



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ:

ΑΙΜΟΜΙΞΙΑ: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ:

ΔΟΥΛΙΑΝΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Α.Μ.: 3052

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΘΕΜΕΛΗ ΟΛΓΑ

ΡΕΘΥΜΝΟ, 2016

Περίληψη

Η αιμομιξία αποτελεί ένα ακανθώδες φαινόμενο, το οποίο παρουσιάζει ολοένα και μεγαλύτερη έξαρση στην εποχή μας. Οι συνέπειες του φαινομένου είναι οδυνηρές για το θύμα, καθώς επηρεάζουν κάθε επίπεδο της ζωής του καθ' όλη την διάρκεια της. Οι ποικίλες συνέπειες της κακοποίησης αναλύονται στο πλαίσιο της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας, η οποία επισημαίνει ότι η αιμομικτική σχέση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αντιθέτως αποτελεί έγκλημα κατ' εξακολούθηση και διαρκεί στην πλειονότητα των περιπτώσεων για πολλά χρόνια. Η διαδικασία της αποκάλυψης παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, κυρίως όταν το θύμα δεν έχει την απαιτούμενη υποστήριξη από τη μητέρα. Τέλος, γίνεται μια εκτενής αναφορά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται από το παρελθόν μέχρι και σήμερα, αλλά και σε σύγχρονες μεθόδους θεραπείας που εστιάζουν κυρίως στην επαναφορά της λειτουργικότητας του θύματος σε ένα μεταγενέστερο στάδιο από αυτό της κακοποίησης.

Λέξεις κλειδιά

«Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού», «κακοποίηση παιδιών», σεξουαλική παρενόχληση παιδιού, έγκλημα κατ' εξακολούθηση, αιμομικτικός φραγμός, «ανώμαλες σεξουαλικές πράξεις», «Σύνδρομο προσαρμογής του παιδιού στη σεξουαλική πράξη», «περίπλοκο τραύμα», αιμομικτικές σχέσεις.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	2
Λέξεις κλειδιά.....	2
Εισαγωγή.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΗΛΙΚΩΝ.....	8
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	8
1.2 Κακοποίηση ανηλίκων: Σεξουαλική κακοποίηση.....	9
1.3 Αιμομιξία.....	9
1.3.1 Παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της αιμομιξίας.....	10
1.4 Το ταμπού της αιμομιξίας.....	11
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	16
ΠΡΟΦΙΛ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	16
2.1 Ο ρόλος της οικογένειας.....	16
2.2 Η δυσλειτουργική οικογένεια.....	16
2.3 Παράγοντες κινδύνου στην καλλιέργεια της αιμομιξίας.....	17
2.4 Ο κύκλος της βίας.....	18
2.5 Στάδια αιμομικτικής σχέσης.....	19
2.6 Παράγοντες διατήρησης της αιμομικτικής σχέσης.....	20
2.7 Από την διατήρηση της αιμομικτικής σχέσης στην αποκάλυψη.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	23
ΠΡΟΦΙΛ ΔΡΑΣΤΗ.....	23
3.1 Χαρακτηριστικά αιμομικτικού δράστη.....	23
3.2 Τύποι αιμομικτικών δραστών.....	25
3.3 Παράγοντες που οδηγούν τον πατέρα στην αιμομιξία.....	26
Προφίλ μητέρας.....	27

3.4 Ο αναποτελεσματικός ρόλος της μητέρας.....	27
Προφίλ κόρης.....	30
3.5 Χαρακτηριστικά θύματος.....	30
3.6 Ο ρόλος της κόρης στη διαδικασία θυματοποίησης.....	31
3.7 Συμπτώματα των θυμάτων αιμομιξίας	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	33
ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΜΙΚΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	33
4.1 Συνέπειες της αιμομικτικής σχέσης στην ανάπτυξη της κόρης.....	33
4.2 Συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο	34
4.3 Σεξουαλικότητα.....	37
4.4 Διαπροσωπικές σχέσεις	37
4.5 Σωματική υγεία.....	38
4.6 Αυτοκαταστροφικές τάσεις	38
4.7 Μελέτες περίπτωσης.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	42
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	42
5.1 Τι είναι το τραύμα;	42
5.2 Θεραπευτικές παρεμβάσεις	42
5.2.1 Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης	43
5.2.2 Γνωστικό-συμπεριφορική Θεραπεία που εστιάζει στο Τραύμα.....	45
5.2.3 Γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία μέσω του Δυναμικού Παιχνιδιού.....	47
5.3 Ετεροχρονισμένες παρεμβάσεις	48
5.3.1 Θεραπεία μέσω τέχνης.....	48
5.3.2 Η δύναμη της τέχνης σε ομάδες	49
5.3.3 Ψυχοθεραπεία.....	50
5.3.4 Θεραπεία Gestalt	51
5.3.5 Θεραπευτική ύπνωση	51

5.3.6 Η μέθοδος EMDR.....	52
5.4 Η περίπτωση της Άννας.....	54
Συμπεράσματα-παρατηρήσεις	56
Βιβλιογραφία	61

Εισαγωγή

Η αιμομιξία εντάσσεται στην ευρύτερη κατηγορία της ενδοοικογενειακής βίας, η οποία αποτελεί σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα που έχει καταστροφικές συνέπειες στα μέλη της οικογένειας και στην κοινωνία γενικότερα (Αρτινοπούλου, 2000). Το γεγονός ότι η αιμομιξία είναι ένα θέμα ταμπού, αποτέλεσε ανασταλτικό παράγοντα για την διερεύνηση του και οι πρώτες προσπάθειες προσέγγισης του φαινομένου έγιναν μέσω κινημάτων όπως αυτά, της φεμινιστικής και της οικολογικής προσέγγισης. Σύμφωνα με την φεμινιστική προσέγγιση η αιμομιξία πηγάζει από την ανισότητα των δυο φύλων, καθώς και από τις πατριαρχικές δομές, στα πλαίσια των οποίων η γυναίκα και το παιδί είναι ιδιοκτησία του άνδρα, και η αιμομιξία αποτελεί μια ακραία έκφραση επιβολής του ανδρικού ρόλου. Οι γυναίκες και τα παιδιά αυτής της κοινωνίας δεν είναι παρά σεξουαλικά αντικείμενα που εξυπηρετούν τις επιθυμίες των ανδρών. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η αιμομιξία αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο και αντανακλά ζητήματα ανισότητας και έλλειψης σεβασμού των δικαιωμάτων των παιδιών.

Από την άλλη, βασική ιδέα της οικολογικής προσέγγισης είναι η αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του (φυσικό και κοινωνικό). Για ένα παιδί η οικογένεια και στη συνέχεια η γειτονιά αποτελούν τον μικρό-κόσμο του, ενώ το μακρο-περιβάλλον περιλαμβάνει το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η κακοποίηση των παιδιών προκύπτει από δυο αναγκαίες συνθήκες: η πρώτη είναι η κοινωνικό- πολιτισμική αποδοχή της βίας και η δεύτερη η απομόνωση της οικογένειας από τα βασικά δίκτυα υποστήριξης (κοινωνικές υπηρεσίες παροχής βοήθειας). Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζει ότι οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα βρίσκονται συγκεντρωμένες στα ίδια τοπικά πλαίσια, με αποτέλεσμα να επεκτείνουν τον κοινωνικό χαρακτήρα της φτώχειας (Lenski, 2015). Η οικολογική προσέγγιση δίνει έμφαση στις οικογένειες υψηλού κινδύνου και στοχεύει στο περιορισμό των παραγόντων που καλλιεργούν την αιμομιξία.

Σε γενικές γραμμές, όποιοι και αν είναι οι παράγοντες που καλλιεργούν την αιμομιξία, η διερεύνηση της δεν είναι εύκολη υπόθεση, καθώς αποτελεί ένα καλά κρυμμένο μυστικό των αιμομικτικών οικογενειών. Χαρακτηρίζεται από ανηθικότητα και παραβίαση των ορίων στο πλαίσιο της οικογένειας, γεγονός που οδηγεί σε συγκάλυψη της παραβίασης, δίνοντας μια παραπλανητική εικόνα για την έκταση του φαινομένου (Λάγγαρη, 2004).

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια βιβλιογραφική προσέγγιση του φαινομένου της αιμομιξίας εστιάζοντας στην σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ πατέρα-κόρης, η οποία αποτελεί και την πιο συχνή μορφή αιμομικτικής πρακτικής. Κυριότερος στόχος της εκπόνησης της, ήταν η ανάδειξη των διαφορετικών ειδών θεραπείας, αναλύοντας τόσο

μεθόδους του παρελθόντος, όσο και ιδιαίτερων προηγμένων μεθόδων για την καταπολέμηση τραυματικών εμπειριών, όπως αυτό της αιμομιξίας.

Η πτυχιακή εργασία ξεκινάει με μια σύντομη ιστορική αναδρομή του φαινομένου. Στο πρώτο κεφάλαιο παρέχεται ένας σύντομος ορισμός της σεξουαλικής κακοποίησης, μια μορφή βίας στην οποία ανήκει και η αιμομιξία. Επιπρόσθετα, γίνεται μια σχετική αναφορά για τους παράγοντες που ευνοούν την εμφάνισή της και τα σχετικά επιδημιολογικά στοιχεία. Στο δεύτερο κεφάλαιο επισημαίνεται ο σπουδαίος ρόλος της οικογένειας, και δίνονται ορισμοί της δυσλειτουργικής οικογένειας και του κύκλου της βίας. Στο ίδιο κεφάλαιο αναλύονται τα στάδια της αιμομικτικής σχέσης και οι παράγοντες διατήρησης της, καθώς επίσης και το στάδιο της αποκάλυψης. Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται το προφίλ του πατέρα-δράστη, της μητέρας και της κόρης-θύμα.

Αναλυτικότερα, γίνεται σχετική αναφορά για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους, το μορφωτικό τους επίπεδο και τον γενικότερο ρόλο τους στην αιμομικτική σχέση. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις τραγικές συνέπειες της αιμομιξίας σε όλη την αναπτυξιακή πορεία της κόρης και σχετικές αναφορές από μελέτες περίπτωσης. Στο τέταρτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας παρέχονται πληροφορίες για θεραπευτικά προγράμματα ειδικευμένα σε αιμομικτικές καταστάσεις, καθώς επίσης και για σύγχρονες μεθόδους θεραπείας (π.χ. EMDR), που σταδιακά αποδεικνύονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές. Ακόμη, γίνεται μια προσπάθεια προσδιορισμού του ταμπού της αιμομιξίας και των αιτιών του. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση συμπερασμάτων από την πορεία αυτής της ανάλυσης και των σχετικών παρατηρήσεων που προέκυψαν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

1.1 Ιστορική αναδρομή

Η κακοποίηση ανηλίκων κατά γενική ομολογία, δεν αποτελεί ένα σύγχρονο πρόβλημα, καθώς ήδη από το 1962, ο Henry Kempe αναφέρεται σε περιστατικά κακοποιημένων παιδιών από τις οικογένειες τους, προκαλώντας έντονες αντιδράσεις και δυσπιστία στο σύνολο της κοινωνίας.

Ο Kempe εισήγαγε για πρώτη φορά τον όρο «Το σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» με τον οποίο, αναφερόταν σε ένα σύνδρομο που περιελάμβανε χαρακτηριστικές κακώσεις, συνήθως σε διάφορα στάδια επούλωσης, ειδική συμπεριφορά των γονέων ή των τροφών, καθώς επίσης και ειδικές κοινωνικές συνθήκες. Με την πάροδο του χρόνου και την προσοχή του κόσμου στραμμένη σε θέματα κακοποίησης ανηλίκων, ο όρος «σύνδρομο του κακοποιημένου παιδιού» απέκτησε τη μορφή στίγματος και για αυτό προοδευτικά μετονομάστηκε σε «τραύμα που δεν οφείλεται σε ατύχημα» και λίγο αργότερα σε «κακοποίηση παιδιών», όρος που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα.

Στην εποχή μας, τα δικαιώματα τα παιδιού είναι κατοχυρωμένα μέσω της «Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού», σύμφωνα με την οποία: Παιδί θεωρείται, κάθε ανθρώπινο ον μικρότερο των δεκαοκτώ ετών, εκτός εάν η ενηλικίωση επέρχεται νωρίτερα, σύμφωνα με την ισχύουσα για το παιδί νομοθεσία (Άρθρο 1). Σχετικά με την κακοποίηση ανηλίκων η Σύμβαση επισημαίνει πως «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα νομοθετικά, διοικητικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά μέτρα, προκειμένου να προστατεύσουν το παιδί από κάθε μορφή βίας, προσβολής ή βιαιοπραγιών σωματικών ή πνευματικών, εγκατάλειψης ή παραμέλησης, κακής μεταχείρισης ή εκμετάλλευσης, συμπεριλαμβανόμενης της σεξουαλικής βίας, κατά το χρόνο που βρίσκεται υπό την επιμέλεια των γονέων του ή του ενός από τους δύο, του ή των νόμιμων εκπροσώπων του ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου στο οποίο το έχουν εμπιστευθεί. Αυτά τα προστατευτικά μέτρα θα πρέπει να περιλαμβάνουν, όπου χρειάζεται, αποτελεσματικές διαδικασίες για την εκπόνηση κοινωνικών προγραμμάτων, που θα αποσκοπούν στην παροχή της απαραίτητης υποστήριξης στο παιδί και σε αυτούς οι οποίοι έχουν την επιμέλειά του, καθώς και για άλλες μορφές πρόνοιας και για το χαρακτηρισμό, την αναφορά, την παραπομπή την ανάκριση την περίθαλψη και την παρακολούθηση της εξέλιξής τους στις περιπτώσεις κακής μεταχείρισης του παιδιού που περιγράφονται πιο πάνω, και όπου χρειάζεται, για διαδικασίες δικαστικής παρέμβασης (Άρθρο 19).

1.2 Κακοποίηση ανηλίκων: Σεξουαλική κακοποίηση

Η κακοποίηση ανηλίκων αποτελεί μέρος μιας σκληρής πραγματικότητας, η οποία προκειμένου να μελετηθεί είναι αναγκαία η κατηγοριοποίηση της. Επομένως, διακρίνουμε τέσσερις βασικές κατηγορίες: την σωματική κακοποίηση, την συναισθηματική ή ψυχολογική κακοποίηση, την παραμέληση και τέλος την σεξουαλική κακοποίηση. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση του φαινομένου της αιμομιξίας, το οποίο αποτελεί μια ιδιαίτερη κατηγορία σεξουαλικής κακοποίησης, επομένως θα γίνει αναφορά μόνο σε αυτή.

Η σεξουαλική κακοποίηση για πολλούς μελετητές θεωρείται μια διεστραμμένη πτυχή κακοποίησης και αποτελεί αρκετά σύνθετη κατηγορία, καθώς διακρίνεται σε δύο μεγάλες υποκατηγορίες που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με την βιολογική σχέση του δράστη με το θύμα. Με βάση αυτή την διαφοροποίηση διακρίνουμε την σεξουαλική κακοποίηση σε: α) αιμομιξία και β) παιδοφιλία. Παιδόφιλοι χαρακτηρίζονται οι άνθρωποι, οι οποίοι κακοποιούν σεξουαλικά ένα παιδί ή έχουν επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές τάσεις και φαντασιώσεις που αφορούν σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά. Τα παιδιά θύματα είναι ηλικίας κάτω των 13 ετών και ο θύτης ηλικίας τουλάχιστον 16 χρόνων. Η παιδοφιλία θεωρείται ένα είδος ψυχολογικής διαταραχής το οποίο κατατάσσεται στο DSM (American Psychiatric Association, 1994).

1.3 Αιμομιξία

Η αιμομικτική σχέση εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ενδοοικογενειακής βίας, ως μια ακραία μορφή που προσδιορίζεται από συγκεκριμένες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Πρόκειται για μια πράξη, που διαταράσσει την δυναμική και την ισορροπία της οικογένειας, αφού η έννοια της ως ένα ασφαλές μέρος για το παιδί δεν υφίσταται πια (Gilgun & Sharma, 2008α).

Η αιμομιξία παρουσιάζει διάφορες μορφές και διακρίνεται σε αιμομιξία ανάμεσα σε πατέρα-κόρη, σε πατέρα-γιο, σε μητέρα-κόρη, σε μητέρα-γιο, σε αδέρφια αντίθετου φύλου, σε αδέρφια του ίδιου φύλου και αιμομιξία με άλλα συγγενικά πρόσωπα (όπως, θείος, παππούς, ξάδερφος). Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις αιμομιξίας ως δράστης εντοπίζεται ο πατέρας και ως θύμα η κόρη (Crosson-Tower, 1999). Στην παρούσα εργασία, επιλέγεται να μελετηθεί η αιμομιξία πατέρα-κόρης, από τις άλλες μορφές αιμομιξίας γιατί, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα αποτελεί την πλέον συχνή αιμομικτική σχέση.

«Ο όρος αιμομιξία χρησιμοποιείται για να εκφράσει τη σεξουαλική σχέση που περιλαμβάνει συνουσία, θωπεία ή επίδειξη γεννητικών οργάνων μεταξύ συγγενών εξ' αίματος. Το παιδί υποβάλλεται σε μια διεργασία εξαρτημένης μάθησης και συχνά η

αιμομικτική σχέση συνεχίζεται για πολλά χρόνια» (Κατωπόδη, 2005). Αυτό συμβαίνει γιατί η αποκάλυψη του γεγονότος αποτελεί εξαιρετικά δύσκολη απόφαση, καθώς απαιτεί την αλλαγή του δυναμικού της οικογένειας. Η απόφαση αυτή διευκολύνεται όσο τα θύματα μεγαλώνουν (Θεμελή, 2010).

Σε γενικές γραμμές, η αιμομικτική πράξη δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, καθώς οι πράξεις κλιμακώνονται και γίνονται περισσότερο σοβαρές με το πέρασμα του χρόνου (έγκλημα κατ' εξακολούθηση) (Priebe & Svedin, 2008). Οι ενέργειες που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της οικογένειας, καταλύουν τον αιμομικτικό φραγμό καθώς επίσης, και τις κοινωνικές αντιλήψεις για τους ρόλους που πρέπει να διαδραματίζουν οι γονείς και η οικογένεια στο σύνολό της (Olafson, 2011).

Γενικότερα, τα χαρακτηριστικά της αιμομικτικής πρακτικής είναι αρκετά συγκαλυμμένα (βλ. Κεφάλαιο 2) και πρέπει να επισημάνουμε ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων αποτελούν ενδείξεις μιας πιθανής αιμομικτικής πράξης και όχι αποδείξεις. Επομένως, μια τέτοια κατηγορία χρειάζεται στοιχεία που θα οδηγούν με μεγαλύτερη βεβαιότητα στην απόδειξη της πράξης (Paine & Hansen, 2002). Επιπρόσθετα, ακόμα και αν εντοπιστούν σωματικές ενδείξεις σε ένα παιδί, το οποίο έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, σπάνια γίνονται αντιληπτές από τους οικείους του (Θεμελή, 2010). Λόγω της απουσίας συγκεκριμένων μορφών συμπεριφοράς κατά αποκλειστικότητα σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης (Staller & Nelson-Gardell, 2005), η αποκάλυψη είναι αποκλειστικά και μόνο επιλογή του παιδιού, το οποίο είτε, επιλέγει τη σιωπή είτε, εμπιστεύεται κάποιο από τα πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος.

1.3.1 Παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της αιμομιξίας

Παρά την ύπαρξη θεσμοθετημένων δικαιωμάτων για τα παιδιά, η αιμομιξία και η κακοποίηση εν γένει συνεχίζουν να αποτελούν φλέγοντα ζητήματα του σύγχρονου κόσμου, και οι παράγοντες που τις καλλιεργούν είναι ποικίλοι (Αγάθωνος & Γεωργοπούλου, 1990).

Πρώτα-πρώτα, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν οι γονείς και η λειτουργικότητα της οικογένειας στο σύνολό της (Finkelhor & Browne, 1985). Σαν φαινόμενο, η αιμομιξία απαντάται πιο συχνά σε οικογένειες εξαρτημένες από ουσίες. Παρόλα αυτά, έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα τελευταία χρόνια αποκαλύπτουν ότι η αιμομιξία δεν κάνει διακρίσεις, και πρόκειται για ένα φαινόμενο που μπορεί να συμβεί σε όλες τις κοινωνικές τάξεις, καθώς οι χαρακτηριζόμενες ως «ανώμαλες σεξουαλικές πράξεις» διαπράττονται και από «φυσιολογικούς» ανθρώπους (Babatsikos, 2010).

Ένα άλλο πεδίο στο οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση είναι το είδος δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στον γονέα και το παιδί. Πρότυπα ενδοοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης υποδεικνύουν ότι οι οικογενειακοί παράγοντες (είτε πολιτιστικοί, είτε γενετικοί), μπορούν να επηρεάσουν την πιθανότητα αιμομικτικής συμπεριφοράς. Οι Williams και Finkelhor (1990), για παράδειγμα, πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση των μελετών που δημοσιεύθηκαν ως επί το πλείστον στη δεκαετία του 1980, και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι αιμομικτικοί πατέρες είχαν μικρότερη εμπλοκή στη φροντίδα των παιδιών, ήταν περισσότερο κοινωνικά απομονωμένοι, εμπλέκονταν λιγότερο στις διαπροσωπικές σχέσεις και ήταν λιγότερο ευαίσθητοι από τους υπόλοιπους πατέρες ή πατριούς (Lu & Lung 2012).

Επιπλέον, οι Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser και Bakermans-Kranenburg (2011) διαπίστωσαν ότι οι δράστες των οποίων η πρώτη σεξουαλική επαφή με ένα παιδί, ήταν με ένα μέλος της οικογένειας τους είχαν την τάση να έχουν πιο ανασφαλή πατρικό (65% έναντι 58%) και μητρικό (55% έναντι 46%) δεσμό με τους δικούς τους γονείς, από τους σεξουαλικούς παραβάτες των οποίων η πρώτη σεξουαλική επαφή με ένα παιδί ήταν με ένα μη-συγγενή. Επομένως, το είδος του δεσμού που αναπτύσσει τόσο ο γονέας με το παιδί-θύμα, όσο και το είδος δεσμού του γονέα-θύτη με τους δικούς του γονείς, φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία αιμομικτικών σχέσεων (Ascherman & Safire, 1990. Lukianowicz, 1972).

Επιπλέον, οικονομικοί παράγοντες και το κοινωνικό πλαίσιο ασκούν μεγάλη επιρροή, με έρευνες να κάνουν αναφορές στην πατριαρχική κουλτούρα, και να επισημαίνουν ότι η αιμομιξία έχει τις ρίζες της σε αυτή (Gelles, 1878). Για παράδειγμα, οι Cole και Shapiro, (1995) περιγράφουν την «απόκλιση ισχύος» (αγόρια να αντιμετωπίζονται καλύτερα, ενώ τα κορίτσια είναι εκπαιδευμένα να υποκύπτουν στα αγόρια) που αναγκάζει τις γυναίκες να υποβάλλονται στην αιμομιξία.

Παρά την ύπαρξη παραγόντων που ευνοούν την εμφάνιση της αιμομιξίας, και παρόλο που πολλοί από αυτούς τους παράγοντες έχουν τις ρίζες τους στις δομές και τις αρχές τις κοινωνίας, οι περισσότερες κοινωνίες εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν το φαινόμενο ως ένα θέμα ταμπού.

1.4 Το ταμπού της αιμομιξίας

Μέσα από την πορεία της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας, διαπιστώνεται ότι η αιμομιξία θεωρείται μια πράξη ταμπού, που θέτει τα όρια ανάμεσα στο επιτρεπτό και το απαγορευμένο και αναφέρεται σε κάθε πολιτιστικό κανόνα ή άλλο κανόνα που απαγορεύει σεξουαλικές πρακτικές μεταξύ συγγενών (Shor & Simchai, 2009). Το ταμπού της αιμομιξίας

απασχόλησε και απασχολεί τη διεπιστημονική κοινότητα τουλάχιστον τους δύο τελευταίους αιώνες. Ανήκει, σύμφωνα με τον Durkheim (1963), στα ταμπού για το αίμα: Το αίμα στο λεξικό συμβόλων φαίνεται να αναπαριστά τη ζωή, ενώ για κάποιους λαούς αναπαριστά το όχημα της ψυχής. Βάση αυτού του ισχυρού συμβολικού χαρακτήρα του αίματος κατασκευάζονται δοξασίες και τελετουργικά έθιμα σχεδόν σε όλες τις κουλτούρες, κάποια από τα οποία διατηρούνται μέχρι και σήμερα.

Ποικίλοι επιστημονικοί κλάδοι επιχείρησαν να εξηγήσουν το φαινόμενο παρέχοντας διαφορετικές εξηγήσεις (Turner & Maryanski, 2015). Σύμφωνα με τους κοινωνικούς επιστήμονες, η αιμομιξία συνδέεται με την πατριαρχική κοινωνία. Μια επιστημονική προσέγγιση είναι αυτή του Parsons (2010), η οποία υποστηρίζει πως «η αιμομιξία αποτελεί αρνητικό παράγοντα στη λειτουργία της οικογένειας αναστέλλοντας την ομαλή κοινωνικοποίηση των παιδιών και διαταράσσοντας την μετέπειτα σεξουαλική τους πορεία». Άλλες θεωρίες σεξουαλικού ενστίκτου, αναφέρονται στο βιολογικό υπόβαθρο του φαινομένου. Σύμφωνα με αυτό, μια πιθανή εξήγηση για το ταμπού της αιμομιξίας είναι ότι οφείλεται σε ενστικτώδη, έμφυτη αποστροφή που θα μπορούσε να μειώσει τις αρνητικές γενετικές επιπτώσεις της ενδογαμίας (Richardson, 2000), όπως η υψηλότερη συχνότητα των συγγενών γενετικών ανωμαλιών, μια θεωρία που αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη ισχύ με την άνοδο της σύγχρονης γενετικής. Πολλά χρόνια πριν ο Henry Maine (1886), βασικός εκπρόσωπος της βιολογικής θεωρίας, μελέτησε ζώα σε μια προσπάθειά του να εξηγήσει το ταμπού της αιμομιξίας. Επεσήμανε λοιπόν, πως η αιμομιξία δύναται να φέρει σημαντικά κληρονομικά προβλήματα στους απογόνους, καθώς ενδυναμώνονται οι δυνατότητες αναπαραγωγής ασθενικών γονιδίων. Αν για παράδειγμα έρθουν σε επαφή δύο άτομα της ίδιας οικογένειας που έχουν στίγμα, τότε αυξάνονται πολύ οι πιθανότητες το παιδί τους να πάσχει από μεσογειακή αναιμία. Προς την ίδια κατεύθυνση συνηγορούν και ευρήματα ερευνών που έχουν δείξει ότι τα παιδιά που προέρχονται από αιμομικτικές επαφές έχουν υψηλότερο βαθμό θνησιμότητας από τα άλλα.

