

**Παιδοκτονία**  
**Σύγχρονα δεδομένα**

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται επιδημιολογικά και ψυχοπαθολογικά δεδομένα σε σχέση με άτομα που έχουν διαπράξει παιδοκτονία. Γίνεται προσπάθεια ταυτοποίησης των παραγόντων κινδύνου που συνθέτουν το πλαίσιο όπου συνηθέστερα παρουσιάζονται τέτοια φαινόμενα, όπως η ύπαρξη ενδο-οικογενειακών στρεσογόνων παραγόντων και βίας. Επίσης, εξετάζεται η σχέση της παιδοκτονίας με την παιδική κακοποίηση/παρამέληση και την ύπαρξη ψυχικής νόσου στους δράστες, ιδιαίτερα στην περίπτωση που αυτοί είναι οι γονείς των θυμάτων. Το ιστορικό ψυχικής νόσου, κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες (όπως ανύπαντρη, νεαρή, χαμηλής μόρφωσης και εισοδήματος μητέρα, έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, βίαιος σύντροφος), η δύσκολη ιδιοσυγκρασία του παιδιού και τα προβλήματα στο δεσμό του με τη μητέρα, αποτελούν τους κυριότερους επιβαρυντικούς παράγοντες. Τέλος, γίνονται προτάσεις για διεπιστημονική συνεργασία, με σκοπό την πρόληψη της παιδοκτονίας μέσω της αντιμετώπισης του φαινομένου της σωματικής κακοποίησης και της βελτίωσης των συνθηκών εκείνων, που μπορεί να κατευθύνουν οικογένειες υψηλού σχετικού κινδύνου προς τέτοιες πρακτικές.

**1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ένα πολύπλοκο φαινόμενο, όπως η παιδοκτονία, δεν μπορεί παρά να εξεταστεί στο πλαίσιο του ιστορικού, κοινωνικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος όπου κάθε φορά εμφανίζεται. Οι παιδοκτονικές πρακτικές, γνωστές και λίαν διαδεδομένες στο παρελθόν, ιδιαίτερα από την αρχαιότητα έως το μεσαίωνα,<sup>1</sup> δεν έχουν εξαφανιστεί στη σύγχρονη εποχή. Στις αναπτυγμένες χώρες αποτελούν και σήμερα μια σημαντική αιτία παιδικής θνησιμότητας,<sup>2,3</sup> παρά τις ραγδαίες αλλαγές που έχουν επέλθει κατά τις τελευταίες, ιδίως, δεκαετίες στη θέση του παιδιού εντός της οικογένειας και της κοινωνίας. Οι αλλαγές αυτές αντανακλούν τη σταδιακή εξέλιξη των αντιλήψεων σχετικά με την ανατροφή του παιδιού, της ποιότητας του δεσμού (attachment) μητέρας-παιδιού και γενικότερα των γονικών στάσεων.<sup>1,4</sup> Καθοριστική στάθηκε η μετά από πολλούς αγώνες<sup>4,5</sup> αναγνώριση του παιδιού ως ανθρώπινου όντος, που διαθέτει ατομικά δικαιώματα, και η ανάδειξη της υγείας και της ποιότητας της ζωής του σε πρωτεύουσα αρχή της, ούτως ή άλλως, παιδοκεντρικής μεταπολεμικής κοινωνίας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, περιπτώσεις παιδοκτονίας φαίνονται στα μάτια του κοινού παράδοξες, αφύσικες, αν όχι παθολογικές.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2003, 20(5):484-496  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2003, 20(5):484-496

**Ι. Σαββίδου,  
Β. Μποζίκας**

*Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Αριστοτέλειο  
Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,  
Θεσσαλονίκη*

**Child homicide: Contemporary data**

*Abstract at the end of the article*

**Λέξεις ευρετηρίου**

Κακοποίηση  
Νεογνοκτονία  
Παιδοκτονία

*Υποβλήθηκε 19.9.2002  
Εγκρίθηκε 22.5.2003*

Το φαινόμενο της παιδοκτονίας εμφανίζεται σε μητέρες που βρίσκονται κάτω από ποικίλες στρεσογόνες υποκειμενικές καταστάσεις, γεγονός που δυσχεραίνει την ταυτοποίηση των παραγόντων κινδύνου και την πρόληψη. Έτσι, μπορεί να προκύψει όχι μόνο εντός του πλαισίου μιας ψυχικής νόσου του γονέα, αλλά και εξαιτίας σοβαρής κακοποίησης ή παραμέλησης από ψυχικά υγιείς γονείς. Και στις δύο περιπτώσεις, οι κοινωνικοί, οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο.

Στην παρούσα εργασία ανασκοπούνται επιδημιολογικά και ψυχοπαθολογικά δεδομένα σχετικά με την παιδοκτονία και γίνονται προτάσεις για την πρόληψή της, όπως και για τη βελτίωση των συνθηκών εκείνων που φαίνεται να συμβάλλουν στη διάπραξη παιδοκτονίας σε οικογένειες υψηλού σχετικού κινδύνου.

**2. ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Η πραγματική επίπτωση της θανατηφόρας κακοποίησης βρεφών από τους ανατροφείς τους δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί. Τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών είναι αντιφατικά. Κατ' άλλους παρατηρείται μείωσή της στα τελευταία χρόνια,<sup>6,7</sup> ενώ κατ' άλλους αύξηση.<sup>8-10</sup>

Σε μελέτη που αφορούσε παιδιά κάτω των 10 ετών, οι Herman-Giddens et al εκτίμησαν ότι η επίπτωση παιδοκτονίας στις ΗΠΑ αυξήθηκε από 1,5/100.000 το 1985 σε 2,8/100.000 το 1994, αναφέροντας συγχρόνως τις εθνικές στατιστικές, που δίνουν επίπτωση 2,6 και 2,43/100.000 για τα αντίστοιχα έτη (πάντα σε παιδιά κάτω των 10 ετών), ενώ σε βρέφη (κάτω του ενός έτους) η αναφερόμενη επίπτωση παιδοκτονίας ήταν 5,31 και 7,91/100.000, αντίστοιχα.<sup>9</sup> Οι Overpeck et al, επίσης στις ΗΠΑ, υπολόγισαν την επίπτωση της παιδοκτονίας βρεφών σε 9/100.000 για τη χρονική περίοδο 1988–1991,<sup>10</sup> ενώ στην περίοδο 1976–1979 εκτιμήθηκε ότι θανατώνονταν 4,3/100.000 βρέφη.<sup>3</sup>

Στην Αγγλία, οι περιπτώσεις παιδοκτονίας υπολογίζεται ότι φθάνουν στο 25–30% του συνόλου των ανθρωποκτονιών.<sup>11</sup> Μεγάλες αποκλίσεις ανευρίσκονται στα ποσοστά αυτά (5–49%), ανάλογα με τη χώρα και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας.<sup>12</sup> Η σύγκριση, γενικά, της συχνότητας εμφάνισης της παιδοκτονίας μεταξύ των χωρών είναι δύσκολη λόγω των διαφορών που παρουσιάζουν οι διάφορες χώρες ως προς την κοινωνική ευαισθητοποίηση, την υποχρεωτική αναφορά περιστατικών, καθώς και τα δίκτυα παροχής υπηρεσιών και καταγραφής περιστατικών.

Περισσότερο από 80% των επεισοδίων παιδοκτονίας αντιπροσωπεύουν τη θανατηφόρα κατάληξη επαναλαμβανόμενης παιδικής κακοποίησης.<sup>10</sup> Η παιδοκτονία, μόνο στο πλαίσιο κακοποίησης, έχει υπολογιστεί στο 0,7–0,8/100.000 παιδιών κάτω των 15 ετών.<sup>12</sup> Οι Herman-Giddens et al, σε αναδρομική μελέτη της παιδοκτονίας κατά τα έτη 1985–1994, για παιδιά 0–11 ετών, κατέδειξαν ότι το 84,9% των θανάτων οφειλόταν σε κακοποίηση, ενώ μόνο το 8,5% δεν σχετιζόταν με κακοποίηση.<sup>9</sup> Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με τις εθνικές στατιστικές του 1986, 6/1000 παιδιά κάτω των 2 ετών υφίστανται σοβαρή κακοποίηση ή παραμέληση, ποσοστό που βρέθηκε αυξημένο στις στατιστικές του 1993, ιδιαίτερα μεταξύ παιδιών σχολικής και προσχολικής ηλικίας.<sup>13</sup> Σε ευρύτερο φάσμα ηλικιών (1–18 έτη), οι περιπτώσεις κακοποίησης υπολογίστηκαν σε 1–2% των παιδιών ετησίως, από τα οποία βρέθηκε ότι πεθαίνουν 2500–5000.<sup>14</sup> Μεταξύ των καταγεγραμμένων περιστατικών κακοποίησης, περίπου ένα στα 2000 καταλήγει σε θάνατο του παιδιού.<sup>15</sup> Αυξημένη έως και στο τριπλάσιο είναι η επίπτωση θανάτου σε παιδιά που επιστρέφουν σπίτι τους μετά από απομάκρυνση λόγω κακοποίησης.<sup>16</sup>

Τα θανατηφόρα περιστατικά κακοποίησης συμβαίνουν συχνότερα στο σπίτι, μετά από συγκρούσεις, στα Σαββατοκύριακα και γενικά σε περιόδους διακοπών, όταν δηλα-

δή παιδί και ανατροφέας περνούν τον περισσότερο χρόνο της ημέρας μαζί.<sup>17</sup> Επίσης, τα περιστατικά βρεφοκτονίας συμβαίνουν συνήθως χωρίς μάρτυρες, ενώ στις περιπτώσεις μεγαλύτερων παιδιών επισυμβαίνουν συνήθως με μάρτυρες κάποιο αδερφό/ή ή τη μητέρα.<sup>17</sup>

