



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΕΡΕΥΝΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Παράγοντες που συσχετίζονται με τη σωματική αύξηση και την
ψυχοκινητική ανάπτυξη των παιδιών που ζουν σε ίδρυμα.**

της
Δαμασκοπούλου Ελισσάβετ
Α.Μ.: 20130323

ΑΘΗΝΑ 2017

1^η Επιβλέπουσα: Περβανίδου Παναγιώτα

2^η Επιβλέπουσα: Μπακούλα Χρύσα

3^η Επιβλέπουσα: Χαρμανδάρη Ευαγγελία

Στον Γιάννη, στον Παναγιώτη και στον Λεωνίδα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω την καθηγήτριά μου, κ.Περβανίδου Νένη, για τον πολύτιμο χρόνο της που μου αφιέρωσε, καθώς και το προσωπικό του Αναρρωτηρίου Πεντέλης που πρόθυμα βοήθησε στην ολοκλήρωση των μετρήσεων. Στη διαδικασία των μεθοδολογίας, ιδιαίτερα σημαντική ήταν η βοήθεια της παιδιάτρου του Αναρρωτηρίου, της κ. Μπότσου Ιφιγένεια.

Υπερπολύτιμη ήταν η βοήθεια της Ντρενογιάννη Κωνσταντίνας, του Ντίνα Αλέξη και της Δαμασκοπούλου Τάνιας, χωρίς τη βοήθεια των οποίων, η εργασία δε θα έφτανε ποτέ στο τέλος της. Τους ευχαριστώ θερμά!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ερευνά την έννοια της ιδρυματοποίησης των παιδιών και των αποτελεσμάτων της πάνω στη σωματική, γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη τους. Αναλύονται παράγοντες όπως το ρυθμιστικό πλαίσιο που αφορά και διέπει τη λειτουργία των ιδρυμάτων καθώς και σημαντικές ελλείψεις και ασάφειες που εκείνο περιέχει. Παράλληλα αναλύεται η έννοια της προσκόλλησης της εγγύτητας δηλαδή του παιδιού με σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντος του καθώς και οι τύποι δεσμών που αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία και ιδιαίτερα σε καταστάσεις έντονου άγχους ή πίεσης. Επίσης αναλύεται τόσο η υιοθεσία όσο και η αναδοχή καθώς και επιπλέον στοιχεία σχετικά με την αποϊδρυματοποίηση των παιδιών. Επιπλέον γίνεται μια εκτενής αναφορά στα σωματομετρικά και ψυχοκινητικά χαρακτηριστικά, καθώς και οι συνέπειες της ιδρυματοποίησης σε αυτά, και δίνεται ορισμός της ανάπτυξης του παιδιού. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν παιδιά που φιλοξενούνται στο Αναρρωτήριο Πεντέλης. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή σωματομετρικών στοιχείων, ύψους, βάρους και περιμέτρου κεφαλής. Επίσης δόθηκαν και συμπληρώθηκαν από το προσωπικό φροντίδας, ερωτηματολόγια «Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) – Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)» τα οποία αναλύθηκαν στο πρόγραμμα ADM – ASEBA version 8. Η μελέτη κατέληξε στο αναμενόμενο συμπέρασμα ως προς τη μειωμένη ανάπτυξη σωματομετρικών δεδομένων ενώ η συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη βρίσκεται εντός των φυσιολογικών ορίων ως επι τω πλείστο.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ίδρυμα, ψυχοκινητική ανάπτυξη, υιοθεσία, Achenbach

ABSTRACT

The present thesis examines the concept of children's institutionalisation and its impact on children's physical, cognitive and emotional development. Factors such as the regulatory framework within which institutions operate or substantial deficiencies and ambiguities of that framework are being analysed. In addition, we are elaborating on the concept of attachment, that means children's closeness to important people of their environment, as well as on the types of bonds developed during childhood and in particular under conditions of stress or severe anxiety. Furthermore, we are studying closely adoption and foster care, as well as additional information regarding children's de-

institutionalisation. We are also expanding on biometric and psychomotor characteristics, as well as on institutionalisation's impact on them. The definition of child development is given. The sample used included children from the Child Care Service "Anarrotirio Pentelis". Biometric data were registered (height, weight and head circumference). Moreover, the care personnel were asked to complete the questionnaires "Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)", which were analysed in programme ADM - ASEBA version 8. The research came to the obvious conclusion regarding the reduced development of biometric data, while the emotional and cognitive development remains mostly within normal limits.

KEY WORDS: Institution, psychomotor development, adoption, Achenbach

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
1.1 ΙΔΡΥΜΑ.....	8
1.1.1 Ιστορία των ιδρυμάτων.....	9
1.1.2 Δικαιώματα των παιδιών και η νομοθεσία γύρω από το ίδρυμα.....	11
1.1.3 Ίδρυμα και παιδιά.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	17
2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΔΕΣΜΟΥ	17
2.1.1 Μέτρηση προσκόλλησης	17
2.1.2 Τύποι δεσμών	18
2.1.3 Θεραπεία/αντιμετώπιση παιδιών με αντιδραστική διαταραχή δεσμού	21
2.1.4 Διακοπή δεσμού προσκόλλησης και επιπτώσεις	22
2.2 ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	23
2.3 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	26
2.3.1 Υποκειμενική αίσθηση παιδιών.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	33
3.1 ΥΙΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΔΟΧΗ	33
3.1.1 Πλεονεκτήματα αποϊδρυματοποίησης σε σχέση με τη σωματική ανάπτυξη.....	34
3.1.2 Πλεονεκτήματα αποϊδρυματοποίησης σε σχέση με τη γνωστική ανάπτυξη.....	35
3.1.3 Προτάσεις για βελτίωση εντός ιδρύματος	36
3.1.4 Προτάσεις για ανάπτυξη υπηρεσιών τοπικής κοινωνίας για επανένταξη	38
3.1.5 Η υιοθεσία στην Ελλάδα.....	40
3.1.6 Διακρατικές υιοθεσίες.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	45
4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	49
5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
5.1.1 Αποτελέσματα σωματομετρικών.....	49
5.2.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίων.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	57
6. 1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	65

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Αποτελέσματα ιδρυματοποίησης στα παιδιά.....	32
Πίνακας 2. Τύποι Συνδρόμων	47

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Μοντέλο υιοθεσίας (A catch-up model of adoption)	34
--	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1 : Ύψους αγοριών Αναρρωτηρίου	50
Γράφημα 2: Ύψος κοριτσιών Αναρρωτηρίου	51
Γράφημα 3: Βάρος αγοριών Αναρρωτηρίου	51
Γράφημα 4: Βάρος κοριτσιών Αναρρωτηρίου	52
Γράφημα 5: Περιμέτρος κεφαλής αγοριών Αναρρωτηρίου.....	53
Γράφημα 6: Περιμέτρος κεφαλής κοριτσιών Αναρρωτηρίου	53
Γράφημα 7: Συναισθηματικά προβλήματα	54
Γράφημα 8: Προβλήματα άγχους.....	55
Γράφημα 9: Προβλήματα διάχυτων διαταραχών της ανάπτυξης.....	55
Γράφημα 10: Προβλήματα εναντιωματικής συμπεριφοράς.....	56
Γράφημα 11: Προβλήματα προσοχής υπερκινητικότητας.....	56

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανθρώπινη ανάπτυξη επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες που είτε τη διευκολύνουν είτε την εμποδίζουν. Η ανάπτυξη στην πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να μεταβληθεί από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως τα προσωπικά χαρακτηριστικά του παιδιού, την οικογένεια, τους φροντιστές, το άμεσο περιβάλλον και τον πολιτισμό του. Παρόλο που τα στάδια της ψυχοκινητικής ανάπτυξης είναι τα ίδια για όλα τα παιδιά σε όλο τον κόσμο, μπορεί τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, στο οποίο μεγαλώνει το παιδί, να προκαλέσουν σημαντικές διαφορές στον αναπτυξιακό ρυθμό του.

Για να επιτευχθεί η βέλτιστη ανάπτυξη στα παιδιά, χρειάζεται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον τόνωσης και μια ισχυρή σχέση με κάποιο πρόσωπο φροντίδας. Τα παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα είναι συνήθως στερημένα από το υποστηρικτικό περιβάλλον και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε νευρικά και συμπεριφορικά ελλείμματα. Η ανάπτυξη σε ένα ίδρυμα οδηγεί συχνά σε ένα σύνθετο μίγμα σωματικής, αντιληπτικής, κοινωνικής, πνευματικής, συναισθηματικής ή ακόμα και υλικής στέρησης, που μελετώνται και αναφέρονται για περισσότερο από 50 χρόνια. Έτσι, τα αυξημένα ποσοστά αναπτυξιακών προβλημάτων, θα μπορούσαν να είναι ένας συνδυασμός των συνεπειών των πρώιμων εμπειριών των παιδιών και ένα μειονέκτημα που παράγεται από τους γενετικούς παράγοντες κινδύνου της δυσάρεστης ανατροφής.⁽²⁴⁾

Ενας μεγάλος αριθμός παιδιών εγκαταλείπεται κάθε χρόνο λόγω κοινωνικών ή οικονομικών πιέσεων. Ο θάνατος των γονέων, τα ψυχικά ή σωματικά προβλήματα, η διανοητική καθυστέρηση, το διαζύγιο γονέων, τα οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα είναι μερικοί από τους κύριους λόγους για τους οποίους τα παιδιά εγκαταλείπονται. Η παραμέληση και η κακοποίηση στα πρώτα χρόνια της ζωής, που είναι κάτι που συναντάται στα περισσότερα ιδρύματα, καταστρέφει την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Τα ιδρύματα αποτελούν τη συνηθέστερη μορφή φροντίδας για τα εγκαταλελειμμένα παιδιά σε όλο τον κόσμο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΔΡΥΜΑ

Τδρυμα σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Γραμμές είναι οποιαδήποτε μορφή στεγαστικών δομών όπου:

- Οι ένοικοι είναι απομονωμένοι από την ευρύτερη τοπική κοινότητα ή/και αναγκάζονται να ζουν μαζί,
- Οι ένοικοι δεν έχουν επαρκή έλεγχο της ζωής τους και των αποφάσεων που τους αφορούν και
- Οι απαιτήσεις του οργανισμού υπερέχουν των αναγκών των ενοίκων.

Για τα παιδιά, τα ιδρύματα δεν έχουν ξεκάθαρο ορισμό αλλά αναφέρονται ως «στεγαστικές δομές που δεν έχουν χτιστεί με βάση τις ανάγκες του παιδιού, ούτε προσεγγίζουν μια οικογενειακή κατάσταση, και παρουσιάζουν τα χαρακτηριστικά που είναι τυπικά της ιδρυματικής κουλτούρας (αποπροσωποποίηση, αυστηρή ρουτίνα, ομαδική μεταχείριση, κοινωνική απόσταση, εξάρτηση κτλ)». Τα παιδικά ιδρύματα έχουν διάφορες ονομασίες («βρεφοκομεία», «οικοτροφεία» και «ορφανοτροφεία», παρότι η πλειοψηφία των παιδιών δεν είναι ορφανά) και υπάγονται σε διαφορετικά υπουργεία (τα βρεφοκομεία στο Υγείας και επικεντρώνονται στο ιατρικό κομμάτι, τα εσωτερικά καταλύματα για παιδιά με ειδικές ανάγκες στο Παιδείας και επικεντρώνονται στην εκπαίδευση). Τα μοντέλα διαβίωσης στο σύστημα εναλλακτικής φροντίδας στην Ευρώπη μπορεί να περιλαμβάνουν: εσωτερικά σχολεία, ειδικά σχολεία, βρεφοκομεία, εστίες για παιδιά με διανοητική ή σωματική αναπηρία, εστίες για παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, ιδρύματα για ανήλικους εγκληματίες, εστίες για μέριμνα μετά τη θεραπεία και εκτιμάται ότι σε 30 χώρες της Ευρώπης, σε όλων αυτών των ειδών τα ιδρύματα, φιλοξενούνται ένα εκατομμύριο παιδιά εκ των οποίων τα 23.099 παιδιά είναι κάτω από την ηλικία των 3 ετών σύμφωνα με μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.⁽¹⁾ Αυτή η μη συνοχή των ιδρυμάτων έχει συχνά το αποτέλεσμα να χωρίζονται αδέρφια και να υπάρχουν συχνές μετακινήσεις από το ένα ίδρυμα στο άλλο.⁽²⁾

Ο ψυχαναλυτής Rene Spitz εισήγαγε το 1945 την έννοια *ιδρυματοποίηση* για να περιγράψει τα φυσικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των νηπίων που μένουν σε ιδρύματα και χαρακτήρισε την κατάσταση των συνθηκών δεινή.⁽³⁾

1.1.1 Ιστορία των ιδρυμάτων

Στην Ελλάδα υπήρξαν δυο ειδών συστήματα περίθαλψης βρεφών: το σύστημα ανοιχτής περίθαλψης ή αλλιώς οικογενειακό σύστημα όπου τα βρέφη τα ανέθεται σε τροφούς, και το σύστημα κλειστής περίθαλψης με την ίδρυση Βρεφοκομείων ή άλλων ιδρυμάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις εφαρμόστηκε το μικτό σύστημα περίθαλψης. Η διαδικασία της υιοθεσίας πριν την ίδρυση του Βρεφοκομείου ήταν σχεδόν ανύπαρκτη καθώς ήταν εξαιρετικά δύσκολο να πραγματοποιηθεί αναζήτηση παιδιών προς υιοθεσία. Πολλά παιδιά έχαναν τη ζωή τους πριν την ηλικία των δύο ετών, και όσα ζούσαν, ήταν άρρωστα και σε κακή κατάσταση με αποτέλεσμα να μην τα προτιμούν οι υποψήφιος μελλοντικές οικογένειες.⁽⁴⁾

Με την ίδρυση του Βρεφοκομείου τον Σεπτέμβριο του 1859, η διαδικασία διευκολύνθηκε αφού οι ενδιαφερόμενοι απηύθυναν έγγραφες αιτήσεις προς το Αδελφάτο το οποίο, αφού συγκέντρωνε τις απαραίτητες πληροφορίες για τους ενδιαφερόμενους, έδινε την έγκριση για την διαδικασία υιοθεσίας. Η ίδρυση του Βρεφοκομείου, εκτός του ότι διευκόλυνε τη διαδικασία, φρόντιζε να εξασφαλιστεί το μέλλον των παιδιών μέσω του Αδελφάτου αλλά και της Δημοτικής Αρχής που είχε την επιμέλεια. Η ημέρα και ώρα επίσκεψης στο Βρεφοκομείο εξαρτιόταν από τους ενδιαφερόμενους οι οποίοι μπορούσαν να επιλέξουν μεταξύ 10-15 απογαλακτισμένων βρεφών, ηλικίας 7 μηνών έως 8 χρόνων. Την διετία 1860-62 υιοθετήθηκαν 46 παιδιά ενώ όσα είχαν συμπληρώσει το έβδομο έτος της ηλικίας τους και δεν είχαν ακόμη υιοθετηθεί τοποθετούνταν σε Ορφανοτροφεία και συγκεκριμένα, τα αγόρια στο Ορφανοτροφείο Χατζηκώνστα και τα κορίτσια στο Αμαλίο Ορφανοτροφείο.⁽⁴⁾

Το αποτέλεσμα ήταν πως οι υιοθεσίες που πραγματοποιούνταν κάθε χρόνο ήταν κατά μέσο όρο 10-15 ενώ ένα σημαντικό ποσοστό τους γινόταν από τις ίδιες τις τροφούς που είχαν αναλάβει τη φροντίδα τους. Κατά το διάστημα 1889-1903 υιοθετήθηκαν τα 162 από τα 421 παιδιά που είχε αναλάβει υπό την προστασία του ο Σπ. Ζαβιτσιανός. Το ποσοστό ανέρχεται στο 38,47% των παιδιών που ο ίδιος φρόντιζε ενώ μετά την πραγματοποίηση της πράξης της υιοθεσίας ο ίδιος δεν είχε το δικαίωμα να παρακολουθεί ούτε και να λαμβάνει πληροφορίες για τα συγκεκριμένα παιδιά. Από επισκέψεις που ο ίδιος πραγματοποίησε σε περιπτώσεις οικογενειών που είχαν υιοθετήσει κάποιο παιδί υπήρξε το συμπέρασμα πως το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών αυτών είχαν μια φυσιολογική και καλή οικογενειακή ζωή. Είναι

φυσιολογικό πως υπήρξαν και μεμονωμένες περιπτώσεις που στα παιδιά δεν παρέχόταν η αναμενόμενη αγάπη όμως το συγκεκριμένο γεγονός είναι συχνό ακόμα και σε παιδιά που μεγαλώνουν με τους βιολογικούς τους γονείς και δεν μπορεί να οδηγήσει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα.⁽⁴⁾

Βασικό μέλημα της εποχής εκείνης ήταν ο τρόπος διατροφής των βρεφών, και για το λόγο αυτό, είτε τα βρέφη βρίσκονταν σε κάποιο ίδρυμα είτε σε ανάδοχη οικογένεια, ο σκοπός ήταν να θηλάζονται από τροφό. Η συγκεκριμένη ενέργεια έχει τις ηγές της στο γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός ήταν μια σημαντική διαδικασία για την παραδοσιακή ελληνική κοινωνία. Συχνά οι μητέρες στη χώρα μας σε περίπτωση αδυναμίας παροχής μητρικού γάλατος φρόντιζαν να βρουν μία τροφό ή να χορηγήσουν στο βρέφος φρέσκο ζωικό γάλα. Στα κατώτερα σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο στρώματα όταν η ίδια η βιολογική μητέρα δεν μπορούσε να θηλάσει κάποια γυναίκα από το στενό περιβάλλον της οικογένειας αναλάμβανε την ευθύνη αυτή. Αξίζει να σημειωθεί πως η συγκεκριμένη πρακτική συνεχίστηκε μέχρι τα μέσα του 20ου αιώνα. Όλα τα παραπάνω αφορούν παιδιά που μεγάλωναν με τη βιολογική τους οικογένεια. Στην περίπτωση των έκθετων βρεφών η κατάσταση ήταν δυσχερής καθώς υπήρχε δυσκολία για ανεύρεση θηλάστριας αλλά ακόμα και όταν υπήρχε τα βρέφη δεν διατρέφονταν επαρκώς.⁽⁴⁾

Στη Ελλάδα, σήμερα, λειτουργούν αρκετά ιδρύματα που φιλοξενούν φυσιολογικής ανάπτυξης παιδιά όλων των ηλικιών. Σύμφωνα με αναλυτική έρευνα που, έγινε στις αρχές της δεκαετίας του '80 για τα συστήματα κλειστής περίθαλψης, λειτουργούσαν 274 ιδρύματα σε όλη την επικράτεια που φιλοξενούσαν 16.442 παιδιά. Το 40 % των ιδρυμάτων αυτών ήταν κρατικά, 35% ανήκαν στην εκκλησία και τα υπόλοιπα ήταν ιδιωτικής πρωτοβουλίας.⁽⁵⁾ Παρότι η πλειοψηφία ήταν παιδιά 12-18 ετών που ζούσαν σε οικοτροφεία για εκπαιδευτικούς λόγους και πολλά από τα υπόλοιπα είχαν εισαχθεί σε ίδρυμα για οικονομικούς λόγους, υπήρχε ένα 10% που ήταν παιδιά εκτός γάμου, εγκαταλελειμμένα ή ορφανά, από όσο αναφέρεται στην επίσημα καταγεγραμμένη αιτία εισαγωγής. Στην πραγματικότητα όμως, στην πλειονότητα των παιδιών, οι λόγοι που αναφέρονταν σαν πρόσθετες αιτίες εισαγωγής ήταν καθαρά ψυχοκοινωνικοί (π.χ. διαζύγιο, ψυχική ή σωματική αρρώστια του γονέα, απορία, φυλάκιση κλπ).⁽⁵⁾

1.1.2 Δικαιώματα των παιδιών και η νομοθεσία γύρω από το ίδρυμα

Η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού αναφέρει στο άρθρο 18 ότι η ευθύνη για την ανατροφή των παιδιών ανήκει κατά κύριο λόγο στους γονείς οι οποίοι με τη συμβολή του κράτους υποστηρίζονται ώστε να καταφέρουν να ανταποκριθούν στην ευθύνη τους αυτή. Το παιδί έχει το δικαίωμα προστασίας από προσβολή και βιαιοπραγία, έχει δικαίωμα στην εκπαίδευση και σε επαρκείς υπηρεσίες ιατρικής βοήθειας ενώ ένα από τα δικαιώματά του είναι να ανατραφεί από την οικογένεια του. Σύμφωνα με το άρθρο 20 της σύμβασης στην περίπτωση που η οικογένεια δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στην ανατροφή του παιδιού παρά τη βοήθεια του κράτους τότε το παιδί έχει δικαίωμα στην παροχή φροντίδας μέσω υποκατάστασης της οικογένειας. Η απόφαση αυτή απομάκρυνσης του παιδιού πρέπει να αιτιολογείται σε συνδυασμό με τους επιδιωκόμενους στόχους.

Αν για παράδειγμα το παιδί κινδυνεύει είτε σωματικά είτε ψυχικά κρίνεται αναγκαία η παρέμβαση από πλευράς κράτους. Η παρέμβαση οφείλει σε δεύτερο επίπεδο εκτός από αναγκαία να είναι και αναλογική να σχεδιάζεται δηλαδή με βάση τις ανάγκες, την πραγματική κατάσταση και να είναι εξατομικευμένη.^(2,6)

Τα προβλήματα που έχει διαπιστώσει ο Συνήγορος του Πολίτη όσον αφορά τα Ιδρύματα παιδικής προστασίας, είναι τα εξής:

- Η νομοθεσία που καλύπτει τα δημόσια ιδρύματα παιδικής προστασίας είναι αρκετά προσκολλημένη στο παρελθόν και περιέχει βαρύνουσας σημασίας κενά,
- Τα ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου λειτουργούν στις περισσότερες περιπτώσεις χωρίς τις απαραίτητες άδειες καθώς το ρυθμιστικό πλαίσιο είναι ασαφές,
- Ελλείψεις παρουσιάζει και το νομοθετικό πλαίσιο ως προς την κατοχύρωση των δικαιωμάτων των φιλοξενούμενων παιδιών, σύμφωνα με τις επιταγές της Σύμβασης,
- Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές που πρέπει να πληρούνται από τα συγκεκριμένα ιδρύματα τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα,

- Υπάρχει η μέριμνα για την πιστοποίηση των ιδρυμάτων του ιδιωτικού τομέα καθώς και πραγματοποιείται η υλοποίηση από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Παρά όμως το γεγονός αυτό, δεν υπάρχει πρόβλεψη σχετικά με τις προδιαγραφές και τον ποιοτικό έλεγχο,
- Τα ιδρύματα δημοσίου δικαίου ελέγχονται και εποπτεύονται από τις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας ενώ τα ιδιωτικού δικαίου μέσω των κοινωνικών συμβούλων που εργάζονται στις Περιφερειακές Διευθύνσεις. Η παντελής έλλειψη σαφήνειας ωστόσο σχετικά με τις προδιαγραφές καθιστά την εποπτεία και τον έλεγχο αναποτελεσματικό,
- Με το νόμο 2920/2001 συστήθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας το οποίο θα ελέγχει συστηματικά τα συγκεκριμένα ιδρύματα. Συγκεκριμένα το Σώμα, συντάσσει αναφορές ελέγχου με προτάσεις που αφορούν τη Διοίκηση των ιδρυμάτων και προτείνει αλλαγές που θα βελτιώσουν τις συνθήκες λειτουργίας τους. Οι προτάσεις όμως συχνά υλοποιούνται μερικώς καθώς δεν υπάρχει ένα οργανωμένο σύστημα κυρώσεων από πλευράς ρυθμιστικού πλαισίου,
- Στις περισσότερες περιπτώσεις ιδρυμάτων υπάρχει έλλειψη επιστημονικού και ειδικά καταρτισμένου ανθρωπίνου δυναμικού που το στελεχώνουν,
- Στα δημόσια ιδρύματα, η επιλογή και πρόσληψη προσωπικού είναι μια διαδικασία που απαιτεί χρόνο και γραφειοκρατία, με αποτέλεσμα να μην διασφαλίζεται η κατάλληλη επιλογή προσωπικού που θα επανδρώσει τη μονάδα,
- Στην περίπτωση των ιδιωτικών ιδρυμάτων, επιπλέον, εξαιτίας της απουσίας σαφούς πλαισίου συχνά παρατηρείται η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και λειτουργία τους κατά κύριο λόγο με τη συνδρομή εθελοντών,
- Επιπλέον έχει διαπιστωθεί η ύπαρξη ιδρυμάτων στα οποία επιβάλλονται κανόνες συμπεριφοράς στα φιλοξενούμενα παιδιά που αποκλίνουν από τα αποδεκτά πρότυπα

όπως για παράδειγμα η απαγόρευση παντελονιών στα κορίτσια ,η επιβολή νηστείας ή ακόμα και η απαγόρευση επικοινωνίας με τους γονείς,

- Σύμφωνα με το άρθρο 25 δεν προβλέπεται από τους θεσμούς η αναθεώρηση της τοποθέτησης σε ίδρυμα ,
- Ο θεσμός της αναδοχής παρόλο που υπάρχει και θα μπορούσε να εφαρμόζεται επαρκώς δεν υποστηρίζεται σε τέτοιο βαθμό ώστε να έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το παραπάνω συμβαίνει λόγω της απουσίας διάθεσης επαρκών πόρων από την Πολιτεία αλλά και λόγω της έλλειψης των κατάλληλων κοινωνικών φορέων που θα υποστηρίξουν και θα παρακολουθήσουν τις ανάδοχες οικογένειες,
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν έχει ενσωματώσει στην εθνική πολιτική τις Οδηγίες του ΟΗΕ για την εναλλακτική φροντίδα, ούτε το περιεχόμενο της Σύστασης 2005 (5) του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα δικαιώματα των παιδιών που ζουν σε ιδρύματα, ούτε τη Σύσταση CM/Rec (2010) 2 για την απο-ιδρυματοποίηση και τη ζωή στην κοινότητα των παιδιών με αναπηρίες.⁽⁷⁾

1.1.3 Ίδρυμα και παιδιά

Το ίδρυμα είναι χώρος στον οποίον φιλοξενούνται παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν πεθάνει, δεν έχουν τη δυνατότητα λόγω οικονομικών προβλημάτων, οικογενειακών καταστάσεων ή προβλημάτων υγείας (ψυχιατρικά περιστατικά ή εξάρτηση από ουσίες) να τα μεγαλώσουν. Κάποια παιδιά εισάγονται στα ιδρύματα ακόμα και από την ηλικία του ενός μήνα. Στην Ευρώπη πάνω από ένα εκατομμύριο παιδιά κι ενήλικες μένουν σε ιδρύματα, τα οποία παλαιότερα θεωρούνταν ως ο καλύτερος τρόπος φροντίδας ευάλωτων ομάδων ανθρώπων. Πλέον η απομάκρυνση ενός παιδιού από το φυσικό του οικογενειακό περιβάλλον και η τοποθέτησή του σε ίδρυμα, θεωρείται ότι έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις και συχνά ισοδυναμεί με μια ολόκληρη ζωή κοινωνικού αποκλεισμού και απομόνωσης.^(8,9,2)

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η διαμονή παιδιών σε ίδρυμα δημιουργεί σημαντικά αναπτυξιακά ελλείμματα σχεδόν σε κάθε τομέα στον οποίο έχει πραγματοποιηθεί εξέταση.