Επομένως, το ταμπού της αιμομιξίας δεν αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο, αντιθέτως είναι κατακριτέα πράξη για τις περισσότερες κοινωνίες. Έτσι, γεννάται το ερώτημα, κατά πόσο η αιμομιξία αποτελεί φαινόμενο φύσης ή ανατροφής, προκειμένου να δοθούν απαντήσεις για τους λόγους διατήρησής της. Η πιο ευρέως διαδεδομένη υπόθεση προτείνει ότι η λεγόμενη

επίδραση Westermarck¹ αποθαρρύνει τους ενήλικες από το να εμπλακούν σε σεξουαλικές σχέσεις με άτομα που μεγάλωσαν μαζί, ένα φαινόμενο που έχει λάβει εμπειρική υποστήριξη.

Κάποιοι άλλοι μελετητές αναφέρουν πως το ταμπού της αιμομιξίας φαίνεται να είναι ο θεμελιώδης λίθος της κοινωνίας (Αρτινοπούλου, 2000), καθώς καθορίζει την κοινωνική οργάνωση και τη συγγένεια, ενώ σύμφωνα με τον Freud (1918) είναι θεμελιακό στοιχείο της δόμησης της προσωπικότητας. Για τον Freud η επιθυμία της αιμομιξίας μοιάζει με το προπαντορικό αμάρτημα που βαραίνει την ανθρώπινη συνείδηση και γι αυτό απωθείται. Βάση αυτής της ασυνείδητης και απωθημένης τάσης για αιμομιξία, ο ίδιος καταλήγει στην διαμόρφωση της θεωρίας του για το σύμπλεγμα του Οιδίποδα ή της Ηλέκτρας, ανάλογα με το φύλο του παιδιού.

Καταλήγοντας, το ταμπού της αιμομιξίας έχει τις ρίζες του στο παρελθόν και παρά τις όποιες προσπάθειες αιτιολόγησης του, τα δεδομένα που υπάρχουν μέχρι στιγμής δεν μπορούν να δώσουν μια ξεκάθαρη απάντηση στο αν η αιμομιξία είναι μια πρακτική που καλλιεργείται από τον τρόπο ανατροφής ή αν είναι μια έμφυτη τάση/διαταραχή που μοιάζει με την παιδοφιλία (McCabe, 2008). Καταλήγοντας, μάλλον πρόκειται για μία αποτυχία κοινωνικοποίησης και εσωτερίκευσης του κανόνα της απαγόρευσης (Parsons, 2010).

1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η διατήρηση του ταμπού της αιμομιξίας στη σύγχρονη εποχή ενισχύει τη συνοδευόμενη ασάφεια γύρω από το φαινόμενο της αιμομιξίας. Αποτελέσματα ερευνών, αποκαλύπτουν την σκληρή πραγματικότητα του φαινομένου που συχνά συνοδεύεται από παιδοφιλία και ευθύνεται για μεγάλο ποσοστό οικογενειακής βίας και κακοποίησης (Middleton, Stavropoulos, Dorahy, Krüger, Lewis-Fernández, Martínez-Taboas & Brand, 2014). Έρευνες αποκαλύπτουν ότι το μεγαλύτερο μέρος των περιστατικών προέρχεται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα (Paine & Hansen, 2002) παρόλα αυτά, υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του 5,9% των περιπτώσεων που προέρχεται από τα ανώτερα στρώματα.

¹ Το φαινόμενο Westermarck, είναι μια υποθετική ψυχολογική επίδραση, μέσω της οποίας οι άνθρωποι που ζουν σε στενή γειτνίαση κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους γίνονται απευαισθητοποιημένοι στη σεξουαλική έλξη. Το φαινόμενο αυτό για πρώτη φορά διατυπώθηκε από τη φινλανδική ανθρωπολόγος Edvard Westermarck στο βιβλίο της Η Ιστορία των Ανθρώπινων Γάμων (1891) ως μια εξήγηση για το ταμπού της αιμομιξίας.

Οι ερευνητές του Kinsey Institute (Reinisch & Beasley, 1991) αποκαλύπτουν το 70-77% των καταδίκων για αιμομιξία προέρχεται από τα χαμηλά και τα μεσαία στρώματα.

Στο πλαίσιο μιας προσπάθειας εξήγησης της συχνότητας του φαινομένου στα κατώτερα κοινωνικό-οικονομικά στρώματα, διεξήχθησαν άλλου είδους έρευνες, οι οποίες εστίασαν κυρίως στο θέμα του χώρου, στον οποίο λαμβάνει χώρα το περιστατικό. Τα αποτελέσματα λοιπόν, έδειξαν ότι ο περιορισμένος χώρος ή ο συνωστισμός σε ένα σπίτι, δεν αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες της αιμομικτικής πράξης (Καλλινικάκη, 1997). Μόλις το 36% των περιστατικών δεν φαίνεται να κατοικούσε σε ακατάλληλους χώρους. Επομένως, καταλήγει κανείς στο συμπέρασμα ότι δεν πρόκειται για θέμα χώρου, αλλά μάλλον για θέμα πρακτικών που ακολουθεί μια οικογένεια. Για παράδειγμα, οι συνήθειες συμβίωσης των μελών μπορούν να καλλιεργήσουν μια αιμομικτική σχέση (πατέρας και κόρη κοιμούνται στο ίδιο κρεβάτι ενώ υπάρχει διαθέσιμος χώρος στο σπίτι) (Groth, 1979. Hanson, Scott, & Steffy, 1995).

Οι 56 από τις 63 εισαγγελίες Πρωτοδικών επισημαίνουν, ότι ο αριθμός των ανήλικων θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης εμφανίζει ραγδαία αύξηση, καθώς φαίνεται να είναι σχεδόν τριπλάσιος από τον αντίστοιχο αριθμό της προηγούμενης δεκαετίας. Στα δεδομένα αυτά πρέπει να τονίσουμε ότι από το σύνολο των πράξεων κακοποίησης μόνο το έξι τις εκατό (6%) καταγγέλλεται και το ένα τις εκατό (1%) φτάνει στη δικαιοσύνη (Σπινέλλη & Τσήτσουρα, 1996).

Μελέτες που έλαβαν χώρα στο νοσοκομείο παιδών «Αγία Σοφία», αποκαλύπτουν πως μόλις το εξήντα τις εκατό (60%) των παιδιών που νοσηλεύονται εκεί, έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (Μαλαμίτση, 2006). Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα (Πανούσης, 1990) αποκαλύπτουν ότι το 15% των κοριτσιών και το 12% περίπου των αγοριών έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση με την ευρύτερη έννοια του όρου. Τρία στα τέσσερα κορίτσια και εννέα στα δέκα αγόρια δεν μιλούν για τα γεγονότα που έζησαν, και η κυριότερη αιτία είναι ότι αισθάνονται φόβο. Ένα στα 25 κορίτσια έχουν υποστεί αιμομιξία ή απόπειρα αιμομιξίας, και ένας στους τέσσερις δράστες είναι μέλος της οικογένειας, συνήθως ο πατέρας. Συνεπώς, ο μύθος του άγνωστου δράστη που προσπαθεί να παραπλανήσει τα θύματά του καταρρίπτεται (Gilgun, & Sharma, 2008β). Οκτώ στις δέκα φορές το παιδί-θύμα έχει υποστεί επαναλαμβανόμενες πράξεις κακομεταχείρισης.

Η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού από την οικογένεια του συνδέεται με υψηλού βαθμού κοινωνική ενοχή, καθώς παραβιάζεται το ταμπού της αιμομιξίας, επιβάλλει το νόμο της σιωπής και αποκαλύπτει περισσότερο παθολογικές και δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις. Η σεξουαλική παραβίαση αποτελεί διεθνές και διαταξικό φαινόμενο και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών σε σχετική μελέτη του υπολογίζει 150.000.000 κορίτσια την

υφίστανται σ' όλο τον κόσμο. Μελέτες που αναφέρονται στο φαινόμενο αυτό από διάφορες χώρες εκτιμούν ότι η συχνότητα κυμαίνεται από 7% -36% στις γυναίκες (Μαρκοπούλου, 2006). Από αυτές προκύπτει ότι η σεξουαλική παραβίαση είναι συχνότερη στα κορίτσια απ' ό τι στα αγόρια, ενώ αξιόπιστη μελέτη στις Η.Π.Α. σε δείγμα 930 γυναικών που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά πριν τα 18 τους χρόνια, κατέδειξε ότι το 29% παραβιάστηκαν από μέλος της οικογένειάς τους, και συγκεκριμένα τον πατέρα.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, ότι η αιμομιξία δεν αποτελεί ένα φαινόμενο του σύγχρονου κόσμου, αλλά ένα ζήτημα που απασχόλησε την ανθρωπότητα πολλές δεκαετίες πριν. Παρόλα αυτά εξακολουθεί να αποτελεί φαινόμενο ταμπού και κάθε μοναδική περίπτωση συγκλονίζει στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Ποικίλοι παράγοντες διαδραματίζουν ένα ξεχωριστό ρόλο στο φαινόμενο της αιμομιξίας, όπως η οικογένεια ως σύνολο και οι επιμέρους συνήθειές της που συμβάλλουν τόσο στη καλλιέργεια, όσο και στη διατήρηση της αιμομικτικής κατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΡΟΦΙΛ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

2.1 Ο ρόλος της οικογένειας

Ο ρόλος της οικογένειας θεωρείται καθοριστικός για την πορεία και την ανάπτυξη υγιών προσωπικοτήτων, με βασικότερες υποχρεώσεις της την παροχή βοήθειας και την προστασία των μελών της, καθώς και τη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας και ευημερίας στο σπίτι (Allen, 2001). Η ικανοποίηση της ανάγκης για στοργή και ασφάλεια σχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας καθώς, ως ενήλικες, τα παιδιά αυτά παντρεύονται και μεγαλώνουν τα παιδιά τους, επηρεασμένοι από τον τρόπο που μεγάλωσαν οι ίδιοι (Bales & Parsons, 2014). Η οικογένεια αποτελεί το πλαίσιο για σωματική, συναισθηματική και οικονομική προστασία των μελών της (Θεωδοροπούλου, 2003). Επομένως, όλες αυτές οι έννοιες στην περίπτωση της αιμομιξίας χάνουν την αξία τους, μεταβιβάζοντας στα παιδιά-θύματα μια εντελώς διαστρεβλωμένη εικόνα για τις σεξουαλικές επαφές (Τσιάντης, 1993).

2.2 Η δυσλειτουργική οικογένεια

Η προσέγγιση της δυσλειτουργικής οικογένειας, εστιάζει στην παθολογία που ενδέχεται να παρουσιάσει μια οικογένεια που χαρακτηρίζεται από ασαφή έως ανύπαρκτα όρια οικογενειακών ρόλων, που οδηγούν σε παραβίαση του ταμπού της αιμομιξίας (όπως αναφέρεται στην Αρτινοπούλου, 2000). Οι συστηματικές συγκρούσεις των γονέων αποτελούν ενδείξεις μιας δυσλειτουργικής οικογένειας, η οποία όπως έχει παρατηρηθεί παρουσιάζει χαλαρούς δεσμούς μεταξύ των μελών της. Η χρήση βίας αποτελεί στην οικογένεια το βασικό κώδικα επικοινωνίας, τα μέλη της οποίας απλά συμβιώνουν στον ίδιο χώρο, καλλιεργώντας μια παθολογική εξάρτηση και αδυναμία οριοθέτησης της ατομικότητάς τους. Στο πλαίσιο μιας τέτοιας οικογένειας οι ευθύνες της αιμομικτικής σχέσης μοιράζονται σε όλα τα μέλη της (Sheinberg & Fraenkel, 2001), καθώς το κάθε μέλος αναλαμβάνει άτυπα ένα ρόλο, και αναμιγνύεται στην σχέση πατέρα-κόρης.

Η προσέγγιση της δυσλειτουργικής οικογένειας θυμίζει την συστημική προσέγγιση, η οποία αντιμετωπίζει την αιμομιξία ως ρυθμιστή ή ως παράγοντα αποφυγής της σύγκρουσης μεταξύ των μελών (Widera-Wysoczańska, 2006). Σε γενικές γραμμές, η προσέγγιση αυτή φαίνεται να αντιμετωπίζει την οικογένεια σαν ένα ξεχωριστό τμήμα, απομονωμένο από την υπόλοιπη κοινωνία, χωρίς την ύπαρξη κοινωνικής αλληλεπίδρασης με άλλα συστήματα. Παρόλα αυτά, για να γίνει κατανοητός ο ρόλος της προσέγγισης της δυσλειτουργικής οικογένειας, απαιτείται δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών συστημάτων. Έτσι,

παραμένει αδιευκρίνιστο το κατά πόσον τα συστατικά στοιχεία της δυσλειτουργικής οικογένειας αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες ή συμπτώματα της αιμομικτικής σχέσης (Κατωπόδη, 2005).

2.3 Παράγοντες κινδύνου στην καλλιέργεια της αιμομιξίας

Έρευνες έχουν δείξει ότι, όπως στα περισσότερα κοινωνικά φαινόμενα έτσι και σε αυτό της αιμομιξίας, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που εντοπίζονται και επαναλαμβάνονται σταθερά (Sive, 2014). Πιο συγκεκριμένα, σχετίζονται με το ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, με την οργάνωση της οικογένειας, καθώς επίσης και με την σχέση μεταξύ των μελών της (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best & Schnurr, 2000). Επομένως, οι παράγοντες αυτοί έχουν έναν έντονο οικογενειοκεντρικό χαρακτήρα.

Από τη μια, οι ατομικοί παράγοντες σχετίζονται με το ιστορικό του πατέρα, της μητέρας, και της κόρης –θύματος, και από την άλλη, οι οικογενειακοί παράγοντες αναφέρονται στις σχέσεις μεταξύ των μελών (Τσιγκρής, 2000). Σε κάθε περίπτωση, η προσέγγιση των παραγόντων κινδύνου θα ήταν ελλιπής, χωρίς την επισήμανση των κοινωνικών παραγόντων και των ευρύτερων οικονομικών και πολιτισμικών στοιχείων.

Αναλυτικότερα, στο πλαίσιο μιας εν δυνάμει αιμομικτικής οικογένειας, οι γονείς συνήθως, αποτελούν πρόσωπα, τα οποία έχουν διαμορφώσει ένα αρνητικό πρότυπο για την μητέρα ή τον πατέρα τους, από την παιδική ηλικία (Mann, Hanson & Thornton, 2010). Έρευνες κάνουν αναφορές για ιδιαίτερα συναισθήματα αποστέρησης ή έντονου δεσμού μεταξύ του πατέρα ή/και της μητέρας με την προγονική τους μητέρα (Mann et al, 2010). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, το εν λόγω πρότυπο γονέων, να έχει αρκετά ψυχολογικά προβλήματα και σε πολλές περιπτώσεις να οδηγείται σε συμπεριφορά παραμέλησης και κακοποίησης των παιδιών του (Ρέτσικα, 2015).

Σχετικά με τους οικογενειακούς παράγοντες, έρευνες αποδεικνύουν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα μέλη μιας αιμομικτικής οικογένειας είναι απόμακρα μεταξύ τους (Ρέτσικα, 2015). Πιο συγκεκριμένα, επισημαίνεται ότι η διαταραγμένη σχέση των συζύγων, του πατέρα με την κόρη, της κόρης με τη μητέρα και γενικότερα των μελών (στην περίπτωση ύπαρξης και άλλων παιδιών στην οικογένεια) οδηγεί σε αποδιοργάνωση και αποτελεί μεγάλο πλήγμα στην δυναμική της οικογένειας (Allen, 2001).

Σχετικά με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η στενότητα του χώρου μέσα στο σπίτι, ή ειδικότερα η έλλειψη προσωπικού χώρου και η απομόνωση της οικογένειας από κοινωνικής και γεωγραφικής απόψεως, τα οποία έχουν ως

αντίκτυπο την διοχέτευση του σεξουαλικού ενστίκτου του πατέρα στα μέλη της οικογένειάς (Lieberman, Tooby & Cosmides, 2003).

Όσον αφορά στην γεωγραφική απομόνωση, ο Καπελλάρης (2000) υποστηρίζει πως η αιμομιξία είναι τις περισσότερες φορές ένα έγκλημα αγροτικού τύπου. Η Αρτινοπούλου (2000), βασιζόμενη σε έρευνες των Miller, (1976) και Wyatt, (1985), κάνει αναφορά στην αντιφατικότητα των δεδομένων. Αφενός, θυματολογικές αναδρομικές έρευνες δείχνουν πως σε αγροτικές περιοχές είναι πράγματι συχνότερο το φαινόμενο της αιμομιξίας, και αφετέρου άλλες έρευνες δείχνουν πως η πλειοψηφία των περιπτώσεων προέρχεται από τα αστικά κέντρα (Ρέτσικα, 2015).

Η προσέγγιση των παραγόντων κινδύνου (Kilpatrick, Acierno, Saunders, Resnick, Best & Schnurr, 2000) θα ήταν ελλιπής χωρίς τους παράγοντες θυματοποίησης. Οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με την ηλικία της κόρης, την ύπαρξη σωματικής και/ή διανοητικής αναπηρίας και φυσικά την έντονη συναισθηματική αποστέρηση από την μητέρα (βλ. Κεφάλαιο 3). Άλλος ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην καλλιέργεια της αιμομιξίας είναι η ύπαρξη της σε προηγούμενες γενιές, ένα φαινόμενο το οποίο είναι γνωστό ως «κύκλος της βίας».

2.4 Ο κύκλος της βίας

Μια από τις κοινωνικό-ψυχολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την κακοποίηση παιδιών αναφέρεται σε ένα όρο γνωστό ως «κύκλο της βίας» (Forsman & Långström, 2012). Η βασική υπόθεση του όρου αυτού υποστηρίζει ότι οι δράστες σεξουαλικής κακοποίησης υπήρξαν και οι ίδιοι θύματα παρόμοιας συμπεριφοράς κατά την παιδική τους ηλικία. Αυτή η μεταβίβαση της βίας προωθείται από ψυχολογικές δοκιμασίες, όπως η ταύτιση με τον επιτιθέμενο και η μετέπειτα εξωτερίκευση της. Ο κύκλος της βίας βασίζεται σε θεωρίες εκμαθημένης συμπεριφοράς.

Έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 30% με μια απόκλιση +/-5% των δραστών, έχουν ιστορικό σωματικής, σεξουαλικής κακοποίησης, ή παραμέλησης κατά την παιδική τους ηλικία (Μαντζιβής, 2000). Από την άλλη, μόνο το 1/3 των ατόμων που έχουν υποστεί κάποια μορφή κακοποίησης ή/και παραμέλησης από την οικογένειά τους θα εκθέσουν το παιδί τους σε κάποια ανάλογη μορφή κακοποίησης, ενώ τα 2/3 θα είναι σε θέση να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα που χρειάζεται ένα παιδί (Αρτινοπούλου, 2000). Επομένως, δεν επαληθεύεται η υπόθεση της «αιμομικτικής καριέρας» που θέλει το θύμα να αναλάβει το ρόλο του θύτη στην πορεία της ζωής του.

Επιπρόσθετα, υπάρχουν σημεία στη θεωρία του κύκλου της βίας που έχουν υποστεί κριτική (Fujiiwara, Okuyama & Izumi, 2010). Αρχικά, ως προς το θεωρητικό υπόβαθρο, η

θεωρία φαίνεται να μην συνυπολογίζει την δυναμική αλληλεπίδραση άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς κατά των παιδιών, όπως αυτών που επισημάνθηκαν παραπάνω. Επιπλέον, σε αντίθεση με το πρότυπο παθητικότητας που αναφέρεται στη παρούσα θεωρία, πορίσματα ερευνών έχουν αποδείξει ότι γυναίκες-θύματα στην παιδική ηλικία διέλυσαν τις σχέσεις με τους συζυγούς τους σε μικρότερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με άλλες γυναίκες, που δεν είχαν ανάλογες εμπειρίες, τερματίζοντας την όποια πρόθεση επαναθυματοποίησης (Faller, 2007).

2.5 Στάδια αιμομικτικής σχέσης

Οι αιμομικτικές σχέσεις διακρίνονται σε τρεις διαφορετικές φάσεις, με βάση την χρονική τους εμφάνιση. Η πρώτη φάση είναι αυτή πριν την αιμομικτική πράξη, ακολουθεί η κυρίως αιμομικτική πράξη και τέλος η κατάσταση που επικρατεί μετά την αποκάλυψη της (Αγάθωνος, Τσιμπουκά & Ζολώτα, 1999). Σύμφωνα με την Αρτινοπούλου, (2000) η συχνότητα των αιμομικτικών επαφών στις μισές τουλάχιστον περιπτώσεις του δείγματος ήταν σχεδόν καθημερινή (2-5 φορές την εβδομάδα). Ωστόσο, δεν πρέπει να αγνοούμε το γεγονός ότι η αιμομιξία είναι μια σύνθετη κατάσταση και δεν μπορεί να περιοριστεί σε χρονικά περιθώρια, καθώς η κάθε περίπτωση είναι ιδιαίτερη και μοναδική, λόγω των διαφορετικών προσωπικοτήτων που την απαρτίζουν.

Προ-αιμομικτική κατάσταση

Η ειδοποιός διαφορά της αιμομιξίας σε σχέση με άλλες μορφές κακοποίησης σε βάρος παιδιών έγκειται στο βιολογικό δεσμό δράστη-θύματος (Ambrosio, 2005). Η σχέση που καλλιεργείται χαρακτηρίζεται από την πατρική φιγούρα που ασκεί εξουσία και την εμπιστοσύνη που δείχνει η κόρη προς τον πατέρα, δημιουργώντας έτσι μια σχέση εξάρτησης, κυρίως συναισθηματική θύματος-θύτη (Herman & Hirschman, 2012). Προτού, ο δράστης προβεί στην αιμομικτική πράξη προηγείται ένα άλλο στάδιο, αυτό της προβολής της σεξουαλικότητας του στην οικογένεια και έπειτα, ακολουθεί η διαδικασία επιλογής του σεξουαλικού του αντικειμένου και η προσπάθεια προσέγγισής του με ασελγείς πράξεις. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο θύτης προσπαθεί να δημιουργήσει μια καλή σχέση με το θύμα του, «εξαγοράζοντας» πολλές φορές τη σιωπή του, προκειμένου να πετύχει το σκοπό του.

Η αιμομικτική πράξη

Η αιμομιξία αποτελεί μια κατάσταση που αλλάζει τη δομή της οικογένειας στο σύνολό της. Η παραβίαση του «κανόνα» που αναφέρεται στην απαγόρευση της διατήρησης

σεξουαλικών επαφών ανάμεσα σε πατέρα και κόρη, βιώνεται ως μια νέα κανονικότητα για την οικογένεια, η οποία σαφώς αντιλαμβάνεται το παράνομο της πράξης αυτής, καθώς καλείται να την κρατήσει μυστική, γεγονός που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση (Fischer, 2003). Η κατάσταση αυτή με τη σειρά της οδηγεί την κόρη σε ένα φαύλο κύκλο καθώς, η ίδια αισθάνεται ότι είναι αποδεκτή μόνο από την οικογένεια της, εφόσον η κοινωνία αντιμετωπίζει την αιμομικτική σχέση ως ανήθικη και αμαρτωλή.

Οι ρόλοι αντιστρέφονται, με την κόρη να αναλαμβάνει το ρόλο της μητέρας και τη μητέρα το ρόλο του παιδιού (Levine, 2014). Στο σημείο αυτό θα μπορούσαμε να ανατρέξουμε στους παράγοντες που καλλιεργούν την αιμομικτική σχέση (βλ. Κεφάλαιο 1), και να αναλογιστούμε κατά πόσο η δομή και οι αρχές της κοινωνίας καλλιεργούν την πράξη της αιμομιξίας. Για παράδειγμα, στην πατριαρχική οικογένεια η κόρη αναλαμβάνει κάποιους μητρικούς ρόλους ανεξάρτητα από την ύπαρξη αιμομικτικών καταστάσεων (ενασχόληση με τις δουλειές του σπιτιού, μαγείρεμα κ.τ.λ).

2.6 Παράγοντες διατήρησης της αιμομικτικής σχέσης

Διάφορες θεωρίες επιχειρήσαν να εξηγήσουν τη μεγάλη δυσκολία που αντιμετωπίζει το ανήλικο θύμα στο να αποκαλύψει τη πράξη της αιμομιξίας. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση μια προσφέρει μια ενδιαφέρουσα ερμηνεία (Studer, Clelland, Aylwin, Reddon, & Monro, 2000), η οποία αναφέρεται στο «Σύνδρομο προσαρμογής του παιδιού στη σεξουαλική πράξη», σύμφωνα με το οποίο, το παιδί προσαρμόζεται σε μια νέα πραγματικότητα, επιλέγει τη σιωπή και παγιδεύεται σε αυτή.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα προσέγγιση, η οποία κυμαίνεται στο πλαίσιο της ψυχοδυναμικής, είναι αυτή της φαινομενολογικής και περιγραφικής οπτικής, η οποία επισημαίνει ότι μια αιμομικτική σχέση διατηρείται για ποικίλους λόγους. Αρχικά, ένα βασικό στοιχείο είναι αυτό της μυστικότητας, τη σιωπής με την ευρύτερη έννοια του όρου, που χαρακτηρίζει την αιμομικτική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει την πλήρη έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας (Theunissen, 2005), η οποία οδηγεί με τη σειρά της στην απομόνωση των μελών και κυρίως στην αποξένωση της μητέρας από την κόρη. Η κόρη πείθεται ότι η κακοποίηση είναι κάτι κακό και επικίνδυνο και η αποκάλυψη της θα προκαλέσει βλάβες σε αγαπημένα της πρόσωπα.

