

ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗ ΣΥΝΑΦΕΙΑ ΒΙΑΣ ΚΑΙ ΧΩΡΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ ΑΜΕΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΜΟΡΦΗΣ ΒΙΑ

Γιώργος Νικολαΐδης¹, Γιώργος Τσουβέλας²

Περίληψη

Στα πλαίσια της παρούσας ανασκόπησης επιχειρείται να δοθεί μια συνοπτική εικόνα του φαινομένου της βίας στους χώρους παροχής υπηρεσιών σε παιδιά με αναπηρία. Τα υπάρχοντα εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με την επίπτωση και τον επιπολασμό της κακοποίησης-παραμέλησης σε παιδιά με αναπηρία εμπίπτουν σε περιορισμούς που έχουν να κάνουν με ζητήματα έλλειψης ευρέως αποδεκτών τόσο εννοιολογικών όσο και λειτουργικών ορισμών για την κακοποίηση - παραμέληση παιδιών, και με σημαντικά προβλήματα στο μεθοδολογικό σχεδιασμό των διαθέσιμων μελετών. Γίνεται ειδική ευσύνοπτη μνεία σε κρίσιμα ζητήματα όπως η πολυ-θυματοποίηση, η υπο-αναφορά των περιστατικών, το προφίλ των δραστών και η συστημική ανακύκλωση βίας, απόρροια αλληλεπιδρόντων παραγόντων. Τέλος, παρατίθενται συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικών υγείας μέσα από τη σκοπιά της προστασίας παιδιών με αναπηρία από κάθε μορφή κακοποίησης.

Λέξεις κλειδιά: Βία, παιδιά με αναπηρία, παιδική προστασία

Εισαγωγή

Στα πλαίσια της παρούσα ανασκόπησης θα επιχειρήσουμε να περιγράψουμε τις διαστάσεις της συνάφειας της βίας με τους χώρους παροχής υπηρεσιών σε Άτομα

1. Ψυχίατρος, MA, MSc, PhD, Κέντρο για την Μελέτη και την Πρόληψη της Κακοποίησης-Παραμέλησης των Παιδιών, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
2. Ψυχολόγος, MSc, MPH, PhD, Κέντρο για την Μελέτη και την Πρόληψη της Κακοποίησης-Παραμέλησης των Παιδιών, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

με Αναπηρία (ΑμεΑ) και ιδιαίτερα από τη σκοπιά της προστασίας παιδιών ΑμεΑ από κάθε μορφή βίας.

Θέλοντας να δώσουμε ένα εννοιολογικό ορισμό για τη βία θα χρησιμοποιήσουμε τον ορισμό που δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σύμφωνα με τον οποίο «*βία είναι η εμπρόθετη χρήση φυσικής δύναμης ή εξουσίας, επαπειλούμενη ή πραγματική, εναντίον ενός άλλου προσώπου, του ίδιου του εαυτού ή μιας ομάδας ανθρώπων, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την επέλευση ή την αυξημένη πιθανότητα επέλευσης τραυματισμού, θανάτου, ψυχολογικής βλάβης, στρεβλής ανάπτυξης ή αποστέρησης*» (W.H.O., 1997).

Σκόπιμο κρίνεται στα πλαίσια της παρούσα ανασκόπησης να γίνει ξεχωριστή αναφορά στην τυπολογία της βίας. Κατά τον W.H.O. (1997), κάθε τύπος βίας δύναται να κατατάσσεται σε μια από τις τέσσερις βασικές κατηγορίες: τη σωματική, τη σεξουαλική, την ψυχολογική και την παραμέληση.

Η ταξινόμηση της βίας ως προς το άτομο–ομάδα στόχο ορίζεται ως α) βία προς τον εαυτό, με υποκατηγορίες την αυτοκτονικότητα και την αυτοκαταστροφικότητα, β) διαπροσωπική βία και γ) συλλογική βία με υποκατηγορίες την πολιτική, την κοινωνική και την οικονομική. Η διαπροσωπική βία θα μας απασχολήσει σε μεγαλύτερο βαθμό στα πλαίσια της παρούσας ανασκόπησης. Η διαπροσωπική βία χωρίζεται σε ενδοοικογενειακή / μεταξύ συντρόφων και έχει ως υποκείμενα και δράστες βίας τα παιδιά, τους συντρόφους ή τους ηλικιωμένους και σε βία στην κοινότητα (συστημική) που έχει ως υποκείμενα και δράστες τόσο γνωστούς όσο και αγνώστους. Οι παραπάνω μορφές βίας δύναται να έχουν τη μορφή της σωματικής, της σεξουαλικής, της ψυχολογικής και της αποστέρησης/παραμέλησης (W.H.O., 1995).

Προκειμένου να κατανοηθούν περαιτέρω πτυχές της τυπολογίας που προτείνεται από τον WHO (1997), θα γίνει μια σύντομη αναφορά στον φασματικό χαρακτήρα της Κακοποίησης Παραμέλησης (ΚαΠα) ανηλίκων. Ειδικότερα, στο φάσμα της σωματικής κακοποίησης συμπεριλαμβάνονται, ιεραρχικά, θανατηφόρα σωματική κακοποίηση, σωματική κακοποίηση, βαριά σωματική τιμωρία και ήπια σωματική τιμωρία. Αντίστοιχα στο φάσμα της ψυχολογικής βίας εμπίπτουν, ιεραρχικά, οι κατηγορίες βαριών μορφών κακοποίησης όπως διαφθορά ή εκβιασμός, τρομοκράτηση, ύβρεις / απειλές, μέχρι ήπιων μορφών όπως φωνές ή τιμωρία. Τέλος στο φάσμα της παραμέλησης εντάσσονται φασματικά η εγκατάλειψη βρέφους, η υπολειπόμενη ανάπτυξη, η ανεπαρκής κάλυψη ιατρικών αναγκών και η γονεϊκή ακαταλληλότητα. Όπως γίνεται κατανοητό, το φάσμα της παραμέλησης επεκτείνεται εκκινούμενο από πανθομολογουμένως απορριπτέες πρακτικές (θάνατος, εγκατάλειψη βρέφους κ.ο.κ.) που συνιστούν και ποινικά αδικήματα, αγγίζοντας όμως στο άλλο άκρο του φάσματος και ευρύτερα κοινωνικά προβλήματα που ενδεχομένως θα αντιμετωπίζονταν με αντιφατικές τοποθετήσεις (π.χ. γονεϊκή καταλληλότητα ή μη, επάρκεια της γονεϊκής εποπτείας κ.λπ.).

Στα πλαίσια της παρούσας ανασκόπησης χρησιμοποιούμε κάτω από τον γενικό

όρο «παιδιά με αναπηρία» όλο το φάσμα σωματικών, νοητικών και ψυχολογικών/συναισθηματικών ελλειμμάτων/διαταραχών. Τα υπάρχοντα στοιχεία αναφορικά με την επίπτωση και τον επιπολασμό της κακοποίησης-παραμέλησης σε παιδιά με αναπηρία εμπίπτουν σε περιορισμούς που έχουν να κάνουν με ζητήματα έλλειψης ευρέως αποδεκτών τόσο εννοιολογικών όσο και λειτουργικών ορισμών για την ΚαΠα παιδιών, και με σημαντικά προβλήματα στο μεθοδολογικό σχεδιασμό των διαθέσιμων μελετών. Παρόλα αυτά, όπως θα αναλυθεί περαιτέρω στο παρόν άρθρο, τα παιδιά με αναπηρία βρίσκονται μάλλον σε αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε ΚαΠα σε σχέση με το γενικό παιδικό πληθυσμό.