Κοινές μέθοδοι νεογνοκτονίας, αλλά και θανάτωσης μεγαλύτερων ανεπιθύμητων παιδιών, είναι η ασφυξία (από πνιγμό ή στραγγαλισμό), η έκθεση σε υπερβολικά ψυχρό περιβάλλον, η πρόκληση εγκεφαλικής βλάβης ή κατάγματος πλευρών από ξυλοδαρμό.<sup>12</sup> Η δηλητηρίαση από φάρμακα, αέρια ή νερό είναι συχνή μεταξύ παιδιών που οι ανατροφείς τους εμφανίζουν σύνδρομο Münchhausen δι' αντιπροσώπου. Ως συνηθέστερη αιτία θανάτου στις παιδοκτονίες που αποτελούν την ατυχή κατάληξη σωματικής κακοποίησης βρέθηκε ο τραυματισμός κεφαλής σε παιδιά, ενώ σε βρέφη ο τραυματισμός κεφαλής και το «σύνδρομο του δονημένου παιδιού».<sup>17–20</sup> Σε μεγαλύτερα παιδιά έχουν αναφερθεί περισσότερο βίαιες μέθοδοι θανάτου και είναι συχνότερη η χρήση όπλου (πυροβολισμός, μαχαίρωμα).<sup>17,21</sup>

Οι Herman-Giddens et al κατέδειξαν ότι η παιδοκτονία με κακοποίηση υποδιαγιγνώσκεται κατά 61,6%.<sup>9</sup> Ως επακόλουθο, πολλοί παιδοκτόνοι διαφεύγουν του νόμου. Σε μελέτη 72 περιπτώσεων παιδοκτονίας, μόνο στις 31 ασκήθηκε δίωξη και από αυτές μόλις σε 21 περιπτώσεις υπήρξε καταδικαστική απόφαση.<sup>22</sup> Περιπτώσεις θανατηφόρας κακοποίησης βρεφών από τους ανατροφείς τους καλύπτονται συχνά κάτω από την ομπρέλα του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου νεογνών (ΣΑΘΝ).<sup>23,24</sup> Ο Meadow υποστηρίζει ότι το 2–10% των θανάτων βρεφών που καταγράφονται ως ΣΑΘΝ οφείλονται σε πνιγμό από την ίδια τη μητέρα τους.<sup>25</sup>

### 3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Έχουν αναγνωριστεί 3 ευρείες και αλληλοεπικαλυπτόμενες ομάδες παιδοκτόνων,<sup>11,26</sup> με διαφορετικούς για την καθεμιά παράγοντες κινδύνου. Η πρώτη που έχει περιγραφεί και η πλέον γνωστή είναι εκείνη των μητέρων που διαπράττουν νεογνοκτονία. Στις περιπτώσεις αυτές, ο φόνος επιτελείται στην πρώτη μέρα της ζωής του παιδιού. Η δεύτερη και μεγαλύτερη ομάδα είναι αυτή των ανατροφέων που κακοποιούν τα παιδιά τους, προκαλώντας συνήθως θανάτωσή τους από ατύχημα.<sup>11</sup> Η τρίτη ομάδα αποτελείται από ανατροφείς που σκοτώνουν τα παιδιά τους στο πλαίσιο ψυχιατρικής διαταραχής, με κυρίαρχη την κατάθλιψη.<sup>11,26</sup>

Υπάρχουν, τέλος, περιπτώσεις παιδοκτονίας που δεν οφείλονται σε ψυχική νόσο ούτε σε παρορμητική οργή

του γονέα, αλλά έχουν τα χαρακτηριστικά του εμπρόθετου εγκλήματος, του βίαιου υπολογισμού, της σαδιστικής βαρβαρότητας και της συστηματικής παραμέλησης.<sup>12</sup>

### 3.1. Νεογνοκτονία

Πρόκειται για την παιδοκτονία που επιτελείται μέσα στο πρώτο 24ωρο μετά τη γέννηση. Οι μητέρες της ομάδας αυτής είναι συνήθως νεαρές, ανύπαντρες, χαμηλής μόρφωσης, ενώ τα παιδιά είναι συνήθως ανεπιθύμητα και η κυοφορία τους κρυφή. Οι περιπτώσεις νεογνοκτονίας αποτελούν το 5% του συνολικού αριθμού των γνωστών βρεφοκτονιών. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία, τα νεογνά γεννιούνται εκτός νοσοκομείων και χωρίς βοήθεια.<sup>10,27,28</sup> Είναι συνήθως πρωτότοκα και παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση προωρότητας και έλλειψη προγεννητικής φροντίδας.<sup>10,27</sup>

Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις μητέρων που διαπράττουν νεογνοκτονία και παρουσιάζουν ψυχωτικές διαταραχές, αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αποσυνδεδετική διαταραχή και επεισόδια αποπροσωποποίησης.<sup>28-31</sup> Συνηθέστερα εμφανίζουν άρνηση της εγκυμοσύνης, κατά τον τοκετό κατακλύζονται από άγχος, θανατώνουν το βρέφος και στη συνέχεια πιθανόν να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού stress με αϋπνίες, flashbacks και κοινωνική απόσυρση, καθώς και κατάθλιψη με ιδέες αναξιότητας και ενοχής.<sup>12,32,33</sup> Σε μελέτη της Spinelli,<sup>28</sup> οι γυναίκες αυτές παρουσίαζαν κατά την ψυχιατρική εξέταση «μακάρια αδιαφορία» (belle indifference) και παιδόμορφη συμπεριφορά. Οι περισσότερες είχαν αμνησία του γεγονότος και καμιά δεν μπορούσε να ερμηνεύσει ή να λογοδοτήσει για την πράξη της. Ο Marks θεωρεί ότι η συμπεριφορά των μητέρων μπορεί να κατανοηθεί με όρους πρωτόγονων αμυντικών μηχανισμών, όπως η άρνηση και η αποσύνδεση.<sup>33</sup> Οι οικογένειές τους συχνά παρουσιάζουν συναισθηματική παραμέληση, άρνηση, μυστικότητα, παιδική σεξουαλική κακοποίηση και παραβιάσεις ορίων.<sup>28</sup>

Στη διάπραξη της νεογνοκτονίας πιθανόν επιδρά και το stress της εγκυμοσύνης, με τις ορμονικές αλλαγές που επιφέρει στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-ωοθηκών. Οι αλλαγές αυτές ίσως σχετίζονται με την άρνηση της εγκυμοσύνης, όπως συμβαίνει και με την ψευδοκύηση.<sup>34</sup> Τα ψυχολογικά συμπτώματα συνδέονται στενά με τις βιολογικές αλλαγές, όπως δείχνει η συνεχιζόμενη εμμηνορροσία στην άρνηση της κύησης<sup>32</sup> και η γαλακτόρροια στην ψευδοκύηση.<sup>34</sup>

### 3.2. Θανατηφόρα παιδική κακοποίηση

Τα άτομα της ομάδας αυτής γίνονται παιδοκτόνοι στο πλαίσιο έντονου ψυχοκοινωνικού stress και περιορισμένης υποστήριξης. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχει φονική πρόθεση ούτε καν σαφής παρόρμηση για φόνο, αλλά πρόκειται για αιφνίδια παρορμητικά επεισόδια, που χαρακτηρίζονται από απώλεια ελέγχου και ψυχραιμίας του ατόμου.<sup>11,35</sup> Ο Steele περιέγραψε το θάνατο στις καταστάσεις αυτές ως το ατυχές, ανεπιθύμητο και μη αναμενόμενο αποτέλεσμα της κακοποίησης.<sup>36</sup>

Οι περισσότερες αναφορές που σχετίζονται με την κακοποίηση παιδιών κάνουν λόγο για συνδυασμό παραγόντων κινδύνου που αφορούν το παιδί, το γονέα και το κοινωνικο-οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον.<sup>2</sup> Οι σημαντικότεροι παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν και συμβάλλουν στη σωματική κακοποίηση και περαιτέρω στο θάνατο του παιδιού, αναφέρονται στον πίνακα 1.

**3.2.1. Χαρακτηριστικά θυμάτων.** Οι ηλικίες των θυμάτων παιδοκτονίας είναι κυρίως κάτω των 3 ετών, με μεγαλύτερη επίπτωση στο πρώτο έτος ζωής.<sup>9,17-19</sup> Περισσότερο επιβαρυνμένα παρουσιάζονται παιδιά οικογενειών χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και της μαύρης φυλής.<sup>9,17,37</sup> Παρόλο που οι περισσότεροι ερευνητές παρατηρούν αυξημένη επίπτωση σε αγόρια,<sup>3,38-40</sup> ορισμένοι βρίσκουν την ίδια αναλογία ή και υπέρσχυση παιδοκτονίας σε κορίτσια.<sup>20,37</sup> Οι Lucas et al, λαμβάνοντας υπόψη ηλικία θανάτου και φύλο, δεν διαπίστωσαν διαφορά φύλου σε βρέφη, ενώ σε μεγαλύτερα παιδιά υπέρσχυε το άρρεν φύλο.<sup>17</sup>

Τα θύματα, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, είναι συνηθέστερα πρώτα σε σειρά γέννησης ή μοναχοπαίδια,<sup>17,39,41</sup> ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι συχνός επιβαρυντικός παράγοντας είναι η ύπαρξη προηγούμενων γεννήσεων<sup>10</sup> και τα μικρά διαστήματα (<18 μηνών) μεταξύ των γεννήσεων.<sup>38</sup> Συχνά, αφορούν παιδιά εκτός γάμου ή παιδιά των οποίων η γέννηση ήταν απρογραμματίστη.<sup>38</sup>

Η παιδοκτονία, όπως και γενικότερα η κακοποίηση, έχει συνδεθεί με παιδιά που με τη συμπεριφορά τους γίνονται εύαλτα στη θυματοποίηση.<sup>40</sup> Χαρακτηριστικά που επιδρούν δυσμενώς στο «δεσμό» (attachment) μητέρας-βρέφους και συμβάλλουν στη θυματοποίηση του παιδιού είναι ο αποχωρισμός του νεογνού από τη μητέρα και η παραμονή του στο νοσοκομείο λόγω προωρότητας ή ασθένειας, η προωρότητα καθεαυτή και το χα-

**Πίνακας 1.** Παράγοντες κινδύνου για σωματική κακοποίηση.*Παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί*

Ηλικία κάτω των 3 ετών (με μεγαλύτερη επίπτωση στο πρώτο έτος)  
 Προωρότητα, χαμηλό βάρος γέννησης, αναπτυξιακά προβλήματα  
 Δύσκολη ιδιοσυγκρασία  
 Ύπαρξη κωλικών  
 Ιστορικό σωματικής ή νοητικής αναπηρίας  
 Ιστορικό μακρού αποχωρισμού του παιδιού από τους γονείς  
 Παιδί με έντονη συναισθηματική επένδυση  
 Ιστορικό πολλαπλών προσαγωγών σε υπηρεσίες υγείας