Επομένως, η «κυριαρχία» της σιωπής, σε συνδυασμό με την απουσία αντιδράσεων στις υποδείξεις του πατέρα, καλλιεργούν αισθήματα απελπισίας στο θύμα, οδηγώντας σε μια σχέση υποταγής (Celbis, Ozcan, & Özdemir, 2006). Ειδικότερα, οι δράστες που επιθυμούν να κακοποιήσουν σεξουαλικά ένα παιδί καλλιεργούν πρώτα μια στενή σχέση μαζί του, μια

σχέση βλαβερή που συχνά κάνει το παιδί να νιώθει υπεύθυνο και ανίκανο να αποκαλύψει τι συμβαίνει. Στην σχέση αυτή, η κόρη δέχεται μια ιδιαίτερη μεταχείριση από τον πατέρα, η οποία την αναγκάζει να συναινεί σε όλες του τις επιθυμίες, αναλαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το μερίδιο των ευθυνών.

Ένας άλλος πιθανός λόγος υποταγής και διατήρησης αυτής της σχέσης είναι το έντονο συναίσθημα φόβου που βιώνει τόσο η κόρη-θύμα (Huizenga, 2000), όσο και ο πατέρας-δράστης, για διαφορετικούς λόγους ο καθένας. Η κόρη απειλείται από τον πατέρα με την άσκηση σωματικής βίας, και τον στιγματισμό της οικογένειάς της και ο πατέρας με την σειρά του φοβάται τις συνέπειες της αποκάλυψης του «σκοτεινού μυστικού» και για αυτό απειλεί την κόρη.

Τραγική φιγούρα της αιμομικτικής σχέσης αποτελεί η μητέρα, ειδικότερα στην περίπτωση που γνωρίζει ή έστω υποψιάζεται την αιμομικτική σχέση αλλά, δεν την αποκαλύπτει. Ο λόγος που η μητέρα αισθάνεται φόβο να αποκαλύψει το γεγονός, πηγάζει κυρίως από το ενδεχόμενο διάλυσης και στιγματισμού της οικογένειας, από την οποία η μητέρα εξαρτάται οικονομικά αλλά και συναισθηματικά, σε κάποιες περιπτώσεις.

2.7 Από την διατήρηση της αιμομικτικής σχέσης στην αποκάλυψη

Το κύριο πρόσωπο που διατηρεί την αιμομικτική σχέση, η κόρη, είναι και αυτή που επαναστατεί και τελικά αποκαλύπτει το «μυστικό» κυρίως λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια του περάσματος στην εφηβεία. Η αιμομικτική σχέση αποκαλύπτεται όταν δημιουργείτε κάποια ρήξη ανάμεσα στα άτομα που σχετίζονται με την αιμομικτική πρακτική.

Αναλυτικότερα, παράγοντες που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αποκάλυψη της αιμομικτικής σχέσης είναι: Α)η περίπτωση εγκυμοσύνης του θύματος. Σε γενικές γραμμές, αυτός ο παράγοντας δεν αποτελεί συχνό φαινόμενο αποκάλυψης στην εποχή μας, καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων χρησιμοποιούνται μέτρα αντισύλληψης από τον πατέρα-δράστη (Αρτινοπούλου, 2000). Αντιθέτως, παλαιότερες έρευνες αναφέρουν τον παράγοντα αυτό ως αιτία αποκάλυψης για το 20% των περιπτώσεων που φτάνουν στην δικαιοσύνη. Β)τυχαία συμβάντα, όπως η απόπειρα αυτοκτονίας του θύματος ή μία οικογενειακή σύγκρουση. Έρευνες αποκαλύπτουν ποσοστά της τάξεως του 35% των υποθέσεων να αποκαλύπτονται ύστερα από κάποιο καβγά της μητέρας με το δράστη (Όπως αναφέρονται στον Τσιγκρή, 2000). Γ)ασέλγεια εις βάρος άλλου μέλους της οικογένειας. Σε περίπτωση που ο πατέρας-δράστης επιθυμεί να κακοποιήσει σεξουαλικά και άλλο μέλος της οικογένειας, η κόρη-θύμα οδηγείται ευκολότερα στην απόφαση της αποκάλυψης. Έχει παρατηρηθεί ότι τα θύματα αιμομιξίας παρουσιάζουν συμπεριφορά όμοια με αυτή κακοποιημένης συζύγου

(Αρτινοπούλου, 2000) που στην πλειονότητα των περιπτώσεων ανέχεται τη βία έως ότου χτυπηθεί το παιδί της.

Η μητέρα, σπάνια συμμετέχει στη διαδικασία της αποκάλυψης και η πιο συχνή περίπτωση που μπορεί να την οδηγήσει σε καταγγελία είναι αυτή του διαζυγίου. Στο πλαίσιο αυτής της κατάστασης οι γονείς αντιμετωπίζουν με περισσότερη καχυποψία ο ένας τον άλλον, γεγονός που οδηγεί ευκολότερα στην αναγνώριση ενδείξεων κακοποίησης, τις οποίες παλαιότερα ενδεχομένως αγνοούσαν.

Μια άλλη περίπτωση αποκάλυψης, είναι αυτή η οποία προέρχεται από πρωτοβουλία ενός τρίτου προσώπου που υποψιάζεται την ύπαρξη αιμομικτικής σχέσης. Η καταγγελία είναι επώνυμη ή και ανώνυμη, και ανατίθεται από τον Εισαγγελέα Ανηλίκων σε Κοινωνικό Λειτουργό του αρμόδιου Δήμου, στη Διεύθυνση Πρόνοιας ή άλλου φορέα παιδικής προστασίας, για να διερευνηθούν και να εκτιμηθούν οι συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια. Αν η αιμομικτική σχέση επιβεβαιωθεί, ο Εισαγγελέας ασκεί αυτεπάγγελτα δίωξη.

Τέλος, η αποκάλυψη του φαινομένου ενδέχεται να γίνει και από πρωτοβουλία της ίδιας της κόρης-θύματος. Επιλέγει να απευθυνθεί σε κάποιο τρίτο πρόσωπο, το οποίο εμπιστεύεται και τελικά προτρέπει το κορίτσι σε καταγγελία σε βάρος του πατέρα. Φυσικά, αυτή η περίπτωση αποκάλυψης είναι πολύ ιδιαίτερη και απαιτεί σωστή διαχείριση από το πρόσωπο που το κορίτσι-θύμα επιλέγει να κάνει την αποκάλυψη. Οι νομικές διαδικασίες που ακολουθούν δεν θα αναλυθούν, καθώς είναι πέρα από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, παρόλα αυτά, αξίζει να αναφέρουμε ότι είναι περίπλοκες και αρκετά οδυνηρές για όλα τα μέλη της οικογένειας.

Η οικογένεια μετά την αποκάλυψη της αιμομιξίας βρίσκεται αντιμέτωπη με την κοινωνία, καθώς πρόκειται για ένα θέμα ταμπού όπως έχει ήδη επισημανθεί, (Turner & Maryanski, 2015) το οποίο αποτελεί σοβαρό πλήγμα για το σύνολο της. Ο πατέρας αποκαλύπτεται φερόμενος ως δράστης, η κοινωνία κατακρίνει το γεγονός και η αιμομικτική οικογένεια στιγματίζεται.

Καταλήγουμε λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι η αιμομιξία είναι ένα φαινόμενο που καλλιεργείται σταδιακά σε μια οικογένεια. Ακολουθεί μια άτυπη μορφή σταδίων, η οποία προετοιμάζει τόσο το θύμα όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας να προσαρμοστούν σε μια νέα κανονικότητα. Το στάδιο της αποκάλυψης είναι το πιο δύσκολο μέρος αυτής της κατάστασης και αρκετές αιμομικτικές περιπτώσεις δεν φτάνουν ποτέ σε αυτό. Πέρα όμως, από το καθοριστικό ρόλο της οικογένειας, τόσο στη καλλιέργεια, όσο και στη διατήρηση της αιμομιξίας, το κάθε μέλος της ξεχωριστά επηρεάζει με έναν ιδιαίτερο τρόπο την εξέλιξη αυτού του φαινομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΦΙΛ ΔΡΑΣΤΗ

3.1 Χαρακτηριστικά αιμομικτικού δράστη

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει μια αναφορά στο προφίλ του πατέρα, της μητέρας και της κόρης-θύματος, και θα προσδιοριστεί η δράση του καθενός ξεχωριστά στην εμφάνιση και την πορεία της σεξουαλικής κακοποίησης.

Στο πλαίσιο μιας προσπάθειας διερεύνησης της προσωπικότητας του πατέρα αιμομίκτη, διαπιστώθηκε ότι η καταγραφή συγκεκριμένων χαρακτηριστικών είναι αρκετά σύνθετη, καθώς μέσα από την αιμομικτική πρακτική εκφράζονται βαθύτερες ασυνείδητες επιθυμίες και ανάγκες του. Ένα από τα στοιχεία που αποκαλύπτουν οι έρευνες είναι ότι στην πλειονότητα τους οι αιμομικτικοί δράστες έχουν καταδικαστεί και για άλλα αδικήματα, τα οποία σχετίζονται με παραβιάσεις σε θέματα περιουσίας, διατάξεων οδικής κυκλοφορίας, σωματικές βλάβες, και ένα πολύ μικρό ποσοστό αφορά καταδίκες για προηγούμενα σεξουαλικά εγκλήματα (Schetky & Green, 2014).

Καθοριστικό ρόλο στην αιμομιξία πατέρα-κόρης διαδραματίζει η άρση αναστολών του δράστη, (Herman, 1981) η «ηθική αναισθησία», η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με την κατανάλωση αλκοόλ (Carlson, 2000). Στο σημείο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια ανάλυσης των επιμέρους χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του πατέρα- αιμομίκτη, καθώς και των αιτιών που πιθανόν να τον οδηγήσουν στη σεξουαλική κακοποίηση.

Κοινωνικό-οικονομικό προφίλ

Το ηλικιακό στάδιο, κατά το οποίο ο πατέρας- αιμομίκτης ξεκινάει να καλλιεργεί την αιμομικτική σχέση με τη κόρη υπολογίζεται κατά μέσο όρο στα 40 έτη (Carlson, 2000). Έρευνες δείχνουν ότι η πλειονότητα των δραστών είναι συνήθως εργάτες με κύριο γνώρισμα την αστάθεια και τις συχνές αλλαγές στην εργασία, ή/και μεγάλες περιόδους ανεργίας. Σύμφωνα με τον Borneman (2012) το 43% των πατέρων –αιμομικτών ήταν άνεργοι όσο διαρκούσε η αιμομικτική σχέση. Παρόλα αυτά, οφείλουμε να επισημάνουμε, ότι υπάρχει ένα ποσοστό που διατηρούσε μόνιμη απασχόληση σε κάποιο χώρο εργασίας, στο οποίο δεν δημιουργούσε ιδιαίτερα προβλήματα. Επιπλέον, υπάρχουν αναφορές που αποδεικνύουν ότι οι

δράστες αιμομιξίας όχι μόνο δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στο χώρο εργασίας τους, αλλά ήταν αρκετά αποδοτικοί σε αυτή.

Παρόμοιες έρευνες (όπως αναφέρεται στη Νασιάκου, 2004) αποκαλύπτουν ότι, όσον αφορά το κομμάτι των συναναστροφών και των κοινωνικών περιστάσεων εν γένει, συχνά οι αιμομίκτες χαρακτηρίζονται ως υπερβολικά εξωστρεφείς από το εργασιακό και κοινωνικό τους πλαίσιο. Στην πραγματικότητα όμως, είναι εξαιρετικά καταχρηστικοί σωματικά στις συζύγους και τα παιδιά τους, καθώς επίσης και έκδηλα επιθετικοί (Nexhipi, 1992). Σε αντίθεση με τους παιδεραστές, δεν χρειάζεται να αναζητούν με δυσκολία τα θύματά τους, επιλέγουν να κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά τους για ιδιοτελή ευχαρίστηση (Pendergast, 1995).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με σχετικές αναφορές, ο πατέρας- αιμομίκτης προέρχεται συνήθως από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα και έχει περιορισμένη κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη (Weinberg, 1972). Πιο συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι ο πατέρας αυτός είχε στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τραυματικές εμπειρίες από την παιδική του ηλικία με τους γονείς του να έχουν πεθάνει ή χωρίσει, ελλειπείς σχέσεις μαζί τους, καθώς επίσης και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Καθοριστικό ρόλο για την μετέπειτα πορεία ανάπτυξης φαίνεται να διαδραματίζει η απουσία της πατρικής φιγούρας από πολύ μικρή ηλικία, κάτι που αποτελεί συχνό φαινόμενο στα άτομα αυτά (Bogaerts, Vanheule & Declercq, 2005).

Μορφωτικό επίπεδο

Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα-αιμομίκτη είναι συνήθως πολύ χαμηλό, και μάλιστα σε πολλές έρευνες το ποσοστό των αναλφάβητων ανέρχεται στο 14% (González-López, 2006). Επίσης, το νοητικό επίπεδο ήταν κάτω του μετρίου (στο 64% του δείγματος) σε πολλές έρευνες (όπως αναφέρεται στην Αρτινοπούλου, 2000) και σε ελάχιστες περιπτώσεις πολύ υψηλό (στο 9,2% του δείγματος). Από την άλλη, τα αποτελέσματα σχετικά με την συγκεκριμένη μεταβλητή διαφοροποιούνται από το Ινστιτούτο Kinsey που αναφέρει ότι η πλειοψηφία των αιμομικτών πατέρων έχουν μέτρια έως κανονική νοημοσύνη (60-85%).

Ψυχοπαθολογία δράστη

Η σεξουαλική κακοποίηση κατά των παιδιών (αλλά και γενικότερα) είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ψυχοπαθολογία των δραστών σε πολύ μεγάλο ποσοστό ερευνών. Οι

Firestone, Dixon, Nunes, και Bradford (2005) για παράδειγμα διαπίστωσαν ότι οι ενδοοικογενειακοί παραβάτες, οι οποίοι έχουν ως θύματα τα μικρότερα παιδιά τους ήταν σε μεγαλύτερο βαθμό ψυχιατρικά διαταραγμένοι όπως εκτιμήθηκε με τη χρήση του Brief Psychiatric Rating Scale και ήταν πιθανότερο να εμπλακούν σε κατάχρηση ουσιών, σε σχέση με όσους επέλεξαν μεγαλύτερης ηλικίας θύματα είτε εντός, είτε εκτός οικογενειακού πλαισίου. Σε ένα δείγμα δραστών σεξουαλικών αδικημάτων με θύματα παιδιά, συμπεριλαμβανομένων των ενδοοικογενειακών παραβατών, ο Kalichman (1991) διαπίστωσε ότι η ηλικία του θύματος ήταν αντιστρόφως ανάλογη με την ψυχοπαθολογία του δράστη.

Επιπρόσθετα, άλλο ένα χαρακτηριστικό των αιμομικτών είναι οι έντονες ναρκισσιστικές διαταραχές. Τα ναρκισσιστικά άγχη τους εμποδίζουν να δημιουργήσουν μια υγιή σχέση, κάτι που οδηγεί σε βίαιη συμπεριφορά, όπως επισημάνθηκε παραπάνω, η οποία πηγάζει από τον φόβο συναισθηματικής εμπλοκής στις σχέσεις. Με άλλα λόγια σε κάποιες περιπτώσεις, ο αιμομίκτης - πατέρας αισθάνεται πως ο δεσμός με ένα άλλο πρόσωπο (σύζυγο-παιδί) θα διαλύσει τη «ναρκισσιστική του πανοπλία» (όπως αναφέρεται στο Βασιλιά, 1998). Επομένως, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες όπως ο γάμος, η επιθυμία ή απόρριψη του παιδιού, ή η σχέση με το παιδί, τα ναρκισσιστικά τραύματα του πατέρα-αιμομίκτη αναζωπυρώνονται, με αποτέλεσμα να προβάλλει τις επιθετικές και σεξουαλικές του ενορμήσεις στο παιδί του.

3.2 Τύποι αιμομικτικών δραστών

Η κλασική τυπολογία του Weinberg, (1972) κάνει αναφορές σε τρεις διαφορετικούς τύπους αιμομικτών: α) τον ενδογαμικό β) τον παιδοφιλικό γ) και τον ερωτικά ασύδοτο. Ο ενδογαμικός τύπος επιλέγει να εκφράσει και να διοχετεύσει το σεξουαλικό του ένστικτο μέσα στην οικογένεια. Είναι κοινωνικά απομονωμένος και δεν έχει καμία σεξουαλική δραστηριότητα έξω από το σπίτι, αντιθέτως αν η οικογένεια έχει κι άλλες κόρες παρενοχλεί σεξουαλικά και αυτές.

Ο δεύτερος τύπος αιμομικτικού δράστη φαίνεται να απεχθάνεται τις ενήλικες γυναίκες, καθώς επιλέγει να έχει σχέσεις και με άλλα παιδιά εκτός από τα δικά του και χάνει το σεξουαλικό του ενδιαφέρον προς την κόρη του όταν αυτή μεγαλώνει. Τέλος, ο ερωτικά ασύδοτος δράστης έχει πολλές εξωσυζυγικές σχέσεις ενώ παράλληλα, διατηρεί σεξουαλικές σχέσεις με την γυναίκα του και την κόρη του, την οποία παροτρύνει να έχει σεξουαλικές σχέσεις με άλλους άντρες. Ο αιμομικτικός αυτός τύπος φαίνεται ότι δεν διατηρεί καμία απολύτως συναισθηματική εξάρτηση με τα πρόσωπα που συναναστρέφεται (Λάγγαρη, 2004).

3.3 Παράγοντες που οδηγούν τον πατέρα στην αιμομιξία

Αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν επιχειρήσει να εξηγήσουν το φαινόμενο της αιμομιξίας, και οι περισσότερες από αυτές κάνουν αναφορές σε ποικίλους παράγοντες. Κατά το 19^ο αιώνα διακρίνουμε τρία βασικά ερευνητικά πρότυπα: α)το ψυχοπαθολογικό β)το κλινικό γ)το ψυχοκοινωνιολογικό, που επιχειρούν να προσεγγίσουν το θέμα.

Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στα παθολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του πατέρα-αιμομίκτη, εντάσσοντας ψυχιατρικές απόψεις ως αίτια αυτής της πράξης. Εμπνευστής αυτής της προσέγγισης ήταν ο Αυστριακός ψυχίατρος Kraft-Ebing, ο οποίος χαρακτηρίζει την αιμομιξία σαν μια μορφή «πρωτόγονης σεξουαλικότητας» που προσβάλλει ηθικά τον ρόλο της αγνής οικογενειακής ζωής. Τα παθολογικά λοιπόν αίτια αυτής της πράξης είναι α)η ψυχική ασθένεια και η διανοητική καθυστέρηση καθώς επίσης και β)η μέθη, τα οποία αποτελούν ενδογενή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του πατέρα-δράστη. Παράλληλα όμως, υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην αιμομιξία, όπως είναι: το διαζύγιο ή η απομάκρυνση των συζύγων, η κοινωνική τάξη των συμμετεχόντων στην αιμομικτική σχέση, καθώς και οι συνθήκες διαβίωσης τους.

Όσον αφορά το κομμάτι των ψυχικών διαταραχών, σύμφωνα με την Αρτινοπούλου, διακρίνονται δυο κατευθύνσεις: η 1)βιοψυχική και η 2)ψυχοθητική. Η πρώτη κατεύθυνση έχει ως βασικό εκπρόσωπό της τον Ιταλό DiTullio, ο οποίος επισημαίνει ότι «η αιμομικτική πράξη θεωρείται μια σημαντική σεξουαλική διαστροφή που προκύπτει πάντοτε από μια κατάσταση επικινδυνότητας, μια κατάσταση ψυχοπαθολογική σε συνδυασμό με ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία του δράστη που διευκολύνουν την ανάπτυξη του ερωτισμού του και την άρση των εσωτερικών του αναστολών». Η ατομική προδιάθεση στο έγκλημα βρίσκεται σε ερωτικής φύσεως προβλήματα, όπως για παραδείγματα είναι η αναισθησία, η σεξουαλική υπερ-αισθησία ή η σεξουαλική υπό-αισθησία. Καταλήγοντας, ο DiTullio περιγράφει τη δυναμική του εγκλήματος με ένα πατέρα-αιμομίκτη που περνά από το στάδιο της άρσης των αναστολών σε αυτό της πράξης της αιμομιξίας.

Η δεύτερη κατεύθυνση η ψυχοθητική, περιλαμβάνει ψυχαναλυτικές και ψυχολογικές ερμηνείες της παιδοφιλικής συμπεριφοράς του πατέρα-δράστη. Η αιμομικτική πρακτική αναλύεται στη βάση της παιδοφιλίας, σύμφωνα με την οποία, αυτό που οδηγεί τον πατέρα στην πράξη της αιμομιξίας είναι στενά συνδεδεμένο με τα μοναδικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, τα οποία φανερώνουν το σεξουαλικό ενδιαφέρον του για τα παιδιά γενικότερα. Ορισμένοι αιτιολογικοί παράγοντες της αιμομικτικής συμπεριφοράς είναι οι ανωμαλίες στην ψυχολογική ανάπτυξη του δράστη, στην εικόνα για τον εαυτό του, στις ανάγκες και στο βαθμό αυτοεκτίμησής του, στις μη-καλές διαπροσωπικές σχέσεις με

ενήλικες, στις συγκρούσεις με την μητέρα του, στις καταχρήσεις ουσιών και στο ψυχολογικό σοκ της πρώτης σεξουαλικής εμπειρίας.

Όσον αφορά το ψυχοκοινωνιολογικό πρότυπο, η αναζήτηση των αιτιών επικεντρώνεται στην παθολογία της αιμομικτικής οικογένειας, στις συνθήκες διαβίωσης, σε οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς επίσης και στις σχέσεις μεταξύ των μελών. Κυριότεροι αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται φυσικά, η συναισθηματική έλλειψη των γονέων, οι κακές σχέσεις του ζευγαριού, και κατ' επέκταση των γονέων με τα παιδιά.

Προφίλ μητέρας

Καθώς το επίκεντρο μιας αιμομικτικής σχέσης είναι ο πατέρας, εκτεταμένες έρευνες για τις μητέρες αιμομικτικών οικογενειών δεν έχουν γίνει. Ο ρόλος και η προσωπικότητα της μητέρας, όμως, σχετίζονται τόσο με την διαμόρφωση, όσο και με την εξέλιξη της αιμομικτικής σχέσης, αλλά τα ευρήματα για το πώς αυτή την επηρεάζει είναι αμφιλεγόμενα.

3.4 Ο αναποτελεσματικός ρόλος της μητέρας

Μια έρευνα των Stroebel, O'keefe, Beard, Kuo, Swindell, και Kommor (2012) επισημαίνει ότι η τάση που επικρατεί είναι αυτή της εναπόθεσης ευθυνών στο πρόσωπο της μητέρας, η οποία χαρακτηρίζεται ως «ανεπαρκής» στο ρόλο της συζύγου και μητέρας, όταν απουσιάζει πολλές ώρες από το σπίτι, ή όταν πάσχει από κάποια ασθένεια. Επιπλέον, ως αδυναμία εκλαμβάνεται και η περίπτωση εγκυμοσύνης της μητέρας που φαινομενικά δίνει την ευκαιρία στον αιμομικτή πατέρα να διαμορφώσει τη σχέση με την κόρη-θύμα.

Συναισθηματική σχέση της μητέρας με την κόρη-θύμα

Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και διατήρηση της αιμομικτικής σχέσης διαδραματίζει η συναισθηματική σχέση της κόρης με την μητέρα, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό ερευνών αναφέρει ότι η σχέση αυτή είναι ανεπαρκής για το 40% των περιπτώσεων αιμομιξίας (όπως αναφέρεται στην Αρτινοπούλου, 2000). Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ποσοστό, αναφέρει ότι η μητέρα πίεζε την κόρη να αναλάβει ρόλους ενηλίκων και να συμπεριφέρεται σαν «μητέρα». Μια πιθανή εξήγηση σε αυτό είναι ότι οι μητέρες που έχουν βιώσει παρόμοιες εμπειρίες, αποσιωπούν την κατάσταση, απενοχοποιούνται, και νιώθουν πως αφού και εκείνες το πέρασαν και «δεν έπαθαν τίποτα», και η κόρη τώρα θα πρέπει να έχει την ίδια συμπεριφορά (Καπελλάρης, 2000). Στη περίπτωση αυτή οι ερευνητές της αιμομιξίας επισημαίνουν ότι η μητέρα συνειδητά ή ασυνείδητα, καλλιεργούσε την ανάπτυξη της αιμομικτικής σχέσης (Lev-

Wiesel, 2006). Επιπλέον, οι Kaufman, Peck & Tagiuri, (1954) επισήμαναν ότι η αιμομικτική σχέση αρχίζει όταν ο πατέρας και η κόρη νιώθουν εγκαταλελειμμένοι από την σύζυγο και μητέρα αντίστοιχα.

Επομένως, η μητέρα προβάλλει παθητική ως προσωπικότητα, τόσο απέναντι στο τυραννικό συνήθως σύζυγο, όσο απέναντι και στην αιμομικτική σχέση πατέρα-κόρης. Σε κάποιες περιπτώσεις, είναι εξαρτημένη συναισθηματικά από τον σύζυγό της, κάτι που την οδηγεί σε μια συμπεριφορά ανωριμότητας και αδυναμίας να εκφράσει και να εκπληρώσει τις δικές της ανάγκες. Σύμφωνα και με τον Βασιλιά (1998), τις περισσότερες φορές η μητέρα γνωρίζει τι συμβαίνει είτε γιατί της το έχει εκμυστηρευτεί το παιδί, είτε γιατί η ίδια το έχει αντιληφθεί, παρόλα αυτά, συνήθως αποδέχεται το γεγονός, προφανώς επειδή αδυνατεί να το αποτρέψει.

