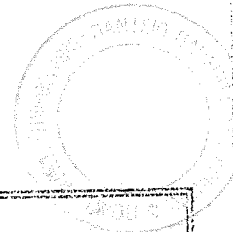


ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Διατμηματικό Π.Μ.Σ.  
*Κοινωνικός Αποκλεισμός και Μειονότητες*

Τμήμα Κοινωνιολογίας σε συνεργασία με το Τμήμα Ψυχολογίας

Κατεύθυνση: Ψυχολογίας



Διπλωματική εργασία με θέμα:

*Ενδοοικογενειακή Κακοποίηση των παιδιών:  
Ψυχολογικές διαστάσεις και τρόποι αντιμετώπισης*

Καλλονάκη Ευαγγελία

Μέλη Τομελούς Επιτροπής

Επιβλέπουσα Επίκουρη Καθηγήτρια:  
Αρτινοπούλου Βάσω

Καθηγητής: Μαγγανός Αντώνης  
Καθηγητής: Φαρσεδάκης Ιάκωβος

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2000

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σ. 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σ. 6
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:	
<del>ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΥΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ</del>	<del>σ. 9</del>
A. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	σ. 9
<u>1. Σωματική κακοποίηση</u>	σ. 9
<u>2. Σεξουαλική κακοποίηση/παραβίαση – αιμομιξία</u>	σ. 12
B. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (RISK FACTORS)	σ. 18
<u>1. Ενδείξεις παιδικής κακοποίησης</u>	σ. 18
1.1. Σωματική Κακοποίηση	σ. 18
1.2. Σεξουαλική Κακοποίηση	σ. 22
<u>2. Παράγοντες κινδύνου (risk factors)</u>	σ. 28
Γ. ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ	σ. 43
Δ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ	σ. 65

**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:**

\* **ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ**

σ. 86

**Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

σ. 86

\* **Β. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ  
ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ/ΕΙΔΙΚΩΝ**

σ. 89

**Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ**

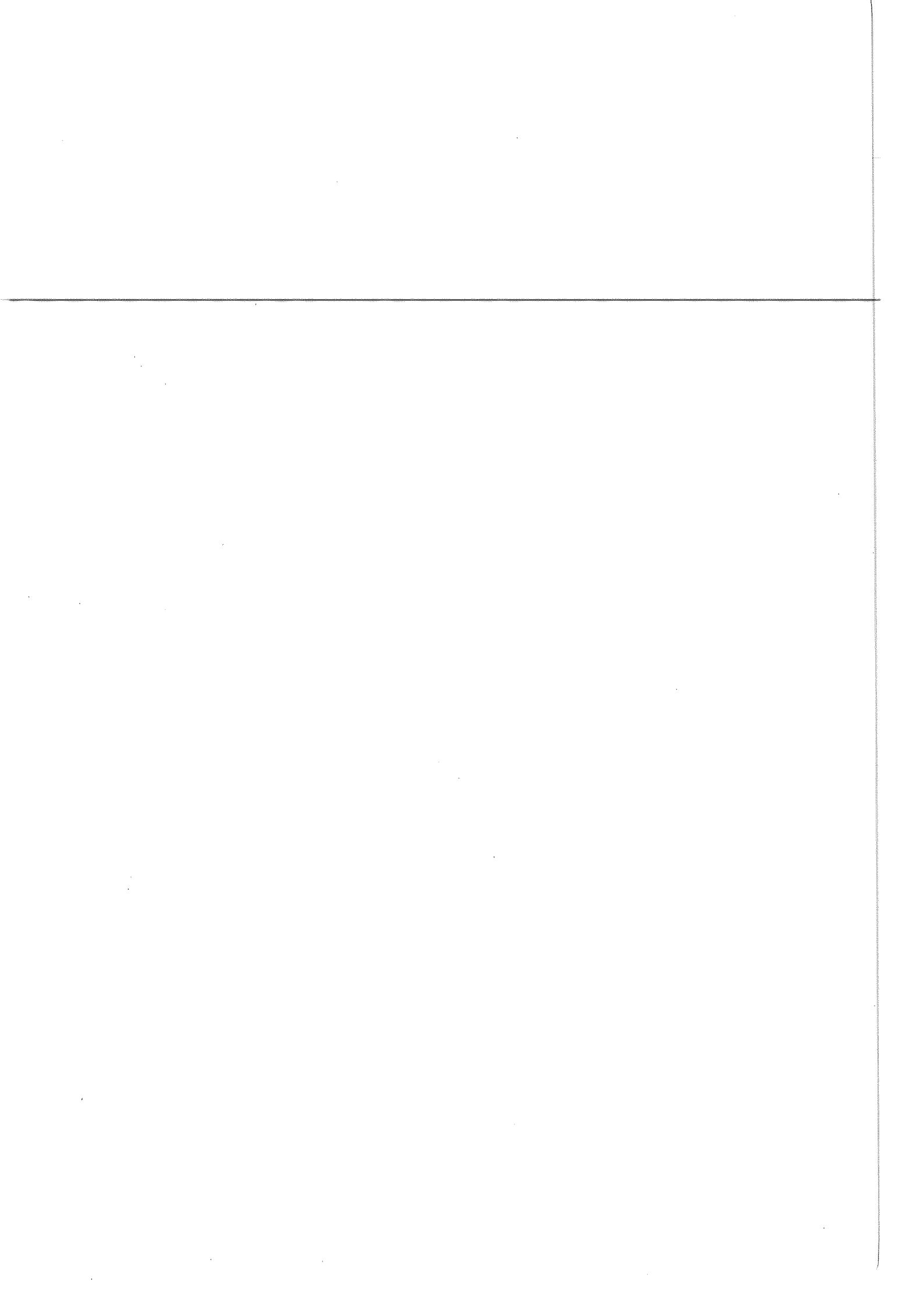
σ. 114

\* **ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

σ. 124

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

σ. 127





## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ενδοοικογενειακή κακοποίηση του παιδιού – σωματική ή/και σεξουαλική – αποτελεί φαινόμενο παγκόσμιο, διαγενεαλογικό, διαταξικό, πολυπαραγοντικό και διαχρονικό.

Οι ορισμοί, οι οποίοι κατά καιρούς έχουν δοθεί στο φαινόμενο, είναι πολυάριθμοι και ποικίλοι και έχουν συμβάλει σημαντικά στην περαιτέρω διερεύνησή του.

Εκτός από τους ορισμούς, υπάρχει ένα εύρος ενδεικτικών χαρακτηριστικών σχετικών τόσο με την εμφάνιση (π.χ. κακώσεις), όσο και με την συμπεριφορά του παιδιού, που συντελούν στην διαγνωστική εκτίμηση και στην πιο ολοκληρωμένη αναγνώριση του προβλήματος.

Επίσης, μια σειρά ερευνητικών ευρημάτων αναφέρεται σε παράγοντες “υψηλού κινδύνου”, δηλαδή σε χαρακτηριστικά των γονέων, του παιδιού και των κοινωνικών συνθηκών τα οποία θεωρούνται περισσότερο υπεύθυνα για την εμφάνιση του φαινομένου, επειδή διαταράσσουν τις δυναμικές της οικογένειας και την καθιστούν ευάλωτη στην άσκηση βίας προς το παιδί – μέλος (ή τα παιδιά – μέλη). Τέτοιοι παράγοντες είναι: α) όσον αφορά τους γονείς, ψυχικές διαταραχές, αλκοολισμός, κ.λ.π., β) όσον αφορά το παιδί, νοητικές και αναπτυξιακές δυσκολίες/αναπηρίες, κ.λ.π., γ) όσον αφορά τις κοινωνικές συνθήκες, κοινωνική απομόνωση της οικογένειας, οικονομική ανέχεια, ανεργία, κ.λ.π.

Συναφής με τους παράγοντες κινδύνου είναι και η διαμόρφωση τύπων και χαρακτηριστικών οικογενειών που ασκούν παιδική κακοποίηση. Τρία βασικά χαρακτηριστικά βίαιων οικογενειών θεωρούνται η συζυγική δυσαρμονία των γονέων, οι κοινωνικοοικονομικοί στρεσογόνοι παράγοντες και φυσικά η κοινωνική απομόνωση της οικογένειας.

Επιπλέον, μια ιδιαίτερα σημαντική διάσταση του φαινομένου αποτελούν οι ψυχολογικές επιπτώσεις της κακοποίησης στο παιδί, στην συναισθηματική, συμπεριφορική και ευρύτερη ψυχοκοινωνική του εξέλιξη και ανάπτυξη. Οι καταθλιπτικές διαταραχές, η επιθετικότητα, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, η αντικοινωνική συμπεριφορά, τα προβλήματα στη σχολική φοίτηση και επίδοση, καθώς και, η επανάληψη και διαγενεαλογική συνέχιση της βίας όταν το κακοποιημένο παιδί έχει πλέον ενηλικιωθεί, έχει δημιουργήσει δική του οικογένεια και έχει αποκτήσει απογόνους, είναι ορισμένες μόνο από τις αρνητικές και δυσάρεστες επιδράσεις της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης.

Τέλος, και με βάση όλα τα παραπάνω, προκύπτει ως μέγιστης σπουδαιότητας η θεραπευτική παρέμβαση και αντιμετώπιση του προβλήματος και η συμβολή και συνεργασία επαγγελματιών/ειδικών από όλα τα πλαίσια τα οποία εμπλέκονται και ασχολούνται με τέτοιες περιπτώσεις, αλλά κυρίως, καθίσταται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης και καθιέρωσης πολιτικών πρόληψης, σε όλες τις χώρες όπου εμφανίζεται το φαινόμενο, προκειμένου να αποφευχθεί η διαιώνισή του.

Λέξεις «κλειδιά»: Ενδοοικογενειακή Βία, Κακοποίηση, Επιπτώσεις, Αντιμετώπιση.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

*«Παιδική κακοποίηση είναι... ο φυσικός/σωματικός και ψυχικός τραυματισμός, η σεξουαλική κακοποίηση, η αμελής μεταχείριση ή κακομεταχείριση ενός παιδιού κάτω των 18 ετών από πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για την πρόνοια του παιδιού, υπό συνθήκες που δείχνουν ότι η υγεία και ευημερία του παιδιού βλάπτονται ή απειλούνται έτσι» (Άρθρο του νόμου για την «Πρόληψη και μεταχείριση της Παιδικής Κακοποίησης της ομοσπονδιακής κυβέρνησης των Η.Π.Α.», Wissow, 1990a, σ. 1, που αναφέρεται στους Giardino P.A, Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 4).*

Ο άνθρωπος, παρά τον ηθικό εξοπλισμό και την κοινωνική συνείδηση που οικοδόμησε τα τελευταία δέκα χιλιάδες χρόνια της μακραίωνης βιολογικής του διαδρομής, εξακολουθεί να διατηρεί σπέρματα του πρωτόγονου ενστίκτου της επικράτησης του ισχυροτέρου.

Το παιδί υπήρξε κι εξακολουθεί να είναι το πρώτο θύμα της πρωτόγονης βίας των μεγάλων. Η φυσική του αδυναμία, εκατομμύρια χρόνια τώρα, το καθιστά εύκολο στόχο. Η κακοποίησή του σωματική, ψυχική, σεξουαλική και η εξίσου κακοποιός παραμέλησή του αποτελούν το πιο μελανό στίγμα της ιστορίας του γένους των ανθρώπων (Ματσανιώτης Ν., 1998, που αναφέρεται στο: "Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού", Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 7).

Η κακομεταχείριση των παιδιών, φαινόμενο τόσο παλαιό – είναι γνωστό από την ελληνική μυθολογία και την αρχαιότητα ("Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού", Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σελ. 11) – όσο και

οικουμενικό (Ματσανιώτης Ν.,1998, στο: “Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σελ. 7), εμφανίζεται τα υψηλότερα ποσοστά συχνότητάς της μέσα στην οικογένεια, από πρόσωπα που έχουν άμεση, γονεϊκή, ή ευρύτερη συγγενική σχέση με το παιδί. Η ιστορική ανασκόπηση δείχνει πως γονείς – κηδεμόνες κάθε πολιτισμικής και εθνικής καταγωγής κακοποιούν τα παιδιά τους, απειλώντας έτσι, τα μάλλα, την υγεία, ανάπτυξη και ευημερία τους (Hobbs, Hanks, & Wynne, 1993a· Korbin, 1987· Lazoritz, 1992· Levinson, 1989· Radbill, 1987· Solomon, 1973, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C., & Giardino R.E., 1997, σ. 1).

Η παιδική κακοποίηση είναι ένα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο με ποικίλες ιατρικές, αναπτυξιακές, ψυχοκοινωνικές και νομικές συνέπειες. Αφορά ενέργειες που διαπράττει ο γονιός/κηδεμόνας, οι οποίες είχαν ή είναι πιθανό να έχουν τραυματικές επιδράσεις στην φυσική/σωματική, εξελικτική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ευεξία του παιδιού (Giardino P.A., Christian W.C., & Giardino R.E., 1997, σ. 3).

Παρά την αυξημένη προσοχή που δίνεται σε αυτό το πρόβλημα από το κοινωνικό πλαίσιο και τους επαγγελματίες ειδικούς, μεγάλος αριθμός παιδιών βρίσκεται πολύ κοντά στον κίνδυνο της ενδοοικογενειακής, και πιο συγκεκριμένα της γονεϊκής κακοποίησης (Giardino P.A., Christian W.C., & Giardino R.E., 1997, σ. 1). Αυτού του είδους η παιδική κακοποίηση, με ειδικότερη αναφορά σε δυο μορφές της, την σωματική και σεξουαλική, αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

Στο Α΄ μέρος θα δοθούν ορισμοί των δύο αυτών μορφών και στη συνέχεια θα γίνει λόγος για ενδείξεις σωματικής και σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης, για παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην ενδοοικογενειακή/γονεϊκή παιδική κακοποίηση. Ακολούθως, θα αναφερθούν τύποι και χαρακτηριστικά οικογενειών στο

πλαίσιο των οποίων ασκείται παιδική κακοποίηση και θα γίνει λόγος για τις επιδράσεις της κακοποίησης στο παιδί (ψυχολογικές, κ.α).

Στο Β΄μέρος της εργασίας θα παρουσιαστούν τρόποι αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης και θα αναφερθεί ο ρόλος των επαγγελματιών/ειδικών που εμπλέκονται και ασχολούνται με το πρόβλημα αυτό. Τέλος, θα γίνει λόγος για τον σχεδιασμό προτάσεων και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, ώστε να τονιστεί η ανά τον κόσμο αναγκαιότητα χάραξης μιας προληπτικής πολιτικής, που θα συμβάλλει στον περιορισμό ή και στην διακοπή διαίωσις του φαινομένου αυτού.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΥΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

#### A. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

##### 1. Σωματική κακοποίηση

Υπάρχει μια ποικιλία ορισμών που έχουν δοθεί κατά καιρούς στην σωματική κακοποίηση του παιδιού. Αναφέρονται μερικοί από αυτούς:

1) “Φυσική/Σωματική κακοποίηση ενός παιδιού είναι πράξη που τελείται από τον γονιό ή πρόσωπο που υποκαθιστά ως κηδεμόνας τον γονιό, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα σωματική βλάβη ή τραυματισμό του παιδιού, ενώ και ο θάνατος μπορεί να προκύψει από την επαναλαμβανόμενη βιαιοπραγία” (Walters, 1975, σ. 27, που αναφέρεται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 8).

2) “Τραυματισμός πρωταρχικά προκαλούμενος από μια πράξη η οποία α) θέτει σε σημαντικό κίνδυνο την ασφάλεια του παιδιού, β) διαταράσσει σε μεγάλο βαθμό τη σωματική λειτουργικότητα του παιδιού, προσωρινά ή μόνιμα, ή γ) συμπληρώνεται από φυσική/σωματική απόδειξη, σε ένα συνεχές πρότυπο ανεξήγητων τραυματισμών” (Νόμος της Pennsylvania για την φυσική κακοποίηση, που αναφέρει ο Ludwig, 1993, σ. 1430, στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 5).

3) “Παιδική κακοποίηση που έχει ως αποτέλεσμα τον φυσικό/σωματικό τραυματισμό, περιλαμβάνοντας κατάγματα, καψίματα, μώλωπες, εκδορές,

κοψίματα, και/ή εσωτερικούς τραυματισμούς. Η σωματική κακοποίηση συμβαίνει συχνά «στο όνομα» της πειθαρχίας και της τιμωρίας, και κυμαίνεται από ένα χαστούκι μέχρι τη χρήση αντικειμένων” (“Εθνικό Κέντρο των Η.Π.Α. για την Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση”, 1988, που αναφέρει ο Ludwig, 1993, σ. 1430, στους Giardino P.A., Christian W.C & Giardino R.E., 1997, σ. 5).

4) “Σωματική κακοποίηση είναι η πρόκληση φυσικής βλάβης μέσω κακόβουλης, σκληρής, ή απάνθρωπης μεταχείρισης. Τιμωρίες που καταλήγουν σε τραυματισμό, δηλ. που αφήνουν εμφανή σημάδια, κατάγματα οστών ή δερματικές κακώσεις ή περιλαμβάνουν πραγματικές ή προσλαμβανόμενες απειλές για την ζωή και την υγεία του παιδιού, θεωρούνται γενικά ως κακοποιητικές (Wissow, L.S., 1990b, σ. 589, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 5).

5) “Η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει κάθε είδους τραυματισμούς ή κακώσεις, διαφορετικής σοβαρότητας και συχνά διαφορετικών ηλικιών, που δεν οφείλονται σε ατυχήματα.. Η κάκωση μπορεί να είναι μία ή πολλές, παρατηρούνται δε συχνότερα στο κεφάλι και στα άκρα του παιδιού, δηλαδή στα ακάλυπτα μέρη του σώματος”. (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού*, 1998, σ. 16).

Κλείνοντας με τους ενδεικτικούς ορισμούς για τη σωματική κακοποίηση, αξίζει να αναφερθεί ότι μόλις το 1962 η σωματική κακοποίηση περιγράφηκε ως ένα σύνδρομο στο χώρο της ιατρικής. Πρώτος ο Αμερικανός παιδίατρος Henry Kempe (1962) στο Denver της πολιτείας Colorado, περιέγραψε ένα σύνδρομο (“The Battered Child Syndrome”, ελληνική μετάφραση “Το σύνδρομο του Χτυπημένου Παιδιού”) που συνδύαζε

χαρακτηριστικές κακώσεις, συνήθως σε διάφορα στάδια επούλωσης, ειδική συμπεριφορά των γονιών ή αυτών που είχαν την αποκλειστική φροντίδα των παιδιών και ειδικές κοινωνικές συνθήκες. (‘‘Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού’’, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 11).

Αρχικά, ο Kempe χρησιμοποίησε τον όρο «χτυπημένο παιδί» σε μια επιστολή του προς την Αμερικάνικη Ακαδημία της Παιδιατρικής, το 1961, για να περιγράψει μικρά παιδιά που ήταν θύματα σοβαρής σωματικής κακοποίησης (Giardino P.A, Christian W.C, Giardino R.E, 1997, σ. 212). Το «σύνδρομο του χτυπημένου παιδιού» θεωρήθηκε ως μια κλινική κατάσταση (με διαγνώσιμα φυσικά και ιατρικά συμπτώματα) προκαλούμενη από την σκόπιμη φυσική/σωματική βιαιοπραγία του γονιού ή κηδεμόνα. {Γενικά, πλέον, ο όρος «χτυπημένο παιδί» περιγράφει ένα παιδί με επαναλαμβανόμενα τραύματα σε πολλαπλά οργανικά συστήματα}.(Giardino P.A, Christian W.C, Giardino R.E, 1997, σ. 21). Ο όρος «σύνδρομο του χτυπημένου παιδιού» έδωσε γρήγορα τη θέση του στους όρους *παιδική κακοποίηση, παιδική κακομεταχείριση, παιδική κακοποίηση και παραμέληση*. (Gelles J.R, & Lancaster B.J, επιμέλεια, *Child Abuse And Neglect*, 1987, σ. 19). Με την δημοσίευση ενός άρθρου για το «σύνδρομο του χτυπημένου παιδιού», ο Kempe και οι συνεργάτες του (1962) προκάλεσαν την οργή της κοινής γνώμης και το ενδιαφέρον των επαγγελματιών/ειδικών για την κακομεταχείριση των παιδιών γενικά, και την σωματική τους κακοποίηση ειδικότερα (Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 3). Επίσης, μέχρι το 1967, και οι 50 πολιτείες των Η.Π.Α. είχαν διαμορφώσει κάποιου είδους νομοθεσία που αφορούσε την παιδική κακομεταχείριση/κακοποίηση (Fontana & Besharon,

1979· Heins, 1984, που αναφέρονται στους Giardino P.A, Christian W.C & Giardino R.E, 1997, σ. 212).

## 2. Σεξουαλική κακοποίηση/παραβίαση – αιμομιξία

Οι ορισμοί για την σεξουαλική κακοποίηση – αιμομιξία είναι εξίσου ποικίλοι και πολυάριθμοι, όπως για τη σωματική κακοποίηση. Αμέσως παρακάτω αναφέρονται ορισμένοι από αυτούς:

1) “Σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού είναι πράξη που τελείται από τον γονιό ή πρόσωπο που υποκαθιστά τον γονιό ως κηδεμόνας, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα την σεξουαλική δραστηριότητα και, πιθανώς, ακόμη και φυσικό τραυματισμό των γεννητικών οργάνων του παιδιού” (Walters, 1975, σ. 29, που αναφέρεται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 8).

2) α. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: “Έκθεση ενός παιδιού σε σεξουαλικό ερεθισμό, ακατάλληλο για την ηλικία του παιδιού, το επίπεδο της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης και το ρόλο του μέσα στην οικογένεια”.

β. ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ: “Σεξουαλική σχέση/συνουσία ή πράξεις παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της κακοποίησης/παρενόχλησης, μεταξύ προσώπων που συνδέονται με συγγένεια εξ’ αίματος, συμπεριλαμβανομένων και των θετών παιδιών” (Schlesinger B., 1982, σ. 11).

3) ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ – ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ: “Σεξουαλική παραβίαση θεωρείται η συμμετοχή ή η έκθεση παιδιών και εφήβων σε πράξεις με σεξουαλικό περιεχόμενο υποκινούμενες από ενήλικα, συνήθως, που έχει σχέση



φροντίδας ή οικειότητας με το παιδί, οι οποίες έχουν ως σκοπό τη σεξουαλική διέγερση ή/και ικανοποίηση του ενήλικα. Χαρακτηριστικά του φαινομένου είναι η ανηλικιότητα του παιδιού, η σχέση εξάρτησης ή εμπιστοσύνης μεταξύ δράστη και θύματος, η έλλειψη συνειδητής κατανόησης της έννοιας και του περιεχομένου της πράξης αυτής, άρα και η έλλειψη συνειδητής συναίνεσης του παιδιού. Οι πράξεις αυτές παραβιάζουν όχι μόνο τον αιμομικτικό φραγμό, αλλά και τις γενικότερες αντιλήψεις της κοινωνίας σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και τα όρια των οικογενειακών ρόλων.

Η σεξουαλική παραβίαση εμπεριέχει διάφορες μορφές με ή χωρίς επαφή, από την έκθεση σε επίδειξη, τις θωπείες και τις ασελγείς πράξεις μέχρι το βιασμό και την αιμομιξία” (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος - Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 17-18).

4) “Η σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται ως η ανάμιξη εξαρτημένων, εξελικτικά ανώριμων παιδιών και εφήβων σε σεξουαλικές δραστηριότητες τις οποίες δεν κατανοούν πραγματικά, και για τις οποίες δεν είναι σε θέση να δώσουν πλήρη συγκατάθεση, ή δραστηριότητες οι οποίες παραβιάζουν τα κοινωνικά ταμπού των οικογενειακών ρόλων. Στις δραστηριότητες αυτές περιλαμβάνονται ο βιασμός, η παιδοφιλία και η αιμομιξία” (Kempfe and Kempfe, 1978 :60, που αναφέρονται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 3).

5) Η Ε. Ελευθερίου αναφέρει τα εξής : “Με τον όρο «σεξουαλική κακοποίηση παιδιού» εννοούμε όλες τις σεξουαλικές σχέσεις, ολοκληρωμένες ή όχι, με ή χωρίς άλλη φυσική/σωματική βία, που συμβαίνουν ανάμεσα σε ένα παιδί και έναν οποιονδήποτε ενήλικα”. Και συνεχίζει : “Αυτό που καθιστά τις

συγκεκριμένες σχέσεις κακοποιητικές είναι η εισβολή της ενήλικης σεξουαλικότητας σε μια ηλικία κατά την οποία το παιδί δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί σωματικά και ψυχικά, και συνεπώς να δώσει την ελεύθερη συγκατάθεσή του, ακόμα κι όταν αυτές φορούν την μάσκα της αγάπης, όπως μπορεί να συμβεί στο ενδοοικογενειακό πλαίσιο. Ό,τι χαρακτηρίζει την σεξουαλική κακοποίηση σε αυτό το πλαίσιο, δηλαδή τις αιμομικτικές σχέσεις,

είναι επιπλέον η κατάχρηση της αυθεντίας εκ μέρους του ενήλικου φορέα της και η διαστροφή της αγάπης που συνδέεται με τον γονεϊκό/συγγενικό του ρόλο: το αποτέλεσμα είναι η κατάλυση κάθε έννοιας νόμου και διαφοράς γενεών, που οδηγεί το παιδί σε παράλυση και σύγχυση εξαιτίας της αδυναμίας του να εκτιμήσει την πραγματικότητα. Την κατάσταση περιπλέκει και επιβαρύνει και η συνακόλουθη διαταραχή των σχέσεων σε ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα” (Αμπατζόγλου Γ. – Ελευθερίου Ε. (1997), “Η Δημιουργία Θεραπευτικού Πλαισίου σε Περιπτώσεις Σεξουαλικής Κακοποίησης Παιδιών”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σ. 70).

Συνοψίζοντας, και μέσω της κλινικής προσέγγισης, χαρακτηριστικά του φαινομένου της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών μέσα στην οικογένεια, είναι:

- Η παραβίαση των κοινωνικών και οικογενειακών κανόνων και του φραγμού της αιμομιξίας.
- Η κατάχρηση της σχέσης εμπιστοσύνης και/ή εξάρτησης ανάμεσα στο παιδί και τον ενήλικα μέσω διαφόρων ήπιων χειρισμών ή/και βίας.
- Οι σεξουαλικές αυτές πράξεις εμπεριέχουν διάφορες μορφές πρακτικής, από έκθεση σε επίδειξη γεννητικών οργάνων, ηδονοβλεψία και έκθεση σε

πορνογραφικό υλικό – άρα παραβίαση χωρίς επαφή – ως θωπεία, ασέλγεια, αυνανισμό και πλήρη σεξουαλική επαφή με διείσδυση στοματική, κολπική, πρωκτική.

- Η σημαντική διαφορά ηλικίας ανάμεσα στους δύο εμπλεκόμενους.
  - Η προμελετημένη ή μη σεξουαλική δραστηριότητα, η οποία συμβαίνει μία ή περισσότερες φορές ή διαρκεί επί χρόνια.
- 
- Η αδυναμία του παιδιού να κατανοήσει το περιεχόμενο της πράξης ή να αποφασίσει αν θέλει να συμμετάσχει σε αυτή (όπως π.χ. συμβαίνει για τις σεξουαλικές αναζητήσεις μεταξύ συνομηλίκων).
  - Η έκθεση του παιδιού σε σεξουαλική διέγερση ακατάλληλη για την ηλικία του, για το στάδιο ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης και το ρόλο του στην οικογένεια.
  - Ο νόμος του μυστικού και της σιωπής που περιβάλλει το φαινόμενο.
  - Οι επιπτώσεις των σεξουαλικών αυτών δραστηριοτήτων στην ψυχική υγεία των παιδιών και στην οικογενειακή λειτουργία (“*Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 53).

Τελειώνοντας με τους ορισμούς και τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής κακοποίησης/αιμομιξίας αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με την ιστορική βιβλιογραφική ανασκόπηση η σεξουαλική παιδική κακοποίηση περιγράφηκε μεταξύ του 1868 και του 1890 ως παρατηρήσεις που ενίσχυσαν το ενδιαφέρον για τα παιδιά και οδήγησαν στη θεώρηση κι αντιμετώπιση της αιμομιξίας ως εγκληματικής πράξης, το 1908, στη Μεγάλη Βρετανία. Ωστόσο, οι επαγγελματίες/ειδικοί άργησαν πολύ να αναγνωρίσουν τη σεξουαλική

κακοποίηση την οποία περιέγραφαν παιδιά, νέοι και ενήλικες, θεωρώντας την ως απλή φαντασίωση (Bentovim A. & Boston P. (1988), "Sexual Abuse – Basic Issues – Characteristics of Children and Families", που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σ. 16). Έτσι, το φαινόμενο της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών ως μια από τις κύριες

μορφές ενδοοικογενειακής βίας, ήρθε στο προσκήνιο στη διάρκεια των τελευταίων είκοσι ετών. Σταδιακά, το άθροισμα «αυστηρά οικογενειακών υποθέσεων» καλυμμένων με το "πέπλο της σιωπής" έλαβε τις διαστάσεις ενός σοβαρού διαταξικού και διαπολιτισμικού κοινωνικού προβλήματος.

Ως βασικοί μοχλοί στην πορεία αναγνώρισης του φαινομένου της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών αναφέρονται από τον γνωστό κοινωνιολόγο D. Finkelhor, το γυναικείο κίνημα και το κίνημα παιδικής προστασίας ("Ίνστιτούτο Υγείας του Παιδιού", Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 46). Το κίνημα παιδικής προστασίας θεωρεί την σεξουαλική κακοποίηση σαν μια μέγιστη μορφή κακοποίησης της οποίας η ύπαρξη πρέπει να αναγνωριστεί ως σύνδρομο, παράλληλα με τα σύνδρομα της φυσικής/σωματικής κακοποίησης και της παραμέλησης, καθώς και με την συναισθηματική κακοποίηση. Το φεμινιστικό κίνημα δείχνει ότι η σεξουαλική κακοποίηση είναι το πιο τρανταχτό παράδειγμα εκμετάλλευσης και χρησιμοποίησης των γυναικών και των παιδιών από τους άνδρες. Οι παραπάνω απόψεις υποστηρίζονται από θεωρητικούς της κοινωνιολογίας, οι οποίοι βλέπουν την παιδική κακοποίηση ως αντανάκλαση κοινωνικοποιητικών στάσεων και την σεξουαλική κακοποίηση ως εκδήλωση κοινωνικών

προβλημάτων που αντικατοπτρίζονται στη ζωή της οικογένειας, και σε συμπεριφορές – στάσεις προς τα παιδιά (Bentovim A. & Vizard E. (1988), “Sexual Abuse, Sexuality and Childhood”, που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σ. 1).

Επισημαίνεται ότι, τα κινήματα αυτά, με διαφορετικούς στόχους και ιδεολογίες, αναπτύχθηκαν σε μια εποχή όπου η παντοδυναμία και η εξιδανικευμένη εικόνα του θεσμού της οικογένειας άρχισε να αμφισβητείται και να προβάλλεται η ανάγκη στήριξης του θεσμού (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 46).

