

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Ο ρόλος των ερωτηματολογίων ανίχνευσης και της εξέτασης από
επαγγελματίες υγείας στην αναγνώριση της σεξουαλικής
κακοποίησης σε παιδιά και εφήβους: βιβλιογραφική ανασκόπηση

Ελένη Τσάνταλη

Αριθμός Μητρώου : 20190226

Ψυχολόγος

Επιβλέπουσα: Ελισάβετ Ανδρή, MD, PhD, Παιδίατρος-Εφηβική Ιατρική, Ακαδ. Υπότροφος,

Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας,

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

2022

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗΣ
ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική,
Νοσοκομείο "Π. & Α. Κυριακού", Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ελένη Τσάνταλη

Αριθμός Μητρώου : 20190226

Ψυχολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1^ο μέλος: Επιβλέπουσα: Ελισάβετ Ανδρή, MD, PhD, Παιδίατρος-Εφηβική Ιατρική, Ακαδ.

Υπότροφος, Τμήμα Δημόσιας και Κοινοτικής Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας,

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

2^ο μέλος: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική,

Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

3^ο μέλος: Φλώρα Μπακοπούλου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής

Ιατρικής, Ειδικό Κέντρο Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.), Α' Παιδιατρική Κλινική,

Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΤΟΠΟΣ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Ο ρόλος των ερωτηματολογίων ανίχνευσης και της εξέτασης από
επαγγελματίες υγείας στην αναγνώριση της σεξουαλικής κακοποίησης σε
παιδιά και εφήβους: βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	5
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
2. ΟΡΙΣΜΟΙ	5
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	10
4. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	13
5. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΥΤΗ	17
6. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ	19
7. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ	20
8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ	21
9. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ	24
10. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	28
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
ΣΚΟΠΟΣ	34
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	34
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ	37
ICAST	37
CTQ-CTQ-SF	41
ETI- ETI-SR-ETISF	43
ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ	45
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	48
ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ	50
ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	53
ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΜΑΤΙΑ	54
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	57
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	81

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ

Πίνακας 1 Περιγραφικά στοιχεία ερωτηματολογίων.	71
Πίνακας 2 Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων όπως προκύπτουν από τη βιβλιογραφία.	72
Πίνακας 3 Στοιχεία που είναι ενδεικτικά σεξουαλικής κακοποίησης και στοιχεία που δεν την επιβεβαιώνουν	74
Εικόνα 1 Διεθνής Βάση Δεδομένων για την παιδική Σεξουαλική Εκμετάλλευση από την Interpol.	75
Εικόνα 2 Ηλικία σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών παγκοσμίως	75
Εικόνα 3 Ποσοστά σεξουαλικά κακοποιημένων ανδρών στο Καμερούν, Ουγκάντα, Κένυα, Μοζαμβίκη, Γουατεμάλα, Σιέρρα Λεόνε και Ρουάντα 2005-2016	76
Εικόνα 4 Εικόνα 4 Ποσοστά κατά τα οποία το ανήλικο θέμα γνωρίζει τον θύτη.	77
Εικόνα 5 Εικόνα 5 Κράτη στα οποία ο γάμος με ανήλικο θεωρείται νόμιμος.	78
Εικόνα 6 Εικόνα 6 Θέσεις εξέτασης για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών.	79

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση επικεντρώνεται στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και στις μεθόδους διάγνωσης της. Στο γενικό μέρος, αρχικά, γίνεται μία αναφορά στα βασικά σημεία που αφορούν τη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών όπως και στα επιδημιολογικά περιγραφικά στοιχεία του φαινομένου των σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών παγκοσμίως, στην Ευρώπη και στην Ελλάδα.

Στη συνέχεια, αποσαφηνίζονται οι εκφάνσεις της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και εκμετάλλευσης. Επιπλέον, παρατίθενται στοιχεία σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει το φάσμα της παιδικής εκμετάλλευσης και βίας. Ακολουθεί η ανάλυση του προφίλ του θύτη αλλά και του θύματος και τονίζονται παράγοντες κινδύνου. Επίσης τονίζονται οι λόγοι που καθιστούν δύσκολη την αποκάλυψη και περιγράφονται οι επιπτώσεις της σε εγκεφαλικό, συμπεριφορικό και ψυχικό επίπεδο. Τέλος, γίνεται μία σύντομη αναφορά στους τρόπους διάγνωσης της κακοποίησης.

Στο ειδικό μέρος γίνεται ενδελεχής ανάλυση σε δύο από τις μεθόδους διάγνωσης της ταυτοποίησης: στα ερωτηματολόγια ανίχνευσης και στη σωματική εξέταση από επαγγελματίες υγείας με βάση συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA.

2. ΟΡΙΣΜΟΙ

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία ορίζει την σεξουαλική κακοποίηση ως «τη μη ηθελημένη σεξουαλική δραστηριότητα, με τη χρήση βίας από τους θύτες, με την ύπαρξη απειλών ή με την εκμετάλλευση θυμάτων που αδυνατούν να δώσουν συγκατάθεση» (Kazdin, 2000).

Ως παιδική σεξουαλική κακοποίηση ορίζεται οποιαδήποτε σεξουαλική πράξη ανάμεσα σε έναν ενήλικο και έναν ανήλικο είτε έχει τη μορφή εξαναγκασμού είτε όχι (Mathews & Collin-Vézina, 2019). Θεωρείται δεδομένο πως ο ανήλικος δεν μπορεί να συναινέσει στη σεξουαλική επαφή με έναν ενήλικο. Επίσης, υπάρχουν και περιπτώσεις που η σεξουαλική κακοποίηση συντελείται από κάποιον επίσης ανήλικο αλλά σε αυτή την περίπτωση τα δεδομένα αλλάζουν για κάθε κράτος. Στην κακοποίηση συμπεριλαμβάνεται είτε η διεισδυτική πράξη, είτε οποιοδήποτε είδος επαφής σεξουαλικού περιεχομένου, είτε απλά η θέαση σεξουαλικών πράξεων (Mathews & Collin-Vézina, 2019).

Η κακοποίηση μέσω επαφής ορίζεται από τη φύση του αγγίγματος. Συγκεκριμένα, θεωρείται κακοποίηση όταν ο θύτης αγγίζει το θύμα με ή χωρίς ρούχα για σεξουαλικό σκοπό, όταν

υπάρχει διείσδυση στην περιγεννητική ή τη στοματική περιοχή μέρους του σώματος του θύτη ή κάποιου αντικειμένου, όταν υπάρχει υποχρεωτική απόδοση του παιδιού και όταν υπάρχει εξαναγκαστικό άγγιγμα μέρους του σώματος ενός άλλου ατόμου από το παιδί (Kazdin, 2000).

Η σεξουαλική κακοποίηση χωρίς άγγιγμα περιλαμβάνει έκθεση του σώματος του ανηλίκου στο διαδίκτυο, σε άλλους ενηλίκους, αποπλάνηση, εκμετάλλευση, έκθεση του ανηλίκου σε εικόνες σεξουαλικού περιεχομένου και σε πορνογραφικό υλικό ή προσέγγιση του ανηλίκου με σκοπό την κακοποίηση (Kazdin, 2000).

Οι κυριότερες μορφές κακοποίησης είναι η σωματική σεξουαλική, η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση.

Ως «σωματική κακοποίηση» ορίζεται «ο τραυματισμός που είναι ασύμβατος με το ιστορικό, τον μηχανισμό κάκωσης και το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού». Σε σωματικά κακοποιημένα παιδιά συνήθως παρατηρούνται αναίτιοι μώλωπες, εκδορές, εγκαύματα, κατάγματα και κακώσεις. Η «συναισθηματική κακοποίηση» χαρακτηρίζεται από στέρηση ερεθισμάτων, εκφοβισμό, απομόνωση και μία γενικότερη έλλειψη ασφάλειας. Τέλος, «η παραμέληση» αφορά τόσο στη σωματική στέρηση φροντίδας (διατροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ένδυση) όσο και στη συναισθηματική στέρηση (έλλειψη επίβλεψης, έκθεση σε κινδύνους, εγκατάλειψη) (Dong et al., 2003).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, πως οι μορφές της κακοποίησης συνήθως αλληλοκαλύπτονται. Ένα παιδί που κακοποιείται σεξουαλικά μπορεί να φέρει σωματικές κακώσεις ενώ παράλληλα είναι δεδομένη η συναισθηματική του κακοποίηση. Αντίστοιχα, η παραμέληση συμβαίνει εφόσον το παιδί έχει εκτεθεί σε κίνδυνο και δεν έχουν καλυφθεί οι συναισθηματικές και σωματικές του ανάγκες. Επομένως, είναι απαραίτητο όταν γίνεται λόγος για κάποια μορφή κακοποίησης να λαμβάνονται υπόψη –τουλάχιστον σε διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο- και οι υπόλοιπες μορφές κακοποίησης.

Η ειδοποιός διαφορά της σεξουαλικής κακοποίησης από τη σωματική είναι η προσβολή της γενετήσιας ελευθερίας είτε άμεσα είτε έμμεσα. Η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση -στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων- είναι αλληλένδετες με τη σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση.

Οι τεχνολογικές και κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις φέρνουν στο προσκήνιο νέες μορφές σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, γεγονός που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως παράδοξο εφόσον γίνεται λόγος για «εξέλιξη».

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

SEX TRAFFICKING. Μία από αυτές τις μορφές η οποία παρουσιάζει αυξητική τάση τα τελευταία χρόνια είναι το sex trafficking. Το trafficking έχει συσχετιστεί σε μεγάλο βαθμό με την εκπόρνευση αλλά και τη μετανάστευση. Τα Ηνωμένα Έθνη ορίζουν το trafficking ως «πράξεις που περιλαμβάνουν την εξαναγκαστική κύηση, γάμο ή εκπόρνευση» (Vindhya & Ray, 2010).

Αν το trafficking θεωρείται μορφή σεξουαλικής κακοποίησης έχει συζητηθεί εκτενώς στο παρελθόν. Ήδη από το 1970 η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών έχει διαχωριστεί από την σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών με τη τελευταία να υποδηλώνει και κάποιου είδους κέρδος. Επιπλέον, λόγω του ευρέως φάσματος μορφών σεξουαλικής εκμετάλλευσης παιδιών σε συνδυασμό με τη χρήση νέων τεχνολογιών (διακίνηση εικόνων, βίντεο, παιδική πορνογραφία), πολλοί διαφοροποιούν την σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών από την παιδική κακοποίηση. Στην Αγγλία, το Τμήμα Εκπαίδευσης στον επίσημο οδηγό του (2017) τονίζει ότι η σεξουαλική εκμετάλλευση δεν πρέπει να διαχωριστεί από οποιαδήποτε άλλη μορφή κακοποίησης (Kelly & Karsna, 2017). Ένα απόσπασμα από τον οδηγό αναφέρει:

«Η σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών είναι ένα είδος σεξουαλικής κακοποίησης. Συμβαίνει όταν ένα άτομο ή μια ομάδα εκμεταλλεύεται την εξουσία της για εξαναγκασμό, χειρισμό ή εξαπάτηση ενός παιδιού ή ενός νεαρού ατόμου κάτω των 18 ετών σε σεξουαλική δραστηριότητα (α) σε αντάλλαγμα για κάτι που το θύμα χρειάζεται ή θέλει, και / ή (β) για το οικονομικό πλεονέκτημα ή την αυξημένη κατάσταση του δράστη ή του διαμεσολαβητή.» (Kelly & Karsna, 2017, σελ.5)

Παρόλα αυτά, επειδή πολλές φορές και η σεξουαλική κακοποίηση στηρίζεται στη διαφορά εξουσίας που έχει ο θύτης με το θύμα και σε πρακτικές αμοιβής και αποπλάνησης, υπάρχει δυσκολία στον ξεκάθαρο διαχωρισμό τους. Σε σχέση με το trafficking το οποίο θεωρείται μορφή σεξουαλικής παιδικής εκμετάλλευσης υπάρχει το ζήτημα της καταγωγής. Έχει υπάρξει αρκετή συζήτηση σε σχέση με το κατά πόσο το trafficking μπορεί να αποκοπεί από την έννοια της μετανάστευσης (Vindhya & Ray, 2010).

Ούτως ή άλλως, ο όρος trafficking αναφέρεται στη μετακίνηση (Howard & Lalani 2008) . Το «Πρωτόκολλο του Παλέρμο» ορίζει το trafficking ως «πρόσληψη, μεταφορά, παραμονή ή παραλαβή προσώπων, μέσω της απειλής ή της χρήσης βίας ή άλλων μορφών εξαναγκασμού, απαγωγής, απάτης, εξαπάτησης, κατάχρησης εξουσίας ή μιας θέσης ευπάθειας ή της παροχής ή λήψης πληρωμών ή παροχών για την επίτευξη της συγκατάθεσης ενός ατόμου που έχει τον

έλεγχο ενός άλλου ατόμου, για σκοπούς εκμετάλλευσης. Η εκμετάλλευση πρέπει να περιλαμβάνει, τουλάχιστον, την εκμετάλλευση της πορνείας άλλων ή άλλων μορφών σεξουαλικής εκμετάλλευσης...». Το πρωτόκολλο αναγνωρίζει όλα τα άτομα που έχουν υποστεί trafficking ως θύματα (Brayley & Cockbain, 2014).

Η Ενέργεια για τα Σεξουαλικά Αδικήματα (The Sexual Offences Act-SOA, 2003) στην Ενότητα 58 ορίζει το sex trafficking ως μορφή παιδικής εκμετάλλευσης που συμβαίνει είτε μέσα σε μία χώρα από την οποία δεν προέρχεται το θύμα είτε μέσα στην ίδια τη χώρα του θύματος (Firth, 2011).

Με το μεταναστευτικό κύμα να είναι στο απόγειό του τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως, η παιδική εκμετάλλευση για σεξουαλικούς λόγους είτε οριστεί ως trafficking είτε όχι, επίσημα λαμβάνεται ως μορφή σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης καθώς πληροί τις προϋποθέσεις για να θεωρηθεί ποινικά κολάσιμη πράξη που καταπατά και προσβάλλει την γενετήσια ζωή των παιδιών.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ ΜΕΣΩ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ. Τα τελευταία χρόνια έχει προκύψει ένας νέος όρος που αφορά σε εγκλήματα έναντι των παιδιών μέσω της χρήσης διαδικτύου, ο όρος «Κυβερνο-παιδο-εγκληματικότητα» (Cyber-pedo-criminality). Αυτός ο όρος αφορά στη σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών μέσω της χρήσης του διαδικτύου. Σε αυτό τον όρο περιλαμβάνεται τόσο η παιδική πορνογραφία όσο και το online grooming παιδιών, δηλαδή η προσέγγιση παιδιών μέσω του διαδικτύου κατά την οποία ο θύτης επιδιώκει την προσωπική συνάντηση για σεξουαλικούς λόγους (Roelofse & Potgieter, 2018) .

Όσον αφορά την παιδική πορνογραφία, στο βιβλίο του Posey «My Life as a Cyber Crime Fighter» (2005) αναφέρεται πως τουλάχιστον το 80% των ατόμων που χρησιμοποιούν την παιδική πορνογραφία είναι δυνητικοί θύτες και το 36% εξ αυτών πράγματι είχε προβεί σε σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Τι γίνεται όμως σε περιπτώσεις που δεν πραγματοποιείται κακοποίηση στον πραγματικό κόσμο και απλά ο θύτης αρέσκεται στη θέαση παιδικής πορνογραφίας στον εικονικό κόσμο; Σε αυτή την περίπτωση θεωρείται πράγματι σεξουαλική κακοποίηση; Ορισμένοι υποστηρίζουν πως η καταγραφή και η δημοσίευση σεξουαλικής πράξης με παιδιά οδηγεί σε δευτερογενή θυματοποίησή τους (Martin, 2014) .

Τότε, όμως, ο θύτης είναι αυτός που καταγράφει το παιδί ή ο διαδικτυακός αποδέκτης; Και τι ισχύει για τις περιπτώσεις που δεν πραγματοποιείται καμία πράξη σεξουαλικού περιεχομένου ανάμεσα σε θύτη και παιδί; Σύμφωνα με τον ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης η εκμετάλλευση των θυμάτων αποτελεί μέρος της κακοποίησης. Τα χαρακτηριστικά της παιδικής

πορνογραφίας και της διαδικτυακής θέασης εικόνων και βίντεο -είτε υπάρχει σεξουαλική πράξη είτε απλά έκθεση μερών του σώματος του παιδιού- περιλαμβάνουν τόσο την εκμετάλλευση για σεξουαλική ικανοποίηση όσο και την αδυναμία συγκατάθεσης από το θύμα. Μπορεί αυτού του είδους η κακοποίηση να μην έχει άμεσες σωματικές συνέπειες για το παιδί αλλά η θυματοποίησή του δεν αμφισβητείται. Σε τέτοια περιστατικά είναι απαραίτητη η δίωξη ηλεκτρονικού εγκλήματος και η περαιτέρω διερεύνηση έτσι ώστε να εξεταστεί το αν το εικονιζόμενο θύμα γνωρίζει ή έχει υπάρξει θύμα και άλλων σεξουαλικών πρακτικών.

CHILD GROOMING (ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΑΠΟΛΑΝΗΣΗ). Σύμφωνα με την National Society for the Prevention of Cruelty to Children το «grooming» αφορά την ανάπτυξη μιας σχέσης με απώτερο σκοπό τη χειραγώγηση ενός άλλου ατόμου. Στην περίπτωση της αποπλάνησης ανηλίκου (child grooming), αυτή η σχέση αφορά έναν ενήλικο κι έναν ανήλικο. Η διαδικτυακή αποπλάνηση ανηλίκου (online child grooming) περιλαμβάνει την προσέγγιση ενός ανηλίκου από έναν ενήλικο μέσω διαδικτύου με σκοπό την χειραγώγηση ή και την κακοποίησή του. Τα ποσοστά των περιπτώσεων παιδιών που έχουν προσεγγιστεί με αυτό τον τρόπο μέσω διαδικτύου παρουσιάζουν αυξητική τάση (Craven et al., 2006).

Σε έρευνα των Cano και των συνεργατών του, το 2014 διαπιστώθηκε ότι το 8% ανηλίκων ηλικίας 11-16 ετών προσεγγίστηκαν διαδικτυακά από κάποιον ενήλικο με μήνυμα σεξουαλικού περιεχομένου για το οποίο περίμεναν απάντηση (Cano et al., 2014). Η διαδικτυακή αποπλάνηση ανηλίκου θυμίζει οποιαδήποτε άλλη προσέγγιση χρησιμοποιεί ένας παιδόφιλος με τη διαφορά ότι η επικοινωνία συμβαίνει διαδικτυακά. Σύμφωνα με ψυχολόγους, ο θύτης και σε αυτή την περίπτωση προσπαθεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του παιδιού και έπειτα το προκαλεί σε σεξουαλικά παιχνίδια με διάφορους τρόπους. Σαν αποτέλεσμα το παιδί αισθάνεται συνένοχος και για αυτό μπορεί να αποφύγει την αποκάλυψη. Σαν τελικό στόχο ο θύτης έχει τη συνάντηση με το παιδί την οποία το παιδί δυσκολεύεται να αποφύγει (Cohen-Almagor, 2013).

.

Στην περίπτωση αυτή υπάρχει και η κατηγορία για αποπλάνηση ανηλίκου. Το «child grooming» θεωρείται μορφή κακοποίησης αδιαμφισβήτητα σε περιπτώσεις που καταλήγει σε συνάντηση αλλά μέσα από έρευνα της δίωξης ηλεκτρονικού εγκλήματος χρειάζεται να αξιολογηθεί και τι προηγείται της συνάντησης για να διευκρινιστεί αν υπήρξε ανταλλαγή μηνυμάτων σεξουαλικού περιεχομένου και διαδικτυακή εκμετάλλευση του ανηλίκου.

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα περιστατικά παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης παγκοσμίως υποδιαγιγνώσκονται. Συνήθως η κακοποίηση πραγματοποιείται από κάποιον ενήλικο στο οικογενειακό περιβάλλον ή από κάποιο άλλο παιδί (Elkin, 2020; Nikolaidis et al., 2018). Λόγω των μειωμένων ποσοστών αποκάλυψης της κακοποίησης η πραγματική επίπτωση του κάθε φαινομένου είναι δύσκολο να υπολογιστεί. Σε έκθεση του 2019 από τη Διεθνή Βάση Δεδομένων της Interpol για την Παιδική Σεξουαλική Εκμετάλλευση (International Child Sexual Exploitation) έγινε καταγραφή πάνω από 3800 ανήλικων θυμάτων ενώ συνολικά έχουν καταγραφεί 23.564 ανήλικα θύματα με στοιχεία από 64 χώρες (Εικόνα 1).

Η UNICEF (*Sexual Violence against Children*, 2021), αναφέρει ότι 1 στα 10 κορίτσια κάτω των 20 ετών έχουν κάποια στιγμή στη ζωή τους αναγκαστεί να προβούν σε σεξουαλικές πράξεις. Ταυτόχρονα ο διεθνής οργανισμός υπογραμμίζει ότι στην πλειοψηφία των περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης ο δράστης ήταν γνωστό στο παιδί πρόσωπο και ότι, επιπλέον, πολλά περιστατικά, τόσο με κορίτσια όσο και με αγόρια, δεν βγαίνουν ποτέ στην επιφάνεια. Οι θάνατοι ανηλίκων από σωματική κακοποίηση εντός της οικογένειας υπολογίζονται περίπου στους 41.000 ετησίως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2020).

Σύμφωνα με το Διεθνές Δίκτυο Βιασμών, Κακοποίησης και Αιμομιξίας (RAINN- Rape, Abuse & Incest National Network) κάθε 9 λεπτά παγκοσμίως προκύπτουν στοιχεία για την κακοποίηση ενός παιδιού. Μόνο το 2016, περίπου 57.329 παιδιά σε όλο τον κόσμο φαίνεται πως έχουν υπάρξει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης. Τα 2/3 των παιδιών είναι ηλικίας 12-17 ετών (Εικόνα 2) στα 9 κορίτσια και 1 στα 53 αγόρια έχουν βιώσει πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης από κάποιον ενήλικο. Το 82 % των θυμάτων είναι κορίτσια (Finkelhor et al., 2014).

Με βάση πρόσφατη έρευνα εκτιμάται πως η σεξουαλική κακοποίηση ανήλικων κοριτσιών παγκοσμίως κυμαίνεται από 8% έως 31% και των ανήλικων αγοριών 3% έως 17% (Vrolijk-Bosschaart et al., 2018). Εάν αναλογιστεί κανείς πως δύσκολα αποκαλύπτεται και ταυτοποιείται η κακοποίηση, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των αγοριών, πρόκειται για ποσοστά αρκετά υψηλά. Ενδεικτικά, στην έρευνα των Ortiz-Ospina και Roser (2017) βρέθηκε πως τα ποσοστά ανδρών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία από το 2005-2016 στο Καμερούν φτάνουν το 4%, στην Ουγκάντα και στην Κένυα το 2%, στη Γουατεμάλα και Μοζαμβίκη το 1%, στη Σιέρα Λεόνε το 0,04% και στη Ρουάντα το 0,01% (Εικόνα 3).

Το 2014, τα παιδιά που διερευνήθηκαν για πιθανότητα κακοποίησης (σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση) παγκοσμίως ήταν 3.260.523 και μέχρι το 2018 ο αριθμός αυξήθηκε στα 3.533.597. Ο αριθμός των παιδιών που ταυτοποιήθηκαν ως θύματα κακοποίησης το 2014 παγκοσμίως ήταν 675.429, το 2015, έτος κατά το οποίο σημειώθηκε και ο υψηλότερος αριθμός ταυτοποίησης περιπτώσεων κακοποίησης, ήταν 683.221 και το 2018 677.529 (Stedt & Milner, 2020).

Η.Π.Α.

Η Διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Ανθρώπινων Υπηρεσιών των Η.Π.Α. για Παιδιά, Νέους και Οικογένειες το 2018, ανέφερε αναλυτικά ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών αντλώντας στοιχεία από το Παγκόσμιο Σύστημα Δεδομένων Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης (NCANDS). Αναφέρεται πως το 7% των παιδιών κακοποιήθηκε σεξουαλικά το 2018 στις ΗΠΑ. Πιο αναλυτικά, με έρευνα σε 51 πολιτείες, το 2018 ταυτοποιήθηκαν 47.124 περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και σε έρευνα σε 27 πολιτείες ταυτοποιήθηκαν 741 περιπτώσεις sex trafficking παιδιών. Το 89.1% των περιπτώσεων sex trafficking παιδιών αφορούσε κορίτσια και το 10.4% αγόρια. Το 0.6% των παιδιών που κακοποιήθηκαν το 2018 σεξουαλικά δεν επιβίωσε (Stedt & Milner, 2020).

Σύμφωνα με το Κέντρο για τον Έλεγχο των Ασθενειών και την Πρόληψη (Center for Disease Control and Prevention-CDC) των ΗΠΑ το 2022, περίπου 1 στα 4 κορίτσια και 1 στα 13 αγόρια στην Αμερική έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά σε ηλικία κάτω των 18 ετών (*Fast Facts: Preventing Child Sexual Abuse*, 2022).

ΕΥΡΩΠΗ

Σε έρευνα στην Ευρώπη το 2014 (EU Fundamental Rights Agency (FRA) Survey) με 42.002 γυναίκες αναφέρεται πως κατά μέσο όρο το 12% είχε κακοποιηθεί σεξουαλικά κατά την παιδική ηλικία με τα υψηλότερα ποσοστά στη Γαλλία (20%), την Ολλανδία (20%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (18%).

Συνοπτικά αναφέρεται πως το 15% των κοριτσιών και το 5% των αγοριών κακοποιούνται σεξουαλικά πριν από τα 16 έτη (EU Fundamental Rights Agency (FRA) Survey, 2014). Σε δείγμα 35.324 γυναικών και ανδρών 16-59 ετών στην Αγγλία και Ουαλία δόθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών (Child and Adolescent Survivor Initiative-CASI). Το 7% είχε εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης, το 10 % των γυναικών και το 3% των ανδρών είχε εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης χωρίς διεύθυνση και το 3% των γυναικών και 1% των

ανδρών είχε εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης με διείσδυση. Φάνηκε πως σε περιπτώσεις που υπήρξε σεξουαλική κακοποίηση με διείσδυση το 5% από τα θύματα ανέφερε πως αυτό έγινε πριν από την ηλικία των 4 ετών, ενώ το υψηλό ποσοστό του 73% ανέφερε πως αυτό ξεκίνησε σε ηλικία 13 ετών, με το 21% να συνεχίζει να το υφίσταται μέχρι και τρία χρόνια μετά (Flateley, 2016).

Ο Οργανισμός Παρακολούθησης του Διαδικτύου (Internet Watch Foundation-IWF) με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρει πως το 2021 ήταν η χρονιά με το υψηλότερο ποσοστό σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών μέσω διαδικτύου με 182.000 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις από τις οποίες οι 27.000 αφορούσαν ανηλίκους επτά έως 10 ετών (*Three-Fold Increase of Abuse Imagery of 7–10-Year-Olds as IWF Detects More Child Sexual Abuse Material Online than Ever Before*, 2022).

ΒΑΛΚΑΝΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Η Becan Study (Nikolaidis et al., 2018) πραγματοποιήθηκε σε 9 Βαλκανικές χώρες και συγκεκριμένα την Αλβανία, Βοσνία- Ερζεγοβίνη, Βουλγαρία, Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία, ΦΥΡΟΜ, Ελλάδα, Ρουμανία, Σερβία και Τουρκία. Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει τα ποσοστά περιπτώσεων έκθεσης σε διάφορα είδη βίας σε παιδιά 11 έως 16 ετών και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ICAST-C. Το δείγμα προήλθε από σχολεία γενικού πληθυσμού και η πρόσβαση δόθηκε από τα γραφεία Στατιστικής και Αρχών της Εκπαίδευσης. Από το αρχικό δείγμα των 63.250 παιδιών τελικά το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 42.194 παιδιά. Η μελέτη αναφέρει το ποσοστό 76% για έκθεση σε σωματική βία, 83% για έκθεση σε ψυχολογική βία, 15% για έκθεση σε σεξουαλική βία και 37% για παραμέληση. Αξίζει να σημειωθεί πως αυτές οι μορφές βίας σχεδόν πάντα αλληλοκαλύπτονται. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα 1/12 έως 1/6 στα παιδιά έχουν εκτεθεί σε πράξεις σεξουαλικού περιεχομένου και 1/20 έως 1/10 έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά τα προηγούμενα χρόνια. Μάλιστα, στις περισσότερες χώρες τα ποσοστά των αγοριών είναι περίπου ίσα με των κοριτσιών ενώ στην Ελλάδα, την Αλβανία, τη Βοσνία- Ερζεγοβίνη, τη Σερβία, το FYROM και τη Ρουμανία, τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης αγοριών είναι υψηλότερα από των κοριτσιών.

ΕΛΛΑΔΑ

Η BECAN STUDY (Nikolaidis et al., 2018) αναφέρει πως στην Ελλάδα τα προηγούμενα έτη το 15,86 % των μαθητών είχε υποστεί σεξουαλική βία και το 7.6% είχε υποστεί σεξουαλική βία με επαφή.

Εκτός από την παραπάνω έρευνα έχουν υπάρξει κι άλλες πηγές πληροφόρησης για τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών στην Ελλάδα.

Το 2017 στο «Χαμόγελο του Παιδιού» σημειώθηκαν 848 καταγγελίες για 1.186 παιδιά. Το 0,5% από αυτές τις περιπτώσεις αφορούσε πιθανή σεξουαλική κακοποίηση. Αν και το 2018 η Εθνική Γραμμή SOS 1056 του «Χαμόγελου» έλαβε μόνο 4 τηλεφωνήματα για περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών φαίνεται πως αυτό σχετίζεται περισσότερο με την αδυναμία αποκάλυψης παρά με τα μειωμένα ποσοστά.

Σε έρευνα του ΑΠΘ για τα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών στην Ελλάδα συμμετείχαν 229 παιδιά ηλικίας κατά μέσο όρο 11, 25 ετών που υπέστησαν σεξουαλική κακοποίηση στην δεκαετία 2005-2015. Το δείγμα προήλθε από καταγγελίες που έγιναν στη Θεσσαλονίκη στο πλαίσιο έρευνας της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΑΠΘ. Το 49,8% των θυμάτων ήταν 13-18 ετών, το 36,3% ήταν ηλικίας 6 έως 12 ετών και το 13,9% παιδιά 5 ετών και μικρότερα (Αντωνιάδου, 2017) .

4. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Τα σημαντικότερα κείμενα διεθνών συμβάσεων που αναφέρονται στην προστασία των παιδιών από κάθε μορφής κακοποίηση είναι η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού και το προαιρετικό πρωτόκολλο της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού που αφορά στην εμπορία παιδιών και την παιδική πορνογραφία

ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΟΗΕ (1989)

Είναι ένα σύνολο από άρθρα, τα οποία έχουν βασιστεί στην Παγκόσμια Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου με σκοπό τη νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων του παιδιού και του εφήβου. Αποτελείται από 54 άρθρα που αφορούν ένα ευρύ φάσμα μέτρων προστασίας του παιδιού. Τα κράτη που έχουν υπογράψει την Σύμβαση είναι υποχρεωμένα να εφαρμόζουν τις διατάξεις της χωρίς διακρίσεις σε φύλο, θρησκεία, γλώσσα και καταγωγή (άρθρο 2). Ενδεικτικά τα κράτη είναι υποχρεωμένα:

- Να σέβονται το δικαίωμα και το καθήκον της οικογένειας ή της κοινότητας να καθοδηγεί το παιδί κατά την άσκηση των δικαιωμάτων του. (άρθρο 5)
- Να αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού στη ζωή και την ανάπτυξή του. (άρθρο 6)
- Να σέβονται το δικαίωμα του παιδιού να διατηρεί την ταυτότητά του. (άρθρο 8)
- Να μεριμνούν ώστε να μην αποχωρίζεται το παιδί τους γονείς του, εκτός από περιπτώσεις κακομεταχείρισης ή παραμέλησης. (άρθρο 9)

- Να εγγυώνται την ελεύθερη έκφραση της γνώμης του παιδιού για οποιοδήποτε θέμα το αφορά, λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις του. (άρθρο 12)
- Να σέβονται το δικαίωμά του για ελευθερία έκφρασης, σκέψης, συνείδησης και θρησκείας. (άρθρα 13, 14)
- Να σέβονται το δικαίωμα του παιδιού για ιδιωτική ζωή. (άρθρο 16)
- Να εξασφαλίζουν ότι και οι δύο γονείς είναι υπεύθυνοι για την ανατροφή του παιδιού τους. (άρθρο 18)
- Να προστατεύουν το παιδί από κάθε μορφής βία, εγκατάλειψη, παραμέληση και κακοποίηση. (άρθρο 19)
- Να μεριμνούν για τα δικαιώματα του παιδιού στην περίπτωση απομάκρυνσης από την οικογένεια του για λόγους προστασίας δικής του. (άρθρα 20, 21)
- Να παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για το παιδί πρόσφυγα. (άρθρο 22)
- Να διασφαλίζουν αξιοπρεπή διαβίωση για τα παιδιά με πρόβλημα αναπηρίας. (άρθρο 23)
- Να εξασφαλίζουν ότι κανένα παιδί δεν στερείται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και ασφάλισης. (άρθρα 24, 26)
- Να αναγνωρίζουν στο παιδί το δικαίωμά του για ίσες ευκαιρίες στην εκπαίδευση. (άρθρο 28)
- Να σέβονται τα δικαιώματα των παιδιών που ανήκουν στις μειονότητες. (άρθρο 30)
- Να αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού για παιχνίδι, ψυχαγωγία και ελεύθερο χρόνο. (άρθρο 31)
- Να προστατεύουν το παιδί από την οικονομική και σεξουαλική εκμετάλλευση κι από την άσκηση κάθε μορφής βίας, κακοποίησης, παραμέλησης. (άρθρα 32, 34, 35, 36, 19)
- .
- Να φροντίζουν ώστε να μην υποβάλλεται κανένα παιδί σε βασανιστήρια, ισόβια κάθειρξη ή θανατική ποινή. (άρθρο 37)
- Να προάγουν τη θέσπιση νόμων, θεσμών και διαδικασιών, εφαρμοζόμενων ειδικώς στα παιδιά που είναι ύποπτα ή κατηγορούμενα για παραβατική πράξη. (άρθρο 40)
- Να λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα ώστε οι αρχές και οι διατάξεις της Σύμβασης να γίνουν ευρέως γνωστές, τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά. (άρθρο 42)

Όπως επίσης ορίζει η Σύμβαση ακόμα και επαγγελματίες όπως δάσκαλοι, γιατροί κ.α. υποχρεούνται από το νόμο να αναφέρουν υποψία για κακοποίηση παιδιού στις αρμόδιες αρχές

για περαιτέρω διερεύνηση. Μάλιστα, αναφέρεται πως η ταυτότητα του ατόμου που καταγγέλλει κακοποίηση προστατεύεται από το νόμο.