Η γυναίκα- σύζυγος αιμομικτική φαίνεται αδύναμη και άτολμη, καθώς επιχειρεί να διατηρήσει τον οικογενειακό δεσμό, αλλά και την εικόνα της οικογένειας σύμφωνα με τις κοινά αποδεκτές κοινωνικές αξίες και πολλές φορές όχι μόνο δε στηρίζει το παιδί της στην αποκάλυψη της κακοποίησης, αλλά το παροτρύνει να μην αντιδρά, ή ακόμη το κατηγορεί πως λέει ψέματα. Στο σημείο αυτό, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι στον κανόνα υπάρχουν και εξαιρέσεις, επομένως, μερικές μητέρες όταν ανακαλύπτεται το γεγονός γίνονται αρκετά επιθετικές προς το σύζυγο, υπερασπίζονται την κόρη και την στηρίζουν ψυχολογικά, ενώ άλλες συλλέγουν περισσότερα στοιχεία προκειμένου να βεβαιωθούν για την ύπαρξη κακοποίησης (Lev-Wiesel, 2006).

Σχέση συζύγων

Η κακοποίηση της μητέρας και των παιδιών από τον πατέρα αποτελεί σύννηθες φαινόμενο στις περισσότερες περιπτώσεις αιμομιξίας. Όσον αφορά τη μητέρα συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνες της Αρτινοπούλου (2000) σε αιμομικτικές οικογένειες παρατηρήθηκαν ξυλοδαρμοί από το πατέρα σε όλες τις περιπτώσεις που το ζευγάρι ζούσε μαζί (26). Στο 1/3 των περιπτώσεων αυτών η κακοποίηση αφορούσε βαριές σωματικές βλάβες, οι οποίες έχρηζαν νοσηλείας και ιατρικής αγωγής. Σε 5 από 24 περιπτώσεις παρατηρήθηκε σεξουαλική κακοποίηση της μητέρας από τον πατέρα και αφορούσε την ακούσια συμμετοχή της σε ασελγείς πράξεις.

Επιπρόσθετα, η πλειονότητα των ερευνών, αναφέρουν ότι οι μητέρες αιμομικτικών οικογενειών είναι απόμακρες από τους συζύγους τους ή τους απορρίπτουν σεξουαλικά (Maisch, 1972), καθώς υπάρχουν στοιχεία που αποκαλύπτουν ότι κατά την περίοδο

ανάπτυξης της αιμομικτικής σχέσης ο πατέρας δεν είχε σεξουαλικές επαφές με την μητέρα. Οι διαταραγμένες σχέσεις των συζύγων λοιπόν, καθώς και η μειωμένη επίδειξη της αγάπης μεταξύ των γονέων αποτελούν καθοριστικοί παράγοντες καλλιέργειας των αιμομικτικών σχέσεων.

Ψυχοπαθολογία μητέρας

Άλλο ένα χαρακτηριστικό είναι ο «μαζοχισμός», όπως χαρακτηρίζει ο Weinberg (1972) το γεγονός της παθητικής αποδοχής των οικογενειακών συγκρούσεων από την μητέρα. Συνήθως οι μητέρες δεν έχουν κάποια ψυχική διαταραχή ή μειωμένη αντίληψη, καθώς τα σχετικά ποσοστά είναι πολύ χαμηλά 2% και 4% αντίστοιχα (Schwab, Stephenson & Ice, 1993), επομένως, η ανοχή της αιμομικτικής σχέσης από πλευράς της φαντάζει παράλογη στο μυαλό των περισσότερων ανθρώπων.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων, η γυναίκα-σύζυγος του αιμομίκτη-πατέρα, δεν προστατεύτηκε και δε μπορεί να προστατεύσει, μοιάζει παθητική, κλεισμένη στον εαυτό της, αμίλητη στις διαμαρτυρίες του παιδιού, δίχως να μπορεί να αποδεχτεί αυτό που γίνεται. Σε κάποιες περιπτώσεις, η παραίτηση της από τη φροντίδα του παιδιού δίνει αρχικά τη δυνατότητα στον πατέρα να αναλάβει εκείνος το ρόλο της και στη συνέχεια στην κόρη της να αναλάβει πρώιμες ευθύνες.

Όπως επισημάνθηκε και παραπάνω, η κόρη αναλαμβάνει μητρικό ρόλο, ο οποίος σύμφωνα με την ψυχοδυναμική ερμηνεία προωθείται ασυνείδητα από την μητέρα. Έτσι, η μητέρα μπαίνει στη θέση της κόρης, επιδιώκοντας να κερδίσει την προσοχή που δεν είχε στην παιδική της ηλικία και να αποκτήσει με την κόρη της τη σχέση που ήθελε να έχει με τη δική της απορριπτική μητέρα (Λάγγαρη, 2004).. Η ανάληψη σεξουαλικού ρόλου είναι το τελευταίο στάδιο αυτής της διαδικασίας, και θεωρείται τραυματική και καταστρεπτική για την κόρη, αφού αναγκάζεται να αναλάβει υποχρεώσεις ακατάλληλες για την ηλικία της, οι οποίες παραβιάζουν τη φυσιολογική σειρά των σταδίων ανάπτυξης και ωρίμανσής της (Λάγγαρη, 2004).

Συννεοχή μητέρας

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα στοιχεία, θα μπορούσε κανείς να θεωρήσει την μητέρα ως ηθικό αυτουργό στη πράξη της αιμομιξίας. Για να μπορέσουμε όμως, να επιρρίψουμε στη μητέρα αυτή την κατηγορία πρέπει να αναλυθούν κάποιοι άλλοι παράμετροι (Wattenberg,

1985). Συνήθως η μητέρα δυσκολεύεται να πιστέψει τι έχει συμβεί, προτιμά να αποκλείσει το γεγονός ή να δείξει άρνηση στις σκέψεις αυτές. Αποφεύγει να καταγγείλει τον σύζυγο για σεξουαλική κακοποίηση ή ακόμα αποφεύγει και να ρωτήσει το παιδί αν όντως συμβαίνει κάτι τέτοιο.

Οι μητέρες-σύζυγοι στα πλαίσια μιας αιμομικτικής οικογένειας πολύ συχνά περιγράφονται απύσυχες συναισθηματικά. Η κύρια αιτία του γεγονότος αυτού στην πλειονότητα των περιπτώσεων φαίνεται να πηγάζει από τον εθισμό των γυναικών στο αλκοόλ, κάτι που επιβεβαιώνεται από έρευνες (76% των μητέρων κάνουν χρήση αλκοόλ) (Laviola, 1992). Επιπρόσθετα, η απόμακρη συμπεριφορά της μητέρας σχετίζεται και με εμπειρίες της παιδικής της ηλικίας και συγκεκριμένα με τις σχέσεις της με την δική της μητέρα, οι οποίες στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι ελλιπείς. Παράλληλα, έρευνες αποδεικνύουν ότι μεγάλο ποσοστό μητέρων που αποτελούν μέλη αιμομικτικών οικογενειών, υπέστησαν βιασμό από τους βιολογικούς πατέρες τους κατά την παιδική τους ηλικία (Λάγγαρη, 2004).

Σε γενικές γραμμές, γίνεται φανερό ότι η μητέρα συνειδητά ή ασυνείδητα εμπλέκεται στην αιμομικτική σχέση πατέρα-κόρης, μια στάση η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αμφιθυμική. Ο χαρακτηρισμός αυτός σχετίζεται με το γεγονός ότι συνήθως η μητέρα φαίνεται να συνειδητοποιεί από τη μια την τραγικότητα της σχέσης πατέρα- κόρης, ενώ από την άλλη δεν στηρίζει την καταγγελία της κόρης όταν εκείνη παίρνει την απόφαση να αποκαλύψει το γεγονός (Bell, 2003). Η στάση της αυτή ακολουθείται ιδιαίτερα όταν το γεγονός αποκαλύπτεται ενώπιον όλων των συγγενών.

Η συνενοχή της συντρόφου μπορεί να έχει προσβάσεις σε ασυνείδητους μηχανισμούς, καθώς και σε διεστραμμένες προθέσεις. Σε κάθε περίπτωση, όμως, η μητέρα αποτελεί τραγική φιγούρα στη σχέση πατέρα-κόρης και η ανάπτυξη της (γνωστική- ψυχολογική) διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην καλλιέργεια και στην διατήρηση της αιμομικτικής σχέσης.

Προφίλ κόρης

3.5 Χαρακτηριστικά θύματος

Όπως ακριβώς στην περίπτωση της μητέρας, έτσι και στην περίπτωση της κόρης, τα ευρήματα που σκιαγραφούν το προφίλ της είναι αντιφατικά.

Ηλικία και Σωματική διάπλαση

Ο μέσος όρος ηλικίας έναρξης της αιμομικτικής σχέσης φαίνεται να είναι περίπου τα 9-14 έτη, με την πλειοψηφία των περιπτώσεων να προσεγγίζει τα 12-14 έτη. Φυσικά, υπάρχουν

μεγάλες αποκλίσεις από τον μέσο όρο, σύμφωνα με βιβλιογραφικά δεδομένα (όπως αναφέρεται στην Αρτινοπούλου, 2000). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ο πατέρας επιλέγει να συνάψει ερωτική σχέση με την πρωτότοκη κόρη, ενώ δεν αποκλείεται να έχει συνάψει ή να πρόκειται να συνάψει ερωτικές σχέσεις και με τις άλλες κόρες της οικογένειας.

Σημαντικό εύρημα, αποτελεί η σωματική διάπλαση της κόρης ως παράγοντα για την έναρξη της αιμομικτικής σχέσης (Russell, 1986). Η ηλικία των 12-14 είναι καθοριστική καθώς, είναι το στάδιο κατά το οποίο η κόρη βρίσκεται στην εφηβεία, ψηλώνει, οι μηροί "δένουν", το κορμί στρογγυλεύει, αποκτά καμπύλες. Επομένως, αποτελεί ένα ελκυστικό «θύμα», στα μάτια του πατέρα.

Μορφωτικό επίπεδο

Έρευνες αποκαλύπτουν ότι, οι μισές κατά μέσο όρο κόρες φοιτούν κανονικά στο σχολείο, σημειώνοντας μειωμένη απόδοση στα μαθήματα χωρίς, όμως, να υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτό σχετίζεται με την αιμομικτική σχέση ή με μαθησιακές μειονεξίες, ενώ οι άλλες μισές φαίνεται να εργάζονται σε χειρονακτικές εργασίες (Κατωπόδη, 2005). Από την άλλη υπάρχουν και έρευνες που δεν σημειώνουν καμία διαφοροποίηση όσον αφορά το νοητικό επίπεδο, ανάμεσα στις κόρες θύματα αιμομιξίας και τον γενικό πληθυσμό (Schachter & Cotte, 1960).

3.6 Ο ρόλος της κόρης στη διαδικασία θυματοποίησης

Υπάρχουν αναφορές που μελετούν το ρόλο που διαδραματίζει η ίδια η κόρη στη διαδικασία θυματοποίησης της, με αναφορές σε δυο είδη στάσεων: 1) την παθητική, ενδοτική και υποχωρητική στάση και 2) την αντιδραστική, με διαμαρτυρίες στάση. Ο Szabo (1982) συσχέτισε τις δυο παραπάνω κατηγορίες στάσεων που μπορεί να ακολουθήσει η κόρη με την ηλικία της.

Γίνεται λοιπόν, φανερό ότι συνήθως σε μεγαλύτερες ηλικίες οι κόρες αντιστέκονται στον πατέρα –αιμομίκτη, ενώ σε μικρότερες ηλικίες διατηρούν μια πιο παθητική στάση, η οποία επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την χρήση βίας από τον πατέρα, που σε πολλές περιπτώσεις συνοδεύει τις αιμομικτικές συνενυρέσεις (Νασιάκου, 2004). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι, σύμφωνα με ομολογίες δραστών, των 50% των θυμάτων τους ενθάρρυνε να αναπτύξουν σεξουαλική σχέση μαζί τους κατά την δική τους άποψη (Gebhard, Gagnon, Pomeroy, & Christenson, 1965). Το παραπάνω εύρημα αποτελεί πόρισμα από μαρτυρίες των πατέρων και από ψυχολογικές δοκιμασίες που χορηγήθηκαν στις κόρες-θύματα.

Επομένως, μετά την αποκάλυψη της αιμομικτικής σχέσης, οι κόρες αυτό-χαρακτηρίζονται «προκλητικές» προς τον πατέρα-αιμομίκτη, ενώ κάτι τέτοιο δεν συνέβη στην πραγματικότητα σύμφωνα με τους κλινικούς (Yates, 1982). Μια τέτοια συμπεριφορά δικαιολογείται πιθανότατα λόγω αισθημάτων ενοχής, τα οποία σχετίζονται με το ότι και οι ίδιες επέτρεψαν να συμβεί. Σε μερικές περιπτώσεις, (de Young, 1982. Herman, 1981) τα θύματα πιστεύουν ότι προβάλλουν το σώμα τους με τέτοιο τρόπο, που προκαλούν τον πατέρα-δράστη, καταργώντας τα όρια και επιτρέποντας του να τις προσεγγίσει ερωτικά. Σαφέστατα, έρευνες αποκαλύπτουν ότι οι απόψεις αυτές καλλιιεργήθηκαν στο θύμα, από τον ίδιο το δράστη σε μια προσπάθεια του να μεταβιβάσει το μερίδιο των ευθυνών των πράξεων του (Βίλλη, Γαλάνη & Μπογιατζόγλου, 2015).

3.7 Συμπτώματα των θυμάτων αιμομιξίας

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι τα πιο συνήθη συμπτώματα των θυμάτων αιμομιξίας, σχετίζονται με διαταραχές ύπνου, που περιλαμβάνουν εφιάλτες, παράλυση, αφυπνίσεις το βράδυ, έντονη αγωνία, και συχνά αισθήματα κόπωσης (Βίλλη et al, 2015).

Στον κατάλογο των συμπτωμάτων της σεξουαλικής κακοποίησης προστίθενται σύμφωνα με τους Gilgun & Sharma (2008) οι σωματικοί τραυματισμοί, σοβαροί και μη, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο, τα γενικότερα προβλήματα μάθησης πριν τα 4, η υπερκινητικότητα, τα συναισθηματικά ξεσπάσματα, καθώς επίσης και η παλινδρόμηση σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια, π.χ. την ενούρηση κατά τον ύπνο, σύγχυση της ταυτότητας φύλου, και σύγχυση της σεξουαλικής ταυτότητας.

Καταλήγοντας, το παιδί προδίδεται από το ίδιο το πρόσωπο από το οποίο αναμένει προστασία, ασφάλεια και παρηγοριά. Αυτό έχει ως συνέπεια τη ρήξη της εμπιστοσύνης αλλά και της αυτοεκτίμησής του. Η δυσφορία είναι το σύμπτωμα από το οποίο με δυσκολία θα απαλλαγεί και δύναται να το οδηγήσει στην εξάρτηση από ουσίες, στην ομοφυλοφιλία ακόμη και στην ψύχωση (Ney, 2013). Ο κατάλογος των συνεπειών του τραυματικού αυτού γεγονότος δεν έχει τέλος, επηρεάζοντας κάθε πτυχή της ανάπτυξης (συναισθηματική, κοινωνική, ψυχική) του θύματος κατά τη διάρκεια όλης της πορείας της ζωής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΙΜΟΜΙΚΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

4.1 Συνέπειες της αιμομικτικής σχέσης στην ανάπτυξη της κόρης

Η πολλαπλή αιτιολογία της σεξουαλικής κακοποίησης, σχετίζεται, με τη σχέση του παιδιού με το δράστη, τη σύμπραξη της μητέρας και την ανάπτυξη (γνωστική, συναισθηματική) της κόρης. Αναλυτικότερα, η σεξουαλική κακοποίηση είναι συνδεδεμένη με τη φύση της σεξουαλικής εμπλοκής, τις περιστάσεις κάτω από τις οποίες έγινε η παραβίαση, τη μορφή της κακοποίησης, τη χρήση βίας, την αντίσταση που προέβαλε το παιδί, το βαθμό υποχωρητικότητάς του, την παρουσία τραυματισμού, τη χρήση εκφοβισμού από τον δράστη, την ηλικία και την αναπτυξιακή φάση του παιδιού, και τη συναισθηματική φύση της βίαιης σχέσης (Κατωπόδη, 2005).

Η σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παραπάνω παράγοντες, επηρεάζει πολλές πτυχές της ανάπτυξης της κόρης, έχοντας τόσο βραχυπρόθεσμες, όσο και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Σαφέστατα, οι πιο επικίνδυνες είναι οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, οι οποίες διατηρούνται για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, προκαλώντας προβλήματα στα θύματα, που στην πλειονότητα των περιπτώσεων τα ακολουθούν ακόμα και στην ενήλικη ζωή.

Φυσικά, δεν μπορούμε να κατηγοριοποιήσουμε με απόλυτη ακρίβεια τις δραματικές συνέπειες του τραυματικού αυτού γεγονότος, όμως έρευνες έχουν δείξει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών-θυμάτων υποφέρουν από κατάθλιψη σε ποσοστό που αγγίζει το 100%, οδηγούνται σε κατάχρηση ουσιών περίπου οι μισές (50%), αντιμετωπίζουν κατά 80% διατροφικές διαταραχές, με πιο συχνές την παχυσαρκία και την νευρική ανορεξία (Huang, 2004). Οι περισσότερες από τις γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση φαίνεται να θυμούνται το γεγονός (79%), ενώ ένα άλλο ποσοστό περνάει σε διαδικασία απόθνησης.

Επιπρόσθετα, σε πολλές περιπτώσεις αιμομιξίας παρατηρείται αυτιστική συμπεριφορά (σε ποσοστό 87%, τα θύματα κλείνονται στον εαυτό τους, δεν επικοινωνούν εύκολα με τους άλλους, δεν τα πάνε καλά στις διαπροσωπικές σχέσεις), τα θύματα εκφράζουν φόβο προς τους γιατρούς και κυρίως τους οδοντιάτρους, καθώς μπαίνουν σε μια διαδικασία αναβίωσης αναμνήσεων και τέλος βυθίζονται σε σκέψεις που παρεμβαίνουν και διαταράσσουν τη συμπεριφορά τους (McElroy, Shevlin, Elklit, Hyland, Murphy & Murphy, 2016).

Σύμφωνα με τους Browne & Finkelhor (1985), αναπόσπαστο κομμάτι της σεξουαλικής κακοποίησης από τον πατέρα αποτελεί ο στιγματισμός της πράξης αυτής από την κοινωνία,

για την οικογένεια στο σύνολο της. Τα θύματα συχνά νιώθουν προδομένα και αβοήθητα μπροστά στο τραυματικό αυτό γεγονός, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα να το απωθούν στο ασυνείδητο, είτε απλά να αποφεύγουν να μιλήσουν για αυτό. Παρακάτω, θα γίνει μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των συνεπειών της σεξουαλικής κακοποίησης, στις επιμέρους διαστάσεις της προσωπικότητας της κόρη-θύματος.

4.2 Συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο

Όπως έχει γίνει ήδη φανερό, ο ρόλος της μητέρας φαίνεται να είναι ιδιαίτερος στα πλαίσια μιας αιμομικτικής οικογένειας. Μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι η αιμομιξία καλλιεργείται πολλές φορές μετά από το θάνατο της μητέρας, όταν οι κόρες, κατά μια έννοια, αναλαμβάνουν να ικανοποιήσουν την ανάγκη του πατέρα για στοργή (Bandelow, Krause, Wedekind, Broocks, Hajak, & Rüther, 2005). Κατ' επέκταση, μια από τις πιο σοβαρές συνέπειες της αιμομιξίας πατέρα-κόρης, είναι αυτή της προδοσίας και της έλλειψης προστασίας που αισθάνεται το παιδί, και από τους δυο γονείς, καθώς και η μητέρα εμπλέκεται έστω και παθητικά (λόγω θανάτου ή αδυναμίας να αντιδράσει) στη σχέση αυτή. Σε περίπτωση που η μητέρα δεν έχει πεθάνει, τα θύματα αιμομιξίας φαίνεται να είναι απόμακρα και από τους δύο γονείς ή μακριά από τον πατέρα και κοντά στη μητέρα (Huizenga, 2000).

Η αιμομιξία είναι ένα είδος «χρόνιου τραυματικού στρες», το οποίο θέτει σε κίνδυνο την ψυχική υγεία των θυμάτων. Η χρονική διάρκεια της κακοποίησης, ο τύπος της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων των δυναμικών και των αμυνών της, η εξάρτηση του παιδιού από την οικογένεια, η αφοσίωση αλλά και ο εγκλωβισμός του μέσα σε αυτήν, καθιστούν αναγκαία τη χρήση ισχυρών αμυνών από το παιδί ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει σε αυτού του είδους τις καταστάσεις (Van der Kolk, 2003). Η άρνηση και η απώθηση επιτρέπουν στο θύμα να ελαχιστοποιήσει, ή ακόμα και να εξαφανίσει (έστω πρόσκαιρα) την ανάμνηση της κακοποίησης. Αυτοί οι αμυντικοί μηχανισμοί συχνά συνεχίζουν να «δρουν» και στην ενήλικη ζωή του θύματος, οδηγώντας το σε φάση συναισθηματικής αναστολής.

Μία από τις πιο κοινές τακτικές, που χρησιμοποιούν τα παιδιά-θύματα είναι η «νέκρωση του συναισθήματος», η οποία σχετίζεται με την προσπάθεια εξάλειψης του πόνου που αισθάνονται. Τα παιδιά-θύματα αιμομιξίας συχνά υποφέρουν από το γνωστό ως «περίπλοκο τραύμα»², εξαιτίας της αναπτυξιακής τους ανωριμότητας, της επαναλαμβανόμενης αιμομικτικής πρακτικής και της συνεχούς πίεσης που δέχονται για ανοχή και παθητικότητα στην αιμομικτική κατάσταση (Pearlma & Courtois, 2005).

² Αποτελεί μετάφραση του όρου “complex trauma”.

Ακόμη μία από τις άμυνες που το παιδί-θύμα αιμομιξίας επιστρατεύεται για να αποφύγει τη διάλυση του εαυτού του είναι, σε κάποιες περιπτώσεις, η αμνησία. Αυτή η κατάσταση μπορεί να προκληθεί από ένα τραυματικό γεγονός, όπως τη σεξουαλική επίθεση, η οποία επιφέρει ενδοκρινολογικές και νευρολογικές αλλαγές στο σώμα, με αποτέλεσμα μερική ή ολική αμνησία σχετικά με το γεγονός (Kluft, 2011). Οποιαδήποτε άμεση ή λανθάνουσα μνήμη που αφορά το τραυματικό γεγονός απωθείται.

Επιπρόσθετα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η κατάθλιψη και οι τάσεις αυτοκαταστροφής (απόπειρες αυτοκτονίας) είναι οι κυριότερες μακροχρόνιες επιδράσεις της ενδοοικογενειακής σεξουαλικής κακοποίησης (Halligan, 2009). Μελέτες σε πρώην θύματα αναφέρονται σε δυσκολία ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, συναισθηματικής φύσεως δυσκολίες, προβληματική επικοινωνία με τα ίδια τους τα παιδιά, δυσκολία εμπιστοσύνης στους άλλους (Mrazek & Bentovim, 1981).

Επομένως, οι συνέπειες της κακοποίησης δεν περιορίζονται στη παιδική ηλικία. Τα μικρά κορίτσια μεγαλώνουν και γίνονται γυναίκες, οι οποίες συχνά αισθάνονται δυστυχισμένες, κλαίνε σε κρυφά μέρη, καταναλώνουν ποσότητες αλκοόλ ή ναρκωτικές ουσίες, προκειμένου να ναρκώνουν τη μνήμη της σεξουαλικής κακοποίησής τους και να δραπετεύουν από την πραγματικότητα επειδή δεν μπορούν να την αντέξουν. Επιπρόσθετα, συνήθως είναι αμέτοχες σε συζητήσεις, δυσκολεύονται να κοιμηθούν, συχνά βλέπουν εφιάλτες, βρίσκονται σε υπερδιέγερση, αντιδρούν υπερβολικά, νιώθουν έλλειψη ασφάλειας και ντρέπονται για τις πληγές που δέχτηκαν, για την οικογένειά τους, για το πατέρα- δράστη και πάνω απ' όλα, για τη ύπαρξή τους (Kluft, 2011).

Επιπρόσθετα, χαρακτηρίζονται από απώλεια εμπιστοσύνης, καθώς η σεξουαλική κακοποίηση κλόνησε φοβερά την εμπιστοσύνη του θύματος προς τον εαυτόν του και προς το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, αυτό συνεπάγεται μεγάλη δυσπιστία προς στο περιβάλλον τους (κοινωνικό, οικογενειακό, διαπροσωπικό), και εξαιτίας του φόβου που συνεπάγεται αυτής της έλλειψης εμπιστοσύνης στον εαυτό, οδηγούνται σε απομόνωση ή σε απαγόρευση λόγου (Pearlma & Courtois, 2005). Επομένως χάνουν την εμπιστοσύνη στη δική τους δύναμη, καθώς θεωρούν τους εαυτούς τους ως ανυπεράσπιστα όντα άνευ αξίας.

Μια από τις βασικότερες επιπτώσεις της κακοποίησης είναι τα αισθήματα ενοχών που κατακλύζουν τα θύματα. Στην ιδιαίτερη περίπτωση της αιμομιξίας, στην οποία η σχέση θύματος-θύτη είναι τόσο ισχυρή (βιολογικά) καλλιεργείται πριν την αιμομικτική πράξη ένα κλίμα εμπιστοσύνης, εξάρτησης και στοργής (Halligan, 2009). Έτσι, το παιδί θύμα αισθάνεται σε πολλές περιπτώσεις ότι το ίδιο έδωσε αφορμή για την σεξουαλική κακοποίηση ή αισθάνεται ενοχές μόνο και μόνο που το ίδιο συμμετείχε σ' αυτήν, αφού δεν μπόρεσε να

πει «όχι». Δεδομένου ότι παιδιά που έχουν πέσει θύματα, αγαπούν τον δράστη, ψάχνουν να βρουν δικαιολογημένες και εξορθολογιστικές εξηγήσεις για την κακοποίηση, επειδή απλά δεν μπορούν να πιστέψουν ότι αυτός τους κάνει κάτι «κακό». Οι τύψεις και οι ενοχές της παιδικής ηλικίας ακολουθούν τις γυναίκες θύματα, οι οποίες σπάνια κατηγορούν και μισούν το δράστη.

