



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «ΒΙΑ ΚΑΙ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΝΙΚΟΛΑΙΔΗ ΛΥΔΙΑ-ΑΝΤΩΝΙΑ (ΑΕΜ: 9028/2011)

ΣΥΜΩΝΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ (ΑΕΜ: 9075/2011)

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2015-2016

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2016

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
1. Εισαγωγή.....	5
2. Θεωρητικό Υπόβαθρο.....	9
2.1 Ορισμός της Ενδοοικογενειακής Βίας.....	9
2.2 Θεωρίες Ενδοοικογενειακής Βίας.....	11
2.2.1 Ψυχιατρική Θεωρία.....	12
2.2.2 Κοινωνιολογική Θεωρία/ Θεωρία Κοινωνικών Παραγόντων και Δομικού Στρες.....	15
2.2.3 Θεωρία της Κυκλικής Βίας.....	17
2.3 Αίτια Ενδοοικογενειακής Βίας.....	18
2.3.1 Φυσικά Αίτια.....	20
2.3.2 Περιβαλλοντικά Αίτια.....	22
2.3.3 Οικονομικά Αίτια.....	23
2.3.4 Εξαρτησιογόνες Ουσίες.....	24
2.4 Μορφές Ενδοοικογενειακής Βίας.....	25
2.4.1 Σωματική Βία.....	27
2.4.2 Σεξουαλική Βία.....	29
2.4.3 Λεκτική ή Συναισθηματική/ Ψυχολογική Βία.....	31
2.5 Θύτης και Θύμα.....	32
2.5.1 Θύμα.....	33
2.5.2 Θύτης.....	35

2.6	Ενδοοικογενειακή Βία και Παιδί.....	36
2.6.1	Παιδική Παραμέληση.....	36
2.6.2	Παιδική Κακοποίηση.....	38
2.7	Ενδοοικογενειακή Βία στον Ελλαδικό Χώρο.....	42
2.8	Νοσηλευτική Προσέγγιση.....	45
2.8.1	Πρόληψη.....	45
2.8.2	Διάγνωση.....	47
2.9.2	Αντιμετώπιση.....	49
3.	Συζήτηση/Συμπεράσματα.....	54
3.1	Μύθοι και Αλήθειες σχετικά με τη Βία.....	55
3.2	Ενδοοικογενειακή Βία και Νοσηλευτική Προσέγγιση.....	58
3.2.1	Εμπλεκόμενοι Φορείς.....	62
3.2.2	Παρεμβατικά Προγράμματα.....	65
3.3	Επίλογος.....	70
	Βιβλιογραφία.....	72
	Παράρτημα Α.....	85

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας. Πιο συγκεκριμένα, αποσκοπεί στη διερεύνηση και την ανάλυση της φύσης, της αιτιολογίας και των συνεπειών της βίας, προκειμένου να γίνουν κατανοητές συμπεριφορές τόσο του θύτη όσο και του θύματος. Έπειτα, γίνεται μία προσπάθεια σύνδεσης της ενδοοικογενειακής βίας με την νοσηλευτική προσέγγιση, μέσα από την οποία αναδύονται τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης της βίας. Από τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προκύπτουν διάφορα στερεοτυπικά σχήματα που αναπαράγονται και μεταδίδονται από γενιά σε γενιά σχετικά με τη βία, ενώ δίνεται έμφαση στην αναγκαιότητα της συνεργασίας επαγγελματιών (νοσηλευτών, γιατρών, ψυχολόγων κ.ά.), υπό το πλαίσιο μίας διεπιστημονικής ομάδας, για την αντιμετώπιση της βίας. Βάσει αυτού, γίνεται μία αναφορά στα πολυάριθμα παρεμβατικά προγράμματα που έχουν αναπτυχθεί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας.

Λέξεις-κλειδιά: βία, ενδοοικογενειακή βία, πρόληψη, αντιμετώπιση, νοσηλευτική προσέγγιση, παρεμβατικά προγράμματα

1. Εισαγωγή

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει η σύγχρονη κοινωνία, με καταστροφικές συνέπειες σε όλα τα μέλη της οικογένειας. Βασικό χαρακτηριστικό της ενδοοικογενειακής βίας είναι η προσπάθεια επιβολής του δράστη στο θύμα, με τρόπο συστηματικό και επαναλαμβανόμενο. Ο θύτης αποπειράται συνεχώς να αποδυναμώσει και να αποσυνδέσει το θύμα από το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς). Τα συνήθη θύματα ενδοοικογενειακής βίας είναι οι γυναίκες και τα παιδιά, ομάδες κοινωνικά και βιολογικά αδύναμες (Petridou, Browne, Lichter, Dedoukou, Alexe, & Dessypris, 2002).

Η άσκηση βίας αποτελεί ένα δημόσιο πρόβλημα υγείας, καθώς συνδέεται άμεσα με τραυματισμούς, ή/και άλλου είδους βραχυπρόθεσμων ή μακροπρόθεσμων συνεπειών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών και των επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη. Παράλληλα, η έκθεση των παιδιών σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας οδηγεί σε συναισθηματικά, συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και σε προβλήματα υγείας (Campbell & Humphreys, 1993). Η ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας αποτελεί μία προτεραιότητα παγκοσμίως (World Health Organization, 1998). Πολλοί οργανισμοί υγείας έχουν δημοσιοποιήσει κατευθυντήριες γραμμές και προτάσεις. Αυτές οι κατευθυντήριες γραμμές δεν είναι ίδιες παντού, ωστόσο, όλες εστιάζουν στην επικράτηση της ενδοοικογενειακής βίας στη σύγχρονη κοινωνία και στην ανάγκη αναγνώρισης και αποδοχής αυτού του φαινομένου (Bewley, Friend, & Mezey, 1997).

Το Τμήμα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου προτείνει μία «έρευνα ρουτίνας», σε όλες ή σε ορισμένες οικογένειες με ιστορικό βίας (Department of Health, 2000).

Πρόκειται για μία ζωτικής σημασίας πρόταση, προκειμένου να διαπιστώνεται η ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας στις εγκαταστάσεις υγείας. Αυτή η πρόταση προβλέπεται ότι θα αυξήσει σημαντικά την ταυτοποίηση των θυμάτων, γεγονός που θα οδηγεί στην οργάνωση των κατάλληλων παρεμβάσεων και της απαραίτητης υποστήριξης, μειώνοντας την έκθεση στη βία, και κατά επέκταση, τις συνέπειές της (σωματικές και ψυχολογικές; Waalen, Goodwin, Spitz, Petersen, & Saltzman, 2000).

Παρόλα αυτά, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι παρά τις παρεμβάσεις και τις κατευθυντήριες οδηγίες πολλών οργανισμών, πολλοί εργαζόμενοι σε τομείς της υγείας (π.χ. γυναικολόγοι), δεν πραγματοποιούν σωστά αυτήν την έρευνα ρουτίνας. Μάλιστα, περίπου το 1/3 από αυτούς δεν είχε την κατάλληλη εκπαίδευση, σχετικά με τη φροντίδα των κακοποιημένων γυναικών. Παράλληλα, ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας εντοπισμού της βίας ήταν ότι οι επαγγελματίες δεν αντιλαμβάνονται τη βία ως πρόβλημα των ασθενών τους, δεν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο να αφιερώσουν σε αυτούς και ενοχλούνται επειδή δεν μπορούν να βοηθήσουν (Parsons, Zaccaro, Wells, & Stovall, 1995).

Παράλληλα, η πρόβλεψη της ενδοοικογενειακής βίας αποτελούσε και αποτελεί ένα ζήτημα που απασχολεί τους φορείς υγείας, δίνοντας ακόμη περισσότερη έμφαση στην πρόβλεψη της βίας απέναντι στα παιδιά. Περίπου ένα εκατομμύριο παιδιά βιώνουν την ενδοοικογενειακή βία ετησίως (Sedlak & Broadhurst, 1996). Η κατ' οίκον επίσκεψη έχει προωθηθεί ευρέως τα τελευταία χρόνια, ως μία πολλά υποσχόμενη προσέγγιση πρόβλεψης της ενδοοικογενειακής βίας, και κατά επέκταση, των πιθανών προβλημάτων υγείας και της ανάπτυξης των παιδιών. Έτσι, χιλιάδες προγράμματα κατ' οίκον επίσκεψης έχουν οργανωθεί και έχουν λειτουργήσει τις τελευταίες δύο δεκαετίες (Gombay, Culross, & Behrman, 1999). Παρά την περιορισμένη ερευνητική δραστηριότητα πάνω στην αποτελεσματικότητα των κατ'

οίκον επισκέψεων, αυτά τα προγράμματα κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος, καθώς δεν υπάρχουν άλλες προσπάθειες πρόβλεψης της βίας (Olds & Kitzman, 1993).

Η ισχυρή πεποίθηση της αποτελεσματικότητας αυτών των προγραμμάτων, έγκειται σε προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία κατ' οίκον επισκέψεις από νοσοκόμες προγεννητικά και μεταγεννητικά (για τα επόμενα δύο χρόνια), οδήγησε σε μία σημαντική μείωση των περιπτώσεων ενδοοικογενειακής βίας (Olds, Henderson, Chamberlin, & Tatelbaum, 1986). Η υποστήριξη μέσα από τις επισκέψεις συνεχίζεται παρότι οι μορφές κακοποίησης των παιδιών ηλικίας 4 έως 7 ετών, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες αποκλίσεις από ότι στην ηλικία των 4 και νωρίτερα. Ίσως, λόγω αυξημένης επιτήρησης από τις νοσοκόμες (Olds, Henderson, Kitzman, & Cole, 1995). Εκτός αυτού, καθίσταται πλέον σαφής η σημαντικότητα της αξιολόγησης πρόσωπο με πρόσωπο μέσω συνεντεύξεων. Οι αυτο-αξιολογήσεις κακοποιημένων γυναικών σε σύγκριση με την ανίχνευση και τον εντοπισμό βίας από νοσοκόμες κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων στον οικείο χώρο της οικογένειας, παρουσιάζουν χαμηλότερη αποτελεσματικότητα. Συγκεκριμένα, από τις αυτο-αξιολογήσεις το ποσοστό επιβεβαίωσης ύπαρξης βίας ανήλθε στο 7,3%, ενώ από τις συνεντεύξεις προέκυψε το ποσοστό του 29,3% (McFarlane, Cristoffel, Bateman, Miller, & Bullock, 1991).

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία ανασκόπηση της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Στόχος είναι η μελέτη, η περιγραφή και η κατανόηση του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας, και συγκεκριμένα, σε συνάρτηση με τη νοσηλευτική προσέγγιση, μέσα από την υπάρχουσα βιβλιογραφία και το σύγχρονο ερευνητικό πλαίσιο. Παράλληλα, η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στην διερεύνηση μεθόδων και παρεμβάσεων για την εξάλειψη αυτού του φαινομένου. Στο τέλος της έρευνας, θα

γίνει μία προσπάθεια συζήτησης και κριτικού σχολιασμού των ευρημάτων,
αποσκοπώντας και στην εκμείωση μεθόδων πρόβλεψης περιστατικών
ενδοοικογενειακής βίας.

2. Θεωρητικό Υπόβαθρο

2.1 Ορισμός της Ενδοοικογενειακής Βίας

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών δεδομένων, οδηγούν στην ανάπτυξη δύο κεντρικών μοντέλων σχετικά με την ερμηνεία και κατανόηση των επεισοδίων βίας μεταξύ των συζύγων/συντρόφων. Πρόκειται για το *Μοντέλο Πατριαρχικής Τρομοκρατίας* και το *Μοντέλο Κοινής Βίας* (Johnson, 1995).

Το μοντέλο πατριαρχικής τρομοκρατίας αναδύθηκε μέσα από την ερευνητική δραστηριότητα φεμινιστών/στριών ερευνητών. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, η επιβολή εξουσίας και η άσκηση ελέγχου μέσω του εκφοβισμού και της τρομοκρατίας απενοχοποιούνται από την πατριαρχική οργάνωση της κοινωνίας. Δεν αφορά αποκλειστικά σωματική άσκηση βίας, αλλά και άλλες μορφές, όπως είναι η στέρηση της ελευθερίας, η οικονομική εξάρτηση κ.ά. Εν προκειμένω, μάλιστα, η βία ασκείται σχεδόν αποκλειστικά από τον άνδρα απέναντι στη γυναίκα, ενώ η γυναίκα παραμένει παθητική. Μάλιστα, η συνεχής εσωτερική ανάγκη του θύτη να ασκεί έλεγχο στο θύμα με κάθε τρόπο, έχει ως αποτέλεσμα την κλιμάκωση της βίας, με επεισόδια σημαντικής έντασης, τα οποία μπορεί να καταστούν επικίνδυνα για την σωματική ακεραιότητα αλλά και τη ζωή της γυναίκας-θύμα.

Από την άλλη, το μοντέλο της κοινής βίας αναπτύχθηκε έπειτα από μία σειρά ερευνών, εστιασμένες στην ενδοοικογενειακή βία. Το συγκεκριμένο μοντέλο αναδύεται μέσα από εξωγενείς παράγοντες που προέρχονται από τον καθημερινό τρόπο ζωής και τη σύγχρονη κοινωνία (π.χ. άγχος). Εντούτοις πρόκειται για μία κατάσταση βίας, η οποία πυροδοτείται από τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες στην καθημερινότητα του ζεύγους, στην οποία συμμετέχουν άνδρες και γυναίκες,

προκαλώντας μικρές βλάβες, καθώς δεν υπάρχουν κλιμακώσεις των βίαιων επεισοδίων. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί αρκετοί προβληματισμοί σχετικά με τα παραπάνω μοντέλα, ιδιαιτέρως σχετικά με το μοντέλο κοινής βίας. Γιατί το ζευγάρι επιλέγει την διαχείριση των συγκρούσεων μέσω της βίας; Πρόκειται για μία επιλογή, η οποία επηρεάζεται από τις κοινωνικές επιρροές; (Gelles & Straus, 1988; Straus & Sweet, 1992).

Εντούτοις έχουν αναπτυχθεί ορισμένοι λειτουργικοί ορισμοί, επιχειρώντας να προσεγγίσουν πιο αποτελεσματικά το θέμα της βίας, και συγκεκριμένα, της ενδοοικογενειακής βίας. Πιο αναλυτικά, ενδοοικογενειακή βία ορίζεται η βία που ασκείται σε μία γυναίκα από τον σύζυγο/σύντροφο ή τον πρώην σύζυγο/σύντροφό της. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως «βία κατά των γυναικών» ή «συντροφική βία». Έπειτα, ένας άλλος ορισμός αναδύεται από τη Διακήρυξη του Πεκίνου, σύμφωνα με τον οποίο ορίζεται ως ενδοοικογενειακή βία, οποιαδήποτε μορφή πράξης, η οποία ενδέχεται να έχει ως αποτέλεσμα τη φυσική ή/και ψυχολογική βλάβη της γυναίκας. Επιπλέον, ο ορισμός αυτός περιλαμβάνει τις έννοιες της απειλής, του καταναγκασμού και της στέρησης της ελευθερίας είτε πρόκειται για ιδιωτική είτε για δημόσια ζωή (World Health Organization, 2002). Παράλληλα, η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία διατυπώνει την ενδοοικογενειακή βία, ως ένα σύνολο συμπεριφορών, οι οποίες ποικίλουν ως προς τις σωματικές, σεξουαλικές και ψυχολογικές μεθόδους κακομεταχείρισης. Αυτές οι μέθοδοι βρίσκουν εφαρμογή σε ένα εκ των δύο ατόμων μέσα σε μία συντροφική σχέση, αποσκοπώντας στην επιβολή εξουσίας και δύναμης με αθέμιτα μέσα (American Psychological Association, 1996).

Τα τελευταία χρόνια έγιναν και άλλες προσπάθειες προσέγγισης της έννοιας της ενδοοικογενειακής βίας. Συγκεκριμένα, με νέα ερευνητικά δεδομένα να θεμελιώνουν ότι η ενδοοικογενειακή βία ασκείται από τον τωρινό ή πρώην

σύζυγο/σύντροφο (Steen & Hunskaar, 2004), ακολουθούν οι Krantz και Garcia-Moreno (2005), οι οποίοι διατυπώνουν ότι η πιο συνήθης μορφή βία είναι εκείνη, η οποία ασκείται από ένα οικείο πρόσωπο και κυρίως γένους αρσενικού. Με βάση αυτό το θεωρητικό υπόβαθρο, αναδύεται και εδραιώνεται η πλέον αποδεκτή προσέγγιση της βίας, των Balci και Ayrançi (2005), οι οποίοι διευρύνουν το φαινόμενο της βίας, αναφέροντας ότι βία ασκείται μεταξύ των μελών μίας οικογένειας γενικά.

Εντούτοις με βάση όλα τα παραπάνω, προκύπτει ότι δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο μοντέλο ή κάποιος συγκεκριμένος ορισμός, για το φαινόμενο της βίας (Steen & Hunskaar, 2004). Εν αντιθέσει, υπάρχει μία πληθώρα ορισμών που μπορεί να προσεγγίσουν την έννοια της ενδοοικογενειακής βίας. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται από την πολυμορφία και την πολυπλοκότητα της βίας. Η βία έχει πολλά πρόσωπα (σωματική, λεκτική, κ.ά), ενώ παράλληλα ασκείται από διάφορα πρόσωπα-θύτες, πράγμα που ενισχύει την πολυπλοκότητάς της λόγω και των ατομικών χαρακτηριστικών του θύτη (Krantz & Garcia-Moreno, 2005).

2.2 Θεωρίες Ενδοοικογενειακής Βίας

Έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες, οι οποίες αποσκοπούν στη διερεύνηση και την ερμηνεία του φαινομένου της βίας. Πυλώνες των θεωριών αυτών αποτελούν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, επιβεβαιώνοντας για ακόμα μία φορά την πολυπλοκότητα και την πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου αυτού. Οι θεωρίες αναπτύσσονται πάνω σε δύο πόλους. Από τη μία, τίθεται η ψυχιατρική θεωρία, η οποία κάνει μία προσπάθεια ανάλυσης των βίαιων επεισοδίων, δίνοντας έμφαση σε διάφορα χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας, καθώς και σε πιθανές ψυχικές διαταραχές της προσωπικότητας, τόσο του θύτη όσο και του θύματος. Από την άλλη, η κοινωνιολογική θεωρία εστιάζει στην μελέτη και την ανάλυση της δομής της

κοινωνίας, των κοινωνικών δεσμών, της σχέσης μεταξύ των δύο εμπλεκόμενων, αλλά και της ίδιας της κοινωνίας γενικότερα (Cahn & Lloyd, 1996).

2.2.1 Ψυχιατρική Θεωρία

Η ψυχιατρική θεωρία αναδύεται μέσα από διάφορες ερευνητικές προσπάθειες ανάλυσης και ερμηνείας της ενδοοικογενειακής βίας, η οποία άσκησε ιδιαίτερη επιρροή όχι μόνο στον χώρο της ψυχικής υγείας αλλά και των κοινωνικών επιστημών. Η θεωρία αποτελεί εργαλείο ερμηνείας μέχρι και σήμερα, καθώς πυλώνες της αποτελούν διάφορες εδραιωμένες κοινωνικές πεποιθήσεις, αντιλήψεις και αναπαραστάσεις σχετικά με τον θύτη και το θύμα (Cahn & Lloyd, 1996).