Επιπρόσθετα, κάθε ειδικός που ασχολείται με την παιδική κακοποίηση έχει την υποχρέωση:

- Να διαθέτει αντίγραφο της Σύμβασης.
- Να αναφέρει τα άρθρα της Σύμβασης που παραβιάζονται σε αναφορές και εκθέσεις.
- Να καθοδηγεί τόσο το παιδί όσο και τους γονείς ως προς τα δικαιώματα του παιδιού.
- Να μην παραβιάζει τα δικαιώματα ο ίδιος τα δικαιώματα του παιδιού.

Αν και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν προτιμάται η απομάκρυνση του παιδιού από το οικογενειακό του περιβάλλον, όταν υπάρχει άμεσος κίνδυνος βλάβης του παιδιού, όπως στις περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης, ο νόμος ορίζει αρχικά την προσωρινή απομάκρυνση του παιδιού και έπειτα από νόμιμες διαδικασίες και εφόσον αποδειχθεί κίνδυνος για τον ανήλικο η μόνιμη απομάκρυνση από τους φροντιστές του.

Το ποιος τελικά θα καταγγείλει κακοποίηση και το κατά πόσο οι αρχές θα προχωρήσουν σε περαιτέρω διερεύνηση διαφέρει από κράτος σε κράτος. Στην Αυστραλία η αναφορά για σεξουαλική κακοποίηση απαιτείται μόνο από εκπαιδευτικούς, γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες και αστυνομικούς. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι υποχρεωτική για την αναφορά η ιατρική εξέταση (Mathews et al., 2010) .

ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η κατώτατη ηλικία για συναίνεση σε σεξουαλικές πράξεις είναι το 15ο έτος.

Υπάρχει μία σειρά νόμων και διατάξεων στο πλαίσιο των οποίων εξασφαλίζονται νομικά τα δικαιώματα των παιδιών και ποινικοποιείται οποιαδήποτε εκμετάλλευσή τους. Ενδεικτικά:

Άρθρο 8 του Νόμου 3500/2006: «Βιασμός και κατάχρηση σε ασέλγεια»:

- 1) Κάθειρξη για κάποιον που με σωματική βία ή απειλή υποχρεώνει άλλον σε εξώγαμη συνουσία ή σε ανοχή ή απόπειρα ασελγούς πράξης. Ασελγής πράξη θεωρείται «κάθε ενέργεια που ανάγεται στη γενετήσια σφαίρα, προσβάλλει το κοινό αίσθημα της αιδούς και των ηθών και κατευθύνεται στην ικανοποίηση ή διέγερση της γενετήσιας επιθυμίας»
- 2) Κάθειρξη τουλάχιστον δέκα ετών σε περίπτωση που το παραπάνω έγινε από δύο ή περισσότερα άτομα.

Άρθρο 337 «Προσβολή της γενετήσιας αξιοπρέπειας» :

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

- 1) Φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή χρηματική ποινή για ασελγείς πράξεις, χειρονομίες ή πρόταση αυτών με αποτέλεσμα την προσβολή της αξιοπρέπειας της γενετήσιας ζωής.
- 2) Φυλάκιση τριών μηνών μέχρι δύο ετών όταν το παραπάνω αφορά άτομο νεότερο από 12 ετών.

Άρθρο 339 : «Αποπλάνηση παιδιών»:

- 1α) Κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών για ασελγή πράξη σε παιδί κάτω των 10 ετών
- 1β) Κάθειρξη μέχρι 10 ετών για ασελγή πράξη σε παιδί 10 έως 13 ετών.
- 1γ) Φυλάκιση για ασελγή πράξη σε παιδί από 13 έως 15 ετών
- 2) Δυνατότητα επιβολής μόνο αναμορφωτικών μέτρων για ασελγή πράξη σε παιδί 13 έως 15 ετών από άτομο που δεν έχει συμπληρώσει τα 17 έτη.
- 3) Αν στα παραπάνω έχει τελεστεί γάμος δεν ασκείται ποινική δίωξη. Το τελευταίο αναιρείται με ακύρωση του γάμου.

Άρθρο 11 παρ. 3 του Νόμου 3500/2006: «Ποινική διαμεσολάβηση»:

Υπεύθυνοι για ποινική διαμεσολάβηση είναι ο αρμόδιος εισαγγελέας ανηλίκων και το άτομο που έχει την επιμέλεια σε περίπτωση που δεν υπάρχει υποψία για τέλεση ασελγούς πράξης από αυτό. Αν το παιδί έχει συμπληρώσει τα 14 έτη μπορεί να παρίσταται στην ποινική διαδικασία.

Άρθρο 342 : «Κατάχρηση ανηλίκων σε ασέλγεια»:

- 1α) Κάθειρξη τουλάχιστον 10 ετών για ασελγείς πράξεις σε ανήλικο από ενήλικο που επιβλέπει ακόμα και προσωρινά τον ανήλικο ο οποίος είναι κάτω από 14 ετών
- 1β) Κάθειρξη για ασελγείς πράξεις σε ανήλικο από ενήλικο που επιβλέπει ακόμα και προσωρινά τον ανήλικο ο οποίος είναι 14 έως 17 ετών.
- 2) Το παραπάνω αφορά α) οικείους , β) πρόσωπο που συνοικεί με τον ανήλικο ή διατηρεί φιλικές σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον γ) εκπαιδευτικούς, παιδαγωγούς, γυμναστές κ.α., δ) πρόσωπο που δέχεται τις υπηρεσίες του παιδιού ε) κληρικό με τον οποίο ο ανήλικος διατηρεί πνευματική σχέση, στ) ψυχολόγους, ιατρούς κ.α.
- 3) Φυλάκιση έξι μηνών για χειρονομίες, προτάσεις, εξιστόρηση, απεικόνιση κ.α. που αφορούν τη γενετήσια ζωή από ενήλικο σε ανήλικο και αν η πράξη τελείται επαναλαμβανόμενα με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών.

Άρθρο 349 «Μαστροπεία»:

1) Φυλάκιση εννέα μηνών μέχρι τριών ετών και χρηματική ποινή, για προαγωγή πορνείας και διαφθορά ανήλικων προσώπων αν δεν υπάρχει περίπτωση να τιμωρηθεί για άλλη βαρύτερη αξιόποινη πράξη.

2) Ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός έτους και χρηματική ποινή αν το έγκλημα τελέστηκε: εναντίον προσώπου νεότερου από 16 ετών με απατηλά μέσα και από συγγενικό πρόσωπο.

Ιδιαίτερα σημαντική διάταξη που αφορά μία αναδυόμενη μορφή σεξουαλικής κακοποίησης είναι το άρθρο 348B του ΠΚ που αφορά στην προσέλκυση παιδιών για σεξουαλικούς λόγους (child grooming). Συγκεκριμένα το άρθρο αναφέρει πως:

«Όποιος με πρόθεση, μέσω πληροφοριακών συστημάτων, προτείνει σε ανήλικο που δεν συμπλήρωσε τα δεκαπέντε έτη, να συναντήσει τον ίδιο ή τρίτο, με σκοπό τη διάπραξη σε βάρος του ανηλίκου των αδικημάτων των άρθρων 339 παράγραφοι 1 και 2 ή 348Α, όταν η πρόταση αυτή ακολουθείται από περαιτέρω πράξεις που οδηγούν σε μία τέτοια συνάντηση, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) ετών και χρηματική ποινή πενήντα χιλιάδων

έως διακοσίων χιλιάδων ευρώ» .

Ο ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ. Στην Ελλάδα υπάρχει και ο Συνήγορος του Παιδιού (2003) με βασικό έργο την προώθηση, τον σεβασμό και την τήρηση των δικαιωμάτων του παιδιού. Έτσι, ο Συνήγορος του Παιδιού, με γνώμονα τις Διεθνείς Συμβάσεις του ΟΗΕ εντοπίζει και διερευνά περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. Αν και υπό κανονικές συνθήκες χρειάζεται επίσημη αναφορά για την παρέμβασή του σε περιστατικά κακοποίησης μπορεί να δράσει και αυτεπάγγελα (Εξάρχου & Θεμελή, 2017). Παιδική κακοποίηση και νοσηλευτικές παρεμβάσεις..

Άλλη αρμοδιότητα του Συνηγόρου του Παιδιού είναι η καθοδήγηση των ίδιων των παιδιών και των γονέων σχετικά με τα δικαιώματά τους.

5. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΥΤΗ

Έρευνες υποστηρίζουν ότι η ηλικία του θύτη δεν έχει σημασία στη συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών (Allen & Pothast, 1994). Αυτό που φαίνεται, ωστόσο, να παίζει ρόλο είναι το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του θύτη καθώς σε παλαιότερη βιβλιογραφία αναφέρεται πως τα άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει την υποχρεωτική φοίτηση σε σχολεία και οι άνεργοι είναι πιο πιθανό να κακοποιήσουν σεξουαλικά ένα παιδί. Το

παραπάνω προφίλ, ωστόσο, τείνει να μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια όπου οι θύτες είναι συχνά επιφανείς πολίτες, με υψηλή μόρφωση και με εξαιρετικές λεκτικές και νοητικές ικανότητες. Το τελευταίο ενισχύεται περαιτέρω από την εικόνα ενός θύτη που κατέχει εξουσία, θεωρεί πως δεν έχει όρια και δεν έχει μάθει να δέχεται την απόρριψη (DeMarco et al., 2018).

Επίσης, φαίνεται ο θύτης να είναι συνήθως άντρας (Freel, 2003). Σε έρευνα που ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2016 στην Αγγλία και την Ουαλία φάνηκε πως ο θύτης ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό κάποιος γνωστός της οικογένειας (27%) (Flatley, 2016). Περίπου το 90% των περιπτώσεων τα παιδιά γνωρίζουν το θύτη (Εικόνα 4) (Snyder, 2000).

Ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του θύτη φαίνεται πως δεν υπάρχει διαφορά ως προς την αρρενωπότητά του, αν και φαίνεται να έχει περισσότερη ανάγκη για συναισθηματική κάλυψη ενώ ως προς το ιστορικό του είναι πιθανό να έχει υποστεί και ο ίδιος κακοποίηση, να κάνει χρήση ναρκωτικών και να έχει ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένειά του (Craissati et al., 2002; Pothast & Allen, 1994).

Συχνότερα ο θύτης διαπράττει την κακοποίηση πρώτη φορά όταν είναι στην εφηβεία. Αυτό ίσως θα μπορούσε να εξηγηθεί λόγω των έντονων ορμονικών μεταβολών, τις πολλές ψυχολογικές μεταπτώσεις και της αίσθησης παντοδυναμίας που έχει ο έφηβος. Φυσικά, δεν γίνονται όλοι οι έφηβοι σεξουαλικοί παραβάτες καθώς χρειάζεται να υπάρχει ένα υπόβαθρο, ωστόσο, φαίνεται πως η πυροδότηση της συμπεριφοράς αυτής συμβαίνει συχνότερα σε εκείνη την αναπτυξιακή περίοδο (Smallbone & Wortley, 2001).

Επιπλέον, πολύ συχνά οι θύτες διαγιγνώσκονται και με παραφυλίες όπως είναι ο σαδομαζοχισμός και η επιδειξιμανία. Ένα μεγάλο ποσοστό των θυτών αναφέρει σεξουαλική δυσλειτουργία ή σεξουαλική υπερδιέγερση (Smallbone & Wortley, 2001). Ως προς τον σεξουαλικό προσανατολισμό, σε έρευνα του 2001 από το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Εγκληματολογίας αναφέρεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό θυτών που έχουν κακοποιήσει παιδί εντός οικογένειας είναι ετεροφυλόφιλοι (94.9%) ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ομοφυλόφιλους είναι μόλις 2.5%. Παρόλα αυτά, τα παραπάνω ποσοστά αναφέρονται στο πώς αξιολόγησαν οι ίδιοι οι θύτες (n=182) τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται πως οι θύτες είχαν ιστορικό κάποιας βίαιης επίθεσης σε βάρος τους σε ποσοστό 61.6% για εκείνους που κακοποίησαν κάποιο παιδί εντός της οικογένειας, 60% για εκείνους που κακοποίησαν κάποιο παιδί εκτός της οικογένειας και 69% για τον μεικτό τύπο θύτη. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση του

θύτη τα αποτελέσματα της πλειοψηφίας των ερευνών δείχνουν πως δεν είναι παντρεμένος ή έχει προβλήματα στο γάμο του (Smallbone & Wortley, 2001).

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να δίνεται έμφαση και στο προφίλ της γυναίκας ως θύτη. Σε ανασκόπηση του 2019 αναφέρεται πως η ηλικία της γυναίκας-θύτη κυμαίνεται μεταξύ 26 και 36 ετών με χαμηλό οικονομικό εισόδημα και μη επαρκή επαγγελματικά προσόντα και με ιστορικό κακοποίησης κάθε μορφής κατά την παιδική ηλικία. Τέλος, και σε αυτή την περίπτωση παρατηρούνται ψυχικές διαταραχές, χρήση ουσιών και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Tozdan et al., 2019).

Αρκετά ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι οι θύτες πολλοί συχνά εμπλέκονται και σε κατοχή παιδικής πορνογραφίας. Με βάση τη βιβλιογραφία περίπου το 1/3 με 1/5 των κατόχων παιδικής πορνογραφίας έχουν ιστορικό συλλήψεων για παιδική κακοποίηση (Wortley & Smallbone, 2006). Τέλος, φαίνεται πως το άτομο που κατέχει παιδική πορνογραφία έχει παρόμοια χαρακτηριστικά με το θύτη σεξουαλικής κακοποίησης όπως για παράδειγμα διαταραχές διάθεσης, κοινωνικά ελλείμματα και ιστορικό κακοποίησης ως θύμα σε ποσοστό 11 έως 26% (McCarthy, 2010 ; Webb et al., 2007).

6. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ

Όπως αναφέρθηκε η ηλικία των παιδιών που κακοποιούνται συχνότερα κυμαίνεται μεταξύ 12-17 ετών. Τα ποσοστά αναφορών κακοποίησης είναι πιο υψηλά στα κορίτσια αν και φαίνεται πως η αποκάλυψη είναι λιγότερη συχνή στα αγόρια. Στην έρευνα των Wortley και Smallbone (2001) αναφέρθηκαν 1010 περιπτώσεις παιδιών που κακοποιήθηκαν σεξουαλικά έστω και μία φορά από 169 συμμετέχοντες. Από αυτά τα 748 ήταν αγόρια και τα 262 κορίτσια. Τα ποσοστά αναμένεται να είναι ακόμα μεγαλύτερα με δεδομένο ότι η αποκάλυψη είναι λιγότερο συχνή στα αγόρια. Αν και δεν προσδιορίζεται το φύλο του θύτη, σε συνδυασμό με τα ποσοστά ομοφυλόφιλων θυτών στην ίδια έρευνα (2.5%) και με δεδομένο ότι υπάρχουν λιγότερες πληροφορίες για θύτες-γυναίκες γεννιούνται ερωτήματα σε σχέση με το κατά πόσο το φύλο του θύματος έχει σημασία και αν πραγματικά συνδέεται με τον σεξουαλικό προσανατολισμό του θύτη. Ωστόσο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός βασίστηκε σε αυτοαναφορές των συμμετεχόντων.

Τα παιδιά μεταναστών και αфроαμερικανικής καταγωγής είναι πιο πιθανό να κακοποιηθούν σεξουαλικά. Επίσης, τα παιδιά οικογενειών χαμηλού κοινωνικοοικονομικού εισοδήματος ή μορφωτικού επιπέδου έχουν περισσότερες πιθανότητες να πέσουν θύματα κακοποίησης . Παιδιά που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών ή αλκοόλ, συμπεριφορικά προβλήματα,

εναντιωματική συμπεριφορά ή κάποιου είδους σωματική ή νοητική αναπηρία πέφτουν συχνότερα θύματα σεξουαλικής κακοποίησης (Dubowitz et al., 2011) .

Σε άλλες έρευνες αναφέρεται πως η χαμηλή αυτοπεποίθηση του θύματος και η ευαλωτότητα είναι αυτά που τελικά καθορίζουν την επιλογή του θύτη (Gil-Llario et al., 2020; Saunders & Lansdell, 2020). Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως όταν ο θύτης αντιλαμβάνεται ότι το παιδί ενδεχομένως δεν θα προβάλει αντίσταση και είναι εύκολα χειραγωγήσιμο είναι πιο πιθανό να υπάρξει κακοποίηση. Το παραπάνω, ωστόσο, είναι ένα υπό συζήτηση εύρημα καθώς εξ ορισμού ένα παιδί είναι πιο αδύναμο συγκριτικά με έναν ενήλικο. Επιπλέον, δημιουργείται ο κίνδυνος να υπάρξει έμμεση κατηγορία για το θύμα το οποίο δεν κατάφερε να αντισταθεί και να διεκδικήσει τα δικαιώματά του λόγω προσωπικότητας. Για αυτό το λόγο, στην πλειοψηφία των ερευνών δίνεται έμφαση σε δημογραφικά, κοινωνικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά του θύματος και όχι στην ψυχοσύνθεσή του.

Σε σχέση με τα παιδιά-θύματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης και το sex trafficking υπάρχει περιορισμένη βιβλιογραφία ως προς τα χαρακτηριστικά τους. Και σε αυτή την περίπτωση τα θύματα έχουν ιστορικό κακοποίησης και στις 4 μορφές, παραβατικές συμπεριφορές, χρήση ουσιών και χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Varma et al., 2015) .

7. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ

Το μορφωτικό επίπεδο των γονέων συνδέεται με μια σειρά από άλλους παράγοντες όπως το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και τις συνθήκες διαβίωσης που φαίνεται να σχετίζονται με τα ποσοστά αυτοεκτίμησης των παιδιών. Σε πιο πρόσφατη έρευνα (Gwirayi, 2012) αναφέρεται πως σε οικογένειες στις οποίες οι μητέρες έχουν φοιτήσει μόνο στο δημοτικό είναι πιθανό να υπάρχει σεξουαλική παιδική εκμετάλλευση. Σε κάποιες έρευνες υποστηρίζεται πως το επάγγελμα του γονέα σχετίζεται με την πιθανότητα κακοποίησης του παιδιού (Black et al., 2001; Elbedour et al., 2006) και σε άλλες όχι (Chen et al., 2004; Chen et al., 2006).

Επιπλέον, γυναίκες που έγιναν μητέρες σε νεαρή ηλικία είναι πιο πιθανό να έχουν παιδιά που έχουν πέσει θύματα κακοποίησης αν και δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με τον αριθμό των παιδιών που υπάρχουν σε μία οικογένεια (Zhou et al., 2006).

Ο γονεϊκός δεσμός και η συναισθηματική εγγύτητα σχετίζονται με μειωμένες πιθανότητες σεξουαλικής θυματοποίησης ενός παιδιού, ενώ σε οικογένειες που υπάρχει βία μεταξύ γονέων υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (Benedict & Zautra, 1993).

Η χρήση ουσιών από γονείς φαίνεται επίσης να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα παιδικής κακοποίησης (Chaffin et al., 2002; Connell et al., 2007; Ondersma, 2002). Σε έρευνα του 1997 αναφέρεται πως η χρήση κοκαΐνης κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται με 6.5 αυξημένη πιθανότητα παιδικής κακοποίησης (Leventhal et al., 1997). Σε μονογονεϊκές οικογένειες αν και σε κάποιες έρευνες έχει βρεθεί πως υπάρχει αυξημένη πιθανότητα σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης δεν υπάρχει αναφορά σε σεξουαλική κακοποίηση (Dubowitz et al., 1987).

Σε μετανάλυση του 2019 που βασίστηκε σε 72 έρευνες αναφέρονται 765 παράγοντες κινδύνου κακοποίησης. Ανάμεσά τους οι σημαντικότεροι παράγοντες σχετίζονταν με ιστορικό θυματοποίησης και την ύπαρξη προηγούμενου περιστατικού κακοποίησης στο παιδί ή σε κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας, ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας ανάμεσα στους γονείς, μη ποιοτική επικοινωνία ανάμεσα στον γονέα και το παιδί, μη παραδοσιακές μορφές οικογένειας και ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στο παιδί ή στον γονέα. Αυτό που είναι δύσκολο σε σχέση με το παραπάνω είναι να εντοπιστεί αν η ψυχοπαθολογία αυξάνει τον κίνδυνο σεξουαλικής κακοποίησης ή αν η σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται με συχνότερη εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Asink et al., 2019) .

8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ

Με βάση τη βιβλιογραφία πιο συχνά αποκρύπτεται παρά αποκαλύπτεται ένα περιστατικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Ενδεικτικά, τα ποσοστά της μη αποκάλυψης σεξουαλικής κακοποίησης σε κορίτσια φτάνουν το 92% (Bagley & Ramsey, 1986; Faller, 2004) και σε αγόρια το 100% (Collings, 1995; Johnson & Shrier, 1985).

Στη BECAN STUDY σε 9 βαλκανικές χώρες φαίνεται πως το 50 –70% των θυμάτων αποκαλύπτουν. Το 50% καθυστερούν κατά μέσο όρο 2-3 χρόνια και πάνω από 50% αποκαλύπτουν κατά την ενήλικη ζωή. Αυτό διότι τα νεαρότερα παιδιά είναι συχνά δεμένα με τον θύτη και εύκολα χειραγωγήσιμα. Μάλιστα, όπως προαναφέρθηκε, το 90% των περιπτώσεων των παιδιών που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση γνωρίζει το θύτη (Snyder, 2000). Το 4% –22% των παιδιών που τελικά αποκαλύπτουν την κακοποίηση ανακαλεί έπειτα από την αντίδραση της οικογένειας ή την επώδυνη διαδικασία της ταυτοποίησης (Nikolaidis et al., 2018).

Οι Finklehor και συνεργάτες (2001) ανέπτυξαν ένα μοντέλο δύο σταδίων σε μία προσπάθεια να κατανοήσουν τους λόγους για τους οποίους είναι δύσκολη η αποκάλυψη. Σύμφωνα με το μοντέλο στο πρώτο στάδιο βρίσκονται τα περιστατικά που δεν αναγνωρίζουν (ή αρνούνται να αναγνωρίσουν) την κακοποίηση και στο δεύτερο τα περιστατικά που παρά το γεγονός ότι έχουν

αναγνωρίσει την κακοποίηση δεν την αποκαλύπτουν. Πράγματι, σε ποσοστό που φτάνει το 40% δεν υπάρχει αναγνώριση του τι πραγματικά έχει συμβεί στο παιδί από το ίδιο το παιδί (Sas & Cunningham, 1995) είτε λόγω ελλιπούς πληροφόρησης είτε λόγω των χειρισμών του θύτη (Faller, 2004).

Στο δεύτερο στάδιο υπάρχει πιθανότητα ακόμα και αν το παιδί αναγνωρίσει την κακοποίηση να μην την αναφέρει λόγω μη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Σε πολλές περιπτώσεις ο κηδεμόνας μπορεί να μην πιστέψει το παιδί ή να θεωρήσει ότι υπερβάλλει με αποτέλεσμα να μην το οδηγήσει στην αποκάλυψη σε νομικά πλαίσια (Faller, 2004). Ενδεικτικά, το 1989 βρέθηκε ένα ποσοστό περιπτώσεων της τάξεως του 17% κατά τις οποίες το παιδί είτε δεν έπεισε τον κηδεμόνα (8%) είτε ο κηδεμόνας δεν προχώρησε στην απαραίτητη νομική διαδικασία (9%) αν και είχε γνώση της κακοποίησης (Sauzier, 1989). Οι Finkelhor και συνεργάτες (2001) ονόμασαν το δεύτερο στάδιο «Στάδιο Θεώρησης» (Consideration Stage) με τη λογική ότι σε αυτό το στάδιο το παιδί και το περιβάλλον του «ζυγίζουν» τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αποκάλυψης. Είναι πολλές οι περιπτώσεις κατά τις οποίες ανήλικα κορίτσια κακοποιούνται από τον σύντροφο της μητέρας και η μητέρα αρνείται να το αποδεχτεί και για αυτό το λόγο η αποκάλυψη της κακοποίησης δεν παίρνει ποτέ τη νομική οδό και το θύμα ανακαλεί ή απλώς σιωπάει.

Επιπλέον, μπορεί τα χαρακτηριστικά του εξεταστή να δυσχεραίνουν τη διαδικασία της αποκάλυψης. Για παράδειγμα, εάν ο εξεταστής είναι το ίδιο φύλο με τον θύτη μπορεί να δημιουργεί στρες στο παιδί και να μη νιώσει ασφάλεια ώστε να αποκαλύψει τραυματικά γεγονότα. Η ηλικία και το φύλο τόσο του εξεταστή όσο και του εξεταζόμενου είναι επίσης καθοριστικής σημασίας. Σύμφωνα με τους Lamb και Garretson (2003) οι γυναίκες εξεταστές χρησιμοποιούν περισσότερο κατευθυντικές ερωτήσεις στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια. Επιπρόσθετα, τα κορίτσια αποκάλυπταν πιο λεπτομερώς πληροφορίες για το υπό εξέταση γεγονός σε γυναίκες παρά σε άντρες.

Ένα παιδί που βρίσκεται στην εφηβεία αποκαλύπτει πιο δύσκολα την κακοποίηση. Το παραπάνω συνοδεύεται από ορμονικές και ψυχολογικές μεταπτώσεις που χαρακτηρίζουν το συγκεκριμένο αναπτυξιακό στάδιο. Ο νέος έφηβος συνήθως αδυνατεί να χρησιμοποιήσει λογικά επιχειρήματα και να διατηρήσει την ψυχραιμία του. Σε αυτή την ηλικία το πιο συχνό για τον έφηβο είναι να απομονώνεται και να διακατέχεται από αίσθημα ντροπής. Οι χειρισμοί του θύτη επίσης αποτελούν εμπόδιο στην αποκάλυψη. Συχνά «χτίζουν» μία σχέση εμπιστοσύνης και έπειτα κάνουν το θύμα να νιώθει συνένοχος (Alaggia et al., 2019).

Η ψυχολογία του θύματος περιλαμβάνει δύο μορφές αυτοκατηγορίας. Η πρώτη είναι η συμπεριφορική αυτοκατηγορία και περιλαμβάνει την πεποίθηση «έκανα κάτι λάθος». Σε αυτή την το θύμα θεωρεί πως μπορούσε να έχει χειριστεί την κατάσταση, νιώθει ενοχές και ντροπή και για αυτό δεν αποκαλύπτει. Ψυχαναλυτικά θεωρείται πως με τη μη αποκάλυψη με αυτό τον τρόπο το θύμα τιμωρεί τον εαυτό του. Η δεύτερη μορφή αυτοκατηγορίας περιλαμβάνει την πεποίθηση «έχω κάτι λάθος» και ονομάζεται χαρακτηρολογική. Αυτή η μορφή αυτοκατηγορίας περιλαμβάνει μία πυρηνική εικόνα που έχει το θύμα για τον εαυτό του και είναι πιο δύσκολα διαχειρίσιμη καθώς αυτά τα άτομα δυσκολεύονται να αποποιηθούν την ευθύνη αλλά και να επενδύσουν στην αλλαγή καθώς θεωρούν ότι δεν μπορούν να αλλάξουν και τους αξίζει να τιμωρούνται (Dutton, 1994; Engel, 2003; Murphy & O'Leary, 1989; Tomison & Tucci, 1997).

Για τη μη αποκάλυψη της κακοποίησης είναι απαραίτητο να ληφθούν και οι θρησκευτικοί και πολιτισμικοί λόγοι. Για παράδειγμα, σε πολλές κοινωνίες (όπως το Ισραήλ) οι σεξουαλικές σχέσεις θεωρούνται επιτρεπτές μετά το γάμο επομένως για ένα σεξουαλικά κακοποιημένο άτομο, το μέλλον του φαινομενικά καταστρέφεται όταν έχει προβεί σε σεξουαλικές δραστηριότητες. Επιπλέον, ο στιγματισμός σε αυτές τις περιπτώσεις είναι ακόμα μεγαλύτερος και τιμωρείται και το θύμα (Bauer, 1985; Haj-Yahia, 2003).

Σε ορισμένες περιπτώσεις η σεξουαλική δραστηριότητα με ανήλικα κορίτσια είναι κοινωνικά και θρησκευτικά αποδεκτή καθώς αλλάζουν τα όρια της ενηλικίωσης. Σε αυτές τις κοινωνίες συνηθίζεται τα κορίτσια να παντρεύονται μεγαλύτερους άνδρες και αναλαμβάνουν το ρόλο μιας ενήλικης γυναίκας. Αυτό είναι συχνό σε χώρες της Ασίας, της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής. Για παράδειγμα στο Νίγηρα και στο Τσαντ το ποσοστό των ανήλικων κοριτσιών που παντρεύονται ξεπερνά το 70%. Στη Σαουδική Αραβία ένα κορίτσι εξαγοράζεται νόμιμα σε γάμο ήδη από την ηλικία των 9 ετών (Arthur et al., 2018; Nour, 2006; Zalcberg, 2017). Η εικόνα 5 δείχνει τα κράτη στα οποία ο γάμος με ανήλικο θεωρείται νόμιμος (Εικόνα 5).

Η αποκάλυψη της κακοποίησης αποτελεί ένα δύσκολο κομμάτι για το παιδί. Πολύ περισσότερο, σε περιπτώσεις που ο θύτης είναι το πρόσωπο φροντίδας του παιδιού, εκτός από συναισθηματικό δέσιμο υπάρχει φόβος και για τις αλλαγές που θα επέλθουν στη ζωή του στην πράξη. Ένα εξαρτώμενο μέλος σε περίπτωση που απομακρυνθεί από τον κηδεμόνα του συναντά πρακτικές δυσκολίες επιβίωσης. Σε πολλές περιπτώσεις τα παιδιά δεν ενημερώνονται για το τι θα ακολουθήσει και αυτό δημιουργεί περισσότερο άγχος. Ένα παιδί μπορεί να προτιμά να υφίσταται κακοποίηση εφόσον εξαρτάται με κάποιο τρόπο από τον θύτη – ακόμα και σε

περιπτώσεις που ο θύτης δεν είναι ο κηδεμόνας αλλά κάποιο πρόσωπο εξουσίας- παρά να την αποκαλύψει.

Άλλες φορές πάλι, δεν υπάρχει πρόσβαση του παιδιού σε κάποια δομή που να μπορεί να αποκαλύψει την κακοποίηση. Σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα δεν υπάρχει η απαραίτητη ενημέρωση ώστε να γνωρίζει το παιδί ότι μπορεί να απευθυνθεί σε κάποιον.

Ένα ακόμα θέμα που προκύπτει συχνά σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης είναι η μεροληψία υποψίας λόγω της αποκάλυψης (disclosure suspicion bias). Με άλλα λόγια όταν η υποψία προκύπτει μόνο από την αποκάλυψη και όχι λόγω άλλων στοιχείων υπάρχει περίπτωση να υπάρχουν ψευδώς θετικές διαγνώσεις αν και συχνότερα λόγω έλλειψης στοιχείων ο θύτης αθωώνεται. Αυτό, ωστόσο, ενδεχομένως έχει και το αντίθετο αποτέλεσμα καθώς εάν το μόνο στοιχείο είναι η αποκάλυψη σπάνια θα υπάρξει επίσημη κατηγορία. Από την άλλη εάν τα στοιχεία συμπεριφοράς που παραπέμπει σε κακοποίηση δεν είναι σαφή – που σχεδόν ποτέ δεν είναι- και το παιδί δεν αποκαλύψει, δύσκολα αυτή η περίπτωση θα διερευνηθεί περαιτέρω. Για τους παραπάνω λόγους τα παιδιά αποκαλύπτουν σπάνια και διερευνώνται οι μαρτυρίες τους ακόμα σπανιότερα (Lyon et al., 2020).

9. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Μία άμεση επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης είναι η καθυστερημένη ή ελλιπής ανάπτυξη συγκεκριμένων εγκεφαλικών δομών ή η μεταβολή της δομής και της λειτουργίας τους.

Για παράδειγμα ενήλικες με ιστορικό κακοποίησης έχουν μικρότερο ιππόκαμπο ανάλογο με το μέγεθος που έχουν άτομα με σύνδρομο μετατραυματικού στρες. Ο ιππόκαμπος είναι υπεύθυνος για τη μνήμη και για τα συναισθήματα που προκύπτουν από τα μνημονικά ίχνη. Επίσης, ο συρρικνωμένος ιππόκαμπος σχετίζεται με την κατάθλιψη και με ορισμένους τύπους σχιζοφρένειας ενώ μία από τις λειτουργίες του είναι να ρυθμίζει την παραγωγή κορτιζόλης η οποία με τη σειρά της ρυθμίζει την απόκριση στο στρες. Αυτό σημαίνει πως σε περίπτωση βλάβης της ο οργανισμός αδυνατεί να διαχειριστεί λειτουργικά το στρες (Fayaz, 2019). .

Αν και με βάση την παλαιότερη βιβλιογραφία δεν παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στο μέγεθος της αμυγδαλής κακοποιημένων παιδιών πιο πρόσφατες έρευνες αναφέρουν μειωμένο μέγεθος αμυγδαλής σε περιπτώσεις παιδιών και εφήβων με τραυματικά γεγονότα ζωής τα οποία έχουν ζήσει σε κάποιο ίδρυμα τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους. Η αμυγδαλή

σχετίζεται με τα συναισθήματα και ιδιαίτερα με το φόβο. Μειωμένο μέγεθος αμυγδαλής σχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική αντίληψη και αντίδραση. Στον προμετωπιαίο φλοιό παρατηρούνται διαφορές στη μέλαινα ουσία και στην παρεγκεφαλίδα δομές οι οποίες σχετίζονται με την κίνηση και τον κινητικό συντονισμό. Αν και δεν υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία γύρω από την ηλικία στην οποία ο εγκέφαλος υφίσταται αυτές τις μεταβολές με βάση έρευνες η διαφορά στη μέλαινα ουσία ήταν περισσότερο διακριτή σε εφήβους 14 έως 16 ετών και στην παρεγκεφαλίδα και στον ιππόκαμπο σε ηλικία 3 έως 5 και 9 έως 10 ετών (McCroory et al., 2012).

Σε έρευνα που μελετούσε την εγκεφαλική δραστηριότητα σε γυναίκες που ως παιδιά είχαν υποστεί κακοποίηση βρέθηκε ότι η σεξουαλική κακοποίηση σχετιζόταν με αραίωση των φλοιωδών δομών στο μέρος του εγκεφάλου όπου γίνεται η γενετική αναπαραστάση και συγκεκριμένα στον πρωτογενή σωματισθητηριακό φλοιό. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συναισθηματική κακοποίηση σχετίστηκε με φλοιική αραίωση στις περιοχές αυτεπίγνωσης και αυτοαξιολόγησης και να τονιστεί ξανά ότι η σεξουαλική κακοποίηση αναπόφευκτα περιλαμβάνει και τη συναισθηματική (Heim et al., 2013).