Το «παγόβουνο» της ΚαΠα παιδιών

Θα επιχειρήσουμε να αποτυπώσουμε το φαινόμενο της ΚαΠα παιδιών μέσα από την αλληγορία του παγόβουνου (Childoneurore, 2009). Σύμφωνα με το παραπάνω υπόδειγμα, το παγόβουνο αποτυπώνει τις περιπτώσεις ΚαΠα. Πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας – εντός και εκτός παγόβουνου – βρίσκονται όλες οι περιπτώσεις που φτάνουν στις υπηρεσίες υγείας ή/και κοινωνικής προστασίας. Εκτός του παγόβουνου και πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας βρίσκονται α) περιστατικά που δεν έχουν να κάνουν με ΚαΠα, β) περιστατικά υπό διερεύνηση και γ) περιστατικά με υποψία ΚαΠα. Κάτω από την επιφάνεια της θάλασσας εντός του παγόβουνου βρίσκονται περιπτώσεις μη αναφερθέντων περιστατικών ΚαΠα, για την ύπαρξη των οποίων είτε γνωρίζει κάποιο τρίτο άτομο αλλά δεν προβαίνει σε αναφορά των περιστατικών είτε αποτελούν άγνωστες περιπτώσεις ΚαΠα, οι οποίες είναι γνωστές μόνο στο παιδί – θύμα και στον θύτη (Childoneurore, 2009).

Πολυ-θυματοποιημένα παιδιά

Ο όρος πολυ-θυματοποιημένα παιδιά χρησιμοποιείται προκειμένου να περιγραφεί το φαινόμενο της πολλαπλής κακοποίησης τόσο σε διαφορετικούς τύπους όσο και σε διαχρονικό επίπεδο (Finkelhor et al., 2005, 2007, 2009). Ερευνητικά διαπιστώνεται ολοένα και αυξανόμενο διεθνές ερευνητικό και κλινικό ενδιαφέρον για τα πολυ-θυματοποιημένα παιδιά. Αντίστοιχα συμπεράσματα αναφορικά με την πολυ-θυματοποίηση επιβεβαιώθηκαν και από άλλες μελέτες (Sullivan & Knuston, 2000· Ammerman, et al. 1989). Σε πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη στις Η.Π.Α. προέκυψε ότι το 22% των κακοποιημένων παιδιών φαίνεται να έχουν υποστεί περισσότερες των τεσσάρων (4) μορφών ΚαΠα κατά την παιδική τους ηλικία καθώς επίσης και το 10% αυτών φαίνεται να έχουν υποστεί περισσότερες των επτά (7) μορφών ΚαΠα σε διάφορες στιγμές κατά την παιδική τους ηλικία (Finkelhor et al., 2009).

Όπως διαισθητικά μπορούμε να αντιληφθούμε, αυτά τα παιδιά είναι μάλλον εκείνα που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη το σύστημα κοινωνικής προστασίας αλλά και εκείνα που φαίνεται πως θα καταλήξουν σε μια ή άλλη υπηρεσία του συστήματος. Συνήθως, τα κακοποιημένα παιδιά ΑμεΑ ανήκουν σε αυτή την κατηγορία.

Βία και ΑμεΑ

Όπως διαπιστώνουν οι Stalker και McArthur (2010), υπάρχει μια συστηματική συσχέτιση ανάμεσα στα παιδιά με αναπηρία και την έκθεση σε ΚαΠα σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς κάποια αναπηρία. Η παραπάνω θέση επιβεβαιώνεται από σειρά μελετών τόσο από νοσοκομειακά δείγματα (Sullivan & Knuston, 2000), όσο και από κοινοτικά (αυτοαναφορές παιδιών σε σχολεία) (Sullivan & Knuston, 2000). Τα αποτελέσματα της έρευνας στην κοινότητα έδειξαν ότι τα παιδιά με αναπηρία είχαν 3,4 φορές περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν σε κακοποίηση σε σχέση με όσα δεν είχαν κάποια αναπηρία. Αντίστοιχα ευρήματα εντοπίζουμε στην αναδρομική μελέτη του Spencer et al. (2005), όπου προέκυψε ότι τα παιδιά με αναπηρία βρίσκονταν σε μεγαλύτερη επικινδυνότητα για παραπομπή για ΚαΠα. Σε μελέτη εστιασμένη σε κωφούς ενήλικες στη Νορβηγία βρέθηκε ότι σχεδόν οι μισοί είχαν εκτεθεί σε μη συναινετικές σεξουαλικές εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία (Kvam, 2004). Στη μελέτη των Reiter et al. (2007), στο Ισραήλ, σε εξισωμένα κατά κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δείγματα μαθητών λυκείου βρέθηκε ότι η ομάδα των παιδιών με μαθησιακές, κοινωνικές και συμπεριφορικές δυσκολίες εμφάνιζε συστηματικά υψηλότερους δείκτες ιστορικού κακοποίησης από την αντίστοιχη ομάδα των συμμαθητών που δεν είχαν κάποια αναπηρία.

Συνοψίζοντας, σε μελέτες που βασίζονται τόσο σε δείγμα παιδιών με αναπηρία (Frisch & Rhodes 1982· Monane, Leichter & Lewis 1984· Verdugo, Bermejo & Fuertes 1995· Benedict, Wulff & Hall, 1990· Ammerman, Van Hasselt & Hersen, 1989) όσο και σε δείγματα παιδιών που έχουν υποστεί κακοποίηση (Johnson & Morse, 1968· Herrenkohl & Herrenkohl, 1979· Lightcap, Kurland & Burgess, 1982· Sullivan & Knutson, 1998) εντοπίζεται αυξημένη επικινδυνότητα για ΚαΠα σε παιδιά που εμφανίζουν ψυχολογικές – ψυχιατρικές διαταραχές (Benedict, Wulff & Hall, 1990· Ammerman, Van Hasselt & Hersen, 1989), μαθησιακές δυσκολίες και νοητική καθυστέρηση (Frisch & Rhodes 1982· Ammerman, Van Hasselt & Hersen, 1989), γλωσσικές δυσκολίες (Sullivan & Knutson, 1998) και αναπτυξιακές διαταραχές (Herrenkohl & Herrenkohl, 1979).

Σύμφωνα με τον Sobsey (1994), τα ΑμεΑ έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνουν θύματα βίας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Sobsey, 1994). Ειδικότερα αναφορικά με τη σεξουαλική παραβίαση, συνολικά τα παιδιά ΑμεΑ υπολογίζεται ότι θα δεχθούν επιθέσεις σεξουαλικής βίας σε συχνότητα 10 φορές μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού (Baladerian, 1985). Σε βάθος χρόνου, αντίστοιχα, προκύπτουν ανάλογα ποσοστά για τη συνολική διαδρομή του βίου των ΑμεΑ. Ειδικότερα, υπολογίζεται ότι 80% των γυναικών ΑμεΑ θα υποστούν κάποιας μορφής σεξουαλική επίθεση (Sorensen, 2002· Lumley & Miltenberger, 1997) ενώ άλλες μελέτες υπολογίζουν πως τα ΑμεΑ έχουν μεταξύ 2 με 10 φορές μεγαλύτερες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό πιθανότητες να υποστούν σεξουαλική βία (Wilson & Brewer, 1992· Baladerian, 1991· Muccigrosso, 1991).