Ωστόσο, η πολυπλοκότητα και η πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου της βίας αναδύεται, και πάλι, μέσα από τα ερευνητικά δεδομένα της ψυχιατρικής θεωρίας, τα οποία παρουσιάζουν σημαντικό χάσμα μεταξύ τους. Συγκεκριμένα, ένα μεγάλο εύρος ερευνητικής δραστηριότητας σχετικά με τους θύτες, διατυπώνουν μία σειρά από ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά και ψυχικές διαταραχές, που διέπουν την προσωπικότητα του θύτη. Αυτά τα ευρήματα αποτελούν εργαλείο ερμηνείας και κατανόησης της βίαιης συμπεριφοράς του θύτη. Ωστόσο, άλλα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι μόνο το 10% των θυτών, πρόκειται για άτομα με ψυχικές διαταραχές, καθώς η πλειοψηφία αφορά άτομα δίχως κάποια ψυχοπαθολογία (Gelles & Straus, 1988; Bancroft, 2002).

Οι βασικές αρχές της ψυχιατρικής θεωρίας έχουν σημαντικές επιρροές από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες, τις διάφορες ιατρικές και βιολογικές μελέτες και τις ψυχομετρικές τεχνικές (Wolfgang & Ferracuti, 1982; Eagly & Steffen, 1986).

Πιο αναλυτικά, οι διάφορες ψυχαναλυτικές θεωρίες, με εκπρόσωπο τον Freud, διατυπώνουν ότι η βία αποτελεί μία επιθετική παρόρμηση, προϊόν του «ενστίκτου του

θανάτου». Από την άλλη, οι ποικίλες ιατρικές και βιολογικές μελέτες, αναφέρονται σε οργανικά αίτια της βίας, όπως είναι ο υπερθυροειδισμός, η υπογλυκαιμία κ.ά. Ωστόσο, παρότι διάφορες οργανικές ανωμαλίες (ενδοκρινολογικά αίτια, νευροψυχιατρικά σύνδρομα κ.ά), μπορούν να οδηγήσουν σε βίαια επεισόδια υποκινώντας «φυσιολογικά» άτομα σε επιθετικές συμπεριφορές, δεν υπάρχουν συστηματικότητα και συνέπεια στα ερευνητικά δεδομένα αυτών των μελετών. Δεν υπάρχει επαρκής γνώση σχετικά με τη λειτουργία των συναισθημάτων, και ιδιαιτέρως του θυμού, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να απομονωθεί η εκάστοτε ανωμαλία/διαταραχή προκειμένου να διερευνηθεί. Παράλληλα, το κάθε ερέθισμα που επιδράει στο άτομο, παράγει διαφορετική συμπεριφορά σε κάθε άτομο, καθώς υπάρχει η μεταβλητή των εσωτερικών χαρακτηριστικών. Εντούτοις η ασυνέπεια των μελετών, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αιτιολογία της επιθετικότητας κυμαίνεται πέρα από τον βιολογικό οργανισμό. Επιπλέον, οι τεχνικές της ψυχομετρίας χρησιμοποιήθηκαν, εξίσου, για τη μελέτη και κατανόηση των βίαιων συμπεριφορών. Τα αποτελέσματα αυτών των τεχνικών διατυπώνουν ότι η προσωπικότητα του θύτη διακατέχεται από εγωκεντρισμό και χαμηλό έλεγχο των εκάστοτε συναισθημάτων. Αξίζει να σημειωθεί, ότι, και στην παρούσα περίπτωση, υπάρχουν περιορισμοί κατά του συγκεκριμένου τρόπου έρευνας, με σημαντικά σφάλματα να συμβαίνουν κατά την επιλογή του δείγματος αλλά και κατά την επεξεργασία και διαχείριση των δεδομένων.

Έπειτα, η ερευνητική δραστηριότητα δίνει έμφαση στη σχέση *απόγνωσης-επιθετικότητας*. Παρόλα αυτά, σήμερα δεν υποστηρίζεται από θεωρητικούς και ερευνητές, η ιδέα ότι μία ενδεχόμενη απογοήτευση ή μία ενδεχόμενη αποτυχία στη ζωή του θύτη, αποτελεί προκλητικός παράγοντας επιθετικών συμπεριφορών, διατηρώντας, ωστόσο, την παραδοχή για τις διαφορές μεταξύ των διαφορετικών

μορφών επιθετικότητας. Η παραδοχή αυτή αποτέλεσε βασικό πυλώνα της ερευνητικής δραστηριότητας του Berkowitz, σύμφωνα με τον οποίο, η επιθετικότητα διακρίνεται σε οργανική επιθετικότητα (instrumental aggression) και αντιδραστική επιθετικότητα (reactive aggression). Παράλληλα, διατυπώνει ορισμό, σύμφωνα με τον οποίο μία κατάσταση απόγνωσης/απογοήτευσης μπορεί να οδηγήσει σε μία συναισθηματική έκρηξη θυμού, η οποία μπορεί να συμπεριλαμβάνει παρορμητικές συμπεριφορές έτοιμες να εκδηλωθούν, όπως είναι η επιθετικότητα. Η εκδήλωση (ή όχι) αυτών των παρορμητικών συμπεριφορών καθορίζεται από την ύπαρξη (ή όχι) περιορισμών ή κάποιων κυρώσεων. Εντούτοις μέσα από την συγκεκριμένη θεώρηση, φαίνεται η σημασία του ρόλου του εξωτερικού ερεθίσματος, το οποίο, ως επί το πλείστον, εξισώνεται με τις κοινωνικές μεταβλητές που εμπλέκονται κατά τη διαδικασία της μάθησης (Berkowitz, 2000).

Η ψυχιατρική θεωρία έχει δεχθεί αυστηρή κριτική σχετικά με τους τρόπους ερμηνείας της βίας. Η κριτική δίνει έμφαση σε δύο σημεία. Αρχικά, δίνεται έμφαση στο ότι καθώς, τόσο ατομικοί όσο και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση βίαιων επεισοδίων, οι κοινωνικοί παράγοντες δεν παρουσιάζουν καμία σημαντικότητα. Ωστόσο, οι κοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν εξίσου καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και εκδήλωση συμπεριφορών. Από την άλλη, εστιάζοντας στο δεύτερο σημείο, διατυπώνεται ότι η προσωπικότητα του θύτη διέπεται από ψυχοπαθολογία. Έτσι, γίνεται μία εύκολη και σαφής διάκριση μεταξύ των «διαταραγμένων» και των «φυσιολογικών» προσωπικοτήτων, οι οποίες εμπλέκονται με ευκολία σε βίαια επεισόδια ή έχουν λίγες πιθανότητες να εμπλακούν σε βίαια επεισόδια, αντίστοιχα. Η ψυχιατρική θεωρία έχει δημιουργήσει ένα κλίμα ασφαλείας ότι οι «φυσιολογικοί» δεν δύνανται να προκαλέσουν βίαια επεισόδια. Παράλληλα, νομιμοποιεί τις δομές, τους θεσμούς και την οργάνωση της κοινωνίας,

πράγμα που σύμφωνα με θεωρίες προσανατολισμένες στην κοινωνία, είναι αντίθετο, καθώς διατυπώνεται ότι την ευθύνη στη δυναμική των διαπροσωπικών σχέσεων φέρει η κοινωνία (Dobash & Dobash, 2001).

2.2.2 Κοινωνιολογική Θεωρία/ Θεωρία Κοινωνικών Παραγόντων και Δομικού

Στρες

Η κοινωνιολογική ερμηνεία αποτελεί απάντηση στην ψυχιατρική θεώρηση, η οποία αναδύεται τη δεκαετία του '70, καταλαμβάνοντας σταδιακά έδαφος στον χώρο των κοινωνικών επιστημών. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη θεωρία, οι θύτες δεν είναι μόνο άνδρες με «διαταραγμένες» προσωπικότητες, αλλά και «φυσιολογικοί» άνθρωποι, οι οποίοι έχουν υιοθετήσει αντιλήψεις σχετικά με την υπεροχή και την κυριαρχία του ανδρικού φύλου, ωστόσο, δεν διαθέτουν τις ικανότητες και τα μέσα προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις αυτού του ρόλου. Εξάλλου, μία πατριαρχική κοινωνία απενοχοποιεί βίαιες συμπεριφορές, οι οποίες αποτελούν μέσα διατήρησης της επιβολής του ανδρικού φύλου έναντι του γυναικείου (Dutton, 1994). Σε αντίθεση με την ψυχιατρική θεωρία, η κοινωνιολογική θεωρία αναφέρεται στη βία ως μία συμπεριφορά, η οποία επιλέγεται και αναπτύσσεται μέσα στη δυναμική των δομών της κοινωνίας. Κατά συνέπεια, τα κοινωνικά συστήματα, τα οποία πρεσβεύουν τη δημοκρατία, εκδηλώνουν λιγότερα φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας (Tiff, 1993). Ωστόσο, σε μία πατριαρχική κοινωνία, τα φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας βρίσκονται σε έξαρση. Διατυπώνεται ότι τα βίαια επεισόδια μέσα στην οικογένεια, αποτελούν ανασταλτικοί παράγοντες στην ανάπτυξη των μελών της εκάστοτε οικογένειας. Η βία αποσκοπεί στον σχηματισμό και τη διατήρηση σχέσεων ισχύος και εξουσίας. Με άλλα λόγια, όταν ο άνδρας-θύτης ασκεί βία στη γυναίκα-θύμα, ενισχύεται η θέση επιβολής του (Petersen, 1980).

Επιπροσθέτως, διερευνώνται διάφοροι παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών. Προκλητικοί παράγοντες της βίας μπορεί να είναι η κοινωνική πίεση, το άγχος και το στρες, οι οποίοι σχετίζονται με την εργασία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, την κατανομή πολιτισμικών αγαθών, την στάση της κοινωνίας απέναντι στη φυσική μειονεξία κ.ά. Επίσης, διερευνώνται η σχέση των πολιτισμικών αξιών με τη βία ως μέρος του κοινωνικού συνόλου, καθώς και ο τρόπος κατανομής της ισχύος και της ανοχής της βίας στα μέλη της οικογένειας. Εντούτοις ερευνητικά δεδομένα προσανατολίζονται στην εργασία, ως πηγή πίεσης και άγχους που ασκείται στα άτομα. Ο εργασιακός χώρος ασκεί εξουσία προκαλώντας έντονες συναισθηματικές καταστάσεις στους εργαζόμενους, γεγονός που ελλοχεύει τον κίνδυνο πρόκλησης και επιθετικών συμπεριφορών (Stark, Flicraft, & Frazier, 1979; Barling & Rosenbaum, 1986). Η εργασία αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της ζωής του ατόμου, καθώς του προσδίδει μία ταυτότητα παρέχοντάς του ψυχολογική και συναισθηματική πληρότητα. Μέσα στο εργασιακό περιβάλλον, οι εργαζόμενοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ανταλλάσσοντας συναισθήματα και εμπειρίες. Συνεπώς, οι εργαζόμενοι φέρουν μαζί τους στο εργασιακό περιβάλλον συναισθήματα και εμπειρίες από το οικογενειακό περιβάλλον, ενώ αντίστοιχα φέρουν και στοιχεία από το οικογενειακό περιβάλλον στο εργασιακό (Tiffit, 1993).

Παράλληλα, η εργασία, με την οποία ο άνδρας παρουσιάζει μία σχέση εξάρτησης, γεγονός που επικροτεί και ενισχύει η κοινωνία, συνδέεται και με άλλες δύο μορφές άγχους. Οι δύο αυτές μορφές σχετίζονται με την *υποαπασχόληση* και τη *δυσαρέσκεια*. Συγκεκριμένα, ο άνδρας ο οποίος υποαπασχολείται βιώνει συνεχώς αισθήματα ματαιώσης και αποτυχίας. Τα αισθήματα αυτά δεν σχετίζονται με τα χρήματα ή το γόητρο, καθώς ακόμα και σε περιπτώσεις που ο άνδρας αμείβεται καλά, ενδέχεται να βιώνει έλλειψη σεβασμού τόσο από την οικογένεια όσο και από την

κοινωνία. Έτσι, το άγχος και το στρες μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην οικογένεια, βάσει της θέσης που κατέχει το άτομο μέσα στην αγορά εργασίας. Αναλυτικότερα, σε περιπτώσεις μη συμμετοχής σε σημαντικές συναντήσεις λήψης αποφάσεων, ο εργαζόμενος βιώνει αισθήματα ματαιώσης. Έτσι, σε αρκετές περιπτώσεις η επιστροφή στο σπίτι συνδέεται με συναισθήματα θυμού, αναζητώντας διόδους επανάκτησης της «χαμένης εξουσίας». Εντούτοις, τα μοντέλα της πατριαρχικής κοινωνίας, αποτελούν αμυντικοί μηχανισμοί των θυτών, οι οποίοι ενεργοποιούνται κάθε φορά που η αυτο-εκτίμησή του κινδυνεύει από την εργασία. Το οικογενειακό περιβάλλον προσφέρει την ασφάλεια που χρειάζεται το άτομο, καταβάλλοντας έπειτα τις προσπάθειές του ανάκτησης της χαμένης αυτο-εκτίμησης και της εξουσίας του (Tifft, 1993).

Η κοινωνιολογική θεώρηση δέχθηκε εξίσου ισχυρή κριτική, η οποία εστιάζεται στο βασικό προβληματικό σημείο της συγκεκριμένης θεωρίας. Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη θεωρία παρουσιάζει ελλιπή στοιχεία σχετικά με τη διαφοροποίηση μεταξύ των συμπεριφορών των θυτών, οι οποίοι εκτίθενται σε περιβάλλοντα που παρουσιάζουν σημαντικές ομοιότητες, ωστόσο, εκδηλώνουν διαφορετικές αντιδράσεις και συμπεριφορές. Συνεπώς, καθίσταται απαραίτητη η ερμηνεία των συμπεριφορών, όχι μόνο βάσει των κοινωνικών παραγόντων, αλλά και βάσει των ιδιαίτερων ατομικών χαρακτηριστικών (Dutton, 1994).

2.2.3 Θεωρία της Κυκλικής Βίας

Πέρα από τις βασικές θεωρίες σχετικά με τη βία, αναπτύχθηκε και μία θεωρία, η οποία περιγράφει την πορεία της βίας μεταξύ των δύο εμπλεκόμενων. Σύμφωνα με την Walker (1999), η ενδοοικογενειακή βία, η οποία αναπαράγεται μεταξύ των συντρόφων, μπορεί να αναπαρασταθεί βάσει της Θεωρίας της Κυκλικής Βίας, η

οποία περιλαμβάνει τρεις φάσεις: 1) την φάση της δημιουργίας της έντασης, 2) την έκρηξη ή το επεισόδιο κακοποίησης και 3) την φάση ηρεμίας ή την περίοδο αγάπης.

Αρχικά, κατά την φάση της δημιουργίας της έντασης, εκδηλώνονται επεισόδια μικρότερης έντασης. Το θύμα έχει ακόμα τον έλεγχο αυτών των μικρών επεισοδίων, μέχρι τη στιγμή της δεύτερης φάσης. Έπειτα, κατά τη δεύτερη φάση, τα επεισόδια αποκτούν μεγαλύτερη ένταση, με αποτέλεσμα, το θύμα να χάνει τον έλεγχό τους. Τέλος, κατά την τρίτη φάση, ο θύτης στην προσπάθειά του να γεφυρώσει το χάσμα εμπιστοσύνης με την σύντροφό του, παρουσιάζει διακυμάνσεις στην συμπεριφορά του. Πιο συγκεκριμένα, ο θύτης εκδηλώνει από τη μία, βίαιες συμπεριφορές, και από την άλλη, στοργικές συμπεριφορές όντας τρυφερός και ευγενικός. Οι τελευταίες συμπεριφορές αποτελούν μέσα πειθούς των θυμάτων, σχετικά με την μη επανάληψη βίαιων συμπεριφορών από τη μεριά του θύτη. Με αυτόν τον τρόπο, ο θύτης διασφαλίζει ότι το θύμα δεν επρόκειτο να τον εγκαταλείψει.

2.3 Αίτια Ενδοοικογενειακής Βίας

Το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας πυροδοτείται από ένα σύνολο παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες είναι αλληλένδετοι με διάφορα οικογενειακά προβλήματα, με την ίδια την προσωπικότητα και την ιδιοσυγκρασία του θύτη, ακόμα και με την ανεκτική στάση διάφορων κοινωνιών ως προς τη βία (Αρτινοπούλου & Φαρσεδάκης, 2003).

Η σύγχρονη οικογένεια μέσα στους ραγδαίους ρυθμούς της κοινωνίας, καλείται να ανταπεξέλθει σε ποικίλα προβλήματα, τα οποία προκαλούνται από ενδογενείς ή/και εξωγενείς παράγοντες. Ορισμένα από αυτά τα προβλήματα αποτελούν η ισότητα μεταξύ των ρόλων, καθώς άντρες και γυναίκες πλέον έχουν ίσα δικαιώματα, ίσα καθήκοντα και ίσες υποχρεώσεις σε όλους τους τομείς. Επιπλέον, η

ανεργία και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόστρωμα αποτελούν εξίσου κάποια προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη οικογένεια. Επιπροσθέτως, προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συντρόφων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έλλειψη επικοινωνίας, οδηγούν αδιαμφισβήτητα σε βίαια επεισόδια, αποσκοπώντας στη διευθέτηση των διαφόρων ζητημάτων. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί, ότι οι καθημερινές διενέξεις σχετικά με ζητήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή μίας οικογένειας είναι δύσκολο να αποφευχθούν (Αρτινοπούλου, 1995).

Τα διάφορα αυτά ζητήματα, τα οποία χρήζουν διευθέτησης μέσω του γόνιμου διαλόγου, αλλά αντί αυτού προτιμώνται βίαιες συμπεριφορές, περιλαμβάνουν τη διαπαιδαγώγηση και την ανατροφή των παιδιών, τη διαχείριση οικονομικών ζητημάτων (π.χ. αποταμίευση), τον τρόπο αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου, τα διάφορα κωλύματα στη σεξουαλική ζωή ή/και τη συναισθηματική επαφή μέσα στο ζευγάρι κ.ά. Εντούτοις μεγάλης σημασίας είναι η δριμύτητα των διαφωνιών αυτών και των στρατηγικών, με τις οποίες επιτυγχάνεται ένας ικανοποιητικός βαθμός συμφωνίας (Αρτινοπούλου και Φαρσεδάκης, 2003).