Από τον μακρύ κατάλογο των συνεπειών της αιμομικτικής πρακτικής δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τα αισθήματα αδυναμίας και φόβου. Οι κόρες-θύματα βασανίζονται από τον πατέρα, τον άνθρωπο που έπρεπε να τους παρέχει προστασία και ασφάλεια. Η σεξουαλική κακοποίηση είναι δολοφονία ψυχής, όπως αναφέρουν ως ενήλικες, που τις στερεί το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, και τις οδηγεί σε τυφλή υπακοή (Middleton, 2013). Ο φόβος γίνεται το κύριο συναίσθημα στις ζωές των πασχόντων: ο φόβος της επίθεσης, ο φόβος της δημοσίευσης του μυστηρίου, ο φόβος της διάλυσης της οικογένειας, ο φόβος των αντιδράσεων του περιβάλλοντος, ο φόβος της απώλειας της αγάπης. Η βαθιά απελπισία οδηγεί σε πολύπλοκους μηχανισμούς διαχωρισμού που προσπαθούν να αποξενώσουν το σώμα, να το προσδιορίσουν ως «λάθος». Ο εαυτός τους αποσύρεται σε ένα προστατευτικό πυρήνα, για να μην μπορεί να τον πληγώσει η κακοποίηση, με αποτέλεσμα να κλείνονται σε αυτόν, και παράλληλα να μένουν εξίσου μακριά και από φιλικές επαφές με άλλους ανθρώπους (Martínez-Taboas, Dorahy, Sar, Middleton & Krüger, 2013).

Ένα άλλο είδος διαταραχής που συχνά παρατηρείται σε θύματα αιμομιξίας είναι η διασπαστική διαταραχή (Pipe, Lamb, Orbach, Cederborg, 2013). Η απώλεια μνήμης, όσον αφορά συναισθήματα και γεγονότα, καθώς και η απώλεια αίσθησης της ταυτότητας κάποιου, είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της διασπαστικής αυτής διαταραχής, η οποία στην ουσία της, είναι ένας μηχανισμός άμυνας του ατόμου, όπου διαχωρίζει τον εαυτό του από μία οδυνηρή ή τραυματική κατάσταση, όπως είναι η αιμομιξία, σε τέτοιο απόλυτο βαθμό, που πλέον το γεγονός που προκαλεί το τραύμα, παύει να συνδέεται με τις συνειδητές διεργασίες του εγκεφάλου του, αλλά και της καθημερινότητάς του (Pipe et al, 2013). Πρωταρχικό ρόλο σε αυτή την ασυνείδητη διεργασία, αποδράσεως από την πραγματικότητα, διαδραματίζουν οι «προσωπικότητες» που δημιουργούνται από το άτομο, οι οποίες λειτουργούν σαν «αντικαταστάτες» της κύριας προσωπικότητας, κάθε φορά που το άτομο αυτό, έρχεται αντιμέτωπο με το τραυματικό γεγονός ή με κάποιο ερέθισμα, που υποσυνείδητα ωθεί την αλλαγή ταυτότητας (Martínez-Taboas et al, 2013). Οι προσωπικότητες αυτές δημιουργούνται για να καλύψουν κενά ή αδυναμίες της κύριας προσωπικότητας.

Τέλος, έχει παρατηρηθεί μία «μαζοχιστική αναζήτηση τιμωρίας», η οποία εκδηλώνεται μέσα από μία καταναγκαστική επανάληψη κακοποιητικών σχέσεων, που τελικά οδηγούν

στην επανάληψη της θυματοποίησης (Middleton, 2013). Αυτή η μαζοχιστική συμπεριφορά έχει να κάνει με τον χαμηλό αυτοσεβασμό και τη μειωμένη ικανότητα αυτοπροστασίας που χαρακτηρίζει τα άτομα αυτά. Πολλές γυναίκες που έχουν πέσει θύματα βιασμού επανειλημμένα, υπήρξαν θύματα αιμομιξίας στην παιδική τους ηλικία. Ακόμα, πολλά πρώην θύματα αιμομιξίας ανέχονται τη βία (σωματική και σεξουαλική) και στην ενήλικη ζωή τους από τους συζύγους τους (Kendall-Tackett, Williams & Finkehlor το 1993).

Από τα παραπάνω, γίνεται κατανοητό ότι η εμπειρία της αιμομιξίας καλλιεργεί γυναίκες με αδύναμες προσωπικότητες, με έλλειψη αυτοπεποίθησης και δυσκολίες τόσο σε σεξουαλικό επίπεδο, όσο και στις διαπροσωπικές σχέσεις.

4.3 Σεξουαλικότητα

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα θύματα αιμομιξίας είχαν πιο προβληματική συμπεριφορά στην σεξουαλική ικανοποίηση, και τη σεξουαλική οικειότητα με κάποιο σύντροφο, σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Westerlund, 1992). Τα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης σε σχέση με την ομάδα έλεγχου απατούσαν τους συζύγους ή τους συντρόφους τους συχνότερα από την ομάδα ελέγχου, στους οποίους στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν είχαν αποκαλύψει το γεγονός της κακοποίησης τους. Επιπρόσθετα, οι ομάδες θυμάτων μετά την συμπλήρωση του 18 έτους της ηλικίας τους είχαν αυξημένη πιθανότητα να έχουν σεξουαλική επαφή με ένα μεγαλύτερο αριθμό ενήλικων αρσενικών συντρόφων, με περιορισμένα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Herman, 1981. Meiselman, 1990. Russell, 1986).

Έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι η αιμομιξία μπορεί να επηρεάσει το σεξουαλικό προσανατολισμό του θύματος και τη σεξουαλική του ταυτότητα γενικότερα, λόγω έλλειψης οικειότητας, σεξουαλικής ανταπόκρισης, και σεξουαλικής ικανοποίησης (Herman, 1981. Meiselman, 1990. Westerlund, 1992). Συχνά οδηγεί σε ασυδοσία, πορνεία, ή αποχή από σεξουαλικές επαφές και προβλήματα στην παροχή κατάλληλης φροντίδας προς τα παιδιά του θύματος, συμπεριλαμβανομένων του θηλασμού (Herman, 1981. Meiselman, 1990).

4.4 Διαπροσωπικές σχέσεις

Έχει παρατηρηθεί πως τα παιδιά-θύματα αιμομιξίας απομονώνονται συναισθηματικά αλλά και κοινωνικά, λόγω του συναισθήματος ντροπής που βιώνουν, το οποίο σχετίζεται με τη διοχέτευση των σεξουαλικών ορμών των γονέων σε αυτά (Easton, Coohy, O'leary, Zhang & Hua, 2011).

Υπάρχουν υποθέσεις σχετικά με μακροπρόθεσμα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα οποία μπορεί συνδέονται με την σεξουαλική κακοποίηση που έχει υποστεί η κόρη από τον πατέρα (DiLillo, 2001). Τα θύματα, δυσκολεύονται να αναλάβουν κοινωνικούς ρόλους και σε γενικές γραμμές, υπάρχουν συγκλίνουσες ενδείξεις (Westerlund, 1992) για κακή ποιότητα στενών σχέσεων, προβλήματα αλληλεπίδρασης με τους άνδρες, ανασφαλείς δεσμούς σε ενήλικες σχέσεις, και γενικότερα οικογενειακή αναστάτωση (Π.χ., διαζύγιο, εξωσυζυγικές σχέσεις)(Crowe & Dare, 1998).

4.5 Σωματική υγεία

Όσον αφορά τις σωματικές επιπτώσεις της αιμομιξίας, τα ευρήματα είναι πολύ περιορισμένα, καθώς στην πλειονότητα των περιπτώσεων η οξεία φάση της κακοποίησης απέχει πολύ από την αποκάλυψη (Lev-Wiesel, 2006). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα όποια σωματικά συμπτώματα, που θα μπορούσαν να εντοπιστούν στο θύμα να εξαλείφονται.

Πάραυτα, οι σωματικές επιπτώσεις είναι εξίσου σημαντικές, καθώς σωματοποιούν το πόνο της κακοποίησης. Από τις πιο επιβλαβείς επιπτώσεις που συχνά απαντάται είναι η εγκυμοσύνη στην εφηβεία, αν και στην εποχή μας το φαινόμενο της εγκυμοσύνης είναι εξαιρετικά σπάνιο στις περιπτώσεις αιμομιξίας, λόγω των μέτρων αντισύλληψης που λαμβάνουν οι δράστες. Από την άλλη, δεν είναι σπάνιες οι μολύνσεις που μεταδίδονται με τη σωματική επαφή ή με άλλες πράξεις σεξουαλικού περιεχομένου.

Επιπλέον, είναι πιθανό να παρατηρηθούν δυσλειτουργίες σε ζωτικά όργανα, όπως π.χ. λειτουργικές διαταραχές στο γαστρεντερικό σύστημα, τραυματισμοί στην περιοχή των γεννητικών οργάνων και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Okami, Weisner & Olmstead, 2002). Τέλος, ψυχοσωματικές δυσλειτουργίες είναι ακόμα πιο πιθανό να εμφανιστούν μετά τη σεξουαλική κακοποίηση ή την ασέλγεια προς τη κόρη-θύμα όπως: κοιλιακά άλγη, πονοκέφαλοι, ουρολοιμώξεις, παχυσαρκία κ.α.

4.6 Αυτοκαταστροφικές τάσεις

Τα κορίτσια θύματα αιμομιξίας οδηγούνται σε μια πληθώρα αυτοκαταστροφικών τάσεων, όπως αυτο-ακρωτηριασμούς, απόπειρες αυτοκτονίας ή ακόμα και εργασιομανία. Έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι τα κορίτσια τιμωρούν τους εαυτούς τους, σβήνοντας αναμμένα τσιγάρα πάνω στο δέρμα τους ή χαράζοντας το σώμα τους (Middleton, 2013).

Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, οι αυτοκαταστροφικές τάσεις έχουν ένα σκοπό. Για παράδειγμα, ο αυτό-τραυματισμός στόχο έχει να κάνει τα παιδιά θύματα να αισθανθούν τον πόνο, να δουν το αίμα, προκειμένου να νιώσουν ότι εξακολουθούν να υπάρχουν, ότι είναι ακόμα ζωντανά. Από την άλλη, η αυτοκτονία φαντάζει για πολλά θύματα ως τη μόνη

αποτελεσματική προστασία ενάντια στις καταπατήσεις του δράστη. Φαίνεται να είναι ο μοναδικός τρόπος για να θέσουν τέλος στα αισθήματα μίσους για τον εαυτό, την ντροπή και την απελπισία.

Τέλος, πολλά θύματα αντιδρούν με μια ακραία προσπάθεια για επιδόσεις, προκειμένου να ενισχύσουν την εξασθενημένη αυτοεκτίμηση τους και να διευκολύνουν την έγκαιρη οικονομική ανεξαρτησία από το πατρικό σπίτι.

4.7 Μελέτες περίπτωσης

Η αναφορά σε μελέτες περίπτωσης στοχεύει στην εμπειρική προσέγγιση του φαινομένου, στα πλαίσια μιας προσπάθειας να γίνουν κατανοητές οι πολλαπλές επιπτώσεις της αιμομικτικής πρακτικής και ο ξεχωριστός ρόλος της μητέρας.

Η Μπέτη άρχισε να κακοποιείται σεξουαλικά από τον πατέρα της από την ηλικία των 2 έως ότου την ηλικία των 35, όταν είχε επιτέλους το θάρρος να τον αντιμετωπίσει. Η ίδια είχε αποκαλύψει την κακοποίηση στη μητέρα της όταν ήταν 10 χρονών, αλλά η μητέρα της είχε αρνηθεί την ύπαρξη της και δεν έκανε τίποτα για να παρέμβει.

Η Jennifer υπέστη σωματική και σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα της από την παιδική ηλικία των 10 ετών, έως ότου έφυγε από το σπίτι στην ηλικία των 22. Την ανάγκαζε να κάνει στοματικό έρωτα και, από την ηλικία των 11 ετών, αναγκάστηκε να έρθει σε συνουσία μαζί του. Από την καταναγκαστική σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα προκλήθηκαν σοβαροί τραυματισμοί, σωματικοί και ψυχολογικοί.

Η Μαρία αποτελεί μια περίπτωση αιμομιξίας, που διήρκησε πολλά χρόνια. Η ίδια δεν γνώριζε τι ήταν αυτό που την βασάνιζε τόσα χρόνια, μέχρι που άρχισε θεραπεία πριν από 2 χρόνια (σε ηλικία 43 ετών). Ο πατέρας της, της είχε πει ότι «όλες οι γυναίκες το θέλουν», επομένως η συνουσία μαζί του δεν ήταν κάτι κακό. Η ίδια ήταν συχνά καταθλιπτική είχε αυτοκτονικές τάσεις και ήταν παχύσαρκη, ως αποτέλεσμα του τραύματος αυτού και δήλωνε: «Φοβάμαι τους άνδρες, και ποτέ δεν είχα μια σχέση με έναν άνδρα. Δεν εμπιστεύομαι τους ανθρώπους γενικότερα. Μισώ τις ομάδες. Μισώ τον εαυτό μου. Είμαι σχεδόν αντικοινωνική».

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι οι συνέπειες της αιμομιξίας και της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης εν γένει επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα της ανάπτυξης που σχετίζεται με τη γνωστική, συναισθηματική, συμπεριφορική και σωματική λειτουργία των θυμάτων. Όπως επισημάνθηκε, οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι τόσο βραχυπρόθεσμες και να είναι άμεσα ορατές, αλλά μπορεί να είναι και μακροπρόθεσμες και να διατηρούνται στο χρόνο, προκαλώντας προβλήματα στη γενικότερη λειτουργικότητα των θυμάτων ακόμα

και στην ενήλικη ζωή. Από τα παραπάνω καθίσταται επιτακτικός ο σχεδιασμός θεραπευτικών παρεμβάσεων προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι σοβαρές επιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης και να μετριασθεί κυρίως ο ψυχολογικός τραυματισμός των θυμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

5.1 Τι είναι το τραύμα;

Σύμφωνα με τον Levine (1997): «Αντίθετα με την κοινή πεποίθηση, το τραύμα μπορεί να θεραπευτεί. Όχι μόνο μπορεί να θεραπευτεί αλλά, σε πολλές περιπτώσεις μπορεί, χωρίς πολλές ώρες θεραπείας, δίχως την οδυνηρή αναβίωση των αναμνήσεων και χωρίς τη συνεχή εξάρτηση της φαρμακευτικής αγωγής. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν είναι ούτε αναγκαίο, ούτε δυνατό να αλλάξουμε τα γεγονότα του παρελθόντος. Το παρελθόν δεν έχει σημασία όταν μαθαίνουμε να ζούμε στο παρόν, κάθε στιγμή γίνεται καινούρια και δημιουργική. Πρέπει να θεραπεύσουμε τα τωρινά μας συμπτώματα και να εξελισσόμαστε».

Γενικότερα, η τραυματική εμπειρία της αιμομιξίας είναι ένα μοναδικό γεγονός για κάθε άτομο και επομένως, η προσέγγιση που απαιτείται κάθε φορά διαφοροποιείται προκειμένου να είναι αποτελεσματική. Σε αρκετές περιπτώσεις, παράλληλα με μια θεραπευτική προσέγγιση θεωρητικού περιεχομένου χορηγούνται και φάρμακα. Σύμφωνα με τους Rief και Doering (2012), η φαρμακοθεραπεία, και ιδιαίτερα η χρήση αντικαταθλιπτικών, μπορεί να αποδειχθεί επαρκής σε αρκετές καταστάσεις. Ο ρόλος των φαρμάκων είναι να επαναφέρουν το βιολογικό κομμάτι του τραύματος, ενώ από την άλλη, η ψυχοθεραπεία στοχεύει στο να κάνει το άτομο πιο ισχυρό και δυναμικό απέναντι στα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε υποτροπή το θύμα (Rief, 2004, αναφ. στο Καραδήμας, 2005). Στη παρούσα εργασία δεν θα γίνει αναφορά στη φαρμακευτική αγωγή, αλλά θα δοθεί έμφαση στο ψυχολογικό κομμάτι της θεραπείας.

5.2 Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Το θεραπευτικό μοντέλο που πλαισιώνει κάθε φορά την αιμομικτική σχέση είναι εξαιρετικά σημαντικό. Η εργασία αυτή επιχειρεί να προσεγγίσει όσο το δυνατόν περισσότερες μορφές παρέμβασης, τόσο άμεσες όσο και σε μεταγενέστερο χρόνο. Αρχικά, θα γίνει μια αναφορά σε τρία θεραπευτικά προγράμματα που χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι οι εξής: το Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης, το οποίο εστιάζει σε παρεμβάσεις στη σχέση γονέα-παιδιού, καθώς και σε όλη την οικογένεια και χρησιμοποιείται ευρέως στις περιπτώσεις αιμομιξίας. Επιπρόσθετα, άλλα προγράμματα παρέμβασης είναι αυτά της Γνωστικο-συμπεριφορικής Θεραπείας, που εστιάζει στο Τραύμα και της θεραπείας μέσω του Δυναμικού Παιχνιδιού, για παιδιά που αντιμετωπίζουν σεξουαλικά προβλήματα. Οι

δυο τελευταίες παρεμβάσεις, δίνουν κυρίως έμφαση στο σεξουαλικά κακοποιημένο παιδί, αλλά προσφέρουν και αυτές με τη σειρά τους υπηρεσίες σε άλλα εμπλεκόμενα πρόσωπα, όπως στο γονιό ή το δράστη. Οι παραπάνω προσεγγίσεις περιλαμβάνουν στοιχεία συστημικής θεραπείας, καθώς εστιάζουν στο σύστημα της οικογένειας, στις σχέσεις μεταξύ των μελών της, στον τρόπο που αλληλεπιδρούν τα μέλη, καθώς επίσης και στις μεταξύ τους συγκρούσεις. Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά στη ψυχοθεραπεία, στην θεραπεία Gestalt, στη θεραπευτική ύπνωση, και στη μέθοδο EMDR.

5.2.1 Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης

Το Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης έχει αξιόλογη δομή και στελεχώνεται από επιστημονικό προσωπικό, εθελοντές και ομάδες αυτοβοήθειας, που προσφέρουν στήριξη τόσο στα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά όσο και στις οικογένειές τους (Giarretto, 1982). Οι ομάδες αυτές συνεργάζονται προκειμένου να καλλιεργήσουν τις κατάλληλες δεξιότητες που θα βοηθήσουν ψυχολογικά και θα κάνουν τα μέλη της αιμομικτικής οικογένειας κοινωνικά υπεύθυνα (Cornille, 1989). Σε γενικές γραμμές, ο θεωρητικός προσανατολισμός του προγράμματος είναι κατά βάση γνωστικό-συμπεριφορικός (Saunders, Berliner & Hanson, 2004).

Σπουδαίος φαίνεται να είναι ο ρόλος των ομάδων αυτοβοήθειας (Parents United, Daughters and Sons United), οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα σε όσους συμμετέχουν να μοιράζονται τους προβληματισμούς τους με άλλα άτομα, τα οποία είχαν παρόμοιες εμπειρίες. Μέσω αυτής της δυναμικής διαδικασίας τα άτομα αναλαμβάνουν κοινωνική δράση με σκοπό να επιλύσουν δικά τους προβλήματα (Giarretto, 1982), καθώς ανταλλάσσουν στρατηγικές και χρήσιμες συμβουλές αντιμετώπισης δυσκολιών. Για παράδειγμα, οι θεραπευτές βοηθούν την μητέρα να έρθει σε επαφή με μητέρες που έχουν έρθει αντιμέτωπες με το ίδιο περιστατικό, βοηθώντας τις να διαχειριστούν την νέα τους πραγματικότητα (Cornille, 1989).

Αναλυτικότερα, το πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνει ατομική θεραπεία για το παιδί – θύμα, την μητέρα και τον πατέρα, δυαδική θεραπεία ανάμεσα στο παιδί – θύμα και την μητέρα ή στο παιδί – θύμα και τα αδέρφια, θεραπεία ζευγαριού, ομαδική θεραπεία π.χ. για παιδιά – θύματα ή για δράστες και οικογενειακή θεραπεία στην οποία συμμετέχουν το παιδί – θύμα, η μητέρα, ο πατέρας και τα αδέρφια (αν υπάρχουν) (Forseth, 1981). Έρευνες έχουν δείξει ότι οι παραπάνω τύποι θεραπειών είναι απαραίτητοι για την ανασύσταση της οικογένειας (Giarretto, 1982).

Επιπρόσθετα, σπουδαίο ρόλο έχει και η ομαδική θεραπεία (δραστών, θυμάτων, μητέρων θυμάτων) καθώς επίσης, και η επίτευξη των στόχων που τίθενται στα πλαίσια αυτής.

Δύσκολοι στόχοι προς επίτευξη στο πλαίσιο της ομαδικής θεραπείας, είναι αυτοί της ομάδας των δραστών, οι οποίοι καλούνται να μπουν σε μια διαδικασία εξάλειψης της άρνησης, προσδιορισμού συναισθημάτων και συμπεριφορών, αύξησης του προσωπικού αισθήματος ευθύνης, απόκτησης δεξιοτήτων αυτοελέγχου, δημιουργίας υγιών διαπροσωπικών σχέσεων, αλλά και συνειδητοποίησης της αυτοκαταστροφικής επίδρασης της κακοποίησης. Για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, τα μέλη των ομάδων διδάσκονται δεξιότητες διαπροσωπικών σχέσεων μέσω της χρήσης γνωστικο-συμπεριφορικών τεχνικών. Οι συναντήσεις των ομάδων διεξάγονται μία φορά την εβδομάδα για διάστημα περίπου οκτώ εβδομάδων (Saunders et al., 2004).

Η συνολική διάρκεια του προγράμματος ποικίλει κάθε φορά ανάλογα με την περίπτωση (Giarretto, 1982) και ακολουθούνται συγκεκριμένες φάσεις από τις οποίες αποτελείται το πρόγραμμα: τη φάση της διερεύνησης, τη φάση πριν τη δίκη, τη φάση πριν την επιβολή της ποινής και τη φάση της επιτήρησης.

Στη πρώτη φάση, αυτή της διερεύνησης η ομάδα κοινωνικού ελέγχου αναλαμβάνει να ανακαλύψει εάν το εκάστοτε περιστατικό συνιστά περίπτωση παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, και αν αυτό επιβεβαιωθεί, τότε η ομάδα παρεμβαίνει. Στη συνέχεια, η θεραπευτική ομάδα του προγράμματος έρχεται σε επαφή με την οικογένεια για να βοηθήσει τους γονείς να διαχειριστούν το γεγονός, αλλά στην πλειονότητα των περιπτώσεων, ο πατέρας – δράστης δεν βρίσκεται στο σπίτι δυσκολεύοντας τη δουλειά της θεραπευτικής ομάδας.

Έπειτα, ακολουθούν οι συναντήσεις με το παιδί – θύμα, στη διάρκεια των οποίων, ο θεραπευτής προσπαθεί να το ηρεμήσει και να καθησυχάσει τους φόβους του. Στη συνέχεια, γίνονται δυαδικές θεραπευτικές συνεδρίες ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί (Giarretto, 1982). Παράλληλα, το παιδί συμμετέχει και σε ομαδική θεραπεία με άλλα παιδιά- θύματα, προκειμένου να αλληλεπιδράσει με άτομα με παρόμοιες εμπειρίες και να αναπτύξει ένα υποστηρικτικό δίκτυο (Cornille, 1989). Το πιο κρίσιμο κομμάτι αυτής της θεραπείας είναι η συνάντηση του θύτη με το θύμα. Όταν τα δυο πρόσωπα είναι έτοιμα να αντικρίσουν το ένα το άλλο (κάτι το οποίο κρίνει η θεραπευτική ομάδα) τότε, προγραμματίζονται συνεδρίες, στις οποίες σταδιακά αρχίζει να λαμβάνει μέρος και η μητέρα και τέλος, ολόκληρη η οικογένεια (Giarretto, 1982).

Κατά την φάση πριν τη δίκη η θεραπευτική ομάδα διαδραματίζει ακόμα πιο σημαντικό ρόλο, καθώς βοηθά τον πατέρα – δράστη να προσαρμοστεί σε έναν νέο τρόπο ζωής σύμφωνα με τους όρους που έχει θέσει ο δικαστής. Εάν το δικαστήριο δεν φυλακίσει τον δράστη, αλλά τον θέσει υπό επιτήρηση, τότε ο ίδιος και η σύζυγος υποβάλλονται σε ένα

πρόγραμμα θεραπείας, αφού φυσικά ο δράστης αναλάβει όλο το μερίδιο της ευθύνης για την πράξη του, και η μητέρα δηλώσει πρόθυμη να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στα παιδιά της, μένοντας στο πλευρό του θύματος που αποφασίζει να ζητήσει βοήθεια. Το δύσκολο μέρος της φάσης αυτής είναι η εξάλειψη των μηχανισμών άμυνας όπως άρνηση, προβολή και εκλογίκευση που συνήθως χρησιμοποιούν οι δράστες.

Η τελευταία φάση του προγράμματος είναι η πιο κρίσιμη, καθώς ο δικαστής αποφασίζει για το αν θα επιβληθεί στο δράστη ποινή φυλάκισης ή αν θα τεθεί υπό επιτήρηση (Giarretto, 1982). Στην περίπτωση φυλάκισης, η θεραπευτική ομάδα πάλι παρέχει βοήθεια, ώστε η οικογένεια να μην απομονωθεί. Από την άλλη, στην περίπτωση που ο δράστης τίθεται υπό επιτήρηση, το πρόγραμμα εστιάζει στη προστασία των παιδιών. Παράλληλα, παρέχει βοήθεια στο ζευγάρι, προκειμένου να δόμηση μια σταθερή συζυγική σχέση και να προσφέρει στα παιδιά ένα ασφαλές και υγιές οικογενειακό περιβάλλον (Cornille, 1989).