## **B. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (RISK FACTORS)**

### **1. Ενδείξεις παιδικής κακοποίησης**

Η βιβλιογραφία αναφέρει μια σειρά από ενδεικτικά χαρακτηριστικά στην εμφάνιση και στην συμπεριφορά του παιδιού που συμβάλλουν στην αναγνώριση του προβλήματος της παιδικής κακοποίησης, σωματικής και σεξουαλικής :

#### ***1.1. Σωματική Κακοποίηση***

Εισαγωγικά: Η οικογενειακή βία προς το παιδί, και πιο συγκεκριμένα, η σωματική βία που ασκεί ο γονιός ή κηδεμόνας στο παιδί ή στα παιδιά αποτελείται από μια ποικιλία κακοποιητικών πράξεων στις οποίες περιλαμβάνονται ξυλοδαρμοί, κλωτσιές και χτύπημα με κάποιο αντικείμενο, (π.χ. μια ζώνη), πράξεις που μπορεί να αφήσουν σημάδια ή μόνιμη βλάβη ιστών και οργάνων του σώματος. Το πρόβλημα αυτό φαίνεται να εμφανίζεται ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική θέση, το μορφωτικό επίπεδο, τη φυλή κι από έναν αριθμό άλλων χαρακτηριστικών του γονέα και του παιδιού. Η σωματική βία κορυφώνεται (ή τουλάχιστον αναφέρεται πιο συχνά) όταν τα παιδιά βρίσκονται στις ηλικίες των 3-4 και 15-17 ετών (Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 18). Τα μικρότερα παιδιά είναι πιο ευάλωτα εξαιτίας του μικρού τους μεγέθους και της έλλειψης δεξιοτήτων αντιμετώπισης της κατάστασης. Οι έφηβοι, από την άλλη μεριά, μπορεί να

προκαλέσουν τους γονείς τους αν εναντιωθούν ή αν ανταποδώσουν το χτύπημα όταν τιμωρούνται ή κακοποιούνται σωματικά (Jurich, 1990, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 18).

#### α. Ευρήματα από την κλινική εξέταση

- Μελανιές ή σημάδια από χτύπημα
- Διαστρέμματα, εξάρθρωσεις, δαγκώματα, κοψίματα
- Κατάγματα στο κεφάλι και στα άκρα, ιδιαίτερα σε βρέφη
- Πληγές ή εκδορές
- Δηλητηρίαση
- Κακώσεις από τράνταγμα σε βρέφη, π.χ. αιμορραγία αμφιβληστροειδούς
- Υποσκληρίδειο αιμάτωμα
- Εσωτερικές κακώσεις
- Κάψιμο από τσιγάρο ή άλλα εγκαύματα ("Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού", Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 19).

Επίσης, είναι αξιοσημείωτο ότι μεγάλη συχνότητα στη σωματική κακοποίηση παρουσιάζουν τα τραύματα στο πρόσωπο και στο στόμα.. Αυτό το σημείο του κεφαλιού αποτελεί εύκολο στόχο και έχει ιδιαίτερη ψυχολογική σημασία. Το κλάμα ενός παιδιού μπορεί να υπονοεί φυσική κακοποίηση και τραυματισμό της στοματικής περιοχής. Κάποιες εκτιμήσεις δείχνουν ότι πάνω από το 50% των σωματικά κακοποιημένων παιδιών φέρουν τραύματα στο

πρόσωπο ή στο στόμα (Becker, Needleman, & Kotelchuck, 1978, που αναφέρονται στους Giardino P.A, Christian W.C. & Giardino R.E, 1997, σσ. 213-214). Οι τραυματισμοί στο πρόσωπο περιλαμβάνουν μώλωπες, εκδορές, αμυχές, καψίματα, δαγκώματα και κατάγματα. Τα τραύματα που περιορίζονται στο στόμα περιλαμβάνουν σπασίματα, απώλειες και μετατοπίσεις δοντιών, μωλωπισμούς, εκδορές, αμυχές και καψίματα. Υπάρχει ένας ηλικιακός διαχωρισμός των παιδιών που δέχονται τέτοιους τραυματισμούς. Έτσι, η πλειοψηφία των τραυμάτων εμφανίζεται στις ηλικίες των 0 ως 4 ετών και άλλη μια κορύφωση παρατηρείται κατά τη διάρκεια της εφηβείας (Da Fonseca, Feigal, & Ten Bense, 1992, που αναφέρονται στους Giardino P.A, Christian W.C. & Giardino R.E, 1997, σ. 214).

#### β. Άλλα διαγνωστικά χαρακτηριστικά

- Καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας.
- Ιστορικό με ασάφειες, που δεν ταιριάζουν με την κλινική εικόνα ούτε με την εξελικτική φάση του παιδιού (π.χ. ένα βρέφος 2-3 μηνών δεν πέφτει μόνο του από το κρεβάτι).
- Βλάβες, συχνά πολλαπλές και πολύμορφες (π.χ. κάταγμα και εκχυμώσεις).
- Βλάβες, συχνά διαφορετικής ηλικίας (επανειλημμένα επεισόδια βίας).
- Βλάβες χαρακτηριστικές κακοποίησης (π.χ. ρήξη χαλινού άνω χείλους, έγκαυμα σε πέλμα βρέφους).
- Ο τρόπος που οι γονείς μιλούν στο ή για το παιδί τους δείχνει απόρριψη: “δύσκολο”, “χαζό”, “γκρινιάρικο”, “αρρωστιάρικο” ή



δεν αναφέρονται ονομαστικά σε αυτό το παιδί, σε αντίθεση με τα άλλα τους παιδιά.

- Οι βλάβες υποχωρούν μόλις εισαχθεί το παιδί στο νοσοκομείο.
- Απότομη και σταθερή αύξηση βάρους δυστροφικών παιδιών μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.
- Το παιδί αναφέρει κάκωση από τους γονείς του ή δίνει αταίριαστη εξήγηση για κάποια κάκωση.
- Το παιδί δεν αντιδρά στον αποχωρισμό από τους γονείς, φαίνεται να προτιμάει το νοσοκομείο από το σπίτι, ακολουθεί εύκολα τους επαγγελματίες.

γ. Γενικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του σωματικά κακοποιημένου παιδιού

- Δυσκολία να επενδύει στις σχέσεις με τους ενήλικες.
- Ανησυχία όταν άλλα παιδιά κλαίνε (υπερευαισθησία).
- Φόβος προς τους γονείς του.
- Φόβος να επιστρέψει στο σπίτι του.
- Προσκόλληση σε άγνωστα άτομα.
- «Παγωμένο» βλέμμα.
- Εξαιρετικά χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Παιδί υπερβολικά υπάκουο, παθητικό, αποσυρμένο.
- Έκδηλο άγχος.
- Παιδί που παρουσιάζει σοβαρές δυσκολίες στις συναναστροφές με συνομήλικους ή ενήλικες.
- Καθυστερημένη ή διαταραγμένη ομιλία.

- Παλινδρομημένη συμπεριφορά (ενούρηση, εγκόπριση, κ.λ.π.) (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 19-21).

## **1.2 Σεξουαλική Κακοποίηση**

Τα περισσότερα παιδιά θύματα ενδοοικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης δεν παρουσιάζουν παιδιατρικά κλινικά ευρήματα/ενδείξεις εφόσον συνήθως δεν χρησιμοποιείται βία. Επίσης, γιατί η αποκάλυψη πραγματοποιείται πολύ αργότερα από το χρόνο της παραβίασης και επέρχεται επούλωση των περισσότερων κακώσεων, όταν υπάρχουν (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ.55).

Ωστόσο, η αναγνώριση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης εξαρτάται από τους επαγγελματίες που ενδιαφέρονται να θέσουν όλες τις ενδείξεις και τα συμπτώματα σε ένα ευρύτερο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο και να αποφύγουν βεβιασμένες, ελλιπείς ή πρόωρες διαγνώσεις (Vizard E. & Tranter M. (1988), “Recognition and Assessment of Child Sexual Abuse”, που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σ. 64).

Τα ιατρικά ευρήματα μπορεί να είναι γενικά ή να αφορούν την περινεϊκή χώρα (Τσίτουρα Σ., 1990, που αναφέρεται στο: “Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 55).

#### A. Γενικά ιατρικά ευρήματα/ενδείξεις

1. Αιματώματα, αμυχές, δαγκωνιές, ή άλλα τραύματα στο στήθος, γλουτούς, υπογάστριο, μηρούς.
  2. Δυσκολία στο βάδισμα ή στο κάθισμα.
  3. Σχισμένα, λερωμένα ή ματωμένα εσώρουχα ή ρούχα που έχουν φορεθεί βιαστικά, ανάποδα.
- 
4. Σπέρμα στο δέρμα ή στα ρούχα.
  5. Εγκυμοσύνη σε έφηβη, ειδικά όταν αποκρύπτεται η ταυτότητα του πατέρα.
  6. Υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις.

#### B. Ευρήματα/ενδείξεις στην περινεϊκή χώρα

1. Αιματώματα, αμυχές ή άλλα τραύματα, συχνά πολύ μικρά για να είναι ενδεικτικά τραύματος από ατύχημα (ο αυνανισμός από το ίδιο το παιδί δεν προκαλεί αιμάτωμα).
2. Κνησμός, πόνος, έκκριμα ή ανεξήγητη αιμορραγία.
3. Ξένα σώματα στην ουρήθρα, κύστη, κόλπο, πρωκτό.
4. Ανώμαλη διαστολή της ουρήθρας, του πρωκτού ή του ανοίγματος του κόλπου.
5. Πόνος κατά την ούρηση.
6. Συμπτώματα αφροδισίου νοσήματος (γονόρροια, έρπης γεννητικών οργάνων, χλαμύδια, τριχομονάδες, κονδυλώματα γεννητικών οργάνων, φθείρες) (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 55).

7. Σπέρμα μέσα στον κόλπο ή στον πρωκτό ή πάνω στα εξωτερικά γεννητικά όργανα (Porter R., επιμέλεια, *“Child Sexual Abuse within the Family”*, 1987, σ. 6).

### Γ. Ψυχοσωματικά συμπτώματα

1. Ενούρηση
2. Εγκόπριση
3. Υποτροπιάζων πονοκέφαλος και πόνος στην κοιλιά
4. Διαταραχές ύπνου (αϋπνία, εφιάλτες)
5. Διαταραχές όρεξης (βουλιμία, ανορεξία)

### Δ. Ψυχολογικά συμπτώματα και ενδείξεις στη συμπεριφορά

- Ενδείξεις στη σεξουαλική συμπεριφορά
  1. Παιδί μικρής ηλικίας που υπαινίσσεται σεξουαλική δραστηριότητα με λέξεις, παιχνίδια ή ζωγραφιές.
  2. Υπέμετρη ενασχόληση με σεξουαλικά ζητήματα και πρόωμη γνώση της ενήλικης σεξουαλικής συμπεριφοράς, επαναλαμβανόμενη εμπλοκή σε ανάρμοστο σεξουαλικό παιχνίδι με συνομηλίκους, παιδί σεξουαλικά προκλητικό προς ενήλικες (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 7), γενικά, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά (π.χ. υπερβολικός αυνανισμός) (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 56).
  2. Κορίτσι μεγαλύτερης ηλικίας που συμπεριφέρεται με σεξουαλικά πρόωμο τρόπο. Πολλά κορίτσια παρουσιάζουν την εικόνα του ‘μάγκα’, με εμπειρίες

υπερβολικές και αταίριαστες για την ηλικία τους που τις απομονώνουν από τους συνομηλίκους τους και προσελκύουν επικριτική ή αποπλανητική συμπεριφορά από ενήλικες. Οι σωματικές τους επαφές με άλλους έχουν οιονεί σεξουαλικά στοιχεία τα οποία δεν γνωρίζουν, π.χ. εναγκαλισμοί που περιλαμβάνουν θωπεία του στήθους ή των γλουτών, ή άλλου είδους σωματική επαφή. Μπορεί να φορούν σεξουαλικά προκλητικά ρούχα ή να “παίρνουν” και να υιοθετούν αποκαλυπτικές πόζες. Σε πολλές περιπτώσεις έχουν ήδη αποδεχτεί σεξουαλικές επαφές με άτομα έξω από την οικογένεια..

3. Η αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την αντισύλληψη είναι σπάνια, αλλά μπορεί να αποτελέσει “κραυγή βοήθειας”.

• Γενικές ενδείξεις/συμπτώματα

1. Ξαφνική αλλαγή διάθεσης.
2. Παλινδρομημένη συμπεριφορά, π.χ. ξαφνική εμφάνιση νυχτερινής ενούρησης ή παράτασή της στα επόμενα σχολικά χρόνια, θηλασμός αντίχειρα.
3. Αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες: απώλεια όρεξης ή υπέρμετρη ενασχόληση με το φαγητό.
4. Έλλειψη εμπιστοσύνης σε οικείους ενήλικες ή αξιοσημείωτος φόβος προς τους άνδρες.
5. Ανυπακοή, απειθαρχία, αναζήτηση προσοχής από τους άλλους ή ανησυχία, άσκοπη συμπεριφορά και ελλειμματική συγκέντρωση.
6. Σοβαρές διαταραχές ύπνου με φόβους, ζωηρά όνειρα ή εφιάλτες, που μερικές φορές έχουν ξεκάθαρο ή υπονοούμενο σεξουαλικό περιεχόμενο.
7. Κοινωνική απομόνωση, το παιδί παίζει μόνο του και αποσύρεται σε έναν δικό του κόσμο.

8. Το κορίτσι αναλαμβάνει τον 'μητρικό ρόλο' μέσα στην οικογένεια, είτε η μητέρα είναι παρούσα, είτε όχι..
9. Ανάρμοστη επίδειξη τρυφερότητας μεταξύ πατέρα και κόρης (αυτή είναι και η πιο συνηθισμένη μορφή αιμομιξίας), ή μητέρας και γιού, με συμπεριφορά που θυμίζει περισσότερο εραστής παρά γονιό και παιδί.. Ο πατέρας μπορεί να δείχνει υπερβολικό ενδιαφέρον για την κόρη του και να επιμένει π.χ. να την συνοδεύσει στο γιατρό για συμβουλές αντισύλληψης (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 7).
10. Καταθλιπτικά στοιχεία, άγχος, αναστολή.
11. Σύγχυση συναισθημάτων, αμφιθυμία.
12. Διαταραχές συμπεριφοράς, επιθετικότητα.
13. Παραμέληση υγιεινής του σώματος που αλλάζει ως αποτέλεσμα της απώλειας εκτίμησης εαυτού, της αυτο-υποτίμησης ("Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού", Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 56).
14. Αποχή από συνήθεις δραστηριότητες
15. Φτωχές κοινωνικές σχέσεις
16. Φόβος του παιδιού ή έντονο αίσθημα εγκατάλειψης ή παραμέλησης (Αρτινοπούλου Β.– Μαγγανάς Α., 1996, σ. 161).

• Συμπεριφορά που κυρίως παρατηρείται στο σχολείο

1. Φτωχές σχέσεις με την ομάδα των συνομηλίκων και αδυναμία/ανικανότητα στην απόκτηση φίλων (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 8).
2. Διαταραχές στη μάθηση και στη συγκέντρωση, απότομη πτώση

της σχολικής επίδοσης, φόβος και αποφυγή σχολικής εξέτασης (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 56). – [Για κάποια σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά το σχολείο μπορεί να είναι παράδεισος: φτάνουν εκεί νωρίς, διστάζουν να φύγουν, και γενικά έχουν καλές επιδόσεις] (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 8).

3. Έντονη άρνηση για συμμετοχή σε σωματική άσκηση ή για αλλαγή ρούχων στη γυμναστική, στο ελεύθερο παιχνίδι, στην κολύμβηση (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 56).

4. Τακτική αποφυγή και φόβος των σχολικών ιατρικών εξετάσεων.

• Συμπεριφορά παιδιών μεγαλύτερης ηλικίας και εφήβων

1. Αντικοινωνική συμπεριφορά ή παραβατικότητα σε προέφηβους και εφήβους. Σεξουαλικά πρόωγη συμπεριφορά, όπως περιγράφηκε παραπάνω. Η σεξουαλική ελευθεριότητα και η ανάμιξη στην πορνεία μπορεί να είναι τρόποι προσέλκυσης της προσοχής στην σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, παρατηρούνται:

2. Υστερικές εκδηλώσεις

3. Σκασιαρχείο ή φυγή από το σπίτι (Porter R., επιμέλεια, “*Child Sexual Abuse within the Family*”, 1987, σ. 8).

4. Αισθήματα ενοχής

5. Διαταραχές ταυτότητας

6. Απόπειρες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού
7. Χρήση αλκοόλ και τοξικών ουσιών (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 56).

---

## 2. Παράγοντες κινδύνου (risk factors)

Όταν αναφερόμαστε σε ‘Παράγοντες Κινδύνου’ (ή ‘Χαρακτηριστικά Υψηλού Κινδύνου’) εννοούμε παράγοντες που διευκολύνουν την άσκηση βίας, σωματικής ή σεξουαλικής, από τον/τους γονέα/γονείς προς το/τα παιδί/παιδιά. Γενικά, δεν υπάρχει μια μοναδική αιτία, ένας μοναδικός παράγοντας που να ευθύνεται για την ενδοοικογενειακή, σωματική ή σεξουαλική, κακοποίηση του παιδιού. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, στις Η.Π.Α., οι έρευνες σχετικά με την παιδική κακοποίηση συγκλίνουν και συμφωνούν σε ένα βασικό σημείο: ότι υπάρχουν πολυπληθείς παράγοντες που συνδέονται με την κακοποίηση (Gelles J.R. & Lancaster B.J., 1987, σ. 25). Οι πρώτες θεωρίες και μοντέλα, που ερμήνευαν την γονεϊκή παιδική κακοποίηση βασίζοντάς την στην ψυχοπαθολογία του γονιού (ή των γονιών), εξελίχθηκαν σε πιο ολιστικά γνωστικά και οικολογικά μοντέλα που προσπαθούν να συνυπολογίσουν όλους τους παράγοντες που εμπλέκονται στην παιδική κακοποίηση (Gil, 1975· Newberger & Newberger, 1981· Steele, 1987, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C & Giardino R.E., 1997, σ. 14). Έτσι, οι μονοδιάστατες εξηγήσεις που επικεντρώνονταν στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του υπαιτίου αντικαταστάθηκαν από μοντέλα που λαμβάνουν υπόψη τους όχι μόνο



ενδοατομικούς παράγοντες, αλλά και κοινωνικο-ψυχολογικές, κοινωνικο-πολιτισμικές μεταβλητές, καθώς και χαρακτηριστικά στην δομή της οικογένειας (Gelles J.R. & Lancaster B.J., 1987, σ. 25). Τα σημερινά, λοιπόν, γνωστικά και οικολογικά μοντέλα είναι τα πλέον αποδεκτά και δίνουν περισσότερη βαρύτητα στο τι έχει μάθει κι έχει βιώσει ο υπαίτιος και στο πώς αυτές οι δυναμικές μπορεί να τον ή να την προδιαθέσουν στον τρόπο λειτουργίας του/της μέσα σε ένα οικογενειακό πλαίσιο (Zuravin, 1989, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 14). Τα προαναφερόμενα μοντέλα περιγράφουν την αιτία της παιδικής κακοποίησης (ειδικότερα της σωματικής) ως πολυδιάστατη και αλληλοδρασιακή που περιλαμβάνει το άτομο/παιδί, τους γονείς/κηδεμόνες, την κοινότητα και το ευρύτερο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο (Gil, 1975· Newberger & Newberger, 1981, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C & Giardino R.E., 1997, σσ. 14-15).

Η οικολογική προσέγγιση συνδέεται με την πολύ αξιόλογη και γόνιμη δουλειά του ψυχολόγου Urie Bronfenbrenner (1977). Προσδιορίζει την παιδική εξέλιξη/ανάπτυξη στο πλαίσιο ενός αλληλεπιδρασιακού, δυναμικού συστήματος. Η οικολογία για την παιδική ανάπτυξη περιλαμβάνει την οικογένεια (μικροσύστημα), την κοινότητα μέσα στην οποία υπάρχει η οικογένεια (μεσοσύστημα), δυνάμεις/δυναμικά εφαρμοσμένα στο σύστημα (εξωσύστημα) και κοινωνικοπολιτισμικές αξίες που επικαλύπτουν την κοινότητα και τις οικογένειές της (μακροσύστημα) (Bronfenbrenner, 1977, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 15). Ο Garbarino (1977) έθεσε σε ισχύ τις οικολογικές/συστημικές αρχές στην έρευνα για την παιδική κακοποίηση, εισάγοντας έτσι την αλληλοδρασιακή φύση των ρόλων του γονιού και του παιδιού, της οικογένειας, του κοινωνικού στρες/άγχους, και των

κοινωνικών και πολιτισμικών αξιών (Garbarino, 1977' Belsky, 1980' Justice, Calvert & Justice, 1985, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 15).

Προχωρώντας από την γενική αιτιολογική προσέγγιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης προς χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου χρειάζεται, καταρχήν, να αναφερθεί ότι υπάρχουν πολλοί κοινοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται τόσο με την σωματική, όσο και με την σεξουαλική παιδική κακοποίηση μέσα στην οικογένεια (Vizard E. & Tranter M. (1988), "Recognition and Assessment of Child Sexual Abuse", που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σ. 71).

Όσον αφορά την σωματική/φυσική κακοποίηση, ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι η θετική πεποίθηση των γονιών για την σωματική τιμωρία (Berger, Knutson, Mehm, & Perkins, 1988' Straus, 1987, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 8). Δύο είναι τα κύρια χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τη σωματική τιμωρία από τη σωματική κακοποίηση: 1) η σοβαρότητα της πράξης και 2) η πολιτισμική νομιμότητα. Ως σωματική τιμωρία θεωρείται μια επιτρεπτή πράξη βίας στα πλαίσια του γονεϊκού ρόλου, ως δε κακοποίηση ορίζονται πράξεις βίας από τον γονέα/κηδεμόνα προς το παιδί, οι οποίες ξεπερνούν τα επιτρεπτά από το νόμο και τα κοινωνικά ήθη όρια και εκθέτουν το παιδί σε αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού. Χαρακτηριστικό στη μεταξύ των δύο φαινομένων σχέση είναι ότι τις περισσότερες φορές, η σωματική τιμωρία δεν καταλήγει σε κακοποίηση, ενώ η κακοποίηση τις περισσότερες φορές αρχίζει ως συνήθης σωματική τιμωρία ("Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού", Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια,

*Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 25). Άρα, η τιμωρία μετατρέπεται σε σωματική κακοποίηση όταν η χρήση της, με σκοπό την συμμόρφωση του παιδιού, προκαλεί σωματικές βλάβες. Ευρήματα όπως, αιματώματα, εκχυμώσεις, κατάγματα, μυϊκοί τραυματισμοί, ενδοκρανιακές αιμορραγίες, ακόμη και ο θάνατος μπορεί να προκύψουν από την σωματική τιμώρηση που γίνεται ανεξέλεγκτη (Straus et al., 1980, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 8).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να προδιαθέσει για σωματική κακοποίηση είναι η προσωπικότητα ή φυσικά χαρακτηριστικά του παιδιού. Τα χαρακτηριστικά που παρατίθενται πιο συχνά και συνδέονται με την κακοποίηση είναι η προωρότητα και κάποιας μορφής αναπηρία του παιδιού (Breslau, Staruch, & Mortimer, 1982; White, Benedict, Wulff, & Kelly, 1987, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 15). Ως προτεινόμενοι λόγοι για τους οποίους τα πρόωρα βρέφη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κακοποίησης αναφέρονται ο μειωμένος δεσμός («δέσιμο») μεταξύ γονέα και παιδιού, η ιατρική ευαισθησία του παιδιού, και το στρες που συνδέεται με το επίπεδο ιατρικής φροντίδας η οποία απαιτείται από την προωρότητα (Sameroff & Abbe, 1978, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 16). Οι λόγοι που προτείνονται για τον αυξημένο κίνδυνο στον οποίο βρίσκονται τα παιδιά με φυσική και νοητική αναπηρία/δυσκολία επικεντρώνονται γύρω από τις υψηλές απαιτήσεις που θέτουν οι 'ειδικές ανάγκες' στον γονέα/κηδεμόνα (Frisch & Rhodes, 1982, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 16).

Συχνά, επίσης, παρατίθεται ως παράγοντας κακοποιητικών πράξεων και αλληλοδράσεων το στρες, που ορίζεται ως εσωτερικό άγχος (εσωτερική ανησυχία) σχετιζόμενο με μια αντίληψη αδυναμίας/ανικανότητας για ανταπόκριση σε εξωτερικές απαιτήσεις (Selye, 1956, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 16). Επειδή το στρες είναι υποκειμενικό, ένα στρεσογόνο ερέθισμα για ένα άτομο μπορεί να είναι ή να μην είναι στρεσογόνο για κάποιο άλλο άτομο. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να μετριάσουν την ποσότητα του στρες που βιώνεται σε μια δεδομένη κατάσταση. Συνεπώς, το στρες και η ματαίωση του γονέα/κηδεμόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση και ύπαρξη παιδικής κακοποίησης (Straus & Kantor, 1987, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 16). Οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται πιο συχνά με την παιδική κακοποίηση είναι αυτοί που συνδέονται με την οικονομική ανέχεια (φτώχεια), με σημαντικά γεγονότα της ζωής, με τα πρότυπα αλληλεπίδρασης γονέα – παιδιού, και με τις συγκρούσεις ρόλων του γονέα/κηδεμόνα (Justice & Justice, 1976· Straus & Kantor, 1987, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 16). Στις Η.Π.Α, σε έρευνα του “Εθνικού Κέντρου για την Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση”, βρέθηκε ότι π.χ., το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα συσχετίζεται σημαντικά με υψηλότερο κίνδυνο κακοποίησης. Το 1986, παιδιά που προέρχονταν από οικογένειες με εισόδημα λιγότερο από 15.000 δολάρια ετησίως είχαν περισσότερες πιθανότητες να πέσουν θύματα κακομεταχείρισης, όλων των μορφών, σε αντίθεση με παιδιά από οικογένειες με υψηλότερο εισόδημα. Επίσης, τα παιδιά χαμηλού εισοδήματος υπόκειντο σε πιο σοβαρούς τραυματισμούς από παιδιά υψηλότερου οικογενειακού εισοδήματος. Και παιδιά

προερχόμενα από οικογένειες με τέσσερα ή περισσότερα παιδιά είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα σωματικής κακοποίησης, από παιδιά οικογενειών με λιγότερα μέλη/αδέλφια (“Εθνικό Κέντρο για την Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση”, 1988b· Cappelleri, Eckenrode, & Powers, 1993, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C., & Giardino R.E., 1997, σ. 11).

Ο Helfer (1973) παραθέτει σε κατηγορίες παράγοντες άμεσα σχετιζόμενους με την παιδική κακοποίηση (ειδικά, σωματική) :

*Παράγοντες του γονέα/κηδεμόνα*

- Προσωπική ιστορία/βιώματα
- Στυλ Προσωπικότητας
- Ψυχολογική λειτουργικότητα
- Προσδοκίες από το παιδί
- Ικανότητα στην ανατροφή και βοήθεια στην εξελικτική πορεία του παιδιού
- Πρακτικές ανατροφής σχηματοποιημένες κατά την διάρκεια ανάπτυξης των ίδιων των γονιών
- Βαθμός κοινωνικής απομόνωσης του γονέα: Η ικανότητά του/της να ζητά και να λαμβάνει βοήθεια από άλλα άτομα μέσα στο κοινωνικό δίκτυο
- Στήριξη προς τον άλλο γονέα, ώστε να βοηθήσει τον σύντροφό του και να συμβάλλει στον γονεϊκό ρόλο
- Ικανότητα να αντιμετωπίσει εσωτερικές και εξωτερικές δυσκολίες και στρατηγικές προσαρμογής και ανταπόκρισης

### *Παράγοντες του παιδιού*

- Προωρότητα και αναπηρία
  - Φτωχός δεσμός με τον γονέα/κηδεμόνα
  - Ιατρική ευαισθησία
  - Επίπεδο ιατρικής φροντίδας των πρόωρων παιδιών
  - Ειδικές ανάγκες φυσικά και νοητικά ανάπηρων παιδιών
- 
- Παιδί προσλαμβανόμενο ως «δύσκολο»

### *Περιβαλλοντικοί Παράγοντες*

- Φτώχεια
- Σημαντικά γεγονότα της ζωής
- Πρότυπα αλληλεπίδρασης μεταξύ γονέα και παιδιού
- Συγκρούσεις ρόλου του γονέα/κηδεμόνα (Helfer, 1973, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 17).

Συνεχίζοντας την αναφορά σε παράγοντες κινδύνου για την ενδοοικογενειακή, σωματική παιδική κακοποίηση αξίζει να γίνει λόγος για μια πρόσφατη, ειδική μελέτη που έγινε στην Ελλάδα σχετικά με το φαινόμενο αυτό. Σύμφωνα, λοιπόν, με την ελληνική μελέτη του «Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού» (Αγάθωνος, 1995, Agathonos-Georgoroulou και συν., 1997, Αγάθωνος και συν., 1996), 15 χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου για σωματική κακοποίηση αναφέρονται κυρίως στους γονείς και λιγότερο στις κοινωνικές συνθήκες, ενώ η συμβολή χαρακτηριστικών του παιδιού στην κακομεταχείρισή του είναι ελάχιστη. Τα 15 χαρακτηριστικά της ελληνικής Κλίμακας χωρίζονται ανά πέντε σε χαρακτηριστικά υψηλής, μέτριας και χαμηλής προβλεπτικής δυνατότητας.

Δηλαδή, τα πρώτα πέντε χαρακτηριστικά με δυνατότητα υψηλής πρόβλεψης μπορούν με μεγαλύτερη ακρίβεια να προβλέψουν αν ένας γονέας θα κακομεταχειρισθεί το παιδί του (“*Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 27-28).

## *Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΑΘΩΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΒΛΕΨΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ) ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ*

### A. Χαρακτηριστικά υψηλής προβλεπτικής ικανότητας

- Κακή κατάσταση υγιεινής του παιδιού κατά την παραπομπή {παραπομπή για κλινική διαγνωστική εκτίμηση και αντιμετώπιση}
- Γονείς με προβλήματα ψυχικής υγείας
- Κακές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς
- Γονείς με αντίξοες εμπειρίες ζωής (π.χ. ζωή σε ίδρυμα ή άλλο πλαίσιο παιδικής προστασίας, εμπειρίες διαφόρων μορφών εκμετάλλευσης, κ.λ.π.)
- Μητέρα με εμπειρίες αυστηρής πειθαρχίας από τους γονείς της

### B. Χαρακτηριστικά μέτριας προβλεπτικής ικανότητας

- Γεγονότα ζωής για τους γονείς, τον τελευταίο χρόνο
- Παιδί δεν ζει με τους 2 φυσικούς γονείς
- Μητέρα που δεν εμπιστεύεται κανέναν σε περιόδους κρίσης
- Πατέρας άνεργος ή με περιστασιακή εργασία
- Μητέρα 21 ετών κατά την γέννηση του παιδιού

### Γ. Χαρακτηριστικά χαμηλής προβλεπτικής ικανότητας

- Ψυχοκινητική καθυστέρηση του παιδιού
- Παιδί με “άλλες ασθένειες” πριν την παραπομπή (δηλ. γονείς αναφέρονται αόριστα σε «ασθένειες» που δεν εμπίπτουν σε όλα τα πιθανά νοσήματα της παιδικής ηλικίας).
- Παιδί που δεν θήλασε
- Γονείς που απαιτούν άμεση υπακοή από το παιδί
- Απουσία γονέα πριν την παραπομπή {για κλινική διαγνωστική εκτίμηση και αντιμετώπιση} (“*Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1997, σ. 82).