Στο σύγχρονο κοινωνικό πλαίσιο, αλλαγές στην δομή της οικογένειας οδηγούν στην αλλαγή και την προσαρμογή τόσο των στερεοτυπικών πεποιθήσεων όσο και των ρόλων των δύο φύλων. Συγκεκριμένα, ο ρόλος της γυναίκας περιλαμβάνει δικαίωμα στην εκπαίδευση και την εργασία, γεγονός που σημαίνει την συνεισφορά της στο οικογενειακό εισόδημα. Γενικότερα, περιλαμβάνει δικαιώματα διαφόρων πτυχών της καθημερινότητας που παλαιότερα αποτελούσαν αντρικό προνόμιο. Αυτή η αλλαγή της σύγχρονης πραγματικότητας, οδηγεί σε αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας. Η ερμηνεία αυτού δίνεται μέσα από τη διατύπωση της ιδέας ότι ο άντρας, προκειμένου να διατηρήσει τον παραδοσιακό του ρόλο απέναντι σε μία

γυναίκα, η οποία ακολουθεί το εκσυγχρονισμένο ρεύμα της εποχής, καταφεύγει σε βίαιες συμπεριφορές. Βέβαια, υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών, οι οποίες δεν ανέχονται βίαια περιστατικά καταφεύγοντας σε κάποια βοήθεια.

Παράλληλα, το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο επηρεάζει εξίσου το οικογενειακό περιβάλλον. Με άλλα λόγια, πεποιθήσεις και αντιλήψεις καλά εδραιωμένες μέσα σε μία κοινωνία σχετικά με τον ρόλο των δύο φύλων, συμβάλλουν σημαντικά στην έξαρση της βίας. Κοινωνικοί κανόνες θέτουν τη γυναίκα υπό του ανδρός, ούσα μάλιστα υποχείριό του. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται με την ύπαρξη νομοθεσίας, η οποία επιτρέπει τη θανατική ποινή σε γυναίκες, των οποίων οι σύζυγοι έχουν απλώς υποψίες ότι ατιμάστηκε το όνομά τους. Η ίδια υπάρχουσα νομοθεσία, προκειμένου να επιτύχει την πρόληψη τέτοιων κρουσμάτων μέσα στην κοινωνία, επιτρέπει την κλειτοριδεκτομή, η οποία θεωρητικά καταστέλλει τις σεξουαλικές επιθυμίες και ορμές της γυναίκας. Αυτή η πρακτική, επικίνδυνη για την υγεία των γυναικών, ενοχοποιείται πλήρως με την επικράτηση της άποψης, ότι οι γυναίκες, στις οποίες δεν έχει υποβληθεί η πρακτική της κλειτοριδεκτομής, δεν είναι καθαρές. Για παράδειγμα, στην Αίγυπτο, αν και δεν εφαρμόζεται η συγκεκριμένη πρακτική, η σχετική νομοθεσία συνεχίζει να υπάρχει, καθώς είναι κοινώς αποδεκτή από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, με ένα σημαντικό αριθμό γυναικών να έχουν βιώσει μία μορφή εξαγνισμού (Αρτινοπούλου, 2003).

2.3.1 Φυσικά Αίτια

Τα φυσικά αίτια, ο καθορισμός των οποίων βασίζεται στην ψυχιατρική θεωρία, αποτελούν πρωταρχική ερμηνεία της άσκησης σωματικής βίας. Συγκεκριμένα, η βία αποτελεί προϊόν της ψυχοπαθολογίας του θύτη ή/και του θύματος. Τα παθολογικά αυτά χαρακτηριστικά είναι αποτέλεσμα ελλιπούς ψυχονοητικής ανάπτυξης κατά την πρώτη παιδική ηλικία (Ζουλινακή, Κατσική,

Ξυδοπούλου, & Παπαμιχαήλ, 2003; McCue, 2008). Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, αναφέρουν υψηλή συσχέτιση των παθολογικών χαρακτηριστικών και των ψυχικών διαταραχών (κυρίως προσωπικότητας) με την άσκηση βίας (McCue, 2008).

Παρόμοιες έρευνες προσανατολίζονται στη σχέση της βίας με αντικοινωνική συμπεριφορά, με τους θύτες να παρουσιάζουν έντονα αντικοινωνικά χαρακτηριστικά (Holtzworth-Munroe, Marshall, Meehan, & Rehman, 2002; McCue, 2008).

Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα διατυπώνουν ότι οι θύτες και θύματα αναπτύσσουν έντονες σχέσεις συναισθηματικής (και όχι μόνο) εξάρτησης, γεγονός που οδηγεί σε ενδοοικογενειακή βία. Οι θύτες εκδηλώνουν αμφιθυμικές και αγχώδεις συμπεριφορές, ενώ καθίστανται ιδιαίτερος πειστικοί απέναντι στις συζύγους/συντρόφους του, με αποτέλεσμα, οι δεύτεροι να επιλέγουν την κοινωνική απόσυρση, περιορίζοντας διάφορες δραστηριότητες. Επιπλέον, οι θύτες εκδηλώνουν παθολογική ζήλια και πεσμένη αυτο-εκτίμηση. Εντούτοις μέσα από τη βία, ανακτούν αισθήματα αδυναμίας, ανασφάλειας και έλλειψης ελέγχου που ενδεχομένως να βιώνουν.

Από την άλλη πλευρά, τα θύματα πληρούν εξίσου κάποιες προϋποθέσεις, βάσει των οποίων αυξάνονται οι πιθανότητες άσκησης ενδοοικογενειακής βίας, αλλά και επανάληψης βίαιων επεισοδίων. Αναλυτικότερα, εξωτερικευμένα αισθήματα ενοχής και ντροπής, καθώς και η ελλιπής εκπαίδευση και μόρφωση και η κακή οικονομική κατάσταση των θυμάτων, έχει ως αποτέλεσμα, τη δημιουργία μίας σχέσης εξάρτησης με τον θύτη. Κατά επέκταση, τα θύματα παρουσιάζουν στάσεις υποταγής και ανοχής (Ζουλινακή, Κατσική, Ξυδοπούλου, & Παπαμιχαήλ, 2003).

2.3.2 Περιβαλλοντικά Αίτια

Το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει και αναπτύσσεται το άτομο, ανήκει εξίσου στην αιτιολογία της βίας (Merrill, 1996). Συγκεκριμένα, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι το άτομο με κάποιο ιστορικό κακοποίησης κατά την παιδική του ηλικία, έχει περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσει βίαιες συμπεριφορές από ότι κάποιο άτομο που δεν έχει κάποιο ιστορικό κακοποίησης (Σπανού, 2005; Φατούρου, 2002). Εν προκειμένω, ο θύτης αντιλαμβάνεται κάθε μορφή βίας ως μία φυσιολογική ενέργεια, η οποία συμβάλλει στην εκτόνωσή του (Ζουλινακή, Κατσική, Ξυδοπούλου, & Παπαμιχαήλ, 2003; Φατούρου, 2003). Εντούτοις ένα άτομο το οποίο αναπτύσσεται μέσα σε ένα περιβάλλον όπου κυριαρχεί η βία, κατά την ενήλικη ζωή εμφανίζει ζητήματα εμπιστοσύνης και αυτονομίας. Παράλληλα, το άτομο αυτό είναι προσκολλημένο σε στερεοτυπικά σχήματα σχετικά με τους ρόλους των δύο φύλων και της θέσης της βίας μέσα στην οικογένεια. Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις άτομα, τα οποία έχουν κάποιο ιστορικό κακοποίησης δεν εξελίχθηκαν σε θύτες (Σπανού, 2005).

Ωστόσο, έρευνα που διεξήχθη στην Ν. Αφρική, ενισχύει ακόμα περισσότερο την παραδοχή ότι όταν ένα παιδί εκτίθεται σε επεισόδια βίας ή/και βιώνει την ενδοοικογενειακή βία, κατά την ενήλικη ζωή του εξελίσσεται σε θύτη. Μάλιστα, αναφέρεται ότι η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να προβλεφθεί και κατά επέκταση, να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί, σε περίπτωση που αποτρέπονταν η θέαση των παιδιών σκηνικών βίας μέσα στην οικογένεια (Abrahams & Jewkes, 2005). Εντούτοις η μετάδοση βίαιων συμπεριφορών από γενιά σε γενιά μέσα από την κοινωνική μάθηση, αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες εκδήλωσης της ενδοοικογενειακής βίας (Karr-Morse & Wiley, 1997; Φατούρου, 2003).

Επιπλέον, πραγματοποιείται και μία διάκριση μεταξύ των παιδιών που υφίστανται κακοποίηση. Συγκεκριμένα, παιδιά, τα οποία δέχθηκαν βία από τον πατέρα, είθισται να θυματοποιούνται κατά την ενήλικη ζωή τους, ενώ παιδιά που δέχθηκαν βία από τη μητέρα έχουν πιο πολλές πιθανότητες να εξελιχθούν σε θύτες. Παράλληλα, διατυπώνεται η παραδοχή ότι ο πατέρας επιχειρεί να εδραιώνει το αίσθημα αποδοχής στα παιδιά, πράγμα το οποίο ερμηνεύει την θυματοποίηση των παιδιών αυτών. Αντιθέτως, η μητέρα τείνει στην εδραίωση της επιθετικότητας ως ένα εργαλείο που βοηθάει στην επικοινωνία μεταξύ των μελών, γεγονός που εξηγεί την εξέλιξη των παιδιών σε θύτες (Φατούρου, 2003).

2.3.3 Οικονομικά Αίτια

Παρότι δεν είναι ξεκάθαρη η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην ενδοοικογενειακή βία, ορισμένες έρευνες συμφωνούν στο ότι η διαφορά της οικονομικής δύναμης και του κοινωνικού status παίζει σημαντικό ρόλο στο θέμα της βίας. Τα οικονομικά αίτια, τα οποία αναπτύσσονται μέσα από τη θεωρία των πόρων, προσανατολίζουν τον θύτη στην άσκηση βίας, πολύ περισσότερο όταν ο ίδιος είναι οικονομικά ατάρκτης, διαθέτοντας περισσότερους πόρους από το θύμα. Το γεγονός αυτό συμβαίνει καθώς ο θύτης υποτιμάει περισσότερο το θύμα, με αποτέλεσμα, να νιώθει μία έντονη εσωτερική ορμή για επιβολή (Ζουλινακή, Κατσική, Ξυδοπούλου, & Παπαμιχαήλ, 2003).

Έρευνα των Cunradi, Caetano και Schafer (2002), αποσκοπεί στη διερεύνηση της σχέσης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της βίας μέσα στην οικογένεια τριών διαφορετικών εθνικοτήτων. Τα ευρήματα της έρευνα αναφέρουν ότι οι οικονομικοί πόροι αποτελούν αιτία εκδήλωσης βίας, ανεξαρτήτως εθνικότητας, εκπαίδευσης και είδος εργασίας. Από την άλλη πλευρά, παλαιότερη έρευνα διατυπώνει την παραδοχή ότι η βία που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών της

οικογένειας, είναι προϊόν ανισοτήτων (φύλου, ηλικίας, εθνικότητα, κ.ά.), οι οποίες είναι αποδεκτές από την κοινωνία. Αυτές οι ανισότητες οδηγούν τα άτομα, και κυρίως, τα άτομα που βρίσκονται σε υποδεέστερη θέση, βιώνοντας έντονα την κοινωνική πίεση που τους ασκείται, να προβούν σε συμπεριφορές βίας.

Πρόσφατη μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα, διατυπώνει ότι προκλητικός παράγοντας της ενδοοικογενειακής βίας είναι η στιγμή, κατά την οποία ο σύζυγος/σύντροφος διαπιστώνει ότι η σύζυγος/σύντροφος έχει περισσότερη οικονομική ή/και κοινωνική δύναμη από τον ίδιο. Ο θύτης διαπιστώνοντας ότι το θύμα ενισχύει τις δεξιότητες και τις ικανότητές του μέσα από τη συνεχή εκπαίδευση και την εργασία, βιώνει αισθήματα μειονεξίας, με αποτέλεσμα, να καταφεύγει σε βίαιες συμπεριφορές. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από στατιστικά στοιχεία, τα οποία παρουσιάζουν αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας με την αύξηση της εργασιακής απασχόλησης των έγγαμων γυναικών στην Ινδία, το Πακιστάν και τις ΗΠΑ (Schewe, Riger, Howard, Staggs, Mason, 2006).

Επιπροσθέτως, μη επαρκείς πόροι, σημαντικοί για την επιβίωση των ατόμων, προκαλούν έντονα συναισθήματα άγχους, γεγονός που οδηγεί στην βία ως εργαλείο εκτόνωσης. Παράλληλα, η κακή οικονομική κατάσταση προκαλεί ένα αίσθημα ανασφάλειας στα μέλη της οικογένειας, με αποτέλεσμα, να προκαλούνται επεισόδια βίας ως μέσο αποκατάστασης της θέσης ισχύος του θύτη (Ζουλινακή, Κατσική, Ευδοπούλου, & Παπαμιχαήλ, 2003; Hill, Mossakowski, & Angel, 2007).

2.3.4 Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Ερευνητική δραστηριότητα έχει δώσει έμφαση και στη σχέση μεταξύ των εξαρτησιογόνων ουσιών και της εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών. Ερευνητικά

δεδομένα διατυπώνουν μία σημαντική αιτιακή σχέση μεταξύ της χρήσης αλκοόλης και άλλων ουσιών με την βία μέσα στην οικογένεια (Σπανού, 2005).

Συστηματικές μελέτες, αναφέρουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του αλκοόλ και της βίας ανεξαρτήτως εθνικότητας, ενώ τα βίαια επεισόδια αποτελούν μέσο πρόβλεψης και άλλων βίαιων επεισοδίων στο μέλλον. Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι το αλκοόλ δεν αποτελεί επαρκή λόγο εκδήλωσης βίας, αλλά λειτουργεί ως έμμεσος παράγοντας στην εκδήλωσή της (Caetano, Ramisetty-Mikler, Caetano Vaeth, & Harris, 2007). Παράλληλα, πρόσφατα ευρήματα αναφέρουν ότι θεραπευτικά προγράμματα αντιμετώπισης του αλκοόλ, έχουν οδηγήσει σε μείωση της ενδοοικογενειακής βίας. Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ αναφέρεται ότι αυξάνεται τη λεκτική βία (Leonard, 2005). Τέλος, ερευνητικά δεδομένα διατυπώνουν ότι η βία κυμαίνεται σε επίπεδο έξαρσης όταν η κατανάλωση αλκοόλ είναι εξίσου μεγάλη (>5 ποτά; Fals-Stewart, 2003).

2.4 Μορφές Ενδοοικογενειακής Βίας

Υπάρχει η στερεοτυπική αντίληψη ότι βία ορίζεται μόνο η άσκηση σωματικής δύναμης απέναντι στο θύμα. Ωστόσο, η βία μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Ορισμένες εκ των οποίων περιγράφονται παρακάτω.

Οι διάφορες μορφές βίας αποτελούν ένα μέσο κατηγοριοποίησης των επιπτώσεων (άμεσως-έμμεσων) που φέρουν τα θύματα. Ωστόσο, διερευνώντας το πλαίσιο πέρα από το θεωρητικό υπόβαθρο, οι επιπτώσεις είναι πολύ περισσότερες, ποικίλουν και εκτείνονται και σε κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο. Πέρα από το ατομικό επίπεδο, όπου περιλαμβάνονται σωματικές (τραυματισμοί, πληγές κ.ά.) και ψυχολογικές επιπτώσεις (φόβος, άγχος κ.ά.), μειώνοντας τη δυνατότητα του θύματος να συνεισφέρει σε διάφορους τομείς της ζωής του (οικογενειακή, κοινωνική,

οικονομική), πλήττεται και η κοινωνία. Συγκεκριμένα, η βία, σε όλες της τις εκφάνσεις, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στα συστήματα διαφόρων κοινωνικών υπηρεσιών, το νομικό σύστημα αλλά και το σύστημα υγείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, απασχολώντας ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ενεργού εργατικού δυναμικού. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της βίας προβλέπονται μακροπρόθεσμα, καθώς μέσω των μηχανισμών μάθησης, οι συμπεριφορές είτε των θυτών είτε των θυμάτων, μεταφέρονται στα παιδιά. Εντούτοις καθίσταται σαφές ότι η βία οδηγεί σε σημαντικές συνέπειες σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, οι οποίες ολοένα και διευρύνονται.

Σύμφωνα με την ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, οι παρακάτω μορφές ενδοοικογενειακής βίας, παρουσιάζουν συγκεκριμένα στάδια διακυμάνσεων. Συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει στοιχεία λεκτικής/ψυχολογικής βίας (βρισιές, στέρηση ελευθερίας, εκβιασμός, κ.ά), ενώ ακολουθούν επεισόδια σεξουαλικής και σωματικής βίας, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν και μέχρι την ανθρωποκτονία. Το γεγονός αυτό, ότι δηλαδή τα συμπτώματα βίαιων συμπεριφορών εκδηλώνονται στην ήπια μορφή τους συναρτήσει και διαφόρων κοινωνικών και συναισθηματικών λόγων, οδηγούν στην υποτίμηση της σημαντικότητας της βίας, ειδικά κατά την πρώτη εκδήλωσή της ή όταν αυτή δεν εκδηλώνεται σε συστηματική βάση. Παράλληλα, παρόμοια είναι περίπτωση του έγγαμου βίου. Συγκεκριμένα, κατά την προσφυγή των θυμάτων σε άτομα του οικογενειακού ή/και του φιλικού περιβάλλοντος, η υποστήριξη που δέχονται είναι μικρή ενώ είθισται η προτροπή για υπομονή και παραμονή των θυμάτων στο γάμο τους. Η ανοχή στη βία, παραβλέποντας την σημαντικότητα που αυτή φέρει, μπορεί να οδηγήσει σε πολύ σοβαρές επιπτώσεις.

Αξίζει να δοθεί έμφαση στις περιπτώσεις ακραίων συμπεριφορών σεξουαλικής και σωματικής βίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι λόγοι ανοχής των θυμάτων είναι η ύπαρξη παιδιών ή/και η μη επαγγελματική ενασχόληση του θύματος, και κατά επέκταση, η οικονομική εξάρτησή του από τον θύτη. Βαθιά ριζωμένες στερεοτυπικές αντιλήψεις, σχετικά με την αναγκαιότητα της ύπαρξης της φιγούρας του πατέρα για τη υγιή ανάπτυξη των παιδιών, καθώς και η οικονομική εξάρτηση του θύματος, προσανατολίζουν το θύμα στο αδιέξοδο παραμονής σε ένα βίαιο περιβάλλον (Gelles & Straus, 1988; McCue, 2008).