Ακόμα και η σύντομη διάρκεια διαμονής επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη του εγκεφάλου και έχει δια βίου αρνητικές συνέπειες στη συναισθηματική συμπεριφορά των παιδιών. Σε ιδρύματα της Ανατολικής Ευρώπης και Ρωσίας οι μη φυσιολογικές καταστάσεις αφορούσαν σε ποικιλία ιατρικών προβλημάτων: ελλείψεις στη σωματική και εγκεφαλική ανάπτυξη, γνωστικά προβλήματα, καθυστερήσεις στην ομιλία, προβλήματα στην ολοκλήρωση των αισθητήρων, ανωμαλίες στην κοινωνικότητα και τη συμπεριφορά και τελευταία προστέθηκαν η υπερκινητικότητα, οι διαταραχές προσκόλλησης και καταστάσεις οι οποίες μιμούνται τον αυτισμό. Η επίδραση αυτή είναι πολυπαραγοντική και παρότι μπορεί να διαφέρει από ίδρυμα σε ίδρυμα ή ακόμα και από τμήμα σε τμήμα εντός του ιδίου ιδρύματος, έχουν παρατηρηθεί κοινά στοιχεία σε όλα τα ιδρύματα ανεξαρτήτως χώρας, ή ακόμα και ηπείρου.^(10,11,2,12) Κάποιες από τις αιτίες που οδηγούν σε αυτά τα προβλήματα είναι:

1. Μεγάλος αριθμός ομάδων παιδιών και μεγάλος αριθμός παιδιών ανά φροντιστή με αποτέλεσμα να μην υπάρχει χρόνος εκ μέρους του φροντιστή για αλληλεπίδραση με τα παιδιά παρά μόνο να πραγματοποιηθούν οι υποχρεώσεις της βάρδιας (τάισμα, μπάνιο, ντύσιμο κτλ).
2. Πολλές και συχνές εναλλαγές φροντιστών λόγω βαρδιών αλλά και λόγω αλλαγής ηλικιακής ομάδας.
3. Φροντιστές με χαμηλό μισθό, σχετικά χαμηλή εκπαίδευση και η εργασία πραγματοποιείται σε βάρδιες.
4. Αυστηρά πειθαρχημένη κι όχι εξατομικευμένη φροντίδα.
5. Έλλειψη φροντίδας, ζεστασιάς και στοργής όπως θα ήταν κάθε φυσιολογική σχέση μητέρας-παιδιού

6. Το γεγονός ότι πολλά, αν όχι όλα τα παιδιά, θα αποχωρήσουν από το ίδρυμα προς οικογένειες για υιοθεσία μπορεί να οδηγήσει σε εσκεμμένη –όχι απαραίτητα συνειδητή - έλλειψη συναισθηματικού δεσίματος από μεριάς των προσώπων φροντίδας.^(13,8,11,14)

Σύμφωνα με τον Bowlby τα παιδιά υποφέρουν από τις συνέπειες του ιδρύματος ακόμα κι όταν οι φυσικές τους ανάγκες (φαγητό, ρουχισμός κτλ) καλυπτόταν επαρκώς. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι άλλα τα προβλήματα που επηρεάζουν την σωματική και νοητική ανάπτυξή τους. Για το λόγο αυτό, σημαντικό ρόλο παίζουν οι συνθήκες που επικρατούν στα ιδρύματα και το ελληνικό ίδρυμα Μητέρα αλλά και τα άλλα κέντρα ημέρας που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη της Βορριά (2003), σύμφωνα με τις συγκρίσεις της βαθμολογίας ECERS και σε σχέση με τα Ευρωπαϊκά και Αμερικάνικα κέντρα ημέρας, φαίνεται ότι παρέχουν υπερβολικά χαμηλή ποιότητα φροντίδας.

Πλέον, θεωρείται ολοένα και περισσότερο ότι η ιδρυματοποίηση αποτελεί και επιτάσσει συχνά την παραβίαση των δικαιωμάτων του ανθρώπου. Ένα ίδρυμα αποτελεί μια δομή που προωθεί τις απρόσωπες σχέσεις καθώς και η αναλογία του αριθμού των παιδιών είναι αντιστρόφως ανάλογη της φροντίδας που τους παρέχεται.^(9,2,15)

Ωστόσο η επικινδυνότητα των ιδρυμάτων φτάνει και σε ακραία σημεία σε ορισμένες περιπτώσεις. Σε μια έρευνα που διενεργήθηκε σε μια ευρωπαϊκή χώρα από μια μη κυβερνητική οργάνωση και την εισαγγελία, προέκυψε ότι μέσα σε μια δεκαετία 238 παιδιά πέθαναν στα ιδρύματα. Από αυτά, 31 παιδιά πέθαναν από αστία λόγω συστηματικού υποσιτισμού, 84 από παραμέληση, 13 από κακή υγιεινή, 6 από ατύχημα όπως υποθερμία, πνιγμός ή ασφυξία, 36 επειδή ήταν κατάκοιτα και 2 θάνατοι προκλήθηκαν από βία. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η βία, το δέσιμο κι η θεραπεία με επιβλαβή φάρμακα ήταν δεδομένες πρακτικές στα ιδρύματα για παιδιά.

Η Παγκόσμια Έκθεση των Ηνωμένων Εθνών για τη βία κατά των παιδιών (2006) αναφέρει ότι τα παιδιά στα ιδρύματα διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο βίας παντός είδους σε σχέση με συνομηλίκους τους που μεγαλώνουν σε οικογένειες. Έχουν δημοσιευτεί εκθέσεις που φέρνουν στο φως περιπτώσεις σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, χρήση κρεβατιών-κλουβιά κι άλλων σωματικών περιορισμών, απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης όπως έλλειψη θέρμανσης, υποσιτισμού, κακής υγιεινής και κακοσυντηρημένων κτηρίων. Μέσα σε αυτά προστίθεται και η ανησυχία για έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης

λόγω μεγάλου αριθμού παιδιών και χαμηλού βιοτικού επιπέδου στα ιδρύματα κάποιων χωρών.^(16,17)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΘΕΩΡΙΑ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΔΕΣΜΟΥ

Υπάρχουν αρκετές θεωρίες σχετικά με την προσκόλληση του βρέφους προς το πρόσωπο φροντίδας του. Ο Freud θεωρεί ότι τα βρέφη δένονται συναισθηματικά με το άτομο που καλύπτει τη βασικότερη ανάγκη τους – το φαγητό- και άρα τη μητέρα τους, ο Erikson θεωρεί ότι τα βρέφη δένονται με το πρόσωπο στο οποίο μπορούν να βασιστούν όταν έχουν ανάγκη, ο Harlow κι οι συνεργάτες του, χρησιμοποιώντας μοντέλα ζώων καταλήγουν ότι η σωματική επαφή και η τρυφερότητα δημιουργούν τους συναισθηματικούς δεσμούς και τέλος η θεωρία του Bowlby, που είναι η πιο επικρατής, και σύμφωνα με την οποία εάν ένα πρόσωπο φροντίδας παρέχει κανονική φυσική και συναισθηματική φροντίδα, το παιδί θα δημιουργήσει δεσμό προσκόλλησης και θα αναζητά εγγύτητα και επαφή με το συγκεκριμένο άτομο ιδιαίτερα όταν είναι φοβισμένο, κουρασμένο ή άρρωστο. Σε ηλικία ενός έτους σχεδόν όλα τα βρέφη έχουν αναπτύξει ένα συγκεκριμένο δεσμό προσκόλλησης με το κύριο πρόσωπο φροντίδας τους. Ανάλογα με τον τρόπο που χρησιμοποιούν την προσκόλληση όταν βρίσκονται σε κατάσταση άγχους ή πίεσης, μπορούμε να την ταξινομήσουμε σε τρία είδη: στην ασφαλή προσκόλληση, στην ανασφαλή προσκόλληση και στην ανασφαλή-αποδιοργανωμένη προσκόλληση. Η μετέπειτα ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμών και οι σταθερές ή όχι διαπροσωπικές σχέσεις, καθορίζονται από την ανάπτυξη κάποιου από αυτούς τους τύπους δεσμών.^(18,14,19,15)

2.1.1 Μέτρηση προσκόλλησης

Η Ainsworth έχει εισάγει την έννοια της «ασφαλούς βάσης», δηλαδή το παιδί χρησιμοποιεί την ασφάλεια που παρέχεται από τη μητέρα ως βάση για να εξερευνήσει το περιβάλλον και να ανακαλύψει νέες δεξιότητες μέσα από αυτό. Για να το μετρήσει αυτό, πραγματοποίησε ένα τεστ – γνωστό και ως «strange situation protocol» και το οποίο συνοπτικά είχε την εξής δομή:

Σε ένα δωμάτιο παιχνιδιού παρατηρήθηκαν ζευγάρια μητέρας-παιδιού στις εξής τέσσερις συνθήκες:

1. Αρχική αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού στο δωμάτιο
2. Η μητέρα εγκαταλείπει το παιδί μόνο του στο δωμάτιο

3. Ένας φιλικός άγνωστος μπαίνει στο δωμάτιο

4. Η μητέρα επιστρέφει και χαιρετά το παιδί.

Από αυτήν τη μελέτη προέκυψαν οι όροι «*ασφαλής τύπος δεσμού*», «*ανασφαλής τύπος δεσμού*» και ο «*ανασφαλής αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού*».⁽¹⁹⁾

2.1.2 Τύποι δεσμών

Ο *ασφαλής τύπος δεσμού* είναι αυτός κατά τον οποίο το παιδί προσπαθεί υπό οποιεσδήποτε συνθήκες να κρατήσει κοντινή επαφή με το πρόσωπο φροντίδας του και εκφράζει άγχος όταν η επαφή αυτή διακόπτεται και δεν μπορεί να την έχει. Είναι πολύ σημαντικό ένα βρέφος να αναπτύξει ασφαλή δεσμό με τη μητέρα του ή με το πρόσωπο φροντίδας του καθώς αυτό επηρεάζει όλη τη μετέπειτα ζωή του και του δίνει την ασφάλεια της ικανότητάς του να επηρεάζει τον κόσμο γύρω του, να αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης και μακροχρόνιες και να μοιράζεται άνετα τα συναισθήματά τους. Αυτό οδηγεί το παιδί να δρα αυτόνομα και βασιζόμενο στις δικές του ικανότητες για επίλυση προβλημάτων. Ωστόσο, στις περιπτώσεις των παιδιών στα ιδρύματα, είναι αρκετά σπάνιο να αναπτυχθεί ασφαλής δεσμός με κάποιο άτομο και αυτό θέτει σε κίνδυνο την ολική ισορροπημένη ανάπτυξη του βρέφους.^(10,15) Παρά όλες τις αρνητικές συνθήκες, αξίζει να σημειωθεί ότι στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα ένα στα πέντε παιδιά εμφάνισαν ασφαλή τύπου δεσμό με τα πρόσωπα φροντίδας, κάτι που όμως έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη του Zeanah στη μελέτη των παιδιών της Ρουμανίας όπου κανένα δεν εμφάνισε ασφαλή τύπου δεσμό.^(9,12) Τα παιδιά που εμφανίζουν ασφαλή τύπου δεσμό δείχνουν πιο κοινωνική και χαρούμενη διάθεση και η κοινωνικότητα τους αυτή ονομάζεται «κοινωνικές κινήσεις» (social moves). Πιθανόν αυτά τα παιδιά να έβρισκαν τον τρόπο να «εκμεταλλεύονται» το μέγιστο της τρυφερότητας που τους δινόταν, αυτό να τα οδηγεί σε θετική συμπεριφορά που με τη σειρά της κερδίζει ακόμα πιο τρυφερή και ξεστή αντιμετώπιση.^(18,19)

Ο *ανασφαλής τύπος δεσμού* αφορά ουσιαστικά στην απουσία σχηματισμού δεσμού με κάποιο άτομο φροντίδας. Έτσι δεν εμφανίζει σημάδια προσκόλλησης ούτε με το προσωπικό με το οποίο έρχεται σε επαφή, ούτε με αγνώστους. Σύμφωνα με τη μέθοδο μέτρησης της Ainsworth, τα παιδιά με αυτόν τον τύπο δεσμού δε δίνουν πολύ σημασία εάν σε ένα νέο χώρο βρίσκονται με αγνώστους ή με το πρόσωπο φροντίδας τους και λόγω του ότι οι ανάγκες του δε συνέπιπταν με αντίδραση από το πρόσωπο φροντίδας, πιστεύουν ότι η επικοινωνία για ανάγκη δεν επιδρά στα πρόσωπα φροντίδας. Ως ενήλικες αυτά τα παιδιά δεν

μπορούν να νιώσουν οικειότητα με άλλους αλλά μπορεί και να εκδηλώσουν υπερβολικό ενδιαφέρον για τη μητέρα τους και να ασχολούνται μόνο με αυτήν.^(2,14,21,14)

Ο πιο επικίνδυνος τύπου δεσμός είναι ο *ανασφαλής – αποδιοργανωμένος*, ο οποίος συνοδεύεται από παράξενη συμπεριφορά και δείχνει κλονισμό στον τρόπο επαφής με το πρόσωπο φροντίδας.⁽¹⁵⁾ Πρώτη φορά είχε παρατηρηθεί σε κακοποιημένα παιδιά γιατί ζητούσαν και απέφευγαν ταυτόχρονα την εγγύτητα. Η Βορριά (2003) που μελέτησε εκτενώς μωρά που μένουν στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα, αναφέρει ότι σύμφωνα με τους Main και Hesse (1990), ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού προκαλείται όταν το βρέφος καταλάβει τον γονιό ως τρομακτικό ή τρομαγμένο. Έτσι στην ενεργοποίηση του μηχανισμού προσκόλλησης, δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί δεσμός, διότι το πρόσωπο φροντίδας είναι μια πηγή φόβου. Επίσης έλλειψη τέτοιου δεσμού θα έχουν τα βρέφη που δεν έχουν σταθερό φροντιστή με τον οποίον μπορούν να αλληλεπιδράσουν, έχουν έλλειψη αλληλεπίδρασης της δικής τους συμπεριφοράς με του φροντιστή είτε πρακτικά (αγκαλιά) είτε συναισθηματικά (θυμό ή απουσία ενδιαφέροντος).⁽²²⁾ Τα βρέφη σε κέντρα φροντίδας, μπορεί να μένουν στο κρεβάτι χωρίς καμία αλληλεπίδραση έως και 24 ώρες (στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα ήταν 17½ ώρες) όπου πραγματοποιούνται μονάχα οι υποχρεώσεις της βάρδιας (πλύσιμο, αλλαγμα, τάισμα) και κατά τα άλλα λαμβάνει μόνο συμπεριφορά παραμέλησης ή και κακοποίησης. Η πλειοψηφία των φροντιστών, πέραν του ότι δεν έχει τον χρόνο μέσα στη βάρδια, δεν έχει λάβει και την απαιτούμενη εκπαίδευση για τη φροντίδα βρεφών. Ενώ λοιπόν μπορεί οι φροντιστές να φέρουν εις πέρας τις σωματικές ανάγκες του παιδιού (καθαριότητα, φαγητό), δεν αλληλεπιδρούν κατάλληλα παίζοντας μαζί του ή κάνοντας φωνούλες ώστε να δοθούν στο βρέφος ερεθίσματα και δυνατότητες να ανοιχτεί κοινωνικά και συναισθηματικά. Έτσι ένα παιδί που απευθύνεται στο πρόσωπο φροντίδας σε στιγμές άγχους προκειμένου να αισθανθεί ασφάλεια και ανακούφιση, μπορεί να καταλήξει να δέχεται περισσότερο άγχος με έλλειψη συναισθήματος, με συναισθηματική ψυχρότητα, με αδιαφορία ή ακόμα και με βίαιη συμπεριφορά (κακομεταχείριση, βίαιο σπρώξιμο κουταλιού με φαγητό μέσα στο στόμα, έντονα χτυπήματα στην πόρτα όταν κλαίνε που μπορεί να τα τρομάξει κτλ) και συχνά βρίσκεται αντιμέτωπο με συναισθηματικό κενό λόγω φόρτου εργασίας ή λόγω προσωπικών θεμάτων με αυτό να οδηγεί στη συναισθηματική αποδιοργάνωση.^(10,13,14,18,24) Επίσης ο αριθμός των ανθρώπων που βλέπουν τα παιδιά μέσα σε μια μέρα και σε μια βδομάδα είναι υπερβολικά μεγάλος και αυτό μπορεί να μην επιτρέπει τη δέσμευση μαζί τους. Ένα παιδί εντός 24 ωρών θα συναντήσει: τρεις βάρδιες προσώπων φροντίδας, ένα γιατρό, μια νοσηλεύτρια, και μια ψυχολόγο. Σε μέγεθος μιας βδομάδας αυτοί οι αριθμοί γίνονται: 17

πρόσωπα φροντίδας με εναλλαγές σε 8ωρη βάρδια, 3 καθαρίστριες, 4 νοσηλεύτριες, 2 εκπαιδευτές, 1 γιατρό, 1 ψυχολόγο και 1 φυσικοθεραπευτή.⁽¹²⁾

Μερικές φορές συναντάμε και το παράδοξο αποτέλεσμα ότι το παιδί μπορεί να είναι καταπιεσμένο και αγχωμένο αλλά έχει μονάχα θετική συμπεριφορά γιατί γνωρίζει ότι αυτή θα τραβήξει περισσότερη κοινωνική προσοχή και άρα την πολυπόθητη φροντίδα μέσα στο κλίμα του ιδρύματος. Σύμφωνα με τον Tizard και τη μελέτη που πραγματοποίησε σε παιδιά που είχαν τοποθετηθεί σε ιδρυματική φροντίδα στο Λονδίνο, τη δεκαετία του 1960, το 38,4% αυτών και ως την ηλικία των 4 ετών, πλησίαζαν και ζητούσαν προσοχή τόσο από γνωστά όσο κι από άγνωστα πρόσωπα, με την ίδια φιλική διάθεση. Αυτό αναφέρεται κι ως «αδιάκριτη φιλικότητα» που εκδηλώνεται με «κοινωνική φιλικότητα» προς άγνωστα πρόσωπα προκειμένου να προκαλέσουν την προσοχή τους, κι αργότερα με δυσκολίες στις συναισθηματικές σχέσεις με συνομήλικους, κατάθλιψη, άγχος και απογοήτευση. Παρότι το American Psychiatric Association και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τον σχετίζουν με την απουσία δεσμού προσκόλλησης, η Zeanah κι οι συνεργάτες της (2002) στη μελέτη του Βουκουρεστίου, βρήκαν ότι η «αδιάκριτη φιλικότητα» είναι ανεξάρτητη της προσκόλλησης καθώς παιδιά που είχαν αναπτύξει ασφαλή δεσμό με κάποιο πρόσωπο φροντίδας, παρουσίαζαν και αυτά «αδιάκριτη φιλικότητα».^(25,12) Αναφέρεται και ως απόσχιση και συμβαίνει όταν τα παιδιά αφήνουν την πρωταρχική συμπεριφορά συναγερμού (πχ. κλάμα) αφού με αυτό δεν επιτυγχάνουν αυτό που επιθυμούν, και γίνονται υπάκουα, υποκινητικά, παθητικά με αποτέλεσμα να ξεκόβουν από τον εξωτερικό κόσμο και να αποσύρονται στον εσωτερικό τους κόσμο.^(9,19,26)

Τα παιδιά που έζησαν την εγκατάλειψη, τη στέρηση αγάπης ή αυτά που βίωσαν υπερβολικό έλεγχο, επαναλαμβάνουν αυτό το μοτίβο και στην ενήλικη ζωή τους και μπορούσαν να κάνουν τα πάντα για να κρατήσουν ζωντανή μια σχέση ακόμα κι αν αυτή ήταν μόνο στη φαντασία τους. Τα παιδιά με ανασφαλή – αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού, καταλήγουν ενήλικες που είναι αγχώδεις, επιφυλακτικοί στο να εμπιστευτούν και αποφεύγουν τις στενές σχέσεις γιατί τους αγχώνουν καθώς ως βρέφη έχουν μάθει να μπλοκάρουν και να καταπιέζουν τα αρνητικά συναισθήματα. Υπάρχει και η περίπτωση να εκδηλώσουν ανησυχία για την ειλικρίνεια των άλλων.^(19,15) Συνοπτικά, οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη των παιδιών είναι: η ηλικία εισαγωγής σε ίδρυμα, τα αίτια εισαγωγής, το είδος της φροντίδας πριν την εισαγωγή σε ίδρυμα, οι ενδεχόμενες μετακινήσεις σε διαφορετικά ιδρύματα και η επαφή με τους γονείς.⁽⁵⁾

2.1.3 Θεραπεία/αντιμετώπιση παιδιών με αντιδραστική διαταραχή δεσμού

Στα ιδρύματα το ποσοστό των παιδιών που αναπτύσσουν οργανωμένο τύπο δεσμού (είτε ασφαλή είτε ανασφαλή) είναι μόλις το 22%, το 13% εμφανίζει μη ταξινομήσιμο δεσμό ενώ η μεγάλη πλειοψηφία του 65% αναπτύσσει δεσμό τύπου αποδιοργάνωσης. Ωστόσο, όταν τα παιδιά αυτά βρεθούν σε περιβάλλον οικογένειας και σε χρονικό διάστημα περί των 26 μηνών, εμφανίζουν δεσμό προσκόλλησης σε ποσοστό 49% έναντι του 17% αυτών που παραμένουν στο ίδρυμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανάπτυξης δεσμού προσκόλλησης, αναπτύσσουν τα παιδιά που έχουν υιοθετηθεί πριν από την ηλικία των 12 μηνών.^(10,15,27)

Στην Ελλάδα, στη μελέτη που πραγματοποίησε η Βορριά στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα⁽⁹⁾, το 66% των παιδιών που παρατηρήθηκαν με τα πιο οικεία πρόσωπα φροντίδας τους έδειξαν σημάδια αποδιοργάνωσης σε σχέση με το 25% των παιδιών που μεγαλώνουν σε οικογένεια με δύο γονείς. Στην ηλικία των 12 μηνών έδειχναν στατιστικά σημαντικά περισσότερη αποδιοργανωμένη προσκόλληση και στην ηλικία των 50 μηνών έδειχναν πάλι τα ίδια στοιχεία, παρότι βρίσκονταν σε υιοθεσία ήδη δύο χρόνια.⁽²⁸⁾ Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε η μελέτη της Carlson με τους συνεργάτες της σε δείγμα παιδιών από το Βουκουρέστι. Ανέπτυξαν μια κλίμακα 5 σημείων που αφορούν σε στάδια προσκόλλησης (με μέγιστο το 5) και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι κάθε παιδί που ζει σε κανονική οικογένεια, σκόραρε 5 στα 5 ενώ από τα 95 παιδιά του ιδρύματος, μόνο 3 παιδιά έφτασαν σε αυτό το σκορ.^(18,29)

Ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά του καθεστώτος ενός ιδρύματος που επηρεάζει καταλυτικά τους δεσμούς προσκόλλησης των παιδιών, είναι ο μεγάλος αριθμός προσώπων φροντίδας που αντικρίζουν τα παιδιά. Η συνήθης αναλογία είναι 6-8 παιδιά ανά πρόσωπο φροντίδας που όμως δεν αντιστοιχεί σε ένα δωμάτιο που αυτά τα παιδιά έχουν εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα ενός προσώπου. Συνήθως είναι 30 παιδιά με 6 πρόσωπα φροντίδας οι οποίοι εργάζονται σε βάρδιες, λείπουν σε διακοπές, παίρνουν άδειες και ορισμένες φορές παρατηρείται το φαινόμενο οι εργαζόμενοι να δουλεύουν 24 ώρες συνεχόμενα και μετά να παίρνουν 2-3 μέρες ρεπό. Στην Ουκρανία η κατάσταση θεωρείται σχετικά καλή (με αναλογία προσώπου φροντίδας και παιδιού 1:3-7) συγκριτικά με τη Ρουμανία (1:12). Στην Ελλάδα, στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα η αναλογία είναι 1:4 μέχρι 1:6.^(13,9,29)

2.1.4 Διακοπή δεσμού προσκόλλησης και επιπτώσεις

Η διακοπή του δεσμού προσκόλλησης μπορεί να είναι τραυματική. Σύμφωνα με τον Bowlby, ο αποχωρισμός των παιδιών από τη μητέρα τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα μπορεί να έχει τις εξής αντιδράσεις: 1. Διαμαρτυρία, 2. Απελπισία, 3. Αποκόλληση – Συναισθηματικός Αποχωρισμός (στην επιστροφή της μητέρας αντιδρά με αδιαφορία που όμως δε δείχνει ότι την ξέχασε αλλά ότι έχει θυμώσει) και μπορεί προκαλέσει και καθυστέρηση στη σωματική ανάπτυξη. Η αναγνώριση της σοβαρότητας των επιπτώσεων της μητρικής αποστέρησης, της ανατροφής σε ιδρύματα και της κακοποίησης έχει πρόσφατα βοηθήσει στην κατανόηση της ανάπτυξης των βρεφών και μικρών παιδιών.⁽²⁹⁾

2.2 ΣΩΜΑΤΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Ως *σωματική ανάπτυξη* ορίζεται η ποσοτική αύξηση του μεγέθους ή της μάζας του σώματος που οφείλεται στην αύξηση των ήδη υπαρχουσών βιολογικών μελών του σώματος.⁽³⁰⁾

Το 15%-20% όλων των παιδιών του γενικού πληθυσμού, θα παρουσιάσει κάποιου είδους θέμα ανάπτυξης ή/και συμπεριφοράς. Τα παιδιά σε ιδρυματική φροντίδα όμως υστερούν έναντι των παιδιών που μένουν σε κανονικές οικογένειες, όσον αφορά στη φυσιολογική τους ανάπτυξη και έχουν παρατηρηθεί: χαμηλότερο βάρος, μικρότερο ύψος και μικρότερη περίμετρος κεφαλής. Οι Spitz (1945) και Goldfarb (1955) παρατήρησαν φοβερές μειώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών όταν αυτά ζούσαν στα ιδρύματα και η ζημιά που προκαλούνταν στα παιδιά τον πρώτο χρόνο ζωής, ήταν μη αναστρέψιμη. (Να αναφερθεί ωστόσο ότι η μελέτη του Goldfarb έχει κατακριθεί εκτενώς λόγω της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε).⁽³⁾

Οι μετρήσεις σε 20 παιδιά ιδρύματος της Ρουμανίας έδειξαν ότι ενώ τα παιδιά γεννήθηκαν με μέσο βάρος φυσιολογικό (22^η εκατοστιαία καμπύλη), κατά την περίοδο της υιοθεσίας είχαν δραματικά μειωμένο βάρος (4^η εκατοστιαία καμπύλη) που δηλώνει τη μείωση του λόγω συνθηκών ή και την εξαρχής μη σωστή ανάπτυξη του στο ίδρυμα.⁽³¹⁾ Μελέτη 100 παιδιών από 3 διαφορετικά ιδρύματα της Ινδίας, έδειξε ότι η διατροφή όλων των παιδιών ήταν ελλιπής. Σε σχέση με τα παιδιά που μεγαλώνουν με τις οικογένειές τους, τα παιδιά του ιδρύματος εμφανίζουν έλλειψη πρωτεΐνης, βιταμινών Α και Β, έλλειψη σιδήρου και αναιμία που επηρεάζουν σαφώς την ανάπτυξη τους.⁽³²⁾ Τα παιδιά έχουν την ιδιότητα να καθορίζουν την πρόσληψη θερμίδων τους ώστε να διατηρούν ένα υγιές βάρος. Ωστόσο σε περιπτώσεις υπερβολικής μητρικής πίεσης, χορήγησης συνεχώς άγευστων τροφών ή υπερπίεσης στην κατανάλωση, η ιδιότητα αυτή μπορεί να αλλάξει και να παρουσιαστούν φαινόμενα υπερκατανάλωσης τροφής, ιδιοτροπίες στη διατροφή και επακόλουθη παχυσαρκία. Ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την πρόσληψη τροφής εντός του ιδρύματος είναι και ο τρόπος χορήγησής του από το πρόσωπο φροντίδας, ειδικότερα εάν υπάρχει πίεση χρόνου και μικρή αναλογία προσώπων φροντίδας – παιδιών.⁽³³⁾ Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη, εκτός της ανεπαρκούς διατροφής, είναι η κακή ιατρική περίθαλψη, η ελλιπής διέγερση και το μειωμένο προσωπικό.⁽²⁵⁾ Κάποιες φορές το

βάρος των παιδιών είναι ήδη από τη γέννησή χαμηλότερο κι ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι επειδή πολλές μητέρες των παιδιών αυτών κάπνιζαν, έκαναν χρήση ναρκωτικών αλλά είχαν και κακή διατροφή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το χαμηλό βάρος γέννησης μπορεί κι από μόνο του να είναι υπαίτιο για νευρολογικές διαταραχές και χαμηλή απόδοση στα τεστ ανάπτυξης. Στο project της Ρουμανίας αναφέρεται ότι παιδιά που ζούσαν σε ίδρυμα έχαναν περίπου 1 μήνα ανάπτυξης για κάθε 3 μήνες παραμονής τους εκεί ενώ σε αντίστοιχη μελέτη παιδιών από την πρώην Σοβιετική Ένωση, χανόταν 1 μήνας ανάπτυξης για κάθε 5 μήνες παραμονής στο ίδρυμα. Τα στοιχεία δείχνουν ότι στα παιδιά κάτω των τριών ετών, η ιδρυματοποίηση επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία του εγκεφάλου στην κρίσιμότερη περίοδο ανάπτυξής του.^(10,11,2,34)

Το χρόνιο στρες στα παιδιά επηρεάζει την ανάπτυξή τους και από ενδοκρινολογικής πλευράς, μέσω των γονάδων, της αυξητικής ορμόνης και του θυρεοειδή. Οι χρόνιες μεταβολές στην έκκριση κορτιζόλης επιδρούν στην έναρξη της εφηβείας, στο τελικό ανάστημα, στη σύσταση σώματος αλλά και σχετίζονται με πρόωρη παχυσαρκία και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Εάν η επίδραση του στρες γίνει σε κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης του παιδιού, αυτή μπορεί να είναι μη αναστρέψιμη όσον αφορά τη σωματική ανάπτυξη αλλά και την κοινωνική εξέλιξή του. Η αλληλεπίδραση μεταξύ βρέφους και μητέρας, αντιπροσωπεύει μια τέτοια κρίσιμη περίοδο για την σωματική και νοητική εξέλιξη του παιδιού και οι πρώιμες εμπειρίες του βρέφους είναι καθοριστικοί παράγοντες για το αν ο εγκεφαλός του βρέφους θα είναι πιο ανθεκτικός ή πιο ευάλωτος στο στρες στη μετέπειτα ζωή του. Η Περβανίδου (2008) δείχνει σε μελέτη της, όπου μέτρησε τα επίπεδα της κορτιζόλης στο σίελο μέσα σε 24 ώρες, μετά από 1 μήνα και μετά από 6 μήνες από ατύχημα σε 60 ενήλικες και παιδιά, ότι η τιμή της κορτιζόλης επηρεάζεται και συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν χαμηλές τιμές κορτιζόλης ήταν προβλεπτική της ανάπτυξης Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες 1 και 6 μήνες αργότερα.^(35,36,37,26)

Παρόλα αυτά, δεν είναι όλες οι επιπτώσεις μη αναστρέψιμες. Οι διαφορές στην ανάπτυξη εξαφανίζονται ταχύτατα –σε μόλις ένα χρόνο από την τοποθέτησή τους σε ανάδοχη φροντίδα- αλλά μπορεί να κάνουν την επανεμφάνισή τους στην εφηβεία. Αναστρέψιμες μπορεί να είναι και οι αρνητικές επιπτώσεις του υποσιτισμού στην αρχή της ζωής, εφόσον τα παιδιά μεταφερθούν νωρίς σε σταθερό περιβάλλον. Παρότι η φυσιολογική ανάπτυξη επηρεάζεται πολύ από τη θεσμική ανάπτυξη, υπάρχει ταχύτατη ανάκαμψη από τη στιγμή που εγκαταλείπουν το ίδρυμα. Λαμβάνοντας υπόψη την ικανότητα των παιδιών να ανακάμψουν από τις επιβλαβείς συνέπειες της ιδρυματοποίησης, γίνεται πιο επιτακτική η

ανάγκη για την αποϊδρυματοποίηση τους. Είναι αρκετά μεγάλος ο αριθμός των μελετών που δείχνουν πόσο καλύτερα τα πάνε τα παιδιά που μεγαλώνουν σε θετή, ανάδοχη ή βιολογική οικογένεια, έναντι του ιδρύματος, από πλευράς σωματικής και γνωστικής ανάπτυξης αλλά και από πλευράς μορφωτικού επιπέδου και στη συνολική ένταξή τους στην κοινωνία ως ενήλικες.^(10,2,29,34,38) Οι Wiener & Wiener (1990) υποστηρίζουν ότι από τις επιλογές της υιοθεσίας, αναδοχής και επιστροφής στη βιολογική οικογένεια, η λιγότερο καλή απόφαση είναι η επιστροφή στη βιολογική οικογένεια καθώς αναγνωρίζει το υψηλό κίνητρο των θετών γονέων και το υψηλό επίπεδο αλληλεπίδρασης γονέα-παιδιού ενώ είναι μείον τα παιδιά να επιστρέφουν στη βιολογική τους οικογένεια αφού είναι λιγότερο σταθερά και η κοινωνική υπηρεσία τείνει να αποσύρεται μετά από τέτοια εξέλιξη.⁽³⁹⁾

2.3 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Τα βρέφη όλο τον πρώτο μήνα ζωής τους και μέρος από τον δεύτερο μήνα, δεν κάνουν καμία επικοινωνιακή προσπάθεια με το περιβάλλον γύρω τους. Μετά ξεκινά η προσπάθεια επαφής με τον έξω κόσμο και ο τρόπος να γίνει αυτό είναι μέσω της μητέρας τους. Εκεί ξεκινά η ανάπτυξη του συναισθηματικού κόσμου παράλληλα με την σωματική ανάπτυξη. Αρχικά αναπτύσσεται το συναίσθημα (ευχάριστη ή δυσάρεστη αίσθηση), μετά αναπτύσσονται λεπτομερέστερα οι εκδηλώσεις των συναισθημάτων όπως δυσφορία, γέλιο, αγάπη, συμπάθεια, δειλία αλλά και πιο σύνθετες συναισθηματικές καταστάσεις όπως κοινωνικότητα, εχθρικότητα, κακία κτλ. Η ψυχική εξέλιξη του παιδιού μπορεί να χωριστεί στις παρακάτω ενότητες:

- της ψυχικής ενότητας με τη μητέρα (0-6 μήνες)
- της αναζήτησης (>6-18 μηνών)
- των ερωτημάτων, των απαιτήσεων και του αρνητισμού (>18 μηνών-4 χρόνων)
- την προσχολική (>4-6 χρόνων) και
- τη σχολική (>6-12 ετών).

Η προσωπικότητα διαμορφώνεται τα 5-6 πρώτα χρόνια ζωής και αναπτύσσεται μέχρι την ενηλικίωση.⁽³⁰⁾

Δύο είναι οι παράγοντες που αποτελούν τις βασικές προϋποθέσεις για τη δημιουργία της προσωπικότητας, δηλαδή του συνόλου των ιδιαίτερων ψυχικών και πνευματικών χαρακτηριστικών και των τρόπων συμπεριφοράς ενός ατόμου, αφ' ενός η κληρονομικότητα, δηλαδή το γενετικό υλικό, και αφ' ετέρου το κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο διαμορφώνει, διαπλάθει και τελικά μορφοποιεί την ιδιαιτερότητα του ατόμου.⁽⁴⁰⁾ Η ψυχοκινητική αγωγή είναι η γενικότερη καλλιέργεια ενός παιδιού και περιλαμβάνει τη σωματική του εξάσκηση αλλά και την ψυχοσωματική και ψυχογνωστική ανάπτυξη του. Η ανάπτυξη των κινητικών ικανοτήτων είναι συνήθως αναμενόμενη και εύκολα προβλέψιμη, παρόλο που η ηλικία της αντιστοιχίας εμφάνισης των ικανοτήτων μπορεί να ποικίλει εξαιτίας διαφόρων λόγων. Η εμφάνιση των ικανοτήτων εξαρτάται από την ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος και από τις εμπειρίες κάθε παιδιού.⁽³⁰⁾ Κατά τη διάρκεια της κρίσιμης βρεφικής και παιδικής ηλικίας όπου επιτυγχάνονται πολλές κινητικές δεξιότητες, είναι απαραίτητη η κατάλληλη φροντίδα και προσοχή στα παιδιά.⁽⁴¹⁾

Τα νήπια 3-4 ετών πραγματοποιούν αργές κινήσεις με πολλές περιττές ενέργειες, έχουν μειωμένη ελαστικότητα στη βάδιση και δεν έχουν αναπτύξει πλήρως τον συντονισμό άνω και κάτω άκρων. Σε μεγαλύτερες ηλικίες (έως 6 ετών) τα παιδιά έχουν μεγαλύτερη ελαστικότητα στη βάδιση, παρουσιάζουν μεγαλύτερο συντονισμό και ευκινησία και είναι πιο ανεπτυγμένα. Σε αυτές τις ηλικίες θα πρέπει τα παιχνίδια και η καθημερινή τους σωματική εκπαίδευση να στοχεύει στην ανάπτυξη αυτών των ατελειών της ηλικίας.⁽⁴²⁾ Η παρατήρηση της κινητικής συμπεριφοράς μπορεί να δείξει από νωρίς συμπτώματα αναπτυξιακής καθυστέρησης ή δυσκολίες σε άλλους αναπτυξιακούς τομείς.⁽³⁰⁾

Τα παιδιά που διαμένουν σε καθεστώς ιδρύματος, αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα των οποίων τα αίτια, κάθε άλλο παρά ξεκάθαρα είναι. Υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι η ιδρυματική φροντίδα, ειδικά τα πρώτα χρόνια της ζωής, είναι επιζήμια για όλους τους τομείς της παιδικής ανάπτυξης και προδιαθέτει τα παιδιά προς διανοητικά, συμπεριφορικά και κοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, εχθρότητα, απουσία τρόπων συναισθηματικής ανταλλαγής, έλλειψη δυνατότητας για κατανόηση και αποδοχή ορίων και μεγάλη ανασφάλεια κατά την προσαρμογή στο περιβάλλον. Ο Goldfarb (1945) ανέφερε ως πιο συχνά προβλήματα τα εξής χαρακτηριστικά: ανησυχία, υπερκινητικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, έλλειψη καλών σχέσεων με συνομήλικους, κακή απόδοση στο σχολείο, φόβοι και υπερβολική ανάγκη για συναίσθημα.^(5,41)

Τα παιδιά των ιδρυμάτων προέρχονται κατά κανόνα από οικογένειες που είχαν πολλές αντιξοότητες. Αυτό σημαίνει ότι τα ψυχοκοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά, μπορεί να προέρχονται από το σπίτι τους ή να είναι συνδυασμός παλαιότερων αρνητικών εμπειριών, γενικής προδιάθεσης αλλά και εξαιτίας των συνθηκών του ιδρύματος. Ωστόσο, ακόμα και οι αρνητικές εμπειρίες που έχει από το σπίτι του κάθε παιδί, διαφέρει καθώς φαίνεται ότι παιδιά που προήλθαν από φτωχή οικογένεια η οποία δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να το μεγαλώσει, εμφανίζει λιγότερα συναισθηματικά προβλήματα σε σχέση με παιδί που έχει υπομείνει οικογενειακή διάσπαση.^(1,9) Όσον αφορά τις σωματικές ανάγκες των παιδιών σε σχέση με τον ψυχοκινητικό τομέα, αναφέρεται ότι η ελλιπής κοινωνικό-συναισθηματική ανάπτυξη παρατηρείται ακόμα κι όταν υπάρχει επαρκής διατροφή, φροντίδα υγείας και διέγερση.⁽²⁵⁾

Τα παιδιά που δίδονται για υιοθεσία έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν δυσκολίες στη γνωστική τους ανάπτυξη, ως αποτέλεσμα μιας σειράς δυσμενών γενετικών και προγεννητικών παραγόντων. Οι βιολογικές μητέρες των παιδιών αυτών έχουν

επιβαρυνόμενο κοινωνικό και γενετικό ιστορικό, παρουσιάζουν προβλήματα αλκοολισμού και χρήσης τοξικών ουσιών κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, έχουν χαμηλή νοημοσύνη ή πάσχουν από κάποια σοβαρή ψυχική διαταραχή. Έτσι τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν δυσκολίες στις αντιληπτικές και οπτικο-κινητικές τους ικανότητες πέραν της υστερημένης γνωστικής ανάπτυξης. Η μειωμένη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών στα ιδρύματα είναι από τα πιο βασικά ελλείμματα όσον αφορά την ανάπτυξή τους, κυρίως σε μικρές ηλικίες. Αυτό επιβεβαιώνει και μελέτη 3χρονων παιδιών σε ίδρυμα της Μόσχας όπου μόνο 14% των παιδιών χρησιμοποιούσε φράση με δύο λέξεις.^(24,38)

Στη μελέτη της Borriá (2003) στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα, τα βρέφη που έμεναν στο ίδρυμα είχαν σαφώς χαμηλότερη απόδοση στην γνωστική τους ανάπτυξη συγκριτικά με το δείγμα παιδιών από φυσιολογικές οικογένειες. Η απόδοσή των παιδιών του Μητέρα ήταν μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια αλλά αισθητά χαμηλότερη και η ερευνήτρια υποψιάζεται ότι αυτό οφειλόταν στον μικρό αριθμό προσώπων φροντίδας σε σχέση με τον μεγάλο αριθμό παιδιών, διότι παιχνίδια και βιβλία υπήρχαν, αλλά κανείς δεν τα χρησιμοποίησε. Τα νήπια του Μητέρα, όσον αφορά την ιδιοσυγκρασία τους, ήταν σημαντικά πιο ντροπαλά, εξέφραζαν πιο αρνητικά συναισθήματα κι ήταν λιγότερο κοινωνικά και δραστήρια. Τα παιδιά αυτά που βρέθηκαν με μειωμένη δραστηριότητα, βρέθηκαν και με μειωμένη κινητικότητα και ευκινησία για το οποίο υπήρξε συσχέτιση με κλάμα και ανησυχία ίσως εξαιτίας απογοήτευσης και ανίας.⁽⁹⁾ Αντίθετα από αυτά τα δεδομένα, οι Tarullo και Gunnar (2005), αναφέρουν μια συνεχή κοινωνική δυσλειτουργία που παρατηρείται μεταξύ παιδιών ιδρύματος και είναι η δυσκολία του να κρατούν τα κοινωνικά όρια. Είναι αυτού του είδους η συμπεριφορά που έχει περιγραφεί ως «αδιάκριτη φιλικότητα» και παρότι δεν είναι πραγματικά φιλική η συμπεριφορά τους, είναι πολύ κοινωνική ακόμα και με εντελώς άγνωστους, με σκοπό να προκαλέσουν την προσοχή τους.^(12,25)

Ερευνητικά δεδομένα από διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι οι έφηβοι που μεγάλωσαν σε ιδρύματα που τους παρείχαν τα κατάλληλα ερεθίσματα για την ανάπτυξη τους και φρόντιζαν για τη σωστή σίτισή τους, κατάφεραν να ανακάμψουν μετά την υιοθεσία τους και να παρουσιάσουν φυσιολογική γνωστική ανάπτυξη στην ηλικία των 16 ετών. Ωστόσο, για τους έφηβους που υπέστησαν σοβαρή αποστέρηση στο ίδρυμα, παρότι παρουσίασαν εντυπωσιακή βελτίωση στις γνωστικές τους επιδόσεις, η ανάκαμψή τους δεν ήταν πλήρης.⁽³⁸⁾ Όταν στην εφηβεία παρατηρείται μειωμένη γνωστική ανάπτυξη των παιδιών που έζησαν σε ίδρυμα, συγκριτικά με τα παιδιά που μεγάλωσαν σε οικογένεια, σημαντικό ρόλο φαίνεται να

παίζει η διάρκεια παραμονής σε ίδρυμα όπου αναφέρεται ότι αν ξεπερνά τους 6 μήνες, τότε τα εμφανιζόμενα γνωστικά προβλήματα, διατηρούνται.⁽¹⁰⁾

2.3.1 Υποκειμενική αίσθηση παιδιών

Εκτός από τις αντικειμενικές μετρήσεις περί καθυστέρησης στην ανάπτυξη των παιδιών που πέρασαν κάποιο χρονικό διάστημα σε ίδρυμα, υπάρχει και η υποκειμενική αίσθηση, το πώς δηλαδή αντιλαμβάνονται τα παιδιά των εαυτό τους. Και εκεί οι μελέτες δεν είναι υπέρ της ανατροφής σε ίδρυμα καθώς τα παιδιά αυτά αισθάνονται λιγότερο δημοφιλή κι αγαπητά, βιώνουν έντονη μοναξιά και δηλώνουν ότι προτιμούν άλλο είδους φροντίδας έναντι της ιδρυματικής (30% αυτών που είναι σε ιδρύματα επιθυμούν να συνεχίσουν να μένουν εκεί έναντι 70% των παιδιών σε οικογένεια που περνούν καλά και δε θέλουν να αλλάξουν)⁽¹⁰⁾. **Αυτοεκτίμηση** είναι η αξία ή η αίσθηση της αξίας που κάποιος αντιλαμβάνεται για τον εαυτό του, αν και σε ποιο βαθμό ο εαυτός είναι αξιόλογος και αξίζει τον κόπο.⁽²⁸⁾

Σύμφωνα με τη μελέτη της Borriά (1998) τα παιδιά που ζούσαν σε ίδρυμα, δε συμμετείχαν στην τάξη, ήταν παθητικά και οι δραστηριότητες τους δεν ήταν παραγωγικές. Ωστόσο αυτή η συμπεριφορά δεν ήταν η ίδια με αυτή που είχαν εντός του ιδρύματος και αυτό μπορεί να οφείλεται στην αρνητική κοινωνική αντιμετώπιση που δέχονται στο σχολείο εξαιτίας της διαμονής τους σε ίδρυμα, στο ότι δεν έχουν επαφή και παρέα με παιδιά εκτός ιδρύματος, την έλλειψη ιδιωτικότητας και τις αρνητικές εμπειρίες που μπορεί να είχαν πριν μπουν σε ίδρυμα⁽⁸⁾. Τα παιδιά που είναι σε ιδρυματική φροντίδα παρουσιάζουν μεγαλύτερα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως επιθετική συμπεριφορά, και εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους συγκριτικά με τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογενειακό περιβάλλον⁽⁴³⁾. Το North American Council on Adoptable Children αναφέρει ότι στη μελέτη του Bush (1980), τα 269 παιδιά που πέρασαν κάποιο χρονικό διάστημα σε ίδρυμα και ερωτήθηκαν, δεν τους άρεσε η διαμονή εκεί και κρίνουν αρνητικά την έλλειψη βασικών στοιχείων οικογενειακής μέριμνας. Οι παρατηρήσεις τους δείχνουν μεγάλη διαφορά μεταξύ του προσχεδίου για τα ιδρύματα και της πραγματικότητας όπως αυτά την αντιλαμβάνονται⁽⁴⁴⁾.