Ο προμετωπιαίος λοβός είναι υπεύθυνος για την κατανόηση των συναισθημάτων, για περίπλοκες γνωστικές διαδικασίες, για την αισθητηριακή ολοκλήρωση, για αυτοματοποιημένες διεργασίες και για την έκφραση (Dubin, 2001; Kringelbach, 2005). Σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης έχει παρατηρηθεί αυξημένη εγκεφαλική πίεση στις δομές του προμετωπιαίου φλοιού που είναι υπεύθυνες για τα παραπάνω (Bremner et al., 1999). Ο κροταφικός λοβός είναι υπεύθυνος για την ακοή, τη γεύση, την όραση και την όσφρηση. (Dubin, 2001). Σε γυναίκες με ιστορικό σεξουαλικής παιδικής κακοποίησης έχει παρατηρηθεί αυξημένη εγκεφαλική πίεση στις δομές του κροταφικού λοβού που είναι υπεύθυνες για τα παραπάνω (Shin et al., 1999). Ο Ινιακός λοβός είναι υπεύθυνος για την επεξεργασία οπτικών πληροφοριών και για την απαρτίωση κινητικών και αισθητηριακών ερεθισμάτων μέσω της φαιάς ουσίας. Γυναίκες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης έχουν μειωμένο όγκο φαιάς ουσίας κατά 18.1% και 12.6% μικρότερο όγκο του δεξιού οπτικού φλοιού (Tomoda et al., 2009).

Επιπρόσθετα, φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε τραυματικά γεγονότα ζωής και σε μη τυπική ανάπτυξη του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων είναι υπεύθυνος για πολλαπλές λειτουργίες όπως τη διατήρηση της

ισορροπίας, τη διαμόρφωση των χαρακτηριστικών του φύλου, στη διατήρηση στην ομοιόσταση και στην απόκριση σε στρεσογόνα ερεθίσματα (McCrory et al., 2012).

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Πολύ συχνά σε γυναίκες και άνδρες με ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης παρουσιάζεται σεξουαλική δυσλειτουργία (Najman et al., 2005; Rellini & Meston, 2011).

Μία άλλη σωματική επίδραση της κακοποίησης είναι οι χρόνιοι σωματικοί πόνοι που σχετίζονται με τη μη διαχείριση του τραυματικού γεγονότος και όχι κάποια οργανική αιτιολογία. Αυτή η σωματοποίηση του τραυματικού γεγονότος σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με το σύνδρομο του μετατραυματικού στρες (Alhalal et al., 2018).

Σύμφωνα με άλλες έρευνες έχει βρεθεί πως τραυματικά γεγονότα ζωής και συγκεκριμένα η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται με την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 και διαβήτη κατά την κύηση σε ενήλικες γυναίκες. Επίσης, παρατηρούνται ορμονικές μεταβολές στον θυροειδή αδένα και συγκεκριμένα σε αυξημένα ποσοστά της T3 ορμόνης ως αποτέλεσμα του μετατραυματικού στρες που προκαλείται σε σεξουαλικά κακοποιημένες γυναίκες στις οποίες η κακοποίηση συνέβη όταν ήταν ανήλικες (Blanco et al., 2015; Friedman et al., 2005; McCrory et al., 2012; Rich-Edwards et al., 2010).

Άλλες συνέπειες περιλαμβάνουν πρόωμη ήβη και εμμηναρχή, αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας και πρόωρο τοκετό (Trickett et al., 2011). Τέλος, η παιδική σεξουαλική κακοποίηση έχει και άμεσες σωματικές συνέπειες όπως τον τραυματισμό της περιγεννητικής περιοχής, την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και τη μετάδοση ΣΜΝ (Trickett et al., 2011).

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ

Η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία έχει επίσης συσχετιστεί με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου όπως χρήση ουσιών, παραβατική και επιθετική συμπεριφορά. Σε άλλες περιπτώσεις η συμπεριφορική επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης εκδηλώνεται ως παθητικότητα, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μειωμένη σχολική επίδοση, αυτοκτονικό ιδεασμό κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά και ενοχικότητα. Στα παραπάνω δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά ανάλογα με το φύλο του θύματος. Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά ως παιδιά παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά αποπειρών αυτοκτονίας, δυσκολία στη σύναψη σχέσεων, εκρήξεις θυμού ή τάση προς εξαρτημένους συντρόφους (Dube et al, 2005).

Μία ακόμη παράμετρος που έχει μελετηθεί ως προς την επίδραση της παιδικής κακοποίησης είναι η διαφοροποίηση στο παιχνίδι του παιδιού. Αν και έχουν υπάρξει αρκετές έρευνες σε μία προσπάθεια να οριστεί ακριβώς το τι είναι και τι συμπεριλαμβάνει το παιδικό παιχνίδι, δεν έχει υπάρξει ένας σαφής και καθολικός ορισμός που διαχωρίζει το τυπικό από το μη τυπικό παιχνίδι. Ωστόσο, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγνωρίζει τη σημασία του παιχνιδιού στην γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού (Cooper, 2000).

Όσον αφορά στη γνωστική ανάπτυξη, το παιδί μέσα από το παιχνίδι δείχνει τις οργανωτικές του ικανότητες, την προσαρμοστικότητα του, αναπτύσσεται γλωσσικά και καλλιεργεί την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Κινητικά μέσα από το παιχνίδι μπορεί να αναπτύξει τις κινητικές του ικανότητες και την ευελιξία του. Κοινωνικά, παίζοντας το παιδί μπορεί να υιοθετήσει κοινωνικούς ρόλους και να αλληλεπιδράσει με άλλα παιδιά. Συναισθηματικά, το παιδί μαθαίνει να εκφράζεται και να αποκωδικοποιεί συναισθήματα, να μιμείται και να έχει αυτοέλεγχο. Παράλληλα, με το παιχνίδι διεγείρεται η φαντασία και η δημιουργικότητα του παιδιού με επίκεντρο την απόλαυση της διαδικασίας και όχι του αποτελέσματος του παιχνιδιού. Όλα τα παραπάνω εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον του παιδιού, από το πόσο ενισχύεται η αυτονομία και η πρωτοβουλία, από την ανατροφοδότηση που λαμβάνεται και από τα ερεθίσματα που του δίνονται (Cooper, 2000).

Σε περιπτώσεις κακοποίησης σύμφωνα με έρευνες, αναμένεται να παρατηρηθεί μειωμένη γνωστική ευελιξία και ανάπτυξη στο παιχνίδι. Τα παιδιά αναμένεται να παρουσιάσουν χαμηλό βαθμό προσαρμοστικότητας, μειωμένο αυτοέλεγχο και αυξημένη κινητικότητα. Επιπλέον, η κακοποίηση φαίνεται να σχετίζεται με μειωμένη δημιουργικότητα, μη κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές και χρήση ακατάλληλων λέξεων και χειρονομιών. Λόγω του αισθήματος ντροπής και ενοχής που έχουν συχνά τα κακοποιημένα παιδιά, συχνά προβαίνουν σε καταστροφικές συμπεριφορές όπως σπάσιμο παιχνιδιών, σαν μία μορφή αυτοτιμωρίας καθώς γνωρίζουν πως είναι μη αποδεκτές κοινωνικά. Ακόμα, αυτός είναι ένας τρόπος να κερδίσουν την προσοχή και σε ένα βαθύτερο επίπεδο να ζητήσουν βοήθεια. Το παιχνίδι είναι λιγότερο έως καθόλου οργανωμένο και συχνά μοιάζει να είναι στερεοτυπικό. Σε σχέση με το περιβάλλον του παιδιού, σε περιπτώσεις που υφίσταται κακοποίηση από τους γονείς είναι πιο πιθανό να μην ενισχύεται θετικά, να βιώνει πολλούς περιορισμούς και να μην ασχολούνται μαζί του παίζοντας. Αυτός ενδεχομένως, είναι και ένας από τους λόγους για τον οποία παρουσιάζεται φτωχή γλωσσική ανάπτυξη και φαντασία (Cooper, 2000)..

Η Harper (1991) μελέτησε το συμβολικό παιχνίδι με άμμο παιδιών 3 έως 9 ετών που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά και παρατήρησε πως στο παιχνίδι τους υπήρχε συχνή αναφορά σε θέματα σεξουαλικότητας, κυριαρχίας αλλά και προστασίας. Σύμφωνα με τους Fagot και συνεργάτες (Fagot et al., 1989) τα παιδιά προσχολικής ηλικίας που έχουν κακοποιηθεί σεξουαλικά παίζουν πιο απομονωμένα ενώ συχνά παρατηρούνται και κινήσεις σχετικές με τον αυνανισμό .

Σε σχέση με την μακρόχρονη επίδραση της σεξουαλικής κακοποίησης στα αγόρια η έρευνα είναι περιορισμένη. Σε έρευνα του 2006 μελετήθηκαν 76 άνδρες με ιστορικό συναισθηματικής, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης από έμπιστα πρόσωπα με εξουσία σε κάποιο θρησκευτικό ίδρυμα (Wolfe et al., 2006). Για το 42% των συμμετεχόντων βρέθηκαν συμπτώματα συνδρόμου μετατραυματικού στρες, για το 21% βρέθηκε εξάρτηση από το αλκοόλ και για το 25% διαταραχές διάθεσης. Επιπλέον, βρέθηκαν υψηλά ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς και σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ως προς τον ψυχισμό, διαταραχές που έχουν συσχετιστεί με τη σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία είναι το μετατραυματικό στρες, η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, η διπολική διαταραχή, η μαιχμιακή διαταραχή, η σχιζοειδής διαταραχή και η εξαρτημένη διαταραχή προσωπικότητας. Μάλιστα, οι διαταραχές αυτές παρουσιάζονται είτε υπάρχει διείσδυση είτε όχι με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στις περιπτώσεις διείσδυσης. Επιπλέον, η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με αποσχιστικά ψυχосύνδρομα και ψυχοσωματικά συμπτώματα (Briere & Runtz, 1986; Peters & Range, 1995).

Σε άλλη έρευνα αναφέρεται πως μητέρες που είχαν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης ως παιδιά παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά αυτοελέγχου και έχουν περισσότερες πιθανότητες να κακοποιήσουν και οι ίδιες τα παιδιά τους συγκριτικά με μητέρες που δεν έχουν κακοποιηθεί. Στην ίδια έρευνα μελετήθηκε και το κατά πόσο το ποσοστό αυτοελέγχου της μητέρας επιδρά στο ποσοστό αυτοελέγχου του παιδιού, χωρίς ωστόσο, να βρεθεί συσχέτιση (Henschel et al, 2014).

10. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Στη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης εμπλέκονται πολλοί επαγγελματίες, υγείας και όχι μόνο. Οι Jones και συν. (2005) αναφέρουν στην έρευνα τους τον όρο «MULTIDISCIPLINARY TEAM» (MDT) συμπεριλαμβάνοντας όλους τους επαγγελματίες που συμβάλλουν στην ταυτοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης (Jones et al., 2005).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της κακοποίησης χωρίζονται σε τρία βασικά μέρη: στη δικανική συνέντευξη, στα ερωτηματολόγια ανίχνευσης και στην εξέταση από επαγγελματίες υγείας.

ΔΙΚΑΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Οι δικανικές συνεντεύξεις ανήλικων θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης πραγματοποιούνται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες οι οποίοι ακολουθούν συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Η συνέντευξη πρέπει να βιντεοσκοπείται έτσι ώστε να αποφεύγεται η προσέλευση του ανήλικου στη δικαστική αίθουσα σε περίπτωση που υπάρξει δίκη, καθώς επίσης και η επανάληψη της κατάθεσης. Έρευνες έχουν δείξει πως η επανάληψη της κατάθεσης ενός παιδιού που είναι πιθανό θύμα σεξουαλικής κακοποίησης, του δημιουργεί σύγχυση, αυξάνει το άγχος και σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί στην ανάκληση της αρχικής ομολογίας διότι θεωρεί πως μετέφερε κάτι λανθασμένα (Θεμελή, 2012). Πολλοί επαγγελματίες κάνουν λόγο για δευτερογενή θυματοποίηση του παιδιού κατά τη διάρκεια της ανακριτικής διαδικασίας. Για αυτό το λόγο η δικανική συνέντευξη πρέπει να πραγματοποιείται με βάση συγκεκριμένο πρωτόκολλο. Υπάρχουν διαφορετικά πρωτόκολλα δικανικών συνεντεύξεων ανάλογα με το κάθε κράτος (Θεμελή, 2012). Σε γενικές γραμμές μία δικανική συνέντευξη:

- Χρειάζεται να είναι προσαρμοσμένη στην κουλτούρα, τη γλώσσα και τη θρησκεία του εξεταζόμενου.
- Διεξάγεται από κάποιον επαγγελματία που δεν είναι προκατειλημμένος
- Ξεκινάει με ενημέρωση του παιδιού για το ρόλο του επαγγελματία και την διαδικασία.
- Ολοκληρώνεται με ενθάρρυνση του παιδιού και επιβράβευση για το θάρρος του.
- Διακόπτεται οποιαδήποτε στιγμή επιθυμήσει ο εξεταζόμενος.

Μία τεχνική που χρησιμοποιείται στη δικανική συνέντευξη είναι οι ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Έρευνες έχουν δείξει πως με τις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις συλλέγονται περισσότερες πληροφορίες για το γεγονός και ο εξεταστής μπορεί να καταλάβει σε μεγαλύτερο βάθος τον ψυχισμό του θύματος ακόμα και από την αντίδραση σε αυτά που ερωτάται (Fontanella et al., 2006).

Σε περιπτώσεις που το παιδί δυσκολεύεται με τη μη δομημένη συνέντευξη και τις ανοιχτού τύπου ερωτήσεις μπορεί να χρησιμεύσει και η δομημένη συνέντευξη η οποία εστιάζει σε συγκεκριμένα σωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα (Cronch et al., 2006).

Μία άλλη τεχνική είναι η γνωστική συνέντευξη. Η γνωστική συνέντευξη είναι ουσιαστικά μια γνωστική αναδόμηση του γεγονότος κατά το οποίο το παιδί συγκεντρώνεται, μεταφέρεται νοητά στο υπό διερεύνηση γεγονός και το περιγράφει λεπτομερώς. Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί πως η γνωστική συνέντευξη πραγματοποιείται από άρτια εκπαιδευμένους στη μέθοδο επαγγελματίες για να αποφευχθεί η αναβίωση ενδεχόμενου τραύματος του ανηλίκου (Θεμελή, 2012).

ΙΧΝΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το παιδικό ιχνογράφημα μπορεί να συμπεριληφθεί στη διαδικασία της δικανικής συνέντευξης. Σύμφωνα με τους Kress και Pahl «το ιχνογράφημα ως ελεύθερη έκφραση και επικοινωνία αποτελεί μία από τις πολλές «γλώσσες», μέσω των οποίων τα παιδιά και οι νέοι αφηγούνται ιστορίες που διαφορετικά θα μας έμεναν άγνωστες ή αποσπασματικές» (όπως αναφέρεται στους Trouli et al., 2010, σ.1). Τα τελευταία χρόνια, που παρατηρείται μία γενικότερη στροφή της έρευνας και της ψυχολογίας στην τέχνη, την αυθόρμητη έκφραση και την μη λεκτική επικοινωνία, το παιδικό ιχνογράφημα έχει βρεθεί στο επίκεντρο της μελέτης ως προς το πόσο χρήσιμο μπορεί να είναι για την εξέταση περιπτώσεων παιδικής κακοποίησης.

Μορφές Παιδικού Ιχνογραφήματος (Θεμελή, 2012):

- Σπίτι-Δέντρο-Άνθρωπος (Buck, 1948)
- Το σχέδιο της οικογένειας (Burns & Kaufman, 1970; Corman, 1967)
- Η ανθρώπινη φιγούρα (Goodenough, 1926; Machover, 1949)
- Ζωόμορφη Οικογένεια (Luitgard Brem- Gräser, 1957)
- D10 (Le Men, 1966)
- Η αγαπημένη μου μέρα (Manning, 1987)

Δεν υπάρχει μία οικουμενική, συγκεκριμένη και καθόλα αποδεκτή προσέγγιση μελέτης του παιδικού ιχνογραφήματος, αλλά περισσότερο γίνεται χρήση κάποιων σημείων για τη συλλογή πληροφοριών. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν υιοθετήσει μία τεχνική κατά την οποία ενώ το άτομο σχεδιάζει παράλληλα μιλάει με σκοπό να διευρυνθεί το γνωστικό πλαίσιο το οποίο περιβάλλει την ιστορία που εκφράζεται στο χαρτί. Το παιδικό ιχνογράφημα είναι μία μη λεκτική μέθοδος έκφρασης η οποία έχει συσχετιστεί με περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. Διαθέτει πολλά πλεονεκτήματα έναντι των λεκτικών μορφών αξιολόγησης που σχετίζονται ως επί το πλείστον με το αίσθημα ασφάλειας που προσφέρει ένα λιγότερο ξεκάθαρο πλαίσιο σε σχέση με την προφορική ομολογία καθώς επίσης και με την μεταβολή της ποιότητας του κλίματος της διαδικασίας της συνέντευξης από ψυχρό και τυπικό σε φιλικό και δημιουργικό.

Επιπρόσθετα, λειτουργεί ενισχυτικά στην μνημονική ανάκληση σε σχέση με απλές προφορικές δοκιμασίες.

Δεν είναι ξεκάθαρο το πλαίσιο με βάση το οποίο θα χρησιμοποιηθεί το παιδικό ιχνογράφημα ως στοιχείο ύπαρξης κακοποίησης στην Ελλάδα. Ενώ χρησιμοποιείται για ό,τι έχει προαναφερθεί, εγείρονται νομικά και ηθικά ζητήματα για το τι συμβαίνει όταν η ζωγραφιά είναι το μόνο μέσο έκφρασης του παιδιού και εγείρει υποψίες.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΟΥΚΛΕΣ

Οι χρήση της ανατομικής κούκλας έχει προταθεί ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διερεύνησης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Φαίνεται πως είναι πιο εύκολο σε ένα παιδί να δείξει σημεία του σώματος πάνω σε μία κούκλα. Οι κούκλες αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και έχει φανεί πως είναι μη τραυματικές. Ωστόσο, υπάρχει έντονη συζήτηση γύρω από την αξιοπιστία τους σαν εργαλείο και το κατά πόσο τα παιδιά έχουν ενημερωθεί σωστά πως δεν αποτελούν παιχνίδι. Μπορεί να είναι χρήσιμες σε περιπτώσεις που το παιδί δεν μπορεί να εκφραστεί λεκτικά αλλά συνήθως χρησιμοποιούνται με τον ίδιο τρόπο που χρησιμοποιείται και το παιδικό ιχνογράφημα, δηλαδή συνεπικουρικό και όχι ως βασικό διαγνωστικό μέσο (Θεμελή 2012).

Είναι σημαντικό κατά τη διάρκεια της συνέντευξης να δίνεται έμφαση και στα εξωλεκτικά στοιχεία, στην ψυχική κατάσταση του παιδιού και στη σωματική του αντίδραση σε ερωτήσεις. Επίσης, είναι απαραίτητο ο εξεταστής να μπορέσει να διακρίνει εάν ο ανήλικος είναι σε θέση να ξεχωρίζει την αλήθεια από το ψέμα. Για το τελευταίο υπάρχουν κλειστού τύπου ερωτήσεις που έχουν ως μόνη απάντηση το Σωστό ή Λάθος και βοηθούν τον εξεταστή να καταλάβει αν ο εξεταζόμενος είναι σε θέση να τα ξεχωρίσει (Θεμελή, 2012).

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Μία άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης είναι τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης (screening tools). Τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης χρησιμοποιούνται είτε ως βασικά ψυχομετρικά εργαλεία είτε ως βοηθητικά. Αφορούν είτε αποκλειστικά στη σεξουαλική κακοποίηση είτε σε περισσότερες μορφές κακοποίησης. Χρησιμοποιούνται πριν δοθεί η διάγνωση ή αναδρομικά, με σκοπό της συσχέτιση της κακοποίησης με άλλους ψυχολογικούς και οργανικούς παράγοντες.

Κάποια συμπληρώνονται από το ίδιο το θύμα ως εργαλεία αυτοαναφοράς, άλλα απευθύνονται σε γονείς και άλλα συμπληρώνονται από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Στόχος της

χρήσης των ερωτηματολογίων ανίχνευσης είναι ο εντοπισμός κάποιων βασικών ενδείξεων σεξουαλικής κακοποίησης. Το ερωτηματολόγιο ανίχνευσης πρέπει να έχει δημιουργηθεί από επαγγελματίες υγείας που εξειδικεύονται στην παιδική ηλικία και στην παιδική σεξουαλική κακοποίηση και να έχει δοκιμαστεί κατά την κατασκευή του σε αντιπροσωπευτικό δείγμα πληθυσμού. Παράλληλα, χρειάζεται να περιλαμβάνει σαφείς ορισμούς σχετικά με το υπό διερεύνηση ζήτημα και να αναδεικνύει σαφή αποτελέσματα μετά τη συμπλήρωσή του. Περισσότερες πληροφορίες για ορισμένα ερωτηματολόγια ανίχνευσης παρουσιάζονται στο βασικό μέρος της παρούσας εργασίας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η εξέταση από επαγγελματίες υγείας για σωματικές ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης δεν είναι μέθοδος επιλογής για την ανίχνευση, αλλά είναι υποχρεωτική σε περιπτώσεις που υπάρχει υποψία παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Περιλαμβάνει τη λήψη ιατρικού ιστορικού, τη σωματική εξέταση και τον έλεγχο για ΣΜΝ (Lahoti et al., 2001).

Το ιατρικό ιστορικό του παιδιού περιλαμβάνει διερεύνηση για σωματικές κακώσεις ή τραύματα που έχουν προκληθεί από προηγούμενα ατυχήματα, συγγενή νοσήματα, θετικό οικογενειακό ιστορικό για κληρονομικά νοσήματα ή αναπτυξιακές διαταραχές. Σε περιπτώσεις έφηβων κοριτσιών χρειάζεται διερεύνηση για τυχόν προηγούμενη εγκυμοσύνη ή άμβλωση (Lahoti et al., 2001).

Η σωματική εξέταση περιλαμβάνει την ανατομική εξέταση από τον γιατρό καθώς επίσης και τον έλεγχο της περιγεννητικής περιοχής τόσο με απεικονίσεις όσο και με βιοχημικές εξετάσεις.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τον έλεγχο της σεξουαλικής κακοποίησης πλέον προτείνουν τη σωματική εξέταση σε κορίτσια που ανήκουν στην προεφηβεία μέσα σε 24 ώρες (από 72 που ήταν). Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να υπάρξουν ευρήματα κακοποίησης. Ιδανικά μέσα σε διάστημα 7 ημερών πρέπει να έχει ολοκληρωθεί οποιαδήποτε απαραίτητη εξέταση. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η λήψη φωτογραφιών και βίντεο κατά την εξέταση ώστε να υπάρχουν αποδεικτικά στοιχεία για τραυματισμένες περιοχές που στη συνέχεια επουλώνονται (Palusci et al., 2006).

Κατά τη λήψη του ιστορικού διερευνάται επίσης η προσωπικότητα του παιδιού, η συναισθηματική του κατάσταση, τυχόν αλλαγές της συμπεριφοράς του γενικά ή απέναντι σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Η μη τυπική σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί επίσης μία συμπεριφορική ένδειξη σεξουαλικής κακοποίησης. Με τον όρο σεξουαλική συμπεριφορά σε

παιδιά περισσότερο εννοούμε το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων για παιδιά μικρής ηλικίας. Σε περίπτωση που το παιδί παρουσιάσει μη τυπική σεξουαλική συμπεριφορά ανάλογα με το αναπτυξιακό του στάδιο, τότε είναι απαραίτητο να διερευνηθεί περαιτέρω (Vrolijk-Bosschaart et al. 2018).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Αναφέρεται πως η δικανική συνέντευξη είναι ένας από τους βασικότερους τρόπους να διερευνηθεί πιθανή σεξουαλική κακοποίηση παιδιού, όμως η σωματική εξέταση από επαγγελματίες υγείας κρίνεται απαραίτητη αλλά όχι επαρκής για την ταυτοποίηση. Επιπλέον, με την ανάπτυξη των ψυχομετρικών μεθόδων και την περαιτέρω εξειδίκευση από επαγγελματίες τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης προσφέρουν τη δυνατότητα γρήγορου εντοπισμού χαρακτηριστικών που υποδηλώνουν σεξουαλική κακοποίηση (Faller et al., 2010).

Δεδομένου του ότι η δικανική συνέντευξη απαιτεί απόλυτη εξειδίκευση έτσι ώστε να αποφευχθεί η δευτερογενής θυματοποίηση του παιδιού μέσω της διαδικασίας ταυτοποίησης κρίνεται σκόπιμο να μελετηθούν περισσότερο τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης που επεκτείνονται και στη μελέτη του ψυχισμού του παιδιού με έναν περισσότερο ουδέτερο αλλά συγκεκριμένο τρόπο (Dudas et al., 2019). Παράλληλα, εφόσον η σωματική εξέταση από επαγγελματίες υγείας δεν γίνεται να αποκοπεί από τη διαδικασία ταυτοποίησης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης, στην παρούσα έρευνα γίνεται ανάλυση και αυτής της παραμέτρου.

Με βάση πρόσφατες μελέτες τα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας σε συνδυασμό με τον εγκλεισμό έχουν αυξηθεί δραματικά (Humphreys et al., 2020). Η εύρεση αποτελεσματικών και λιγότερο χρονοβόρων διαγνωστικών μεθόδων έχει εκτός από ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη για το κράτος. Πέρα από το γεγονός ότι με ένα επαρκές διαγνωστικό εργαλείο αποφεύγονται οι ψευδείς διαγνώσεις παράλληλα σχηματίζεται μία καλύτερη εικόνα για τα πραγματικά ποσοστά κακοποιήσεων. Με βάση αυτά τα ποσοστά, το κράτος μπορεί να θεσπίσει προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης, ενώ και το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης θα πορευτεί ανάλογα με τα δεδομένα.

Σε συστηματική ανασκόπηση του 2017 (Diaz & Peake, 2017) αναλύθηκαν οι μέθοδοι ταυτοποίησης περιστατικών κακοποίησης (σεξουαλικής και σωματικής) σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες 17 έως 42 ετών. Μόνο μία έρευνα πληρούσε τα κριτήρια ανάλυσης. Σε αυτή την έρευνα αξιολογήθηκαν τρεις μέθοδοι διάγνωσης της σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης: συνέντευξη, γραπτό ερωτηματολόγιο και συμπλήρωση ηλεκτρονικού

ερωτηματολογίου (CAMI - Computer Assisted Maltreatment Inventory). Στην έρευνα φάνηκε να μην υπάρχει συσχέτιση με τη μέθοδο που χρησιμοποιείται και τα ποσοστά αποκάλυψης της κακοποίησης. Η παραπάνω έρευνα, ωστόσο, περιλάμβανε μόνο γυναίκες που στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ενήλικες και δεν επικεντρωνόταν μόνο στη σεξουαλική κακοποίηση (DiLillo et al., 2010 όπως αναφέρεται στο Diaz & Peake, 2017).

ΣΚΟΠΟΣ

Βιβλιογραφικά υπάρχει κενό ως προς το ποια μέθοδος είναι πιο αποτελεσματική στην ταυτοποίηση της κακοποίησης λαμβάνοντας υπόψη περιορισμούς όπως η εκπαίδευση και η κατάρτιση του εξεταστή, η ηλικία και το πλαίσιο κακοποίησης του παιδιού και η χρονική στιγμή εξέτασης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και διερεύνηση των μεθόδων αξιολόγησης και διάγνωσης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Η μελέτη στοχεύει να προσφέρει μία εικόνα για τη χρησιμότητα των πιο ευρέως διαδεδομένων ερωτηματολογίων ανίχνευσης της σεξουαλικής κακοποίησης, στους επαγγελματίες υγείας.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, θα εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με το ποια ανιχνευτικά εργαλεία είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται κατά περίπτωση καθώς επίσης και με ποιο τρόπο η σωματική, ανατομική, βιοχημική εξέταση μπορεί να συμβάλλει στη διάγνωση της κακοποίησης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά: **child sexual abuse** OR **maltreatment** OR **child sexual assault** OR **child victimization** AND **diagnosis** OR **identification** OR **methods** AND **psychometrics** OR **accuracy** OR **reliability** OR **validity** AND **sexual abuse screening tools** OR **sexual abuse questionnaire** OR **sexual abuse emergency rooms** OR **sexual abuse medical examination** OR **sexual abuse medical findings**. Το υλικό αντλήθηκε μέσω του **Google Scholar**, **PubMed** και **PsyNet**. Η ανασκόπηση έγινε χρησιμοποιώντας ως πρότυπο τις κατευθυντήριες οδηγίες **PRISMA** (Page et al., 2021).

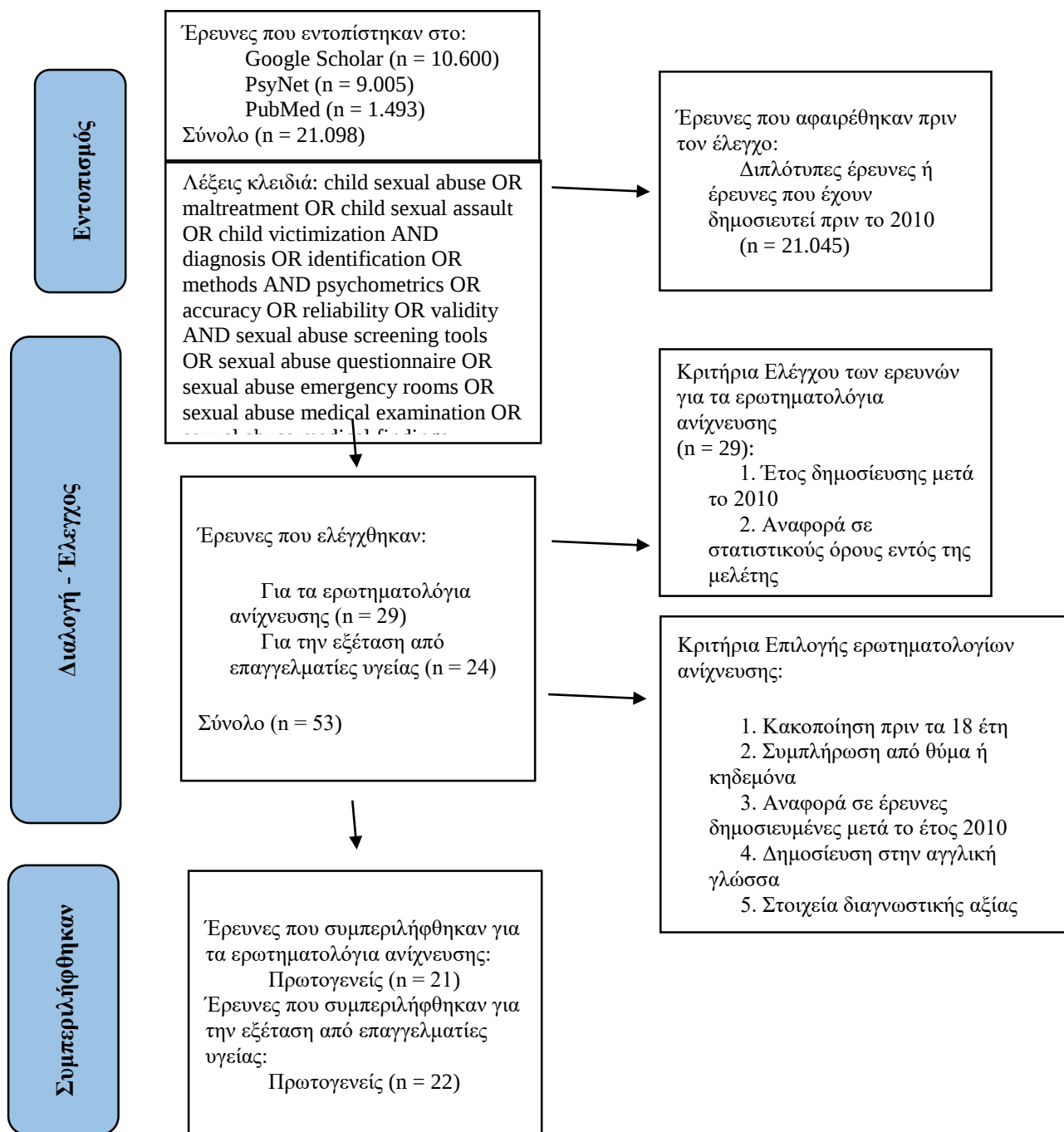
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της αρχικής αναζήτησης στο PubMed ήταν 1.493 έρευνες, στο PsyNet 9.005 και στο Google Scholar 10.600, στο σύνολο δηλαδή 21.098 έρευνες. Για τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης υπήρχε ο περιορισμός να γίνεται αναφορά τους σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί μετά το 2010. Με την απόρριψη των διπλών αποτελεσμάτων από τις βάσεις τελικώς, επιλέχθηκαν 21 άρθρα για ανάλυση για τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης. Για την

εξέταση από επαγγελματίες υγείας δεν υπήρξε περιορισμός ως προς τη χρονολογία και τελικώς αναλύθηκαν 22 έρευνες. Οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτές που περιλάμβαναν στατιστικούς όρους ως προς την κατασκευή των ερωτηματολογίων ανίχνευσης και ήταν πρωτογενείς.. Όσον αφορά τις έρευνες για την εξέταση από επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιήθηκαν πρωτογενείς έρευνες που περιλάμβαναν όρους σχετικούς με την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την ευαισθησία και την ειδικότητα των εξετάσεων.

Η επιλογή των ερωτηματολογίων είχε τους εξής περιορισμούς: θα έπρεπε να αφορούν σε κακοποίηση που συνέβη πριν το θύμα κλείσει τα 18 του χρόνια, να συμπληρώνονται από τα θύματα ή από τους κηδεμόνες τους, να γίνεται αναφορά τους σε έρευνες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί μετά το 2010 και είναι δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα και τέλος να περιλαμβάνουν πληροφορίες για τη διαγνωστική τους αξία.