Σε γενικές γραμμές, βάσει ερευνητικών δεδομένων, το Πρόγραμμα Θεραπείας της Παιδικής Σεξουαλικής Κακοποίησης φαίνεται να είναι αρκετά αποτελεσματικό, καθώς οι δράστες και οι σύζυγοί τους, που το ολοκλήρωσαν με επιτυχία, ανέπτυξαν καλύτερες σχέσεις με τους φίλους τους, και εμφάνιζαν μικρότερα ποσοστά υποτροπής (Kolko, 1987). Επιπλέον, το συγκεκριμένο πρόγραμμα επιδρά θετικά στη μειωμένη σχολική επίδοση των θυμάτων, τα προστατεύει από τη χρήση ναρκωτικών και βελτιώνει σημαντικά την ψυχική τους υγεία.

Όσον αφορά τις σχέσεις των θυμάτων με τους συνομηλίκους τους και τα άλλα μέλη της οικογένειας, ακόμα και με τον δράστη, σημειώνεται σημαντική βελτίωση. Στη τελευταία φάση του προγράμματος αυτού όλα τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται λιγότερες ενοχές για τις συνθήκες που οδήγησαν στην κακοποίηση (Giarretto, 1982).

Η λειτουργικότητα του προγράμματος αυτού επιβεβαιώνεται και στην έρευνα των Bagley & La Chance το 2000. Στην έρευνα αυτή, συμμετείχαν νεαρά άτομα τα οποία ήταν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης στο πλαίσιο της οικογένειας τους, και μετά την ολοκλήρωση δυο χρόνων στο πρόγραμμα αυτό σημειώθηκε σημαντική αύξηση της αυτοεκτίμησής τους καθώς επίσης, και μείωση της κατάθλιψης. Όσον αφορά τα προβλήματα συμπεριφοράς, παρατηρήθηκε μια αξιόλογη μείωση της τάξεως του 41% (από 48% στο 7%), ενώ, η υποτροπή των δραστών μειώθηκε σε ποσοστό 13% (από 20% στο 7%).

5.2.2 Γνωστικό-συμπεριφορική Θεραπεία που εστιάζει στο Τραύμα

Η Γνωστικό-συμπεριφορική Θεραπεία αποτελεί μια βραχυπρόθεσμη μέθοδος παρέμβασης, η οποία περιορίζεται σε 12 με 18 συνεδρίες (Cohen, Deblinger, Mannarino, Wilson, Taylor, & Igelman, 2007). Στη βάση της γνωστικό-συμπεριφορικής θεραπείας

βρίσκονται οι θεωρίες μάθησης και οι γνωστικές θεωρίες. Ο κεντρικός στόχος της εντοπίζεται στον περιορισμό των αρνητικών συναισθημάτων και συμπεριφορών των μελών της οικογένειας, και η υιοθέτηση περισσότερο λειτουργικών στάσεων και απόψεων για την ίδια την πράξη της σεξουαλικής κακοποίησης (Saunders et al, 2004).

Αναλυτικότερα, η παρούσα θεραπευτική παρέμβαση συνδυάζει στοιχεία από τη γνωστική, συμπεριφορική και οικογενειακή θεραπεία (Cohen et al., 2007) και στοχεύει στην αναγνώριση των συναισθημάτων και σε αναλυτικές συζητήσεις σχετικά με το περιστατικό της σεξουαλικής κακοποίησης. Οι συζητήσεις αυτές στόχο έχουν να οδηγήσουν σε μια σταδιακή και ολοκληρωμένη εικόνα για το περιστατικό (Cohen, Mannarino & Knudsen, 2005) και προκειμένου να επιτευχθεί αυτό χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές όπως, η προφορική, γραπτή ή και συμβολική αναπαράσταση του τραυματικού γεγονότος της κακοποίησης. Ένα σημαντικό μέρος του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος είναι αυτό της γνωστικής αναπλαισίωσης. Πιο συγκεκριμένα, τα μέλη της οικογένειας και κυρίως το θύμα και ο δράστης, μπαίνουν σε μια διαδικασία αναγνώρισης των λανθασμένων αποδόσεων για τις αιτίες των γεγονότων, και προσπαθούν να τις διορθώσουν.

Σε μια δεύτερη φάση, τα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν κάποιες δεξιότητες υγιούς σεξουαλικότητας (Saunders et al., 2004). Όσον αφορά τους γονείς, διδάσκονται επιπλέον δεξιότητες προκειμένου να υιοθετήσουν τις κατάλληλες γονικές πρακτικές (Cohen et al., 2005). Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό κομμάτι της παρούσας θεραπείας είναι οι συνεδρίες στις οποίες συμμετέχει όλη η οικογένεια, με στόχο την καλλιέργεια της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη και φυσικά την παροχή ευκαιριών για συζήτηση του τραυματικού γεγονότος της σεξουαλικής κακοποίησης, πάντα υπό την καθοδήγηση της θεραπευτικής ομάδας (Saunders et al., 2004).

Το πρόγραμμα γνωστικό-συμπεριφορικής θεραπείας θεωρείται από τα πιο αποτελεσματικά στο χώρο της σεξουαλικής κακοποίησης. Οι Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer (2004) επεσήμαναν ότι, τα παιδιά-θύματα που έλαβαν μέρος στο πρόγραμμα μείωσαν σε σημαντικό βαθμό την ανησυχία τους, τα επίπεδα κατάθλιψής τους, καθώς επίσης περιόρισαν ζητήματα που σχετίζονται με προβλήματα συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, τα παιδιά-θύματα που συμμετείχαν στο συγκεκριμένο πρόγραμμα σημείωσαν μικρότερα ποσοστά ντροπής για το τραυματικό γεγονός το οποίο βίωσαν, έδειχναν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και ήταν περισσότερο κοινωνικά (Cohen et al., 2005).

Από την άλλη, η παρούσα θεραπευτική παρέμβαση, θεωρείται ακατάλληλη σε περιπτώσεις παιδιών που στο παρελθόν είχαν αυτοκτονική συμπεριφορά, ή

αυτοτραυματίζονταν (Cohen et al., 2007). Οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με το συμπεριφορικό κομμάτι της θεραπείας επομένως, σε κάθε περίπτωση απαιτείται η κατάλληλη λήψη ιστορικού του περιστατικού που εξετάζεται.

5.2.3 Γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία μέσω του Δυναμικού Παιχνιδιού

Η παρούσα θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών, καθώς επίσης και στους φροντιστές τους. Η διάρκειά της είναι σύντομη καθώς το θεραπευτικό πρόγραμμα ολοκληρώνεται σε 12 συνεδρίες, οι οποίες απευθύνονται τόσο στο παιδί-θύμα, όσο και στο πατέρα-δράστη. Στη βάση του προγράμματος αυτού εντοπίζεται η αντίληψη ότι τα παιδιά-θύματα θα εκδηλώσουν ένα είδος ακατάλληλης ή ακόμα και επιθετικής σεξουαλικής συμπεριφοράς, επομένως στόχος είναι ο περιορισμός της εμφάνισης τέτοιου είδους συμπεριφορών.

Οι θεωρητικές βάσεις του προγράμματος εντοπίζονται στις αρχές της γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας και της θεραπείας μέσω του δυναμικού παιχνιδιού, θυμίζοντας ένα είδος διδασκαλίας- μάθησης. Οι γνωστικές διαδικασίες σχετίζονται με μηχανισμούς που εμπλέκονται σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων, σε αποδόσεις αιτιών, καθώς και σε διαδικασίες επεξεργασίας πληροφοριών, ενώ οι συμπεριφοριστικές πρακτικές εστιάζουν στις θεωρίες μάθησης και στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Αυτές οι δυο προσεγγίσεις σε συνδυασμό, στόχο έχουν την αλλαγή της συμπεριφοράς και την υιοθέτηση νέων στρατηγικών που σχετίζονται με γνωστικούς κανόνες, με τον έλεγχο των παρορμήσεων και με την λήψη αποφάσεων.

Αναπόσπαστο κομμάτι αυτής της θεραπείας αποτελεί το παιχνίδι και είναι, ίσως, ένα από τα πιο περίτεχνα τμήματα της, καθώς αποτελεί μια τεχνική που συμβάλλει στη διαχείριση των συναισθημάτων του θύματος και στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Στο πλαίσιο του παιχνιδιού παρέχεται στο παιδί η δυνατότητα να εκφράσει ελεύθερα ότι αισθάνεται, προσφέροντας του την ευκαιρία να κατανοήσει τη συμπεριφορά του, να ενισχύσει τον δυναμισμό του, να αναγνωρίσει τις αξίες και τις ανάγκες του και να μάθει τρόπους, κοινωνικά αποδεκτούς, να τις ικανοποιεί.

Στο πλαίσιο της θεραπείας μέσω του δυναμικού παιχνιδιού, εντοπίζονται στοιχεία τόσο πελατοκεντρικής, όσο και ψυχοδυναμικής θεραπείας. Στην πρώτη περίπτωση, ο συμμετέχοντας αισθάνεται ικανός να αλλάξει μόνος του τον εαυτό του, αποκτώντας μια αίσθηση λειτουργικότητας του εαυτού, ενώ παράλληλα, η ψυχοδυναμική οπτική οδηγεί σε ένα είδος αλληλεπίδρασης με τα μέλη της ομάδας πράγμα που βοηθάει στην καλύτερη κατανόηση του εαυτού (Saunders et al., 2004).

Εν κατακλείδι, η γνωστικό-συμπεριφορική θεραπεία γενικότερα, προσπαθεί να αλλάξει τον τρόπο σκέψης των παιδιών και τον λανθασμένο τρόπο έκφρασής τους, ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή τους (Bonner, Walker & Berliner, 2000). Για την καλύτερη κατανόηση του τρόπου σκέψης των παιδιών, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην έκφρασή τους, επομένως, όταν ένα παιδί ρωτά «γιατί δεν μπορώ να το σταματήσω αυτό;» εκφράζει την αδυναμία και την απώλεια ελέγχου του εαυτού του, ενώ όταν ρωτά «γιατί δεν μπορεί κάποιος να με βοηθήσει;» εκφράζει την αίσθηση του αβοήθητου, ανασφάλεια και έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους.

5.3 Ετεροχρονισμένες παρεμβάσεις

Οι παραπάνω θεραπείες κρίνονται αρκετά αποτελεσματικές, διαδραματίζοντας η κάθε μια ένα ξεχωριστό ρόλο στις ιδιαίτερες και μοναδικές περιπτώσεις της αιμομιξίας (Dorado, 1996). Σε κάθε περίπτωση, όμως, πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας ότι παρά την πρόοδο της κοινωνίας η αιμομιξία εξακολουθεί να αποτελεί ένα θέμα ταμπού για το σύνολο της.

Επομένως, η έγκυρη και έγκαιρη παρέμβαση και η αποτελεσματική θεραπεία δεν είναι πάντα εφικτή, κάνοντας πολλά παιδιά-θύματα να «κουβαλάνε» το φορτίο της κακοποίησης για πολλά χρόνια. Σε αυτές τις περιπτώσεις η θεραπευτική προσέγγιση έχει έναν εντελώς διαφορετικό ρόλο (Ventegodt, 2003. Ventegodt, Andersen & Merrick, 2003-α). Παρακάτω θα γίνει αναφορά σε ξεχωριστές μεθόδους παρέμβασης, οι οποίες απευθύνονται σε άτομα τα οποία, είτε έχουν απωθήσει το τραυματικό γεγονός της σεξουαλικής κακοποίησης από τον πατέρα, είτε δεν είχαν την τύχη να δεχθούν θεραπεία αμέσως μετά την αποκάλυψη, είτε συνεχίζουν να δέχονται βοήθεια με κάποιο άλλο είδος θεραπείας πέρα από τα αρχικά προγράμματα παρέμβασης (Ventegodt, Clausen, Langhorn, Kromann, Andersen & Merrick, 2004). Επιπλέον, θα γίνει αναφορά στην Άννα, μια κοπέλα που δεν είχε την τύχη να δεχθεί έγκαιρα την απαιτούμενη παρέμβαση, που την οδήγησε σε μια σειρά από παράλογες συμπεριφορές, τις οποίες δεν μπορούσε να εξηγήσει (Ventegodt, Clausen, Langhorn, Kromann, Andersen, & Merrick, 2004. Ventegodt, Merrick, & Andersen, 2003-β).

5.3.1 Θεραπεία μέσω τέχνης

Η τέχνη ως μορφή θεραπείας αναφέρεται ως μια αποτελεσματική μέθοδος για τραυματικές εμπειρίες, όπως αυτή της αιμομιξίας (Ellis, Laidlaw, Malmo, 1990). Ο Pifalo (2002) διαπίστωσε ότι υπήρχε μια σημαντική μείωση των συμπτωμάτων τραύματος σε σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά μετά τη θεραπεία μέσω τέχνης. Μια μελέτη που συνέκρινε ομάδες λεκτικής θεραπείας με τις ομάδες θεραπείας τέχνης για τα άτομα με εμπειρία αιμομιξίας, βρήκε ότι η θεραπεία μέσω τέχνης ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη σε

περιπτώσεις μακροπρόθεσμης έκθεσης στην εμπειρία της αιμομιξίας κατά την παιδική ηλικία (Devi, 1988. Huss, 2007, 2009). Η τέχνη ενεργοποιεί τη δημιουργικότητα, την ευελιξία, τη διάθεση για παιχνίδι, την γνωστική επανασύνδεση με το γεγονός, και παρέχει μια συναισθηματική εμπειρία, βοηθώντας έτσι τα παιδιά-θύματα να αντισταθμίσουν την ακαμψία των τραυματικών αντιδράσεων (Hass & Carr, 2008. Huss, Sarid & Cwikel, 2010. Klingman, Koenigsfield, & Markman, 1987. Mallay, 2002. Nuttman-Shwartz & Huss 2010. Sarid & Huss, 2010).

Οι διαδικασίες που ακολουθούνται στη θεραπεία μέσω τέχνης συνδυάζουν, το επίπεδο συμβολισμού της εμπειρίας της αιμομιξίας, καθώς επίσης καλλιεργούν και τα επικοινωνιακά επίπεδα του θύματος, εκφραζόμενα μέσω του έργου του (Liebman, 1996). Τέλος, τα «προϊόντα» τέχνης που παράγονται μπορεί να λειτουργήσουν ως μηνύματα, τα οποία συνδέονται απευθείας, με την κοινωνία (Harrington, 2004).

5.3.2 Η δύναμη της τέχνης σε ομάδες

Η θεραπεία μέσω τέχνης περιλαμβάνει και στοιχεία ομαδικής θεραπείας, προσφέροντας την δυνατότητα επεξεργασίας πληροφοριών, τον επαναπροσδιορισμό και την αναδιατύπωση του τραυματικού γεγονότος, τα οποία εκφράζονται μέσω του καλλιτεχνικού προϊόντος και δίνουν την δυνατότητα στο παιδί-θύμα να αλληλεπιδράσει εντός της ομάδας μέσα από τη διαδικασία της τέχνης (Betinsky, 2003. Lev-Wiesel, Goldblatt, Sarid & Huss, 2010). Τα παραπάνω είδη θεραπείας συνδυάζονται αρμονικά αποτελώντας συμβολικά δοχεία των τραυματικών αναμνήσεων.

Ζητήματα όπως τα όρια, η εμπιστοσύνη, η οικειότητα, αποτελούν κοινά προβλήματα τόσο στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης της ομάδας όσο και στις διαδικασίες της θεραπείας μέσω τέχνης (Skaipe & Huet, 1998). Για τα παιδιά-θύματα, τα οποία έχουν βιώσει την εμπειρία της αιμομιξίας και έχουν βαθιά προβλήματα με την έλλειψη εμπιστοσύνης, μπορεί να είναι πιο εύκολο να αλληλεπιδρούν με τη μεσολάβηση του συμβολικού έργου τέχνης, σε σχέση με την απ'ευθείας επικοινωνία με τους άλλους στο πλαίσιο της ομάδας.

Επιπρόσθετα, η αβεβαιότητα για τον εαυτό, η άποψη για την εικόνα του σώματος, τη σεξουαλικότητα και τη δημοσιοποίηση, είναι θέματα που διερευνούνται και αναλύονται στο πλαίσιο της θεραπείας μέσω τέχνης και των διαδικασιών της ομάδας. Η χρήση της τέχνης μέσα σε ομάδες διπλασιάζει, ή εντατικοποιεί τη συνολική θεραπευτική παρέμβαση, και ενισχύει την αυτοπεποίθηση ενός σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού (Lev-Wiesel, 2010).

5.3.3 Ψυχοθεραπεία

Για την ψυχοθεραπεία το τραύμα αποτελεί μέρος της ζωής, κάτι φυσικό και όχι κάποιο είδος διαταραχής. Η ψυχοσωματική λειτουργία του ατόμου έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να θεραπεύει τις ακραίες και έντονες εμπειρίες και μια επιτυχημένη θεραπεία απαιτεί το άτομο να είναι γεμάτο αποφασιστικότητα και γνώση για τον εαυτό του. Στόχος είναι η ομαλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και του ψυχισμού, προκειμένου να επέλθει ξανά η ισορροπία του οργανισμού μετά το τραύμα (Levine, 1997). Από το τραυματικό γεγονός της αιμομιξίας συχνά παρουσιάζονται φαινόμενα σωματοποίησης, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της Άννας που θα αναλυθεί παρακάτω, η οποία ένιωθε πολύ έντονο πόνο στην περιοχή του κόλπου χωρίς καμία ένδειξη προβλήματος από ιατρικής απόψεως. Με την επαναφορά της ισορροπίας του οργανισμού επιτυγχάνεται ακριβώς ο στόχος αυτός αποφυγής της σωματοποίησης (Trepper & Barrett, 2014).

Ιδιαίτερη κατηγορία είναι η ψυχοθεραπεία συμπεριφορικής κατεύθυνσης, κατά την οποία ο θεραπευόμενος με την καθοδήγηση του θεραπευτή δημιουργεί μια νέα συμπεριφορά απέναντι σε κάποιο γεγονός που του προκαλεί φόβο (Trepper & Barrett, 2014). Αντίστοιχα, στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία επιχειρείται η δημιουργία μιας νέας άποψης για ερεθίσματα που προκαλούν φόβο ή άγχος στον θεραπευόμενο, καθώς σε κάθε περίπτωση, οι φόβοι και οι ανησυχίες των θυμάτων αποτελούν σύμβολα βαθύτερων αιτιών που ο θεραπευτής καλείται να ανακαλύψει.

Στην σύνθετη περίπτωση της αιμομιξίας, η ψυχοθεραπεία γίνεται σε μεταγενέστερο χρόνο από αυτόν του γεγονότος και στοχεύει στην αποκάλυψη της συμβολικής ισχύος των φόβων του θύματος. Οι φόβοι και οι ανησυχίες ενός θύματος αιμομιξίας σχετίζονται συνήθως με τις κοινωνικές συναναστροφές, την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους άλλους, και κυρίως με το κομμάτι των σεξουαλικών επαφών (Rachman, 2016).

Η ψυχοθεραπεία βοηθάει να απαλλαχτούν οι θεραπευόμενοι από τα εσωτερικά εμπόδια που περιορίζουν τις αναμνήσεις τους. Υπάρχουν περιπτώσεις παιδιών- θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης που είναι σε θέση να γνωρίζουν πότε οι προτάσεις τους είναι ψευδείς, ακόμη και αν δεν μπορούν να εξηγήσουν το γιατί (Rachman, 2016). Η απάντηση σε αυτό το «γιατί» είναι οι εσωτερικές άμυνες του ατόμου, οι οποίες εμποδίζουν τις αναμνήσεις να περάσουν στη συνείδηση (Reagan, 1999). Επομένως, τα παιδιά θύματα αιμομιξίας, είναι σαν να «ξεχνούν» το τραυματικό γεγονός, προκαλώντας ένα είδος αμνησίας που ακολουθεί μια τραυματική εμπειρία. Αυτό το είδος είναι γνωστό ως τραυματική αμνησία και αναπτύσσεται όταν ένας παθολογικός μηχανισμός λήθης, κατακερματίζει τον βιωματικό και

στοχαστικό εαυτό και επαναφέρεται όταν ένας ειδικός μηχανισμός ανάκλησης, υποστηρίζει την ένταξη αυτής της ανάμνησης (Yalom & Leszcz, 2005).

5.3.4 Θεραπεία Gestalt

Η θεραπεία Gestalt αποτελεί ένα είδος ψυχοθεραπείας, στο πλαίσιο της οποίας το άτομο αντιμετωπίζεται ολιστικά, δηλαδή ως μια βιολογική οντότητα που αλληλεπιδρά με τον εξωτερικό κόσμο, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στα συστήματα (οικογένεια, φίλοι, σύντροφοι) και στα βιώματα των θεραπευμένων (Μουζακίτης, 1993)

Η θεραπεία αυτή βρίσκει εφαρμογή τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε ομαδικό, με βασικό κομμάτι της την ερμηνεία ρόλων (Yontef, 1993), με στόχο την συνολική προώθηση της προσωπικότητας και του δυναμισμού κάθε μοναδικού εαυτού. Στην περίπτωση της αιμομιξίας, η θεωρία Gestalt επιχειρεί να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει συνείδηση όλων των πλευρών της δομής του εαυτού του- μορφοδομή (Gestalt), να αποκτήσει πλήρη ευθύνη για τον εαυτό του, προκειμένου να επιλυθούν προβλήματα και να εκφραστούν συναισθήματα εμπειριών που ήταν καλά καλυμμένα (Ambrosio, 2005).

Τέλος, η θεραπεία επικεντρώνεται στο εδώ και το τώρα, αφού στη βάση αυτής της μεθόδου βρίσκεται η αλληλεπίδραση του θεραπευτή με τον θεραπευόμενο, όπου ο πρώτος αναλαμβάνει ταυτόχρονα το ρόλο του καθοδηγητή και του δασκάλου (Kembler, 1981). Η πολυπλοκότητα του ρόλου αυτού επιχειρεί να βοηθήσει το άτομο να εστιάσει σε ένα γεγονός, το οποίο θα αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω ανακάλυψη του εαυτού και των τραυματικών πτυχών του. Η θεραπεία Gestalt είναι λιγότερο χρονοβόρα από την ψυχανάλυση, αλλά χρειάζεται μεγάλη προσπάθεια από τον θεραπευόμενο προκειμένου να οδηγηθεί σε πλήρη συνειδητότητα των τραυματικών πτυχών του, και παράλληλα απαιτεί την δράση ενός εξειδικευμένου επαγγελματία, ο οποίος στηρίζει τη διαδικασία αυτή (Ambrosio, 2005).

5.3.5 Θεραπευτική ύπνωση

Η ύπνωση, αναφέρεται σε μια σειρά διαδικασιών κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος καλείται να βιώσει συγκεκριμένες αλλαγές σε συναισθήματα, σκέψεις, ακόμα και σε συμπεριφορές, υπό την καθοδήγηση του θεραπευτή (Αρματά, 2001). Σύμφωνα με τους Hilgard & Hilgard (2013), αποτελεί την μητέρα όλων των σύγχρονων θεραπευτικών μεθόδων, και διακρίνεται σε τρία στάδια: την ελαφρά ύπνωση (Καταληψία βλεφάρων και αδυναμία κίνησης κάποιων μυών, καταληψία συγκεκριμένων ομάδων μυών και αίσθηση αιώρησης ή βαρύτητας), την μέτρια ύπνωση (Καταληψία μεγάλου μέρους του σώματος και αλλοίωση των αισθήσεων της γεύσης και της όσφρησης, πρόκληση αμνησίας, αναλγησίας και μερικής αναισθησίας σε διάφορα μέλη του σώματος), και την βαθιά ύπνωση (Θετικές

ψευδαισθήσεις: το άτομο βλέπει κάτι που δεν υπάρχει), πρόκληση ολικής αναισθησίας, (Υπνοβασίες και αρνητικές ψευδαισθήσεις).

Η ύπνωση έχει πολλές εφαρμογές (Αλεξάνδρου, 2009) τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και ιδιαίτερα στην περίπτωση της αιμομιξίας, που το θύμα μπορεί να βιώνει συμπτώματα μετατραυματικού συνδρόμου ή κατάθλιψης. Το άτομο διευκολύνεται να ξεπεράσει το τραυματικό γεγονός νιώθοντας φόβο, αναβιώνοντας τα συναισθήματα του τραύματος, στο πλαίσιο όμως ενός ασφαλούς χώρου που μοιάζει με όνειρο (Briere, 1992). Σε πολλές περιπτώσεις, και μια μόνο συνεδρία δίνει τη δυνατότητα στον θεραπευόμενο να δει μια μικρή διαφορά στα συναισθήματά του και επομένως, να πιστέψει στην αλλαγή (Brown & Fromm, 2013).

5.3.6 Η μέθοδος EMDR

Η μέθοδος EMDR βασίζεται στην αρχή ότι η ελεγχόμενη κίνηση των ματιών μειώνει την ένταση των αρνητικών σκέψεων που προκαλούν δυσφορία. Η Francine Shapiro (2001), ανακάλυψε σχεδόν τυχαία την θεραπευτική αυτή μέθοδο, που αποδεδειγμένα πλέον σήμερα μειώνει σε μεγάλο βαθμό τα συμπτώματα των τραυματικών εμπειριών των θεραπευόμενων.

Η EMDR συνδυάζει στοιχεία γνωστικο-συμπεριφοριστικής θεραπείας, σωματό-προσανατολισμένης θεραπείας, την ψυχαναλυτικής θεωρίας, της οικογενειακής-συστημικής προσέγγισης, καθώς και την εναλλάξ ενεργοποίηση των δεξιών και αριστερών ημισφαιρίων του εγκεφάλου με την κίνηση των ματιών, το άγγιγμα, ή τους ακουστικούς τόνους. Η κίνηση των ματιών οδηγεί σε εναλλαγή της επίγνωσης ανάμεσα στις δυο πλευρές του σώματός, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται καλύτερη πρόσβαση στη συναισθηματική φόρτιση μιας τραυματικής εμπειρίας (Πατούλη, 2008). Έρευνες έχουν δείξει ότι περιστατικά όπως αυτά της αιμομιξίας, που έχουν σαν αποτέλεσμα βιωματικές διαταραχές και συναισθηματικές δυσχέρειες, επιλύονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου.