Σχετικά με την αυτοεκτίμηση του παιδιού μετά την υιοθεσία, υπάρχουν πολλοί παράγοντες που θα την επηρεάσουν. Ο κυριότερος παράγοντας είναι η αντιμετώπιση από το νέο οικογενειακό περιβάλλον το οποίο επηρεάζεται από τον αρχικό λόγο που οι θετοί γονείς

οδηγήθηκαν στην απόφαση να υιοθετήσουν. Στη Σουηδία αναφέρετε ως κυριότερος λόγος υιοθεσίας η ανικανότητα λόγω προβλημάτων υγείας ενός ή και των δύο συντρόφων να τεκνοποιήσουν. Αυτό όμως σημαίνει ότι η υιοθεσία ολοκληρώνεται σε μεγάλη, έως και απαγορευτική μερικές φορές, ηλικία. Κάποια άλλα κίνητρα είναι η εθελούσια μη απόκτηση παιδιού για ιδεολογικούς λόγους ή λόγω φόβου εγκυμοσύνης, η επιθυμία υιοθεσίας παιδιού μετά το θάνατο βιολογικού παιδιού, συναισθηματικό κενό ενός ήδη υπάρχοντος βιολογικού παιδιού που αισθάνεται απομονωμένο. Ανάλογα λοιπόν με την αιτία και τον τρόπο που θα τα περάσουν οι θετοί γονείς στο παιδί, θα επηρεαστεί και η γενικότερη ψυχολογική του κατάσταση και πως θα αντιλαμβάνεται το ίδιο την υιοθεσία.⁽⁴⁵⁾ Ωστόσο, παρά την κοινή λογική, τα υιοθετημένα παιδιά δεν έχουν προβλήματα αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση του van IJzendoorn (2006). Η αυτοεκτίμηση, όταν σχετίστηκε με το ανάστημα, έδειξε ότι 50-65% των υιοθετημένων παιδιών θεωρούν τους εαυτούς τους μικροκαμωμένους ενώ οι μελέτες που δε συσχέτισαν αυτοεκτίμηση με ανάστημα έδειξαν ότι στα αγόρια η αυτοεκτίμηση δεν είχε καμία σημαντική διαφορά και στα κορίτσια προέκυψε τα υιοθετημένα κορίτσια να έχουν μέχρι και καλύτερη αυτοεκτίμηση.

Συνέπειες ιδρυματοποίησης σε παιδιά

<u>Τομέας ανάπτυξης του παιδιού που επηρεάζεται από την ιδρυματική φροντίδα</u>	<u>Συνέπειες της ιδρυματοποίησης στην υγεία του παιδιού</u>	<u>Χαρακτηριστικά της ιδρυματικής φροντίδας</u>
Σωματική Ανάπτυξη και Κινητικές Δεξιότητες	Κακή σωματική ανάπτυξη, με βάρος, ύψος και περιφέρεια κεφαλιού κάτω από το σύνθητες Προβλήματα ακοής και όρασης που μπορεί να οφείλονται σε κακή διατροφή ή/και έλλειψη ερεθισμάτων Καθυστερήσεις στις κινητικές δεξιότητες και μη επίτευξη οροσήμων στην ανάπτυξη. Σε σοβαρές παθήσεις, στερεοτυπική συμπεριφορά, όπως κούνημα του κορμού μπρος-πίσω και χτύπημα του κεφαλιού Κακή υγεία και ασθένειες Σωματικές και πνευματικές	Τα ιδρύματα έχουν την τάση να παρέχουν ένα κλινικό περιβάλλον με αυστηρά πειθαρχημένες διαδικασίες, μη ευνοϊκές αναλογίες «ατόμου που παρέχει φροντίδα-παιδιών» και προσωπικό που δείχνει αδιαφορία και θεωρεί ότι ο ρόλος του σχετίζεται περισσότερο με τη νοσηλευτική και σωματική φροντίδα παρά με την ψυχολογική φροντίδα Τα παιδιά τείνουν να περνούν μεγάλο μέρος της ημέρας σε κούνια Δίνεται έμφαση στον έλεγχο των λοιμώξεων, με αποτέλεσμα τα παιδιά να μη βιώνουν τον

	αναπηρίες ως συνέπεια της ιδρυματικής φροντίδας.	έξω κόσμο παρά σπάνια και υπό αυστηρή παρακολούθηση και με περιορισμένο παιχνίδι.
Ψυχολογικές Συνέπειες	Αρνητικές κοινωνικές ή συμπεριφορικές συνέπειες, όπως προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, κοινωνικών ικανοτήτων, παιχνιδιού και αλληλεπιδράσεων με συνομηλίκους/αδέλφια «Ημι-αυτιστική» συμπεριφορά, όπως κάλυψη του προσώπου ή/και στερεοτυπικές μορφές συμπεριφοράς αυτοδιέγερσης/παρηγοριάς, όπως κούνημα του κορμού μπρος-πίσω ή χτύπημα του κεφαλιού. Σε κάποια χαμηλής ποιότητας ιδρύματα, τα μικρά παιδιά αποτραβιούνται κοινωνικά μετά από έξι μήνες Συμπεριφορά που έχει στόχο να τραβήξει την προσοχή, όπως επιθετική συμπεριφορά ή αυτοτραυματισμός (που μπορεί να οδηγήσει στην κοινωνική απομόνωση των παιδιών ή τη χρήση σωματικών περιορισμών).	Έλλειψη ενός πρωτεύοντος ατόμου που παρέχει φροντίδα (μια μητρική φιγούρα) στο σύστημα ιδρυματικής φροντίδας, κάτι που είναι σημαντικό για την κανονική ανάπτυξη του παιδιού Κακές συνθήκες, στέρηση αλληλεπίδρασης με άλλους Φροντιστές που δείχνουν Αδιαφορία Κακή αναλογία φροντιστών και παιδιών.
Ανάπτυξη Συναισθηματικών Δεσμών	Φιλικότητα αδιακρίτως προς τον καθένα, υπερβολική φιλικότητα ή/και συμπεριφορά χωρίς αναστολές, ειδικότερα στα παιδιά που εισάγονται σε ιδρύματα πριν από την ηλικία των δύο ετών Επιζήμια επακόλουθα στην ικανότητα των παιδιών να δημιουργούν σχέσεις σε όλη τους τη ζωή Παιδιά που αναζητούν απεγνωσμένα την προσοχή και στοργή των ενηλίκων.	Η έλλειψη μιας ζεστής και συνεχούς σχέσης με ένα άτομο που παρέχει φροντίδα και δείχνει ευαισθησία, ακόμα και σε, κατά τα φαινόμενα, «καλής ποιότητας» ιδρυματική φροντίδα Περιορισμένες ευκαιρίες δημιουργίας επιλεκτικών δεσμών, ιδιαίτερα όπου υπάρχει μεγάλος αριθμός παιδιών, μικρός αριθμός προσωπικού και έλλειψη συνεπούς φροντίδας λόγω εργασίας σε βάρδιες και εναλλαγής του προσωπικού.

Νοημοσύνη και Γλώσσα	Κακές γνωστικές επιδόσεις και χαμηλότεροι δείκτες νοημοσύνης Καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας Ανεπάρκειες γλωσσικών ικανοτήτων, όπως φτωχό λεξιλόγιο, λιγότερο αυθόρμητη γλώσσα και χαμηλότερες επιδόσεις στην πρώιμη ανάγνωση.	Έλλειψη ερεθισμάτων
Ανάπτυξη του Εγκεφάλου	Καταστολή της ανάπτυξης του εγκεφάλου στα μικρά παιδιά, με αποτέλεσμα νευρικές και συμπεριφορικές ανεπάρκειες, ειδικά για τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τα συναισθήματα, καθώς και τη γλώσσα.	Έλλειψη αλληλεπίδρασης με ένα άτομο που παρέχει φροντίδα και που με ευαισθησία και συνέπεια μεταχειρίζεται το πολύ μικρό παιδί, του μιλάει και ανταποκρίνεται σε αυτό, και που εισάγει επανειλημμένα νέα ερεθίσματα κατάλληλα για το στάδιο της ανάπτυξής του Έλλειψη ευκαιρίας στη δημιουργία συγκεκριμένου δεσμού με μια γονική μορφή Έμφαση στη σωματική φροντίδα των παιδιών και στην καθιέρωση διαδικασιών, με λιγότερη έμφαση στο παιχνίδι, την κοινωνική αλληλεπίδραση και την ατομική φροντίδα.

Πηγή: «Κοινές κατευθυντήριες γραμμές για τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα σε επίπεδο τοπικής κοινότητας», Ευρωπαϊκή Ομάδα Εμπειρογνώμων, Βέλγιο, Νοέμβριος 2012.⁽²⁾

Πίνακας 1. Αποτελέσματα ιδρυματοποίησης στα παιδιά

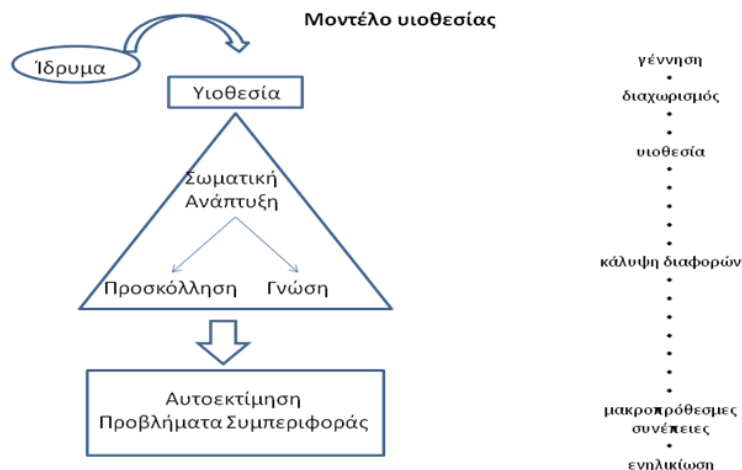
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΥΙΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΔΟΧΗ

Η *υιοθεσία* είναι μία νομική πράξη κατά την οποία το υιοθετημένο παιδί απολαμβάνει όλα τα προνόμια και τα δικαιώματα φυσικού παιδιού και η οικογένεια έχει τις ίδιες υποχρεώσεις απέναντι σε αυτό σαν να ήταν φυσικό παιδί της. Είναι μια ξεκάθαρη κατάσταση όπου τα παιδιά φεύγουν από τη βιολογική τους οικογένεια και – εκτός εάν υπάρξει ειδική συμφωνία – δεν έχουν επαφή πλέον μαζί τους όταν πια τοποθετηθούν στη νέα οικογένεια. Σε αντίθεση, η *αναδοχή* είναι μια κατάσταση όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών έχουν επαφή με τη βιολογική τους οικογένεια και πραγματοποιούνται συναντήσεις. Στόχος της υιοθεσίας είναι η προστασία του παιδιού, το οποίο δεν έχει καμία δυνατότητα να μένει με τη βιολογική οικογένεια και είναι αποτελεσματική παρέμβαση που προσφέρει στα παιδιά, στα οποία έλειψε η φροντίδα από τους πραγματικούς γονείς, τη δυνατότητα να αναπτύξουν πιο ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης.^(28,46)

Η υιοθεσία υπήρχε από την αρχαιότητα και κάποια από τα πιο γνωστά πρόσωπα ήταν ο Μωυσής που τον εγκατέλειψε η τρομοκρατημένη μητέρα του και τον υιοθέτησε η κόρη του Φαραώ, ο θετός γιος του Ιουλίου Καίσαρα Αύγουστος, που αργότερα έγινε αυτοκράτορας, ο προφήτης Μωχαμαντ που ήταν ορφανός ο ίδιος, υιοθέτησε έναν γιο του οποίου τη γυναίκα θέλησε αργότερα να παντρευτεί (ένας πιθανός λόγος για τον οποίο απαγόρευσε τις υιοθεσίες στον μουσουλμανικό νόμο).⁽²⁸⁾

Φαίνεται ότι η υιοθεσία ή η αναδοχή έχουν θετικά αποτελέσματα στα παιδιά σε σχέση με την ιδρυματοποίηση και παρότι πολλά παιδιά που υιοθετούνται προέρχονται από κατεστραμμένες οικογένειες, τα έχουν εγκαταλείψει ή έχουν χάσει τους γονείς τους, ο τρόπος που κάλυψαν τη διαφορά στη σωματική και γνωστική ανάπτυξη τα παιδιά φυσιολογικών οικογενειών εκπλήσσει τόσο τους γονείς όσο και τους επιστήμονες.^(15,45,28)



Εικόνα 1. Μοντέλο υιοθεσίας (A catch-up model of adoption)

Πηγή: «The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development», van IJzendoorn & Juffer, Leiden University, The Netherlands, 2006⁽²⁸⁾

3.1.1 Πλεονεκτήματα αποϊδρυματοποίησης σε σχέση με τη σωματική ανάπτυξη

Ως **αποϊδρυματοποίηση** ορίζεται από τη Unicef «η πλήρης διαδικασία σχεδιασμού της μετατροπής, μείωσης του προσωπικού/ ή και κλεισίματος των στεγαστικών δομών, παράλληλα με τη δημιουργία ποικίλων άλλων υπηρεσιών φροντίδας παιδιών που διέπονται από προδιαγραφές που βασίζονται στα δικαιώματα και προσανατολίζονται στα αποτελέσματα».^(2,46)

Παρακολούθηση παιδιών που δόθηκαν για υιοθεσία σε ανεπτυγμένες οικογένειες, έδειξαν ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, οι αναπτυξιακές καθυστερήσεις και οι διαταραχές συμπεριφοράς που υπήρχαν όταν αυτά ζούσαν σε ίδρυμα, δεν ήταν πλέον εμφανείς και αυτό συνιστά στην τεράστια ανάγκη για προώθηση της υιοθεσίας κι όχι στην παραμονή των παιδιών σε ίδρυμα. Τα παιδιά που υιοθετήθηκαν πριν την ηλικία των 12 μηνών κατάφεραν να δημιουργήσουν και ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης σε σχέση με τα παιδιά που υιοθετήθηκαν μετά τα πρώτα τους γενέθλια. Ένας περιορισμός αυτών των ερευνών είναι ότι υπάρχει περίπτωση να υιοθετούνται τα πιο αρμόδια (επαρκή ή ανεπτυγμένα) παιδιά έναντι των λιγότερο ικανών.^(10,8,11,15,28) Η Tizard (1977) εξέδωσε ένα βιβλίο όπου στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρει την γενική παραδοχή ότι οι υιοθεσίες πραγματοποιούνταν με βάση τα άτεκνα ζευγάρια και με τα οποία «ταίριαζαν» τα «τέλεια» παιδιά και προχωρούσε η υιοθεσία. Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 ωστόσο, το σκηνικό άλλαξε. Οι υιοθεσίες ήταν με κύριο μέλημα το παιδί και οι υποψήφιοι γονείς έπρεπε να

παρουσιάσουν στοιχεία με τα οποία να αποδεικνύουν ότι θα παρέχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα και δεσμεύονταν να προσέξουν το υιοθετημένο παιδί όπως θα το πρόσεχαν οι βιολογικοί του γονείς.⁽³⁹⁾

Μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε παιδιά από τη Ρουμανία που τοποθετήθηκαν σε ανάδοχη φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο, μετά από 2 χρόνια στη θετή οικογένεια, από 51% όσον αφορά στο βάρος και 34% όσον αφορά στο ύψος των παιδιών που έπασχαν από ψυχολογικό νανισμό, μόνο 2% και 1% είχε μείνει σε αυτό το επίπεδο. Για τη μειωμένη περίμετρο κεφαλής το ποσοστό από 38%, έφτασε το 13%. Σε παρόμοια μελέτη παιδιών από τη Ρουμανία που δόθηκαν σε οικογένειες της Β.Αμερικής, μετά από 11 μήνες στη νέα οικογένεια και παρόλο που τα παιδιά παρέμεναν λιποβαρή, η βελτίωση ήταν εμφανής με μόνο το 22,2% να βρίσκεται πλέον κάτω από την 3^η εκατοστιαία καμπύλη. Όταν τα παιδιά έφτασαν 4,5 ετών, ο μέσος όρος βάρους τους κυμαινόταν στην 50^η εκατοστιαία καμπύλη και μόνο το 8,6% βρισκόταν κάτω από την 3^η εκατοστιαία. Τέλος, στην ηλικία των 10,5 ετών το μέσο βάρος άγγιζε την 60^η εκατοστιαία καμπύλη (που θεωρείται φυσιολογική στη Β.Αμερική) και μόνο 2,8% των παιδιών βρίσκονταν κάτω από την 5^η εκατοστιαία. Τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι όλα τα ιδρύματα για παιδιά κάτω των 5 ετών πρέπει να αντικατασταθούν με άλλες υπηρεσίες που προλαμβάνουν τη διάσπαση και υποστηρίζουν τις οικογένειες, ώστε να φροντίσουν τα παιδιά τους.^(2,11,29,31)

Θα πρέπει ωστόσο να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια της εφηβείας και στην αρχή της ενηλικίωσης, το ανάστημα των υιοθετημένων παιδιών είναι στατιστικά σημαντικά πιο χαμηλό από τα παιδιά που μεγαλώνουν με την οικογένεια τους. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε ένα ποσοστό παιδιών που δεν ολοκληρώνουν την ανάπτυξή τους σύμφωνα με τα προβλεπόμενα κι αυτό αφορά κυρίως σε κορίτσια. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι λόγω απότομης αύξησης ύψους καθώς και λόγω πλήρους διατροφής, ενεργοποιούνται σε μεγάλο βαθμό οι ορμόνες με αποτέλεσμα να επέλθει ταχύτερη ολοκλήρωση της ήβης που σχετίζεται με χαμηλότερο τελικό ύψος.^(28,31)

3.1.2 Πλεονεκτήματα αποϊδρυματοποίησης σε σχέση με τη γνωστική ανάπτυξη

Όσον αφορά στο γνωστικό κομμάτι, μετα-αναλύσεις που βασίστηκαν σε μεγάλο αριθμό μελετών συνέκριναν τη γνωστική ανάπτυξη υιοθετημένων παιδιών με εκείνη των συνομήλικων που παρέμεναν στο ίδρυμα ή στη χαμηλότερου κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου βιολογική οικογένεια. Η γνωστική ανάπτυξη αξιολογήθηκε με μέτρηση δείκτη

νοημοσύνης και σχολικής επίδοσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η νοημοσύνη ήταν σημαντικά υψηλότερη στα παιδιά που είχαν υιοθετηθεί σε σχέση με εκείνα που παρέμειναν στο ίδρυμα ή στη βιολογική τους οικογένεια και δε διέφερε σημαντικά από τη νοημοσύνη μη υιοθετημένων συνομηλίκων τους. Ωστόσο, στη σχολική επίδοση η εικόνα δεν ήταν ίδια καθώς τα υιοθετημένα παιδιά πήγαν καλύτερα από τα παιδιά τους ιδρύματος αλλά όχι τόσο καλά όσο τα μη υιοθετημένα παιδιά. Αυτό δείχνει ότι η υιοθεσία έχει διαφορετικό αντίκτυπο στο δείκτη νοημοσύνης και διαφορετικό στη σχολική επίδοση.⁽³⁸⁾

Άξια αναφοράς είναι η μελέτη του Dennis (1973) που δείχνει πόσο μεγάλη είναι η σημασία του περιβάλλοντος όσον αφορά την ανάκαμψη στον γνωστικό τομέα. Τα παιδιά είχαν εγκαταλειφθεί στο ίδρυμα αμέσως μετά τη γέννησή τους και μεγάλωσαν σε ένα ορφανοτροφείο στο Λίβανο, το οποίο τους παρείχε ελάχιστα ερεθίσματα και το προσωπικό σπανίως αλληλεπιδρούσε με τα παιδιά. Τα παιδιά περνούσαν τις περισσότερες ώρες της ημέρας μόνα τους ξαπλωμένα στην κούνια τους χωρίς παιχνίδια. Στην πρώτη εξέταση που έγινε στην ηλικία των δύο μηνών τα βρέφη ήταν φυσιολογικά, ενώ στη δεύτερη εξέταση, στην ηλικία του ενός έτους, τα παιδιά είχαν αναπτυχθεί με ρυθμό κατά το ήμισυ του φυσιολογικού. Η εξέλιξη των παιδιών επηρεάστηκε από τις μετέπειτα εμπειρίες τους. Τα παιδιά που υιοθετήθηκαν μεταξύ 2 και 6 ετών παρουσίασαν εντυπωσιακή ανάκαμψη, η επανεξέτασή τους 2 με 3 χρόνια μετά από την υιοθεσία τους έδειξε ότι η γνωστική τους ανάπτυξη παρουσίασε ελάχιστη καθυστέρηση. Τα παιδιά που παρέμειναν στο ορφανοτροφείο στην ηλικία των 6 ετών μεταφέρθηκαν σε διαφορετικά ιδρύματα, ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Το ίδρυμα στο οποίο μεταφέρθηκαν τα κορίτσια τους παρείχε ελάχιστα ερεθίσματα. Η επανεξέταση των κοριτσιών στην ηλικία των 12 έως 16 ετών έδειξε ότι ήταν τόσο καθυστερημένα που δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας. Τα αγόρια μεταφέρθηκαν σε ένα ίδρυμα που τους παρείχε πληθώρα ερεθισμάτων και εμπειριών. Στην ηλικία των 10 έως 14 ετών παρουσίασαν σημαντική ανάκαμψη από την αρχική τους καθυστέρηση και ο δείκτης νοημοσύνης τους αυξήθηκε σημαντικά και πλησίαζε αυτόν του μέσου όρου, ωστόσο παρέμενε χαμηλότερος από αυτόν των παιδιών που υιοθετήθηκαν.⁽³⁸⁾

3.1.3 Προτάσεις για βελτίωση εντός ιδρύματος

Ο Αμερικάνος ψυχαναλυτής Spitz ασχολήθηκε με παιδιά, τα οποία στερούνται τη μητρική στοργή και με τις μελέτες του κατέληξε στο συμπέρασμα πως ο αποχωρισμός της μητέρας πάνω από πέντε μήνες επιδρά αρνητικά στον πνευματικό και ψυχοσυναισθηματικό

κόσμο του παιδιού. Ονόμασε την κατάθλιψη αυτή, που παρουσίαζαν τα παιδιά, «ανακλητική κατάθλιψη» και τόνισε την ανάγκη για ένα καλό μητρικό υποκατάστατο. Εφόσον, προς το παρόν, τα ιδρύματα υφίστανται, και έως ότου πάψουν να υπάρχουν, θα πρέπει η κατάσταση να βελτιωθεί. Η βελτίωση των δεδομένων στα ιδρύματα θα επιφέρει θετικές αλλαγές στους δείκτες σωματικής ανάπτυξης, στη βελτίωση της κοινωνικογνωστικής συμπεριφοράς και της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης, στη δημιουργία ασφαλούς δεσμού μεταξύ του προσώπου φροντίδας και του παιδιού (αύξηση πιθανότητας κατά 2,5 φορές), μείωση του ποσοστού εμφάνισης δεσμού αποδιοργάνωσης και γενικότερα πιο θετικό συναίσθημα.^(5,40,47)

Η Tizard (1977) μελέτησε και σύγκρινε την ανάπτυξη σε διάφορους τομείς, σε τέσσερις ομάδες παιδιών ηλικίας 2 έως τεσσάρων ετών. Η πρώτη ομάδα δεν έζησε ποτέ σε ίδρυμα, η δεύτερη παρέμεινε στο ίδρυμα, τα παιδιά της τρίτης ομάδας επέστρεψαν στη βιολογική τους οικογένεια και η τελευταία ομάδα αφορούσε παιδιά τα οποία δόθηκαν για υιοθεσία. Τη μεγαλύτερη και θετικότερη έκβαση έδειξαν τα παιδιά της ομάδας που δόθηκε για υιοθεσία ενώ τη μικρότερη η ομάδα που παρέμεινε στο ίδρυμα.^(8,39)

Για την επίτευξη αυτών:

1. Απαιτείται εξειδικευμένη εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να αναγνωρίζει τα συναισθηματικά ανοίγματα των βρεφών, στα οποία θα ανταποκρίνεται κατάλληλα και θα έχει την αναπτυξιακή αλληλεπίδραση που αντιστοιχεί, με συνέπεια και σταθερότητα.
2. Τα μικρότερα παιδιά θα πρέπει να χωρίζονται σε ομάδες και να αναθέτονται σε δύο βασικά πρόσωπα φροντίδας τα οποία θα διαμορφωθούν έτσι τα ωράρια ώστε όταν τα παιδιά είναι ξύπνια, να είναι παρών ένα από τα πρόσωπα αυτά.
3. Θα βοηθήσει να σταματήσει η μετακίνηση παιδιών λόγω ηλικίας από ίδρυμα σε ίδρυμα ή από τομέα σε τομέα ώστε τα παιδιά να μεγαλώνουν πάντα με τα ίδια πρόσωπα φροντίδας και με συνομήλικούς τους.
4. Σταθεροποίηση κάποιας συγκεκριμένης ώρας (1 ώρα το πρωί και 1 το απόγευμα) όπου τα πρόσωπα φροντίδας θα παίζουν με ένα παιδί που τους έχει ανατεθεί.⁽⁴⁷⁾