Εντοπισμός μελετών μέσω βάσεων δεδομένων και μητρώων



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

Ως ερωτηματολόγια ανίχνευσης στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ορίζονται τα ανιχνευτικά εργαλεία που συμπληρώνονται είτε από τα θύματα, είτε από τους κηδεμόνες. Σύμφωνα με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία (Fricker et al., 2003; Hamby & Finkelhor, 2001; Hardt & Rutter, 2004) ένα επαρκές ερωτηματολόγιο ανίχνευσης θα πρέπει:

- 1) Να περιλαμβάνει ερωτήσεις που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση με βάση τη βιβλιογραφία και την επιστημονική έρευνα.
- 2) Να ανταποκρίνεται στο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εφαρμόζεται.
- 3) Δεν θα πρέπει να καλύπτει μόνο μία μορφή κακοποίησης αλλά όλες καθώς οι μορφές αλληλοκαλύπτονται. Παρόλα αυτά στην ανάλυση των αποτελεσμάτων θα πρέπει να είναι διακριτό ποια μορφή κακοποίησης έχει υποστεί το θύμα.
- 4) Να περιλαμβάνει διάφορες κοινωνικές καταστάσεις και πλαίσια μέσα στα οποία το παιδί ενδεχομένως κακοποιήθηκε και να μην περιορίζεται σε μία (π.χ. δάσκαλος-μαθητής).
- 5) Να περιλαμβάνει αρχικά ερωτήσεις σχετικές με κακοποιητικές πράξεις και όχι θύτες κακοποίησης, καθώς αυτό μπορεί να «μπλοκάρει» το θύμα και να οδηγήσει σε ψευδείς μαρτυρίες.
- 6) Να περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με το χρόνο και τη συχνότητα της κακοποίησης.
- 7) Να μην είναι αρκετά εκτενές (το πολύ 20 βασικές ερωτήσεις) και να μπορεί να συμπληρωθεί σε διάστημα 20-30 λεπτών.
- 8) Να περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με συνηθισμένες συνθήκες και όχι σπάνιες.
- 9) Να μην επικεντρώνεται σε θρησκευτικούς ή πολιτισμικούς παράγοντες.

Τα ερωτηματολόγια που αναλύονται στη συνέχεια είναι τα εξής:

- 1) ICAST (Ispcan Child Abuse Screening Tool)
- 2) CTQ-CTQSF (Childhood Trauma Questionnaire- Childhood Trauma Questionnaire Short Form)
- 3) ETI-ETISR-ETI-SR/SF (Early Trauma Inventory- Early Trauma Inventory Self Report- Early Trauma Inventory Self Report Short-Form)

ICAST

Το ICAST είναι αποτέλεσμα της συνεδρίασης που έγινε στο Μπρίσμπεϊν το 2004 από τη Διεθνή Εταιρεία για την Πρόληψη της Κακοποίησης και της Παραμέλησης Παιδιών (ISPCAN). 40 επαγγελματίες από τον χώρο της παιδιατρικής και της μελέτης της παιδικής κακοποίησης κατασκεύασαν 3 εκδοχές του ICAST: ICAST-P για γονείς (parents), ICAST-R για νεαρούς ενήλικες (retrospective) και ICAST-C για παιδιά (children). Τα εργαλεία είναι

διαθέσιμα στην τρίτη τους εκδοχή από το 2014 στη Σαουδική Αραβία, Κολομβία, Ινδία, Ρωσία, Ισλανδία, Αίγυπτο, Λίβανο, Μαλαισία, Κιργιζία, Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό, Ουγκάντα, Ταϊβάν, Κίνα, Βόρεια Μακεδονία, Μαυροβούνιο, Ελλάδα, Κένυα, Ζιμπάμπουε και Νότια Κορέα. Οι ερευνητές που συνέβαλαν στην κατασκευή της δοκιμασίας έλαβαν στοιχεία από την κλίμακα Τακτικών Σύγκρουσης Γονέα Παιδιού (Parent Child Conflict Tactics Scale) (Straus et al., 1998), την έρευνα WorldSAFE (Sadowski et al., 2004), το ερωτηματολόγιο Θυματοποίησης Νέων (Juvenile Victimization Questionnaire) (Finkelhor et al., 2005) και το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς νέων LONGSCAN (Amaya-Jackson et al., 2000), για να προσαρμόσουν ερωτήσεις που αφορούν σε κάποιο είδος παιδικής κακοποίησης. Τέλος, για τη δεοντολογικά σωστή διεξαγωγή της έρευνας όλοι οι ερευνητές ακολούθησαν ένα διαδικτυακό πρόγραμμα εκπαίδευσης Collaborative Institutional Training Initiative (CITI) <https://www.citiprogram.org/dev/default.asp?language=english> Η γενική περιγραφή των ερωτηματολογίων είναι διαθέσιμη στον Πίνακα 1 (Πίνακας 1).

ICAST-P. Το ICAST-P σχεδιάστηκε έτσι ώστε να συμπληρώνεται από γονείς παιδιών για τα οποία υπάρχει υποψία κακοποίησης (Runyan et al., 2009). Κατά την κατασκευή του 697 (περίπου 120 σε κάθε χώρα) γονείς παιδιών κάτω από 18 ετών από την Κολομβία, την Αίγυπτο, την Ινδία, το Λίβανο, τη Μαλαισία, τη Ρωσία και Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό απάντησαν σε 46 ερωτήσεις σχετικές με γονεϊκές συμπεριφορές και πρακτικές τις οποίες έχουν ακολουθήσει κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του παιδιού. Το ICAST-P μελετά σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση.

Οι ερωτήσεις αφορούν τη συμπεριφορά είτε του ίδιου του γονέα είτε τη γνώση του για συμπεριφορά του άλλου γονέα/φροντιστή. Όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση οι ερωτήσεις αφορούν στο άγγιγμα σε ακατάλληλα σημεία ή σε επαφή με άλλον ενήλικο, ενώ μόνο για τη σωματική κακοποίηση υπάρχει διαχωρισμός σε σκληρές και μέτριες μεθόδους νουθεσίας, οι οποίες ταξινομούνταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Για την κάθε μορφή κακοποίησης και για να γίνει συσχέτιση με το φύλο και την ηλικία δόθηκαν οι τιμές 0-4 που αντιστοιχούσαν σε συχνότητα κακοποίησης (0=ποτέ, 4=>10 φορές).

Το ερωτηματολόγιο περιέχει 43 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε έξι υποκλίμακες. Οι υποκλίμακες αφορούν στη μη βίαιη πειθαρχία, τη μέτρια σωματική πειθαρχία, τη αυστηρή σωματική πειθαρχία, τη ψυχολογική πειθαρχία, τη παραμέληση και τέλος στη σεξουαλική κακοποίηση. Κάποια παραδείγματα των ερωτήσεων ανά υποκλίμακα είναι για παράδειγμα «Του/της είπα να σταματήσει αυτό που κάνει» για την υποκλίμακα της μη βίαιης πειθαρχίας,

«Του/της έστριψα το αυτί» για την υποκλίμακα της μέτριας σωματικής πειθαρχίας, «Τον/την έκαψα ή τον/την ξεμάτισα ή τον/την σημάδεψα» για την υποκλίμακα της αυστηρής σωματικής πειθαρχίας, «Αρνήθηκα να του/της μιλήσω» για την υποκλίμακα της ψυχολογικής πειθαρχίας, «Το παιδί σας δεν έτυχε φροντίδας όταν ήταν άρρωστο ή τραυματισμένο» για την υποκλίμακα της παραμέλησης και «Το παιδί σας αγγίχτηκε με σεξουαλικό τρόπο από έναν ενήλικα» για την υποκλίμακα της σεξουαλικής κακοποίησης.

Όσον αφορά σε κάποιες πληροφορίες για τα στατιστικά αποτελέσματα από τις εφαρμογές του ερωτηματολογίου ανά τον κόσμο, ένα ποσοστό του ύψους 4% μόνο σε γονείς από την Κολομβία και την Ινδία ανέφερε ότι γνώριζε ότι τα παιδιά τους έχουν υποστεί άγγιγμα σεξουαλικής φύσεως κατά το προηγούμενο έτος. Η απώλεια απαντήσεων σε ερωτήσεις κυμάνθηκε από 0.9% έως 5.2%. Στο συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο φάνηκε να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής κακοποίησης με το φύλο σε κάθε χώρα (0.010 vs. 0.007, $p=.28$). Επιπλέον, δεν έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση σεξουαλικής κακοποίησης και ηλικίας. Ο δείκτης Cronbach's alpha για την αξιοπιστία είναι στο 0.29 για τη σεξουαλική κακοποίηση σύμφωνα με το εγχειρίδιο χρήσης του ICAST-P (Runyan, Brandspigel, Zolotor & Dunne, 2015) ενώ η εγκυρότητα του εργαλείου χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση (Πίνακας 2).

ICAST-R. Μία άλλη μορφή του IPSCAN είναι το ICAST-R που αφορά στη μελέτη πιθανής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία αλλά χρησιμοποιείται αναδρομικά σε ενήλικες 18 έως 24 ετών. Οι ερωτήσεις αφορούν τα τρία είδη κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική) και δεν επικεντρώνονται στη σχέση θύτη-θύματος. Το ερωτηματολόγιο είναι σύντομο (περίπου 20 ερωτήσεις αυτοαναφοράς). Οι ερωτήσεις αφορούν γεγονότα και εμπειρίες που συνέβησαν πριν από την ηλικία των 18 ετών. Σε μία δεύτερη φάση κατασκευής του ερωτηματολογίου 41 εξειδικευμένοι επαγγελματίες τροποποίησαν και επαναξιολόγησαν ορισμένες ερωτήσεις ανάλογα με τη σχετικότητα τους με την κακοποίηση.

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε σε έξι γλώσσες (αραβικά, χίντι, μαλαισιανά, μαράθι, ρωσικά και ισπανικά) και μοιράστηκε σε 842 νεαρούς ενήλικες 18 έως 26 ετών από Κολομβία, Αίγυπτο, Ινδία, Κιργιστάν, Λίβανο, Μαλαισία και Ρωσία. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν ομοιόμορφα κατανεμημένος (περίπου 120 από κάθε χώρα). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 15 βασικές ερωτήσεις που αφορούν σε κάποια εμπειρία παιδικής κακοποίησης (σωματικής, σεξουαλικής, συναισθηματικής) και σε κάποιες συμπληρωματικές που

σχετίζονται περισσότερο με τη συχνότητα και κάποιες πληροφορίες για το θύτη (Dunne et al., 2009).

Κάποια παραδείγματα ερωτήσεων από το ερωτηματολόγιο είναι: «Με έχουν χτυπήσει με κάποιο αντικείμενο» για την υποκλίμακα της σωματικής κακοποίησης, «Έχουν απειλήσει να με βλάψουν ή σκοτώσουν» για την υποκλίμακα της συναισθηματικής κακοποίησης, «Με έχουν αναγκάσει να έρθω σε σεξουαλική επαφή» για την υποκλίμακα της σεξουαλικής κακοποίησης.

Από το εγχειρίδιο για τη χρήση του ICASΤ μπορούμε να αναφερθούμε σε κάποια στατιστικά δεδομένα του ICASΤ-R (Runyan, et al., 2015). Ο δείκτης Cronbach's alpha για την εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση είναι ο υψηλότερος (Cronbach's alpha=.824) συγκριτικά με τη σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση (σωματική κακοποίηση: Cronbach's alpha=.610, συναισθηματική κακοποίηση: Cronbach's alpha=.626). Το ποσοστό των απαντήσεων που έλειπαν ήταν περίπου 1.5%.

Φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά για τη σεξουαλική κακοποίηση ανάλογα με το φύλο, ενώ ο θύτης είναι συχνότερα κάποιος μεγαλύτερος σε ηλικία γείτονας ή και κάποιος συνομήλικος. Στα αποτελέσματα της εφαρμογής του ερωτηματολογίου δεν αναφέρονται συχνά περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης από θετούς γονείς ή τη μεγαλύτερη αδερφή. Το 29% των συμμετεχόντων έχει αναφέρει να έχει τουλάχιστον μία εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης. Το 9%-11% των συμμετεχόντων που βίωσε έστω και μία εμπειρία σεξουαλικής πράξης δεν ανέφερε το θύτη. Το ίδιο ισχύει και για το 17% των συμμετεχόντων που βίωσε εξαναγκαστική συνουσία (Dunne et al., 2009; Runyan, et al., 2015) (Πίνακας 2).

ICASΤ-C. Για τη δοκιμασία ανίχνευσης σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών (Runyan et al., 2009) διερευνήθηκαν οι προδιαγραφές του ICASΤ-C με συμμετοχή επαγγελματιών από 40 χώρες. Δημιουργήθηκαν δύο εκδοχές του ICASΤ-C : Το ICASΤ-CH με 38 ερωτήσεις για περιστατικά κακοποίησης στο σπίτι και το ICASΤ-CI με 44 ερωτήσεις για περιστατικά κακοποίησης σε κάποιο θεσμικό πλαίσιο (π.χ. σχολείο). Στην έρευνα συμμετείχαν 571 παιδιά (246 αγόρια και 325 κορίτσια) ηλικίας 11 έως 17 ετών. Το δείγμα προερχόταν από την Κολομβία, την Ινδία, τη Ρωσία και την Ισλανδία.

Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν όλα τα είδη κακοποίησης (σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση). Τα παιδιά έχουν την επιλογή του προσδιορισμού της συχνότητας της κακοποίησης (πολλές φορές, μερικές φορές, ποτέ, όχι πρόσφατα) καθώς επίσης και της ηλικίας του θύτη (ενήλικος,

παιδί/έφηβος, και τα δύο). Στο τέλος του ερωτηματολογίου δίνεται στο παιδί η ευκαιρία να συμπληρώσει ελεύθερα πληροφορίες σε σχέση με το συμβάν. Όσον αφορά στη σεξουαλική κακοποίηση το παιδί έχει τη δυνατότητα να προσδιορίσει εάν ο θύτης ήταν κάποιο πρόσωπο οικείο σε αυτό (Runyan et al., 2009).

Το ερωτηματολόγιο ICAS-CH για το σπίτι έχει πέντε υποκλίμακες. Η πρώτη είναι η έκθεση σε βία, η οποία περιέχει ερωτήσεις όπως «Κάποιος ενήλικας στο σπίτι φώναξε με τρομακτικό τρόπο». Η δεύτερη είναι η ψυχολογική θυματοποίηση, με ερωτήσεις όπως «Σε έχουν κλειδώσει έξω από το σπίτι». Η τρίτη είναι η παραμέληση, με ερωτήσεις όπως «Έχεις νιώσει ότι δεν σε φροντίζουν». Η επόμενη είναι η σωματική τιμωρία, με ερωτήσεις όπως «Σε έχουν απειλήσει με μαχαίρι ή όπλο». Η τελευταία είναι η σεξουαλική κακοποίηση, που περιέχει ερωτήσεις όπως «Σου έχουν μιλήσει με σεξουαλικό τρόπο».

Το ICAS-CI, του οποίου οι ερωτήσεις αναφέρονται σε κακοποίηση σε θεσμικό πλαίσιο, έχει τρεις υποκλίμακες, αυτή της σωματικής θυματοποίησης, αυτή της ψυχολογικής και αυτή της σεξουαλικής. Στην υποκλίμακα της σωματικής θυματοποίησης ένα παράδειγμα ερώτησης είναι «Σου έχουν πετάξει κάποιο αντικείμενο πάνω σου». Στην υποκλίμακα της ψυχολογικής θυματοποίησης υπάρχουν ερωτήσεις του τύπου «Σε έχουν ντροπιάσει επειδή είσαι φτωχός/φτωχή». Τέλος στην υποκλίμακα της σεξουαλικής θυματοποίησης υπάρχουν ερωτήσεις όπως «Σε έχουν ενεπλέξει στην παραγωγή πορνογραφίας».

Από την βιβλιογραφία σχετικά με το ICAS-C υπάρχουν κάποια στατιστικά στοιχεία που μπορούμε να αναφέρουμε. Για τη σεξουαλική κακοποίηση σε παιδιά στο σπίτι (ICAS-CH) ο δείκτης Cronbach's alpha κυμαίνεται από 0.72 έως 0.85 (για 6 ερωτήσεις) και για τη σεξουαλική κακοποίηση σε παιδιά στο σχολείο ή σε κάποιο θεσμικό πλαίσιο (ICAS-CI) ήταν στο 0.78 (για 10 ερωτήσεις). Φαίνεται πως ιστορικό κακοποίησης αναφερόταν πιο συχνά σε κορίτσια ($p = .10$) κυρίως σε κάποιο θεσμικό πλαίσιο ($p = .07$). Δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση για τη σεξουαλική κακοποίηση και το φύλο του θύματος. Έχει φανεί απώλεια απαντήσεων σε ερωτήσεις που αφορούσαν τη σεξουαλική κακοποίηση σε ποσοστό 1.8%. Επιπλέον δεν έχει βρεθεί υψηλή συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης και ηλικίας του θύματος ούτε στο σπίτι ($p = .28$) ούτε σε κάποιο θεσμικό πλαίσιο ($p = .08$) (Nikolaidis et al., 2018; Runyan et al., 2015; Runyan et al., 2009) (Πίνακας 2).

CTQ-CTQ-SF

Το CTQ μελετάει τραυματικά γεγονότα κατά την παιδική ηλικία. Αποτελείται από 70 ερωτήσεις στις οποίες ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει σε μία κλίμακα Likert 5 σημείων

πόσο συχνά του συνέβη «καθώς μεγάλωνε» κάποιο τραυματικό γεγονός σχετικό με κακοποίηση. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως καθώς μόνο μέχρι το 2013 είχε χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 339 έρευνες που αφορούσαν την παιδική κακοποίηση (Grassi-Oliveira et al., 2014).

Το ερωτηματολόγιο μελετά και τις 4 μορφές κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική, παραμέληση) και χωρίζεται σε 5 κατηγορίες (σωματική κακοποίηση, συναισθηματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, σωματική παραμέληση και συναισθηματική παραμέληση). Απευθύνεται σε εφήβους από 12 ετών και πάνω και ενηλίκους (Liebschutz et al., 2018). Η γενική περιγραφή του ερωτηματολογίου είναι διαθέσιμη στον Πίνακα 1.

Το CTQ το 2003 εξελίχθηκε και σε μία σύντομη εκδοχή με 28 στοιχεία (CTQ-SF). Το δείγμα για την κατασκευή του ερωτηματολογίου περιλάμβανε 378 ενηλίκους με ιστορικό χρήσης ουσιών από κλινική στη Νέα Υόρκη και 625 χρήστες από κάποια κοινότητα στο Τέξας, 398 εφήβους με ιστορικό εγκλεισμού σε ψυχιατρική κλινική και 579 άτομα χωρίς επιβαρυνόμενο ιστορικό από το Λος Άντζελες. Η βαθμολογία του ερωτηματολογίου κυμαίνεται μεταξύ 25 και 125 πόντων (Bernstein et al., 2003). Το ερωτηματολόγιο υπάρχει διαθέσιμο στην αγγλική, την ισπανική, τη σουηδική, τη γερμανική, την τούρκικη, τη δανέζικη, τη νορβηγική, τη γαλλική, την ιταλική, τη νιγηριανή, την κινέζικη, την ιαπωνική και την κορεάτικη γλώσσα (Grassi-Oliveira et al., 2014; Liebschutz et al., 2018). Η γενική περιγραφή του ερωτηματολογίου είναι διαθέσιμη στον Πίνακα 1 (Πίνακας 1).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν όλες τις μορφές κακοποίησης και την παραμέληση κατά την παιδική ηλικία. Μερικά παραδείγματα ερωτήσεων είναι: « Καθώς μεγάλωνα θυμάμαι κάποιον να με φροντίζει/να με βοηθάει/ να πίνει/ να μου μιλάει άσχημα/να με χτυπάει/ να με αναγκάζει να τον αγγίζω/να με αγγίζει κ.α.».

Μέσα από τις έρευνες που μελετήσαμε εντοπίζονται στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του εργαλείου. Σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση το CTQ-SF στην αγγλική εκδοχή του έχει εσωτερική συνοχή 0.92-0.95. Στην ισπανική εκδοχή 0.90-0.94. Σε πρόσφατη έρευνα για την απόδοση του ερωτηματολογίου στην Κίνα φάνηκε ότι είχε εσωτερική συνοχή 0.57-0.89 και αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων 0.674 - 0.852 (Jiang et al., 2018). Για την Ιαπωνία η εσωτερική συνοχή σε σχέση με τη σεξουαλική κακοποίηση ήταν στο 0.89 (Mizuki & Fujiwara, 2020). Για τη Δανία, η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου έφτανε στο 0.95 (Kongerslev et al., 2019) και για τη Νορβηγία 0.95-0.97 με

αξιοπιστία 0.96 (Dovran et al., 2013). Επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες προκύπτουν και για τις υπόλοιπες χώρες σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες (Georgieva et al., 2021; Grassi-Oliveira et al., 2014; Klinitzke et al., 2011). Το CTQ έχει καλό βαθμό εσωτερικής συνοχής (0.70-0.94) και αξιοπιστίας επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (0.88) (Jiang et al., 2018) (Πίνακας 2).

ETI- ETI-SR-ETISF

Το Early Trauma Inventory είναι ένα ερωτηματολόγιο με μορφή ημι-δομημένης συνέντευξης που μελετάει και τις 4 μορφές κακοποίησης (σωματική, συναισθηματική, σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση) που συνέβησαν πριν από την ηλικία των 18 ετών σε πενταβάθμια κλίμακα συχνότητας. Κατασκευάστηκε από τους Bremner et al. (2000). Αποτελείται από 56 ερωτήσεις και ο μέγιστος χρόνος συμπλήρωσης είναι 1 ώρα. Για τη σεξουαλική κακοποίηση το Early Trauma Inventory περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο περιέχει την υποκλίμακα γενικού τραύματος, για παράδειγμα ερωτήσεις σχετικές με «Θάνατο γονέα» ή «Σοβαρό ατύχημα», την υποκλίμακα σωματικής κακοποίησης, με σχετικές προτάσεις όπως «Κάψιμο με τσιγάρο» ή «Σφαλιάρια στο πρόσωπο», την υποκλίμακα συναισθηματικής κακοποίησης, με παραδείγματα «Συχνά σου λένε ότι δεν είσαι καλός» ή «Οι γονείς ελέγχουν τομείς της ζωής σας» και την υποκλίμακα σεξουαλικής κακοποίησης, με προτάσεις όπως για παράδειγμα «Εξαναγκασμός σε στοματικό σεξ» ή «Εκθεση σε ανάρμοστα σχόλια για το σεξ».

Σε αρχικό στάδιο οι εξεταζόμενοι καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις κλειστού τύπου για περιστατικά κακοποίησης και έπειτα να δώσουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες και το πλαίσιο στο οποίο συνέβησαν. Κατά την κατασκευή του, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 137 ενήλικους από τους οποίους οι 87 είχαν κάποια ψυχιατρική διάγνωση (PTSD, N = 53, κατάθλιψη, N = 29, Σχιζοφρένεια, N = 3, Διαταραχή Πανικού, N = 2), και οι 50 συμμετέχοντες δεν είχαν κάποια διάγνωση. Η γενική περιγραφή του ερωτηματολογίου είναι διαθέσιμη στον Πίνακα 1 (Πίνακας 1).

Σχετικά με τα στατιστικά δεδομένα για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου, το Early Trauma Inventory έχει αξιολογηθεί ως προς την αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών, την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, την εσωτερική συνοχή και την εγκυρότητα. Υπήρξε υψηλός βαθμός αξιοπιστίας μεταξύ των βαθμολογητών τόσο γενικά (ICC= .99; F = 157.44; df = 10,11; p<.0001) όσο και για τη σεξουαλική κακοποίηση συγκεκριμένα (ICC = .99; F 1055.48; df = 10,11; p<.0001). Το ίδιο ισχύει και για την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων τόσο γενικά (r = .91; df = 9; p<.001) όσο και για τη σεξουαλική κακοποίηση συγκεκριμένα (r = .99; df = 9; p<.001). Η εσωτερική συνοχή για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο ήταν 0.95. Ο δείκτης Cronbach alpha και για τη σεξουαλική κακοποίηση συγκεκριμένα ήταν

.92 ($p < .05$). Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε ως μέτρο σύγκρισης το CLTE (Check List of Traumatic Events, Berk et al., 1989). Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων ($r = .63$; $df = 11$; $p = .02$). Σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση η συσχέτιση ήταν επίσης στατιστικά σημαντική ($r = .58$; $df = 12$; $p = .04$). Καλές τιμές προέκυψαν και ως προς την εγκυρότητα του εργαλείου μέσα από τη σύγκριση ατόμων με κάποια ψυχοπαθολογία ($M = 2752$, $SD = 1866$) με άτομα χωρίς ψυχοπαθολογία ($M = 406$, $SD = 932$) ($F = 17.36$, $p < .01$) (Bremner et al., 2000) (Πίνακας 2).

Το 2007 κατασκευάστηκε μία νέα εκδοχή του ETI το ETI-SR που βασιζόταν σε αυτοαναφορές. Αποτελείτο από 62 στοιχεία που αφορούν τις 4 μορφές κακοποίησης και επικεντρώνεται στην ηλικία στην οποία συνέβησαν και συγκεκριμένα στο αν έλαβαν χώρα στα 0 - 5, 6-11 και 12-18 έτη. Ο μέγιστος χρόνος συμπλήρωσης είναι τα 30 λεπτά. Κατά την κατασκευή του δόθηκε σε 288 άτομα εκ των οποίων οι 278 είχαν κάποια ψυχιατρική διάγνωση και οι 10 ήταν άγνωστο εάν είχαν κάποιο ψυχιατρικό ιστορικό. Βρέθηκε υψηλός βαθμός αξιοπιστίας τόσο γενικά (Cronbach's alpha > 0.7) όσο και σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση ($r = 0.47- 0.77$) (Bremner, Bolus & Mayer, 2007) (Πίνακας 2).

ETISR-SF. Το ETISR-SF αποτελείται από 27 ερωτήσεις που αφορούν και τις 4 μορφές κακοποίησης στις οποίες ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει με 0 (όχι) και 1(ναι) ανάλογα με το αν έχει συμβεί ή όχι. Για τη σεξουαλική κακοποίηση περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου κυμαίνεται μεταξύ 0.70–0.87 ενώ για τη σεξουαλική κακοποίηση συγκεκριμένα ήταν 0.87. Η εγκυρότητα μέσα από την ίδια σύγκριση ασθενών με και χωρίς PTSD ήταν $r = 0.32- 0.44$. Σε σχέση με τη σεξουαλική κακοποίηση η συσχέτιση των επιμέρους στοιχείων με τη γενική βαθμολογία ήταν 0.58 έως 0.78 (Bremner et al., 2007). Σε πρόσφατη έρευνα στη Σουηδία φάνηκε πως το ETISR-SF έχει ικανοποιητική αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων τόσο γενικά (ICC=0.93) όσο και για τη σεξουαλική κακοποίηση συγκεκριμένα (ICC=0.91) (Hörberg et al., 2019). Η γενική περιγραφή του ερωτηματολογίου είναι διαθέσιμη στον Πίνακα 1 (Πίνακας 1).

ETISR-SF ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Το ETISR-SF έχει μεταφραστεί και στα ελληνικά. Σε έρευνα του 2017 ελέγχθηκαν η εσωτερική συνοχή, η αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και η συγκλίνουσα εγκυρότητα. Στην έρευνα συμμετείχαν 402 γυναίκες και 203 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 24.3 ετών. Η εσωτερική συνοχή για το ερωτηματολόγιο ήταν υψηλή (Cronbach's alpha=0.91). Το ίδιο ισχύει και για την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (ICC=0.93). Ως προς τη συγκλίνουσα εγκυρότητα

χρησιμοποιήθηκε το TSC-40 (Trauma Symptom Checklist, Elliot & Briere, 1992) ως μέτρο σύγκρισης και η συσχέτισή τους ήταν στατιστικά σημαντική ($r=0.42$, $p<0.001$) (Antonopoulou et al., 2017) (Πίνακας 2).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ

ICAST. Αν και στο ICAST αξιολογείται η εσωτερική συνοχή, δεν είναι ξεκάθαρο το κατά πόσο επαναλαμβανόμενα βιώματα μπορούν να δίνουν ακριβώς τα ίδια στοιχεία που μετρά η κάθε μεταβλητή κάθε φορά (Straus et al., 1998). Όσον αφορά την εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής, από τη στιγμή που δεν υπάρχει gold standard είναι δύσκολο να αξιολογηθεί.

Λόγω της ηλικιακής ομάδας που εξετάστηκε για την κατασκευή του ICAST-C ακολουθήθηκαν οι κανόνες ηθικής δεοντολογίας. Αυτό σημαίνει πως τα παιδιά που συμμετείχαν διατήρησαν την ανωνυμία τους. Επίσης, η ηλικία του δείγματος εκκινεί από τα 11 έτη γιατί τότε θεώρησαν οι ερευνητές ότι τα παιδιά διαθέτουν την απαραίτητη συναισθηματική ωριμότητα για να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν σε κακοποίηση. Αυτός ο ηλικιακός περιορισμός, ίσως αποτελεί και ένα μειονέκτημα στη χρήση του ICAST-C (Dunne et al., 2009).

Για το κομμάτι της συχνότητας της σεξουαλικής κακοποίησης, αν και στην αρχή το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερώτηση σχετικά με το πόσες φορές συνέβη, για να αποφύγουν μία πιθανή αναβίωση του συμβάντος μέσα από το μέτρημα, προτιμήθηκαν οι πιο γενικές ερωτήσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω (Dunne et al., 2009). Αυτός μπορεί να είναι κι ένας λόγος για τον οποίο δεν υπήρχε μεγάλη απώλεια απαντήσεων σε ερωτήσεις.

Ωστόσο, λόγω του μικρού δείγματος από κάθε χώρα ($N=110-122$), υπάρχει δυσκολία στο να καθοριστεί τόσο ο επιπολασμός και η διαφοροποίηση ανάμεσα στα είδη κακοποίησης όσο και η εσωτερική συνοχή και εξωτερική εγκυρότητα. Επομένως, εκτός από το γεγονός ότι δεν μπορούν να εντοπιστούν διαπολιτισμικές διαφορές στα ποσοστά της κακοποίησης δεν είναι ασφαλές να εξαχθούν συμπεράσματα και σχετικά με την ευαισθησία του ψυχομετρικού εργαλείου σε αυτές (Dunne et al., 2009).

Τα μόνα στοιχεία τα οποία ελέγχθηκαν ήταν το φύλο και η ηλικία των συμμετεχόντων, για τα οποία μπορούμε να διακρίνουμε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Δεν μετρήθηκε η αξιοπιστία των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής. Σε σχέση με την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων φαίνεται πως στην περίπτωση του ICAST είναι ικανοποιητική μόνο για το ICAST-C και ICAST-R. Αυτό σημαίνει πως οι ερωτήσεις του ICAST-P δεν μετρούν επαρκώς το ίδιο ψυχομετρικό χαρακτηριστικό. Οι

τιμές του δείκτη μεγαλύτερες του 0,7 ή του 0,8 θεωρούνται συνήθως ικανοποιητικές (Runyan et al., 2009).

Στο ICAS-T-P λόγω των διαπολιτισμικών διαφορών ζητήθηκε από τους ερευνητές να χρησιμοποιήσουν στοιχεία από προηγούμενες έρευνες που να καθορίζουν κάποιες γενικές γονικές συμπεριφορές που θεωρούνται λιγότερο ή περισσότερο κακοποιητικές. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα στους ίδιους τους γονείς να καθορίσουν ποιες συμπεριφορές θεωρούν λιγότερο ή περισσότερο σκληρές. Αυτό αποτελεί ένα πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου καθώς δίνει μια ευρύτερη εικόνα των γονικών αντιλήψεων. Παρόλο που το δείγμα για κάθε χώρα ήταν μικρό, το διάστημα εμπιστοσύνης ήταν $\pm 0,08$. Αν και φαίνεται να έχει υψηλή φαινομενική εγκυρότητα και εσωτερική συνοχή, τα αποτελέσματα για την ανίχνευση περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών με βάση απαντήσεις από γονείς δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία για την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και για τη σύγκριση με αυτοαναφορές των θυμάτων κακοποίησης (Runyan et al., 2009).

Επιπλέον, από τη στιγμή που απευθύνεται σε γονείς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υπάρξει απόκρυψη στοιχείων αν και αυτό είναι ένα ρίσκο σε όλα τα εργαλεία αυτοαναφορών. Τέλος, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για ιστορικό ψυχοπαθολογίας στα παιδιά ή στους γονείς. Αξίζει να σημειωθεί πως επισημαίνεται ότι αυτή η μέθοδος μπορεί να παρουσιάσει 40 φορές μεγαλύτερη επίπτωση από επίσημα ποσοστά που παρουσιάζονται από τους κρατικούς φορείς (Runyan et al., 2009).

Στο ICAS-T-R τα δείγματα επίσης δεν ήταν αρκετά μεγάλα ώστε να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για να γίνει διαπολιτισμική σύγκριση. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες που προσεγγίστηκαν ήταν από διάφορα κοινωνικά στρώματα και το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε σε έξι γλώσσες. Φάνηκε πως παρουσίαζε ικανοποιητικούς δείκτες συσχέτισης σε ότι αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία και κατά πόσο πράγματι τη μελετάει αναδρομικά. Τα θετικά του συγκεκριμένου εργαλείου σχετίζονται τόσο με τη μορφή όσο και το περιεχόμενο. Αρχικά, είναι ένα σύντομο σε διάρκεια τεστ και απαρτίζεται από σαφείς ερωτήσεις ανάκλησης κάποιου γεγονότος κακοποίησης. Φαίνεται πως μέσα από αυτές τις απαντήσεις το ποσοστό ανάκλησης κακοποίησης είναι υψηλό (από 5% και πάνω για 14 από τις 15 ερωτήσεις). Επιπλέον, δίνει και πληροφορίες για το πλαίσιο στο οποίο συνέβη η κακοποίηση καθώς και για το θύτη (Dunne et al., 2009; Runyan, et al., 2015).

Παρόλα αυτά, ο μικρός αριθμός των ερωτήσεων σε συνδυασμό με το μικρό δείγμα δεν επιτρέπει τη χρήση του ως βασικό εργαλείο διάγνωσης της κακοποίησης. Όπως τονίζεται από τους ερευνητές το εργαλείο αυτό μπορεί να χρησιμεύει ως συμπληρωματικό μέσο αξιολόγησης κακοποίησης και όχι ως βασική μέθοδος. Αν και τίθεται ένα θέμα όσον αφορά στην αξιοπιστία οργάνων που αξιολογούν αναδρομικά κάποιο γεγονός υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι υπάρχει ικανοποιητικός βαθμός αξιοπιστίας σε αυτά τα εργαλεία (Hardt & Rutter, 2004). Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την εγκυρότητα των ICASΤ αν και είναι τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες. Είναι τα μοναδικά που έχουν αρκετή βιβλιογραφία ως προς την εφαρμογή τους σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Έχουν βασιστεί σε προϋπάρχουσα βιβλιογραφία και σε ψυχομετρικές κλίμακες και η αναθεωρημένη μορφή τους είναι αρκετά πρόσφατη με στοιχεία για ικανοποιητικό βαθμό εγκυρότητας και στον κινεζικό πληθυσμό. Επιπλέον, έχουν δοκιμαστεί σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, ενώ οι κατασκευαστές τους είναι από διάφορα μέρη του κόσμου. Για αυτό το λόγο κατέστη δυνατό να προσαρμοστούν σε διάφορα πληθυσμιακά και πολιτισμικά εμπόδια χωρίς να αποκλίνουν από την αρχική μορφή τους.