Ο βασικότερος στόχος είναι η μετατροπή μιας τραυματικής εμπειρίας, σε λειτουργική στο πλαίσιο ενός ασφαλούς θεραπευτικού πλαισίου, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω της βαθύτερης επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος, καθώς και όλων των στοιχείων που την απαρτίζουν (σκέψεις, συναισθήματα σε ψυχολογικό, σωματικό και νευροφυσιολογικό υπόβαθρο).

Επομένως, ο θεραπευόμενος επιχειρεί να επιλύσει ζητήματα που σχετίζονται με τις τραυματικές αναμνήσεις από το γεγονός της αιμομιξίας, να απευαισθητοποιηθεί από τα ερεθίσματα που προκαλούν τις αναμνήσεις αυτές, να ενσωματώσει προσαρμοστικές στάσεις και να αναπτύξει δεξιότητες προκειμένου να βελτιώσει τη λειτουργικότητά του. Δεν γίνεται

προσπάθεια, διαγραφής του τραυματικού γεγονότος, πράγμα το οποίο είναι φαινομενικά αδύνατο, αντιθέτως, γίνεται μια προσπάθεια απευαισθητοποίησης του γεγονότος και μετατροπής του σε ένα ερέθισμα ουδέτερο ή ανώδυνο όταν αυτό επαναφέρεται στη μνήμη.

Αναλυτικότερα, η θεραπεία διακρίνεται σε 8 φάσεις. Η πρώτη φάση, περιορίζεται σε προσωπικές πληροφορίες του θεραπευμένου (λήψη ιστορικού), στη διάρκεια της οποίας ο θεραπευτής επιχειρεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Αφού εντοπιστεί το τραυματικό γεγονός, οργανώνεται η φάση της θεραπείας μόνο εάν ο θεραπευτής κρίνει ότι ο θεραπευόμενος είναι έτοιμος να ξεκινήσει.

Η δεύτερη φάση ξεκινάει, αφού ο ειδικός βεβαιωθεί ότι ο θεραπευόμενος βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση και ότι μπορεί να ανταπεξέλθει στη συναισθηματική πίεση που πιθανόν να προκύψει. Από την τρίτη μέχρι και την έκτη φάση, ο θεραπευόμενος επεξεργάζεται το τραύμα-στόχο. Αναλυτικότερα, επιχειρεί να ανακαλέσει μια παραστατική εικόνα του γεγονότος, την συνοδευόμενη από αυτό το γεγονός αρνητική πεποίθηση για τον εαυτό του, τα σχετικά αρνητικά συναισθήματα και ιδιαίτερα στην περίπτωση της αιμομιξίας, αισθήσεις του σώματος που διεγέρθηκαν. Τέλος, καλείται να δημιουργήσει μια νέα αντίληψη (θετική) που θα προτιμούσε να έχει για το γεγονός αυτό.

Έπειτα, ο θεραπευόμενος καλείται να στρέψει τη μνήμη του στα στοιχεία που αναφέραμε παραπάνω (τραύμα-στόχο, αρνητικές σκέψεις για τον, εαυτό αισθήσεις του σώματος και σχετικά αρνητικά συναισθήματα) και παράλληλα να κουνήσει τα μάτια του δεξιά-αριστερά προσηλώνοντας το βλέμμα του για 20 -30 δευτερόλεπτα στο χέρι του ειδικού που κινείτε. Πέρα από το κούνημα των χεριών, οι ειδικοί μπορούν να χρησιμοποιήσουν και άλλου είδους ερεθίσματα, όπως ακουστικούς τόνους ή ελαφρά χτυπήματα. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας ο συμμετέχοντας είναι ελεύθερος να εκφράσει τις αναμνήσεις, τις σκέψεις και τις σωματικές του αισθήσεις.

Μετά την ολοκλήρωση κάθε διαδικασίας ο συμμετέχοντας επιχειρεί να εκφράσει στο θεραπευτή του κάθε συναίσθημα, σκέψη ή εικόνα που του ήρθε στο μυαλό. Με βάση αυτή την αναφορά του θεραπευμένου ο ειδικός θα είναι σε θέση να του υποδείξει στοιχεία που πρέπει να προσέξει προκειμένου να διευκολυνθεί η όλη διαδικασία στην επόμενη συνεδρία. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται μέχρι την έκτη συνεδρία και ο εγκέφαλος, επεξεργάζεται τις πληροφορίες προκειμένου να φέρει το τραυματικό γεγονός σε θέση «προσαρμοστικής επίλυσης». Ο στόχος επιτυγχάνεται όταν ο θεραπευόμενος δεν έχει καμία αρνητική σκέψη για το τραυματικό γεγονός-στόχο, και έπειτα ακολουθεί ο προσδιορισμός της θετικής εναλλακτικής αντίληψης για το τραυματικό γεγονός, όπως αναφέρθηκε στην αρχή.

Η έβδομη φάση περιλαμβάνει ασκήσεις στις οποίες υπόκειται ο συμμετέχοντας προκειμένου να χαλαρώσει και να επαναπροσδιορίσει την θετική εναλλακτική πεποίθηση για το τραύμα του. Τέλος, η όγδοη φάση επικεντρώνεται στην πρόοδο που έχει σημειώσει ο συμμετέχοντας από την συμμετοχή του στην θεραπευτική μέθοδο EMDR. Η διάρκεια της θεραπείας κυμαίνεται από 1-4 συνεδρίες ή ακόμα και για χρόνια σε δύσκολες περιπτώσεις. Σε γενικές γραμμές, πρόκειται για μια μέθοδο που δεν είναι ευρέως γνωστή, παρόλο που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για περιπτώσεις τραυματικών εμπειριών, όπως αυτή της αιμομιξίας.

5.4 Η περίπτωση της Άννας

Η Άννα είναι μια 22 Χρόνη γυναίκα, η οποία κακοποιήθηκε σεξουαλικά από τον πατέρα της σε ηλικία 2-7 χρονών. Η πρώτη της επαφή με κλινικό ψυχολόγο έγινε όταν ήταν φοιτήτρια, και αντιμετώπιζε ποικίλα προβλήματα στην καθημερινότητά της. Πρώτα-πρώτα, είχε ανεξέλεγκτες εκρήξεις κλάματος, στις οποίες δεν μπορούσε να δώσει μια λογική εξήγηση. Επιπλέον, αντιμετώπιζε σεξουαλικά προβλήματα, ένιωθε ότι είχε χάσει την εμπιστοσύνη της στους ανθρώπους, και διακατέχονταν από περίεργες σκέψεις. Τα συμπτώματα της θύμιζαν ένα είδος σχιζοφρένειας σε αρκετά πρώιμο στάδιο, και έτσι ξεκίνησε θεραπεία. Αναλυτικότερα, η πρώτη συνεδρία περιορίστηκε στην ποιότητα ζωής της Άννας (λήψη ιστορικού). Η Άννα αναφέρθηκε στην οικογένεια της εν συντομία και στη σχέση της. Στη δεύτερη συνάντηση, η Άννα ανέφερε ότι στην οικογένεια της βίωσε και βιώνει έντονα την έλλειψη φροντίδας, την οργή, και τη βία του πατέρα. Σε γενικές γραμμές, η Άννα χαρακτήρισε την οικογένεια της ως πρότυπο μιας «δυσλειτουργικής οικογένειας» (βλ. κεφάλαιο 2). Η απογοήτευση και η οργή της Άννας για τον πατέρα της ήταν ολοφάνερα στα λόγια της, ενώ παράλληλα εξέφραζε και συναισθήματα απογοήτευσης για την μητέρα. Στην τρίτη συνεδρία, η Άννα επισημαίνει ότι δεν είναι σημαντική για κανένα και ότι μόνο ο πατέρας της είναι σημαντικός, κάτι που για να στηρίξει καταβάλλει πολύ μεγάλη προσπάθεια. Πέρα από την αναφορά στο πατέρα τόνισε πως ούτε για τον σύντροφό της είναι σημαντική, καθώς όπως επεσήμανε, ένιωθε ότι δεν υπολόγιζε τις ανάγκες και τις επιθυμίες της. Επιπλέον, τόνισε και ζητήματα σεξουαλικότητας τα οποία δυσχέραιναν την σχέση τους. Οι συνεδρίες συνεχίστηκαν, και στην ενδέκατη συνάντηση η Άννα είναι εντελώς ανανεωμένη, γεμάτη δυναμισμό και αποφασιστικότητα. Η συζήτηση συνεχίζεται και η Άννα εκφράζει την ανάγκη της να αγαπηθεί. Οι υποψίες της ψυχολόγου για το ενδεχόμενο σεξουαλικής κακοποίησης ήδη από τις πρώτες αναφορές της Άννας για τα παιδικά της χρόνια και τη σχέση της με τον πατέρα της ενισχύονται. Οι συνεδρίες συνεχίστηκαν και μετά από ένα μεγάλο χρονικό

διάστημα και τη συμμετοχή της Άννας σε ομαδικά προγράμματα θεραπείας, αποκαλύπτει αυθόρμητα πως είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά από τον πατέρα της πολλές φορές. Ένας πιθανός λόγος αυτής της αποκάλυψης είναι το υποστηρικτικό κλίμα που δημιουργήθηκε από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, καθώς επίσης και οι αποκαλύψεις των προσωπικών τους εμπειριών. Η Άννα ένιωσε ασφάλεια και μέσω της ενίσχυσης του εαυτού της κατά την διάρκεια των συνεδριών με την ψυχολόγο, εκφράστηκε ελεύθερα και βαθύτερα.

Στην δέκατη τρίτη συνάντηση, προκύπτουν και πάλι προβλήματα με την σεξουαλικότητα της Άννας. Η ίδια υποφέρει από ψυχοσωματικές ενοχλήσεις στην περιοχή του κόλπου, εφόσον οι γυναικολογικές εξετάσεις δεν έδειξαν κάποιο ιατρικό πρόβλημα. Επομένως, η Άννα κατά το άγγιγμα της κλειτορίδας, έμπαινε σε μια δραματική Gestalt διαδικασία, κατά την οποία αναβίωνε το περιστατικό της σεξουαλικής κακοποίησης από τον πατέρα της. Η συνειδητοποίηση του γεγονότος, βοηθάει την Άννα να διαχειριστεί τα σεξουαλικά της προβλήματα. Το τραύμα της αιμομιξίας ήταν προφανώς η αιτία των σεξουαλικών προβλημάτων της. Στην δέκατη τέταρτη συνάντηση μέσω της μεθόδου Gestalt αποκαλύπτονται και άλλα στοιχεία για την σεξουαλική κακοποίηση της Άννας. Τα συναισθήματα είναι πολύ βίαια και οι ψυχικές προβολές πολύ έντονες. Η θεραπεία συνεχίστηκε για μήνες, όπως και η συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα με σεξουαλικά κακοποιημένα άτομα. Οι συνεδρίες ολοκληρώνονται, όταν η Άννα αναφέρει «Δεν έχω ξανά νιώσει έτσι ποτέ πριν. Ήμουν πάντα αβέβαιη. Πάντα άφηνα τους άλλους να με ελέγχουν. Τώρα είναι εντελώς διαφορετικά, και τώρα είμαι μόνο εγώ στο τιμόνι. Και από τότε είμαι καλά».

Ένα θέμα που συχνά εντοπίζεται στις περιπτώσεις της σεξουαλικής κακοποίησης είναι αυτό της καταστολής του τραύματος (Ventegodt, Clausen, Omar, & Merrick, 2006). Η καταστολή του τραύματος περιέχει εξαιρετικά μεγάλη συναισθηματική φόρτιση που μπορεί να προκαλέσει κυριολεκτικά παραφροσύνη. Έτσι, όταν ένα νεαρό κορίτσι δείχνει τα σημάδια της νευρικής κρίσης ή μια οριακή εικόνα ή παρόμοια συμπτώματα, είναι πιθανό να έχει υποστεί αιμομιξία ή κάποιας άλλης μορφής κακοποίησης.

Στην ιδιαίτερη περίπτωση της Άννας, η αποκάλυψη του γεγονότος ήταν αρκετά τραυματική, σε γενικές όμως γραμμές, η συνδυαστική θεραπευτική προσέγγιση φάνηκε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική.

Συμπεράσματα-παρατηρήσεις

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να κάνει μια ανασκόπηση στο ζήτημα της αιμομιξίας, το οποίο εντοπίζεται σε όλη τη διάρκεια της ιστορίας των ανθρώπινων κοινωνιών, σε διαφορετικές πάντα πολιτισμικές βάσεις και με διαφορετική συχνότητα, από τα αρχαία χρόνια μέχρι και σήμερα. Μέσω βιβλιογραφικής αναζήτησης εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κανείς πως η αιμομιξία αποτελεί ένα σύνθετο και πολυδιάστατο θέμα, του οποίου τα βαθύτερα αίτια εντοπίζονται στις δομές της κοινωνίας. Η άνιση κατανομή δύναμης ενηλίκων και ανηλίκων αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα, καθώς το παιδί βρίσκεται σε χαμηλή κοινωνική θέση και μεγαλώνει στο πλαίσιο μιας κοινωνίας που στο μεγαλύτερο μέρος της αποδέχεται την βία.

Όπως αποκαλύφθηκε μέσω της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας, οι αιτιολογικοί παράγοντες του φαινομένου δεν περιορίζονται μονάχα στην προσωπικότητα του δράστη, αλλά σε μια ποικιλία κατηγοριών. Πρώτα -πρώτα, εντοπίζονται ατομικοί παράγοντες, οι οποίοι δίνουν έμφαση σε στοιχεία της προσωπικότητας του θύματος, όπως διανοητικές ή φυσικές μειονεξίες. Επιπλέον, υπάρχουν και κοινωνικοπολιτισμικές προσεγγίσεις, οι οποίες αναφέρονται στην ανισότητα των δύο φύλων (φεμινιστική προσέγγιση), στην αποδοχή της βίας και τη απομόνωση της οικογένειας (οικολογική προσέγγιση). Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι κοινωνικοψυχολογικές προσεγγίσεις, όπως αυτή του κύκλου βίας, η οποία κάνει αναφορές για προηγούμενη κακοποίηση του θύτη από την οικογένειά του, και η προσέγγιση της δυσλειτουργικής οικογένειας, η οποία αναφέρεται στη χρήση βίας, στη γενικότερη σύγχυση ρόλων και τον ασαφή προσδιορισμό ορίων.

Γενικότερα, σχετικά με τα μέλη που απαρτίζουν την αιμομικτική κατάσταση, έρευνες έχουν αποκαλύψει ότι στη πλειονότητα τους τα θύματα είναι κορίτσια, και συχνά εντοπίζονται σωματικές ή ψυχικές ασθένειες στους γονείς ή/και στο θύμα. Όσον αφορά, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, είναι συνήθως χαμηλό και η εργασιακή τους απασχόληση ασταθής ή ανύπαρκτη, με αποτέλεσμα οικονομικές δυσκολίες.

Ο πατέρα-δράστης, συνήθως πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή και διακατέχεται από αισθήματα κυριαρχίας πάνω στο θύμα, καλύπτοντας έτσι την αδυναμία του, επιρρίπτοντας τις ευθύνες της πράξης του στη κόρη ή στη σύζυγο του. Η μητέρα-σύντροφος, συνήθως έχει ένα εξαρτημένο και άβουλο ρόλο στην αιμομικτική σχέση, ακόμα και αν γνωρίζει το γεγονός. Στο πλαίσιο της οικογένειας επικρατεί η κοινωνική απομόνωση, ο νόμος της σιωπής, και η βία. Σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης μιας αιμομικτικής οικογένειας, δεν

φαίνεται να είναι οι κατάλληλες, με αποτέλεσμα να ευνοείτε η αιμομικτική πράξη, η οποία είναι συνήθως ολοκληρωμένη και κατ' εξακολούθηση, συνοδευόμενη από βία.

Η αποκάλυψη της αιμομιξίας γίνεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων με πρωτοβουλία του θύματος, αλλά επειδή η μητέρα σπανίως στηρίζει το θύμα στην απόφαση αυτή, υπάρχει και η περίπτωση καταγγελίας του αδικήματος από τρίτο πρόσωπο, χωρίς την πρωτοβουλία του θύματος. Από ένα σύνολο γυναικών- θυμάτων αιμομιξίας, οι περισσότερες δήλωσαν ότι εκείνες ήταν που έπρεπε να φύγουν από το σπίτι, καθώς αποφάσιζαν να μην αποκαλύψουν την κακοποίηση, αφήνοντας ανεπηρέαστη την δυάδα (μαμά-μπαμπάς) (Ambrosio, 2005). Σαφέστατα, η έλλειψη γονικής υποστήριξης ή υποστήριξης για μια κατάλληλη αναχώρηση αποτελούν συμπληρωματικούς παράγοντες που δυσχεραίνουν την απόφαση της κόρης να εγκαταλείψει το σπίτι της. Επιπλέον, πολλές γυναίκες επέλεξαν να υποστούν την κακοποίηση, καθώς μέσα στην οικογένεια διαδραμάτιζαν ένα κρίσιμο ρόλο, αυτόν της διατήρησης, της έστω και οριακής λειτουργικότητας της οικογένειας.

Η αιμομιξία φέρει σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του θύματος, καθώς και στη σεξουαλική του ζωή και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Οι συνέπειες αυτές συνήθως συνοδεύουν το θύμα στη πορεία της ζωής του και εμποδίζουν τη φυσιολογική εξέλιξή της, κάνοντας τη θεραπεία μια αρκετά επώδυνη διαδικασία (Korbin, 1981).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που επιλέγονται κάθε φορά για την προσέγγιση του φαινομένου, μπορεί να είναι ατομικές, δυαδικές, οικογενειακές και ομαδικές, με άλλα θύματα αιμομιξίας. Μέσω της θεραπευτικής παρέμβασης επιχειρείται η αποδοχή της κακοποίησης ως μέρος του παρελθόντος, η υιοθέτηση νέων μορφών συμπεριφοράς, η έκφραση συναισθημάτων, η βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας της οικογένειας, η αποφυγή υιοθέτησης δυσλειτουργικών ρόλων και η σταδιακή επανένταξη στην κοινωνία.

Κατά γενική ομολογία, η αιμομιξία αντιμετωπίζεται ως κάτι απεχθές, ηθικά κατακριτέο, και παράνομο. Ακόμα και στην εποχή μας αποτελεί ένα θέμα ταμπού που αν ενταχθεί στο γενικότερο πλαίσιο της σεξουαλικής κακοποίησης αυξάνει σε συχνότητα ολοένα και πιο πολύ (Τσιάντης, 2000). Επομένως, ο ενήλικας που πλησιάζει ένα παιδί με σεξουαλικές προθέσεις χρειάζεται όχι απλώς τιμωρία, αλλά κυρίως ιατρική και ψυχιατρική παρακολούθηση. Η λύση στο πρόβλημα δεν βρίσκεται μόνο στο να καταδικάσουμε τον ένοχο αφού διαπράξει την ασέλγεια, αλλά στο να προφυλάξουμε τα παιδιά προτού το κάνει. Και αυτό θα επιτευχθεί μόνο σε μια κοινωνία που βρίσκεται σε επιφυλακή, σέβεται και προστατεύει την ανηλικότητα και όπου οι γονείς έχουν συνείδηση του κινδύνου και γνώση της ασελγούς πράξης τους.

Σημαντικό εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι υπάρχουν τρόποι καταγραφής και εντοπισμού των οικογενειών που βρίσκονται σε κίνδυνο, με τη συμβολή εξειδικευμένων επιστημόνων,

όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι παιδίατροι. Επομένως, κρίνεται αναγκαίος ο εντοπισμός και η στήριξη αυτών των οικογενειών από οικονομικής, κοινωνικής και ψυχολογικής απόψεως, προκειμένου να αποφευχθεί με κάθε μέσο η κακοποίηση ήδη από την βρεφική ηλικία (Barlow, 2012).

Μέσα από την μελέτη αυτού του ακανθώδους φαινομένου, υπάρχουν κάποιες προτάσεις που μπορούν να υλοποιηθούν για την καλύτερη διερεύνηση του, τον ευκολότερο εντοπισμό αιμομικτικών περιπτώσεων, και την αποτελεσματικότερη θεραπεία και αποκατάσταση του θύματος και του συνόλου της οικογένειας.

Αρχικά, απαιτείται πιο οργανωμένη εκπόνηση ερευνών για λεπτομερέστερη περιγραφή των χαρακτηριστικών του φαινομένου και της προσωπικότητας του δράστη. Επιπλέον, μέσω της αναζήτησης πληροφοριών γίνεται φανερός ο καθοριστικός ρόλος της πρόληψης της κακοποίησης, μια διαδικασία η οποία διακρίνεται σε τρία επίπεδα, την πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

Αναλυτικότερα, η πρωτογενής πρόληψη έχει πιο γενικό χαρακτήρα, στοχεύει στον σύνολο του πληθυσμού και αναφέρεται σε: 1)Καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, δηλαδή βελτίωση της πνευματικής καλλιέργειας και της εκπαίδευσης εν γένει, της υγείας και γενικότερα τον περιορισμό της ανεργίας, της κοινωνικής απομόνωσης, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (Babatsikos, 2010) 2)Η κοινότητα στο σύνολό της οφείλει να αναλάβει πιο ενεργό ρόλο σχετικά με το φαινόμενο της κακοποίησης, προκειμένου να οδηγηθούμε σε ριζική αλλαγή στάσεων, αντιλήψεων και αξιών που προβάλλουν τις ανισότητες ανάμεσα στα δύο φύλα, που ενθαρρύνουν την επιβολή της σωματικής τιμωρίας και επιβάλλουν τον κανόνα της σιωπής στην οικογένεια. Η κινητοποίηση πρέπει να είναι ακόμη πιο ισχυρή όταν ένα παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο. 3)Καθοριστικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν τα οικογενειακά προγράμματα, τα οποία παρέχουν στήριξη σε νέους γονείς ή σε γονείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα, προκειμένου να αναπτύξουν καλύτερες γονικές 4)Ο ρόλος τρίτων ατόμων κρίνεται εξίσου σημαντικός, για αυτό το κοινό πρέπει να είναι ενημερωμένο για τον τρόπο που οφείλει να αντιδράσει σε μια ενδεχόμενη περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης. 5)Τέλος, τα ίδια τα παιδιά πρέπει να είναι ενημερωμένα σχετικά με τα δικαιώματά τους, μια ενημέρωση που μπορεί να παρέχεται μέσω του σχολείου, των Μ.Μ.Ε, ή ακόμα και μέσω της διάδοσης της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού με στόχο την αυτοπροστασία τους. Σε γενικές γραμμές, η πρωτογενής πρόληψη φαίνεται να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στο ευρύ κοινό, στους θεσμούς, και στα ίδια τα παιδιά (Ambrosio, 2005).

Ο ρόλος της *δευτερογενούς πρόληψης* προχωράει ένα βήμα παρακάτω, και στοχεύει στην ανακάλυψη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, είτε πρόκειται για ολόκληρες οικογένειες είτε για μεμονωμένα άτομα, προκειμένου να περιοριστούν ενδεχόμενες συμπεριφορές «υψηλού κινδύνου» σχετικά με την κακοποίηση των παιδιών.³ Οι οικογένειες ή τα άτομα αυτά διαθέτουν περισσότερους «παράγοντες κινδύνου» (risk factors) και κρίνεται αναγκαίο να προσδιοριστούν έγκαιρα, καθώς εμπειρικές έρευνες, πιθανολογούν κάποια προδιάθεση για σεξουαλική κακοποίηση. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να είναι η νεαρή ηλικία του ζευγαριού με παιδί, η φτώχεια, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η κατάχρηση ουσιών εκ μέρους των γονέων, τα προβλήματα αναπηρίας του παιδιού, ή η ύπαρξη ιστορικού κακοποίησης που ο ίδιος ο γονιός είχε υποστεί σε μικρή ηλικία, η ανεργία (παράγοντες που έχουν σχολιαστεί στα προηγούμενα κεφάλαια). Επομένως, η δευτερογενής πρόληψη λειτουργεί έγκαιρα για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, και η κύρια δράση της σχετίζεται με την εκπαίδευση συγκεκριμένων ατόμων (εκπαιδευτικών ή παροχών υπηρεσιών) ώστε να είναι σε θέση να εντοπίζουν τους ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου. Επιπλέον, μέσω της δευτερογενούς πρόληψης, παρέχεται και η ανάλογη υποστήριξη στα ζευγάρια μικρής ηλικίας ώστε να μπορούν να αντεπεξέρχονται στο καθημερινό στρες της ανατροφής ενός παιδιού. Τέλος, η δευτερογενής πρόληψη παρέχει την δυνατότητα πληροφόρησης και κοινωνικής υποστήριξης σε οικογένειες με πολύ χαμηλό εισόδημα καθώς και, δημόσιες πολιτικές καταπολέμησης της ανεργίας κ.ά.

Από την άλλη, η *τριτογενής πρόληψη* στόχο έχει την θεραπεία του προβλήματος όταν η κακοποίηση έχει ήδη συμβεί. Αναφέρεται σε παρεμβάσεις προκειμένου να μειωθούν οι αρνητικές επιπτώσεις του γεγονότος της κακοποίησης και να αποφευχθεί η επαναθυματοποίηση του παιδιού (de Young, 1982. Westerlund, 1992). Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει μέτρα νομικά και άλλα, προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία του παιδιού-θύματος, καθώς σε μερικές περιπτώσεις, κρίνεται απαραίτητη ακόμα και η απομάκρυνση του από το οικογενειακό περιβάλλον, όπως επίσης και η παροχή θεραπείας και στήριξης στο ίδιο και την οικογένειά του.