*Παράγοντες που σχετίζονται με το γονέα-θύτη*

Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς  
 Νεαρή ηλικία μητέρας  
 Ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία  
 Σοβαρή ψυχική νόσος ή και διαταραχή προσωπικότητας  
 Άρνηση θεραπευτικής αγωγής ή κακή συμμόρφωση στη θεραπεία γονέων με ψυχιατρικά συμπτώματα  
 Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών  
 Ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή αρνητική στάση της μητέρας προς την εγκυμοσύνη  
 Συζυγική βία  
 Ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις/εντάσεις

*Κοινωνικοί παράγοντες*

Χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση  
 Ανεργία  
 Κοινωνική απομόνωση  
 Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης  
 Έλλειψη κατάλληλων δομών πρόληψης, πρόωμης διάγνωσης και αντιμετώπισης των προβλημάτων παιδικής κακοποίησης  
 Εκφοβισμός των επαγγελματιών (φαινόμενο διαγνωστικής παράλυσης)

μηλό βάρος γέννησης, που συχνά συνοδεύονται από προβλήματα ευερεθιστότητας, υπερκινητικότητας, δυσκολίας στον ύπνο και στους χειρισμούς, καθώς και άλλες αναπηρίες ή αναπτυξιακές καθυστερήσεις του βρέφους.<sup>12,40-42</sup> Η δύσκολη ιδιοσυγκρασία και η ύπαρξη κωλικών αποτελούν, επίσης, επιβαρυντικούς παράγοντες, αν και οι κωλικοί αναφέρονται πολλές φορές από παιδοκτόνους γονείς στην προσπάθειά τους να καλύψουν ή να δικαιολογήσουν επεισόδια κακοποίησης.<sup>17</sup>

Ερευνητές στον ελληνικό πληθυσμό παρατήρησαν χαμηλότερα σωματομετρικά χαρακτηριστικά σε κακοποιημένα παιδιά, συχνές αρρώστιες, δίδυμη κύηση και ψυχοκινητική καθυστέρηση.<sup>38,43</sup> Τα παιδιά αυτά δεν έχουν θηλάσει, δέχθηκαν ανεπαρκή περιγεννητική φροντίδα, παρουσιάζουν κακή υγιεινή κατά την εξέταση και ατελή εμβολιασμό, στοιχεία που υποδηλώνουν γενικά παραμέληση από τους γονείς τους για οποιοδήποτε λόγο

(κατάθλιψη μητέρας, χαοτικό οικογενειακό περιβάλλον, χαμηλό οικονομικο-πολιτισμικό επίπεδο κ.λπ.).<sup>38,43</sup> Ενδεικτικό των παραπάνω είναι και η ακαταστασία, που συναντάται συχνά σε σπίτια γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους.<sup>44</sup> Σε σχέση με το θηλασμό, ορισμένοι συγγραφείς δεν βρίσκουν σημαντική συσχέτισή του με την κακοποίηση,<sup>45</sup> γεγονός που πιθανόν επηρεάζεται από το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο.

Τα νεότερα θύματα (έως 4 ετών) συνηθέστερα έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση πριν από το θάνατό τους και έχουν ιστορικό κακοποίησης, ενώ μεγαλύτερα παιδιά έχουν συχνά ιστορικό πολλαπλών επαφών με υπηρεσίες υγείας.<sup>17</sup> Οι συχνές προσαγωγές στο νοσοκομείο, η εκφρασμένη ανησυχία από ειδικούς για το παιδί και το αίτημα του ίδιου του παιδιού για βοήθεια, αποτελούν επίσης κοινά χαρακτηριστικά των κακοποιημένων παιδιών.<sup>41</sup>

**3.2.2. Χαρακτηριστικά δραστών.** Τουλάχιστον τα 2/3 των περιπτώσεων παιδοκτονίας γίνονται από τους βιολογικούς γονείς.<sup>9,12,17,35</sup> Η μελέτη της παιδοκτονίας που διαπράττεται από τη μητέρα είναι εκτενέστερη βιβλιογραφικά από την πατρική,<sup>2</sup> τελευταία όμως η εμπλοκή του συντρόφου εξετάζεται περισσότερο, ίσως λόγω της αυξανόμενης συμμετοχής του στη φροντίδα του παιδιού. Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, οι μητέρες υπερσχύουν μεταξύ των παιδοκτόνων γονέων,<sup>3,21,46</sup> ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι οι πατέρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση παιδοκτονίας.<sup>9,17,20</sup> Γενικά, οι μητέρες είναι συνήθως οι δράστες σε νεογνοκτονίες, αλλά οι άνδρες δράστες παιδοκτονίας είναι συνολικά περισσότεροι.<sup>9,17</sup> Επίσης, θεωρούνται υπεύθυνοι για τις περισσότερες περιπτώσεις κακοποίησης. Η πατρική παιδοκτονία αποτελεί συχνότερα το ατυχές αποτέλεσμα θανατηφόρας κακοποίησης ή υπερβολικά σκληρής τιμωρίας, παρά ψυχικής νόσου.<sup>12</sup> Οι πατέρες, επίσης, εμπλέκονται σε περισσότερο βίαιες περιπτώσεις, όπως πυροβολισμούς, σοβαρές κακώσεις κεφαλής, μαχαιρώματα, ενώ οι μητέρες επιχειρούν λιγότερο βίαιους τρόπους θανάτωσης, όπως πρόκληση ασφυξίας, πνιγμό ή παραμέληση.<sup>17</sup>

Στους παιδοκτόνους άνδρες συχνά συναντάται το *σύνδρομο του Αιρέα*, δηλαδή αισθάνονται ότι το παιδί προτιμά τη μητέρα, ότι οι δυο τους έχουν συμμαχήσει και τους έχουν αποκλείσει από την οικογένεια. Έχουν αναφερθεί, επίσης, περιστατικά παιδοκτονίας στο πλαίσιο ζηλοτυπίας και *delirium tremens*. Είναι συχνότερο για έναν πατέρα από ό,τι για μια μητέρα να δολοφονήσει ολόκληρη την οικογένεια.<sup>12</sup> Πολλές φορές, οι άνδρες αυτοί παρουσιάζουν ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς και δυσκολίας ελέγχου των παρορμήσεων.<sup>47</sup> Κινούν σπα-

νιότερα υποψίες εναντίον τους σε σχέση με τις μητέρες.<sup>7</sup> παρόλα αυτά, όταν διώκονται, οι ποινές τους είναι περισσότερο αυστηρές από εκείνες που επιβάλλονται στις μητέρες για το ίδιο αδίκημα.<sup>47</sup> Σε μεγάλα ποσοστά, οι δράστες δεν συμμορφώνονται με δικαστικές αποφάσεις και δεν τηρούν τα επιβαλλόμενα ασφαλιστικά μέτρα.<sup>41</sup>

Η πιθανότητα να είναι ο δράστης της παιδοκτονίας άτομο εκτός οικογένειας αυξάνει σε μεγαλύτερα παιδιά.<sup>3,17</sup> Τα άτομα αυτά είναι συνήθως άνδρες, εραστές ή μέλη της ευρύτερης οικογένειας της μητέρας, στους οποίους ανατέθηκε η φροντίδα του παιδιού. Επίσης, μπορεί να είναι σύντροφοι ή οι θετοί πατέρες παιδιών που ανήκουν στον πρώην σύντροφο της μητέρας.<sup>12,35</sup> Οι περιπτώσεις παιδοκτονίας από δράστες εκτός οικογένειας υπολογίζονται στο 19% του συνόλου και συχνά συνδέονται με προηγούμενη σεξουαλική κακοποίηση των θυμάτων.<sup>48</sup>

Οι Αγάθωνος και συν παρατήρησαν σε μελέτη Ελλήνων δραστών κακοποίησης ότι τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν δυσκολία στη σύναψη βαθιών και σταθερών διαπροσωπικών σχέσεων και μεγάλα ποσοστά ανεργίας, ενώ βρήκαν ιστορικό κατάχρησης ουσιών, ιδιαίτερα σε πατέρες δράστες, που ανερχόταν στο 39,8% του δείγματος. Μάλιστα, οι πατέρες του δείγματος είχαν δεχθεί συστάσεις ή είχαν υποστεί καταδίκες για προηγούμενες βίαιες πράξεις σε ποσοστό 50,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις μητέρες ήταν 20,4%. Επίσης, αυξημένα βρέθηκαν τα ποσοστά διαταραχών προσωπικότητας, ιδίως στους άνδρες (44,6% και 37,8% για άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα).<sup>41</sup>

Η ύπαρξη ιστορικού μείζονος κατάθλιψης ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής<sup>12,49</sup> και η κατάχρηση ουσιών<sup>12,47</sup> στον πληθυσμό των δραστών, ανεξαρτήτως φύλου, αποτελούν συχνό εύρημα. Οι Αγάθωνος και συν διαπίστωσαν ότι τα μισά περίπου άτομα του δείγματός τους είχαν ιστορικό ψυχιατρικών συμπτωμάτων, για τα οποία απαιτήθηκε νοσηλεία ή άλλου είδους θεραπεία.<sup>41</sup> Έμφαση στην ύπαρξη ψυχοπαθολογίας δίνεται και από άλλες μελέτες της ελληνικής πραγματικότητας.<sup>43,44,50,51</sup> Υψηλά είναι τα ποσοστά ατόμων που δεν αποζητούν ιατρική βοήθεια παρά την ύπαρξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων ή δεν συμμορφώνονται στην προτεινόμενη θεραπεία.<sup>41</sup>

Όσον αφορά στις μητέρες, σε μεγαλύτερο κίνδυνο παιδοκτονίας βρίσκονται οι νεαρές, ιδιαίτερα έφηβες, ανύπαντρες και χαμηλού μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου γυναίκες.<sup>10,12,38</sup> Οι γονικές στάσεις και οι ικανότητες των μητέρων σχετίζονται με τον τύπο της προσωπικότητάς τους, την ευαισθησία αναγνώρισης και ανταπόκρισης στα κοινωνικά σήματα του παιδιού, την ανα-