Παράγοντες που δεν μελετήθηκαν και δεν ορίστηκαν επαρκώς ήταν η αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, η εξωτερική εγκυρότητα καθώς και επιμέρους παράγοντες όπως ιστορικό ψυχοπαθολογίας στο παιδί ή στην οικογένεια ή διαχωρισμός σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών από παιδιά που πιθανώς έχουν θυματοποιηθεί από τη διαδικασία διερεύνησης της σεξουαλικής κακοποίησης (Dunne et al., 2009; Runyan, et al., 2015).

CTQ. Το CTQ φαίνεται πως είναι ένα ισχυρό ερωτηματολόγιο ανίχνευσης κακοποίησης που έχει εφαρμογή σε πολλές πληθυσμιακές ομάδες. Μελετάει όλες τις μορφές παιδικής κακοποίησης και φαίνεται πως υπάρχει η δυνατότητα διάκρισης μεταξύ τους. Σε όλες τις έρευνες έχει παρουσιάσει υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας. Έχει δοκιμαστεί τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες σε αντιπροσωπευτικά δείγματα (Bernstein et al., 2003; Grassi-Oliveira et al., 2014).

Ένα μειονέκτημά του είναι ότι απευθύνεται σε εφήβους και σε ενηλίκους και όχι σε παιδιά. Είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο διερευνά εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία αναδρομικά και αυτό είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει όσον αφορά στην αξιοπιστία του εργαλείου. Ωστόσο, με βάση έρευνες οι αναδρομικές μελέτες έχουν στατική ισχύ και τα αναδρομικά ανιχνευτικά εργαλεία έχουν διαγνωστική ακρίβεια (Hardt & Rutter, 2004). Ένα άλλο ζήτημα του ερωτηματολογίου είναι ότι ακόμα και στη σύντομη μορφή του περιλαμβάνει πάνω από 20

ερωτήσεις. Παρόλα αυτά σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι σύντομο στη συμπλήρωση και δεν παίρνει πάνω από 30 λεπτά. Τέλος, στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν δίνεται η δυνατότητα άντλησης πληροφοριών για άλλα τραυματικά γεγονότα ζωής που ενδεχομένως επηρέασαν την οικογένεια και το παιδί (Bernstein et al., 2003; Grassi-Oliveira et al., 2014).

ETI-SR-SF. Το ETISR-SF έχει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες ως αναδρομικό εργαλείο ανίχνευσης της κακοποίησης. Έχει μεταφραστεί στα ισπανικά, κορεάτικα, βραζιλιάνικα, πορτογαλικά, ολλανδικά, ελληνικά και κινέζικα. Έχει εξεταστεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του σε πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Επίσης κατά την κατασκευή του χρησιμοποιήθηκε το Check List of Traumatic Events (Berk et al., 1989) ως μέτρο σύγκρισης γεγονότος που αυξάνει την εγκυρότητά του. Είναι θετικό το ότι προσδιορίζεται η ηλικία στην οποία έλαβε χώρα η κακοποίηση και δίνει το ελεύθερο και για περαιτέρω πληροφορίες. Και σε αυτή την περίπτωση τίθεται ένα θέμα για την αναδρομική στατιστική διαγνωστική ισχύ τέτοιων ερωτηματολογίων αν και με βάση έρευνες είναι αρκετά αποδοτικά. Ένα μειονέκτημα του συγκεκριμένου εργαλείου είναι ότι είναι σχετικά εκτενές (τουλάχιστον 27 ερωτήσεις) (Bremner et al., 2000; Bremner et al., 2007).

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Κατά τη διαδικασία ταυτοποίησης μιας κακοποίησης δεν γίνεται να απουσιάζει η ιατρική κλινική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος εφόσον μεταξύ του υπό διερεύνηση γεγονότος και της εξέτασης έχει παρέλθει μικρό χρονικό διάστημα. Για την εξέταση του ανηλίκου από επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να υπάρχει η συγκατάθεση του ίδιου του παιδιού και/ή του κηδεμόνα του (WHO, 2003). Σε περίπτωση που δεν υπάρξει η συγκατάθεση χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση από τα αρμόδια όργανα ώστε να διευκρινιστεί για ποιους λόγους υπάρχει άρνηση του κηδεμόνα. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες επαρκές χρονικό διάστημα κατά το οποίο μπορεί να εντοπιστούν αξιόπιστα ευρήματα από την εξέταση από επαγγελματίες υγείας είναι λιγότερο από 72 ώρες (Adams et al. 2016). Μετά οι πιθανότητες να βρεθεί εύρημα μειώνονται σημαντικά.

Υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα για τις διαδικασίες που ακολουθούνται για τη σωματική εξέταση σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών από επαγγελματίες υγείας (Adams et al., 2016).

Σύμφωνα με το Πρωτόκολλο Διερεύνησης, Διάγνωσης και Διαχείρισης Κακοποίησης και Παραμέλησης Παιδιών από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2015) ένα παιδί μπορεί να εξεταστεί από παιδίατρο για πιθανή σεξουαλική κακοποίηση είτε λόγω παραπομπής από αρμόδιες αρχές ή επαγγελματίες υγείας είτε λόγω εντοπισμού στοιχείων ενδεικτικών

σεξουαλικής κακοποίησης από τον ίδιο τον παιδίατρο κατά την εξέταση. Σε περίπτωση που το παιδί αρνείται να εξεταστεί και η κατάσταση επείγει προτείνεται η χρήση μέθης ή ολικής αναισθησίας αν και η συγκεκριμένη τακτική εγείρει πολλά ηθικά ζητήματα. Κατά τη σωματική εξέταση προτείνεται η ενημέρωση και η εξοικείωση του ανηλίκου με τα εργαλεία τα οποία θα χρησιμοποιηθούν και το δικαίωμα να αποφασίσει το παιδί αν και ποια άτομα του περιβάλλοντός του επιθυμεί να παρίστανται στην εξέταση (Γυφτοπούλου και συν., 2015). Χρειάζεται επίσης να ληφθεί υπόψη το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, το βάρος και το ύψος του (Γυφτοπούλου και συν., 2015).

Επειδή όλα τα παραπάνω απαιτούν επισταμένη γνώση, υπάρχει εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας για την εξέταση σεξουαλικής κακοποίησης όπως είναι η εξειδίκευση των παιδιάτρων σε «Παιδιατρική παιδικής κακοποίησης» (Child Abuse Pediatrics- CAP) και η εξειδίκευση σε παιδιατρική σεξουαλικής κακοποίησης από νοσηλευτές-εξεταστές (Pediatric Sexual Assault Nurse Examiners-SANE-P). Η Παιδιατρική Παιδικής Κακοποίησης (CAP) αναγνωρίστηκε επίσημα ως υποειδικότητα της παιδιατρικής μόλις το 2009 από το Αμερικανικό Παιδιατρικό Συμβούλιο. Η «εξειδίκευση σε παιδιατρική σεξουαλικής κακοποίησης από νοσηλευτές-εξεταστές» (SANE-P) αναγνωρίστηκε ως υποειδικότητα της Νοσηλευτικής το 1995 από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών και εφαρμόζεται σε 26 χώρες (Adams et al., 2016).

Στην αξιολόγηση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης συμμετέχουν πάνω από ένας εξειδικευμένοι επαγγελματίες οι οποίοι αξιολογούν και φωτογραφικό υλικό του σώματος του ανηλίκου. Σε όλα τα παραπάνω είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας επιβλέπων εξειδικευμένος ιατρός (WHO, 2003).

Σε γενικές γραμμές η σωματική εξέταση αποτελείται από 11 βήματα (WHO, 2003):

- 1) Γενική σωματική κατάσταση του εξεταζόμενου: καρδιακός ρυθμός, πίεση, αναπνευστικός ρυθμός και θερμοκρασία.
- 2) Εξωτερικές πληγές στα χέρια, σημάδια πάλης ή άμυνας, πρήξιμο.
- 3) Μώλωπες σε μαλακά μέρη, στις άκρες των δαχτύλων και κόκκινα σημάδια από τράβηγμα ρούχων.
- 4) Πρόσωπο: μώλωπες και τραυματισμοί στο πρόσωπο, ρήξη στοματικού βλεννογόνου και μαλακή υπερώα του ουρανίσκου, τραυματισμοί στο στόμα.
- 5) Τραυματισμοί στα αυτιά εσωτερικά και εξωτερικά.
- 6) Τριχωτό της κεφαλής: ψηλάφηση για οίδημα, απώλεια μαλλιών

- 7) Μώλωπες στο λαιμό.
- 8) Εξέταση του κορμού στο βαθμό που το παιδί νιώθει άνετα με προσοχή στην αφαίρεση των ρούχων: μώλωπες και τραυματισμοί σε πλάτη και στήθος.
- 9) Κοιλιακή εξέταση σε ύπτια θέση για μώλωπες, εκδορές, εσωτερικά τραύματα και εγκυμοσύνη.
- 10) Εξέταση ποδιών σε ύπτια θέση εσωτερικά και εξωτερικά, στα γόνατα και στους αστραγάλους. Σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης τα τραύματα στα πόδια και ιδιαίτερα στα γόνατα είναι συμμετρικά σε περίπτωση που υπάρχει ακινητοποίηση του παιδιού.
- 11) Εξέταση του πίσω μέρους και των γλουτών του ασθενούς σε όρθια θέση και συλλογή υγρών.

Για την εξέταση της περιγεννητικής περιοχής ακολουθούνται 6 βασικά βήματα (WHO, 2003):

- 1) Εξέταση της κοιλικής περιοχής, του υμένα, της κλειτορίδας και του περινέου για μώλωπες, εκδορές και διαστολή.
- 2) Εξέταση της κοιλικής περιοχής, του υμένα, της κλειτορίδας και του περινέου για αίμα.
- 3) Συλλογή ιατροδικαστικών δειγμάτων όπως τρίχες, υπολείμματα σπέρματος ή άλλων υγρών και αντικειμένων εξωτερικά και εσωτερικά.
- 4) Περιπρωκτική εξέταση του ασθενούς σε θέση λιθοτομίας ή σε αριστερή πλευρική θέση.
- 5) Ψηλάφηση του ορθού για εύρεση ανατομικών ανωμαλιών αλλά και για προετοιμασία για πρωκτοσκόπηση.
- 6) Πρωκτοσκόπηση σε περίπτωση που υπάρχει αιμορραγία ή πόνος.

Στην εικόνα 5 περιγράφονται οι θέσεις εξέτασης παιδιών για τα οποία υπάρχει υποψία σεξουαλικής κακοποίησης (Εικόνα 5). Επειδή η ανατομική εξέταση μπορεί να είναι αρκετά επώδυνη και να ξυπνήσει μνήμες από την κακοποίηση, είναι απαραίτητο να γίνεται με πολύ ήπιο τρόπο, απόλυτο σεβασμό στην ιδιωτικότητα του παιδιού και συνεχή προσπάθεια αποφόρτισής του.

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Δεν υπάρχει χρυσή τομή ως προς την αξιοπιστία των μεθόδων αξιολόγησης της κακοποίησης. Η αξιολόγηση βασίζεται στα λεγόμενα του παιδιού και, όπως προαναφέρθηκε, σε μία διεπιστημονική προσέγγιση. Αυτό από μόνο του είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αυξάνει το βαθμό αξιοπιστίας της εξέτασης ή να τον μειώνει. Μπορεί η αρχική εκτίμηση από κάποιον επαγγελματία να επηρεάζει την οπτική του επόμενου ή και όχι (risk of bias- αμεροληψία). Επιπλέον, υπάρχει περιορισμένη έρευνα γύρω από το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί το παιδί

ανάλογα με το αναπτυξιακό στου στάδιο και κατά πόσο μπορεί να διαχωρίσει και να κατανοήσει κάποιες έννοιες (Θεμελή, 2012).

Έχει φανεί ότι τα ευρήματα από τη σωματική εξέταση παιδιών που υπάρχει υποψία σεξουαλικής κακοποίησης κατά 90% είναι φυσιολογικά. Ωστόσο, οι ιατρικές εξετάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν βοηθητικά για εντοπισμό σωματικών ανωμαλιών που μπορεί να αποτελούν ένδειξη κακοποίησης αλλά η απουσία τους δεν συνεπάγεται απουσία κακοποίησης (Herrmann et al., 2014).

Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει διείσδυση ή όχι. Η διείσδυση με την αυστηρή έννοια μπορεί να προκαλέσει ρήξη του παρθενικού υμένα σε κορίτσια και είναι εύκολο να εντοπιστεί. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει πλήρης διείσδυση μπορεί να μην υπάρξει ρήξη του υμένα χωρίς όμως να αποκλείεται η κακοποίηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να γίνουν διακριτές κάποιες αλλοιώσεις εξωτερικά αλλά δεν είναι και απαραίτητο. Υπάρχει επίσης πιθανότητα να υπάρξουν ορισμένες αλλοιώσεις ή ουλές στον υμένα. Ο εντοπισμός τους μπορεί να γίνει με ιστολογικές εξετάσεις αλλά είναι μια διαδικασία που εγείρει ηθικά, πολιτισμικά και πρακτικά ερωτήματα (Herrmann et al., 2014).

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνα για την ψυχολογική επίδραση της σωματικής εξέτασης για σεξουαλική κακοποίηση, 99 ανήλικοι 3 έως 17 ετών ανέφεραν σε ποσοστό 14-16% πολύ έντονο αίσθημα φόβου και πόνου σε επίσκεψη στο γιατρό για εξέταση σεξουαλικής κακοποίησης. Συγκριτικά με τη δυσφορία για απλή επίσκεψη στο γιατρό που ήταν σε ποσοστό 27% ανέφεραν 50% δυσφορία για επίσκεψη για εξέταση πιθανής σεξουαλικής κακοποίησης (Lazebnik et al., 1994). Οι εξετάσεις που λαμβάνουν χώρα για την εξέταση της σεξουαλικής κακοποίησης μπορεί να είναι αρκετά επώδυνες για έναν ανήλικο ο οποίος δεν έχει αναπτυχθεί ανατομικά πλήρως.

Σε κάθε περίπτωση η χρήση της μεθόδου του ορθοσκόπιου, ή αλλιώς ανοσκόπιου, σε περιπτώσεις πιθανής σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκου αποφεύγεται εκτός αν κρίνεται απαραίτητη και σε αυτή την περίπτωση προτείνεται η χρήση αναισθητικού για τον ανήλικο. (WHO, 2003).

Επιπλέον, τίθενται πολιτισμικά ερωτήματα. Για παράδειγμα, σε ανατολικές κοινωνίες εξετάσεις όπως η κολποσκόπηση ή η κολονοσκόπηση που περιλαμβάνουν διείσδυση αντικειμένου στο σώμα του παιδιού είναι απαγορευτικά για τη θρησκεία και την κουλτούρα του παιδιού. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κοριτσιών σε κάποιες χώρες είναι απαραίτητο στοιχείο για την αποκατάσταση της κοπέλας η “αγνότητα” με την έννοια της παρθενίας. Στις

περιπτώσεις, λοιπόν, που δεν υπάρχει βεβαιότητα σεξουαλικής κακοποίησης και χρειάζεται συγκατάθεση από τον κηδεμόνα για περαιτέρω εξέταση αυτό μπορεί να μην καταστεί δυνατόν. Ακόμα μεγαλύτερο «ταμπού» είναι η σωματική εξέταση στα αγόρια, στα οποία η σεξουαλική κακοποίηση υποδιαγιγνώσκεται, όχι μόνο λόγω των χαμηλών ποσοστών αποκάλυψης αλλά και των χαμηλών ποσοστών εξέτασης έπειτα από ορισμένο χρονικό διάστημα (London et al., 2005).

Έρευνες έχουν δείξει πως δεν υπάρχει υψηλός βαθμός ευαισθησίας στις εξετάσεις για τυχόν διείσδυση και για αυτό δεν μπορεί έγκυρα να διαγνωστεί σεξουαλική κακοποίηση (Berenson et al., 2002). Επιπλέον, αρκετά από τα ευρήματα της περιγεννητικής εξέτασης είναι αμφιλεγόμενα και δεν υποδηλώνουν ξεκάθαρα σεξουαλική κακοποίηση.

Μη ειδικά ευρήματα σεξουαλικής κακοποίησης είναι (Adams et al., 2016; Berenson et al., 2002) (Πίνακας 3):

- Ερύθημα
- Αυξημένη μελάγχρωση
- Διόγκωση αρτηριών
- Ενδείξεις για πολύποδες
- Σφηνοειδής σχηματισμός στη διάσταση «ανι»
- Μεταβολές στην περιοχή του Αδάμ

Αντίθετα, ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης για κορίτσια, σε ποσοστό 5-10%, μπορεί να είναι (Adams et al., 2002; Adams et al., 2016; Berenson et al., 2002) (Πίνακας 3):

- Ένα μη ειδικό ερύθημα
- Εκδορές
- Τραύμα διείσδυσης
- Περιθώριο τουλάχιστον 1mm στην οπίσθια περιοχή αν και υπάρχουν μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση
- Ρήξη του παρθενικού υμένα στις θέσεις ρολογιού 3.00 και 9.00 στη στάση γόνατα-στήθος και σχηματισμός V ή U (κοιλότητα)

Ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης για αγόρια, αν και είναι σπάνια στο 1-3%, μπορεί να είναι (Adams et al., 2002; Adams et al., 2016; Berenson et al., 2002) (Πίνακας 3):

- Ραγάδες
- Γδαρσίματα
- Υγρά

- Σημάδια

Όλα τα παραπάνω αφορούν την περιγεννητική περιοχή.

Όσον αφορά την περιπρωκτική περιοχή (Adams et al., 2002; Adams et al., 2016; Berenson et al., 2002) (Πίνακας 3):

- Οξύ τραύμα
- Αιμάτωμα
- Εσωτερικά τραύματα μέσω της κολωνοσκόπησης

Τα παραπάνω μπορεί να παρατηρηθούν και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις .

Σε έρευνα αξιολογήθηκε φωτογραφικό υλικό γενετήσιων εξετάσεων σε 36 εγκύους έφηβες με μέσο όρο ηλικίας τα 15.1 έτη. Οι εξεταστές δεν γνώριζαν τίποτα για το ιατρικό ιστορικό εκτός από το στάδιο της εγκυμοσύνης και αξιολογούσαν τα περιστατικά ανάλογα με την ύπαρξη ή μη εμφανούς τραύματος από διείσδυση με βάση το σύστημα ταξινόμησης του Adams (2001). Μόνο 2 από τις 36 κοπέλες είχαν ευρήματα σεξουαλικής επαφής από σεξουαλική κακοποίηση με βάση τη γυναικολογική εξέταση. Το παραπάνω αποτέλεσμα δείχνει πως αν και υπάρχει σεξουαλική επαφή δεν είναι ανάγκη να υπάρχουν ίχνη τραύματος διείσδυσης γεγονός που δυσχεραίνει τη διάγνωση σεξουαλικής κακοποίησης (Adams, 2001). Παρόλα αυτά το γεγονός ότι οι εξεταστές γνώριζαν ότι υπήρχε εγκυμοσύνη ίσως επηρέασε την κρίση τους.

Με βάση τα παραπάνω δεν είναι απαραίτητο να βρεθούν ανωμαλίες στον υμένα ή ακόμα και αν υπάρχει κάποιο τραύμα φαίνεται ότι μπορεί να επουλωθεί γρήγορα. Αξιόπιστες εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να ληφθούν περισσότερο σε κορίτσια 10 ετών ή μεγαλύτερα και χωρίς να έχουν πλυθεί. Σε αυτά τα κορίτσια μπορεί να βρεθεί κάποια ποσότητα σπέρματος (Palusci et al., 2006).

Σε άλλη έρευνα με 2834 συμμετέχοντες αναφέρεται πως η λήψη ιστορικού είναι σημαντικότερος δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης από τις ιατρικές εξετάσεις καθώς μόνο το 4% μπορεί να εμφανίσει μη φυσιολογικά ευρήματα σε ιατρικές εξετάσεις (Heger et al., 2002).

ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.

Ο έλεγχος για ΣΜΝ μπορεί να είναι καταλυτικός στην ταυτοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης.

Τα ΣΜΝ που διερευνώνται για σεξουαλική κακοποίηση είναι:

- η σύφιλη

- η γονόρροια
- οι χλαμυδιακές λοιμώξεις
- ο έρπης των γεννητικών οργάνων
- η βακτηριακή κόλπωση
- οι λοιμώξεις από τριχομονάδες
- οι λοιμώξεις από τον ιό των ανθρωπίνων κονδυλωμάτων (HPV)
- οι ηπατίτιδες και
- η HIV λοίμωξη

Οι Siegel και συν. (1995) θέλησαν να εξετάσουν για ΣΜΝ 855 σεξουαλικά κακοποιημένους ανηλίκους. Βασιζόμενοι στα κριτήρια της Αμερικανικής Ένωσης Παιδιατρικής (1991) απέκλεισαν το 37% των ασθενών καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια. Εύρημα για ΣΜΝ βρέθηκε στο 5.7% των συμμετεχόντων που πληρούσαν τα κριτήρια για εξέταση. Το ποσοστό αυτό αφορούσε μόνο κορίτσια. Αξίζει να σημειωθεί ότι όσον αφορά τον ιό του HIV χρειάζεται πρώτα να γίνει λήψη ιστορικού από τους γονείς διότι υπάρχει πιθανότητα να μεταφερθεί από τη μητέρα-φορέα στο βρέφος κατά τη γέννηση (Siegel et al., 1995).

Ο εντοπισμός του ιού των Ανθρώπινων Κονδυλωμάτων (HPV) φαίνεται πως είναι ενδεικτικός σεξουαλικής κακοποίησης. Ωστόσο, δεν αποκλείεται να υπάρχει μετάδοση του ιού από τη μητέρα στο έμβρυο κατά τον τοκετό. Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτό είναι κάτι που μπορεί να συμβεί, αλλά συνήθως είναι μη ταυτοποιήσιμοι τύποι του ιού. Υπάρχει πιθανότητα να υπάρξει μετάδοση του ιού των Ανθρώπινων Κονδυλωμάτων ακόμα και σε περίπτωση που κάποιο βρέφος γεννιέται με καισαρική τομή. Υπολογίζεται πως η πιθανότητα μετάδοσης του ιού σε γεννητικές περιοχές μέσω του τοκετού είναι 1%-5% (Drezett et al., 2012; Smith et al., 2010).

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΜΑΤΙΑ

Ένα άλλο ζήτημα που προκύπτει σε περιπτώσεις αξιολόγησης της παιδικής κακοποίησης είναι το κατά πόσο η άποψη του επαγγελματία είναι αξιόπιστη. Η αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών έχει μελετηθεί επισταμένως ως παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην ορθή διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης. Σε έρευνα στην Ολλανδία 27 επαγγελματίες υγείας από νοσοκομεία της Ολλανδίας (Louwers et al., 2012) απάντησαν σε ημιδομημένες συνεντεύξεις σε ερωτήσεις σχετικές με τα εμπόδια που συναντούν στη διάγνωση της παιδικής κακοποίησης κατά τη διαδικασία ανίχνευσης. Οι ερωτήσεις είχαν να κάνουν με την εμπειρία

και την εκπαίδευση του προσωπικού καθώς επίσης και την πολιτική που υπάρχει γύρω από το κομμάτι της κακοποίησης. Όπως αναφέρουν κάποια από τα εμπόδια που συναντούν είναι πρακτικά, όπως για παράδειγμα το συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα που πρέπει να ακολουθήσουν ή η μη σταθερότητα του πλαισίου όσον αφορά το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Άλλα εμπόδια σχετίζονται περισσότερο με την επαγγελματική κατάρτιση και επάρκεια του ειδικού αλλά και με τον προσωπικό φόβο της λανθασμένης διάγνωσης.

Ήδη από το 1995 (Roberts & Moran, 1995) έχει βρεθεί υψηλός βαθμός αξιοπιστίας μεταξύ βαθμολογητών για ευρήματα στην περιγεννητική περιοχή σε μία ομάδα ειδικών στη σεξουαλική κακοποίηση παιδιών στην Αυστραλία και σε μία στη Νέα Ζηλανδία με δείκτη Κάππα 0.67– 0.70 με βάση μία κλίμακα 3 σημείων. Ωστόσο, δεν υπήρξε το ίδιο αποτέλεσμα στην έρευνα των Sinal et al. στην οποία συμμετείχαν επτά έμπειροι επαγγελματίες χρησιμοποιώντας μία κλίμακα βαθμολόγησης 5 σημείων με δείκτη Κάππα 0.20 (όπως αναφέρεται στο Atabaki & Paradise, 1999)

Οι Atabaki και Paradise (1999) βρήκαν ικανοποιητική εγκυρότητα μεταξύ 206 εξεταστών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής οι οποίοι αξιολόγησαν γενετικές ανωμαλίες σε επτά περιπτώσεις πιθανής σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών. Τα ποσοστά συμφωνίας των εξεταστών με τις αρχικές διαγνώσεις που είχαν προηγηθεί κυμαίνονταν από 42% έως 96%.

Άλλη παράμετρος σχετική με την αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών είναι η ικανότητα αναγνώρισης στοιχείων σχετικών με τη σεξουαλική κακοποίηση. Σε έρευνα για τη διαγνωστική ακρίβεια στην εξέταση από επαγγελματίες υγείας της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών αξιολογήθηκαν η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίζουν σημάδια κακοποίησης και οι παράγοντες οι οποίοι είναι καθοριστικοί ως προς τα προσόντα τους για να υπάρξει ορθή διάγνωση. Η έρευνα έγινε διαδικτυακά με τη χρήση εικόνων. Οι εικόνες προς εξέταση και οι ερωτήσεις που θα τις συνόδευαν καθορίστηκαν σε δύο φάσεις (Νοέμβριος 2006 και Ιανουάριος 2007) από εξειδικευμένους επαγγελματίες. Τρία χρόνια μετά κάποιοι από τους επαγγελματίες αυτούς αξιολόγησαν ξανά τις ερωτήσεις. Για κάθε ερώτηση αξιολογήθηκε η εγκυρότητα της. Το δείγμα αποτελούνταν από επαγγελματίες υγείας με εμπειρία στην αξιολόγηση σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών. Οι συμμετέχοντες απάντησαν και σε μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν την επαγγελματική τους εξειδίκευση, την εμπειρία και το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο (Adams et al., 2012).

Από τους 141 επαγγελματίες υγείας που απάντησαν αρχικά, το 31.6% απάντησε σωστά. Οι παιδίατροι με εξειδίκευση στη διάγνωση της παιδικής κακοποίησης παιδιών απάντησαν

περισσότερες σωστές απαντήσεις συγκριτικά με τους γενικούς παιδιάτρους και τους νοσηλευτές που εξειδικεύονται στην εξέταση σεξουαλικής κακοποίησης.

Παρόλα αυτά, στη συγκεκριμένη μελέτη προσεγγίστηκαν πολύ συγκεκριμένοι επαγγελματίες με παρόμοια επαγγελματική εξειδίκευση. Σαν αποτέλεσμα δεν κατέστησε δυνατός ο εντοπισμός ξεχωριστών ατομικών παραγόντων που παίζουν ρόλο στη διάγνωση. Επιπλέον, για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν φωτογραφίες. Ένα βίντεο ίσως έδειχνε περισσότερες λεπτομέρειες που θα συνέβαλαν στη διάγνωση. Τέλος, επειδή δόθηκε έμφαση σε ανατομικά ευρήματα δεν προσμετρήθηκε καθόλου η μεταβλητή του ιστορικού των περιστατικών έτσι ώστε να γίνει πιο ακριβής η μελέτη της κακοποίησης.

Ένα χρόνο αργότερα μελετήθηκε η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών στην ανατομική εξέταση σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών με βάση φωτογραφικό υλικό με υψηλή ανάλυση. Πέντε άνδρες και επτά γυναίκες γιατροί με εμπειρία στη διάγνωση σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών αξιολόγησαν φωτογραφικά αρχεία κοριτσιών που βρίσκονταν στην προεφηβεία και απεικόνιζαν γενετικές εξετάσεις. Κάθε γιατρός έδωσε από 3 τέτοιες φωτογραφίες. Κάθε ειδικός αξιολογούσε τυφλά την κάθε φωτογραφία ως “αρνητική” σε ευρήματα κακοποίησης, “θετική” σε ευρήματα κακοποίησης και “ακαθόριστη” με βάση τον ορισμό που τους δινόταν από τη δημοσίευση του Adams και συν. (2007). Συνολικά, αξιολογήθηκαν 36 περιστατικά (Starling et al., 2013).

Έντεκα από τους 12 γιατρούς συμφώνησαν στο 67% (22/33) των αρχικών διαγνώσεων. Όλοι συμφώνησαν σε 15 περιπτώσεις με την αρχική διάγνωση, 8-10 συμφώνησαν μόνο σε 6 από τις 33 με την αρχική διάγνωση και λιγότεροι από 7 συμφώνησαν σε 5 περιστατικά με την αρχική διάγνωση. Ο δείκτης Fleiss’ Kappa που μετρά την αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών για όλες τις περιπτώσεις ήταν 0.623 δηλαδή μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ωστόσο, όταν αφαιρέθηκαν από την ανάλυση οι περιπτώσεις στις οποίες οι γιατροί δεν συμφωνούσαν ο δείκτης ανέβηκε ελάχιστα με μη στατιστικά σημαντική διαφορά (0.698).

Από την παραπάνω μελέτη φαίνεται πως σε περιπτώσεις με ξεκάθαρα ευρήματα υπάρχει υψηλό επίπεδο συνοχής ανάμεσα στους εξεταστές. Ωστόσο, για όχι τόσο ξεκάθαρα ευρήματα –τα οποία σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό και με την ποιότητα της εικόνας που εξετάζεται- δεν υπάρχει συνοχή. Δεν αναφέρεται καθόλου τι συμβαίνει σε περιπτώσεις υποψίας σεξουαλικής κακοποίησης αγοριών καθώς επίσης και τα ζητήματα ταμπού και προσωπικής αμηχανίας των εξεταστών. Τέλος, το δείγμα των εξεταστών δεν είναι αντιπροσωπευτικό καθώς ήταν όλοι από τον ίδιο οργανισμό και ο αριθμός (12) είναι μικρός.

Σε όλα τα παραπάνω, εκτός από το επίπεδο κατάρτισης υπεισέρχεται και ο παράγοντας της υποκειμενικότητας και των προσωπικών πεποιθήσεων που θα καθοδηγήσουν τον εξεταστή. Η υποκειμενικότητα έχει μελετηθεί από το 2011 (Everson & Sandoval, 2011) αποτελούμενη από 3 πεποιθήσεις (Child Forensic Attitude Scale (CFAS): φόβος υποδιάγνωσης, ο φόβος υπερδιάγνωσης και η αβεβαιότητα απέναντι στη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης. 1106 συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν σε μία κλίμακα Likert 5 σημείων αν διαφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα με τις παρακάτω ιδέες: 1. Υπάρχει δυσκολία στην αποκάλυψη της κακοποίησης. 2. Υπάρχουν πολλά μη διεγνωσμένα περιστατικά κακοποίησης 3. Είναι προτιμότερο μία λάθος διάγνωση να είναι υπέρ του παιδιού. Οι παραπάνω πεποιθήσεις αφορούσαν την ευαισθησία.

Όσον αφορά την ειδικότητα οι 3 πεποιθήσεις ήταν : 1. Υπάρχουν πολλοί ψευδείς ισχυρισμοί κακοποίησης 2. Υπάρχουν ψευδείς ισχυρισμοί που τεκμηριώνονται και οδηγούν σε ψευδώς θετική διάγνωση κακοποίησης 3. Είναι προτιμότερο μία λάθος διάγνωση να είναι κατά του υπόπτου αν δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις ανάμεσα στα επαγγέλματα, στο φύλο, σε άτομα που είχαν εκπαιδευτεί εγχώρια σε αντίθεση με τα άτομα που είχαν εκπαιδευτεί σε διεθνή βάση και στα χρόνια εμπειρίας. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι επαγγελματίες που εργάζονταν σε υπηρεσίας προστασίας παιδιών ανησυχούσαν περισσότερο μήπως γίνεται υπερδιάγνωση κακοποίησης.

Φαίνεται πως την αξιοπιστία μεταξύ των βαθμολογητών επηρεάζει τόσο το επίπεδο εξειδίκευσης του ειδικού (ή η δική του πεποίθηση για τις ικανότητές του) όσο και η γνώση ή μη του ιστορικού του περιστατικού. Συγκεκριμένα, ένας πιο έμπειρος και εξειδικευμένος επαγγελματίας καταλήγει σε συμπεράσματα με λιγότερη μεροληψία συγκριτικά με έναν λιγότερο έμπειρο. Επιπλέον, σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν εμφανή σημάδια διείσδυσης υπάρχει μεγαλύτερη επιφύλαξη στη διάγνωση.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υπάρχουν έρευνες οι οποίες υποστηρίζουν πως η χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική εξέταση της σεξουαλικής κακοποίησης αυξάνει την αξιοπιστία της εξέτασης. Συγκεκριμένα, η καταγραφή των σωματικών ενδείξεων μέσω εικόνων και βίντεο προτείνεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης.

Σε έρευνα του 2009 (MacLeod et al., 2009) αξιολογήθηκε η ποιότητα και η ακρίβεια στη διάγνωση παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης σε οκτώ νοσοκομεία στην Καλιφόρνια. Από τα οκτώ νοσοκομεία στα πέντε υπήρχαν τεχνολογικά μέσα για να στηρίξουν την εγγραφή εικόνας και βίντεο και στα τρία όχι. Από τα πέντε νοσοκομεία στα οποία υπήρχαν τα μέσα, στα τέσσερα δεν υπήρχε κάποιο δομημένο πρόγραμμα εξέτασης της σεξουαλικής κακοποίησης και στο ένα, αν και υπήρχε, δεν υπήρχε η απαραίτητη εμπειρία από το προσωπικό.

Σαν ομάδα ελέγχου, τα τρία νοσοκομεία που δεν διέθεταν τα μέσα είχαν δομημένα και εξειδικευμένα προγράμματα διάγνωσης της κακοποίησης και έμπειρο προσωπικό. Εξετάστηκαν 183 περιπτώσεις παιδιών κάτω των 18 ετών που παραπέμφθηκαν με υποψία σεξουαλικής κακοποίησης από το 2004 έως το 2009. Για τα νοσοκομεία που χρησιμοποιούσαν τεχνολογικά μέσα δημιουργήθηκαν ιστοσελίδες οι οποίες ήταν προσβάσιμες στο κοινό και οι επαγγελματίες που τις χρησιμοποιούσαν έκαναν χρήση ενός ενσωματωμένου, ψηφιακού κολποσκοπίου και μιας κάμερας υψηλής ευκρίνειας. Οι επαγγελματίες υγείας ήταν διαθέσιμοι όλο το 24ωρο και τις επτά μέρες της εβδομάδας. Στα νοσοκομεία της ομάδας ελέγχου γινόταν χρήση τηλεφώνου για τη διάγνωση. Δύο εξειδικευμένοι επαγγελματίες αξιολόγησαν τις καταγραφές. Ο ένας αξιολόγησε την ποιότητα και την ακρίβεια των τεχνολογικών μέσων και ο άλλος τα ιατρικά αρχεία.