ΚαΠα, τύπος αναπηρίας και κοινωνιοδημογραφικοί δείκτες

Αναφορικά με τη διαφοροποίηση της κακοποίησης ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας δυστυχώς δεν μπορούμε να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα αφού οι διαθέσιμες μελέτες είναι αποσπασματικές και συχνά δεν αξιολογούν, όπως αναφέρεται και από τους Spencer et al. (2005), τη σοβαρότητα της αναπηρίας και το επίπεδο της λειτουργικότητας των παιδιών. Στις προαναφερθείσες μελέτες είθισται να πραγματοποιείται ένταξη των παιδιών σε ευρείες κατηγορίες στις οποίες συχνά δεν δίνεται επαρκής λειτουργικός ορισμός, με όποιες επιπτώσεις μπορεί να έχουν τα παραπάνω τόσο στη γενίκευση των συμπερασμάτων όσο και στην αδυναμία συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων.

Οι Sullivan & Knuston (2000) αναφέρουν ότι τα παιδιά με επικοινωνιακές δυσκολίες και διαταραχές συμπεριφοράς βρίσκονται σε επικινδυνότητα για κακοποίηση 5 έως 7 φορές περισσότερες από τους συνομηλίκους τους που δεν εμφανίζουν κάποια αναπηρία. Αντίστοιχα η Kvam (2000) εντόπισε στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη σωματική κακοποίηση και τις ομάδες παιδιών που εμφάνιζαν μαθησιακές δυσκολίες, αισθητηριακές αναπηρίες και προβλήματα συγκέντρωσης της προσοχής. Τα παιδιά με κώφωση βρέθηκαν να είναι σε μεγαλύτερη επικινδυνότητα για σεξουαλική κακοποίηση (Kvam, 2004). Τα παιδιά με γλωσσικές δυσκολίες και ήπιες μαθησιακές δυσκολίες, σύμφωνα με τους Spencer et al. (2005), είναι σε επικινδυνότητα για σωματική, ψυχολογική κακοποίηση και παραμέληση. Αντίστοιχα, τα παιδιά με προβλήματα διαγωγής και μέτριες έως σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες βρίσκονται σε επικινδυνότητα για όλους τους τύπους παιδικής ΚαΠα (Spencer et al., 2005). Ιεραρχικά, σε επίπεδο συχνότητας, σύμφωνα με τους Sullivan & Knuston (2000), ο πιο συχνά εμφανιζόμενος τύπος κακοποίησης- παραμέλησης παιδιών με αναπηρία είναι η παραμέληση και ακολουθούν η σωματική κακοποίηση, η ψυχολογική και η σεξουαλική αντίστοιχα. Ανάλογα με τον τύπο αναπηρίας οι ομάδες με τη μεγαλύτερη επίπτωση κακοποίησης-παραμέλησης είναι τα παιδιά με συμπεριφορικές διαταραχές, με νοητική καθυστέρηση, με μαθησιακές δυσκολίες, με προβλήματα υγείας, με γλωσσικές διαταραχές και ακολουθούν με μικρή εκπροσώπηση τα παιδιά με σωματικά/ορθοπεδικά προβλήματα, προβλήματα κώφωσης και βαρικοϊας, τύφλωση και διαταραχές αυτιστικού φάσματος (Sullivan & Knuston, 2000). Αναφορικά με την ηλικία, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι υψηλότερες ποσοστιαίες αναλογίες για την έναρξη κακοποίησης-παραμέλησης σε παιδιά με αναπηρία που εμφανίζουν συμπεριφορικά προβλήματα εντοπίζονται στο φάσμα 6 έως 13 ετών. Οι υψηλότερες ποσοστιαίες αναλογίες για την έναρξη κακοποίησης-παραμέλησης σε παιδιά με αναπηρία που εμφανίζουν προβλήματα επικοινωνίας και προβλήματα υγείας/ορθοπεδικά εντοπίζονται στο φάσμα 0 έως 5 ετών. Οι υψηλότερες ποσοστιαίες αναλογίες για την έναρξη κακοποίησης-παραμέλησης σε παιδιά με αναπηρία που εμφανίζουν νοητική καθυστέρηση εντοπίζονται στο φάσμα 0 έως 9 ετών. Εντούτοις, νεότερη μελέτη

(Hershkowitz et al., 2007) δεν επιβεβαίωσε συστηματικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες.

Ως προς το φύλο δεν έχει προκύψει ένα συνεκτικό σώμα ερευνών που να υποστηρίζει μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Σε δύο μελέτες, τα κορίτσια είχαν συστηματικά υψηλότερους δείκτες στη σεξουαλική κακοποίηση (Sullivan & Knuston, 1998. Hershkowitz et al., 2007). Σε αντίστοιχη άλλη μελέτη προέκυψε ότι 1 στα 6 αγόρια και 1 στα 4 κορίτσια ΑμεΑ θα αποτελέσουν θύματα σεξουαλικής παραβίασης πριν την ηλικία των 18 ετών (Baladerian, 1985). Αντίθετα, οι Sobsey et al. (1997) βρήκαν ότι τα αγόρια υπερεκπροσωπούταν σε όλες τις κατηγορίες ΚαΠα. Στη μελέτη της Kvam (2004), βρέθηκε ότι η επίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης στα αγόρια με κώφωση είναι τρεις φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τα παιδιά χωρίς κώφωση.

Αναφορικά, τέλος, με τον τόπο συμβάντος προέκυψε ότι τα κρούσματα βίας κατά των ΑμεΑ συνήθετα λαμβάνουν χώρα είτε στον τόπο κατοικίας των ίδιων των ΑμεΑ είτε στον τόπο κατοικίας των φροντιστών τους (Sobsey, 1994· Furey, 1994· Turk & Brown, 1992 όπως αναφέρεται στο Petersilia et. al. 2001).

Δράστες ΚαΠα παιδιών με αναπηρία

Αναφορικά με τους δράστες της κακοποίησης, όπως προκύπτει από παλαιότερες μελέτες, στο 99% των περιπτώσεων των παιδιών ΑΜΕΑ οι δράστες είναι οικείοι και ανήκουν στο στενό περιβάλλον των θυμάτων (Baladerian, 1985). Άλλη, νεότερη, μελέτη υποστηρίζει παρόμοια ποσοστά γύρω στο 96% (Sobsey & Doe, 1991). Σε αντίστοιχα συμπεράσματα καταλήγουν και πιο σύγχρονες μελέτες (Crosse, Kaye & Ratnofsky 2001· Sullivan & Knutson, 2003). Σε κάποιες από τις περιπτώσεις οι δράστες θεωρούν ότι τα παιδιά με αναπηρία αποτελούν για αυτούς περισσότερο «ασφαλή θύματα» (Ammerman & Patz, 1996· Orange & Brodwin, 2004).

Ωστόσο, όπως προκύπτει από αντίστοιχη μελέτη των Sobsey & Doe (1991) σχετικά με το προφίλ του δράστη στις κακοποιήσεις παιδιών ΑμεΑ, το 44% των δραστών ήταν άτομα που είχαν επαγγελματική σχέση με τα ΑμεΑ εξ αιτίας ακριβώς της κατάστασης των τελευταίων. Στην κατηγορία των παραπάνω ανήκαν φροντιστές, μεταφορείς, θεραπευτικό ή υποστηρικτικό προσωπικό (Sobsey & Doe, 1991). Παρόμοια ευρήματα επιβεβαιώθηκαν από σειρά μελετών (Mansell et al., 1992 όπως αναφέρεται στο Petersilia et. al. 2001).