παράσταση που έχουν γι' αυτό ανάλογα με την ηλικία του, με το αν το παιδί είναι ανεπιθύμητο και με τις προσδοκίες που έχουν από αυτό. Η παιδική κακοποίηση και η παιδοκτονία φαίνεται να σχετίζονται με αυτούς τους παράγοντες.<sup>12</sup> Έχει βρεθεί ότι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους παρουσιάζουν παραμορφωμένες και εξωπραγματικές αντιλήψεις γι' αυτά και έχουν εξωπραγματικές αναπτυξιακές αναπαραστάσεις και προσδοκίες.<sup>41</sup> Σε άλλες περιπτώσεις, επίσης, αντιλαμβάνονται το θύμα ως προβληματικό και τη συμπεριφορά του αρνητική, παρά τη θετική του διάθεση.<sup>36,38,46</sup> Συχνά, οι γονείς αναφέρουν προβλήματα συμπεριφοράς ή και σίτισης σε παιδιά-θύματα κακοποίησης.<sup>38</sup> Οι έφηβες μητέρες, ιδιαίτερα, παρουσιάζονται περισσότερο τιμωρητικές και απαγορευτικές, έχουν ανεπαρκείς γνώσεις και αναπαραστάσεις της ανάπτυξης των παιδιών και εμφανίζουν μειωμένη ενσυναίσθησία (empathy), σε σχέση με τις μεγαλύτερες.<sup>10</sup> Το αρνητικό συναισθηματικό κλίμα στην οικογένεια, η απρόσφορη, αδιάφορη στάση του γονέα απέναντι στο παιδί, η έλλειψη κατανόησης, η κριτική και τιμωρητική διάθεση προς αυτό, η χαμηλή ανοχή και η υπεραγχώδης στάση, αποτελούν χαρακτηριστικά που συχνά εμφανίζονται μεταξύ των γονέων-δραστών κακοποίησης.<sup>41,45</sup>

Στις οικογένειες όπου παρουσιάζεται παιδοκτονία έχουν αναφερθεί στο διάστημα πριν από το γεγονός στρεσογόνοι παράγοντες, αντίζοα γεγονότα ζωής και έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος.<sup>17,36,38,43</sup> Συχνά υπάρχουν διαζύγια, χωρισμοί, συζυγικές συγκρούσεις ή πρόκειται για μονογονικές οικογένειες.<sup>17,38,43,45</sup> Οι γονείς συνήθως υποτιμούν ή δεν αναγνωρίζουν τα προβλήματα σχέσεων μέσα στην οικογένεια.<sup>41</sup> Υπάρχει επίσης ιστορικό ενδο-οικογενειακής βίας, κακοποίησης και επακόλουθων συχνών αποχωρισμών του παιδιού από τους γονείς για μακρές περιόδους.<sup>13,38,41,43-45</sup> Αρκετές μελέτες αποκαλύπτουν ότι τα θύματα παιδοκτονίας έφεραν πολλαπλά τραύματα και μώλωπες σε όλο τους το σώμα, γεγονός που υποδεικνύει ότι του θανάτου προηγήθηκαν επεισόδια συνεχούς και επαναλαμβανόμενης κακοποίησης.<sup>17-19</sup> Σε σχέση με τη συζυγική βία, έχει βρεθεί ότι γυναίκες που υπήρξαν θύματα βίας κατά την εγκυμοσύνη θεωρούσαν το βρέφος ανεπιθύμητο και άκαιρο, γεγονός που επιδρούσε στη μετέπειτα συμπεριφορά τους απέναντί του.

Ο κύκλος της βίας αντανακλάται στην παρατήρηση ότι οι ανατροφείς που κακοποιούν τα παιδιά τους υπήρξαν οι ίδιοι μάρτυρες ή θύματα οικογενειακής βίας και κακοποίησης ως παιδιά.<sup>52</sup> Επίσης, έχουν αντίζοες προσωπικές εμπειρίες και αποχωρισμούς στην παιδική τους ηλικία, ενώ συχνά παρουσιάζουν ιστορικό προβλημάτων

συμπεριφοράς κατά την παιδική τους ηλικία και παραβατικότητας ή και βίαιης συμπεριφοράς στην εφηβεία ή την ενήλικη ζωή τους.<sup>41,43-45</sup> Τα πρότυπα διαπαιδαγωγησης που είχαν από την πατρική τους οικογένεια, όπως περιγράφονται, αφορούν την επιβολή αυστηρής πειθαρχίας με χρήση σωματικών τιμωριών και έτσι από τα δικά τους παιδιά απαιτούν, επίσης, άμεση υπακοή.<sup>38,43</sup>

Κατά τους Lucas et al, ιστορικό σωματικής ή και σεξουαλικής κακοποίησης ανευρίσκεται συχνότερα σε δράστες που κακοποιούν βρέφη και μικρότερα παιδιά. Αντίθετα, αυτοί που ευθύνονται για το θάνατο μεγαλύτερων παιδιών έχουν συχνότερα προηγούμενη επαφή με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και όχι σπάνια παρουσιάζουν κάποιου είδους ψυχοπαθολογία.<sup>17</sup>

### 3.3. Γυναίκες με ψυχική νόσο

Ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, οι ψυχώσεις, η νοσητική καθυστέρηση, ο αλκοολισμός, το σύνδρομο Münchhausen δι' αντιπροσώπου, η χρήση ουσιών, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, καθώς και εκείνες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, μπορεί να οδηγήσουν σε παραληρητική στρέβλωση της πραγματικότητας ή και σε σκόπιμη ή μη κακοποίηση, παραμέληση και παρορμητική συμπεριφορά, με επακόλουθο την παιδοκτονία.<sup>12</sup>

Από τις μητέρες της ομάδας αυτής, εκείνες που παρουσιάζουν μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές είναι συνήθως μεγαλύτερες σε ηλικία, είναι συχνότερα παντρεμένες και αντιμετωπίζουν λιγότερο έντονα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, σε σύγκριση με τις μητέρες των δύο πρώτων ομάδων.<sup>11,26</sup> Οι Stanton et al<sup>2</sup> προτείνουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες πιθανόν λειτουργούν διαφορετικά σε αυτή την ομάδα, ευδώνοντας τη νόσο μάλλον, παρά τις παιδοκτονικές τάσεις. Βεβαίως, οι γυναίκες αυτές έχουν να αντιμετωπίσουν το συνεχές και συχνά υπερβολικά έντονο stress της νόσου τους, ακόμη και αν οι εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντές τους φαίνονται περιορισμένοι.

Έχουν περιγραφεί περιπτώσεις καταθλιπτικών μητέρων που θανατώνουν το παιδί, πιστεύοντας ότι αυτό είναι το καλύτερο για εκείνο, συχνά έχοντας σκοπό να αυτοκτονήσουν και οι ίδιες. Οι μητέρες αυτές κινούνται από αλτρουισμό, όπως περιέγραψε ο Baker: «Φαίνεται παράδοξο, αλλά δεν είναι η βία που οδηγεί στη θανάτωση του βρέφους, αλλά η νοσηρή και λανθασμένη έγνοια της μητέρας προς το παιδί της».<sup>53</sup> Οι γυναίκες αυτές νοιάζονται για τα παιδιά τους και προσπαθούν σκληρά να είναι σωστές μητέρες. Αυτά τα συναισθήματα

όμως δεν είναι ικανά να αποτρέψουν την παιδοκτονία κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Ο κίνδυνος, μάλιστα, στον οποίο βρίσκεται το παιδί είναι μεγαλύτερος, όσο εντονότερη είναι η συναισθηματική επένδυση της μητέρας σε αυτό.<sup>40</sup>

Μετά τον τοκετό και κατά τη λοχεία, η μητέρα μπορεί να εμφανίσει πλήθος διαφορετικών ψυχιατρικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη ή μελαγχολία “maternity blues”, ψύχωση που μπορεί να σχετίζεται με εκλαμψία, delirium σχετιζόμενο με λοιμώξεις, απόσυρση από αλκοόλ ή από άλλη αιτία, άγχος, ψυχαναγκασμούς και επιλόχειο πανικό.<sup>12</sup> Η μητρική επιθετικότητα και ο παιδοκτονικός ιδεασμός στη λοχεία μητέρων με ψυχική νόσο έχει συνδεθεί με κατάθλιψη, ψυχωτικές ιδέες κατά του βρέφους και παράδοξη μητρική αντίδραση στον αποχωρισμό από το βρέφος, ενώ οι παιδοκτονικές συμπεριφορές έχουν συνδεθεί κυρίως με ψυχωτικές ιδέες, καθώς επίσης και με το φύλο σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια.<sup>54</sup>

Στις περιπτώσεις που η μητέρα παρουσιάζει κατάθλιψη ή επιλόχεια ψύχωση, οι θάνατοι προκαλούνται μερικές εβδομάδες μετά τη γέννηση και σχετίζονται με διαταραχές στη σχέση μητέρας-βρέφους. Η ιδιοσυγκρασία του βρέφους (temperament) φαίνεται να παίζει ρόλο. Το φυσιολογικό βρέφος που χαμογελά και διαντιδρά με τη μητέρα ασκεί μια σχεδόν μαγική γοητεία. Αντίθετα, εκείνο που καθυστερεί στην εμφάνιση κοινωνικών απαντήσεων ή που κλαίει ακατάπαυστα μπορεί να οδηγήσει τη μητέρα στην απελπισία και σε βίαιες αντιδράσεις.<sup>12</sup> Βεβαίως, η σχέση λειτουργεί και αντιστρόφως, σε μια συνεχή αλληλεπίδραση και ανατροφοδότηση. Έτσι, τα βρέφη καταθλιπτικών μητέρων βρέθηκαν περισσότερο ευερέθιστα, καθησυχάζονταν δυσκολότερα και δεν είχαν σταθερούς κύκλους ύπνου-εγρήγορης. Οι παράγοντες αυτοί τα θέτουν σε υψηλό κίνδυνο κακοποίησης. Στις περιπτώσεις αυτές συνήθως δεν υπάρχει πρόθεση δολοφονίας του βρέφους και ο θάνατος επέρχεται συχνά από ασφυξία, καθώς η μητέρα προσπαθεί να σταματήσει το κλάμα του παιδιού, ή από κακομεταχείριση, όταν πλέον οργίζεται εναντίον του.<sup>12</sup>

Τέλος, έχουν καταγραφεί περιπτώσεις παιδοκτονίας που διαπράττει η μητέρα για να εκδικηθεί τον πατέρα (αναφέρεται και ως σύμπλεγμα της Μήδειας, παραπέμποντας στον αρχαίο μύθο).<sup>11,12</sup> Βίαιες φονικές μέθοδοι, θύματα μεγαλύτερης ηλικίας και περισσότεροι του ενός φόνοι παιδιών αποτελούν, επίσης, χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας.<sup>2,11</sup>