Η μελέτη έδειξε ότι στα νοσοκομεία που γινόταν χρήση τεχνολογικών μέσων απεικόνισης υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ακρίβεια στη μέτρηση σε σχέση με τα νοσοκομεία που δεν γινόταν χρήση τεχνολογικών μέσων (31.20 vs 29.21, $p<0.05$).

Αν και η παραπάνω μελέτη δείχνει πως η χρήση της τεχνολογικών μέσων απεικόνισης είναι ωφέλιμη για τη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί. Αρχικά, τα παιδιά που μελετήθηκαν στα νοσοκομεία με τη χρήση τεχνολογικών μέσων απεικόνισης ήταν μεγαλύτερα από τα παιδιά στην ομάδα ελέγχου με στατιστικά σημαντική διαφορά (8.9 vs 7.4 ετών, $p<0.05$). Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι είναι πιο εύκολο για τους επαγγελματίες να τα αξιολογήσουν. Επιπλέον, η επιλογή των νοσοκομείων δεν έγινε τυχαία αλλά με βάση την εξειδίκευση των επαγγελματιών, την εμπειρία και τα προϋπάρχοντα προγράμματα για σεξουαλική κακοποίηση. Αυτό σε ένα βαθμό μπορεί να επηρεάζει τα αποτελέσματα στις μετρήσεις. Τέλος, το δείγμα ήταν αρκετά μικρό επομένως δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΗΣΗ. Ένας άλλος τρόπος εξέτασης κοριτσιών για ευρήματα που υποδεικνύουν σεξουαλική κακοποίηση είναι η κολποσκόπηση. Η κολποσκόπηση είναι μία

μέθοδος που χρησιμοποιείται στην ταυτοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης στα κορίτσια καθώς συμβάλλει στον εντοπισμό ανωμαλιών στη γεννητική περιοχή. Ωστόσο, η χρήση της μεθόδου δεν είναι υποχρεωτική με μόνο το 19,7% των ιατρών να προβαίνουν σε κολποσκόπηση για την εξέταση πιθανής σεξουαλικής κακοποίησης και τους περισσότερους από αυτούς να δηλώνουν ότι έχουν την απαραίτητη εξειδίκευση στην ταυτοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης (Atabaki & Paradise, 1999).

Η κολποσκόπηση μπορεί να αποτελέσει μέρος της συνολικής αξιολόγησης πιθανής σεξουαλικής κακοποίησης και να οδηγήσει σε ορισμένα ευρήματα σχετικά με σεξουαλική κακοποίηση αλλά δεν μπορεί να αποτελέσει εξ ολοκλήρου εργαλείο διάγνωσης. Η ευαισθησία της εξέτασης είναι περίπου 56% και η ειδικότητα 98%. Ενώ έχει βρεθεί ικανοποιητική συσχέτιση της μεθόδου με την συνολική αξιολόγηση (weight kappa, 0.245) ο λόγος πιθανοφανειών για την εύρεση μη φυσιολογικών ευρημάτων ενδεικτικών κακοποίησης μέσω της μεθόδου της κολποσκόπησης είναι 34.30. Το πιο πιθανό εύρημα που μπορεί να βρεθεί μέσω της κολποσκόπησης και να συσχετιστεί με τη σεξουαλική κακοποίηση είναι τραύμα έπειτα από βίαιη διείσδυση ή αμβλύ αντικείμενο (Hobbs & Wynne, 1996).

ΦΩΤΙΣΜΟΣ ΛΑΜΠΤΗΡΩΝ WOOD. Η τεχνική φθορισμού των λαμπτήρων Wood χρησιμοποιείται για το εντοπισμό σπέρματος. Ωστόσο, τα ούρα και το σπέρμα φθορίζουν με το ίδιο χρώμα αλλά με διαφορετικά μοτίβα. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως δεν είναι μία μέθοδος που αυξάνει την πιθανότητα ορθής διάγνωσης σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς όπως έχουν δείξει έρευνες πολλοί παιδίατροι δεν μπορούν να τα διαχωρίσουν. Για αυτούς τους λόγους δεν αποτελεί δημοφιλή μέθοδο εξέτασης σεξουαλικής κακοποίησης (Atabaki & Paradise, 1999).

Από τα παραπάνω γίνεται εύλογα αντιληπτό πως η διάγνωση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ενέχει μεγάλη πιθανότητα σφάλματος. Οι ψευδώς θετικές και ψευδώς αρνητικές διαγνώσεις συνιστούν τον όρο της ειδικότητας η οποία αποτελεί συστατικό στοιχείο της εγκυρότητας. Με βάση τη βιβλιογραφία ο βαθμός ειδικότητας σε περιπτώσεις που η πιθανή σεξουαλική κακοποίηση μελετάται μέσα από διαζώσης συνεντεύξεις είναι υψηλός (9.8%, 95% CI 99.6 – 99.9%) (Barr et al., 2017).

Στην περίπτωση της χρήσης ερωτηματολογίων ανίχνευσης ο όρος της ειδικότητας προκύπτει από το βαθμό εγκυρότητας. Από τα ερωτηματολόγια που προηγήθηκαν σε ορισμένα αναφερόταν ικανοποιητικός βαθμός εγκυρότητας. Αυτό σημαίνει πως οι πιθανότητες αυτών των ερωτηματολογίων να δώσουν ψευδώς θετικά ή ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα είναι μειωμένες.

Σε σχέση με τη σωματική εξέταση από επαγγελματίες υγείας υπάρχουν πολλές πιθανότητες να υπάρξουν ψευδώς θετικά και αρνητικά ευρήματα λόγω παραγόντων όπως η έλλειψη εξειδίκευσης ή πεπερασμένου χρονικού ορίου εξέτασης.

Στην πρώτη περίπτωση πρέπει να ληφθεί υπόψη και η ανησυχία του γονέα για τη σωματική υγεία του παιδιού. Όταν ένας γονέας είναι σε επαγρύπνηση για τη σωματική υγεία του παιδιού του μπορεί να ανακαλύψει σωματικά σημάδια ή συμπτώματα που λανθασμένα του δείχνουν πιθανή κακοποίηση. Επιπλέον, υπάρχει πιθανότητα ο γονέας με δόλο να κατηγορεί έναν άλλο γονέα ή να επηρεάζει την αντίληψη του παιδιού γιατί ενδεχομένως δεν έχει καλές σχέσεις με τον άλλο γονέα ή γιατί υποβόσκει κάποια διαταραχή. Το σύνδρομο της γονικής αποξένωσης είναι ακριβώς αυτή η περίπτωση κατά την οποία ο γονέας μέσω του παιδιού κατηγορεί τον άλλο γονέα για πρόκληση σωματικής βλάβης στο παιδί. Είναι επίσης πιθανό να υπάρχει υπόβαθρο ροπής στο παθολογικό ψέμα είτε από την πλευρά του γονέα είτε από την πλευρά του παιδιού. Αν και φαινομενικά τα παραπάνω αποτελούν εκφάνσεις της δικανικής συνέντευξης, πλέον, με την ανάπτυξη των ερωτηματολογίων ανίχνευσης μπορεί οι ψευδείς μαρτυρίες να υπάρξουν και σε αυτά τα πλαίσια. Για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η λήψη του ιστορικού (Θεμελή, 2012).

Όσον αφορά στη σωματική εξέταση πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στη διαφοροδιάγνωση. Για παράδειγμα πολλά είδη δερματίτιδας (σημηγματορροϊκή, ατοπική, δερματίτιδα λόγω πάνας) συγχέονται με τη σεξουαλική κακοποίηση καθώς μπορεί να παρουσιαστούν τοπικά σημάδια και ερύθημα. Επίσης, η ψώρα μπορεί να παρουσιάσει φλεγμονές αλλά περιλαμβάνει και τον κνησμό. Σε συγγενείς ανωμαλίες στην περιγεννητική και περιπρωκτική περιοχή μπορεί να υπάρχουν ουλές, ραγάδες, ερυθρότητα ή αιμάτωμα τα οποία όμως δεν δείχνουν πάντα σεξουαλική κακοποίηση (Herrmann et al., 2014).

Οι Atabaki και Paradise (1999) αναφέρουν πως κατά την εξέταση κοριτσιών πριν από την εμμηναρχή που δεν είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά ο επιπολασμός ευρημάτων για παχύ άκρο στον υμένα ήταν 50-94% και η αυξημένη αγγειακή δραστηριότητα στον υμένα ήταν 31-37%. Ανάλογα για την εξέταση στη θέση γόνατο-στήθος τα ευρήματα για τον επιπολασμό ήταν 26% και 29% αντίστοιχα. Αυτό σημαίνει πως παράγοντες όπως η θέση εξέτασης και η εκπαίδευση του εξεταστή παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης.

Άλλες ασθένειες στις οποίες παρουσιάζονται δερματικές ανωμαλίες, σημάδια και πληγές είναι η νόσος του Kρον, Kawasaki, ψωρίαση και ουρηθρική πρόπτωση (Atabaki & Paradise, 1999).

Επιπλέον, η ελλιπής γνώση που υπάρχει γύρω από ασθένειες της περιπρωκτικής περιοχής μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς θετική διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης. Για παράδειγμα, σε ένα παιδί που πάσχει από μυοτονική δυστροφία μπορεί να υπάρχουν σημάδια πρωκτικής διαστολής ή ρήξης του σφιγκτήρα χωρίς όμως να είναι απαραίτητα αποδεικτικά κακοποίησης (Atabaki & Paradise, 1999).

Ως προς τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα, αρχικά, όπως προαναφέρθηκε τα περισσότερα παιδιά δεν αποκαλύπτουν την κακοποίηση είτε γιατί φοβούνται, είτε γιατί ντρέπονται, είτε γιατί γνωρίζουν το θύτη. Στον αναθεωρημένο οδηγό εξέτασης πιθανών ανηλίκων-θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης του Adams και συν. (2018) αναφέρεται πως σε δείγμα 1160 σεξουαλικά κακοποιημένων κοριτσιών βρέθηκαν σωματικά ευρήματα μόνο στα 26 (2.2%). Επομένως, τόσο η συνέντευξη όσο και η χρήση κάποιου σταθμισμένου ερωτηματολογίου πρέπει να περιλαμβάνουν όσο το δυνατόν ξεκάθαρες ερωτήσεις που περιορίζουν την υποκειμενικότητα και οι απαντήσεις τους δίνουν μία ξεκάθαρη εικόνα. Φυσικά, αυτό είναι αρκετά δύσκολο εφόσον πρόκειται για ανθρώπους με υποκειμενικές εικόνες και αντιλήψεις (Adams et al., 2018) . Ακόμα και σε περιπτώσεις που το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό δύσκολα ένα παιδί θα αποκαλύψει την κακοποίηση (Olafson & Lederman, 2006). Με δεδομένο μάλιστα ότι αποφεύγεται η καταγγελία αν δεν έχει ολοκληρωθεί η πράξη οι πιθανότητες για υποδιάγνωση αυξάνονται (Everson & Sandoval, 2011).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν η παρουσίαση της διαγνωστικής αξίας των ερωτηματολογίων ανίχνευσης της κακοποίησης και της φυσικής εξέτασης από επαγγελματίες υγείας.

Ειδικές κοινωνικές συνθήκες μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση του φαινομένου της παιδικής κακοποίησης. Με βάση πρόσφατες μελέτες τα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας την περίοδο της πανδημίας αυξήθηκαν δραματικά (Every-Palmer et al., 2020). Παράλληλα, το προσφυγικό κύμα έχει σαν αποτέλεσμα τη συγκέντρωση μεγάλου όγκου πληθυσμού προσφύγων σε κράτη τα οποία δεν διαθέτουν το απαραίτητο σύστημα περίθαλψής τους. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια πολλά παιδιά πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης με σκοπό τον βιοπορισμό. Επίσης, οι έντονες πιέσεις και το άγχος έχουν συσχετιστεί με έκρηξη των ψυχικών νοσημάτων και απώλεια του ελέγχου. Ένας άλλος παράγοντας που έχει συσχετιστεί με την παιδική

σεξουαλική κακοποίηση είναι η κοινωνική απομόνωση που ενδεχομένως βιώνει ο θύτης σε συνδυασμό με ορισμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, παραβατική συμπεριφορά και ψυχοσυναισθηματικές μεταπτώσεις (Silove et al., 2017).

Η εύρεση αποτελεσματικών και λιγότερο χρονοβόρων διαγνωστικών μεθόδων έχει ψυχολογικά και οικονομικά οφέλη για το κράτος. Σύμφωνα με στοιχεία από το Κέντρο για τον Έλεγχο των Ασθενειών και την Πρόληψη (CDC), η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία στοίχισε το 2015 στις ΗΠΑ περίπου 9.3 δισεκατομμύρια (*Fast Facts: Preventing Child Sexual Abuse*, 2022).

Με την αποφυγή ψευδώς θετικών διαγνώσεων και με την ρεαλιστική αξιολόγηση των ποσοστών κακοποίησης, ανοίγει ο δρόμος για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και αποκατάστασης καθώς και θέσπισης νόμων που αφορούν στη διαχείριση ενός περιστατικού κακοποίησης.

Τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης προσφέρουν τη δυνατότητα εντοπισμού στοιχείων που υποδηλώνουν σεξουαλική κακοποίηση με έναν ταχύτερο τρόπο. Δεδομένου του ότι η δικανική συνέντευξη απαιτεί απόλυτη εξειδίκευση έτσι ώστε να αποφευχθεί η δευτερογενής θυματοποίηση του παιδιού μέσω της διαδικασίας ταυτοποίησης στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, κρίνεται σκόπιμο να μελετηθούν περισσότερο τα ερωτηματολόγια ανίχνευσης ως ένας αυτοματοποιημένος τρόπος αξιολόγησης.

Τα ερωτηματολόγια που αναλύθηκαν τελικώς ήταν το ICAST σε τρεις εκδοχές (ICAST-C, ICAST-R, ICAST-P), το CTQ και το CTQ-SF, το ETI, το ETI-SR και το ETISR-SF. Όσον αφορά τις έρευνες για την εξέταση από επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιήθηκαν τόσο βιβλιογραφικές όσο και πρωτογενείς που περιλάμβαναν όρους σχετικούς με την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των εξετάσεων.

Ως προς τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες τα ICAST-C και ICAST-R είχαν ικανοποιητικό βαθμό αξιοπιστίας κάτι που δεν ίσχυε για το ICAST-P. Το ICAST-P προσέφερε μία ευρύτερη εικόνα σχετικά με τις αντιλήψεις των γονέων για συμπεριφορές που θεωρούνται περισσότερο ή λιγότερο σκληρές. Με βάση αυτό, τα αποτελέσματα για την ανίχνευση περιπτώσεων σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών από απαντήσεις από γονείς δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. Αν και φαίνεται να υπάρχει μια θεωρητική συνάφεια ανάμεσα σε πράξεις σεξουαλικής κακοποίησης και γονικών συμπεριφορών δεν είναι αρκετά ξεκάθαρος ο τρόπος με τον οποίο το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θα μπορούσε να οδηγήσει στη διάγνωση της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (Dunne et al., 2009; Runyan et al., 2009; Runyan et al., 2015).

Πέρα από το γεγονός ότι δύσκολα κάποιος γονέας θα παραδεχόταν πως πράξη σεξουαλικού περιεχομένου θεωρείται κατάλληλη για ένα παιδί, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να υπάρξει απόκρυψη στοιχείων. Ωστόσο, το παραπάνω μπορεί να συμβεί σε όλα τα εργαλεία αυτοαναφορών. Επομένως, το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο δεν προσφέρει πολλές δυνατότητες σε σχέση με τον προσδιορισμό συγκεκριμένων παραγόντων που σχετίζονται με τη σεξουαλική κακοποίηση, καθώς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε για το φύλο ούτε για την ηλικία. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία για την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων και για τη σύγκριση με αυτοαναφορές των θυμάτων κακοποίησης.

Σε πρόσφατη έρευνα στην οποία συμπεριλαμβανόταν και η Ελλάδα, βρέθηκε χαμηλή εσωτερική συνοχή σε ό,τι σχετίζεται με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση για το ICAST-P χρησιμοποιώντας ένα αμφιπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης. Η έρευνα βασίστηκε στη BECAN Study και παρατηρήθηκε πως υπήρξαν χαμηλότερα ποσοστά αναφορών σεξουαλικής βίας απέναντι στα παιδιά από τους γονείς συγκριτικά με τις αναφορές των ίδιων των παιδιών (Meinck et al., 2021).

Το ICAST-R πληροί κάποιες βασικές προϋποθέσεις καταλληλότητας ενός ερωτηματολογίου ανίχνευσης. Είναι σύντομο σε διάρκεια και απαρτίζεται από σαφείς ερωτήσεις ανάκλησης κάποιου γεγονότος κακοποίησης. Έχει υψηλό βαθμό αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής –τον υψηλότερο από όλες τις εκδοχές ICAST. Φαίνεται πως μέσα από τις απαντήσεις το ποσοστό ανάκλησης κακοποίησης είναι υψηλό. Επιπλέον, δίνει και πληροφορίες για το πλαίσιο στο οποίο συνέβη η κακοποίηση καθώς και για το θύτη.

Αν και τίθεται ένα θέμα όσον αφορά στην αξιοπιστία οργάνων που αξιολογούν αναδρομικά κάποιο γεγονός υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι υπάρχει ικανοποιητικός βαθμός αξιοπιστίας σε αυτά τα εργαλεία (Hardt & Rutter, 2004). Ωστόσο, λόγω της αναδρομικής φύσης του ερωτηματολογίου είναι δύσκολο να λειτουργήσει ως βασικό διαγνωστικό μέσο. Ούτε και στη συγκεκριμένη εκδοχή γίνεται αναφορά για την εγκυρότητα, την αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Σύμφωνα με έρευνα του 2014 στην Κορέα το ICAST R παρουσιάζει ικανοποιητικό βαθμό εγκυρότητας αλλά χρειάζεται παραπάνω έρευνα σε περισσότερες πληθυσμιακές ομάδες για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (Kim & Lee, 2014).

Για την παιδική εκδοχή του ICAST (ICAST-CH και ICAST-CI) βρέθηκε υψηλός βαθμός αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής. Σε σχέση με το φύλο υπήρξε μέτρια συσχέτιση για το ICAST-

C και τη σεξουαλική κακοποίηση. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σεξουαλικής κακοποίησης με την ηλικία του θύματος ούτε για το ICAST-CH ούτε για το ICAST- CI. Και σε αυτή την περίπτωση δεν γίνεται αναφορά για την εγκυρότητα, την αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και την αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων.

Παρόλο που στο ICAST αξιολογείται η εσωτερική συνοχή, υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την ταύτιση των υπό μελέτη μεταβλητών και των στοιχείων που δίνουν επαναλαμβανόμενα βιώματα κάθε φορά (Straus et al., 1998). Όσον αφορά την εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής, από τη στιγμή που δεν υπάρχει gold standard είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Αυτό σημαίνει πως είναι δύσκολο να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για ψευδώς θετικές και ψευδώς αρνητικές διαγνώσεις.

Αν και το ICAST έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχει εφαρμοστεί σε αρκετές έρευνες, οι τιμές που προέκυψαν κατά την κατασκευή του βασίστηκαν σε μικρά μη αντιπροσωπευτικά δείγματα. Επομένως, εκτός από το γεγονός ότι δεν μπορούν να εντοπιστούν διαπολιτισμικές διαφορές στα ποσοστά της κακοποίησης δεν είναι ασφαλές να εξαχθούν συμπεράσματα και σχετικά με την ευαισθησία του ψυχομετρικού εργαλείου. Παράγοντες που δεν μελετήθηκαν και δεν ορίστηκαν επαρκώς ήταν η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών, η αξιοπιστία επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, η εξωτερική εγκυρότητα καθώς και επιμέρους παράγοντες όπως ιστορικό ψυχοπαθολογίας στο παιδί ή στην οικογένεια ή διαχωρισμός σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών από παιδιά που πιθανώς έχουν θυματοποιηθεί από τη διαδικασία διερεύνησης της σεξουαλικής κακοποίησης.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς τα ICAST είναι τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες. Είναι τα μοναδικά για τα οποία υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία ως προς την εφαρμογή τους σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Έχουν βασιστεί σε προϋπάρχουσα βιβλιογραφία και σε ψυχομετρικές κλίμακες. Αξίζει να σημειωθεί πως η αναθεωρημένη μορφή τους είναι αρκετά πρόσφατη με στοιχεία για ικανοποιητικό βαθμό εγκυρότητας στον κινεζικό πληθυσμό. Επιπλέον, έχουν δοκιμαστεί σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, ενώ οι κατασκευαστές τους είναι από διάφορα μέρη του κόσμου. Για αυτό το λόγο κατέστη δυνατό να προσαρμοστούν σε διάφορα πληθυσμιακά και πολιτισμικά εμπόδια χωρίς να αποκλίνουν από την αρχική μορφή τους (Runyan et al., 2015).

Το CTQ είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο ανίχνευσης τραυματικών γεγονότων όπως είναι η σεξουαλική κακοποίηση. Μελετάει όλες τις μορφές παιδικής κακοποίησης με

υψηλό βαθμό αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής. Έχει εφαρμογή τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες.

Ένα μειονέκτημά του είναι ότι απευθύνεται σε εφήβους (άνω των 12 ετών) και σε ενηλίκους και όχι σε παιδιά. Ωστόσο, μαζί με το ICAST-C (11-17 ετών) είναι τα μόνα ερωτηματολόγια που απευθύνονται σε ανηλίκους κάτω των 18 ετών. Το CTQ διερευνά εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία αναδρομικά και αυτό είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει όσον αφορά στην αξιοπιστία του εργαλείου. Ωστόσο, με βάση έρευνες οι αναδρομικές μελέτες έχουν στατιστική ισχύ και τα αναδρομικά ανιχνευτικά εργαλεία έχουν διαγνωστική ακρίβεια (Hardt & Rutter, 2004). Ένα άλλο ζήτημα του ερωτηματολογίου είναι ότι ακόμα και στη σύντομη μορφή του περιλαμβάνει πάνω από 20 ερωτήσεις. Παρόλα αυτά σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι σύντομο στη συμπλήρωση και δεν παίρνει πάνω από 30 λεπτά.

Το ETISR-SF έχει ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες ως αναδρομικό εργαλείο ανίχνευσης της κακοποίησης. Έχει μεταφραστεί στα ισπανικά, κορεάτικα, βραζιλιάνικα, πορτογαλικά, ολλανδικά, ελληνικά και κινέζικα. Έχει εξεταστεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του σε πολλές χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε ως μέτρο σύγκρισης το CLTE και βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων. Σχετικά με τη σεξουαλική κακοποίηση η συσχέτιση ήταν επίσης στατιστικά σημαντική. Καλές τιμές προέκυψαν και ως προς την εγκυρότητα του εργαλείου μέσα από τη σύγκριση ατόμων με PTSD με άτομα χωρίς ψυχοπαθολογία.

Όσον αφορά την Ελλάδα ως μέτρο σύγκρισης χρησιμοποιήθηκε το TSC-40 και η συσχέτισή τους ήταν επίσης στατιστικά σημαντική. Παρουσιάζει υψηλό βαθμό εσωτερικής συνοχής σε όλες τις εκδοχές του. Επίσης παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Είναι θετικό το ότι προσδιορίζεται η ηλικία στην οποία έλαβε χώρα η κακοποίηση και δίνει το ελεύθερο και για περαιτέρω πληροφορίες. Και σε αυτή την περίπτωση τίθεται ένα θέμα για την αναδρομική στατιστική διαγνωστική ισχύ τέτοιων ερωτηματολογίων αν και με βάση έρευνες είναι αρκετά αποδοτικά. Ένα μειονέκτημα του συγκεκριμένου εργαλείου είναι ότι είναι σχετικά εκτενές (τουλάχιστον 27 ερωτήσεις).

Ένα ικανοποιητικό ερωτηματολόγιο ανίχνευσης της σεξουαλικής κακοποίησης πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις. Συγκεκριμένα θα πρέπει να περιλαμβάνει ερωτήσεις που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, να έχει εφαρμογή σε διάφορους πληθυσμούς, να καλύπτει όλες τις μορφές κακοποίησης αλλά να είναι διακριτές

ταυτόχρονα, να περιλαμβάνει διάφορες κοινωνικές καταστάσεις και πλαίσια μέσα στα οποία το παιδί ενδεχομένως κακοποιήθηκε, να περιλαμβάνει αρχικά ερωτήσεις σχετικές με κακοποιητικές πράξεις και όχι θύτες, να περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με το χρόνο και τη συχνότητα της κακοποίησης, να μπορεί να συμπληρωθεί σε διάστημα 20-30 λεπτών, να περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με συνηθισμένες συνθήκες και όχι σπάνιες και να μην επικεντρώνεται σε θρησκευτικούς ή πολιτισμικούς παράγοντες.

Με βάση τα παραπάνω τα ερωτηματολόγια CTQ-SF και ETI-SR-SF ικανοποιούν τα περισσότερα κριτήρια καταλληλότητας ενός ανιχνευτικού ερωτηματολογίου. Τόσο το CTQ-SF όσο και το ETI-SR-SF έχουν ικανοποιητική εφαρμογή τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Σε έρευνα του 2014 αναφέρεται στατιστικά ισχυρή συσχέτιση των CTQ και ETI όσον αφορά στην ύπαρξη τραύματος κατά την παιδική ηλικία λόγω σεξουαλικής κακοποίησης ($r = 0.71$, $p = 0.00$) αλλά και συνολικά ($r = 0.74$, $p = 0.00$) (Bishop et al., 2014). Το ερωτηματολόγιο ETI-SR-SF έχει χρησιμοποιηθεί και σε περιπτώσεις που συνυπάρχει ψυχοπαθολογία όπως PTSD γεγονός που το καθιστά καταλληλότερο εργαλείο με δεδομένο ότι η σεξουαλική κακοποίηση συνδέεται με PTSD (Guerra et al., 2018). Επίσης, το ETI-SR-SF έχει μελετηθεί υπό το πρίσμα σύγκρισης με άλλα σταθμισμένα και έγκυρα ερωτηματολόγια γεγονός που αυξάνει την ψυχομετρική του ισχύ.

Από την άλλη πλευρά το CTQ μπορεί να συμπληρωθεί από ανηλίκους άνω των 12 ετών καλύπτοντας ένα μεγάλο κενό όσον αφορά στην εξέταση ανηλίκων για πιθανή σεξουαλική κακοποίηση. Εάν επικεντρωθεί κανείς στον πρακτικό σκοπό των παραπάνω ερωτηματολογίων που είναι η έγκαιρη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης σε ανηλίκους, τα πιο σχετικά εργαλεία είναι αυτά που απευθύνονται κατεξοχήν σε ανηλίκους. Αυτά είναι το CTQ και το ICAST-C. Με αυτή την οπτική το ETI αποκλείεται αυτόματα ως ερωτηματολόγιο επιλογής. Το ίδιο ισχύει και για το ICAST-R.

Τόσο το CTQ όσο και το ICAST-C παρουσιάζουν ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες αλλά και στις δύο περιπτώσεις απουσιάζουν στοιχεία σχετικά με την εγκυρότητα τα οποία θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο μελέτης στο μέλλον. Δεδομένου ότι το ICAST-P συμπληρώνεται από κάποιον κηδεμόνα, κρίνεται καταλληλότερη η χρήση του συνδυασμού ICAST-C και ICAST-P, που έχουν την ίδια μεθοδολογική βάση και υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία και έρευνα γύρω από την αποτελεσματικότητά τους.

Η ανατομική εξέταση και η βιοχημικές εξετάσεις είναι απαραίτητες σε περιπτώσεις υποψίας κακοποίησης. Συγκεκριμένα για τη σεξουαλική κακοποίηση ο ανήλικος εξετάζεται στη θέση

βατράχου για τα γεννητικά όργανα και στη θέση γόνατο-στήθος για την περιπρωκτική περιοχή. Επίσης, προτείνεται και η βιοχημική εξέταση και καλλιέργεια κολπικού επιχρίσματος στα κορίτσια. Παρόλα αυτά, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα τα παραπάνω να μην καταλήξουν σε κάποιο εύρημα σεξουαλικής κακοποίησης ακόμα κι αν έχει υπάρξει (Herrmann et al., 2014).

Υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα για τις διαδικασίες που ακολουθούνται όσον αφορά τη σωματική εξέταση σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών από επαγγελματίες υγείας καθώς επίσης και επαγγελματική εξειδίκευση.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες επαρκές χρονικό διάστημα κατά το οποίο μπορεί να εντοπιστούν αξιόπιστα ευρήματα από την εξέταση από επαγγελματίες υγείας είναι περίπου οι 72 ώρες. Για παράδειγμα, οι εργαστηριακές εξετάσεις δύνανται να δώσουν αξιόπιστα ευρήματα σε περιπτώσεις κοριτσιών άνω των 10 ετών, εντός 72 ωρών, χωρίς να έχουν πλυθεί. Ωστόσο, αυτό το διάστημα αμφισβητείται από ορισμένες μελέτες (Palusci et al., 2006). Η λήψη ιστορικού είναι σημαντικότερος δείκτης σεξουαλικής κακοποίησης από τις ιατρικές εξετάσεις καθώς μόνο το 4% μπορεί να εμφανίσει μη φυσιολογικά ευρήματα σε ιατρικές εξετάσεις (Heger et al., 2002). Με βάση άλλες μελέτες τα ευρήματα από τη σωματική εξέταση παιδιών που υπάρχει υποψία σεξουαλικής κακοποίησης κατά 90% είναι φυσιολογικά. Η σεξουαλική κακοποίηση μπορεί να περιλαμβάνει διείσδυση ή όχι και αυτό από μόνο του δυσχεραίνει τη διαγνωστική διαδικασία. Έρευνες έχουν δείξει πως δεν υπάρχει υψηλός βαθμός ευαισθησίας στις εξετάσεις για τυχόν διείσδυση και για αυτό δεν μπορεί έγκυρα να διαγνωστεί σεξουαλική κακοποίηση (Berenson et al., 2002).

Κάποια από τα ευρήματα που δεν είναι απαραίτητα ενδεικτικά σεξουαλικής κακοποίησης είναι ερύθημα, αυξημένη μελάγχρωση, διόγκωση αρτηριών, εκδορές, πολύποδες και μεταβολές στο μέγεθος και στη μορφή περιγεννητικών περιοχών. Το κολπικό έκκριμα φάνηκε να σχετίζεται με την ύπαρξη σεξουαλικής κακοποίησης. Ο έλεγχος για ΣΜΝ μπορεί να είναι καταλυτικός στην ταυτοποίηση της σεξουαλικής κακοποίησης (Adams et al., 2016).

Μεγάλη σημασία στην ταυτοποίηση της κακοποίησης έχει και ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών. Η αξιολόγηση βασίζεται στα λεγόμενα του παιδιού και, όπως προαναφέρθηκε, σε μία πολυεπιστημονική προσέγγιση. Αυτό από μόνο του είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αυξάνει το βαθμό αξιοπιστίας της εξέτασης ή να τον μειώνει. Μπορεί η αρχική εκτίμηση από κάποιον επαγγελματία να επηρεάζει την οπτική του επόμενου ή και όχι (risk of bias- αμεροληψία) (Roberts & Moran, 1995; Θεμελή, 2012).

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει αναφορά σε δύο ερωτηματολόγια ανίχνευσης της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης τα οποία συμπληρώνονται από επαγγελματίες υγείας: το SPUTOVAMO και το ESCAPE.

Το SPUTOVAMO είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώνεται από επαγγελματίες υγείας σε προκαταρκτικό στάδιο (τμήμα επειγόντων περιστατικών) έτσι ώστε να αποφασιστεί αν θα γίνει περαιτέρω διερεύνηση για κακοποίηση. Η αναθεωρημένη μορφή του αποτελείται από 5 ερωτήσεις στις οποίες ο επαγγελματίας απαντάει καταφατικά ή αρνητικά με βάση τραύματα που έχει το παιδί. Το SPUTOVAMO χρησιμοποιείται για όλες τις μορφές κακοποίησης (σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική, παραμέληση) (Teeuw et al., 2019). Με βάση πρόσφατες έρευνες η ευαισθησία του SPUTOVAMO μεμονωμένα είναι 78 (67-86) με 95% CI και η ειδικότητα 36 (27-45) με 95% CI. Η ευαισθησία του SPUTOVAMO σε συνδυασμό με ενδελεχή ιατρική εξέταση είναι επίσης 78 (64-88) με 95% CI και η ειδικότητα 30 (20-42) με 95% CI (McTavish et al., 2020).

Το εργαλείο ESCAPE έχει παρόμοια χρήση με το SPUTOVAMO. Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις που συμπληρώνονται από τον επαγγελματία υγείας και έχει ως στόχο τον εντοπισμό περιστατικών πιθανής κακοποίησης για περαιτέρω διερεύνησή τους. Χρησιμοποιείται και αυτό στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και αφορά όλες τις μορφές κακοποίησης. Αναπτύχθηκε από παιδιάτρους και από άλλους εξειδικευμένους επαγγελματίες σε δοκιμασίες ανίχνευσης. (Louwers et al., 2014 ; McTavish et al., 2020). Η ευαισθησία του ερωτηματολογίου είναι 0.80 και η ειδικότητα 0.95 με 95% CI. Αυτό σημαίνει πως το ερωτηματολόγιο μπορεί να δείξει ικανοποιητικά εάν κάποιο παιδί χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για πιθανή κακοποίηση (Louwers et al., 2014 ; McTavish et al., 2020).

Τα δύο αυτά ερωτηματολόγια λειτουργούν περισσότερο με τη μορφή checklist παρά με τη μορφή ερωτηματολογίων. Επίσης, συμπληρώνονται από επαγγελματίες υγείας στα αρχικά στάδια εκτίμησης ενός περιστατικού. Δεδομένου ότι και στις περιπτώσεις εξέτασης από επαγγελματίες υγείας δεν υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που να αποδεικνύουν κακοποίηση, ενδεχομένως θα μπορούσαν τα ερωτηματολόγια αυτά να συνδυαστούν με την ιατρική εξέταση. Εάν αυτά τα δύο εργαλεία παρουσίαζαν ισχυρούς δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας θα μπορούσαν να αποτελούν μία νέα πρόταση στο χώρο της μελέτης της παιδικής κακοποίησης συνδυάζοντας τα πλεονεκτήματα ενός γρήγορου ερωτηματολογίου ανίχνευσης με την επιστημονική γνώση.

Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως τα ερωτηματολόγια αυτά δεν μελετούν τη σεξουαλική κακοποίηση μεμονωμένα και δεν μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία διάγνωσης. Επίσης, και σε αυτή την περίπτωση συνοδεύονται από όλα τα μεθοδολογικά προβλήματα που υπάρχουν στην εξέταση από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι τα συμπληρώνουν. Το πλεονέκτημά τους είναι ότι προσφέρουν ένα δομημένο τρόπο εξέτασης και καθοδηγητικές ερωτήσεις που μπορούν να βοηθήσουν έναν επαγγελματία.

Χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση έτσι ώστε να δοθεί βαρύτητα σε ψευδώς αρνητικές και θετικές διαγνώσεις και στη σεξουαλική κακοποίηση συγκεκριμένα. Φαίνεται πως η ελλιπής επιστημονική εξειδίκευση, ο περιορισμός ως προς το χρόνο εξέτασης, διαπροσωπικοί αλλά και ψυχολογικοί παράγοντες του θύματος και του περιβάλλοντός του μειώνουν την ειδικότητα των εξετάσεων.

Στις ιατρικές εξετάσεις, στην πλειοψηφία των ερευνών γίνεται αναφορά σε κορίτσια και ιδιαίτερα σε έφηβες. Επομένως, η πληθυσμιακή ομάδα των αγοριών ή και παιδικών κάτω των 11 ετών είναι σχετικά παραμελημένη. Σύμφωνα με το Κέντρο για τον Έλεγχο των Ασθενειών και την Πρόληψη 1 στα 4 κορίτσια και 1 στα 13 αγόρια έχει βιώσει σεξουαλική κακοποίηση. Αυτά τα ποσοστά σχετικά με τα αγόρια μπορεί να μην αντανακλούν την πραγματικότητα καθώς τα κοινωνικά και τα μεθοδολογικά κωλύματα για τη διάγνωση σεξουαλικής κακοποίησης στα αγόρια καθιστά δύσκολο τον ακριβή ορισμό των ποσοστών κακοποίησης (*Fast Facts: Preventing Child Sexual Abuse*, 2022).

Στην Ελλάδα λειτουργεί το Ηλεκτρονικό σύστημα καταχώρησης περιστατικών κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών (ΕΣΑ ΚαΠα) στο οποίο ο επαγγελματίας που εξετάζει το παιδί εισάγει δεδομένα που αφορούν το περιβάλλον του παιδιού, την ιατρική του κατάσταση και πληροφορίες για το πιθανό συμβάν. Με δεδομένο το παραπάνω, η χρήση συμπληρωμένων ερωτηματολογίων από τον ίδιο τον ανήλικο, τον κηδεμόνα ή τον επαγγελματία υγείας θα μπορούσε να λειτουργήσει καταλυτικά στην ταυτοποίηση της κακοποίησης. Μία ακόμα δυνατότητα του συγκεκριμένου συστήματος είναι ο εντοπισμός στοιχείων που έχουν καταχωρηθεί στο παρελθόν. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η διπλή καταχώρηση, εντοπίζονται επαναλαμβανόμενα μοτίβα και εκ των πραγμάτων και περιστατικά υψηλού κινδύνου για τα οποία ενδεχομένως έχει γίνει αναφορά από διαφορετικούς φορείς (Γυφτοπούλου και συν., 2015).

Συμπερασματικά, χρειάζεται να γίνει ένας συνδυασμός τριών πηγών πληροφόρησης (θύματος, κηδεμόνα, επαγγελματία υγείας) και ενδεχομένως αυτοματοποιημένης και ασφαλούς

καταχώρησης στο κρατικό σύστημα ποινικής δικαιοσύνης δεδομένων που αφορούν σε πιθανή σεξουαλική κακοποίηση. Για να επιτευχθεί το παραπάνω χρειάζεται περαιτέρω μελέτη των ερωτηματολογίων ανίχνευσης που συμπληρώνονται και ίσως και μία έρευνα που να εξετάζει την αποτελεσματικότητα συνδυαστικών μεθόδων όπως συμπλήρωση ερωτηματολογίου από πιθανό θύμα-ανήλικο, από τον κηδεμόνα και από τον επαγγελματία υγείας.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Αν και η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση προσφέρει μία ευρεία ανάλυση στο κομμάτι της διάγνωσης της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών βασίζεται εξ ολοκλήρου σε προϋπάρχουσα βιβλιογραφία και δεν αποτελεί πρωτογενή έρευνα. Επίσης, δεν μελετάται εις βάθος η στατιστική ισχύς των προαναφερθέντων ερωτηματολογίων ανίχνευσης καθώς τα δεδομένα που υπήρχαν ήταν περιορισμένα. Ένα άλλο μειονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι έγινε αναφορά στην Ελλάδα μόνο σε δύο ερωτηματολόγια (ICAST- ETI-SR) καθώς δεν υπήρχαν δεδομένα για τα υπόλοιπα.

Άλλοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να μελετηθεί το συγκεκριμένο θέμα είναι η συνέντευξη από επαγγελματίες υγείας, νομικούς ή δικαστές και η πρόσβαση σε δεδομένα του κρατικού μηχανισμού. Είναι τέλος, σημαντικό να διερευνηθεί περαιτέρω ο ρόλος της τεχνολογίας τόσο στη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης όσο και στη θυματοποίηση του ανηλίκου μέσω των ΜΜΕ και του διαδικτύου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1 Περιγραφικά στοιχεία ερωτηματολογίων. **Το CTQ δεν αναφέρεται καθώς η έρευνα επικεντρώθηκε εξ αρχής στο CTQ-SF

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	ΜΕΓΕΘΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	ΑΛΛΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ	ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ
ICAST-P	ΓΟΝΕΙΣ	~120	ΙΣΠΑΝΙΚΑ, ΑΡΑΒΙΚΑ, ΙΝΔΙΚΑ, ΡΩΣΙΚΑ, ΙΣΛΑΝΔΙΚΑ, ΑΙΓΥΠΤΙΑΚΑ, ΛΙΒΑΝΕΖΙΚΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑΝΑ, ΚΙΡΓΙΖΙΚΑ, ΓΑΛΛΙΚΑ, ΣΟΥΑΧΙΛΙ, ΚΙΝΕΖΙΚΑ, ΑΛΒΑΝΙΚΑ, ΤΟΥΡΚΙΚΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	46
ICAST-R	18 έως 24 ετών	~120	ΙΣΠΑΝΙΚΑ, ΑΡΑΒΙΚΑ, ΙΝΔΙΚΑ, ΡΩΣΙΚΑ, ΙΣΛΑΝΔΙΚΑ, ΑΙΓΥΠΤΙΑΚΑ, ΛΙΒΑΝΕΖΙΚΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑΝΑ, ΚΙΡΓΙΖΙΚΑ, ΓΑΛΛΙΚΑ, ΣΟΥΑΧΙΛΙ, ΚΙΝΕΖΙΚΑ, ΑΛΒΑΝΙΚΑ, ΤΟΥΡΚΙΚΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	20
ICAST-CH	11 ΕΩΣ 17 ΕΤΩΝ	~120	ΙΣΠΑΝΙΚΑ, ΑΡΑΒΙΚΑ, ΙΝΔΙΚΑ, ΡΩΣΙΚΑ, ΙΣΛΑΝΔΙΚΑ, ΑΙΓΥΠΤΙΑΚΑ, ΛΙΒΑΝΕΖΙΚΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑΝΑ, ΚΙΡΓΙΖΙΚΑ, ΓΑΛΛΙΚΑ, ΣΟΥΑΧΙΛΙ, ΚΙΝΕΖΙΚΑ, ΑΛΒΑΝΙΚΑ, ΤΟΥΡΚΙΚΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	38
ICAST-CI	11 ΕΩΣ 17 ΕΤΩΝ	~120	ΙΣΠΑΝΙΚΑ, ΑΡΑΒΙΚΑ, ΙΝΔΙΚΑ, ΡΩΣΙΚΑ, ΙΣΛΑΝΔΙΚΑ, ΑΙΓΥΠΤΙΑΚΑ, ΛΙΒΑΝΕΖΙΚΑ, ΜΑΛΑΙΣΙΑΝΑ, ΚΙΡΓΙΖΙΚΑ, ΓΑΛΛΙΚΑ, ΣΟΥΑΧΙΛΙ, ΚΙΝΕΖΙΚΑ, ΑΛΒΑΝΙΚΑ, ΤΟΥΡΚΙΚΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	44

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

			ΤΟΥΡΚΙΚΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ		
CTQ-SF	>12 ΕΤΩΝ	1980	ΑΓΓΛΙΚΑ , ΙΣΠΑΝΙΚΑ, ΣΟΥΗΔΙΚΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΚΑ, ΤΟΥΡΚΙΚΑ, ΔΑΝΕΖΙΚΑ, ΝΟΡΒΗΓΙΚΑ, ΓΑΛΛΙΚΑ, ΙΤΑΛΙΚΑ,ΝΙΓΗΡΙΑΝΑ, ΚΙΝΕΖΙΚΑ, ΙΑΠΩΝΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	28
ETI	>18 ΕΤΩΝ	137	-	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	56
ETI-SR	>18 ΕΤΩΝ	288	ΓΑΛΛΙΚΑ,ΙΣΠΑΝΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	62
ETI-SR-SF	>18 ΕΤΩΝ	299	ΓΑΛΛΙΚΑ, ΕΛΛΗΝΙΚΑ, ΙΤΑΛΙΚΑ, ΚΟΡΕΑΤΙΚΑ, ΒΡΑΖΙΛΙΑΝΙΚΑ, ΙΣΠΑΝΙΚΑ	ΚΑΙ ΤΑ ΔΥΟ	27

Πίνακας 2 Ψυχομετρικές ιδιότητες ερωτηματολογίων όπως προκύπτουν από τη βιβλιογραφία. **Το CTQ δεν αναφέρεται καθώς η έρευνα επικεντρώθηκε εξ αρχής στο CTQ-SF

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΣΥΝΟΧΗΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΤΩΝ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝ ΩΝ ΜΕΤΡΗΣΕΩΝ	ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ
ICAST-P	Cronbach's alpha= 0.29	-	-	-
ICAST-R	Cronbach's alpha=0.82	-	-	-
ICAST-CH	Cronbach's alpha=0.72	-	-	-
ICAST-CI	Cronbach's alpha=0.78	-	-	-
CTQ-SF	Cronbach's alpha = 0.92-0.95	-	-	-
ETI	Cronbach's alpha = 0.92	ICC = .99; F 1055.48; df = 10,11, p <.0001	r = .99; df = 9; P<.001	CLTE.-ETI : r = .63, df = 11, p = .02).

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

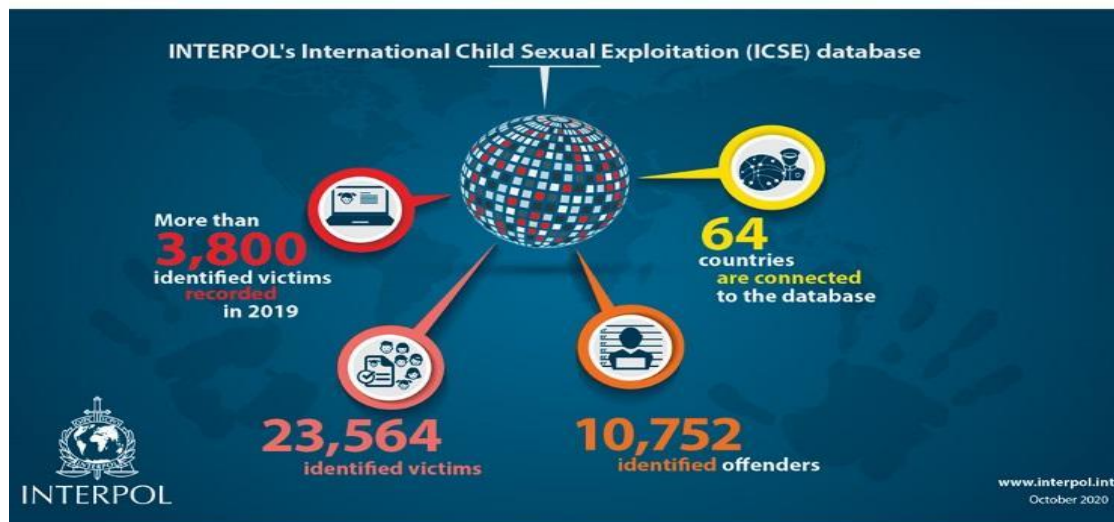
				Για τη σεξουαλική κακοποίηση : $r =$.58, $df = 12$, $p =$.04).
ETI-SR	Cronbach's alpha > 0.7	-	$r = 0.47 - 0.77$	-
ETI-SR-SF	Cronbach's alpha= 0.87	-	ICC=0.91 ETISR-SF ΕΛΛΑΔΑ = ICC=0.93	Σύγκριση ασθενών με και χωρίς PTSD : $r =$ 0.32– 0.44. ETISR-SF ΕΛΛΑΔΑ= TSC- 40 ως μέτρο σύγκρισης: $r = 0.42$, $p < 0.001$

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

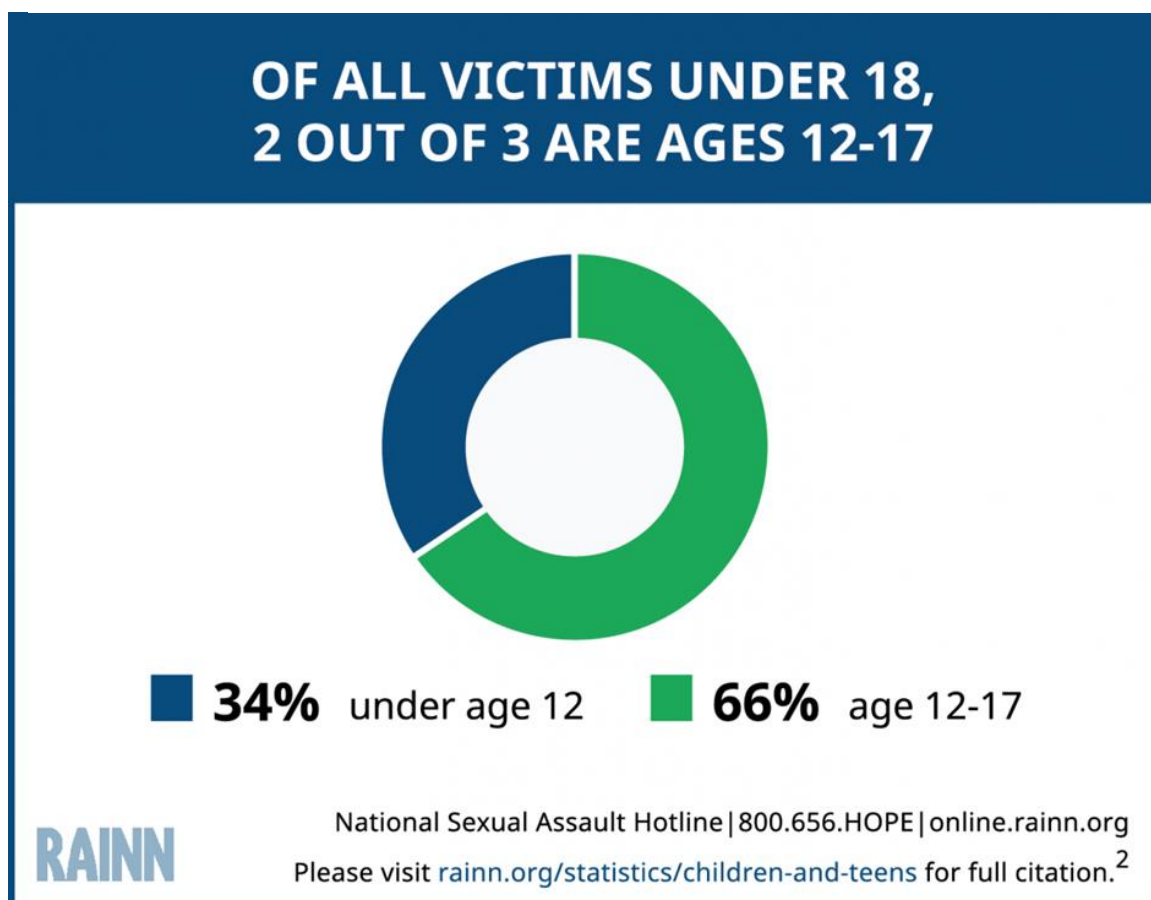
Πίνακας 3 Στοιχεία που είναι ενδεικτικά σεξουαλικής κακοποίησης και στοιχεία που δεν την επιβεβαιώνουν (Adams et al.,2016).

Βλάβες που δεν σχετίζονται με σεξουαλική κακοποίηση:	Ευρήματα για τα οποία δεν αποκλείεται η κακοποίηση και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης:	Ευρήματα που επιβεβαιώνουν σεξουαλική δραστηριότητα εάν έχει αποκλειστεί η κάθετη μετάδοση:	Ευρήματα που επιβεβαιώνουν σεξουαλική επαφή:
Κολπίτιδα λόγω μυκητιάσεων όπως <i>Candida albicans</i> , ή βακτηριακών λοιμώξεων που δεν μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή (<i>Streptococcus</i> Type A ή B, <i>Staphylococcus</i> sp, <i>Escherichia coli</i> , <i>Shigella</i>).	Μολυσματική τέρμινθος	Γονιδιακή, ορθική ή φαρυγγική γονόρροια	Οξύ εξωτερικό περιγεννητικό και περιπρωκτικό τραύμα
Έλκη των γεννητικών οργάνων που προκαλούνται από ιογενείς λοιμώξεις όπως ο ιός Epstein-Barr ή άλλοι ιοί που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα.	Βαθιές σχισμές ή κοψίματα στο οπίσθιο/κατώτερο χείλος του υμένα σε κορίτσια πριν την εφηβεία σε θέση εξέτασης μεταξύ 4 και 8 η ώρα.	Σύφιλη	Τραύματα που επουλώνονται
	Βαθιές εγκοπές ή σχισμές στον υμένα σε έφηβες σε θέση εξέτασης 3 ή 9 η ώρα.	Γεννητική ή πρωκτική λοίμωξη από χλαμύδια	Τραύμα διείσδυσης από αμβλύ αντικείμενο ή από κοιλιακή/πυελική συμπίεση
	Νερό που επιπλέει στην άκρη του υμένα σε εξέταση σε ύπτια θέση	Λοίμωξη από τριχομονάδα	Εγκυμοσύνη
	Ενδείξεις κονδυλωμάτων σε περιπρωκτική και περιγεννητική περιοχή.	Λοίμωξη από τον ιό HIV σε περιπτώσεις που έχουν αποκλειστεί οι άλλοι τρόποι μετάδοσης (π.χ. σύριγγα).	Εύρεση σπέρματος στο σώμα του ανηλίκου
	Βλάβες με μορφή φυσαλίδας σε περιπρωκτική και περιγεννητική περιοχή.		
	Πρωκτική διαστολή με διάμετρο 2 εκ. ή περισσότερο		

Εικόνα 1 Διεθνής Βάση Δεδομένων για την παιδική Σεξουαλική Εκμετάλλευση από την Interpol. Το 2019 καταγράφηκαν πάνω από 3800 θύματα ενώ συνολικά έχουν καταγραφεί 23.564 θύματα με στοιχεία από 64 χώρες. Πηγή: <https://www.interpol.int/Crimes/Crimes-against-children/International-Child-Sexual-Exploitation-database>



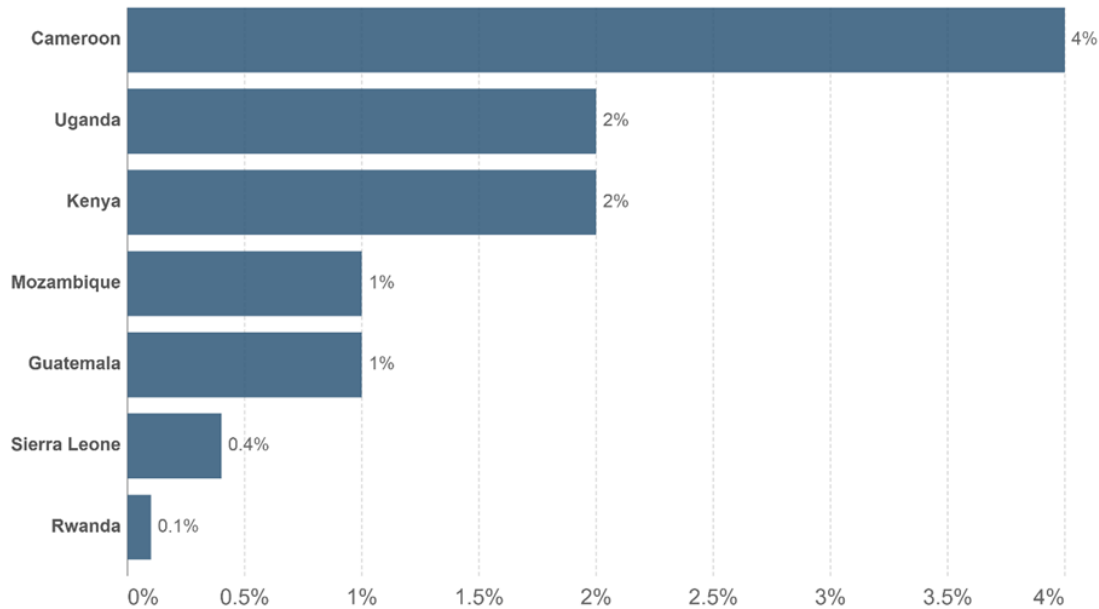
Εικόνα 2 Ηλικία σεξουαλικά κακοποιημένων παιδιών παγκοσμίως (Finkelhor et al., 2014). Πηγή: <https://www.rainn.org/statistics/children-and-teens>



Εικόνα 3 Ποσοστά σεξουαλικά κακοποιημένων ανδρών στο Καμερούν, Ουγκάντα, Κένυα, Μοζαμβίκη, Γουατεμάλα, Σιέρρα Λεόνε και Ρουάντα 2005-2016 (Ortiz-Ospina & Roser, 2017). Πηγή: <https://ourworldindata.org/violence-against-rights-for-children>

Share of men who report having been victims of forced sex as children

Percentage of men aged 18 to 29 years who report having experienced forced sex before the age of 18. Estimates come from surveys in the period 2005–2016.

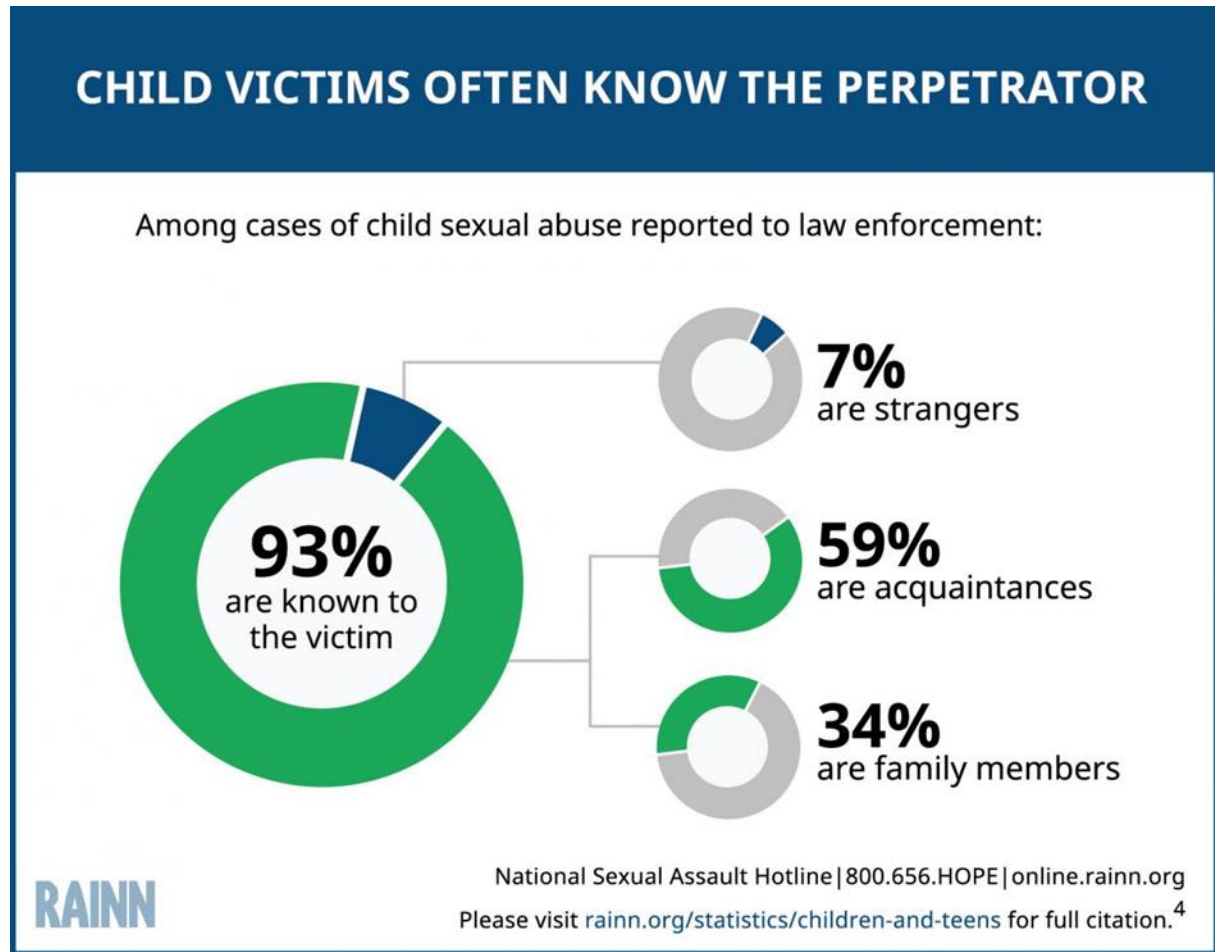


Source: Sexual Violence - UNICEF Global Databases (2017)

OurWorldInData.org/violence-against-rights-for-children/ • CC BY

Note: Forced sex includes sexual intercourse or any other sexual acts that were forced, physically or in any other way.

Εικόνα 4 Εικόνα 4 Ποσοστά κατά τα οποία το ανήλικο θύμα γνωρίζει τον θύτη (Snyder, 2000). Πηγή:
<https://www.rainn.org/statistics/children-and-teens>

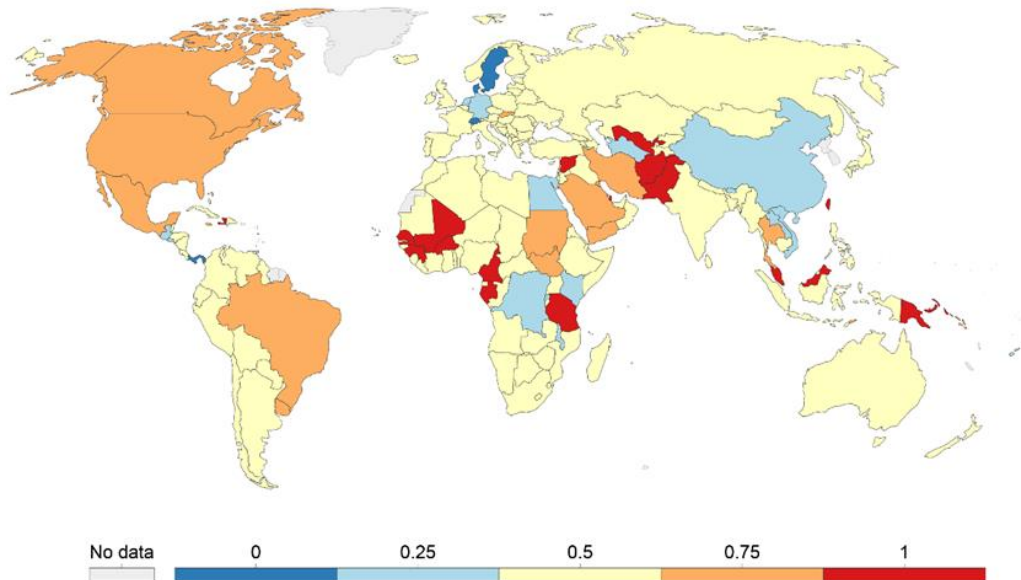


Εικόνα 5 Εικόνα 5 Κράτη στα οποία ο γάμος με ανήλικο θεωρείται νόμιμος. Τα κράτη με σκούρο μπλε χρώμα (0) δεν έχουν νομιμοποιήσει το γάμο με ανήλικη, τα κράτη με γαλάζιο χρώμα (0.25) δεν έχουν νομιμοποιήσει το γάμο με ανήλικη αλλά κάποιες παραδόσεις τον ενισχύουν, τα κράτη με κίτρινο χρώμα (0.5) δεν έχουν νομιμοποιήσει το γάμο με ανήλικη αλλά υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις, τα κράτη με πορτοκαλί χρώμα (0.75) επιτρέπουν το γάμο με ανήλικο και τα κράτη με κόκκινο χρώμα (1) επιτρέπουν το γάμο με ανήλικη αλλά όχι με ανήλικο. Πηγή: <https://ourworldindata.org/grapher/laws-on-child-marriage>

Legal provisions for child marriage, 2019

Categories coded as: 0 = marriage prohibited under 18 without exceptions; 0.25 = marriage prohibited under 18 without exceptions, but some customary or traditional laws encourage girl marriage; 0.5 = marriage prohibited under 18 but there are legal exceptions regarding consent and/or some groups of women; 0.75 = marriage allowed under 18 for boys and girls; 1 = marriage allowed under 18 for girls but not boys.

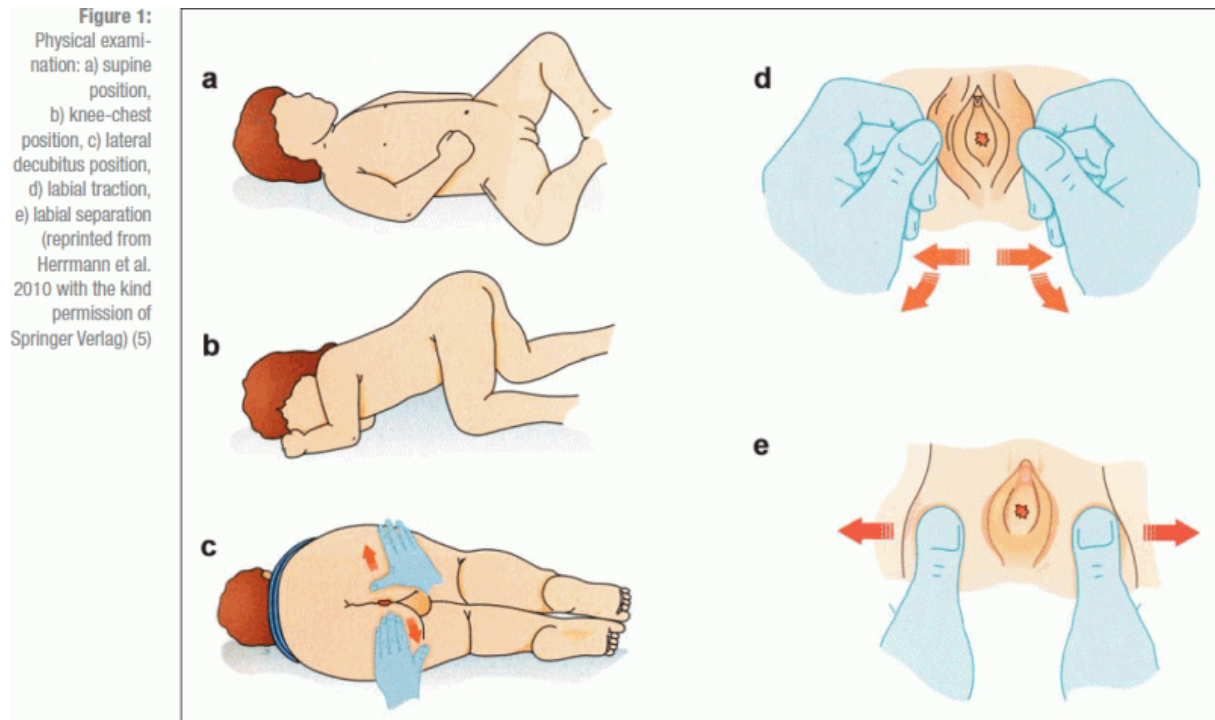
Our World
in Data



Source: Gender, Institutions and Development Database (GID-DB) 2019

OurWorldInData.org/violence-against-rights-for-children • CC BY

Εικόνα 6 Εικόνα 6 Θέσεις εξέτασης για σεξουαλική κακοποίηση παιδιών. Πηγή: <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/162674>



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σεξουαλική κακοποίηση ανηλίκων είναι ένα φαινόμενο που έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Αν και τα περιστατικά παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης αυξάνονται παγκοσμίως, υπάρχει μεγάλο κενό στην διεθνή βιβλιογραφία για τις απαραίτητες μεθόδους και για τη συμβολή της ψυχομετρίας και της τεχνολογίας στην ορθή διάγνυσή της. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA. Έχει σαν στόχο την ανάλυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των βασικών ερωτηματολογίων ανίχνευσης της κακοποίησης, καθώς και τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και των δυσκολιών της εξέτασης από επαγγελματίες υγείας. Τα ερωτηματολόγια που αναλύονται είναι τα ICAST, CTQ-CTQ/SF, ETI-ETISR-ETI-SR/SF τα οποία αξιολογούν τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας ή ιστορικό κακοποίησης. Αν και υπάρχουν στοιχεία σε σχέση με την αξιοπιστία των ερωτηματολογίων υπάρχουν ωστόσο κενά ως προς την εγκυρότητά τους. Από την έρευνα φάνηκε ότι τα πιο ειδικά ερωτηματολόγια ανίχνευσης για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση, είναι τα ICAST, CTQ/SF και ETI-SR/SF

με βασικούς περιορισμούς στο καθένα. Ως προς την σωματική εξέταση από επαγγελματίες υγείας η ορθή διάγνωση εξαρτάται από την επιστημονική εξειδίκευση, το χρόνο εξέτασης και από διαπροσωπικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Συμπερασματικά, φαίνεται πως η λήψη ιστορικού και η διεπιστημονική προσέγγιση παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση της σεξουαλικής κακοποίησης.