Αναφερόμενοι, στη συνέχεια, στους παράγοντες κινδύνου για την σεξουαλική, ειδικότερα, παιδική κακοποίηση, και με βάση την βιβλιογραφία, μπορούμε να υπογραμμίσουμε τα εξής : Γενικά, ένα οικογενειακό ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ή αιμομιξίας, ένας ποινικός φάκελος για άσκηση βίας, ένας ποινικός φάκελος για αιμομικτικές σχέσεις με παιδιά, άσεμνη επίθεση ή βιασμό παιδιών, αλκοολισμός, συνήθως παρατηρούμενος στον άνδρα υπαίτιο (δηλ. στον πατέρα στην προκειμένη περίπτωση), ψυχιατρική ασθένεια με συχνότερο φορέα της την μητέρα, καθώς και, πρόσφατη ή ταυτόχρονη σεξουαλική κακοποίηση των άλλων παιδιών/αδελφών, όλα αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά κινδύνου για την ενδοοικογενειακή/γονεϊκή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού. Επιπλέον, όπως παρατηρήθηκε και στην σωματική κακοποίηση, η φυσική και νοητική αναπηρία του παιδιού είναι παράγοντες που καθιστούν το παιδί ευάλωτο στην σεξουαλική κακοποίηση και εκμετάλλευση (Vizard E. & Tranter M. (1988), “Recognition and Assessment of



Child Sexual Abuse”, που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σ. 71).

Για παράγοντες ευαισθησίας έχει γίνει αρκετός λόγος. Πρώτος ο Burton (1968) υποστήριξε ότι ορισμένα παιδιά είναι περισσότερο ευάλωτα από άλλα, κι αυτή η άποψη έγινε αργότερα δεκτή κι από άλλους συγγραφείς κι ερευνητές, π.χ. Finkelhor (1980,1981). Ο Burton αναφέρει ότι τα αυξημένα ποσοστά διαζυγίων και η συνεπαγόμενη ανασυγκρότηση οικογενειών επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις σχέσεις γονέα – παιδιού (και τις σχέσεις μεταξύ αδελφών και ετεροθαλών αδελφών). Παιδιά που έχουν στερηθεί στοργή και τρυφερότητα, είτε ως αποτέλεσμα προηγούμενης/πρώτης εμπειρίας, είτε εξαιτίας αποτυχίας να ανταποκριθούν σε συναισθηματικές ανάγκες της τωρινής οικογένειας, βρίσκονται σε κίνδυνο (Burton, 1968' Finkelhor, 1980-1981, που αναφέρονται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 8).

Ένα παιδί κινδυνεύει όταν η μητέρα: α) είναι τιμωρητική όσον αφορά σεξουαλικά θέματα, β) δεν εκδηλώνει συναισθηματική εγγύτητα και τρυφερότητα προς το παιδί, γ) συχνά, είναι άρρωστη ή απύσχα – έχει απορρίψει την ή έχει απορριφθεί από την οικογένειά της, δ) έχει χαμηλό μορφωτικό και εκπαιδευτικό επίπεδο, ε) είναι κοινωνικά απομονωμένη και με λίγους φίλους, είτε λόγω δικής της απόσυρσης, είτε λόγω δικής τους απόρριψης, στ) έχει καταθλιπτική διαταραχή, είναι ψυχωσική, ή εξαρτημένη από ουσίες (κυρίως ναρκωτικά), και ζ) το πιο σημαντικό, έχει υποστεί η ίδια σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική της ηλικία.

Όταν μια μητέρα αποσύρεται από την οικογένειά της, τα παιδιά και ο σύζυγος μπορεί να στραφούν ο ένας στον άλλο για αναζήτηση στήριξης,

στοργής, πρακτικής βοήθειας, ή παρηγοριάς, και έτσι τίθενται τα θεμέλια μιας αιμομικτικής σχέσης. Σε άλλες περιπτώσεις, ένας άνδρας στερημένος από τα συζυγικά του δικαιώματα μπορεί να στραφεί στην εγγύτερη διαθέσιμη πηγή ικανοποίησης – ένα εξαρτημένο παιδί. Παιδιά σε οικογένειες όπου, η παραμέληση είναι τόσο μεγάλη ώστε απουσίες, αλλαγές στην συμπεριφορά, ή ακόμη και πρόωμη εγκυμοσύνη περνούν απαρατήρητα, διατρέχουν κίνδυνο σεξουαλικής κακοποίησης.

Σε οικογένειες όπου ασκείται σεξουαλική κακοποίηση ο πατέρας μπορεί να είναι αυταρχικός ή αντίθετα, υπερβολικά υποτακτικός. Οι συναισθηματικές καθώς και οι σεξουαλικές του ανάγκες μπορεί να μένουν ανεκπλήρωτες. Μπορεί να είναι αλκοολικός ή εξαρτημένος από ναρκωτικά. Αυτοί οι άνδρες συχνά παρεξηγούν την εφηβική συμπεριφορά και διεγείρονται σεξουαλικά από αυτή. Επίσης, η φυσική/σωματική τιμωρία μπορεί να οδηγήσει τον υπαίτιο σε υπερδιέγερση που διοχετεύεται σε σεξουαλική δραστηριότητα.

Για θετούς πατεράδες το πρόβλημα δεν φαίνεται να είναι μόνο η απουσία βιολογικού δεσμού. Συχνά, γίνονται μέλη της οικογένειας κατά τη διάρκεια ή λίγο πριν τις ενδείξεις της αναδύμενης σεξουαλικότητας των μεγαλύτερων, σε ηλικία, παιδιών. Οι θετοί πατεράδες μπορεί να μην έχουν βιώσει την ωριμότητα που προσδίδει το μέγλωμα δικών τους παιδιών, η οποία ενδυναμώνει το ταμπού της αιμομιξίας, και ενδέχεται να έχουν ήδη βιώσει προβλήματα στις προσωπικές τους σχέσεις. Όλοι αυτοί οι παράγοντες τους κάνουν ιδιαίτερα ευάλωτους στην εμφανιζόμενη εφηβική σεξουαλικότητα.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, που αφορούν κυρίως ψυχολογικά χαρακτηριστικά των εμπλεκόμενων στην ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού υποκειμένων (γονείς – παιδί), η βιβλιογραφία αναφέρει

και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες κινδύνου. Καταρχήν, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η κοινωνική απομόνωση δεν παρατηρείται μόνο στις αγροτικές περιοχές αλλά και στα μεγάλα αστικά συγκροτήματα, και στις υποβαθμισμένες αστικές συνοικίες και γειτονίες. Η χαμηλή κοινωνική τάξη, η οικονομική ανέχεια, και οι πολυπληθείς οικογένειες έχουν περιγραφεί ως οι πλέον σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, σε ορισμένες μελέτες. Φαίνεται, ωστόσο, πως αυτές οι απόψεις δεν είναι πλήρως αποδεκτές. Υποστηρίζεται λοιπόν ότι, οικογένειες που ζουν υπό τέτοιες συνθήκες έχουν απλώς περισσότερες πιθανότητες να γίνουν αντιληπτές από φορείς υγείας και πρόνοιας, από ότι οικογένειες που προέρχονται από μεσαία και υψηλά κοινωνικά στρώματα. Άλλες έρευνες (Finkelhor, 1979' Giaretto, 1981b, που αναφέρονται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 8) έχουν δείξει ότι η παιδική σεξουαλική κακοποίηση συμβαίνει σε οικογένειες από οποιοδήποτε κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Φαίνεται, ωστόσο, ότι σε οικογένειες όπου ο πατέρας είναι άνεργος ή αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, ή είναι άρρωστος ή τραυματισμένος, θα παραμένει για περισσότερο χρόνο μέσα στο σπίτι και είναι πιθανότερο να περιέλθει σε κατάθλιψη ή να καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες αλκοόλ, από άλλους πατεράδες που εργάζονται κανονικά. Οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να τον οδηγήσουν σε κακοποίηση των παιδιών του (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 8-10).

Σχετικά με την αιμομιξία, ο Benjamin Schlesinger αναφέρει ότι, ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας – παράγοντας κινδύνου είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η ελλιπής – προβληματική διαπίστωση της σεξουαλικής

ταυτότητας των γονιών. Είναι αβέβαιοι για την ικανότητά τους να αναπτύξουν σχέσεις με άλλους ενήλικες.

Επιπλέον, οι ανικανοποίητες σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των συζύγων ή με άλλους ενήλικες μπορεί να αποτελέσουν προδρόμους για την αιμομιξία. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αιμομικτική σχέση, μερικές φορές, συμβαίνει επειδή τα θρησκευτικά ταμπού κάνουν τους υπαίτιους να νιώθουν ενοχές για “εξω-οικογενειακές” σεξουαλικές σχέσεις.

Τέλος, ο αιμομίκτης γονέας υπήρξε ο ίδιος θύμα αιμομιξίας κατά την παιδική του ηλικία (Schlesinger B., 1982, σσ. 29-30).

Συνεχίζουμε με τις βιβλιογραφικές αναφορές και προεκτείνουμε τα παραπάνω, λέγοντας ότι, σύμφωνα με τα πορίσματα ποικίλων ερευνών, οι αιμομικτικές οικογένειες ανήκουν στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, με κύρια χαρακτηριστικά την οικονομική και κοινωνική εξαθλίωση και τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, ως άμεση απόρροια του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού στρώματος. Επιπλέον, ο συνωστισμός των μελών της οικογένειας στο χώρο της οικίας και η ανεπάρκεια στοιχειωδών όρων διαβίωσης αποτελούν μια από τις πιο σημαντικές μεταβλητές και αξιοσημείωτο παράγοντα κινδύνου που έχει διερευνηθεί. Βέβαια, οι κυριότερες έρευνες για την αιμομιξία κατέληξαν στο ότι, δεν είναι η ανεπάρκεια του χώρου που συμβάλλει στην έναρξη της σχέσης, αλλά οι συνθήκες των μελών που συμμετέχουν στην αιμομιξία (π.χ. πατέρας και κόρη κοιμούνται στο ίδιο κρεβάτι, ενώ υπάρχει διαθέσιμος χώρος στην οικία).

Επίσης, όπως προαναφέρθηκε, ο τόπος κατοικίας και συγκεκριμένα το αστικό ή αγροτικό περιβάλλον στο οποίο ζει η οικογένεια αποτέλεσε αντικείμενο ιδιαίτερου επιστημονικού προβληματισμού. Η μελέτη του – ως παράγοντα

κινδύνου για αιμομικτικές σχέσεις – κατέληξε σε αντιφατικά δεδομένα. Γενικά, υποστηρίζεται ότι η αιμομιξία δεν περιορίζεται μόνο σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, αλλά συμβαίνει τόσο σε αγροτικό όσο και σε αστικό περιβάλλον.

Όσον αφορά, τέλος, την εικόνα του πατέρα (εφόσον στις περισσότερες περιπτώσεις ο πατέρας είναι ο υπαίτιος της παιδικής σεξουαλικής παραβίασης/ αιμομιξίας), τα ερευνητικά πορίσματα δείχνουν ότι, είναι συνήθως αγρότης ή ανειδίκευτος εργάτης με κύριο χαρακτηριστικό την αστάθεια και τις συχνές αλλαγές στην εργασία, καθώς και τις μακρές περιόδους ανεργίας. Προέρχεται, συνήθως, από οικογένειες χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, με κύρια χαρακτηριστικά την οικονομική και συναισθηματική αποστέρηση, στοιχειώδεις γραμματικές γνώσεις και μορφωτικό επίπεδο πολύ χαμηλό. Επίσης, η συναισθηματική ανωριμότητα του πατέρα, με την έννοια των ψυχολογικών περιστασιακών διαταραχών και όχι των ψυχικών ανωμαλιών, αποτελεί παράγοντα κινδύνου και κοινή διαπίστωση των εμπειρικών μελετών. Και η συστηματική χρήση οινοπνεύματος από τον πατέρα, εξαιτίας της άρσης των εσωτερικών αναστολών που προκαλεί, διευκολύνει το πέρασμα στην αιμομικτική πράξη (Αρτινοπούλου Β., 1995, σσ. 93-99).

Εκτός από χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου που αφορούν την προσωπικότητα του πατέρα-αιμομίκτη, ένας βασικός παράγοντας κινδύνου είναι, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, η φυσική και συναισθηματική έλλειψη της μητέρας. Η αιμομικτική σχέση μεταξύ πατέρα και κόρης (η συνηθέστερη μορφή αιμομιξίας) αρχίζει να δημιουργείται όταν και οι δύο νιώθουν έντονα εγκαταλελειμμένοι από την σύζυγο και μητέρα, αντίστοιχα (Αρτινοπούλου Β., 1995, σσ. 101-102).

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει ότι, ως σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες – παράγοντες κινδύνου για την ενδοοικογενειακή παιδική σεξουαλική παραβίαση/αιμομιξία θεωρούνται το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό στρώμα και οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης, η φυσική ή συναισθηματική έλλειψη της μητέρας, οι προβληματικές σχέσεις μεταξύ των συζύγων καθώς και των γονέων με τα παιδιά, η οικογενειακή αποδιοργάνωση και τέλος, η φυσική ή/και κοινωνική απομόνωση της οικογένειας (Αρτινοπούλου Β., 1995, σ. 86).

Τέλος, υποστηρίζεται ότι, οι παράγοντες υψηλού κινδύνου αφορούν κυρίως το ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αναφέρονται τόσο στην οργάνωση της οικογενειακής ζωής και τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, όσο και στο ατομικό ιστορικό των γονέων. Γι'αυτό και πολλά σύγχρονα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας έχουν στηριχθεί στην καταγραφή των οικογενειών υψηλού κινδύνου και την έγκαιρη παρέμβαση σε αυτές, με στόχο την αποτροπή της περαιτέρω κακοποίησης των παιδιών (Αρτινοπούλου Β., 1995, σ. 158).

## Γ. ΤΥΠΟΙ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΑΣΚΟΥΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες – και κυρίως από την δεκαετία του 1960 – έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην κλινική και εμπειρική/πειραματική βιβλιογραφία σχετικά με τον ρόλο του συστήματος της οικογένειας στην ανάπτυξη της παιδικής κακοποίησης (Avery-Clark C., O'Neil J.A & Laws D.R. (1981), “A Comparison of Intrafamilial Sexual and Physical Child Abuse”, που αναφέρεται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 14). Τα ευρήματα πολλών ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών ερευνών για τύπους οικογενειών που ασκούν παιδική κακοποίηση βρίσκονται σε συνάφεια με τους μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Έτσι, λοιπόν, σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφέρονται τα εξής :

(α) *Χαρακτηριστικά των οικογενειών.* Οι οικογένειες που εμπλέκονται τόσο στην σωματική, όσο και στην σεξουαλική παιδική κακοποίηση έχουν γίνει συχνά αντικείμενο παρατήρησης επειδή ανήκουν σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ζουν σε φτωχές συνθήκες διαβίωσης, αντιμετωπίζουν σε ανησυχητικό βαθμό το πρόβλημα της ανεργίας και έχουν σοβαρές ελλείψεις ή/και ανεπάρκεια υγειονομικής περίθαλψης ( Flugel, 1926' Sonden, 1936' Reimer, 1940' Hirning, 1947' Weinberg, 1955' Lustig *et al.*, 1966' Lukianowicz, 1972' Parker, 1974' Schechter & Roberge, 1976' Young, 1964' Elmer, 1967' Gil, 1970, 1971, 1975' Bennie & Sclare, 1969' Lystad, 1975' Antler, 1978, που αναφέρονται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 14). Επίσης, πολύ συχνά οι

οικογένειες αυτές είναι κοινωνικά απομονωμένες και αδύναμες/ανίκανες να εγκαθιδρύσουν και/ή να διατηρήσουν επαρκή υποστηρικτικά συστήματα έξω από το οικογενειακό σύστημα (Raphling et al., 1967· Young, 1964· Elber, 1967· Spinetta & Rigler, 1972· Lystad, 1975· Justice & Justice, 1976· Steele, 1976· Garbarino, 1977, που αναφέρονται στους Cook M.& Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σσ. 14-15).

Ωστόσο, πιο πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι μελέτες όπως οι παραπάνω, που επικεντρώνονται σε μοναδικές και μεμονωμένες καταστασιακές μεταβλητές (π.χ. κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) ως αιτιολογικούς παράγοντες της παιδικής κακοποίησης, είναι περιοριστικές όσον αφορά το στόχο τους. Υπάρχουν σχεδόν ισάριθμες έρευνες για τις σεξουαλικά βίαιες οικογένειες (Lukianowicz, 1972· Schecter & Roberge, 1976· Browning & Boatman, 1977) και για τις σωματικά βίαιες οικογένειες (Galdston, 1965· Helfer & Kempe, 1968· Steele & Pollock, 1968· Giovannoni, 1971· Spinetta & Rigler, 1972· Justice & Justice, 1976· Antler, 1978, που αναφέρονται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 15) που υποστηρίζουν ότι η παιδική κακοποίηση δεν συσχετίζεται με μια, μόνο, ψυχοκοινωνική μεταβλητή – όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο – αλλά, με πολλούς άλλους καταστασιακούς παράγοντες. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, και η σωματική/φυσική, και η σεξουαλική παιδική κακοποίηση μπορούν, για παράδειγμα, να αποτελούν φαινόμενο τόσο σε οικογένειες μεσαίας τάξης, όσο και σε οικογένειες χαμηλότερης τάξης. Τα παραπάνω ευρήματα είχαν σαν αποτέλεσμα, όλο και περισσότεροι ερευνητές να τονίζουν την ταχεία συνύπαρξη πολλών σημαντικών στρεσογόνων γεγονότων ως αιτία της παιδικής κακοποίησης, και όχι την παρουσία ενός μόνο παράγοντα/μεταβλητής. Ο



Walters (1975) αναφερόμενος σε περιπτώσεις σωματικά και σεξουαλικά βίαιων οικογενειών, και οι Justice & Justice (1976) και Garbarino (1977) σε σχόλιά τους για σωματικά/φυσικά βίαιες οικογένειες υπογραμμίζουν ότι,

“Είναι η κρίση ζωής – μια παρατεταμένη σειρά από αλλαγές – που προδιαθέτει κάποιον να κακοποιήσει, και όχι η καταστασιακή/περιστασιακή αναταραχή που αποτελεί απλώς ένα κομμάτι αυτής της κρίσης. Έτσι, δεν είναι οι καθημερινές οικονομικές πιέσεις και το στρες, που διαμορφώνουν το πλαίσιο στο οποίο συμβαίνει η κακοποίηση. Είναι η μη-προβλεψιμότητα κάθε είδους αλλαγών, που στην πλειοψηφία τους δεν έχουν καμμία σχέση με την απειλή της φτώχειας” (Walters, 1975; Justice & Justice, 1976, σ. 30, & Garbarino, 1977, που αναφέρονται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 15).

Φαίνεται πιο χρήσιμο και ακριβές να δηλώσουμε ότι οικογένειες που ασκούν σωματική ή/και σεξουαλική παιδική κακοποίηση αντιμετωπίζουν, συχνά, κρίσεις κατά την χρονική περίοδο που λαμβάνει χώρα η κακοποίηση, και είναι ευάλωτες σε τέτοιες κρίσεις ζωής. Μπορούμε, επομένως, να διαπιστώσουμε ότι, οι σεξουαλικά και σωματικά βίαιες οικογένειες πολλές φορές χαρακτηρίζονται από μεγάλο ποσοστό αστάθειας, χάους και εγκατάλειψης. Σε πλήθος περιπτώσεων αρχηγός της οικογένειας είναι ένας, μόνος γονέας (μονογονεϊκές οικογένειες), ή ο ένας ή και οι δύο γονείς απουσιάζουν. Το διαζύγιο και ο χωρισμός είναι κοινά φαινόμενα τόσο στις σεξουαλικά, όσο και στις σωματικά βίαιες οικογένειες.

(β) *Δυναμικές των οικογενειών.* Όλες οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν ή χαρακτηρίζονται από κρίσεις ζωής δεν ασκούν παιδική κακοποίηση. Πολλοί ερευνητές δίνουν έμφαση σε διαπροσωπικές δυναμικές μέσα στην οικογένεια για

να εξηγήσουν την παιδική κακοποίηση σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Έτσι, και τα σωματικά, και τα σεξουαλικά βίαια οικογενειακά συστήματα αντιπροσωπεύονται από τέσσερα κύρια δυναμικά πρότυπα. Αυτά τα πρότυπα περιλαμβάνουν : 1) αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιών που κακοποιούν και των δικών τους γονιών 2) αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιών που κακοποιούν και των συζύγων τους 3) αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιών που κακοποιούν και των παιδιών τους 4) συνενοχή του «σιωπηλού» συζύγου/συντρόφου.

Παρακάτω εξετάζεται καθένα από αυτά τα πρότυπα.

1). Αλληλεπιδράσεις με τους γονείς. Τα χαρακτηριστικά της αποδιοργάνωσης και της εγκατάλειψης, καθώς και η εκδραμάτιση υπό συνθήκες πίεσης και στρες που, όπως προαναφέρθηκε, εμφανίζουν οι οικογένειες που ασκούν σωματική και σεξουαλική παιδική κακοποίηση, φαίνεται να αντιπροσωπεύουν και την οικογένεια καταγωγής των βίαιων γονιών. Έρευνες, που έχουν γίνει στο οικογενειακό περιβάλλον όπου μεγάλωσαν γονείς σεξουαλικά και/ή σωματικά βίαιοι, υποδεικνύουν την μεγάλη ομοιότητα στις διαπροσωπικές δυναμικές που αναπτύσσονται ανάμεσα σε αυτά τα δύο είδη βίαιων γονιών και τους δικούς τους γονείς. Τυπικά, αυτές οι οικογένειες καταγωγής χαρακτηρίζονται από απρόβλεπτη εγκατάλειψη του οικογενειακού συστήματος από τον ένα εκ των δύο γονιών, συχνότερα από τον πατέρα. Οι βίαιοι πατεράδες αναφέρουν, συνήθως, ότι έχουν κακοποιηθεί σωματικά από τους δικούς τους πατεράδες, τους οποίους περιγράφουν ως άτομα που τα φοβάσαι και δεν μπορείς να τα αγαπήσεις. Επίσης, χαρακτηρίζουν τις μητέρες τους ως ψυχρές και απορριπτικές. Οι ίδιοι, σε νεαρή ηλικία, είχαν φύγει πολλές φορές από το σπίτι για να δραπετεύσουν από τις αβάσταχτες διαπροσωπικές καταστάσεις που βίωναν.

Οι βίαιες μητέρες προέρχονται από παρόμοια οικογενειακά πλαίσια στα οποία ο πατέρας ήταν συχνά απών και η μητέρα εχθρική προς τον ανεύθυνο σύζυγο. Αναφέρουν ότι οι μητέρες τους παραχάιδευαν τα αγόρια στην οικογένεια και ότι επέλεγαν μια κόρη (την γυναίκα που αργότερα θα κακοποιούσε το παιδί ή τα παιδιά της) με την οποία εμπλέκονταν και ανέπτυσαν μια ιδιαίτερα στενή σχέση. Την μια στιγμή μεταχειρίζονταν την κόρη αυτή ως τον έμπιστό τους, και την άλλη στιγμή ως τον στόχο της εχθρότητας προς τον απόντα σύζυγο που τις είχε εγκαταλείψει. Καθώς αυτές οι κόρες μεγάλωναν, και ως ενήλικες πλέον, κατέβαλλαν σημαντικές προσπάθειες για να κερδίσουν την αποδοχή των μητέρων τους, αλλά χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα. Γενικά, οι σωματικά και σεξουαλικά βίαιοι άνδρες και γυναίκες (ως γονείς), συχνά, παραμένουν πιο στενά δεμένοι με τους γονείς τους – με ένα δυσπροσαρμοστικό, συμβιωτικό τρόπο – παρά με τους συζύγους και τα παιδιά τους. Αποτυγχάνουν να αναπτύξουν μια ολοκληρωμένη προσωπική ταυτότητα, πέρα από το πρωταρχικό οικογενειακό τους πλαίσιο, και αυτό προκαλεί πολλά προβλήματα στην οικογένεια που αργότερα δημιουργούν, εφόσον υπονομεύει την αποτελεσματική δύναμη της συζυγικής μονάδας στην λήψη αποφάσεων.

2). Αλληλεπιδράσεις με τους/τις συζύγους. Με δεδομένο τις, συχνά, καταστροφικές σχέσεις που έχουν οι βίαιοι γονείς με τους δικούς τους γονείς, οι αλληλεπιδράσεις με τους/τις συζύγους τους είναι συνήθως διαταραγμένες. Από έρευνες που έγιναν για τις συζυγικές σχέσεις σεξουαλικά και σωματικά βίαιων γονιών προέκυψε ότι, και τα δύο «είδη» γονιών τείνουν να παντρεύονται νωρίς, σε μια προσπάθεια να διαμορφώσουν και να αποκτήσουν κάποιας μορφής ασφάλεια μακριά από τις πρωταρχικές, χαοτικές τους οικογένειες. Ωστόσο, τείνουν να παντρεύονται ανθρώπους με παρόμοια βιώματα και εμπειρίες και

έτσι, πολύ σύντομα αρχίζουν να διαφαίνονται τα πρότυπα εγκατάλειψης και εκδραμάτισης υπό συνθήκες στρες, τα οποία χαρακτηρίζαν τις οικογένειες καταγωγής τους. Καθώς και οι δύο γονείς είναι, συνήθως, ανώριμοι και εξαρτημένοι, κατακλύζουν ο ένας τον άλλο με τις συναισθηματικές τους ανάγκες για στοργή, τρυφερότητα, φροντίδα. Εξαιτίας της αδυναμίας τους να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες των συζύγων τους, αρχίζουν να απομακρύνονται μεταξύ τους, και ο σύζυγος, τις περισσότερες φορές, “αποκολλάται” μέσω του αλκοόλ και της εγκατάλειψης. Επειδή οι γονείς αυτοί νιώθουν να απειλούνται από τις σχέσεις/συναναστροφές που πιθανώς έχει ο/η σύζυγός τους έξω από το οικογενειακό πλαίσιο, δηλαδή, από τις αλληλεπιδράσεις που μπορεί να καλύψουν κάποιες ανάγκες εξάρτησης του/της και να ανακουφίσουν την συζυγική σχέση από το φορτίο παροχής τέτοιας ικανοποίησης, τείνουν να σαμποτάρουν την ανάπτυξη πολλών εξωτερικών υποστηρικτικών συστημάτων, τα οποία μπορεί να συμβάλλουν θετικά στην «διάσωση» του γάμου και να εμποδίσουν τους γονείς να στραφούν στα παιδιά τους για την εκπλήρωση των αναγκών που έχουν.

Καθώς ο ένας γονιός αρχίζει να λειτουργεί ανεύθυνα, ο άλλος διακατέχεται από θυμό, ματαιώση, σύγχυση και γίνεται ακόμη πιο ανεύθυνος. Όταν ο ένας από τους δύο γονείς μένει μόνος με το παιδί, μπορεί να αρχίσει να απαιτεί από το παιδί την συναισθηματική κάλυψη και ζεστασιά που δεν λαμβάνει από τον/την σύζυγό του. Επειδή το παιδί είναι αδύναμο/ανίκανο να ικανοποιήσει τέτοιες ανάγκες, ο γονιός ματαιώνεται ακόμη περισσότερο και μπορεί να προβεί σε ενέργειες εναντίον του παιδιού. Αρκετές έρευνες αναφέρουν ότι, τόσο η σωματική όσο και η σεξουαλική παιδική κακοποίηση είναι αποτέλεσμα της μετάθεσης/μετατόπισης της συζυγικής έντασης στα παιδιά. Οι

γονείς αρχίζουν τις μεταξύ τους διαμάχες για την διεκδίκηση της προσοχής από το παιδί τους, μετατρέποντας το παιδί σε θύμα των διαφωνιών και των συγκρούσεών τους.

3). Αλληλεπιδράσεις με τα παιδιά. Έρευνες σε οικογένειες που ασκούν σεξουαλική παιδική κακοποίηση υποστηρίζουν ότι, καθώς οι βίαιοι γονείς αποτυγχάνουν να διαφοροποιήσουν τους εαυτούς τους από τους δικούς τους γονείς και αδυνατούν να λάβουν ικανοποίηση από τους συζύγους τους, συχνά προσκολλώνται συμβιωτικά σε ένα από τα παιδιά τους, προσπαθώντας να καλύψουν με επιτυχία τις συναισθηματικές τους ανάγκες. Αυτοί οι γονείς δεν επιτρέπουν στα παιδιά τους να διαμορφώσουν ανεξάρτητες ταυτότητες, εφόσον μια τέτοια διαδικασία διαφοροποίησης θα απειλούσε – για τους γονείς – την πηγή της προσοχής που αναζητούν. Έχουν υπερβολικά υψηλές προσδοκίες από τα παιδιά τους, ότι δηλαδή, αυτά θα ικανοποιήσουν ανάγκες τις οποίες κανένας ενήλικας μέχρι τώρα δεν κατάφερε να ικανοποιήσει. Σαν αποτέλεσμα, αυτά τα παιδιά όχι μόνο προωθούνται σε ενήλικους και γονεϊκούς ρόλους σε ακατάλληλες, πρώιμες ηλικίες, αλλά γίνονται και οι αποδέκτες της εχθρότητας και ματαίωσης των γονιών όταν αποτυγχάνουν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες τους. Αυτά τα αλληλεπιδραστικά μοντέλα μεταξύ βίαιων γονιών και των παιδιών που κακοποιούν θεωρείται ότι περιλαμβάνουν μεγάλα ποσοστά ματαίωσης και σύγχυσης ρόλων. Σε ορισμένες περιπτώσεις συμβαίνει πλήρης αναστροφή ρόλου. Π.χ. στην περίπτωση αιμομικτικής σχέσης πατέρα-κόρης, η μητέρα μπορεί να νιώθει τόσο ανικανοποίητη από τις μητρικές και συζυγικές της ευθύνες, ώστε να προσπαθεί να βρει κάποιον να εκπληρώσει αυτές τις υποχρεώσεις. Κατά ανάλογο τρόπο, ο πατέρας, δυσαρεστημένος από τον ρόλο του, μπορεί να ψάχνει τον νεανικό έρωτα των πρώτων χρόνων του έγγαμου βίου

του. Έτσι, και οι δύο γονείς μπορεί να ενθαρρύνουν, ουσιαστικά, την κόρη τους ή μία από τις κόρες τους να υιοθετήσει τον ρόλο της συζύγου και της μητέρας για τον πατέρα/σύζυγο και τα υπόλοιπα παιδιά, αντίστοιχα.

Και έρευνες, οι οποίες εξετάζουν τις σχέσεις μεταξύ γονιών και παιδιών που εμπλέκονται στην σωματική παιδική κακοποίηση, έχουν αποκαλύψει αξιοσημείωτα αλληλεπιδραστικά πρότυπα συμβιωτικής υπερ-ανάμιξης και σύγχυση ή αναστροφή ρόλων. Υποστηρίζουν, λοιπόν, ότι ο πατέρας είναι ο γονέας που εμπλέκεται σε μέγιστο βαθμό με τα παιδιά και τα κακοποιεί, κυρίως, όταν αναστρέφονται οι ρόλοι μεταξύ των συζύγων. Είναι πιθανό, ο βίαιος γονιός να είναι ο πατέρας σε οικογένειες όπου η μητέρα αποτελεί την πρωταρχική πηγή οικονομικής στήριξης και ο πατέρας παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας των παιδιών.