Η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι συχνότερη μεταξύ των δραστών, μετά το επεισόδιο παιδοκτονίας, απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό,<sup>15,17</sup> ιδιαίτερα όταν το θύμα είναι

μεγαλύτερο.<sup>17</sup> Η τελευταία παρατήρηση πιθανόν σχετίζεται με τη δυσκολία του δράστη να καλύψει το έγκλημα, σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στη βρεφική ηλικία, όπου μπορεί να υποστηρίξει ευκολότερα την εκδοχή του ατυχήματος ή του ΣΑΘΝ.<sup>17</sup>

Όπως καταδεικνύεται από τα παραπάνω, η παιδοκτονία στο πλαίσιο ψυχικής νόσου σχετίζεται και με τη θανατηφόρα παιδική κακοποίηση, καθιστώντας έτσι προφανή την αλληλοεπικάλυψη μεταξύ της δεύτερης και της τρίτης ομάδας γυναικών.<sup>55</sup> Γενικά, υπάρχουν αντιφατικά δεδομένα ως προς τη σχέση τόσο της κακοποίησης όσο και της παιδοκτονίας με την ύπαρξη ψυχικής νόσου.<sup>48,55-59</sup> Οι Husain και Daniel διέγνωσαν ψυχική νόσο μόνο σε 8 από 59 μητέρες που κακοποιούσαν τα παιδιά τους, ενώ 7 στις 8 παιδοκτόνες μητέρες έπασχαν από ψύχωση ή κατάθλιψη.<sup>57</sup> Αντιθέτως, άλλες έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά παιδοκτονίας στην ομάδα των ψυχικά ασθενών μητέρων παραμένουν χαμηλά σε σχέση με εκείνα ατόμων που κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους, ενώ, αντίθετα, τα ποσοστά αυτοκτονίας στην ομάδα αυτή είναι αυξημένα.<sup>48</sup>

Η προκατάληψη, που θεωρεί βίαια τα ψυχικά ασθενή άτομα, συντελεί ίσως στην εντύπωση ότι μητέρες με ψυχιατρική διαταραχή κακοποιούν ή παραμελούν τα παιδιά τους. Εντούτοις, δεν έχει διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο το ποσοστό των ψυχικά ασθενών γονέων που κακοποιούν τα παιδιά τους είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο εκείνων που δεν έχουν ψυχική νόσο.<sup>60</sup> Ίσως στην εντύπωση αυτή συμβάλλει η συχνή εμφάνιση αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας μεταξύ των παιδοκτόνων γονέων.<sup>12</sup> Παρομοίως, διάχυτη είναι η αντίληψη ότι «ο γονιός που σκοτώνει το παιδί του θα πρέπει να είναι τρελός», αλλά τα στατιστικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι δεν είναι πάντοτε έτσι. Επιπλέον, καθώς η ψυχική νόσος, και ιδιαίτερα η μητρική κατάθλιψη, συνδέεται με πηγές stress όπως οι παράγοντες ανύπαντρη μητέρα, νεαρή σε ηλικία, με μικρά παιδιά και χαμηλό εισόδημα και μόρφωση,<sup>59,60</sup> θα πρέπει ο ρόλος της στη βρεφοκτονία να συνεκτιμάται με την ύπαρξη αυτών των παραγόντων.

Τέλος, όσον αφορά στο θέμα της κακοποίησης, έχει βρεθεί ότι οι ψυχικά ασθενείς μητέρες είναι περισσότερο τα θύματα παρά οι θύτες, αν και η διάκριση μεταξύ των όρων αυτών συχνά χάνει το νόημά της. Συχνά παρατηρείται ενεργός κακοποίηση των ψυχικά ασθενών μητέρων από τους δικούς τους γονείς ή από το σύντροφό τους.<sup>58,61</sup> Λιγότερο μελετημένη είναι η επίδραση του τραύματος της παιδικής ηλικίας, από την κακοποίηση που υφίστανται ορισμένες ψυχικά ασθενείς μητέρες από

τους γονείς τους ή άλλους ανατροφείς, στον τύπο γονικής φροντίδας που οι ίδιες παρέχουν στα παιδιά τους.<sup>61</sup>

#### 4. ΠΡΟΛΗΨΗ

##### 4.1. Πρόληψη των προβλημάτων μητρικής φροντίδας σε ψυχικά ασθενείς μητέρες

Η δυσκολία στην αναγνώριση του κινδύνου και την πρόληψη της παιδοκτονίας από ψυχικά ασθενείς μητέρες είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τις μητέρες των δύο πρώτων κατηγοριών, όπου συνήθως ανευρίσκονται οι προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου. Οι ψυχικά ασθενείς μητέρες, αντιθέτως, παρουσιάζονται συνήθως στοργικές προς τα παιδιά τους, στα οποία παρέχουν επαρκή φροντίδα και δεν αναφέρουν κάποια προειδοποιητικά σημάδια παιδοκτονικών τάσεων, ώστε να ληφθούν προληπτικά μέτρα. Ιδίως οι γυναίκες που παρουσιάζουν μαριακό επεισόδιο, βιώνουν μια αιφνίδια αλλαγή στην ψυχική τους κατάσταση με ευφορία, ιδέες μεγαλείου και παραληρητικές ιδέες, που δεν ήταν παρούσες ούτε πριν από 24 ώρες.<sup>2</sup> Το αποτέλεσμα είναι να γίνεται δυσχερής η πρόληψη. Αντιθέτως, η ψυχιατρική εκτίμηση μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη παιδοκτονίας σε καταθλιπτικές γυναίκες, οι οποίες συχνά επεξεργάζονται το θάνατό τους και το θάνατο των παιδιών τους για ημέρες ή και εβδομάδες.<sup>2</sup>

Τα χαρακτηριστικά της ψυχικής νόσου, όπως η συναισθηματική απορρύθμιση, η δυσκολία ελέγχου των παρορμήσεων, η έλλειψη γνωστικής ευελιξίας και η μη ισορροπημένη κρίση, πιθανόν συμβάλλουν στην παιδοκτονία.<sup>2</sup> Η αυτο-παρατήρηση και ο έλεγχος της πραγματικότητας στις γυναίκες αυτές είναι επηρεασμένα. Παρόλα αυτά, το παιδοκτονικό κίνητρο δεν είναι ξεκάθαρο σε πολλές περιπτώσεις και των άλλων δύο ομάδων.<sup>7</sup>

Πολλές φορές, κατά την εκτίμηση των ψυχιατρικών ασθενών, οι επαγγελματίες σε συστήματα υγείας επικεντρώνονται στα άμεσα συμπτώματα του ασθενούς, που παρουσιάζονται δραματικά και απειλητικά για τη ζωή, και παραβλέπουν τα θέματα μητρότητας, που φαίνονται περισσότερο μακρινά. Μια ψυχική νόσος, όμως, μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μελλοντική βίαιη συμπεριφορά και εμπειρικά δεδομένα στηρίζουν το γεγονός ότι μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη γονική ικανότητα,<sup>55,59</sup> παρατήρηση που υποδεικνύει ότι τα θέματα μητρότητας θα πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Από την άλλη πλευρά, η επίδραση της διαταραχής στην ποιότητα της γονικής φροντίδας δεν είναι ομοιόμορφη. Υπάρχουν άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές που λειτουργούν ικανοποιητικά

στο γονικό τους ρόλο.<sup>32</sup> Η εκτίμηση της γονικής ικανότητας των ψυχικά ασθενών δεν είναι εύκολη ούτε σαφής. Σχετίζεται, οπωσδήποτε, με την ύπαρξη άλλων επιβαρυντικών παραγόντων, που πρέπει να συνεκτιμώνται κατά τη λήψη αποφάσεων για θέματα επιμέλειας των παιδιών.

Ο ρόλος τόσο των ιατρικών όσο και των κοινωνικών και νομικών υπηρεσιών είναι σημαντικός, είτε τα παιδιά παραμείνουν στην οικογένεια είτε απομακρυνθούν. Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να αναπτύξουν πολιτικές και διαδικασίες ιδιαίτερα ευαίσθητες στα θέματα των ψυχικά ασθενών μητέρων και των οικογενειών τους.<sup>10</sup> Σε όλες τις περιπτώσεις γονέων με ψυχιατρική συμπτωματολογία που παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς, θα πρέπει να διερευνάται η ποιότητα δεσμού με τα παιδιά τους, οι οικογενειακές σχέσεις και η πιθανή ύπαρξη παιδικής κακοποίησης. Θα πρέπει, επίσης, να διασφαλίζεται η επαρκής αντιμετώπιση τυχόν προ- και περιγεννητικών προβλημάτων των παιδιών τους και να τους παρέχεται υποστήριξη, ενημέρωση και βοήθεια στον οικογενειακό προγραμματισμό. Η εκπαίδευση των ασθενών μητέρων σε θέματα γονικής φροντίδας θα πρέπει να ενσωματωθεί στα προγράμματα κοινωνικής αποκατάστασης.<sup>9,59</sup> Επίσης, θα πρέπει να παρέχεται η κατάλληλη ψυχοεκπαίδευση, ώστε οι μητέρες να είναι σε θέση, όσο μπορούν, να αναγνωρίζουν έγκαιρα την υποτροπή ή την έξαρση των συμπτωμάτων τους και να έχουν ένα σχεδιασμό, όσον αφορά στη φροντίδα των παιδιών τους, σε περίπτωση υποτροπής και εισαγωγής τους σε νοσοκομείο.<sup>56</sup>

Όταν υπάρχει υποψία παιδοκτονικού ιδεασμού ή αδυναμία παροχής επαρκούς φροντίδας προς το παιδί, ο γονέας θα πρέπει να απομακρύνεται προσωρινά από αυτό, είτε με νοσηλεία είτε με ανάθεση της φροντίδας του παιδιού σε συγγενικά πρόσωπα, ώστε να εξασφαλιστεί η δική του φροντίδα αφενός, αλλά και να ανακουφιστεί η μητέρα αφετέρου. Στις περιπτώσεις απομάκρυνσης των παιδιών από τις μητέρες, η συγκεκριμένη απώλεια θα χρειαστεί πιθανόν να γίνει θέμα στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία.<sup>56</sup> Κατά τον ίδιο τρόπο θα πρέπει να αντιμετωπίζονται συναισθήματα θλίψης, ενοχής και πένθους σε παιδοκτόνες μητέρες.