2.4.1 Σωματική Βία

Η πιο διαδεδομένη μορφή βίας είναι η σωματική (ή φυσική βία). Πρόκειται για συμπεριφορές, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν βλάβη σε κάποιο άλλο άτομο. Πρόκειται, δηλαδή, για συμπεριφορές, οι οποίες αποσκοπούν στην πρόκληση φυσικού/σωματικού πόνου εσκεμμένα. Ακόμα και σε περιπτώσεις άσκησης σωματικής τιμωρίας στο παιδί, αποσκοπείται η πρόκληση βλάβης, πόνου και κάκωσης (Ulman & Straus, 2003; Steen & Hunskaar, 2004). Στη σωματική βία περιλαμβάνονται απλές (σπρωξίματα, χαστούκισμα, κλωτσιές, δαγκώματα κ.ά.) και ένοπλες επιθέσεις (ρίξιμο αντικειμένων, επιθέσεις με επικίνδυνα αντικείμενα όπως μαχαίρια, επιθέσεις με όπλο κ.ά.), οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν ήπιες ή βαριές βλάβες στον οργανισμό, συμπεριλαμβανομένων και ακρωτηριασμών (Krantz & Garcia-Moreno, 2005). Εντούτοις βάσει των τραυματισμών και των βλαβών που μπορεί να προκαλέσει η σωματική βία, διακρίνεται σε «ήπια» (minor) και «σοβαρή» (severe). Συγκεκριμένα, ως «ήπια» σωματική βία ορίζεται εκείνη η συμπεριφορά, κατά την οποία ο θύτης προβαίνει σε ρήψη αντικειμένων, σπρώξιμο ή χαστούκισμα. Από την άλλη, ως «σοβαρή» σωματική βία ορίζεται εκείνη τη συμπεριφορά, κατά την οποία ο θύτης προβαίνει σε επανειλημμένες ενέργειες που είναι απειλητικές για

την ανθρώπινη ζωή, όπως είναι οι κλωτσιές, τα δαγκώματα, τα χτυπήματα με γροθιά, οι απόπειρες πνιγμού, οι απειλές με μαχαίρι ή όπλο κ.ά. (Balci & Ayganci, 2005; Leithner, Assem-Hilger, Naderer, Umek, & Springer-Kremser, 2009). Το ποσοστό των θυμάτων που χρήζουν ιατρικής φροντίδας είναι μεγάλο και αυξάνεται διαρκώς. Αξίζει να σημειωθεί, ότι όταν η βία προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες στο θύμα, μετονομάζεται σε ανθρωποκτονία (Ζουλινάκη, Κατσίκη, Ξυδοπούλου, & Παπαμιχαήλ, 2003).

Τα στατιστικά στοιχεία είναι αποκαρδιωτικά, καθώς καταγράφονται πάνω από χίλιες δολοφονίες γυναικών, ετησίως. Παράλληλα, στην Ινδία καταγράφονται πάνω από πέντε χιλιάδες δολοφονίες γυναικών, πριν ή μετά το γάμο, από κάποιο μέλος της οικογένειας, λόγω διαφωνίας σχετικά με το ζήτημα της προίκας. Παρομοίως αλλά σε μικρότερο βαθμό, εκδηλώνονται κρούσματα βίας που καταλήγουν σε ανθρωποκτονίες στον ευρωπαϊκό χώρο. Για παράδειγμα, στην Ισπανία μόνο το 2004, καταγράφηκαν εξήντα επτά δολοφονίες γυναικών από τους συντρόφους/συζύγους τους. Μάλιστα, μετά από πολλές συστηματικές μελέτες προκύπτει ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο θύτης σκηνοθετεί την επίθεση, ώστε να ταυτιστεί ο τραυματισμός της γυναίκας με ατύχημα. Ως εκ τούτου, τέτοια περιστατικά παραμένουν στην αφάνεια (Loewenberg, 2005).

Ακόμα και αν τελικά η γυναίκα δεν υποκύψει στα τραύματά της θα έχει να αντιμετωπίσει μία σειρά προβλημάτων υγείας, εξαιτίας σοβαρών τραυματισμών. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στο Πακιστάν τέσσερις γυναίκες δέχονται επίθεση κάθε μέρα με οξύ, ενώ στο Μπαγκλαντές υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 200 επιθέσεις με οξύ το χρόνο. Το θειικό οξύ εμφανίζεται ως φθινό και εύκολα προσιτό όπλο και χρησιμοποιείται λόγω διάφορων διενέξεων μεταξύ του ζεύγους, για λόγους

οικογενειακής βεντέτας ή απόρριψης της πρότασης γάμου (Balci & Ayranci, 2005; Leithner, Assem-Hilger, Naderer, Umek, & Springer-Kremser, 2009).

2.4.2 Σεξουαλική Βία

Η σεξουαλική ζωή της γυναίκας, είτε για λόγους ικανοποίησης είτε για αναπαραγωγικούς σκοπούς, αποτελεί ένα αναφαίρετο δικαίωμα των γυναικών, το οποίο, ωστόσο, παραβιάζεται ολοένα και περισσότερο. Ωστόσο, η σεξουαλική βία (ή συζυγικός βιασμός) αποτελεί έναν αναπόσπαστο κρίκο της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς περίπου το 1/3 των θυμάτων δέχονται αυτήν τη μορφή κακοποίησης από τον σύζυγο-θύτη (Steward & Robinson, 1998). Η σεξουαλική βία ασκείται συνήθως από τον άνδρα-θύτη προς τη γυναίκα-θύμα, και αφορά συμπεριφορές που ορίζονται από ενέργειες μη επιθυμητής σεξουαλικής παρενόχλησης, επίθεσης μέχρι και βιασμού. Επιπλέον, περιλαμβάνονται ενέργειες, με τις οποίες ο θύτης επιβάλλει στο θύμα ανεπιθύμητες σεξουαλικές πράξεις ή/και συμπεριφορές που μετατρέπουν το θύμα σε αντικείμενο εκμετάλλευσης της σεξουαλικής πράξης (Leithner, Assem-Hilger, Naderer, Umek, & Springer-Kremser, 2009). Με άλλα λόγια, η σεξουαλική βία περιλαμβάνει την αδιαφορία του συζύγου/συντρόφου για τα αισθήματα της γυναίκας κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής πράξης, αγγίγματα δίχως την θέληση και τη συγκατάθεση της γυναίκας, πρόκληση αισθημάτων αμηχανίας φέρνοντας σε δύσκολη και άβολη θέση τη γυναίκα, και τον εξαναγκασμό της γυναίκας να προβεί σε σεξουαλική πράξη. Σε αρκετές περιπτώσεις, πρόκειται για εξαναγκασμό του θύματος σε σεξουαλικές πράξεις όχι μόνο με τον θύτη, αλλά και με τρίτους (άντρες-γυναίκες), ακόμα και με ζώα. Ο θύτης προκειμένου να εξαναγκάσει το θύμα να προβεί σε συνουσία, καταφεύγει σε απειλές ακόμα και σε περιόδους κατά τις οποίες το θύμα είναι ιδιαίτερος ευαίσθητο και αδύναμο λόγω κάποιας ασθένειας, εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό, μετά από κάποιο χειρουργείο κ.ά. Ωστόσο, η βλάβη που υπομένει το

θύμα δεν περιορίζεται, αντιθέτως, διευρύνεται και σε πιο επικίνδυνες καταστάσεις. Συγκεκριμένα, διευρύνεται στην εσκεμμένη μετάδοση σεξουαλικών ασθενειών, τον εξαναγκασμό λήψης φωτογραφιών πορνογραφικού περιεχομένου, ακόμα και την εξαναγκαστική εμπορική εκμετάλλευση του θύματος (World Health Organization, 2002).

Εντούτοις η σεξουαλική βία εκδηλώνεται, εξίσου, σε διάφορες μορφές, ωστόσο, η πιο ακραία της μορφή αποτελεί ο βιασμός. Ο βιασμός μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε μέρος (σπίτι, σχολείο, χώρο εργασίας, κ.ά; Tavara 2006). Ο βαθμός που καθορίζει την σεξουαλική βία ως «ήπια», ή ως «βαριά», αξιολογείται βάσει των κριτηρίων του Russell. Συγκεκριμένα, ως βαριά σεξουαλική βία ορίζονται συμπεριφορές οι οποίες περιλαμβάνουν κολπικής ή/και πρωκτικής διείσδυσης. Ακολουθεί μέτρια σεξουαλική βία, η οποία συμπεριλαμβάνει κολπική διείσδυση δακτύλων, ως προσομοίωση συνουσίας, ή προσπάθειες επαφής του μαστού. Τέλος, ως ήπια μορφή σεξουαλικής βίας αναφέρονται σκόπιμες ενέργειες, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν σεξουαλικά αγγίγματα στο μαστό ή τα γεννητικά όργανα (Leithner, Assem-Hilger, Naderer, Umek, & Springer-Kremser, 2009).

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες που έχουν υποστεί σεξουαλική βία, δεν μοιράζονται τις εμπειρίες τους με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή τους φίλους (Krantz & Garcia-Moreno, 2005). Καθότι περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης παραμένουν στην αφάνεια, συστηματικές μελέτες έφεραν στο φως και άλλες συμπεριφορές εκτός των παραπάνω. Πιο αναλυτικά, ο θύτης καταφεύγει σε κολπική ή/και πρωκτική διείσδυση πολλές φορές με τη χρήση κάποιου (επικίνδυνου) αντικειμένου, σε λεκτικό σεξ, σε υποβάθμιση του θύματος ότι επρόκειτο για ένα άτομο «κοινό», σε δημόσιες σεξουαλικές περιπτώξεις, σε βίαιο σεξ, σε εξαναγκασμό ακόμη και των παιδιών να συμμετέχουν κ.ά. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις τα

θύματα δέχονται σεξουαλικές παρενοχλήσεις από το θύτη εν παρουσία και άλλων οικείων προσώπων ή τρίτων.

Αξίζει να διευκρινιστεί ότι και στις περιπτώσεις σεξουαλικής βίας ο σκοπός παραμένει ίδιος. Συγκεκριμένα, ο θύτης σε κάθε περίπτωση αποσκοπεί στην επιβολή της παρουσίας και της εξουσίας του, ασκώντας έλεγχο σε όλα τα μέλη του οικογενειακού περιβάλλοντος. Για αυτόν ακριβώς το λόγο, η πλειοψηφία των γυναικών προβαίνει σε αποτρόπαιες σεξουαλικές δραστηριότητες, προκειμένου να αποφορτιστεί η ένταση του θύτη. Εν τέλει, οι εμπειρίες τους είναι τόσο τραυματικές που αδυνατούν να συζητήσουν για αυτές ή καταφεύγουν σε τηλεφωνική υποστήριξη που προσφέρεται από διάφορους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Pico-Alfonso, 2005).

2.4.3 Λεκτική ή Συναισθηματική/ Ψυχολογική Βία

Η λεκτική (ή αλλιώς συναισθηματική) βία λειτουργεί ως «φίμωμα» της οποιασδήποτε γνώμης και άποψης, αντίθετης με αυτήν του θύτη. Ο διάλογος, το κυριότερο εργαλείο μίας υγιούς συζήτησης, εκλείπει, ενώ ο σεβασμός, απέναντι στην αντίθετη άποψη και το πρόσωπο του συνομιλητή, απουσιάζει. Η αντιπαράθεση μετατρέπεται σε μία προσωπική επίθεση, θέτοντας πια το αντικείμενο συζήτησης σε δεύτερη θέση. Σκοπός της συζήτησης αποτελεί η προσβολή και ο υποβιβασμός του συνομιλητή, με λεκτικά εργαλεία των οποίων το περιεχόμενο δεν πλησιάζει καθόλου στο αντικείμενο συζήτησης (World Health Organization, 2002). Επιπλέον, ένα από τα βασικά εργαλεία του θύτη αποτελούν ο οικονομικός και συναισθηματικός εκφοβισμός ή/και εκβιασμός (Pico-Alfonso, 2005).

Η έννοια της ψυχολογικής βίας σε πολλές περιπτώσεις ταυτίζεται ή συνυπάρχει με τη λεκτική βία, καθώς παρουσιάζει πολλές ομοιότητες τόσο στα μέσα άσκησης της βίας, όσο και στις επιπτώσεις που αυτή έχει. Εντούτοις τα μέσα

άσκησης της ψυχολογικής βίας περιλαμβάνουν όλες τις τεχνικές εξαναγκασμού, εκφοβισμού, εκβιασμού και πίεσης του θύματος. Το γεγονός αυτό μεταφράζεται από την επιδίωξη του θύτη να εξαρτάται οικονομικά το θύμα από τον ίδιο, τη στέρηση των παιδιών ή/και άλλων μελών της οικογένειας, της ελευθερίας ακόμα και ειδών πρώτης ανάγκης, τις βωμολοχίες και την υποβάθμιση της αξιοπρέπειας του θύματος.

Ο θύτης, και σε αυτήν την περίπτωση βίας, έχει ως βασικό στόχο την επιβολή της κυριαρχίας και της διατήρησης του ελέγχου πάνω στο θύμα. Χρησιμοποιώντας τη δύναμη του φόβου, της ενοχής, της ντροπής και του εκφοβισμού ή/και του εκβιασμού, επιτυγχάνει τη χειραγώγηση του θύματος. Αξίζει να αναφερθεί μία ιδιαίζουσα περίπτωση ακραίας ψυχολογικής βίας, αυτή κατά την χρονική περίοδο μίας εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, η περίοδος κύησης μπορεί να αποτελεί αφορμή έξαρσης βίαιων επεισοδίων (Σκλάβου, 2008).

Η ψυχολογική βία αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές μορφές βίας. Ωστόσο, η κοινωνία εμμένει στην διατήρηση της λάθος παραδοχής σχετικά με τον προσδιορισμό και την επιβεβαίωση ύπαρξης βίας, μέσα από στοιχεία τα οποία γίνονται εύκολα ορατά και αντιληπτά (τραύματα, κακώσεις κ.ά.). Με αυτόν τον τρόπο, δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία στις ψυχολογικές βλάβες και στα ψυχικά τραύματα που υφίστανται μέσα από την ψυχολογική βία (προσβολές, έκφραση θυμού, βωμολοχίες, απειλές κ.ά.; Krantz & Garcia-Moreno, 2005).

2.5 Θύτης και Θύμα

Υπάρχει μία μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα με αντικείμενο τη βία διαφορετικών κοινωνιών. Ωστόσο, το ενδιαφέρον των ερευνητών καθυστέρησε να φτάσει στη μελέτη της βίας μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας. Ο λόγος αυτής της καθυστέρησης στον τομέα της έρευνας, αποδίδεται στην κυριαρχία της παραδοσιακής

παραδοχής ότι η οικογένεια αποτελεί το μέρος όπου καταφεύγουν τα μέλη αναζητώντας ηρεμία, κατανόηση και στοργή. Αργότερα, κατέστη αντιληπτό ότι, ειδικά σε περιπτώσεις πυρηνικής οικογενειακής δομής, η οικογένεια δεν αποτελεί καταφύγιο, αλλά ένα μέρος το οποίο προσφέρει πολύ συχνά πρόσφορο έδαφος για εκδηλώσεις βίας.

Οι πρώτες έρευνες σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία, ήταν προσανατολισμένες στην ψυχολογία των θυμάτων. Ωστόσο, μετέπειτα ερευνητικά δεδομένα διατυπώνουν ότι αυτό το αντικείμενο έρευνας δεν είναι επαρκές για την διερεύνηση και κατανόηση του προβλήματος. Συγκεκριμένα, διατυπώνεται ότι με ένα ποσοστό οικογενειών με επεισόδια βίας, της τάξεως του 28%, το πρόβλημα δεν έγκειται αποκλειστικά σε ατομικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Εντούτοις η ερευνητική δραστηριότητα οφείλει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Έτσι, προκύπτει ότι το σύνδρομο της κακοποιημένης γυναίκας προέρχεται από ένα σύνολο κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Steinmetz, 1977; Gelles, 1974; Straus, 1980).

2.5.1 Θύμα

Μεγάλο είναι το ποσοστό των θυμάτων που υπομένουν και ανέχονται τη βία εξαιτίας της εξάρτησής του από τον θύτη σε οικονομικό, νομικό και κοινωνικό επίπεδο. Παράλληλα, ένας αξιοσημείωτος αριθμός θυμάτων, αρνείται να εγκαταλείψει την οικογενειακή στέγη, καθώς δεν έχουν διαθέσιμο κάποιο ασφαλές μέρος στο οποίο μπορούν να καταφύγουν. Μάλιστα, συστηματικές μελέτες διατυπώνουν ότι η αστυνομία, τα νοσοκομεία αλλά και διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες δεν παρέχουν την απαραίτητα προστασία και φροντίδα στα θύματα. Επιπλέον, μελέτες στον χώρο της ψυχολογίας εστιάζουν στη διαμόρφωση του προφίλ των θυμάτων. Μέσα από ερευνητικά δεδομένα, προκύπτουν στοιχεία του θύματος

που ερμηνεύουν την ανοχή του στη βία και τον ωθούν σε επίπεδο αβοηθησίας (ψυχολογικής παράλυσης). Η ψυχολογική διαδικασία που οδηγεί το θύμα στην ανοχή ονομάζεται «επίκτητη αδυναμία», της οποίας τα στάδια περιγράφονται στη συνέχεια.

Σύμφωνα με τη θεωρία της μάθησης, αρχικό στάδιο της επίκτητης αδυναμίας είναι το σχήμα *Αντίδραση-Αποτέλεσμα*. Πιο αναλυτικά, υπάρχει μία πληθώρα εκούσιων ανθρώπινων αντιδράσεων, οι οποίες μπορούν να υποστούν αλλαγή ή τροποποίηση ανάλογα με το προϊόν (επιθυμητό ή ανεπιθύμητο) που παράγει η καθεμία. Με άλλα λόγια, όταν μία εκούσια αντίδραση παράγει ένα επιθυμητό αποτέλεσμα, τότε αυτή η αντίδραση επαναλαμβάνεται. Όσο επαναλαμβάνεται η αντίδραση και το αποτέλεσμα παραμένει το επιθυμητό, τότε το αίσθημα του ελέγχου της εκάστοτε κατάστασης κυριαρχεί (Αρχής της Ενίσχυσης). Με την απώλεια του ελέγχου που έχει αποκτηθεί από εκούσιες αντιδράσεις με θετικά αποτελέσματα, τα κίνητρα του ατόμου προκειμένου να αντιδράσει σε αντίστοιχες περιπτώσεις μειώνονται σημαντικά. Εντούτοις σταδιακά επέρχεται η *Επίκτητη Αδυναμία*.

Η επίκτητη αδυναμία περιλαμβάνει τρεις βασικές παραδοχές. Η πρώτη παραδοχή αναφέρεται στις διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με αυτό που επρόκειτο να συμβεί, η δεύτερη ορίζεται από τη σκέψη ή την νοητική αναπαράσταση αυτού που επρόκειτο να συμβεί και τέλος, η τρίτη παραδοχή αφορά τη στάση απέναντι σε αυτό που επρόκειτο να συμβεί. Συνεπώς, σημαντικό ρόλο δεν παίζει ο έλεγχος αυτός καθαυτός, αλλά το σύνολο των πεποιθήσεων σχετικά με την αδυναμία άσκησης ελέγχου. Αποτέλεσμα αυτής της ψυχολογικής κατάστασης, είναι η αδυναμία του θύματος να πιστέψει στην δυνατότητά του να ασκήσει έλεγχο, να επηρεάσει και έπειτα, να παράγει ένα θετικό και επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα θύματα αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως αδύναμα άτομα, ανίκανα να αντιδράσουν, γεγονός που τα καθιστά παθητικούς συμμετέχοντες σε ένα βίαιο περιβάλλον.