Υπο-αναφορά περιστατικών ΚαΠα

Δεδομένων των όσων αναφέραμε για το παγόβουνο της ΚαΠα, έχει περαιτέρω τεκμηριωθεί ότι τα ΑμεΑ και ιδιαίτερα τα παιδιά αφενός δύσκολα καταγγέλλουν την ΚαΠα και αφετέρου ακόμα δυσκολότερα γίνονται πιστευτά (Cooke & Standen, 2002· Kvam, 2000, 2004. Hershkowitz, et al., 2007· Akbas, et al., 2009· Bringgs, 2006· Cooke & Standen, 2002· Morris, 1999). Όπως έχει προταθεί και από τους Akbas et al. (2009), κάποιοι από τους λόγους για τους οποίους τα παιδιά με ανα-

πηρία δεν αναφέρουν την κακοποίηση είναι μεταξύ άλλων οι δυσκολίες στην επικοινωνία, τα αισθήματα ενοχής, οι προσλαμβάνουσες απειλές ή ο αντιλαμβανόμενος κίνδυνος εγκατάλειψης, ο δυνητικός αποκωρισμός από την οικογένεια και η ανοχή της κακοποίησης προκειμένου να γίνονται αποδεκτά, ή/και να λαμβάνουν ανταμοιβές – θετική ενίσχυση και στοργή. Δεδομένου ότι η φροντίδα που απαιτείται για κάποια παιδιά με αναπηρία είναι κρίσιμη για την επιβίωσή τους, πολλά από αυτά τα παιδιά έχουν μάθει να υπακούουν και να συμμορφώνονται στα αιτήματα και στις απαιτήσεις των φροντιστών τους (Steinberg & Hylton, 1998). Μερικά παιδιά με αναπηρία ενδεχομένως αισθάνονται ότι το σώμα τους «δεν τους ανήκει» (Orange & Brodwin, 2005). Εάν ένας φροντιστής συμπεριφέρεται χρησιμοποιώντας αντιδεοντολογικές πρακτικές, τα παιδιά με αναπηρία συχνά δεν μπορούν να παραπονεθούν ή να αντισταθούν επειδή θεωρούν ότι ο φροντιστής γνωρίζει ποιο είναι το καλύτερο για αυτά (Sobsey, 1994).

Επιπρόσθετα όλη η μεθοδολογία διερεύνησης αναφορών κρουσμάτων βίας, αλλά και το προσωπικό των υπηρεσιών που ασχολούνται με ΑμεΑ τείνουν να υποεκτιμούν συστηματικά τις πιθανότητες έκθεσης των ΑμεΑ σε περιστατικά βίας (Powers et al., 1990· Wilson & Brewer, 1992· Brown & Stein, 1997· Sorensen, 2002). Όπως προκύπτει από εκτιμήσεις, περίπου το 71% των κρουσμάτων βίας κατά ΑμεΑ δεν θα αναφερθούν ποτέ σε κανέναν, ενώ ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό, 85% των κρουσμάτων βίας κατά ΑμεΑ που διαβιούν σε πλαίσια προστασίας, δεν θα αναφερθούν ποτέ στις αρχές. Ακόμα, από όσα θα αναφερθούν τελικώς θα οδηγηθούν στη δικαιοσύνη λιγότερο από 1% αυτών των αναφορών. Υποαναφορά περιστατικών κακοποίησης σε παιδιά με αναπηρία αναφέρεται και από μελέτη σε αρχεία αστυνομικών αρχών (Morris, 1999).

Αρκετές μελέτες έχουν επισημάνει ότι ιδιαίτερα σημαντικός προσδιοριστής πρόληψης φαίνεται να είναι η ειδική εκπαίδευση και κατάρτιση τόσο του προσωπικού όσο και της οικογένειας σε αντίστοιχα ζητήματα. Συνεπώς, ένας από τους πλέον προστατευτικούς παράγοντες σε επαγγελματίες και επωφελούμενους χώρων παροχής υπηρεσιών σε ΑμεΑ για την αποτροπή ή, τουλάχιστον, τον έγκαιρο εντοπισμό και την ανάσχεση των κρουσμάτων βίας είναι η ειδική εκπαίδευση αμφότερων στα σχετικά ζητήματα (Sobsey, 1994· Lumley & Miltenberger, 1997· Tharinger et al., 1990).

Στο συστημικό επίπεδο των φορέων και παρόχων υπηρεσιών προστασίας και πρόνοιας εντοπίζεται επίσης ένα ακόμα σημαντικό έλλειμμα αναφορικά με την αντίχνευση και αξιολόγηση της κακοποίησης σε ΑμεΑ και δη σε παιδιά ΑμεΑ. Οι αστυνομικές αρχές, αλλά και οι επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχο-κοινωνικής μέριμνας (μη ειδικών για ΑμεΑ) φαίνεται πως οποτεδήποτε καλούνται να αντιμετωπίσουν καταγγελία βίας μάλλον αποφεύγουν ή δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι ή/και ευαισθητοποιημένοι στο να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή στην παρουσία αναπηρίας ούτε και να τροποποιήσουν ανάλογα την πρακτική τους ώστε να διευκολύνουν τη διε-

ρεύνηση της καταγγελίας και την παροχή υπηρεσιών στο θύμα (Camblin, 1982· Ratnofsky, 1994· Bonner et al., 1997).

Συνεπώς, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία και από την καθημέρα πράξη, τόσο οι θεραπευτικές υπηρεσίες όσο και τα συστήματα δικαιοσύνης συχνά αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τις ανάγκες των παιδιών με αναπηρία και επιβαρύνουν την ευπάθειά τους (Stalker & McArthur, 2010). Στην Ελλάδα δεν είναι γνωστές ακόμα και από τους ειδικούς οι πρακτικές που ακολουθούνται σε περιπτώσεις ΚαΠα παιδιών με αναπηρία ενώ παράλληλα δεν είναι γνωστό με ποια επάρκεια οι υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης ανταποκρίνονται πραγματικά στις ανάγκες τους.

Διατυπώνονται μάλιστα δύο ακραίες πολωτικές τάσεις, ανάλογα με το εάν η οικογένεια αποτελεί φροντιστικό περιβάλλον ή περιβάλλον παραμέλησης για τα παιδιά με αναπηρία. Οι οικογένειες ή τα φροντιστικά περιβάλλοντα που εμφανίζονται να είναι πιο ευαισθητοποιημένα και φορτισμένα με άγχος αναφορικά με τη φροντίδα παιδιών με αναπηρία φαίνεται να εκθέτουν σε λιγότερους κινδύνους βίας τα παιδιά ΑμεΑ που έχουν στη ευθύνη τους, ενώ αντίθετα, εκείνα που έχουν υψηλούς δείκτες παραμέλησης, αδιαφορίας (ή επαγγελματικής εξουθένωσης–burn-out– στην περίπτωση των επαγγελματιών πλαισίων φιλοξενίας) παρουσιάζουν τους μεγαλύτερους κινδύνους θυματοποίησης των παιδιών ΑμεΑ (Benedict et al., 1992). Ωστόσο, όπως έχει επαρκώς τεκμηριωθεί, οι χώροι φροντίδας ΑμεΑ και ιδιαίτερα παιδιών, όπως άλλωστε και οι οικογένειες παιδιών ΑμεΑ, είναι «υψηλού κινδύνου» για επαγγελματική εξουθένωση ή υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα αντίστοιχα. Και αυτό έχει αργά ή γρήγορα συνέπειες και στην έκφραση βίας ή παραμέλησης με τελικό αποδέκτη, αναπόφευκτα, τα παιδιά ΑμεΑ.

Στερεότυπα και μύθοι για τα παιδιά με αναπηρία

Στο επίπεδο στερεοτυπικών αντιλήψεων, αρκετά συχνά τα παιδιά ή οι νέοι ενήλικες που εμπλέκονται σε κρούσματα βίας είτε ως θύτες είτε ως θύματα ΑμεΑ, στα πλαίσια του δημοσίου λόγου αλλά και της καθημέρα πράξης, εσφαλμένα αντιμετωπίζονται από τους επαγγελματίες ως «μικρά παιδιά», ως πολύ νεότερα, δηλαδή, άτομα από τη νοητική τους δυνατότητα αλλά και τη σωματική, βιολογική τους ηλικία. Ειδικότερα, επιβαρυντικός παράγοντας είναι οι διάφοροι μύθοι που υποστηρίζουν τη μη ευαλωτότητα των παιδιών με αναπηρία όπως ανασκοπούνται από τους Sobsey (1994), Brodwin, Orange & Chen (2004), Baladerian (1994) και Steinberg & Hylton (1998). Ειδικότερα οι παραπάνω μύθοι αποτυπώνονται μέσα από τα παρακάτω:

- 1) *Τα παιδιά με αναπηρία είναι ασεξουαλικά και επομένως δεν χρειάζονται σεξουαλική διαπαιδαγώγηση.* Αποτέλεσμα αυτού του μύθου είναι κάθε άρνηση από την πλευρά των γονέων και των φροντιστών προς μια πληροφόρηση που θα μπορούσε να αποτρέψει την κακοποίηση. Συνεπώς σε επίπεδο εκπαιδευτι-

κής πολιτικής τα προγράμματα πρόληψης παιδικής κακοποίησης σπάνια είναι διαθέσιμα και προσβάσιμα σε παιδιά με αναπηρία (Baladerian, 1994. Hibbard et al., 2007). Σε μελέτη στην Ελλάδα σε γονείς παιδιών και νέων (13-25 ετών) με νοητική καθυστέρηση, λιγότερο από το 32% είχε ενημερώσει τα παιδιά για θέματα σεξουαλικότητας και μόλις το 3% διατηρούσε θετική στάση απέναντι στις σεξουαλικές σχέσεις των παιδιών του (Ντισόπουλος, 1992, όπως αναφέρεται στο Μακρίδου, 2006).

- 2) *Μερικά παιδιά με αναπηρία δεν μπορούν να διαχειριστούν τη συμπεριφορά τους.* Ο παραπάνω μύθος συχνά ωθεί τους φροντιστές να ασκούν περιπτώ ή/και υπερβολικό έλεγχο στη συμπεριφορά των παιδιών σε κάποιες περιπτώσεις.
- 3) *Μερικά παιδιά με αναπηρία δεν αισθάνονται τον πόνο.* Ο μύθος αυτός νομιμοποιεί κατά κάποιον τρόπο τη χρήση θεραπευτικών προσεγγίσεων αποστροφής με αμφίβολα θεραπευτικά αποτελέσματα για τα παιδιά.
- 4) *Όλοι οι φροντιστές είναι ειδικοί και έχουν πάντα καλές προθέσεις.* Ο παραπάνω μύθος έχει ως αποτέλεσμα γονείς και ειδικοί να μην επικεντρώνονται σε σημάδια ΚαΠα ή σε προβληματικά σημεία της συμπεριφοράς των επαγγελματιών και φροντιστών των παιδιών ΑμεΑ.

Ενδοοικογενειακοί παράγοντες

Γονεϊκός παράγοντας επικινδυνότητας για κακοποίηση–παραμέληση παιδιών αποτελεί η χρήση ουσιών (Crosse et al., 2001· Steinberg & Hylton, 1998· Struck, 1999· Ammerman & Baladerian, 1993). Επίσης, γονείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση ή χρόνια κατάθλιψη βρίσκονται σε μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας για κακοποίηση- παραμέληση των παιδιών τους (Mitchell & Buchele-Ash, 2000· Nosek, Howland, & Young, 1998). Συχνά και οι ίδιοι οι γονείς είναι θύματα κακοποίησης–παραμέλησης, είτε από τους γονείς τους είτε και από τον/τη συντροφό τους (Orange & Brodwin, 2005· U.S.Department of Health and Human Services, 2008). Οι γονείς με αναπηρία, ενδεχομένως, βρίσκονται σε μεγαλύτερη επικινδυνότητα για κακοποίηση των παιδιών τους, ιδιαίτερα αν έχουν μεγαλώσει σε ένα περιβάλλον όπου υπήρχε έλλειψη θετικών γονεϊκών μοτίβων (Orange & Brodwin, 2005). Εν όψει οικονομικής κρίσης, είναι όσο ποτέ επίκαιρη η διαπίστωση του Fontana (1973) ότι, οι ψυχοκοινωνικοί και οι δημογραφικοί παράγοντες υποστηρίζουν ότι η παρουσία παιδιού με αναπηρία μπορεί να έχει αρνητική μεσολαβούσα επίδραση ιδιαίτερα όταν οι γονείς είναι ήδη ευπαθείς λόγω κοινωνικο-οικονομικών και προβλημάτων υγείας (Fontana, 1973). Επίσης, όπως έχει προκύψει από μελέτες σε αδέρφια παιδιών με αναπηρία, τα τελευταία τείνουν να είναι περισσότερο αποσυρμένα και ευερέθιστα (Breslau, Weitzman & Messenger, 1981), καθώς και να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε κλίμακες που αξιολογούν την ετοιμότητα για διαξιφισμό και για παραβατικότητα σε σχέση με τα επίπεδα της αντίστοιχης ομάδας ελέγχου (Lavigne & Ryan, 1979).

Συστημική ανακύκλωση βίας

Επιπρόσθετα, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι το ίδιο το προσωπικό φροντίδας ΑμεΑ ως δέκτης συχνά υπόκειται σε κάθε είδους βία από περισσότερους από έναν πομπούς όπως από το σύστημα, από τους ίδιους τους επωφελούμενους, από το περιβάλλον τους κ.ο.κ..

Ο κύκλος της βίας, διαπλέκοντας ακόμα περισσότερο την κατάσταση μέσα από ένα διαχρονικό πλαίσιο, συχνά περνά και με ένα διαγενεακό τρόπο στα παιδιά των ΑμεΑ, αφού τα ΑμεΑ έχουν αυξημένες πιθανότητες να είναι θύτες κακοποίησης ή παραμέλησης των παιδιών που έχουν στη φροντίδα τους.

Τέλος, μια σειρά από θεραπευτικές προσεγγίσεις ιδιαίτερα σε παιδιά ΑμεΑ έχουν κατηγορηθεί ως μορφές βίας κατά των παιδιών που υποτίθεται ότι επωφελούνται από αυτές (Turnbull et al., 2000. Mohr et al., 2003), δημιουργώντας έτσι σημαντικές διχογνωμίες ανάμεσα στην παγκόσμια σχετική επιστημονική κοινότητα και ενίοτε έντονα σχόλια σε επίπεδο κοινής γνώμης.

Παράλληλα με όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, στη χώρα μας στη συγκυρία της κρίσης, προστίθεται η υποχρηματοδότηση των φορέων ψυχοκοινωνικής μέριμνας που κάνει τα πάντα πιο δύσκολα.

Συμπεράσματα και προτάσεις πολιτικών υγείας και πρόνοιας

Ο χώρος παροχής φροντίδας σε ΑμεΑ μοιάζει να είναι πολλαπλώς εκτεθειμένος στη βία. Η βία αυτή φαίνεται να ανακυκλώνεται μεταξύ ΑμεΑ-θυμάτων, ΑμεΑ-θυτών, περιβάλλοντος των επωφελουμένων ΑμεΑ, επαγγελματιών που ασχολούνται με παροχή φροντίδας στα ΑμεΑ, και πάνω από όλα, του ίδιου του συστήματος κοινωνικής φροντίδας για τα ΑμεΑ. Συνεπώς, απαιτείται συστηματική προσπάθεια οργανικά συνδεδεμένη με την καθημερινή λειτουργία των δομών και υπηρεσιών που σχετίζονται με ΑμεΑ - και όχι μόνο - για να αναχαιτίζεται η διαρκής αυτή ανακύκλωση της βίας.

Επιχειρώντας να διατυπώσουμε κάποιες θεμελιώδεις αρχές για την αντιμετώπιση της βίας που γεννιέται και αναγεννάται εντός και μέσω των θεσμών, είναι σαφές ότι μια τέτοια προσπάθεια περνάει πρώτα από όλα από θεσμούς εκπαίδευσης του προσωπικού, τα ίδια τα ΑμεΑ και τους οικείους τους, αλλά και από τα κέντρα λήψης αποφάσεων. Σημαντική μεσολαβούσα επίδραση έχουν οι θεσμοί της εξωτερικής εποπτείας, η περιοδική απομάκρυνση του προσωπικού για την αποφυγή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι ομαδικές τακτικές λειτουργίες, η συλλογική συμμετοχή στη λήψη και υλοποίηση αποφάσεων καθώς επίσης και οι μηχανισμοί αναφοράς περιστατικών βίας και παραβίασης δικαιωμάτων σε όλα τα επίπεδα. Πάνω από όλα, όμως, ένας θεσμός δεν μπορεί να αντιστρατευτεί τη βία αν την αναπαράγει ο ίδιος. Συνεπώς η δημοκρατική λειτουργία των θεσμών είναι *sine qua non* για την επιτυχή αντιμετώπιση των κρουσμάτων βίας στο εσωτερικό τους. Η δημοκρατική λειτουργία των θεσμών είναι μια αναγκαία αλλά και απαραίτητη συνθήκη

προκειμένου να αμβλυνθούν ζητήματα θεσμικής βίας κατά των παιδιών με αναπηρία.

Παράλληλα με τις προαναφερθείσες θεμελιώδεις αρχές, θετική επίδραση αναμένεται να έχουν και κάποιες άλλες παρεμβάσεις που θα συμβάλουν στη μείωση της θεσμικής κακοποίησης παιδιών ΑμεΑ, όπως η θεσμοποίηση ενός σαφούς πλαισίου λειτουργίας δομών και υπηρεσιών που σχετίζονται με τα ΑμεΑ (Mitchell & Buchele-Ash, 2000) με στόχους α) την τυποποίηση των παρεμβάσεων και β) την αποφυγή της διάχυσης σε καταστάσεις που νομοτελειακά θα προκαλέσουν την έκλυση βίας. Κρίσιμο ζήτημα αποτελεί η ευαισθητοποίηση και η διαρκής ενημέρωση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών (Orange & Brodwin, 2005). Παράλληλα με τη διαβίωση εκπαίδευση, κρίνεται σκόπιμη η δημιουργία θεσμών μόνιμης και συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης καθώς και ενημέρωσης των εμπλεκόμενων επαγγελματιών και υπηρεσιών. Σύμφωνα με την Kelly (1992), ένα από τα σημαντικά ελλείμματα στις μελέτες για την κακοποίηση είναι η απουσία ερευνητών με αναπηρία στο χώρο της βασικής κοινωνικής έρευνας και δη στις μελέτες επιπολασμού για τους τύπους παιδικής ΚαΠα. Η απουσία συνεκτικών σωμάτων ερευνών που να εξετάζουν την ΚαΠα σε εστιασμένες κάθε φορά ομάδες αναπηρίας αποτελεί ένα ακόμα επιβαρυντικό παράγοντα τόσο στο επίπεδο χάραξης αποτελεσματικών και αποδοτικών πολιτικών όσο και στο επίπεδο της πρόληψης και της παρέμβασης. Αντιθέτως, μέσω πολυεπίπεδων στατιστικών μοντέλων σε επιδημιολογικά δείγματα παιδιών με αναπηρία θα μπορούσαμε να εξάγουμε ασφαλέστερα συμπεράσματα τόσο μεταξύ, όσο και εντός των ομάδων.

Συστηματική δουλειά και με μακρόπνοο σχεδιασμό θα πρέπει άρα να γίνει τόσο στον τομέα του εντοπισμού όσο και της προσαρμογής και υιοθέτησης καλών πρακτικών από άλλες χώρες που μέχρι σήμερα έχουν δώσει ιδιαίτερη έμφαση σε ευπαθείς ομάδες. Στα πλαίσια της υιοθέτησης καλών πρακτικών θα μπορούσαν να συστηθούν άτυπα δίκτυα και να λαμβάνει χώρα συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) τόσο εντός όσο και μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών σε παιδιά με αναπηρία. Ιδιαίτερα επιβλητική μπορεί να είναι η χρήση νέων τεχνολογιών στην καθημερινή πρακτική (π.χ. Κέντρα Αναφοράς, Βάσεις Δεδομένων) καθώς και η υιοθέτηση συστηματικής πολιτικής αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας κάθε τύπου παρέμβασης.

Στη συνέχεια, κρίνεται σκόπιμο να διατυπώσουμε κάποια γενικότερα συμπεράσματα σχετικά με την Κοινωνική Προστασία στην Ελλάδα. Και τούτο διότι οι όποιες θετικές πρωτοβουλίες μπορεί να ληφθούν αποσπασματικά και μόνο σε σχέση με το χώρο των ΑμεΑ, είναι αμφίβολο αν θα μπορέσουν να αντιμετωπίσουν συνολικά τα προβλήματα, να αποδώσουν ανάλογα και κυρίως να έχουν διαχρονικά και διατηρήσιμα αποτελέσματα, στο βαθμό που δεν ανατάσσονται οι γενικότερες ανωμαλίες και υστερήσεις του συστήματος κοινωνικής προστασίας και των εν γένει ψυχο-κοινωνικών υπηρεσιών στη χώρα μας.

Τα προβλήματα είτε της χάραξης πολιτικών είτε της εφαρμογής τους στην πράξη,

στο πεδίο της Κοινωνικής Προστασίας, είναι σύνθετα, αντιφατικά, συχνά δυσεπίλυτα και οι τυχόν επιλογές μπορεί να έχουν και ανεπιθύμητες επιπτώσεις. Τις περισσότερες φορές αυτό που είναι εφικτό είναι μια «πολιτική μείωσης της βλάβης». Ωστόσο, σήμερα, είναι πλέον γενικά αποδεκτό πως χρειάζεται επιστημονικά τεκμηριωμένα κοινωνική πολιτική και καθ' ημέρα πρακτική. Η «κοινή λογική» ή οι «καλές προθέσεις» πλέον δεν επαρκούν.

Κάνοντας μια ιστορική ανασκόπηση για τον τρόπο επίλυσης των περισσότερων κοινωνικών προβλημάτων στην Ελλάδα, διαπιστώνουμε ότι τα κοινωνικά προβλήματα είθισται να επιλύονται ad hoc μέσω ενός ορισμένου κοινωνικού αυτοματισμού (π.χ. από την παραδοσιακή δομή της τοπικής κοινωνίας, την ευρύτερη οικογένεια κ.λπ.). Ως απόρροια των όσων προαναφέρθηκαν ανακύπτουν σημαντικές υστερήσεις στην ανάπτυξη επαρκών και αποτελεσματικών κοινωνικών υπηρεσιών. Σήμερα και μάλιστα στο φόντο της οικονομικής κρίσης και με την επίπτωση που έχει αυτή στα μεγάλα αστικά κέντρα, ο κοινωνικός αυτοματισμός εξαφανίζεται με ταχύτατους ρυθμούς. Άρα, αν δεν αναπτυχθούν έγκαιρα ανάλογες δομές και υπηρεσίες για να τον υποκαταστήσουν αναμένεται ότι θα βιώσουμε μια έκρηξη ανεκπλήρωτων κοινωνικών αναγκών.

Την κατάσταση έρχεται να επιβαρύνει σε σημαντικό βαθμό η υποχρηματοδότηση των δομών που εξυπηρετούν ΑμεΑ αλλά και δομών ψυχικής υγείας εν γένει. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, μεταξύ των δύο τελευταίων ετών παρατηρούμε μείωση κρατικών δαπανών για Κέντρα Πρόληψης 39%, για Μονάδες Ψυχικής Υγείας 51%, για προνοιακά ΝΠΔΔ 44 % (ΥΓΚΑ, 2011, 31-12-2010. ΥΓΚΑ, 2012, 23-12-2011), μειώσεις που σε γενικές γραμμές κινούνται σε επίπεδα μεγαλύτερα και του μέσου όρου των λοιπών περικοπών του χώρου της περίθαλψης.

Πίνακας 1. Δαπάνες στον κρατικό προϋπολογισμό για φορείς Ψυχικής Υγείας και Πρόνοιας

ΚΑΕ	Φορέας - Λειτουργία	2011	2012	Ποσοστό μείωσης
2555	Κέντρα Πρόληψης	9,00	5,50	-38,89%
2544	Μονάδες Ψυχικής Υγείας	82,00	40,00	-51,22%
2547	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών	9,20	8,56	-6,93%
5221	Δαπάνες προστασίας από τα ναρκωτικά	0,43	0,29	-32,24%
5224	Δαπάνες προστασίας της δημόσιας υγείας από το AIDS	0,88	0,45	-48,86%
2337 και 2338	Λειτουργικές δαπάνες ΕΚΚΑ (και ΙΚΠΑ)	1,10	0,65	-40,10%
2335	ΝΠΔΔ Πρόνοιας	12,50	7,00	-44,00%
2300	Επιχορηγήσεις σε ΝΠΔΔ (αθροιστικά)	2990,51	1503,85	-49,70%
2200, 2300, 2500	Επιχορηγήσεις σε ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ και ΟΤΑ προνοιακών φορέων	44,64	30,44	-31,81%

Συνοψίζοντας τους επιβαρυντικούς παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την κοινωνική προστασία και τα παιδιά ΑμεΑ, φαίνεται ότι η μη επαρκής εκπαίδευση, το χαμηλό ηθικό επαγγελματιών και η αμυντική στάση τους συχνά έρχονται να επιβαρύνουν την κατάσταση. Επίσης, ιδιαίτερα επιβαρυντικό φαίνεται να είναι η ανυπαρξία ενιαίων κριτηρίων και μεθοδολογίας για τη διερεύνηση-διάγνωση-πιστοποίηση των κρουσμάτων βίας. Παράλληλα με όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω την κατάσταση σίγουρα έρχεται να επιβαρύνει και η μόνιμη υπο-χρηματοδότηση και έλλειψη ανθρώπινων και υλικών πόρων, η απουσία θεσμικών μηχανισμών μόνιμης επιδημιολογικής παρακολούθησης (monitoring systems), η απουσία σαφούς πλαισίου λειτουργίας δομών και υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής μέριμνας καθώς και οι ελλείψεις στο θεσμικό πλαίσιο.

Βιβλιογραφία

- Akbas, S., Turia, A., Karabekiroglu, K., Pazvantoglu, O., Kekskin, T. & Boke, O. (2009). Characteristics of sexual abuse in a sample of Turkish children with and without mental retardation, referred for legal appraisal of the psychological repercussions. *Sexuality and Disability*, 27:205-213.
- Αλεξανδρίδης, Α. (2004). Μεταψυχολογικό δοκίμιο για τη βία, *Ψυχολογία*, 11(2), 216-227.
- Ammerman, R.T., Van Hasselt, V.B. & Hersen M. (1989). Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped children. *Child Abuse Negl.*, 13:335-343.
- Ammerman, R.T., & Baladerian, N.J. (1993). *Maltreatment of Children with Disabilities*. Washington, DC: National Committee to Prevent Child Abuse.
- Ammerman, R.T. & Patz, R.J. 1996. Determinants of child abuse potential: Contribution of parent and child factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25: 300-307.
- Baladerian, N.J. (1985). *Overview of Abuse of People with Developmental Disabilities*. AAMR Conference Paper, Orange County, USA.
- Baladerian, N.J. 1991. Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Sexuality and Disability* 9(4): 323-335.
- Baladerian, N.J. (1994). *Abuse and Neglect of Children with Disabilities*. Washington, D.C.: -ARCH National Resource Center for Respite and Crisis Care Services.
- Benedict, M.I., Wulff, L.M. & Hall, B.J. (1990). Reported maltreatment in children with multiple disabilities. *Child Abuse Negl.* 4:207-217.
- Benedict, M.I., Wulff, L.M. & White, R.B. (1992). Current parental stress in maltreating and nonmaltreating families of children with multiple disabilities. *Child Abuse Negl.*, 16:155-163.
- Bonner, B.L., Crow, S.M. & Hensley, L.D. (1997). State efforts to identify maltreated children with disabilities: a follow-up study. *Child Maltreat.* 2:52- 60

- Breslau, N., Weitzman, M. & Messenger, K. (1981). Psychological functioning of siblings of disabled children. *Pediatrics*, 67: 344-353
- Briggs F. (2006). Safety issues in the lives of children with learning disabilities. *Social Policy Journal of New Zealand*, 29: 43-59.
- Brown, H. & Stein, J. (1997). Sexual abuse perpetrated by men with intellectual disabilities: a comparative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 413: 215-224.
- Camblin, L.D.Jr. (1982). A survey of state efforts in gathering information on child abuse and neglect in handicapped populations. *Child Abuse Negl.*, 6:465– 472
- Childoneurope, (2009). *Guidelines on Data Collection and Monitoring Systems on Child Abuse*, CHILDONEUROPE Series No1: Florence.
- Cooke, P. & Standen, P.J. (2002). Abuse and disabled children: Hidden needs...? *Child Abuse Review*, 11: 1-18.
- Crosse, S.B., Kaye, E. & Ratnofsky, A.C. (2001). *A Report on the Maltreatment of Children with Disabilities*. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., Turner, H.A. & Hamby, S.L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment* 101:5–25.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K. & Turner, H.A. (2007). Poly-Victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 311: 7-26.
- Finkelhor, D., Ormrod R.K. & Turner H.A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth, *Child Abuse & Neglect*, 33: 403 – 411.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R. & Hamby, S. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 1255:1-13.
- Fontana, V. (1973). The diagnosis of maltreatment syndrome in children, *Pediatrics*, 51: 780-782.
- Frisch, L. & Rhodes, F.A. (1982). Child abuse and neglect in children referred for learning evaluation. *J Learn Disabil.* 15:583–586.
- Furey, E.M. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: Who and where. *Mental Retardation*, 32: 173-180.
- Herrenkohl, C.E. & Herrenkohl R.C. (1979). A comparison of abused children and their nonabused siblings. *J Am Acad Child Psychiatry.* 18:260–269.
- Hershkowitz, I., Lamb, M.E. & Horowitz D. (2007). Victimization of children with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*77: 629-635.
- Hibbard, R.A., Desch, L.W. & Committee on Child Abuse and Neglect and Council on Children with Disabilities (2007). Maltreatment of children with disabilities. *American Academy of Pediatrics*, 1195: 1018 – 1024.