Παράλληλα, θα πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες παροχής σαφούς και δομημένης υποστήριξης των πατρικών οικογενειών και άλλων ατόμων που βοηθούν στη φροντίδα των παιδιών ψυχικά ασθενών μητέρων. Πολλές φορές, οι γυναίκες αυτές δυσκολεύονται να διατηρήσουν θετικές σχέσεις με την οικογένεια ή να δημιουργήσουν νέες σχέσεις με το κοινωνικό περιβάλλον, από τις οποίες να αντλήσουν στήριξη και ενεργό βοή-

θεια.<sup>61</sup> Θα πρέπει, επομένως, να ενισχύεται η προσπάθειά τους για διατήρηση θετικών οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων. Παράλληλα, θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται οι δυσκολίες των πατρικών οικογενειών τους, που συχνά βιώνουν εξουθένωση (burn out), τόσο λόγω της ψυχικής νόσου του παιδιού τους, όσο και λόγω της επιπλέον φροντίδας του εγγονιού.<sup>61</sup>

Η αντιμετώπιση του φαινομένου της παιδοκτονίας απαιτεί, τέλος, τη διεπιστημονική συνεργασία γιατρών άλλων ειδικοτήτων. Οι γυναικολόγοι και οι παιδίατροι, που έχουν την κύρια φροντίδα των εγκύων και των νεαρών μητέρων, θα πρέπει να είναι ενήμεροι, ώστε να αναγνωρίζουν τυχόν ψυχολογικές δυσκολίες και να παραπέμπουν κατάλληλα τη μητέρα.<sup>13</sup> Το ιστορικό κατάθλιψης, η έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου και η αμφιθυμία σε σχέση με την εγκυμοσύνη είναι παράγοντες που θα πρέπει να διερευνώνται, αφού σχετίζονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Δεδομένου ότι η εγκυμοσύνη και η περιγεννητική περίοδος επιφέρουν τεράστιες βιολογικές αλλαγές στις γυναίκες και στη φάση αυτή αυξάνει η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών,<sup>62</sup> πολλές δυτικές χώρες έχουν αναπτύξει νομοθεσία κατά της νεογονοκτονίας, με προγράμματα επιτήρησης και παροχής ψυχιατρικής βοήθειας, κατόπιν δικαστικής εντολής, σε ψυχικά ασθενείς μητέρες.<sup>28</sup>

Μητέρες με επιλόχειες ψυχικές διαταραχές είναι απαραίτητο να βρίσκονται υπό συνεχή επιτήρηση για την πρόληψη αυτο- και παιδοκτονίας. Καλύτερα αποτελέσματα αναφέρονται με τη νοσηλεία σε μονάδες μητέρας-παιδιού, όπου προσφέρονται τα πλεονεκτήματα της κλειστής μονάδας σε συνδυασμό με τη διαφύλαξη του δεσμού μητέρας-παιδιού.<sup>12,63</sup> Βοηθητικός είναι ο θεσμός της λοχείας στην Ελλάδα, καθώς και σε άλλες χώρες,<sup>54</sup> σύμφωνα με τον οποίο η μητέρα δεν βγαίνει από το σπίτι για 40 ημέρες και έχει κάποιο δικό της άτομο, συνήθως τη μητέρα της, για βοήθεια. Έτσι, προστατεύονται οι μητέρες σε αυτή την ιδιαίτερα δύσκολη περίοδο.

Οπωσδήποτε, η πρόληψη θα βασιστεί στη σωστή διάγνωση των περιπτώσεων παιδοκτονίας. Περιπτώσεις ΣΑΘΝ γονέων που παρουσιάζουν στο ιστορικό τους επιλόχεια κατάθλιψη, διαταραχές υπόκρισης, σύνδρομο Münchausen δι' αντιπροσώπου ή χρήση ουσιών θα πρέπει να διερευνώνται για πιθανή παιδοκτονία. Επίσης ύποπτες είναι οι περιπτώσεις όπου υπάρχουν πολλαπλοί θάνατοι νεογνών στην οικογένεια.<sup>24</sup> Η διερεύνηση των επεισοδίων αυτών κρίνεται αναγκαία, ώστε να αποφευχθεί η επανάληψη της παιδοκτονικής συμπεριφοράς προς άλλο παιδί.



#### 4.2. Πρόληψη των προβλημάτων μητρικής φροντίδας σε κοινωνικά επιβαρυνόμενες ομάδες

Η διαπίστωση σωματικής κακοποίησης μπορεί να αποτελέσει πρώιμο προειδοποιητικό σημείο ενός επακόλουθου επεισοδίου θανατηφόρας κακοποίησης.<sup>18</sup> Η πρόληψη της παιδοκτονίας, επομένως, θα πρέπει να ξεκινά από την καταπολέμηση της κακοποίησης. Η διάγνωση, σε όσο το δυνατό νωρίτερα στάδια, είναι σημαντική, αφού με την έγκαιρη στήριξη των γονέων μπορεί να προληφθούν ακραία φαινόμενα κακοποίησης και να αποφευχθεί παράλληλα ο κοινωνικός στιγματισμός της οικογένειας, οι καταγγελίες και η απομάκρυνση του παιδιού από το περιβάλλον του.<sup>38,43</sup>

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες πρόβλεψης της επικινδυνότητας για κακοποίηση με τη χρήση μοντέλων εκτίμησης και τη δημιουργία κλιμάκων χαρακτηριστικών υψηλού κινδύνου.<sup>32,38,41,43,45,64,65</sup> Η αξιολόγησή τους άλλοτε είναι θετική και άλλοτε επισύρει αμφισβήτηση σε σχέση με την αξιοπιστία τους και δεοντολογικούς προβληματισμούς για τις περιπτώσεις κατάχρησης κατά την εφαρμογή τους.<sup>41,64,65</sup> Οποσδήποτε, η πρόβλεψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι ανέφικτη, δεδομένου ότι όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους καθώς και με πιθανούς άλλους, ιδιαίτερους σε κάθε οικογένεια, ή και με τυχαία γεγονότα και πάντοτε σε διαφορετικό βαθμό. Το αποτέλεσμα είναι να δημιουργείται τέτοια πολυπλοκότητα στο φαινόμενο, ώστε η πρόβλεψη να ανήκει μάλλον στη σφαίρα της «παντοδυναμίας» του θεραπευτή ή του συστήματος. Παρόλα αυτά, κάποια πρότυπα έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται. Έτσι, οι προσπάθειες πρώιμου εντοπισμού οικογενειών που θα παρουσιάσουν κακοποίηση έχουν συχνά θετικά αποτελέσματα, όπως φάνηκε από την ικανοποιητική διακριτική ικανότητα που παρουσίασε η προοπτική εφαρμογή τέτοιας κλίμακας από τον Browne (1993). Ο ίδιος ερευνητής, βεβαίως, σημειώνει την αναγκαιότητα συνδυασμού της εφαρμογής της κλίμακας με κλινική εκτίμηση, ώστε να επιβεβαιώνεται η διάγνωση και να αποφεύγεται ο στιγματισμός οικογενειών που ανήκουν στο φάσμα των «ψευδώς θετικών» αποτελεσμάτων.<sup>65</sup>

Επίσης, βασικοί παράγοντες που ευθύνονται για την πλημμελή εκτίμηση της επικινδυνότητας για κακοποίηση είναι η αποτυχία αναγνώρισης των κακώσεων ή διάγνωσης της κακοποίησης ως αιτίας των παρατηρούμενων κακώσεων και η αποτυχία αναφοράς της περίπτωσης σε κατάλληλη υπηρεσία.<sup>66</sup> Έχει υποστηριχθεί, ακόμα, ότι η διαγνωστική αδυναμία οφείλεται στην ανακρίβεια των δεδομένων, λόγω έλλειψης στοιχείων κατά τη διερεύνηση της αιτίας θανάτου του παιδιού και τη σύ-

ναξη πιστοποιητικών και αστυνομικών δελτίων.<sup>9</sup> Επιβαρυντική είναι, τέλος, και η απουσία εθνικού συστήματος ανασκόπησης των παιδοκτονιών και κατάταξης αυτών σε κακοποίηση ή όχι.<sup>9</sup> Η αναβάθμιση του συστήματος κεντρικής καταγραφής των θανάτων και σύνταξης των πιστοποιητικών μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανοήση, στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου και στην πρόληψη των περιστατικών παιδοκτονίας.

Γενικά, απαιτείται συνεργασία των κοινωνικών και νομικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες υγείας για την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου. Παράλληλα, θα πρέπει να εκπαιδευτούν ειδικοί επαγγελματίες και να σχεδιαστούν στρατηγικές παρέμβασης.<sup>67</sup> Οι επιβαρυνόμενες ομάδες θα πρέπει να γίνουν στόχος ιδιαίτερων παρεμβάσεων πρόληψης με επισκέψεις στα σπίτια.

Επίσης, η ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης και σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης προς εφήβους, οι οποίοι πρέπει να ενθαρρύνονται στην ολοκλήρωση της μέσης εκπαίδευσης και την αποφυγή χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών, μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο πρώιμης και ανεπιθύμητης κύησης. Σημαντική είναι η έγκαιρη αναγνώριση της εγκυμοσύνης εφήβων κοριτσιών, ώστε να τους παρασχεθεί προ- και περιγεννητική φροντίδα, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη. Η διερεύνηση του ενδεχομένου εγκυμοσύνης δεν πρέπει να βασίζεται μόνο στο ιστορικό σεξουαλικής επαφής και εμμήνου ρύσεως, αλλά σε διακριτική συνέντευξη, κλινική εξέταση και παρακλινικές εξετάσεις, ώστε οι ανεπιθύμητες και κρυφές εγκυμοσύνες να γίνονται έγκαιρα αντιληπτές.

Η διάγνωση των περιστατικών κακοποίησης ή παιδοκτονίας θα πρέπει να βασίζεται στη λεπτομερή εξέταση της ψυχικής κατάστασης του φερόμενου ως δράστη, στην προσεκτική λήψη οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού, στην αυτοψία του χώρου, αν πρόκειται για θάνατο, και τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων, καθώς και στη διερεύνηση κάθε είδους τραύματος ή σημαδιού που μπορεί να υποδηλώνει κακοποίηση στο παιδί.