4). Συνενοχή του “σιωπηλού” συζύγου/γονέα. Αναφερόμενοι, καταρχήν, στην σεξουαλική παιδική κακοποίηση μπορούμε να πούμε ότι, πρόκειται για μια πολυδιάστατη οικογενειακή υπόθεση που προσδιορίζεται με περισσότερους τρόπους και χαρακτηριστικά από αυτά που θεωρούνται ως τα πλέον προφανή. Όχι μόνο συμβαίνει μέσα στα όρια του οικογενειακού συστήματος, αλλά συνήθως εμπλέκει και άλλα μέλη της οικογένειας, πέρα από αυτά που συμμετέχουν ενεργητικά στην κακοποίηση. Παρόλο που, στις περισσότερες περιπτώσεις ο πατέρας είναι η κυρίαρχη φιγούρα στην ενδοοικογενειακή παιδική κακοποίηση, η αιμομιξία προϋποθέτει, συνήθως, την παθητική σύμπραξη της συζύγου/μητέρας (Weiner, 1962· Lustig *et al.*, 1966· Machotka *et al.*, 1967· Raphling *et al.*, 1967· Lester, 1972· Lukianowicz, 1972· Sarles, 1975· Walters, 1975· Brant & Tisza, 1977· Browning & Boatman, 1977, που αναφέρονται στους Cook M. and Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*,

1981, σ. 19). Μέσω της άρνησης και της χρήσης άλλων μηχανισμών άμυνας, ο παθητικός γονέας επιτρέπει στην αιμομιξία να συνεχίζεται, προφανώς απρόθυμος να διαταράξει την λειτουργία η οποία μειώνει την ένταση και η οποία είναι αποτέλεσμα της κακοποίησης. Π.χ. σε ένα περιστατικό, “Η σύζυγος ήταν τελείως αποτραβηγμένη την μέρα, αλλά την νύχτα παρακολουθούσε τις αιμομικτικές δραστηριότητες του άντρα της. Γνώριζε τι συνέβαινε, αλλά αντί να το σταματήσει, τον άφηνε να συνεχίζει” (Peters, 1976, σ. 408, που αναφέρεται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 19).

Η συγκατάβαση από την μεριά του παθητικού γονέα δηλώνεται, συχνά, έμμεσα όταν η κακοποίηση γίνεται πλέον γνωστή στις αρχές. Τότε, ο παθητικός γονέας υποστηρίζει, συνήθως, τον άλλο γονιό που κακοποιεί ενεργητικά, και αναγκάζει το παιδί να αναλάβει την ευθύνη για την κακοποίηση.

Όσον αφορά, τέλος, την σωματική παιδική κακοποίηση, παρόλο που οι έρευνες σε οικογένειες που ασκούν αυτού του είδους την κακοποίηση είναι λιγότερες σε αριθμό, υποστηρίζεται ότι η βίαιη δραστηριότητα – αν όχι ρητά και ξεκάθαρα, σε κάποιο βαθμό, πάντως – παραβλέπεται από τον γονέα που εμπλέκεται παθητικά στις βιαιοπραγίες. Γι’ αυτό και ο γονιός που κακοποιεί ενεργητικά έχει την δυνατότητα να συνεχίσει τις επιθετικές του πράξεις (Oliver & Cox, 1973· Walters, 1975· Garbarino, 1977, που αναφέρονται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 19).

(γ) *Εκμάθηση ρόλων και συμπεριφορών στις οικογένειες.* Αν θεωρήσουμε ότι η ζωή είναι μια σειρά από εισόδους σε και εξόδους από διαφορετικούς ρόλους οι οποίοι περιλαμβάνουν την μάθηση συγκεκριμένων, κατάλληλων προτύπων συμπεριφοράς (Elmer, 1967· Garbarino, 1977, που αναφέρονται στους

Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 20), μια σημαντική διαπίστωση που προκύπτει είναι ότι, τα μέλη των βίαιων οικογενειών έχουν αποτύχει να αναπτύξουν συμπεριφορικά ρεπερτόρια τα οποία η κοινωνία θεωρεί ως κατάλληλα για τους ρόλους που διαφορετικά μέλη αναλαμβάνουν μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Συνοπτικά, οι οικογένειες που ασκούν παιδική κακοποίηση χαρακτηρίζονται ως συστήματα στα οποία, αυτοί που αναμένεται ότι θα συμπεριφερθούν σαν γονείς δεν έχουν καταφέρει να μάθουν τα αρμόζοντα πρότυπα γονεϊκών ρόλων, και αυτοί που αναμένεται ότι θα λειτουργούν ως παιδιά δεν έχουν την ευκαιρία να μάθουν αυτές τις συμπεριφορές, δηλαδή, τις παιδικές. Αυτή η αποτυχία ανάπτυξης κατάλληλων συμπεριφορών δεν εμφανίζεται μόνο με τη μορφή ανησυχητικών προσδοκιών που έχουν οι βίαιοι γονείς όσον αφορά κατάλληλους μηχανισμούς προσαρμογής και αντιμετώπισης γενικά, αλλά εκδηλώνεται και με μορφή διαταραγμένων προσδοκιών, σχετικών με επαρκείς γονεϊκές συμπεριφορές και πρότυπα παιδικών ρόλων.

Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους, σωματικά ή/και σεξουαλικά, αδυνατούν/αποτυγχάνουν, συνήθως, να μάθουν τον διαχωρισμό ανάμεσα στο ρόλο του γονέα ή ενήλικα και στο ρόλο του παιδιού. Αν όντως αναπτύξουν τέτοιες αντίληπτικές διακρίσεις, καταλήγουν στην προσδοκία ότι η ανάληψη του γονεϊκού ρόλου, γενικά, περιλαμβάνει την κακοποίηση των παιδιών, ιδίως όταν οι γονείς αντιμετωπίζουν συγκρούσεις. Ωστόσο, αυτό που διαφοροποιεί τους σωματικά και σεξουαλικά βίαιους γονείς από τους μη-βίαιους είναι ότι, οι πρώτοι μαθαίνουν να συνδέουν τον γονεϊκό ρόλο με τη χρήση καταχρηστικών μορφών τιμωρητικών προτύπων προσαρμογής για να αντιμετωπίσουν το στρες,



γενικά, και τις διαφωνίες με τα παιδιά, ειδικότερα. Όπως υπογραμμίζουν οι Summit και Kryso (1977),

“Όλοι οι γονείς θυμώνουν με τα παιδιά τους. Όλοι οι γονείς έχουν φιλήδονα αισθήματα προς τα παιδιά τους. Οι βίαιοι γονείς αφήνουν αυτά τα συναισθήματα να εκφραστούν με λιγότερο ελεγχόμενο τρόπο” (Summit & Kryso, 1977, σσ. 239-240, που αναφέρονται στους Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σ. 20).

Καθώς αυτοί οι γονείς μαθαίνουν να συνδέουν συμπεριφορές ακραίας εκδραμάτισης με τον γονεϊκό ρόλο, ταυτόχρονα αποτυγχάνουν να αναπτύξουν εναλλακτικές, περισσότερο κατάλληλες και αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης. Δεν έχουν μάθει να προσδοκούν ότι ο ρόλος του γονέα περιλαμβάνει την επίδειξη ορθολογικής συμπεριφοράς στην λύση προβλημάτων, όπως επίσης και πρότυπα αλληλεπίδρασης νομοταγή και σύμφωνα με βασικές ηθικές αρχές.

Οι διαστρεβλωμένες προσδοκίες που μαθαίνουν οι βίαιοι γονείς όσον αφορά τον ρόλο του γονέα δεν εκδηλώνονται μόνο με τη μορφή φτωχών γονεϊκών δεξιοτήτων, αλλά και ως μη-ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με τον κατάλληλο ρόλο του παιδιού και την παιδική συμπεριφορά. Τόσο οι σεξουαλικά, όσο και οι σωματικά βίαιοι γονείς έχουν εξαιρετικά υψηλές προσδοκίες για το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται τα παιδιά τους. Ενώ οι ίδιοι αδυνατούν να συνδέσουν την λύση προβλημάτων και την νομιμόφρονα συμπεριφορά με τον γονεϊκό ρόλο, δεν παύουν να προσδοκούν αυτούς τους τύπους συμπεριφορών από τα παιδιά τους. Συχνά, αυτοί οι γονείς προωθούν με ενεργό τρόπο τα παιδιά να παίρνουν τις αποφάσεις στην οικογένεια και να αναλαμβάνουν τις γονεϊκές και ενήλικες ευθύνες. Είναι αξιοσημείωτο ότι, αυτά τα κακοποιημένα παιδιά, τα

οποία φαίνονται τόσο ώριμα στην νεαρή τους ηλικία και τα οποία προφανώς έχουν την ικανότητα να επιδείξουν ορθολογική και ηθική συμπεριφορά, είναι τα ίδια άτομα που αργότερα γίνονται παρορμητικοί και βίαιοι γονείς. Η διαπίστωση αυτή έχει περαιτέρω οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι, οι βίαιες οικογένειες χαρακτηρίζονται, σε μεγάλη συχνότητα, από διαταραχές σε μαθημένες συμπεριφορές ρόλου όπως, ότι ο ρόλος του παιδιού είναι αυτός που συνδέεται με τυπικά ώριμα πρότυπα συμπεριφοράς και ο γονεϊκός ρόλος αυτός που συνδυάζεται με παρορμητική εκδραμάτιση (Cook M. & Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, 1981, σσ. 14-21).

Μετά την εκτεταμένη αναφορά σε ευρήματα ψυχοκοινωνικών ερευνών για τύπους οικογενειών που ασκούν σεξουαλική ή/και σωματική παιδική κακοποίηση, συνεχίζουμε την βιβλιογραφική ανασκόπηση κάνοντας λόγο για άλλα οικογενειακά χαρακτηριστικά που συμβάλλουν, ειδικότερα, στην σεξουαλική παιδική κακοποίηση.

Σύμφωνα λοιπόν και πάλι με ερευνητικά δεδομένα, το στερεότυπο πρότυπο σχέσεων σε μια οικογένεια όπου ασκείται σεξουαλική παιδική κακοποίηση είναι αυτό ενός αυταρχικού πατέρα και μιας μητέρας που φαίνεται αδύναμη και εξαρτημένη από τον σύζυγό της. Η μητέρα θεωρείται ως ο γονιός που βρίσκεται πιο κοντά στο παιδί το οποίο υφίσταται την κακοποίηση, αλλά είναι «ανίκανη» να το προστατέψει. Ωστόσο, φαίνεται πως δεν συμβαίνουν απαραίτητα αυτά που προαναφέρθηκαν.

Ο Furniss (1985) έχει υποστηρίξει ότι το πρότυπο των συναισθηματικών σχέσεων μπορεί να είναι ακριβώς το αντίθετο από το παραπάνω στερεότυπο: η μητέρα είναι αρκετά ανεξάρτητη, ενώ ο πατέρας, παρά την εμφανή κυριαρχικότητά του, είναι ιδιαίτερα εξαρτημένος από την σύζυγό του για

συναισθηματική στήριξη, κυρίως σε περιόδους χωρισμού. Επίσης, συχνά εκφράζει υπερβολικές/ακραίες σεξουαλικές απαιτήσεις, όπως τουλάχιστον τις αντιλαμβάνεται η σύζυγος. Η σεξουαλική παιδική κακοποίηση συμβαίνει σε μια οικογένεια όπου ο άνδρας νιώθει σεξουαλικά ματαιωμένος από την σύντροφό του, αλλά δεν μπορεί να διαλύσει την σχέση και να φύγει εξαιτίας της δικής του συναισθηματικής ανωριμότητας (Furniss, 1985, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 11).

Ο Furniss περιγράφει δύο διαφορετικά είδη/τύπους σεξουαλικά βίαιων οικογενειών: στο ένα η κακοποίηση φαίνεται να εξυπηρετεί το σκοπό αποφυγής ανοιχτής σύγκρουσης μεταξύ των γονιών, ενώ στο άλλο σκοπός είναι η ρύθμιση της σύγκρουσης. Δύο διαφορετικά πρότυπα μητρικής συμπεριφοράς λαμβάνουν χώρα στους δυο αυτούς τύπους οικογένειας.

#### 1. Οικογένειες που αποφεύγουν την σύγκρουση

Η μητέρα είναι αυτή που θέτει τους κανόνες για τις συναισθηματικές σχέσεις και για τον τρόπο με τον οποίο συζητούνται σεξουαλικά και συναισθηματικά ζητήματα. Αυτές οι μητέρες είναι συναισθηματικά απόμακρες από την κόρη (ή τις κόρες) που εμπλέκεται (ή εμπλέκονται) στην σεξουαλική κακοποίηση, αν και αποζημιώνουν για την απομάκρυνσή τους μέσω της καταναγκαστικής φροντίδας που παρέχουν στην οικογένεια. Η απόσταση μεταξύ μητέρας και κόρης μπορεί να είναι τόσο μεγάλη ώστε, ακόμη κι όταν το παιδί λέει στην μητέρα τι συμβαίνει, οι ισχυρισμοί του παραβλέπονται τελείως και διαψεύδονται. Τα προβλήματα δεν συζητούνται μέσα στην οικογένεια και, αν το παιδί οδηγηθεί στον οικογενειακό γιατρό ο σκοπός της επίσκεψης φαίνεται να

είναι η αναζήτηση επαγγελματικής επιβεβαίωσης στην άρνηση της μητέρας να δεχτεί τα λεγόμενα του παιδιού.

## 2. Οικογένειες που ρυθμίζουν την σύγκρουση

Η μητέρα δεν είναι σε θέση να παρέχει πρακτική καθώς και, συναισθηματική στήριξη στα παιδιά. Μετατρέπεται σε 'ψευδο-ίσο' τους και κάποιο από τα παιδιά μπορεί να αναλάβει τον ρόλο της μητέρας. Τα σεξουαλικά ζητήματα συζητούνται με περισσότερη άνεση και μπορεί να υπάρξει ανοιχτή σύγκρουση, και άσκηση βίας, μεταξύ των γονιών. Το παιδί 'θυσιάζεται' προκειμένου να ρυθμιστεί αυτή η σύγκρουση και να αποφευχθεί η διάλυση της οικογένειας.

Ο Furniss, αναφέρει ότι οι κόρες, στις αιμομικτικές οικογένειες που διερεύνησε και περιέγραψε, δεν ένιωθαν να δέχονται συναισθηματική κατανόηση ή φροντίδα από τις μητέρες τους. Οι μητέρες θεωρούνταν συναισθηματικά άκαμπτες ή απόμακρες. Υπήρχε ανοιχτά εχθρική σχέση ανάμεσα στην μητέρα και την κόρη και/ή η έκκληση της κόρης για αγάπη από την μητέρα είχε απορριφθεί. Αν φαινόταν να υπάρχει κάποιο «δέσιμο» μεταξύ τους, ήταν επειδή το παιδί γινόταν η γονεϊκή φιγούρα για την μητέρα. Οι κόρες συμμορφώνονταν με τις σεξουαλικές απαιτήσεις των πατεράδων τους. Το ταμπού απαγόρευσης οποιασδήποτε συζήτησης για τις αιμομικτικές σχέσεις δεν επέτρεπε στα παιδιά να αναζητήσουν και να βρουν κάποια βοήθεια μέσα ή έξω από την οικογένεια. Όλα τα κορίτσια κατηγορούσαν τις μητέρες τους επειδή δεν τις είχαν προστατέψει και δεν τους έδωσαν την δυνατότητα να μιλήσουν σε άλλους για τις τρομακτικές ή συναρπαστικές τους εμπειρίες.

Η αναστροφή ρόλων μεταξύ γονιών και παιδιού ήταν αποδιοργανωτική και διαταρακτική για το παιδί. Όσον αφορά – στην έρευνα του Furniss – τα

δεδομένα σχετικά με την συναισθηματική εξάρτηση, ο πατέρας βρισκόταν σε ίδιο επίπεδο με την κόρη του.

Η κατάρρευση του ταμπού της αιμομιξίας είχε οδηγήσει στην δημιουργία ενός νέου ταμπού, το οποίο όριζε ότι, τα μέλη της οικογένειας, ακόμη και αυτά που εμπλέκονταν στην σεξουαλική κακοποίηση, δεν επιτρεπόταν να ονομάσουν ούτε να αναγνωρίσουν τι συνέβαινε. Η μυστικότητα και η σιωπή στέρησαν από τα μέλη της οικογένειας την δυνατότητα να εξετάσουν την πραγματική φύση των οικογενειακών σχέσεων. Ούτε μπορούσε να συζητηθεί η κακοποίηση με άτομα έξω από την οικογένεια, λόγω του φόβου της τιμωρίας ή άλλων ολέθριων συνεπειών.

Σαν συμπέρασμα από τις παραπάνω έρευνες, ο Furniss (1985) υποστηρίζει ότι, αυτό που οδηγεί στις αιμομικτικές σχέσεις μεταξύ πατέρα και κόρης (έχει ήδη αναφερθεί ότι αυτή η μορφή αιμομιξίας είναι η συνηθέστερη και η συχνότερη) είναι ο συνδυασμός συναισθηματικής εξάρτησης και ανάρμοστων σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ διαφορετικών γενεών μέσα στην οικογένεια. Το παιδί-κόρη τίθεται σε μια συγχυτική και ακαθόριστη θέση σε σχέση με τους γονείς και τα αδέρφια της και η σύγχυση μεταξύ της πρακτικής φροντίδας, που αναλαμβάνει ως γονέας, της συναισθηματικής εξάρτησης και των σεξουαλικών σχέσεων διατηρείται με απόλυτη μυστικότητα.

Στις οικογένειες που αποφεύγουν την σύγκρουση, παρόλο που οι γονείς μπορεί να μην συζητούν ποτέ τι συμβαίνει, συγκαλυμμένα συμφωνούν για τον ρόλο της κόρης μέσα στην οικογένεια. Αυτή η μη-λεκτική συνενοχή αυξάνει την συναισθηματική εξάρτηση του πατέρα από την μητέρα και τον κρατά στενά δεμένο στην οικογένεια.

Στις οικογένειες που ρυθμίζουν την σύγκρουση, υπάρχει περισσότερη αναγνώριση και κατανόηση της πραγματικότητας των οικογενειακών σχέσεων και δεν υπάρχει ο ίδιος βαθμός μυστικότητας που παρατηρείται στις οικογένειες που αποφεύγουν την σύγκρουση. Και για τα δυο είδη οικογενειών χρειάζεται προσοχή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, ώστε να μην προκληθεί μέγιστη κρίση και απειληθούν τα οικογενειακά θεμέλια μετά από τυχόν αποκάλυψη της αιμομιξίας και των αλλαγών στις σχέσεις των μελών της οικογένειας (Furniss, 1985, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 11-13).

Συνεχίζοντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με χαρακτηριστικά ή τύπους οικογενειών που εμπλέκονται στην σεξουαλική παιδική κακοποίηση, γίνεται αναφορά σε πέντε βασικές συνθήκες, οι οποίες θέτουν τα θεμέλια για την κατάρρευση του φραγμού της αιμομιξίας, σε μια “δυσλειτουργική” οικογένεια: 1) η παρουσία της κόρης ως κυρίαρχης γυναικείας φιγούρας στη θέση της μητέρας, 2) η σχετική σεξουαλική ασυμβατότητα ανάμεσα στους γονείς, που οδηγεί σε απόλυτη σεξουαλική ένταση του πατέρα, 3) η απροθυμία του πατέρα να βρει σύντροφο έξω από την πυρηνική οικογένεια εξαιτίας της ανάγκης του να διατηρήσει τον κοινά αποδεκτό μύθο του σταθερού και ικανού πατριάρχη, 4) οι μοιρασμένοι φόβοι για διάλυση και εγκατάλειψη της οικογένειας, οι οποίοι οδηγούν την οικογένεια σε απεγνωσμένη αναζήτηση μιας εναλλακτικής λύσης, προκειμένου να αποφευχθεί η διάλυση, 5) η ασυνείδητη έγκριση της μη-εμπλεκόμενης μητέρας, που παραβλέπει ή αποδέχεται την ανάληψη από την κόρη ενός ρόλου σεξουαλικού και στοργικού/τρυφερού, προς τον πατέρα.

Οι τύποι οικογενειών που αναφέρονται σε αυτό το σημείο είναι:

α) Η Κλασσική Αιμομικτική Οικογένεια

- παθολογία πρωταρχικά περιορισμένη μέσα στο οικογενειακό πλαίσιο και το σπίτι
- σε ένα υπερβατικό επίπεδο, οικογένεια αρκετά σταθερή
- προβλήματα πολύ καλά κρυμμένα από τους 'απ' έξω'
- καμμία εκδραμάτιση στην κοινότητα, οικογένεια άγνωστη σε κοινωνικούς φορείς

β) Πολύ-Προβληματική Αιμομικτική Οικογένεια

- η αιμομιξία αποτελεί μία μόνο όψη της συνολικής οικογενειακής αποδιοργάνωσης
- η οικογένεια αντιμετωπίζει πολλαπλά προβλήματα
- επαφές με τουλάχιστον έναν ή περισσότερους κοινωνικούς φορείς της κοινότητας για θέματα άλλα, όχι για την αιμομιξία (Schlesinger B., 1982, σσ. 14-15).

Η συσχέτιση και επίδραση των οικογενειακών δυναμικών στην ανάπτυξη αιμομικτικών σχέσεων αναφέρεται και σε άλλα σημεία της βιβλιογραφίας. Αυτό που επισημαίνεται είναι ότι, η απομόνωση της οικογένειας θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για την ανάπτυξη της αιμομιξίας. Η συστηματική προσέγγιση δίνει έμφαση στο ρόλο αυτού του «συμπτώματος» για τη διατήρηση της ομοιότητας της συγκεκριμένης οικογένειας. Με δομικούς όρους, η απομόνωση της «αιμομικτικής οικογένειας» ερμηνεύεται σε σχέση με τα όρια: περιγράφονται ως οικογένειες των οποίων τα εσωτερικά όρια είναι διάχυτα, ενώ τα εξωτερικά όρια είναι άκαμπτα.

Οι γονείς δεν έχουν σημαντική επαφή με ενήλικες έξω από το σπίτι. Ο πατέρας δείχνει να αναζητά σεξουαλική εμπειρία έξω από τη συζυγική σχέση. Οι

μητέρες εμφανίζονται αποσυρμένες και αδύναμες. Χαρακτηριστικό των περισσότερων οικογενειών – όπως άλλωστε προαναφέρθηκε σε πολλά σημεία – είναι το ότι οι κόρες έχουν μεγαλύτερη εξουσία στο σπίτι από ό,τι οι μητέρες.

Το συναισθηματικό κλίμα της οικογένειας χαρακτηρίζεται από παραίτηση, εγκατάλειψη, μιζέρια, πίκρα και οργή (Καραγιάννης Δ. (1997), “Θεραπευτής και Αιμομιξία”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σσ. 129-130).

Η P. Alexander (1985) διατυπώνει την άποψη ότι η εμφανής απομόνωση της οικογένειας εξηγεί την ύπαρξη της αιμομιξίας: «Η οικογένεια ήταν σαφώς αποκλεισμένη από το περιβάλλον (...) Η αιμομιξία μπορεί να θεωρηθεί ότι προκαλείται, ή τουλάχιστον ευνοείται, από την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων» (Alexander P., 1985, που αναφέρεται στον Καραγιάννη Δ. (1997), “Θεραπευτής και Αιμομιξία”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σ. 130).

Σχετικά με τύπους οικογενειών που κακοποιούν γενικά, σωματικά ή/και σεξουαλικά, τα παιδιά-μέλη τους, η βιβλιογραφία περιλαμβάνει και αναφέρει και άλλα ερευνητικά ευρήματα. Σύμφωνα με αυτά, και με βάση την οικολογική προσέγγιση στην οποία στηρίζονται, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των οικογενειών που ασκούν σωματική και/ή σεξουαλική βία στο παιδί-μέλος είναι η κοινωνική και οικονομική αποστέρηση στο περιβάλλον τους. Μ'άλλα λόγια, τονίζεται το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει η οικογένεια. Οι ερευνητές έχουν επανειλημμένα δείξει ότι η κοινωνική απομόνωση συσχετίζεται θετικά με την παιδική κακομεταχείριση (Bakan, 1971' Bryant and others, 1963' Elmer,



1967' Helfer and Kempe, 1976' Lauer, Ten Broeck, and Grossman, 1974' Smith, Hanson, and Noble, 1974, που αναφέρονται στους Garbarino J. & Stocking H.S., 1987, σ. 7). Οι γονείς που κακοποιούν τα παιδιά τους προτιμούν να λύνουν μόνοι τους τα προβλήματά τους. Έχουν λίγες φιλικές ή κοινωνικές σχέσεις έξω από το σπίτι, και είναι πιθανό να αποθαρρύνουν τα παιδιά τους στην απόκτηση εξωτερικών συναναστροφών. Τείνουν να είναι προσωρινοί κάτοικοι, απλώς «περαστικοί», στον τόπο όπου διαμένουν – στις αστικές, κυρίως, περιοχές – και έτσι παρουσιάζουν ελλείψεις σε σταθερούς και διαρκείς δεσμούς με το εγγύς περιβάλλον τους. Επίσης, συνήθως, όλη τους η ζωή χαρακτηρίζεται από την αποφυγή δραστηριοτήτων που θα τους έφερναν σε επαφή με άλλους ενήλικες. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει ότι απαραίτητα η κοινωνική απομόνωση προκαλεί παιδική κακοποίηση. Σίγουρα όμως, η κοινωνική απομόνωση αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο των οικογενειών που κακοποιούν το παιδί ή τα παιδιά-μέλη και, συχνά, αντανακλά ένα πρότυπο μακροχρόνιας αποξένωσης (Polansky and others, 1979, που αναφέρεται στους Garbarino J. & Stocking H.S., 1987, σ. 8).

Επιπλέον, όταν η κοινωνική απομόνωση συνδυάζεται με χαμηλά εισοδήματα μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα κάνοντας τους γονείς απόλυτα εξαρτημένους από τα κοινωνικά δίκτυα, για παροχή βοήθειας (Smith, 1977' Stack, 1974, που αναφέρονται στους Garbarino J. & Stocking H.S., 1987, σ. 8). Με αυτόν τον τρόπο, η κοινωνική απομόνωση διευκολύνει και ενισχύει την παιδική κακομεταχείριση γιατί, όταν οι οικογένειες αποκόπτονται από προσωπικά «υποστηρικτικά συστήματα» απομακρύνονται από αυτά τα σύνολα σχέσεων που παρέχουν ανατροφοδότηση και ζεστασιά στα άτομα και που τους επιτρέπουν την πρόσβαση σε μια ποικιλία πόρων, υλικών και κοινωνικών (Cochran and Brassard, 1987, που αναφέρονται στους Garbarino J. & Stocking

H.S., 1987, σ. 8). Άρα, χωρίς διαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις έξω από την άμεση οικογένεια, οι γονείς που ασκούν παιδική κακοποίηση, από την μια μεριά, ενδέχεται να αποκοπούν από πιθανές πηγές στήριξης και ανατροφοδότησης και τα παιδιά που υφίστανται την κακοποίηση, από την άλλη, μπορεί να εγκαταλειφθούν, χωρίς «συμμάχους» στους οποίους θα μπορούσαν να στραφούν για βοήθεια και προστασία (Caplan, 1974, που αναφέρεται στους Garbarino J.& Stocking H.S., 1987, σ. 8).

Συνεχίζοντας την παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών για τύπους οικογενειών που ακούν παιδική – σωματική ή/και σεξουαλική – κακοποίηση, μπορούν να υπογραμμιστούν τα εξής: Η οικογενειακή ζωή χαρακτηρίζεται από αυξημένο ποσοστό διαζυγίων και μονογονεϊκότητας, από άσκηση του γονεϊκού ρόλου χωρίς να έχει προηγηθεί γάμος και από οικονομικά άγχη και στρες, μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο δυσλειτουργικότητας και περιορισμένης εξωτερικής/κοινωνικής στήριξης και βοήθειας. Οι βίαιες οικογένειες θεωρούνται, πλέον, ως πολυ-προβληματικές οικογένειες με συνήθη χαρακτηριστικά το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και το φτωχό μορφωτικό επίπεδο των γονιών, τα οποία επιδεινώνονται εξαιτίας της ανεργίας, των άσχημων συνθηκών διαβίωσης, της πλήρους εξάρτησης από τους φορείς πρόνοιας και της διαμονής σε υποβαθμισμένες ή/και επικίνδυνες γειτονιές (Daro, 1988· Garbarino & Sherman, 1980a· Polansky, Chalmers, Bittenwieser, & Williams, 1981· Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980, που αναφέρονται στον Thompson A.R., 1995, σ. 4). Οι γονείς που κακομεταχειρίζονται τα παιδιά τους μπορεί επίσης να αντιμετωπίζουν συναισθηματικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές, ή να κάνουν χρήση ουσιών, με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οι σχέσεις με τα παιδιά τους και να αυξάνονται οι δυσκολίες στην ανατροφή τους

(Daro, 1988; Gaudin & Pollane, 1983, που αναφέρονται στον Thompson A.R., 1995, σ. 4). Επιπλέον, οι γονείς που ασκούν παιδική κακοποίηση συχνά χαρακτηρίζονται από ανεπάρκεια σημαντικών κοινωνικών επαφών και σχέσεων με άτομα της ευρύτερης οικογένειας, της γειτονιάς και, γενικότερα, της κοινότητας, καθώς και με δημόσιους κοινωνικούς φορείς που μπορούν να παρέχουν στήριξη και βοήθεια (Thompson A.R., 1995, σ. 4).

Σε οικογενειακά χαρακτηριστικά, ενδεχομένως “υπεύθυνα” για την σεξουαλική παραβίαση του παιδιού από τους γονείς, αναφέρεται και η Ελένη Αγάθωνος-Γεωργοπούλου (1998). Η συγγραφέας παρατηρεί ότι, οι αιμομικτικές οικογένειες είναι αφενός χαοτικές με επανειλημμένες ρήξεις των συναισθηματικών τους δεσμών, όπου οι ρόλοι μέσα σε αυτές είναι συγκεχυμένοι και όπου δεν υπάρχουν όρια ή λειτουργούν ασαφώς. Αφετέρου, οικογένειες άκαμπτες, πολύ κλειστές, με σχέσεις παθολογικά άρρηκτες μεταξύ των μελών, όπου οι ανάγκες, τα συναισθηματικά αιτήματα που προβάλλονται από το παιδί – ανάλογα με το στάδιο της ψυχοσεξουαλικής του ανάπτυξης – και η επιθυμία αυτονομίης του δεν αναγνωρίζονται και δεν είναι αντικείμενα σεβασμού.

Συχνά, ανάμεσα στους ενήλικες υπεύθυνους της σεξουαλικής παραβίασης αναφέρονται πρώην θύματα ίδιας μορφής εμπειριών, που δεν έχουν ενσωματώσει μια εικόνα επαρκούς γονεϊκής λειτουργίας και έχουν μειωμένο έλεγχο πάνω στις ενορμήσεις.

Σε μικρότερο βαθμό, απαντώνται ενήλικες με πιο σαφείς διαταραχές στην ψυχική υγεία, γεγονός που τους κάνει να έχουν μια διαστρεβλωμένη αντίληψη της πραγματικότητας (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 54).

Συνοψίζοντας και κλείνοντας την αναφορά σε χαρακτηριστικά/τύπους οικογενειών που εμπλέκονται στην άσκηση παιδικής βίας, αξίζει να τονίσουμε, για άλλη μια φορά, τους βασικότερους οικογενειακούς παράγοντες που συμβάλλουν στην παιδική – σεξουαλική και/ή σωματική – κακοποίηση. Ο πρώτος σημαντικός παράγοντας περιγράφεται ως συζυγική δυσαρμονία, ή/και ως καταναγκαστικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, και αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό των βίαιων οικογενειών. Εξίσου σημαντικά θεωρούνται τα χρόνια οικονομικά προβλήματα και οι συναφείς κοινωνικοοικονομικοί στρεσογόνοι παράγοντες, οι οποίοι, λόγω της σπουδαιότητάς τους, γίνονται αντικείμενο ιδιαίτερης ενασχόλησης και εξέτασης κατά τον σχεδιασμό μεθόδων αντιμετώπισης/χειρισμού/πρόληψης της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης. Τέλος, ένα τρίτο κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι η κοινωνική απομόνωση της οικογένειας και η έλλειψη επαρκών κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων, η οποία έχει απασχολήσει πλήθος κλινικών ερευνών και αποτελεί, επίσης, παράγοντα-στόχο στον σχεδιασμό των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης της κακοποίησης του παιδιού μέσα στο οικογενειακό του πλαίσιο (Wolfe A.D. (1991), “Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice”, *Child Abuse Review*, Vol. 2, 1993, σ.σ. 154-155).