Τα θύματα που νιώθουν το αίσθημα της αβοηθησίας, εδραιώνουν εσωτερικά την πεποίθηση ότι δεν δύνανται να ασκήσουν καμία επιρροή σε ό, τι διαδραματίζεται γύρω τους. Από τη στιγμή, που το θύμα μαθαίνει να ανέχεται και να δέχεται τη βία φυσικά, ως μία πτυχή της καθημερινότητας, μαθαίνει παράλληλα ότι δεν μπορεί να αντιδράσει και να επιβληθεί. Σχετικό παράδειγμα, αποτελούν τα στρατόπεδα συγκέντρωσης, όπου το αίσθημα αδυναμίας παραμένει διαχρονικά δίχως να μειώνεται. Η αίσθηση αδυναμίας και αβοηθησίας των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας παρουσιάζει ομοιότητες με τις αντιδράσεις των θυμάτων σε συνθήκες επαναλαμβανόμενων καταστροφών (Merrill, 1996; Steen & Hunskaar, 2004).

2.5.2 Θύτης

Τα τελευταία χρόνια, μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα επικεντρώνεται στον θύτη, επιχειρώντας να διαμορφώσει το προφίλ ατομικών χαρακτηριστικών των θυτών. Εντούτοις προκύπτει ότι υπάρχουν ορισμένοι καθοριστικοί παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν σημαντικά στην εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών του θύτη. Οι παράγοντες περιλαμβάνουν γενετικές διαφορές και της συμβολής αυτών στην ερμηνεία της άσκησης βίας από τον άνδρα-θύτη, ψυχοπαθολογία, κοινωνικοποίηση ως μέσο διατήρησης και μετάδοσης στερεοτυπικών αντιλήψεων σχετικά με το ρόλο των δύο φύλων και τη θέση της βίας στο οικογενειακό περιβάλλον από το οποίο προέρχεται ο θύτης, και τέλος, κοινωνικές μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του θύτη.

Πιο συγκεκριμένα, ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται σε χαμηλή αυτοεκτίμηση του θύτη. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τόσο η βίαια συμπεριφορά όσο και η άσκηση ισχυρού ελέγχου αποτελούν μέσα κατευνασμού των προσωπικών τους ανασφαλειών, ενισχύοντας την αυτο-εκτίμηση και την ανδρισμό τους. Παράλληλα, εκδηλώνουν κτητική συμπεριφορά με επεισόδια παθολογικής ζήλιας, ενώ μπορεί να

εκδηλώνουν και διπλή προσωπικότητα. Σε πολλές περιπτώσεις, ο θύτης έχει ένα επιβαρυσμένο ιστορικό ενδοοικογενειακής βίας είτε ως θύμα είτε ως μάρτυρας. Παράλληλα, ο θύτης διαθέτει ένα πλούσιο υλικό παραδοσιακών στερεοτυπικών αντιλήψεων σχετικά με τους ρόλους των δύο φύλων, και συγκεκριμένα, σχετικά με τον παραδοσιακό ρόλο του άντρα καθώς και της εξουσίας που διαθέτει μέσα στην οικογένεια. Ερευνητικά δεδομένα δεν μπορούν να διατυπώσουν με σαφήνεια τον βαθμό επίδρασης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του θύτη στην άσκηση βίας. Η επικρατούσα βιβλιογραφία αναφέρεται σε θύτες κάθε κοινωνικοοικονομικού στρώματος, εθνικότητας, θρησκείας και κουλτούρας.

Παρότι ο θύτης φαίνεται να κατέχει τον πλήρη έλεγχο των μελών την οικογένειας, στην πραγματικότητα διακατέχεται από πλήρη έλλειψη ελέγχου, χαμηλή επίγνωση των ενεργειών του, ενώ προβάλλει τις ευθύνες του στα άλλα μέλη της οικογένειας. Συγκεκριμένα, δικαιολογείται διαρκώς βασιζόμενος σε άλλους παράγοντες (οικονομικά προβλήματα, αλκοόλ κ.ά.), δίχως να παραδέχεται τα λάθη και τη βίαιη συμπεριφορά του, ενώ αδυνατεί να υπολογίσει το κόστος των επιπτώσεων που προκαλεί (Merrill, 1996; Steen & Hunskaar, 2004)..

2.6 Ενδοοικογενειακή Βία και Παιδί

2.6.1 Παιδική Παραμέληση

Συστηματικές έρευνες διατυπώνουν ότι η συναισθηματική εγγύτητα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία του παιδιού. Ωστόσο, μέσα σε οικογενειακό περιβάλλον όπου κυριαρχεί η βία, είναι πολύ πιθανό το παιδί να παραμελείται από τους γονείς. Η παραμέληση είναι μία έννοια, η οποία παρουσιάζει δυσκολία ορισμού, καθώς περιλαμβάνει συμπεριφορές οι οποίες αναπτύσσονται μέσα στη δυναμική της σχέσης του παιδιού με τον φροντιστή του. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει

ένας ορισμός για την παραμέληση, έρευνες παρουσιάζουν μία ομοφωνία σχετικά με την άρρηκτη σχέση της παραμέλησης με την προσκόλληση και τη συναισθηματική εγγύτητα γονέα- παιδιού (Wark, Kruczek, & Boley, 2003).

Επιπλέον, έχουν γίνει προσπάθειες προσέγγισης της έννοιας της παραμέλησης. Συγκεκριμένα, διατυπώνεται ότι η παραμέληση περιλαμβάνει συμπεριφορές του φροντιστή (συνήθως του γονέα) προς το παιδί, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικά αποδεκτών ενεργειών, απαραίτητες για την ανάπτυξη του παιδιού. Οι ενέργειες ανατροφής και φροντίδας ενός παιδιού που είναι αποδεκτές ευρέως, διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία (Straus & Kantor, 2005).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τους Krantz και Garcia-Moreno (2005), ως παραμέληση χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε ενέργεια που σχετίζεται με την αδιαφορία ή την ελλιπή φροντίδα προς το παιδί, την διακοπή (συναισθηματικής) επικοινωνίας του φροντιστή (ή/και άλλου ατόμων) με το παιδί κ.ά. Με άλλα λόγια, η παραμέληση σχετίζεται και με βλάβες στην ψυχική υγεία του παιδιού, αλλά και με γνωστικά ελλείμματα και μαθησιακές δυσκολίες (Straus & Kantor, 2005).

Τα τελευταία χρόνια, η ενδοοικογενειακή βία κατατάσσεται στους καθοριστικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην παιδική παραμέληση. Μάλιστα, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν τη συνύπαρξη της ενδοοικογενειακής βίας με την παραμέληση των παιδιών, γεγονός που δημιουργεί προβληματισμούς σχετικά με το αν τα ίδια τα θύματα θα πρέπει να φέρουν ευθύνη για την μη αποτελεσματική προστασία που παρέχουν στο παιδί, μία που εκτίθεται σε ένα βίαιο περιβάλλον καθημερινώς. Για αυτό ακριβώς, από τη μία υπάρχουν κοινωνίες με σχετική νομοθεσία, ενώ από την άλλη, υπάρχουν κοινωνίες στις οποίες η σχέση ενδοοικογενειακής βίας-παιδικής παραμέλησης είναι ακόμα υπό διερεύνηση.

Η παραμέληση του παιδιού μπορεί να αναφέρεται σε ανεπαρκή γονεϊκή φροντίδα έως και σε πλήρης εγκατάλειψη του παιδιού ή αποστέρηση σημαντικών αγαθών (φαγητό, προστασία κ.ά). Αυτή η εικόνα της βίας οδήγησε πολλούς θεωρητικούς να υποστηρίξουν ότι η παραμέληση με τη σωματική βία αποτελούν δύο ταυτόσημες έννοιες. Συγκεκριμένα, από τη μία η άσκηση σωματικής βίας οδηγεί σε κάποιας μορφής βλάβη ή/και θάνατο μέσω διαφόρων παραγόντων (μαχαίρι κ.ά.), και από την άλλη, η παραμέληση μπορεί να οδηγήσει εξίσου σε βλάβη ή/και θάνατο λόγω της έλλειψης σημαντικών πόρων για μία υγιή ζωή (τροφή κ.ά.; Αρτινοπούλου, 2003).

2.6.2 Παιδική Κακοποίηση

Μέσα σε ένα περιβάλλον ενδοοικογενειακής βίας, μπορεί να υφίστανται βία τόσο η σύζυγος/σύντροφος όσο και το παιδί. Οι βίαιες συμπεριφορές απέναντι στο παιδί δεν διαφέρουν σε τίποτα από αυτές απέναντι στις γυναίκες-μητέρες. Όλες ανήκουν στο ευρύτερο φάσμα των διάφορων μορφών βίας (σωματική, σεξουαλική, λεκτική ή συναισθηματική/ ψυχολογική). Αποτέλεσμα της παιδικής κακοποίησης πέρα από τους πιθανούς τραυματισμούς, είναι πιθανές βλάβες στην ανάπτυξη του παιδιού, καθώς και ψυχικά τραύματα σχετικά με θέματα σχέσεων, ευθυνών και εμπιστοσύνης (Damant, Lapierre, Lebosse, Thibault, Lessard, Hamelin-Brabant, Lavergne, & Fortin, 2010).

Στατιστικά στοιχεία αναφέρουν ότι ένα μεγάλο ποσοστόν παιδιών εκτίθεται σε επεισόδια βίας, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό των παιδιών που έχουν δεχθεί επεισόδια βίας. Συγκεκριμένα, περισσότερα από 1 στα 9 παιδιά, έχουν δεχθεί διάφορες μορφές βίας, ενώ 1 στα 4 παιδιά έχουν βιώσει ένα περιστατικό βία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Μάλιστα, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι όσο μεγαλύτερο ηλικιακά είναι το παιδί. Παιδιά, δηλαδή, ηλικίας 14 έως και 17 ετών

εκτίθενται και βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό επεισόδια βίας από ότι μικρότερα παιδιά.

Η έκθεση των παιδιών σε επεισόδια βίας δεν επιφέρει τα ορατά αποτελέσματα της άμεσης άσκησης βίας στο παιδί. Ωστόσο, επιφέρει έμμεσες συνέπειες. Το παιδί όντας θεατής της βίας, η οποία ασκείται από τον πατέρα προς τη μητέρα του, εκτίθεται εξίσου σε κινδύνους. Επιπλέον, κίνδυνοι ελλοχεύουν και μόνο στον «ήχο» της βίας, δηλαδή το παιδί μπορεί να μην είναι θεατής αλλά ακροατής του επεισοδίου από το διπλανό δωμάτιο, ή/και μπορεί να πληροφορηθεί για το επεισόδιο της βίας μέσα από τα ορατά τραύματα που ενδεχομένως να φέρει το θύμα (Hamby, Finkelhor, & Turner, 2013).

Μελέτες προσανατολισμένες στην έκθεση του παιδιού σε επεισόδια βίας, ανέπτυξαν το «Σύνδρομο του Αμέτοχου Θεατή», το οποίο περιγράφει ένα περιβάλλον στο οποίο ασκείται έντονη ενδοοικογενειακή βία κατά των μελών της οικογένειας, αλλά όχι κατά των παιδιών, τα οποία εκτίθενται σε όλες τις μορφές βίας δίχως να είναι τα ίδια θύματα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών εκτίθεται σε μορφές βίας μεταξύ συζύγων/συντρόφων. Σπανιότερες είναι οι περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας κατά άλλων μελών της οικογένειας (κατά των αδελφών, κατά των ηλικιωμένων). Σε κάθε περίπτωση, το παιδί, κατά την έκθεσή του σε επεισόδια βίας, «μπαίνει στα παπούτσια του θύματος». Με αυτόν τον τρόπο, το παιδί βιώνει ως ένα βαθμό το ψυχικό κόστος της βίας. Εντούτοις το «Σύνδρομο του Αμέτοχου Θεατή», αποτελεί το πλέον κατάλληλο παράδειγμα αποσύνδεσης του φυσικού (σωματικού) συστατικού από το ψυχολογικό συστατικό.

Παλαιότερες έρευνες συμφωνούν στην απόδοση ευθύνης για την παιδική κακοποίηση στους άνδρες της οικογένειας. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στην

πεποίθηση ότι η μητέρα-θύμα δεν δύναται να αποτελεί θύτης, καθώς έχει να αντιμετωπίσει και η ίδια την βία, αλλά και λόγω του τρυφερού δεσμού μητέρας-παιδιού (Peled, 2011). Ωστόσο, διεθνή στατιστικά στοιχεία αναφέρουν ότι θύτες της σωματικής κακοποίησης των παιδιών είναι γυναίκες. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ένα κυκλικό σχήμα μέσα στην οικογένεια, με τους άνδρες να κακοποιούν τις γυναίκες και οι γυναίκες με τη σειρά τους, τα παιδιά. Συνεπώς, βάσει αυτής της πραγματικότητας θα πρέπει να προσανατολιστεί η ερευνητική δραστηριότητα, διερευνώντας τη σχέση της παιδικής κακοποίησης με την κακοποίηση μεταξύ των συντρόφων (Damant et al., 2010).

Συστηματικές μελέτες διατυπώνουν ότι ένας μεγάλος αριθμός βρεφών, νοσηλεύονται λαμβάνοντας την απαραίτητη φροντίδα από το προσωπικό υγείας, λόγω των τραυματισμών ή άλλων βλαβών που έχουν προκληθεί από τους γονείς τους (Hamby et al., 2013). Η άσκηση σωματικής βίας στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπτώσεις στην μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού, καθιστώντας το έναν δυσλειτουργικό ενήλικα. Πιο αναλυτικά, ένας ενήλικας, ο οποίος έχει κακοποιηθεί κατά την παιδική του ηλικία, μπορεί να παρουσιάσει χαμηλή αυτο-εκτίμηση, σεξουαλικές και ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει καταθλιπτικά συμπτώματα, μετατραυματικό άγχος και φοβίες, ενώ μπορεί να γίνει και ο ίδιος θύτης (Randle & Graham, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, η έναρξη των επεισοδίων γίνεται κατά τη διάρκεια της κύησης. Στατιστικά στοιχεία διατυπώνουν την περίοδο της εγκυμοσύνης με την εκδήλωση και την έξαρση της βίας, καθώς εμφανίζονται συναισθήματα αποστέρησης ή/και αμφισημίας από την μεριά του πατέρα. Εντούτοις η άσκηση σωματικής αλλά και ψυχολογικής βίας, μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο παιδί (πρόωρος τοκετός, λιποβαρές μωρό, θάνατος). Αξίζει να σημειωθεί ότι κακοποιημένες γυναίκες

κατά την περίοδο εγκυμοσύνης, δεν ακολουθούν τον προγραμματισμένο προγεννητικό έλεγχο που καθορίζεται από το γιατρό, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών επιλέγουν τη διακοπή κύησης, είτε λόγω της αρνητικής στάσης του θύτη απέναντι στον ερχομό ενός νέου μέλους, είτε λόγω του φόβου για έξαρση των βίαιων επεισοδίων. Με την ολοκλήρωση της κύησης, η βία μπορεί και πάλι να προκαλέσει βλάβες στο παιδί, μέσω του άγχους ή της κατάθλιψης της γυναίκας-θύμα, η οποία πολλές φορές βρίσκει διαφυγή στην κατανάλωση αλκοόλης και τη χρήση άλλων ουσιών.

Έπειτα, όπως έχει ήδη αναφερθεί, μετά τον τοκετό και τον ερχομό του παιδιού, η γυναίκα-θύμα βιώνει μία περίοδο υψηλού ρίσκου. Σε αυτήν την περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα υφίσταται βίαιες συμπεριφορές, και μάλιστα, σε έξαρση, δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στον ρόλο του προστατευτικού γονέα. Οι νέες μητέρες παρουσιάζουν συχνά καταθλιπτικά και αγχωτικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα, να μην μπορούν να προσφέρουν την αναμενόμενη μητρική φροντίδα. Εντούτοις το νεογνό, λόγω στέρησης, προβαίνει στην εφαρμογή στρατηγικών (υπερδραστηριότητα ή κραυγές), με σκοπό να αποκαταστήσει τις ελλείψεις. Σε αυτήν την καίρια, λοιπόν, περίοδο για την υπόλοιπη ζωή του, το νεογνό ανατρέφεται σε ένα περιβάλλον όπου ασκείται βία, με συνέπεια να υφίσταται πολλές ψυχικές αλλοιώσεις. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών από την ηλικία των δύο (2), μπορεί να παρουσιάσει μετατραυματικές διαταραχές συναρτήσει με σοβαρά εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Βέβαια, κατά την ηλικία των έξι με επτά χρόνων, αυτές οι αλλοιώσεις είναι μικρότερες, συγκριτικά με τις αλλοιώσεις που εμφανίζονται μέχρι και την ηλικία των τριών ετών.

Πολλές φορές η μητέρα αποπειράται να προστατεύσει το μικρό της από σκληρές βίας. Ωστόσο, τόσο τα εμφανή σημάδια στο σώμα, όσο και η ψυχολογική της

διάθεση, φανερώνουν την πραγματικότητα. Από την άλλη μεριά, τα παιδιά, προκειμένου να διατηρήσουν την ηρεμία και την ισορροπία της οικογένειας, υιοθετούν διάφορες συμπεριφορές πρόκλησης ενδιαφέροντος (φασαρία, βία κ.ά.). Παράλληλα, υπάρχουν παιδιά, τα οποία δεν εξωτερικεύονται και φαίνεται ότι δεν εμπλέκονται στην επικρατούσα κατάσταση. Παρόλα αυτά, είναι πολύ πιθανό να εμφανιστούν διάφορες διαταραχές στα παιδιά αυτά. Η φαντασία αποτελεί ένα από τα βασικά όπλα των παιδιών, προκειμένου να προστατευτούν από το περιβάλλον τους. Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι κάθε παιδί έχει μία διαφορετική προσωπικότητα, συνεπώς, κάθε παιδί διαχειρίζεται διαφορετικά την πραγματικότητά του. Συγκεκριμένα, πολλά παιδιά δεν εκφράζονται αλλά παραμένουν παθητικά.

Σε κάθε περίπτωση οι συνέπειες που θα φέρουν τα παιδιά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους είναι μεγάλες, καθώς η ενδοοικογενειακή βία μπορεί να οδηγήσει σε αναπτυξιακές διαταραχές (μαθησιακές δυσκολίες κ.ά.), ψυχοσωματικές διαταραχές (πεπτικές διαταραχές, κεφαλαλγίες), συγκινησιακές διαταραχές (άγχος, θλίψη, οργή κ.ά.), διαταραχές συμπεριφοράς/διαγωγής (έλλειψη αυτο-ελέγχου κ.ά.). Μία ακόμη συνέπεια στη ζωή του παιδιού, είναι η απώλεια της αυτο-εκτίμησής του, καθώς, μέσα σε ένα προβληματικό περιβάλλον, το παιδί βιώνει διαρκώς το αίσθημα της ευθύνης. Παράλληλα, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι ένας αρκετά μεγάλος αριθμός παιδιών, μιμούνται και ταυτίζονται με τον θύτη, με αποτέλεσμα, να λειτουργούν αντίστοιχα κατά την ενήλικη ζωή τους (Pico-Alfonso, 2005).

2.7 Ενδοοικογενειακή Βία στον Ελλαδικό Χώρο

Η ενδοοικογενειακή βία στον ελλαδικό χώρο αποτελεί ένα φαινόμενο που απασχολεί την κοινωνικά τα τελευταία χρόνια, καθώς παίρνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις. Παρά το γεγονός, ότι η ελληνική κοινωνία προβαίνει σε διάφορες ενέργειες για την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του κοινού, το θέμα

της βίας φαίνεται ότι διασφαλίζεται σταδιακά από την ισχύουσα νομοθεσία με τη θέσπιση νέων νόμων τα τελευταία χρόνια. Ο πρώτος νόμος, ο οποίος θεσπίστηκε το 1983 με σκοπό την συνταγματική διασφάλιση της ισότητας των δύο φύλων στην Ελλάδα, ρυθμίζει ως ένα βαθμό τη σχέση μεταξύ των συζύγων. Μέχρι το 2006, ακολούθησαν κι άλλοι (Αρτινοπούλου & Φαρσεδάκης, 2003).

Η ερευνητική δραστηριότητα στον ελλαδικό χώρο σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία είναι περιορισμένη. Διάφορες απόπειρες διεξαγωγής ερευνών, αποτελούν επισκοπήσεις ερευνών του εξωτερικού, οι οποίες δεν αφορούν στοιχεία από ελληνικές οικογένειες (Μουζακίτης, 1989). Το γεγονός αυτό, ερμηνεύεται από τα ελλιπή στοιχεία που διαθέτουν τα διάφορα κέντρα κακοποίησης για δημοσκοπήσεις, με αποτέλεσμα, να δυσκολεύει το έργο της αξιολόγησης του φαινομένου. Επιπλέον, οι περιπτώσεις κατά τις οποίες τα θύματα καταγγέλλουν τον θύτη είναι ελάχιστες, καθώς η ελληνική κοινωνία αποτελεί αποδέκτης παραδοσιακών στερεοτυπικών αντιλήψεων σχετικά με τον ρόλο των δύο φύλων και της δομής της οικογένειας, δημιουργώντας αισθήματα ενοχής και ανασφάλειας στα θύματα, αποτρέποντάς τα για οποιαδήποτε αντίσταση. Έτσι, η ελληνική κοινωνία ενισχύει την στερεοτυπική αντίληψη και εικόνα του άνδρα-αρχηγού, του οποίου η εξουσία και η θέση μέσα στην οικογένεια δεν τίθενται υπό αμφισβήτηση. Από την άλλη, οι διάφορες δομές (κοινωνικές και νομικές) αποφεύγουν οποιαδήποτε εμπλοκή σε τέτοια οικογενειακά ζητήματα, καθώς υποστηρίζουν ότι πρόκειται για εισβολή της ιδιωτικής ζωής, και περιορίζονται αποκλειστικά στη διατήρηση της οικογένειας ως θεσμό (Chatzifotiou & Dobash, 2001).

Σύμφωνα με τις ελάχιστες καταθέσεις, προκύπτει ότι ο θύτης χαρακτηρίζεται από αυταρχισμό δίχως να είναι βάνουσος, ενώ το θύμα, χαρακτηρίζεται από ανοχή και υποταγή, ενώ αποφεύγει την απομάκρυνσή από το σπίτι λόγω οικονομικής

εξάρτησης από τον σύζυγο. Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι τα στοιχεία είναι περιορισμένα, μπορούν να περιγράψουν ενδεικτικά το φαινόμενο στην ελληνική κοινωνία. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες-θύματα που καταφεύγουν σε κέντρα για τη βία είναι, ως επί το πλείστον, παντρεμένες με τον θύτη κάτω από την ίδια στέγη (66,75%), ακολουθεί ένα 16,62%, το οποίο περιλαμβάνει γυναίκες-θύματα εν διαστάσει με τον θύτη και τέλος, ένα 1,30%, το οποίο είναι χήρες. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο αυτών των γυναικών, η πλειοψηφία έχει τελειώσει γυμνάσιο ή λύκειο, με τα ποσοστά να ανέρχονται στο 42,82% και 31,85% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα στοιχεία, και ο θύτης φαίνεται να έχει ολοκληρώσει είτε την υποχρεωτική (49%) είτε την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (33%). Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών-θυμάτων (56,69%) δεν εργάζεται, έχοντας μία οικονομική σχέση εξάρτησης με τον θύτη, ο οποίος φαίνεται να εργάζεται. Το ποσοστό των θυτών που εργάζονται ανέρχεται στο 79,50%. Περίπου το 42% των γυναικών-θυμάτων βρίσκεται σε κακή οικονομική κατάσταση.

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με καταθέσεις των θυμάτων, διατυπώνεται ότι το πρώτο βίαιο επεισόδιο εκδηλώνεται μετά το γάμο (56,06%). Παρόλα αυτά, ένα υψηλό ποσοστό των γυναικών που ανέρχεται στο 65,22%, παραμένει στον έγγαμο βίο. Οι μορφές βίας που εκδηλώνονται είναι η σωματική και ψυχολογική κακοποίηση, με τη δεύτερη να εκδηλώνεται σε μικρότερες συχνότητες μόνη. Η πλειοψηφία των γυναικών-θυμάτων (75%) δεν διαθέτουν κάποιο ιστορικό κακοποίησης. Από το 25% των γυναικών που διαθέτει κάποιο ιστορικό κακοποίησης, το 18% αναφέρει ως θύτη τον πατέρα του θύματος. Ομοίως, ούτε ο θύτης φαίνεται να έχει ιστορικό κακοποίησης (71%), ενώ το 24% αναφέρει, εξίσου, ότι θύτης υπήρξε ο πατέρας του θύτη. Αξίζει να αναφερθεί ότι η πλειοψηφία των γυναικών (42%)

αναφέρει ότι ο θύτης βρίσκεται το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Τα παραπάνω στοιχεία συμβάλλουν σημαντικά στην καθοδήγηση της ερευνητικής δραστηριότητας. Αναδύονται, δηλαδή, στοιχεία στα οποία πρέπει να δοθεί έμφαση για περαιτέρω μελέτη. Ωστόσο, το περιορισμένο δείγμα, και κατά επέκταση, τα ελλιπή στοιχεία, δημιουργούν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος της βίας στον ελλαδικό χώρο (Αρτινοπούλου, & Φαρσεδάκης, 2003).

2.8 Νοσηλευτική Προσέγγιση

2.8.1 Πρόληψη

Τα συνεχή επεισόδια βίας μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, εγκλωβίζουν τα μέλη σε έναν φαύλο κύκλο, μέσα στον οποίο συντηρούνται και αναπαράγονται όλες οι μορφές βίας (Αγάθωνος, 2009). Εντούτοις καθίσταται επιτακτική ανάγκη η πρόβλεψη της βίας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτός ο φαύλος κύκλος, αποδεσμεύοντας τόσο τον θύτη όσο και το θύμα. Σε κοινωνικό επίπεδο, λαμβάνονται διάφορα μέτρα για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του κοινού, μέσα από διάφορες καμπάνιες και οργανώσεις κατά της βίας, καθώς και μέτρα για την διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας των θυμάτων. Από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας, οργανωμένοι σε επιστημονικές ομάδες διαφόρων ειδικοτήτων (νοσηλευτές, γιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.), δημιουργούν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον σε άτομα τα οποία υφίστανται βία. Παράλληλα, παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τρόπους διάκρισης των βίαιων συμπεριφορών στο σχολικό περιβάλλον, κέντρα στα οποία μπορούν να απευθυνθούν κ.ά. Η πρόβλεψη, με σκοπό την μείωση της ενδοοικογενειακής βίας, αποτελείται από τρία στάδια, τα οποία περιγράφονται παρακάτω (Αγάθωνος, 1999).

2.8.1.1 Στάδια Πρόληψης

Η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την βελτίωση της ποιότητας ζωής των μελών της οικογένειας, αποσκοπώντας στην εύρυθμη λειτουργία της καθημερινότητά τους. Συγκεκριμένα, η πρωτογενής πρόληψη δίνει έμφαση στην ενίσχυση κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και την εκπαίδευση των μελών με στόχο την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση των μελών (θύτη-θυμάτων) σχετικά με το θέμα της βίας, των συνεπειών της, καθώς και την σημασία της διασφάλισης τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής ακεραιότητας. Παράλληλα, μέσα από την εκπαίδευση αποσκοπείται η αλλαγή των στάσεων σχετικά με διάφορα θέματα που προάγουν τη βία, όπως είναι η σωματική τιμωρία στα παιδιά. Επιπλέον, σχεδιάζονται και εφαρμόζονται προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού. Τα προγράμματα αυτά ενδείκνυνται ιδιαίτερος για γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, προκειμένου να διασφαλιστούν οι πλέον κατάλληλες συνθήκες προγεννητικής φροντίδας και τοκετού. Στην πρωτογενή πρόληψη περιλαμβάνεται η αξιολόγηση και ο εντοπισμός οικογενειών που κατατάσσονται στην κατηγορία «υψηλού κινδύνου» για εκδήλωση επεισοδίων βίας, και παραπέμπονται σε ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχολόγους κ.ά.), προκειμένου να αποφευχθούν περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας (Αρτινοπούλου, 2003).

Ακολούθως, η δευτερογενής πρόληψη αποσκοπεί, εξίσου, στον εντοπισμό οικογενειών «υψηλού κινδύνου». Ο εντοπισμός λειτουργεί ανασταλτικά στην εκδήλωση προβλημάτων στις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Παράλληλα, διασφαλίζει την ακεραιότητα πιο «ευπαθών» ομάδων (έγκυες, νεογέννητα κ.ά.).

Το στάδιο της τριτογενούς πρόληψης αναφέρεται σε άτομα, τα οποία ήδη έχουν υπάρξει θύματα βίας. Στόχος της τριτογενούς πρόληψης αποτελεί η

διασφάλιση της ακεραιότητας των θυμάτων και η αποφυγή της επανεμπλοκής τους σε επεισόδια βίας. Σε αυτό το στάδιο, σημαντικός είναι ο ρόλος των επαγγελματιών, οι οποίες φροντίζουν για την απομάκρυνση των παιδιών από το σπίτι και έπειτα, την παροχή θεραπευτικών προγραμμάτων για την στήριξη και την ενίσχυση των γονέων. Παράλληλα, ενσωματώνουν τα παιδιά σε προγράμματα στήριξης, κάθε φορά που κρίνεται απαραίτητο (Αγάθωνος, 2009).

Κατά καιρούς εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα πρόληψης κατά της βίας. Το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα πρόληψη είναι το "Violence Prevention and Media Survey", το οποίο προτείνουν οι Leistico και Salekin (2008). Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα, η ενημέρωση σχετικά με το θέμα της βίας πραγματοποιείται μέσα από διαφημιστικά έντυπα, τηλεοπτικά και ραδιοφωνικά σποτάκια, το περιεχόμενο των οποίων αφορά την προβολή της διαφορετικότητας μέσα από την παρουσίαση ατομικών διαφορών, συνθήματα ευαισθητοποίησης (π.χ. «Δεν είσαι μόνο, Δεν είσαι η μόνη»), κ.ά. Παράλληλα, σκοπός του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η ενθάρρυνση και η στήριξη των ατόμων σχετικά με τις ικανότητες διαχείρισης βίαιων επεισοδίων. Επιπλέον, τα άτομα, τα οποία φέρεται να είναι οι θύτες, αξιολογούνται και ελέγχονται μέσω ερωτηματολογίων αυτο-αναφοράς ή μέσω της μεθόδου της παρατήρησης, επιχειρώντας να ανιχνευθούν ύποπτες συμπεριφορές που μπορεί να υποδηλώνουν βία.

2.8.2 Διάγνωση

Η σημασία της συμμετοχής των νοσηλευτών έχει επιβεβαιωθεί τα τελευταία χρόνια. Η συμβολή των νοσηλευτών στην διαχείριση και αντιμετώπισης της βίας είναι καίρια, απαιτώντας την συμμετοχή τους τόσο στην πρόληψη και τη διάγνωση, όσο και στην παρέμβαση. Με την εισαγωγή ενός ασθενή, ενδεχόμενου θύματος βίας,

ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ενήμερος με ορισμένα κλινικά (και μη) χαρακτηριστικά, τα οποία φέρουν τα θύματα.

Συγκεκριμένα, ένα βασικό χαρακτηριστικό, το οποίο αποτελεί κύριο γνώρισμα θυμάτων βίας, είναι η αργοπορημένη αναζήτηση νοσηλευτικής φροντίδας. Ο μέσος πληθυσμός σε περιπτώσεις ατυχημάτων, είθισται να αναζητάει βοήθεια αμέσως. Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου οι βλάβες και οι τραυματισμοί είναι προϊόντα βίαιης συμπεριφοράς, το θύμα καθυστερεί την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που επρόκειτο να του παραχθεί, δίχως σαφής αιτιολογία. Παράλληλα, ασάφειες υπάρχουν και στο ιστορικό του ασθενή. Αναλυτικότερα, το διαθέσιμο ιστορικό παρουσιάζει ασάφειες σε σχέση με τα κλινικά χαρακτηριστικά του ασθενή. Δεν παρέχονται επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο τραυματισμού.

Επιπλέον, πρέπει να δίνεται έμφαση στις βλάβες και τους τραυματισμούς που φέρει ο ασθενής. Πρόκειται για πολλαπλά και πολύμορφα τραύματα. Θύματα βίας που προσκομίζονται σε νοσοκομεία, φέρουν εκχυμώσεις ή/και εκδορές ή/και κατάγματα σε διάφορα σημεία του σώματος μέρη του σώματος. Οι βλάβες αυτές, μάλιστα, αποτελούν ενδείξεις κακοποίησης, δεδομένου ότι είθισται θύματα να παρουσιάζουν τραύματα που φαίνεται να έχουν προκληθεί σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Αξίζει να αναφερθεί ότι ορισμένα τραύματα αποτελούν χαρακτηριστικά βίαιων συμπεριφορών (π.χ. εγκαύματα σε σημεία όπως είναι τα πέλματα), ενώ σε πολλές περιπτώσεις το θύμα φέρει σημάδια που υποδεικνύουν το «όπλο» του θύτη (π.χ. ζώνη, τσιγάρο, κ.ά.).

Τέλος, σημαντική είναι συμπεριφορά του ασθενή-θύμα. Το άτομο παρουσιάζει έντονη εσωστρέφεια, είναι λιγομίλητο ενώ η έκφρασή του χαρακτηρίζεται από απόγνωση. Σχετικά με το παιδί-θύμα, το οποίο εισάγεται στο

νοσοκομείο, οι γονείς διατηρούν μία στάση αυταρχική και απορριπτική, αναφέροντας διαρκώς για το πόσο δύσκολο και απείθαρχο παιδί είναι (Pico-Alfonso, 2005).

2.9.2 Αντιμετώπιση

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας έχει τις βάσεις της στην παθολογία των μελών της οικογένειας, την οξεία ή χρόνια κρίση, με την οποία έρχονται αντιμέτωπα τα μέλη της οικογένειας, την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και τις διαθέσιμες υποδομές και υπηρεσίες. Η παρέμβαση αφορά τόσο το κάθε άτομο ξεχωριστά, όσο και την οικογένεια στο σύνολό της. Εντούτοις στόχοι της παρέμβασης αποτελούν, αρχικά, η διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του θύματος (ή των θυμάτων), και η αποκατάσταση της οικογένειας, για μία ενδεχόμενη ασφαλής επιστροφή του θύματος (ή των θυμάτων) στο σπίτι. Επιπλέον, η θεραπευτική αντιμετώπιση αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητα ζωής των μελών της οικογένειας, φροντίζοντας για την εύρυθμη λειτουργία της καθημερινότητάς τους, μέσα από την παροχή βοήθειας που προσφέρουν στα μέλη για συναισθηματική ανάπτυξη και συναισθηματική πληρότητα. Παρόλα αυτά, λόγω του αυξημένου άγχους των επαγγελματιών για την, όσο το δυνατό, γρηγορότερη οικογενειακή αποκατάσταση, έχει ως αποτέλεσμα να «υποτροπιάζει» η επικρατούσα κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος με επεισόδια βίας να κάνουν και πάλι την εμφάνισή τους. Εντούτοις η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης εξαρτάται από τη φύση της παρούσας κατάστασης, την επιθυμία και τη διαθεσιμότητα των μελών της οικογένειας να αλλάξουν την κατάσταση, την κατάλληλη κατάρτιση των επαγγελματιών, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στην εκάστοτε περίπτωση και οι επαρκείς πόροι (υπηρεσίες, δομές, προγράμματα; Pico-Alfonso, 2005).

2.9.2.1 Νοσηλευτική Προσέγγιση

Με τον εντοπισμό ότι ένας ασθενής είναι θύμα, ο νοσηλευτής οφείλει να έχει πάρει αλλά και να καταγράψει ένα, όσο το δυνατό, πλήρες ιστορικό, κατατάσσοντας τον ασθενή στα επείγοντα. Προληπτικές (και μη) εξετάσεις (ακτινογραφίες κ.ά.) είναι πολύ σημαντικές για τον εντοπισμό επιπλέον τραυμάτων. Πρώτο μέλημα του νοσηλευτή είναι να διασφαλίσει τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς. Έπειτα, μπορεί να παραχθεί ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή, αποσκοπώντας στη διαχείριση της βίας.

Ερευνητικά δεδομένα, αναφέρουν ότι ένας μεγάλος αριθμός θυμάτων, κατά την εισαγωγή του σε κάποιο νοσοκομείο, έλαβε σημαντική βοήθεια από κάποιον επαγγελματία υγείας σχετικά με το θέμα της βίας. Συγκεκριμένα, θύματα αναφέρουν ότι κάποιος επαγγελματίας υγείας συνέβαλε σημαντικά στο να τους ξεκλειδώσει, ώστε να εξωτερικεύσουν το πρόβλημα και να βρουν το κατάλληλο πρόγραμμα παρέμβασης. Ερευνητές διατυπώνουν την πεποίθηση ότι και μόνο η ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη (ή όχι) της ενδοοικογενειακής βίας μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, αποτελεί ένα μέρος της νοσηλευτικής παρέμβασης στην διαχείριση της βίας (Health Concerns Across a Woman's Lifespan, 1998).

Μία διακριτική και ενδελεχής έρευνα από νοσηλευτές, οδηγεί στην εξακρίβωση ότι ένας ασθενής είναι θύμα βίας. Εντούτοις οι νοσηλευτές φροντίζουν αυτόν τον ασθενή, διασφαλίζοντας την σωματική και ψυχική του ακεραιότητα (Burke, Kelley, Rudman, & MacLeod, 2002). Ένα θύμα ενδεχομένως δεν διακατέχεται από τις ίδιες ανησυχίες και τους ίδιους προβληματισμούς σχετικά με το πρόβλημά του, όπως συμβαίνει με τους νοσηλευτές. Εντούτοις δεν υπάρχει αμφιβολία στον τομέα της έρευνας, ότι οι νοσηλευτές που κάνουν ερωτήσεις σχετικές με την ενδεχόμενη ενδοοικογενειακή βία και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με αυτό,

παίζουν καθοριστικό ρόλο στην κινητοποίηση του θύματος προς τη διευθέτηση του προβλήματός του, μέσα από την εύρεση υπηρεσιών και παρεμβατικών προγραμμάτων. Ακόμα κι αν ένα θύμα δεν εξωτερικευθεί στον νοσηλευτή την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, είναι πολύ πιθανό ότι, θυμούμενος το διάλογο μαζί του, θα αναζητήσει βοήθεια από κάποιον άλλο νοσηλευτή την χρονική στιγμή που θα νιώσει έτοιμο. Εξάλλου, ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι γυναίκες, οι οποίες είτε έχουν υπάρξει θύματα βίας είτε όχι, είναι διαθέσιμες σε ερωτήσεις σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία από τους νοσηλευτές τους (Humphreys, Parker, & Campbell, 2001; Wilt & Olson, 1996). Απλά πράγματα, όπως μικρές αφίσες σχετικά με τη βία κολλημένες στις τουαλέτες των νοσοκομείων, υπενθυμίζουν στους ασθενείς ότι οι εγκαταστάσεις υγείας είναι χώροι, όπου θύματα ενδοοικογενειακής βίας μπορούν να αναζητήσουν βοήθεια (Rennison & Welchans, 2003).

Μεγάλη ερευνητική δραστηριότητα σχετικά με την αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, προσανατολίζεται στο ότι οι νοσηλευτές είναι φυσικοί καθοδηγητές, μεταξύ όλων των επαγγελματιών υγείας, στη διαχείριση της βίας. Οι Επαγγελματικοί Νοσηλευτικοί Οργανισμοί ήταν οι πρώτοι, μεταξύ άλλων οργανισμών υγείας, που έδωσαν έμφαση στην ενδοοικογενειακή βία ως ένα δημόσια πρόβλημα που θα πρέπει να απασχολεί την κοινωνία και χρήζει αντιμετώπισης. Επίσης, οι οργανισμοί αυτοί κατέστησαν αναγκαίες διαδικασίες αξιολόγησης και αναγνώρισης της βίας (screening procedures; Lewandowski, McFarlane, Campbell, Gary, & Barenski, 2004; Παράρτημα Α). Παράλληλα, έχουν ενσωματωθεί στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των νοσηλευτών, προγράμματα κατάρτισης σχετικά με το θέμα της βίας (Rand, 1997; Rennison & Welchans, 2003). Επιπροσθέτως, μέσα στο πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνεται κατάρτιση στην μεθοδολογία της έρευνας, προκειμένου να ενισχύεται η νοσηλευτική έρευνα με νέους ερευνητές (Campbell,

2002; Campbell, Snow-Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O'Campo, Gielen, Wynne, 2002). Μάλιστα, η νοσηλευτική έρευνα έχει συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση της επιστημονικής γνώσης σχετικά με τη βία, διεξάγοντας στοιχεία σχετικά με τη βία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διατυπώνοντας τις σημαντικές συνέπειες που έχει η βία τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογέννητο (Parker, McFarlane, & Soeken, 1994). Άλλα ερευνητικά δεδομένα, εξίσου μέσα από τη νοσηλευτική έρευνα, είναι ότι η βία απέναντι στις γυναίκες συνδέεται με σωματικά και ψυχικά προβλήματα (McFarlane, Parker, & Soeken, 1996; Frye, Wilt, & Schomburg, 2000).

2.9.2.2 Παρεμβατικό Νοσηλευτικό Πρόγραμμα Κατ' Οίκον

Το 1993 ξεκίνησε η εφαρμογή ενός προγράμματος που βασίζεται σε κατ' οίκον επισκέψεις επαγγελματιών υγείας, και κυρίως, νοσηλευτών, σε οικογένειας. Κατά την έναρξη του προγράμματος, υπολογίζεται ότι συμμετείχαν περίπου 200.000 οικογένειας με μικρά παιδιά. Οι στόχοι του προγράμματος είναι ποικίλοι. Ένας από τους στόχους του προγράμματος αποτελεί η πρόβλεψη και η αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Τα πρώτα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν την επιτυχία του προγράμματος, καθώς συνέβαλε σημαντικά στην πρόληψη της κακοποίησης και της παραμέλησης των παιδιών.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποσκοπεί στην μείωση του άγχους των γονέων, καθώς και την εκπαίδευση των γονέων σε νέες τεχνικές διαχείρισης συμπεριφορών των παιδιών τους. Κατά επέκταση, η παρέμβαση αυτή οδηγεί στη μείωση της βίας. Οι επισκέπτες συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση του σπιτιού με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην κινδυνεύουν τα μέλη της οικογένειας, και κυρίως τα παιδιά. Επιπλέον, η παρουσία των επισκεπτών μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες κακοποίησης ή/και παραμέλησης των παιδιών. Ωστόσο, η ακριβής αξιολόγηση της βίας είναι δύσκολο να

πραγματοποιηθεί για δύο λόγους. Αρχικά, οι αναφορές για βία μπορεί να μην ανταποκρίνονται στα πραγματικά επεισόδια βίας. Υπάρχουν πιθανότητες, δηλαδή, να καταγράφονται υπερβολικά νούμερα επεισοδίων ή λιγότερα από ότι ισχύει στην πραγματικότητα. Έπειτα, καθώς οι περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας δεν εκδηλώνονται σε κάθε σπίτι, οι συμμετέχοντες περιορίζονται σε έναν συγκεκριμένο αριθμό οικογενειών, οι οποίες απαρτίζουν ένα πολύ περιορισμένο δείγμα, με αποτέλεσμα, να μην μπορούν να είναι εμφανείς οι αλλαγές της προηγούμενης και της τωρινής κατάστασης.

Παρόλα αυτά, το πρόγραμμα είναι σημαντικά αποτελέσματα, καθώς μείωσε σημαντικά τα επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας. Επιπλέον, μειώθηκε το ποσοστό της κακοποίησης τόσο των γυναικών όσο και των παιδιών, καθώς και της παραμέλησης των παιδιών. Σε αυτο-αναφορές τους οι μητέρες αναφέρουν ότι έχουν μειωθεί τα επεισόδια βίας, καθώς πλέον όλα τα μέλη έχουν αναπτύξει τις κατάλληλες στρατηγικές διαχείρισης και αποφυγής της βίας. Όλα τα μέλη αναφέρουν ότι έχει επιστρέψει το αίσθημα της ασφάλειας και της ηρεμίας στο οικογενειακό περιβάλλον, στο μεγαλύτερο μέρος της καθημερινότητάς τους (Gomby, Culross, & Behrman, 1999).

2.9.2.2.1 Περιορισμοί του Προγράμματος

Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το κατ'οίκον πρόγραμμα αναφέρονται σε μία ανομοιομορφία των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, δεν παρουσιάζουν όλες οι οικογένειες θετικά αποτελέσματα, ενώ σταδιακά, διαπιστώνεται ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών πέφτει. Συστηματικές μελέτες διαπιστώνουν ότι συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελεί μέσο βελτίωσης της γονεϊκής φροντίδας και ανάπτυξης των γονεϊκών στρατηγικών, αποτρέποντας την παιδική κακοποίηση και παραμέληση, ωστόσο, δεν συμβάλλει καθόλου στην καθεαυτή ανάπτυξη των

παιδιών. Σε αυτήν την πραγματικότητα προτείνεται μία νέα προσπάθεια επανασχεδιασμού του προγράμματος, καθώς δεν δύναται να καταργηθεί το πρόγραμμα. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στους γονείς είναι σημαντικές, καθώς συμβάλλουν άμεσα ή έμμεσα στην ομαλή ανάπτυξη των παιδιών. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται στην αναγκαιότητα της βελτίωσης αυτού του προγράμματος, με την ενσωμάτωση νέων θεωρητικών μοντέλων και νέων στρατηγικών.

Ωστόσο, ακόμα και μετά από τον επικείμενο επανασχεδιασμό του προγράμματος, οι επαγγελματίες που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα, οφείλουν να διατηρούν χαμηλές προσδοκίες. Ο λόγος έγκειται στο γεγονός ότι το πρόγραμμα αυτό καλείται να ανταπεξέλθει σε έναν πολύ μεγάλο αριθμό οικογενειών, οι οποίες απαρτίζονται από μέλη με ξεχωριστά ατομικά χαρακτηριστικά και προσωπικές ανάγκες. Συνεπώς, είναι λογικό να μην μπορεί να καλύψει αυτό το τεράστιο εύρος αναγκών, το οποίο εκτυλίσσεται. Παρόλα αυτά, η ενσωμάτωση νέων στρατηγικών είναι ιδιαίτερος σημαντική, για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τις οικογένειες. Οι στρατηγικές αυτές μπορεί να συμπεριλαμβάνουν πιο πολλές υπηρεσίες επικεντρωμένες στα παιδιά, αυξάνοντας την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και πιο πολλές υπηρεσίες επικεντρωμένες σε γονείς, καθιερώνοντας μαθήματα γονεϊκότητας σε εγκαταστάσεις της κοινότητας ή στον εργασιακό χώρο. Σκοπός και στις δύο περιπτώσεις υπηρεσιών είναι η βελτίωση της επαφής και της επικοινωνίας μεταξύ των παιδιών και των γονέων (Gomby, Culross, & Behrman, 1999).

3. Συζήτηση/Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη είχε ως βασικό στόχο να διερευνήσει το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας. Σκοπός ήταν να γίνει μία περιγραφή και ανάλυση του

φαινομένου, προκειμένου να αναδυθούν η φύση, τα αίτια και οι συνέπειες της βίας και βάσει αυτών να διατυπωθούν μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης. Βασικός πυλώνας της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η νοσηλευτική προσέγγιση. Βάσει των αποτελεσμάτων και της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας προέκυψαν ορισμένα συμπεράσματα, που περιγράφονται παρακάτω.

3.1 Μύθοι και Αλήθειες σχετικά με τη Βία

Η πολυπλοκότητα και η πολυπαραγοντικότητα του φαινομένου της ενδοοικογενειακής βίας έχει αναφερθεί ήδη πολλές φορές. Η πραγματικότητα αυτή επιβεβαιώνεται και από την αδυναμία διατύπωσης μίας θεωρίας ή/και ενός ορισμού που να προσεγγίζει επαρκώς την έννοια της βίας. Το γεγονός αυτό συναρτήσει της έλλειψης βαρύτητας που δίνεται από την κοινωνία, οδηγούν στην κατασκευή και εδραίωση στερεοτυπικών αντιλήψεων, που παράγουν διαστρεβλωμένες πληροφορίες σχετικά με τη φύση του φαινομένου της βίας. Παρακάτω γίνεται μία απόπειρα αποσαφήνισης ορισμένων μύθων που έχουν κατασκευαστεί σε σχέση με τη βία, οι οποίοι αναδύθηκαν κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση (Straus, Gelles, & Steinmetz, 1980; Gelles & Cornell, 1985; James & Gilliland, 2001).

Πιο αναλυτικά, ένας μύθος που έχει εδραιωθεί στη σύγχρονη κοινωνία είναι ότι θύτης είναι αποκλειστικά γένους αρσενικού. Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα, τα οποία παρουσιάζουν γυναίκες-θύτες. Τα στοιχεία αυτά, πολλές φορές, ερμηνεύονται ως κατάσταση άμυνας της γυναίκας, με αποτέλεσμα, να χάνεται η πληροφορία ότι ακόμα και οι γυναίκες μπορεί να ασκήσουν βία. Αξίζει να αναφερθεί όμως, ότι η βία που ασκείται από τη γυναίκα-θύτη δεν χαρακτηρίζεται από την ίδια δυναμική και τις ίδιες επιπτώσεις, όπως αυτή που ασκείται από τον άνδρα-θύτη. Το γεγονός αυτό βρίσκει εξήγηση στη πλεονεκτική θέση του άνδρα, λόγω της σωματικής του

διάπλασης καθώς και λόγω της θέσης που του προσδίδει η κοινωνία ως του «άντρα-αρχηγού», ο οποίος μπορεί να ασκεί εξουσία με κάθε τρόπο.

Επιπροσθέτως, δεν υπάρχει καμία έρευνα, η οποία να επιβεβαιώνει την πεποίθηση ότι όλοι οι θύτες παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά και κοινές συμπεριφορές. Κάθε θύτης διαθέτει τα ατομικά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και ένα προσωπικό οικογενειακό ιστορικό. Παράλληλα, συμπεριφορές κοινωνικά μη αποδεκτές, όπως για παράδειγμα είναι η κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, δεν αποτελούν αιτιολογία για την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών, όπως αναπαράγεται μεταξύ των πολιτών. Ενδέχεται να αποτελούν αφορμή, αλλά σίγουρα δεν αποτελούν επαρκή λόγο για τον χαρακτηρισμό ενός «χρήστη» ως «θύτη». Επιπλέον, αναφέρεται οι θύτες δεν είναι ικανοί να διαχειριστούν και να ελέγξουν το θυμό τους. Ερευνητικά δεδομένα διατυπώνουν ότι είναι πολύ λίγες οι περιπτώσεις, κατά τις οποίες ο θύτης δεν είναι σε θέση να ελέγξει τις πράξεις του, όπως για παράδειγμα, σε περιπτώσεις επιληψίας. Είθισται ο θύτης να ενεργεί εκούσια, συνεπώς, κάθε πράξη του είναι υπό τον πλήρη έλεγχό του. Αξίζει να σημειωθεί ότι επικράτησε αυτή η αντίληψη λόγω της ταύτισης του παρορμητισμού, ο οποίος πράγματι χαρακτηρίζει τον θύτη, με την έλλειψη ελέγχου.

Σχετικά με τις γυναίκες-θύματα, στοιχεία αναφέρουν ότι οι αφηγήσεις τους κάθε άλλο παρά υπερβολικές είναι, όπως πιστεύεται. Οι επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει η βία είναι πράγματι τεράστιες, προκαλώντας σημαντική δυσλειτουργία σε όλους τους τομείς της ζωής της γυναίκας-θύμα (επαγγελματικός, κοινωνικό, διαπροσωπικός τομέας). Παράλληλα, η αντίληψη ότι το θύμα δεν αποτελεί πηγή πρόκλησης ή αναζωπύρωσης της βίαιης συμπεριφοράς, δεν έχει κάποιο θεωρητικό πλαίσιο να την υποστηρίξει. Συστηματικές μελέτες διατυπώνουν, ότι η βίαιη συμπεριφορά εκδηλώνεται ανεξαρτήτως της συμπεριφοράς του θύματος. Παρόλα

αυτά, ακόμα και σε περίπτωση που το θύμα συνέβαλε στην πρόκληση βίαιων επεισοδίων, δεν απενοχοποιείται οποιαδήποτε επιθετική ενέργεια του θύτη. Η βία συμπεριφορά δεν φαίνεται να μειώνεται ως προς τη συχνότητα εμφάνισής της. Ένα πολύ μικρό ποσοστό των ανδρών-θύτων μειώνουν τις βίαιες συμπεριφορές, εστιάζοντας κυρίως στη ψυχολογική και λεκτική βία, προκειμένου να διασφαλίσουν την θέση ισχύος που κατέχουν, καταρρίπτοντας το μύθο ότι ο θύτης, σε κάποια στιγμή της ζωής του, περιορίζει τα βίαια επεισόδια.

Ένας ακόμα μύθος γύρω από τη βία, είναι ότι η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματικότερη της φυλακής. Παρότι η ψυχοθεραπεία επιλέγεται ως εναλλακτικός τρόπος τιμωρίας των θυτών, δεν φαίνεται να παρουσιάζει σημαντικά αποτελέσματα στην βελτίωση της κατάστασης. Παράλληλα, πολλές φορές ο γενικός πληθυσμός χαρακτηρίζει τις γυναίκες-θύματα που παραμένουν μέσα σε ένα περιβάλλον, όπου ασκείται η ενδοοικογενειακή βία, ως «παράφρονες» και «μαζοχίστριες». Η αλήθεια έρχεται μέσα από έρευνες που αναφέρουν ότι η συντριπτική πλειοψηφία εγκαταλείπει την συζυγική εστία μετά τα δύο πρώτα χρόνια από την στιγμή εκδήλωσης της βίας. Ωστόσο, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών-θυμάτων που δεν έχει αυτήν την επιλογή, λόγω διαφόρων παραγόντων (π.χ. οικονομική εξάρτηση κ.ά.).

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί μία ιδιωτική υπόθεση, την οποία καλούνται να διευθετήσουν μόνο τα μέλη της οικογένειας. Η παραδοχή αυτή αναπαράγεται και ανακυκλώνεται μέσα στην κοινωνία. Η βία και κατά επέκταση, η στέρηση βασικών δικαιωμάτων του θύματος που για τους περισσότερους είναι δεδομένα, η καταχρηστική συμπεριφορά του θύτη και η αναπαραγωγή της βίας διατηρώντας την διαμέσου των ετών, κάθε άλλο παρά ιδιωτική υπόθεση αποτελεί. Η βία αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο που χρήζει αντιμετώπισης συνολικά. Παράλληλα, η βία δεν

εμφανίζεται αποκλειστικά σε «δυσλειτουργικές» οικογένειες. Ενδεχομένως, εμφανίζεται σε οικογένειες με ορισμένα προβλήματα, γεγονός που δεν αποτελεί επαρκή στοιχείο ώστε να θεωρηθεί σαφής αιτιολογία.

Το φαινόμενο της βίας δεν βασίζεται σε κάποια συγκεκριμένη ερμηνεία. Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις, ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ερμηνεία λόγω της πολυπλοκότητας της βίας. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος διερεύνησης του φαινομένου αποτελεί η εξέταση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση βίαιων επεισοδίων. Ερευνητικά δεδομένα δεν επιβεβαιώνουν μέχρι σήμερα τη σχέση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του θύτη με την άσκηση βίας. Εν αντιθέσει, φαίνεται ότι ο θύτης μπορεί να προέρχεται από οποιοδήποτε κοινωνικοοικονομικό στρώμα, οποιαδήποτε εθνικότητα, θρησκεία και κουλτούρα. Παράλληλα, δεν υφίσταται η αντίληψη ότι οι θύτες είναι ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι. Μόλις το 10% παρουσιάζει κάποια ψυχοπαθολογία. Τέλος, πιστεύεται ότι τα παιδιά που εκτίθενται ή βιώνουν τη βία ενδέχεται να γίνουν οι ίδιοι θύτες. Πράγματι, έρευνες συμφωνούν ότι παιδιά με κάποιο ιστορικό κακοποίησης έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν οι ίδιοι θύτες κατά την ενήλικη ζωή. Παρόλα αυτά, αυτή η πραγματικότητα δεν πρέπει να αποτελεί καθοριστικός παράγοντας της αιτιολογικής σχέσης της παιδικής κακοποίησης και της ενήλικης ζωής.