Μετά την αποκάλυψη ενός περιστατικού κακοποίησης, η ουσιαστική αντιμετώπιση είναι σημαντική, προκειμένου να προληφθεί η μοιραία επανάληψή του στο ίδιο ή σε άλλο παιδί της οικογένειας. Η εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος για το παιδί αποτελεί άμεση προτεραιότητα. Για την απομάκρυνση του παιδιού από την οικογένεια ή του δράστη της κακοποίησης από το παιδί απαιτούνται μια σειρά παρεμβάσεων με διοικητικό περιεχόμενο, οι οποίες βασίζονται σε εκτιμήσεις και γνωματεύσεις ειδικών σε θέματα ψυχικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Συχνά, όμως, η εμπλοκή αυτών των επαγγελματιών παρεμποδίζεται από τον εκφοβισμό που

ασκούν οι γονείς, την αυξημένη για το συγκεκριμένο χώρο επαγγελματική εξουθένωση (burn out), καθώς και την αρνητική κριτική ή τις κατηγορίες που τους αποδίδονται από την κοινή γνώμη, όταν η εξέλιξη των καταστάσεων είναι αρνητική.<sup>41</sup> Οι συναισθηματικές αντιδράσεις των επαγγελματιών στη βία μπορεί να οδηγήσουν στο φαινόμενο που είναι γνωστό ως «παράλυση στη διαγνωστική διαδικασία», αφού είναι δυνατό να παραμελείται το συμφέρον της οικογένειας μπροστά στον άμεσο κίνδυνο του συμφέροντος/επιβίωσης του επαγγελματία.<sup>41</sup> Οι Αγάθωνος και συν τονίζουν ότι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, κατά την εκτίμηση της επικινδυνότητας μιας οικογένειας, οι συναισθηματικές αντιδράσεις που προκαλούνται στους επαγγελματίες των κοινωνικών υπηρεσιών, στην επαφή τους μαζί της. Έτσι, η επισήμανση κακών συνθηκών διαβίωσης της οικογένειας και τα συναισθήματα ανησυχίας που τους προκαλούνται όταν εκτιμούν την οικογένεια ή ο φόβος που οι γονείς τους εμπνέουν, είναι συχνά δείκτες κινδύνου.<sup>41</sup>

Η παρέμβαση, οπωσδήποτε, δεν πρέπει να σταματά με την –ούτως ή άλλως δύσκολη– απομάκρυνση του παιδιού, αλλά συνεχίζεται με τη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος της οικογένειας. Στην Ελλάδα, η διάσταση αυτή συχνά παραβλέπεται, με αποτέλεσμα πολλά παιδιά να παραμένουν σε ιδρύματα. Πρόκειται για την κλασική πολιτική του συστήματος των περασμένων δεκαετιών, σύμφωνα με την οποία θεωρείται ότι το κράτος παρέχει το καλύτερο δυνατό πλαίσιο ασφάλειας για ένα παιδί.<sup>41</sup> Μια μετάβαση σε πλέον σύγχρονες πρακτικές απαιτεί εναλλακτικού τύπου παρεμβάσεις, που θα στοχεύουν στην άμεση διερεύνηση της επικινδυνότητας και τη θεραπευτική αντιμετώπιση του προβλήματος, ώστε το παιδί να παραμένει ή να επιστρέφει σύντομα στην οικογένεια.<sup>32,41</sup>

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δίνεται στην προσέγγιση πατέρα και υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, όπου συνήθως πρακτική είναι να αναλαμβάνει η μητέρα θέματα θεραπείας παιδιών και οικογένειας γενικότερα.<sup>41</sup> Δεδομένου ότι ο πατέρας συμμετέχει στο δυσλειτουργικό οικογενειακό σύστημα και συχνά είναι δράστης κακοποίησης, η μη επαφή του με τις υπηρεσίες τον αποκλείει από τις θεραπευτικές δυνατότητες, ενώ συχνά δέχεται τις κυρώσεις του συστήματος και στερείται των παιδιών του. Στην Ελλάδα, σημαντική συμμετοχή στην ανατροφή του παιδιού έχει, επίσης, το ευρύτερο οικογενειακό υποστηρικτικό σύστημα. Η ενθάρρυνση της συμμετοχής αυτής, σε συνδυασμό με την κοινωνική υποστήριξη, μπορεί να ανακουφίσει οικογένειες υψηλού κινδύνου. Ο ρόλος της ευρύτερης οικογένειας, βέβαια, θα πρέπει να εκτιμηθεί, δεδομένου ότι το σύστημα αυτό δεν λειτουργεί πάντοτε θετικά.<sup>43,61</sup>

Η ενδυνάμωση του συστήματος παιδικής προστασίας με τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων, η έμφαση στην αντιμετώπιση των οικογενειακών προβλημάτων, οξέων και χρόνιων, η διά βίου επιμόρφωση των επαγγελματιών, η σωστή εκτίμηση της επικινδυνότητας του οικογενειακού περιβάλλοντος και η ανάπτυξη περισσότερο ευέλικτων δομών ανάθεσης της αναδοχής και της υιοθεσίας των κακοποιημένων παιδιών είναι απαραίτητα στοιχεία για την αντιμετώπιση της κακοποίησης και των φαινομένων παιδοκτονίας. Μελέτες στις τελευταίες δεκαετίες αποκαλύπτουν ότι μεγαλύτερα ποσοστά δραστηλών έχουν έρθει σε επαφή με υπηρεσίες σχετικές με κακοποίηση/παραμέληση, σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες.<sup>17,19,20,39</sup> Η βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών παιδικής προστασίας και στη χώρα μας θα μπορούσε να δράσει προληπτικά για την παιδοκτονία.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα προκύπτουν σοβαρές δυσκολίες για την ανίχνευση των οικογενειών υψηλού κινδύνου και τη διάγνωση της κακοποίησης. Στη δυσκολία αυτή συμβάλλει η έλλειψη τομεοποίησης, η ελλιπής ενημέρωση γιατρών και νοσηλευτών σε θέματα κακοποίησης και η απροθυμία τους να καταγγείλουν ύποπτα περιστατικά και να εμπλακούν στη συνέχεια σε δικαστικές διαμάχες.<sup>43</sup> Μια διέξοδος από το πρόβλημα αυτό θα μπορούσε να είναι η καθιέρωση του συστήματος υποχρεωτικής αναφοράς κάθε επεισοδίου ύποπτου κακοποίησης. Επίσης, σημαντική είναι η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης ως προς την καταγγελία υπόπτων για κακοποίηση και των αρχών ως προς τη λεπτομερή διερεύνηση, κυρίως του οικογενειακού περιβάλλοντος, όταν αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο παιδοκτονίας. Παρά την απροθυμία της κοινής γνώμης να υποψιαστεί ένα γονέα ως δράστη παιδοκτονίας, τα δεδομένα δυστυχώς παρουσιάζονται αμείλικτα.

Ακόμη και αν παρακαμφθούν οι ανωτέρω δυσκολίες, παραμένει η δυσκολία παρέμβασης, η οποία σχετίζεται με τη γενικότερη αντίληψη που κυριαρχεί στην Ελλάδα, δηλαδή κατά πόσο το κράτος μπορεί να παρεμβαίνει στην ιδιωτική ζωή των πολιτών. Οι Έλληνες θεωρούν ότι τα παιδιά αποτελούν μέρος της ιδιωτικής τους ζωής, είναι δικά τους και όχι του κράτους. Με τις ιδέες αυτές ως κυρίαρχες, δύσκολα συνεργάζονται και ακόμη πιο δύσκολα δέχονται βοήθεια από κοινωνικές υπηρεσίες. Οι επισκέψεις στα σπίτια των κοινωνικών λειτουργών και των ιατρικών επισκεπτών μπορεί να οδηγήσουν σε στιγματισμό της οικογένειας σε ένα τέτοιο πολιτισμικό πλαίσιο. Οι λέξεις «κοινωνική πρόνοια» καθεαυτές συχνά δεν νχούν στους πολίτες ως ενεργός βοήθεια αλλά ως οίκτος και περιθωριοποίηση. Θα πρέπει να προταθεί

και να καλλιεργηθεί η έννοια του κράτους που φροντίζει, ώστε να αποφευχθούν ακραία φαινόμενα όπως η παιδοκτονία στο όνομα της ιδιωτικής ζωής και των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Η διαχωριστική γραμμή είναι πολύ λεπτή και εύθραυστη, όσο και η παιδική ζωή.

#### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Ευχαριστούμε τον Αναπληρωτή Καθηγητή Θανάση Καράβατο για την αμέριστη βοήθειά του στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.*

#### ABSTRACT

##### Child homicide: Contemporary data

I. SAVVIDOU, V.P. BOZIKAS

*1st Department of Psychiatry, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece*

*Archives of Hellenic Medicine 2003, 20(5):484-496*

This paper reviews epidemiological and psychopathological data concerning people who have committed child homicide, with a view to identifying the risk factors for child abuse and homicide, such as familial stressful conditions and violence. The relationship of child homicide with abuse/neglect, and the perpetrator's mental status are also reviewed, especially in the cases when parents are the perpetrators. Psychiatric parental history, socio-economic factors (such as unmarried, poorly educated, young mothers, especially adolescents, with low income, without a supportive environment and with a violent husband or partner), difficult temperament of the infant and the problems of mother-child attachment, are the main factors put infants at high risk for abuse. The development of specific abuse and infanticide prevention strategies, through a multidisciplinary scientific collaboration, are proposed which could lead to the amelioration of stressful conditions in families at high risk for child abuse.