Στο Κέντρο Βρεφών Μητέρα, εκτός από τη μελέτη της Βορριά, πραγματοποιήθηκε και μια μελέτη (Dontas et al, 2007) που είχε σκοπό να δείξει ότι υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις και συνθήκες, ένα παιδί μπορεί να αναπτύξει φυσιολογικούς δεσμούς σε ίδρυμα. Στο Μητέρα το είδος φροντίδας πλησιάζει πιο πολύ στο «πολλαπλές μητέρες» παρά

στο παραδοσιακό που ισχύει στα περισσότερα ιδρύματα όπου είναι όλα τα πρόσωπα φροντίδας υπεύθυνα για όλα τα βρέφη. Αυτό στην πράξη σημαίνει ότι τα μωρά, στο δεύτερο εξάμηνο της ζωής τους, δεν ζητούν αδιακρίτως τρυφερότητα και παιχνίδια από αγνώστους ή από προσωπικό άλλων θαλάμων όπως γίνεται σε πολλά ιδρύματα. Η μελέτη θέλησε να δείξει εάν ο δεσμός του παιδιού με το πρόσωπο φροντίδας, είναι δυνατόν να «μεταφερθεί» στους θετούς γονείς που πριν πάρουν το παιδί στο σπίτι, περνάνε 2 βδομάδες προσαρμογής στο Μητέρα με το μωρό. Φαίνεται λοιπόν ότι αυτό το μοντέλο στη φροντίδα των παιδιών, έχει θετικότερα αποτελέσματα όσον αφορά την ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης μεταξύ βρέφους και θετής μητέρας και τα παιδιά φαίνεται να μην παρουσιάζουν τα πιθανά καταστροφικά αποτελέσματα όπως κατάθλιψη, μαρασμό, «αδιάκριτη φιλικότητα» κτλ.⁽⁴⁸⁾

Τα ιδρύματα είναι σημαντικά οικονομικότερη επιλογή σαν μέθοδος φροντίδας για ένα κράτος, ειδικά όσον αφορά άτομα με περίπλοκες ανάγκες υποστήριξης που μπορεί να χρειάζονται και 24ωρη φροντίδα. Τα κράτη θα μπορούσαν να εκμεταλλευτούν κοινοτικούς εθελοντές οι οποίοι θα απασχολούν τα παιδιά και θα υπάρξει βελτίωση της ποιότητας γνώσεων και αλληλεπίδρασης. Ωστόσο χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην επιλογή των εθελοντών ώστε να δεσμευτούν και να είναι «σταθερή φιγούρα» στη ζωή κάποιων παιδιών.⁽²⁴⁾

Η ΕΕ διαπίστωσε ότι υπήρξαν σε 9 χώρες, αυξημένα επίπεδα δαπανών για την ιδρυματική φροντίδα ενώ κάποιες χώρες διαθέτουν κονδύλια για την ανανέωση ή και την επέκταση των υφιστάμενων ιδρυμάτων. Κάποια έργα αφορούν στην βελτίωση της προσβασιμότητας και κάποια στην επέκταση της χωρητικότητας ώστε να εξαλείφουν οι λίστες αναμονής. Η χρηματοδότηση της ΕΕ για την αποϊδρυματοποίηση και τη διαβίωση στην τοπική κοινωνία, σύμφωνα με άφθονα στοιχεία, χρησιμοποιείται για την ανακαίνιση ή την ανέγερση νέων ιδρυμάτων.⁽⁶⁾

3.1.4 Προτάσεις για ανάπτυξη υπηρεσιών τοπικής κοινωνίας για επανένταξη

Βασικότερο μέλημα είναι η ανάπτυξη στρατηγικών που θα προλαμβάνουν τη διάσπαση οικογενειών, θα προωθούν την οικογενειακή επανένταξη και θα ενθαρρύνουν την υψηλής ποιότητας επιλογών εναλλακτικής φροντίδας σε επίπεδο οικογένειας. Το ποσοστό των παιδιών που μένουν σε ιδρυματική φροντίδα, με στοιχεία της Unicef του 2010, συνεχίζει και αυξάνει, ιδίως στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (το ποσοστό αυξήθηκε από 1,5% του παιδικού πληθυσμού το 2000, σε 1,7% το 2007). Και παρότι η εναλλακτική φροντίδα με

βάση την οικογένεια αυξάνεται, δεν υπάρχει μείωση της ιδρυματικής φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει αύξηση στον αριθμό των εγκαταλελειμμένων παιδιών.

Η Unicef προτείνει επιτάχυνση της μεταρρύθμισης των συστημάτων φροντίδας των παιδιών με την προτεραιότητα να δοθεί στα εξής:

- Αναχαίτιση της εισροής των παιδιών στα ιδρύματα μέσω της πρόληψης και σωστής ενίσχυσης των οικογενειών που χρίζουν βοήθειας.
- Ενίσχυση του ελέγχου εισόδου παιδιών στο σύστημα, καθώς πολλά παιδιά μπαίνουν για λάθος λόγους και μετά είναι πολύ δύσκολο να βγουν.
- Η προώθηση της αποϊδρυματοποίησης μέσω της βελτίωσης της εναλλακτικής οικογενειακής φροντίδας.
- Ξεκινώντας μια πιο συστηματική μεταρρύθμιση των εναπομεινάντων ιδρυμάτων φροντίδας.
- Αποφεύγοντας τις γρήγορες και επιφανειακές μεταρρυθμίσεις στη φροντίδα των παιδιών.

Οι υπηρεσίες που αναφέρουν οι Κατευθυντήριες Γραμμές αφορούν λύσεις σε επίπεδο οικογένειας και τοπικής κοινότητας αντί ιδρυμάτων, και αυτό είναι ζωτικής σημασίας για τα παιδιά, όπου η φροντίδα σε επίπεδο οικογένειας προηγείται έναντι οποιουδήποτε άλλου μοντέλου φροντίδας. Αυτό αναφέρει και η σύμβαση Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού, ότι δηλαδή «το παιδί για την αρμονική ανάπτυξη της προσωπικότητάς του, πρέπει να μεγαλώνει μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, σε ένα κλίμα ευτυχίας, αγάπης και κατανόησης». Η επένδυση σε υπηρεσίες όπως η έγκαιρη παρέμβαση, η οικογενειακή στήριξη, η επανένταξη κι η υψηλής ποιότητας εναλλακτική φροντίδα μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη των μέτριων αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένης της πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου, της ανεργίας, της έλλειψης στέγης, της εξάρτησης, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της εγκληματικότητας.^(6,46)

Η προσοχή έχει εστιαστεί στο να αναπτυχθούν οι υπηρεσίες υποστήριξης της μητέρας και του παιδιού ώστε να προληφθεί η ιδρυματοποίηση και στην υποστήριξη των παιδιών που φεύγουν από τα ιδρύματα. Ο τελευταίος προϋπολογισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2014-2020, «Επενδύουμε στα παιδιά, σπάζουμε τον κύκλο της μειονεξίας», δημιουργεί μια

μοναδική ώθηση για την εξάλειψη της ιδρυματικής φροντίδας σε όλη την Ευρώπη. Κάποιες οργανώσεις σε συνεργασία με 12 χώρες – μεταξύ αυτών και η Ελλάδα – άρπαξαν την ευκαιρία και υλοποιούν την εκστρατεία «Ανοίγουμε δρόμους για τα παιδιά της Ευρώπης». Ωστόσο, χρειάζεται χρόνος γιατί μερικές χώρες ακόμα παλεύουν με τον μεγάλο αριθμό – ακόμα και αυξανόμενο σε ορισμένες περιπτώσεις – των παιδιών που πηγαίνει στο τυπικό σύστημα φροντίδας που είναι το ίδρυμα.^(6,46)

3.1.5 Η υιοθεσία στην Ελλάδα

Υπάρχουν τρεις τρόποι για να υιοθετήσει κανείς ένα παιδί, είτε μέσω των τεσσάρων ιδρυμάτων που έχουμε στη χώρα μας, δηλαδή το Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ", το Δημοτικό Βρεφοκομείο Θεσσαλονίκης "Άγιος Στυλιανός", την Παιδόπολη "Άγιος Ανδρέας" και το Αναρρωτήριο Πεντέλης, είτε ιδιωτικά, με μεσολαβητές το γυναικολόγο της βιολογικής μητέρας του παιδιού και έναν δικηγόρο, είτε μέσω του θεσμού της διακρατικής υιοθεσίας.

✓ Κρατική Υιοθεσία

Οι υποψήφιοι γονείς θα πρέπει αρχικά να υποβάλλουν μία αίτηση σε ένα από τα κρατικά ιδρύματα, την οποία στη συνέχεια θα πρέπει να καταθέσουν στο Πολυμελές Πρωτοδικείο του τόπου κατοικίας τους. Φυσικά, σε περίπτωση που οι βιολογικοί γονείς του παιδιού που πρόκειται να υιοθετηθεί είναι εν ζωή και δεν έχουν εκπέσει τη γονική μέριμνά του, θα πρέπει να συναινέσουν ενώπιον του δικαστηρίου. Οι προϋποθέσεις αναφέρουν ότι οι θετοί γονείς δεν είναι απαραίτητο να είναι παντρεμένοι, θα πρέπει όμως να έχουν συμπληρώσει το 30ο έτος της ηλικίας τους και να μην υπερβαίνουν το 60ο ενώ η διαφορά της ηλικίας τους με το παιδί πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τα 18 χρόνια και μικρότερη από τα 50. Οι υποψήφιοι γονείς θα πρέπει να προσκομίσουν στο δικαστήριο τα εξής έγγραφα: τη ληξιαρχική πράξη γέννησης του υιοθετούμενου παιδιού, ένα πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, τα ποινικά μητρώα τους, πιστοποιητικά περί μη διώξεως από την αρμόδια εισαγγελία, εκκαθαριστικά σημειώματα από τη ΔΟΥ στην οποία ανήκουν, εάν έχουν στην κατοχή τους ακίνητα, τα συμβόλαια τα οποία αποδεικνύουν την κυριότητά τους, πιστοποιητικά υγείας, αντίγραφα των ταυτοτήτων τους, την έγγραφη συναίνεση των βιολογικών γονέων, την αίτηση που κατέθεσαν στο κρατικό ίδρυμα και τέλος εάν έχουν παιδιά, θα πρέπει να κατατεθεί και η δική τους συναίνεση.

✓ Ιδιωτική Υιοθεσία

Σε αυτή την περίπτωση η υιοθεσία του παιδιού γίνεται χωρίς τη διαμεσολάβηση ιδρύματος ή κάποιας κοινωνικής υπηρεσίας αλλά με απευθείας επαφή των θετών γονέων με τους βιολογικούς. Συνδεδειγμένος κρίκος ανάμεσά τους είναι κάποιος δικηγόρος ή γυναικολόγος. Σε ό,τι αφορά τη διαδικασία είναι ακριβώς ίδια με αυτή που ακολουθείται στις υιοθεσίες μέσω ιδρυμάτων. Θα πρέπει να πούμε πως σύμφωνα με το νόμο, απαγορεύεται ρητά και αποτελεί ποινικό αδίκημα, η λήψη χρηματικού ή άλλου ανταλλάγματος από τους βιολογικούς γονείς του παιδιού ή τα άτομα που θα μεσολαβήσουν για τη διευθέτηση της υιοθεσίας.⁽⁴⁹⁾

✓ Παιδικά Χωριά SOS

Τα Χωριά SOS είναι μια διεθνής κίνηση που σκοπό έχει την προσομοίωση του περιβάλλοντος μιας οικογένειας για ορφανά και εγκαταλελειμμένα παιδιά από το 1949. Εκεί προωθείται η ανάπτυξη του κάθε παιδιού ξεχωριστά, βασιζόμενο σε 4 αρχές:

- 1) Τη μητέρα. Σε κάθε παιδί «δίδεται» μια μητέρα για να δείξει στο παιδί την έννοια της αγάπης και της φροντίδας και όχι μόνο με εκπαιδευτικό ρόλο. Οι μητέρες των SOS είναι γυναίκες που αφιερώνουν τη ζωή τους στα παιδιά που τους ανατίθενται.
- 2) Τα αδέρφια. Κάθε οικογένεια στα SOS αποτελείται από 6-8 παιδιά που μεγαλώνουν με την SOS μητέρα τους σαν κανονική οικογένεια. Τα βιολογικά αδέρφια δεν χωρίζονται.
- 3) Το σπίτι. Το σπίτι είναι μόνιμη κατοικία στην οποία τα παιδιά συχνά επιστρέφουν μεγαλώνοντας, παρέχει ζεστασιά, ασφάλεια και προστασία για κάθε παιδί.
- 4) Το Χωριό. Το μέρος περιλαμβάνει 12-15 σπίτι/οικογένειες κι έχει ως στόχο να εισάγει τα παιδιά στην κοινωνία με τον πιο φυσιολογικό τρόπο όπου τα παιδιά πηγαίνουν και στο σχολείο και έχουν όλες τις κοινωνικές επαφές όπως σε ένα κανονικό χωριό.

Τα Χωριά SOS είναι η καλύτερη εναλλακτική του φυσικού οικογενειακού περιβάλλοντος και αυτό φάνηκε και από μελέτη που πραγματοποιήθηκε (Giagazoglou 2012)

και έδειξε καλύτερα αποτελέσματα σε όλες τις μετρήσεις, όλων των παιδιών που έμεναν στα Χωριά SOS σε σχέση με τα παιδιά που έμεναν σε ιδρύματα.⁽²⁴⁾

3.1.6 Διακρατικές υιοθεσίες

Ο 20^{ος} αιώνας χαρακτηρίστηκε από πολλούς πολέμους ανά τον κόσμο με αποτέλεσμα πάρα πολλά παιδιά να μείνουν ορφανά ή χωρίς σπίτι και να ψάχνουν για θετές οικογένειες. Υπήρξαν τέσσερις σημαντικές περίοδοι στις οποίες μπορεί να χωριστεί ο 20^{ος} αιώνας όσον αφορά τις υιοθεσίες εκτός συνόρων, ή αλλιώς τις διακρατικές ή διεθνείς υιοθεσίες. Η πρώτη περίοδος εκτιμάται μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο όπου υπήρξε ένας τεράστιος αριθμός παιδιών από την Ελλάδα και την Γερμανία που περίμεναν να υιοθετηθούν. Η δεύτερη περίοδος ξεκίνησε μαζί με τον πόλεμο στην Κορέα όπου βρέθηκαν πολλά ανεπιθύμητα παιδιά από Ασιάτισσες μητέρες και Αμερικανούς πατέρες που έψαχναν οικογένειες να τα υιοθετήσουν. Η Τρίτη περίοδος ήταν λόγω της επιδεινούμενης σοσιο-οικονομικής κατάστασης στη Λατινική Αμερική όπου πολλοί φτωχοί γονείς παρατούσαν τα παιδιά τους στους δρόμους να επιβιώσουν μόνα τους λόγω αδυναμίας να τα μεγαλώσουν οι ίδιοι. Τέλος, η τέταρτη περίοδος άνοιξε μαζί με την πτώση του κουμμουνισμού όπου άνοιξαν και τα σύνορα σε χώρες όπως η Ρουμανία και η Ρωσία για διεθνείς υιοθεσίες.⁽²⁸⁾

Το 2009 η χώρα μας κύρωσε τη Συμφωνία της Χάγης⁽⁵⁰⁾, βάσει της οποίας ένα ζευγάρι μπορεί να καταθέσει αίτηση στην Κεντρική Αρχή Διακρατικών Υιοθεσιών ή στον κατά τόπο αρμόδιο διαπιστευμένο οργανισμό και να ζητήσει να υιοθετήσει ένα παιδί από άλλο κράτος. Οι υποψήφιοι γονείς αφού λάβουν τα στοιχεία του παιδιού θα πρέπει να ταξιδέψουν στη χώρα που βρίσκεται και εάν ενδιαφέρονται να προχωρήσει η διαδικασία της υιοθεσίας, η οποία θα ολοκληρωθεί ενώπιον του αρμόδιου δικαστηρίου της χώρας, σύμφωνα με το ισχύον δίκαιο.⁽⁴⁹⁾

Ο αριθμός των παιδιών που μεγαλώνουν σε ιδρύματα σε χώρες της Ευρώπης και της κεντρικής Ασίας είναι πάρα πολύ μεγάλος. Μια φερόμενη ως λύση για την απομάκρυνση των παιδιών από την ιδρυματική φροντίδα που είναι τόσο επιζήμια, είναι οι διακρατικές υιοθεσίες. Χώρες ανεπτυγμένες, όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Γαλλία, η Ισπανία, η Ολλανδία κτλ, είναι χώρες που έχουν αυξήσει πάρα πολύ τις υιοθεσίες από άλλα κράτη που βρίσκονται σε ακραία φτώχεια, σε πόλεμο ή σε μεταπολεμική κατάσταση. Από Αμερικανούς υπηκόους την 20ετία 1985-2005 υιοθετήθηκαν περισσότερα από 230.000 παιδιά με διακρατικές υιοθεσίες. Η χώρα που έστελνε τα περισσότερα παιδιά στις ΗΠΑ ήταν η Ρουμανία, αλλά αυτό άλλαξε το 2005 όταν η χώρα έκλεισε την πόρτα στις διακρατικές υιοθεσίες και

ακολούθησε και η Βουλγαρία. Οι χώρες αυτές δέχονται μεγάλες πολιτικές πιέσεις από το 2005 και μετά ώστε να επιτραπεί ξανά η υιοθεσία των παιδιών.^(41,42) Παρότι οι ΗΠΑ είναι η πρώτη επιλογή προορισμού, η χώρα δέχτηκε 5.1 υιοθεσίες ανά 1.000 γεννήσεις το 2003 (21.000 παιδιά). Την ίδια χρονιά η Σουηδία, η Νορβηγία και η Ισπανία δέχτηκαν τον διπλάσιο αριθμό υιοθεσιών από άλλες χώρες (11.4, 13.5 και 10.4). Παραδόξως, χαμηλός αριθμός διεθνών υιοθεσιών βρέθηκαν στη Γερμανία (0.95 υιοθεσίες ανά 1.000 γεννήσεις) και στο Ηνωμένο Βασίλειο (0.46 ανά 1.000 γεννήσεις). Στη Γερμανία πραγματοποιήθηκαν περισσότερες εσωτερικές υιοθεσίες (4.584 το 2003) όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο (6.000), συγκριτικά με τη Νορβηγία (206), την Ολλανδία (29), τη Γαλλία (450) ή την Ελβετία (93).⁽²⁸⁾

Στην Αμερική, από το 1986, έχουν υιοθετηθεί >17.300 παιδιά από τη Γουατεμάλα και ένας από τους λόγους που οι Αμερικανοί προτιμούν τη χώρα αυτή, είναι επειδή η πλειοψηφία των παιδιών μένουν σε ανάδοχες οικογένειες πριν την υιοθεσία κι όχι σε ίδρυμα. Έχει θεωρηθεί ότι τα παιδιά αυτά είναι «πιο υγιή» από παιδιά άλλων χωρών καταρχήν γιατί δίδονται σε αρκετά μικρές ηλικίες για υιοθεσία, και αφού έχουν μπει σε ανάδοχη οικογένεια, αλλά και επειδή η έκθεση σε ναρκωτικά και αλκοόλ σε εγκυμονούσες στη χώρα αυτή είναι πάρα πολύ μικρή. Μια μελέτη της Miller και των συνεργατών της, που μέτρησε 103 παιδιά εκ των οποίων 25 μεγάλωσαν σε ορφανοτροφεία, 56 σε ανάδοχες οικογένειες και 22 σε μικτή φροντίδα, έδειξε ότι τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν μειωμένη ανάπτυξη όπως ήταν αναμενόμενο αλλά όχι τόσο σοβαρή όσο είναι κατά κανόνα. Τα παιδιά που πριν την υιοθεσία μπήκαν σε ανάδοχες οικογένειες είχαν καλύτερη ανάπτυξη και γνωστικά σκορ από παιδιά που βρίσκονταν σε ορφανοτροφείο. Τα παιδιά από τη Γουατεμάλα είχαν παρόμοια πορεία ιατρικής και μολυσματικής διάγνωσης με παιδιά από άλλες χώρες. Ωστόσο σε σχέση με προηγούμενη μελέτη για παιδιά από την Κίνα, τα παιδιά από τη Γουατεμάλα είχαν μικρότερη συχνότητα σε καθυστερήσεις ανάπτυξης και είχαν γενικότερα καλύτερες μετρήσεις ανάπτυξης όσον αφορά στο ύψος και στην περίμετρο κεφαλής.⁽⁵¹⁾

Παρότι στο σύνολο των μελετών, τα παιδιά που τοποθετούνται πρώτα σε ίδρυμα και μετά δίδονται για υιοθεσία, έχουν σημαντικά μικρότερη ανάπτυξη σε σχέση με τα παιδιά που δίδονται για υιοθεσία αφού περάσουν από οικογένεια με αναδοχή, υπάρχει μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ιρακινό Κουρδιστάν όπου τα παιδιά βρέθηκαν να έχουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη, κάτι που προκαλεί εντύπωση. Πιθανόν οι ανάδοχες οικογένειες δεν ήταν η βέλτιστη εναλλακτική καθώς υπήρχαν απρόσεκτοι φροντιστές, μειωμένο κίνητρο ή/και μεγάλος αριθμός παιδιών κάτι που αποτελεί λιγότερο εμπλουτισμένο και υποστηρικτικό περιβάλλον από ότι το περιβάλλον του σπιτιού στο οποίο τελικά δόθηκαν

για υιοθεσία.⁽⁵¹⁾ Ωστόσο η μετα-ανάλυση 270 μελετών που πραγματοποίησαν οι van IJzendoorn και Juffer, επισημαίνει ότι όσον αφορά τις διακρατικές υιοθεσίες, δεν έχουν χαμηλότερα ποσοστά στο να καλύψουν τις αναπτυξιακές διαφορές με τα άλλα παιδιά.⁽²⁸⁾

Σύμφωνα με το Άρθρο 19 των Ηνωμένων Εθνών περί Δικαιωμάτων των Παιδιών, παιδί και γονιός έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν να μείνουν μαζί ως οικογένεια (αντί να δοθεί το παιδί προς υιοθεσία) και να λάβει ο γονιός ότι βοήθεια χρειάζεται προκειμένου να κάνει το περιβάλλον ικανοποιητικό για να μεγαλώσει ένα παιδί. Όμως όλη η καμπάνια για τις διεθνείς υιοθεσίες βασίστηκε στη μείωση του αριθμού των παιδιών σε ιδρύματα χωρίς να υπάρχει επιστημονική μελέτη. Αυτό μπορεί να είναι αρνητικό συγκριτικά με το αν ένα παιδί είναι καλύτερο να μένει με την πραγματική οικογένεια που μπορεί να λάβει οικονομική κρατική βοήθεια και χάνεται ο κύριος στόχος. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι παρατηρήσεις του Dickens, όπως τις αναφέρουν στη μελέτη τους οι Chou και Browne σχετικά με τους λόγους και τις καταστάσεις που οδηγούσαν τις διεθνείς υιοθεσίες τη δεκαετία 1990-2000:

- Τα έσοδα από διακρατικές υιοθεσίες δεν πήγαιναν ποτέ σε ενίσχυση οικογενειών για να βοηθήσουν την επανατοποθέτηση παιδιών στην φυσική τους οικογένεια. Αντιθέτως βοηθούσαν στην ομαλοποίηση των διεθνώς υιοθεσιών, μείωναν το κίνητρο να δημιουργηθούν τοπικές υπηρεσίες για τα παιδιά και ανέστειλαν την ανάπτυξη της ανάδοχης φροντίδας ή της εθνικής υιοθεσίας .
- Γονείς ή επαγγελματίες που σχετίζονταν άμεσα ή έμμεσα με τις διεθνείς υιοθεσίες είχαν οικονομικό όφελος ώστε να αποθαρρύνουν την ανάπτυξη της ανάδοχης φροντίδας ή της εθνικής υιοθεσίας.
- Δεν υπολογιζόταν η οδηγία περί διεθνούς υιοθεσίας ότι μόνο εάν κι εφόσον έχουν ερευνηθεί όλες οι εναλλακτικές περί οικογενειακής φροντίδας, τότε μπορεί να δοθεί παιδί για υιοθεσία.