## Δ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό θέμα για το οποίο αξίζει να γίνει, σ' αυτό το σημείο, λόγος είναι οι συναισθηματικές, αναπτυξιακές, και γενικότερα, ψυχολογικές επιδράσεις της ενδοοικογενειακής κακοποίησης – σωματικής ή/και σεξουαλικής – στο παιδί. Οι βιβλιογραφικές αναφορές είναι αρκετά περιεκτικές σε πληροφορίες γύρω από το θέμα αυτό.

Καταρχήν, υπογραμμίζεται ότι, παρόλο που η άσκηση οικογενειακής βίας έχει συνήθως την μορφή ενός συγκεκριμένου επεισοδίου, μιας στιγμιαίας, έντονης κατάστασης, οι συνέπειές της μπορούν να εκδηλωθούν με μια ποικιλία χρόνιων αντιδράσεων του παιδιού (Wolfe & Jaffe, 1991, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998) "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 19). Γενικά, δεν υπάρχει ένας μοναδικός τρόπος αντίδρασης χαρακτηριστικός του παιδιού που έχει υποστεί κακοποίηση μέσα στο οικογενειακό του πλαίσιο (Kashani et al., 1992, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 19). Η οικογενειακή βία μπορεί να καταλήξει "σε ένα σύνθετο εξελικτικό ξεδίπλωμα πιθανής ψυχιατρικής διαταραχής" (Famularo, Kinscherff, & Fenton, 1992, σ. 864, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 19). Η επιρροή της οικογενειακής βίας πάνω στο παιδί απεικονίζεται με τη μορφή της διαταρακτικής επίδρασης στην διαδικασία ανάπτυξης και

εξέλιξης του παιδιού (Wolfe & Jaffe, 1991, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 19).

Κάνοντας ειδικότερη αναφορά στις συνέπειες της σωματικής κακοποίησης του παιδιού, σημειώνονται τα εξής: Για αρκετές δεκαετίες, παρατηρήθηκε από πολλούς ερευνητές η πιθανή σύνδεση μεταξύ παιδικής κακοποίησης και νοητικής καθυστέρησης ή μειωμένης γνωστικής λειτουργικότητας. Συνολικά, τα ευρήματα διαφόρων εμπειρικών μελετών έδειξαν ότι, τα παιδιά-«στόχοι» της οικογενειακής βίας φαίνεται να έχουν, μεταγενέστερα, χαμηλότερο επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας από τους μη-κακοποιημένους συνομηλίκους τους.

Όσον αφορά προβλήματα στην συμπεριφορά (ή, όπως αλλιώς αναφέρονται, «εξωτερικευμένα» προβλήματα), έχει διαπιστωθεί ότι, ως επακόλουθο της κακοποίησης, οι πλέον συνηθισμένες είναι οι επιθετικές συμπεριφορές.

Οι Kashani, Daniel et al., (1987) σε έρευνα που έκαναν βρήκαν ότι, στο δείγμα τους, οι έφηβοι, οι οποίοι ικανοποιούσαν τα κριτήρια για την διάγνωση «διαταραχής της συμπεριφοράς», είχαν υποστεί σωματική κακοποίηση από τους γονείς τους, περισσότερο συχνά από έφηβους που δεν εμφάνιζαν συμπεριφορικά προβλήματα (Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 23).

Μια πιθανή εξήγηση για την ισχύ των διαταραχών συμπεριφοράς σε παιδιά και έφηβους που έχουν κακοποιηθεί σωματικά είναι η μάθηση και μίμηση προτύπου και η επίδραση που ασκεί. Αυτό σημαίνει ότι, τα

κακοποιημένα παιδιά έχουν βιώσει μέσα στο σπίτι τους την βία, και με πρότυπο τους γονείς τους, την υιοθετούν και μαθαίνουν να την εκφράζουν και να την χρησιμοποιούν, προκειμένου να αντιμετωπίσουν οποιοδήποτε πρόβλημα.

Οι επιπτώσεις της σωματικής παιδικής κακοποίησης δεν περιορίζονται στην σφαίρα των γνωστικών λειτουργιών και των συμπεριφορικών εκδηλώσεων. Έτσι, αν και οι πρώτες έρευνες για την ψυχολογική συνέχεια της οικογενειακής βίας στα παιδιά επικεντρώθηκαν αρχικά σε γνωστικά και συμπεριφορικά προβλήματα (Allen & Tarnowski, 1989, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 24), σταδιακά εξετάστηκαν τα συναισθηματικά και συγκινησιακά προβλήματα που σχετίζονται με την κακοποίηση. Ειδικότερα, η παιδική κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους φαίνεται να συνδέονται ιδιαίτερα με την ενδοοικογενειακή βία που κατευθύνεται προς ένα παιδί ή έφηβο.

### 1. Κατάθλιψη

Παρόλο που δεν έχει διαπιστωθεί ισχυρή συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής βίας προς το παιδί και μεταγενέστερης διάγνωσης βαρειάς κατάθλιψης σ' αυτό το συγκεκριμένο παιδί, πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι τα παιδιά που κακοποιούνται μπορεί να επιδείξουν ένα μεγάλο αριθμό συμπτωμάτων κατάθλιψης. Για παράδειγμα, οι Kashani, Shekim, Burk και Beck (1987) βρήκαν, σε έρευνες που έκαναν, στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αυτοαναφερόμενου φόβου των παιδιών για μελλοντική κακοποίηση και της διάγνωσης καταθλιπτικής διαταραχής. Επιπλέον, πλήθος κλινικών αναφορών (π.χ. Kashani & Ray, 1987, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W.

(1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 24) έχουν διαπιστώσει ότι, τα παιδιά που έχουν υποστεί κακοποίηση εκδηλώνουν συμπτώματα κατάθλιψης όπως, συναίσθημα βαθιάς λύπης, κοινωνική απόσυρση και χαμηλή αυτο-εκτίμηση (Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol 37, σ. 24).

Επίσης, οι Kazdin, Moser, Colbus και Bell (1985) έλεγξαν την υπόθεση ότι τα παιδιά που κακοποιούνται σωματικά μπορεί να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους επιβεβαίωσαν την υπόθεση και έδειξαν ότι, τα παιδιά-θύματα σωματικής κακοποίησης είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ανημποριάς και χαμηλότερα επίπεδα αυτο-εκτίμησης από την μη-κακοποιημένη ομάδα ελέγχου (Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 25).

Η συσχέτιση ανάμεσα στην οικογενειακή βία που κατευθύνεται στο παιδί και την μεταγενέστερη κατάθλιψη που αυτό παρουσιάζει εξηγείται, συνήθως, μέσω της άποψης για την "μαθημένη ανημποριά" (Seligman, 1975, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 25). Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η απρόοπτη φύση της βίας είναι η αιτία που κάνει το παιδί να νιώθει αβοήθητο και, συνεπώς, να αναπτύσσει καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα παιδιά που «δέχονται» βία από την οικογένειά τους μπορεί να θεωρούν τον εαυτό τους ως ανήμπορο απέναντι στην βία και, ενδεχομένως, ως τον υπαίτιο για τα προβλήματα στο περιβάλλον τους.



Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, η σωματική παιδική κακοποίηση δεν φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με αυτοκτονικό ιδεασμό ή με απόπειρες αυτοκτονίας, κυρίως σε έφηβους, σε αντίθεση με την σεξουαλική παιδική κακοποίηση που συνδέεται άμεσα με ιδέες ή τάσεις αυτοκτονίας (Adams, Overholser, & Lenhert, 1996; Kaplan, Pelkovitz, Salzinger, Mandel, & Weiner, 1997, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 26). Ωστόσο, οι περισσότεροι κλινικοί θεραπευτές αποδεικνύουν ότι έχουν αντιμετωπίσει περιπτώσεις παιδιών ή εφήβων που υπέστησαν σωματική κακοποίηση και, είτε αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν, είτε εμφάνισαν αυτοκτονικούς ιδεασμούς (Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 26).

## 2. Μετα-Τραυματική Διαταραχή Στρες και Άγχος

Αρκετά παιδιά που βιώνουν διαρκή οικογενειακή βία μπορεί να εμφανίσουν μια σειρά συμπτωμάτων μετα-τραυματικής διαταραχής (στρες). Ειδικότερα, είναι πιθανό να προκύψουν εφιάλτες σχετικοί με την κακοποίηση και τα παιδιά μπορεί να εκφράσουν ανησυχία/άγχος όταν συζητείται αυτό το θέμα (Kashani et al., 1992, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 26). Το πλήρες σύνδρομο μετα-τραυματικής διαταραχής στρες εξετάζεται, συνήθως, σε σχέση με την σεξουαλική παιδική κακοποίηση. Ωστόσο, όπως αναφέρει η βιβλιογραφία, δεν έχει μελετηθεί συστηματικά και τόσο συχνά σε

παιδιά/έφηβους που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή σωματική/φυσική κακοποίηση (Pelkovitz et al., 1994, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 26). Μετά από κάποια έρευνα, ο Pelkovitz και συνεργάτες (1994) διαπίστωσαν και υποστήριξαν ότι, η σωματική κακοποίηση δεν εμπεριέχει τον ίδιο βαθμό μυστικότητας και ντροπής, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, και επομένως μπορεί να μην οδηγήσει σε σύνδρομο μετα-τραυματικής διαταραχής άγχους, στην ίδια συχνότητα. Συγκεκριμένα, η σωματική/φυσική κακοποίηση αποτελεί φαινόμενο και συνέχεια της σωματικής τιμωρίας όταν αυτή φτάνει σε ακραία σημεία (Jurich, 1990, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 27). Επειδή η σωματική τιμωρία είναι κοινωνικά αποδεκτή από τους περισσότερους, οι έφηβοι μπορεί να μην θεωρούν την άσκηση σωματικής βίας ως κάτι ασυνήθιστο. Επομένως, είναι πιθανό η σωματική/φυσική κακοποίηση να έχει μια σχετικά ουδέτερη ισχύ, σε σύγκριση με την σεξουαλική κακοποίηση, και άρα να μην επισπεύδει, με την ίδια συχνότητα και ευκολία, την εμφάνιση του συνδρόμου μετα-τραυματικής διαταραχής στρες και άγχους (Pelkovitz et al., 1994, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 27).

Όσον αφορά, τέλος, την επίδραση της ενδοοικογενειακής σωματικής βίας στο συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ γονέα – παιδιού και στη κοινωνική εξέλιξη του παιδιού, έχει παρατηρηθεί ότι η απουσία στοργής, τρυφερότητας και

φροντίδας από την πλευρά των βίαιων γονιών (Stone, 1996, που αναφέρει στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 28) οδηγεί σε ελλιπή φυσική επαφή, σε διαστρεβλωμένη σχέση εμπιστοσύνης (Johnson, 1979, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 28) και σε φτωχές, γενικά, αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους γονείς και το παιδί. Επιπλέον, η οποιαδήποτε αλληλεπίδραση χαρακτηρίζεται από περισσότερες αρνητικές και λιγότερες θετικές συμπεριφορές που επιδεικνύουν οι γονείς ή/και τα παιδιά (Herrenkohl et al., 1984, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 28).

Επειδή οι βίαιες οικογένειες τείνουν να ζουν σε ένα περιβάλλον που αποτυγχάνει να παρέχει στο παιδί κατάλληλες ευκαιρίες και μοντέλα κοινωνικοποίησης και δεσμών (Wolfe & Jaffe, 1991, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 28), τα παιδιά-θύματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης έχουν, συνήθως, μειωμένες και διαστρεβλωμένες κοινωνικές σχέσεις. Π.χ., νήπια που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση από τους γονείς τους δεν εκφράζουν ενσυναίσθηση/εναισθησία, ενδιαφέρον ή λύπη για συνομήλικα παιδιά που βρίσκονται σε συνθήκες πόνου, στενοχώριας ή κινδύνου, ενώ, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλώσουν και επιθετική συμπεριφορά (Main & George, 1985, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The

Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 28).

Επίσης, τα κακοποιημένα παιδιά τείνουν να έχουν αρκετά περιορισμένες φιλικές σχέσεις, με την έννοια ότι υπάρχει μικρότερη πιθανότητα οι φίλοι τους να γίνουν γνωστοί στους γονείς τους από ότι οι φίλοι μη-κακοποιημένων συνομηλίκων (Salzinger et al., 1993, που αναφέρεται στους Kashani H.J. &

Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 29).

Το παραπάνω εύρημα είναι συναφές με την ερευνητική διαπίστωση για την απομόνωση των βίαιων οικογενειών από τον εξωτερικό περίγυρο, κάτι που θεωρείται κοινό και συνηθισμένο, ίσως και κάτι που ενισχύεται από την οικογένεια (Garbarino, 1977, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σσ. 29-30).

Ακόμη και το παιχνίδι των παιδιών επηρεάζεται από την οικογενειακή βία. Ειδικότερα, παιδιά που έχουν κακοποιηθεί σωματικά από τους γονείς τους, όταν συμμετέχουν σε μια δομημένη δραστηριότητα παιχνιδιού, τείνουν να είναι περισσότερο ενεργητικά και λιγότερο οργανωμένα από παιδιά που δεν έχουν υποστεί κακοποίηση ή έχουν βιώσει σεξουαλική παραβίαση. Ο τρόπος και το περιεχόμενο του παιχνιδιού τους χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα από συμπλοκές, επιθετικότητα και συγκρούσεις (Harper, 1991, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), “The Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 30). Φαίνεται πως, τα κακοποιημένα παιδιά αναπαριστούν σε συμβολικό επίπεδο την βία που έχουν δεχτεί μέσα στο σπίτι τους.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω προκύπτει ότι, τα παιδιά που βιώνουν ενδοοικογενειακή κακοποίηση τείνουν να έχουν μειωμένο συναισθηματικό δέσιμο με τους γονείς τους και ελλείψεις κοινωνικές συναναστροφές και σχέσεις. Αυτή η κοινωνική αποστέρηση έχει σοβαρές επιπλοκές εφόσον επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα του παιδιού να αποκτήσει πρόσβαση σε εξω-οικογενειακά δίκτυα κοινωνικής στήριξης, που θα το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τα τρέχοντα προβλήματα και το οικογενειακό στρες. Επιπλέον, τα προβλήματα αυτά θα συνεχίσουν να επιδρούν στο παιδί κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής του και να ελαττώνουν την δυνατότητα μελλοντικής κοινωνικής υποστήριξης, διαμόρφωσης στενών/οικείων σχέσεων και κατάλληλης εργασιακής λειτουργικότητας (Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 30).

Το θέμα των επιπτώσεων της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης, και ειδικότερα της σωματικής, δεν εξαντλείται στις παραπάνω αναφορές. Και σε άλλα σημεία της βιβλιογραφίας υποστηρίζεται ότι, η κακομεταχείριση έχει αρνητικές επιδράσεις στην συμπεριφορά, την εξέλιξη και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του παιδιού. Έρευνες που έγιναν σε «κλινικούς» πληθυσμούς ατόμων σοβαρά διαταραγμένων βρήκαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης και περιορισμένης εξελικτικής, συμπεριφορικής και ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης (Lamphear, 1985· Oates, 1982· Parish, Myers, Brandner, & Templin, 1985, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 18). Όπως αναφέρει ο Wissow, η εξελικτική πορεία ενός παιδιού δομείται πάνω σε αλληλεπιδράσεις με ανθρώπους και γεγονότα του περιβάλλοντός του (Wissow, 1990a, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E.,

1997, σ. 18). Περιβάλλοντα που δεν παρέχουν θετικές, τροφοδοτικές αλληλεπιδράσεις μπορεί να βλάψουν οποιαδήποτε κατάκτηση του παιδιού, σε μια ευρεία κλίμακα ψυχοκινητικών, γνωστικών, ψυχοκοινωνικών και συναισθηματικών ικανοτήτων (Liebert & Wicks-Nelson, 1981· Sroufe & Rutter, 1984, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 18). Για παράδειγμα, ένα παιδί, που το κακοποιητικό του περιβάλλον το εμποδίζει από την επίτευξη μιας εσωτερικής αίσθησης ασφάλειας και εμπιστοσύνης, θα αντιμετωπίσει δυσκολίες στην απόκτηση δυνατοτήτων για εξελικτικές διαδικασίες, όπως είναι η συνεργατικότητα και το ομαδικό παιχνίδι (Wissow, 1990a, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C & Giardino R.E., 1997, σ. 18). Οι ενδεχόμενες αναπτυξιακές εκδηλώσεις των κακοποιημένων παιδιών περιλαμβάνουν:

- συμπεριφορικά προβλήματα που συνδέονται με τον αυτο-έλεγχο όπως, επιθετικότητα, βία και νεανική παραβατικότητα
- κοινωνικές και γνωστικές δυσκολίες όπως, μειωμένα μορφωτικά/ακαδημαϊκά και κοινωνικοοικονομικά επιτεύγματα
- συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές που συνδέονται με την διαμόρφωση σχέσεων, την ενσυναίσθηση και την αυτο-εκτίμηση (Allen & Oliver, 1982· Egeland, Sroufe, & Erickson, 1983· Wodarski, Kurtz, Gaudin, & Howing, 1990, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C & Giardino R.E., 1997, σσ. 18-19).

Η Widom, σε έρευνές της, βρήκε ένα υψηλό ποσοστό ενήλικης εγκληματικότητας και συλλήψεων για βίαιη συμπεριφορά σε θύματα παιδικής κακοποίησης, όταν τα συνέκρινε με μη-κακοποιημένες ομάδες ελέγχου. Ωστόσο,

υπογραμμίζει ότι, η πλειοψηφία των κακοποιημένων παιδιών δεν καταλήγει στην παραβατικότητα, την εγκληματικότητα και την βία (Widom, 1989a και 1989b, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & R.E. Giardino, 1997, σ. 19). Τα ευρήματά της συμβάλλουν στον περιορισμό της κοινής πεποίθησης ότι τα κακοποιημένα παιδιά μεγαλώνοντας γίνονται βίαιοι γονείς. Παρόμοιες είναι και οι απόψεις των Martin και Elmer, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι, παρόλο που υπάρχει κίνδυνος κάποια κακοποιημένα παιδιά να εξελιχθούν σε βίαιους γονείς, στην πλειοψηφία τους δεν ασκούν κακοποίηση στα δικά τους παιδιά (Martin & Elmer, 1992, που αναφέρονται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 19).

Επίσης, όσον αφορά τις πιθανές και ιδιαίτερα σημαντικές, μακροπρόθεσμες συνέπειες της σωματικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία, σημειώνεται ότι, τα τελευταία μόνο χρόνια ήρθαν στο φως οι καταλυτικές επιδράσεις της παιδικής κακομεταχείρισης στην μεταγενέστερη ενήλικη λειτουργικότητα. Ο Briere (1992) ανέπτυξε ένα πλαίσιο θεώρησης των επιπλοκών της κακοποίησης στην ψυχική υγεία, στο οποίο περιγράφει τρία στάδια δυνάμει επιρροής της κακομεταχείρισης στο παιδί: α) αρχικές αντιδράσεις που περιλαμβάνουν μετα-τραυματικό στρες, μεταβολές στην φυσιολογική ανάπτυξη, οδυνηρό συναίσθημα και γνωστικές διαταραχές, β) συμμόρφωση/προσαρμογή στην επαναλαμβανόμενη κακοποίηση, μέσω συμπεριφορών αντιμετώπισης που στοχεύουν στην αύξηση του αισθήματος ασφάλειας ή/και στην μείωση του πόνου, και, γ) μακροχρόνιες επιδράσεις και συνεχιζόμενη συμμόρφωση/προσαρμογή, που αντανακλώνται στις αρχικές αντιδράσεις και προσαρμογές, και οι οποίες έχουν τις βάσεις τους στους επαναλαμβανόμενους μηχανισμούς αντιμετώπισης της κακοποίησης. Ο Briere

περιγράφει μια σειρά προβλημάτων ψυχικής υγείας, τα οποία παρατηρούνται σε άτομα που έχουν υποστεί παιδική κακοποίηση και τα οποία, σε ακραία επίπεδα, περιλαμβάνουν μετα-τραυματικό στρες και «διασχιστικές» διαταραχές («διχασμένες προσωπικότητες» ή «πολλαπλή σχάση προσωπικότητας»). Ο Briere υποστηρίζει ότι, παρόλο που τα θύματα της κακοποίησης στην πλειοψηφία τους δεν αντιμετωπίζουν την πιο ακραία μορφή διαταραχής, ένας μεγάλος αριθμός αυτών βιώνει κάποιο επίπεδο δυσλειτουργίας (Briere, 1992, που αναφέρεται στους Giardino P.A., Christian W.C. & Giardino R.E., 1997, σ. 19).

Για το θέμα των επιδράσεων της σωματικής παιδικής κακοποίησης κάνει λόγο και η Ελένη Αγάθωνος – Γεωργοπούλου. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι, η σωματική κακοποίηση επιφέρει σοβαρές επιπτώσεις στην σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη και κοινωνική προσαρμογή, ενώ μπορεί να επιφέρει θάνατο και μόνιμη αναπηρία. Αμέσως παρακάτω γίνεται σχηματική παρουσίαση των προαναφερόμενων επιπτώσεων:

Επιπτώσεις της κακοποίησης (και παραμέλησης) στα παιδιά.

1. Σοβαρά σωματικά, νευρολογικά, νοητικά και συναισθηματικά προβλήματα
2. Χαμηλό γενικό νοητικό πηλίκιο, ιδιαίτερα λεκτικό
3. Επιδράσεις στην συναισθηματική ανάπτυξη
  - χαμηλή εκτίμηση εαυτού
  - χαμηλές ατομικές προσδοκίες, λίγοι φίλοι
  - καθυστέρηση στο λόγο
4. Επιπτώσεις στην συμπεριφορά
  - επιθετικότητα προς τους συνομηλίκους
  - διαταραχές συμπεριφοράς στο σχολείο



- επιθετική συμπεριφορά στο σπίτι (καταστροφικότητα, λεκτική και σωματική βία)
- νεανική παραβατικότητα

Σύμφωνα με μελέτη του “Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού” (Αγάθωνος, 1995), ειδικότερα στην συναισθηματική σφαίρα και στη συμπεριφορά, οι επιπτώσεις της σωματικής κακοποίησης συνδέονται με κατάθλιψη, χαμηλή εκτίμηση εαυτού, δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, επιθετικότητα και αποκλίνουσα συμπεριφορά, μετέπειτα παραβατικότητα. Επίσης, περιγράφονται σοβαρά μαθησιακά προβλήματα, διαλείπουσα σχολική φοίτηση και εγκατάλειψη της υποχρεωτικής εκπαίδευσης (‘‘Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού’’, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου. Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 21-22).

Συνεχίζοντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις ψυχολογικές και άλλες επιδράσεις της ενδοοικογενειακής κακοποίησης στο παιδί, θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά σε βραχύχρονες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της σεξουαλικής παιδικής παραβίασης/αιμομιξίας. (Η διάκριση σε βραχύχρονες και μακρόχρονες επιδράσεις υποδηλώνει τις επιπτώσεις στην παιδική ηλικία, και τις επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή, αντίστοιχα).

Σχετικά, λοιπόν, με τις συνέπειες στην παιδική ηλικία, μπορούν να υπογραμμιστούν τα εξής: Καταρχήν, είναι ήδη γνωστό ότι τα παιδιά αποτελούν σεξουαλικές υπάρξεις αλλά, πρέπει να αναγνωριστεί ότι η σεξουαλικότητα στην νηπιακή και παιδική ηλικία, καθώς και στην ενήλικη ζωή, είναι διαφορετική. Η σεξουαλική παιδική κακοποίηση παραβιάζει τις προσδοκίες που έχει το εξαρτημένο παιδί για γονεϊκή φροντίδα και οδηγεί σε σύγχυση ρόλων και

περιορισμούς για το παιδί, την οικογένεια και την επόμενη γενιά (Furniss, 1983, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 18).

Τίθεται, επίσης, το ηθικό ζήτημα για το κατά πόσο μπορούν τα παιδιά να δώσουν την ελεύθερη συγκατάθεσή τους σε σεξουαλικές δραστηριότητες με ενήλικες, και ειδικότερα με τους γονείς τους. Σε μια συνέντευξη παιδιού-ενήλικα η 'συναίνεση' μπορεί να υποδηλώνει κατάχρηση δύναμης και εξουσίας. Ούτε μπορούν τα μικρά παιδιά να δώσουν πλήρη και συνειδητή συγκατάθεση, εφόσον δεν είναι πληροφορημένα γύρω από το σεξ και τις σεξουαλικές σχέσεις. Τα παιδιά μπορεί να συγκατατίθενται, να συνεργάζονται, ακόμη και να απολαμβάνουν μερικές φορές την σεξουαλική εμπειρία αλλά, δεν είναι σε θέση να συναινέσουν ελεύθερα και συνειδητά (Yates, 1982, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 18-19). Η σεξουαλική παραβίαση που συμβαίνει σε ένα πλαίσιο ζεστασιάς/στοργής, δωροδοκίας, παροχής ειδικών προνομίων και απόλυτης μυστικότητας μπορεί να είναι το ίδιο τραυματική και παραπλανητική για το παιδί, όπως και η βίαιη κακοποίησή του (Fritz et al., 1981, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 19).

Πολλά παιδιά δέχονται για χρόνια την σεξουαλικά βίαιη σχέση αλλά, καθώς μεγαλώνουν αναγνωρίζουν όλο και περισσότερο ότι 'κάτι δεν πάει καλά'. Στο τέλος, μπορεί να αποκαλύψουν ξαφνικά τι τους έχει συμβεί, π.χ. σε μια απελπισμένη προσπάθεια να προστατεύσουν ένα μικρότερο μέλος (αδελφό ή αδελφή) από μιας παρόμοιας μορφής παραβίαση ή όταν η κτητικότητα και ζήλεια του πατέρα γίνονται ανυπόφορες.

Είναι ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτο ότι τα παιδιά-θύματα σεξουαλικής κακοποίησης εκφράζουν, σε μεγάλο βαθμό, ανησυχία/άγχος. Μία έφηβη μπορεί να φαίνεται περήφανη για την δύναμη/εξουσία που ασκεί στον πατέρα της και σε άλλους άνδρες αλλά, κάτω από αυτήν την προσποιητή εμφάνιση, ενδόμυχα νιώθει μεγάλη ανάγκη για στοργή και τρυφερότητα. Έφηβες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή σεξουαλική παραβίαση μπορεί να σεξουαλικοποιούν όλες τις σχέσεις τους, επειδή αισθάνονται ότι αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να αποκομίσουν αγάπη. Γενικά, τα παιδιά αυτά συνεχίζουν να έχουν δυσκολίες στην παροχή και απολαβή αγάπης, όταν τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες, και ενδέχεται να προσπαθήσουν να αναβιώσουν, με τους θετούς γονείς, προηγούμενες σεξουαλικές εμπειρίες (Yates, 1982, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 19). Επίσης, έχουν δυσκολία να εκφράσουν θυμό, εξαιτίας της έντασης των συναισθημάτων θυμού που νιώθουν, αφενός, για την μητέρα τους η οποία απέτυχε να τα προστατέψει, και αφετέρου, για τον πατέρα τους που τα κακοποιεί. Συχνά, κατακλύζονται από καταθλιπτικό συναίσθημα και σύγχυση. Τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές και στάσεις αυτοθυσίας, είτε με παθητική απόσυρση, είτε με εκδηλώσεις αυτοκαταστροφικότητας και εκρηκτικούς τρόπους συμπεριφοράς. Δεν είναι επίσης ασυνήθιστες οι απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοί που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο είναι, κυρίως, οι προ-έφηβοι και έφηβοι – θύματα οικογενειών που έχουν διαλυθεί και όπου η μητέρα έχει ξεκάθαρα κατηγορήσει το παιδί για την σεξουαλική παραβίασή του (Goodwin, 1981, που αναφέρεται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 19).

Όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης στην ενήλικη ζωή, και σύμφωνα με βιβλιογραφικές

αναφορές, οι περισσότερες κλινικές έρευνες περιγράφουν τρία πρότυπα ενήλικης σεξουαλικής συμπεριφοράς σε άτομα που υπέστησαν σεξουαλική παραβίαση κατά την παιδική τους ηλικία: 1) Σεξουαλική ελευθεριότητα, συχνά συνδεδεμένη με κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών. 2) Σεξουαλική ψυχρότητα και αποτυχία διαμόρφωσης μακροχρόνιων συναισθηματικών και σεξουαλικών σχέσεων. 3) Καμία ένδειξη αρνητικών/διαταρακτικών επιδράσεων.

Συνήθως, οι ενήλικες που έχουν κακοποιηθεί κατά την παιδική τους ηλικία χαρακτηρίζονται από περιορισμένη αίσθηση της δικής τους αξίας. Περιέρχονται, συχνά, σε κατάθλιψη και περιγράφουν μια αίσθηση μόλυνσης και ακαθαρσίας. Πολλές φορές νιώθουν εγκαταλελειμμένοι από τις μητέρες τους και διαρκώς δημιουργούν και αναβιώνουν ουσιαστικά βίαιες σχέσεις, στην προσπάθειά τους να βρουν ανακούφιση και λύτρωση.

Οι σεξουαλικά κακοποιημένοι γονείς συχνά κακοποιούν σωματικά και σεξουαλικά τα δικά τους παιδιά. Θεωρούν και βιώνουν την φυσική/σωματική επαφή προς τα παιδιά τους όχι ως μια διαδικασία συναισθηματικής τροφοδότησης αλλά, ως μια λειτουργία που έχει σεξουαλική έννοια και νόημα (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 19-20). Οι Sroufe και Ward παρατήρησαν ότι, οι μητέρες-θύματα σεξουαλικής παραβίασης μπορεί 'ασυνείδητα' να χρησιμοποιούν αποπλανητικές μεθόδους πειθάρχησης των παιδιών τους. Π.χ., συνδυάζουν αυστηρή σωματική τιμωρία με απότομα και έντονα φιλιά στο στόμα του παιδιού και με χαϊδεμα των γεννητικών του οργάνων. Οι τακτικές αυτές αποτελούν επανάληψη των δικών τους εμπειριών (Sroufe & Ward, 1980, που αναφέρονται στην Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 20).

Μια τελευταία διαπίστωση σχετικά με τις επιπτώσεις της σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης είναι ότι, οι μακράς διάρκειας επαναλαμβανόμενες σεξουαλικές κακοποιήσεις έχουν τις ίδιες ψυχολογικές επιπτώσεις με εκείνες της μικρής διάρκειας. Σε όλες τις περιπτώσεις που υπάρχει τραυματικό γεγονός, αυτό που διαφοροποιεί την κατάσταση είναι κυρίως η ένταση της βίας (Finkelhor, 1979, που αναφέρεται στην Σουμάκη Τ. (1997), “Θεραπευτικές παρεμβάσεις σε περιπτώσεις αιμομιξίας: Προβληματισμοί”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σ. 89).

Πρόσφατες μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η τραυματική εμπειρία που συσσωρεύεται προκαλεί τις εξής επιπτώσεις:

- δυσπιστία στις οικογενειακές σχέσεις
- συνέχιση του splitting
- έντονο άγχος λόγω της ενοχής
- ελλειμματική ικανότητα επαναφοράς αναμνήσεων
- ελαττωμένη εμπάθεια/εναισθησία και χαμηλή αυτοεκτίμηση
- παθολογικές άμυνες
- ανικανότητα μπροστά στις ευθύνες

Τα παραπάνω συμπτώματα είναι εκείνα που συνήθως δομούν μια οριακή προσωπικότητα (borderline). Επίσης, η σεξουαλική κακοποίηση ενός παιδιού συνδέεται συχνά με την διάγνωση της πολλαπλής προσωπικότητας, όπου το θύμα αντιμετωπίζει την κακοποίηση ψυχολογικά μέσω της άρνησης του γεγονότος, προβάλλοντας το τραύμα σε κάποιον άλλο ή σε κάποια άλλη πλευρά της προσωπικότητάς του (Σουμάκη Τ. (1997), “Θεραπευτικές παρεμβάσεις σε περιπτώσεις αιμομιξίας: Προβληματισμοί”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής

Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σσ. 89-91).

Κλείνοντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από τις ψυχολογικές επιδράσεις της ενδοοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού αξίζει να αναφερθεί ότι, και η σεξουαλική κακοποίηση/αιμομιξία – όπως η σωματική, για την οποία έγινε ιδιαίτερος λόγος παραπάνω – συνδέεται με την διάγνωση «τραυματικής διαταραχής στρες». Η διαταραχή αυτή μπορεί να εμφανιστεί κατά τη διάρκεια διάπραξης της σεξουαλικής παραβίασης ή αφότου έχει σταματήσει, ως μετα-τραυματικό σύνδρομο. Τα χαρακτηριστικά της οξείας, χρόνιας ή καθυστερημένης τραυματικής διαταραχής στρες είναι:

1. Αναδρομή/αναλαμπή της τραυματικής εμπειρίας, που δίνει στο άτομο την εντύπωση ότι αναβιώνει την κακοποίηση. Αυτό μπορεί να προκύψει αυθόρμητα ή εξαιτίας κάποιου προσώπου το οποίο εκφράζει – όχι ασυνήθιστη – φυσική/σωματική εγγύτητα και στοργή. Τέτοιου είδους εκδηλώσεις μπορεί να προκαλέσουν σημαντική σύγχυση, επειδή το άτομο νιώθει μεγάλη αβεβαιότητα για την φύση των αντιδράσεων άλλων ανθρώπων προς αυτό.
2. Απόσυρση με την μορφή ψυχικού ‘μουδιάσματος’, μειωμένης ανταπόκρισης, αδιαφορίας, αποξένωσης και ‘παγωμένης’ έκφρασης προσοχής.
3. Μια αίσθηση υπερβολικού άγχους/ανησυχίας, που ενδέχεται να εκφραστεί με υπερ-κινητικότητα/υπερ-διέγερση, αϋπνίες, εφιάλτες οι οποίοι, συχνά, έχουν περιεχόμενο παρόμοιο με την κακοποίηση καθεαυτή, ή έχουν τιμωρητικό χαρακτήρα. Ο τελευταίος είναι, πολλές φορές, αποτέλεσμα μιας αίσθησης ενοχής για το τι μπορεί να έχει συμβεί σε ένα οικείο μέλος της οικογένειας ή

σε κάποιον προς τον οποίο υπάρχει αμφιθυμία ή/και ανάμικτα συναισθήματα.

4. Ενδέχεται να εκδηλωθεί διαταραχή και κενά μνήμης ή μια αίσθηση απώλειας, κατάθλιψης και ευερεθιστότητας.

Εκτός από τα παραπάνω χαρακτηριστικά της διαταραχής στρες, μια ακόμη συνηθισμένη αντίδραση στην τραυματική εμπειρία της σεξουαλικής παραβίασης είναι η έκφραση μέσω σωματικοποίησης ή η πρόκληση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Π.χ., μπορεί να προκύψει γενική παλινδρόμηση σε προηγούμενα στάδια λειτουργικότητας όπως, ενούρηση, εγκόπριση συμπεριφορά αυτο-ερεθισμού, εμμονές/ιδεοληψία. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν συγκεκριμένες αντιδράσεις όπως, κοιλιακό άλγος, πονοκέφαλος, πόνος στα άκρα, υστερικές κρίσεις, λιποθυμίες και υποχόνδρια συμπεριφορά. Τέλος, μπορεί να προκληθούν σύνδρομα όπως, π.χ. άσθμα, δερματικά εξανθήματα/έκζεμα, ή νευρογενής ανορεξία.

Υπάρχουν κάποια πρότυπα επιπτώσεων, που έχουν διαμορφωθεί ανάλογα με την ηλικία και το στάδιο ανάπτυξης του παιδιού/ατόμου που υφίσταται/έχει υποστεί ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτά τα πρότυπα:

1. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εκδηλώνουν άμεσες, φυσικές/σωματικές αντιδράσεις, σεξουαλικοποίηση της συμπεριφοράς και παλινδρόμηση σε λειτουργίες όπως, ενούρηση και εγκόπριση.
2. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας, συνήθως, επιδεικνύουν πρότυπα χαμηλής αυτο-εκτίμησης, επικρατούσας σε όλα τα πλαίσια και επίπεδα, προβλήματα στο σχολείο, διαταραχές ύπνου, ψυχοσωματικές αντιδράσεις, κοιλιακά άλγη και

κάποιες όψεις προτύπων σεξουαλικότητας – σεξουαλικοποίησης, ίσως όχι τόσο συχνά όσο τα παιδιά προσχολικής ηλικίας.

3. Οι έφηβοι εκδηλώνουν, συνήθως, πρότυπα απώλειας της αυτο-εκτίμησης, φυγές από το σπίτι όταν αντιλαμβάνονται ότι αυτό που τους συμβαίνει είναι ακατάλληλο και ανεπίτρεπτο, σημάδια του συνδρόμου προσαρμογής στην σεξουαλική κακοποίηση. Επίσης, προβαίνουν σε εξωφρενικούς και παράλογους ισχυρισμούς και απόσυρση, σε αυτο-ακρωτηριασμό (σε αυτο-καταστροφικές, γενικά, πράξεις) και εκφράζουν καταθλιπτική διάθεση. Τέλος, πολύ συχνή είναι και η εγκυμοσύνη.
4. Οι ενήλικες είναι πιο πιθανό να επιδείξουν την καθυστερημένη μορφή αντίδρασης στην σεξουαλική παραβίαση, θέτοντας σε εφαρμογή τον αμυντικό μηχανισμό της άρνησης για πολλά χρόνια και αποφεύγοντας σε μέγιστο βαθμό να αναγνωρίσουν και να συνειδητοποιήσουν αυτό που ήδη ξέρουν, παρά μόνο πολύ αμυδρά. Η αρχή μιας εγκυμοσύνης και η απόκτηση παιδιών μπορεί να ενεργοποιήσει ένα δυνατό χείμαρρο αναμνήσεων, με σοβαρές διακυμάνσεις της διάθεσης, αυτοκτονική συμπεριφορά και ίσως την εκκίνηση απωθημένων τραυματικών αντιδράσεων όπως, εκφράσεις οργής και αντιποίνων προς τον δράστη της κακοποίησης. Σε άλλες περιπτώσεις, η αντίδραση μπορεί να καθυστερήσει μέχρι να γεννηθεί το νέο μέλος, οπότε η ένταση και η εγγύτητα προς αυτό (το βρέφος) φαίνεται να προκαλεί δυνατές αναμνήσεις.

Ενδέχεται, επίσης, να καθυστερήσει η αντίδραση μέχρι να φτάσουν τα παιδιά στην ηλικία κατά την οποία ο γονιός είχε πέσει θύμα παραβίασης, οπότε προκύπτει ένα πρότυπο επανακακοποίησης, είτε μέσω του ίδιου του γονέα (του εαυτού), είτε μέσω του συντρόφου/συζύγου. Άλλωστε, είναι ιδιαίτερα υψηλή και



συχνή η επανεμφάνιση και επικράτηση προηγούμενων βίαιων πράξεων μεταξύ του γονέα-δράστη και του συντρόφου/συζύγου (Bentovim A. & Boston P. (1988), “Sexual Abuse – Basic Issues – Characteristics of Children and Families”, που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σσ. 31-32).

---

Γενικά, οι συνέπειες της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης είναι τραγικές. Εκτεταμένες έρευνες απέδειξαν ότι τα παιδιά αυτά διατρέχουν τον κίνδυνο σοβαρών ψυχολογικών διαταραχών. Ακόμη και σε πολύ μικρά παιδιά 2 ή 3 χρόνων, μπορεί να υπάρξει μεγάλη διαταραχή συμπεριφοράς. Η ζωή πολλών μένει για πάντα στιγματισμένη από την ανασφάλεια, το φόβο και την απελπισία. Τις περισσότερες φορές, οι ανάγκες τους θα παραμείνουν χωρίς απάντηση και αντιμετώπιση. Και όμως τα σιωπηλά αυτά θύματα (και είναι πολλά) είναι εκείνα που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη φροντίδας και βοήθειας (Αρτινοπούλου Β. – Μαγγανάς Α., 1996, σ. 127).

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΙΔΙΚΩΝ

#### A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια θεμελιώδη παράμετρο, που ανακύπτει μέσα από την προσέγγιση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης – σωματικής ή/και σεξουαλικής – αποτελούν οι τρόποι αντιμετώπισης και πρόληψης αυτής της μορφής βίας, καθώς και ο ρόλος των επαγγελματιών/ειδικών που εμπλέκονται στην αναγνώριση, εκτίμηση και φυσικά αντιμετώπιση του προαναφερόμενου φαινομένου. Η βιβλιογραφία αναδεικνύεται για άλλη μια φορά ιδιαίτερα πλούσια σε αναφορές γύρω από το θέμα της αντιμετώπισης/πρόληψης της παιδικής κακοποίησης/παραβίασης που ασκείται μέσα στην οικογένεια, και των επαγγελματιών που προσεγγίζουν και χειρίζονται τέτοιες περιπτώσεις βίαιων οικογενειών.

Μια πρώτη αξιοσημείωτη παρατήρηση, πριν την παράθεση βιβλιογραφικών δεδομένων και στοιχείων σχετικά με τρόπους παρέμβασης, πρόληψης και αντιμετώπισης, αφορά τους επαγγελματίες που εμπλέκονται και ασχολούνται με το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης : Υποστηρίζεται ευρέως η σημασία σύστασης και συνεργασίας διεπιστημονικών ομάδων ειδικών από χώρους όπως, σχολείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κοινωνική Υπηρεσία, νοσοκομείο, δικαστήριο, αστυνομία, για την ταχύτερη και αποτελεσματικότερη προσέγγιση και τον χειρισμό περιστατικών παιδικής κακομεταχείρισης/παραβίασης μέσα την οικογένεια. Ειδικότερα, για

περιπτώσεις σωματικής κακοποίησης αναφέρεται π.χ. ότι, μια ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει δύο επαγγελματίες, όπως παθολόγο και κοινωνικό λειτουργό ή να αποτελείται από ειδικούς περισσότερων κλάδων (παιδίατρο, παιδοψυχίατρο, κ.λ.π.). Όποια κι αν είναι η σύνθεση της ομάδας, ο απώτερος στόχος είναι η ανίχνευση κάθε περίπλοκου ζητήματος ή δυσκολίας που αφορά στην παρέμβαση και σταδιακά μπορεί να οδηγήσει στην αντιμετώπιση του περιστατικού (Krugman, 1987 · Wilson, 1992, που αναφέρονται στους, Giardino P.A., Christian W.C & Giardino R.E., 1997, σ. 242).

Επίσης, όσον αφορά περιπτώσεις σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης, υπάρχει μια πληθώρα επαγγελματιών οι οποίοι από τη στιγμή που θα αντιληφθούν σημάδια και συμπτώματα στο παιδί, μπορούν και πρέπει να αναμιχθούν στην αντιμετώπιση του εμφανιζόμενου προβλήματος. Τέτοιοι επαγγελματίες είναι:

- Δάσκαλοι
- Κοινωνικοί λειτουργοί
- Επισκέπτες υγείας
- Ιατροί παθολόγοι
- Το προσωπικό νηπιαγωγείου
- Αστυνομία
- Σχολικοί γιατροί
- Παιδίατροι
- Εμπυχωτές/καθοδηγητές σε ομάδες παιχνιδιού
- Φορείς και υπεύθυνοι κοινωνικής και εκπαιδευτικής πρόνοιας
- Υπάλληλοι υπηρεσιών νεότητας και κοινοτικοί υπάλληλοι

Όλοι οι παραπάνω συγκροτούν ένα δίκτυο επαγγελματιών και το ποιος θα ενδιαφερθεί και θα ασχοληθεί πρώτος με το περιστατικό της σεξουαλικής κακοποίησης εξαρτάται από το πλαίσιο στο οποίο παρουσιάζεται το παιδί και γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα (Tranter M. & Vizard E. (1988), “The Professional Network and the Management of Disclosure”, που αναφέρεται στους Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, 1988, σ. 130).

Κλείνοντας αυτή την πρώτη αναφορά στους επαγγελματίες/ειδικούς που εμπλέκονται σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης (παρακάτω θα περιγραφούν αναλυτικότερα οι ρόλοι κάποιων από αυτούς), προχωρούμε στο θέμα της αντιμετώπισης/χειρισμού τέτοιων περιπτώσεων.

## **B. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ/ΕΙΔΙΚΩΝ**

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του παιδιού μπορεί να λάβει χώρα σε μια ποικιλία πλαισίων όπως, παραδοσιακή κλινική, «ξενώνα κρίσης», πρόγραμμα σχολικού παιχνιδιού, και μέσω της τοποθέτησης σε πλαίσιο 'εκτός οικογενείας', όπως ανάδοχοι ή θετοί γονείς (Gelles & Maynard, 1987, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 70). Η παρέμβαση σε κακοποιημένα παιδιά απαιτεί γενικά ένα πολυσύνθετο χειρισμό των αναρίθμητων προβλημάτων που μπορεί να παρουσιάζουν τα παιδιά.

Ο πρωταρχικός στόχος είναι να κάνουμε ορατά και να εκθέσουμε τα συμπτώματα του παιδιού και να το υποστηρίξουμε, να αναπτύξουμε την ικανότητά του για αντιμετώπιση της κατάστασης. Όταν η θεραπεία παρέχεται άμεσα στο παιδί, επόμενος στόχος του κλινικού είναι να «κλείσει» τον κύκλο διαγενεολογικής συνέχισης της βίας (Hughes, 1982, που αναφέρεται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 70). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, πρέπει να επιδεικνύεται η εναισθησία/ενσυναίσθηση προς το παιδί και τα συναισθήματά του. Κατοχυρώνοντας στις θεραπευτικές συνεδρίες την ψυχολογική ασφάλεια του παιδιού, με την παροχή ενός συναισθηματικά ασφαλούς περιβάλλοντος, διευκολύνεται σε μεγάλο βαθμό η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Van Dalen & Glasserman, 1997, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W.

(1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 70). Οι βίαιες οικογένειες συχνά αντιστέκονται σε συζητήσεις ή εκφράσεις συναισθημάτων. Άρα, ένας πρώτος στόχος για τη θεραπεία μπορεί να είναι η εκμάθηση στο παιδί ποικίλων συναισθημάτων και η παροχή βοήθειας ώστε να «ονομάσει» την εμπειρία της κακοποίησης (Giller, 1990, που αναφέρεται στους Kashani H.J. &

Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 70).

Όσον αφορά ζητήματα ασφάλειας, το πιο επιτακτικό θέμα για την θεραπεία είναι η επιβεβαίωση ότι το παιδί είναι ασφαλές από παροντική και μελλοντική κακοποίηση. Το παιδί-θύμα της οικογενειακής βίας χρειάζεται άμεση προστασία από την επιβλαβή φυσική και ψυχολογική επίδραση της ενδοοικογενειακής επιθετικότητας. Επιπλέον, η προστασία αυτή πρέπει να εξασφαλιστεί προτού η επίσημη θεραπεία αναλάβει να βοηθήσει το παιδί να απευθύνει και να εκφράσει τα προβλήματα που προκύπτουν από την κακοποίηση (Gentry & Eaddy, 1980, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 70).

↓ Αυτή η πρωταρχική διαδικασία αποτελεί ευθύνη κυρίως των νομικών αρχών ή των φορέων παιδικής προστασίας και μπορεί να συμβάλλει στην απομάκρυνση του παιδιού ή του γονέα-δράστη από το σπίτι. Ωστόσο, και επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να εμπλακούν σε αυτή τη διαδικασία. Π.χ., ένας κλινικός παιδοψυχολόγος ή παιδοψυχίατρος είναι συχνά ο πρώτος άνθρωπος εκτός οικογένειας που αντιλαμβάνεται κι αναγνωρίζει κακοποίηση ή πιθανή κακοποίηση. Αν η κακοποίηση είναι δεδομένη ή υπάρχει ακόμα και

υποψία αυτής, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι υποχρεωμένοι από το νόμο να αναφέρουν άμεσα το γεγονός (Brosig & Kalichman, 1992, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 71).

Σε περιπτώσεις που η κακοποίηση είναι σοβαρή, ο δράστης μπορεί να έχει μπει στη φυλακή ή να έχει απομακρυνθεί μόνιμα από το σπίτι μέσω άλλων μέτρων. Σε περιπτώσεις όμως που παρατηρείται μέτρια κακοποίηση, η υπό ιδιαίτερα προσεκτική εποπτεία επαφή με τον γονέα-δράστη μπορεί να αποδειχθεί επικοδομητική και να υποστηρίξει το παιδί στην επίλυση ζητημάτων που συνδέονται με την κακοποίηση, καθώς και να βοηθήσει την οικογένεια να απευθύνει τα προβλήματά της με ένα πιο ρεαλιστικό τρόπο. Επειδή τις περισσότερες φορές η απομάκρυνση του γονέα από το σπίτι δεν είναι μόνιμη, ένα θέμα που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη είναι η μακροπρόθεσμη ασφάλεια και προστασία του παιδιού. Τα ζητήματα μακροπρόθεσμης ασφάλειας προκύπτουν κι αναπτύσσονται μέσω της εκμάθησης στο παιδί πώς να αποφεύγει την κακοποίηση μελλοντικά (Gentry & Eaddy, 1980, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 71)

Εκτός από το θέμα της ασφάλειας του παιδιού, ένας σημαντικός παράγοντας που προσδιορίζει τις μακροχρόνιες συνέπειες της παιδικής κακοποίησης φαίνεται να είναι η ανάμιξη στη ζωή του παιδιού ενός τρυφερού και στοργικού ενήλικα που θα το φροντίσει (Kashani, Rosenberg, Beck, Reid, & Battle, 1987, που αναφέρονται στους Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The

Impact of Family Violence on Children and Adolescents”, *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σ. 71). Η παρατήρηση αυτή υπογραμμίστηκε από τους Egeland και συνεργάτες οι οποίοι, συγκρίνοντας βίαιες μητέρες που ως παιδιά είχαν κακοποιηθεί, με μη βίαιες μητέρες που επίσης είχαν υποστεί κακοποίηση κατά την παιδική τους ηλικία, βρήκαν ότι οι τελευταίες ανέφεραν συχνότερα ότι ως παιδιά είχαν βιώσει μια υποστηρικτική σχέση με κάποιον ενήλικα.

Επομένως, ο θεραπευτικός στόχος μπορεί να περιλαμβάνει την ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ του παιδιού και του μη βίαιου γονέα. Ο γονιός μπορεί να διδαχθεί γονεϊκές δεξιότητες, θετικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων στοργής και μη βίαιες τεχνικές χειρισμού της συμπεριφοράς (π.χ. αμοιβές). Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο μη βίαιος γονιός μπορεί να μην είναι ικανός να εκπληρώσει αυτό το ρόλο. Έτσι, ένας ακόμη θεραπευτικός στόχος κατά την ενασχόληση με κακοποιημένα παιδιά είναι να τα βοηθήσουμε να κερδίσουν πρόσβαση και να προσεγγίσουν ένα τέτοιο άτομο. Π.χ., μπορούμε να ενθαρρύνουμε το παιδί να περάσει αρκετό χρόνο με ένα κατάλληλο πρότυπο ενήλικα συγγενή, όπως παππού ή γιαγιά, θεία ή θείο.)

Τέλος, στην περίπτωση που το κακοποιημένο παιδί αναπτύξει διαταραχή μετα-τραυματικού στρες ή κατάθλιψη, κάποιες ενδεικτικά προτεινόμενες θεραπευτικές μέθοδοι είναι: α) η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία, που επικεντρώνεται πρωταρχικά στην έκθεση του παιδιού απέναντι στις φοβικές καταστάσεις, β) η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, μια μορφή ατομικής θεραπείας που ενδείκνυται σε διαταραχές κατάθλιψης και έχει σαν πρωταρχικό στόχο την βελτίωση στις τρέχουσες διαπροσωπικές σχέσεις του κακοποιημένου παιδιού και εφήβου, και γ) η ψυχοφαρμακολογία κυρίως σε περιπτώσεις κατάθλιψης,



δηλαδή η παροχή αντικαταθλιπτικών τρικυκλικών, η οποία συνίσταται αφού προηγουμένως έχουν εφαρμοστεί άλλες μορφές παρέμβασης και, είτε έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές, είτε η κατάθλιψη είναι βαριά και το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο αυτο-καταστροφικών συμπεριφορών (Kashani H.J. & Allan D.W. (1998), "The Impact of Family Violence on Children and Adolescents", *Developmental clinical psychology and psychiatry*, Vol. 37, σσ. 71-73).

✓ Συνεχίζουμε την αναφορά στο θέμα της αντιμετώπισης με προτάσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης-αποκατάστασης περιστατικών σωματικής, ειδικότερα, βίας προς το παιδί. Υποστηρίζεται, λοιπόν, ότι η θεραπευτική προσέγγιση των οικογενειών με σωματικά κακοποιημένα παιδιά αποτελεί ένα θεμελιώδες κεφάλαιο στην όλη αντιμετώπιση του φαινομένου. Με γνώμονα το γεγονός ότι οποιοσδήποτε χειρισμός απέναντι σε κάποιο πρόβλημα είναι και θεραπευτικός χειρισμός, η έννοια της θεραπευτικής προσέγγισης καθορίζει όλες τις ενέργειες από την αρχή ως το τέλος. Αρχίζει με το πρώτο τηλεφώνημα ή την πρώτη συνάντηση και ολοκληρώνεται – όταν χρειάζεται – με τη συστηματική θεραπευτική συνεργασία του ενός γονέα ή του ζευγαριού των γονέων, ή όλων των μελών της οικογένειας (όταν πρόκειται για οικογενειακή θεραπεία).

Η εμπλοκή των επαγγελματιών με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της οικογένειας, συχνά, υποβαθμίζει την προτεραιότητα του ίδιου του παιδιού για θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αντιμετώπιση των σωματικών κακώσεων δεν επαρκεί αν δεν δοθεί η ευκαιρία στο παιδί να εκφράσει μέσα από μια θεραπευτική σχέση – ανάλογα με την ηλικία και την ωριμότητά του – όλα εκείνα τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του, τους φόβους και τις ανασφάλειές του,

έτσι ώστε να μπορέσει με τη βοήθεια του ειδικού να διαπραγματευτεί το «τραύμα». Η ανάγκη για θεραπεία του κακοποιημένου παιδιού ισχύει, άσχετα με το αν παραμένει ή απομακρυνθεί από τη φυσική του οικογένεια.

✓ Θα πρέπει να διευκρινιστεί, ότι ως “θεραπευτή” θεωρούμε κάθε επαγγελματία που είτε μόνος, είτε ως μέλος επιστημονικής ομάδας, αναλαμβάνει τη στήριξη της οικογένειας. Κάθε χειρισμός του που αφορά είτε πρακτικά θέματα, είτε πολύπλοκες διεργασίες σχέσεων, θεωρείται ως θεραπευτικός εφόσον είναι αποτέλεσμα γνώσεων και πραγματοποιείται με μέτρο το συμφέρον του παιδιού και της οικογένειας.

Οι σωστοί θεραπευτικοί χειρισμοί δημιουργούν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη μιας θετικής συνεργασίας μεταξύ των θεραπευτών και της οικογένειας με τη δημιουργία ενός πλαισίου εμπιστοσύνης, ασφάλειας και στήριξης. Έτσι, όταν περάσει η περίοδος της κρίσης, τα μέλη της οικογένειας είναι ώριμα να δεχθούν τη συνεργασία μέσα από ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πλαίσιο.

✓ Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης με την οικογένεια συμβάλλει στην προστασία του παιδιού από περαιτέρω κακοποίηση και γενικότερα συνεισφέρει στη βελτίωση των οικογενειακών συνθηκών.

Τέλος, η θεραπεία (ατομική ή οικογενειακή) θα βοηθήσει στην ανάλυση της συμπεριφοράς, των συνθηκών διαβίωσης και των συναισθημάτων που οδήγησαν τους γονείς να κακοποιήσουν ή να ανεχθούν μια κακοποίηση και το παιδί να μιλήσει για τις τραυματικές του εμπειρίες και να αναπτύξει καινούριους διορθωτικούς μηχανισμούς.

Η επιτυχής πρόγνωση της θεραπείας εξαρτάται από την όσον το δυνατόν πληρέστερη αναγνώριση όλων των παραμέτρων που συνθέτουν το πρόβλημα. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι:

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

Πρέπει να τονισθεί ότι, η άμεση προστασία του παιδιού κατά το στάδιο της οξείας οικογενειακής κρίσης ή η προγραμματισμένη τοποθέτησή του σε πλαίσιο κλειστής περίθαλψης – όταν χρειάζεται – δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά εντάσσονται στα πλαίσια της θεραπευτικής οικογενειακής προσέγγισης. Γενικά, η επιτυχία της θεραπευτικής παρέμβασης θα εξαρτηθεί σημαντικά από την ύπαρξη και την ποιότητα εναλλακτικών μορφών παιδικής προστασίας και υποστηρικτικών σχημάτων για την οικογένεια, στα πλαίσια της κοινότητας.

Η διασυνδεδετική θετική συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών της κοινότητας λειτουργεί ως πλέγμα προστασίας για την οικογένεια αλλά και για τους ίδιους τους επαγγελματίες. Ο μόνος επαγγελματίας είναι δυνατόν να είναι επικίνδυνος τόσο για την περίπτωση όσο και για τον εαυτό του, εφόσον η επαγγελματική μοναξιά και εξάντληση δημιουργούν συχνά αισθήματα “παραίτησης” αλλά και “παντοδυναμίας”. Το κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και ειλικρίνειας που καλλιεργείται στα πλαίσια της δυναμικής της διασυνδεδετικής συνεργασίας, αναπαράγεται στη δυναμική της σχέσης οικογένειας και υπηρεσιακού δικτύου και επηρεάζει θετικά τις ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Η κλασική αντιμετώπιση των οικογενειών σε κρίση μέσω της μεθόδου της κοινωνικής εργασίας με άτομα, προέβλεπε έναν παθητικό πελάτη που ζητάει βοήθεια και έναν επαγγελματία που προσπαθεί να εντάξει το αίτημα του πελάτη

στις παροχές του συστήματος. Με βάση την ακαμψία του συστήματος και την αδυναμία του να προσφέρει λύσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε παιδιού και οικογένειας, ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός έδινε «ό,τι είχε», δηλαδή είτε οικονομική βοήθεια – εφόσον η ανάγκη μπορούσε να ενταχθεί σε κάποιο πρόγραμμα – είτε εισαγωγή παιδιού σε ίδρυμα κλειστής προστασίας.

↓ Η σύγχρονη αντιμετώπιση της σωματικής κακοποίησης των παιδιών – στην Ευρώπη αλλά και σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη ανά τον κόσμο – βασίζεται σημαντικά στη συνεργασία με τους γονείς αλλά και με την ευρύτερη οικογένεια, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αλλά και στην πορεία εξέλιξης. Οι παράγοντες που συνέβαλλαν σε αυτή τη στροφή είναι: α) τα ευρήματα προοπτικών μελετών στον ευρωπαϊκό χώρο σε πληθυσμούς κακοποιημένων και παραμελημένων παιδιών που μεγάλωσαν σε κλασσικά ιδρύματα, σύμφωνα με τα οποία οι επιπτώσεις της ιδρυματικής ζωής ήταν ανεξίτηλες σε ένα σημαντικό αριθμό από αυτά, ενώ όλα σχεδόν τα παιδιά δεν απέκτησαν κοινωνικές δεξιότητες και εκπαιδευτικές προϋποθέσεις για επανένταξη στο κοινωνικό πλαίσιο, β) τα ευρήματα μελετών του θεσμού της αναδοχής, τα οποία διαψεύδουν την «ειδυλλιακή» ατμόσφαιρα στην ανάδοχη οικογένεια. Πλημμελή κριτήρια επιλογής αναδόχων, σοβαρή ψυχική κόπωση αναδόχων γονέων με δύσκολα παιδιά, σε συνδυασμό με επαγγελματική εξάντληση αυτών που πρέπει να τους στηρίζουν και με την ακαμψία του συστήματος, γ) η υπογραφή της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δ) ο νέος νόμος για την παιδική προστασία στη Μ. Βρετανία (1989).

Η συμμετοχή των γονέων στα διεπιστημονικά συμβούλια για κακοποιημένα παιδιά στη Μ. Βρετανία, έχει συμβάλει στη μείωση της επιθετικότητάς τους, σε ηπιότερες παρεμβάσεις και στην άμβλυνση του

«εξουσιαστικού ρόλου» των επαγγελματιών. Τα διευρυμένα αυτά επιστημονικά συμβούλια περιλαμβάνουν και τα ίδια τα παιδιά, όταν κριθεί ότι είναι αρκετά ώριμα να συμμετέχουν στη διαδικασία των αποφάσεων γι'αυτά και για την οικογένειά τους. Στην Αυστραλία, δοκιμάζεται με επιτυχία θεραπευτικό σχήμα με άξονα την εκτεταμένη-διευρυμένη οικογένεια, τα μέλη της οποίας καλούνται για να συμμετάσχουν στο συμβούλιο, από όπου κι αν βρίσκονται, και με δεδομένες τις τεράστιες αποστάσεις αυτής της ηπείρου. Φυσικά, το οικονομικό κόστος καλύπτεται από το κράτος ή την οργάνωση που αντιμετωπίζει την περίπτωση του παιδιού.

Τα προγράμματα της διαφύλαξης και της προαγωγής της οικογένειας αναπτύσσονται με ταχείς ρυθμούς στην Ευρώπη και στον υπόλοιπο ανεπτυγμένο κόσμο. Στόχος τους είναι η παραμονή του κακοποιημένου παιδιού στην οικογένεια, μειώνοντας τον κίνδυνο και αυξάνοντας την λειτουργικότητα της οικογένειας, με την προσφορά κατ'οίκον παρέμβασης με πολυμορφικό περιεχόμενο. Ανάδοχες οικογένειες ανακούφισης των φυσικών γονέων φιλοξενούν το παιδί ή τα παιδιά το Σαββατοκύριακο, τις αργίες ή όταν οι γονείς το χρειάζονται. Οικογενειακοί βοηθοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, ενώ εθελοντές, υπό την εποπτεία του τοπικού κοινωνικού κέντρου, προσφέρονται για κάλυψη αναγκών που δεν εντάσσονται στις οργανωμένες υπηρεσίες της κοινότητας. Ας σημειωθεί, ότι η κινητοποίηση της κοινότητας στα προγράμματα αυτά στοχεύει στην ανάλογη κινητοποίηση της οικογένειας να ενταχθεί στον υγιή κοινωνικό ιστό της κοινότητας, προωθώντας τους μηχανισμούς της αυτοφροντίδας.

Σε αρκετές, ωστόσο, περιπτώσεις αυτό που απαιτείται είναι η εξω-οικογενειακή προστασία των κακοποιημένων παιδιών. Εφόσον η εμπύχωση και

ενδυνάμωση της οικογένειας δεν είναι εφικτή, ή όταν η οικογένεια παλινδρομεί ή περνάει δύσκολες φάσεις λειτουργίας με αυξημένη επικινδυνότητα για το παιδί, η πλέον δόκιμη λύση σήμερα είναι η προστασία του παιδιού σε θεραπευτικό πλαίσιο, για όσο χρόνο χρειάζεται, πάντα με γνώμονα το συμφέρον του παιδιού.

