλαν οι ίδιοι τον εαυτό τους.

Το 1977 ο Βρετανός παιδίατρος Dr R. Meadow, εξέλιξε αυτή τη πλασματική ψυχική διαταραχή και καθιέρωσε τον όρο Munchausen Syndrome by Proxy, ο οποίος περιέγραφε μια ιδιαίτερη μορφή κακοποίησης όπου ο φροντιστής, συνήθως η μητέρα, εφευρίσκει ή προκαλεί ασθένεια σε ένα άλλο πρόσωπο, συνήθως στο παιδί, προκειμένου να κερδίσει τη προσοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Thomas, K., 2003).

Κατά τη διάρκεια των χρόνων εμφανίστηκαν αμφισβητήσεις για την υπόσταση του συνδρόμου. Το κίνημα των φεμινιστών θεωρεί πως σχετίζεται με την προσπάθεια του αντρικού πληθυσμού να ενοχοποιήσει τη γυναίκα. Άλλο μέρος υποστηρίζει, ότι το συγκεκριμένο φαινόμενο δεν θα έπρεπε να λαμβάνει μέρος, καθώς προσπαθεί να βλάψει μια μητέρα η οποία αγωνίζεται να βοηθήσει το άρρωστο παιδί της, μέσα σ’ ένα ανάλγητο σύστημα υγείας.

Επιπλέον, ο Meadow περιέγραψε ορισμένα κριτήρια σχετικά με το πότε μπορεί να εμφανιστεί το φαινόμενο αυτό. Συγκεκριμένα αναφέρθηκε σε:

- *Νόσο σε παιδί που ένας ενήλικος την προκαλεί ή την επινοεί*
- *Συνεχής αναζήτηση ιατρικής φροντίδας*
- *Άρνηση του φροντιστή για την ανάμειξή του στην ασθένεια του παιδιού*
- *Υποχώρηση συμπτωμάτων, όταν το παιδί απομακρύνεται από τον γονιό/φροντιστή του.*

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι εφημερίδες άρχισαν να συζητούν το σύνδρομο και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, έλαβε αυξημένη προσοχή, ως αποτέλεσμα του αριθμού των δικαστικών υποθέσεων στις οποίες οι μητέρες κατηγορήθηκαν για τέτοιου είδους βία. (Johnson 27; Lliman 29; Balleza). Επιπρόσθετα, το 1987, η ψυχίατρος Dr. Donna Rosenberg, δημιούργησε το web της εξαπάτησης (Web of Deceit) προκειμένου να ευαισθητοποιηθεί ο κόσμος και να ενημερωθεί για το σύνδρομο αυτό. Σε αυτό, η ίδια διεξήγαγε μία έρευνα 117 περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών μέσω του Μινχάουζεν δι' Αντιπροσώπου και ενσωμάτωσε δικές τις διαισθητικές προβλέψεις για πιθανή εφαρμογή του MSBP στη σύγχρονη ιατρική. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρία αναγνώρισε το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου το 1994, αφού συμπεριλήφθηκε στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο DSM-IV με τον όρο ***Πλασματική διαταραχή δι' αντιπροσώπου (Factitious Disorder by proxy)*** (APA 2000, p. 238).

2.3 Επιδημιολογικά Στοιχεία

Δεδομένου ότι το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου δεν είναι επίσημη και αυτόνομη κατηγορία κακοποίησης και είναι ιδιαίτερος άγνωστο προς την ευρεία κοινότητα, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί με απόλυτη ακρίβεια η συχνότητα εμφάνισης του και οι συνέπειες που επιφέρει. Παρ' όλα αυτά, από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ανακύπτει ότι έχει σημαντικό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σύμφωνα με τους ερευνητές Abeln, B., & Love, R. (2018), η επίπτωση του συνδρόμου βρέθηκε να είναι 0.5 με 0.2 ανά 100.000 παιδιά, μικρότερα των 16 ετών. Η μέση ηλικία των ανήλικων θυμάτων, όταν πραγματοποιηθεί η διάγνωση του δράστη,

είναι οι 14 μήνες έως και τα 2.7 χρόνια, ενώ είναι σπάνιο να εμφανιστεί σε παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών (). Όταν γίνεται αναφορά στον κακοποιητή χρησιμοποιείται σαν πρόσωπο αναφοράς κυρίως η μητέρα καθώς σε ποσοστό 85% δράστης είναι η βιολογική μητέρα του θύματος. Σε μικρότερο ποσοστό 5% είναι άλλες γυναίκες φροντιστές, όπως νοσοκόμες ή η γιαγιά του θύματος και σε ποσοστό 5% κακοποιητής μπορεί να είναι και ο πατέρας (Γιαννοπούλου, Ι., κ.α, 2010, Morrell, B., & Tilley, D.S., 2012).

Δεν γίνονται διακρίσεις ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εθνικότητα και τη θρησκεία, η κακοποίηση μπορεί εμφανιστεί οπουδήποτε. Τα αδέρφια των παιδιών αυτών είναι πιθανό να βιώσουν εξίσου την κακοποίηση με τις ίδιες ή παρόμοιες μεθόδους. Τα παραπάνω ευρήματα αποδεικνύονται από διάφορες έρευνες που έγιναν ανά τις δεκαετίες.

Η μεγαλύτερη επιδημιολογική μελέτη έγινε από τον Meadow το 1992-94 σε συνεργασία με εγγεγραμμένους στον εθνικό σύλλογο παιδιάτρων της Αγγλίας και της Ιρλανδίας. Εκείνοι αναζητούσαν περιπτώσεις MSBP όπου ο δράστης είχε προκαλέσει άμεσα στο παιδί δηλητηρίαση ή ασφυξία. Σε δύο χρόνια καταγράφηκαν 128 περιστατικά από τα οποία 55 παρουσίαζαν αποκλειστικά MSBP, 15 μη τυχαία ασφυξία, 15 μη τυχαία δηλητηρίαση και 43 κάποιο συνδυασμό των παραπάνω. Εκτιμάται ότι η αναλογία να υφίσταται αυτή τη μορφή κακοποίησης ένα παιδί μικρότερο των 16 ετών είναι 1 ανά 200.000 παιδιά ετησίως, ενώ ανέρχεται σε αναλογία 2,8 ανά 100.000 όταν αφορά κακοποίηση κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του. Κατά πλειοψηφία (85%) κακοποιητές ήταν οι μητέρες των παιδιών/θυμάτων, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις (5% και 1%) δράστες ήταν, αντίστοιχα, οι πατεράδες ή κάποιοι φροντιστές. Το φύλο κυμαίνονταν σε ποσοστό 47% για τα αγόρια και 53% για τα κορίτσια. Τα περισσότερα παιδιά (77%) ήταν μικρότερα των 5 ετών και η μέση ηλικία τους όταν δόθηκε η διάγνωση του συνδρόμου ήταν 20 μήνες. Νοσηλεία χρειάστηκε το 95% των παιδιών, από τα οποία το 41% νοσηλεύτηκε για χρονικό διάστημα 7-30 ημερών, ενώ το 23% παρέμεινε για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 30 ημερών. Το ποσοστό θνησιμότητας ανέρχονταν σε 9-10% (Γκούβερης, Π., 2019).

Μία εξίσου σημαντική μελέτη ήταν αυτή που καταγράφηκε στη Νέα Ζηλανδία το 1999, σκοπός της οποίας ήταν να εκτιμηθεί η επιδημιολογία του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου (MSBP) σε παιδιά μικρότερα των 16 ετών και να προσδιοριστεί ο βαθμός επίδρασης τόσο των ίδιων όσο και των παιδιάτρων τους. Έλαβαν μέρος 148 (95%) από τους 156 ασκούμενους παιδίατρους στη Νέα Ζηλανδία.

Από τις 18 περιπτώσεις MSBP που ταυτοποιήθηκαν μέσα σε έναν χρόνο η συχνότητα εμφάνισης σε παιδιά μικρότερα των 16 ετών ήταν 2,0 ανά 100.000 παιδιά. Το 61% των υποθέσεων παραπέμφθηκαν σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας παιδιών ή στις αστυνομικές αρχές. Ο μέσος χρόνος, από την αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι τη διάγνωση ήταν 7 μήνες για περιπτώσεις που προωθήθηκαν σε οργανισμούς κοινωνικής πρόνοιας παιδιών και 23 μήνες για περιπτώσεις που δεν παραπέμφθηκαν. Σύμφωνα με τα ευρήματα τη στιγμή της διάγνωσης η μέση ηλικία των παιδιών/θυμάτων ήταν 2,7 έτη ενώ σε κάθε υπόθεση κακοποιητής ήταν η μητέρα. Τα περισσότερα παιδιά (72%) είχαν πολλαπλά συμπτώματα, ενώ περίπου τα μισά άτομα (55%) είχαν χρόνια ασθένεια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το παιδί δεν ήταν σοβαρά άρρωστο και στο 50% των περιπτώσεων, τα συμπτώματα βελτιώθηκαν ή εξαφανίστηκαν μετά τη διάγνωση (Denny SJ. et al.,1999).

Άλλη μία έρευνα, μεγαλύτερης εμβέλειας, είναι αυτή που πραγματοποίησε ο Feldman και οι συνεργάτες του το 2002. Σε αυτή πήρε από 59 άρθρα, 122 περιπτώσεις οι οποίες καταγράφονταν σε 24 διαφορετικές χώρες για να ορίσουν το σύνδρομο, την ηλικία των θυμάτων και τα χαρακτηριστικά του φροντιστή. Αρχικά να αναφερθεί πώς από τις περιπτώσεις αυτές το 54% αφορούσε αγόρια και το 46% κορίτσια. Επιπλέον, το 90% των περιπτώσεων, το ρόλο του θύτη έπαιρνε η μητέρα ενώ 4% ήταν ο πατέρας, 4% ο πατριός ή η μητριά και 2% η γιαγιά του του θύματος. Τέλος, ερευνήθηκαν οι ηλικίες των θυμάτων, με την πλειοψηφία να υπάρχει στις ηλικίες 3- 13 ετών (53%). Αμέσως μετά ήταν η ηλικία έως τα 3 έτη (26%), άνω των 13 ετών (12%) και ενήλικες στο μικρό ποσοστό του 9% (Feldman & Brown, 2002).

Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποίησε η κοινωνική λειτουργός Mary Sheridan το 2003 σύλλεξε 154 άρθρα που αφορούσαν το σύνδρομο και κατέγραψε 451 περιπτώσεις. Σύμφωνα με τα ευρήματα το ποσοστό θνησιμότητας ανέρχονταν στο 6%, δράστης ήταν η μητέρα του θύματος σε ποσοστό 76,5%, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις στην κακοποίηση εμπλέκονταν ο πατέρας και η γιαγιά ή υπήρχε και συνεργασία μεταξύ των γονέων. Το πιο σημαντικό στοιχείο όμως της έρευνας προέρχονταν από τις υποθέσεις στις οποίες το ανήλικο θύμα είχε ένα ή περισσότερα αδέρφια. Σο 25% αυτών των υποθέσεων είχε υπάρξει θάνατος άλλου ανήλικου μέλους πριν την κακοποίηση του θύματος, γεγονός που τονίζει την επικινδυνότητα της κατάστασης αλλά και την ανάγκη προσεκτικής εξέτασης των στοιχείων από το προσωπικό του νοσοκομείου (Sheridan, M.S., 2003).

2.4 Αιτιολογικοί Παράγοντες

Λόγω του ότι δεν υπάρχει επαρκές βιβλιογραφικό υλικό για το συγκεκριμένο σύνδρομο, οι αιτιολογικοί παράγοντες που εξηγούν τη δράση και την κακοποιητική συμπεριφορά του δράστη είναι εξίσου περιορισμένοι. Όμως υπάρχουν κάποιες ομοιότητες και καταγραφές περιστατικών που βοηθάνε να σχεδιαστεί ένα προφίλ σχετικά με τα κίνητρα και τους μηχανισμούς που ωθούν έναν γονέα/φροντιστή στην υγειονομική κακοποίηση του παιδιού του.

Το πρωταρχικό κίνητρο του γονέα/δράστη σχετίζεται με την ανάγκη του να συγκεντρώσει το ενδιαφέρον και να βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής των ατόμων με τα οποία συναναστρέφεται, όπως για παράδειγμα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ή του συζύγου.

Όπως προκύπτει από διάφορες ομολογίες των δραστών, η μητέρα επιζητά τη συμπόνια των ατόμων γύρω της καθώς και την αναγνώριση του γονεϊκού της ρόλου ως μία στοργική μητέρα που φροντίζει το παιδί της με χρόνια πρόβλημα υγείας. Σε ένα αμερικάνικο ντοκιμαντέρ παρουσιάστηκε η υπόθεση μίας παχύσαρκης μητέρας η οποία έπνιξε και επανέφερε στη ζωή το 2 χρονών παιδί της καθώς ισχυρίστηκε ότι χρειαζόταν βοήθεια και κανείς δεν ανταποκρίνονταν. Η ίδια εμφανίστηκε να απολαμβάνει το γεγονός ότι ήταν η ίδια το άτομο που επανέφερε το παιδί της και επιδίωκε να φαίνεται ως υποδειγματική μητέρα (Schreier, H., 2004).

Το οικονομικό όφελος δεν αποτελεί πρωταρχικό κίνητρο του δράστη και δεν πυροδοτεί τη συμπεριφορά του. Στην πορεία της κακοποιητικής δράσης όμως μπορεί να ικανοποιηθεί οικονομικά, ίσως από δωρεές και οικονομικά βοηθήματα των συγγενών ή του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος.

Όπως αναφέρεται στο σύγγραμμα *Hurting for love*, των Schreier & Libow (1993), η ψυχοδυναμική προσέγγιση επιχειρεί να δώσει μία εξήγηση σχετικά με τα κίνητρα της κακοποιητικής δράσης της μητέρας. Από τα πρώτα αναπτυξιακά στάδια τα παιδιά ανατρέφονται με αξίες και ιδεολογίες που διαφέρουν ανάλογα με το φύλο. Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες ένα κορίτσι ανατρέφεται με την ιδεολογία ότι η φροντίδα του νεογνού είναι κατ' αποκλειστικότητα δική της ευθύνη.

Οι ανάγκες, η ανατροφή και η επιμέλεια του βρέφους εναπόκεινται στην ίδια με αποτέλεσμα των παραγκωνισμό των δικών της προσωπικών, συναισθηματικών και επαγγελματικών αναγκών. Στη περίπτωση που η μητέρα έχει βιώσει κατά την παιδική της ηλικία μία συναισθηματική παραμέληση ή βρίσκεται σε έναν γάμο όπου υπάρχουν

καθημερινά συζυγικά προβλήματα και μειωμένο ενδιαφέρον εκ μέρους του συζύγου της η μόνη της πηγή έκφρασης/ικανοποίησης είναι δια μέσου του παιδιού της. Επομένως, σε περιπτώσεις που το παιδί νοσήσει και νοσηλευτεί αυτή η γυναίκα είναι πιθανό να υποκύψει μπροστά στην ικανοποίηση και την αναγνώριση που μπορεί να λάβει ως αποκλειστική φροντιστής του παιδιού. Αποτελεί ενεργό και κυρίως μέλος όλης της υπόθεσης, καθώς είναι εκείνη που ενημερώνεται καθημερινά από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για την ιατρική κατάσταση του παιδιού της, που έχει αναλάβει την καθημερινή και αδιάκοπη φροντίδα του και την χορήγηση και πορεία της φαρμακευτικής του αγωγής.

Η έξαψη που δημιουργεί το νοσοκομείο και οι διαφορετικοί κανόνες που διέπουν τη λειτουργία του, σε σχέση με εκείνους της οικογένειας, είναι πιθανό να παρακινήσουν τις πράξεις της μητέρας. Η κακοποιητική δράση του γονέα πραγματοποιείται σε μεγάλο βαθμό, 75% των περιπτώσεων στο χώρο του νοσοκομείου (Rosenberg. D.,1987). Έχει έτσι να διαλέξει ανάμεσα στην καλή υγεία και ευεξία του παιδιού της και στην προσωπική ικανοποίηση και κάλυψη των αναγκών της.

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική προσέγγιση, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η μητέρα συχνά επιλέγει ερωτικό σύζυγο επηρεασμένη από το παράδειγμα της πατρικής φιγούρας με την οποία μεγάλωσε. Είναι πιθανό πριν από την συμβολική εγκατάλειψη που βιώνει από τον σύζυγό της να έχει βιώσει τη συναισθηματική παραμέληση από τον πατέρα της. Η αναζήτηση συντρόφου καταλήγει ως μία ασυνείδητη αναζήτηση του απόντα πατέρα (Γκούβερης, Π., 2011).

Επομένως η μητέρα έχοντας ζήσει την παραμέληση από σημαντικά πρόσωπα της ζωής της και έχοντας ανικανοποίητες ψυχολογικές ανάγκες χρησιμοποιεί το παιδί ως φετιχιστικό εργαλείο προκειμένου να προσελκύσει την παρουσία του συζύγου της και να ελέγξει τη συμπεριφορά του.

Όταν υφίσταται σε περιπτώσεις μονογονεϊκής οικογένειας, είναι πιθανό η μητέρα μ' αυτή τη μέθοδο να επιδιώκει έμμεσα την επιστροφή του πατέρα στο σπίτι και την επανένωση μαζί του. Να χρησιμοποιεί δηλαδή τη νόσο του παιδιού και την ιατρική του κατάσταση για να επιστρέψει ο πατέρας στην οικία, παρουσιάζοντας το όμως ως ανάληψη από κοινού της φροντίδας του άρρωστου παιδιού τους και την παροχή μεταξύ τους αλληλοϋποστήριξης.

Όταν υφίσταται σε έγγαμη οικογένεια είναι πιθανό η μητέρα να προσπαθεί με αυτή της τη δράση, να διατηρήσει την ισορροπία και τη δομή του συνόλου. Ο πατέρας τις περισσότερες φορές απουσιάζει για μεγάλα χρονικά διαστήματα από το σπίτι ή επιλέγει

να λείπει όποτε είναι δυνατόν ή κρατά ένα αποστασιοποιημένο ρόλο με όσα συμβαίνουν. Οπότε η μητέρα προσπαθεί με τη νόσο και τα συμπτώματα του παιδιού, να ελέγξει τη δομή της οικογένειας και τη διατήρηση εγγύτερων σχέσεων.

2.5 Μορφές Κακοποίησης Συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου

Η κακοποίηση που υφίσταται το παιδί μπορεί να είναι χρόνια και συστηματική ή επεισοδιακή, ενώ μεταξύ των περιστατικών κακοποίησης/παραμέλησης μπορεί να υπάρχουν περίοδοι ηρεμίας. Ο τύπος της ασθένειας, ο βαθμός και το εύρος εφαρμογής της κακοποιητικής συμπεριφοράς ποικίλουν ανάλογα με τη φαντασία, την οξύνοια και την τόλμη του δράστη.

Μπορεί δηλαδή να κυμαίνεται από ήπια περιστατικά, τα οποία όμως δεν θα πρέπει να αγνοηθούν γιατί μπορεί να κλιμακωθούν, έως και σοβαρά με ανεπανόρθωτες βλάβες στην σωματική, ψυχική, συναισθηματική και αναπτυξιακή υγεία του παιδιού. Ο γονέας/δράστης χρησιμοποιεί δύο μεθόδους προκειμένου να κερδίσει τη προσοχή του ιατρικού προσωπικού: α) παραποιεί τις πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό και τα συμπτώματα του παιδιού ή β) προκαλεί άμεσα ασθένεια στο παιδί.

Η διάγνωση της υποτιθέμενης ασθένειας βασίζεται στη περιγραφή των συμπτωμάτων από το γονέα/φροντιστή, ο οποίος είναι ο κύριος μάρτυρας της έναρξης και της εξέλιξης τους. Όμως παρά τις συνεχείς παρεμβάσεις και ιατρικές εξετάσεις που διεξάγονται δεν μπορεί να δοθεί καμία σαφή αιτιολογία για την ύπαρξη τους αλλά υποδεικνύουν κάποια σπάνια νόσο. Η κλινική εικόνα του παιδιού δεν παραπέμπει σε καμία συνήθη ασθένεια, δεν επιβεβαιώνεται από τα ιατρικά ευρήματα και οι θεραπείες στις οποίες υποβάλλεται δεν φέρουν καμία βελτίωση αλλά αντιθέτως είναι επίπονες για το ίδιο.

Οι Levin-Sheridan (1995) και ο Campos (1995) κωδικοποίησαν αυτές τις ασθένειες/διαταραχές που επινοεί ο γονέας-δράστης προκειμένου να παραπλανήσει τους επαγγελματίες υγείας και παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Αναπνευστικές εκδηλώσεις	Άπνοια, μη τυχαία ασφυξία, άσθμα, βρογχοπνευμονική δυσπλασία, κυστική ίνωση, αιμορραγία από τους ανώτερους αεραγωγούς, πόνος στο στήθος
Γαστρεντερικές εκδηλώσεις	Έμετος, αιμορραγία, χρόνια διάρροια, πόνος στην κοιλιακή χώρα, αδυναμία ανάπτυξης
Αιματολογικές εκδηλώσεις	Αιμορραγία, αναιμία
Λοιμώξεις και πυρετός	Πυρετός
Δερματολογικές εκδηλώσεις	Εκχυμώσεις, ερύθημα, σχηματισμός φυσαλίδων (από εγκαύματα), εκδορές, ρήξεις, νύξεις, μελάγχρωση δέρματος
Αλλεργικές εκδηλώσεις	Τροφική αλλεργία, εξάνθημα
Οφθαλμικές εκδηλώσεις	Επανεμφανιζόμενη αιμορραγική επιπεφυκίτιδα, κερατίτιδα, πρήξιμο βλεφάρων, ανόμοιες κόρες, νυσταγμός, περικογχική κυτταρίτιδα
Νευρολογικές εκδηλώσεις	Επιληπτικές κρίσεις, διαταραχή της συνείδησης
Αναπτυξιακή διαταραχή	Διαταραχές της μάθησης, νευροκινητικές δυσλειτουργίες, Διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή

Κλινικά παραδείγματα Υγειονομικής Κακοποίησης (πηγή: Levin-Sheridan 1995)

Σύμφωνα με την έρευνα του παιδοψυχιάτρου Thomas Roesler και της παιδίατρου Carole (2009), η οποία βασίστηκε στα 115 περιστατικά συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου που είχαν αναλάβει, οι επικρατέστερες επινοημένες ασθένειες ήταν οι Γαστρεντερολογικές και οι Παιδοψυχιατρικές και ακολουθούσαν οι Νευρολογικές, οι Αναπνευστικές και οι Αλλεργιολογικές. Αυτές οι έμμεσες μέθοδοι προκαλούν την

υποβολή του παιδιού σε μακρόχρονες και μη απαραίτητες νοσηλείες, σε χειρουργικές επεμβάσεις και σε επίπονες εξετάσεις μη ιατρικά ενδεδειγμένες προκειμένου η μητέρα να συλλέξει στοιχεία και να συνεχίσει την υγειονομική του κακοποίηση.

Τα προκαλούμενα συμπτώματα είναι πολλαπλά, μπορούν να εμφανιστούν με διάφορες μορφές σε τουλάχιστον 3 έως και 7 διαφορετικά συστήματα οργάνων. Βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από την παρουσία ή μη του δράστη, επιδεινώνονται όταν είναι παρών και εξαφανίζονται ή δεν είναι αντιληπτά από κανέναν όταν εκείνος απουσιάζει. Οι Levin-Sheridan (1995) και ο Campos (1995) παρέθεσαν επίσης τα παραδείγματα και τις τεχνικές αλλοίωσης των εργαστηριακών δειγμάτων από τον γονέα/δράστη και της άμεσης πρόκλησης συμπτωμάτων:

Ακατανόητα προσποιητή αιμορραγία	Προσθήκη αίματος στα δείγματα ούρων και κοπράνων ή στον εμετό
Ακατανόητα προσποιητή διαταραχή της πήξης	Προκλητές αιμορραγικές διαταραχές προκαλούμενες από μη θεραπευτική χορήγηση βαρφαρίνης
Ακατανόητα προσποιητή διάρροια	Κατάχρηση καθαρτικών, πρόκληση διάρροιας από την πρόσληψη τροφών υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες ή γλυκόζη (π.χ. χυμού μήλου)
Ακατανόητα προσποιητή υπογλυκαιμία	Εξωγενής χορήγηση ινσουλίνης, αντικατάσταση ούρων παιδιού με ούρα διαβητικών γονέων
Προσομοιωμένη κυστική ίνωση	Παραποίηση ιστορικού, μη χορήγηση τροφής, προσθήκη αλατιού σε δείγματα ελέγχου ιδρώτα. Προσθήκη αλατιού σε δείγματα κοπράνων
Προκλητή λοίμωξη	Μόλυνση ενδοφλέβιων φαρμάκων, χειρισμός ενδοφλέβιων καθετήρων, άμεση ένεση

	μικροοργανισμών στην κυκλοφορία του αίματος
--	---

Τεχνικές αλλοίωσης εργαστηριακών δειγμάτων (Πηγή: Campos 1995)

Σύμφωνα με έρευνα του Rosenberg σε 117 ασθενείς τα κοινά σημεία και συμπτώματα είναι η αιμορραγία και οι σπασμοί που καταλαμβάνουν την πρώτη θέση με ποσοστό 44% και 42% αντίστοιχα και ακολουθούν η καταστολή του ΚΝΣ με ποσοστό 19%, η άπνοια με ποσοστό 15%, η διάρροια με ποσοστό 11%, ο εμετός με ποσοστό 10%, ο πυρετός με ποσοστό 10% και τέλος τα εξανθήματα με ποσοστό 9%.

Το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο μέρη, τον γονέα/φροντιστή ως δράστη και το παιδί ως θύμα. Όμως έχουν καταγραφεί περιπτώσεις κακοποίησης/παραμέλησης όπου και ο δράστης και το θύμα ήταν ενήλικα άτομα, όπως για παράδειγμα μέσα στα πλαίσια φροντίδας ενός ηλικιωμένου γονέα από το ενήλικο παιδί του. Γι' αυτό το λόγο είναι άκρως απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια και τα συμπτώματα του συνδρόμου ούτως ώστε να γίνει έγκυρη ανίχνευση πιθανής υγειονομικής κακοποίησης.

2.6 Χαρακτηριστικά του Δράστη και Ψυχοπαθολογία

Όπως προαναφέρθηκε, το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου με βάση τις εκτιμήσεις ο δράστης είναι γυναίκα σε ποσοστό 90%. Σύμφωνα με τα κλινικά ευρήματα σε ποσοστό 85% το πρόσωπο αυτό είναι η βιολογική μητέρα, ενώ σε ποσοστό 5% μπορεί να είναι κάποια άλλη γυναίκα φροντιστής, όπως η γιαγιά του θύματος ή κάποια νοσοκόμα. Σε μερικές περιπτώσεις έχει καταγραφεί ως κακοποιητής ο πατέρας του θύματος σε ποσοστό που ανέρχεται το 5%, ενώ σε ένα άλλο 5% δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την ταυτότητα του θύματος (Γιαννοπούλου, Ι., κ.α. 2010, Morrell, B., & Tilley, D.S., 2012). Σύμφωνα με τη συστηματική έρευνα των Yates & Bass (2017) σε 796 υποθέσεις ανακαλύφθηκε ότι η μητέρα του παιδιού ήταν ο θύτης σε ποσοστό 91.2% και σε ποσοστό 2.9% ήταν ο πατέρας. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν αν ο δράστης προέρχεται από κάποια συγκεκριμένη κοινωνικοοικονομική τάξη.

Η μέση ηλικία των μητέρων/δραστών κυμαίνεται μεταξύ 35 και 50 ετών. Σύμφωνα με τα ευρήματα κάποιες ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες όπου ο πατέρας

επισκέπτεται περιστασιακά το παιδί του, οι περισσότερες όμως είναι παντρεμένες. Σχεδόν όμως σε όλες τις οικογένειες έχουν καταγραφεί συζυγικά προβλήματα (Paulk, D., 2001). Η μητέρα στις περισσότερες περιπτώσεις έχει πολλές ιατρικές γνώσεις για την κατάσταση του παιδιού της, χρησιμοποιεί στον λόγο της ιατρική ορολογία και έχει σπουδάσει σε παραϊατρική σχολή ή έχει προηγούμενη ιατροφαρμακευτική εμπειρία (νοσηλεύτρια, βοηθός νοσηλεύτη, γραμματέας σε γραφείο παιδίατρου). Εξωτερικά παρουσιάζεται ως μία αφοσιωμένη και στοργική μητέρα που έχει αναλάβει εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα του άρρωστου παιδιού της παραμερίζοντας τις προσωπικές της ανάγκες ή την επιμέλεια των άλλων παιδιών της. Βρίσκεται σταθερά και αδιάκοπα δίπλα του και δεν επιτρέπει να μένει μόνο του με άλλους ανθρώπους. Λεκτικά φαίνεται να ανησυχεί για την ιατρική κατάσταση του παιδιού της και επιθυμεί την υποβολή του σε συνεχείς ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να διεξαχθεί ένα αποτέλεσμα και να πραγματοποιηθεί η θεραπεία του από την νόσο.

Στην πραγματικότητα όμως και πίσω από τις κλειστές πόρτες ανησυχεί περισσότερο για τη δημιουργία ενός καλού προφίλ στα μάτια του προσωπικού του νοσοκομείου και για την αποδοχή, την προσοχή και τον έπαινο εκ μέρους τους παρά για το ίδιο το παιδί. Νιώθει γαλήνη στο νοσοκομείο, απολαμβάνει τη παραμονή/διαμονή και προσπαθεί να γίνει ενεργό μέλος του μέσω της εμπλοκής με το προσωπικό ή με τους υπόλοιπους ασθενείς.

Παραμένει ιδιαίτερα ήρεμη και ψύχραιμη κατά την στιγμή της ανακοίνωσης της επιδείνωσης της κατάστασης του παιδιού από τους γιατρούς. Δέχεται παθητικά την κατάσταση και λυπάται λιγότερο για τα εμφανιζόμενα συμπτώματα και τη νόσο απ' ότι οι επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα εκφράζει θυμό και αγανάκτηση όταν οι γιατροί την καθησυχάζουν ότι το παιδί της δεν πάσχει από κάποια ασθένεια και ζητά επίμονα επιπλέον ιατρικές εξετάσεις.

Σπάνια αφήνει το παιδί μόνο του και τις στιγμές που το κάνει προσπαθεί να αναπτύξει οικειότητα και στενή σχέση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου. Η σχέση αυτή όμως οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας στην υπέρβαση των επαγγελματικών ορίων και στην συναισθηματική υπερεμπλοκή τους στην υπόθεση.

Η μητέρα ως πυρηνικό πρόσωπο και δράστης της κακοποίησης εξαπατά τους επαγγελματίες υγείας και τους καθιστά συνεργούς στην υγειονομική κακοποίηση του παιδιού της καθώς οι ίδιοι προκειμένου να πραγματοποιήσουν τη διάγνωση και τη θεραπεία της υποτιθέμενης ασθένειας υποβάλλουν το παιδί σε πολλαπλές και αναίτιες

εξετάσεις και επεμβάσεις. Έχει ιδιαίτερη ικανότητα στην παραπλάνηση και εξαπάτηση και η μυθοπλασία αφορά σε προσωπικά επιτεύγματα, σωματικά συμπτώματα του παιδιού ή πληροφορίες από το οικογενειακό, εκπαιδευτικό ή αναπτυξιακό ιστορικό. Προκειμένου να επιτευχθεί η εξαπάτηση των επαγγελματιών υγείας ο δράστης μεθοδικά προνοεί, σχεδιάζει και υλοποιεί ένα σχέδιο. Χρησιμοποιεί κάποιους επιδέξιους μηχανισμούς, οι οποίοι έχουν αποκωδικοποιηθεί και καταγραφεί από τους Lasher και Sheridan (2004:11-14) και είναι οι εξής:

Μεγιστοποίηση: Αναφέρεται στην ύπαρξη ενός οργανικού, ψυχολογικού ή συμπεριφορικού συμπτώματος το οποίο όμως πληροφοριακά μεταφέρεται από το γονιό/δράστη σε πολύ μεγαλύτερη ένταση ή/και έκταση από την πραγματική. Για παράδειγμα ενώ ένα παιδί μπορεί να έχει τιμή πυρετού 38 βαθμούς Κελσίου και να συνοδεύεται από μία ελαφριά ημερήσια αδιαθεσία, η μητέρα στην επικοινωνία με το γιατρό υποστηρίζει ότι το παιδί της έχει παρατεταμένο πυρετό 40 βαθμών Κελσίου εδώ και ένα πενήμερο και ουρλιάζει από τον πόνο.

Προσομοίωση: Ο γονέας-δράστης επιλέγει ένα σύμπτωμα/ασθένεια και προσπαθεί να δημιουργήσει την αναπαράσταση αυτού ενώ δεν υφίσταται. Η προσομοίωση μπορεί να είναι είτε πραξιακή είτε λεκτική. Χαρακτηριστικά, είναι καταγεγραμμένο παράδειγμα γονέα που υποστήριζε ότι το παιδί του έπασχε από επιληπτικές κρίσεις (grand mal) και είχε υποβληθεί επανειλημμένα σε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ενώ τίποτα από αυτά δεν ήταν αληθές.

Πρόκληση: Αναφέρεται στην περίπτωση εκείνη όπου ο δράστης προβαίνει σε όλες εκείνες τις ενέργειες που έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός πραγματικού υγειονομικού συμπτώματος/ασθένειας. Οι συχνότερες περιπτώσεις πρόκλησης αναφέρονται σε παιδιά τα οποία υπέστησαν δηλητηρίαση με αλάτι. Ακόμα και η μη χορήγηση απαραίτητων φαρμάκων (π.χ. για άσθμα) με αποτέλεσμα την εδραίωση χρόνιου προβλήματος εντάσσεται στην πρόκληση.

Όλοι οι μηχανισμοί εξαπάτησης είναι επικίνδυνοι, τόσο η πρόκληση όπου ο δράστης μπορεί να επιφέρει ανεπανόρθωτες σωματικές και ψυχικές βλάβες στο παιδί, όσο και η μεγιστοποίηση και η προσομοίωση που μπορούν να οδηγήσουν σε ελλιπή ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Σε 10 από τις 15 υποθέσεις που μελέτησε ο Meadow οι μητέρες αποδεικνύονταν περισσότερο ευφυείς από τους πατεράδες, ενώ σε μία άλλη παρουσιαζόταν περισσότερο κυρίαρχες από τους συζύγους (Meadow, R., 1982, Martinovic, Z., 1995).

Σε περίπτωση που υπάρχουν υποψίες για τη δράση και τη συμπεριφορά της και αντιληφθεί ότι είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος από το προσωπικό του νοσοκομείου δεν σταματάει την κακοποίηση αλλά συνεχίζει τις ίδιες πρακτικές, Ακόμη και όταν έχουν συλλεχθεί αποδεικτικά στοιχεία για τη συμπεριφορά της απέναντι στο ανήλικο θύμα εκείνη αρνείται τις κατηγορίες. Κάθε φορά που νιώθει ότι κινδυνεύει να αποκαλυφθεί αλλάζει την συμπεριφορά της και γίνεται πιο επικίνδυνη προκαλώντας στο παιδί βαρύτερες κακώσεις και ανεπανόρθωτες βλάβες.

Αν και υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να περιγράφουν τη συμπεριφορά και τις πρακτικές της μητέρας/δράστη δεν υπάρχουν επαρκείς βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με τον ρόλο του συζύγου/πατέρα που είτε δεν έχει διαγνωστεί με το σύνδρομο Munchausen δί'αντιπροσώπου και δεν λαμβάνει μέρος στην κακοποίηση, είτε είναι συνεργός της μητέρας, είτε σε σπάνιες περιπτώσεις είναι εκείνος ο δράστης. Υπάρχουν ελάχιστα στοιχεία τα οποία βασίζονται σε κάποιες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί.

Η ηλικία των πατεράδων κυμαίνεται μεταξύ 37 και 43 ετών και οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι με τη γυναίκα/δράστη (Martinovic, Z., 1995, Schreier, H., 2004). Όπως προαναφέρθηκε σχεδόν σε όλες τις οικογένειες υπάρχουν προβλήματα μεταξύ των συζύγων. Αν και οι περισσότεροι γονείς διαμένουν μαζί ο γάμος του δεν χαρακτηρίζεται από ευτυχία και γαλήνη. Σε έρευνες που διεξήχθησαν το 40% των οικογενειών αντιμετώπιζε συζυγικά προβλήματα τα οποία είτε αρνούσαν να δεχτεί είτε τα αποσιωπούσε, ενώ το 70% των πατεράδων απουσίαζαν τακτικά από την οικία ή ήταν αποστασιοποιημένοι από τα μέλη της οικογένειας πολύ πριν την εξακρίβωση της κακοποίησης (Gray & Bentovim, 1996, Schreier, H., 2004).

Ο πατέρας που δεν συμμετέχει στην κακοποίηση είτε έχει πάρει διαζύγιο από τη μητέρα είτε μένουν μαζί αλλά παραμένει συναισθηματικά αποκομμένος. Παρουσιάζεται ως ένα πρόσωπο σιωπηλό και παθητικό ως προς την κατάσταση υγείας του παιδιού του. Δεν έχει ενεργό ρόλο σε όσα διαδραματίζονται και είναι συναισθηματικά και σωματικά αποστασιοποιημένος τόσο από εκείνο όσο και από την υπόλοιπη οικογένεια. Σπάνια έως και καθόλου παρευρίσκεται στο χώρο του νοσοκομείου καθώς όπως ισχυρίζεται δεν διαθέτει αρκετό χρόνο λόγω φόρτου εργασίας.

Σε μία έρευνα από τους 11 πατεράδες, οι 6 έπρεπε να λείπουν από το σπίτι για μεγάλα χρονικά διαστήματα λόγω εργασίας, ενώ οι 2 θεωρούνταν μη υποστηρικτικοί προς τις συζύγους τους για διάφορους άλλους λόγους (Meadow R., 1982). Η γνώμη

της μητέρας/δράστη βέβαια έρχεται σε αντίθεση με αυτή τη δήλωση καθώς τον κατηγορεί για αδιαφορία ως προς την φροντίδα του παιδιού.

Δεν είναι τεκμηριωμένο αν ο πατέρας έχει άγνοια για τη κακοποιητική δράση της μητέρας, ή αν τη θεωρεί υπεράνω πάσης υποψίας και την εμπιστεύεται για την φροντίδα του παιδιού, ή αν γνωρίζει για την υγειονομική κακοποίηση και επιλέγει να μη πάρει ενεργό ρόλο προκειμένου να αποφύγει τη διατάραξη της ισορροπίας και τη δημιουργία σύγκρουσης μεταξύ τους. Μέσω όμως αυτού του παθητικού και ουδέτερου ρόλου ουσιαστικά επιτρέπει και διευκολύνει τη μητέρα να συνεχίσει τη κακοποιητική της δράση. Σε μία ακόμη περίπτωση που έχει καταγραφεί ο πατέρας πλήρως μεγάλα χρηματικά ποσά για τη νοσηλεία και θεραπεία του απολύτως υγιούς παιδιού του, χωρίς να διερευνά τι έχει συμβεί (Schreier, H., 2004).

Στις περιπτώσεις όπου ο πατέρας είναι ο δράστης, η συμπεριφορά του δεν συμπίπτει με εκείνη της μητέρας/φροντιστή. Δεν προσπαθεί να χτίσει ένα καλό προφίλ στους υγειονομικούς επαγγελματίες, μία εικόνα ενός καλού και στοργικού πατέρα που βρίσκεται ανελλιπώς δίπλα στο παιδί του. Ούτε αφιερώνει χρόνο να δημιουργήσει καλές και στενές σχέσεις με το προσωπικό του νοσοκομείου. Αντιθέτως παρουσιάζεται πολύ απαιτητικός, αυταρχικός, εχθρικός και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να απειλήσει με αγωγή το προσωπικό του νοσοκομείου σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού του (Schreier, H., 2004)

Όσον αφορά την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στον γονέα/δράστη οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο γεγονός ότι τα άτομα που εσκεμμένα παραποιούν το ιατρικό ιστορικό, επινοούν ή προκαλούν σωματικά ή ψυχιατρικά συμπτώματα στο παιδί τους, ανταποκρινόμενοι στις δικές τους ψυχολογικές ανάγκες, πληρούν τη διάγνωση της Διαταραχής Παραποίησης μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (DSM-IV: Factitious Disorder Not Otherwise Specified-300.19).

Σε ποσοστό 25% οι γονείς/δράστες έχουν οι ίδιοι ιστορικό συνδρόμου Munchausen το οποίο και μεταφέρουν στο παιδί τους. Συχνό φαινόμενο είναι η μητέρα να έχει ζήσει μία στερημένη παιδική ηλικία ενώ και στην οικογένεια καταγωγής της είναι πιθανό να έχει καταγραφεί συναισθηματική, σωματική ή/και σεξουαλική κακοποίηση.

Ο γονέας-δράστης μπορεί να παρουσιάσει κάποιες διαταραχές προσωπικότητας, όπως αντικοινωνική, οριακή (μεταιχμιακή), ιστριονική ή ναρκισσιστική διαταραχή (Γιαννοπούλου I., κ.α, 2010). Όμως τις περισσότερες φορές η ύπαρξη αυτών των διαταραχών παραμένει άγνωστη, μόνο το 20% των γονέων έχει διαγνωστεί και λαμβάνει θεραπεία για εκείνες (Fulton, D., 2000).

Σύμφωνα με έρευνες αρκετά συχνές είναι επίσης η συναισθηματική πείνα, η άρνηση, η κατάθλιψη η οποία γίνεται εντονότερη αφού αποχωριστεί η μητέρα από το παιδί, η ψύχωση, η διπολική διαταραχή, και τέλος, οι φαντασιώσεις και οι εμμονές για πρόκληση βλάβης στο παιδί (Souid, A.-K, 1998).

Οι McGuire και Feldman (1989) ανέφεραν τη περίπτωση μιας MSBP μητέρας, η οποία είχε υιοθετηθεί και κακοποιηθεί σεξουαλικά από την ανάδοχη οικογένεια της. Η γυναίκα αυτή υπέφερε από κατάθλιψη και βουλιμία και είχε ανικανοποίητες συζυγικές και οικογενειακές σχέσεις.

Σε άλλη μελέτη, από τις 47 MSBP μητέρες, οι 34 είχαν ψεύτικες αρρώστιες, οι 26 είχαν προκαλέσει αυτοτραυματισμό και οι 10 ήταν αλκοολικές ή χρήστριες ουσιών. Άλλα κοινά ευρήματα ήταν η κατάθλιψη, οι φτωχά ανεπτυγμένες εσωτερικές δυνάμεις, και οι αφύσικες συμβιωτικές σχέσεις με τα παιδιά τους (Money, J. et al., 1985). Τέλος, σύμφωνα με τα ευρήματα μίας έρευνας που πραγματοποίησε ο Meadow (1978), το 70% των μητέρων που έπνιξαν τα παιδιά τους είχαν ιστορικό συναισθηματικής κακοποίησης και παραμέλησης.