Τελικά οι διεθνείς υιοθεσίες δεν βοηθούν στη μείωση του αριθμού των παιδιών στα ιδρύματα αφού πολλά παιδιά δεν υιοθετήθηκαν καν από ίδρυμα και υπάρχουν και περιπτώσεις ανθρώπων που συνέλαβαν με σκοπό να δοθούν προς υιοθεσία.⁽⁵²⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Κατά τη διάρκεια της βρεφικής και νηπιακής ηλικίας το νευρικό σύστημα εξελίσσεται και αναπτύσσεται με γρήγορο ρυθμό. Ως αποτέλεσμα μέσα στα τέσσερα πρώτα έτη της ζωής τετραπλασιάζεται το βάρος του εγκεφάλου. Παράλληλα επιτυγχάνεται ο εκούσιος έλεγχος των κινήσεων, εξαφανίζονται τα νεογνικά αντανακλαστικά και ακολουθεί η συνολική κινητική εξέλιξη. Λέγοντας **εξέλιξη** εννοούμε *«την πορεία από το μπουσούλημα στο περπάτημα, από το βάβισμα στην ομιλία, από τη συγκεκριμένη σκέψη στην αφηρημένη σκέψη. Σε κάθε περίπτωση, το στάδιο που εμφανίζεται μεταγενέστερα το κρίνουμε ως πιο ικανοποιητικό τρόπο λειτουργίας από το προηγούμενο»*.⁽³⁶⁾

Η παραπάνω εξέλιξη ακολουθεί μια συγκεκριμένη χρονική σειρά που κυμαίνεται εντός κάποιων «φυσιολογικών» χρονικών διακυμάνσεων σύμφωνα με τον Πίνακα ανάπτυξης κατά Denver. Συνεπώς η εξέλιξη των παιδιών είναι η ίδια αλλά αλλάζει σημαντικά ο ρυθμός από άτομο σε άτομο. Ωστόσο για να μεγαλώσει σωστά ένα παιδί εκτός από την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος που του επιτρέπει να χρησιμοποιεί τις αισθήσεις του αλλά και να μαθαίνει χρειάζεται απαραίτητα και εξωτερικά ερεθίσματα από το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώνει. Στις περιπτώσεις όπου υπάρχει εξάσκηση και επαφή με εξωτερικά ερεθίσματα αναπτύσσονται χωρίς καθυστέρηση και οι δεξιότητες ενώ σε αντίθετη περίπτωση οι δεξιότητες καθυστερούν. Η αξιολόγηση της ανάπτυξης επιτυγχάνεται μέσω αντικειμενικών επιστημονικών μεθόδων και καταγραφή των αναπτυξιακών δεξιοτήτων παιδιών που έχουν φυσιολογική εξέλιξη σε διάφορες ηλικίες.⁽³⁴⁾

Ως παχυσαρκία ορίζεται η υπερβολική συσσώρευση λίπους στο σώμα, ενώ ως υπερβάλλον βάρος το πλεόνασμα του σωματικού βάρους σε σχέση με το ύψος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ταξινομεί την παχυσαρκία με τον Δείκτη Σωματικής Μάζας (Δ.Σ.Μ.) ο οποίος ορίζεται ως το βάρος του σώματος σε χιλιόγραμμα (kg) διαιρούμενο από το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα (m^2). Ωστόσο στα παιδιά δεν χρησιμοποιείται ο Δ.Σ.Μ. αλλά οι καμπύλες του Υπουργείου Υγείας που βρίσκονται σε όλα τα παιδικά βιβλιάρια. Εφόσον ένα παιδί βρίσκεται κάτω από την 3^η εκατοστιαία καμπύλη θεωρείται λιποβαρές ενώ αν βρίσκεται πάνω από την 97^η εκατοστιαία καμπύλη θεωρείται υπέρβαρο.⁽⁵⁸⁾

Στην παρούσα εργασία τα παιδιά δεν αναφέρονται με το όνομά τους αλλά με έναν αριθμό, εφόσον πρόκειται για προσωπικά δεδομένα, και με αριθμό θα αναφέρονται στο εξής.

Το δείγμα αποτελείται από 31 παιδιά, 16 αγόρια και 15 κορίτσια, που φιλοξενούνται στο Αναρρωτήριο Πεντέλης. Ο ΜΟ ηλικίας τους είναι 23,57 μηνών, έχουν ηλικία εισαγωγής στο ίδρυμα τους 9,14 μήνες και η διάρκεια παραμονής τους είναι 14,43 μήνες. Τα παιδιά διαμένουν σε 3 θαλάμους φιλοξενίας, ανάλογα με την ηλικία τους. Συνήθως εκείνα που είναι από 1 μήνα έως 2 ετών φιλοξενούνται στον 3^ο Θάλαμο, τα παιδιά από 2 έως 4ετών φιλοξενούνται στον 2^ο Θάλαμο και τα παιδιά από 4 έως 6 ετών φιλοξενούνται στον 1^ο Θάλαμο. Ωστόσο ο διαχωρισμός πραγματοποιείται ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών που αντιστοιχούν σε κάθε ηλικιακό γκρουπ.

Τα παιδιά που φιλοξενούνται στο Αναρρωτήριο Πεντέλης είναι κατά βάση υγιή παιδιά, με αρκετά μεγάλο ποσοστό πρόωρων τοκετών καθότι είναι περιπτώσεις μητέρας χρήστριας ναρκωτικών. Η επιμέλεια των παιδιών, συνήθως, περνάει μέσω δικαστικής οδού από τους φυσικούς γονείς στο κράτος, δηλαδή στο Αναρρωτήριο Πεντέλης, με τελικό σκοπό την αναδοχή ή την υιοθεσία από κάποια οικογένεια. Οι λόγοι που τα παιδιά φιλοξενούνται στον χώρο αυτόν, ποικίλλουν. Κάποιες περιπτώσεις αφορούν σε παιδιά που έχουν βρεθεί εγκαταλειμμένα σε μαιευτήρια ή κάπου αλλού, κάποιες περιπτώσεις αφορούν σε περιστατικά όπου οι γονείς δεν μπορούν να μεγαλώσουν τα παιδιά τους (πχ. ψυχιατρικά περιστατικά, χρήστες ναρκωτικών, θάνατος γονέων κτλ) οπότε επεμβαίνει η Πρόνοια και κινείται διαδικασία νομικής ελευθέρωσης του παιδιού ώστε να δοθεί για υιοθεσία.

Όλα τα παιδιά ακολουθούν το εθνικό σύστημα εμβολιασμών και κρατείται ιστορικό και πλήρης ιατρικός φάκελος για κάθε παιδί ξεχωριστά. Κάποια έχουν νοσηλευτεί ανά καιρούς στα νοσοκομεία Παίδων, είτε για χειρουργικές επεμβάσεις συγγενών παθήσεων, πχ. κρυπορχία, στραβισμός κα, είτε για εποχικές ιώσεις που οδήγησαν σε ανάγκη προσωρινής νοσηλείας, πχ. λοίμωξη αναπνευστικού εξαιτίας RSV ιού. Παιδιά τα οποία εμφανίζουν δείγματα νοητικής ή άλλης καθυστέρησης, δεν έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη.

Η μεθοδολογία των μετρήσεων χωρίζεται σε δύο τμήματα: στη σωματομετρική καταγραφή και στη συμπλήρωση ερωτηματολογίου ανάπτυξης.

Όσον αφορά στο πρώτο μέρος των μετρήσεων, σε όλα τα παιδιά πραγματοποιήθηκε μέτρηση ύψους, βάρους και περιμέτρου κεφαλής, σε συνεργασία με την Παιδιάτρο της Μονάδας και τα αποτελέσματα των μετρήσεων συγκρίθηκαν με το φυσιολογικό εύρος τιμών από τις καμπύλες ανάπτυξης του Υπουργείου Υγείας.

Στη συνέχεια δόθηκε και συμπληρώθηκε από το προσωπικό φροντίδας από ένα ερωτηματολόγιο «Σύστημα Achenbach για Εμπειρικά Βασισμένη Αξιολόγηση (ΣΑΕΒΑ) (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA)». Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων αναλύθηκαν βάσει του άρθρου «Διαπολιτισμική

Εφαρμογή του συστήματος Achenbach για εμπειρικά βασισμένη αξιολόγηση».⁽⁵³⁾ Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από 100 ερωτήσεις, εκ των οποίων κάποιες αντιπροσωπεύουν και κατηγοριοποιούνται σε 5 θεματικές ενότητες:

- Προβλήματα Συναισθήματος, 9 ερωτήσεις
- Προβλήματα Άγχους, 10 ερωτήσεις
- Προβλήματα Διάχυτων Διαταραχών της Ανάπτυξης, 13 ερωτήσεις
- Προβλήματα Προσοχής Υπερκινητικότητας, 6 ερωτήσεις
- Προβλήματα Εναντιωματικής Συμπεριφοράς, 6 ερωτήσεις.

Προβλήματα Συναισθήματος	Προβλήματα Άγχους	Προβλήματα Διάχυτων Διαταραχών της Ανάπτυξης	Προβλήματα Προσοχής Υπερκινητικότητας	Προβλήματα Εναντιωματικής Συμπεριφοράς
13. Κλαίει πολύ	10. Είναι υπερβολικά εξαρτημένος / προσκολλημένος με τους μεγάλους	3. Φοβάται τις νέες εμπειρίες	5. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί / δεν προσηλώνει την προσοχή του	15. Είναι προκλητικός
24. Δεν τρώει καλά	22. Δε θέλει να κοιμάται μόνος	4. Αποφεύγει τη βλεματική επαφή	6. Δεν μπορεί να σταθεί σε ένα μέρος, είναι ανήσυχος, υπερκινητικός	20. Είναι ανυπάκουος
38. Παρουσιάζει προβλήματα ύπνου	28. Δε βγαίνει από το σπίτι	7. Δεν μπορεί να υποφέρει την έλλειψη τάξης	8. Δεν αντέχει την αναμονή	44. Έχει οργισμένη διάθεση
43. Δείχνει δυστυχισμένος / θλιμμένος / μελαγχολικός	32. Φοβάται	21. Ενοχλείται από την αλλαγή	16. Απαιτεί άμεση ικανοποίηση	81. Είναι ξεροκέφαλος
50. Κουράζεται εύκολα	37. Ο αποχωρισμός τον αναστατώνει	23. Δεν απαντά	36. Ασχολείται με πολλά πράγματα	85. Είναι ευέξαπτος
71. Δείχνει λίγο ενδιαφέρον	47. Είναι νευρικός με τεντωμένα νεύρα	25. Δεν τα πάει καλά με τους συμμαθητές του	59. Αλλάζει στάση γρήγορα	88. Δεν είναι συνεργάσιμος
74. Κοιμάται λιγότερο από τα άλλα παιδιά	48. Έχει εφιάλτες	63. Στριφογυρνά το κεφάλι και το σώμα		
89. Υπολειτουργεί	51. Πανικοβάλλεται	67. Δεν απαντά στο συναίσθημα		
90. Είναι λυπημένος	87. Έχει πολλούς φόβους	70. Φτωχό συναίσθημα		
	99. Ανησυχεί	76. Προβλήματα λόγου		
		80. Παράξενη συμπεριφορά		
		92. Ενοχλείται με τις νέες εμπειρίες		
		98. Απόσυρση		

Πίνακας 2. Τύποι Συνδρόμων

Το ερωτηματολόγιο δίνεται στο Παράρτημα 1. Για κάθε ερώτηση υπάρχουν τρεις ενδεχόμενες απαντήσεις: 0: «Δεν ταιριάζει καθόλου», 1: «Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές», ή 2: «Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά». Σύμφωνα με το άρθρο (53), το αποτέλεσμα για κάθε θεματική ενότητα εξάγεται αθροίζοντας τις απαντήσεις των αντίστοιχων ερωτήσεων. Στη συνέχεια, εξετάζονται τα αθροίσματα για κάθε παιδί συγκρινόμενα με δύο σταθερές τιμές για κάθε θεματική ενότητα, οι οποίες αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως «παθολογική» και «οριακά κλινική». Οι τιμές αυτές αναλύθηκαν με το πρόγραμμα ADM – ASEBA version 8 και με βάση τις τιμές αυτές εξάγονται συμπεράσματα συνολικά για όλα τα παιδιά του δείγματος, αλλά και μεμονωμένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πρόβλεψη για συγκεκριμένη εξέλιξη για ένα μεμονωμένο παιδί είναι αδύνατη, αλλά η επίγνωση της πρόκλησης που ένα παιδί αντιμετωπίζει, βασισμένη στο παρελθόν του, είναι από τα πιο σημαντικά θέματα. Υπάρχει η γνώση ότι κάποιες ιατρικές εξετάσεις (πχ. μικρή περίμετρος κεφαλής), καθυστερημένη σωματική ανάπτυξη (ύψος, βάρος), μεγάλης χρονικής περιόδου διαμονή σε ίδρυμα, αυξάνουν τις πιθανότητες για ακόμη μεγαλύτερες καθυστερήσεις και δυσκολίες στην ανάπτυξη, παρόλο που μπορεί να είναι ήπιας φύσης.⁽³⁹⁾

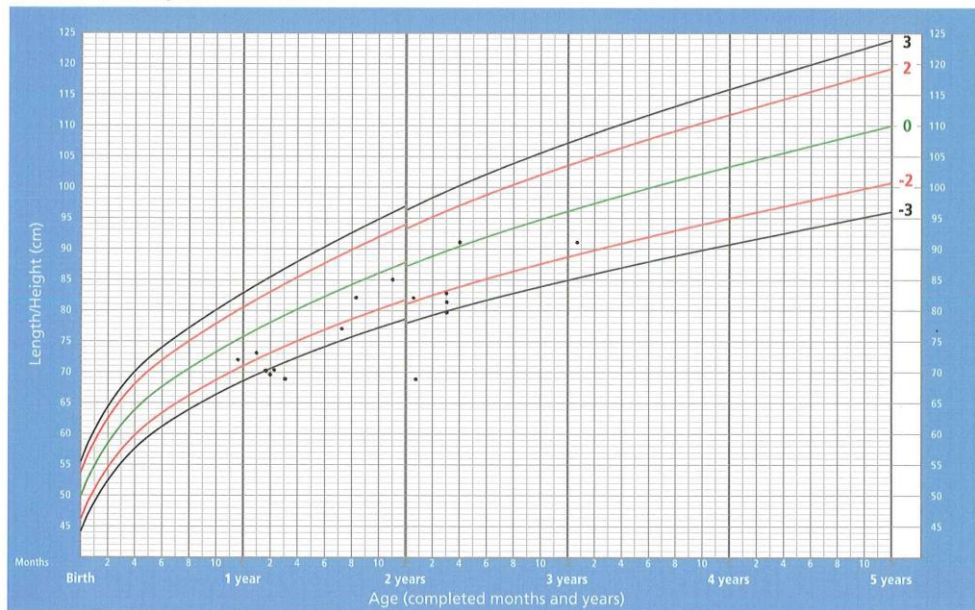
5.1.1 Αποτελέσματα σωματομετρικών

Για όλα τα παιδιά έχουν βρεθεί οι τιμές όσον αφορά το σύνολο τους αλλά επίσης έχουν χωριστεί ανάλογα με την ηλικία και το φύλο τους σε 4 ομάδες: μια ομάδα αγοριών 0-2 ετών, μια ομάδα αγοριών 2-4 ετών, μια ομάδα κοριτσιών 0-2 ετών και μια ομάδα κοριτσιών 2-4 ετών. Σε κάθε μια ομάδα έχει βρεθεί ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για κάθε μέτρηση.

Από τις μετρήσεις ύψους των παιδιών του δείγματος, προκύπτει επί του συνόλου μια απόκλιση από το φυσιολογικό εύρος ύψους για την εκάστοτε ηλικία προς τα κάτω, όπως φαίνεται στις Καμπύλες Ανάπτυξης στα παρακάτω Γραφήματα (Γράφημα 1 και 2). Παρατηρείται ότι τα παιδιά, στο σύνολό τους, είναι κάτω του φυσιολογικού ύψους. Οι διαφορές κυμαίνονται σε ποσοστά από 1% έως 22%, με μέση ποσοστιαία διαφορά ύψους μεταξύ πραγματικής και στατιστικά φυσιολογικής τιμής 8,5%.

Length/height-for-age BOYS

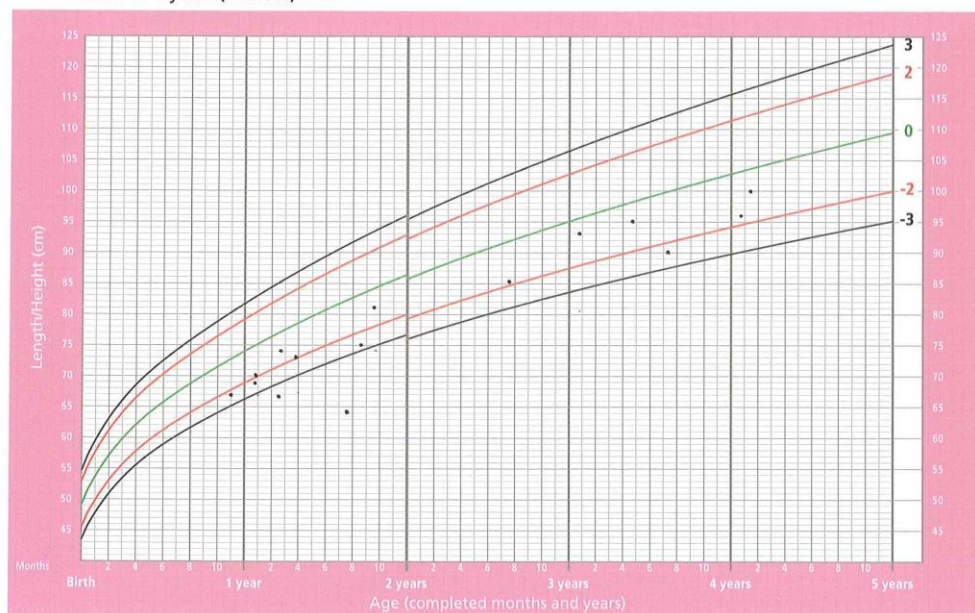
Birth to 5 years (z-scores)



Γράφημα 1 : Ύψους αγοριών Αναρρωτηρίου

Length/height-for-age GIRLS

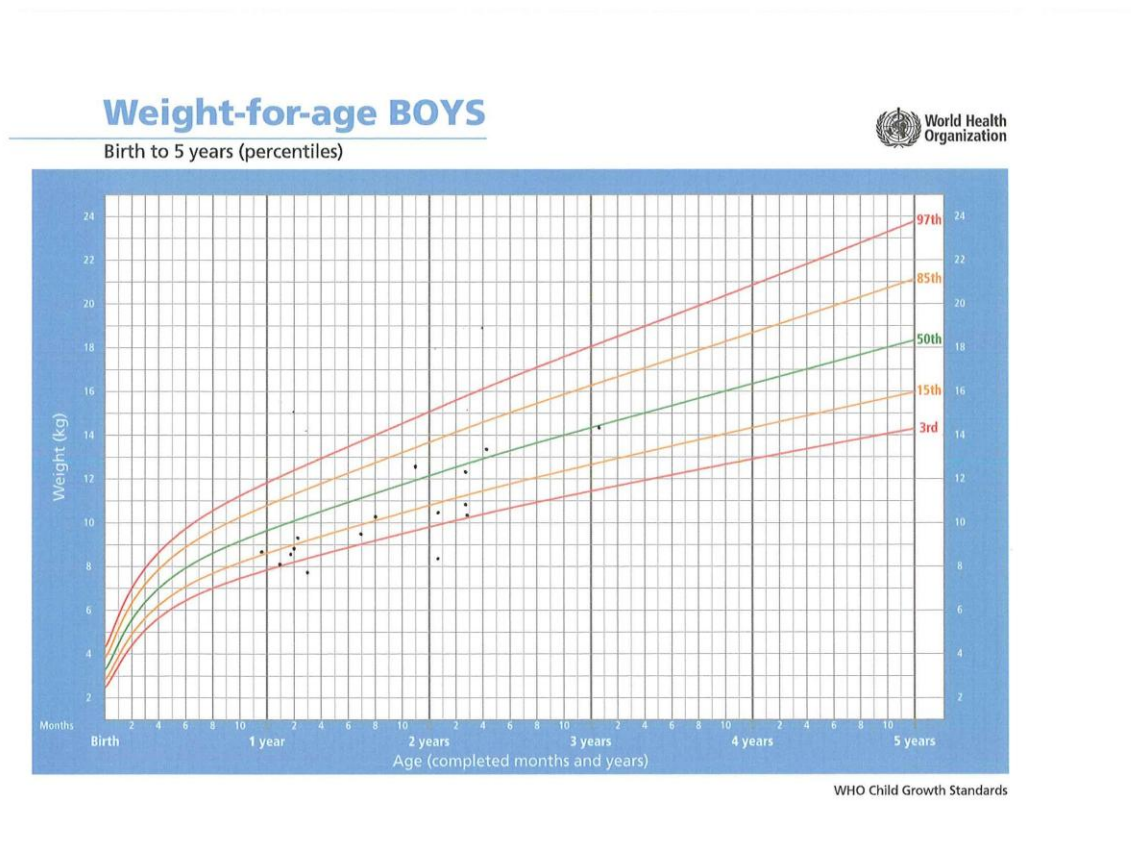
Birth to 5 years (z-scores)



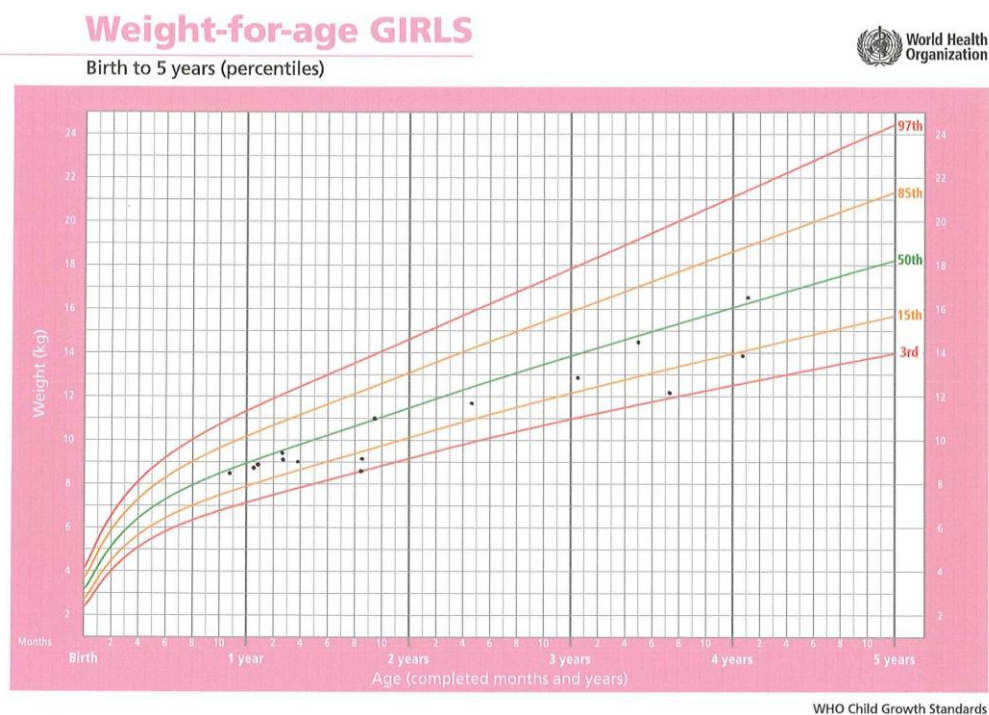
Γράφημα 2: Ύψος κοριτσιών Αναρρωτηρίου

Συγκεκριμένα, για τα αγόρια ηλικίας 0-2 ετών, η μέση τιμή ύψους είναι 74,68cm με τυπική απόκλιση 5,82cm, στην ομάδα αγοριών 2-4 ετών η μέση τιμή είναι 85,30cm και η τυπική απόκλιση 5,31cm, ενώ για τα κορίτσια 0-2 ετών η μέση τιμή είναι 71,56cm με τυπική απόκλιση 4,64, ενώ για τα κορίτσια 2-4 ετών η μέση τιμή είναι 92,75cm με τυπική απόκλιση 5,7cm.

Το βάρος των παιδιών του δείγματος ακολουθεί παρόμοια πορεία με εκείνη του ύψους και φαίνεται στα Γραφήματα 3 και 4. Τα παιδιά, στην πλειοψηφία τους, είναι κάτω των φυσιολογικών ορίων με εξαίρεση 2 παιδιά που είναι παραπάνω. Οι διαφορές κυμαίνονται σε ποσοστά από 0,3% έως 34%, σε απόλυτες τιμές, με μέση ποσοστιαία διαφορά ύψους μεταξύ πραγματικής και στατιστικά φυσιολογικής τιμής 9,4%.