**Key words:** Abuse, Child homicide, Filicide, Neonaticide

#### Βιβλιογραφία

1. DEMAUSE L. Η εξέλιξη της παιδικής ηλικίας. Στο: DeMause L (ed) *Η ιστορία της παιδικής ηλικίας (The History of Childhood)* (μετάφραση στα ελληνικά: Κωστελένος Δ). The Psychohistory Press, New York (για την ελληνική γλώσσα Εκδ. Γλάρος), 1974:11-102
2. STANTON J, SIMPSON A, WOULDLES T. A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Negl* 2000, 24:1451-1460
3. JASON J, GILLILAND JC, TYLER CW. Homicide as a cause of pediatric mortality in the United States. *Pediatrics* 1983, 72:191-196
4. HOBBS CJ, HANKS HGI, WYNNE JM. Child abuse and neglect – a historical perspective. In: Hanks HTI, Wynne JM, Hobbs CJ, Hanks HGI (eds) *Child abuse and neglect—a clinician's handbook*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1993:9-16
5. LAZORITZ S. Whatever happened to Mary Ellen? *Child Abuse Negl* 1990, 14:143-149
6. McCLAIN PW, SACKS JJ, FROEHLKE RG, EWIGMAN BG. Estimates of fatal child abuse and neglect, United States, 1979 through 1988. *Pediatrics* 1993, 91:338-343
7. YAMAUCHI M, USAMI S, IKEDA R, ECHIZEN N, YOSHIOKA N. Medico-legal studies on infanticide: Statistics and a case of repeated neonaticide. *Forensic Sci Int* 2000, 113:205-208
8. BERGMAN AB, LARSEN RM, MUELLER BA. Changing spectrum of serious child abuse. *Pediatrics* 1986, 77:113-116
9. HERMAN-GIDDENS ME, BROWN G, VERBIEST S, CARLSON PJ, HOOTEN EG, HOWELL E ET AL. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA* 1999, 282:463-467
10. OVERPECK MD, BRENNER RA, TRUMBLE AC, TRIFILETTI LB, BERENDES HW. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med* 1998, 339:1211-1216
11. D'ORBAN PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979, 134:560-571
12. BROCKINGTON I. *Motherhood and mental health*. Oxford University Press, Oxford, 1996
13. WISSOW LS. Infanticide. *N Engl J Med* 1998, 339:1239-1241
14. KRUGMAN RD. The battered child at thirty: What can be learned from Saul Krugman at eighty? *Pediatrics* 1992, 90:154-156
15. TROCME N, LINDSEY D. What can homicide rates tell us about the effectiveness of child welfare services? *Child Abuse Negl* 1996, 20:171-184
16. SABOTTA EE, DAVIS RL. Fatality after report to a child abuse registry in Washington State, 1973-1986. *Child Abuse Negl* 1992, 16:627-635

17. LUCAS DR, WEZNER KC, MILNER JS, McCANNE TR, HARRIS IN, MONROE-POSEY C ET AL. Victim, perpetrator, family, and incident characteristics of infant and child homicide in the United States Air Force. *Child Abuse Negl* 2002, 26:167–186
18. DE SILVA S, OATES RK. Child homicide – the extreme of child abuse. *Med J Aust* 1993, 158:300–301
19. HARGRAVE DR, WARNER DP. A study of child homicide over two decades. *Med Sci Law* 1992, 32:247–250
20. HICKS RA, GAUGHAN DC. Understanding fatal child abuse. *Child Abuse Negl* 1995, 19:855–863
21. JASON J. Child homicide spectrum. *Am J Dis Child* 1983, 137:578–581
22. SHOWERS J, APOLO J. Criminal disposition of persons involved in 72 cases of fatal child abuse. *Med Sci Law* 1986, 26:243–247
23. ASCH SS. Crib deaths: their possible relationship to postpartum depression and infanticide. *Mt Sinai Hosp NY* 1968, 35:214–220
24. EMERY JL. Families in which two or more cot deaths have occurred. *Lancet* 1986, 8476:313–315
25. MEADOW R. Recurrent cot death and suffocation. *Arch Dis Child* 1989, 64:179–180
26. CHEUNG PTK. Maternal filicide in Hong Kong, 1971–1985. *Med Sci Law* 1986, 26:185–192
27. MENDLOWICZ MV, JEAN-LOUIS G, GEKKER M, RAPAPORT MH. Neonaticide in the city of Rio de Janeiro: Forensic and psychological perspectives. *J Forensic Sci* 1999, 44:741–745
28. SPINELLI MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001, 158:811–813
29. BONNET C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl* 1993, 17:501–513
30. BROZOVSKY M, FALIT H. Neonaticide: clinical and psychodynamic considerations. *J Am Acad Child Psychiatry* 1971, 10:673–683
31. FINNEGAN P, MCKINSTRY E, ROBINSON GE. Denial of pregnancy and childbirth. *Can J Psychiatry* 1982, 27:672–674
32. JACOBSEN T, MILLER JL. Mentally ill mothers who have killed: Three cases addressing the issue of future parenting capability. *Psychiatr Serv* 1998, 49:650–657
33. MARKS MN. Characteristics and causes of infanticide in Britain. *Int Rev Psychiatry* 1996, 8:99–106
34. BROWN E, BARGLOW P. Pseudocyesis: A paradigm for psychophysiological interactions. *Arch Gen Psychiatry* 1971, 24:221–229
35. SCOTT PD. Fatal battered baby cases. *Med Sci Law* 1973, 13:197–206
36. STEELE BF. Psychodynamic factors in child abuse. In: Helfer RE, Kempe CH (eds) *The battered child*. 3rd ed. University of Chicago Press, Chicago, 1987:81–114
37. JASON J, ANDERECK ND. Fatal child abuse in Georgia: The epidemiology of severe physical child abuse. *Child Abuse Negl* 1983, 7:1–9
38. ΑΓΑΘΩΝΟΣ-ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΜΑΡΑΓΚΟΣ Χ, ΒΡΩΝΕ Κ, ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Ε. Παράγοντες υψηλού κινδύνου για κακοποίηση-παραμέληση παιδιών: Η συμβολή τους στη δευτερογενή πρόληψη. *Παιδιατρική* 1996, 59:428–439
39. ANDERSON R, AMBROSINO R, VALENTINE D, LAUDERDALE M. Child deaths attributed to abuse and neglect: an empirical study. *Child Youth Serv Rev* 1983, 5:75–89
40. FINKELHOR D, DZUIBA-LEATHERMAN J. Victimization of children. *Am J Psychol* 1994, 49:173–183
41. ΑΓΑΘΩΝΟΣ Ε, ΣΚΟΥΜΠΟΥΡΔΗ Α, ΣΑΡΑΦΙΔΟΥ Ε. Εντοπισμός της γονεϊκής επικινδυνότητας για κακοποίηση του παιδιού: εξειδικευμένη συλλογή και αξιολόγηση πληροφοριών. *Παιδί και Έφηβος, Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία* 2001, 3:23–51
42. BENEDICT M, WHITE R. Selected perinatal factors and child abuse. *Am J Public Health* 1985, 75:780–781
43. AGATHONOS-GEORGOPOULOU H, BROWNE KO. The prediction of child maltreatment in Greek families. *Child Abuse Negl* 1997, 21:721–735
44. ΑΓΑΘΩΝΟΣ Ε, ΣΤΑΘΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν, ΝΑΚΟΥ Σ, ΑΔΑΜ Ε, ΜΑΡΑΓΚΟΣ Χ. Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών: Ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 1984, 1:29–35
45. BROWNE KD, SAQI S. Approaches to screening for child abuse and neglect. In: Browne K, Davies C, Stratton P (eds) *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester, UK, Wiley, 1988:57–85
46. KORBIN JE. Incarcerated mothers' perceptions and interpretations of their fatally maltreated children. *Child Abuse Negl* 1987, 11:397–407
47. MARKS MN, KUMAR R. Infanticide in England and Wales. *Med Sci Law* 1993, 33:329–339
48. PRITCHARD C, BAGLEY C. Suicide and murder in child murderers and child sexual abusers. *J Forensic Psychiatry* 2001, 12:269–286
49. RODENBURG M. Child murder by depressed parents. *Can Psychiatr Assoc J* 1971, 16:41–48
50. KOKKEVI A, AGATHONOS H. Intelligence and personality profile of battering parents in Greece: A comparative study. *Child Abuse Negl* 1987, 11:93–99
51. TSIANTIS J, KOKKEVI A, AGATHONOS-MAROYLIS E. Parents of abused children in Greece: Psychiatric and psychological characteristics. Results of a pilot study. *Child Abuse Negl* 1981, 5:281–285
52. OLIVER JE. Successive generations of child maltreatment: social and medical disorders in parents. *Br J Psychiatry* 1985, 147:484–490
53. BAKER J. Female criminal lunatics. *J Mental Sci* 1902, 48:13–28
54. CHANDRA PS, VENKATASUBRAMANIAN G, THOMAS T. Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 2002, 190:457–461
55. SIMPSON A, STANTON J. Maternal filicide: A reformulation of factors relevant to risk. *Crim Beh Ment Health* 2000, 10:138–149
56. NICHOLSON J, SWEENEY EM, GELLER JL. Mothers with mental illness: I. The competing demands of parenting and living with mental illness. *Psychiatr Serv* 1998, 49:635–642
57. HUSAIN A, DANIEL A. A comparative study of filicidal and abusive mothers. *Can J Psychiatry* 1984, 29:596–598

58. RITSHER JEB, COURSEY RD, FARRELL EW. A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997, 48:1273–1282
59. HALL LA. Prevalence and correlates of depressive symptoms in mothers of young children. *Public Health Nurs* 1990, 7:71–79
60. HENEGHAN AM, SILVER EJ, BAUMAN LJ, WESTBROOK LE, STEIN REK. Depressive symptoms in inner-city mothers of young children: Who is at risk? *Pediatrics* 1998, 102:1394–1400
61. NICHOLSON J, SWEENEY EM, GELLER JL. Mothers with mental illness. II. Family relationships and the context of parenting. *Psychiatr Serv* 1998, 49:643–649
62. KENDELL RE, CHALMERS JC, PLATZ C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987, 150:662–673
63. WISNER KL, JENNINGS KD, CONLEY B. Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. *Int J Psychiatry Med* 1996, 26:479–493
64. ENGLISH DJ, PECORA PJ. Risk assessment as a practice method in child protective services. *Child Welfare* 1994, 73:451–473
65. BROWNE KD. Home visitation and child abuse: The British experience. *Advisor* 1993, 6:11–31
66. PARKE RD, LEWIS NG. The family in context: A multilevel international analysis of child abuse. In: Henderson RW (ed) *Parent-child interaction – Theory research prospects*. Academic Press, New York, 1981:237–249
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Risk approach for maternal and child health care. WHO offset publication No 39, Geneva, Switzerland, WHO, 1978

*Corresponding author:*

I. Savvidou, 19 Iatrou Magou street, GR-581 00 Giannitsa, Greece  
e-mail: vpbozikas@oneway.gr