Η διάκριση της πρόληψης στις τρεις επιμέρους κατηγορίες, είναι λειτουργική. Πιο συγκεκριμένα, διευκολύνει την προσέγγιση και την μελέτη του ζητήματος και δεν στοχεύει στον αυστηρό διαχωρισμό των ειδών πρόληψης. Αντιθέτως, οι τρεις κατηγορίες φαίνεται να

³ Βλ. Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (επιμ.) (1998), Οδηγός για την Αναγνώριση και Αντιμετώπιση της Κακοποίησης και Παραμέλησης του Παιδιού, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, σ. 41. Επίσης, Agathonos-Georgopoulou H., Browne K., (1997), “The Prediction of Child Maltreatment in Greek Families”, Child Abuse and Neglect, Volume 21, pp. 722.

συνυπάρχουν σε επίπεδο λειτουργίας και οργάνωσης και μάλλον αναγνωρίζονται ως ένα συνεχές.

Καταλήγοντας, μέσω της παρούσας πτυχιακής εργασίας και τις εξελίξεις των τελευταίων χρόνων σε ζητήματα σεξουαλικής κακοποίησης ανήλικων, θα ήθελα να τονίσω την επιτακτική ανάγκη περιορισμού της βίας κάθε είδους, κατά της τρυφερής και ευαίσθητης ανηλικότητας. Στόχος είναι η καταπολέμηση του φαινομένου στη «ρίζα» του, με την λήψη ουσιαστικών και αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης, καθώς και η αποφυγή επαναθυματοποίησης των ανήλικων, και η προστασία τους με κάθε μέσο. Προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι αυτοί απαιτείται η επαγρύπνηση και η αναδιοργάνωση της κοινωνίας, όπως επίσης και η κατάλληλη εκπαίδευση όλων εκείνων των μελών που αποτελούν τμήμα φορέων (αστυνομία, δικαστήρια κ.α.) που εμπλέκονται στα θέματα κακοποίησης ανήλικων.

Βιβλιογραφία

- Αγάθωνος, Δ., & Γεωργοπούλου, Ε. (1988). *Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών: Εμπειρία 11 ετών*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Αγάθωνος, Δ., & Γεωργοπούλου, Ε. (1990). Σεξουαλική παραβίαση παιδιών. Ψυχοκοινωνική διάσταση. *Εφηβική Γυναικολογία - Ανάπτυξη - Εμμηνόπαυση*, 2(4), 267-272.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε. (2009). «Κακοποίηση και παραμέληση παιδιών στην προσχολική ηλικία», στο Τσιάντης Γ. και Αλεξανδρίδης Α. (επιμ.), Προσχολική Παιδοψυχιατρική, 2. *Κλινική και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Αγάθωνος, Ε., Τσιμπουκά, Β. και Ζολώτα, Ε. (1999). «Η Αποκάλυψη της Ενδοοικογενειακής Σεξουαλικής Παραβίασης στο Σύστημα Δικαιοσύνης: Δημογραφικά και Κοινωνικά δεδομένα», στο *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος 1, Τεύχος 2. Ελληνική Εταιρία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Adams-Tucker, C. (1982). Proximate effects of sexual abuse in childhood: A report on 28 children. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1252-1256.
- Αλεξάνδρου, Μ., (2009). *Θεραπευτική Υπνωση. Προσέγγιση στο Τραύμα. Θεραπεία του Τραύματος*. Αθήνα: Τόπος.
- Allen, T. D. (2001). Family-supportive work environments: The role of organizational perceptions. *Journal of vocational behavior*, 58(3), 414-435.
- Ambrosio, G. (Ed.). (2005). *On incest: psychoanalytic perspectives*. London: Karnac Books.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Αρματάς, Α., (2001). *Όλα για την Υπνωση*. Αθήνα: Τόπος.
- Αρτινοπούλου, Β. (2000). *Αιμομιξία. Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Ερευνητικά Δεδομένα*. Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη.

- Ascherman, L. I., & Safier, E. J. (1990). Sibling incest: a consequence of individual and family dysfunction. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54(3), 311.
- Babatsikos, G. (2010). Parents' knowledge, attitudes and practices about preventing child sexual abuse: a literature review. *Child abuse review*, 19(2), 107-129.
- Bagley, C. and La Chance, M. (2000). Evaluation of a family-based programme for the treatment of child sexual abuse. *Child and Family Social Work*, 5(3), 205-213.
- Bales, R. F., & Parsons, T. (2014). *Family: Socialization and interaction process*. London: Routledge.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rütger, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134(2), 169-179.
- Βασιλιάς, Α. (1998). *Ψυχοπαθολογία μητέρων των οποίων το παιδί τους έχει υποστεί σεξουαλική παραβίαση στο στενό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Bell, P. (2003). 'I'm a good mother really!' Gendered parenting roles and responses to the disclosure of incest. *Children & society*, 17(2), 126-136.
- Betinsky, M. (2003). *What do you see? Phenomenology of therapeutic art experience*. New York: Dover.
- Βίλλη, Μ., Γαλάνη, Α., & Μπογιατζόγλου, Ν. (2015). Θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.
- Bogaerts, S., Vanheule, S., & Declercq, F. (2005). Recalled parental bonding, adult attachment style, and personality disorders in child molesters: A comparative study. *The Journal of Forensic and Psychology*, 16, 445-458
- Bonner, B., Walker, C.E. & Berliner, L. (2000). *Children with sexual behavior problems: Assessment and treatment*. Washington: Dover.

- Borneman, J. (2012). Incest, the child, and the despotic father. *Current Anthropology*, 53(2), 181-203.
- Briere, N.J., (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. London: Sage.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (2013). *Hypnosis and behavioral medicine*. London: Routledge.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological bulletin*, 99(1), 66.
- Carlson B.E., (2000). "Children exposed to intimate partner violence: Research findings and implications for intervention". *Trauma, Violence and Abuse*, 1 (4), p. 321-340.
- Celbis, O., Ozcan, M. E., & Özdemir, B. (2006). Paternal and sibling incest: a case report. *Journal of clinical forensic medicine*, 13(1), 37-40.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 29(2), 135-145.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy for Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, A., Wilson, C., Taylor, N. & Igelman, R. (2007). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy: Addressing the mental health of sexually abused children*. *Child Welfare Information Gateway*, 30(2), 145-155.
- Cole, K. S., & Shapiro, D. Y. (1995). Social facilitation and sensory mediation of adult sex change in a cryptic, benthic marine goby. *Journal of experimental marine biology and ecology*, 186(1), 65-75.
- Cornille, T.A. (1989). Family therapy and social control with incestuous families. *Contemporary Family Therapy*, 11(2), 101-118.

- Crosson- Tower, C. (1999). *Understanding Child Abuse and Neglect*. USA: Allyn & Bacon.
- Crowe, M., & Dare, C. (1998). Survivors of childhood sexual abuse: approaches to therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4(2), 96-100.
- de Young, M. (1982). Self-injurious behavior in incest victims: a research note. *Child Welfare*, 61(8).
- Devi, S. (1988). *Symbolization and creativity*. New York: *International University Press*.
- DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: Empirical findings and methodological issues. *Clinical psychology review*, 21(4), 553-576.
- Dorado, S. (1996). Legal and psychological approaches towards adult survivors of childhood incest: Irreconcilable differences? *Women and Therapy*, 19(1), 93–108.
- Durkheim, E. (1963). *Incest: The nature and origin of the taboo*. L. Stuart.
- Easton, S. D., Cooney, C., O'leary, P., Zhang, Y., & Hua, L. (2011). The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood. *Journal of Family Violence*, 26(1), 41-50.
- Ellis, J., Laidlaw, T., Malmo, C. (1990). *Healing voices: Feminist approaches to therapy with women*. In The Jossey-Bass social and behavioral science series (pp. 243–271). San Francisco: Jossey-Bass.
- Faller, K. C. (2007). Mother-blaming in the shadow of incest: Commentary on “Motherhood in the Shadow of Incest” by Rachel Lev-Wisel. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16, 129-136.
- Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- Firestone, P., Dixon, K.L., Nunes, K.L. & Bradford. J.M (2005). A comparison of incest offenders based on victim age. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33, 223-232.

- Fischer, N. L. (2003). Oedipus wrecked? The moral boundaries of incest. *Gender & Society*, 17(1), 92-110.
- Forseth, I.B. (1981). A survey of intrafamilial sexual abuse treatment centers: implications for intervention. *Child Abuse and Neglect*, 5(2), 177-186.
- Forsman, M., & Långström, N. (2012). Child maltreatment and adult violent offending: population-based twin study addressing the 'cycle of violence' hypothesis. *Psychological medicine*, 42(09), 1977-1983.
- Freud, S. (1918). *Totem and taboo*. (trans. A. A. Brill). New York: Moffat, Yard & Co.
- Fujiwara, T., Okuyama, M., & Izumi, M. (2010). The cycle of violence: Childhood abuse history, domestic violence and child maltreatment among Japanese mothers. *Psychologia*, 53(4), 211-224.
- Gebhard, P.H., Gagnon, J.H., Pomeroy, W.B., & Christenson, C.V. (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. New York: Harper & Row.
- Gelles RJ. (1978). Violence toward children in the United States, *American Journal of Orthopsychiatry*, 48, 580-592.
- Gilgun, J. & Sharma, A. (2008 α). *Child Sexual Abuse: Child Survivors, Mothers and Perpetrators Tell Their Stories*. USA: Lulu Enterprises.
- Gilgun, J. and Sharma, A. (2008). *Child Sexual Abuse: Child Survivors, Mothers and Perpetrators Tell Their Stories*. USA: Lulu Enterprises.
- Gilgun, J. F., & Sharma, A. (2008 β). Child sexual abuse. *Encyclopedia of Interpersonal Violence*, 122-125.
- González-López, G. (2006). Epistemologies of the wound: Anzaldúan theories and sociological research on incest in Mexican society. *Human Architecture*, 4, 17.
- Groth, A. N., & Burgess, A. W. (1979). Sexual trauma in the life histories of rapists and child molesters. *Victimology*, 4(1), 10-16.

- Halligan, F. R. (2009). Youth and trauma: terror, war, murder, incest, rape, and suicide. *Journal of religion and health, 48*(3), 342-352.
- Hanson, R. K., Scott, H., & Steffy, R. A. (1995). A comparison of child molesters and nonsexual criminals: Risk predictors and long-term recidivism. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 32*(3), 325-337.
- Harrington, A. (2004). Art and social theory Sociological Arguments in Aesthetics. *Journal of Humanistic Psychology, 32*(1), 150-210.
- Hass, N., & Carr, R. (2008). *Art therapy and clinical neuroscience*. London: Sage.
- Herman, J. (1981). Father–daughter incest. *Professional Psychology, 12*(1), 76.
- Herman, J., & Hirschman, L. (2012). Daughter Incest. *The Gender Gap in Psychotherapy: Social Realities and Psychological Processes, 259*.
- Hilgard, E. R., & Hilgard, J. R. (2013). *Hypnosis in the relief of pain*. New York: McGraw-Hill.
- Huang, S. F. (2004). Psychosocial characteristics of criminals committing incest and other sex offenses: A survey in a Taiwanese prison. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 48*(5), 554-560.
- Huizenga, J. (2000). *Incest as trauma*. London: Sages.
- Huizenga, J. (2000). Incest as trauma. *Adult analysis and childhood sexual abuse, 35*(2), 241-251.
- Huss, E. (2007). Symbolic spaces: Marginalized Bedouin women's art as self-expression. *Journal of Humanistic Psychology, 47*(3), 306-319.
- Huss, E. (2009). “A coat of many colors”: Towards an integrative multilayered model of art therapy. *The Arts in Psychotherapy, 36*(3), 154-160.
- Huss, E., Sarid, O., & Cwikel, J. (2010). Using art as a self-regulating tool in a war situation: A model for social workers. *Health & social work, 35*(3), 201-209.

- Θεμελή, Ο. (2010). Γιατί τα παιδιά δεν αποκαλύπτουν την σεξουαλική κακοποίηση; Μια απόπειρα κατανόησης της διαδικασίας της αποκάλυψης. Στο Γ. Νικολαΐδης & Μ. Σταυριαννάκη (Επιμ. Εκδ.), *Βία στην Οικογένεια. Τεκμηριωμένη πρακτική και τεκμήρια από την πρακτική* (σ. 203- 222). Εκδόσεις Κ.Ψ.Μ.
- Θεοδωροπούλου, Ε. και Αποστολόπουλος, Κ. (2003). Κοινωνιολογία της οικογένειας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2008). *Μελέτη δημιουργίας επιδημιολογικών εργαλείων διαρκούς επιτήρησης της επίπτωσης κρουσμάτων κακοποίησης-παραμέλησης παιδιών*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Καλλιδικακή, Θ. (1997). *Αιμομιξία και θεραπευτικό πλαίσιο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καπελλάρης, Γ. (2000). *Μορφές Κακοποίησης των Παιδιών*. Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Σχολή Νομικών Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών-Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης-ΠΜΣ: Κράτος και Δημόσια Πολιτική.
- Καραδήμας, Ε.Χ., (2005). *Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα, Τυπωθήτω.
- Κατωπόδη, Α. (2005). *Παιδική σεξουαλική κακοποίηση: Οικογένεια και Κοινωνία. Αίτια-Ρόλοι- Συνέπειες*. Αθήνα: Εκδόσεις Μαράθια.
- Kaufman, I., Peck, A. L., & Tagiuri, C. K. (1954). The family constellation and overt incestuous relations between father and daughter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24(2), 266-279.
- Kelichman, S. C. (1991). Psychotherapy and personality characteristics of criminal sexual offenders as a function of victim of age. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 187-197.
- Kempe CH, Silverman F, Droegemueller W and Silver H. (1962) The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Kempler, W., (1981). *Experiential Psychotherapy within Families*. New York, Brunner/Mazel.

- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from a national sample. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(1), 19.
- Klingman, A., Koenigsfield, E., & Markman, D. (1987). Art activity with children following disaster: A preventative-oriented crisis intervention modality. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 153–166
- Kluft, R. P. (2011). Ramifications of incest. *Psychiatric Times*, 27(12), 1-11.
- Korbin, J. E. (1981). Very few cases”: Child abuse and neglect in the People’s Republic of China. *Child abuse and neglect: Cross-cultural perspectives*, 166-185.
- Laviola, M. (1992). Effects of father-daughter incest: A study of the dynamics of 17 cases. *Child abuse & neglect*, 16(3), 409-421.
- Λάγγαρη, Β. (2004). «Η Ενδοοικογενειακή Σεξουαλική Κακοποίηση του Παιδιού ως Έκφραση της Οικογενειακής Δυσλειτουργίας», σε ημερίδα της Ελληνικής Εταιρίας Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης και της ΜΚΟ Κλίμακας με θέμα: «Κακοποίηση του Παιδιού: Δυνατότητες Πρόληψης και Κοινωνική Πολιτική».
- Levine, H. B. (2014). *Adult analysis and childhood sexual abuse*. London: Routledge.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma: The innate capacity to transform overwhelming experiences*. New York: McGraw-Hill.
- Lev-Wiesel, R. (2006). Intergenerational transmission of sexual abuse? Motherhood in the shadow of incest. *Journal of child sexual abuse*, 15(2), 75-101.

- Lev-Wiesel, R., Goldblatt, H., Eisikovits, Z., & Admi, H. (2009). Growth in the shadow of war: The case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39(6), 1154-1174.
- Lieberman, D., Tooby, J., & Cosmides, L. (2003). Does morality have a biological basis? An empirical test of the factors governing moral sentiments relating to incest. *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 270(1517), 819-826.
- Liebman, M. (1996). *Arts approaches to conflict*. London: Sage
- Lu, Y. C. & Lung, F.W. (2012). Perceived parental attachment, personality characteristics, and cognition in male incest. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 56(4), 557-572.
- Lukianowicz, N. (1972). Incest. *The British Journal of Psychiatry*, 120(556), 301-313.
- Maine, H. (1886). *Dissertations on Early law and Custom*. New York: Random House.
- Maisch, H. (1972). *Incest*. New York : Random House.
- Μαλαμίτση, Λ.,(2006). *Παιδική Κακοποίηση και Παραμέληση. Διδακτορική* (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Αθήνα: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.
- Mallay, J. N. (2002). Art therapy, an effective outreach intervention with traumatized children with suspected acquired brain injury. *The Arts in psychotherapy*, 29(3), 159-172.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(2), 191-217.
- Μαντζιβής, Κ. (2000). *Αιμομιζία. Η Φρίκη στην Οικογένεια*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Μαρκοπούλου, Μ. Ε. (2006). Η διπλωματία των ανθρώπινων δικαιωμάτων στον 21ο αιώνα: συγκριτική προσέγγιση της δράσης των Ηνωμένων Εθνών και περιφερειακών οργανισμών. (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Αθήνα: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο.

- Martínez-Taboas, A., Dorahy, M., Sar, V., Middleton, W., & Krüger, C. (2013). Growing not dwindling: International research on the worldwide phenomenon of dissociative disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(4), 353-354.
- McCabe, R. A. (2008). Incest, drama and nature's law, 1550-1700. *Cambridge University Press*.
- McElroy, E., Shevlin, M., Elklit, A., Hyland, P., Murphy, S., & Murphy, J. (2016). Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *European journal of psychotraumatology*, 7.
- Meiselman, K. C. (1990). *Resolving the trauma of incest: Reintegration therapy with survivors*. New York: Jossey-Bass.
- Middleton, W. (2013). Parent-child incest that extends into adulthood: A survey of international press reports, 2007-2011. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(2), 184-197.
- Middleton, W., Stavropoulos, P., Dorahy, M. J., Krüger, C., Lewis-Fernández, R., Martínez-Taboas, A. & Brand, B. (2014). Institutional abuse and societal silence: An emerging global problem. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(1), 22-25
- Μουζακίτης, Χ., (1993). Η Κακοποίηση του Παιδιού και οι Επιπτώσεις στην Υγεία Του. *Περιοδικό Κοινωνική Εργασία*, 30, 94-100.
- Mrazek, P. B., & Bentovim, A. (1981). Incest and the dysfunctional family system. *Sexually abused children and their families*, 167-178.
- Νασιάκου, Μ. (2004). «Προσωπικότητα», στο Βοσνιάδου Σ. (επίμ.), *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*, Τόμος Β΄. Αθήνα: Gutenberg.
- Nexhipi, G. (1992). A structural analysis of the attitudes of those who sexually abuse children: Pedophilotypic, sexist or antisocial (Unpublished doctoral dissertation). University of Toronto, Toronto, Ontario.
- Ney, T. (2013). *True And False Allegations Of Child Sexual Abuse: Assessment & Case Management*. London: Routledge.

- Nuttman-Shwartz, O., Huss, E., & Altman, A. (2010). The experience of forced relocation as expressed in children's drawings. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 397-407.
- Okami, P., Weisner, T., & Olmstead, R. (2002). Outcome correlates of parent-child bedsharing: An eighteen-year longitudinal study. *Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23, 244-253.
- Olafson, E. (2011). Interpersonal traumatic events. Child sexual abuse: Demography, impact, and interventions. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 4, 8-21.
- Paine, M. L., & Hansen, D. J. (2002). Factors influencing children to self-disclose sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 271-295.
- Parsons, A. (2010). Is the Oedipus complex universal. *Psychological anthropology: A reader on self in culture*, 131-53.
- Πανούσης, Γ. (1990). *Σύγχρονα Θέματα Εγκληματολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πατούλη, Κ. (2008). Το Ψυχικό Τραύμα και η Μέθοδος EMDR. Μεταπτυχιακή Εργασία, Εργαστήριο Διερεύνησης Ανθρωπίνων Σχέσεων.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449-459.
- Pendergast, M. (1995). *Victims of memory: Incest Accusations and Shattered Lives*. London: Sage.
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, 19(1), 12-22.
- Pipe, M. E., Lamb, M. E., Orbach, Y., & Cederborg, A. C. (Eds.). (2013). *Child sexual abuse: Disclosure, delay, and denial*. Psychology Press.
- Priebe, G., & Svedin, C.G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents disclosures. *Child Abuse and Neglect*, 32, 1095-1108.

- Rachman, A. W. (2016). Psychoanalysis' neglect of the incest trauma. *The Budapest School of Psychoanalysis: The Origin of a Two-Person Psychology and Emphatic Perspective*, 164.
- Reagan, R. T. (Winter, 1999). Scientific consensus on memory repression and recovery. *Rutgers Law Review*, 12, 275–3111
- Reinisch, J. M., & Beasley, R. (1991). *The Kinsey Institute new report on sex*. Macmillan.
- Ρέτσικα, Α. Β. (2015). *Η πρακτική της αιμομιξίας στην οικογένεια*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Richardson, A. (2000). Rethinking romantic incest: Human universals, literary representation, and the biology of mind. *New Literary History*, 31(3), 553-572.
- Rief, W. Doering, B. K. (2012). Utilizing placebo mechanisms for dose reduction in pharmacotherapy. *Trends in pharmacological sciences*, 33(3), 165-172.
- Russell, D. E. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Sarid, O., & Huss, E. (2010). Trauma and acute stress disorder: A comparison between cognitive behavioral intervention and art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 37(1), 8-12.
- Saunders, B.E., Berliner, L. &Hanson, R.F. (2004). Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment. *Education and Treatment of Children*, 17, 182-196.
- Schachter, M., & Cotte, S. (1960). Medicopsychological and social study of incest, as seen in the perspective of child psychiatry. *Acta paedopsychiatrica*, 27, 139.
- Schetky, D. H., & Green, A. H. (2014). *Child Sexual Abuse: A Handbook for Health Care and Legal Professions*. US: Routledge.
- Schwab, J. J., Stephenson, J. J., & Ice, J. F. (1993). History of the Family. In *Evaluating Family Mental Health* (pp. 31-83). US: Springer.
- Shapiro, F., (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd edition)*. New York: Guilford Press.
- Sheinberg, M., & Fraenkel, P. (2001). *The relational trauma of incest*. New York: Guilford.

- Shor, E., & Simchai, D. (2009). Incest Avoidance, the Incest Taboo, and Social Cohesion: Revisiting Westermarck and the Case of the Israeli Kibbutzim1. *American journal of sociology*, *114*(6), 1803-1842.
- Sive, T. R. (2014). *Incest approached from a systematic perspective*. London: Sages
- Skiafe, S., & Huet, V. (Eds.). (1998). *Art psychotherapy groups: Between pictures and groups*. London: Routledge.
- Σπινέλλη, Κ. Δ., Τσήτσουρα, Α. (1996). *Κρατούμενοι και Δικαιώματα του ανθρώπου. Τόρμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου*. Αθήνα- Κομοτηνή: Σάκκουλα.
- Staller, K. M., & Nelson-Gardell, D. (2005). "A burden in your heart": Lessons of disclosure from female and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, *29*, 1415-1432.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, *16*(2), 79-101.
- Stroebe, S. S., O'keefe, S. L., Beard, K. W., Kuo, S. Y., Swindell, S. V., & Kommer, M. J. (2012). Father–daughter incest: Data from an anonymous computerized survey. *Journal of child sexual abuse*, *21*(2), 176-199.
- Studer, L. H., Clelland, S. R., Aylwin, A. S., Reddon, J. R., & Monro, A. (2000). Rethinking risk assessment for incest offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, *23*(1), 15-22.
- Szabo, D. (1982). Problems of Socio-Cultural Socialization and Integration: A Contribution to the Etiology of Incest. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *7*, 235.
- Theunissen, C. (2005). Sexual attachments: a theoretical psychoanalytic perspective on incest. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *19*(4), 259-278.
- Trepper, T. S., & Barrett, M. J. (2014). *Treating incest: A multiple systems perspective*. London: Routledge.
- Τσιάντης, Γ. (1993). *Ψυχική υγεία του παιδιού και της οικογένεια*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

- Τσιάντης, Γ. & Μανωλόπουλος, Σ. (1987) .“Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρική”, (3η έκδ.) Αθήνα: Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1990). *The characteristics of incestuous fathers* (pp. 231-255). U.S: Springer.
- Τσιγκρής, Α. (2000). «Δράστες και Θύματα Ενδοοικογενειακής Βίας. Ο Επίσημος Κοινωνικός Έλεγχος του Αιμομικτικού Βιασμού» στο Δασκαλάκη, Η., Παπαδοπούλου, Π., Τσαμπαρλή, Δ. και Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (επίμ.), *Εγκληματίες και Θύματα στο Κατόφλι του 21^{ου} Αιώνα: Αφιέρωμα στη Μνήμη του Ηλία Δασκαλάκη*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Turner, J. H., & Maryanski, A. (2015). *Incest: Origins of the taboo*. New York: Routledge.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub.
- Ventegodt, S. (2003). The life mission theory: a theory for a consciousness-based medicine. *Adolescence Medical Health, 15*(1), 89–91
- Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. (2003-α). Quality of life philosophy: when life sparkles or can we make wisdom a science. *The Scientific World Journal, 3*, 1160-1163.
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., & Merrick, J. (2003-β). Quality of life philosophy VI. The concepts. *The Scientific World Journal, 3*, 1230–1240.
- Ventegodt, S., Clausen, B., Langhorn, M., Kromann, M., Andersen, N.J., & Merrick, J. (2004). Quality of life as medicine III. A qualitative analysis of the effect of a five-day intervention with existential holistic group therapy: a quality of life course as a modern rite of passage. *The Scientific World Journal, 4*, 124–133. 27
- Ventegodt, S., Clausen, B., Omar, H. A., & Merrick, J. (2006). Clinical holistic medicine: Holistic sexology and acupressure through the vagina (Hippocratic pelvic massage). *The Scientific World Journal, 6*, 2066-2079.
- Wattenberg, E. (1985). In a different light: A feminist perspective on the role of mothers in father–daughter incest. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*.

- Weinberg, S. K. (1972). *Gravitation and cosmology: principles and applications of the general theory of relativity*. New York: Wiley.
- Westerlund, E. (1992). *Women's sexuality after childhood incest*. New York: Norton & Co.
- Westermarck, E. (1922). *The History of Human Marriage*. London: Stage.
- Widera-Wysoczańska, A. (2006). Incest risk factors in the family: A qualitative study. *Polish Journal of Applied Psychology*, 4, 7-29.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic books.
- Yates, A. (1982). Children eroticized by incest. *American Journal of Psychiatry*, 139(4), 482-485.
- Yontef, G. M. (1993). *Awareness, dialogue & process: essays on Gestalt therapy*. London: The Gestalt Journal Press.