Γράφημα 3: Βάρος αγοριών Αναρρωτηρίου



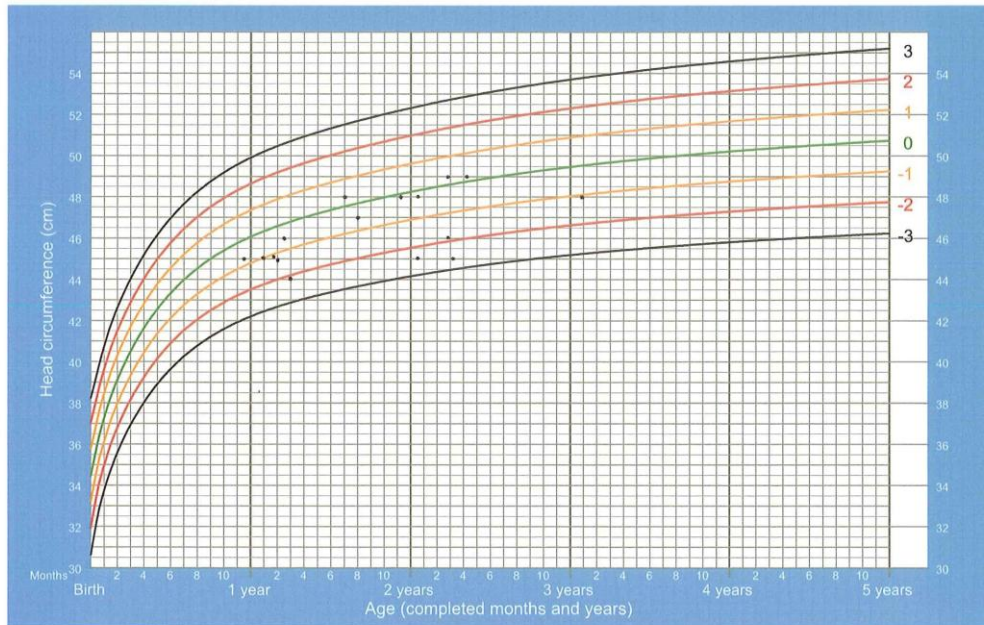
Γράφημα 4: Βάρος κοριτσιών Αναρρωτηρίου

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των μετρήσεων του βάρους έχουν ως εξής: στα αγόρια 0-2 ετών η μέση τιμή είναι 9,273kg με τυπική απόκλιση 1,308kg, στα αγόρια 2-4 ετών η μέση τιμή είναι 12,246kg με τυπική απόκλιση 1.667kg, στα κορίτσια 0-2 ετών η μέση τιμή είναι 9,142kg με τυπική απόκλιση 0,751kg και τέλος η ομάδα κοριτσιών ηλικίας 2-4 ετών έχουν μέση τιμή βάρους 13,583kg με τυπική απόκλιση 1,742kg.

Στη μέτρηση της περιμέτρου της κεφαλής η εικόνα είναι ελαφρώς διαφορετική. Ο αριθμός των παιδιών του δείγματος που βρίσκεται κάτω από τις φυσιολογικό εύρος τιμών των καμπυλών του Υπουργείου Υγείας, είναι κι εδώ η πλειοψηφία, αλλά υπάρχουν και 5 περιπτώσεις παιδιών όπου η μέτρηση τους είναι φυσιολογική και άνω, σε ποσοστό 0% έως 2,6% (Γραφήματα 5 και 6). Επίσης, το ποσοστό στο οποίο κυμαίνεται η αρνητική διαφορά είναι σαφώς μικρότερο, δηλαδή 2,3% έως 9,6% και ο μέσος όρος σε απόλυτες τιμές είναι 3,3%.

Head circumference-for-age BOYS

Birth to 5 years (z-scores)



Γράφημα 5: Περιμέτρος κεφαλής αγοριών Αναρρωτηρίου

Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



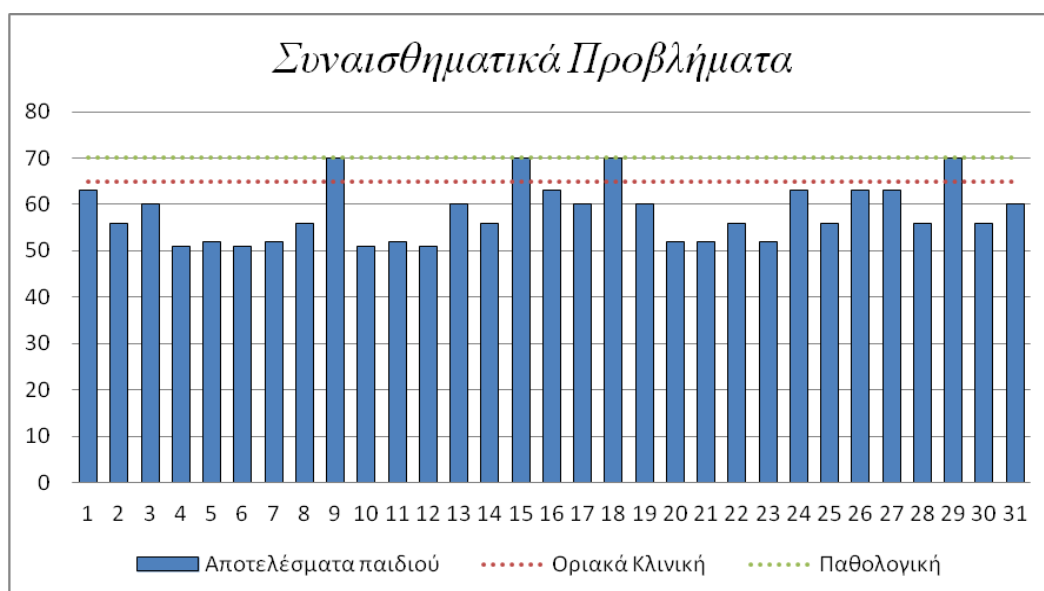
Γράφημα 6: Περιμέτρος κεφαλής κοριτσιών Αναρρωτηρίου

Η μέση τιμή για την περίμετρο κεφαλής της ομάδας αγοριών ηλικίας 0-2 ετών είναι 45,91cm με τυπική απόκλιση 1,5cm, της ομάδας αγοριών ηλικίας 2-4 ετών είναι 47,40cm με τυπική απόκλιση 1,82cm. Στα κορίτσια ηλικίας 0-2 ετών, η περίμετρος κεφαλής είναι 45,11cm με τυπική απόκλιση 1,14cm και τέλος στην ομάδα κοριτσιών, ηλικίας 2-4 ετών, η περίμετρος κεφαλής είναι 48,00cm με τυπική απόκλιση 2,00cm.

5.2.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίων

Στην παρούσα ενότητα γίνεται μια απεικόνιση σε μορφή ιστογραμμάτων των συγκεντρωτικών αποτελεσμάτων από τα ερωτηματολόγια για την ψυχοκινητική ανάπτυξη των παιδιών. Κάθε θεματική ενότητα, όπως περιγράφηκε στο Κεφάλαιο της Μεθοδολογίας της παρούσας εργασίας, εξετάζεται ξεχωριστά ως προς την απόσταση των αποτελεσμάτων για κάθε παιδί από την οριακά κλινική και την παθολογική κατάσταση.

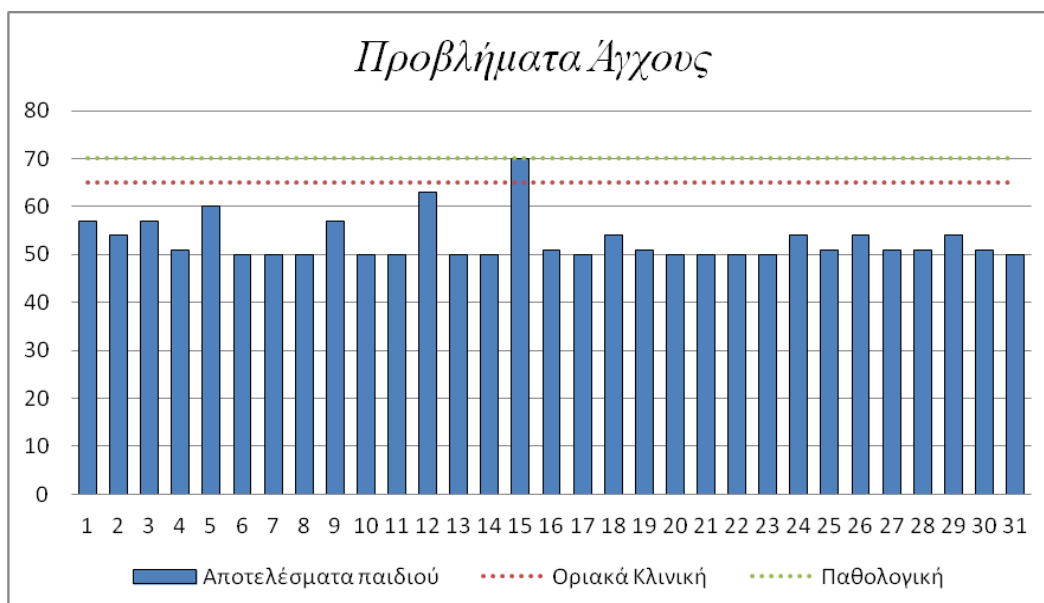
Στο Γράφημα 7 παρουσιάζονται τα αθροιστικά αποτελέσματα των ερωτηματολογίων για την θεματική ενότητα «Συναισθηματικά Προβλήματα». Σύμφωνα με τη μεθοδολογία για την συγκεκριμένη θεματική ενότητα, η Οριακά Κλινική τιμή ορίζεται στο 65, ενώ η Παθολογική ορίζεται στο 70. Παρατηρείται ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των παιδιών του δείγματος βρίσκεται εντός φυσιολογικών ορίων, ενώ ένας μικρός αριθμός ξεπερνά την οριακά κλινική κατάσταση και κανένα παιδί δεν ξεπερνά την παθολογική.



Γράφημα 7: Συναισθηματικά προβλήματα

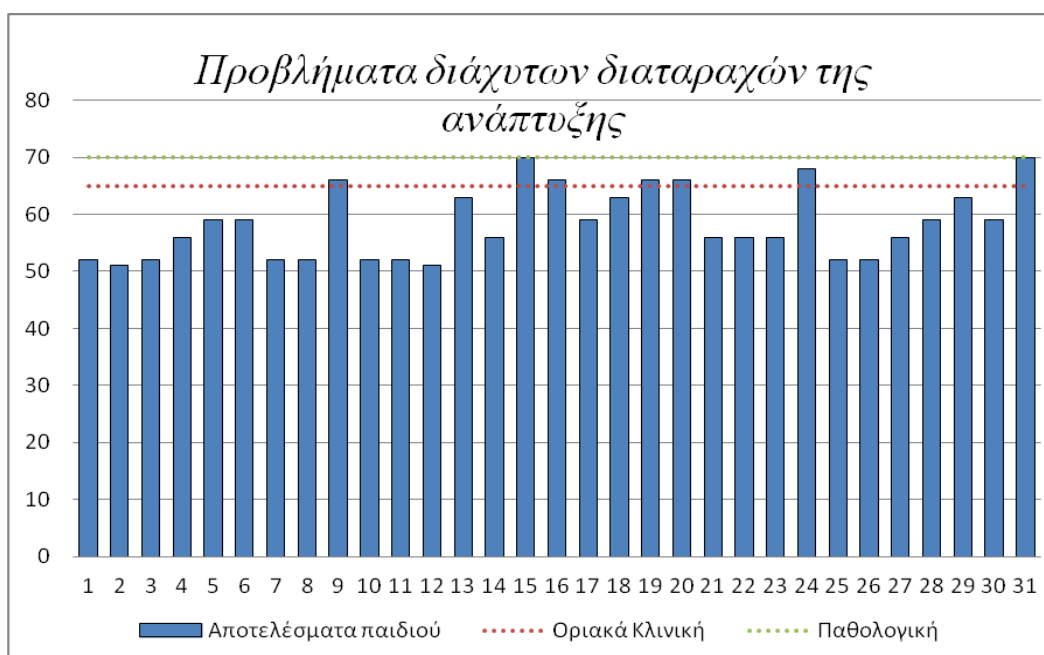
Στο Γράφημα 8 απεικονίζονται τα «Προβλήματα Άγχους» και σύμφωνα με τη μεθοδολογία για την συγκεκριμένη θεματική ενότητα, η Οριακά Κλινική τιμή ορίζεται στο 65, ενώ η Παθολογική ορίζεται στο 70. Παρατηρείται ότι όλα τα παιδιά του δείγματος πλην

ενός, βρίσκονται εντός φυσιολογικών ορίων με αρκετά μεγάλες αποκλίσεις και ένα παιδί ξεπερνά την οριακά κλινική.



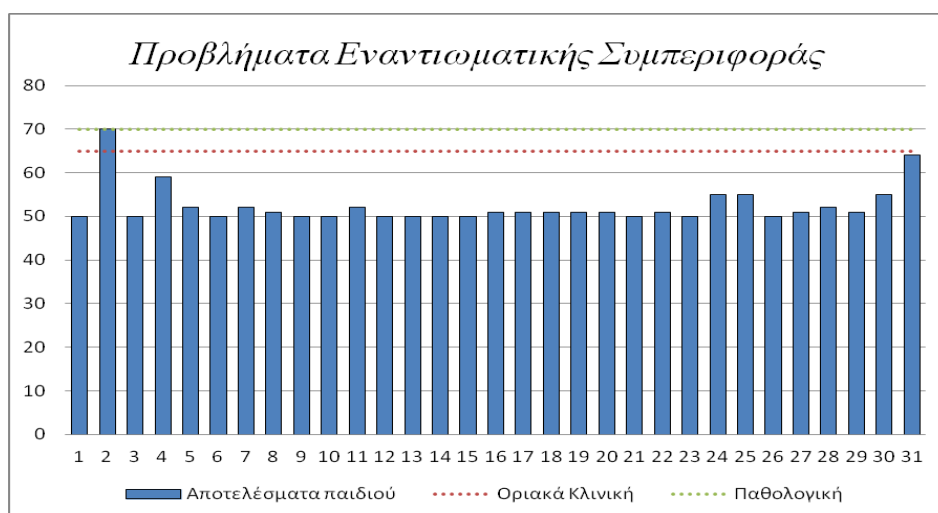
Γράφημα 8: Προβλήματα άγχους

Στο Γράφημα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων για την ενότητα «Προβλήματα Διάχυτων Διαταραχών της Ανάπτυξης» όπου η Οριακά Κλινική τιμή ορίζεται στο 65, ενώ η Παθολογική ορίζεται στο 70. Εδώ τα παιδιά που βρίσκονται στην οριακά κλινική κατάσταση είναι 7 ενώ κανένα παιδί δεν έχει φτάσει σε παθολογική κατάσταση.



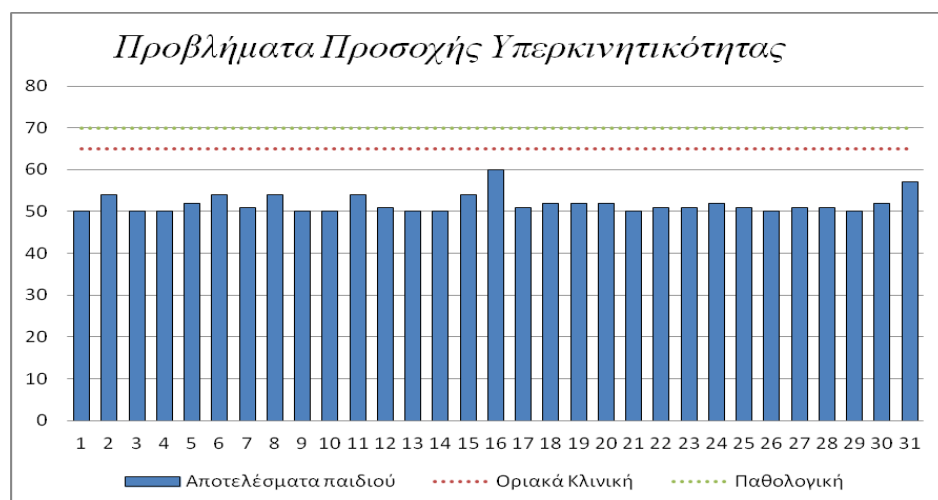
Γράφημα 9: Προβλήματα διάχυτων διαταραχών της ανάπτυξης

Το Γράφημα 10 δείχνει τα «Προβλήματα Εναντιωματικής Συμπεριφοράς» και σύμφωνα με τη μεθοδολογία για την συγκεκριμένη θεματική ενότητα, η Οριακά Κλινική τιμή ορίζεται στο 65, ενώ η Παθολογική ορίζεται στο 70. Σε αυτή την ενότητα δεν παρουσιάζονται μεγάλες αποκλίσεις στα φυσιολογικά αποτελέσματα στα οποία κατατάσσονται όλα τα παιδιά πλην ενός που ξεπερνά το όριο του φυσιολογικού και βρίσκεται στην οριακά κλινική κατάσταση.



Γράφημα 10: Προβλήματα εναντιωματικής συμπεριφοράς

Τέλος, στην ενότητα «Προβλήματα Προσοχής Υπερκινητικότητας» που απεικονίζεται στο Γράφημα 11, το σύνολο των παιδιών βρίσκεται εντός των φυσιολογικών τιμών που ορίζονται με σκορ 65 για την Οριακά κλινική κατάσταση και 70 για την Παθολογική. Δεν παρατηρείται καμία παρέκκλιση των παιδιών του δείγματος ούτε προς την οριακά κλινική, ούτε προς την παθολογική κατάσταση και η συνολική εικόνα των παιδιών δείχνει να είναι και προς τις χαμηλές τιμές του φυσιολογικού φάσματος.



Γράφημα 11: Προβλήματα προσοχής υπερκινητικότητας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. 1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η γνωστική ανάπτυξη του παιδιού είναι μια πολύπλευρη διαδικασία που χρειάζεται ένα περιβάλλον πλούσιο σε ερεθίσματα για να την υποστηρίξει. Επιπρόσθετα τόσο η συναισθηματική όσο και η κοινωνική του ανάπτυξη επηρεάζονται άμεσα και αναντίρρητα από το οικογενειακό περιβάλλον και την ασφάλεια που παρέχεται στο παιδί. Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί φανερώνουν τη σημαντική πρόοδο και ανάκαμψη των παιδιών που ζουν σε μια θετή οικογένεια και απομακρύνονται από το στερητικό περιβάλλον ενός ιδρύματος. Πέρα όμως από την ιδρυματοποίηση, τα ίδια αποτελέσματα λαμβάνουν χώρα σε παιδιά που μεγάλωσαν σε ένα περιβάλλον που είτε τα κακοποιούσε είτε τα παραμελούσε. Η θετή οικογένεια προσφέρει ένα νέο περιβάλλον που μπορεί να παρέχει στο παιδί τόσο τη σταθερότητα που του χρειάζεται όσο και νέες γνωστικές εμπειρίες και συμβάλλει καταλυτικά στην ολόπλευρη ανάπτυξή του αλλά και στην προσαρμογή του στην κοινωνία. Το περιβάλλον, στο οποίο ζουν και μεγαλώνουν τα παιδιά πριν από μια υιοθεσία, μπορεί να επιφέρει καταστροφικές συνέπειες και οι εμπειρίες που έχει βιώσει το παιδί να οδηγήσουν σε ακραίες περιπτώσεις ακόμα και σε νοητική υστέρηση. Η αλλαγή του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος ωφελεί σε σημαντικό βαθμό τα παιδιά που απομακρύνθηκαν από το ίδρυμα και υιοθετήθηκαν και ανατράφηκαν από τη νέα τους οικογένεια.⁽⁴³⁾

Η μετα-ανάλυση του van Ijzendoorn (2006), πάνω στην οποία βασίζονται και τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, έδειξε:

Σωματική Ανάπτυξη: Τα παιδιά που έχουν μείνει τουλάχιστον δύο χρόνια σε ίδρυμα, έχουν μειωμένη ανάπτυξη (ύψος, βάρος και περίμετρο κεφαλής) συγκριτικά με τους συνομήλικούς τους που μεγαλώνουν σε οικογένεια. Τη διαφορά αυτή την καλύπτουν αφού υιοθετηθούν (μέσα σε χρονική διάρκεια περίπου 2 ετών), στοιχείο που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο μεγαλύτερη είναι η χρονική διάρκεια παραμονής σε ίδρυμα, τόσο μεγαλύτερη θα είναι ή θα παραμένει η διαφορά στα σωματομετρικά χαρακτηριστικά. Στην παρούσα μελέτη αυτό το συμπέρασμα παρατηρείται στην πλειοψηφία του δείγματος και αφορά στις τρεις παραμέτρους. Πιο συγκεκριμένα, στο ύψος παρατηρείται ότι τα παιδιά στο σύνολό τους είναι κάτω του φυσιολογικού εύρους ύψους, με τις διαφορές να κυμαίνονται σε ποσοστά 1% - 22%. Όσον αφορά στο βάρος, η πορεία που ακολουθείται είναι παρόμοια με του ύψους, δηλαδή στην πλειοψηφία τους έχουν μειωμένη τιμή σε σχέση με το φυσιολογικό

εύρους βάρους, με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 0,3% - 34%. Τέλος, στην περίμετρο κεφαλής, η διαφορά υπάρχει αλλά είναι λιγότερο εμφανής. Στην πλειοψηφία τους, το ποσοστό των παιδιών κυμαίνεται κάτω από το φυσιολογικό εύρος τιμών των καμπυλών του Υπουργείου Υγείας, αλλά υπάρχει κι ένα ποσοστό 0% - 2,6% που η μέτρησή τους είναι φυσιολογική και άνω. Έτσι, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη συνδυάζεται με την παραμονή στο Αναρρωτήριο Πεντέλης και αποδίδεται στο φαινόμενο της ιδρυματοποίησης. Ένας από τους πιθανούς λόγους που συμβαίνει αυτό είναι η κοινόβια ζωή των παιδιών, επί μονίμου βάσεως, με κοινόχρηστους χώρους, αντικείμενα και ρούχα. Ως εκ τούτου, στις μικρές αυτές ηλικίες που τα παιδιά πάνε παιδικό σταθμό ή νηπιαγωγείο, η μετάδοση ιώσεων είναι πολύ συχνή και αυτό μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξή τους.

Δεσμοί Προσκόλλησης: Στους δεσμούς προσκόλλησης οι μελέτες αναφέρουν ότι τα παιδιά που μεγάλωσαν σε ίδρυμα εμφανίζουν αποδιοργανωμένη προσκόλληση ακόμα και μετά από διαμονή 2 χρόνων σε θετή οικογένεια. Παρότι οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τον δεσμό προσκόλλησης κατά τη διάρκεια διαμονής σε ίδρυμα αλλά και αφού έχουν υιοθετηθεί τα παιδιά, είναι μόνο δύο, μπορούμε να βγάλουμε το εξής συμπέρασμα: τα παιδιά που έχουν υιοθετηθεί παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά αποδιοργανωμένου δεσμού προσκόλλησης από τα παιδιά που συνεχίζουν και μένουν στο ίδρυμα, και διπλά ποσοστά ασφαλούς δεσμού. Η παρούσα μελέτη δε μελετά παιδιά που έχουν δοθεί για υιοθεσία, αλλά παιδιά που διαμένουν στο Αναρρωτήριο έως την χρονική στιγμή της πραγματοποίησης των μετρήσεων.

Συναισθηματικά προβλήματα και Άγχος: Τα υιοθετημένα παιδιά, αντίθετα με ότι πιστεύει ο περισσότερος κόσμος, δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την αυτοεκτίμηση τους και σε ορισμένες περιπτώσεις βρίσκονται να είναι σε καλύτερα επίπεδα κι από τα παιδιά που μεγαλώνουν με τη βιολογική τους οικογένεια. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των συναισθηματικών προβλημάτων των παιδιών του δείγματος, όπως φαίνεται και από το Γράφημα 4. Το 3,12% έως το 18,75% των παιδιών παρουσιάζουν οριακά κλινικές τιμές όσον αφορά τις διαταραχές ύπνου, τη γενικότερη μελαγχολία, τις φοβίες και τη γενικευμένη έλλειψη ενδιαφέροντος που θεωρούνται συναισθηματικά προβλήματα.