2.7 Χαρακτηριστικά Θύματος

Στη πλειοψηφία των περιστατικών το παιδί είναι συνήθως μικρότερο από 2 ετών και σπάνια μεγαλύτερο των 6 ετών, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας όταν αποκαλύπτεται η κακοποίηση και πραγματοποιείται η διάγνωση είναι οι 39,8 μήνες, περίπου στα 3 χρόνια. Δεν είναι όμως λίγες οι υποθέσεις που έχουν καταγραφεί στις οποίες η ηλικία των παιδιών κατά τη διάρκεια της κακοποίησης/παραμέλησης έφτανε μέχρι και τα 16 έτη (Denny et al., 2001; Fulton, 2000).

Δεν υπάρχουν τεκμηριωμένα στοιχεία σχετικά με τη προτίμηση του δράστη ως προς το φύλο του θύματος. Τα αδέρφια των παιδιών είναι πιθανό να βιώσουν εξίσου την κακοποίηση με τις ίδιες ή παρόμοιες μεθόδους κατά την ίδια περίοδο ή σε περιοδικά χρονικά διαστήματα. Ο Rosenberg βρήκε ότι 10 στα 117 θύματα (9%) είχαν αδέρφια στα οποία είχε διαγνωστεί η κακοποίηση του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου (Souid, A.-K. et al., 1998).

Η εικόνα του υγειονομικά κακοποιημένου παιδιού δεν συμπίπτει με το προφίλ του σωματικά κακοποιημένου παιδιού, γεγονός που δυσκολεύει την ερμηνεία και τη διάγνωση ακόμα και από έναν έμπειρο παιδίατρο. Είναι πολύ περιποιημένο και λαμβάνει διαρκή και αδιάκοπη φροντίδα, κυρίως από τον φροντιστή, ο οποίος έχει

παραμερίσει τις προσωπικές του ανάγκες και έχει αφοσιωθεί ολοκληρωτικά στην κάλυψη των αναγκών του παιδιού, αλλά και από το προσωπικό του νοσοκομείου που προσπαθεί να το βοηθήσει και να θεραπεύσει την νόσο και τα συμπτώματα.

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του παιδιού που υφίσταται κακοποίηση/παραμέληση λόγω του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου απορρέει από το δεσμό που αναπτύσσει με τον κακοποιητή του. Το νεαρό ηλικιακά θύμα συχνά θεωρεί ότι η κακοποίηση είναι αποτέλεσμα ενός δικού του παραπτώματος και ότι η πράξη του γονέα/φροντιστή είναι μία τιμωρία (Souid, A.-K., et al., 1998).

Η ανηλικότητα του θύματος το καθιστά αδύναμο να εκφράσει λεκτικά το φόβο του και το πως βιώνει την κατάσταση. Φαίνεται να διατηρεί άρτια σχέση με το πρόσωπο που οφείλεται γι' αυτή τη κακοποιητική συμπεριφορά χωρίς να μπορεί να ανιχνεύσει ή να διακρίνει τη πραγματική κατάσταση στην οποία το υποβάλλει. Δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσει περιστατικά όπως την εσφαλμένη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ή τη παραποίηση του ιατρικού ιστορικού ως θυματοποίηση και εξαπάτηση του ίδιου αλλά και του προσωπικού του νοσοκομείου.

Από την άλλη πλευρά το μεγαλύτερο ηλικιακά θύμα εμπλέκεται ενεργά ή παθητικά στο παρουσιαζόμενο υγειονομικό προφίλ και στην εξαπάτηση των επαγγελματιών υγείας. Αντιλαμβάνεται ότι η μητέρα/φροντιστής του το αγαπάει και το νοιάζεται όταν είναι άρρωστο και αυτή η αίσθηση ικανοποίησης εκ μέρους της έχει τη μεγαλύτερη αξία για εκείνο.

Υιοθετεί ασυνείδητα αυτή την υγειονομική συμπεριφορά μέσω της οποίας προσπαθεί να προστατέψει τον γονέα/δράστη και αυτή τη συμβιωτική σχέση που έχει αναπτυχθεί μεταξύ τους. Η οικογενειακή δομή βρίσκεται σε ισορροπία όταν το ένα μέλος νοσεί, ενώ αντίθετα απειλείται όταν βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας του. Επομένως το παιδί προσπαθεί να κρατήσει αυτή την ισορροπία ακόμα και αν θέτει σε κίνδυνο τη σωματική του ακεραιότητα. Η συμπεριφορά αυτή του παιδιού δεν θα πρέπει να το καθιστά συνένοχο στην εξαπάτηση των επαγγελματιών υγείας καθώς το παιδί μεγαλώνει μαθαίνοντας να είναι άρρωστο. Η έννοια της υγείας αποτελεί προϊόν μάθησης για εκείνο και ο γονέας/δράστης είναι ο εκπαιδευτής που του επιδεικνύει το τρόπο διαβίωσης και συμπεριφοράς.

Πρόκειται για μία σχέση εξάρτησης και αποδεικνύει την αδυναμία της μητέρας να θεμελιώσει έναν πραγματικό και ασφαλή δεσμό με το παιδί της. Η ηλικιακή ανάπτυξη του παιδιού δεν σημαίνει ότι αποκτάει αυτόματα την ικανότητα να αυτοπροστατεύεται.

Όσο περισσότερο κακοποιείται το θύμα τόσο περισσότερο “εθίζεται” στην κακοποίηση αυτή (Γκούβερης Π., 2011).

2.8 Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του θύματος

Η εμπλοκή του παιδιού σε ένα πολύπλοκο κακοποιητικό πλαίσιο, όπως αυτό που περιγράφηκε παραπάνω, ενέχει πληθώρα σοβαρών και μακροχρόνιων κινδύνων τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχοσυναισθηματική ακεραιότητα του παιδιού. Ο γονέας/φροντιστής μπορεί με το πέρασμα του χρόνου να προκαλεί όλο και βαρύτερες ή ανεπανόρθωτες βλάβες στο παιδί.

2.8.1 Στην παιδική ηλικία

Τα βρέφη και νεαρά παιδιά κινδυνεύουν από σοβαρές σωματικές βλάβες επειδή υποβάλλονται και εκτίθενται σε μη απαραίτητες εξετάσεις, επεμβάσεις και χρονοβόρες ή επίπονες θεραπείες. Σε μία έρευνα ένα παιδί υπέμεινε 40 ανούσιες επεμβάσεις και 200 νοσηλείες για συμπτώματα που είχε επινοήσει η ίδια η μητέρα του (Schreier, 2004). Η άμεση δράση της μητέρας/φροντιστή ή οι χρόνιες νοσηλείες του παιδιού μπορούν να του δημιουργήσουν μόνιμες οργανικές διαταραχές, όπως νευρολογική βλάβη, εγκεφαλική παράλυση από πρόκληση ασφυξίας ή σοβαρές βλάβες σε εσωτερικά όργανα από επανειλημμένες επιμολύνσεις (Γκούβερης, Π., 2011).

Συχνές είναι και οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να είναι ορατές κατά τη διαδικασία της διάγνωσης ή μπορεί να γίνουν αντιληπτές αργότερα. Το παιδί δηλαδή είναι πιθανό να βιώσει το αίσθημα της απελπισίας, του φόβου και της αγωνίας αλλά να διατηρήσει και μία παθητική στάση απέναντι στις πράξεις του δράστη. Τα επίπεδα άγχους αυξάνονται, εμφανίζεται διαταραχή της προσοχής καθώς και διαταραχές ενύπνιας φάσης (εφιάλτες).

Ακόμη το γεγονός ότι το παιδί υποβάλλεται σε μακροχρόνιες νοσηλείες έχει αντίκτυπο τόσο στην εκπαιδευτική του πορεία, αφού απουσιάζει για μεγάλα χρονικά διαστήματα από το σχολείο, όσο και στην κοινωνική του ανάπτυξη καθώς μένει μακριά από συνομήλικους του. Βιώνει παράλληλα έναν κοινωνικό και εκπαιδευτικό στιγματισμό. Όσον αφορά τις ψυχοκινητικές διαταραχές παρατηρείται επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης του παιδιού και διαταραχές πρόσληψης τροφής (βουλιμία, ανορεξία).

Το παιδί που όπως προαναφέρθηκε υιοθετεί ασυνείδητα την υγειονομική συμπεριφορά δεν προσπαθεί να προσελκύσει το ενδιαφέρον του ιατρικού προσωπικού αλλά να διατηρήσει την ισορροπία της οικογένειας, ακόμα κι αν στρέφεται εναντίον της προσωπικής του ακεραιότητας. Δεδομένου λοιπόν αυτού αλλά και της χρονιότητας της κακοποίησης το παιδί θέτει σε μεγάλο κίνδυνο τον εαυτό του για την ανάπτυξη αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Όσο περισσότερο κακοποιείται το παιδί τόσο περισσότερο “εθίζεται” στην κακοποίηση και δεν μπορεί να αυτοπροστατευτεί.

Όπως καταδεικνύουν αρκετές έρευνες συχνή συνέπεια της χρόνιας υγειονομικής κακοποίησης είναι και ο θάνατος του παιδιού/θύματος. Ο Meadow (1993) περιέγραψε τον θάνατο δύο βρεφών από επαναλαμβανόμενη σκόπιμη δηλητηρίαση από αλάτι, ενώ σε μία άλλη έρευνα 10 από τα 117 (9%) θύματα πέθαναν, συμπεριλαμβανομένου και δύο παιδιών τα οποία επέστρεψαν σπίτι τους με απόφαση του δικαστηρίου μετά τη διάγνωση. Κίνδυνο θανάτου διατρέχουν και τα αδέρφια των θυμάτων, τα οποία συχνά υφίστανται κακοποίηση. Η Mary Sheridan (2003) υποστήριξε ότι από τις 451 υποθέσεις κακοποίησης συνδρόμου Munchausen δι’ αντιπροσώπου το 6% των παιδιών/θυμάτων και το 25% των αδερφών τους απεβίωσαν. Τα παιδιά που είναι πιο πιθανό να οδηγηθούν στο θάνατο είναι εκείνα στα οποία έχει προκληθεί ασφυξία ή άπνοια (Ayoub, C., 2010).

2.8.2 Στην ενήλικη ζωή

Τα παιδιά/θύματα που επιβιώνουν από τη κακοποίηση αντιμετωπίζουν στην ενήλικη ζωή τους αρκετές ψυχολογικές δυσκολίες καθώς και διαπροσωπικά προβλήματα. Η ψυχολογική επιρροή της θυματοποίησης είναι χρόνια και πολλά από τα θύματα υποβάλλονται σε χρόνια ψυχοθεραπεία. Ταλανίζονται από ερωτήματα σχετικά με τον λόγο που βίωσαν όλη αυτή την κακοποιητική συμπεριφορά από το δράστη.

Στα άτομα αυτά παρατηρείται πολύ συχνά διάσπαση της προσοχής και της συγκέντρωσης ενώ βιώνουν πολύ έντονα το μετατραυματικό στρες. Ακόμα και αν κατά την περίοδο της ενηλικίωσης τους παρουσιάζουν ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες ή ευκολία προσαρμογής, στην πραγματικότητα δυσκολεύονται να δημιουργήσουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα προσκόλλησης, δυσκολία κοινωνικής αλληλεπίδρασης με συνομήλικους καθώς και σύναψης υγιών

σχέσεων με συντρόφους. Οι σχέσεις και η επικοινωνία με το οικογενειακό περιβάλλον είναι ελάχιστες έως και ανύπαρκτες.

Η έννοια της πραγματικότητας για τους ίδιους έχει διαστρεβλωθεί και μεγαλώνουν πιστεύοντας ότι πάσχουν από πλήθος ασθενειών και νόσων. Έτσι τα παιδιά/θύματα του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου γίνονται ενήλικες με το σύνδρομο Munchausen. Έχει καταγραφεί υπόθεση όπου μία έφηβη νοσηλευόταν σε νοσοκομείο και τόσο η ίδια όσο και η μητέρα της επιδείκνυαν συμπεριφορές ανάλογες του συνδρόμου.

Στις περισσότερες από τις υποθέσεις η κακοποίηση σταμάτησε μετά την απομάκρυνση του δράστη από το θύμα και την ανάληψη της επιμέλειας του τελευταίου από την Πολιτεία. Σύμφωνα όμως με έρευνα του Libow (1995) ενήλικες επιζώντες του συνδρόμου συχνά ανέφεραν ότι η κακοποίηση συνεχίζονταν όχι μόνο την περίοδο της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, αλλά επεκτείνονταν και μετά την ενηλικίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΦΟΡΕΙΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

3.1 Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού

Το 1989, η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), δημιούργησε την πρώτη νομική σύμβαση, προκειμένου να προστατευτούν τα δικαιώματα του παιδιού. Τα άρθρα που συμπεριλαμβάνονται σ' αυτήν, αναφέρονται σε όλα τα ανήλικα τέκνα, χωρίς καμία εξαίρεση. Η σύμβαση αυτή, επικυρώθηκε από 191 χώρες. Ενάντια στην εφαρμογή της ήταν η ΗΠΑ και η Σομαλία.

Η Διεθνής Σύμβαση εφαρμόστηκε στην Ελλάδα για πρώτη φορά στις 3 Σεπτεμβρίου του 1992. Αξίζει να σημειωθεί, πως συμπεριλαμβάνει συνολικά 54 άρθρα, τα οποία χωρίζονται σε 3 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από τα άρθρα 1-42. Αυτά, σχετίζονται με τα πρωτογενή δικαιώματα του παιδιού (επιβίωση, συμμετοχή στα κοινά, προστασία, ελευθερία, ισότητα). Το δεύτερο περιλαμβάνει τα άρθρα 42-45 τα οποία κάνουν λόγο για τον μηχανισμό ελέγχου σε σχέση με την εφαρμογή της σύμβασης. Τέλος, το τρίτο και τελευταίο μέρος ασχολείται με κάποιες τροποποιήσεις των προηγούμενων άρθρων. (Κουτσούκου, 2013).

Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού έχει ως βάση 4 θεμελιώδεις αρχές, οι οποίες είναι και ενσωματωμένες σ' αυτήν ως άρθρα. Αυτά είναι τα παρακάτω:

- **Όχι στις διακρίσεις:** «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη υποχρεούνται να σέβονται τα δικαιώματα, που αναφέρονται στην παρούσα Σύμβαση και να τα εγγυώνται σε κάθε παιδί που υπάγεται στη δικαιοδοσία τους, χωρίς καμία διάκριση φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων του παιδιού ή των γονέων του ή των νόμιμων εκπροσώπων του ή της εθνικής, εθνικιστικής ή κοινωνικής καταγωγής τους, της περιουσιακής τους κατάστασης, της ανικανότητάς τους, της γέννησής τους ή οποιασδήποτε άλλης κατάστασης». (ΔΣΔΠ 2, § 1)
- **Το καλύτερο συμφέρον του παιδιού:** «Σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν στα παιδιά, είτε αυτές λαμβάνονται από δημοσίους ή ιδιωτικούς οργανισμούς κοινωνικής προστασίας είτε από τα δικαστήρια, τις διοικητικές αρχές ή από τα

νομοθετικά όργανα, πρέπει να λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη το συμφέρον του παιδιού». (ΔΣΔΠ 3, § 1)

- **Επιβίωση, ανάπτυξη και προστασία:** «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν ότι κάθε παιδί έχει εγγενές δικαίωμα στη ζωή». «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε παιδιού για ένα κατάλληλο επίπεδο ζωής που να επιτρέπει τη σωματική, πνευματική, ψυχική, ηθική και κοινωνική ανάπτυξή του». (ΔΣΔΠ 6)
- **Ελευθερία γνώμης και συμμετοχή:** «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη εγγυώνται στο παιδί που έχει ικανότητα διάκρισης το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης της γνώμης του σχετικά με οποιοδήποτε θέμα που το αφορά, λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του και το βαθμό ωριμότητάς του». (ΔΣΔΠ 12, § 1)

Η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών ενέκρινε δύο προαιρετικά πρωτόκολλα στη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, το 2000: την προστασία των παιδιών από τη συμμετοχή σε ένοπλες συγκρούσεις και από τη σεξουαλική εκμετάλλευση. Από το 2014, ένα τρίτο προαιρετικό πρωτόκολλο επέτρεψε στα παιδιά να αναφέρουν παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους απευθείας στην Επιτροπή Δικαιωμάτων του Παιδιού, η οποία ελέγχει τη συμμόρφωση με τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού.

Παρακάτω αναγράφονται ορισμένα άρθρα τα οποία έχουν άμεση συνάφεια με το περιεχόμενο της παρούσας εργασίας:

- ❖ **Άρθρο 2:** Όλα τα παιδιά στον κόσμο έχουν αυτά τα δικαιώματα, ανεξάρτητα από το ποια είναι, που ζουν, τι κάνουν οι γονείς τους, τι γλώσσα μιλάνε, ποια είναι η θρησκεία τους, αν είναι λευκά ή έγχρωμα, αν είναι αγόρια ή κορίτσια, ποιες είναι οι παραδόσεις τους, αν έχουν κάποια αναπηρία, αν είναι πλούσια ή φτωχά.
- ❖ **Άρθρο 3:** Όταν οι μεγάλοι παίρνουν αποφάσεις που αφορούν τα παιδιά, πρέπει να υπολογίζουν πριν από όλα το συμφέρον των παιδιών. Η Πολιτεία πρέπει να προστατεύει και να φροντίζει τα παιδιά, αν οι γονείς τους δεν μπορούν να το κάνουν.
- ❖ **Άρθρο 4:** Το κράτος πρέπει να λαμβάνει όλα τα κατάλληλα μέτρα ώστε να προστατεύονται και να εφαρμόζονται τα δικαιώματα του παιδιού.
- ❖ **Άρθρο 5:** Η οικογένεια ενός παιδιού έχει την ευθύνη να του μάθει να ασκεί τα δικαιώματά του και να το βοηθήσει να αναπτύσσει τις ικανότητές του.

- ❖ **Άρθρο 6:** Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στη Ζωή.
- ❖ **Άρθρο 8:** Τα παιδιά έχουν δικαίωμα σε μία ταυτότητα, σε ένα επίσημο έγγραφο για το ποιος/α είναι.
- ❖ **Άρθρο 9:** Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να ζει με τους γονείς του (ή γονέα), εκτός εάν αυτό δεν είναι για το καλό του.
- ❖ **Άρθρο 12:** Κάθε παιδί έχει δικαίωμα να εκφράζει ελεύθερα την άποψη του και οι μεγάλοι να την ακούν.
- ❖ **Άρθρο 16:** Τα παιδιά έχουν δικαίωμα στο σεβασμό και στην προστασία της ιδιωτικής τους ζωής.
- ❖ **Άρθρο 17:** Τα παιδιά έχουν δικαίωμα να μαθαίνουν τι συμβαίνει γύρω τους από τα μέσα ενημέρωσης (εφημερίδες, ραδιόφωνο, τηλεόραση, ηλεκτρονικά μέσα). Το κράτος πρέπει να ενθαρρύνει τα μέσα ενημέρωσης να διαδίδουν χρήσιμες πληροφορίες και να προστατεύουν τα παιδιά από κάθε πληροφορία που θα μπορούσε να τα βλάψει..
- ❖ **Άρθρο 19:** Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να προστατεύεται από κάθε μορφή βίας σωματικής ή ψυχολογικής.
- ❖ **Άρθρο 20:** Όταν ένα παιδί δεν μπορεί να ζήσει με την οικογένειά του, έχει το δικαίωμα ειδικής προστασίας και βοήθειας.
- ❖ **Άρθρο 36:** Κάθε παιδί έχει δικαίωμα προστασίας από οποιαδήποτε μορφή εκμετάλλευσης.
- ❖ **Άρθρο 37:** Απαγορεύεται η σκληρή ή επιβλαβή για το παιδί τιμωρία.
- ❖ **Άρθρο 40:** Κάθε παιδί σε περίπτωση παρανομίας, έχει δικαίωμα σε νομική υποστήριξη και δίκαιη αντιμετώπιση από το δικαστικό σύστημα που σέβεται τα δικαιώματά σου.
- ❖ **Άρθρο 41:** Εάν οι νόμοι της χώρας παρέχουν καλύτερη προστασία στα δικαιώματά του παιδιού από ότι τα άρθρα αυτής της Σύμβασης, τότε αυτοί οι νόμοι πρέπει να εφαρμόζονται.
- ❖ **Άρθρο 42:** Το κράτος έχει υποχρέωση να κάνει γνωστό στους μεγάλους και στα παιδιά τις αρχές και το περιεχόμενο αυτής της Σύμβασης.
- ❖ **Άρθρο 43 – 54:** Μια ειδική Επιτροπή στον ΟΗΕ παρακολουθεί την εφαρμογή της Σύμβασης σε όλα τα κράτη που την έχουν υπογράψει. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να στέλνουν εκθέσεις κάθε πέντε χρόνια και η Επιτροπή, αφού τις εξετάσει, τους στέλνει παρατηρήσεις και προτάσεις της.

3.2 Ποινικές Συνέπειες Θύτη

Όταν εγείρονται υποψίες ή υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία ότι η συμπεριφορά του γονέα εντάσσεται μέσα σε ένα πλαίσιο επιβεβλημένων επεμβατικών διαδικασιών και ασυνήθιστου δεσίσματος με το παιδί και βάζει σε μεγάλο κίνδυνο τη σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική ακεραιότητα του παιδιού, τότε απαιτείται άμεση και δυναμική παρέμβαση του νομικού συστήματος. Παρατηρείται όμως ελλιπής ομοιομορφία σχετικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι υποθέσεις του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου στο δικαστικό χώρο ενώ αρκετοί παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία έκβασης των υποθέσεων αυτών.

Το πρώτο εμπόδιο που συναντάται και το οποίο επιβραδύνει ή σταματάει τη διαδικασία λήψης ποινικών μέτρων για τη προστασία του παιδιού θύματος και τη διακοπή της κακοποιητικής δράσης του γονέα/φροντιστή προέρχεται από την ίδια τη φύση του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου.

Λόγω του ότι το προφίλ του υγειονομικά κακοποιημένου παιδιού, ενός παιδιού περιποιημένου που λαμβάνει αδιάκοπη φροντίδα από την μητέρα του, δεν συνάδει με εκείνο του σωματικά κακοποιημένου καθώς και η στοργική συμπεριφορά του γονέα που ανησυχεί και αναζητά ιατρική περίθαλψη για τη κατάσταση του παιδιού του δεν παραπέμπει σε ένα πρόσωπο θύτη που ηθελημένα υποβάλλει το παιδί του σε αυτές τις επίπονες ιατρικές εξετάσεις, καθίσταται δύσκολη η έγκυρη παρέμβαση.

Παρατηρείται συχνά σε υποθέσεις που αφορούν το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου τα νομικά πρόσωπα, όπως ο δικαστής, ο εισαγγελέας ή ο δικηγόρος, να διατηρούν μία άκρως επιφυλακτική στάση απέναντι στον ισχυρισμό ότι ένας γονιός είναι αυθεντία στο ψέμα και την εξαπάτηση και είναι ο ίδιος που προκαλεί τα εμφανιζόμενα συμπτώματα. Σε μία υπόθεση υγειονομικής κακοποίησης ο δικαστής δεν έδωσε την πρέπουσα σημασία καθώς θεώρησε τις κατηγορίες συκοφαντικές και δεν πίστευε ότι ένα τέτοιο φαινόμενο θα μπορούσε να προκύψει, ενώ σε μία άλλη ο δικηγόρος που εκπροσωπούσε την πολιτεία εκ μέρους του παιδιού σχολίασε ότι καμία μητέρα δεν θα συμπεριφερόταν με τέτοιο τρόπο. Οι δικηγόροι της υπεράσπισης και οι μάρτυρες συχνά απορρίπτουν το φαινόμενο του συνδρόμου χαρακτηρίζοντας το υπερβολικό και αναπόδεικτο (Marc D. Feldman, 2004).

Σε μία υπόθεση παιδικής κακοποίησης με υπόνοια ύπαρξης του συνδρόμου Munchausen δι' Αντιπροσώπου που συνέβη στον Ελλαδικό χώρο ο εισαγγελέας Πρωτοδίκων αρχειοθέτησε την υπόθεση θεωρώντας ότι δεν υπήρξε κάποια παράνομη

πρακτική. Αφού ο πατέρας απευθύνθηκε στον εισαγγελέα εφετών εκείνος διέταξε αμέσως παιδοψυχιατρική ή ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη. Όπως επισημαίνει ο Γκούβερης (2011), η εισαγγελική παρέμβαση δεν πρέπει να είναι τιμωρητική (ποινική), αλλά στα πλαίσια του νόμου περί ενδοοικογενειακής βίας, οφείλει να είναι κοινωνικά υποστηρικτική για τους γονείς και προστατευτική για το παιδί.

Ένα ακόμα εμπόδιο που αναστέλλει την άμεση νομική παρέμβαση είναι η συλλογή αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με την κακοποιητική δράση του θύτη. Οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας βασίζονται στην παρατήρηση και τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας προκειμένου να συλληχθούν και να χρησιμοποιηθούν αυτά τα στοιχεία στις νομικές διαδικασίες. Η συγκέντρωση τους όμως, αν και είναι αρκετά ωφέλιμη στην καταγραφή των κακοποιητικών πρακτικών του γονέα/δράστη, εγείρει αρκετά ζητήματα ηθικής και νομιμότητας σχετικά με τον σεβασμό και την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του δράστη.

Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Πολιτειών προστατεύει τα δικαιώματα του ατόμου που κατηγορείται για κάποιο έγκλημα. Πιο συγκεκριμένα, η 4η Τροπολογία προστατεύει το άτομο από αδικαιολόγητες έρευνες και κατασχέσεις, υποστηρίζει ότι δεν θα πρέπει να εκδίδονται εντάλματα για κατ' οίκον έρευνα ή κατάσχεση προσωπικών υπάρχοντων, παρά μόνο αν υπάρχει πιθανή αιτία και επιδράει στον τρόπο με τον οποίο η αστυνομία και οι υπεύθυνοι της επιβολής του νόμου θα συλλέξουν τα στοιχεία για την υγειονομική κακοποίηση που προκαλεί ο θύτης. Η 5η Τροπολογία είναι ενάντια στην αυτοενοχοποίηση του ατόμου σε ποινικές υποθέσεις και στην στέρηση του δικαιώματος της ζωής, της ελευθερίας ή της ιδιοκτησίας χωρίς να ακολουθηθεί η δέουσα νομική διαδικασία. Η 6η Τροπολογία κατοχυρώνει το δικαίωμα της διεξαγωγής δίκης από αμερόληπτο δικαστή, όπου ο κατηγορούμενος θα μπορεί να καλέσει μάρτυρα υπεράσπισης του και θα έχει τη βοήθεια των συνηγόρων. Τέλος, η 14η Τροπολογία η οποία απαιτεί “θεμελιώδη αμεροληψία” σε κρατικές ποινικές διαδικασίες (The United States Bill of Rights: First 10 Amendments to the constitution, 2015, Kahan, B. & Yorker, B. C., 1991). Όσα στοιχεία συλληχθούν έπειτα από καταπάτηση των παραπάνω δικαιωμάτων αποκλείονται από κάθε επακόλουθη δίκη.

Υπάρχει όμως μία εξαίρεση στον παραπάνω κανόνα που σχετίζεται με τις υποθέσεις του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου. Το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών υποστήριξε ότι τα αποδεικτικά στοιχεία που συλλέχθηκαν παράνομα (χωρίς οι επαγγελματίες υγείας να ενεργούν κάτω από τις οδηγίες των

νομικών υπηρεσιών) είναι αποδεκτά. Η σύνδεση της παρουσίας του γονέα/φροντιστή με την επιδείνωση των συμπτωμάτων του παιδιού αποτελεί επαρκή πιθανή αιτία προκειμένου να εκδοθεί ένταλμα έρευνας. Ενώ αν κριθεί υψίστης σημασίας οι επαγγελματίες υγείας να ενεργήσουν χωρίς να έχει εκδοθεί προηγουμένως ένταλμα, μπορεί να πραγματοποιηθεί εξαίρεση στην 4η Τροπολογία (Kahan, B. & Yorker, B. C., 1991).

Η πρώτη υπόθεση στην οποία το δικαστήριο αναφέρθηκε στην ύπαρξη του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου και συνέβαλε στην αναγνώριση του από τη νομική κοινότητα ως μορφή κακοποίησης ήταν της Priscilla Phillips (1981). Η μητέρα κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος στην κοινωνική εργασία και εργαζόμενη στο Υπουργείο Υγείας κατηγορήθηκε ότι χορήγησε μεγάλες ποσότητες νατρίου στο βρεφικό γάλα και των δύο υιοθετημένων παιδιών της. Κρίθηκε ένοχη από το σώμα των ενόρκων για τον θάνατο του ενός παιδιού της και για την εσκεμμένη προσπάθεια να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή και την ευημερία του άλλου παιδιού.

Η μητέρα/φροντιστής είναι ειδική στο ψέμα και στην πειθώ και είναι πολύ πιθανό, όσο φριχτή και να είναι η κακοποίηση, να απαλλαχθεί από τις κατηγορίες και να πείσει τον δικαστή και τους ενόρκους για την αθωότητα της παρουσιάζοντας τον εαυτό της ως μία στοργική και δοτική μητέρα. Ακόμη, είναι πολύ συχνό να αρνείται έντονα τη διάγνωση του συνδρόμου και να συνεχίζει να υποστηρίζει ότι το παιδί της πραγματικά νοσεί και ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν κατάφεραν να ανακαλύψουν τα αίτια εμφάνισης της αρρώστιας. Για το λόγο αυτό είναι άκρως σημαντικό στις υποθέσεις συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου που εκδικάζονται να υπάρχει η κατάθεση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα όσα έχουν διαδραματιστεί. Με την κατάθεση αυτή ο ειδικός θα εξηγήσει τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου και τη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων συμπτωμάτων και οποιοσδήποτε ισχυρισμός εκ μέρους του θύτη μπορεί να αντικρουστεί.

Στις ποινικές υποθέσεις οι κατηγοροί σκιαγραφούν το πρόσωπο με το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου ως ένα άτομο με υπερβολικό ναρκισσισμό και ματαιοδοξία, παρά για ένα άτομο ψυχικά διαταραγμένο. Υποστηρίζουν ότι το σύνδρομο παρέχει κίνητρο για ανθρωποκτονία και ότι η κατάθεση των ειδικών ψυχιάτρων για το σύνδρομο χρησιμοποιείται για να μειώσει ηθικά τον χαρακτήρα της μητέρας. Σύμφωνα όμως με τις βασικές αρχές της δικαιοσύνης, από τη στιγμή που μπορεί να χρησιμοποιηθεί η διάγνωση του συνδρόμου από τη πλευρά του κατηγορού ως αποδεικτικό στοιχείο της κακοποίησης, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από την

πλευρά του κατηγορουμένου ως αποδεικτικό-ελαφρυντικό στοιχείο διανοητικής διαταραχής. Η διαδικασία είναι τόσο χρονοβόρα που ενέχει μεγάλο κίνδυνο σωματικής βλάβης ή ακόμα και θανάτου του παιδιού-θύματος (Kimberly, L. Sweet, 2007).

Τέλος, σύμφωνα με τα στοιχεία έκθεσης της Παγκόσμιας Τράπεζας (2015) ο μέσος χρόνος εκδίκασης μίας τυπικής διαφοράς σε δικαστήριο της Αθήνας είναι 1580 ημέρες (4,5 έτη) κατατάσσοντας την Ελλάδα ουραγό παγκοσμίως στην ταχύτητα απονομής δικαιοσύνης. Ο αντίστοιχος χρόνος στη Γαλλία και την Ισπανία είναι περίπου 400 ημέρες (Γκούβερης, Π., 2019).

3.3 Κρατικοί φορείς

Η Ελλάδα είναι από τις χώρες με αρκετούς κρατικούς οργανισμούς οι οποίοι έχουν δημιουργηθεί για να ενημερώνουν, να προλαμβάνουν πιθανές κακοποιητικές συμπεριφορές αλλά και να διαχειρίζονται αυτό το κοινωνικό φαινόμενο. Σε αυτές τις δομές, συμπεριλαμβάνονται επαγγελματίες υγείας (παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, εκπαιδευτικοί) προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και τις γνώσεις τους. Παρακάτω αναλύονται κάποιοι από αυτούς:

3.3.1 Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

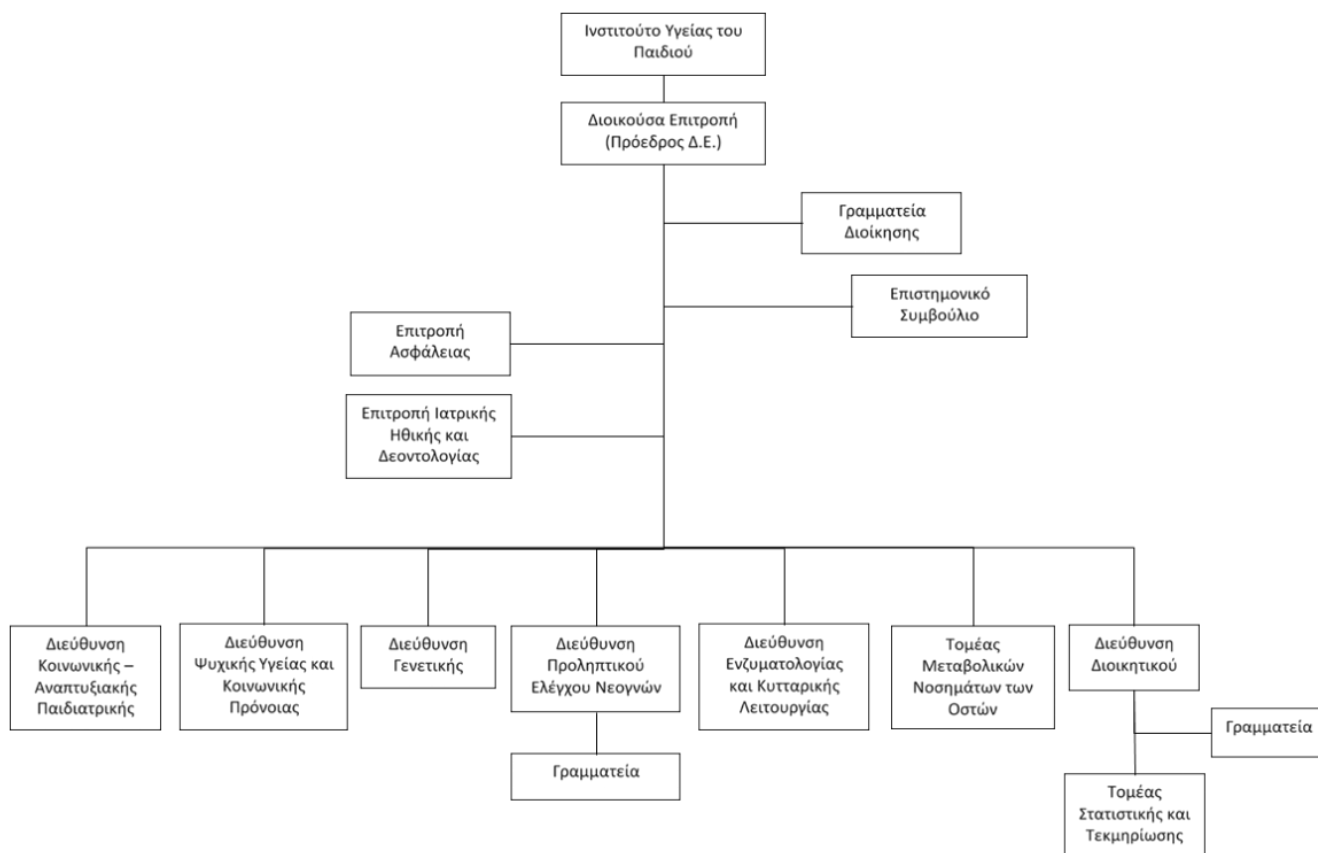
Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.), συστάθηκε το 1965, από τον ιατρό Σπύρο Δοξιάδη. Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και βρίσκεται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στόχος του είναι η παροχή εξειδικευμένου έργου πρόληψης και δημόσιας υγείας και η ανάπτυξη ερευνητικής και εκπαιδευτικής δραστηριότητας σχετικά με την υγεία του παιδιού.

Προς τα τέλη της δεκαετίας του '70, άρχισε να εφαρμόζει ερευνητικά προγράμματα, αλλά και εκπαιδευτικά, για την κατάρτιση των επαγγελματιών. Επιπλέον, μερίμνησε για την μελέτη της ενδοοικογενειακής βίας και της πρόληψης αυτού του κοινωνικού φαινομένου, μέσω εξειδικευμένων υπηρεσιών. Το 1988 προστέθηκε στη λειτουργία του το Κέντρο Μελέτης και Πρόληψης της Κακοποίησης/ Παραμέλησης.

Συνολικά, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού περιλαμβάνει:

- Εξειδικευμένο κλινικοεργαστηριακό έργο με έμφαση στην πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση
- Αντιμετώπιση και γενετική συμβουλευτική νοσημάτων
- Εξειδικευμένο έργο κοινωνικής και αναπτυξιακής παιδιατρικής, ψυχικής υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής του παιδιού και της οικογένειας:
 - εκτίμηση και καταγραφή του επιπέδου υγείας των παιδιών στην Ελλάδα
 - πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινοτική ανάπτυξη
 - αναπτυξιακή παιδιατρική
 - μελέτη και υποστήριξη υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας
 - μελέτη περιβαλλοντικών και κοινωνικών επιδράσεων στη σωματική και ψυχική υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού
 - αγωγή και προαγωγή υγείας του παιδιού και της οικογένειας
 - μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης-παραμέλησης του παιδιού
 - σχολική υγεία και προαγωγή υγείας στα σχολεία
 - παιδική προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων του παιδιού
 - εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας
 - εκπαίδευση εκπαιδευτικών

Η δομή του συλλόγου παρουσιάζεται στο παρακάτω οργανόγραμμα:



Η Διοικητική Επιτροπή αποτελείται από 5 μέλη, τα οποία ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα μέλη αυτά είναι 3 αναγνωρισμένοι επιστήμονες με 5ετή θητεία και 2 επιστήμονες-διευθυντές Διευθύνσεων ή Τομέων του ΙΥΠ, με 2ετή θητεία.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποτελείται από τους διευθυντές Διευθύνσεων και Τομέων του ΙΥΠ και έχει την ευθύνη για την κρίση κάθε επιστημονικού προγράμματος του ΙΥΠ.

Το Ι.Υ.Π. εφαρμόζει ερευνητικά προγράμματα κοινωνικής-αναπτυξιακής παιδιατρικής καθώς και ψυχικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας όπως:

- Ευρωπαϊκό πρόγραμμα “HEPS” Ανάπτυξη και εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής για την προαγωγή της υγιεινής διατροφής και της φυσικής άσκησης στα σχολεία στην Ευρώπη (2008-2011)
- Συντονισμένη Προσέγγιση στην Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση (ΚαΠα-Π) μέσω Ελάχιστου Συνόλου Δεδομένων

- Προστασία Βρεφών και Νηπίων από την Ενδοοικογενειακή Βία: Σχεδιασμός Διαγνωστικού Πρωτοκόλλου για την Κακοποίηση και Παραμέληση Βρεφών και Νηπίων και η Εφαρμογή του στο Σύστημα Δημόσιας Υγείας,
- Ολοκληρωμένη Προσέγγιση για τη Διερεύνηση, Διάγνωση και Διαχείριση Περιστατικών Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών
- Αναθεώρηση των κοινωνικών πρακτικών ελέγχου για την καταπολέμηση της εκμεταλλευτικής διαμεσολάβησης στη Νότια Ευρώπη
- Φροντιστές παιδιών σε κίνδυνο – Εκπαίδευση και Ανάπτυξη Ικανοτήτων
- Σχέδιο συνολικής ψυχοκοινωνικής παρέμβασης στην πόλη του Ρεθύμνου με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της σεξουαλικής παρενόχλησης ανηλίκων
- Επιδημιολογική μελέτη για την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού στα Βαλκάνια (B.E.CA.N.)
- Πρόγραμμα στήριξης επαγγελματιών σε θέματα κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών μέσω παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών. (<https://ich.gr/>)

3.3.2 Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ)

Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιδρύθηκε το 2003 με την ονομασία “Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας”, όμως το 2005 μετονομάστηκε σε ΕΚΚΑ και έτσι παραμένει έως σήμερα. Θεωρείται αυτοτελές Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, με έδρα την Αθήνα και αποτελεί μέρος του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από το οποίο και εποπτεύεται. Το 2010 έγινε συγχώνευση με το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης στοχεύοντας στη χάραξη πολιτικών πρόνοιας στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Ν. 3895/2010, ΦΕΚ 206/τΑ). Μία ακόμα συγχώνευση προστέθηκε στο δυναμικό του Κέντρου, το 2011. Αυτή η προσθήκη ήταν ο Κοινωνικός Ξενώνας Καρέα. Το πεδίο δράσης του ήταν η παροχή στέγασης, τροφίμων και ηθικής περίθαλψης σε άτομα τα οποία ζουν σε κακοποιητικό περιβάλλον και δεν μπορούν να εξακολουθήσουν να μένουν σ’ αυτό.

Κύριος σκοπός του φορέα είναι η στήριξη σε άτομα τα οποία βρίσκονται σε καταστάσεις κινδύνου, μέσω της παροχής διαφόρων υπηρεσιών και δράσεων. Οι υπηρεσίες που προσφέρει, μέσω του δικτύου του είναι:

- Η Εθνική Γραμμή Εκτάκτου Ανάγκης, 197
- Η Εθνική Γραμμή Παιδικής Προστασίας, 1107
- Τα Αποκεντρωμένα Κέντρα Κοινωνικής Στήριξης
- Τα Κέντρα Επείγουσας Υποδοχής Γυναικών σε Κρίση και των Παιδιών τους
- Οι Ξενώνες-Καταφύγια Προστατευμένης Φιλοξενίας Γυναικών και των Παιδιών τους, Θυμάτων Κακοποίησης, Εμπορίου, Διακίνησης, Εκμετάλλευσης
- Οι Κοινωνικοί Ξενώνες Αστέγων
- Η Υπηρεσία Διαχείρισης Κρίσεων
- Η Υπηρεσία Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης
- Η Υπηρεσία Συντονισμού και Διαχείρισης Αιτημάτων Στέγασης Αιτούντων Άσυλο Ασυνόδευτων Ανηλίκων

Η Εθνική Γραμμή Εκτάκτου Ανάγκης «197», έχει ως σκοπό:

- Να προσφέρει επείγουσα συμβουλευτική και υποστήριξη σε ενήλικα άτομα
- Να παρέχει άμεση πληροφόρηση για θέματα κοινωνικής πρόνοιας και ψυχικής υγείας
- Να κινητοποιεί τους μηχανισμούς επείγουσας επιτόπιας κοινωνικής παρέμβασης
- Να παραπέμπει στις υπόλοιπες Υπηρεσίες και Δομές του Ε.Κ.Κ.Α., αλλά και να διασυνδέει όλους όσους χρειάζονται περαιτέρω βοήθεια με άλλες αρμόδιες Υπηρεσίες, Οργανισμούς και Δομές Κοινωνικής Φροντίδας
- Να δέχεται και να διαβιβάζει στις αρμόδιες Εισαγγελικές Αρχές της χώρας καταγγελίες οι οποίες αφορούν στην παραμέληση ή/και κακοποίηση ενηλίκων, κατά κύριο λόγο ηλικιωμένων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες

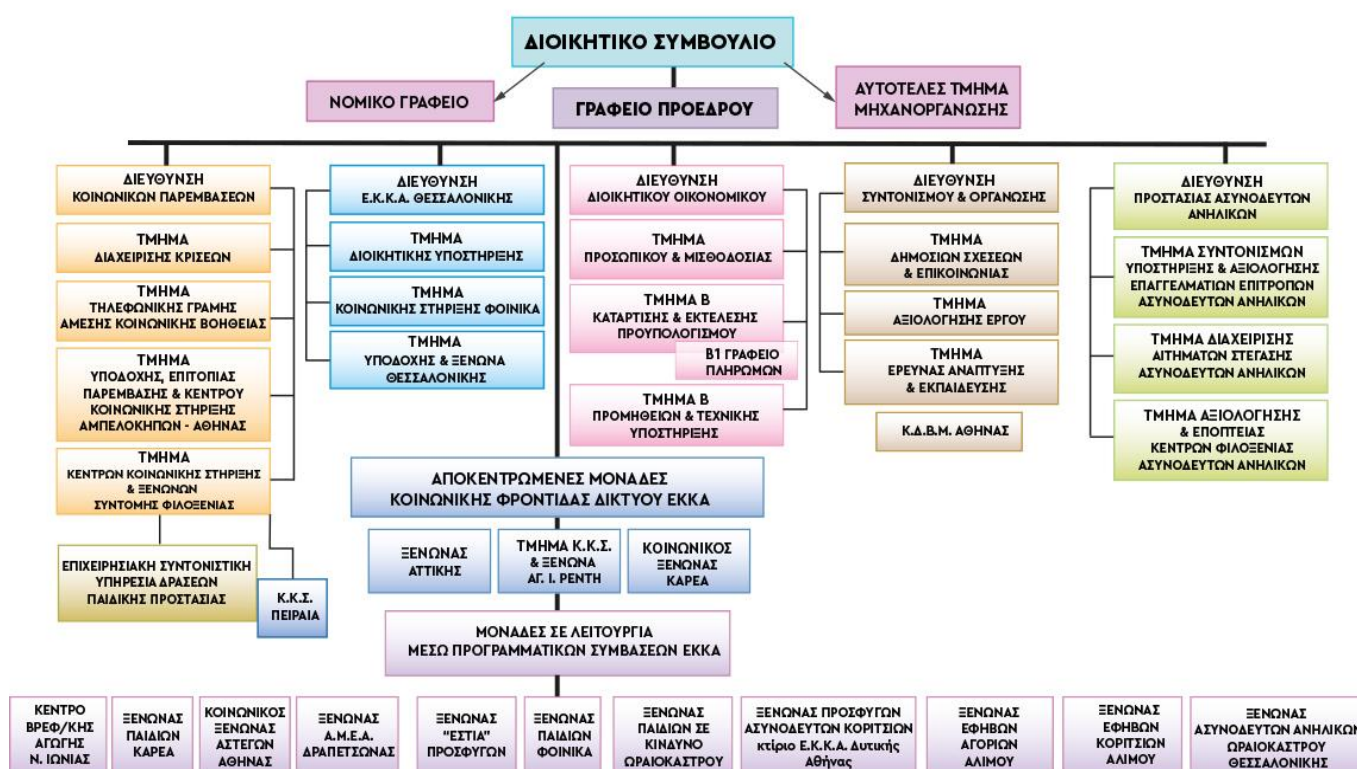
Η Εθνική Γραμμή Παιδικής Προστασίας, απαρτίζεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μπορούν ν' απευθυνθούν σε αυτή ανήλικα τέκνα, προκειμένου να:

- Λάβουν συμβουλευτική και υποστήριξη
- Ενημερωθούν για θέματα προστασίας
- Συνεργαστούν με τις αρμόδιες αρχές σε καταστάσεις κινδύνου

- Κινητοποιήσει τους μηχανισμούς κοινωνικής παρέμβασης του Ε.Κ.Κ.Α. ή/και άλλων Υπηρεσιών για την παροχή ψυχοκοινωνικής βοήθειας και υποστήριξης σε ανηλίκους
- Συνεργαστούν με δημόσιους φορείς προκειμένου να διεξαχθούν έρευνες.

Τέλος, στόχος αυτής της Εθνικής Γραμμής είναι να πληροφορεί πολίτες και υπαλλήλους φορέων σχετικά με την αναδοχή και την υιοθεσία παιδιών, τη λειτουργία της νέας ηλεκτρονικής πλατφόρμα ANYNET, στο πλαίσιο της υλοποίησης του Ν. 4538/2018 «περί αναδοχής και υιοθεσίας». Η δομή του Κέντρου αναλύεται παρακάτω:

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ & ΜΟΝΑΔΩΝ ΤΟΥ ΔΙΚΤΥΟΥ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ (Ε.Κ.Κ.Α.)



Το Ε.Κ.Κ.Α. τηρεί Εθνικό Μητρώο Ανηλίκων, στο οποίο εγγράφονται υποχρεωτικά όλοι οι ανήλικοι που τοποθετούνται σε μονάδες παιδικής προστασίας και φροντίδας ή πρόκειται να τοποθετηθούν σε ανάδοχο γονέα με δικαστική απόφαση ή με εισαγγελική διάταξη ή με σύμβαση ή με τις διατάξεις του άρθρου 18 του παρόντος ή πρόκειται να υιοθετηθούν. (Άρθρο 5, Νόμος υπ' αριθμ. 4538).

3.3.3 Συνήγορος του Πολίτη

Το 1997, συστάθηκε μία ανεξάρτητη αρχή, κατοχυρωμένη στο σύνταγμα, ο Συνήγορος του Πολίτη, όπου και ξεκίνησε τη λειτουργία της, την 1^η Οκτωβρίου του 1998. Ο θεσμός αυτός, στοχεύει στην υπεράσπιση των δικαιωμάτων των πολιτών που γίνονται διακρίσεις εις βάρος τους, παρακολουθεί αν τηρούνται οι νόμοι σε σχέση με τα παιδιά, ενημερώνει για τα δικαιώματα των ανηλίκων και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει τον κόσμο για τέτοιου είδους θέματα.

Ο Συνήγορος του Πολίτη, από το 2003 και ως Συνήγορος του Παιδιού, προασπίζει και προάγει τα δικαιώματα του παιδιού (έως 18 ετών) παρεμβαίνοντας σε υποθέσεις που αφορούν ενέργειες ή παραλείψεις δημοσίων υπηρεσιών αλλά και ιδιωτών (φυσικών ή νομικών προσώπων).

Ελέγχει τους εξής φορείς:

Υπηρεσίες του Δήμου, Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμούς Κοινής Ωφέλειας (ΔΕΚΟ)

Σε θέματα δικαιωμάτων παιδιού, ως άμεσα ενδιαφερόμενος θεωρείται:

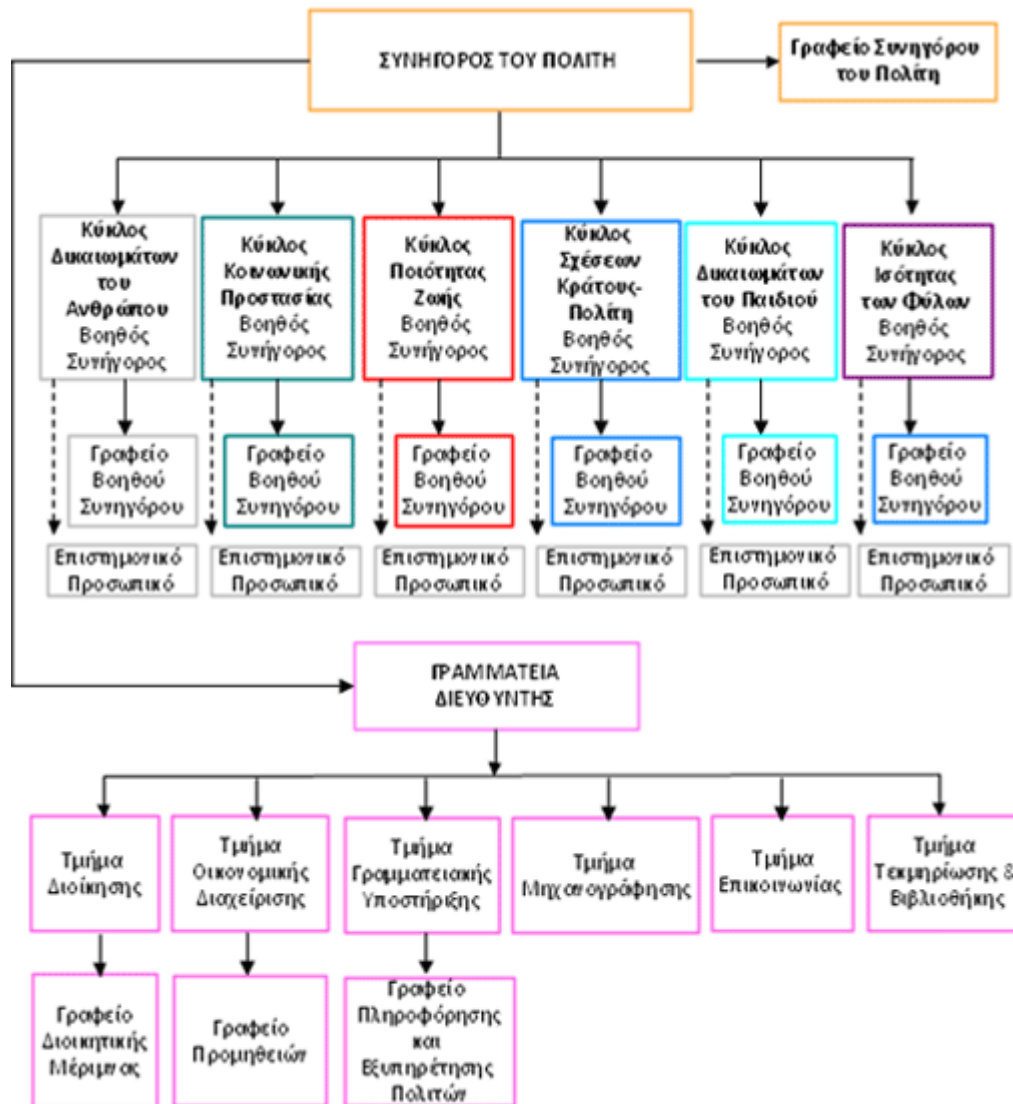
α) ο ασκών τη γονική μέριμνα του παιδιού, β) συγγενής του παιδιού, γ) επίτροπος του παιδιού, προσωρινός ή οριστικός, δ) τρίτος που έχει άμεση αντίληψη παραβίασης δικαιώματος του παιδιού.

Αξίζει να σημειωθεί πως ο θεσμός συμπεριλαμβάνει 6 συνεπικουρικούς θεματικούς κύκλους:

- 1) Κύκλος Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (για υποθέσεις προσβολής ατομικών, πολιτικών δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από το Σύνταγμα)
- 2) Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας (για ζητήματα κοινωνικών δικαιωμάτων)
- 3) Κύκλος Ποιότητας Ζωής (για υποθέσεις παραβίασης της περιβαλλοντικής νομοθεσίας)
- 4) Κύκλος Σχέσεων Κράτους – Πολίτη (για ζητήματα σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών, την οργάνωση των διαδικασιών, την επικοινωνία και την πληροφόρηση)
- 5) Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού (για την προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού)

- 6) Κύκλος Ισότητας των Φύλων (για την προώθηση της εφαρμογής ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων, ανεξαρτήτως κοινωνικών χαρακτηριστικών)

Η δομή του θεσμού αποτυπώνεται παρακάτω:



<https://www.synigoros.gr/?i=stp.el>

Κέντρο Προστασίας του Παιδιού «Μητέρα»

Το Κέντρο Βρεφών Μητέρα (πλέον ονομάζεται Κέντρο Προστασίας του Παιδιού «ΜΗΤΕΡΑ»), συστάθηκε το 1953 αλλά ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Σεπτέμβριο του 1955. Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, βρίσκεται υπό την εποπτεία

του Υπουργείου Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και διοικείται από πενταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το «Μητέρα» περιλαμβάνει:

- Ένα σπίτι το οποίο φιλοξενεί γυναίκες οι οποίες κυφορούν και δεν διαθέτουν ένα υποστηρικτικό και υγιές περιβάλλον ή είναι μόνες, χωρίς σύντροφο.
- Ένα σπίτι που διαμένουν παιδιά τα οποία είναι απαραίτητο να μείνουν για κάποιο διάστημα μακριά από την οικογένειά τους.
- Ειδικούς επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας που:
 - Συμβουλεύουν και στηρίζουν τις έγκυες γυναίκες και τις μητέρες.
 - Προετοιμάζουν τα άτομα για τον επικείμενο ρόλο τους, ως θετοί – ανάδοχοι γονείς.
 - Βοηθούν στην επανασύνδεση με την φυσική οικογένεια των προσώπων καθώς και στην αναζήτηση των παιδιών τους, που δόθηκαν για υιοθεσία ή αναδοχή.

Το «Μητέρα», εφαρμόζει αρκετά προγράμματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω:

1. **Πρόγραμμα Προστασίας Γονέων-Παιδιών:** Στόχος του είναι η προστασία μονογονεϊκών οικογενειών και η προστασία παιδιών που βρίσκονται σ κίνδυνο. Οι υπηρεσίες που προσφέρει, δωρεάν, είναι:
 - Στήριξη μέσω παροχής συμβουλευτικής, οικονομικής ενίσχυσης, νομικής και ιατροφαρμακευτικής κάλυψης.
 - Ανάλυση φροντίδας του τέκνου, αν χρειαστεί η απομάκρυνση του από την οικογένειά του.
 - Συζήτηση προβλημάτων με κοινωνική λειτουργό, ψυχολόγο, γιατρό, βρεφοκόμο, μαία.
2. **Προστασία Εγκύων-Λεχαιδών:** Δημιουργήθηκε για να φιλοξενήσει έγκυες γυναίκες από τον έβδομο μήνα κύησης και για σύντομο διάστημα μετά τον τοκετό. Ακόμη, παρέχει: συμβουλευτική βοήθεια, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, παροχές σε είδος, οικονομική ενίσχυση.
3. **Πρόγραμμα Αναδοχής:** Οι ανάδοχοι γονείς είναι συνεργάτες του ΜΗΤΕΡΑ και στο ρόλο τους υποστηρίζονται από ομάδα ειδικών (κοινωνικό λειτουργό,

παιδιάτρο, ψυχολόγο) του Κέντρου. Το ΜΗΤΕΡΑ για κάθε παιδί που είναι τοποθετημένο σε ανάδοχη οικογένεια παρέχει:

- Μηνιαίο επίδομα κλιμακούμενο ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες του παιδιού
 - Πλήρη ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη
 - Κάλυψη ειδικών θεραπειών
 - Κάλυψη ένδυσης, υπόδησης, ιματισμού και ειδών πρώτης εγκατάστασης του παιδιού στην οικογένεια
 - Κάλυψη σχολικών δαπανών
4. **Πρόγραμμα Υιοθεσίας:** Το Κέντρο λαμβάνει ετησίως 150-200 αιτήσεις υιοθεσίας, όμως μόνο 35 από αυτές διεκπεραιώνονται. Αυτό δεν συμβαίνει λόγω γραφειοκρατίας ή χρονοβόρων διαδικασιών, αλλά επειδή οι γονείς που θέλουν να αναλάβουν την υιοθεσία, είναι πολλοί περισσότεροι από τα παιδιά που υπάρχουν εκεί. Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί πως ακολουθεί πιστά τη σειρά προτεραιότητας στις αιτήσεις υιοθεσίας. Επιπλέον, εφαρμόζει πρόγραμμα μηνιαίων ενημερωτικών συγκεντρώσεων για ενδιαφερομένους να υιοθετήσουν και κατά περιόδους πραγματοποιεί προγράμματα ομαδικής προετοιμασίας και συμβουλευτικής ζευγαριών προς υιοθεσία.
 5. **Πρόγραμμα Αναζήτησης Ριζών:** Με τον Ν. 2447/96, άρθρο 1559 κατοχυρώθηκε το δικαίωμα του υιοθετημένου μετά την ενηλικίωση του να πληροφορείται πλήρως από κάθε αρμόδια αρχή τα στοιχεία των φυσικών γονέων και από το 1975, το Κέντρο, χειρίζεται υποθέσεις αναζήτησης ριζών υιοθετημένων ατόμων.
 6. **Πρόγραμμα Εθελοντισμού:** Οι πλειονότητα των εθελοντών, στο ΜΗΤΕΡΑ, απασχολεί τα παιδιά με δημιουργικό παιχνίδι, ενώ μία μερίδα από αυτούς, συνοδεύουν τα παιδιά στο νοσοκομείο. Επιπλέον, συμβάλλουν στην διοργάνωση και τη συγκρότηση εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων του κέντρου.
 7. **Τμήμα Εισαγωγής Νεογνών – Βρεφών:** Ξεκίνησε τη λειτουργία του από τον Οκτώβρη του 2011.

https://kvmhtera.gr/index.php?detail_id=1

3.3.4. Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών (Ε.Π.Α.Α.)

Η Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων, με έδρα το Εφετείο Αθηνών, αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), διοικείται από 7μελές διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο ορίζεται από το Υπουργείο Δικαιοσύνης και λειτουργεί από το 1995.

Οι σκοποί της Ε.Π.Α.Α. είναι οι εξής:

- Πρόληψη της εγκληματικότητας των ανηλίκων
- Προσφορά υλικής και κοινωνικής στήριξης σε παιδιά και εφήβους που έχουν βρεθεί σε αναμορφωτήρια, έχουν τελέσει αξιόποινη πράξη και βρίσκονται σε αναμονή για ποινική δίκη ή για τα ανήλικα τα οποία βρίσκονται σε ένα περιβάλλον με παραβατικές συμπεριφορές
- Παροχή επαγγελματικής κατάρτισης, εκπαίδευσης, πολιτιστικής καλλιέργειας, ψυχαγωγίας και στέγης σε ανηλίκους. (<https://www.epaa.gr/>)

3.4 Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί (Μ.Κ.Ο.)

Μη Κυβερνητικός Οργανισμός θεωρείται οποιοσδήποτε οργανισμός ή ίδρυμα που έχει οργανωθεί για να αναλάβει μία ή περισσότερες από τις παρακάτω Δραστηριότητες: ανθρωπιστική βοήθεια ή υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και συνειδητοποίηση, αποστολές ανακούφισης του ανθρώπινου πόνου, κοινωνική επανένταξη, φιλανθρωπικό έργο, δραστηριότητες εκπαιδευτικές, υγείας και πολιτιστικές, προστασία του περιβάλλοντος, οικονομική αναδόμηση και ανάπτυξη, προώθηση δημοκρατικών πρακτικών, κοινωνική ανάπτυξη, προώθηση της ισότητας των φύλων ή οποιαδήποτε άλλη μη-κερδοσκοπική δραστηριότητα που υπηρετεί το κοινό συμφέρον (Γαλήνη, Σβαρνιά, 2015).

Ωστόσο, στην παρούσα εργασία θα επικεντρωθούμε στους Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς που στοχεύουν στην πρόληψη και καταπολέμηση της παιδικής κακοποίησης. Απώτερος στόχος των Οργανώσεων αυτών είναι η άμεση προστασία και φροντίδα των παιδιών που βρίσκονται σε κίνδυνο ή χρειάζονται βοήθεια. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει πλήρης ενημέρωση στην κοινότητα για θέματα που σχετίζονται με την βία, την κακοποίηση ή την παραμέληση ανηλίκου. Οι οργανισμοί αυτοί είναι οι εξής:

- Μαζί για το παιδί
- Το χαμόγελο του παιδιού

- Ελίζα
- Παιδικά χωριά SOS
- Κιβωτός του κόσμου

3.4.1 Μαζί για το παιδί

Το «Μαζί για το παιδί» είναι μια ένωση μη κερδοσκοπικών σωματείων και ιδρυμάτων, η οποία εργάζεται από το 1996, στοχεύοντας στην ευμάρεια παιδιών και οικογενειών που αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλήματα και δυσκολίες. Τα προβλήματα αυτά και οι δυσκολίες σχετίζονται με την φτώχεια, την αναπηρία, την κακοποίηση και την αρρώστια. Το όραμα της ένωσης είναι να λειτουργεί ως ένα πανελλαδικό δίκτυο αρμονικής συνύπαρξης και συνεργασίας μεταξύ των φορέων παιδικής προστασίας. Για αυτό τον λόγο συνεργάζεται με περισσότερους από 200 φορείς σε όλη την χώρα κάνοντας την φιλοσοφία της πράξη. Επρόκειτο για μια ανεξάρτητη οικονομικά οργάνωση η οποία δεν λαμβάνει κρατικές ή ευρωπαϊκές επιχορηγήσεις και λειτουργεί με οικονομίες κλίμακας. Αυτό σημαίνει, πως η συντήρηση της ένωσης αποτελείται από χορηγίες που προκύπτουν από εταιρείες και ιδιώτες καθώς, και από τα έσοδα των προγραμμάτων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης και από την δημιουργία φιλανθρωπικών οργανώσεων.

Πρωταρχικό ρόλο στην ένωση διαδραματίζει ο εθελοντισμός, υλοποιώντας τους σκοπούς και τις δράσεις της. Αξίζει, να σημειωθεί, πως η ένωση παρέχει τις υπηρεσίες σε περισσότερα από 30.000 παιδιά στην Ελλάδα ετησίως.

Επιπροσθέτως, το «Μαζί για το παιδί» διαθέτει τηλεφωνική γραμμή βοήθειας 11525, η οποία βρίσκεται δίπλα σε γονείς, εκπαιδευτικούς και παιδιά από το 2009. Στην τηλεφωνική αυτή γραμμή μπορούν να απευθυνθούν δωρεάν άτομα που χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη, σχετικά με πληθώρα θέματα που τους απασχολούν στην καθημερινότητα τους. Στην γραμμή αυτή είναι επίσης δυνατόν να γίνουν επώνυμες ή και ανώνυμες καταγγελίες. Η γραμμή 11525 αποτελείται από έμπειρη επιστημονική ομάδα, αλλά και από εκπαιδευμένους εθελοντές και υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια. Ταυτόχρονα, υπάρχει και το συμβουλευτικό κέντρο για γονείς, όπου παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες, ομάδες στήριξης γονέων και τέλος, ψυχο-εκπαιδευτικά σεμινάρια. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως τον Μάρτιο του 2012 δημιουργήθηκε μια νέα υπηρεσία βοηθώντας την φιλοσοφία «η ισχύς εν τη ενώσει»

της ένωσης να γίνει πράξη. Επρόκειτο για την υπηρεσία « προσφέρω γιατί νοιάζομαι». Στόχος της είναι η εξασφάλιση ειδών πρώτης ανάγκης καθώς και ο εφοδιασμός ιδρυμάτων που εξυπηρετούν παιδιά στον νομό Αττικής.

3.4.2. Σύλλογος «Το Χαμόγελο του Παιδιού»

Το χαμόγελο του παιδιού ιδρύθηκε από τον Κώστα Γιαννόπουλου, ο οποίος ήταν πατέρας του Ανδρέα Γιαννόπουλου. Ο Ανδρέας Γιαννόπουλος ήταν ένα νεαρό αγόρι που γεννήθηκε στις 21 Απριλίου του 1985. Το νεαρό αυτό αγόρι είχε έντονες ευαισθησίες και νοιαζόταν για όλα τα παιδιά του κόσμου. Η επιθυμία του ήταν όλα τα παιδιά να χαμογελούν ανεξαρτήτως διαφορών όπως το φύλο, την καταγωγή, τη θρησκεία. Ο Ανδρέας το 1994 αρρώστησε και διαγνώστηκε με όγκο στον εγκέφαλο. Ωστόσο, αντιμετώπισε την ασθένεια του με θάρρος και δεν παραιτήθηκε ποτέ, καθώς συνέχισε να νοιάζεται και να επιθυμεί το χαμόγελο του κάθε παιδιού. Μάλιστα, ο Ανδρέας επιθυμούσε να δημιουργηθεί ένας σύλλογος, ο οποίος να εξασφαλίζει σε κάθε παιδί ένα χαμόγελο.

Έτσι, λοιπόν, τον Νοέμβριο του 1995 αποτύπωσε την επιθυμία του αυτή στο προσωπικό του ημερολόγιο. Πέρα από το ημερολόγιο του, ο Ανδρέας θέλησε να μοιραστεί δημόσια την φιλοδοξία του στην εκπομπή «Κόκκινη Κάρτα» του Γιώργου Παπαδάκη μιλώντας ανοιχτά για τον σύλλογο που ήθελε να δημιουργήσει το Σύλλογο «Χαμόγελο του παιδιού». Ήθελε να βοηθήσει παιδιά με κάθε τρόπο, τα οποία είτε ήταν άπορα, είτε ορφανά ακόμα και παιδιά που νοσηλεύονταν σε κάποιο νοσοκομείο. Ωστόσο, ο μικρός Ανδρέας δεν πρόλαβε να δει το όνειρο του να γίνεται πραγματικότητα, καθώς δεν κατάφερε να βγει νικητής από την μάχη αυτή. Σε λιγότερο από ένα μήνα αφότου έγινε η εκπομπή ο δεκάχρονος Ανδρέας απεβίωσε. Το όνειρο του όμως πραγματοποιήσε ο πατέρας του Κώστας Γιαννόπουλος.

Πιο συγκεκριμένα, ο Σύλλογος «το Χαμόγελο του παιδιού» είναι ένας εθελοντικός μη κερδοσκοπικός οργανισμός που λειτουργεί στην Ελλάδα, και έχει όραμα να προστατεύει τα δικαιώματα κάθε παιδιού και να τα βοηθάει να ξεπερνούν καθημερινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Το έργο του στηρίζεται έμπρακτα από το προσωπικό του ιδρύματος αλλά και από τους εθελοντές, το έργο των οποίων είναι σπουδαίο. Όλα τα παραπάνω επιτυγχάνονται μέσω πλήθος υπηρεσιών που επεκτείνονται σε 3 βασικούς άξονες: 1) πρόληψη, 2) παρέμβαση και 3) θεραπεία.

Στον πρώτο άξονα που σχετίζεται με την πρόληψη περιλαμβάνονται τα εξής:

- **Πρόληψη & ευαισθητοποίηση:** Σχετικά με την πρόληψη επρόκειτο για παρεμβάσεις που δημιουργούνται από «το χαμόγελο του παιδιού» και απευθύνονται σε μαθητές και μαθήτριες, εκπαιδευτικούς, γονείς και κηδεμόνες. Οι παρεμβάσεις αυτές πραγματοποιούνται σε όλα τα σχολεία πανελλαδικά από μια εξειδικευμένη ομάδα ψυχολόγων. Στόχος των παρεμβάσεων είναι πρώτον να ενημερωθούν σωστά όλα τα παιδιά για τα δικαιώματά τους, έτσι ώστε να μην μπορεί κάποιος να τα καταπατήσει εύκολα και δεύτερον, για να βοηθήσουν τα παιδιά να αποκτήσουν βασικές κοινωνικές δεξιότητες που είναι χρήσιμες σε περιπτώσεις κινδύνου. Να ξέρει δηλαδή το κάθε παιδί πως να αντιδράσει σε έναν κίνδυνο, όπως για παράδειγμα στην ενδοσχολική βία.
- **Ευρωπαϊκή Γραμμή Υποστήριξης 116111:** Όσον αφορά την Ευρωπαϊκή Γραμμή Υποστήριξης 116111 είναι μια υπηρεσία που λειτουργεί από το 2015 «το χαμόγελο του παιδιού» και αποτελεί πρόληψη σε περιστατικά βίας. Στην γραμμή αυτή κάθε παιδί και ενήλικος μπορεί να αναζητήσει υποστήριξη για διάφορα θέματα που τον απασχολούν. Παρέχεται δωρεάν και είναι διαθέσιμη 24 ώρες το 24ωρο.

Στον δεύτερο άξονα της παρεμβάσεως περιλαμβάνονται τα εξής:

- **Ενδοοικογενειακή βία:** «Το χαμόγελο του Παιδιού» με την παρέμβαση στην ενδοοικογενειακή βία είναι δίπλα σε όλες τις γυναίκες που υφίστανται ενδοοικογενειακή βία και στα παιδιά τους. Στόχος του είναι να τους παρέχει υπηρεσίες για έμπρακτη υποστήριξη. Για να το επιτύχει αυτό ο οργανισμός συνεργάζεται άμεσα και με άλλους φορείς, όπως με την Γενική Γραμματεία Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας των φύλων καθώς και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο κατά της Βίας.
- **Ενήλικα παιδιά:** Τα παιδιά αυτά έχουν μεγαλώσει στο χαμόγελο του παιδιού, πολλά μάλιστα είναι εκεί από μωρά. Ακόμα και μετά την ενηλικίωση τους κύριο μέλημα του οργανισμού είναι να τα προστατεύει μέχρις ότου αποκτήσουν αυτονομία και μπορέσουν να καλύπτουν τις βασικές ανάγκες τους. Για αυτό τον λόγο «το χαμόγελο του παιδιού» προσφέρει στα ενήλικα παιδιά συναισθηματική και συμβουλευτική στήριξη, οικονομική ενίσχυση, διαμονή σε διαμέρισμα, βοήθεια και στήριξη σχετικά με την επαγγελματική τους αποκατάσταση καθώς και κάλυψη κάθε ανάγκης στο διάστημα των σπουδών τους.

- **Σπίτια:** Το πρώτο σπίτι δημιουργήθηκε το 1997 και φιλοξενήθηκαν πολλά παιδιά, όπου λόγω εισαγγελικής εντολής απομακρύνθηκαν από το σπίτι τους. Πλέον υπάρχουν 11 σπίτια πανελλαδικά. Στα σπίτια μεγαλώνουν παιδιά που έχουν κακοποιηθεί ή έχουν παραμεληθεί ανεξαρτήτως υπηκοότητας και καταγωγής. Τα παιδιά αυτά έχουν ανάγκη από συναισθηματική και συμβουλευτική υποστήριξη, από οικονομική υποστήριξη, στήριξη για την επαγγελματική τους αποκατάσταση, διαμονή σε σπίτι και κάλυψη των αναγκών που θα προκύψουν κατά την διάρκεια των σπουδών. Όλες οι παραπάνω ανάγκες υλοποιούνται από το χαμόγελο του παιδιού.
- **Σπίτια διακοπών:** Το θερινό σπίτι στον Μαραθώνα, το ορεινό σπίτι στις 5 βρύσες, το θερινό σπίτι στο μεγάλο χωριό Ευρυτανίας, το θερινό σπίτι στο Γύθειο, το θερινό σπίτι στο Σχοινιά, το θερινό σπίτι στην Επανομή.
- **Σπίτια ημερήσιας δράσης:** Από το 2005 υλοποιείται η δράση «σπίτια ημερήσιας φροντίδας». Τα σπίτια αυτά έχουν στόχο να φροντίζουν παιδιά οι οικογένειες των οποίων αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα και δεν δύναται να τα φροντίσουν. Τέτοια προβλήματα μπορεί να είναι είτε οικονομικά, κοινωνικά, είτε λόγω κάποιας σοβαρής ασθένειας οι γονείς να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους. Βασικό μέλημα της δράσης αυτής είναι η υποστήριξη των παιδιών, αλλά και η ενίσχυση της οικογένειας τους με σκοπό την λειτουργικότητα της για την ομαλή και υγιή ανάπτυξη του παιδιού. Αναλυτικότερα, στα παιδιά αυτά που επωφελούνται από την συγκεκριμένη δράση τους εξασφαλίζεται η παραμονή σε ένα υγιές περιβάλλον, η κάλυψη βασικών αναγκών και ειδών πρώτης ανάγκης, η απαραίτητη εκπαιδευτική κάλυψη που απαιτείται για όλα τα παιδιά, ψυχαγωγική στήριξη από τους ειδικούς της δράσης και τέλος, η ενδυνάμωση της οικογένειας προκειμένου να καταστεί λειτουργική για να μπορέσει γρηγορότερα και η ίδια να εξασφαλίσει τις ανάγκες του παιδιού. Στα σπίτια ημερήσιας φροντίδας τα παιδιά εισέρχονται έπειτα από το σχολείο και εκεί ακολουθούν ένα καθημερινό πρόγραμμα που ακολουθεί κάθε παιδί της ηλικίας τους και αφού ολοκληρώσουν το πρόγραμμα τους επιστρέφουν στις οικογένειες τους. Σημαντική είναι η υποστήριξη των εθελοντών, όπου βοηθάνε με κάθε τρόπο στην καθημερινότητα των παιδιών.
- **Επιτόπια παρέμβαση:** Από το 2002 παρέχεται η υπηρεσία της Επιτόπιας Παρέμβασης για παιδιά που βρίσκονται σε άμεσο κίνδυνο. Στόχος της

συγκεκριμένης υπηρεσίας είναι να προστατέψει τα παιδιά αυτά και να υπερασπιστεί τα δικαιώματά τους. Η Επιτόπια Παρέμβαση βρίσκεται πάντοτε σε συνεργασία με τις Εισαγγελικές και Αστυνομικές αρχές, προκειμένου το έργο τους να είναι αποτελεσματικό. Μόλις αντιληφθούν πως ένα παιδί βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο, για παράδειγμα λόγω σωματικής κακοποίησης, τότε πρωταρχικό μέλημα είναι η ασφαλής μεταφορά του σε ένα προστατευμένο περιβάλλον. Η μεταφορά αυτή αποτελείται υπό την συνοδεία ενός Κοινωνικού Λειτουργού ή ενός ψυχολόγου με τα οχήματα άμεσης επέμβασης που προσφέρει η υπηρεσία. Στην συνέχεια απαιτείται συνεργασία με όλους τους αρμόδιους φορείς μέχρις ότου βρεθεί λύση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί, πως η επιτόπια επέμβαση γίνεται έπειτα από ανώνυμη ή επώνυμη καταγγελία στην Εθνική Γραμμή για Παιδιά 1056. Οι καταγγελίες προέρχονται από πολίτες, υπηρεσίες και φορείς αλλά και από τα ίδια τα παιδιά αναζητώντας βοήθεια.

- **Εθνική Γραμμή SOS 1056:** Η εθνική γραμμή 1056 είναι διαθέσιμη για κάθε παιδί ή ενήλικα που χρειάζεται στήριξη για θέματα που τον απασχολούν. Είναι δωρεάν και είναι διαθέσιμη 24 ώρες το 24ωρο, 365 μέρες τον χρόνο. Πέρα από την τηλεφωνική γραμμή, όποιος χρειάζεται βοήθεια μπορεί να επικοινωνήσει και μέσω email, Chat και Social Media. Η γραμμή αυτή έχει καθοριστικό ρόλο για την αντιμετώπιση φαινομένων βίας.
- **Κέντρο συνηγορίας του παιδιού:** Στόχος του κέντρου αυτού είναι η Φιλική Δικαιοσύνη προς τα παιδιά. Υπάρχει ένας ειδικά διαμορφωμένος χώρος, όπου εκεί τα παιδιά μετέχουν με την ιδιότητα του θύματος ή του μάρτυρα.

Στον τρίτο άξονα της θεραπείας περιλαμβάνεται:

- **Το σπίτι του παιδιού:** «Το Χαμόγελο του Παιδιού» το 2014 ξεκίνησε την λειτουργία του Κέντρου Ημέρας, «Το Σπίτι του Παιδιού». Επρόκειτο για ένα Κέντρο Ημέρας Εξατομικευμένης Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε Παιδιά και Εφήβους, θύματα κακοποίησης, παραμέλησης, ενδοοικογενειακής βίας, παιδιά θυματοποιημένα, εμπλεκόμενα σε περιστατικά bullying και γενικά παιδιά που έχουν εκτεθεί πρόσφατα ή παλαιότερα σε έντονες ψυχοτραυματικές εμπειρίες. Προσφέρει τις υπηρεσίες του καθημερινά 9.00 – 20.00 εκτός Σαββατοκύριακου. Τα άτομα που επωφελούνται από «το σπίτι του παιδιού»

είναι παιδιά και έφηβοι που έχουν υποστεί βία και οι οικογένειες των παιδιών και το φροντιστικό προσωπικό δομών.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, πως όλες οι δομές στελεχώνονται κατά περίπτωση από ψυχιάτρους, παιδοψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς, διοικητικό προσωπικό και προσωπικό γενικών καθηκόντων.

3.4.3. Ελίζα-Εταιρεία κατά της Κακοποίησης του Παιδιού

Σημαντικό είναι να ακουστεί η ιστορία της Ελίζας, όπου χάρη σε εκείνη ιδρύθηκε το «Ελίζα». Η Ελίζα ήταν ένα νεαρό κορίτσι που γεννήθηκε στις 11 Φεβρουαρίου του 1989 στο Μπρούκλιν της Νέας Υόρκης. Είναι παιδί του κουβανού μετανάστη Gustavo και της πορτορικάνας Awilda. Γνωρίστηκαν σε ένα κέντρο αστέγων, όπου διέμενε η Awilda, ήδη μητέρα δύο παιδιών και εθισμένη στην χρήση κοκαΐνης, με αποτέλεσμα η μικρή να γεννηθεί με εθισμό γεγονός που οδήγησε τις αρχές να παραδώσουν την Ελίζα στον πατέρα της να την μεγαλώσει. Έτσι, η Ελίζα τα πέντε πρώτα χρόνια της ζωής της μεγαλώνει με τον πατέρα της και τα παιδικά της χρόνια είναι γεμάτα στοργή και αγάπη. Το 1990, ο Gustavo γράφει την Ελίζα σε προσχολικό σταθμό Μοντεσσόρι. Ωστόσο, λίγο αργότερα έρχεται αντιμέτωπος με ένα πρόβλημα υγείας. Την στιγμή εκείνη στον δρόμο τους βρέθηκε ο Πρίγκιπας Μιχαήλ, στον οποίο απευθύνθηκε το σχολείο ως έναν από τους Patron του, ο οποίος πλήρωσε και τα δίδακτρα για το σχολείο της μικρής Ελίζας. Το 1993, ο Gustavo στόχευε να εγκατασταθεί με την Ελίζα στη χώρα του, στην Κούβα. Όμως την μέρα που θα ταξίδευαν, τον Μάιο του 1994, μπαίνει στο νοσοκομείο με αναπνευστικό πρόβλημα και πεθαίνει. Η μικρή Ελίζα μένει μόνη της και το δικαστήριο της Νέας Υόρκης, αποφασίζει να επιτρέπεται στην Ελίζα να πηγαίνει στην μητέρα της για μερικές μέρες χωρίς καμία επίβλεψη από τις αρχές, αφού πείσθηκε πως έχει σταματήσει την χρήση ναρκωτικών. Αυτό όμως δεν ισχύει. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα, κάθε φορά που επέστρεφε η Ελίζα από τις επισκέψεις στην μητέρα της να είναι εμφανώς κακοποιημένη. Το κορίτσι πέρα από τα εμφανές σημάδια στο σώμα και στα γεννητικά όργανα, άρχισε να παρουσιάζει και συμπτώματα, όπως την νυχτερινή ενούρηση και την απώλεια κοπράνων. Κάθε φορά που ερχόταν η ημέρα της επίσκεψης στην μητέρα της η Ελίζα αρνιόταν να πηγαίνει και ξέσπαγε σε κλάματα. Στην συνέχεια το δικαστήριο αναθέτει την πλήρη κηδεμονία στην μητέρα της, η οποία αμέσως την πήρε από το ιδιωτικό σχολείο που πλήρωνε ο Πρίγκιπας Μιχαήλ και την

γράφει σε ένα δημόσιο σχολείο. Οι δάσκαλοι παρατήρησαν κάποια σημάδια στην μικρή Ελίζα που όλα οδηγούσαν στην κακοποίηση. Η Ελίζα είχε στο σώμα της μελανιές και χτυπήματα, τα μαλλιά της σε πολλά σημεία ήταν ξεριζωμένα, περπατούσε με δυσκολία και ήταν αποκομμένη από τα υπόλοιπα παιδιά. Δεν ήταν ωστόσο μόνο οι δάσκαλοι που υποψιάζονταν ότι η Ελίζα κακοποιείται. Ήταν και οι γείτονες, όπου ανέφεραν χαρακτηριστικά ότι η Ελίζα παρακαλεί της μητέρα της κλαίγοντας «Μαμά, Μαμά, σταμάτα. Σε παρακαλώ. Όχι άλλο». Οι δάσκαλοι και οι γείτονες, λοιπόν, αποφάσισαν να αναφέρουν στις αρχές ότι το παιδί κακοποιείται επανειλημμένα. Κανένας όμως δεν παίρνει την απόφαση να πάρει την επιμέλεια από την μητέρα της και να την δώσει στην θεία της, την αδερφή του Gustavo, η οποία την διεκδικεί. Πέρα από την προσπάθεια των δασκάλων, των γειτόνων και της θείας της για την απομάκρυνση της μικρής από την μητέρα της, συμμετείχε και ο Πρίγκιπας Μιχαήλ. Όλες οι προσπάθειες όμως είναι μάταιες, αφού το σύστημα κωφεύει.

Το αποτέλεσμα ήταν στις 22 Νοεμβρίου του 1995, η μικρή Ελίζα να βρεθεί νεκρή στο κρεβάτι της, με εγκεφαλικό υγρό να τρέχει από την μύτη της και το στόμα της, αφού είχε προηγηθεί ένα μοιραίο χτύπημα στο κεφάλι της. Με το περιστατικό αυτό εκατοντάδες άνθρωποι ένιωσαν θλίψη από την αδιαφορία του συστήματος, που παρά τις φωνές ενός μικρού παιδιού δεν κινητοποιήθηκε. Στον τάφο της Ελίζας αναγράφεται: **«Κόσμε σε παρακαλώ, φρόντισε τα παιδιά»**. Εκείνη τη στιγμή ξεκινά και η ιδέα του ΕΛΙΖΑ.

Έτσι λοιπόν, το 2008 δημιουργήθηκε αυτή η μη κερδοσκοπική οργάνωση με κύριο μέλημα της την προάσπιση των δικαιωμάτων των παιδιών, τα οποία έχουν υποστεί ή κινδυνεύουν να υποστούν κακοποίηση. Ο οργανισμός αυτός δίνει ιδιαίτερη έμφαση σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Δεν χρηματοδοτείται από κρατικούς πόρους και στηρίζεται σε δωρεές και χορηγίες. Στόχος του ΕΛΙΖΑ είναι η πρόληψη, ο εντοπισμός και η αναγνώριση των περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης, σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο.

Η πρώτη δράση του ΕΛΙΖΑ ήταν η ίδρυση του πρώτου Πρότυπου Ξενώνα στην Ελλάδα, ο οποίος δημιουργήθηκε το 2008. Ο Ξενώνας αυτός στόχευε στην προστασία, θεραπεία και αποκατάσταση βρεφών και παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση ή παραμέληση. Η δημιουργία του Ξενώνα αυτού επιτεύχθηκε σε συνεργασία με τα Παιδικά Χωριά SOS Ελλάδος. Στον Ξενώνα δύναται να φιλοξενηθούν βρέφη και νήπια έως και 5 χρονών. Με την εισαγωγή των παιδιών στον Ξενώνα απαιτείται μια πλήρης

διαγνωστική εκτίμηση και στην συνέχεια εφαρμόζεται σε κάθε παιδί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα που περιλαμβάνει τα εξής:

- Άμεση προστασία από περαιτέρω κακοποίηση ή/και παραμέληση
- Εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση
- Πρόγραμμα αποκατάστασης σε περιβάλλον οικογενειακού τύπου
- Νομική κάλυψη για το συμφέρον του παιδιού

Από τον Μάρτιο του 2016, ο Ξενώνας διοικείται αποκλειστικά από τα Παιδικά Χωριά SOS.