Παιδιά μικρότερα των 6 ετών φιλοξενούνται σε ανάδοχες οικογένειες.

Για κάθε όμως παιδί και τη φυσική του οικογένεια σχεδιάζεται εξατομικευμένη αντιμετώπιση με τρίμηνες προβλέψεις που αξιολογούνται και βάσει αυτών λαμβάνονται αποφάσεις.

Στη σημερινή Ευρώπη παρατηρείται μια νέα στροφή προς τη θεραπευτική βραχύχρονη προστασία σε μικρές κοινοτικές δομές που λειτουργούν ως θεραπευτικές κοινότητες. Ο χρόνος αυτός της παρέμβασης λειτουργεί καταλυτικά για την έκβαση της πορείας του παιδιού. Πολλά παιδιά γίνονται ικανά να ενταχθούν σε μακρόχρονη αναδοχή, ή να υιοθετηθούν, κυρίως τα μικρότερης ηλικίας. Άλλα, μετά το στάδιο αυτό, εντάσσονται σε πλαίσια ημι-αυτόνομης διαβίωσης μέσα στην κοινότητα. Ένας πολύ μικρός αριθμός παιδιών αυτής της κατηγορίας επιστρέφει στη φυσική οικογένεια (*“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”*, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 35-39).

Μετά την παράθεση των παραπάνω στοιχείων για την θεραπευτική αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής σωματικής κακοποίησης του παιδιού, συνεχίζουμε την βιβλιογραφική ανασκόπηση με ειδικότερη – και αρκετά εκτεταμένη – αναφορά σε τρόπους αντιμετώπισης της σεξουαλικής βίας που ασκείται στο παιδί από την οικογένεια, και βασικά από τους γονείς.

Σύμφωνα με την Ελένη Αγάθωνος – Γεωργοπούλου, στην περίπτωση της σεξουαλικής παραβίασης μέσα στην οικογένεια, το να γίνει πιστευτή η αποκάλυψη του παιδιού από την άμεση οικογένεια είναι βασική προϋπόθεση για την έκβαση αλλά και για την μορφή της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. Η ψυχοπαθολογία του υπαίτιου ενήλικα, συνήθως πατέρα, της μητέρας και η διαταραχή της οικογενειακής λειτουργίας διαμορφώνουν το πλαίσιο της έκβασης. Η επιστημονική κατάρτιση και εμπειρία των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, η διεπιστημονικότητα της ομάδας, η αλληλοϋποστήριξη και η εποπτεία λειτουργούν καθοριστικά.

Η προστασία του παιδιού-θύματος σε πλαίσιο παιδικής προστασίας, όταν χρειάζεται, αποτελεί μέρος από τη θεραπεία, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Βασική προϋπόθεση είναι το πρώτο πλαίσιο να έχει τη μορφή του “ξενώνα-κρίσης”, έτσι ώστε το παιδί να αισθανθεί άμεση ασφάλεια ενώ όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών, να γνωρίζουν ότι πρόκειται για μεταβατικό στάδιο. Η παραμονή στον ξενώνα δίνει τη δυνατότητα για αντιμετώπιση της οικογενειακής κρίσης που συνδέεται με την αποκάλυψη, προσφέρει προστασία στο παιδί και τη δυνατότητα για ουσιαστικό χρόνο διαγνωστικής διερεύνησης. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός του “ξενώνα-κρίσης” είναι άλλη βασική προϋπόθεση για επιτυχή έκβαση. Η διεπιστημονική στελέχωση και η επίσημη και καθιερωμένη συνεργασία με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παιδιατρικής, εκπαίδευσης και ψυχαγωγίας στην κοινότητα, αποτελούν ουσιαστικές προϋποθέσεις στο στάδιο αυτό.

Η εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειας, αλλά κυρίως η αποδοχή της ευθύνης για τη σεξουαλική παραβίαση από τον πατέρα (συνήθως, ο πατέρας

είναι αυτός που ασκεί σεξουαλική κακοποίηση), θα επηρεάσουν την έκβαση της περίπτωσης μετά το στάδιο του “ξενώνα-κρίσης”. Εφόσον το γεγονός έχει αποκαλυφθεί στις αστυνομικές και δικαστικές αρχές, θα πρέπει να εξασφαλιστεί συνεργασία με το φορέα που έχει αναλάβει την περίπτωση έτσι ώστε οι ενέργειες να συντονιστούν. Το ποινικό σκέλος πρέπει να αποτελεί μέρος του θεραπευτικού περιεχομένου για το θύμα, τον υπεύθυνο, και για ολόκληρη την οικογένεια. Το αστικό σκέλος, με τη μορφή ασφαλιστικών μέτρων για την προσωρινή αφαίρεση της γονεϊκής μέριμνας, εφόσον αυτή ανατεθεί σε φορέα παιδικής προστασίας, θα πρέπει να εξασφαλίζει απόλυτα το συμφέρον του παιδιού, όχι μόνο για προστασία αλλά και για ανάπτυξη και εξέλιξη, να εμπεριέχει περιοδικές πλήρεις αξιολογήσεις ανά τρίμηνο, στις οποίες το ίδιο το παιδί θα έχει ουσιαστικό ρόλο.

Παρατηρείται με ανησυχητική συχνότητα, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, ότι η εμπλοκή του υπηρεσιακού συστήματος και των θεσμών σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης, καταλήγουν συχνά σε δευτερογενή θυματοποίηση ενός ήδη θύματος. Το σύστημα, με πράξεις ενέργειας και παράλειψης, δεν διαθέτει την ευλιγισία, την κατανόηση, την αποδοχή των διαφορών και το σεβασμό της ιδιαιτερότητας, αξίες που χαρακτηρίζουν το σωστό γονεϊκό ρόλο. Γι’ αυτό, όλα τα εμπλεκόμενα μέρη του συστήματος πρέπει, σε κάθε ενέργειά τους, να εξασφαλίζουν το σεβασμό στα δικαιώματα του παιδιού. Ο θεσμός της επιστημονικής εποπτείας, με τη μορφή του εξωτερικού εξειδικευμένου στο θέμα επόπτη, συμβάλλει ουσιαστικά στο σκοπό αυτό.

Διάφορες θεραπευτικές δυνατότητες με την πιο κλασική έννοια είναι:

- Ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης



- Θεραπεία μέσω της τέχνης, βασισμένη στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω τεχνικών όπως ο χορός, η μουσική, η ζωγραφική, το θέατρο και άλλες μορφές έκφρασης.
- Θεραπεία ομάδας για παιδιά και εφήβους, με διάφορους προσανατολισμούς.
- Οικογενειακή θεραπεία με διάφορα σχήματα, η οποία όμως προϋποθέτει:

- την αναγνώριση της πράξης από τον ενήλικα υπεύθυνο, συνήθως πατέρα.
- την αναγνώριση από τον άλλο γονέα της ευθύνης του για τη μη προστασία του παιδιού είτε από άγνοια, είτε από παθητική εμπλοκή, άρα συνενοχή.
- την αναγνώριση της παθολογικής δυσλειτουργίας από τα μέλη της οικογένειας (“*Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 58-59).

Αναφορά σχετικά με την θεραπευτική παρέμβαση στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση γίνεται και σε άλλο σημείο της βιβλιογραφίας. Υποστηρίζεται καταρχήν ότι, ο θεραπευτής που θα κληθεί να αντιμετωπίσει ένα περιστατικό αιμομιξίας είναι φυσικό να διερωτηθεί για το δικό του ρόλο στη συγκεκριμένη υπόθεση εφόσον στις περιπτώσεις αιμομιξίας, γενικά, ο θεραπευτής καλείται να αντιμετωπίσει χαοτικές σχέσεις και έντονες, ακραίες ψυχοπαθολογίες, δίχως την εμπιστοσύνη αλλά ίσως με την επιφύλαξη ή και την αντιπαλότητα του θεραπευόμενου.

Ο σχεδιασμός της θεραπευτικής παρέμβασης είναι μια σύνθετη και κοπιαστική διεργασία. Το ερώτημα ποιος είναι ο θεραπευτικός στόχος δεν μπορεί εύκολα να απαντηθεί: Είναι η διακοπή της αιμομικτικής σχέσης; Κάτι τέτοιο είναι αρκετό; Πότε και με ποιο κριτήριο θα θεωρηθεί ότι ξεπεράστηκε ο κίνδυνος υποτροπής;

Οι κλινικοί που εργάζονται στο χώρο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης συχνά κατακλύζονται από την πολυπλοκότητα και το βάθος του προβλήματος. Κάποιοι δράστες υπήρξαν θύματα κακοποίησης και τα θύματά τους μπορεί να γίνουν δράστες. Οι θεραπευτές έχουν να αντιμετωπίσουν αυτή την πολυπλοκότητα, αναπτύσσοντας εξίσου πολύπλοκα θεραπευτικά συστήματα. Πρέπει να αξιοποιήσουν όλα τα δυνατά σχήματα – από ομάδες αποκάλυψης μέχρι μακρόχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις: ατομικές, ομαδικές, οικογενειακές καθώς και μεγαλύτερων συστημάτων.

Η τεκμηρίωση των σοβαρών ψυχολογικών συνεπειών, που επιμένουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών, κάνει δραματική την ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης.

Ο άμεσος σκοπός της θεραπείας είναι να τροποποιήσει το περιβάλλον που κακοποιεί, ώστε το παιδί να νιώσει ασφαλές από άλλη κακοποίηση. Δεν υπάρχει κανόνας όσον αφορά το χρονικό διάστημα της θεραπείας, που δεν μπορεί να είναι σύντομο.

Αν και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να εκτιμηθούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σύμφωνα με την έκβασή τους, υπάρχουν αναφορές για επιτυχημένη παρέμβαση ομαδικής θεραπείας (Καραγιάννης Δ. (1997), “Θεραπευτής και Αιμομιξία”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και*

*Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σσ. 133-135). Μερικοί κλινικοί ψυχολόγοι περιέγραψαν βελτίωση στην αυτοεκτίμηση και μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά και εφήβους που παρακολούθησαν μια χρονικά περιορισμένη ομαδική θεραπεία (Carozza & Heirsteiner, 1983· Furniss et al., 1988· Verleur et al., 1986, στον Καραγιάννη Δ., (1997), “Θεραπευτής και Αιμομιξία”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σ. 135).

Η προσέγγιση στη θεραπεία πρέπει να είναι, όσο αυτό είναι δυνατό, μια προσέγγιση εστιασμένη-στη-λύση. Το πρότυπο με εστίαση-στη-λύση οδηγεί το θεραπευτή να διερευνήσει για δυνατότητες ακόμη και στις πιο αποθαρρυντικές περιπτώσεις, υπερβαίνοντας έτσι τις δικές του προκαταλήψεις.

Εφόσον τα «κλειστά όρια» της οικογένειας έχουν ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία του προβλήματος της αιμομιξίας, η θεραπευτική παρέμβαση επιδιώκει και συντηρεί το άνοιγμα της οικογένειας προς την κοινότητα. Το άνοιγμα αυτό, για να είναι αποτελεσματικό, πρέπει να περιλαμβάνει διαφορετική, ξεχωριστή πρόταση για κάθε μέλος.

Η πολυάξονική παρέμβαση που απευθύνεται στο παιδί-θύμα, στον μη υπαίτιο γονιό (συνήθως τη μητέρα) και στον υπαίτιο έχει την καλύτερη ευκαιρία να αντιστρέψει τα δυσλειτουργικά «πρότυπα» της οικογενειακής αλληλεπίδρασης. Αν ο μη υπαίτιος γονιός αρνείται την κακοποίηση ή είναι ανίκανος να προστατεύσει το θύμα από νέα κακοποίηση, τότε το παιδί πρέπει να μεταφέρεται σε κάποιον συγγενή ή σε ανάδοχη οικογένεια. Όταν αντιμετωπίζει άρνηση συνεργασίας, ο ειδικός θα πρέπει να πάρει ξεκάθαρη θέση. Αν αποκρύψει το γεγονός, αν φανεί αδύναμος, τότε γίνεται συνένοχος. Βεβαίως, θα

πρέπει να ληφθούν όλα τα μέτρα ώστε να προστατευθεί το παιδί από νέα κακοποίηση στα πλαίσια μιας αποδεικτικής δικαστικής διαδικασίας (Καραγιάννης Δ. (1997), "Θεραπευτής και Αιμομιξία", στο "Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού", Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σσ. 136-137).

Σε αυτό το σημείο θα γίνει μια ιδιαίτερα αξιόλογη περιγραφή του ρόλου και των συναισθημάτων του ειδικού, και συγκεκριμένα του ειδικού παιδοψυχιάτρου, απέναντι στην αιμομιξία. Όπως αναφέρει ο Δ. Καραγιάννης, "ο ειδικός παιδοψυχίατρος έχει στόχο την προστασία της παιδικής ψυχής, ώστε να επιτευχθεί η φυσιολογική της ανάπτυξη. Πρέπει να γνωρίζει το βάθος της δικής του εμπλοκής και να επιλέγει, σύμφωνα με το συμφέρον της συγκεκριμένης περίπτωσης, μέχρι που θα εισχωρήσει. Πρέπει ακόμη να αναμένει τις αντιδράσεις εκδραμάτισης (acting out) εκ μέρους των γονιών και να μην αντιδρά με πανικό.

Ο ειδικός κατακλύζεται από έντονα συναισθήματα, καθώς γίνεται κοινωνός του τραυματισμού του παιδιού κατά την αποκάλυψη της αιμομικτικής πράξης. Είναι σημαντικό να μπορεί να διατηρεί ζωντανό το θετικό συναίσθημά του προς το παιδί, δίχως όμως να παρασύρεται σε συναισθήματα οίκτου, πράγμα το οποίο θα σημάνει την εμπλοκή του στο πρόβλημα. Και τούτο γιατί υπάρχει κίνδυνος να ταυτιστεί με το τραυματισμένο παιδί και να επιτεθεί, με την εξουσία που διαθέτει, στο θύτη. Επιπλέον, υπάρχει το ενδεχόμενο να ενοχοποιήσει το παιδί για την τιμωρία που υφίσταται ο γονιός του, προκαλώντας του συναισθήματα αβεβαιότητας και ανασφάλειας, αφού το παιδί είτε θα απομακρυνθεί από την οικογένειά του, είτε θα παραμείνει μέσα σε αυτή, αλλά θα είναι απροστάτευτο.

Αν πάλι ο θεραπευτής ταυτιστεί με την αδύναμη πλευρά του παιδιού και φοβηθεί την εμπλοκή του στο περιστατικό, κινδυνεύει να νιώσει έντονες ενοχές για τη δική του συμμετοχή στην παραμέληση. Ακολούθως, θα επιλέξει τη *διανοητικοποίηση* προκειμένου να καθησυχάσει τις ενοχές του, ισχυριζόμενος ότι διάφοροι «αντικειμενικοί» λόγοι τον εμποδίζουν να αναλάβει το περιστατικό.

Ο ειδικός, λοιπόν, βρίσκεται αντιμέτωπος με το δικό του σύστημα αξιών, τις δικές του εμπειρίες και τα δικά του συναισθήματα. Έτσι, κάποιοι ειδικοί θα αποφύγουν να αναλάβουν περιστατικά αιμομιξίας λόγω των δικών τους συναισθημάτων. Επιλέγουν να παραπέμπουν σε άλλες υπηρεσίες τις περιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, αναγνωρίζοντας ότι δεν μπορούν να παράσχουν την απαιτούμενη βοήθεια. Κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι τα δικά τους θεραπευτικά πλαίσια δεν είναι κατάλληλα για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων. Άλλοι, ενώ αναγνωρίζουν το πρόβλημα, ανταποκρίνονται ανεπαρκώς. Τέλος, κάποιοι ειδικοί θα αναλάβουν τέτοια περιστατικά.

Τα συναισθήματα του ειδικού εμπρός στο γεγονός της αιμομιξίας είναι και έντονα και μεγάλου εύρους. Εν συντομία, ένας θεραπευτής που θα αναλάβει μια τέτοια περίπτωση θα δοκιμάσει μια σειρά από συναισθήματα, όπως:

- *πίεση* από το βάρος του γεγονότος
- *περιέργεια* για μια κατάσταση που ξεφεύγει από τις συνήθειες
- *λύπη, πόνο, σφίξιμο, πάγωμα* για τις συνέπειες της πράξης στο παιδί και τον εξευτελισμό της ανθρώπινης υπόστασης
- *θυμό* αρχικά ενάντια στο δράστη και κατόπιν πιθανώς και προς άλλα εμπλεκόμενα μέλη της οικογένειας
- *οργή* για τη συχνή προσπάθεια συγκάλυψης της πράξης

- *φόβο* απέναντι στη σφοδρότητα της ψυχοπαθολογίας και, κάποιες φορές, απέναντι στις απειλές του δράστη
- *αδυναμία, τάση για φυγή, ακινησία, αδιαφορία* από την έλλειψη *κινήτρου* και αιτήματος εκ μέρους των εμπλεκομένων ή από την *κόπωση* από προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες
- *απόγνωση* από τις συνεχείς προσπάθειες ακύρωσης κάθε συμβολαίου
- *τρυφερότητα, συμπάθεια, έγνοια, ενδιαφέρον, αγάπη* για το παιδί-θύμα
- *αμφιθυμία, αντιφατικά συναισθήματα* απέναντι στους γονείς
- *ενοχές* από την αίσθηση ανεπάρκειας και την τάση εγκατάλειψης του περιστατικού
- *δέσμευση και ελπίδα* με την ανάληψη της ευθύνης του περιστατικού” (Καραγιάννης Δ. (1997), “Θεραπευτής και Αιμομιξία”, στο “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής και Νευροψυχιατρικής του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, 1997, σσ. 130-132).

Η παραπάνω περιγραφή αφορά το συγκεκριμένο ρόλο του ειδικού παιδοψυχιάτρου που παρεμβαίνει θεραπευτικά σε περιστατικά ενδοοικογενειακής σεξουαλικής παραβίασης παιδιών. Σε άλλο σημείο της βιβλιογραφίας γίνεται γενικότερα λόγος για το ρόλο του παιδοψυχιάτρου που εμπλέκεται σε περιπτώσεις αιμομιξίας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι, υπάρχουν ποικίλοι διαφορετικοί τρόποι εμπλοκής του με σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειές τους.

1. Το θέμα της σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να προκύψει κατά τη διάρκεια της εκτίμησης ενός οποιουδήποτε κλινικού προβλήματος, είτε κατά τη λήψη του ιστορικού, την συνέντευξη της οικογένειας, ή κατά τη διάρκεια ψυχιατρικής εξέτασης ή θεραπείας. Η αναγνώριση συναισθηματικών συμπτωμάτων και διαταραγμένης συμπεριφοράς από τον ψυχίατρο θα τον ενεργοποιήσουν ώστε να σκεφτεί ότι ενδεχομένως πρόκειται για εκδηλώσεις σεξουαλικής κακοποίησης και για προσπάθειες του παιδιού να αντιμετωπίσει το πρόβλημα.
2. Το παιδί και η οικογένεια μπορεί να παραπεμφθούν κατευθείαν προκειμένου να επιβεβαιώσει ο ψυχίατρος την ύπαρξη ή έκταση ενδεχόμενης σεξουαλικής κακοποίησης. Αν δηλαδή η πράξη συνέβη πραγματικά ή αν αποτελεί φαντασίωση του παιδιού, μια διαστρεβλωμένη αντίληψη ή μια σκόπιμη διαστρέβλωση γεγονότων. Βαθύτερη ανάμιξη με την οικογένεια μπορεί να οδηγήσει προοδευτικά σε μακρόχρονο χειρισμό/αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένης της ατομικής ψυχοθεραπείας με το παιδί.
3. Μπορεί να ζητηθεί από τον παιδοψυχίατρο να αναλάβει το ρόλο συνηγόρου για το παιδί, ώστε να διασφαλιστεί η προστασία του και η ευκαιρία για ομαλή συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξή του μέσα στην οικογένεια ή σε πλαίσιο φροντίδας που θα λειτουργεί σαν υποκατάστατο αυτής. Ο παιδοψυχίατρος μπορεί να χρειαστεί να εμφανιστεί στο δικαστήριο ως ειδικός μάρτυρας για να καταθέσει σχετικά με την συναισθηματική κατάσταση και ικανότητα του παιδιού και για να κάνει υποδείξεις βασισμένες στις μακροπρόθεσμες ανάγκες του παιδιού και της οικογένειας.

4. Οι παιδοψυχίατροι που συνεργάζονται με παιδιάτρους ή κοινωνικούς λειτουργούς είναι φορείς εξειδικευμένων γνώσεων σε διεπιστημονικές εκτιμήσεις και παρεμβάσεις. Μπορεί να συμβάλλουν στην σύνδεση και οργάνωση των γεγονότων στις περιπτώσεις που υπάρχει υποψία κακοποίησης ή να αναλάβουν την εποπτεία αυτών που ασχολούνται άμεσα με το παιδί και την οικογένεια.

5. Ο παιδοψυχίατρος φέρει επίσης, συχνά, το ρόλο «δασκάλου» του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού παιδιατρικών τμημάτων/κλινικών, του προσωπικού χώρων προστασίας και φύλαξης παιδιών (ξενώνων), των ανάδοχων οικογενειών/θετών γονέων, και άλλων προσώπων που, ως υποκατάστατα, αναλαμβάνουν την φροντίδα του παιδιού. Οι πληροφορίες για τις αιτίες και τους παράγοντες της σεξουαλικής παραβίασης και την συναφή ψυχοπαθολογία των εμπλεκόμενων ατόμων, οι επιδράσεις των μεμονωμένων περιστατικών σε αντίθεση με την παρατεταμένη κακοποίηση, και θέματα για την οικογενειακή δομή και τις οικογενειακές σχέσεις, αποτελούν εποικοδομητική γνώση για αυτούς που ασχολούνται με τέτοιες περιπτώσεις (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 100-101).

Εκτός από την αναφορά στο ρόλο του παιδοψυχιάτρου, η βιβλιογραφία περιέχει σημαντικές πληροφορίες για τους ρόλους και άλλων επαγγελματιών που εμπλέκονται σε περιπτώσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης μέσα στην οικογένεια. Ενδεικτικά παραθέτουμε κάποια στοιχεία για τον ρόλο του δασκάλου, του κοινωνικού λειτουργού, του νοσοκομειακού παιδιάτρου και του αξιωματικού της αστυνομίας.



A) Οι δάσκαλοι παίζουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στις περιπτώσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, επειδή η τακτική τους επαφή με το παιδί τους καθιστά ικανούς να παρατηρούν αλλαγές στη διάθεση ή στη συμπεριφορά. Αυτές οι αλλαγές είναι συχνά αποτέλεσμα στρεσογόνων καταστάσεων στο σπίτι, μια από τις οποίες μπορεί να είναι η σεξουαλική κακοποίηση. Οι δάσκαλοι έχουν επίσης την δυνατότητα και ικανότητα να παρατηρούν την αλληλεπίδραση μεταξύ γονέα και παιδιού. Η στοργή και η τρυφερότητα είναι ουσιώδεις στην υγιή συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά ο δάσκαλος μπορεί να αναγνωρίσει, διαισθητικά ίσως, ότι κάτι διαφορετικό συμβαίνει όταν η φυσική επαφή που παρατηρεί ξεφεύγει από αυτό που θεωρείται φυσιολογική γονεϊκή αγάπη και μετατρέπεται σε κάτι εντελώς σεξουαλικό.

Η υποψία ότι το παιδί παραβιάζεται σεξουαλικά, ακόμη κι αν δεν υπάρχει επιβεβαίωση, πρέπει να αναφερθεί στις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να κανονιστούν οι απαραίτητες συνεντεύξεις και οι συνεδρίες για τη μελέτη της περίπτωσης.

Αν ένα παιδί ισχυριστεί σεξουαλική κακοποίηση, είναι σημαντικό ο δάσκαλος να μην μεγιστοποιήσει το τραύμα που έχει υποστεί το παιδί αντιδρώντας με ένα συναισθηματικό, επικριτικό τρόπο, ή αμφισβητώντας την ομολογία του παιδιού. Θα πρέπει να του κάνει μόνο ερωτήσεις που θα το βοηθήσουν να μιλήσει, και θα πρέπει να το διαβεβαιώσει πως ό,τι λέει λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Όταν το παιδί αποφασίζει να αποκαλύψει την κακοποίηση στο δάσκαλο, σημαίνει πως τρέφει σε μεγάλο βαθμό εμπιστοσύνη σε αυτό το άτομο. Οι έρευνες που θα επακολουθήσουν θα είναι ιδιαίτερα δυσάρεστες για το παιδί,

σωματικά και συναισθηματικά, και η στήριξη που θα προσφέρει ο δάσκαλος κατά τη διάρκεια αυτών των διαδικασιών είναι ανεκτίμητη.

B) Για τον κοινωνικό λειτουργό πρωταρχικό καθήκον αποτελεί η προστασία του παιδιού. Είναι εξουσιοδοτημένος να διασφαλίσει ότι όλοι οι ισχυρισμοί για παιδική κακοποίηση εξετάζονται εξονυχιστικά.

Ο κοινωνικός λειτουργός βρίσκεται σε θέση-«κλειδί», εφόσον είναι, συνήθως, ο υπεύθυνος να ελέγξει, μαζί με τους άλλους εμπλεκόμενους φορείς, τις πληροφορίες σχετικά με τα παιδιά και τις οικογένειες που έχουν παραπεμφθεί και να εξασφαλίσει ότι θα συγκληθεί η συνεδρία για τη μελέτη της περίπτωσης, αφού προηγουμένως έχει ολοκληρωθεί η διερεύνηση της υπόθεσης. Βασική ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί επίσης η στενή συνεργασία του με τους άλλους εμπλεκόμενους επαγγελματίες. Ο κοινωνικός λειτουργός σχετίζεται άμεσα με τις ανάγκες και την προστασία του παιδιού και συχνά είναι αυτός που προγραμματίζει για τις ιατρικές εξετάσεις και για την απαιτούμενη συμβουλευτική. Σε περιπτώσεις που η σεξουαλική κακοποίηση θεωρείται δεδομένη, χωρίς καμία αμφιβολία είναι υποχρεωμένος, μέσω του επαγγελματικού του συμβολαίου, να δώσει πληροφορίες στην αστυνομία.

Κατά τα αρχικά στάδια της παραπομπής, ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επαφή με τα παιδιά και τους γονείς με ποικίλους τρόπους:

1. απαντώντας σε ερωτήσεις και παρέχοντας πληροφορίες
2. επιτρέποντας να ακουστούν οι ανησυχίες και τα άγχη/στρες που νιώθουν οι γονείς
3. συγκεντρώνοντας ολοκληρωμένες προηγούμενες πληροφορίες, το λεγόμενο κοινωνικό ιστορικό, το οποίο αποτελεί βάση για την εκτίμηση και την μελλοντική αντιμετώπιση του περιστατικού (Porter

R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 92-94).

Γ) Όσον αφορά τον νοσοκομειακό παιδιάτρο, πρωταρχικό του καθήκον αποτελεί η επιβεβαίωση των γεγονότων από τον άμεσα ενδιαφερόμενο (το κακοποιημένο παιδί), σε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ιδιαίτερο δωμάτιο και με την παρουσία ενός μάρτυρα. Η διακριτικότητα, η ευγένεια και η μη βεβιασμένη προσέγγιση θεωρούνται απαραίτητες. Για ένα παιδί μικρής ηλικίας η αφήγηση της ιστορίας μπορεί να διευκολυνθεί μέσω του παιχνιδιού με κούκλες και της ζωγραφικής, ενώ κρίνεται αναγκαία η παρουσία ενός προσώπου που το παιδί γνωρίζει και εμπιστεύεται. Μετά από προσεκτική εξήγηση το παιδί πρέπει να εξεταστεί ιατρικά και να γίνει έλεγχος της περιοχής των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού. Στη συνέχεια ο παιδίατρος αποφασίζει αν οι υποψίες για σεξουαλική παραβίαση είναι βάσιμες ή όχι. Σε περίπτωση που οι υποψίες επαληθεύονται, το παιδί θα πρέπει να εισαχθεί στο νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και συλλογή ιατροδικαστικών δειγμάτων. Ορισμένες φορές η παραμονή κοντά σε ένα συγγενή ή η εισαγωγή σε παιδικό ξενώνα αποτελούν τις πλέον κατάλληλες λύσεις (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 98).

Δ) Η τελευταία περιγραφή αφορά το ρόλο του αξιωματικού της αστυνομίας. Αν ένα παιδί αναφέρει βίαιη σεξουαλική δραστηριότητα σε ένα αξιωματικό αστυνομίας, αυτός το ενθαρρύνει, διακριτικά και χωρίς ιδιαίτερους συναισθηματισμούς, να συνεχίσει την αφήγηση της πράξης και των συνθηκών. Δεν συνίσταται η διεξαγωγή της 'συνέντευξης' σε ένα ιδιαίτερα ήσυχο ή ιδιωτικό χώρο ή η παρουσία μάρτυρα, γιατί κάτι τέτοιο θα κάνει το παιδί να σιωπήσει. Ο αξιωματικός της αστυνομίας θα πρέπει να καταγράψει ό,τι έχει

ειπωθεί αμέσως μετά τη ‘συνέντευξη’, χρησιμοποιώντας, αν είναι δυνατόν, τα ίδια τα λόγια του παιδιού. Επίσης, θα πρέπει να φροντίσει να κανονιστούν οι ιατρικές εξετάσεις. Επόμενο καθήκον του αξιωματικού αστυνομίας είναι η διερεύνηση της υπόθεσης (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 103).

Κλείνοντας την αναφορά σε επαγγελματίες/ειδικούς που εμπλέκονται σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης, σωματικής ή/και σεξουαλικής, αξίζει να σημειωθούν, για άλλη μια φορά, τα εξής: Επειδή η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα ιδιαίτερα φορτισμένο συναισθηματικά θέμα που πολύ συχνά εξαντλεί και προκαλεί ανασφάλεια κι αβεβαιότητα στους επαγγελματίες, εξαιτίας κυρίως της έλλειψης εφοδίων για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων, των ανεπαρκών εξειδικευμένων γνώσεων, των ελλιπών πηγών πληροφόρησης και του άγχους για την ανταπόκριση της γραφειοκρατίας, ο συντονισμός των ενεργειών τους, η αλληλοϋποστήριξη και η στενή και συστηματική συνεργασία μεταξύ τους κρίνονται παράγοντες απαραίτητοι για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών παιδικής κακοποίησης που παρουσιάζονται. Εξίσου αναγκαία θεωρείται και η παρουσία πεπειραμένων, κατάλληλα εκπαιδευμένων διεπιστημονικών ομάδων, διαθέσιμων να παρέχουν συμβουλές και υποστήριξη στους επαγγελματίες που εμπλέκονται και ασχολούνται άμεσα με περιπτώσεις ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σ. 56).

Για το ίδιο θέμα, η Ελένη Αγάθωνος – Γεωργοπούλου αναφέρει: “Η θεραπευτική προσέγγιση οικογενειών «σε κρίση» αποτελεί πηγή έντονου άγχους και ανασφάλειας για τους επαγγελματίες.

Ο όρος “επαγγελματική εξάντληση” περιγράφει έναν επαγγελματία που, ακινητοποιημένος από τις δικές του ακάλυπτες ανάγκες, δεν μπορεί πια να προσφέρει υποστήριξη και φροντίδα για την οικογένεια σε κρίση.