Προβλήματα Συμπεριφοράς: Εμφανίζονται περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα εξωτερίκευσης και προβλήματα εσωτερίκευσης στα παιδιά με θετούς γονείς αλλά το μέγεθος της επίδρασης είναι μικρό. Στη μελέτη των φιλοξενούμενων παιδιών του Αναρρωτηρίου Πεντέλης, τα προβλήματα συμπεριφοράς ήταν της τάξης του 0% έως 3,12%

με αποτέλεσμα να μην μπορεί να συσχετισθούν με το παραπάνω συμπέρασμα. Παρόμοια θέση παρουσιάζεται στη μελέτη της Tizard, η οποία αναφέρει ότι παρότι τα παιδιά, τα οποία προέρχονταν από ιδρύματα, παρουσίαζαν κάποιες συγκεκριμένες δυσκολίες συμπεριφοράς και σχέσεων στο σχολείο, κατά τα άλλα δεν εμφάνισαν άλλες δυσκολίες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά.³⁹

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να συσχετίσει τη φιλοξενία παιδιών σε ίδρυμα με μειωμένα σωματομετρικά χαρακτηριστικά και χαμηλότερη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη. Οι μετρήσεις του ύψους, βάρους και περιμέτρου κεφαλής, που αποτελούν τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά, είναι εκείνες που δείχνουν τις διαφορές προς τα κάτω σε σχέση με τις φυσιολογικές τιμές και αυτό έρχεται σε συμφωνία με τις περισσότερες μελέτες για την επίδραση της ιδρυματοποίησης στην σωματική ανάπτυξη των φιλοξενούμενων παιδιών. Εν αντιθέσει, η συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών βρίσκεται σε φυσιολογική πορεία χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα παιδιά δε θα παρουσιάσουν αργότερα κενά δέσμευσης και συναισθηματικής ωρίμανσης. Εάν προχωρήσουν οι διαδικασίες αναδοχής και υιοθεσίας, όπως προβλέπεται και αναμένεται, και τα παιδιά αυτά απομακρυνθούν από το περιβάλλον του ιδρύματος και τοποθετηθούν σε ασφαλές περιβάλλον οικογενειακής θαλπωρής, θα έχουν περισσότερες ελπίδες για πλήρη συναισθηματική, γνωστική αλλά και σωματική ανάπτυξη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Save The Children Fund, 2009, Keeping children out of harmful institutions, www.savethechildren.org.uk
2. Ευρωπαϊκή Ομάδα Εμπειρογνομώνων για τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα σε επίπεδο τοπικής κοινότητας, Κοινές ευρωπαϊκές κατευθυντήριες γραμμές για τη μετάβαση από την ιδρυματική φροντίδα στη φροντίδα σε επίπεδο τοπικής κοινότητας, Νοέμβριος 2012, www.deinstitutionalisationguide.eu
3. Orphans – Early literature on institutionalization, 2011, <http://family.jrank.org/pages/1232/Orphans-Early-Literature-on-Institutionalization.html>
4. Α. Μανιδάκη, Η περίθαλψη των έκθετων βρεφών στον ευρύτερο ελληνικό χώρο τον 19ο Αιώνα, Μεταπτυχιακή εργασία, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2012.
5. Γ.Ο. Σαραφίδου, Τυπολογία της κοινωνικής συμπεριφοράς παιδιών που ζουν σε ιδρύματα: Ανάλυση αντιστοιχιών σε δεδομένα παρατήρησης χρονικής δειγματοληψίας, Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 2000.
6. Κέντρο Ερευνών Ρίζες, Ευρωπαϊκά Προγράμματα, Ημερίδες και Εκπαιδευτικά Σεμινάρια, 2013, <http://www.roots-research-center.gr/index.php?display=activities>
7. Συνήγορος του Πολίτη, Έκθεση προς την επιτροπή δικαιωμάτων του παιδιού του ΟΗΕ: Διαπιστώσεις και προτάσεις της ανεξάρτητης αρχής για την εφαρμογή των δικαιωμάτων του παιδιού στην Ελλάδα (Ιούλιος 2003 – Δεκέμβριος 2011), Απρίλιος 2012, <http://www.synigoros.gr/resources/docs/ek8esh-pros-thn-epitroph-dikaiwmatwn-toy-paidioy-toy-ohe.pdf>
8. Λέτσιου Βασιλική και 9ο ΓΕΛ Περιστερίου, Χωρίς Οικογένεια, Ερευνητική Εργασία, 2013.
9. P. Vorria et al., Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.44, 2003, pp.1-13.
10. Χ. Μπάμπαλου, Βρέφη και παιδιά σε ιδρύματα: επιπτώσεις στη σωματική, γνωστική και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη, 2012, <http://www.e-psychology.gr/children-teens-family/1001-vrefi-kai-paidia-se-idrumata-epiptoseis-sti-somatiki-gnostiki-kai-koinonikosynaisthimatiki-anaptuxi>

11. M. Dozier, C. H. Zeanah, A. R. Wallin & C. Shaffer, Institutional Care for Young Children: Review of Literature and Policy Implications, *The Society for the Psychological Study of Social Issues*, vol.6, no.1, 2012, pp. 1-25.
12. C.H Zeanah et al., Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project, *Development and Psychopathology*, vol.15, 2003, pp.885-907.
13. Χ. Μπάμπαλου, Η ιστορία ίδρυσης των «σπιτιών» για παιδιά: η εικόνα του χθες και του σήμερα, 2012, <http://www.e-psychology.gr/children-teens-family/1000-i-istoria-idrusis-spition-gia-paidia-i-eikona-tou-xthes-kai-tou-simera>
14. Α. Σ. Αλεξιάδου, Ο συναισθηματικός δεσμός βρέφους με το πρόσωπο φροντίδας και οι συνέπειες αυτού στη μετέπειτα εξέλιξη των παιδιών, *Παιδαγωγικός Λόγος*, τεύχος 1, 2012, σελ. 131-140.
15. L. van den Dries, F. Juffer, M. H. van IJzendoorn & M. J. Bakermans-Kranenburg, Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children, *Children and Youth Services Review*, vol.31, 2009, pp.410-421.
16. M.Brunwasser, Unlikely allies in Bulgaria reveal fatal mental health neglect, *New York Times*, 2010,<http://www.nytimes.com/2010/10/06/world/europe/06bulgaria.html?pagewanted=2&sq=Bulgaria&st=cse&scp=2&r=0>
17. P. S. Pinheiro, World report on violence against children, *United Nation Secretary – General Study on Violence Against Children*, 2006.
18. M. J. Bakermans-Kranenburg et al, Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch up, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol.76, no.4, 2011, pp.62-91.
19. Ε. Παπαλεοντιου – Λουκά, «Δεσμός προσκόλλησης», εμπιστοσύνη και οι επιδράσεις του στην ανάπτυξη της προσωπικότητας, *12^ο Συνέδριο Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου*, σελ.519-529.
20. Wikipedia, *Attachment measures*, 24 April 2015, http://en.wikipedia.org/wiki/Attachment_measures
21. Wikipedia, *Attachment in children*, 7 May 2015, http://en.wikipedia.org/wiki/Attachment_in_children
22. Χ. Κουλιούση & Π. Γιαγκάζογλου, Παράγοντες του οικογενειακού, κοινωνικού και εκπαιδευτικού περιβάλλοντος που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχοκινητική ανάπτυξη του

- παιδιού, *Πρακτικά 5^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Θεραπευτικής Γυμναστικής & 4^{ης} Ημερίδας Ειδικής Φυσικής Αγωγής*, 2012, σελ. 20-24.
23. Π. Γιαγκάζογλου, Χ. Κουλιούση & Μ. Σιδηροπούλου, Η επίδραση του ιδρυματισμού στην ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού, *Πρακτικά 5^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Θεραπευτικής Γυμναστικής & 4^{ης} Ημερίδας Ειδικής Φυσικής Αγωγής*, 2012, σελ. 25-27.
 24. P. Giagazoglou, C. Kouliousi, M. Sidiropoulou & A. Fahantidou, The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children, *Research in Development Disabilities*, vol.33, 2012, pp.964-970.
 25. A. R. Tarullo & M. R. Gunnar, Institutional rearing and deficits in social relatedness: possible mechanisms and processes, *Cognition, Creier, Comportament*, vol.IX, no.3, 2005, pp.329-342.
 26. Ι. Γιαννοπούλου, Νευροβιολογικές εγγραφές του ψυχικού τραύματος κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, *Ψυχιατρική*, τεύχος 23, 2012, σελ.27-38.
 27. Α. Ζακυνθινάκη, Θεωρία δεσμού – διαταραχή δεσμού, 2010, http://www.child-psychiatry.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=63:2011-02-28-13-04-59&catid=25:2010-11-09-12-21-53&Itemid=53
 28. M. H. van IJzendoorn & F. Juffer, The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.47, no.12, 2006, pp.1228-1245.
 29. C. H. Zeanah, A. T. Smyke, S. F. Koga & E. Carlson, Attachment in institutionalized and community children in Romania, *Child Development*, vol.76, no.5, 2005, pp.1015-1028.
 30. Κ. Μ. Κακλιά, Η φυσιολογική ανάπτυξη οδηγός για την αξιολόγηση της ψυχοκινητικής ανάπτυξης σε νεογνά, βρέφη και παιδιά, Πτυχιακή εργασία, Τμήμα φυσικοθεραπείας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2009.
 31. L. Le Mare & K. Audet, A longitudinal study of the physical growth and health of postinstitutionalized Romanian adoptees, *Pediatrics and Child Health*, vol.11, no.2, 2006, pp.85-91.
 32. N. Vaida, Nutritional status of children living in orphanages in district Budgam, J&K, *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, vol.2, no.2, 2013, pp.36-41.
 33. L. Elford & A. Brown, Exploring child-feeding style in childcare settings: How may nursery practitioners affect child eating style and weight?, *Eating Behaviors*, vol.15, 2004, pp.314-317.

34. L. Nalven, The impact of early orphanage live on development, <http://www.valleyhealth.com/Adoption.aspx?id=178>
35. P. Pervanidou, Biology of post-traumatic stress disorder in childhood and adolescence, *Journal of Neuroendocrinology*, vol.20, 2008, pp.632-638.
36. P. Pervanidou & G. P. Chrousos, Neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder, *Progress in Brain Research*, vol.182, 2010, pp.149-160.
37. P. Pervanidou & G. P. Chrousos, Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence, *Metabolism Clinical and Experimental*, vol.61, 2012, pp.611-619.
38. Π. Βορριά & Μ. Ντούμα, Είναι η υιοθεσία επιτυχής παρέμβαση για τη βελτίωση της νοημοσύνης και της σχολικής επίδοσης;, Σύντομη ανασκόπηση, *Ι΄ Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ*, τόμος Ι, Νο.10, 2013, σελ.276-295.
39. B. Tizard, Adoption: A second chance, Digest by R. Shaw, 2010, <http://www.childrenwebmag.com/articles/key-child-care-texts/adoption-a-second-chance-by-barbara-tizard>
40. Μ. Μάνδουλα και συν., Το γενετικό και κοινωνικό περιβάλλον ως παράγοντας διαμόρφωσης της προσωπικότητας: από τους κλασσικούς συγγραφείς έως σήμερα, *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, τόμος 8, τεύχος 1, 2011, σελ.56-67.
41. Β. Ζήση, Η ποιότητα στην κατάκτηση των κινητικών δεξιοτήτων σε παιδιά με νοητική υστέρηση, Πτυχιακή εργασία, Τμήμα φυσικοθεραπείας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2008.
42. Μ. Λαγουδάκης, Ιστορική εξέλιξη της ψυχοκινητικής αγωγής στην Ελλάδα μέσα από τα αναλυτικά προγράμματα του 1962, του 1980 και του 1989, <http://edunea.gr/~villasin/neoedunea/2011-01-31-09-58-36/2239-----sp-1211430537.html>
43. M. A. El Koumi et al., Psychiatric morbidity among a sample of orphanage children in Cairo, *International Journal of Pediatrics*, vol.2012, 2012, pp.1-7.
44. North American Council on Adoptable Children, Research on Institutional Care of Vulnerable Children, 2005, <http://www.crin.org/docs/US%20Institutional%20Care%20Research%20Studies%20NACAC.pdf>
45. Δ. Μιμαράκης & Κ. Μπίσκου, Ο θεσμός της υιοθεσίας στη Σουηδία. Απόψεις και εμπειρίες επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών, Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης, 2008.

46. UNICEF, At home or in a home? Formal care and adoption of children in Eastern Europe and Central Asia, 2010, http://www.unicef.org/ceecis/At_home_or_in_a_home_report.pdf
47. Χ. Μπάμπαλου, Προτεινόμενες παρεμβάσεις για ιδρυματικές δομές και θεσμούς υιοθεσίας και αναδοχής, 2012, <http://www.e-psychology.gr/children-teens-family/1002-proteinomenes-paremvaseis-gia-idrymatikes-domes-kai-thesmous-uiiothesias-kai-anadoxis>
48. C. Dontas, O. Maratos, M. Fafoutis & A. Karangelis, Early social development in institutionally reared Greek infants: Attachment and peer interaction, in “Growing Points of Attachment Theory and Research”, 1985, pp. 136-146.
49. Μ. Θανοπούλου, Η υιοθεσία στην Ελλάδα, 2013, <http://www.news.gr/gynaika/paidi-oikogeneia/article/44633/h-yiothesia-sthn-ellada.html>
50. The Hague Conference on Private International Law, Convention on Protection of Children and Co-operation in Respect of Intercountry Adoption, 1993, <http://www.hcch.net/upload/conventions/txt33en.pdf>
51. L. Miller, W. Chan, K. Comfort & L. Tirella, Health of children adopted from Guatemala: Comparison of orphanage and foster care, *Pediatrics*, vol.115, no.6, 2005, pp.e710-e717.
52. S. Chou & K. Browne, The relationship between institutional care and the international adoption of children in Europe, *Adoption & Fostering*, vol.32, no.1, 2008, pp.40-48.
53. Achenbach, T.M. (2002), Διαπολιτισμική Εφαρμογή του συστήματος Achenbach για εμπειρικά βασισμένη αξιολόγηση (μτφ. Ε. Μπάρλου)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1



ΛΙΣΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ (ΛΕΠΣ) ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΕΣ 1½-5 ΕΤΩΝ

Κωδικός

ΙΑΤΡΕΣ
ΟΝΟΜΑ
ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνομα

Πατρώνυμο

Επώνυμο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε, απαντήστε με ακρίβεια – για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, οικιακός)

ΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Ή ΘΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

☐ Αγόρι ☐ Κορίτσι

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΠΑΤΕΡΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
ΜΗΤΕΡΑΣ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Ημέρα Μήνας Έτος Ημέρα Μήνας Έτος

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (γράψτε το πλήρες όνομά σας)

Παρακαλούμε να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο με τέτοιο τρόπο ώστε να αντικατοπτρίζει την άποψή σας για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και αν άλλοι άνθρωποι ίσως διαφωνούν. Αν πιστεύετε ότι θέλετε να σημειώσετε κάποιες επιπρόσθετες πληροφορίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στις ερωτήσεις, έχετε τη δυνατότητα να γράψετε κάποια σχόλια στον ειδικό χώρο που υπάρχει στο τέλος του ερωτηματολογίου. Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Η σχέση σας με το παιδί:

☐ Μητέρα ☐ Πατέρας ☐ Άλλος:

Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις οι οποίες περιγράφουν συμπεριφορές παιδιών. Για κάθε ερώτηση που περιγράφει το παιδί τώρα ή μέσα στους προηγούμενους 2 μήνες, παρακαλούμε να κυκλώσετε το 2 αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί πάρα πολύ ή πολύ συχνά. Κυκλώστε το 1 αν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί κάπως ή μερικές φορές. Αν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει καθόλου, κυκλώστε το 0. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις όσο καλύτερα μπορείτε, ακόμη και αν κάποιες δεν φαίνονται να ταιριάζουν απόλυτα στο παιδί.

0=Δεν ταιριάζει καθόλου (αν' όσο ξέρετε) 1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές 2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

- | | | | |
|-------|--|-------|--|
| 0 1 2 | 1. Έχει ενοχλήσεις ή πόνους (χωρίς κάποια ιατρική αιτία: μη συμπεριλάβετε πόνους στο στομάχι ή πονοκεφάλους) | 0 1 2 | 28. Δεν θέλει να βγαίνει έξω από το σπίτι |
| 0 1 2 | 2. Συμπεριφέρεται σαν πιο μικρός/-ή από την ηλικία του/της | 0 1 2 | 29. Απογοητεύεται εύκολα όταν δεν πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του/της |
| 0 1 2 | 3. Φοβάται να δοκιμάζει καινούρια πράγματα | 0 1 2 | 30. Ζηλεύει εύκολα |
| 0 1 2 | 4. Αποφεύγει να κοιτάζει τους άλλους στα μάτια | 0 1 2 | 31. Τρώει ή πίνει πράγματα που δεν είναι φαγώσιμα – μη συμπεριλάβετε γλυκά (περιγράψτε) |
| 0 1 2 | 5. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν προσηλώνει την προσοχή του/της για πολλή ώρα | 0 1 2 | 32. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη (περιγράψτε) |
| 0 1 2 | 6. Δεν μπορεί να καθίσει σε ένα μέρος, είναι ανήσυχος/-η ή υπερκινητικός/-ή | 0 1 2 | 33. Πληγώνεται συναισθηματικά πολύ εύκολα |
| 0 1 2 | 7. Δεν αντέχει να μην είναι τα πράγματά του/της στη θέση τους | 0 1 2 | 34. Χτυπάει συχνά, είναι επιρρεπής σε ατυχήματα |
| 0 1 2 | 8. Δεν αντέχει να περιμένει, τα θέλει όλα τώρα | 0 1 2 | 35. Μιλάει σε πολλούς καθγάδες |
| 0 1 2 | 9. Μασάει πράγματα τα οποία δεν είναι φαγώσιμα | 0 1 2 | 36. Ανακατεύεται σε όλα |
| 0 1 2 | 10. Είναι προσκολλημένος/-η στους ενήλικους ή υπερβολικά εξαρτημένος/-ή | 0 1 2 | 37. Αναστατώνεται υπερβολικά όταν αποχωρίζεται τους γονείς του/της |
| 0 1 2 | 11. Ζητά διαρκώς βοήθεια | 0 1 2 | 38. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί |
| 0 1 2 | 12. Είναι δυσκολίσκος/-α | 0 1 2 | 39. Έχει πονοκεφάλους (χωρίς ιατρικά αίτια) |
| 0 1 2 | 13. Κλαίει πολύ | 0 1 2 | 40. Χτυπάει τους άλλους |
| 0 1 2 | 14. Συμπεριφέρεται με σκληρότητα στα ζώα | 0 1 2 | 41. Κρατά την αναπνοή του/της |
| 0 1 2 | 15. Είναι προκλητικός/-ή | 0 1 2 | 42. Πληγώνει ζώα ή ανθρώπους χωρίς να το θέλει |
| 0 1 2 | 16. Οι απαιτήσεις του/της πρέπει να ικανοποιούνται αμέσως | 0 1 2 | 43. Δείχνει δυστυχισμένος/-η χωρίς εμφανή αιτία |
| 0 1 2 | 17. Καταστρέφει τα πράγματά του/της | 0 1 2 | 44. Έχει άγριες διαθέσεις |
| 0 1 2 | 18. Καταστρέφει αντικείμενα που ανήκουν στην οικογένειά του/της ή σε άλλα παιδιά | 0 1 2 | 45. Νιώθει ναυτία ή τάση για εμετό (χωρίς ιατρικά αίτια) |
| 0 1 2 | 19. Έχει διάρροια ακόμη και όταν δεν είναι άρρωστος/-η | 0 1 2 | 46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (τικ) (περιγράψτε) |
| 0 1 2 | 20. Είναι ανυπάκουος/-η | 0 1 2 | 47. Είναι νευρικός/-ή, ευέξαπτος/-η ή σε υπερένταση |
| 0 1 2 | 21. Ενοχλείται από οτιδήποτε διαταράσσει την καθημερινότητά του/της | 0 1 2 | 48. Έχει επιθέσεις |
| 0 1 2 | 22. Δεν θέλει να κοιμάται μόνος του/της | 0 1 2 | 49. Τρώει υπερβολικά |
| 0 1 2 | 23. Δεν απαντά όταν οι άλλοι του/της μιλούν | 0 1 2 | 50. Μοιάζει υπερβολικά κουρασμένος/-η |
| 0 1 2 | 24. Δεν τρώει καλά (περιγράψτε) | 0 1 2 | 51. Πονοκοβάλεται χωρίς προφανή λόγο |
| 0 1 2 | 25. Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά | 0 1 2 | 52. Έχει κολικούς |
| 0 1 2 | 26. Δεν ξέρει πώς να διασκεδάσει συμπεριφέρεται σαν μικρός/-ή ενήλικος | 0 1 2 | 53. Επιτίθεται χτυπώντας τους ανθρώπους |
| 0 1 2 | 27. Δεν φαίνεται να νιώθει ενοχή όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα | 0 1 2 | 54. Σκαλίζει τη μύτη του/της, τσιμπάει το δόντι του/της ή άλλα μέρη του σώματός του/της (περιγράψτε) |

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

			2 = Ισχυρίζεται πολύ ή πολύ συχνά							
0	1	2	55. Παίζει με τα γεννητικά του/της όργανα πάρα πολύ	0	1	2	78. Έχει στομαχόπονους ή στομαχικές κράμπες (χωρίς ιατρική αιτία)	0	1	2
0	1	2	56. Έχει φτωχό συντονισμό κινήσεων ή είναι αδέξιος/-α	0	1	2	79. Εμφανίζει γρήγορες εναλλαγές μεταξύ θλίψης και ενθουσιασμού	0	1	2
0	1	2	57. Έχει προβλήματα με τα μάτια του/της χωρίς ιατρική αιτία (περιγράψτε) _____	0	1	2	80. Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε) _____	0	1	2
0	1	2	58. Η τιμωρία δεν αλλάζει τη συμπεριφορά του/της	0	1	2	81. Είναι πεισματάρης/-α, δύστροπος/-η, ευερέθιστος/-η	0	1	2
0	1	2	59. Μεταπηδά πολύ γρήγορα από τη μία δραστηριότητα στην άλλη	0	1	2	82. Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση ή τα συναισθήματά του/της	0	1	2
0	1	2	60. Έχει εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα (χωρίς ιατρικά αίτια)	0	1	2	83. Κρατά μούτρα για πολύ	0	1	2
0	1	2	61. Αρνείται να φάει	0	1	2	84. Παραμιλά ή κλαίει στον ύπνο του/της	0	1	2
0	1	2	62. Αρνείται να παίξει παιχνίδια δράσης	0	1	2	85. Παθαίνει εκρήξεις οργής ή ανάβει εύκολα	0	1	2
0	1	2	63. Κουνά διαρκώς το κεφάλι ή το σώμα του/της	0	1	2	86. Τον/την απασχολεί υπερβολικά η τάξη ή η καθαριότητα	0	1	2
0	1	2	64. Αρνείται να πάει για ύπνο το βράδυ	0	1	2	87. Φοβάται υπερβολικά ή είναι αγχώδης	0	1	2
0	1	2	65. Αντιστέκεται στην εκπαίδευση των αφικτηρών (τουαλέτα) (περιγράψτε) _____	0	1	2	88. Δεν είναι συνεργάσιμος/-η	0	1	2
0	1	2	66. Ξεφωνίζει πολύ, στριγκλίζει	0	1	2	89. Είναι νωθρός/-η, αργός/-η στις κινήσεις του/της, ή του/της λείπει η ενεργητικότητα	0	1	2
0	1	2	67. Δείχνει να μην ανταποκρίνεται στη στοργή	0	1	2	90. Μοιάζει δυστυχισμένος/-η, λυπημένος/-η ή θλιμμένος/-η	0	1	2
0	1	2	68. Είναι ντροπαλός/-ή ή εύκολα βρίσκεται σε αμηχανία	0	1	2	91. Είναι ασυνήθιστα φωνακλός/-ού	0	1	2
0	1	2	69. Είναι εγωιστής/-τρια ή δεν θέλει να μοιράζεται	0	1	2	92. Ενοχλείται από την επαφή με άγνωστους ανθρώπους ή καταστάσεις (περιγράψτε) _____	0	1	2
0	1	2	70. Δείχνει ελάχιστη στοργή απέναντι στους ανθρώπους	0	1	2	93. Κάνει εμετούς (χωρίς ιατρικά αίτια)	0	1	2
0	1	2	71. Δείχνει ελάχιστο ενδιαφέρον για πράγματα που συμβαίνουν γύρω του/της	0	1	2	94. Ξυπνά συχνά στη διάρκεια της νύχτας	0	1	2
0	1	2	72. Δείχνει να φοβάται ελάχιστα μήπως τραυματιστεί	0	1	2	95. Περιπλανιέται άσκοπα	0	1	2
0	1	2	73. Είναι υπερβολικά ντροπαλός/-ή ή δειλός/-ή	0	1	2	96. Επιζητεί επίμονα την προσοχή	0	1	2
0	1	2	74. Κοιμάται λιγότερο από τα περισσότερα παιδιά στη διάρκεια της ημέρας και/ή της νύχτας (περιγράψτε) _____	0	1	2	97. Είναι γκρινιάρης/-α	0	1	2
0	1	2	75. Πασαλειφεί τα κακά του, παίζει με αυτά	0	1	2	98. Απομονώνεται όταν είναι μαζί του/της, δεν κάνει σχέση με άλλους	0	1	2
0	1	2	76. Έχει πρόβλημα στην ομιλία (περιγράψτε) _____	0	1	2	99. Είναι ανήσυχος/-η	0	1	2
0	1	2	77. Κοιτάει με αιχμηρές βλέμματα ή μοιάζει χαμένος/-η στις σκέψεις του/της	0	1	2	100. Παρακαλώ να σημειώσετε ό,τι προβλήματα έχει το παιδί σας τα οποία δεν αναφέρονται στον παραπάνω κατάλογο	0	1	2

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.
Υπογράμμιση όποιες σας απασχολούν ιδιαίτερα.

Ισχύει το παιδί από κάποια ασθένεια ή αναπηρία (είτε σωματική είτε πνευματική);

☐ Όχι

☐ Ναι – Παρακαλούμε να περιγράψετε:

Ισχύει απασχολεί περισσότερο στο παιδί;

Παρακαλούμε να περιγράψετε τα καλύτερα χαρακτηριστικά του παιδιού: