

Η Σεξουαλική Κακοποίηση Ανηλίκου και η συστηματική προσέγγιση από τον Παιδοψυχίατρο-Πραγματογνώμονα

Δρ. Α. Βούρδας *MRCPsych, CCST*

Παιδοψυχίατρος

Γραμματέας του κλάδου Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ

Επιστημονικός Διευθυντής Hallowell Center.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στο να παρουσιάσει το ρόλο του παιδοψυχίατρου πραγματογνώμονα σε θέματα Σεξουαλικής Κακοποίησης Ανηλίκου (Σ.Κ.Α.) καθώς και να προτείνει ένα συγκεκριμένο τρόπο προσέγγισης και συστηματικής αξιολόγησης του υλικού, που προήλθε από τη ψυχιατροδικαστική εκτίμηση. Αν και στηρίζεται σε δεδομένα της αγγλοσαξονικής βιβλιογραφίας δεν αποτελεί ούτε βιβλιογραφική ανασκόπηση αλλά ούτε και κλινικές οδηγίες για τον τρόπο αξιολόγησης περιστατικών. Είναι μια προσέγγιση, την οποία επαγγελματίες τόσο στο χώρο της ψυχικής υγείας όσο και στο νομικό κλάδο έχουν βρει χρήσιμη και ευέλικτη.

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της Σεξουαλικής Κακοποίησης Ανηλίκου (Σ.Κ.Α.) και αυτό οφείλεται σε ένα βαθμό στη διαφορετικότητα των πολιτιστικών, κοινωνικών και ιστορικών παραμέτρων. Παρόλαυτα στη σημερινή δυτική και ελληνική κοινωνία τα κύρια χαρακτηριστικά της Σ.Κ.Α. είναι η εμπλοκή ενός ανήλικου σε σεξουαλική δραστηριότητα :

- την οποία αδυνατεί να εννοήσει, αναπτυξιακά είναι ανώριμος να δεχτεί και αδυνατεί να δώσει συγκατάθεση.
- η οποία παραβιάζει τους νόμους και τα ταμπού της κοινωνίας.
- κατά την οποία υπάρχει αναπτυξιακή «ασυμμετρία» μεταξύ των συμμετεχόντων. (ιδιαίτερα σημαντικό σε περιπτώσεις, όπου οι εμπλεκόμενοι είναι είτε στο ηλικιακό όριο μεταξύ ανήλικου και ενήλικου είτε το θύμα ή θύτης εμφανίζει νοητική καθυστέρηση).
- κατά την οποία υπάρχει διαδικασία επιβολής (σωματική, συναισθηματική ή και χειριστικότητα).

Η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να έχει δύο κύριες μορφές. Αυτή που περιλαμβάνει σωματική επαφή (άγγιγμα, χάιδεμα, φίλημα μέχρι την πλήρη σεξουαλική πράξη και ακόμα το βιασμό) και αυτή χωρίς σωματική επαφή (όπως η ηδονοβλεψία, η βιντεοσκόπηση, η επιδειξιμανία)

Ως παιδοψυχίατρος, οι συνήθεις τρόποι εμπλοκής σε ένα περιστατικό αναφερόμενης Σ.Κ.Α. είναι είτε ως κλινικός ιατρός είτε ως παιδοψυχίατρος πραγματογνώμονας είτε ως τεχνικός σύμβουλος. Στην πρώτη περίπτωση το περιστατικό μπορεί να παρουσιαστεί σε μια εξέταση ή συνεδρία ρουτίνας κατά την οποία το παιδί αποκαλύπτει στοιχεία ενδεικτικά κακοποίησης. Ομοίως, ο ίδιος ο λόγος

της επίσκεψης στην κλινική μπορεί να είναι η υποψία κακοποίησης και η πιθανή διαχείριση της κρίσης. Στην περίπτωση του παιδοψυχιάτρου ως πραγματογνώμονα, ο τελευταίος καλείται ύστερα από αίτηση των δικαστικών αρχών να διερευνήσει και να εκτιμήσει μια πιθανή περίπτωση Σ.Κ.Α. Στην περίπτωση του τεχνικού συμβούλου, ο παιδοψυχίατρος προσλαμβάνεται από τον έναν από τους διάδικους για να εκφέρει την επιστημονική του γνώμη σε συγκεκριμένα ερωτήματα που θα του τεθούν .

Είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι όλο και περισσότερες εταιρείες επαγγελματιών ψυχικής υγείας δέχονται και διασαφηνίζουν το ασυμβίβαστο μεταξύ θεράποντα ιατρού και πραγματογνώμονα. Ο πρώτος προσλαμβάνεται από τον ασθενή προκειμένου να τον βοηθήσει να γίνει καλύτερα και η προτεραιότητα του δεν είναι η «αναζήτηση της αλήθειας», αλλά η συναισθηματική κατανόηση και υποστήριξη του ασθενούς μέσα από μια (ενίοτε μακρόχρονη) σχέση θεραπευτικής συμμαχίας. Ο δεύτερος προσλαμβάνεται από το δικαστήριο, ο στόχος του είναι μέσα σε καθορισμένο χρονικό διάστημα να προσφέρει στοιχεία στο δικαστήριο, που θα βοηθήσουν στη νομική διαδικασία. Δεν συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με τον ασθενή, δεν υπάρχει το ιατρικό απόρρητο και συχνά μπορεί να αντικρούσει ή να αμφισβητήσει (μέσα βέβαια στα πλαίσια της ιατρικής δεοντολογίας) τους συνεντευξιαζόμενους. Η γνώμη βέβαια, του θεράποντος ιατρού του αναφερόμενου θύματος ή θύτη μπορεί να είναι σημαντική στο δικαστήριο, χωρίς όμως να αντικαθιστά αυτή του πραγματογνώμονα.

Ο πραγματογνώμονας συχνά καλείται μέσα σε μια πληθώρα στοιχείων και νεφελώδους υλικού να απαντήσει σε μια σειρά ερωτημάτων. Αυτά δεν τίθενται πάντα με σαφήνεια από τις νομικές αρχές αν και ο πραγματογνώμονας μπορεί να βοηθήσει και να συνεργαστεί με τους νομικούς για την διατύπωση των κατάλληλων ερωτημάτων. Τα πιο συνήθη ερωτήματα αφορούν στα εξής θέματα: εάν έγινε ή όχι κακοποίηση και με τι μορφή, αν υπάρχουν επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του παιδιού, ποια είναι η ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης στο παιδί και στην οικογένεια και ποια θα πρέπει να είναι η μορφή της επικοινωνίας του θύτη (σε περίπτωση γονέα) με το παιδί.

Η συστηματική προσέγγιση, που προτείνεται διερευνά αναλυτικά στοιχεία από έξι διαφορετικούς τομείς. Αυτοί είναι: α) οι κατηγορίες από το παιδί, β) η παρουσία μη σεξίζουσας ψυχοπαθολογίας, γ) η ύπαρξη ή όχι σεξίζουσας συμπεριφοράς, γνώσης και παιχνιδιού από το παιδί, δ) η ύπαρξη καταστάσεων που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης προς ένα παιδί, ε) η παρουσία ιατρικών ευρημάτων, και στ) η μελέτη της πιθανότητας ψευδών κατηγοριών.

Η διαγνωστική εκτίμηση επομένως θα πρέπει να έχει ως στόχο τη συλλογή πληροφοριών, που θα επιτρέψουν την αξιολόγηση των παραπάνω τομέων και στηρίζεται στη μελέτη εγγράφων από τη σχετική δικογραφία, στη συνέντευξη με γονείς, παιδί και σημαντικούς άλλους, στα αποτελέσματα ψυχομετρικών τεστ, ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Η παρουσίαση της μεθοδολογίας της συνέντευξης τόσο των ενηλίκων όσο των παιδιών ξεπερνάει τα όρια αυτής της εργασίας. Είναι όμως, αναγκαίο να επισημανθούν ορισμένα στοιχειώδη και απαραίτητα. Το υλικό, το οποίο παραδίδεται από του γονείς στον πραγματογνώμονα,

και το οποίο δεν έχει συμπεριληφθεί στη δικογραφία, επιστρέφεται αμέσως στους γονείς και δεν χρησιμοποιείται. Οι συνεντεύξεις με το παιδί ή τους ενήλικες είναι καλό να βιντεοσκοπούνται ή να ηχογραφούνται. Όταν τίποτα από τα δύο δεν είναι δυνατό, το ελάχιστο ενδεδειγμένο είναι η παρουσία ενός δεύτερου επαγγελματία στην αίθουσα, ο οποίος θα κρατά λεπτομερείς σημειώσεις ώστε να διευκολύνεται ο ρόλος του κύριου εξεταστή. Πρέπει επίσης να αναφερθεί, ότι υπάρχει συγκεκριμένη μεθοδολογία, τεχνική και εργαλεία, που χρησιμοποιούνται, στα οποία ο πραγματογνώμονας θα πρέπει να έχει πρώτα εκπαιδευτεί και εν συνεχεία εξοικειωθεί, ώστε να διασφαλίζεται η κατά το δυνατόν σαφέστερη αντικειμενικότητα των ευρημάτων.

A) Κατηγορίες από το Παιδί

Τα παιδιά σε αντίθεση με παλαιότερες απόψεις μπορούν να αποτελέσουν αξιόπιστους μάρτυρες, εφόσον βέβαια η μεθοδολογία που ακολουθείται είναι η ενδεδειγμένη για την ηλικία του παιδιού. Ταυτόχρονα, υπάρχουν και μια σειρά στοιχείων τα οποία ενισχύουν την αξιοπιστία των καταθέσεων του παιδιού. Αυτά είναι τα εξής:

- Το υλικό που προκύπτει από την πρώτη συνέντευξη, το οποίο είναι και το λιγότερο «επιμολυσμένο» από στοιχεία υποβολής.
- Το υλικό που προκύπτει αυθόρμητα, δηλαδή ύστερα από ελεύθερη ανάκληση σε αντίθεση με κατευθυνόμενες ή κλειστές ερωτήσεις.
- Το υλικό, που χαρακτηρίζεται από εσωτερική συνέπεια (δηλαδή η λήψη των ίδιων πληροφοριών μέσω περισσότερων της μία μεθόδου).
- Η ύπαρξη ποιοτικών και ποσοτικών λεπτομερειών, που συνόδευσαν την πράξη κακοποίησης όπως συναισθήματα, περιγραφές περιβάλλοντος και πράξεων.
- Η γλώσσα του παιδιού, όταν είναι ανάλογη του αναπτυξιακού του σταδίου.
- Η συνέπεια της συναισθηματικής αντίδρασης του παιδιού με τις περιγραφές τραυματικών γεγονότων.(υπερδιέγερση, άγχος, ντροπή, αηδία, άρνηση...). Η έλλειψη συναισθηματικής αντίδρασης βέβαια δεν θα πρέπει να μας ξαφνιάζει σε περιπτώσεις όπου το παιδί έχει διηγηθεί τις ιστορίες τόσες πολλές φορές που πλέον γίνεται μηχανικά και ουδέτερα.
- Η συνέπεια και σταθερότητα στην ερμηνεία μιας πράξης από την πλευρά του παιδιού παρά την αντιπαράθεση εκ μέρους του πραγματογνώμονα με άλλα ενδεχόμενα.
- Η ύπαρξη λεπτομερειών χαρακτηριστικές της φύσης της σεξουαλικής πράξης, οι οποίες αναπτυξιακά είναι άγνωστες στο παιδί αλλά και που θα μπορούσαν να αποτελούν συγκεκριμένες σεξουαλικές πρακτικές του θύτη.
- Το φαινόμενο της «παράδοξης ασυνέπειας» (accommodation syndrome). Σε αυτή την περίπτωση, ενώ αρχικά υπάρχει καταγγελία του γεγονότος από το παιδί στη συνέχεια οι καταθέσεις του γίνονται ασυνεπείς και διαφέρουν μεταξύ τους. Αυτή η ασυνέπεια μπορεί να είναι δηλωτική κακοποίησης, όταν η αλλαγή των καταθέσεων συνάδει με τη γενικότερη ατμόσφαιρα και πορεία της δικαστικής διαδικασίας ιδίως όταν το παιδί αρχίζει να αντιλαμβάνεται το μέγεθος των συνεπειών που είχε η αρχική του κατάθεση.

B) Παρουσία μη σεξίζουσας ψυχοπαθολογίας

Η ψυχοπαθολογία σε ένα βαθμό εξαρτάται από την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού. Σε μικρά παιδιά αυτή συνήθως σχετίζεται με ανάδυση συμπτωμάτων δηλωτικά υποστροφή ανάπτυξης όπως ενούρηση ή εγκόπριση ιδίως όταν πρόσφατα κατέκτησε αυτά τα αναπτυξιακά ορόσημα. Σε μεγαλύτερα παιδιά παρατηρούνται συμπτώματα άγχους όπως φόβοι, αϋπνίες, εφιάλτες, καθώς και πλήρης Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους (τα συμπτώματα αυτά, όμως θα πρέπει να έχουν θεματολογία αντίστοιχη του τραυματικού γεγονότος για να αξιολογηθούν ψυχιατροδικαστικά). Σε εφήβους εμφανίζονται ακραίες συμπεριφορές όπως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, αυτοκτονικός ιδεασμός, φυγή από το σπίτι, χρήση ουσιών, έντονη συναισθηματική αστάθεια που προσομοιάζει αυτή της αρχόμενης οριακής δομής προσωπικότητας καθώς και καταθλιπτικό επεισόδιο.

Γ) Παρατηρήσεις σεξίζουσας συμπεριφοράς, γνώσης και παιχνιδιού.

Τα παιδιά από μικρή κιόλας ηλικία εμφανίζουν σεξουαλικές συμπεριφορές και τάσεις. Δεν είναι εξαίρεση η περίπτωση, που ένα κορίτσι 2-3 χρόνων μέσα σε πλαίσια παιχνιδιού μπορεί να τρίβει τα γεννητικά του όργανα ή ακόμα και να εισχωρεί αντικείμενα στα γεννητικά του όργανα. Μέσα σε ένα γενικότερο πνεύμα δοξασίας, ότι τα παιδιά δεν εμφανίζουν σεξουαλικότητα, γεγονότα σαν τα παραπάνω έχουν ενίοτε παρερμηνευθεί και οδηγήσει σε καταγγελίες για πιθανή κακοποίηση. Όντως τα παιδιά που έχουν κακοποιηθεί εμφανίζουν σεξίζουσα συμπεριφορά, γνώση και παιχνίδι, αλλά αυτή η συμπεριφορά για να αξιολογηθεί θα πρέπει να είναι α) αναπτυξιακά ασύμβατη, β) υπερβολική σε συχνότητα και βαθμό γ) επίμονη παρά τις προσπάθειες του περιβάλλοντος για διόρθωση. Κάτω από αυτές τις προϋπόθεσης συμπεριφορές που αξιολογούνται ψυχιατροδικαστικά είναι σημάδια ασυνήθιστης για την ηλικία σεξουαλικής γνώσης, παιχνιδιού και ζωγραφιών, αυτοκατευθυνόμενη σεξουαλική συμπεριφορά, η οποία είναι συνήθως παρατεταμένη (ενίοτε μέχρι το σημείο αυτοτραυματισμού) και δημόσια, επανειλημμένη ανάληψη πρωτοβουλίας από την πλευρά του παιδιού για να «σαγηνέψει» και να «ελκύσει σεξουαλικά» ένα άλλο άτομο κατά προτίμηση πολύ μεγαλύτερο ή ενήλικα. Κατά την εφηβεία, η συμπεριφορά αυτή εκδηλώνεται ως άκρατη σεξουαλικότητα ή και στροφή προς την πορνεία.

Δ) Καταστάσεις που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κακοποίησης.

Ορισμένες κοινωνικές καταστάσεις χαρακτηρίζονται ως παράγοντες κινδύνου για την πιθανότητα ιστορικού κακοποίησης. Όπως και στην προηγούμενη παράγραφο αυτές οι καταστάσεις για να αποτελέσουν στοιχεία χρήσιμα για ψυχιατροδικαστική χρήση θα πρέπει να έχουν το χαρακτήρα του συνεχούς ή και του ακραίου. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια είναι η επαφή με ενήλικα με προηγούμενο ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης ανήλικου, η ύπαρξη υψηλών επιπέδων σεξουαλικής δραστηριότητας στο σπίτι του ανήλικου (πχ αποκάλυπτη προβολή ή και συμμετοχή σε ταινίες σεξ), ιστορικό βίας και παραμέλησης στο σπίτι, χαοτικές οικογένειες στις οποίες δεν υπάρχει στοιχειώδης επίβλεψη και φροντίδα του ανήλικου.

Ε) Ιατρικά ευρήματα.

Ιατρικά ευρήματα είναι παρόντα στο 15-30% μόνο των περιπτώσεων αλλά ελάχιστες είναι οι φορές κατά τις οποίες η παιδιατρική ή ιατροδικαστική εξέταση θα μπορούσε να βοηθήσει στη διάγνωση ή επιβεβαίωση της σεξουαλικής κακοποίησης. Τα ευρήματα χωρίζονται σε αυτά υψηλής και χαμηλής ένδειξης. Υψηλής ένδειξης είναι η εγκυμοσύνη ανήλικης, η ανεύρεση σπέρματος στον κόλπο, η παρουσία σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (πχ έρπης γεννητικών οργάνων). Παρόλαυτα υψηλής ένδειξης στοιχεία είναι σχετικά σπάνια να ανευρεθούν , σε αντίθεση με της χαμηλής ένδειξης όπως ερυθρότητα γεννητικών οργάνων, αμυγές, και μώλωπες. Σημαντικές δυσκολίες που παρουσιάζονται για τη συλλογή και εκτίμηση των ιατρικών στοιχείων είναι ότι οι περισσότερες περιπτώσεις παρουσιάζονται στις υπηρεσίες μετά από 7 μέρες, οπότε και τα περισσότερα στοιχεία έχουν παρέλθει και οι αλλαγές του σώματος έχουν επανέλθει στο φυσιολογικό. Επίσης δεν υπάρχει ομοφωνία στην ιατρική κοινότητα για τη φυσιολογική ανατομία ορισμένων οργάνων του παιδιού, όπως πχ το φυσιολογικό εύρος του κόλπου των κοριτσιών ανά ηλικιακή ομάδα.

ΣΤ) Η μελέτη της πιθανότητας ψευδών κατηγοριών και συμπερασμάτων.

Η πιθανότητα η όλη διερευνητική διαδικασία να οδηγήσει σε ψευδή θετικά ή αρνητικά συμπεράσματα για την ύπαρξη ή όχι κακοποίησης οφείλεται συνήθως σε τρεις παραμέτρους. Η πρώτη αφορά στους ίδιους τους πραγματογνώμονες και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που διερευνούν την υπόθεση, η δεύτερη στο παιδί και η τρίτη στο γονέα, που καταγγέλλει το περιστατικό. Ο έμπειρος και προσεχτικός πραγματογνώμονας οφείλει να διερευνήσει κατά πόσο η αξιολογητική διαδικασία μπορεί να έχει συμβιβαστεί και αλλοιωθεί από τέτοιες παραμέτρους.

Σε ό,τι αφορά στην πρώτη, οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι κάθε επαγγελματίας έχει τη δικιά του προσωπική ιστορία, ηθική και αξίες. Η αξιολόγηση περιπτώσεων κακοποίησης παιδιών είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες, αλλά και συναισθηματικά έντονες που μπορεί να φέρουν στα όρια αλλά και να θίξουν λεπτές πτυχές της προσωπικότητας του αξιολογητή. Για αυτό και σε χώρες με προηγμένο σύστημα ψυχικής υγείας υπάρχει ειδική εκπαίδευση των αξιολογητών οι οποίοι συνήθως δεν εργάζονται μόνοι τους, αλλά ως μέλη μιας διεπιστημονικής ομάδας. Προκατάληψη, πρόωπη διατύπωση συμπεράσματος πριν ολοκληρωθεί η διερευνητική διαδικασία, απόρριψη ευρημάτων που προκαλούν σύγχυση και ανατροπή της προϋπάρχουσας γνώμης, αποδοχή ουδέτερων ευρημάτων ως σημαντικά είναι γνωστά λάθη στα οποία μπορεί να πέσουν οι αξιολογητές. Άλλα γνωστά προβλήματα είναι η ανεπαρκής συνέντευξη με την έννοια ότι δεν προχωράει σε βάθος αλλά περιορίζεται σε μια αναφορά επιφανειακών γεγονότων, η λανθασμένη μεθοδολογία στην εξέταση παιδιού και ανηλίκων και ο ελλιπής συντονισμός των υπηρεσιών μεταξύ τους.

Σε ό,τι αφορά στα παιδιά, στοιχεία τα οποία μπορεί να παραπέμπουν σε πιθανές ψευδείς καταγγελίες είναι η ύπαρξη ψυχιατρικής ασθένειας όπως αυτή της προϋπάρχουσας Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους στο παιδί, εξαιτίας της οποίας μπορεί να παρερμηνεύσει συμπεριφορά και κινήσεις άλλων ανθρώπων, καθώς και η χειριστικότητα του παιδιού το οποίο μπορεί να έχει κίνητρο να κατασκευάσει μια ιστορία προκειμένου να « απαλλαχθεί » από την παρουσία ενός ανεπιθύμητου προσώπου πχ πατριού. Η ύπαρξη ουδέτερου συναισθήματος και έλλειψης φόβου ή

άγχους κατά την αναφορά σε τραυματικά γεγονότα κακοποίησης καθώς και η στερεοτυπική περιγραφή θα πρέπει να αξιολογούνται προσεχτικά.

Τέλος, σε περίπτωση που η καταγγελία για κακοποίηση προέρχεται από τον έναν γονέα δύο είναι κυρίως οι καταστάσεις που θα πρέπει να ερευνώνται. Πρώτη, αυτή της ψυχιατρικής πάθησης του γονέα (πχ Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους, ή ψύχωσης) και δεύτερη, αυτή των ψευδών καταγγελιών του ενός γονέα εις βάρος του άλλου μέσα στα πλαίσια της γονικής διαμάχης, της επιμέλειας και της επικοινωνίας. Τυπικά τα προβλήματα που παρουσιάζονται συνδέονται με ένα ή περισσότερα από το ακόλουθα. Το παιδί εκτίθεται στερεοτυπικά σε μια αρνητική και υπερκριτική πληροφόρηση εναντίον ενός προσώπου (συνήθως από τον γονέα με τον οποίο μένει μαζί σε βάρος του άλλου γονέα) την οποία σταδιακά την κάνει κτήμα του και την υιοθετεί ως δική του γνώμη και γλώσσα. Το παιδί νιώθει μερικά υπεύθυνο για τη διαμάχη μεταξύ των γονέων και προσπαθεί να «βοηθήσει» τον ένα από τους δύο γονείς παίρνοντάς το μέρος του, ενώ κατηγορεί τον άλλον. Σε ακόμα πιο ακραίες καταστάσεις και συχνότερα σε μικρά και εξαρτώμενα παιδιά, που εκτίθενται σε αυτή την επανειλημμένη κριτική, παραπληροφόρηση ή και «διδασκαλία», από την πλευρά του ενός γονέα εμφανίζεται τελικά το φαινόμενο της κατασκευής ψευδών μνημών και γεγονότων που ποτέ δεν έλαβαν χώρα.

Συμπέρασμα

Συχνά ο πραγματογνώμονας καλείται μέσα από ένα μεγάλο εύρος στοιχείων και ευρημάτων να οργανώσει και να εκτελέσει μια αξιολογητική διαδικασία η οποία θα καταλήξει σε συμπεράσματα, τα οποία θα βοηθήσουν το δικαστήριο να αποφασίσει. Παρουσιάστηκε μια συστηματική προσέγγιση του υλικού χωριζόμενο σε 6 κατηγορίες. Η συνδυαστική παρουσία ευρημάτων από τις παραπάνω κατηγορίες αυξάνει ή μειώνει αντίστοιχα την πιθανότητα κακοποίησης, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι η προσέγγιση αυτή στηρίζεται σε κάποιο μαθηματικό κανόνα. Ενίοτε η ύπαρξη και μόνο ενός στοιχείου μπορεί να είναι αρκετή για την τεκμηρίωση της κακοποίησης, όπως επίσης και η απουσία κάθε ένδειξης δεν συνεπάγεται και απουσία κακοποίησης. Έργο όμως του ψυχιατρικού πραγματογνώμονα δεν είναι να λάβει ο ίδιος τη δικαστική απόφαση για το εάν έγινε ή όχι κακοποίηση, αλλά να προτείνει επιστημονικά συμπεράσματα, τα οποία μέσα στα 'έλλογα πλαίσια της ιατρικής βεβαιότητας' θα βοηθήσουν το δικαστήριο να λάβει τις απαραίτητες αποφάσεις.

Προτεινόμενη βιβλιογραφία

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice Parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 36:423-442.

American Academy of Pediatrics. (1999). Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children. Pediatrics.103: 186-191.

Ceci, S.J., and Bruck, M. (1999).The suggestibility of children's memory. Annual Review of Psychology. 50 :419-39.

Gardner, R.A. (2002) Parental alienation syndrome versus parental alienation Which diagnosis should evaluators use in child custody disputes? American Journal of Family Therapy. 30: 93-115.

Kendall-Tackett, K., Williams, L., and Finkelhor, D. (1993) Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*. 113: 164-180.

Kuehnle, K.(1996) *Assessing allegations of Child Sexual Abuse*. Sarasota, FL:Professional Research Exchange.