Οι διοικήσεις οργανισμών, οι προϊστάμενοι τμημάτων και οι ίδιοι οι επαγγελματίες, πρέπει με πολλή σοβαρότητα να προλάβουν το φαινόμενο αυτό με μια σειρά από μέτρα όπως: προσφορά ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, λιγότερες περιπτώσεις, ενίσχυση πρωτοβουλιών, ξεκάθαρη επικοινωνία, προσφορά εποπτείας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Τίποτα από τα παραπάνω όμως δεν μπορεί να επιτύχει, αν οι ίδιοι οι επαγγελματίες δεν αναπτύξουν ένα συνεχή διάλογο μεταξύ τους, με στόχο τη διαμόρφωση ενός κοινού λόγου που να αφορά την αλληλοενημέρωση, την αλληλοϋποστήριξη και την συνοδοιπορεία στο δύσκολο, αλλά και επιστημονικά ενδιαφέροντα χώρο της ενδοοικογενειακής βίας” (“*Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού*”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 43).

## Γ. ΠΡΟΛΗΨΗ

Ύστερα από την παράθεση των παραπάνω αναφορών σχετικά με τρόπους αντιμετώπισης/παρέμβασης σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης μέσα στην οικογένεια και την περιγραφή επαγγελματιών/ειδικών που εμπλέκονται σε τέτοιες περιπτώσεις και των ρόλων τους, θα γίνει λόγος για το καίριο και ζωτικό θέμα της πρόληψης του φαινομένου της ενδοοικογενειακής κακοποίησης του παιδιού.

Μια πρώτη αναφορά γίνεται γύρω από την πρόληψη της παιδικής κακομεταχείρισης μέσω των υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων. Υποστηρίζεται ότι, το τρέχον πεδίο των προσπαθειών πρόληψης της παιδικής κακοποίησης εμπνέει τόσο απογοήτευση, όσο και αισιοδοξία. Η απογοήτευση είναι αποτέλεσμα της συνειδητοποίησης ότι, οι σύγχρονες προσπάθειες να προστατεύσουμε τα παιδιά βρίσκονται σε άνιση θέση με τις εξαιρετικά σύνθετες αιτίες της παιδικής κακοποίησης. Η αισιοδοξία προκύπτει από τις αδιάκοπες δημιουργικές προσπάθειες να σχεδιαστούν νέα προγράμματα παρέμβασης χρησιμοποιώντας πρόσφατες καινοτόμες έρευνες σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες και τις παραμέτρους που συσχετίζονται με την παιδική κακομεταχείριση, με ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη της κακοποίησης προτού αυτή συμβεί (Wekerle & Wolfe, 1995· Willis, Holden, & Rosenberg, 1992, που αναφέρονται στον Thompson A.R., 1995, σ. 1). Ενδεικτικές αυτών των νέων προσεγγίσεων είναι οι προτάσεις για πρόληψη της κακομεταχείρισης μέσω ενός εύρους παρεμβάσεων που στοχεύουν στην αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης των οικογενειών υψηλού κινδύνου. Υπάρχει η πεποίθηση ότι τα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα μπορούν να ανταγωνιστούν και να

καταπολεμήσουν την κοινωνική απομόνωση των δυνάμει βίαιων οικογενειών οργανώνοντας και παρέχοντας βοήθεια σε τοπικό πλαίσιο, στη γειτονιά, μέσω είτε επισήμων, είτε φυσικών αρωγών, οι οποίοι μπορούν να προσφέρουν στήριξη και αποδοχή, πληροφορίες και πρακτική βοήθεια, προκειμένου να επωφεληθούν οι «ευάλωτες» οικογένειες με ποικίλους τρόπους, και πέρα από την εξειδικευμένη βοήθεια στην πρόληψη της κακοποίησης. Επιπλέον, υπάρχουν ενθαρρυντικά ερευνητικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία κάποιες παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης καταφέρνουν πραγματικά να μειώσουν τα φαινόμενα παιδικής κακομεταχείρισης.

Στην ιδανική της μορφή, η κοινωνική στήριξη μπορεί να παρασχεθεί από κάποιον γείτονα ο οποίος προσφέρει συναισθηματική συμπαράσταση σε «ευάλωτους» γονείς και συμβουλευτική καθοδήγηση σχετικά με γονεϊκά διλήμματα και προβλήματα, με ζητήματα που αφορούν τον εργασιακό χώρο και σχετικά με στρεσογόνους παράγοντες της καθημερινής ζωής. Μπορεί επίσης (η κοινωνική στήριξη) να περιλαμβάνει την συμμετοχή του γονέα σε τοπικά κοινοτικά προγράμματα που παρέχουν επιμόρφωση, κατάρτιση και εκπαίδευση σε εργασιακές δεξιότητες, υλική βοήθεια και, κατά τη διάρκεια αυτών των παροχών, να προσφέρει μια ευκαιρία ενδυνάμωσης των κοινωνικών δεσμών με άλλα μέλη της κοινότητας. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να συνεπάγεται και την παρουσία σχολικών υπηρεσιών που δίνουν τη δυνατότητα στα θύματα της παιδικής κακομεταχείρισης να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, να αυξήσουν την αυτο-εκτίμησή τους, να ενισχύσουν ακαδημαϊκές δεξιότητες και ικανότητες, καθώς και να αναπτύξουν σχέσεις με υποστηρικτικούς συνομηλίκους και με εναλλακτικά πρότυπα ενηλίκων. Η άτυπη/ανεπίσημη κοινωνική στήριξη μπορεί επίσης να ενδυναμωθεί από την εκκλησία, την τοπική κοινότητα και

οργανισμούς που, ως μέρος της αποστολής τους, στοχεύουν στην επέκταση των υπηρεσιών τους σε «ευάλωτες» οικογένειες ενσωματώνοντάς τις σε ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο, μέσω συνεργατικών, αμοιβαία επικοδομητικών και ευεργετικών δραστηριοτήτων. Με την καθοδήγηση των επίσημων αρωγών, όπως υπαλλήλων κοινωνικών υπηρεσιών παιδικής προστασίας, κοινωνικών λειτουργών, προσωπικού φορέων της δημόσιας υγείας, καθώς και ειδικών συμβούλων, κληρικών και επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, οι προσπάθειες τέτοιων «φυσικών» βοηθών μπορεί να συντονιστεί με τους ποικίλους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και υπηρεσίες, στις οποίες συχνά απευθύνονται οι «ευάλωτες» οικογένειες, προσφέροντας ευκαιρίες για κοινωνική ενσωμάτωση στο πλαίσιο της λήψης προνοιακών παροχών, της εξασφάλισης θεραπείας όταν υπάρχουν ενδείξεις κακοποίησης, της συμμετοχής σε τοπικά-κοινοτικά προγράμματα παιδικής φροντίδας, ή της ανάπτυξης εκπαιδευτικών ή εργασιακών δεξιοτήτων. Ίσως το πλέον σημαντικό είναι ότι το κοινωνικό υποστηρικτικό πλαίσιο, στην ιδανική του μορφή, μπορεί να παρέχει συναισθηματική στήριξη και παρακολούθηση της γονεϊκής συμπεριφοράς με τέτοιο τρόπο που θα αυξάνει τον αυτο-σεβασμό, την αυτο-εκτίμηση και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, δεν θα στιγματίζει και θα εξασφαλίζει ακόμη και την θετική αποδοχή από τις ενδιαφερόμενες οικογένειες (Thompson A.R., 1995, σσ. 1-2).

Κάποιες στρατηγικές προσέγγισης του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου για την πρόληψη της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης, που ήδη εφαρμόζονται στις Η.Π.Α., περιλαμβάνουν:

- Κοινοτικά προγράμματα ημερήσιας φροντίδας, που στηρίζουν τους γονείς παρέχοντάς τους υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ανάπαυλας και τακτικές υπηρεσίες παιδικής φροντίδας, ενώ παράλληλα



προσφέρουν συμβουλευτική παιδιών και επιμόρφωση ενηλίκων σε θέματα που αφορούν τον γονεϊκό ρόλο.

- Ομάδες υποστήριξης γονέων, που εφαρμόζουν μια στρατηγική αυτο-βοήθειας καθοδηγούμενη από συνομηλίκους, μέσω της οποίας παρέχουν εκπαίδευση σε θέματα γονεϊκότητας, πληροφορίες για την εξελικτική διαδικασία του παιδιού, προτάσεις και τρόπους οικογενειακής οργάνωσης και διαχείρισης, και άλλα είδη υποστηρικτικής παρέμβασης.
- Προγράμματα προσχολικής αγωγής, που απευθύνονται κυρίως σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, και προσφέρουν προσχολική εκπαίδευση, στην οποία περιλαμβάνονται οι γονείς, παράλληλα με προγράμματα επιμόρφωσης γονέων, κατ'οίκον επισκέψεις, και διερεύνηση της αναπτυξιακής πορείας και της υγείας των παιδιών (Thompson A.R., 1995, σ. 124).

↓ Η βιβλιογραφική ανασκόπηση συνεχίζει με αναφορές της Ελένης Αγάθωνος – Γεωργοπούλου στην πρόληψη της σωματικής και σεξουαλικής ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης.

Χαρακτηριστικά υπογραμμίζεται ότι, κάθε μορφή πρόληψης χρειάζεται να εκτιμά τις ιδιαιτερότητες κάθε φαινομένου με γνώμονα πάντα τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται.

Στόχος πρέπει να είναι η ταυτόχρονη προσέγγιση και των τριών μορφών πρόληψης: της πρωτογενούς, της δευτερογενούς και της τριτογενούς. Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, κατοικίας, εκπαίδευσης, υγειονομικής περίθαλψης, πρόνοιας, εργασίας, όπως και οι υγιέστερες

οικογενειακές σχέσεις αποτελούν στόχο της πρωτογενούς πρόληψης. Η συνεχής ευαισθητοποίηση του πληθυσμού οφείλει να στοχεύει στην αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών που προωθούν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και άλλες κοινωνικές ανισότητες.

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην έγκαιρη εντόπιση πληθυσμού νέων ατόμων, πριν ή μετά το γάμο, νέων γονέων ή οικογενειών που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες για την ανάπτυξη συμπεριφορών “υψηλού κινδύνου” όσον αφορά τις οικογενειακές σχέσεις και το γονεϊκό ρόλο. Η έγκαιρη στήριξη των ομάδων αυτών μπορεί να προλάβει σημαντικά τις περισσότερες μορφές της κακοποίησης των παιδιών. Τέλος, η τριτογενής πρόληψη έχει στόχο τη θεραπευτική αντιμετώπιση παιδιών που ήδη κακοποιούνται και των οικογενειών τους και τη διακοπή του κύκλου της βίας. Όλα τα μέτρα για την προστασία του παιδιού, η νομική παρέμβαση με σκοπό την κατοχύρωση της ασφάλειάς του και η στήριξη της οικογένειας ως σύνολο, αποτελούν στόχο της τριτογενούς πρόληψης.

Ο τρόπος προσέγγισης του πληθυσμού για την πρόληψη της σωματικής κακοποίησης των παιδιών διαφέρει σημαντικά από εκείνον που στοχεύει στην πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης. Η σωματική κακοποίηση συνδέεται με λιγότερη κοινωνική ενοχή, εφόσον συχνά εκλαμβάνεται ως ακραία μορφή πειθαρχίας παιδιών από τους γονείς τους, ή ως προέκταση της γενικότερης κοινωνικής “βίας” στην οικογένεια. Επιπλέον, η σωματική κακοποίηση είναι συνήθως ορατή, εφόσον αναφέρεται σε κακώσεις.

Αντίθετα, η σεξουαλική παραβίαση των παιδιών συνδέεται με υψηλή κοινωνική ενοχή, άρα και με αντιστάσεις, εφόσον παραβιάζεται ο αιμομικτικός φραγμός, εντοπίζεται πολύ δυσκολότερα, απαιτεί εξειδικευμένους χειρισμούς,

ενώ χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη πολυπλοκότητα και παθολογία στις διαπροσωπικές σχέσεις και την οικογενειακή λειτουργία.

Το υψηλό κόστος, ο παρατεταμένος χρόνος και συχνά τα ανεπιτυχή αποτελέσματα της τριτογενούς πρόληψης και οι οργανωτικά δύσκολες προϋποθέσεις της δευτερογενούς, έχουν δώσει ώθηση στην πρωτογενή πρόληψη. Αυτή επικεντρώνεται σε δύο κύριους στόχους, το κοινωνικό σύνολο, δηλαδή το ευρύ κοινό, τους θεσμούς και τις δομές και τα ίδια τα παιδιά.

Η προσέγγιση του κοινωνικού συνόλου πραγματοποιείται μέσω μεθόδων πληροφόρησης και αγωγής υγείας με τη χρησιμοποίηση των μέσων μαζικής επικοινωνίας, της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του κοινού. Οι δυνατότητες προσέγγισης του παιδικού πληθυσμού είναι ευρύτερες εφόσον τα παιδιά εισπράττουν πληροφόρηση από τους γονείς τους, το σχολείο, τους συνομηλίκους και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Ο κύριος χώρος εφαρμογής πρωτογενούς πρόληψης με παιδιά είναι το σχολείο. Η διαρκώς αυξανόμενη προσέγγιση της προαγωγής της υγείας δίνει τις δυνατότητες στα ίδια τα παιδιά να κινητοποιηθούν για να αντλήσουν πηγές πληροφόρησης και να αυτενεργήσουν, με την εμπύχωση επιμορφωμένων εκπαιδευτικών (*“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, Οδηγός για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού, 1998, σσ. 41-42).*

Σχετικά με την πρόληψη της σεξουαλικής, ειδικότερα, ενδοοικογενειακής παιδικής παραβίασης υπογραμμίζεται ότι, η περιορισμένη κοινωνική ορατότητα του φαινομένου της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών μέσα στην οικογένεια και η κοινωνική ενοχή που την περιβάλλουν, καθιστούν την πρόληψη ένα δύσκολο στόχο.

Η σεξουαλική παραβίαση δεν μπορεί να θεωρηθεί ως “μεγαλοποίηση ή ακραία μορφή κοινωνικά αποδεκτού τρόπου πειθαρχίας” όπως θεωρείται από κάποιους η σωματική κακοποίηση. Ούτε μπορεί να θεωρηθεί ως απώλεια ελέγχου ενός κουρασμένου από τη χρόνια και την καθημερινή ένταση γονέα. Η εξαπάτηση του παιδιού-θύματος με ιδιαίτερες παροχές και τρόπους ψυχολογικής δολιότητας και η σεξουαλική ικανοποίηση του ενήλικα υπαίτιου, την καθιστά ένα φαινόμενο, που παρόλη τη συχνότητά του και τη διαταξική του κατανομή, ακόμα λειτουργεί ως «το καλύτερα κρατημένο μυστικό» της οικογένειας, της γειτονιάς και της κοινότητας.

Αποτέλεσμα όλου αυτού του κλίματος είναι η επικέντρωση κυρίως στην τριτογενή πρόληψη, δηλαδή στην προστασία και θεραπεία των θυμάτων και σπανιότερα όλης της οικογένειας και του υπαίτιου, εφόσον αποδέχεται την πράξη του. Η τριτογενής πρόληψη, ακόμα κι αν αποδεικνύεται επιτυχής, καλύπτει μόνο εκείνες τις περιπτώσεις που αποκαλύπτονται, χωρίς δυνατότητα πρόσβασης στο σκοτεινό αριθμό.

Η δευτερογενής πρόληψη, δηλαδή η έγκαιρη αναγνώριση των εν δυνάμει υπαιτίων σεξουαλικής παραβίασης, είναι εξαιρετικά δύσκολη αν όχι αδύνατη, εφόσον το φαινόμενο ενδημεί, τελικά, σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και δεν συνδέεται απαραίτητα με τη φτώχεια ή άλλες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού. Συγχρόνως, η διαταραχή της σεξουαλικότητας και οι συναισθηματικές διαταραχές οι οποίες οδηγούν στην παραβίαση του αιμομικτικού φραγμού, δεν είναι εύκολα ορατές, εφόσον τα άτομα αυτά – άνδρες και γυναίκες – μπορεί να λειτουργούν πολύ καλά ως προς τις άλλες πλευρές της ζωής τους.

Κατά την τελευταία δεκαετία, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην πρωτογενή πρόληψη της σεξουαλικής παραβίασης των ανηλίκων μέσα στην οικογένεια, με

πολύ θετικά αποτελέσματα. Ο κύριος στόχος της πρωτογενούς πρόληψης είναι τα ίδια τα παιδιά προσχολικής και πρώτης σχολικής ηλικίας. Η μεθοδολογία που ακολουθείται είναι εκείνη της προαγωγής της υγείας στο σχολείο και πραγματοποιείται στο χώρο της εκπαίδευσης αλλά και σε άλλες εξωσχολικές ομάδες. Τα παιδιά, μέσα από διάφορες δράσεις και θεατρικό παιχνίδι, ευαισθητοποιούνται και εμπνυχώνονται, έτσι ώστε να μπορούν να αυτοπροστατεύονται από τα οικεία και αγαπητά τους πρόσωπα (π.χ. τους γονείς-κηδεμόνες τους). Μαθαίνουν να ξεχωρίζουν τα χάρδια που τους προκαλούν ευχαρίστηση από εκείνα που τα κάνουν να μην αισθάνονται άνετα. Να ξεχωρίζουν τα καλά από τα κακά μυστικά. Να μπορούν να λένε “όχι” στα αγαπητά τους πρόσωπα (π.χ. στους γονείς), όταν τους προτείνουν «ασυνήθιστα παιχνίδια». Οι αξιολογήσεις των προγραμμάτων αυτών είναι αρκετά θετικές και η μεθοδολογία τους συνεχώς βελτιώνεται.

Αυτή η μέθοδος της πρωτογενούς πρόληψης της σεξουαλικής παραβίασης των παιδιών απευθύνεται στο σύνολο των παιδιών και χρησιμοποιεί εκπαιδευτικές προσεγγίσεις δόκιμες και γνωστές στην καθημερινή εκπαιδευτική πρακτική. Έτσι, αποφεύγεται η “σκανδαλοποίηση” του θέματος και, κατ’επέκταση, οι αντιστάσεις για την αντιμετώπιση και πρόληψή του (‘‘Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού’’, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σσ. 62-63).

Σε άλλο σημείο της βιβλιογραφίας υποστηρίζονται τα εξής: 1) Η πρόληψη – κυρίως σε περιπτώσεις σεξουαλικής παραβίασης του παιδιού – επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω ομαδικών συζητήσεων στο πλαίσιο του σχολείου. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η εφαρμογή ειδικών σχολικών προγραμμάτων

που θα διδάσκουν στα παιδιά δεξιότητες προσωπικής ασφάλειας και προστασίας. Το θέμα της κατάλληλης και ακατάλληλης επαφής/αγγίγματος πρέπει να συζητείται διεξοδικά και να γίνεται ξεκάθαρο. Απαραίτητη είναι η συμμετοχή των δασκάλων, των γονιών, αλλά και των παιδιών σε αυτά τα προγράμματα και αναγνωρίζεται πλέον ότι οι ενήλικες που πρώτοι χρειάζονται εκπαίδευση είναι οι ίδιοι οι επαγγελματίες. 2) Όλα τα παιδιά που βρίσκονται σε κίνδυνο, πρέπει να έχουν την ευκαιρία εμπιστευτικής συζήτησης, κατάλληλης για την ηλικία και το αναπτυξιακό τους στάδιο, με άτομο οικείο και αξιόπιστο. 3) Κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την πρόληψη θα πρέπει να είναι διαθέσιμες σε κάθε επαγγελματική ομάδα που ενδέχεται να εμπλακεί και να ασχοληθεί με πιθανές περιπτώσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. 4) Κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη και λειτουργία ανοιχτών γραμμών επικοινωνίας για οικογένειες σε κρίση, καθώς και ομάδων αυτο-βοήθειας και εθελοντών με τις οποίες θα διατηρούν επικοινωνία και συνεργασία όλοι οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες. 5) Τέλος, η προστασία και η ευημερία του παιδιού πρέπει να αποτελεί πάντα πρωταρχικό μέλημα και καθήκον όλων αυτών που εμπλέκονται και ασχολούνται με την πρόληψη της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης (Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, 1987, σσ. 123-124).

Κλείνοντας την αναφορά στο θέμα της πρόληψης αξίζει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με μια πρόσφατα ανεπτυγμένη αντίληψη η παιδική κακοποίηση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στις ικανότητες και τα αποθέματα του γονέα, και στα αναδυόμενα συμπεριφορικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά του παιδιού. Έτσι, οι προσπάθειες και τα προγράμματα πρόληψης που αντανακλούν την παραπάνω ευρέως αποδεκτή άποψη δίνουν λιγότερη έμφαση πλέον στην ατομική ψυχοπαθολογία και εφαρμόζουν τρόπους

ενδυνάμωσης αυτής της σχέσης γονέα – παιδιού, παρά διόρθωσης του ενός από τα δύο μέλη της σχέσης (του γονέα) και θεραπευτικού χειρισμού μόνο των ορατών συμπτωμάτων της «σύγκρουσης» (Wolfe A.D. (1993), “Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice”, *Child Abuse Review*, Vol. 2, 1993, σ. 151). Υπογραμμίζεται ότι, αυτή η μορφή πρόληψης που μεταφράζεται και αναπτύσσεται με όρους βελτίωσης της σχέσης γονέα – παιδιού, παρά διακοπής της, κινείται περισσότερο και ουσιαστικότερα προς την κατεύθυνση της πραγματικής υποστήριξης της οικογένειας και της ενθάρρυνσης/ενδυνάμωσης της προσωπικής αυτο-βοήθειας και αυτο-αποτελεσματικότητας (Wolfe A.D. (1993), “Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice”, *Child Abuse Review*, Vol. 2, 1993, σ. 164).

Συμπερασματικά, η ενδοοικογενειακή παιδική κακοποίηση, σωματική ή/και σεξουαλική, είναι ένα σύνθετο φαινόμενο το οποίο – όπως προκύπτει από τα μέχρι τώρα δεδομένα – ανταποκρίνεται καλύτερα στην πρόληψη παρά στην θεραπεία μετά την διάπραξη και παρέλευση του γεγονότος (Wolfe A.D. (1993), “Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice”, *Child Abuse Review*, Vol. 2, 1993, σ. 164). Επομένως, η ανάγκη μιας προληπτικής πολιτικής καθίσταται επιτακτική (Αρτινοπούλου Β. – Μαγγανάς Α., 1996, σ. 127) και αποτελεί ευθύνη κάθε χώρας, σε όλα τα επίπεδα διοίκησης και κοινωνικής πολιτικής, να αναπτύξει προγράμματα πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (“Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*, 1998, σ. 65).

## ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υστερα από τη μακροσκελή βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής κακοποίησης του παιδιού – σωματικής ή/και σεξουαλικής – προκύπτουν τα εξής:

Καταρχήν, παρόλο που πρόκειται για ένα φαινόμενο παγκοσμίως υπαρκτό και παρατηρημένο από αρχαιοτάτων χρόνων, έχουν περάσει μόλις τρεις δεκαετίες περίπου από τότε που για πρώτη φορά απέκτησε κάποιο όνομα και άρχισε να προσδιορίζεται επιστημονικά. Οι ορισμοί που έχουν δοθεί, άλλοτε εξειδικευμένοι και συνοπτικοί, άλλοτε περισσότερο διευρυμένοι και αναλυτικοί, αποτέλεσαν και αποτελούν σημείο εκκίνησης για όλους όσους ασχολούνται με την διερεύνηση, κλινική εκτίμηση και αντιμετώπισή του.

Παράλληλα, οι πολλαπλές και ποικίλες ενδείξεις της κακοποίησης στο παιδί – είτε είναι εξωτερικές και άμεσα ορατές, είτε αφορούν συμπεριφορικές και συναισθηματικές εκδηλώσεις του παιδιού – μαρτυρούν το φαινόμενο/πρόβλημα και συμβάλλουν σε περαιτέρω ολοκληρωμένη εικόνα και άποψη για αυτό, διευκολύνοντας σε μεγάλο βαθμό τη διάγνωση, αξιολόγηση και αποκατάστασή του.

Εξίσου σημαντική είναι η διαπίστωση και καταγραφή παραγόντων «υψηλού κινδύνου», δηλαδή ατομικών χαρακτηριστικών των εμπλεκόμενων στην κακοποίηση μελών – γονέων και παιδιού (ή παιδιών) – και χαρακτηριστικών του ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τα οποία αλλοιώνουν δυναμικές και ρόλους μέσα στην οικογένεια και την καθιστούν επιρρεπή στην άσκηση βίας. Η αναζήτηση των παραγόντων κινδύνου στοχεύει, αφενός, στην καλύτερη δυνατή κλινική αντιμετώπιση και αφετέρου,



στην δευτερογενή πρόληψη, δηλαδή στον έγκαιρο εντοπισμό των γονέων με δυσκολίες άσκησης του γονεϊκού ρόλου και με προδιάθεση για κακοποίηση/παραβίαση του παιδιού ή των παιδιών τους.

Επίσης, η περιγραφή μοντέλων οικογενειών που ασκούν παιδική κακοποίηση διευρύνει το πλαίσιο αναφοράς των παραγόντων 'κινδύνου' και δίνει το στίγμα της διαταξικότητας και διαγενεαολογικότητας του φαινομένου. Η ανίχνευση και γνωστοποίηση στερεότυπων χαρακτηριστικών των βίαιων οικογενειών συντελεί στην διερεύνηση του ρόλου που παίζει το σύστημα της οικογένειας στην ανάπτυξη της παιδικής κακοποίησης, και μπορεί να οδηγήσει σε ταχύτερη και αποδοτικότερη – ανάλογα με την περίπτωση – οργάνωση των τρόπων παρέμβασης, χειρισμού και πρόληψης.

Φυσικά, το φαινόμενο δεν εξαντλείται στην εμπειρικά αποδεδειγμένη και θεωρητικά θεμελιωμένη γνώση γύρω από εμφανείς ενδείξεις, παράγοντες 'κινδύνου' και τύπους οικογενειών. Οι αρνητικές, και πολύ συχνά, καταλυτικές επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής κακοποίησης στο παιδί – ψυχοσυναισθηματικές, ψυχοκοινωνικές, συμπεριφορικές, κ.α. – αποτελούν την ουσιαστικότερη, ίσως, διάσταση του προβλήματος και απαιτούν προσεκτική και σε βάθος εξέταση εφόσον, πρώτα απ' όλα, συνδέονται άμεσα με την ασφάλεια, προστασία και ομαλή ανάπτυξη του παιδιού. Επιπλέον, καθορίζουν την γενικότερη θεραπευτική ή/και υποστηρικτική προσέγγιση που γίνεται στο πλαίσιο της οικογένειας και η οποία κατευθύνεται τόσο προς το παιδί – θύμα, όσο και προς τους υπαίτιους γονείς (ενεργητικά ή παθητικά συμμετέχοντες στην κακοποίηση).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και κάθε μορφής αντιμετώπιση αφενός, προϋποθέτουν συντονισμό, αλληλοενημέρωση και συστηματική, διεπιστημονική

συνεργασία όλων των επαγγελματιών/ειδικών και των φορέων/δομών που ασχολούνται με περιπτώσεις ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης. Αφετέρου, έχουν σαν απώτερο σκοπό να διασφαλίσουν την ισορροπημένη ζωή και εξέλιξη του παιδιού, αλλά και να επαναφέρουν σε λειτουργία, όπου είναι δυνατό, τις δυναμικές της οικογένειας, να κάνουν ορατούς και αποδεκτούς στα εμπλεκόμενα μέλη (κυρίως στους γονείς) τους κατάλληλους ρόλους τους, να αποκαταστήσουν και να ενδυναμώσουν τις θετικές και αρμόζουσες σχέσεις και αλληλεπιδράσεις μεταξύ γονέων και παιδιού/παιδιών (ή και μεταξύ των δύο γονέων), να ενισχύσουν τις επαφές και συναναστροφές με το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο.

Ωστόσο, όπως άλλωστε αναγνωρίζεται ευρέως, η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη, και σύμφωνα με τα μέχρι τώρα ερευνητικά/εμπειρικά δεδομένα η ενδοοικογενειακή κακοποίηση του παιδιού ανταποκρίνεται αποτελεσματικότερα στην πρόληψη, παρά στην θεραπευτική αντιμετώπιση μετά την εμφάνιση του φαινομένου/προβλήματος. Επομένως, και σε παγκόσμιο επίπεδο, καθίσταται επιτακτική ανάγκη η σχεδίαση και εφαρμογή πολιτικών πρόληψης οι οποίες, με πνεύμα υπευθυνότητας και συνέπειας, θα συμβάλλουν στον περιορισμό ή – πράγμα που αποτελεί κοινή ευχή και ελπίδα – και στην πλήρη εξάλειψη του φαινομένου της ενδοοικογενειακής παιδικής κακοποίησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αρτινοπούλου Β., *Αιμομιξία – Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Ερευνητικά Δεδομένα*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995.
2. Αρτινοπούλου Β. – Μαγγανάς Α., “*Θυματολογία και Όψεις Θυματοποίησης*”, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1996.

---

3. Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family: Assessment and Treatment*, εκδ. Wright, 1988.
4. Cook M. and Howells K., επιμέλεια, *Adult Sexual Interest in Children*, εκδ. Academic Press, 1981.
5. Garbarino J. – Stocking H.S., *Protecting Children from Abuse and Neglect – Developing and Maintaining Effective Support Systems For Families*, Jossey – Bass Publishers, 1987.
6. Gelles J.R. – Lancaster B.J., επιμέλεια, *Child Abuse and Neglect – Biosocial Dimensions*, εκδ. Aldine De Gruyter, New York, 1987.
7. Giardino P.A., Christian W.C., Giardino R.E., *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect*, Sage Publications, 1997.
8. “Ελληνική Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής Και Νευροψυχιατρικής Του Παιδιού”, Καλλινικάκη Θ., επιμέλεια, *Αιμομιξία και Θεραπευτικό Πλαίσιο*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997.
9. “Ινστιτούτο Υγείας Του Παιδιού”, Αγάθωνος – Γεωργοπούλου Ε., επιμέλεια, *Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού*, Αθήνα, 1998.

10. Kashani H.J. – Allan D.W., *The Impact of Family Violence on Children and Adolescents*, στο: “Developmental Clinical Psychology and Psychiatry”, Sage Publications, Vol. 37, 1998, σσ. 18 – 73.
11. Martin P.H., επιμέλεια, *The Abused Child – A Multidisciplinary Approach to Developmental Issues and Treatment*, Ballinger Publishing Company, 1976.
12. “Organisation For Economic Co-operation and Development” (OECD), Centre For Educational Research and Innovation, *Co-ordinating Services for Children and Youth at Risk – A World View*, OECD Publications, Paris, 1998.
13. Pagelow D.M., *Family Violence*, Praeger Publishers, New York, 1984.
14. Pelton H.L., επιμέλεια, *The Social Context of Child Abuse and Neglect*, Human Sciences Press, Inc., New York, 1985.
15. Porter R., επιμέλεια, *Child Sexual Abuse within the Family*, Tavistock Publications, 1987.
16. Schlesinger B., *Sexual Abuse of Children – A Resource Guide and Annotated Bibliography*, University of Toronto Press, 1982.
17. “The International Journal”, Krugman D.R., επιμέλεια, *Child Abuse and Neglect*, Pergamon Press, Vol. 15, Numbers 1/2, 1991, σσ. 5 – 16.
18. Thompson A.R., *Preventing Child Maltreatment through Social Support – A Critical Analysis*, Sage Publications, 1995.
19. Van Hasselt B.V., Morrison L.R., Bellack S.A., Hersen M., επιμέλεια, *Handbook of Family Violence*, Plenum Press, New York, 1988.
20. Wolfe A.D., *Child Abuse Prevention: Blending Research and Practice*, στο: “Child Abuse Review”, εκδ. Wiley, Vol. 2, 1993, σσ. 153 – 165.
21. Wolfe A.D., Wekerle C., Scott K., *Alternatives to Violence – Empowering Youth to Develop Healthy Relationships*, Sage Publications, 1997.