Επιπροσθέτως, το ΕΛΙΖΑ εφαρμόζει ορισμένες δράσεις. Οι δράσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Μονάδα φροντίδας για την ασφάλεια των παιδιών – Σόφη Βαρβιτσιώτη. Η δράση αυτή εγκαινιάστηκε στις 5 Ιουνίου του 2018 και στόχος της είναι να διασφαλιστεί η αναγνώριση των βρεφών και των παιδιών σε κίνδυνο για όλες τις μορφές κακοποίησης / παραμέλησης σε όσο γίνεται μικρότερες ηλικίες.

2. Ασφαλές Άγγιγμα. Επρόκειτο για ένα πρόγραμμα πρόληψης της σεξουαλικής κακοποίησης για παιδιά ηλικίας 5-9 ετών. Η υλοποίηση του προγράμματος αποτελεί πρωτοβουλία του ΕΛΙΖΑ και πραγματοποιείται με την επιστημονική συνεργασία του The New York Society for the Prevention of Cruelty to Children (NYSPCC), του 1ου οργανισμού προστασίας του παιδιού που ιδρύθηκε στον κόσμο. Απευθύνεται τόσο στα παιδιά, όσο και στους γονείς τους και δασκάλους τους.

3. Εκπαίδευση Επαγγελματιών. Από το 2016 είναι διαθέσιμα τα εθνικά προγράμματα επιμόρφωσης επαγγελματιών στοχεύοντας στην έγκαιρη αναγνώριση ενός περιστατικού κακοποίησης, καθώς και στην σωστή διαχείριση σε περίπτωση που υπάρξει.

4. Πρόγραμμα Βήμα. Το πρόγραμμα ΒΗΜΑ δημιουργήθηκε σε συνεργασία με τη μη κερδοσκοπική εταιρεία «ένα παιδί, ένας κόσμος» και το ΕΛΙΖΑ. Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε οικογένειες που χρειάζονται υποστήριξη σχετικά με συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν με τα παιδιά τους. Απευθύνεται κυρίως σε ευάλωτες οικογένειες που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, γεγονός που επηρεάζει την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Ο έγκαιρος εντοπισμός των οικογενειών αυτών και η έγκαιρη επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη κακοποίησης και παραμέλησης ενός παιδιού από την οικογένειά του.

3.4.4. Παιδικά Χωριά SOS

Τα παιδικά χωριά SOS ιδρύθηκαν το 1975 ως ειδικά αναγνωρισμένο φιλανθρωπικό σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η πρωτοβουλία για την ίδρυση τους στην Ελλάδα προέκυψε από την κα. Κλώντια Κατσαρά, η οποία ήταν μέλος των παιδικών χωριών SOS στην Γαλλία και όνειρο της ήταν να δημιουργηθεί ένα σωματείο και στην Ελλάδα για όλα αυτά τα παιδιά που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να μεγαλώσουν δίπλα στην οικογένειά τους. Τα Παιδικά Χωριά SOS προσφέρουν στα παιδιά οικογενειακού τύπου φροντίδας και σκοπός τους είναι να τα μεγαλώσουν με αγάπη και θαλπωρή. Άλλωστε, κάθε παιδί έχει το δικαίωμα να μεγαλώνει με αγάπη, σεβασμό και ασφάλεια. Αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με τις τέσσερις παιδαγωγικές αρχές:

- **Η μητέρα:** Κάθε παιδί έχει έναν γονιό να το φροντίζει. Η μητέρα SOS καλύπτει όλες τις ανάγκες των παιδιών τόσο σε ψυχικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.
- **Τα αδέρφια:** Οι οικογενειακοί δεσμοί αναπτύσσονται και δημιουργούνται νέοι
- **Το σπίτι:** Κάθε παιδί δικαιούται ένα σπίτι που θα του προσφέρει ζεστασιά και ασφάλεια.
- **Το χωριό:** Επρόκειτο για ένα κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά με ασφάλεια και προετοιμάζονται για την έξοδό τους στην κοινωνία.

Παράλληλα, στα Παιδικά Χωριά SOS υλοποιούνται ορισμένα προγράμματα που διευκολύνουν το έργο τους. Πιο συγκεκριμένα, το 1999 δημιουργήθηκαν τα πρώτα Κέντρα Στήριξης Παιδιού και Οικογένειας. Στόχος του προγράμματος ήταν η στήριξη των οικογενειών σε περιόδους κρίσης καθώς, και η ενίσχυση της οικογένειας στοχεύοντας στην άμεση αποκατάστασή της, με αποτέλεσμα να μπορέσει και πάλι να ανταποκριθεί στις καθημερινές ανάγκες του παιδιού. Επιπλέον, υπάρχει η Στέγη Νέων όπου έχει δημιουργηθεί για τα παιδιά που συμπλήρωσαν τα 18 έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στα Παιδικά Χωριά SOS και έτσι, μετακομίζουν στην Στέγη Νέων. Γίνεται, λοιπόν, αντιληπτό πως η φροντίδα των παιδιών δεν σταματά στην ενηλικίωση τους αλλά παρατείνεται μέχρι την πλήρη κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση. Αξίζει να αναφερθεί, πως τα Παιδικά Χωριά SOS είναι από τους

ελάχιστους οργανισμούς που παρέχουν μακρόχρονη φροντίδα στα παιδιά. Στόχος της Στέγης Νέων είναι να προετοιμάσει κατάλληλα τους νέους να αποκτήσουν βασικές ιδιότητες για το μέλλον τους.

Αντίστοιχα, το 2009 ξεκίνησε την λειτουργία του ο Ξενώνας Βρεφών SOS, ενός προγράμματος αποκατάστασης και θεραπείας βρεφών και νηπίων από 0-5 ετών που έχουν υποστεί κακοποίηση, παραμέληση ή έχουν εγκαταλειφθεί στα μαιευτήρια. Ο Ξενώνας αυτός δημιουργήθηκε από την φιλοσοφία των Παιδικών Χωριών SOS, όπου σύμφωνα με αυτήν κανένα παιδί δεν πρέπει να μεγαλώνει χωρίς οικογένεια. Έτσι, λοιπόν, ο στόχος των Ξενώνων αυτών είναι η πλήρης κάλυψη των αναγκών των παιδιών αυτών. Επιπλέον, συμβάλλει στην θεραπευτική παρέμβαση της οικογένειας αποσκοπώντας στην ασφαλή επιστροφή τους στην οικογένεια της. Σε περιπτώσεις που κρίνεται πως αυτό δεν είναι δυνατόν, εξασφαλίζεται στα παιδιά μια υγιής οικογένεια μέσω Αναδοχής ή Υιοθεσίας ή την ένταξη του σε ένα από τα Παιδικά Χωριά SOS.

Ένα ακόμη πρόγραμμα που υλοποιείται στα Παιδικά Χωριά SOS, είναι τα Κέντρα Μαθησιακής & Παιδαγωγικής Υποστήριξης. Στα Κέντρα αυτά απευθύνονται παιδιά που χρειάζονται μαθησιακή στήριξη όπου λόγω οικονομικών προβλημάτων δεν δύναται να τους παρέχεται από την οικογένεια τους. Τα Κέντρα λειτουργούν σε καθημερινή βάση σε παιδιά με χαμηλό εισόδημα. Με αυτόν τον τρόπο οι γονείς έχουν ελεύθερο χρόνο αποκτώντας την δυνατότητα να αναζητήσουν εργασία ή ακόμη να βελτιώσουν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες.

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί πως στα Παιδικά Χωριά SOS πραγματοποιούνται Κοινωνικές Παρεμβάσεις στην τοπική κοινωνία. Οι παρεμβάσεις αυτές αποσκοπούν στην εκπαίδευση, στην ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού, καθώς και όσους δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για θέματα παιδικής προστασίας και οικογένειας, όπως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί και οι ψυχολόγοι.

3.4.5. Κιβωτός του Κόσμου

Ο Σύλλογος «Κιβωτός του Κόσμου» είναι Εθελοντικός μη Κερδοσκοπικός Οργανισμός Ειδικής Μέριμνας και Προστασίας Μητέρας και Παιδιού. Σκοπός της οργάνωσης είναι η φροντίδα των παιδιών που βιώνουν δύσκολες συνθήκες όπως την παραμέληση, την εγκατάλειψη ή παιδιών που δεν έχουν κανέναν στον κόσμο. Η Κιβωτός του Κόσμου σε συνεργασία με Εισαγγελίες Ανηλίκων, φορείς προστασίας και υπηρεσίες που δραστηριοποιούνται για τα δικαιώματα απροστάτευτων παιδιών, αναλαμβάνει το μέγιστο τους στα τέσσερα μέχρι στιγμής σπίτια ως ότου ενηλικιωθούν. Τα παιδιά εκεί μεγαλώνουν με παιδαγωγούς και φροντιστές για τις καθημερινές τους ανάγκες και δέχονται αγάπη και φροντίδα αποκτώντας μια νέα οικογένεια χωρίς να θυμίζει ιδρυματικού τύπου φροντίδα.

Επιπροσθέτως, βασικός στόχος της Κιβωτού του Κόσμου είναι όταν υπάρχουν οι γονείς, οι οποίοι ενδιαφέρονται για το παιδί τους και είναι κατάλληλοι να το μεγαλώσουν με τα σωστά εφόδια, να μην γίνεται απομάκρυνση από την οικογένεια. Ακόμα και όταν η οικογένεια αντιμετωπίζει σοβαρά και κοινωνικά προβλήματα. Στην περίπτωση αυτή εφόσον η οικογένεια απευθυνθεί στις υπηρεσίες θα εκλάβει την απαραίτητη στήριξη σε θέματα βασικών αγαθών όπως, η τροφή, ο ρουχισμός, η ιατρική περίθαλψη και γενικότερα τα είδη πρώτης ανάγκης που χρειάζεται μια οικογένεια για να μπορέσει να ζήσει με αξιοπρέπεια. Παράλληλα, οι οικογένειες έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν σε υπηρεσίες συμβουλευτικής, σε ομάδες γονέων όπου από ειδικούς γίνεται ενημέρωση για τις οικογενειακές σχέσεις, ενημερώνονται για προγράμματα κατάρτισης στοχεύοντας στην ενδυνάμωση προκειμένου να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις των παιδιών τους.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, πως η Κιβωτός του Κόσμου δημιουργήθηκε το 1998 στην Αθήνα από τον εικοσιεξάχρονο ιερέα Αντώνιο Παπανικολάου. Κίνητρο του ήταν η αγάπη του για τα παιδιά που χρειάζονταν προστασία και υποστήριξη. Επιθυμούσε να δημιουργήσει έναν οργανισμό που να προσφέρει αγάπη και φροντίδα στα απροστάτευτα παιδιά, αλλά και στις οικογένειές τους, όταν χρειάζονται βοήθεια. Έτσι, με αγώνα και πολύ κόπο του ίδιου αλλά και της συζύγου του, δημιουργήθηκε η Κιβωτός του Κόσμου, χωρίς να λάβει καμία κρατική επιχορήγηση. Βέβαια, υπήρξε βοήθεια από τους εθελοντές που θέλησαν να στηρίξουν και να βοηθήσουν το έργο του. Μερικές από τις δράσεις της Κιβωτού του Κόσμου είναι οι εξής:

- Η καθημερινή σίτιση 500 παιδιών καθώς και η κάλυψη βασικών αναγκών αυτών αλλά και της οικογένειάς τους.
- Το κοινωνικό παντοπωλείο, το οποίο λειτουργεί από το 2011 και παρέχει για έξι μήνες μεγάλες ποσότητες τροφίμων σε 150 οικογένειες. Στόχος του προγράμματος είναι η κάλυψη βασικών αγαθών σε ανθρώπους που δεν μπορούν να καλύψουν μόνοι τους λόγω οικονομικών προβλημάτων, κοινωνικών ή λόγων υγείας, καθώς και σε άτομα τρίτης ηλικίας.
- Το πρόγραμμα «Στέγη για τη Μητέρα και το Παιδί». Με την δημιουργία του προγράμματος άστεγες μητέρες και μονογονεϊκές οικογένειες βρήκαν ένα καταφύγιο για εκείνες και τα παιδιά τους. Εναλλακτικά τους παρέχεται οικονομική βοήθεια προκειμένου να πληρώσουν το ενοίκιο τους και να διατηρήσουν το σπίτι τους. Στόχος του προγράμματος είναι να βοηθήσει την μητέρα, η οποία μεγαλώνει μόνη της ένα παιδί, ώστε να μην το εγκαταλείψει μέχρι την στιγμή που θα ενδυναμωθεί και θα μπορεί και η ίδια να του παρέχει βασικά αγαθά και να το μεγαλώσει με αξιοπρέπεια.
- Τα Σπίτια Φιλοξενίας Παιδιών, που δημιουργήθηκαν στοχεύοντας στην προστασία και αγάπη παιδιών που είναι μόνα τους χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον και για παιδιά, τα οποία έχουν κακοποιηθεί από την οικογένειά τους. Τα παιδιά έπειτα από εισαγγελική έρευνα, που αποδεικνύει ότι το οικογενειακό περιβάλλον κλήθηκε ακατάλληλο ή είναι ανύπαρκτο, οδηγούνται στα σπίτια φιλοξενίας. Τα σπίτια είναι στελεχωμένα από Κοινωνικούς Λειτουργούς, παιδοψυχολόγους, παιδαγωγούς, λογοθεραπευτές και γενικότερα πρόσωπα φροντίδας για τα παιδιά. Τα σπίτια αυτά βρίσκονται στην Αθήνα, στον Πειραιά, στην Πωγωνιανή και Κόνιτσα Ηπείρου, στη νήσο Χίο και στο Βόλο, όπου φιλοξενούνται 200 παιδιά συνολικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

4.1 Πρωτοβάθμια Πρόληψη

Η συμβολή των κοινωνικών λειτουργών στην πρόληψη της παιδικής κακοποίησης, ειδικά με την αντιπροσώπευση της συμβολής στην πρόληψη του συνδρόμου Munchausen χωρίζεται σε τρεις τύπους: πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή.

Επειδή η ακριβής αιτία του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου είναι άγνωστη και οι περιπτώσεις του σπάνιες, δεν υπάρχει επί του παρόντος γνωστός τρόπος για να αποφευχθεί αυτή η ψυχική διαταραχή. Παρ' όλα αυτά οι κοινωνικοί λειτουργοί προσπαθούν να δημιουργούν εκδηλώσεις με σκοπό την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των πολιτών για αυτό το σύνδρομο. Επιπλέον, επιχειρούν να εφαρμόσουν δράσεις και σχέδια που στοχεύουν στη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων πριν εμφανιστούν τα πρώτα σημάδια. Απευθύνονται κυρίως σε ιδρύματα, το κοινό και τα ίδια τα παιδιά. (McCoy, 2014.) Αξίζει φυσικά να σημειωθεί πως γίνονται ενημερώσεις και εφαρμόζονται προγράμματα στήριξης και ενδυνάμωσης σε σχολεία, έτσι ώστε οι μαθητές να έχουν γνώση πάνω στα ανθρώπινα δικαιώματά τους καθώς και στους φορείς που μπορούν να απευθυνθούν αν υποπτευθούν πως δέχονται κακοποίηση μέσω του συνδρόμου Μινχάουζεν. Η ενημέρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού ενισχύει την αυτοπροστασία τους (Μπαλούρδος & Φρονίμου, 2011).

4.2 Δευτερογενής Πρόληψη

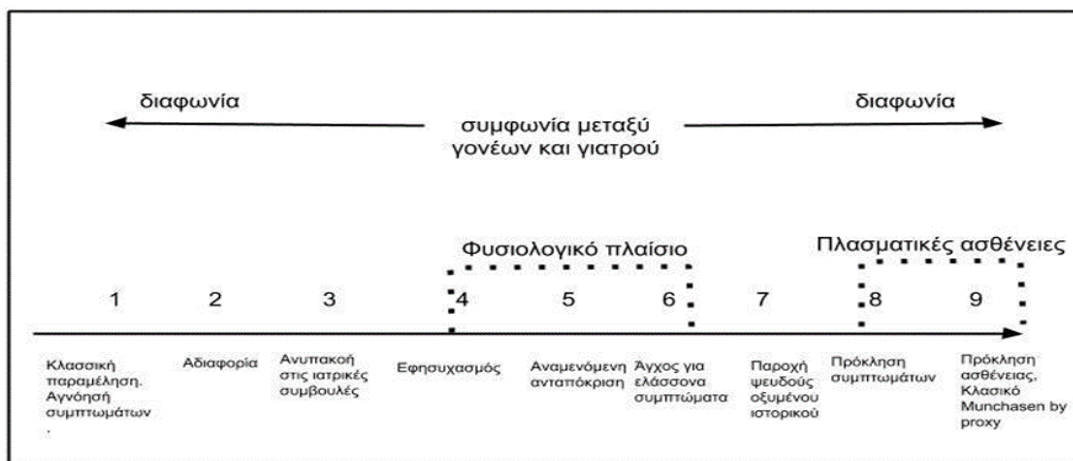
Η διάγνωση του συνδρόμου είναι μία δύσκολη διαδικασία καθώς η διεκπεραίωση της εξαρτάται και επηρεάζεται από πλήθος μεταβλητών και παραγόντων. Καθοριστικής σημασίας κρίνεται το πρόσωπο που θα διεξάγει έρευνα και θα κάνει τη διάγνωση του συνδρόμου. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να πραγματοποιηθεί από ψυχιάτρους ή ψυχολόγους. Καθώς όμως η Παραποίηση Παιδιατρικής Πάθησης (Pediatric Condition Falsification) αποτελεί παιδιατρική και όχι ψυχιατρική διάγνωση, η ευθύνη διεκπεραίωσης της εναπόκειται στον παιδίατρο.

Ούτε οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ούτε οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας, ούτε οι νομικές αρχές μπορούν με βεβαιότητα να αποκλείσουν ή να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση (Rosenberg, 1997). Ο παιδίατρος είναι το κατάλληλο πρόσωπο για να ανακαλύψει και να

πραγματοποιήσει τη διάγνωση του συνδρόμου επειδή γνωρίζει πολύ καλά την οικογένεια, βρίσκεται δίπλα στο παιδί αντιμετωπίζοντας την ασθένεια του και έχει αναπτύξει μία στενή σχέση με την μητέρα. Μέσω αυτής της στενής επαφής και επικοινωνίας δύναται να υποψιαστεί και να ερευνήσει σημάδια και κινδύνους που θα ανακύψουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού και της θεραπείας των συμπτωμάτων του.

Σύμφωνα με κλινικά ευρήματα και τις διατυπώσεις κλινικών ιατρών και δικαστών η δυσκολία του συνδρόμου έγκειται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα εμφανίζονται πιο συχνά στο παιδί-θύμα παρά στον ίδιο τον δράστη. Το αυξημένο ενδιαφέρον και η ευσυνειδησία που χαρακτηρίζουν τους γονείς στη σημερινή εποχή σχετικά με τη σωματική υγεία και ιατρική κατάσταση των παιδιών τους μπορούν να υπερκαλύψουν τη συμπεριφορά πασχόντων γονέων/φροντιστών.

Καθώς το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου δεν θεωρείται επίσημη και αυτόνομη κατηγορία κακοποίησης στο Ποινικό Δίκαιο, αλλά ένα αμφισβητούμενο σύνδρομο, δίνεται έμφαση στα ευρήματα και στην απόδειξη της παραμέλησης ή παιδικής κακοποίησης. Μία ακόμα παράμετρος που δυσχεραίνει τη διάγνωση και θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι το παιδί-θύμα σπάνια θα καταθέσει ότι ο γονέας/φροντιστής είναι το πρόσωπο που του έχει προκαλέσει τα συμπτώματα ή που έχει παραποιήσει τα ιατρικά στοιχεία.



Διάγραμμα: Στάθμιση της γονεϊκής επιθυμίας για παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο παιδί τους

(Eminson & Postlethwaite 1992)

Οι επαγγελματίες υγείας είναι τα πρόσωπα που οι γονείς προσπαθούν να εξαπατήσουν και που συμβάλλουν στην εξέλιξη και θεραπεία αυτών των περιστατικών. Η οργάνωση και συνεργασία όλης της διεπιστημονικής ομάδας (γιατρών, κοινωνικών λειτουργών,

ψυχολόγων, ψυχιάτρων, νοσηλευτών, νομικών) είναι πολύ σημαντική γιατί κατά την εμπλοκή τους με το περιστατικό μπορεί να παρατηρήσουν κάποια συμπεριφορά ή κάποιο γεγονός που να ενοχοποιεί τον γονέα και να αποδεικνύει τη παρουσία του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου (Abeln, B. & Love, R. 2018).

Είναι πολύ σημαντικό επομένως τα μέλη της να είναι επαρκώς καταρτισμένα σχετικά με τη φύση της νόσου, τις ιδιαίτερες μορφές εκδήλωσης της κακοποιητικής συμπεριφοράς, τα κλινικά σημεία που εγείρουν υποψία και τους τρόπους προστασίας του παιδιού. Κρίνεται επικίνδυνο οι επαγγελματίες υγείας να συσκέπτονται, να παίρνουν αποφάσεις και να χαράζουν στρατηγικές όταν δεν υπάρχει κάποιο θεωρητικό υπόβαθρο σχετικά με το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου. Προκειμένου να αντιληφθούν έγκυρα τη παρουσία του συνδρόμου θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις εξής κύριες ενδείξεις:

- Το ιστορικό της υποτιθέμενης ασθένειας βασίζεται στις πληροφορίες που παραθέτει ο γονέας, το οποίο όμως είναι μη συμβατό με το νόσημα του παιδιού καθώς και με τα κλινικά ευρήματα.

- Ο γονέας συμπεριφέρεται με τρόπο που εγείρει υποψίες, παρουσιάζεται εξαιρετικά ψύχραιμος και ανησυχεί ελάχιστα για τα συμπτώματα και τη νόσο του παιδιού

- Ο γονέας δεν θα ικανοποιηθεί από τις καθησυχαστικές διαβεβαιώσεις των επαγγελματιών υγείας ότι το παιδί του δεν πάσχει από κάποια ασθένεια, θα υποτιμήσει τη γνωμάτευση τους και θα ζητήσει να υποβληθεί σε περαιτέρω επίπονες ιατρικές εξετάσεις.

- Ο γονέας έχει δημιουργήσει ασυνήθιστα στενή σχέση με το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου το οποίο και επαινεί σε υπερβολικό βαθμό.

- Τα κύρια συμπτώματα του παιδιού εκδηλώνονται και επανέρχονται όταν είναι παρών ο γονέας-δράστης και υποχωρούν όταν εισέρχεται στο νοσοκομείο και αποχωρίζεται από εκείνον (αν και ο φροντιστής μπορεί να συνεχίσει την πρόκληση συμπτωμάτων και κατά την παραμονή στο νοσοκομείο).

- Ο γονέας έχει πολλές ιατρικές γνώσεις, χρησιμοποιεί ιατρική ορολογία και έχει προηγούμενη εμπειρία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή ιστορικό της ίδιας ασθένειας με το παιδί.

- Ο γονέας αρνείται να αφήσει το παιδί μόνο του στον θάλαμο νοσηλείας, βρίσκεται συνεχώς δίπλα του αναλαμβάνοντας εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα του. Στις ελάχιστες

περιπτώσεις που θα αποχωριστεί με το παιδί θα προσπαθήσει να αναπτύξει στενές σχέσεις με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

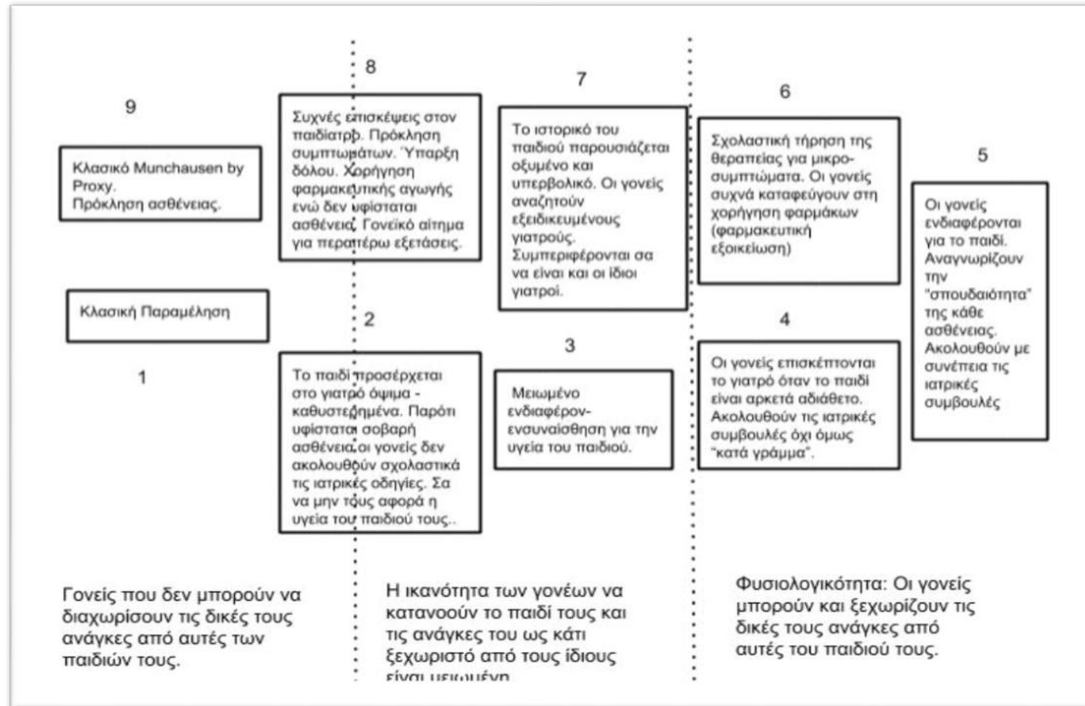
Κάποιες φορές επαγγελματίες υγείας επιπλήττονται από συναδέλφους τους ότι οι θύτες διέφυγαν της προσοχής τους και ότι αγνόησαν προφανείς ενδείξεις διάγνωσης της διαταραχής. Οι αιτίες που δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία στα εν λόγω περιστατικά και τα ποσοστά των θυτών που εμπλέκονται στην ιατρική εξαπάτηση δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα είναι ποικίλες, για παράδειγμα:

- Επαγγελματίες ιατροί και ψυχολόγοι λαμβάνουν ελάχιστη εκπαίδευση σχετικά με τη θεραπεία της ιατρικής εξαπάτησης και σπάνια εντοπίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια.
- Όταν επαγγελματίες εντοπίζουν ανθρώπους με Προσποιητή Διαταραχή ή Προσποιητή Διαταραχή δι' Αντιπροσώπου σπάνια γνωρίζουν πως να παρέμβουν, επιτρέποντας έτσι στα θύματα ή στους θύτες να προχωρήσουν σε άλλους γιατρούς και ιατρικές δομές.
- Όταν οι επαγγελματίες υγείας ανιχνεύουν την πλαστή ασθένεια, κάποιες φορές σκόπιμα αποφεύγουν να δώσουν μία ακριβή διάγνωση. Γνωρίζουν ότι στους ασθενείς δεν αρέσουν οι ταμπέλες και η αντιμετώπιση είναι εξαιρετικά δύσκολη και αγχωτική για όσους εμπλέκονται στην υπόθεση. Ακόμη και όταν υπάρχουν αδιάσειστες αποδείξεις, οι επαγγελματίες ίσως φοβούνται ότι οι ασθενείς θα τους μηνύουν για αντιεπαγγελματική συμπεριφορά, συκοφαντία ή θα τους δυσφημήσουν για να τους αποσπάσουν την προσοχή από το σχέδιο της αρρώστιας.
- Σχεδόν όλοι οι δράστες με τη διάγνωση της Προσποιητής Διαταραχής αποφεύγουν να αποκαλύπτονται εξαιτίας του φόβου για κοινωνικό στίγμα και/ή νομικά αντίποινα.
- Καμία κυβερνητική οργάνωση ή οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης δεν διαδίδει πληροφορίες σχετικά με τη Προσποιητή Διαταραχή, το Σύνδρομο Munchausen, το Σύνδρομο Munchausen δι' Αντιπροσώπου ή την προσποίηση. (Feldman, M.D., 2013).

Ο Meadow πρότεινε τέσσερα κριτήρια με βάση τα οποία μπορεί να γίνει η διάγνωση του συνδρόμου MSBP (Meadow, R. 2002):

1. Η ασθένεια να είναι κατασκευασμένη (ψευδή ή προκαλούμενη) από τον γονέα ή από κάποιον κηδεμόνα.
2. Το παιδί να προσέρχεται επανειλημμένα στους γιατρούς για ιατρική εκτίμηση και θεραπεία.
3. Η αρρώστια υποχωρεί όταν το παιδί αποχωρίζεται τον γονέα-δράστη.

4. Ο γονέας να θεωρείται ότι ενεργεί από ανάγκη να αναλάβει τον άρρωστο ρόλο δι αντιπροσώπου ή ως άλλη μορφή συμπεριφοράς που αναζητά προσοχή.



Διάγραμμα: Στάθμιση της ικανότητας των γονέων να κατανοούν το παιδί τους ως ξεχωριστό πρόσωπο με ξεχωριστές ανάγκες (ενσυναίσθηση) (Eminson & Postlethwaite 1992)

Για να ξεκινήσει η διαδικασία της διάγνωσης του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου θα πρέπει αρχικά να υπάρχει κάποια υποψία εκ μέρους του προσωπικού του νοσοκομείου. Η διάγνωση της ασθένειας βασίζεται στην περιγραφή των συμπτωμάτων από τον γονέα-δράστη. Όταν όμως η περιγραφή αυτή δεν συγκλίνει με τα κλινικά ευρήματα και εγείρει υποψίες για ιατρική κακοποίηση είναι καθήκον του παιδίατρο να συλλέξει αποδεικτικά στοιχεία που να απορρίπτουν ή να επιβεβαιώνουν τις υποψίες αυτές. Οι ιατροί βέβαια πολλές φορές δυσκολεύονται να πιστέψουν ότι το παιδί υφίσταται τέτοιας μορφής κακοποίηση από τον ίδιο τον γονέα καθώς και ότι οι ίδιοι χρησιμοποιήθηκαν και εξαπατήθηκαν προκειμένου να συγκεντρώσει ο δράστης επιπλέον προσοχή στο πρόσωπο του. Θα πρέπει όμως να εστιάσουν στα ακριβή γεγονότα και να ερευνήσουν την υπόθεση.

Το πρώτο βήμα αφορά τη σύνδεση του περίπλοκου τρόπου με τον οποίο παρουσιάζεται το παιδί και τα συμπτώματα που εμφανίζει με τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του

γονέα/φροντιστή. Ο παιδίατρος πρέπει να θέσει στον εαυτό του μία σειρά ερωτήσεων και να τις απαντήσει ο ίδιος:

1. Πόση συμφωνία υπάρχει μεταξύ της κλινικής του αξιολόγησης για την ιατρική κατάσταση του παιδιού και της περιγραφής της κατάστασης από τη μητέρα;
2. Υπάρχουν αντικειμενικά τεκμήρια (θετικά αποτελέσματα εξετάσεων) ότι το παιδί έχει ιατρική ασθένεια;
3. Έχει συμπεριφερθεί στο παιδί σύμφωνα με τις κλινικές του εκτιμήσεις ή με τις απαιτήσεις του γονέα;
4. Έχει παρατηρήσει εκείνος ή κάποιο άλλο μέλος του ιατρικού προσωπικού τα συμπτώματα του παιδιού από τη στιγμή της εμφάνισής τους;
5. Η μητέρα φαίνεται να ευημερεί αλληλοεπιδρώντας με το ιατρικό προσωπικό και καθοδηγώντας τους γονείς των υπόλοιπων άρρωστων παιδιών;
6. Έχουν επιβεβαιωθεί τα συμπτώματα των παιδιών από τα μέλη της οικογένειας όταν εκείνοι ερωτώνται κατά την απουσία της μητέρας;
7. Το παιδί δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε αρκετές ιατρικές θεραπείες;
8. Η μητέρα αρνείται σθεναρά να αποδεχτεί τις διαβεβαιώσεις ότι η αρρώστια του παιδιού της δεν είναι σοβαρή; (Siegel, P.T. & Fischer, H. 2001)

Αν η απάντηση στις περισσότερες από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι θετική, τότε ο παιδίατρος έχει την πρώτη ένδειξη ύπαρξης Παραποίησης Παιδιατρικής Πάθησης (Siegel, P.T. & Fischer, H. 2001).

Το δεύτερο βήμα αφορά τη λεπτομερή επανεξέταση τόσο του οικογενειακού όσο και του ατομικού ιστορικού προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια ανεξήγητη νόσος ή θάνατος στο οικογενειακό περιβάλλον. Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την εύρεση των παλαιότερων ιατρικών φακέλων του παιδιού καθώς και την επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας στους οποίους είχε απευθυνθεί η μητέρα/δράστης στο παρελθόν. Το ιατρικό ιστορικό νοσημάτων του παιδιού θα πρέπει να συζητηθεί μεταξύ των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στόχος είναι να διαπιστωθεί αν η ιατρική κατάσταση του παιδιού είναι πραγματική και αν η διάγνωση αυτής πηγάζει από εργαστηριακές εξετάσεις ή από την υποχώρηση των γιατρών στην επιμονή της μητέρας. Σημαντικό είναι να αναζητηθούν μάρτυρες του συγγενικού και ευρύτερου περιβάλλοντος που να τεκμηριώνουν ή να διαψεύδουν τα στοιχεία σχετικά με τα συμπτώματα. Αν οι μαρτυρίες και οι πληροφορίες των προηγούμενων ιατρικών φακέλων του παιδιού φανερώνουν συμπεριφορές παραπλάνησης του ιατρικού προσωπικού, υπερεμπλοκής της μητέρας και υψηλού κινδύνου για τη σωματική και ψυχική ακεραιότητα του παιδιού τότε οι υποψίες

του παιδίατρου αυξάνονται και θα πρέπει να γίνουν άμεσες ενέργειες για την ασφάλεια του ανήλικου παιδιού. Για να παρουσιαστούν όμως αυτά τα στοιχεία στο δικαστήριο θα πρέπει να βασίζονται σε ακλόνητα και αναμφισβήτητα τεκμήρια. Σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη η πιο αποτελεσματική μέθοδος απόδειξης της σχέσης μεταξύ των συμπτωμάτων του παιδιού και της παρουσίας της μητέρας είναι η αξιολόγηση της ιατρικής κατάστασης του παιδιού εν απουσία της μητέρας και της υπόλοιπης οικογένειας (Ayoub & Alexander, 1998; McClure et al., 1996).

Η εν λόγω μέθοδος χωρίζεται στην λιγότερο περιοριστική προσέγγιση, που ονομάζεται *προγραμματισμένη νοσηλεία* και στην περισσότερο περιοριστική που ονομάζεται *διαγνωστικός αποχωρισμός*. Η *προγραμματισμένη νοσηλεία* αφορά τον περιορισμό ή την ελαχιστοποίηση της επίσκεψης και επαφής του γονέα με το παιδί. Η λήψη της απόφασης, για να τεθεί το μέτρο της νοσηλείας σε εφαρμογή, γίνεται από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, τα οποία συντάσσουν μία αναφορά προς τις υπηρεσίες παιδικής προστασίας στην οποία περιγράφουν τη μορφή της κακοποίησης που υφίσταται το παιδί (ιατρική, σωματική, συναισθηματική) και αιτούνται δικαστική εντολή που να ορίζει ότι ο γονέας δεν έχει τη δυνατότητα της συχνης επίσκεψης στο νοσοκομειακό χώρο.

Το καταλληλότερο άτομο για να ενημερώσει την οικογένεια σχετικά με τον σκοπό της νοσηλείας και την ανάγκη απομάκρυνσης του παιδιού από το γονεϊκό περιβάλλον είναι ο κοινωνικός λειτουργός. Κατά το χρονικό διάστημα παραμονής του παιδιού στον νοσοκομειακό χώρο ίσως χρειαστούν κάποιες επιπλέον κλινικοεργαστηριακές εξετάσεις για την επικύρωση των ευρημάτων και των αποδεικτικών στοιχείων. Δεδομένου όμως ότι το παιδί καθ' όλη τη διάρκεια της κακοποίησης έχει υποβληθεί σε πολυάριθμες και επίπονες ιατρικές εξετάσεις με το ιατρικό προσωπικό να γίνεται εν αγνοία του συνεργός του δράστη, κρίνεται υψίστης σημασίας να διακοπούν οι περιττοί έλεγχοι που το αποδυναμώνουν και δεν στοχεύουν στη θεραπεία των πραγματικών συμπτωμάτων. Θα πρέπει να διενεργηθούν μόνο οι απολύτως απαραίτητοι με στόχο να συλλεχθούν δείγματα (αίμα, ούρα, κόπρανα, ενδοφλέβια υγρά, με πιθανή ανάμιξη ουσιών) και να κρατηθούν για λεπτομερή αξιολόγηση και ανάλυση.

Η ανάλυση αυτών των δειγμάτων περιλαμβάνει μέτρηση επιπέδων φαρμάκων, τοξικολογική εξέταση, προσδιορισμό ομάδων αίματος, έλεγχο στα κόπρανα για υπακτικά, ανάλυση αίματος, ούρων, κοπράνων, ενδοφλέβιων υγρών ή γάλακτος για προσθήκη διάφορων ουσιών (Γιαννοπούλου, κ.α, 2010).

Στην όλη διαδικασία μπορεί να φανεί ωφέλιμη και σωτήρια η εικοσιτετράωρη μυστική οπτική παρακολούθηση του δωματίου όπου διαμένει το παιδί. Συγκαταλέγεται μέσα στα

καθήκοντα των νοσηλευτών για υποστήριξη, φροντίδα και προστασία των παιδιών. Μπορεί να αποδείξει τις επιθετικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς του γονέα προς το παιδί (απόπειρα πνιγμού, χορήγηση φαρμάκων ή άλλων ουσιών) και να καθορίσει τη πορεία έκβασης της υπόθεσης. Η μέθοδος της μυστικής οπτικής παρακολούθησης χρησιμοποιείται από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 σε υποθέσεις όπου υπάρχουν υποψίες ύπαρξης του συνδρόμου Munchausen Δι' Αντιπροσώπου (Schreier, H., 2004). Στο Νοσοκομείο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης παιδιών στην Ατλάντα έγινε παρακολούθηση μέσω κλειστού κυκλώματος (video) για ένα διάστημα 5 χρόνων και αποκαλύφθηκε η ύπαρξη κακοποίησης λόγω του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου σε 23 από τα 41 παιδιά που βιντεοσκοπήθηκαν (Thomas, K., 2003). Υπάρχει όμως σύγχυση στην επιστημονική κοινότητα καθώς κάποιοι υποστηρίζουν ότι καταπατάει τα ανθρώπινα δικαιώματα και πως πρέπει να διατηρηθεί το απόρρητο του γονέα, ενώ άλλοι δηλώνουν ότι είναι ηθικά σωστό αφού προέχει η ασφάλεια του παιδιού. Σε περίπτωση που χρησιμοποιηθεί η συγκαλυμμένη οπτική παρακολούθηση θα χρειαστεί να αποκτηθεί δικαστική εντολή για να αποφευχθεί οποιαδήποτε μελλοντική πιθανή νομική διαδικασία εναντίον του νοσοκομείου σχετικά με θέματα απορρήτου και εχεμύθειας (Seibel, M.A. & Parnell, T.F. 1998).

Στον *διαγνωστικό αποχωρισμό* το παιδί απομακρύνεται από το οικογενειακό περιβάλλον και τίθεται προσωρινά υπό την φροντίδα ανάδοχης οικογένειας (πέραν της συγγενικής) έως ότου ολοκληρωθεί η αξιολόγηση της ψυχιατρικής κατάστασης της μητέρας, της σχέσης παιδιού-μητέρας και των συνθηκών που επικρατούν στην οικογένεια. Τη συγκεκριμένη μέθοδο εγκρίνουν όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου το παιδί είναι βρεφικής και νηπιακής ηλικίας και όταν η πρόκληση ή η επινόηση συμπτωμάτων είναι χρόνια και συστηματική. Αν κατά το διάστημα της απομάκρυνσης της μητέρας τα συμπτώματα του παιδιού εξαλειφθούν και η ιατρική του κατάσταση βελτιωθεί σημαντικά ο παιδίατρος έχει τις απαραίτητες αποδείξεις ύπαρξης του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου. Η απομάκρυνση της μητέρα συνήθως οδηγεί σε διακοπή των συμπτωμάτων του παιδιού στο 70% των περιπτώσεων, ενώ αυτά επανεμφανίζονται όταν βρεθεί μόνο του με τον γονέα.

Το τρίτο βήμα αφορά τη διερεύνηση πιθανών κινήτρων του δράστη και τη σύνδεση τους με την ιατρική κατάσταση του παιδιού. Σύμφωνα με τους Siegel & Fischer (2001) σημαντική είναι η συμμετοχή ενός ψυχίατρο και ενός παιδο-ψυχίατρο. Ο ψυχίατρος πραγματοποιεί ατομική ψυχιατρική αξιολόγηση με τη μητέρα εκτιμώντας τη προσωπικότητα της, τη διανοητική της κατάσταση, τις γονεϊκές της ικανότητες και τη σχέση της με το παιδί. Ο παιδοψυχίατρος αναλαμβάνει την αναπτυξιακή αξιολόγηση του

παιδιού και τη διαβεβαίωση της ασφάλειας τόσο του ίδιου όσο και των αδερφών του. Απαιτείται μεγάλη προσοχή καθώς τα μεγαλύτερα αδέρφια διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν ανάλογες συμπεριφορές.

Τα κίνητρα είναι ένας παράγοντας που προκαλεί διχογνωμία σχετικά με το αν πρέπει να συμπεριληφθεί στη διάγνωση. Κάποιοι πιστεύουν ότι η γνώση του κινήτρου είναι σημαντική κατά τη διάρκεια της θεραπείας, της φυλάκισης ή της επανένωσης, όχι όμως τη στιγμή της διερεύνησης της κακοποίησης και της ιατρικής διάγνωσης. Ο ίδιος ο Meadow χαρακτήριζε “αφελή” την ιδέα και την άποψη ότι οι γονείς μπορεί να κακοποιήσουν το παιδί τους υποκινούμενοι από εξωτερικά κίνητρα καθώς αυτά δεν αποτελούν το πρωτογενές όφελος τους (Meadow 2002, p. 504). Παρ’ όλα αυτά η επικρατούσα άποψη συμφωνεί στη χρησιμότητα της διερεύνησης και εξέτασης πιθανών κινήτρων κατά τη στιγμή της διάγνωσης. Σύμφωνα με τον Schreier (2004) η πρόθεση και τα κίνητρα του γονέα-δράστη είναι ουσιώδη στοιχεία καθώς μπορούν να διαφοροποιήσουν τη κακοποίηση του συνδρόμου Munchausen δι’ αντιπροσώπου από άλλες πλαστές ασθένειες και να αποτελέσουν στοιχεία καθοριστικής σημασίας για την προστασία του παιδιού και τη θεραπεία του δράστη.