- Johnson, B. & Morse, H.A. (1968). Injured children and their parents. *Children*, 15:147-152.
- Kelly, L. (1992). The connections between disability and child abuse: A review of the research evidence. *Child Abuse Review*, 1: 157-167.
- Knutson, J.F., Johnson, C.R. & Sullivan P.M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse and Neglect* 28: 925-937.
- Kvam, M.H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse and Neglect* 24: 1073-1084.
- Kvam, M.H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse and Neglect* 28: 241-251.
- Lavigne, S. & Ryan, M. (1979). Psychological adjustment of siblings of children with chronic disease, *Pediatrics*, 63: 616-627.
- Lightcap, J.L., Kurland, J.A., Burgess, R.L. (1982). Child abuse: a test of some predictions from evolutionary theory. *Ethn Sociobiol.*, 3:61-67
- Lumley, V., & Miltenberger, R. (1997). Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101: 459-472.
- Petersilia, J., Foote, J. & Crowell, N.A. (2001). *Crime Victims with Developmental Disabilities: Report of a workshop*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Μακρίδου, Α. (2006). Σεξουαλική κακοποίηση ατόμων με νοητική υστέρηση. Στο Ο., Γιωτάκος & Πρεκατέ, Β. (επιμ.) *Σεξουαλική Κακοποίηση, Μυστικό όχι πια!* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mitchell, L.M. & Buchele-Ash, A. (2000). Abuse and neglect of individuals with disabilities: Building protective supports through public policy. *Journal of Disability Policy Studies*, 102: 225-243.
- Mohr, W.K., Petti, T.A. & Mohr, B.D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*, 48:330 -337
- Monane, M., Leichter, D. & Lewis, D.O. (1984). Physical abuse in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry*. 23:653-658
- Morris, J. (1999). Disabled children, child protection systems and the Children Act 1989. *Child Abuse Review* 8: 91-108.
- Muccigrosso, L. (1991). Sexual abuse prevention strategies and programs for persons with developmental disabilities. *Sexuality and Disability*, 9: 261-272.
- Nosek, M.A., Howland, C.A. & Young, M.E. (1998). Abuse of women with disabilities: Policy implications. *Journal of Disability Policy Studies*, 113: 158-175.
- Orange, L.M. & Brodwin, M.G. (2005). Childhood sexual abuse: What rehabilitation counselors need to know. *Journal of Rehabilitation*, 714: 5-11.
- Orange, L.M. & Brodwin, M.G. Winter (2004). People with disabilities: Implications

- of sexual abuse. *Communique: California Association for Postsecondary Education and Disability*, 7-8.
- Powers, J.L., Mooney, A., & Nunno, M. (1990). Institutional abuse: A review of the literature. *Journal of Child and Youth Care*, 4: 81-95.
- Ratnofsky, A.C. (1994). *A Report on the Maltreatment of Children With Disabilities*. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Reiter, S., Bryen, D.N. & Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities* 11: 371-387.
- Rogow, S. & Hass, J. (1999). *The Person within: Preventing Abuse of Children and Young People with Disabilities*. Vancouver, BC: British Columbia Institute Against Family Violence.
- Siu, F.W. (2005). Rehabilitation counselors: What we should know about domestic violence. *The Rehabilitation Professional*, 132:43-46.
- Sobsey, D., Randall, W. & Parrila, R.K. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse and Neglect* 21: 701-720.
- Sobsey, D. & Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. *Journal of Sexuality and Disability*, 93: 243-259.
- Sobsey, D. (1994). *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance?* Baltimore: Paul H. Brookes.
- Sorensen, D. (2002). The Invisible Victims: *Prosecutor's Brief: The California District Attorneys Associations Quarterly Journal*. 24(3):1-8.
- Spencer, N., Devereux, E., Wallace, A., Sundrum, R., Shenoy, M., Bacchus, C. & Logan, S. (2005). Disabling conditions and registration for child abuse and neglect: A population based study. *Paediatrics* 116: 609-613.
- Stalker, K. & McArthur, K. (2010). Child abuse, child protection and disabled children: a review of recent research. *Child Abuse Review*, 21: 24-40.
- Steinberg, M. A., & Hylton, J.R. (1998). *Responding to Maltreatment of Children with Disabilities: A trainer's guide*. Portland, OR: Oregon Institute on Disability and Development, Child Development & Rehabilitation Center, Oregon Health Sciences University.
- Struck, L.M. (1999). *Assistance for Special Educators, Law Enforcement, and Child Protective Services in Recognizing and Managing Abuse and Neglect of Children with Disabilities*. Virginia Beach, VA: Virginia Department of Social Services, Child Protective Services.
- Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (1998). The association between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect* 22: 271-288.
- Sullivan P.M. & Knutson J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*, 24: 1257-1273.
- Sullivan, P.M., & Knutson, J.F. (2003). Maltreatment and disabilities: A population-

- based epidemiological study. *Journal of Early Intervention*, 14: 21-33.
- Tharinger, D., Horton, C.B. & Millea, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 14: 301-312.
- Turnbull, H.R., Wilcox, B.L., Stowe, M., Raper, C. & Hedges, L.P. (2000). Public policy foundations for positive behavioral interventions, strategies, and supports. *J Posit Support Interv.*, 2:57– 61.
- Verdugo, M.A., Bermejo, B. & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse Negl.*, 19: 205–215.
- Wilson, C. & Brewer, N. (1992). The incidence of criminal victimization of individuals with an intellectual disability. *Australian Psychologist*, 27: 114-117.
- World Health Organization, (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, W.H.O., Geneva, 29-31 March 1999.
- World Health Organization (2001). *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the Links between Human Rights and Public Health*, W.H.O. Geneva.
- World Health Assembly (1997). *Prevention of violence A50/INF.DOC./4*, W.H.O. Geneva.
- ΥΥΚΑ (2011). 31-12-2010. Κατανομή Πιστώσεων του Προϋπολογισμού Οικονομικού Έτους 2011 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε επιμέρους Κωδικούς Αριθμούς Εξόδων (ΚΑΕ). ΔΥ5α/οικ.166069.
- ΥΥΚΑ (2012). 23-12-2011. Κατανομή Πιστώσεων του Προϋπολογισμού Οικονομικού Έτους 2012 του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε επιμέρους Κωδικούς Αριθμούς Εξόδων (ΚΑΕ) ΔΥ5α/οικ.142298.