The role of screening questionnaires and examination by health professionals in recognizing sexual abuse in children and adolescents: a literature review

ABSTRACT

Child sexual abuse is a phenomenon that scientific community investigates in recent decades. Although the incidents of child sexual abuse are increasing, there is a large gap in research regarding their correct diagnosis, the methods needed and the contribution of psychometry and technology to it. The aim of this literature review is the analysis of the psychometric properties of basic abuse screening questionnaires as well as the research that exists around the effectiveness and barriers of the examination by health professionals. The questionnaires analyzed are ICAST, CTQ-CTQ / SF, ETI-ETISR-ETI-SR / SF which assess traumatic childhood experiences or a history of abuse. Although there is evidence regarding the reliability of the questionnaires, there are gaps as for their validity. The present research shows that the most powerful screening questionnaires for child sexual abuse are ICAST, CTQ / SF and ETI-SR / SF with remarkable restrictions on each. As for the physical examination by health professionals, the correct diagnosis depends on the scientific specialization, the examination time and interpersonal and psychological factors. History-taking and multidisciplinary approach seem to play a very important role in the diagnosis of sexual abuse.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). *Child behavior checklist*. Burlington (Vt), 7, 371-392.
- Adams J. A. Evolution of a classification scale: medical evaluation of suspected sexual abuse. *Child Maltreat*. 2001;6:31–36. doi: 10.1177/1077559501006001003
- Adams, J. A., Kellogg, N. D., Farst, K. J., Harper, N. S., Palusci, V. J., Frasier, L. D., ... & Starling, S. P. (2016). Updated guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(2), 81-87. doi: 10.1016/j.jpag.2015.01.007
- Adams, J. A., Farst, K. J., & Kellogg, N. D. (2018). Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 31(3), 225-231. doi: 10.1016/j.jpag.2017.12.011
- Adams, J. A., Starling, S. P., Frasier, L. D., Palusci, V. J., Shapiro, R. A., Finkel, M. A., & Botash, A. S. (2012). Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: role of experience, training, and expert case review. *Child abuse & neglect*, 36(5), 383-392. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.01.004
- Alaggia, R., Collin-Vézina, D., & Lateef, R. (2019). Facilitators and barriers to child sexual abuse (CSA) disclosures: A research update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 260-283. doi: 10.1177/1524838017697312
- Alhalal, E., Ford-Gilboe, M., Wong, C., & AlBuhairan, F. (2018). Factors mediating the impacts of child abuse and intimate partner violence on chronic pain: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 18(1), 1-15. doi: 10.1186/s12905-018-0642-9
- Amaya-Jackson, L., Socolar, R. R. S., Hunter, W. M., Runyan, D. K., & Colindres, R. (2000). Directly questioning children and adolescents about maltreatment: A review of survey measures used. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(7), 725–759. doi: 10.1177/088626000015007005
- Αντωνιάδου, Ε. Σ. (2017). *Η κακοποίηση στην παιδική ηλικία* (No. GRI-2017-19431). Aristotle University of Thessaloniki. doi: 10.12681/eadd/41013
- Antonopoulou, Z., Konstantakopoulos, G., Tzinieri-Coccosis, M., & Sinodino, C. (2017). Rates of childhood trauma in a sample of university students in Greece: The Greece version of the Early Trauma Inventory--Self Report. *Psychiatriki*. doi: 10.22365/jpsych.2017.281.19

- Arthur, M., Earle, A., Raub, A., Vincent, I., Atabay, E., Latz, I., ... & Heymann, J. (2018). Child marriage laws around the world: Minimum marriage age, legal exceptions, and gender disparities. *Journal of women, politics & policy*, 39(1), 51-74. doi: 10.1080/1554477X.2017.1375786
- Assink, M., van der Put, C. E., Meeuwssen, M. W. C. M., de Jong, N. M., Oort, F. J., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 145(5), 459–489. doi:10.1037/bul0000188
- Atabaki, S., & Paradise, J. E. (1999). The medical evaluation of the sexually abused child: lessons from a decade of research. *Pediatrics*, 104(Supplement 1), 178-178. doi: 10.1542/peds.104.S1.178
- Bagley, C., & Ramsay, R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 4(1-2), 33-47. doi: 10.1300/J291v04n01_07
- Barr, A. L., Knight, L., França-Junior, I., Allen, E., Naker, D., & Devries, K. M. (2017). Methods to increase reporting of childhood sexual abuse in surveys: the sensitivity and specificity of face-to-face interviews versus a sealed envelope method in Ugandan primary school children. *BMC international health and human rights*, 17(1), 1-11. doi: 10.1186/s12914-016-0110-2
- Bauer, J. L. (1985). Sexuality and the moral" construction" of women in an Islamic society. *Anthropological Quarterly*, 120-129. doi: 10.2307/3317918
- Benedict, L. L., & Zautra, A. A. (1993). Family environmental characteristics as risk factors for childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3), 365-374. doi: 10.1207/s15374424jccp2203_7
- Berenson, A. B., Chacko, M. R., Wiemann, C. M., Mishaw, C. O., Friedrich, W. N., & Grady, J. J. (2002). Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. *Pediatrics*, 109(2), 228-235. doi: 10.1542/peds.109.2.228
- Berk, E., Black, J. L., Locastro, J., Wickis, J., Simpson, T., Keane, T. M., et al. (1989). Traumatogenicity: Effect of self-reported noncombat trauma on MMPI's of male Vietnam combat and non combat veterans treated for substance abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 704–708. doi: 10.1002/1097-4679(198909)45:5%3C704::AID -JCLP2270450504%3E3.0.CO;2-6
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the

- Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
- Bishop, M., Rosenstein, D., Bakelaar, S., & Seedat, S. (2014). An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder. *Annals of General Psychiatry*, 13(1), 1-14. doi: 10.1186/1744-859X-13-16
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and violent behavior*, 6(2-3), 203-229. doi: 10.1016/S1359-1789(00)00023-9
- Blanco, L., Nydegger, L. A., Camarillo, G., Trinidad, D. R., Schramm, E., & Ames, S. L. (2015). Neurological changes in brain structure and functions among individuals with a history of childhood sexual abuse: A review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57, 63-69. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.07.013
- Brayley, H., & Cockbain, E. (2014). British children can be trafficked too: Towards an inclusive definition of internal child sex trafficking. *Child Abuse Review*, 23(3), 171-184. doi: 10.1002/car.2307
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211. doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
- Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*, 12(1), 1-12. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1%3C1::AID-DA1%3E3.0.CO;2-W
- Briere, J., & Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 18(4), 413.
- Cano, A. E., Fernandez, M., & Alani, H. (2014, November). Detecting child grooming behaviour patterns on social media. In *International conference on social informatics* (pp. 412-427). Springer, Cham. doi: 10.1007/978-3-319-13734-6_30
- Chaffin, M., Letourneau, E., & Silovsky, J. F. (2002). Adults, adolescents, and children who sexually abuse children: A developmental perspective. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 205–232). Sage Publications, Inc.

- Chen, J., Dunne, M. P., & Han, P. (2004). Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. *Child abuse & neglect*, 28(11), 1171-1186. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.07.003
- Chen, J., Dunne, M. P., & Han, P. (2006). Child sexual abuse in Henan province, China: associations with sadness, suicidality, and risk behaviors among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 544-549. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.04.001
- Children and teens: Statistics*. (n.d.). RAINN. Retrieved May 10, 2021, from <https://www.rainn.org/statistics/children-and-teens>
- Collings, S. J. (1995). The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. *Child Abuse & Neglect*, 19(1), 1-6. doi: 10.1016/0145-2134(94)00098-F
- Cohen-Almagor, R. (2013). Online child sex offenders: Challenges and counter-measures. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 52(2), 190-215. doi: 10.1111/hojo.12006
- Connell, C. M., Bergeron, N., Katz, K. H., Saunders, L., & Tebes, J. K. (2007). Re-referral to child protective services: The influence of child, family, and case characteristics on risk status. *Child abuse & neglect*, 31(5), 573-588. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.004
- Cooper, R. J. (2000). The impact of child abuse on children's play: A conceptual model. *Occupational Therapy International*, 7(4), 259-276. doi: 10.1002/oti.127
- Craissati, J., McClurg, G., & Browne, K. (2002). Characteristics of perpetrators of child sexual abuse who have been sexually victimized as children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(3), 221-235. doi: 10.1023/A:1015318408395
- Craven, S., Brown, S., & Gilchrist, E. (2006). Sexual grooming of children: Review of literature and theoretical considerations. *Journal of sexual aggression*, 12(3), 287-299. doi: 10.1080/13552600601069414
- Cronch, L. E., Viljoen, J. L., & Hansen, D. J. (2006). Forensic interviewing in child sexual abuse cases: Current techniques and future directions. *Aggression and violent behavior*, 11(3), 195-207. doi: 10.1016/j.avb.2005.07.009
- Γυφτοπούλου, Α., Κυριάκου, Κ., Σταμάτη, Δ., & Νικολαΐδης, Γ. (2015). Πρωτόκολλο διερεύνησης, διάγνωσης και διαχείρισης κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών. *Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού*.
- DeMarco, J., Sharrock, S., Crowther, T., & Barnard, M. (2018). Behaviour and Characteristics of Perpetrators of Online-facilitated Child Sexual Abuse and Exploitation. *London: Independent Inquiry into Child Sexual Abuse*. ISBN: 978-1-5286-3073-3

- Diaz, A., & Peake, K. (2017). A systematic literature review of studies that compare modes of administration of screens to identify a history of childhood physical and childhood sexual abuse in the adolescent and young adult population. *Annals of global health*, 83(5-6), 718. doi: 10.1016/j.aogh.2017.10.016
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child abuse & neglect*, 27(6), 625-639. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00105-4
- Dovran, A., Winje, D., Overland, S. N., Breivik, K., Arefjord, K., Dalsbø, A. S., ... & Waage, L. (2013). Psychometric properties of the Norwegian version of the Childhood Trauma Questionnaire in high-risk groups. *Scandinavian journal of psychology*, 54(4), 286-291. doi: 10.1111/sjop.12052
- Drezett, J., Vasconcellos, R. M. D., Pedroso, D., Blake, M. D. T., Oliveira, A. G. D., & Abreu, L. C. D. (2012). Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse. *Journal of Human Growth and Development*, 22(1), 34-40.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine*, 28(5), 430-438. doi: 10.1016/j.amepre.2005.01.015
- Dubowitz, H., Hampton, R. L., Bithoney, W. G., & Newberger, E. H. (1987). INFLICTED AND NON INFECTED INJURIES: Differences in Child and Familial Characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(4), 525-535. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03568.x
- Dubowitz, H., Kim, J., Black, M. M., Weisbart, C., Semiatin, J., & Magder, L. S. (2011). Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child abuse & neglect*, 35(2), 96-104. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.09.003
- Dudas, L., Petrohoy, G., Esernio-Jenssen, D., Lansenderfer, C., Stirparo, J., Dunstan, M., & Browne, M. (2019). Every child, every time: hospital-wide child abuse screening increases awareness and state reporting. *Pediatric surgery international*, 35(7), 773-778. doi: 10.1007/s00383-019-04485-2
- Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Andrevia-Miller, I., Choo, W. Y., Dunne, S. K., ... & Youssef, R. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child abuse & neglect*, 33(11), 815-825. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.09.005

- Dutton, D. G. (1994). Patriarchy and wife assault: The ecological fallacy. *Violence and victims*, 9(2), 167-182. doi: 10.1891/0886-6708.9.2.167
- Elbedour, S., Abu-Bader, S., Onwuegbuzie, A. J., Abu-Rabia, A., & El-Aassam, S. (2006). The scope of sexual, physical, and psychological abuse in a Bedouin-Arab community of female adolescents: The interplay of racism, urbanization, polygamy, family honor, and the social marginalization of women. *Child Abuse & Neglect*, 30(3), 215-229. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.10.010
- Elkin, M. (2020). Child sexual abuse in England and Wales: year ending March 2019. Office for National Statistics. <https://core.ac.uk/download/pdf/286715827.pdf>
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child abuse & neglect*, 16(3), 391-398. doi: 10.1016/0145-2134(92)90048-V
- Engel, B. (2003). *The emotionally abusive relationship: How to stop being abused and how to stop abusing*. John Wiley & Sons.
- Εξάρχου, Μ., & Θεμελή, Μ. (2017). Παιδική κακοποίηση και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. European Union. Agency for Fundamental Rights, Europäische Union Agentur für Grundrechte, & FRA-European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Violence against women: An EU-wide survey: Main results. FRA, European Union Agency for Fundamental Rights. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Everson, M. D., & Sandoval, J. M. (2011). Forensic child sexual abuse evaluations: Assessing subjectivity and bias in professional judgements. *Child Abuse & Neglect*, 35(4), 287-298. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.01.001
- Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C., ... & Stanley, J. (2020). Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PLoS one*, 15(11), e0241658. doi: 10.1371/journal.pone.0241658
- Fagot, B. I., Hagan, R., Youngblade, L. M., & Potter, L. (1989). A comparison of the play behaviors of sexually abused, physically abused, and nonabused preschool children. *Topics in early childhood special education*, 9(2), 88-100. doi: 10.1177/027112148900900207
- Faller, K. C. (2004). Sexual abuse of children: Contested issues and competing interests. *Criminal Justice Review*, 29(2), 358-376. doi: 10.1177/073401680402900206

- Faller, K. C., Cordisco-Steele, L., & Nelson-Gardell, D. (2010). Allegations of sexual abuse of a child: What to do when a single forensic interview isn't enough. *Journal of Child Sexual Abuse, 19*(5), 572-589. doi: 10.1080/10538712.2010.511985
- Fast facts: Preventing child sexual abuse.* (2022). Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved February 5, 2022, from <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childsexualabuse/fastfact.html>
- Fayaz, I. (2019). Child Abuse: Effects and Preventive Measures. *The International Journal of Indian Psychology, 7*(2), 871-884. doi: 10.25215/0702.105
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., & Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child maltreatment, 10*(1), 5-25. doi: 10.1177/1077559504271287
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of adolescent Health, 55*(3), 329-333. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.026
- Finkelhor, D., Wolak, J., & Berliner, L. (2001). Police reporting and professional help seeking for child crime victims: A review. *Child maltreatment, 6*(1), 17-30. doi:10.1177/1077559501006001002
- Firth, G. (2011). Not an Invitation to Rape: The Sexual Offences Act 2003, Consent and the Case of the Drunken Victim. *N. Ir. Legal Q., 62*, 99.
- Flatley, J. (2016). Abuse during childhood: Findings from the crime survey for England and Wales, year ending March 2016. *Newport: Office for National Statistics.*
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14*, 812-820. doi:10.1590/S0104-11692006000500025
- Freel, M. (2003). Child sexual abuse and the male monopoly: An empirical exploration of gender and a sexual interest in children. *British Journal of Social Work, 33*(4), 481-498. doi: 10.1093/bjsw/33.4.481
- Fricker, A. E., Smith, D. W., Davis, J. L., & Hanson, R. F. (2003). Effects of context and question type on endorsement of childhood sexual abuse. *Journal of traumatic Stress, 16*(3), 265-268. doi: 10.1023/A:1023748124626
- Friedman, M. J., Wang, S., Jalowiec, J. E., McHugo, G. J., & McDonagh-Coyle, A. (2005). Thyroid hormone alterations among women with posttraumatic stress disorder due to

- childhood sexual abuse. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1186-1192. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.01.019
- Friedrich, W.N. (1997). *Child Sexual Behavior Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., ... & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child maltreatment*, 6(1), 37-49. doi:10.1177/1077559501006001004
- George, A., Vindhya, U., & Ray, S. (2010). Sex trafficking and sex work: Definitions, debates and dynamics—A review of literature. *Economic and political weekly*, 64-73.
- Georgieva, S., Tomás, J. M., & Navarro-Pérez, J. J. (2021). Systematic review and critical appraisal of Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-SF). -, 105223. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105223
- Gil-Llario, M. D., Ballester-Arnal, R., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L., & Castro-Calvo, J. (2020). Development and Psychometric Properties of the Detection of Sexual Abuse Risk Screening Scale (DSARss). *Sexual Abuse*, 32(7), 850-877. doi: 10.1177/1079063219858061
- Grassi-Oliveira, R., Cogo-Moreira, H., Salum, G. A., Brietzke, E., Viola, T. W., Manfro, G. G., ... & Arteche, A. X. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. *PloS one*, 9(1), e87118. doi: 10.1371/journal.pone.0087118
- Guerra, C., Farkas, C., & Moncada, L. (2018). Depression, anxiety and PTSD in sexually abused adolescents: Association with self-efficacy, coping and family support. *Child abuse & neglect*, 76, 310-320. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.11.013
- Gwirayi, P. (2012). Child sexual abuse among urban secondary school pupils: Impact of family characteristics and family structure. *International Review of social sciences and Humanities*, 3(1), 36-50. ISSN 2248-9010
- Haj-Yahia, M. M. (2003). Beliefs about wife beating among Arab men from Israel: The influence of their patriarchal ideology. *Journal of Family Violence*, 18(4), 193-206. doi: 10.1023/A:1024012229984
- Hamby, S. L., & Finkelhor, D. (2001). Choosing and Using Child Victimization Questionnaires. *Juvenile Justice Bulletin*.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(2), 260-273. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x

- Harper, J. (1991). Children's play: The differential effects of intrafamilial physical and sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(1-2), 89-98. doi: 10.1016/0145-2134(91)90093-S
- Haugaard, J. J. (2000). The challenge of defining child sexual abuse. *American Psychologist*, 55(9), 1036. doi: 10.1037/0003-066X.55.9.1036
- Heger, A., Ticson, L., Velasquez, O., & Bernier, R. (2002). Children referred for possible sexual abuse: medical findings in 2384 children. *Child abuse & neglect*, 26(6-7), 645-659. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00339-3
- Heim, C. M., Mayberg, H. S., Mletzko, T., Nemeroff, C. B., & Pruessner, J. C. (2013). Decreased cortical representation of genital somatosensory field after childhood sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 170(6), 616-623. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070950
- Henschel, S., de Bruin, M., & Möhler, E. (2014). Self-control and child abuse potential in mothers with an abuse history and their preschool children. *Journal of Child and Family Studies*, 23(5), 824-836. doi: 10.1007/s10826-013-9735-0
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., & Dettmeyer, R. (2014). Physical examination in child sexual abuse: Approaches and current evidence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(41), 692. doi: 10.3238/arztebl.2014.0692
- Hobbs, C., & Wynne, J. (1996). Use of the colposcope in examination for sexual abuse. *Archives of disease in childhood*, 75(6), 539. doi: 10.1136/ad.75.6.539
- Hörberg, N., Kouros, I., Ekselius, L., Cunningham, J., Willebrand, M., & Ramklint, M. (2019). Early Trauma Inventory Self-Report Short Form (ETISR-SF): validation of the Swedish translation in clinical and non-clinical samples. *Nordic journal of psychiatry*, 73(2), 81-89. doi: 10.1080/08039488.2018.1498127
- Howard, N., & Lalani, M. (2008). Editorial introduction: the politics of human trafficking. *St Antony's International Review*, 4(1), 5-15.
- Humphreys, K. L., Myint, M. T., & Zeanah, C. H. (2020). Increased risk for family violence during the COVID-19 pandemic. *Pediatrics*, 146(1). doi: 10.1542/peds.2020-0982
- International child sexual exploitation database*. (2018). Interpol. Retrieved May 10, 2021, from <https://www.interpol.int/Crimes/Crimes-against-children/International-Child-Sexual-Exploitation-database>
- Θεμελή, Ό. (2014). *Τα παιδιά καταθέτει, Η δικανική εξέταση ανήλικων μαρτύρων, θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης* (1^η έκδοση) Τόπος, Αθήνα. ISBN: 9789604991082

- Jiang, W. J., Zhong, B. L., Liu, L. Z., Zhou, Y. J., Hu, X. H., & Li, Y. (2018). Reliability and validity of the Chinese version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form for inpatients with schizophrenia. *PLoS One*, 13(12), e0208779. doi: 10.1371/journal.pone.0208779
- Johnson, R. L., & Shrier, D. K. (1985). Sexual victimization of boys: Experience at an adolescent medicine clinic. *Journal of Adolescent Health Care*, 6(5), 372-376. doi: 10.1016/S0197-0070(85)80005-X
- Jones, L. M., Cross, T. P., Walsh, W. A., & Simone, M. (2005). Criminal investigations of child abuse: The research behind “best practices”. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 254-268. doi: 10.1177/1524838005277440
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of psychology* (Vol. 8, p. 4128). American Psychological Association (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, L. & Karsna, K. (2017). *Measuring the scale and changing nature of child sexual abuse and child sexual exploitation. Scoping report*. Project Report. Centre of expertise on child sexual abuse (CSA)/London Metropolitan University, London. <http://repository.londonmet.ac.uk/id/eprint/1525>
- Kim, S., & Lee, Y. (2014). Feasibility of conducting international comparison of child maltreatment: Using ISPCAN child abuse screening tool-retrospective version (ICAST-R). *Journal of Korean Council for Children & Rights*. 18(1), 27-47.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): psychometric characteristics in a representative sample of the general population. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62(2), 47-51. doi: 10.1055/s-0031-1295495
- Kongerslev, M. T., Bach, B., Rossi, G., Trauelsen, A. M., Ladegaard, N., Løkkegaard, S. S., & Bo, S. (2019). Psychometric validation of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) in a Danish clinical sample. *Child abuse & neglect*, 94, 104026. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104026
- Lahoti, S. L., McClain, N., Girardet, R., McNeese, M., & Cheung, K. (2001). Evaluating the child for sexual abuse. *American family physician*, 63(5), 883. PMID: 11261865
- Lamb, M. E., & Garretson, M. E. (2003). The effects of interviewer gender and child gender on the informativeness of alleged child sexual abuse victims in forensic interviews. *Law and Human Behavior*, 27(2), 157-171. doi: 10.1023/A:1022595129689

- Lazebnik, R., Zimet, G. D., Ebert, J., Anglin, T. M., Williams, P., Bunch, D. L., & Krowchuk, D. P. (1994). How children perceive the medical evaluation for suspected sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 18(9), 739-745. doi: 10.1016/0145-2134(94)00040-9
- Legal provisions for child marriage. (2019). Our World in Data. Retrieved May 10, 2021, from <https://ourworldindata.org/grapher/laws-on-child-marriage>
- Leventhal, J. M., Forsyth, B. W., Qi, K., Johnson, L., Schroeder, D., & Votto, N. (1997). Maltreatment of children born to women who used cocaine during pregnancy: a population-based study. *Pediatrics*, 100(2), e7-e7. doi: 10.1542/peds.100.2.e7
- Liebschutz, J. M., Buchanan-Howland, K., Chen, C. A., Frank, D. A., Richardson, M. A., Heeren, T. C., ... & Rose-Jacobs, R. (2018). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) correlations with prospective violence assessment in a longitudinal cohort. *Psychological assessment*, 30(6), 841. doi: org/10.1037/pas0000549
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell?. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(1), 194. doi: 10.1037/1076-8971.11.1.194
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P., de Koning, H. J., & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child abuse & neglect*, 38(7), 1275-1281. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.11.005
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Scheewe, D. J., van de Merwe, M. H., Vooijs-Moulaert, A. F. S., ... & de Koning, H. J. (2012). Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*, 130(3), 457-464. doi: 10.1542/peds.2011-3527
- Lyon, T. D., Williams, S., & Stolzenberg, S. N. (2020). Understanding expert testimony on child sexual abuse denial after New Jersey v. JLG: Ground truth, disclosure suspicion bias, and disclosure substantiation bias. *Behavioral sciences & the law*, 38(6), 630-647. doi: 10.1002/bsl.2490
- MacLeod, K. J., Marcin, J. P., Boyle, C., Miyamoto, S., Dimand, R. J., & Rogers, K. K. (2009). Using telemedicine to improve the care delivered to sexually abused children in rural, underserved hospitals. *Pediatrics*, 123(1), 223-228. doi: 10.1542/peds.2007-1921

- Martin, J. (2014). “It's Just an Image, Right?": Practitioners' Understanding of Child Sexual Abuse Images Online and Effects on Victims. *Child & Youth Services*, 35(2), 96-115. doi: 10.1080/0145935X.2014.924334
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148.
- Mathews, B., Walsh, K., Butler, D., & Farrell, A. (2010). *Teachers reporting child sexual abuse: Towards evidence-based reform of law, policy and practice*. ARC Discovery Project. Queensland University of Technology, Australia. ISBN: 9781741073089
- McCarthy, J. A. (2010). Internet sexual activity: A comparison between contact and non-contact child pornography offenders. *Journal of sexual aggression*, 16(2), 181-195. doi: 10.1080/13552601003760006
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2012). The link between child abuse and psychopathology: a review of neurobiological and genetic research. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(4), 151-156. doi:10.1258/jrsm.2011.110222
- McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J. C., McKee, C., & MacMillan, H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. *BMC pediatrics*, 20(1), 1-14. doi: 10.1186/s12887-020-2015-4
- Meinck, F., Murray, A. L., Dunne, M. P., Schmidt, P., & Nikolaidis, G. (2021). Factor structure and internal consistency of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool Parent Version (ICAST-P) in a cross-country pooled data set in nine Balkan countries. *Child Abuse & Neglect*, 115, 105007. doi: 10.1016/j.chiabu.2021.105007
- Mizuki, R., & Fujiwara, T. (2020). Validation of the Japanese version of the Childhood Trauma Questionnaire—Short Form (CTQ-J). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi:10.1037/tra0000972
- Murphy, C. M., & O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(5), 579. doi: 10.1037/0022-006X.57.5.579
- Najman, J. M., Dunne, M. P., Purdie, D. M., Boyle, F. M., & Coxeter, P. D. (2005). Sexual abuse in childhood and sexual dysfunction in adulthood: An Australian population-based study. *Archives of sexual behavior*, 34(5), 517-526. doi: 10.1007/s10508-005-6277-6
- Nikolaidis, G., Petroulaki, K., Zarokosta, F., Tsirigoti, A., Hazizaj, A., Cenko, E., ... & Browne, K. (2018). Lifetime and past-year prevalence of children's exposure to

- violence in 9 Balkan countries: the BECAN study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(1), 1-15. doi: 10.1186/s13034-017-0208-x
- Νόμος 3625/2007 - ΦΕΚ 290/Α/24-12-2007 (Κωδικοποιημένος). (2020, Μάρτιος 1). e-nomothesia.gr | Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας. Retrieved May 10, 2021, from <https://www.e-nomothesia.gr/kat-anilikoi/n-3625-2007.html>
- Nour, N. M. (2006). Health consequences of child marriage in Africa. *Emerging infectious diseases*, 12(11), 1644. doi: 10.3201/eid1211.060510
- Olafson, E., & LEDERMAN, J. C. S. (2006). The state of the debate about children's disclosure patterns in child sexual abuse cases. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 27-40. doi: 10.1111/j.1755-6988.2006.tb00112.x
- Ondersma, S. J. (2002). Predictors of neglect within Low-SES families: The importance of substance abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(3), 383-391. doi: 10.1037/0002-9432.72.3.383
- Ortiz-Ospina, E. (2017, October 24). *Violence against children and children's rights*. Our World in Data. Retrieved May 10, 2021, from <https://ourworldindata.org/violence-against-rights-for-children>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Palusci, V. J., Cox, E. O., Shatz, E. M., & Schultze, J. M. (2006). Urgent medical assessment after child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 30(4), 367-380. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.11.002
- Peters, D. K., & Range, L. M. (1995). Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men. *Child abuse & neglect*, 19(3), 335-341. doi: 10.1016/S0145-2134(94)00133-2
- Posey, J. (2005). *My Life as a Cyber Crime Fighter*. Julie Posey.
- Pothast, H. L., & Allen, C. M. (1994). Masculinity and femininity in male and female perpetrators of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 18(9), 763-67. ISSN-0145-2134

- Rellini, A. H., & Meston, C. M. (2011). Sexual self-schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of sexual behavior*, 40(2), 351-362. doi: 10.1007/s10508-010-9694-0
- Rich-Edwards, J. W., Spiegelman, D., Hibert, E. N. L., Jun, H. J., Todd, T. J., Kawachi, I., & Wright, R. J. (2010). Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *American journal of preventive medicine*, 39(6), 529-536. doi: 10.1016/j.amepre.2010.09.007
- Roberts, I., & Moran, K. (1995). Inter-rater reliability in the medical diagnosis of child sexual abuse. *Journal of paediatrics and child health*, 31(4), 290-291. doi: 10.1111/j.1440-1754.1995.tb00813.x
- Roelofse, C., & Potgieter, P. (2018). Cybercrime, politics and their significance in the internationalisation of policing: perspectives of academics and practitioners. *Acta Criminologica: African Journal of Criminology & Victimology*, 31(3), 161-175. doi: 10.10520/EJC-14ddec54b3
- Runyan, D., Brandspigel, S., Zolotor, A., & Dunne, M. (2015). Manual for administration: The ISPCAN child abuse screening tool (ICAST). *Aurora: International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect*.
- Runyan, D. K., Dunne, M. P., & Zolotor, A. J. (2009). Introduction to the development of the ISPCAN child abuse screening tools. *Child abuse & neglect*, 33(11), 842-845.
- Runyan, D. K., Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Madrid, B., Jain, D., Gerbaka, B., ... & Youssef, R. M. (2009). The development and piloting of the ISPCAN Child Abuse Screening Tool—Parent version (ICAST-P). *Child abuse & neglect*, 33(11), 826-832. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.08.003
- Sadowski, L. S., Hunter, W. M., Bangdiwala, S. I., & Muñoz, S. R. (2004). The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): a model of a multi-national study of family violence. *Injury control and safety promotion*, 11(2), 81-90. doi: 10.1080/15660970412331292306
- Sas, L. D., Cunningham, A. H., Hurley, P., Dick, T., & Farnsworth, A. (1995). Tipping the balance to tell the secret: Public discovery of child sexual abuse.
- Saunders, B. J., & Lansdell, G. (2020). Children's low status and vulnerability leading to poly-victimisation, including sexual abuse: The need for attitudinal change and enhanced primary intervention and response strategies. In *Child Sexual Abuse* (pp. 47-68). Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-819434-8.00003-9

Sauzier, M. (1989). Disclosure of child sexual abuse: For better or for worse. *Psychiatric Clinics of North America*.

Sexual violence against children. (2021). UNICEF. Retrieved 21-12-20, from <https://www.unicef.org/protection/sexual-violence-against-children#:~:text=At%20least%20120%20million%20girls,figure%20is%20likely%20much%20higher>.

Siegel, R. M., Schubert, C. J., Myers, P. A., & Shapiro, R. A. (1995). The prevalence of sexually transmitted diseases in children and adolescents evaluated for sexual abuse in Cincinnati: rationale for limited STD testing in prepubertal girls. *Pediatrics*, 96(6), 1090-1094. doi: 10.1542/peds.96.6.1090

Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World psychiatry*, 16(2), 130-139. doi: 10.1002/wps.20438

Smith, E. M., Parker, M. A., Rubenstein, L. M., Haugen, T. H., Hamsikova, E., & Turek, L. P. (2010). Evidence for vertical transmission of HPV from mothers to infants. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 2010. doi: 10.1155/2010/326369

Snyder, H. N. (2000). *Sexual Assault of Young Children as Reported to Law Enforcement: Victim, Incident, and Offender Characteristics*. A NIBRS Statistical Report.

Starling, S. P., Frasier, L. D., Jarvis, K., & McDonald, A. (2013). Inter-rater reliability in child sexual abuse diagnosis among expert reviewers. *Child abuse & neglect*, 37(7), 456-464. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.01.002

Stedt, E. V., & Milner, J. (2020). *Child Maltreatment 2018*. U.S. Annual Report. Department of Health & Human Services Administration for Children and Families Administration on Children, Youth and Families Children's Bureau. [U.S. Department of Health & Human Services](https://www.hhs.gov/children-youth/programs/child-maltreatment/)

Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse & neglect*, 22(4), 249-270. doi: 10.1016/S0145-2134(97)00174-9

Teeuw, A. H., Kraan, R. B., van Rijn, R. R., Bossuyt, P. M., & Heymans, H. S. (2019). Screening for child abuse using a checklist and physical examinations in the

- emergency department led to the detection of more cases. *Acta paediatrica*, 108(2), 300-313. doi: 10.1111/apa.14495
- Three-fold increase of abuse imagery of 7–10-year-olds as IWF detects more child sexual abuse material online than ever before.* (2022, January 13). Internet Watch Foundation. Retrieved February 1, 2022, from <https://www.iwf.org.uk/news-media/news/three-fold-increase-of-abuse-imagery-of-7-10-year-olds-as-iwf-detects-more-child-sexual-abuse-material-online-than-ever-before/>
- ToBHMA Team. (2019, Φεβρουάριος 28). *Το τέρας της σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων ζει στην Ελλάδα*. Το Βήμα. Retrieved May 10, 2021, from <https://www.tovima.gr/2019/02/28/society/to-teras-tis-seksoualikus-kakopoiisis-anilikon-zei-stin-ellada/>
- Tomison, A. M., & Tucci, J. (1997). *Emotional abuse: The hidden form of maltreatment*. Australian Institute of Family Studies, for National Child Protection Clearing House.
- Tozdan, S., Briken, P., & Dekker, A. (2019). Uncovering female child sexual offenders—Needs and challenges for practice and research. *Journal of clinical medicine*, 8(3), 401. doi: 10.3390/jcm8030401
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology*, 23(2), 453-476. doi: 10.1017/S0954579411000174
- Trouli, S., Kontopodis, M. and Graeser, S., 2015, Child and Adolescent Drawings in Educational and Psychological Research: History, Methodological Issues and Exemplary Analysis. In: M. Pourkos (ed.), *Possibilities and Limits of Qualitative Methods based on art*. Athens: Ion
- Varma, S., Gillespie, S., McCracken, C., & Greenbaum, V. J. (2015). Characteristics of child commercial sexual exploitation and sex trafficking victims presenting for medical care in the United States. *Child abuse & neglect*, 44, 98-105. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.04.004
- Vrolijk-Bosschaart, T. F., Verlinden, E., Langendam, M. W., De Smet, V., Teeuw, A. H., Brilleslijper-Kater, S. N., ... & Lindauer, R. J. (2018). The diagnostic utility of the child sexual behavior inventory for sexual abuse: a systematic review. *Journal of child sexual abuse*, 27(7), 729-751. doi: 10.1080/10538712.2018.1477215

- Webb, L., Craissati, J., & Keen, S. (2007). Characteristics of Internet child pornography offenders: A comparison with child molesters. *Sexual Abuse*, 19(4), 449-465. doi: 10.1177/107906320701900408
- World Health Organization. (2003). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*. ISBN 92 4 154628 X
- Wolfe, D. A., Francis, K. J., & Straatman, A. L. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: Long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 205-212. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.08.015
- Wortley, R. K., & Smallbone, S. W. (2001). Child sexual abuse: offender characteristics and modus operandi. *Trends and Issues in Crime and Criminal Justice*, (193), 1-6. doi: 10.3316/agispt.20011713
- Wortley, R. K., & Smallbone, S. (2006). *Child pornography on the internet* (pp. 5-2006). Washington, DC: US Department of Justice, Office of Community Oriented Policing Services.
- Zalcborg, S. (2017). The place of culture and religion in patterns of disclosure and reporting sexual abuse of males: A case study of ultra orthodox male victims. *Journal of child sexual abuse*, 26(5), 590-607. doi: 10.1080/10538712.2017.1316335
- Zhou, Y., Hallisey, E. J., & Freymann, G. R. (2006). Identifying perinatal risk factors for infant maltreatment: an ecological approach. *International Journal of Health Geographics*, 5(1), 1-11. doi: 10.1186/1476-072X-5-53