Η διάγνωση είναι διττή. Ο γονέας που κακοποιεί το παιδί του μέσω πλαστής ασθένειας για να ικανοποιήσει τις ψυχολογικές του ανάγκες λαμβάνει τη διάγνωση της *Προσποιητής Διαταραχής δια Αντιπροσώπου (Factitious Disorder by Proxy)*, ενώ το παιδί που υφίσταται αυτή τη μορφή κακοποίησης είναι θύμα της *Παραποίησης Παιδιατρικής Πάθησης (Pediatric Condition Falsification)* (Ayoub & Alexander, 1998).

Η διεπιστημονική ομάδα συντάσσει μία αξιόπιστη αναφορά όπου επιβεβαιώνει τη διάγνωση του συνδρόμου Munchausen δι’ αντιπροσώπου και δηλώνει ποιος είναι ο δράστης. Θα πρέπει να υπογραφεί από όλα τα μέλη της ομάδας καθώς η ομοφωνία τους αποτελεί πειστικό πειστήριο για το δικαστήριο. Η αναφορά πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα αποδεικτικά έγγραφα που έχουν συλλεχθεί και επιβεβαιώνουν την διάγνωση θα πρέπει να είναι αντικειμενικά ως προς τα γεγονότα που έλαβαν χώρα, ακριβή και να περιλαμβάνουν όλες τις λεπτομέρειες από την παρατήρηση της αλληλεπίδρασης της μητέρας με το παιδί και το ιατρικό προσωπικό. Θα πρέπει να καταγράφονται προσεκτικά τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων και τα συμπτώματα του παιδιού τόσο κατά την παρουσία της μητέρας όσο και κατά την απουσία της.

Το επόμενο στάδιο αφορά τον προγραμματισμό της παρέμβασης, τη μέθοδο αντιμετώπισης της μητέρας και του οικογενειακού περιβάλλοντος και τη θεραπεία του γονέα και του παιδιού.

4.3 Τριτογενής Πρόληψη

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη ενότητα, αφού συλλεχθούν οι αποδείξεις για την κακοποιητική συμπεριφορά του δράστη και γίνει η διάγνωση του συνδρόμου θα πρέπει να παρθούν άμεσα μέτρα για την ολιστική, έγκυρη και αποτελεσματική διαχείριση του περιστατικού, τη προστασία του παιδιού αλλά και των υπόλοιπων ανηλίκων μέσα στην οικογένεια και τη θεραπεία τόσο του θύτη όσο και του θύματος.

Απαραίτητη προϋπόθεση και σε αυτό το στάδιο είναι η οργάνωση και η συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας (γιατρών, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών). Η διατήρηση καλής συνεργασίας και συλλογικής δράσης μεταξύ των μελών είναι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας ενώ η απουσία αυτών ενέχει κίνδυνο να συνεχιστεί η κακοποιητική δράση του γονέα με σοβαρές απώλειες στη σωματική και ψυχική υγεία του παιδιού. Το 2001 οι Siegel and Fischer συνόψισαν τον ρόλο του κάθε επαγγελματία στη διαδικασία διαχείρισης περιστατικών συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου:

- Ο ρόλος του ιατρού είναι να εξακριβώσει την παρουσία παθολογικών συμπεριφορών αναζήτησης ιατρικής φροντίδας/προσοχής που οδήγησαν στην ιατρική κακοποίηση και στην Παραποίηση Παιδιατρικής Πάθησης (Pediatric Condition Falsification).
- Ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είναι να εκτιμήσουν τη σχέση μητέρας-παιδιού, τη ψυχιατρική κατάσταση της μητέρας και την ψυχοκοινωνική λειτουργία της οικογένειας.
- Ο ρόλος της υπηρεσίας παιδικής προστασίας είναι να διαβεβαιώσει την άμεση και μακροπρόθεσμη ασφάλεια του παιδιού.
- Ο ρόλος του Δικαστηρίου Ανηλίκων είναι να προστατέψει το παιδί κάνοντας μία ισχυρή δέσμευση για μακροπρόθεσμη εποπτεία και παρέμβαση την οποία η οικογένεια δεν θα αρνηθεί.

Ο **κοινωνικός λειτουργός**, ένα πρόσωπο άκρως σημαντικό σε όλα τα στάδια διαχείρισης του περιστατικού, αναλαμβάνει να ενημερώσει τις υπηρεσίες παιδικής προστασίας του δήμου στον οποίο κατοικεί η οικογένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η οικογένεια μπορεί να είναι ήδη γνωστή στην τοπική υπηρεσία και στον κοινωνικό

λειτουργό που είχε αναλάβει την υπόθεση. Επιπλέον, έχει την ευθύνη να συγκαλέσει σύσκεψη με όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας προκειμένου να εξεταστούν όλες οι πληροφορίες και τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί. Αποφασίζεται από κοινού το σχέδιο παρέμβασης που θα ακολουθηθεί προκειμένου να προστατέψουν το παιδί και παράλληλα να στηρίξουν τον θύτη. Σε κοινή απόφαση θα πρέπει να καταλήξουν για τον κατάλληλο τρόπο και χρόνο που θα πραγματοποιηθεί η συνέντευξη καθώς και για τον ακριβή ρόλο που θα έχει ο κάθε επαγγελματίας κατά τη διάρκεια της. Όσον αφορά το ποια θα είναι τα πρόσωπα που θα κάνουν την αποκάλυψη και θα αντιμετωπίσουν τον θύτη, υπάρχει σύγκλιση απόψεων μεταξύ της επιστημονικής κοινότητας. Πιο συγκεκριμένα, πρέπει να παρίσταται ο παιδίατρος του παιδιού καθώς έχει εμπλακεί στην υπόθεση, γνωρίζει την οικογένεια, έχει αναπτύξει στενή σχέση με τη μητέρα, γνωρίζει όσα έχουν συμβεί και έχει ανακαλύψει την κακοποίηση και την απάτη. Συμμετέχουν βεβαίως ακόμη ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου, ο ψυχίατρος και μία επιμελήτρια ανηλίκων που έχει οριστεί από την εισαγγελία. Εάν υπάρχει η υποψία φυγής του γονέα επιβάλλεται να είναι εν αναμονή η αρμόδια αστυνομική αρχή η οποία ειδοποιείται από τις υπηρεσίες παιδικής προστασίας.

Η αποτελεσματικότερη λύση για την τωρινή αλλά και μελλοντική ασφαλή διαβίωση του ανήλικου παιδιού, καθώς και των υπόλοιπων ανήλικων ή ακόμα και αγέννητων παιδιών στην οικογένεια, είναι η άμεση απομάκρυνση από τον θύτη. Οι ηπιότερες προσεγγίσεις δεν κρίνονται λειτουργικές και ενέχουν κίνδυνο για τη σωματική ή/και ψυχολογική του υπόσταση. Παρ' όλα αυτά η απομάκρυνση του θύματος από τον θύτη είναι ένα ζήτημα που χρήζει λεπτού χειρισμού και προσεκτικής εξέτασης. Αρκετές φορές, λανθασμένα, σημείο εστίασης γίνεται η απομάκρυνση και όχι το ίδιο το γεγονός της κακοποίησης. Για παράδειγμα, το παιδί είναι πιθανό να αναπτύξει συναισθήματα ενοχής και να θεωρήσει τον εαυτό του υπαίτιο για αυτή την έκβαση, γι' αυτό το λόγο θα πρέπει να αποφασιστεί πολύ προσεκτικά ο τρόπος προσέγγισης του, η εξήγηση που θα του δοθεί για την απομάκρυνση του από τον γονέα και η μέθοδος υποστήριξης του. Ακόμη, σε περιπτώσεις όπου ο δράστης ενημερώθηκε για την επικείμενη απομάκρυνση ή συνέχισε να διατηρεί επικοινωνία και επαφή με το παιδί, μετά την απομάκρυνση του, η κατάληξη για την/τον ανήλικη/ο ήταν τραγική. Τέλος, έχουν σημειωθεί περιπτώσεις όπου ο δράστης προέβη σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές όταν απομακρύνθηκε από το παιδί και τον νοσοκομειακό χώρο γιατί ένιωσε ότι χάνει τον έλεγχο. Η απόφαση σχετικά με την απομάκρυνση του θύματος από τον θύτη πρέπει να παρθεί από την διεπιστημονική ομάδα και να εγκριθεί από το τμήμα κοινωνικής υπηρεσίας (Adshead, G., & Brooke, D., 2001).

Για να πραγματοποιηθεί το μέτρο της απομάκρυνσης του παιδιού από τον γονέα είναι αναγκαία σε αυτό το σημείο η άμεση αποκάλυψη του συνδρόμου στον δράστη και στο οικογενειακό περιβάλλον. Αποτελεί σημαντικό βήμα για τη προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού και χρήζει εξίσου λεπτού χειρισμού. Ο σκοπός της αποκάλυψης της απάτης δεν είναι η άμεση επίθεση στην μητέρα, η απόδοση ευθυνών για τις πράξεις της και ο στιγματισμός της καθώς συνέπεια αυτής της συμπεριφοράς θα είναι η μη συνεργασία εκ μέρους της, η άρνηση τέλεσης οποιασδήποτε πράξης και η φυγή της. Σκοπός είναι να καταλάβει η μητέρα ότι η απάτη έχει αποκαλυφθεί και ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι δίπλα τους για να βοηθήσουν την ίδια και το παιδί. Ο Feldman στο βιβλίο του αναφέρει τρεις μεθόδους πραγματοποίησης της αποκάλυψης των υποψιών και της διάγνωσης της διαταραχής.

Η προσέγγιση μπορεί να είναι **σκληρή** και **άμεση, ήπια** και **πειστική** ή τόσο **διακριτική** που ο έλεγχος που ο ασθενής θεωρεί ότι έχει δεν απειλείται ποτέ. Ιδανικά, μία θεραπευτική ομάδα θα είναι ικανή να αποφασίσει με όλα τα μέλη της ποια μέθοδος είναι πιθανόν να επιτύχει τα καλύτερα αποτελέσματα, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες επικινδυνότητας όπως τη φυγή του ασθενή και τη κλιμάκωση συμπεριφορών. Στην πραγματικότητα όμως η απόφαση συχνά αντανακλά τις πεποιθήσεις και τις στάσεις των ιατρών προς τους ασθενείς της πλασματικής διαταραχής (Feldman, M.D., 2013).

Η αποδοχή της **σκληρής προσέγγισης** συνεπάγεται με γνωστοποίηση στο θύτη αλλά και στο οικογενειακό περιβάλλον της ύπαρξης του συνδρόμου και πιθανόν την παρουσίαση των αποδεικτικών στοιχείων που έχουν συλλεχθεί. Ο λόγος του παιδίατρου κατά τη διάρκεια της αποκάλυψης χαρακτηρίζεται από σκόπιμη δηκτική διάθεση.

Ο ενστερνισμός της **υποστηρικτικής μεθόδου** σχετίζεται με την θεραπευτική αντιμετώπιση του δράστη, με μία σκληρή μεν μη καταδικαστέα δε στάση από τον παιδίατρο και τον ψυχίατρο. Ο παιδίατρος προσπαθεί να επαναδιαπραγματευτεί την σχέση που έχει δημιουργηθεί με τον δράστη και να του καταστήσει σαφές ότι σκοπός της θεραπείας δεν είναι ο εξευτελισμός ή η απαλλαγή από εκείνον, αλλά η αντιμετώπιση των συναισθηματικών προβλημάτων που τον ταλαιπωρούν. Ο ψυχίατρος προσφέρει ψυχιατρική θεραπεία και εκτίμηση στους ασθενείς καθώς και εκπαίδευση στους επαγγελματίες υγείας για καλύτερη κατανόηση της φύσης της διαταραχής και της ύπαρξης ψυχοπαθολογίας στους δράστες.

Τέλος, στη **διακριτική μέθοδο** γίνεται πάλι προσπάθεια να αποφευχθεί οποιαδήποτε έκθεση ή ταπείνωση του δράστη. Συγκεκριμένα δίνεται στο θύτη εμμέσως το μήνυμα ότι οι γιατροί γνωρίζουν για την κακοποιητική του δράση και την εξαπάτηση στο πρόσωπο

τους αλλά του δίνουν τη δυνατότητα να σταματήσει ο ίδιος τη πλαστή συμπεριφορά χωρίς να λάβει χώρα οποιαδήποτε αντιπαράθεση μαζί του (Feldman, M.D., 2013). Χρησιμοποιείται ιδιαίτερα σε πιο ήπιες μορφές του συνδρόμου, όπου δεν απαιτείται η εμπλοκή της δικαστικής αρχής, προκειμένου να εξασφαλιστεί η συνεργασία του δράστη και να αποφευχθεί οποιαδήποτε επιθετική συμπεριφορά ή φυγή του. Η αποκάλυψη θα πρέπει να γίνει σε ειδικό χώρο του νοσοκομείου και χωρίς την παρουσία του παιδιού καθώς και άλλων ασθενών, προστατεύοντας έτσι την ιδιωτικότητα της μητέρας. Τη στιγμή της απομάκρυνσης της από το δωμάτιο του παιδιού, για την αποκάλυψη των στοιχείων, θα πρέπει να της ζητηθεί να αφήσει τα προσωπικά της αντικείμενα πίσω. Αποδεικτικά στοιχεία του εγκλήματος μπορεί να υπάρχουν είτε σε αντικείμενα που μετέφερε μαζί της είτε σε άλλα αντικείμενα που διατηρούσε στον χώρο. Τέτοια στοιχεία είναι σύριγγες, σωλήνες, ενδοφλέβια υλικά, συνταγογραφημένα ή και μη φάρμακα (καθαρτικό κ.α.) αλάτι και καυστικές για το δέρμα ουσίες (Day D.O., & Parnell T.F., 1997). Αυτά θα πρέπει να διερευνηθούν από αστυνομικό αφού έχει εξασφαλιστεί ένταλμα έρευνας και εντολή κατάσχεσης.

Όσον αφορά την παρουσία άλλων μελών και συγγενών του δράστη οι απόψεις δίστανται. Η άποψη των Herbert & Libow (1995) είναι ότι η παρουσία συγγενικών προσώπων στη διαδικασία αποκάλυψης συμβάλλει στη δημιουργία ενός συναισθηματικά υποστηρικτικού πλαισίου βοηθώντας έτσι το δράστη να κατανοήσει τις πράξεις του και να αποδεχθεί τη θεραπεία. Σύμφωνα με τους Day & Parnell (1997) η αποκάλυψη της κακοποίησης και της απάτης στην οικογένεια θα πρέπει να γίνει ξεχωριστά και να πραγματοποιηθεί από διαφορετικό επαγγελματία. Συγκεκριμένα, ένας νομικός θα πρέπει να αντιμετωπίσει την μητέρα ενώ ο παιδίατρος να ενημερώσει τον σύζυγο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ο Thomas K. (2003) υποστήριξε ότι στην αποκάλυψη μαζί με την μητέρα πρέπει να είναι παρόντες ο σύζυγος και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή εμπλοκή είτε του ίδιου του συζύγου είτε κάποιου άλλου μέλους. Ο Γκούβερης Π. (2011) ισχυρίζεται ότι όταν η αποκάλυψη γίνεται κατ' ιδίαν στον δράστη υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες εκείνος να αποδεχθεί τις πράξεις του. Σε κάποιες περιπτώσεις η μητέρα θα αποδεχθεί τη διάγνωση της *Προσποιητής Διαταραχής δια Αντιπροσώπου* και τις αποδείξεις της κακοποιητικής της δράσης που θα της παρουσιαστούν. Το πιο σύνηθες όμως είναι, ακόμα και όταν παρουσιάζονται αδιάσειστα στοιχεία που φανερώνουν την ενοχή της, η μητέρα να αρνείται οποιαδήποτε ανάμειξη της στη κακοποίηση του παιδιού της.

Το πιο σημαντικό ζήτημα που αναδύεται αυτή τη στιγμή αφορά το ποιο πρόσωπο θα αναλάβει την προσωρινή επιμέλεια του παιδιού, στις περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο και των υπόλοιπων ανήλικων παιδιών της οικογένειας, για να εξασφαλιστεί η τωρινή και μελλοντική του ασφάλεια. Θα πρέπει να ληφθεί απόφαση για το αν η επιμέλεια θα παραμείνει στη μητέρα, αν θα τεθεί σε κάποιο άλλος μέλος της οικογένειας, αν θα τεθεί σε κάποια άλλη οικογένεια πέραν της συγγενικής ή τέλος αν θα αναλάβουν το παιδί οι υπηρεσίες παιδικής προστασίας. Κρίνεται καλύτερη επιλογή την επιμέλεια να την αναλάβει μία οικογένεια που δεν συνδέεται με τη βιολογική οικογένεια του παιδιού, καθώς οι συγγενείς τείνουν να μη πιστεύουν τη διάγνωση και να επιτρέπουν την επαφή του γονέα με το παιδί. Ο κοινωνικός λειτουργός του νοσοκομείου ή οι υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας ξεκινούν την έρευνα για την ανεύρεση του κατάλληλου προσώπου, όμως το ζήτημα θα πρέπει να συζητηθεί με όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και δεν πρέπει να παρθεί καμία απόφαση μέχρι να είναι ξεκάθαρο το αποτέλεσμα της διαδικασίας της αποκάλυψης του συνδρόμου.

Καθώς οι υποθέσεις του συνδρόμου Munchausen Δι' Αντιπροσώπου ταυτοποιούνται, είναι επιτακτική ανάγκη οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αναπτύξουν ένα θεραπευτικό πλαίσιο για να θεραπεύσουν το τραύμα που έχουν βιώσει αυτά τα παιδιά, ελαχιστοποιώντας την αναπτυξιακή βλάβη και επεμβαίνοντας στον διαγενεακό κύκλο κακοποίησης (Feldman, M.D., 2013). Στις περιπτώσεις όπου το κακοποιημένο παιδί δεν λαμβάνει καμία μορφή θεραπείας είναι πολύ πιθανό να συνεχιστεί η κακοποίηση που υφίσταντο, να αντιμετωπίσει προβλήματα συμπεριφοράς και προβλήματα ένταξης στο εκπαιδευτικό περιβάλλον. Εξαιτίας της χρόνιας ιατρικής του κατάστασης, των επαναλαμβανόμενων νοσηλείων και της απουσίας από το σχολικό περιβάλλον είναι πολύ πιθανό το παιδί να παρουσιάζει αναπτυξιακή καθυστέρηση. Το πρώτο βήμα πριν ξεκινήσει η θεραπεία του παιδιού είναι η ψυχολογική και αναπτυξιακή του αξιολόγηση, ο θεραπευτής δηλαδή πρέπει να ερευνήσει τις διανοητικές, επικοινωνιακές και κινητικές δεξιότητες του παιδιού.

Ο θεραπευτής που θα αναλάβει τη θεραπεία θα πρέπει να έχει γνώσεις και προηγούμενη εμπειρία της πρώιμης αναπτυξιακής περιόδου και της παιγνιοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία κρίνεται κατάλληλη όταν το παιδί είναι μεγαλύτερο καθώς είναι σε ηλικία που μπορεί να συζητήσει αντικειμενικά σχετικά με τα στοιχεία και τα γεγονότα που έλαβαν χώρα, όπως τα ιατρικά αρχεία, τις επανειλημμένες νοσηλείες ή τις αποδείξεις που συνδέουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του με τη παρουσία της μητέρας. Μπορεί να το βοηθήσει να

αναγνωρίσει και να αντιμετωπίσει την άρνηση του να αποδεχτεί την αλήθεια σχετικά με το πρόσωπο που οφείλονταν για την ιατρική του κατάσταση και να αλλάξει τις λανθασμένες αντιλήψεις του.

Όταν το παιδί είναι μικρότερο και λόγω του νεαρού της ηλικίας του δεν είναι εφικτό να συμμετάσχει στην εξέταση των γεγονότων, ενδείκνυται η θεραπεία να έχει τη μορφή παιγνιοθεραπείας και διήγησης ιστοριών. Μέσω της παιγνιοθεραπείας το παιδί μπορεί να ασχοληθεί με την αντιμετώπιση προβλημάτων όπως τις αυτοκαταστροφικές τάσεις, τη θυματοποίηση του και τη προδοσία της εμπιστοσύνης του από την μητέρα του, ένα πρόσωπο που θα έπρεπε να εξασφαλίζει την ασφάλεια του και να δημιουργεί τα θεμέλια σχέσεων εμπιστοσύνης.

Έμφαση επίσης δίνεται στη διαστρεβλωμένη εικόνα εαυτού του παιδιού. Μετά από μήνες ή χρόνια όπου το παιδί αντιμετωπίζεται ως άρρωστο μαθαίνει και το ίδιο να αυτοπροσδιορίζεται, να ζει και να εκφράζεται με αυτόν το τρόπο, εμφανίζοντας έτσι όλο και περισσότερα ανεξήγητα συμπτώματα. Παραδόξως τα παιδιά αυτά δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες δεσίματος και σύναψης σχέσεων, εμπλέκονται στη θεραπευτική σχέση πολύ εύκολα. Δυσκολία ίσως να παρουσιαστεί κατά τη πρώτη προσέγγιση του θεραπευτή όπου το παιδί μπορεί να παρουσιάσει άγχη και φοβίες, κατάλοιπα της εμπειρίας που είχε από τις νοσηλείες, τις χρόνιες θεραπείες και τη σύγχυση ανάμεσα στην εικόνα της μητέρας που το νοιάζεται από εκείνη που το καθιστά άρρωστο.

Ο δράστης που αρνείται την υποτιθέμενη πράξη δεν θα μπορεί να κατανοήσει την ανάγκη και τον σκοπό της ψυχολογικής ή θεραπευτικής συμβουλευτικής παρέμβασης για ένα πρόβλημα που δεν παραδέχεται ότι έχει (Langer, R., 2009). Ακόμη και όταν συμμετάσχει στη θεραπεία είναι πεπεισμένος ότι θα αποτύχει και συνεχίζει την απάτη προς τους επαγγελματίες. Για να ξεκινήσει η θεραπευτική παρέμβαση και να χαρακτηριστεί επιτυχής απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η προθυμία της μητέρας να αναγνωρίσει τη συμπεριφορά της και να επιθυμεί να εμπλακεί στη θεραπευτική διαδικασία. Όταν υπάρχει η προθυμία εκ μέρους της η καλύτερη μέθοδος παρέμβασης, που επιτρέπει την εμβάθυνση στις πολύπλοκες δυναμικές του συνδρόμου Munchausen Δι' Αντιπροσώπου, κρίνεται η ψυχοθεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία έχει δύο σκοπούς: 1) να βοηθήσει τη μητέρα να ξεπεράσει την αρρώστια της και 2) να εγκαθιδρυθεί η καλύτερη δυνατή σχέση μητέρας παιδιού, ενώ εκείνο παραμένει ασφαλές (Schreier, H., 2004). Σύμφωνα με τον Feldman, M.D., (2013) η αναφορά του θεραπευτή στη θεραπεία με τους όρους “διαχείριση άγχους” ή “ενδυνάμωση

του μυαλού απέναντι στο σώμα” μπορεί να βοηθήσει τη μητέρα να αποδεχτεί πιο ήπια τη διαδικασία. Το πρώτο βήμα μετά την αποδοχή της θεραπείας είναι η εγκαθίδρυση μιας θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο.

Μέσω αυτής της σχέσης ο θεραπευόμενος μπορεί να μάθει ότι δεν χρειάζεται κάποια αρρώστια για να προσελκύσει το ενδιαφέρον, καθώς έχει απέναντι του έναν επαγγελματία με τον οποίο μπορεί να συζητήσει ότι τον απασχολεί. Η θεραπεία περιλαμβάνει:

- Διερεύνηση τραυματικών εμπειριών κατά τη παιδική ηλικία της μητέρας, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση
- Διερεύνηση της σχέσης της μητέρας με το ιατρικό προσωπικό και αν αντικατοπτρίζει τη σχέση με τους γονείς της
- Παρότρυνση της μητέρας να μιλήσει για την ιστορία της, για το πως βλέπει δηλαδή τον εαυτό της, μία ιστορία που στους ασθενείς της *Προσποιητής Διαταραχής δια Αντιπροσώπου* συνήθως σχετίζεται με εκείνους να έχουν αναλάβει το ρόλο του στοργικού γονέα.
- Στήριξη στη μητέρα ώστε να κατανοήσει, να παραδεχτεί και να περιγράψει τον τρόπο που κακοποίησε το παιδί της και να δημιουργήσει μία εναλλακτική ιστορία που δεν περιλαμβάνει τις συμπεριφορές προσποίησης
- Διερεύνηση των τωρινών σχέσεων και ανάπτυξη εναλλακτικών στρατηγικών έκφρασης και διαχείρισης των αναγκών της
- Διερεύνηση εναλλακτικών δραστηριοτήτων (χόμπι, ενδιαφέροντα)

Προκειμένου ο θεραπευτής να κρατήσει την αντικειμενικότητα και αποτελεσματικότητα του είναι αναγκαία η εποπτεία και η συμβουλευτική από έναν άλλο θεραπευτή.

Σημαντική βοήθεια προσφέρει η συμμετοχή της υπόλοιπης οικογένειας στη θεραπεία και ειδικότερα του πατέρα ο οποίος στις περισσότερες περιπτώσεις χαρακτηρίζεται ως απών ή αποστασιοποιημένος από την οικογένεια. Η βιβλιογραφία όμως σχετικά με τις κατευθύνσεις και τα θεραπευτικά μοντέλα είναι ελλιπής.

Η επιτυχημένη επανένωση και η ασφαλής επιστροφή του παιδιού στο σπίτι εξαρτάται από την πορεία εξέλιξης της μητέρας στην ατομική της ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Η επανένωση απαιτεί αποδείξεις σημαντικής αλλαγής της μητέρας και ολόκληρου του συστήματος της οικογένειας. Ο αρμόδιος κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ερευνήσει και να συλλέξει αυτές τις αποδείξεις όταν κριθεί εφικτή (Adshead, G., & Brooke, D., 2001).

Το παιδί θα πρέπει να έχει γνώση σχετικά με τα γεγονότα κακοποίησης που έλαβαν χώρα και να μπορεί να αντιμετωπίσει τις συνέπειες που επέφεραν. Βοηθητική κρίνεται στο σημείο αυτό η πραγματοποίηση ομαδικών συνεδριών της μητέρας με το παιδί προκειμένου να βελτιωθεί η σχέση τους και να αναπτύξουν υγιείς δεσμούς.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της Έρευνας

Η έρευνα που διεξήγαμε ως προς το σκοπό της ήταν περιγραφική καθώς επιχειρήσαμε μέσα από τις εμπειρίες των κοινωνικών λειτουργών να δώσουμε μία ακριβή απεικόνιση της διάστασης του συνδρόμου Munchausen δι' Αντιπροσώπου στον Ελλαδικό χώρο και των μεταβλητών που συντελούν στην εμφάνιση και επιδείνωση του φαινομένου. Συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα φιλοδοξεί να παρουσιάσει αξιόπιστα δεδομένα που να συμβάλλουν:

- Στην περιγραφή του συνδρόμου Munchausen δι' Αντιπροσώπου.
- Στην επαγρύπνηση σχετικά με τα προειδοποιητικά σημάδια της κακοποιητικής δράσης του θύτη.
- Στην κατανόηση των ψυχολογικών συνεπειών που επιφέρει στο θύμα αλλά και των νομικών επιπτώσεων στον θύτη.
- Στο ρόλο που διαδραματίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στην αντιμετώπιση του περιστατικού.
- Στην ικανότητα ή μη φορέων γενικής και ψυχικής υγείας για την έγκαιρη πρόληψη και ύφεση του φαινομένου.

5.2 Πιλοτική Έρευνα

Προκειμένου να επιβεβαιώσουμε αν η έρευνα μας είναι εφικτή, αν χρειάζονται βελτιώσεις καθώς και να αντιμετωπίσουμε απρόβλεπτα ζητήματα και κενά στον σχεδιασμό αποφασίσαμε πριν τη διεξαγωγή της έρευνας τη διανομή των ερωτηματολογίων σε μία μελέτη μικρής κλίμακας, μία πιλοτική έρευνα.

Επιλέχθηκαν τυχαία πέντε νοσοκομεία, τρία από μεγάλα αστικά κέντρα και δύο από επαρχιακές περιοχές, στα οποία στάλθηκε το ερωτηματολόγιο για να απαντηθεί από κοινωνικούς λειτουργούς. Σκοπός μας ήταν να δοκιμάσουμε αν το ερωτηματολόγιο, ως ερευνητικό μέσο, θα μπορούσε να ανταποκριθεί στην εν λόγω έρευνα, αν οι συμμετέχοντες θα καταλάβαιναν τις ερωτήσεις και θα τις ερμήνευαν κατάλληλα, αν υπήρχε η ανάγκη προσθήκης κάποιων ερωτήσεων ή ενόχτων προκειμένου να καλυφθεί πλήρως το υπό μελέτη θέμα και τέλος να εκτιμήσουμε τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Όσον αφορά το ερευνητικό μας εργαλείο οι συμμετέχοντες μας πληροφόρησαν ότι δεν προέκυψε κάποια δυσκολία ως προς τη συμπλήρωση του και ήταν απολύτως ξεκάθαρο ως προς τη δομή και το διαμερισμό των ενοτήτων. Για τις υπάρχουσες ερωτήσεις μας απάντησαν ότι ήταν κατανοητές και σωστά στοχευμένες και δεν ήταν απαραίτητο να αφαιρεθεί κάποια από αυτές. Κάποιοι μας προέτρεψαν να προσθέσουμε δύο ακόμη ερωτήσεις σχετικά με την συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ως προς την διαχείριση και διάγνωση περιστατικών του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου, όπως και πράξαμε. Σχετικά με τον απαιτούμενο χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ολοκληρώσει σε 15-20 λεπτά.

Τέλος, στο στάδιο της προκαταρκτικής έρευνας εξετάσαμε πολύ προσεκτικά θέματα απορρήτου και προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Η πιλοτική έρευνα διήρκησε από 1 Μαΐου έως 1 Ιουνίου.

5.3 Ερευνητικά Ερωτήματα

Λαμβάνοντας υπόψη τα βιβλιογραφικά δεδομένα και τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών προέκυψαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Γνωρίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί το σύνδρομο Munchausen δι' Αντιπροσώπου;
2. Ποιος είναι ο συχνότερος δράστης του συνδρόμου Munchausen δι' Αντιπροσώπου στο παιδί;
3. Ποια είναι τα συνηθέστερα συμπτώματα που επινοεί ο δράστης;
4. Ποια είναι τα προειδοποιητικά σημάδια/ενδείξεις ύπαρξης κακοποιητικής συμπεριφοράς;
5. Ποια σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζει το παιδί;
6. Έχει ο θύτης ιστορικό ψυχικής διαταραχής;
7. Από ποιον επαγγελματία γίνεται συνήθως η διάγνωση του συνδρόμου Munchausen δι' Αντιπροσώπου;
8. Η διάγνωση του συνδρόμου αποκαλύπτεται κατ'ιδίαν στο δράστη ή ενώπιον της υπόλοιπης οικογένειας;
9. Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας;
10. Πόσο αποτελεσματική είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του συγκεκριμένου φαινομένου στην Ελλάδα;
11. Εφαρμόζονται τα κατάλληλα νομικά μέτρα για τον περιορισμό της κακοποιητικής δράσης του θύτη;

5.4 Είδος Έρευνας

Σύμφωνα με τον κ. Παρασκευόπουλο (1993) έρευνα θεωρείται:

- ✓ *Η εργασία που έχει σαν σκοπό την προαγωγή της επιστημονικής γνώσης, σύμφωνα με διεθνώς αποδεκτές επιστημονικές θεωρίες ή η επεξεργασία νέων θεωριών, ικανών να γίνουν αποδεκτές από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Αναγκαία προϋπόθεση για να χαρακτηριστεί μία εργασία ως ερευνητική είναι η πρωτοτυπία.*
- ✓ *Μια συστηματική και καλώς σχεδιασμένη διαδικασία για την επίλυση προβλημάτων βάσει της εμπειρικής πραγματικότητας.*
- ✓ *Η συστηματική εφαρμογή επιστημονικής γνώσης, βάσει συγκεκριμένου σκοπού, για τη βελτίωση των επιτευγμάτων του ανθρώπου. (Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας, τόμ. 1, Αθήνα, σ. 20 – 40)*

Ανάλογα με τα αποτελέσματα που θέλει να επιτύχει ο ερευνητής, μία έρευνα χωρίζεται σε τρεις τύπους: την **ποσοτική** (περιγραφή, ανάλυση, εξήγηση φαινομένων), την **ποιοτική** (διερεύνηση και κατανόηση σε βάθος των κοινωνικών φαινομένων) καθώς και την **μικτή** (συνδυασμός των πλεονεκτημάτων των δύο παραπάνω). (<https://www.ucy.ac.cy/pakepe/el/research-services/research-kind>)

Ο αρχικός σχεδιασμός μας ως προς το είδος της έρευνας που διεξήγαμε ήταν η ποιοτική έρευνα, με την πραγματοποίηση ημι-δομημένων συνεντεύξεων σε επαγγελματίες υγείας. Οι δυσμενείς συνθήκες όμως που επικρατούσαν στον Ελλαδικό χώρο λόγω της πανδημίας COVID-19 και της ταχείας εξάπλωσης του ιού SARS-CoV-2 καθώς και τα πρωτόκολλα ασφαλείας και ο αυξημένος όγκος εργασίας που επικρατούσαν στις υγειονομικές εγκαταστάσεις εμπόδισαν την υλοποίηση του αρχικού σχεδιασμού μας. Γι' αυτόν το λόγο αποφασίσαμε να πραγματοποιήσουμε ποσοτική έρευνα με κατασκευή ερωτηματολογίων τα οποία χορηγήθηκαν στους ερωτώμενους διαδικτυακά για αυτο-συμπλήρωση.

5.5 Πληθυσμός και Δείγμα Έρευνας

Ο πληθυσμός-στόχος της έρευνας ήταν κοινωνικοί λειτουργοί Δημοσίου Τομέα, Ιδιωτικού Τομέα και ΜΚΟ διαφόρων περιοχών της Ελλάδας. Αν και ευελπιστούσαμε να έχουμε ένα μεγάλο δείγμα το τελικό δείγμα της έρευνας μας ήταν 43 κοινωνικοί λειτουργοί. Η περιορισμένη γνώση ως προς το φάσμα του συνδρόμου, η πίεση του χρόνου, καθώς και οι συνθήκες που επικρατούσαν στον Ελλαδικό χώρο τη δεδομένη χρονική στιγμή λόγω της πανδημίας του ιού SARS-CoV-2 εμπόδισαν τη διεξαγωγή έρευνας σε μεγάλη κλίμακα.

Το δείγμα της μελέτης επιλέχθηκε με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

1. Οι συμμετέχοντες ήταν κοινωνικοί λειτουργοί.
2. Γνώριζαν το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου.

Από τα 43 ερωτηματολόγια που συλλέξαμε τα 34 κρίθηκαν ορθώς και πλήρως συμπληρωμένα. Η έρευνα διήρκεσε 4 μήνες (από 15 Ιουνίου μέχρι 15 Οκτωβρίου). Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν τα 20 λεπτά. Η προσέγγιση του δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας.

Ήρθαμε σε επαφή με τις/τους προϊστάμενες/ους των κοινωνικών υπηρεσιών και με κοινωνικούς λειτουργούς που απασχολούνται σε παιδοψυχιατρικές κλινικές, 35 νοσοκομείων της Ελλάδας προκειμένου να καλύψουμε το μεγαλύτερο εύρος των νοσοκομείων και να διερευνήσουμε αν το φαινόμενο εμφανίζεται σε αστικές περιοχές ή/και στην επαρχία. Η ερευνητική μελέτη δεν χρειάστηκε άδεια από τους διευθυντές των νοσοκομείων καθώς οι συμμετέχοντες δεν αναφέρθηκαν σε συγκεκριμένα περιστατικά ονομαστικά.

Από τα 35 νοσοκομεία οι κοινωνικοί λειτουργοί στα 7 νοσοκομεία μας εξήγησαν ότι δεν μπορούσαν τη δεδομένη στιγμή που διεξαγόταν η έρευνα να μας απαντήσουν λόγω φόρτου εργασίας. Στα υπόλοιπα αφού τους ενημερώσαμε σχετικά με το σκοπό της μελέτης, τη διάρκεια και τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου το αποστείλαμε ηλεκτρονικά στα email που μας διέθεσαν οι προϊστάμενες/οι και η συμπλήρωση του γινόταν ηλεκτρονικά μέσω του λογισμικού google forms.

5.6 Μεθοδολογία Δειγματοληψίας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την υλοποίηση της έρευνας ήταν η σκόπιμη δειγματοληψία με χρήση αυτο-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος καθώς εστίασαμε σε μία συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού που λόγω της επαγγελματικής τους απασχόλησης και της εμπειρίας τους εξυπηρετούσαν τους σκοπούς της έρευνας μας.

Το ερωτηματολόγιο που προέκυψε περιλάμβανε τις παρακάτω έξι θεματικές ενότητες:

1. **Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος** (φύλο, ηλικία, απασχόληση, επαγγελματικός τομέας, προϋπηρεσία)
2. **Γενικές γνώσεις του φαινομένου** (αν υπάρχει γνώση ως προς την ύπαρξη του συνδρόμου, πως αποκτήθηκε και αν υπήρξε ενασχόληση με κάποιο περιστατικό)

3. **Εμπειρία περιστατικού συνδρόμου Munchausen δι'αντιπροσώπου** (ποσοστό περιστατικών με τα οποία ήρθαν σε επαφή, περιοχή κατοικίας της οικογένειας, σύνθεση οικογένειας, επαγγελματίας που συνήθως ανιχνεύει το σύνδρομο, μέθοδος διάγνωσης, συμπτώματα, συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας, ανάγκη απομάκρυνσης ή όχι του παιδιού από τον θύτη, τρόπος αποκάλυψης της ύπαρξης του συνδρόμου)
4. **Το προφίλ των δραστών του συνδρόμου** (φύλο, ηλικία, πιθανότητα ύπαρξης ιστορικού ψυχικών διαταραχών, επικαλούμενες ασθένειες)
5. **Τα χαρακτηριστικά των θυμάτων** (φύλο, ηλικία κατά την περίοδο της κακοποίησης και κατά την περίοδο της ανίχνευσης, μορφή κακοποίησης, εμφανιζόμενα συμπτώματα)
6. **Τα θεραπευτικά και νομικά προγράμματα** (αποτελεσματικότητα ή μη των θεραπευτικών προγραμμάτων, των νομικών μέτρων αντιμετώπισης και των υποστηρικτικών υπηρεσιών).

Το ερωτηματολόγιο περιείχε 34 ερωτήσεις εκ των οποίων οι περισσότερες ήταν κλειστού τύπου και οι απαντήσεις ήταν δύο ειδών:

A) Ναι-Όχι

B) Πολλαπλής επιλογής

Σε εκείνες που ήταν ανοιχτού τύπου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες με λίγα λόγια να αιτιολογήσουν την απάντησή τους σε ένα προηγούμενο ερώτημα κλειστού τύπου.

5.7 Διασφάλιση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας της Έρευνας

Η αξιοπιστία μιας έρευνας ή ενός ερωτηματολογίου ορίζεται ως ο βαθμός εσωτερικής συνέπειας και συνέπειας του εργαλείου μέτρησης. Εκφράζει κατά πόσο ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να παράγει αποτελέσματα απαλλαγμένα από σφάλματα μέτρησης και είναι ιδιαίτερως σημαντική κατά την διεξαγωγή των ερευνών. (Ζαφειρόπουλος,2015). Μπορεί να μετρηθεί με τη βοήθεια κάποιου συντελεστή συσχέτισης, διότι ελέγχονται οι απαντήσεις των ερωτήσεων σε δύο σύνολα υποκειμένων, τα οποία διαφοροποιούνται συνήθως χρονικά (Babbie, 1989, p.119-126/ Litwin,1995, p. 5-45/ Ψαρρού & Ζαφειρόπουλος 2001/ Borg & Gall 1989).

Η μέθοδος στην οποία βασιστήκαμε για να ελέγξουμε την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ήταν μέσω του συντελεστή α του Cronbach, ο οποίος εκφράζει τον μέσο όρο των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων και τον συνδυασμό ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Παίρνει τιμές από -1 έως και 1 και όσο περισσότερο πλησιάζει τη μονάδα τόσο περιγράφει μία

αξιόπιστη έρευνα. Συνήθως τιμές μεγαλύτερες του 0,70 θεωρούνται αποδεκτές. (Ζαφειρόπουλος, 2015)

Ο δείκτης αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου μας είναι 0,729, όπως φαίνεται και παρακάτω στον πίνακα.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,729	,800	61

Η εγκυρότητα χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την υποκειμενική εγκυρότητα και την εγκυρότητα κριτηρίου. Η πρώτη περιλαμβάνει την φαινομενική εγκυρότητα και την εγκυρότητα περιεχομένου ενώ η δεύτερη την εγκυρότητα πρόβλεψης, την εγκυρότητα σύμπτωσης-συμφωνίας, την εγκυρότητα σύγκλισης και την εγκυρότητα διάκρισης (Ζαφειρόπουλος, 2015).

Στην παρούσα εργασία υπάρχει η φαινομενική εγκυρότητα μέσω της οποίας ο ερευνητής κάνοντας μια αδρή εκτίμηση του εργαλείου μέτρησης αναφορικά με την έννοια που μετράει, προσδιορίζει «με μια πρώτη ματιά» εάν το περιεχόμενο των ερωτήσεων-προτάσεων είναι εννοιολογικά σχετικό με ό,τι προτίθεται να μετρήσει. Όταν ένα ερωτηματολόγιο μετρά αντικειμενικά προφανή έννοια, είναι εύκολα κατανοητό και σχετίζεται άμεσα με το σκοπό της μελέτης. (Ουζούνη & Νακάκης, 2011).

5.8 Δεοντολογικά Ζητήματα

Πρωταρχικός μας στόχος, προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα, αποτέλεσε η διεξοδική μελέτη και κάλυψη των δεοντολογικών ζητημάτων που θα ανέκυπταν καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην εκ των προτέρων πληροφόρηση των συμμετεχόντων σχετικά με τη φύση και το αντικείμενο της έρευνας καθώς και της διατήρησης του απόρρητου.

Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι ο σκοπός διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας εμπίπτει στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας και μιας προσπάθειας να αποτυπώσουμε όσο το δυνατόν καλύτερα το φάσμα του συνδρόμου Munchausen δί' αντιπροσώπου στον Ελλαδικό χώρο. Επιπλέον, η συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών ήταν εθελοντική, μπορούσαν δηλαδή να μην συναινέσουν και να αποχωρήσουν από την έρευνα

σε οποιοδήποτε στάδιο επιθυμούσαν χωρίς να προσμετρηθεί η απάντηση τους. Κατέστη σαφές ότι δεν υπάρχουν σωματικές ή ψυχολογικές συνέπειες ή βλάβες που προκύπτουν από τη συμμετοχή ή μη των επαγγελματιών υγείας στην έρευνα. Τέλος, για την προστασία των συμμετεχόντων βασιστήκαμε στις αρχές που καθορίζει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων με το Ν.4624/2019 (ΦΕΚ Α'137) του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 με στόχο την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών των υποκειμένων των δεδομένων. Οι πληροφορίες που αποκτήθηκαν και μπορούν να ταυτοποιήσουν προσωπικά τους συμμετέχοντες παρέμειναν απόρρητες και δεν αποκαλύφθηκαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τις απόψεις των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται σε κρατικούς φορείς, ιδιωτικούς φορείς και ΜΚΟ διαφόρων περιοχών της Ελλάδας. Η ανάλυση των απαντήσεων που λάβαμε από το δείγμα πραγματοποιείται μέσω της χρήσης πινάκων και γραφικών παραστάσεων.

6.1 Γενικά Ευρήματα

Στο αρχικό αυτό κομμάτι οι ερωτήσεις στόχευαν στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων.

Ερώτηση 1: Φύλο

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Ανδρας	0	0%
Γυναίκα	34	100%
Σύνολο	34	100%

Πίνακας 1. Κατανομή των ερωτώμενων ως προς το φύλο.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το καθολικό δείγμα των Κοινωνικών Λειτουργών της έρευνας ως προς το φύλο ήταν αυτό των γυναικών με ποσοστό 100%. Το συγκεκριμένο ερευνητικό αποτέλεσμα ήταν αναμενόμενο καθώς οι ειδικοί ψυχικής υγείας, κατά γενική ομολογία, είναι γυναίκες. Θα μπορούσαν βέβαια να συμμετέχουν και κάποιοι άνδρες, αλλά στη συγκεκριμένη μελέτη δεν συνέβη κάτι τέτοιο.

Ερώτηση 2: Ηλικία

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Από 23 έως 35 ετών	16	47.1 %
Από 36 έως 49 ετών	11	32.4%
Από 50 έως 64 ετών	6	17.6%
Από 65 ετών και άνω	1	2.9%
Σύνολο	34	100%

Πίνακας 2. Κατανομή των ερωτώμενων ως προς την ηλικία.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων 47.1% (16 απαντήσεις) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 23-35 ετών, ακολουθεί με ποσοστό 32.4% (11 απαντήσεις) η ομάδα 36-49 ετών, στη συνέχεια με ποσοστό 17.6% (6 απαντήσεις) η ομάδα 50 έως 64 ετών και τέλος με ποσοστό 2.9% (1 απάντηση) οι συμμετέχοντες της ηλικιακής ομάδας 65 ετών και άνω. Όπως γίνεται φανερό από την προαναφερόμενη στατιστική περιγραφή η πλειοψηφία των απασχολούμενων ήταν 23-49 ετών, (αθροιστικό ποσοστό 79.5%). Προφανώς, όσο πιο μεγάλοι ηλικιακά ήταν οι εργαζόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί τόσο πιο επαγγελματικά εξουθενωμένοι να αισθανόντουσαν και για αυτό να μην εξέφρασαν την επιθυμία να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Βέβαια για να διατυπώσουμε με βεβαιότητα αυτή την υπόθεση θα έπρεπε να είχαμε προσκομίσει τόσο τον συνολικό αριθμό των κοινωνικών λειτουργών σε αυτές τις Υπηρεσίες αλλά και ένα πίνακα με τις ηλικίες τους. Μια ακόμη πιθανή εξήγηση του υψηλού ποσοστού νεαρών συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών είναι η καλύτερη κατάρτιση τους σε ζητήματα κακοποίησης και ιδιαίτερος αναφορικά με τις νέες μορφές κακοποίησης, όπως το συγκεκριμένο υπό μελέτη γνωστικό αντικείμενο.

Ερώτηση 3: Χρόνια Προϋπηρεσίας

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Από 0 έως 7 χρόνια	13	38.2%
Από 8 έως 15 χρόνια	9	26.5%
Από 16 έως 23 χρόνια	6	17.6%
Από 24 έως 31 χρόνια	3	8.8%
Από 32 χρόνια και άνω	3	8.8%
Σύνολο	34	100%

Πίνακας 4. Κατανομή των ερωτούμενων ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας

Σχετικά με τα χρόνια που εργάζονται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί του δείγματος της συγκεκριμένης μελέτης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ποσοστό 38.2% (13 απαντήσεις) απάντησε από 0-7 χρόνια προϋπηρεσίας, ακολουθούν με ποσοστό 26.5% (9 απαντήσεις) από 8-15 χρόνια, στη συνέχεια με ποσοστό 17.6% (6 απαντήσεις) είχαν από 16-23 χρόνια. Τέλος, με ποσοστό 8.8.% (3 απαντήσεις) οι συμμετέχοντες είχαν από 24-31 χρόνια και από 32 χρόνια και άνω αντίστοιχα. Στο συγκεκριμένο ερώτημα η εξήγηση του υψηλού ποσοστού (65% αθροιστικά) των λίγων χρόνων προϋπηρεσίας στο νοσοκομείο (0-15 έτη) έχει την ίδια εξήγηση με αυτή που δόθηκε στην προηγούμενη ερώτηση, δηλαδή ότι οι νέοι κοινωνικοί λειτουργοί προφανώς είναι πιο επαρκώς καταρτισμένοι και άρα ενήμεροι του φαινομένου του Munchausen by proxy, σε σχέση με τους παλαιότερους συναδέλφους τους.

Ερώτηση 4: Εργασιακός Τομέας

Μεταβλητές	Απόλυτη Συχνότητα	Σχετική Συχνότητα
Δημόσιο	24	70.6%
Ιδιωτικό	6	17.6%
ΜΚΟ	4	11.8%
Σύνολο	34	100%

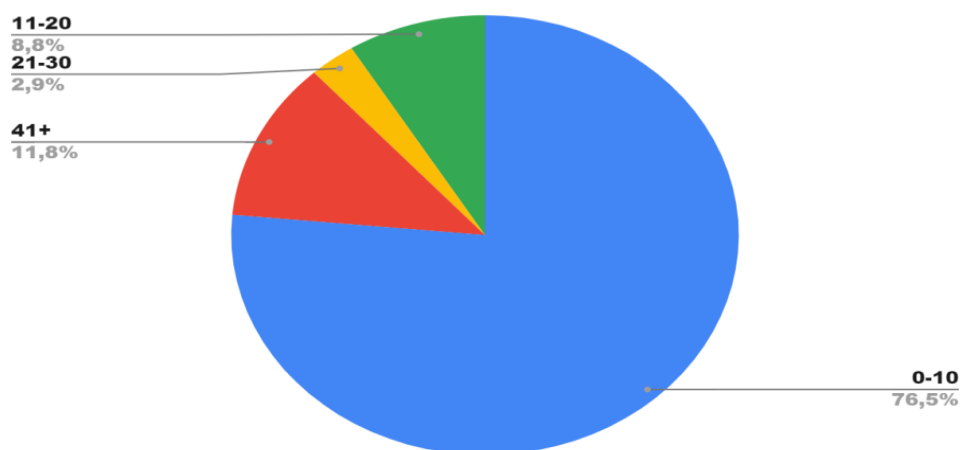
Πίνακας 5. Κατανομή των ερωτώμενων ως προς τον εργασιακό τομέα

Αναφορικά με τον εργασιακό τομέα που απασχολούνται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, το μεγαλύτερο ποσοστό 70.6% (24 απαντήσεις) εργαζόταν στον δημόσιο τομέα, ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά το 17.6% (6 απαντήσεις) στον ιδιωτικό τομέα και το 11.8% (4 απαντήσεις) σε ΜΚΟ. Ο λόγος που η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών προέρχονταν από τον δημόσιο τομέα είναι γιατί ήταν πιο εύκολο για τους ερευνητές να έρθουν σε επαφή με αυτό το προσωπικό προσεγγίζοντας τις προϊσταμένες κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίες μεσολάβησαν για την συλλογή ποσοτικών δεδομένων.

6.2.2. Ειδικά Ευρήματα

Η δεύτερη θεματική ενότητα σχετίζεται με τις γενικές γνώσεις του φαινομένου από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

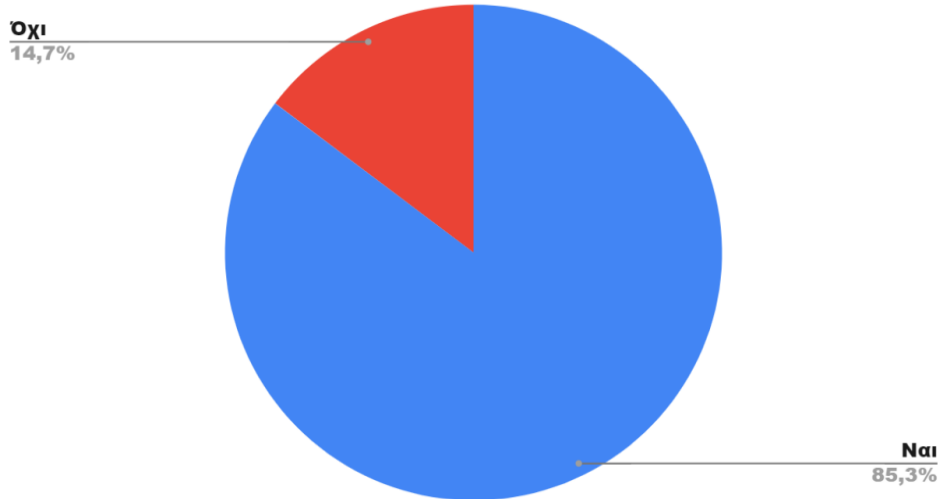
Ερώτημα 1. Πόσες περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης έχετε αντιμετωπίσει τον τελευταίο χρόνο;



Σχήμα 6.1 Περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (76,5%) απάντησε πως έχει αντιμετωπίσει μόλις 0-10 περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης μέσα σε ένα χρόνο, ενώ το 11,8% από 41 περιπτώσεις και πάνω. Το 8,8% έχει ασχοληθεί με 11-20 περιπτώσεις και το 2,9% με 21-30 τον τελευταίο έτος. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί με τις απαντήσεις της προηγούμενης ενότητας, καθώς η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι μικρής ηλικιακής ομάδας, δεν έχει πολλά χρόνια προϋπηρεσίας και επομένως δεν έχουν αντιμετωπίσει πολλά περιστατικά. Αυτή η επισήμανση είναι πολύ σημαντική γιατί δεν πρέπει να βγουν βεβιασμένα συμπεράσματα ότι τα ποσοστά της κακοποίησης έχουν μειωθεί στη χώρα μας, καθώς σχετικές πρόσφατες ερευνητικές μελέτες καταδεικνύουν ότι υπάρχει ραγδαία αύξηση τέτοιων περιστατικών, ιδίως λόγω του μεταναστευτικού και προσφυγικού ρεύματος.

Ερώτημα 2. Γνωρίζετε το Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου (by proxy);

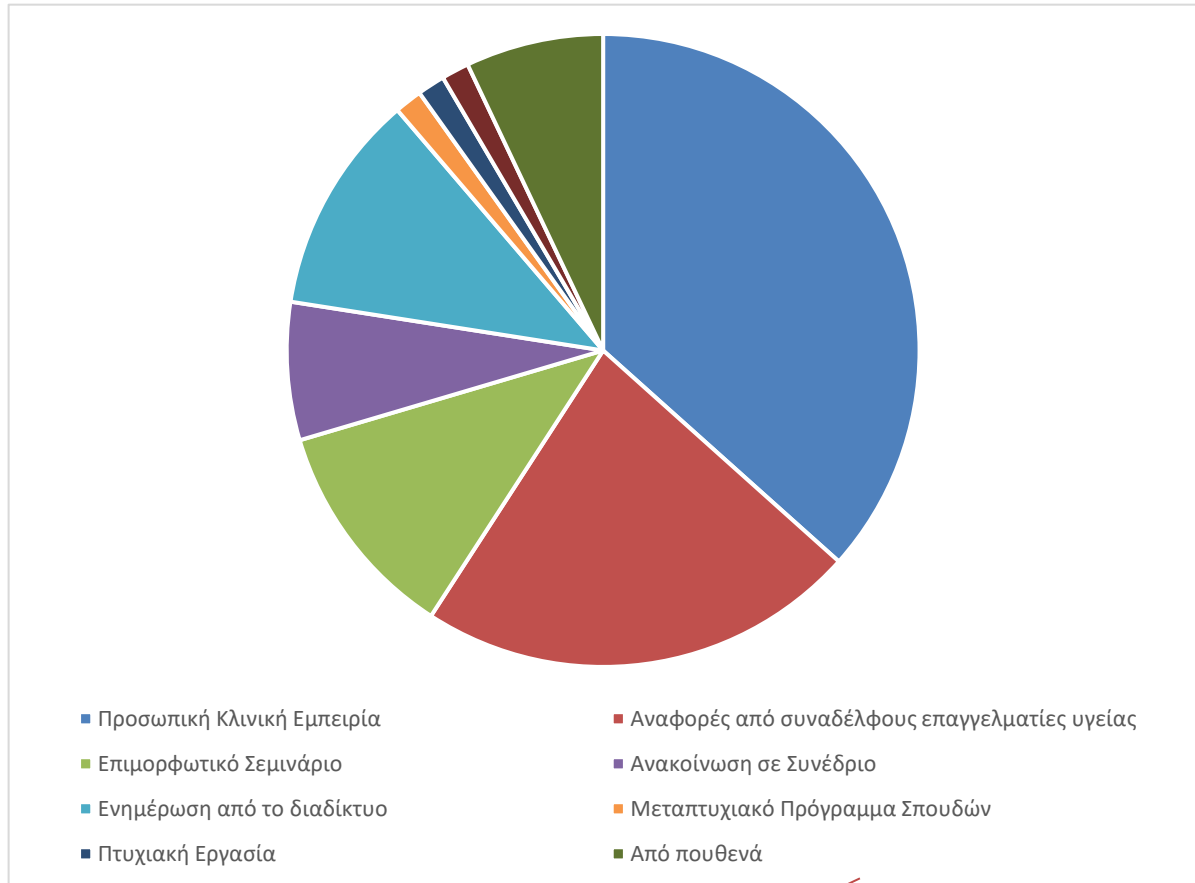


Σχήμα 6.2 Γνώση Συνδρόμου Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου

Στην ερώτηση σχετικά με τη γνώση των συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών για το σύνδρομο Munchausen δι' Αντιπροσώπου το 85,3% (29 απαντήσεις) απάντησε ότι έχει γνώσεις αναφορικά με αυτό το είδος της κακοποίησης ενώ το 14,7% (5 απαντήσεις) δεν γνωρίζει για αυτό. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται από το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερα επιστημονικά άρθρα και συνέδρια αναφέρονται σε αυτή τη μορφή κακοποίησης και έτσι έχει αυξηθεί η θεωρητική αλλά και η πρακτική γνώση γύρω από το θέμα.

Ερώτημα 3. Από ποια πηγή γνωρίζετε για το σύνδρομο Munchausen δι’ αντιπροσώπου;

(Μπορούσαν να επιλέξουν πάνω από 1 απάντηση)

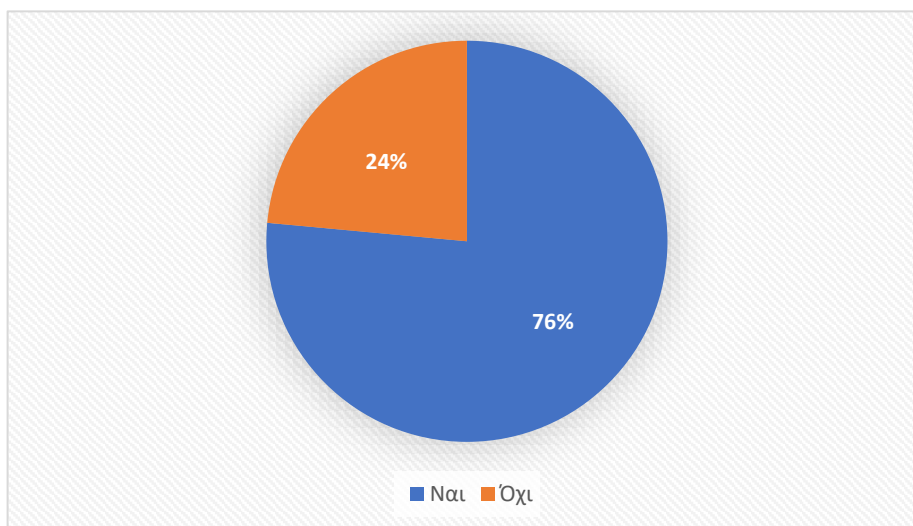


Σχήμα 6.2 Τρόπος γνώσης του Συνδρόμου

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι ερωτώμενοι έμαθαν για το σύνδρομο Munchausen δι’ Αντιπροσώπου η πλειοψηφία με ποσοστό 37% (26 απαντήσεις) δήλωσε πως γνωρίζει το σύνδρομο από προσωπική κλινική εμπειρία, ακολουθεί με ποσοστό 23% (16 απαντήσεις) από αναφορές των συναδέλφων τους στο συγκεκριμένο θέμα, με ποσοστό 11% (8 απαντήσεις) οι κοινωνικοί λειτουργοί το γνωρίζουν από επιμορφωτικό σεμινάριο, με ποσοστό 7% (5 απαντήσεις) από κάποια ανακοίνωση σε συνέδριο, με ποσοστό 11% (8 απαντήσεις) έχουν ενημερωθεί για το εν λόγω σύνδρομο από το διαδίκτυο, με ποσοστό 7% (5 απαντήσεις) δεν το γνωρίζουν καθόλου, με ποσοστό 2% (1 απάντηση) από μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, με ποσοστό 2% (2 απαντήσεις) από προσωπική πτυχιακή εργασία. Αυτό το ερευνητικό εύρημα μας επιβεβαιώνει την αύξηση της γνώσης αλλά και της κλινικής εμπειρίας των κοινωνικών λειτουργών σε αυτή την νέα μορφή κακοποίησης καθώς αθροιστικά το ποσοστό προσωπικής κλινικής εμπειρίας αλλά και από αναφορές

άλλων ειδικών ψυχικής υγείας φθάνει στο 60%. Ενδιαφέρον εύρημα επίσης είναι ότι μόνο το 7% των κοινωνικών λειτουργών δεν γνώριζε για το εν λόγω σύνδρομο.

Ερώτημα 4. Κατά το διάστημα άσκησης του επαγγέλματος σας ήρθατε σε επαφή με υπόθεση/σεις ύπαρξης ή υποψίας συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου;



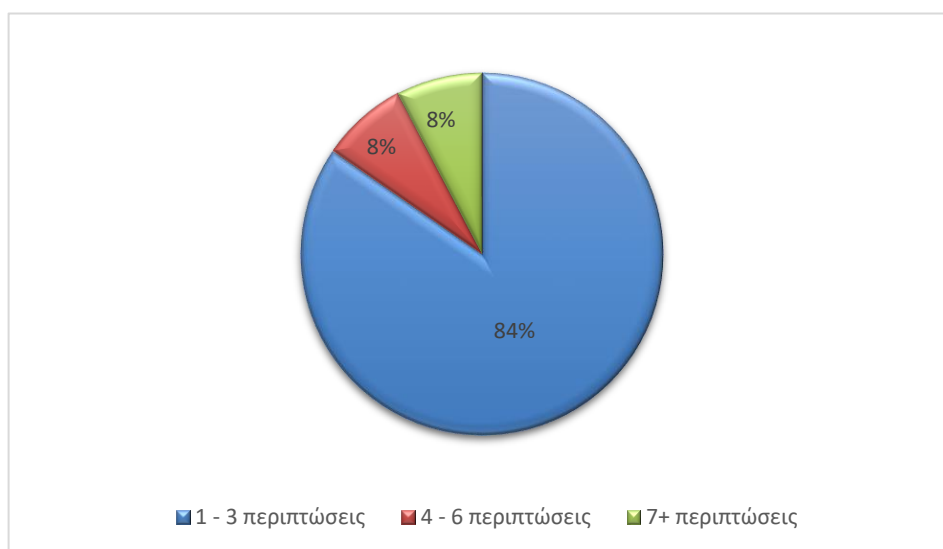
Σχήμα 6.3 Επαφή με το Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' αντιπροσώπου

Στην ερώτηση για το αν οι ερωτώμενοι έχουν έρθει σε επαφή με το σύνδρομο, το 76% (26 απαντήσεις) δήλωσε πως έχει έρθει σε επαφή με υπόθεση/εις ύπαρξης ή υποψία συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου ενώ το υπόλοιπο 24% (8 απαντήσεις) δεν έχει έρθει σε επαφή με τέτοιου είδους περιστατικό.

Καθώς το κύριο μέρος της έρευνας μας αποτελούσε η προσωπική εμπειρία πάνω σε περιστατικά συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου, μπορούσαν να συνεχίσουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, μόνο όσοι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν έρθει σε επαφή με ένα τέτοιο περιστατικό.

Θεματική Ενότητα 3. Εμπειρία Περιστατικού Munchausen δι' αντιπροσώπου

Ερώτημα 1. Καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας πόσες τέτοιες περιπτώσεις έχετε συναντήσει;

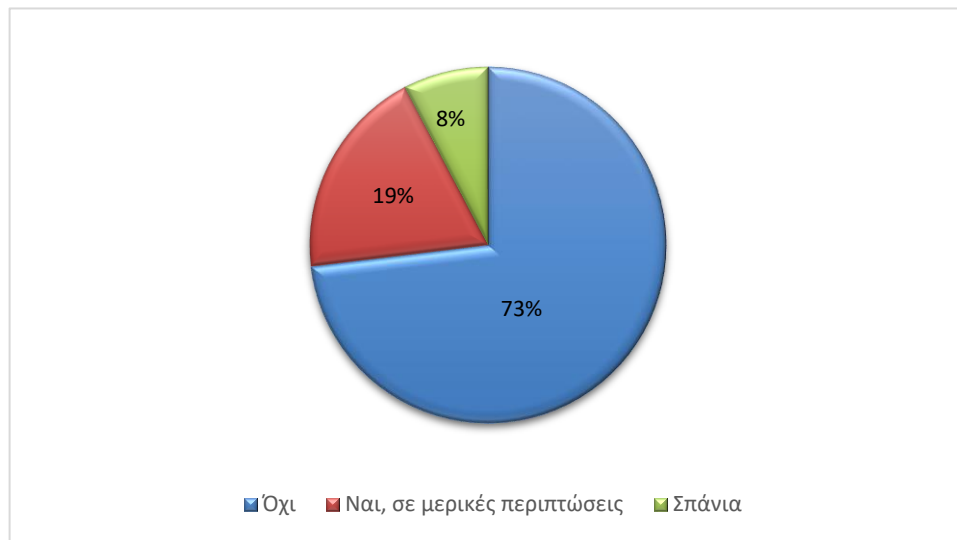


Σχήμα 6.4 Ποσοστό περιπτώσεων του συνδρόμου

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων 84% (22 απαντήσεις) απάντησε πως έχει συναντήσει 1-3 περιπτώσεις του συνδρόμου καθ' όλη της επαγγελματική τους σταδιοδρομία, ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά το 8% (2 απαντήσεις) με 4-6 περιπτώσεις και το υπόλοιπο 8% (2 απαντήσεις) με 7+ περιπτώσεις.

Τα ευρήματα αυτά δικαιολογούνται από το γεγονός ότι σχετική προηγούμενη ερευνητική μελέτη καταδεικνύει ότι οι επίσημα καταγεγραμμένες περιπτώσεις Munchausen δι' Αντιπροσώπου στον Ελλαδικό χώρο είναι λίγες.

Ερώτημα 2. Θεωρείτε ότι είναι εύκολη η διάγνωση του συγκεκριμένου συνδρόμου;

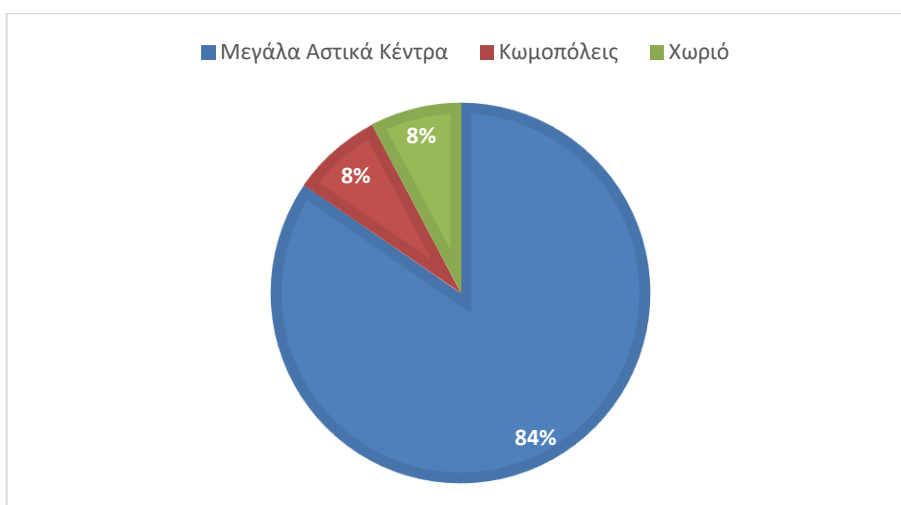


Σχήμα 6.5 Ευκολία ή μη στην διάγνωση του Συνδρόμου

Στην ερώτηση για τη διάγνωση του συνδρόμου το μεγαλύτερο ποσοστό 73% (19 απαντήσεις) δήλωσε πως δεν είναι εύκολη η διάγνωση του Συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου, το 19% (5 απαντήσεις) υποστήριξε πως είναι εύκολο σε μερικές περιπτώσεις ενώ το 8% (2 απαντήσεις) θεώρησε πως σπάνια είναι εύκολη η διάγνωση του.

Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς η διάγνωση εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και αντιμετωπίζει πολλά εμπόδια και χρειάζεται δι-επιστημονική συνεργασία.

Ερώτημα 3. Συνήθως που διέμεναν οι εν λόγω οικογένειες;



Σχήμα 6.6 Διαμονή Οικογενείας

Στην ερώτηση για το μέρος διαμονής της οικογένειας οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό 84% (22 απαντήσεις) πως οι εν λόγω οικογένειες διέμεναν κατά κύριο λόγο σε μεγάλα αστικά κέντρα και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά 8% (2 απαντήσεις) ότι διέμεναν σε κωμοπόλεις και 8% (2 απαντήσεις) ότι διέμεναν σε χωριό. Το συγκεκριμένο εύρημα ήταν αναμενόμενο καθώς σε στα μεγάλα αστικά κέντρα υφίστανται απρόσωπες σχέσεις στα διαμερίσματα και γειτονιά σε σχέση με την επαρχία και τα νησιά.

Ερώτημα 4. Ποια είναι η συνήθης σύνθεση της οικογένειας του ατόμου που διαπράττει αυτό το Σύνδρομο;



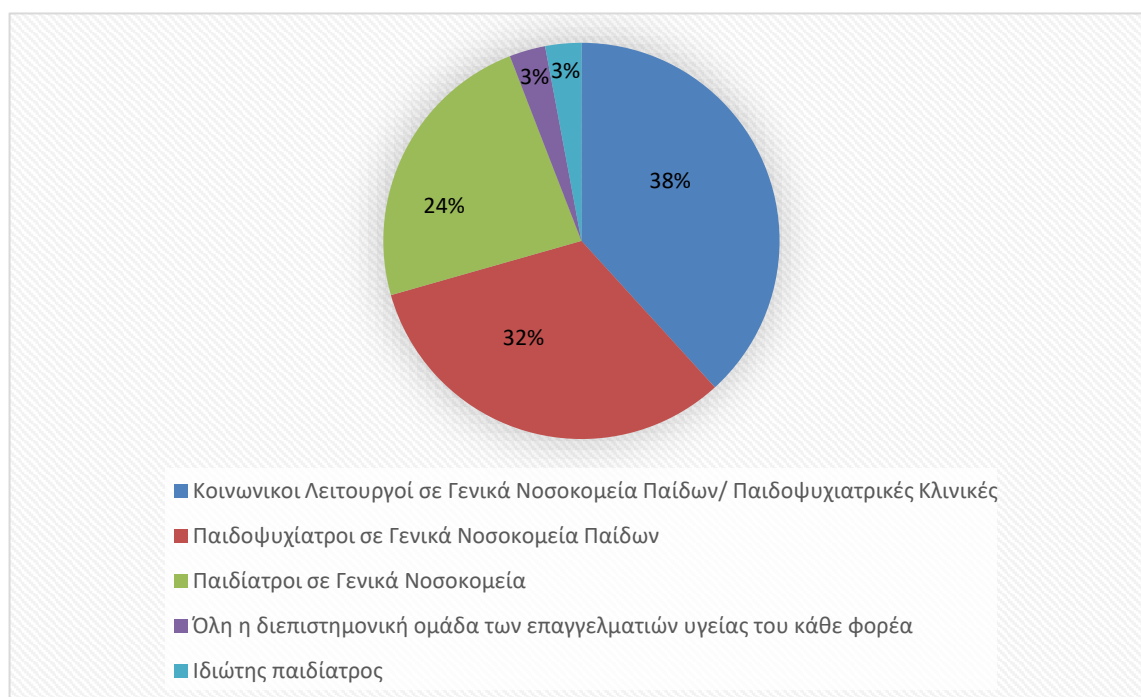
Σχήμα 6.7 Συνηθέστερη σύνθεση της οικογένειας

Σύμφωνα με τους ερωτώμενους η συνηθέστερη σύνθεση της οικογένειας είναι παντρεμένο συζυγικό ζευγάρι με ποσοστό 38% (10 απαντήσεις), ακολουθεί η μονογονεϊκή οικογένεια (άγαμη/ος) με ποσοστό 35% (9 απαντήσεις) και τέλος ο διαζευγμένος γονέας με ποσοστό 27% (7 απαντήσεις).

Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία όπου η συνηθέστερη σύνθεση είναι το συζυγικό ζευγάρι, στη συνέχεια ακολουθούν η άγαμη μητέρα και τέλος έρχεται η διαζευγμένη μητέρα.

Ερώτημα 5. Ποιοι συνήθως ανιχνεύουν τέτοιου είδους περιστατικά;

(Μπορούσαν να επιλέξουν πάνω από 1 απάντηση)

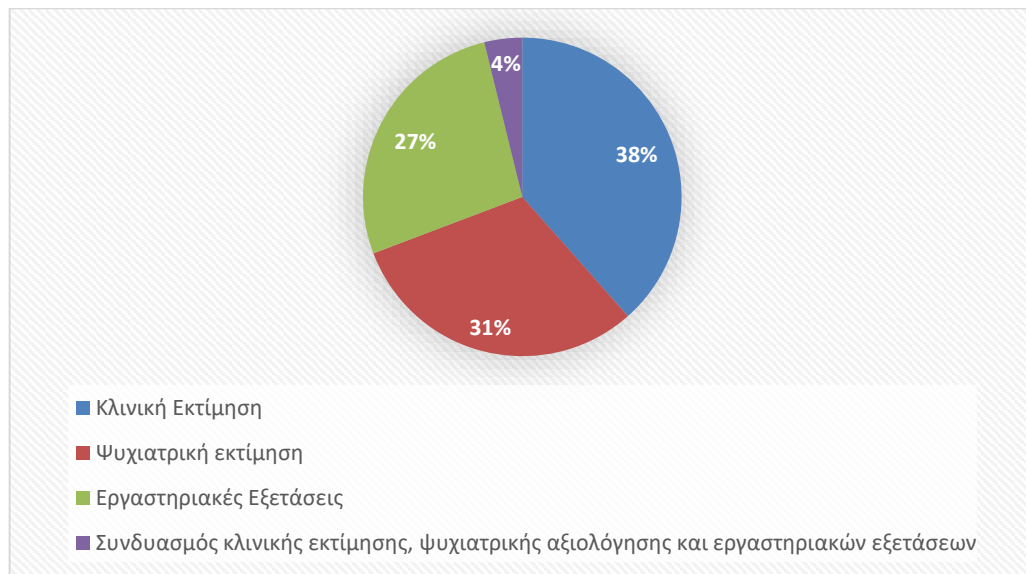


Σχήμα 6.8 Υπεύθυνος ανίχνευσης περιστατικού με σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου

Σύμφωνα με τους ερωτώμενους, τέτοιου είδους περιστατικά ανιχνεύουν στο 38% των περιπτώσεων οι κοινωνικοί λειτουργοί στα Γενικά Νοσοκομεία Παιδών κυρίως δε αυτοί που απασχολούνταν σε Παιδοψυχιατρικές Κλινικές, στην επόμενη θέση βρίσκονται οι παιδοψυχίατροι σε Γενικά Νοσοκομεία Παιδών με ποσοστό 32%, μετά οι Παιδιάτροι σε Γενικά Νοσοκομεία με ποσοστό 24%, μετά όλη η διεπιστημονική ομάδα των επαγγελματιών υγείας του κάθε φορέα με ποσοστό 3% και τέλος ο ιδιώτης παιδίατρος με ποσοστό 3% .

Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου συνήθως αυτοί που ανιχνεύουν το σύνδρομο και κάνουν τη διάγνωση είναι οι παιδίατροι και οι παιδοψυχίατροι μέσα στο πλαίσιο πάντα της δι-επιστημονικής ομάδας. Προφανώς οι συμμετέχοντες κοινωνικοί λειτουργοί προσπαθώντας να αναδείξουν την σημασία του ρόλου τους ως μέλη δι-επιστημονικής ομάδας ανέφεραν πιο αυξημένα από τα πραγματικά περιστατικά όπου οι ίδιοι μόνοι τους ανίχνευαν αυτή την μορφή κακοποίησης.

Ερώτημα 6. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πως έγινε η διάγνωση;



Σχήμα 6.9 Διάγνωση

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η διάγνωση έγινε με κλινική εκτίμηση 38% (10 απαντήσεις), με ψυχιατρική εκτίμηση 31% (8 απαντήσεις), με εργαστηριακές εξετάσεις 27% (7 απαντήσεις) και τέλος με τον συνδυασμό κλινικής εκτίμησης, ψυχιατρικής αξιολόγησης και εργαστηριακών εξετάσεων 4% (1 απάντηση). Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι μέρος της κλινικής εξέτασης πολλές φορές συμπεριλαμβάνεται και η επαφή του κοινωνικού λειτουργού με άλλα νοσοκομεία Παιδών έτσι ώστε να διευκρινιστεί αν το συγκεκριμένο παιδί έχει νοσηλευθεί και αλλού, κατάσταση η οποία επιβεβαιώνει την πιθανότητα περιστατικού Munchausen δι' αντιπροσώπου.

Ερώτημα 7. Αν επιλέξατε πως η διάγνωση έγινε μέσω εργαστηριακών εξετάσεων, ποιες ήταν αυτές;

(Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να επιλέξουν πάνω από 1 απάντηση)

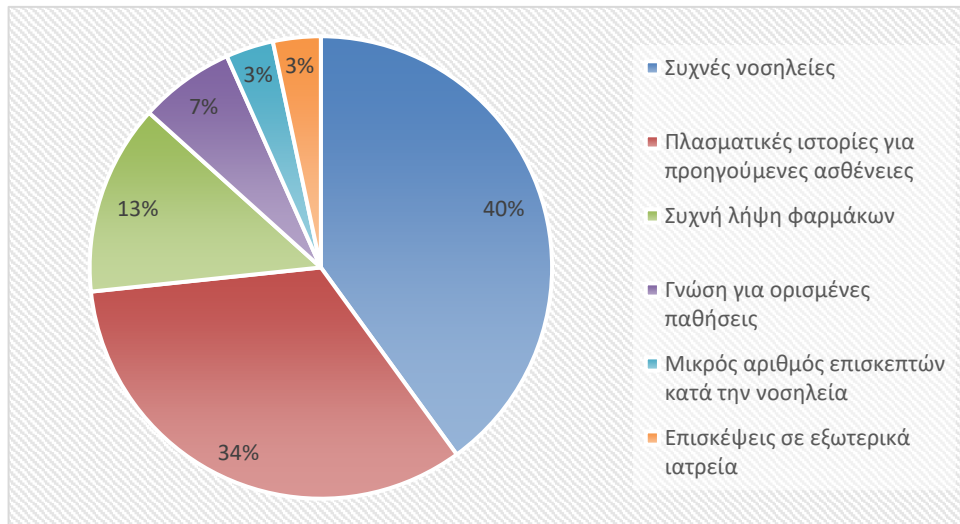


Σχήμα 6.10 Εργαστηριακές Εξετάσεις

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των Κοινωνικών Λειτουργών οι εργαστηριακές εξετάσεις που δημιούργησαν την υποψία ύπαρξης του συνδρόμου ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό (36%) οι εξετάσεις αίματος, ακολουθούν οι εξετάσεις ούρων (29%), μετά οι καλλιέργειες (7%), στη συνέχεια η αξονική ή μαγνητική τομογραφία (7%), μετά το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (7%) και τέλος ο συνδυασμός εξετάσεων και εκτίμησης της διεπιστημονικής ομάδας (14%). Όπως ήταν αναμενόμενο η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, ανέφεραν τι πιο συχνές εξετάσεις, δηλαδή αυτές του αίματος και των ούρων. Εδώ, φαίνεται όμως ότι όντως η υπόθεση της εκτίμησης σε δι-επιστημονικό επίπεδο (14%) ισχύει.

Ερώτημα 8. Ποια ήταν τα συμπτώματα σύμφωνα με τα οποία υποθέσατε πως υπάρχει περίπτωση συνδρόμου Μινχάουζεν Δι'Αντιπροσώπου;

(Μπορούσαν να επιλέξουν πάνω από 1 απάντηση)

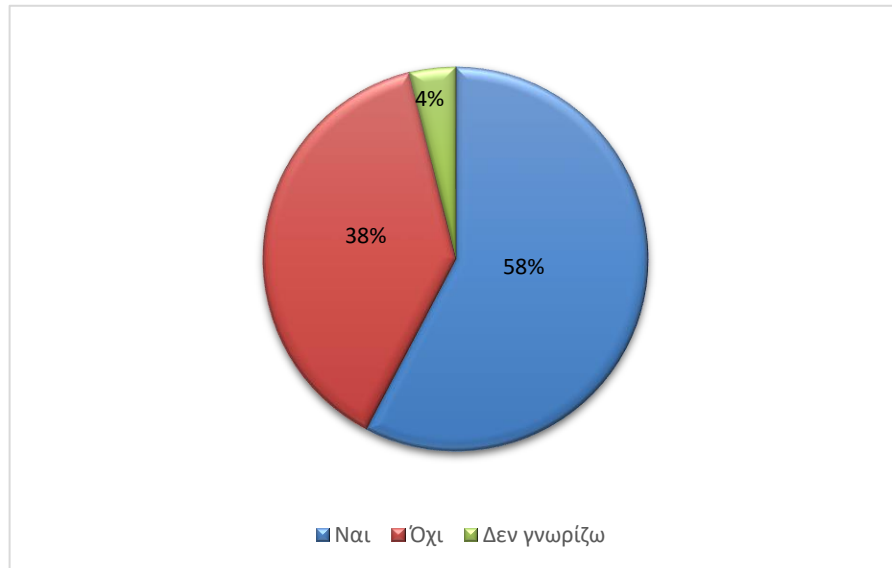


Σχήμα 6.11 Συμπτώματα

Τα συμπτώματα σύμφωνα με τα οποία οι κοινωνικοί λειτουργοί υπέθεσαν πως υπάρχει περίπτωση συνδρόμου Μινχάουζεν ήταν οι συχνές νοσηλείες (40%), οι πλασματικές ιστορίες για προηγούμενες ασθένειες (34%), η συχνή λήψη φαρμάκων (13%), η γνώση για ορισμένες παθήσεις (7%), ο μικρός αριθμός επισκεπτών κατά την νοσηλεία (3%) και οι επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία (3%).

Τα συγκεκριμένα ευρήματα ήταν αναμενόμενα καθώς παγκοσμίως σε τέτοια περιστατικά το πιο κοινό χαρακτηριστικό είναι οι συχνές νοσηλείες σε διάφορα νοσοκομεία Παίδων καθώς και η επινόηση ιστοριών για προηγούμενες ασθένειες ή υφιστάμενα συμπτώματα. Επίσης, είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένο ότι η μητέρα νιώθει γαλήνη με την παραμονή του παιδιού στο νοσοκομείο και επιδιώκει την υποβολή του σε συνεχείς ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες. Έχει πολλές ιατρικές γνώσεις, χρησιμοποιεί στο λόγο της ιατρική ορολογία και αναπτύσσει στενές σχέσεις με το ιατρικό προσωπικό προσπαθώντας να τους παραπλανήσει.

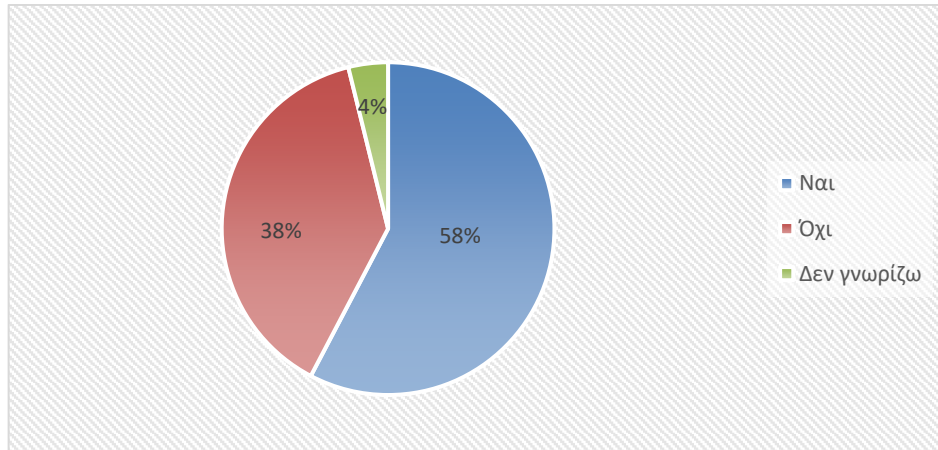
Ερώτημα 9. Πιστεύετε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για την έγκαιρη και έγκυρη ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ τέτοιων περιστατικών;



Σχήμα 6.12 Συνεργασία στην Ανίχνευση περιστατικών συνδρόμου Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου

Στο ερώτημα αν υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της δι-επιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα στην ανίχνευση τέτοιων περιστατικών το 58% (15 άτομα) απάντησε ναι, το 38% (10 άτομα) όχι και το 4% (1 άτομο) δεν γνωρίζω. Το συγκεκριμένο εύρημα δεν προκάλεσε έκπληξη στην ερευνητική ομάδα καθώς υπάρχουν και δι-επιστημονικές ομάδες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις μεταξύ των μελών, και ενίοτε και συγκρούσεις, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της συνεργασίας μεταξύ των μελών της δι-επιστημονικής ομάδας. Σύμφωνα με την σχετική βιβλιογραφία καθοριστικό ρόλο για την ύπαρξη θετικού κλίματος στις δι-επιστημονικές ομάδες και κατά συνέπεια στην εύρυθμη λειτουργία μιας ομάδας είναι η καλή ηγεσία

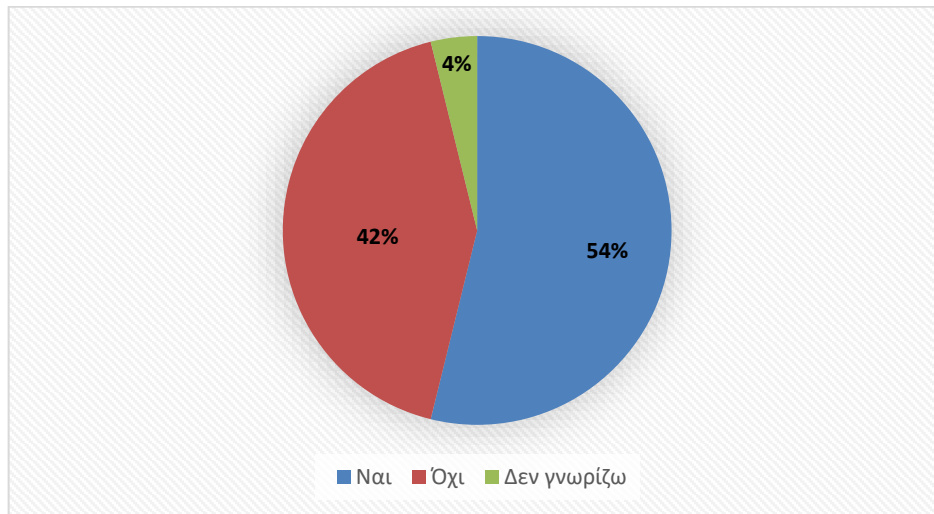
Ερώτημα 10. Πιστεύετε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για την έγκαιρη και έγκυρη ΔΙΑΓΝΩΣΗ τέτοιων περιστατικών ;



Σχήμα 6.13 Συνεργασία στην Διάγνωση περιστατικών συνδρόμου Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου

Στο ερώτημα αν υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα στην διάγνωση τέτοιων περιστατικών το 58% (15 απαντήσεις) απάντησε ναι, το 38% (10 απαντήσεις) όχι και το 4% (1 απαντήσεις) δεν γνωρίζω. Ένα ενδιαφέρον εύρημα είναι ότι και στις δύο τελευταίες ερωτήσεις, δηλαδή στην ερώτηση αναφορικά με την ανίχνευση αλλά και σε αυτή της διάγνωσης δόθηκαν ακριβώς οι ίδιες απαντήσεις από τους συμμετέχοντες κοινωνικούς λειτουργούς. Σε συνέχεια της ερμηνείας που δόθηκε στην προηγούμενη ερώτηση είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι ο υπεύθυνος της ομάδας οφείλει να έχει ως κύρια μέριμνα του τις ισότιμες σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας του και να το δείχνει εμπράκτως με την ανάθεση δύσκολων περιστατικών σε όλους τους ειδικούς.

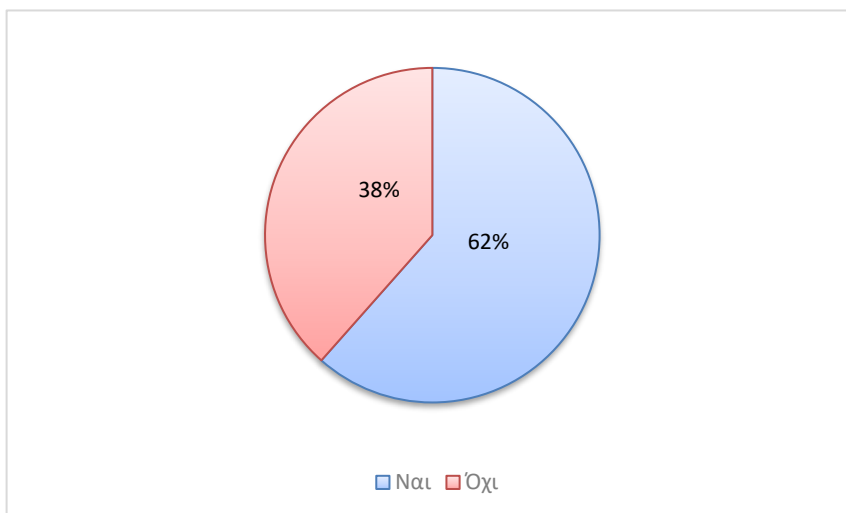
Ερώτημα 11. Πιστεύετε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για την έγκαιρη και έγκυρη ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ τέτοιων περιστατικών;



Σχήμα 6.14 Συνεργασία στην Διαχείριση περιστατικών συνδρόμου Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου

Στο ερώτημα αν υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα στην διαχείριση τέτοιων περιστατικών το 54% (14 απαντήσεις) απάντησε ναι, το 42% (11 απαντήσεις) όχι και το 4% (1 απάντηση) δεν γνωρίζω. Όπως είναι φανερό, και στις τρεις τελευταίες ερωτήσεις δόθηκαν παρόμοιες απαντήσεις από τους κοινωνικούς λειτουργούς, ότι δηλαδή η πλειοψηφία θεωρεί ότι υπάρχει καλή συνεργασία τόσο στην ανίχνευση και διάγνωση αλλά και στην διαχείριση περιστατικών συνδρόμου Munchausen by proxy.

Ερώτημα 12. Θεωρείτε την απομάκρυνση του παιδιού από τον θύτη πρωταρχικό μέτρο για τη διαχείριση του περιστατικού;



Σχήμα 6.15 Απομάκρυνση παιδιού

Το 62% (16 απαντήσεις) θεώρησαν πως η απομάκρυνση του παιδιού από τον θύτη αποτελεί πρωταρχικό μέτρο για την διαχείριση του περιστατικού, ενώ το 38% (10 απαντήσεις) διαφώνησε.

Στην συνέχεια ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αιτιολογήσουν την απάντηση τους. Από τους 9 κοινωνικούς που μας απάντησαν, οι 4 συμφωνούν πως πρέπει πρώτα να δοθεί στήριξη στον γονέα έτσι ώστε να καταλάβει τι πράττει και τι συνέπειες υπάρχουν. Άλλοι 4 θεωρούν πως πρέπει να έχει γίνει λεπτομερής αξιολόγηση του περιστατικού και μόνο αν δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης της στάσης του δράστη, ως έσχατη λύση να ζητείται η απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια.

Κάποιες απαντήσεις:

«Εξαρτάται από το χρονικό διάστημα κακοποίησης του παιδιού, το επίπεδο κακομεταχείρισης του και την σοβαρότητα της ψυχικής διαταραχής του δράστη γονέα.»

«Φυσικά θα πρέπει να απομακρυνθεί το παιδί αν η μητέρα αρνείται να λάβει ψυχιατρική βοήθεια..»

«Συμφωνώ ότι πρέπει να απομακρυνθεί το παιδί όταν υπάρχει θέμα ασφάλειας για εκείνο. Πρωταρχικό μας καθήκον είναι να διατηρήσουμε την ασφάλεια του.»

«Κάποιες φορές αυτό που χρειάζεται η μητέρα είναι να φροντιστεί ψυχιατρικά και συμβουλευτικά και μετά μπορεί να ασκήσει το γονεϊκό της ρόλο γιατί αγαπάει το παιδί της και το παιδί έχει στενή σχέση μαζί της. Συνήθως χρειάζεται να εμπλακεί πιο στενά και ο παρών απών πατέρας και έτσι βελτιώνονται οι οικογενειακές σχέσεις και αυξάνεται η προστασία του παιδιού.»

«Θα πρέπει να αξιολογούνται λεπτομερώς όλες οι παράμετροι και αν υπάρχει άμεση απειλή για την ζωή του παιδιού κατά την αξιολόγηση τότε απομακρύνεται και προστατεύεται.»

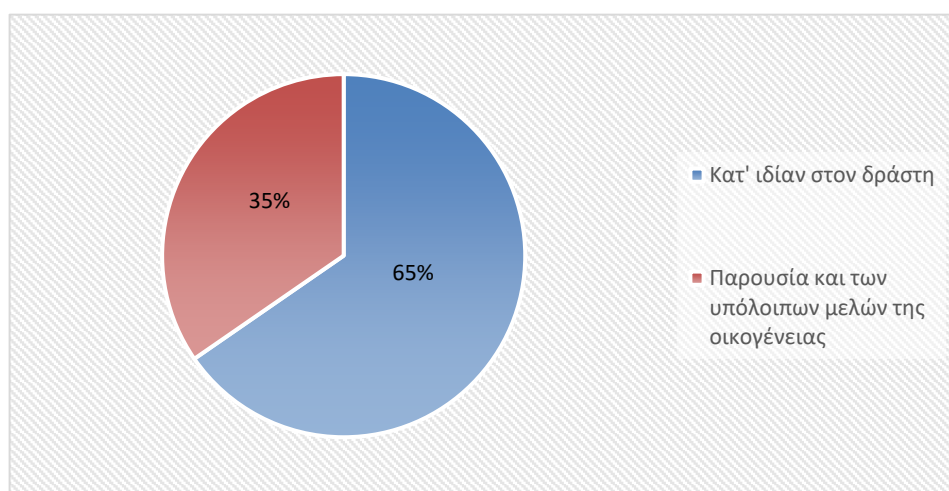
«Χρειάζεται βοήθεια και ο γονέας - φροντιστής. Σε ακραίες περιπτώσεις γίνεται διαχωρισμός της θεραπείας του γονέα για το πρόβλημα και της αντιμετώπισης της ψυχικής κατάστασης του παιδιού και του πόσο έχει επηρεαστεί από το πρόβλημα αυτό.»

«Αποτελεί παράγοντα επιβεβαίωσης του συνδρόμου όχι απαραίτητα πρωταρχικό. Κατά πρώτον πρέπει οι ενδείξεις να επιβεβαιωθούν μέσω κλινονεργαστηριακού ελέγχου και ενός καλού κοινωνικού ιστορικού. Η απομάκρυνση θα πρέπει να αποτελεί τελευταία λύση αν υπάρχει κίνδυνος ζωής.»

«Η απομάκρυνση του παιδιού από τους γονείς θα πρέπει να ερευνάται προσεκτικά. Ωστόσο θα πρέπει να εκτιμηθεί ο κίνδυνος που αντιμετωπίζει το παιδί παραμένοντας με το θύτη, ο οποίος θα πρέπει να έρθει αντιμετώπος με το πρόβλημα και να παρακολουθείται από ψυχίατρο.»

Το συγκεκριμένο εύρημα ήταν αναμενόμενο καθώς με την απομάκρυνση του παιδιού από τον γονέα μπορεί να διατηρηθεί η ασφάλεια του παιδιού και κυρίως μπορεί να αποτελέσει απόδειξη της κακοποίησης, αν δηλαδή κατά το διάστημα της απομάκρυνσης, η ιατρική του κατάσταση βελτιωθεί και τα συμπτώματα εξαλειφθούν.

Ερώτημα 13. Από την κλινική σας εμπειρία, η αποκάλυψη του συνδρόμου γινόταν συχνότερα κατ' ιδίαν στο δράστη ή με την παρουσία και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας;



Σχήμα 6.16 Αποκάλυψη Συνδρόμου

Στην ερώτηση για την αποκάλυψη του συνδρόμου η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών 65% (17 απαντήσεις) δήλωσε ότι σύμφωνα με την κλινική τους εμπειρία η αποκάλυψη το σύνδρομο γινόταν κατ' ιδίαν στον δράστη, ενώ το 35% (9 απαντήσεις) δήλωσε ότι γινόταν με την παρουσία και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.

Σημαντικό είναι το συγκεκριμένο εύρημα όπου η πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών υποστήριξε ότι η αποκάλυψη γίνεται κατ' ιδίαν στο δράστη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση οι απόψεις σχετικά με αυτό το θέμα δίστανται. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι ο δράστης δέχεται ευκολότερα τις πράξεις του, τη διάγνωση και τη θεραπεία όταν η αποκάλυψη πραγματοποιείται κατ' ιδίαν, ενώ κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι όταν παρευρίσκεται και η οικογένεια, δημιουργείται υποστηρικτικό κλίμα.

Θεματική Ενότητα 4. Προφίλ Δραστών του Συνδρόμου

Ερώτημα 1. Ποιος συνήθως είναι ο δράστης αυτού του συνδρόμου;

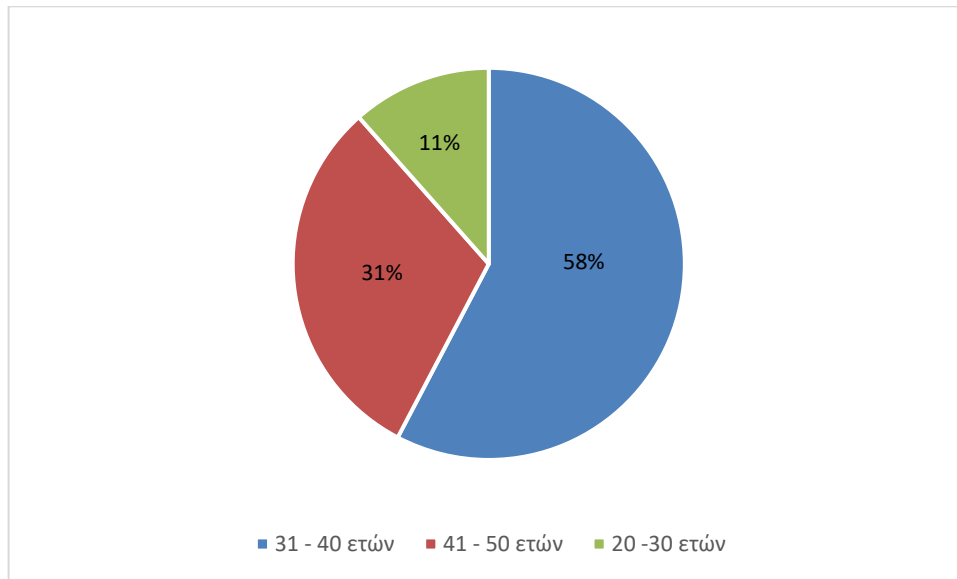


Σχήμα 6.17 Δράστης του Συνδρόμου

Όλοι οι ερωτηθέντες (26 απαντήσεις) συμφώνησαν πως ο συνήθης δράστης του συνδρόμου είναι η μητέρα (100%). Ενώ στην δική μας μελέτη το καθολικό δείγμα απάντησε πως ο θύτης είναι η μητέρα, σε προηγούμενες συναφείς έρευνες είδαμε ότι υπήρχε και ένα πολύ μικρό ποσοστό πατέρων. Η πιθανή ερμηνεία είναι πως στην Ελλάδα οι μητέρες παίζουν ακόμη και σήμερα κυρίαρχο ρόλο στην ανατροφή των παιδιών τους και οι σύζυγοί τους σπάνια τις αμφισβητούν.

Σε παλαιότερη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Rosenberg (1987) σε 117 υποθέσεις σε ποσοστό 98% δράστης ήταν η βιολογική μητέρα και σε ποσοστό 2% η θετή μητέρα, ενώ σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Sheridan (2003) σε 345 υποθέσεις το ποσοστό των βιολογικών μητέρων δραστών μειώνεται στο 76.5% και αμέσως μετά ο πατέρας με ποσοστό 6.7%. Οι Feldman και Brown (2002) μελέτησαν 122 υποθέσεις από 24 διαφορετικές χώρες και ανακάλυψαν ότι η μητέρα ήταν ο δράστης σε ποσοστό 86% και αμέσως μετά ο πατέρας σε ποσοστό 4%. Τέλος, σε συστηματική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Yates & Bass (2017) σε 796 υποθέσεις σε ποσοστό 91.2% θύτης ήταν η μητέρα του παιδιού και σε ποσοστό 2.9% ήταν ο πατέρας. Μόνο στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι Denny et al. (2001) σε 18 υποθέσεις η μητέρα ήταν ο δράστης σε όλες.

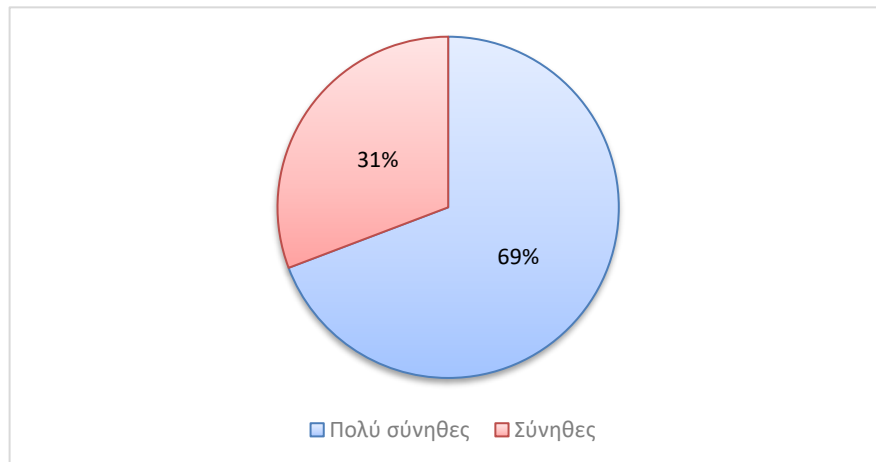
Ερώτημα 2 . Συχνότερη ηλικία θύτη



Σχήμα 6.18 Ηλικία θύτη

Στην ερώτηση σχετικά με την ηλικία του θύτη η πλειοψηφία 58% (15 απαντήσεις) απάντησε πως η συχνότερη ηλικιακή ομάδα του θύτη είναι 31-40, μετά το 31% (8 απαντήσεις) δήλωσε συνηθέστερη την ομάδα 41-50 και τέλος το 11% (3 απαντήσεις) την ομάδα 20-30. Το συγκεκριμένο εύρημα ταυτίζεται μερικώς με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όπου η συνηθέστερη ηλικία της μητέρα είναι τα 35-50 έτη.

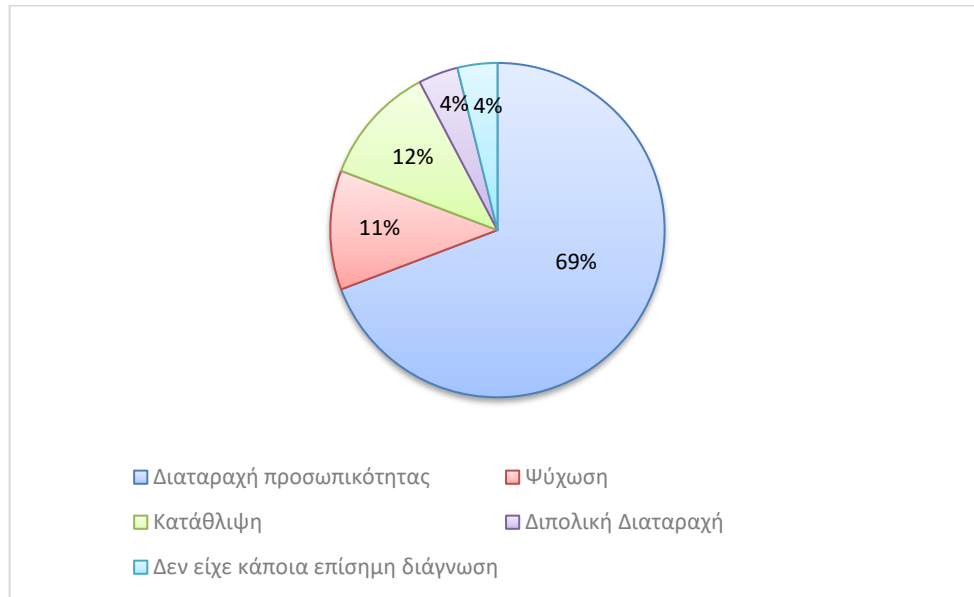
Ερώτημα 3. Πόσο σύνηθες είναι να έχει ο θύτης ιστορικό Ψυχικής διαταραχής;



Σχήμα 6.19 Ιστορικό Ψυχικών Διαταραχών Θύτη

Η πλειοψηφία των Κοινωνικών Λειτουργών, με βάση την κλινική τους εμπειρία, δήλωσε πως σε ποσοστό 69% (18 απαντήσεις) είναι πολύ σύνηθες ο θύτης να έχει ιστορικό ψυχικών διαταραχών και αμέσως μετά σε ποσοστό 31% (8 απαντήσεις) ότι είναι σύνηθες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι ερευνητές συμφωνούν ότι ο γονέας δράστης εμφανίζει ψυχικές διαταραχές, όμως τις περισσότερες φορές η ύπαρξη αυτών παραμένει άγνωστη.

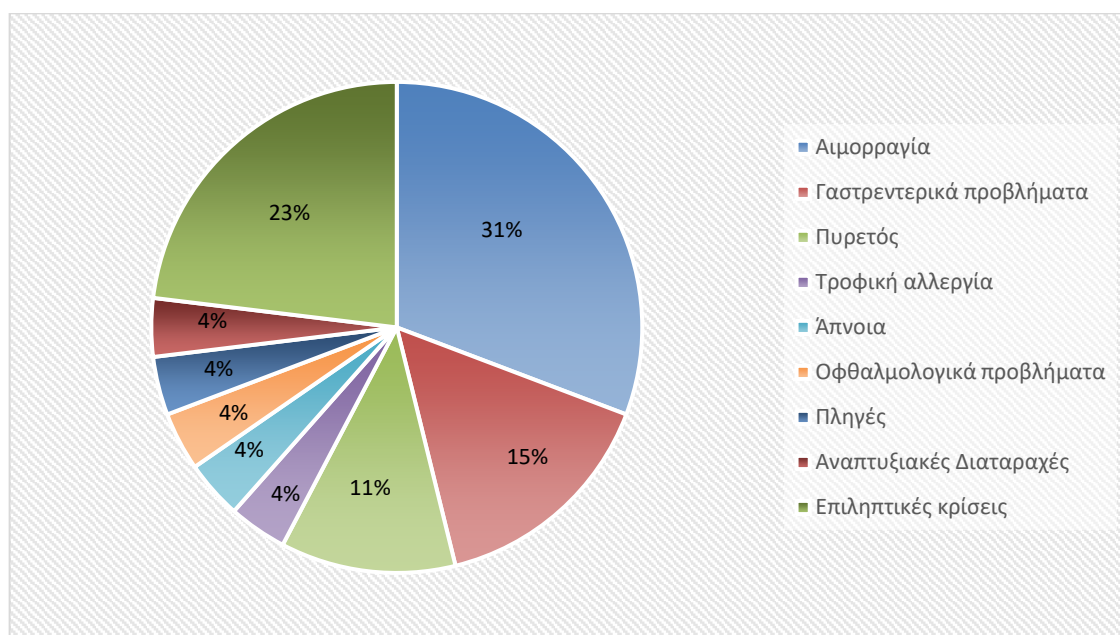
Ερώτημα 4. Αν θεωρείτε πως είναι σύνηθες, επιλέξτε τη συχνότερη ψυχική διαταραχή, που έχετε δει, να παρουσιάζει ο θύτης.



Σχήμα 6.20 Συχνότερη ψυχική διαταραχή του δράστη

Η συχνότερη ψυχική διαταραχή που παρουσιάζει ο θύτης είναι: 69% (18 απαντήσεις) διαταραχή προσωπικότητας, 12% (3 απαντήσεις) κατάθλιψη, 11% (3 απαντήσεις) ψύχωση, 4% (1 απάντηση) διπολική διαταραχή και στο 4% (1 απάντηση) των περιπτώσεων, δεν είχε κάποια επίσημη διάγνωση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι έρευνες των Rosenberg (1987), Sheridan (2003), Yates & Feldman (2016) και Yates & Bass (2017) κατέληξαν στο αποτέλεσμα ότι η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή διαταραχή και στην αμέσως επόμενη θέση βρισκόταν οι διαταραχές προσωπικότητας. Βέβαια το να πάσχει κάποια μητέρα από διαταραχή προσωπικότητας δεν αποκλείει το γεγονός ότι μπορεί παράλληλα να πάσχει και από κατάθλιψη, όπως καταδεικνύεται και από την βιβλιογραφία.

Ερώτημα 5. Τι συνήθως επικαλείται ο δράστης, ότι έχει το παιδί;

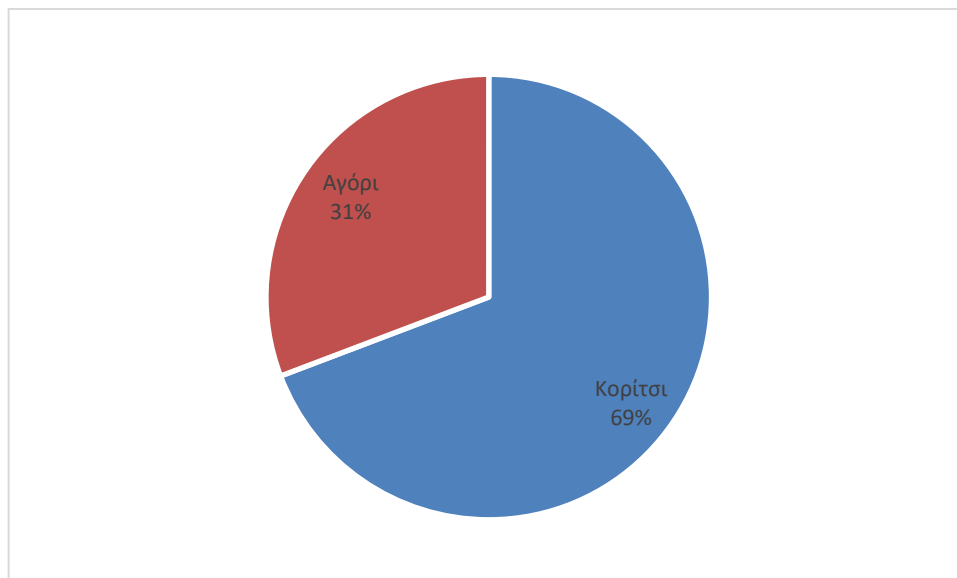


Σχήμα 6.21 Πλασματική ασθένεια παιδιού

Ο δράστης συνήθως επικαλείται πως το παιδί έχει: αιμορραγία (31%), επιληπτικές κρίσεις (23%), γαστρεντερικά προβλήματα (15%), πυρετός (11%), τροφική αλλεργία (4%), άπνοια (4%), οφθαλμολογικά προβλήματα(4%), πληγές (4%) και αναπτυξιακές διαταραχές (4%). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα του Rosenberg (1987), η οποία έδειξε ότι πιο συχνά επινοούνται η αιμορραγία και η επιληπτική κρίση με ποσοστό 44% και 42% αντίστοιχα και ακολουθούν η άπνοια με ποσοστό 15% και η διάρροια με ποσοστό 11%.

Θεματική Ενότητα 5. Θύματα

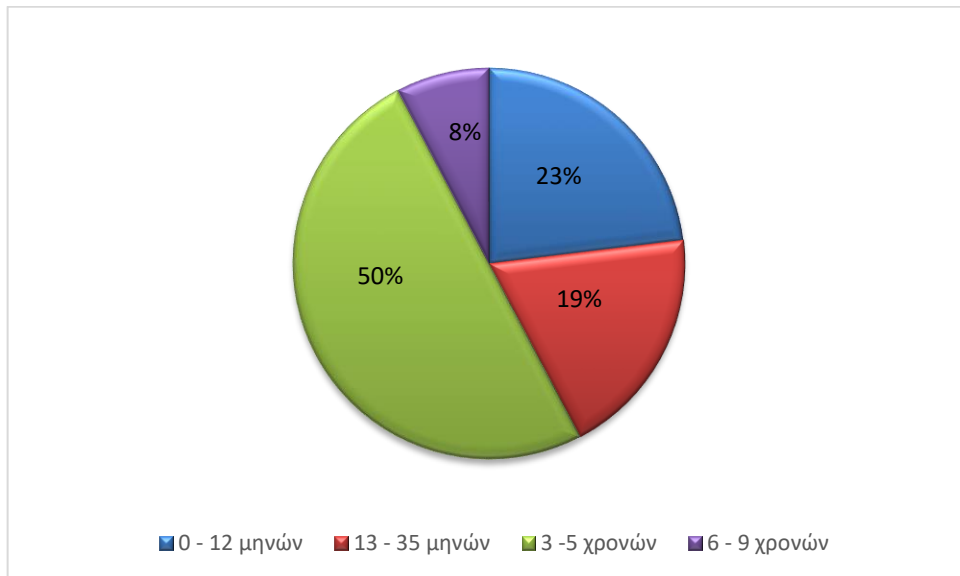
Ερώτημα 1. Ποιο φύλο κακοποιείται πιο συχνά;



Σχήμα 6.22 Φύλο κακοποίησης

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας μας σε ποσοστό 69% (18 απαντήσεις) είναι συνηθέστερο ένα κορίτσι να κακοποιείται, ενώ σπανιότερα ένα αγόρι 31% (8 απαντήσεις). Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν έχει αναδείξει κάποια προτίμηση του θύτη ως προς το φύλο του θύματος. Τόσο η έρευνα του Rosenberg (1987) όσο και του Sheridan (2003) συμφωνούν στο ότι το ποσοστό θυματοποίησης ήταν ίσο και στα δύο φύλα. Η έρευνα όμως των Feldman και Brown (2002) δείχνει ότι σε ποσοστό 54% θύματα ήταν αγόρια ενώ σε ποσοστό 46% κορίτσια. Η διαφορά του συγκεκριμένου ευρήματος της παρούσας έρευνας με σχετικές του εξωτερικού μπορεί να είναι τυχαία, και σε μια άλλη σχετική έρευνα να υπερτερούσαν τα αγόρια θύματα έναντι των κοριτσιών.

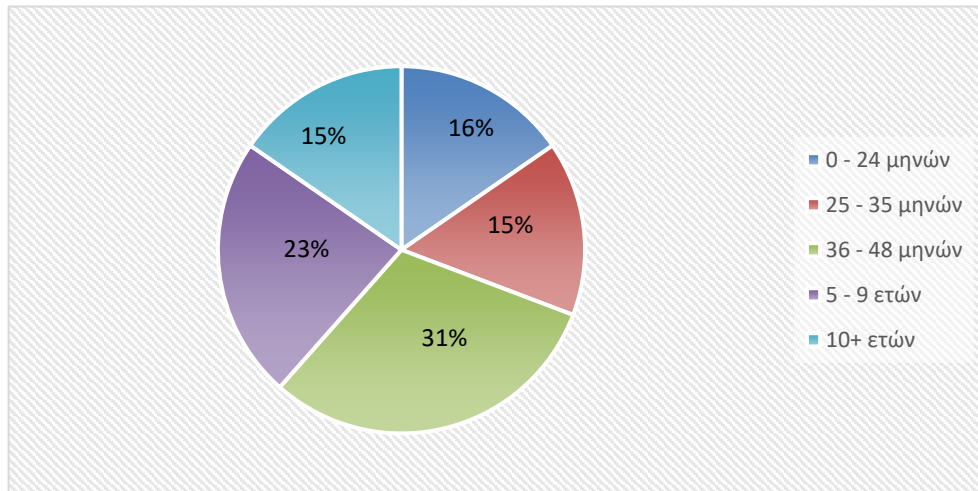
Ερώτημα 2. Ποιος είναι ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών που ΞΕΚΙΝΗΣΑΝ να είναι θύματα τέτοιου συνδρόμου, τα οποία αναλάβατε ως μέλος της δι-επιστημονικής ομάδας;



Σχήμα 6.23 Ηλικία παιδιού που ξεκίνησε να είναι θύμα του συνδρόμου

Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών που ΞΕΚΙΝΗΣΑΝ να είναι θύματα αυτού του συνδρόμου ήταν κατά 23% (6 άτομα) 0-12 μηνών, 19% (5 άτομα) 13-35 μηνών, 50% (13 άτομα) 3-5 χρονών και 8% (2 άτομα) 6-9 ετών. Η μελέτη των Feldman και Brown (2002) αποκάλυψε ότι η κακοποίηση ξεκινάει από τα 3 έτη, ενώ η έρευνα του Fulton (2000) έδειξε ότι ο μέσος όρος ηλικίας του παιδιού όταν ξεκινάει η κακοποίηση είναι 7-23 μηνών.

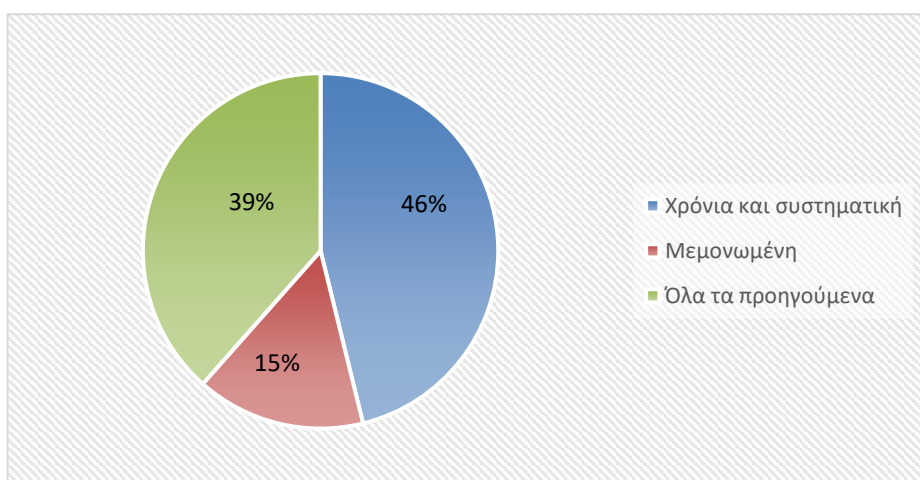
Ερώτημα 3. Ποιος είναι ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών, που ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΝ ως θύματα του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου;



Σχήμα 6.24 Ηλικία παιδιού που διαγνώστηκε ως θύμα του συνδρόμου

Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών, που ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΝ ως θύματα του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου ήταν με ποσοστό 31% (8 απαντήσεις) 36-48 μηνών, 23% (6 απαντήσεις) 5-9 ετών, 16% (4 απαντήσεις) 0-24 μηνών, 15% (4 απαντήσεις) 25-35 μηνών και τέλος 15% (4 απαντήσεις) 10+ χρονών. Επίσης, η έρευνα του Fulton (2000) έδειξε ότι ο μέσος όρος ηλικίας του παιδιού όταν γίνεται η διάγνωση είναι τα 3 έτη.

Ερώτημα 4. Η κακοποίηση που υφίστατο το θύμα ήταν:

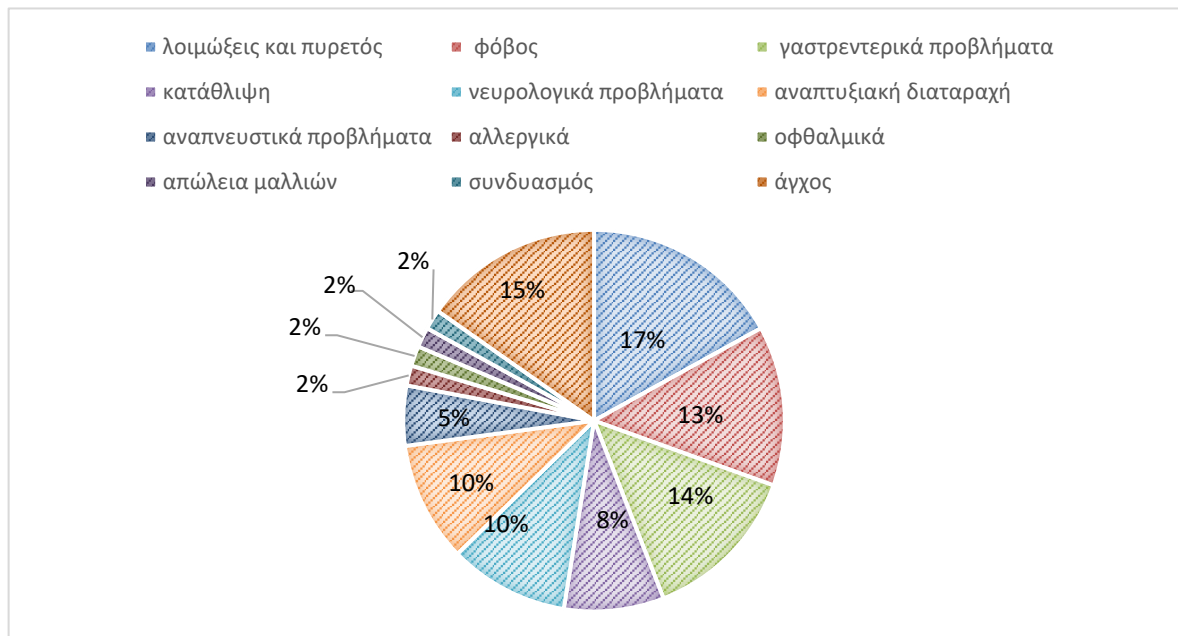


Σχήμα 6.25 Μεμονωμένη ή Χρόνια κακοποίηση

Η κακοποίηση που υφίστατο το θύμα ήταν 46% (12 απαντήσεις) χρόνια και συστηματική, 15% (4 απαντήσεις) μεμονωμένη και 39% (10 απαντήσεις) όλα τα προηγούμενα. Παρόμοια ευρήματα έχουν δείξει και προηγούμενες σχετικές μελέτες.

Ερώτημα 5. Τι συμπτώματα εμφάνισε το θύμα;

(Μπορούσαν να επιλέξουν πάνω από 1 απάντηση)

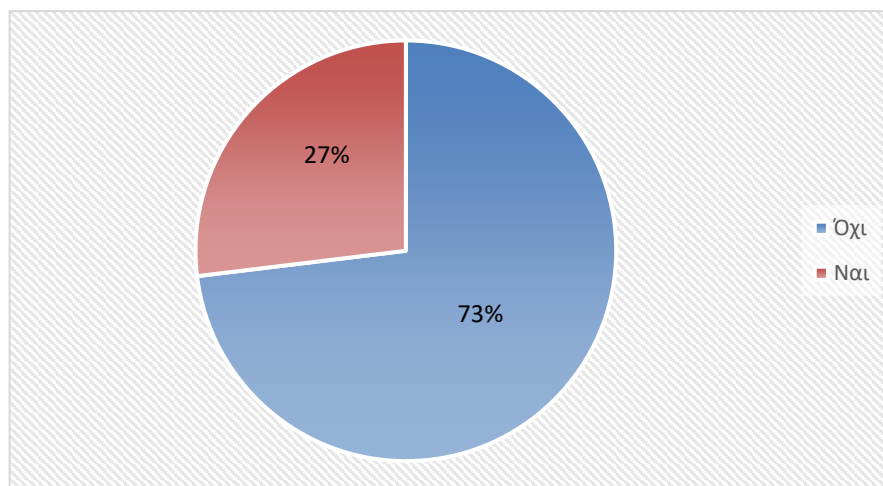


Σχήμα 6.26 Συμπτώματα

Σύμφωνα με τους ερωτώμενους το θύμα εμφάνισε λοιμώξεις και πυρετό (17%), άγχος (15%), φόβος (13%), γαστρεντερικά προβλήματα (14%), κατάθλιψη (8%), νευρολογικά προβλήματα (10%), αναπτυξιακή διαταραχή (10%), αναπνευστικά προβλήματα (5%), αλλεργικά (2%), οφθαλμικά (2%), απώλεια μαλλιών (2%) και συνδυασμό των παραπάνω συμπτωμάτων (2%). Τα προαναφερόμενα ευρήματα φανερώνουν την σημαντικότητα διάγνωσης και διαχείρισης αυτών των περιστατικών καθώς θέτουν σε κίνδυνο της σωματική και ψυχική υγεία των θυμάτων και έχει διαπιστωθεί ότι ενέχουν και επιπτώσεις στην ενήλικο ζωής τους.

Θεματική Ενότητα 6. Θεραπευτικά και Νομικά Προγράμματα

Ερώτημα 1. Πιστεύετε ότι υπάρχουν αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα για κακοποιημένα παιδιά στη χώρα μας;



Σχήμα 6.27 Αποτελεσματικότητα θεραπευτικών προγραμμάτων

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων με ποσοστό 73% (19 απαντήσεις) απάντησε πως δεν υπάρχουν αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα για κακοποιημένα παιδιά στη χώρα μας, ενώ με μικρότερο ποσοστό 27% (7 απαντήσεις) δήλωσαν ότι υπάρχουν αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα .

Από τους κοινωνικούς λειτουργούς, μας αιτιολόγησαν την απάντησή τους οι 6. Οι 4 από αυτούς συμφωνούν πως το προσωπικό δεν είναι εξειδικευμένο σε περιστατικά κακοποίησης, ούτε στους τρόπους αντιμετώπισης. Επιπλέον, υπογραμμίζουν πως δεν υπάρχουν επαρκείς χώροι υποδοχής καθώς και προσωπικό. Οι 2 εκ των 6 υπογραμμίζουν την έλλειψη γνώσης πάνω στα θεραπευτικά προγράμματα καθώς ελάχιστα είναι γνωστά. Μάλιστα, αυτολεξεί, τα λόγια κάποιων κοινωνικών λειτουργών είναι τα εξής:

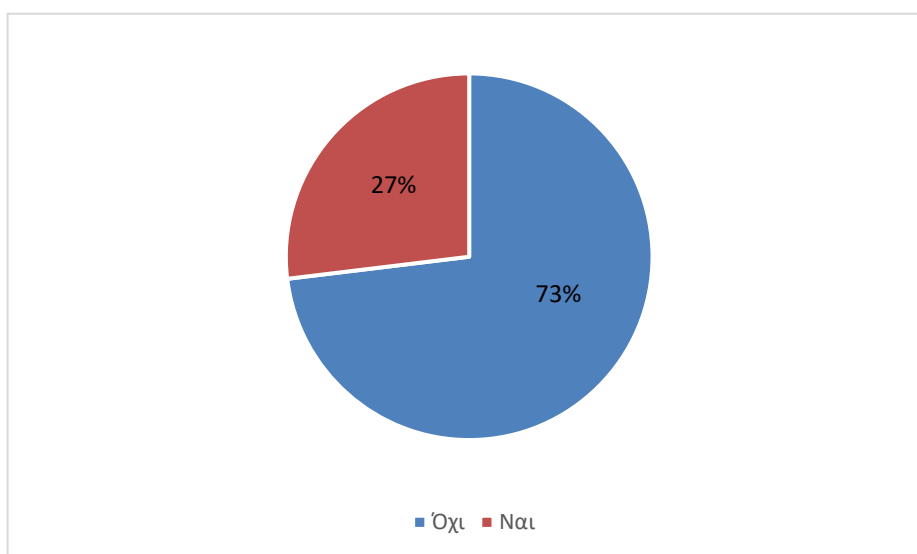
«Αν και εργάζομαι πολλά χρόνια στο χώρο της ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων δεν έχω ακουστά πολλές υπηρεσίες που ασχολούνται με την θεραπεία των κακοποιημένων παιδιών. Τα περισσότερα κέντρα λειτουργούν ως διαγνωστικά λόγω έλλειψης προσωπικού και φόρτου εργασίας.»

«Τα δημόσια πλαίσια δεν υποστηρίζονται με επαρκές προσωπικό, εκπαίδευση και παροχή συνεχούς εποπτείας ενώ οι ΜΚΟ και οι οργανισμοί ιδιωτικού δικαίου δεν διασφαλίζουν τη σταθερότητα λόγω υψηλής κινητικότητας των ειδικών.»

«Σε σχέση με το παρελθόν υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Υπάρχουν όμως πολλά πράγματα που χρειάζεται να γίνουν. Θεραπευτικά κέντρα, εκπαίδευση αρμόδιων εμπλεκόμενων υπηρεσιών.»

«Ανεπάρκεια, ασυνέχεια στην παροχή υπηρεσιών.»

Ερώτημα 2. Πιστεύετε ότι τα νομικά μέτρα αντιμετώπισης των δραστών κακοποίησης είναι αποτελεσματικά;



Σχήμα 6.28 Αποτελεσματικότητα νομικών μέτρων αντιμετώπισης δραστών

Το 27% (7 απαντήσεις) πιστεύει ότι τα νομικά μέτρα αντιμετώπισης των δραστών κακοποίησης είναι αποτελεσματικά, ενώ το 73% (19 απαντήσεις) θεωρεί πως δεν είναι. Από τους 19 ερωτώμενους οι 6 μας αιτιολόγησαν την διαφωνία τους για την αποτελεσματικότητα των νομικών μέτρων αντιμετώπισης των δραστών καθώς θεωρούν πως δεν είναι επαρκή, πρέπει να γίνουν πιο αυστηρά και πως σπάνια καταλήγουν οι θύτες σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Κι αυτό το εύρημα διαφέρει από μελέτες άλλων χωρών, γιατί στον Ελλαδικό χώρο έχουμε ελάχιστα περιστατικά γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους και καταλήγουν στη φυλακή. Συνήθως πρόκειται, σχεδόν αποκλειστικά, στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης και αυτό δείχνει πόσο ελλιπές είναι το νομικό μας δίκαιο σε διαχείριση περιστατικών παιδικής προστασίας.

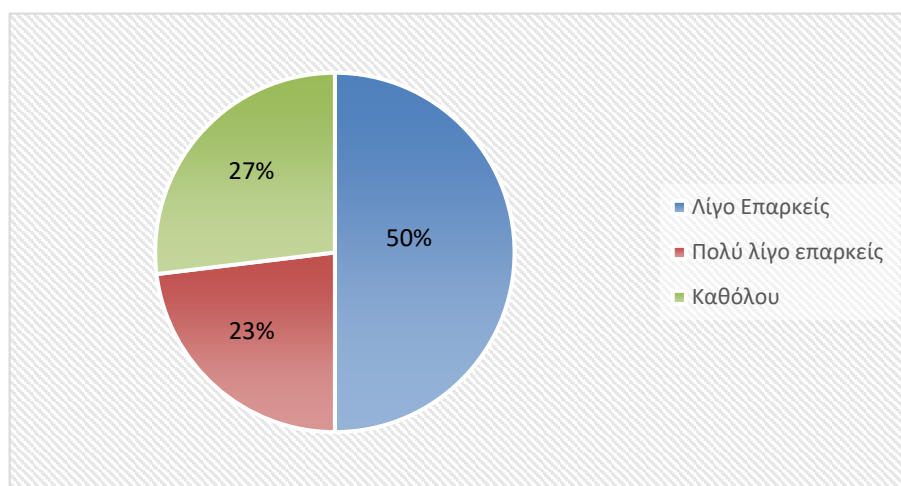
Παρακάτω παρατίθενται κάποιες απαντήσεις:

«Οι περισσότεροι κακοποιητές γονείς διαφεύγουν του νομικού πλαισίου και δεν καταλήγουν στα σωφρονιστικά καταστήματα.»

«Στο πρώτο στάδιο ναι. Στην συνέχεια όμως οι δικαστικές υπηρεσίες κρίνεται απαραίτητο να εντάξουν ενδιάμεσες υπηρεσίες σχετικές με την αντιμετώπιση και παρακολούθηση της κακοποίησης και των συνεπειών της στο παιδί και στην οικογένεια.»

«Σπάνια καταλήγουν στο ποινικό δίκαιο οι δράστες κακοποίησης.»

Ερώτημα 3. Πιστεύετε ότι, οι υποστηρικτικές υπηρεσίες (αστυνομία, δήμος, πρόνοια, εισαγγελία) είναι επαρκείς;



Σχήμα 6.29 Επάρκεια υποστηρικτικών υπηρεσιών

Το 50% (13 απαντήσεις) των κοινωνικών λειτουργών θεωρεί πως οι υποστηρικτικές υπηρεσίες είναι λίγο επαρκείς, το 23% (6 απαντήσεις) πολύ λίγο και το 27% (7 απαντήσεις) υποστηρίζει καθόλου. Αδιαμφισβήτητο γεγονός είναι ότι το υφιστάμενο σύστημα υπηρεσιών στην Ελλάδα αναφορικά με την διαχείριση των περιστατικών κακοποίησης δεν μπορεί να συγκριθεί με καμία άλλη χώρα αναπτυγμένων χωρών όπως για παράδειγμα με αυτό του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Η.Π.Α. και λόγω φόρτου εργασίας και υποστελέχωσης των υπηρεσιών, το κύριο έργο που γίνεται περιορίζεται στη διάγνωση των περιστατικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

7.1 Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης των περιστατικών συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου. Τα παραπάνω ευρήματα οδήγησαν σε ορισμένα συμπεράσματα ως προς το θέμα της μελέτης μας. Τα πρώτα βασικά συμπεράσματα αφορούν την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων, που είχαμε θέσει εξ αρχής.

Το αρχικό ερευνητικό μας ερώτημα ήταν αν γνωρίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στην Ελλάδα το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου.

Όπως γίνεται φανερό από τα δεδομένα, η πλειονότητα των ερωτώμενων γνώριζαν το εν λόγω σύνδρομο, παρ' όλα αυτά τα καταγεγραμμένα περιστατικά στον Ελλαδικό χώρο είναι ελάχιστα. Άρα, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν συνήθως μόνο θεωρητικές γνώσεις πάνω σε ειδικές μορφές κακοποίησης, καθώς το συγκεκριμένο σύνδρομο δεν λαμβάνει χώρα τόσο συχνά, συγκριτικά με άλλες μορφές παιδικής κακοποίησης. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε πως έχει συναντήσει 1-3 περιπτώσεις του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου καθ' όλη την επαγγελματική τους σταδιοδρομία.

Αναφορικά με τον **δράστη του συνδρόμου Munchausen δι' Αντιπροσώπου** στην δική μας μελέτη το καθολικό δείγμα απάντησε πως ο θύτης είναι η μητέρα. Η πιθανή ερμηνεία είναι πως στην Ελλάδα οι μητέρες παίζουν ακόμη και σήμερα κυρίαρχο ρόλο στην ανατροφή των παιδιών τους και οι σύζυγοί τους σπάνια τις αμφισβητούν.

Οι εν λόγω μητέρες, προκειμένου να γίνουν πιστευτές στο ιατρικό προσωπικό πως το παιδί τους είναι άρρωστο, **επινοούν ορισμένα συμπτώματα**. Τα συνηθέστερα από αυτά είναι η αιμορραγία, οι επιληπτικές κρίσεις και τα γαστρεντερικά προβλήματα.

Σχετικά με τα προειδοποιητικά σημάδια/ενδείξεις ύπαρξης κακοποιητικής συμπεριφοράς, οι κοινωνικοί λειτουργοί μας απάντησαν πως κατά κύριο λόγο είναι οι συχνές νοσηλείες του παιδιού και οι πλασματικές ιστορίες για προηγούμενες ασθένειες. Δευτερευόντως, είναι η συχνή λήψη φαρμάκων και η γνώση για ορισμένες παθήσεις και ιατρικές πράξεις. Προκειμένου να επιτευχθεί η εξαπάτηση των επαγγελματιών υγείας οι θύτες χρησιμοποιούν επιδέξιους μηχανισμούς, οι οποίοι είναι η μεγιστοποίηση, η προσομοίωση και η πρόκληση.

Μετά από αυτές τις πρακτικές του γονέα, το παιδί αντιμετωπίζει ποικίλα **προβλήματα**, όχι μόνο **σωματικά αλλά και ψυχολογικά**. Όπως φαίνεται από την θεωρία, αλλά μας το επιβεβαιώνουν και οι κοινωνικοί λειτουργοί, το παιδί εμφανίζει πρωτίστως λοιμώξεις και πυρετό, άγχος, φόβο, γαστρεντερικά προβλήματα, νευρολογικά προβλήματα και αναπτυξιακή διαταραχή.

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί πως είναι πολύ σύνηθες **ο θύτης να έχει κάποιο ιστορικό ψυχικής διαταραχής**. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Η διάγνωση του συνδρόμου, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα της παρούσας μελέτης γίνεται συχνότερα από κοινωνικούς λειτουργούς σε Γενικά Νοσοκομεία Παίδων και μετέπειτα από παιδοψυχιάτρους. Τα δεδομένα αυτά έρχονται σε αντίφαση με το θεωρητικό υπόβαθρο όπου η διάγνωση πραγματοποιείται από τον παιδίατρο που έχει αναλάβει την υπόθεση. Πιθανά εάν είχαν όμως ερωτηθεί τόσο οι παιδίατροι αλλά και οι παιδοψυχιάτροι να είχαν αυτοαναφέρει και οι ίδιοι την δική τους ειδικότητα ως εκείνη που συνήθως προβαίνει στην διάγνωση αυτού του συνδρόμου. Αυτό που κυρίως όμως πρεσβεύει η ερευνητική ομάδα είναι ότι η πιο πιθανή κατάσταση που επικρατεί στην πράξη είναι ότι η διάγνωση αποτελεί αποτέλεσμα της δι-επιστημονικής ομάδας και της διασυνδεδετικής συμβουλευτικής με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, οπότε πιο πιθανό να διαγνωστεί αυτό το σύνδρομο είναι όταν ενώνουν τις δυνάμεις τους όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες γενικής και ειδικής υγείας.

Σημαντικά είναι τα ευρήματα σχετικά με την **μέθοδο αποκάλυψης του συνδρόμου**. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών υποστήριξε ότι η αποκάλυψη γίνεται κατ'ιδίαν στο δράστη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση οι απόψεις σχετικά με αυτό το θέμα δίσταντο. Κάποιοι υποστήριζαν ότι ο δράστης δέχεται ευκολότερα τις πράξεις του, τη διάγνωση και τη θεραπεία όταν η αποκάλυψη πραγματοποιείται κατ'ιδίαν, ενώ κάποιοι άλλοι υποστήριζαν ότι όταν παραβρίσκεται και η οικογένεια δημιουργείται υποστηρικτικό κλίμα.

Όσον αφορά τη συνεργασία ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας ως προς την διαχείριση του συνδρόμου, η πλειονότητα των ερωτώμενων απάντησε καταφατικά, δηλαδή θεωρούν πως υπάρχει συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας..

Ακόμη, ενδιαφέρουσα είναι η **απάντηση των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών προγραμμάτων στην Ελλάδα αφού η πλειοψηφία υποστηρίζει πως είναι αναποτελεσματικά**. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ειδικοί

στην χώρα μας δεν είναι επαγγελματικά καταρτισμένοι πάνω στο συγκεκριμένο θέμα και δεν μπορούν να το αντιμετωπίσουν ούτε καν να το αναγνωρίσουν σε πολλές περιπτώσεις.

Τελευταίο, αλλά όχι λιγότερο σημαντικό, είναι η **εφαρμογή ή μη των κατάλληλων νομικών μέτρων για τον περιορισμό της κακοποιητικής δράσης του θύτη**. Γίνεται αντιληπτό και εδώ πως **η άποψη των Κοινωνικών Λειτουργών για την αποτελεσματικότητα των νομικών μέτρων δεν είναι θετική**. Κι αυτό το εύρημα διαφέρει από μελέτες άλλων χωρών, γιατί στον Ελλαδικό χώρο έχουμε ελάχιστα περιστατικά γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους και καταλήγουν στη φυλακή. Συνήθως πρόκειται, σχεδόν αποκλειστικά, στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης και αυτό δείχνει πόσο ελλιπές είναι το νομικό μας δίκαιο σε διαχείριση περιστατικών παιδικής προστασίας.

Η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μια πρώτη προσπάθεια μελέτης του θέματος του συνδρόμου Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου. Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν αποτελούν παράλληλα ένα σημαντικό πρώτο βήμα για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος και βάση για περαιτέρω μελέτες.

7.3 Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διάρκεια της έρευνας μας συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες και εμπόδια, γεγονός που δυσκόλεψε το αποτέλεσμα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, λόγω των δύσκολων συνθηκών που επικρατούν στον Ελλαδικό χώρο λόγω της πανδημίας δεν μπορέσαμε να χρησιμοποιήσουμε ποιοτική έρευνα παίρνοντας ημι-δομημένες συνεντεύξεις από επαγγελματίες υγείας, όπως αρχικά είχαμε σκεφτεί. Έτσι, ακολουθήσαμε την ποσοτική έρευνα δημιουργώντας ερωτηματολόγια, όπου και αποστείλαμε σε μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας.

Ωστόσο, λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας και του έντονου εργασιακού στρες που επικρατεί στα νοσοκομεία, κυρίως το τελευταίο διάστημα εξαιτίας της πανδημίας covid 19, εμπόδισε σε ένα σημαντικό ποσοστό στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, διότι δεν είχαν όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί τον χρόνο να συνεργαστούν και να ανταποκριθούν θετικά συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια μας.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, να μην λάβουμε από όλα τα νοσοκομεία απάντηση. Το γεγονός αυτό δυσκόλεψε την έρευνα μας, διότι, είχαμε λιγότερες απαντήσεις απ' ότι αρχικά πιστεύαμε. Επιπροσθέτως, λόγω του ότι επιλέξαμε ένα θέμα το οποίο δεν είναι απολύτως

γνωστό στο ευρύ κοινό δυσκολευτήκαμε να βρούμε μεγάλο δείγμα για την έρευνα μας. Αναλυτικότερα, για να απαντήσει κάποιος το ερωτηματολόγιό μας έπρεπε να :

1. Είναι κοινωνικός λειτουργός.
2. Γνώριζε το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου.
3. Είχε ασχοληθεί κατά την άσκηση του επαγγέλματος του με περιστατικά Munchausen δι' αντιπροσώπου.

Σε περίπτωση που κάποιος κοινωνικός λειτουργός δεν πληρούσε αυτά τα τρία κριτήρια, τότε μπορούσε να απαντήσει κατά το ήμισυ το ερωτηματολόγιο. Πολλοί από τους κοινωνικούς λειτουργούς γνώριζαν για το συγκεκριμένο σύνδρομο, ωστόσο δεν είχαν αναλάβει κάποιο σχετικό περιστατικό και έτσι δεν μπορούσαν να συμμετάσχουν ολοκληρωτικά στο ερωτηματολόγιο. Αυτό ήταν ένα μεγάλο εμπόδιο όπου και μας δυσκόλεψε στο να συλλέξουμε ένα ικανοποιητικό αριθμό δείγματος. Εξαιτίας των παραπάνω δυσκολιών, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε αντιπροσωπευτικότητα και γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Βιβλιογραφία

Αγγλική Βιβλιογραφία

- Abeln, B., & Love, R. (2018). An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nursing Clinics of North America*, 53(3), σσ. 375 - 384. doi:10.1016/j.cnur.2018.04.005
- Adshead, G., & Brooke, D. (2001). *Munchausen's Syndrome by Proxy, Current issues in assessment, Treatment and research*.
- American Psychiatric Association . (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. σσ. pp 513-517, 739-740.
- American Psychological Association . (2000). *DSM-IV-TR, Arlington*.
- Anonymous. (2015). The United States bill of rights: First 10 amendments to the constitution, American Civil Liberties Union. Ανάκτηση από <https://www.aclu.org/united-states-bill-rights-first-10-amendments-constitution>
- Anonymous. (2020). *Children Under Attack*. Unicef. Ανάκτηση από <https://www.unicef.org/children-under-attack>
- Artingstall, K. (2017). *Munchausen by Proxy and Other Factitious Abuse*. CRC Press.
- Ayoub, C. (2010). Munchausen Syndrome by Proxy. 690-699. doi:scihub.se/10.1017/CBO9780511730290.084
- Ayoub, C., & Alexander, R. (1998). Definitional issues in Munchausen by proxy, American professional society on the abuse of children advisor. 11, 7 - 10.
- Belsky, J. (1978). Three Theoretical Models of Child Abuse: A Critical Review. *Child Abuse & Neglect*, 2(1), 37 - 49. doi:[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(78\)90005-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(78)90005-4)
- Bonet, T. (1684). *A guide to the practical physician*. London: Thomad Flesher.
- Day, D., & Parnell, T. (1997). Munchausen syndrome by proxy. *Misunderstood child abuse*.
- Denny, S., Grant, C., & Pinnock, R. (2001). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of Paediatric Child Health*, 37, 240 - 243.
- Dubowitz, H., Giardino, A., & Gustavson, E. (2000). Child Neglect: Guidance for pediatricians. *Pediatric*, 21(4), 111 - 116.
- English, J. (2020). Almost 5 million children born into war in Syria, 1 million born as refugees in neighbouring countries. *UNICEF*. Ανάκτηση από <https://www.unicef.org/press-releases/almost-5-million-children-born-war-syria-1-million-born-refugees-neig>
- Erickson, M. F., & Egeland, B. (1996). Child neglect. In the APSAC handbook on Child maltreatment. σσ. 4 - 20.
- Feldman, M. (2013). *Playing sick? Untangling the web of Munchausen syndrome, Munchausen by proxy, Malingering and factitious disorder*.
- Feldman, M., & Brown, R. (2002). Munchausen by Proxy in an international context. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), 509 - 524. doi:10.1016/s0145-2134(02)00327-7

- Fulton, D. (2000). Early recognition of Munchausen syndrome by proxy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23, 35 - 42.
- Gray, J., & Bentovim, A. (1996). Illness induction syndrome: Paper I- A series of 41 children from 37 families identified at the Great Ormond Street Hospital for Children NRH Trust. *Child Abuse and Neglect*, 20, 655-673.
- Gwen, A., & Deborah, B. (2001). Munchausen's Syndrome by Proxy: Current Issues in Assessment, Treatment and Research. *Medical Science*.
- Hagemann, C. (2001). European Research on the Prevalence of violence against women. *Violence Against Women*, 7, σσ. 732-759.
- Janofsky, J. (1986). *Munchausen syndrome in a mother and daughter: an unusual presentation of folie a deux*. *J Nerv Ment Dis*.
- Kahan, B., & Yorker, B. (1991). Munchausen syndrome by proxy: Clinical review and legal issues. *Behavioral Sciences & the Law*, 9(1), σσ. 73 - 83. doi:10.1002/bsl.2370090109
- Kimberly, L. (2007). *Munchausen Syndrome by Proxy: Treatment in the Courts*. University at Buffalo School of Law . Ανάκτηση από <https://digitalcommons.law.buffalo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=bwlj>
- Korpershoek, M., & Flisher, A. (2004). Diagnosis and management of Munchausen's syndrome by proxy. *Journal of child & adolescent mental health*, 16(1), σσ. 1 - 9. doi:10.2989/17280580409486557
- Langer, R. (2009). "A Dignified and Caring Mother:" An Examination of Munchausen Syndrome By Proxy Case Law. *Psychiatry, Psychology and Law*, 16(2), 217 - 239. doi:10.1080/13218710802552963
- Lasher, L. J., & Sheridan, M. (2004). Munchausen by Proxy, Identification, intervention and case management. *New York: The Haworth Press*.
- Levin, A., & Sheridan, M. (1995). Munchausen Syndrome by Proxy: issued in diagnosis and treatment. *Lexington*.
- Libow, J. (1995). *Munchausen by Proxy Victims in Adulthood, a first look Pediatrics*.
- M. Lopez- Rico, e. a. (2019). Diagnosis and treatment of the factitious disorder on another, previously called Munchausen syndrome by proxy. *SN Comprehensive clinical medicine*, 1(6), 419 - 433. doi:10.1007/s42399-019-00057-6
- Martinovic, Z. (1995). Fictitious epilepsy in Munchausen syndrome by proxy: Family psychodynamics. *Seizure*, 4, 129-134.
- McClure, R., & Davis, P. (1996). Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Archives of disease in childhood*, 75, 57 - 61.
- McGuire, T., & Feldman, K. (1989). Psychologic morbidity of children subjected to Munchausen syndrome by proxy. *Pediatrics*.
- Meadow, R. (1982). Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood*. 57, 92 - 98.

- Meadow, R. (1985). Management of Munchausen syndrome by proxy, *Archives of disease in childhood*, 60(4), 385 – 393. doi:10.1136/adc.60.4.385
- Meadow, R. (1993). Nonaccidental salt poisoning. *Arch Dis Child*.
- Meadow, R. (2002). Different interpretations of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse & Neglect*, 26(5), σσ. 501-508. doi:10.1016/s0145-2134(02)00326-5
- Money, J., Anecillo, C., & Hutchison, J. (1985). Forensic and family psychiatry in abuse dwarfism: Munchausen's syndrome by proxy, atonement and addiction to abuse. *J Sex Marital Ther*, 11, σσ. 30 - 40.
- Morrell, B., & Tilley, D. (2012). The Role of Nonperpetrating Fathers in Munchausen Syndrome by Proxy: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, σσ. 328-335. doi:10.1016/j.pedn.2011.03.008
- Newberger, C., & Cook, S. (1983). Parental awareness and child abuse: A cognitive developmental analysis of urban and rural samples. *Am J Orthopsych*, 53(3), σσ. 512-524.
- O'Hagan, M., & Smith, M. (1993). *Special Issues in Child Care - A Comprehensive NVQ-Linked Textbook*.
- Oxley, J., & Feldman, M. (2016). Munchausen by proxy by internet and pets. *Veterinary Record*, σσ. 663-664. doi:10.1136/vr.i3450
- Patrologia, G. (1857-1866). *Curcus completes*.
- Paulk, D. (2001). Munchausen syndrome by proxy: Tall tales and real hurts, *Clinical Reviews*, 11, σσ. 51-57.
- Pulman, A., & Taylor, J. (2012). Munchausen by Internet: Current Research and Future Directions. *Journal Of Medical Internet Research*, 14(4), σσ. 1-11. doi:http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2011
- Puri, B. (2006). Munchausen syndrome by proxy in pregnancy. *International Journal of Clinical Practice*, 60(12), σσ. 1527–1529. doi:10.1111/j.1742-1241.2006.00983.x
- Rosenberg, D. (1983). False allegations of abuse and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child*.
- Rosenberg, D. (1987). Web of deceit: a literature review of Munchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Neglect*, 11, σσ. 547-63.
- Rosenberg, D. (1997). Munchausen Syndrome by Proxy: Currency in counterfeit illness. *The Battered Child*, σσ. 413-430.
- Schopen, I. (1829). *Nicephori Gregorae historiae Byzantinae*, Impensis Weber, Bonn.
- Schreier, H. (2004). Munchausen by proxy, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 34(3), σσ. 126-143. doi:10.1016/j.cppeds.2003.09.003
- Seibel, M., & Parnell, T. (1998). The Physician's role in confirming the diagnosis. Munchausen by proxy syndrome: Misunderstood child abuse. σσ. 69 - 94.

- Sheets, L., Leach, M., Koszewski, L., Lessmeier, A., Nugent, M., & Simpson, P. (2013). Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*, *131*(4), σσ. 701-707.
- Sheridan, M. (2013). The deceit continues: an updated literature review of Munchausen Syndrome by Proxy. *Child Abuse & Neglect*, *27*(4), σσ. 431-451.
- Siegel, P., & Fischer, H. (2001). Munchausen by Proxy Syndrome: Barriers to detection, confirmation and intervention. *Children's services*, *4*(1), σσ. 31-50.
doi:10.1207/s15326918cs0401_3
- Stirling, J. (2007). Beyond Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*, *119*(5). doi:10.1542/peds.2007-0563
- Stuart, D. (2019). War on children Afghanistan award winning photography, Save the Children. Ανάκτηση από <https://www.savethechildren.net/news/war-children-afghanistan-award-winning-photography>
- Thomas, K. (2003, June). Munchausen Syndrome by Proxy: Identification and Diagnosis. *Journal of Pediatric Nursing*, *18*(3). doi:10.1053/jpnd.2003.35
- Unicef. (2014). Hidden in plain sight a statistical analysis of violence against children.
- Unicef. Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού.
doi:<https://www.unicef.org/greece/%CF%83%CF%8D%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CF%80%CE%B1%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%BF%CF%8D>
- Waller, D. (1983). Obstacles to the Treatment of Munchausen by Proxy Syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *22*(1), σσ. 80 - 85. doi:10.1097/00004583-198301000-00013
- WHO. (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO.
- Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, *72*, σσ. 45–53.
doi:10.1016/j.chiabu.2017.07.008
- Yates, G., & Feldman, M. (2016). Factitious disorder: a systematic review of 455 cases in the professional literature. *General Hospital Psychiatry*, *41*, σσ. 20-28.
doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.05.002

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος, Ε. (2008). *Από το Σύνδρομο του Κακοποιημένου Παιδιού Στα Δικαιώματα Του Παιδιού: Μία Διαχρονική Πορεία*. (Μ. Δημοπούλου-Λαγωνίκα, Μ. Κατσίκη, & Μ. Μαρντιγιάν-Γαζεριάν, Επιμ.)
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1991). *Κακοποίηση -Παραμέληση Παιδιών*, (Δεύτερη εκδ.). Αθήνα: Γρηγόρης.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, Ε. (1998). *Οδηγός για την αναγνώριση και Αντιμετώπιση της κακοποίησης του παιδιού*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Άρθρο 54 – Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Ελλάδας, Υπουργείο Δικαιοσύνης. Ανάκτηση από <http://www.opengov.gr/ministryofjustice/?p=10424>
- Αριές, Φ. (1990). *Αιώνες Παιδικής Ηλικίας*. (Γ. Αναστοπούλου, Μεταφρ.) Γλάρος.
- Βουιδασάκης, Β. (1996). *Δικαίωμα ή υποχρέωση η εννιάχρονη σχολική εκπαίδευση*. Αθήνα: Gutenberg.
- Γαλάνη, Π., & Σβαρνιά, Α. (2015). *Το Χαμόγελο του Παιδιού και Προοπτικές Ανάπτυξης*. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Μεσολόγγι.
- Γεωργιάδης, Θ. (2003). *Οι μύθοι των Ελλήνων*. Αίγειρος, Θεσσαλονίκη.
- Γεωργοπούλου-Αγάθωνος, Ε., & Γιαννοπούλου, Ι. &. (2009). *Προσχολική Παιδοψυχιατρική 2, Κλινική και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γιαννοπούλου, Ι., Δουζένης, Α., & Λύκουρας, Λ. (2010). *Ψυχιατροδικαστική Παιδιών και Εφήβων*,. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Γιωτάκος, Ο., Τσιλιακού, Μ., & Τσίτσικα, Α. (2011). *Κακοποίηση Παιδιού και Εφήβου, Ανίχνευση, αντιμετώπιση, πρόληψη*. Αθήνα: Πεδίο.
- Γκούβερης, Π. (2011). *Munchausen by Proxy: Η διαλεκτική πρόκληση της Υγειονομικής Κακοποίησης Ανηλίκων*. Πτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Ανάκτηση από <https://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789>
- Γκούβερης, Π. (2019). *Ιατρικές Κοινωνικές και Νομικές Διαστάσεις του Μηχανισμού Κατασκευής Υγειονομικής Κακοποίησης Ανηλίκων στην Ελληνική Πραγματικότητα. Το παράδειγμα του (Συνδρόμου) Munchausen by Proxy*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Δούκας. (1997). Μ. Βυζαντινοτουρκική Ιστορία, Κείμενα Βυζαντινής Ιστοριογραφίας. 7.
- (2002). *Εγχειρίδιο Διατμηματικών Διαδικασιών για τον χειρισμό περιστατικών βίας στην οικογένεια*. Συμβουλευτικής Επιτροπή. Ανάκτηση από http://www.familyviolence.gov.cy/upload/downloads/egxeiridio_diatmimatikon_diadikasion_200206.pdf
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανάκτηση από <https://www.ekka.org.gr/index.php/el/>
- Ελίζα. Ανάκτηση από <https://eliza.org.gr/>
- Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών. Ανάκτηση από <https://www.epaa.gr/>

- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία;*. Κριτική. Ινστιτούτο Υγείας Του Παιδιού. Ανάκτηση από <https://ich.gr/>
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. (2007 – 2013). *Πρωτόκολλο Διερεύνησης, Διάγνωσης και Διαχείρισης Κακοποίησης και Παραμέλησης*.
- Ινστιτούτο Υγείας Του Παιδιού. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας. (χ.χ.). Ανάκτηση από <http://esa-kara-p.gr/?q=node/96>
- Καλαμπόκη, Κ. (2021). *Το Φαινόμενο της παιδικής κακοποίησης, Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου*.
- Καρέτσου, Τ., & Κατελούζου, Α. (2016). *Κακοποίηση ή Ατύχημα; Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παιδική κακοποίηση*. Πτυχιακή Εργασία, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα.
- Κέντρο Προστασίας Του Παιδιού Αττικής «Η ΜΗΤΕΡΑ». Ανάκτηση από <https://kvmhtera.gr/>
- Κιβωτός του κόσμου. Ανάκτηση από <https://www.kivotostoukosmou.org/el/>
- Κολαίτης, Γ. (2020). *Σύγχρονη Ψυχιατρική Παιδιού & Εφήβου*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Κούγκας, Σ. (2013). *Η ιστορική εξέλιξη και το Νομικό Πλαίσιο της Κοινωνικής Προστασίας της Παιδικής Ηλικίας*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πειραιάς.
- Κουκουζέλη, Α., Παναγιωτοπούλου, Ι., & Χανούση, Η. (2015). *Παιδική Κακοποίηση: Συμπτώματα και Αιτιολογία*. Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Πάτρα.
- Κούρτη, Ε. (1999). *Γλώσσα και Επιθετικότητα. Η Επιθετικότητα στην Οικογένεια, στο Σχολείο και στην Κοινωνία*. (Ν. Νέστορος, Επιμ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λιάμπα, Δ. (2018). *Κακοποίηση των ατόμων με Οπτική Αναπηρία*. Διπλωματική Εργασία, Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Θεσσαλονίκη.
- Μαζί για το παιδί. Ανάκτηση από <https://mazigiatorpaidi.gr/>
- Μακρυγιάννη, Α. (2012). *Το φαινόμενο της Συντροφικής Βίας και οι Εφαρμογές στη Συμβουλευτική*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ειδικής Αγωγής.
- Μαραγκός, Χ. (1983). Κακοποίηση παιδιών με κλινική προβολή μηνιγγίτιδας ή σηψαιμίας 0-12 μηνών. *Δελτίο παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 30(3), 190-196.
- Νεοφωτίστου, Μ.-Γ. (2019). *Η κοινωνική θέση του παιδιού στη βυζαντινή κοινωνία κατά τη Μέση και Υστερη Βυζαντινή περίοδο (οικογένεια-εκπαίδευση-νομοθεσία)*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Φιλολογίας.
- Ντότσικα, Σ., & Τζαβδάρτζη, Χ. (2015). *Η Οπτική των Επαγγελματιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας για τα ηθικά διλήμματα σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και τρόποι διαχείρισής τους*. Πτυχιακή Εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Κρήτη.

- Ουζούνη, Χ., & Νάκας, Κ. (2011). *Η Αξιοπιστία και Εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λαμίας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Παιδικά Χωριά SOS*. Ανάκτηση από <https://sos-villages.gr/>
- Παναγοπούλου, Α. (2017). *Μελέτη γνώσεων και στάσεων για τη διαχείριση περιστατικών παιδικής κακοποίησης στους εργαζόμενους των παιδιατρικών κλινικών των νοσοκομείων της 6ης ΥΠΕ*. Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Στη Σχολή Επιστημών Υγείας, Πάτρα.
- Παπαδάτος, Σ. (1984). *Περί της μνηστείας εις το Βυζαντινόν Δίκαιον*, Πραγματεία της Ακαδημίας Αθηνών. 50.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1985). *Εξελικτική Ψυχολογία: Η Ψυχική ζωή από τη σύλληψη ως την ενηλικίωση (Προγεννητική περίοδος βρεφική ηλικία)* (Τόμ. 1). Αθήνα.
- Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας* (Τόμ. 1). Αθήνα.
- Συλλογικό. (2011). *Ενδοοικογενειακή Βία: Διεπιστημονική Προσέγγιση στην Πρόληψη και την Αντιμετώπιση*. (ΑΩ, Επιμ.) Λαγωνικά.
- Συνήγορος του πολίτη*. Ανάκτηση από <https://www.synigoros.gr/>
- Το χαμόγελο του παιδιού*. Ανάκτηση από <https://www.hamogelo.gr/>
- Τουρτόγλου, Μ. (1963). *Παρθενοφθορία και εύρεσις θησαυρού Βυζάντιον-τουρκοκρατία μετεπαναστατικοί χρόνοι μέχρι και του Καποδιστρίου*. Αθήνα.
- Τσαβαλιά, Ι. (2019). *Παιδική Κακοποίηση – Παραμέληση και Φορείς Κοινωνικής Πρόνοιας, Απόψεις Επαγγελματιών για τη Λειτουργία και την Αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Κόρινθος.
- Χατζηκυριάκειο Ίδρυμα Παιδικής Προστασίας*. Ανάκτηση από <https://www.xatzikiriakio.gr/>
- Χατζηφωτίου, Σ. (2005). *Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών*. Θεσσαλονίκη: Τζιόλα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σύνδρομο Μινχάουζεν Δι' Αντιπροσώπου

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και ανώνυμη. Μπορούν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο μόνο επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με περιπτώσεις Μινχάουζεν δι' αντιπροσώπου (Munchausen by proxy). Τα δημογραφικά στοιχεία που ζητούνται αποσκοπούν μόνο στη συλλογή στατιστικών στοιχείων και καλύπτονται από πλήρη εχεμύθεια και προστασία προσωπικών δεδομένων. Σημειώνουμε ότι τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και είναι απόλυτα εμπιστευτικά. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούνται περίπου 10 λεπτά από το χρόνο σας. Σας ευχαριστούμε ιδιαίτερα για το χρόνο και τη συμβολή σας στην ολοκλήρωση αυτής της έρευνας.

Θεματική Ενότητα 1. Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο

- Γυναίκα
- Άνδρας

2. Ηλικία

- 23-35
- 36-49
- 50-64
- 65+

3. Πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχετε;

- 0- 7
- 8-15
- 16-23
- 24-31
- 32+

4. Επιλέξτε τον εργασιακό τομέα στον οποίο ανήκετε.

- Ιδιωτικό
- Δημόσιο
- ΜΚΟ
- Άλλο

Θεματική Ενότητα 2. Γενικές γνώσεις του φαινομένου

- 1. Πόσες περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης έχετε αντιμετωπίσει τον τελευταίο χρόνο;**
 - 0-10
 - 11-20
 - 21-30
 - 31-40
 - 41+

- 2. Γνωρίζετε το Σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου(by proxy);**
 - Ναι
 - Όχι

- 3. Από ποια πηγή γνωρίζετε για το σύνδρομο Munchausen δι' αντιπροσώπου; (Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)**
 - Προσωπική κλινική εμπειρία
 - Αναφορές από συναδέλφους επαγγελματίες υγείας
 - Επιμορφωτικό σεμινάριο
 - Ανακοίνωση σε συνέδριο
 - Ενημέρωση από το διαδίκτυο
 - Άλλο

- 4. Κατά το διάστημα άσκησης του επαγγέλματος σας ήρθατε σε επαφή με υπόθεση/σεις ύπαρξης ή υποψίας συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου; (Αν απαντήσετε όχι, σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας. Παρακαλώ πατήστε το κουμπί Υποβολή.)**
 - Ναι
 - Όχι

Θεματική Ενότητα 3. Εμπειρία Περιστατικού Munchausen δι' αντιπροσώπου

- 1. Καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας πόσες τέτοιες περιπτώσεις έχετε συναντήσει;**
 - 1-3
 - 4-6
 - 7+

- 2. Θεωρείτε ότι είναι εύκολη η διάγνωση του συγκεκριμένου συνδρόμου;**
 - Ναι, σε όλες τις περιπτώσεις
 - Ναι, σε μερικές περιπτώσεις
 - Όχι

- Ποτέ

3. Συνήθως που διέμεναν οι εν λόγω οικογένειες;

- Μεγάλα Αστικά Κέντρα
- Κωμοπόλεις
- Χωριά
- Νησί
- Άλλο

4. Ποια είναι η συνήθης σύνθεση της οικογένειας του ατόμου που διαπράττει αυτό το Σύνδρομο;

- Παντρεμένο Συζυγικό Ζευγάρι
- Διαζευγμένος γονέας
- Άγαμη/ος μονογονεϊκή οικογένεια
- Χήρα/ος

**5. Ποιοι συνήθως ανιχνεύουν τέτοιου είδους περιστατικά;
(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)**

- Παιδοψυχίατροι σε Γενικά Νοσοκομεία Παίδων
- Κοινωνικοί Λειτουργοί σε Γενικά Νοσοκομεία Παίδων/Παιδοψυχιατρικές Κλινικές
- Παιδίατρος σε Γενικά Νοσοκομεία Παίδων
- Ιδιώτης παιδίατρος
- Ιατροδικαστής
- Άλλο

**6. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, πώς έγινε η διάγνωση;
(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)**

- Κλινική Εκτίμηση
- Ψυχιατρική Εκτίμηση
- Εργαστηριακές Εξετάσεις
- Άλλο

**7. Αν επιλέξατε πως η διάγνωση έγινε μέσω εργαστηριακών εξετάσεων, ποιες ήταν αυτές;
(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)**

- Εξετάσεις αίματος
- Εξετάσεις ούρων
- Καλλιέργειες
- Εξετάσεις πηκτικότητας

- Εκτίμηση της λειτουργίας του θυρεοειδούς
- Γενετικός έλεγχος
- Αξονική ή Μαγνητική τομογραφία
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Άλλο

**8. Ποια ήταν τα συμπτώματα σύμφωνα με τα οποία υποθέσατε πως υπάρχει περίπτωση συνδρόμου Μινχάουζεν;
(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)**

- Συχνές νοσηλείες
- Γνώση για ορισμένες παθήσεις
- Συχνή λήψη φαρμάκων όπως τα αναλγητικά
- Εύκολη αποδοχή μίας σοβαρής επέμβασης
- Μικρός αριθμός επισκεπτών κατά τη νοσηλεία
- Πλασματικές ιστορίες για προηγούμενες ασθένειες
- Άλλο

9. Πιστεύετε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για την έγκαιρη και έγκυρη ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ τέτοιων περιστατικών;

- Ναι
- Όχι

10. Πιστεύετε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για την έγκαιρη και έγκυρη ΔΙΑΓΝΩΣΗ τέτοιων περιστατικών;

- Ναι
- Όχι

11. Πιστεύετε ότι υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας στις παιδοψυχιατρικές κλινικές ή στα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα για την έγκαιρη και έγκυρη ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ τέτοιων περιστατικών;

- Ναι
- Όχι

12. Θεωρείτε την απομάκρυνση του παιδιού από τον θύτη πρωταρχικό μέτρο για τη διαχείριση του περιστατικού;

- Ναι
- Όχι

Αιτιολογείστε την απάντησή σας:

.....
.....

13. Από την κλινική σας εμπειρία, η αποκάλυψη του συνδρόμου γινόταν συχνότερα κατ' ιδίαν στο δράστη ή με την παρουσία και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας;

- Κατ' ιδίαν στο δράστη
- Παρουσία των μελών της οικογένειας

Θεματική Ενότητα 4. Προφίλ Δραστών του Συνδρόμου

1. Ποιος συνήθως είναι ο δράστης αυτού του συνδρόμου;

- Μητέρα
- Πατέρας
- Συγγενικό πρόσωπο
- Άλλο

2. Συχνότερη ηλικία θύτη

- 20-30 χρονών
- 31- 40 χρονών
- 41- 50 χρονών
- 51+ χρονών

3. Πόσο σύνηθες είναι να έχει ο θύτης ιστορικό Ψυχικών διαταραχών;

- Πολύ Σύνηθες
- Σύνηθες
- Σπάνιο
- Πολύ Σπάνιο
- Ποτέ

4. Αν θεωρείτε πως είναι σύνηθες, επιλέξτε τη συχνότερη ψυχική διαταραχή, που έχετε δει, να παρουσιάζει ο θύτης.

(Απαντήστε στο ερώτημα όσοι επιλέξατε στην προηγούμενη ερώτηση την επιλογή Πολύ Σύνηθες ή Σύνηθες)

- Διαταραχή προσωπικότητας
- Κατάθλιψη

- Διπολική Διαταραχή
- Ψύχωση
- Άλλο

**5. Τι συνήθως επικαλείται ο δράστης, ότι έχει το παιδί;
(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)**

- Αιμορραγία
- Επιληπτικές Κρίσεις
- Γαστρεντερικά προβλήματα
- Τροφική αλλεργία
- Πυρετός
- Αναπτυξιακές διαταραχές
- Οφθαλμολογικά προβλήματα
- Πληγές
- Κατάγματα
- Άπνοια
- Άλλο

Θεματική Ενότητα 5. Θύματα

1. Ποιο φύλο κακοποιείται πιο συχνά;

- Αγόρι
- Κορίτσι

2. Ποιος είναι ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών που ΞΕΚΙΝΗΣΑΝ να είναι θύματα τέτοιου συνδρόμου, τα οποία έχετε αναλάβει, ως ειδικός ψυχικής υγείας;

- 0–12 μηνών
- 13μηνών – 35 μηνών
- 3-5 χρονών
- 6-9 χρονών
- 10+ χρονών

3. Ποιος είναι ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών, που ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΝ ως θύματα του συνδρόμου Munchausen δι' αντιπροσώπου;

- 0-24 μηνών
- 25-35 μηνών
- 36-48 μηνών
- 5-9 χρονών
- 10+χρονών

4. Η κακοποίηση που υφίστατο το θύμα ήταν:

- Χρόνια και Συστηματική
- Μεμονωμένη
- Όλα τα παραπάνω

5. Τι συμπτώματα εμφάνισε το θύμα;

(Μπορείτε να επιλέξετε πάνω από 1 απάντηση)

- Αναπνευστικά
- Γαστρεντερικά
- Λοιμώξεις και πυρετός
- Αλλεργικά
- Οφθαλμικά
- Νευρολογικά
- Αναπτυξιακή διαταραχή
- Άγχος
- Φόβο
- Κατάθλιψη
- Άλλο

Θεματική Ενότητα 6. Θεραπευτικά και Νομικά Προγράμματα

1. Πιστεύετε ότι υπάρχουν αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα για κακοποιημένα παιδιά στη χώρα μας;

- Ναι
- Όχι

Αιτιολογείστε την απάντηση σας

.....
.....

2. Πιστεύετε ότι τα νομικά μέτρα αντιμετώπισης των δραστών κακοποίησης είναι αποτελεσματικά;

- Ναι
- Όχι

Αιτιολογείστε την απάντηση σας

.....
.....

3. Πιστεύετε ότι, οι υποστηρικτικές υπηρεσίες (αστυνομία, δήμος , πρόνοια, εισαγγελία) είναι επαρκείς ;

- Καθόλου
- Πολύ Λίγο
- Λίγο
- Πολύ
- Πάρα Πολύ