3.2 Ενδοοικογενειακή Βία και Νοσηλευτική Προσέγγιση

Ερευνητικά δεδομένα από συστηματικές μελέτες καταστούν αναγκαία την συμβολή των νοσηλευτών στην πρόληψη και αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας. Εκτός του ελλαδικού χώρου, επενδύονται εκατομμύρια χρήματα σε προγράμματα, στα οποία συμμετέχουν νοσηλευτές, ενώ η νοσηλευτική εκπαίδευση δίνει έμφαση στην διαχείριση και αντιμετώπιση της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς

και στην απόκτηση και ανάπτυξη ερευνητικών δεξιοτήτων (Lewandowski, McFarlane, Campbell, Gary, & Barenski, 2004; Rand, 1997; Rennison & Welchans, 2003; Campbell, 2002; Campbell, Snow-Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O'Campo, Gielen, Wynne, 2002). Καθώς η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό και πολυσύνθετο φαινόμενο, οι τις επιπτώσεις της στα θύματα κυμαίνονται σε ένα, εξίσου, πολυπαραγοντικό επίπεδο (σωματικό, ψυχικό, οικονομικό κ.ά.; Steen & Hunskaar, 2004). Εντούτοις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας, δεν αρκεί μία ειδικότητα επαγγελματιών, αλλά μία ολοκληρωμένη διεπιστημονική ομάδα από διάφορες ειδικότητες (γιατροί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί κ.ά.), οι οποίες θα συνεργάζονται για το επιθυμητό αποτέλεσμα (Μουζακίτης, 1989).

Πιο αναλυτικά, σχετικά με τον ρόλο του γενικού γιατρού, η ισχύουσα νομοθεσία ορίζει ορισμένες προϋποθέσεις σχετικά με την επαγγελματική κατάρτιση πάνω στο θέμα της ενδοοικογενειακής βίας. Οι προϋποθέσεις αυτές διασφαλίζονται μέσα από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και περιλαμβάνουν γνώσεις και τεχνικές για τη διαχείριση ορισμένων κρίσιμων καταστάσεων, όπως ακριβώς είναι και η ενδοοικογενειακή βία. Εντούτοις με την επαγγελματική εξειδίκευση, καθίσταται ικανός να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του θύματος κατά την παραπομπή του σε αυτόν, τόσο με την ιδιότητα του γιατρού, όσο και με την ιδιότητα του ανθρώπου, καθώς πέρα από τις ορατές πληγές στο σώμα, υπάρχουν και οι πληγές στη ψυχή. Επιπροσθέτως, ο γενικός γιατρός καλείται να ανταπεξέλθει και στους γενικότερους στόχους που πρεσβεύει η επιστήμη του.

Πιο συγκεκριμένα, ο γιατρός οφείλει να αναπτύσσει μία σχέση εμπιστοσύνης με τον εκάστοτε ασθενή. Ο γιατρός, δηλαδή, δεν αποτελεί για τον ασθενή μόνο το άτομο που παρέχει την ιατρική φροντίδα, αλλά και το άτομο, το οποίο γνωρίζει

διάφορα ζητήματα που απασχολούν τον ασθενή, όπως για παράδειγμα, ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας. Το γεγονός αυτό καθιστά τον γιατρό να αντιμετωπίζει τον ασθενή συνολικά. Ο ασθενής δεν αποτελεί μόνο ένα μεμονωμένο άτομο, αλλά και ένα κομμάτι μία οικογένειας, της κοινωνίας ολόκληρης. Συνεπώς, ο γιατρός, κατά την αξιολόγησή του, πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον ψυχικό κόσμο του ασθενή, το οικογενειακό του περιβάλλον, τη θέση του στην κοινωνία και τον εργασιακό του χώρο. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, μπορεί να προβεί σε προτάσεις σχετικά με τη διαχείριση και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε αυτό, σημαντικό ρόλο παίζει η συνεργασία με κάποιους από τους δημόσιους και τοπικούς φορείς, όπως είναι οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί κατά της βίας. Τέλος, είναι ιδιαιτέρως σημαντικό να είναι ενήμερος σχετικά με τον κώδικα δεοντολογία, καθώς και να τηρεί τις αρχές που τον διέπουν.

Ο ψυχολόγος (ή/και ο παιδοψυχολόγος), και γενικότερα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αποσκοπούν, εξίσου, στην ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή που υπέστη επεισόδια βίας. Ο ψυχολόγος μέσα από ερωτήσεις διερευνά τον εσωτερικό κόσμο του ασθενή, προσπαθώντας να ανιχνεύσει τα ενδεχόμενα τραύματα της κακοποίησης. Έτσι, ο ψυχολόγος καθίσταται ικανός να αναπτύξει μεθόδους και στρατηγικές, προκειμένου να δημιουργήσει το απαραίτητο υποστηρικτικό πλαίσιο για το άτομο, να ενισχύσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή του και να εκμαιεύσει από μέσα του τις πλέον κατάλληλες λύσεις για το συγκεκριμένο ζήτημα. Ο ψυχολόγος δίνει έμφαση στην ενδυνάμωση του θύματος, αποδεσμεύοντάς το από το αίσθημα αβοηθησίας που βιώνει, ενώ το παραπέμπει σε διάφορους αρμόδιους φορείς. Εξάλλου, η εκπαίδευση του ψυχολόγου επικεντρώνεται σε ζητήματα βίας (ενδοοικογενειακής, σχολικού εκφοβισμού κτλ), με αποτέλεσμα, να

διαθέτει όλες εκείνες τις δεξιότητες και τις στρατηγικές, ώστε να ανταπεξέλθει σε ζητήματα ενδοοικογενειακής βίας (World Health Organization, 2002).

Όπως ήδη έχει γίνει αντιληπτό, βασικό εργαλείο για τη διαχείριση περιστατικών βίας είναι η ανάπτυξη μίας σχέσης εμπιστοσύνης, προκειμένου να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία και του θύματος. Το ίδιο ισχύει και για την ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να δείχνει σεβασμό απέναντι στα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά που διέπουν την προσωπικότητα του θύματος, αλλά και στις προσωπικές ανάγκες, προσαρμόζοντας τις τεχνικές του στους στόχους και τις απαιτήσεις του θύματος. Επιπλέον, ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει για τον έλεγχο των υπηρεσιών που παρέχονται στο θύμα, προκειμένου να διαπιστώνεται αν ανταποκρίνονται στις εκάστοτε ανάγκες και απαιτήσεις του ασθενή.

Σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας της κοινωνικής εργασίας, οι επαγγελματίες οφείλουν να διερευνούν τα κοινά βιώματα και τις κοινές εμπειρίες των θυμάτων, και έπειτα να προχωρούν στην αξιολόγηση και την εξέταση των διαφορών που εντοπίζονται μεταξύ των εμπειριών των θυμάτων και άλλων ατόμων που δεν έχουν υποστεί βία. Η έννοια του φύλου παίζει καίριο ρόλο στην δουλειά του κοινωνικού λειτουργού, καθώς διακρίνει ορισμένους πυλώνες πάνω στους οποίους βασίζονται οι τεχνικές του. Πιο αναλυτικά, αναφέρονται στη γυναίκα, η οποία είναι αρμόδια για την παροχή φροντίδας και βρίσκεται σε χαμηλότερη κοινωνική θέση από ότι ο άνδρας. Από την άλλη, ο άνδρας αναφέρεται ως ανώτερος και πιο αποτελεσματικός στον τομέα της εργασίας, του οποίου, μάλιστα, η ταυτότητα παίζει καίριο ρόλο για την αντιμετώπιση προβλημάτων που καλείται να διαχειριστεί (Μουζακίτης, 1989; Ιατρίδης, 2000).

3.2.1 Εμπλεκόμενοι Φορείς

Πέρα από τους διάφορους επαγγελματίες που συμβάλλουν σημαντικά στη διαχείριση ζητημάτων βίας, υπάρχουν και ορισμένοι φορείς, οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο.

Οι κρατικοί φορείς, όπως είναι το Υπουργείο Δικαιοσύνης και Δημοσίας Τάξεως, βρίσκονται στην πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της βίας. Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Δικαιοσύνης και Δημοσίας Τάξεως, είναι αρμόδιο για θέματα που σχετίζονται με την δημόσια τάξη και την πυροσβεστική, αλλά και για ζητήματα σχετικά με την ενδοοικογενειακή βία. Ο συγκεκριμένος φορέας, δηλαδή, είναι αρμόδιος για τον έλεγχο της τήρησης της απονομής κάθε μορφής δικαιοσύνης (ποινικό δίκαιο, αστικό δίκαιο κ.ά.), με απώτερο σκοπό την αναθεώρηση και την προσαρμογή των νόμων στα νέα κοινωνικά δεδομένα, καθώς και της εύρυθμης λειτουργίας των φυλακών. Παράλληλα, είναι αρμόδιο για τη μελέτη, διασφάλιση και προώθηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου, και συγκεκριμένα της γυναίκας. Φροντίζει, δηλαδή, για τα δικαιώματα της γυναίκας, αποσκοπώντας στη διασφάλιση της ισότητας των δύο φύλων σε κάθε πτυχή της καθημερινότητας, καθώς και στην αναθεώρηση και την προσαρμογή του οικογενειακού δικαίου ανάλογα με την σύγχρονη πραγματικότητα. Τέλος, δίνει έμφαση στην πρόληψη και εξάλειψη εγκληματικών ενεργειών, όπως ακριβώς είναι η βία.

Το Υπουργείο Υγείας, ένας ακόμα δημόσιος φορέας, αποσκοπεί στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει στους πολίτες, φροντίζοντας για την προαγωγή της υγείας τους και διασφαλίζοντας τα δικαιώματά τους για ίση παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το Υπουργείο Υγείας έχει οργανώσει και εφαρμόζει ένα σύνολο υπηρεσιών και παρεμβατικών προγραμμάτων για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας. Στόχος των προγραμμάτων αποκατάσταση είναι η

αντιμετώπιση των τραυματισμών τόσο στο σώμα όσο και τη ψυχή των ασθενών.

Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι τόσο τα νοσοκομεία όσο και τα εξωτερικά ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση τραυματισμών και βλαβών. Από την άλλη, υπάρχουν και υπηρεσίες αντιμετώπισης ψυχολογικών συμπτωμάτων. Τέτοιες υπηρεσίες είναι η ενδοκομειακή περίθαλψη, η οποία παρέχεται, ως επί το πλείστον, σε ψυχιατρικές κλινικές, οι υπηρεσίες κατ' οίκον, οι οποίες προσφέρονται από νοσηλευτές του εκάστοτε δήμου και της εκάστοτε κοινότητας, προγράμματα απεξάρτησης από την χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών, τα οποία προσφέρονται κυρίως από τα αρμόδια κέντρα κ.ά.

Επιπροσθέτως, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, διαθέτει Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας. Αποσκοπεί στη διαμόρφωση και τήρηση συνθηκών αλληλεγγύης και συνοχής στην κοινωνία, αλλά και κοινωνικής προστασίας, καταπολεμώντας τις άθλιες συνθήκες ζωής, την ανισότητα, τον κοινωνικό αποκλεισμό και προάγοντας τα συμφέροντα όλων των πολιτών. Εντούτοις οι υπηρεσίες που παρέχονται εστιάζουν στη διασφάλιση όλων των αναγκαίων πόρων για ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο των πολιτών, της επαγγελματικής εξειδίκευσης, ενισχύοντας τις δεξιότητες των πολιτών για την είσοδό τους στην αγορά εργασίας, της δημιουργίας ενός υποστηρικτικού πλαισίου για τα μέλη της κάθε οικογένειας, ώστε να ενδυναμωθούν ενισχύοντας την αυτο-εκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους, αλλά και για τα άτομα που καλούνται να αντιμετωπίσουν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα (π.χ. κοινωνικός αποκλεισμός), της διασφάλισης της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας ευπαθών ομάδων, όπως είναι τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι κ.ά., και του εκσυγχρονισμού των ήδη υπάρχουσών υπηρεσιών.

Ένας ακόμα κρατικός φορέας είναι η αστυνομία, της οποίας ο ρόλος καθορίζεται από τον Περί Αστυνομίας Νόμο. Σύμφωνα με αυτόν το νόμο, η

αστυνομία ορίζεται αρμόδια για την διασφάλιση της δημόσιας τάξης και της τήρησης του νόμου, καθώς και της αντιμετώπισης και εξάλειψης παραβατικών και εγκληματικών ενεργειών. Εντούτοις η αστυνομία συμβάλλει στην διασφάλιση της προστασία των πολιτών από κάθε είδος βίας, στην διερεύνηση περιστατικών βίας, καθώς και τη λήψη μέτρων του θύτη βάσει των επαρκών στοιχείων, τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας των θυμάτων, την ενημέρωση και την πληροφόρηση των πολιτών σχετικά με τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσουν προκειμένου να απομακρυνθούν από το περιβάλλον όπου ασκείται η βία, αλλά και με τα υπάρχοντα κέντρα κατά της βίας όπου μπορούν να απευθυνθούν. Επιπλέον εν έτει 2002, η αστυνομία προχωράει στον σχεδιασμό και την λειτουργία του Γραφείου Χειρισμού Θεμάτων Πρόληψης /Αντιμετώπισης της Βίας στην Οικογένεια και Κακοποίησης Ανηλίκων. Το συγκεκριμένο τμήμα είναι αρμόδιο για τη διερεύνηση περιπτώσεων βίας στο οικογενειακό περιβάλλον, την οργάνωση σεμιναρίων εκπαιδευτικού περιεχομένου για τους ενδιαφερόμενους, την διατήρηση επικοινωνίας αλλά και κατ' οίκον επισκέψεων σε οικογένειες όπου ασκείται βία και τη συνεργασία με άλλους αρμόδιους φορείς.

Άλλοι επίσημοι φορείς είναι η Γενική Γραμματεία Ισότητας, η οποία διασφαλίζει την ισότητα των δύο φύλων σε οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο. Μέσα στη Γενική Γραμματεία Ισότητας, λειτουργεί και το Κ.Ε.Θ.Ι. Το Κ.Ε.Θ.Ι (Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας), περιλαμβάνει ερευνητικές δραστηριότητες σχετικά με το θέμα της βίας σε κάθε της μορφή. Παράλληλα, προσφέρει στήριξη σε γυναίκες, οι οποίες είναι θύματα βίας και κοινωνικού αποκλεισμού. Επιπλέον, οι δραστηριότητές του αποσκοπούν στην μείωση του φαινομένου, με σημαντικότερη εκ των οποίων την έκδοση ενός εγχειριδίου αυτοβοήθειας για κακοποιημένες γυναίκες, με στόχο την παροχή πρακτικών

συμβουλών για τη διαχείριση και την πρόληψη της κρίσης, αλλά και για την προσαρμογή της ζωής του μέσα στην κρίση (Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2013).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στον ελλαδικό χώρο, έχουν αναπτυχθεί πάνω από 50 μη κυβερνητικές οργανώσεις κατά της βίας, ενώ υπάρχουν διάφορα κέντρα, ξενώνες και καταφύγια, προκειμένου να μπορούν να καταφεύγουν εκεί τα θύματα. Με αυτόν τον τρόπο, παρέχεται ιατρική, ψυχολογική, οικονομική και νομική κάλυψη στα θύματα, προκειμένου να μπορέσουν να φύγουν από την οικογενειακή στέγη (Μπούρη, 2000).

3.2.2 Παρεμβατικά Προγράμματα

Καθότι η ενδοοικογενειακή βία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, δεν δύναται να είναι επαρκές μόνο προγράμματα νοσηλευτικής παρέμβασης για την αντιμετώπισή της. Εντούτοις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της βίας, καθίσταται σημαντικός ο ρόλος μία διεπιστημονικής ομάδας. Βάσει αυτής της παραδοχής αναπτύχθηκαν ορισμένα παρεμβατικά προγράμματα, στα οποία συμμετέχουν διάφοροι επαγγελματίες (Μουζακίτης, 1989; Steen & Hunskaar, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, το πανεπιστήμιο του Vanderbilt ανέπτυξε και εφάρμοσε ένα παρεμβατικό πρόγραμμα για τα άτομα που υφίστανται βία. Κύρια αρχή του προγράμματος αυτού είναι το "Play Nicely". Η έννοια αυτή περιλαμβάνει ορισμένους βασικούς πυλώνες: παρέχει εκπαιδευτικό υλικό στα παιδιά, μαθαίνοντάς τα να μην παραμένουν παθητικά σε καταστάσεις βίας, καθώς και σε συμπεριφορές που αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι ευρέως αποδεκτές, επιχειρεί την μείωση του βαθμού έκθεσης των παιδιών σε βίαια επεισόδια και παροτρύνει την κοινωνία να αναπτύξει

τις απαραίτητες εγκαταστάσεις και δομές προκειμένου να μπορεί να δέχεται θύματα κακοποίησης, προσφέροντας αγάπη και φροντίδα.

Παράλληλα, έχει αναπτυχθεί και εφαρμόζεται ευρέως το πρόγραμμα σεξουαλικής βίας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η παρέμβαση στην σεξουαλική βία και μάλιστα, μέσα στον χώρο της οικογένειας, αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες λόγω των μη ορατών βλαβών και τραυματισμών, αλλά κυρίως, λόγω της μεγάλης ανοχής που δείχνει η κοινωνία. Η σεξουαλική κακοποίηση επιβάλλει τη σιωπή μεταξύ των μελών της οικογενείας αλλά και της κοινότητας ευρύτερα. Οι διαφορές με άλλες μορφές βίας εμφανίζονται σε συμπεριφορές εκμετάλλευσης της εμπιστοσύνης και της σχέσης με το θύμα, προκειμένου να ικανοποιηθούν εσωτερικές ορμές. Συνεπώς, πρόκειται για μία μορφή βίας, η οποία είναι δύσκολο να εντοπιστεί, και μάλιστα, έγκαιρα. Εκδηλώνεται και αναπτύσσεται ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ενώ οι θύτες λειτουργούν καθ' όλα φυσιολογικά στην καθημερινή τους ζωή. Η αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας αντιμετωπίζεται πιο εύκολα, όταν υπάρχει ισχύουσα νομοθεσία (Αγάθωνος, 1999).

Το "The Bringing in the Bystander" είναι ένα σύνολο προγραμμάτων, πρωτογενούς πρόληψης, επικεντρωμένο στην αποδοχή των θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης από την κοινωνία και την παροχή βοήθειας. Σε περιπτώσεις που τα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς, το πρόγραμμα αυτό αναλαμβάνει την κατάρτισή τους, προκειμένου να αποτραπεί η ανάπτυξη τέτοιων συμπεριφορών. Εντούτοις μέσα από το συγκεκριμένο πρόγραμμα, οι ενδιαφερόμενοι ενημερώνονται σχετικά με το θέμα της βίας αλλά και με τους τρόπους μείωσης των επεισοδίων βίας (Banyard & Moynihan, 2010).

Το πρόγραμμα φροντίζει για τη βελτίωση και εφαρμογή νέων μεθόδων. Στόχος είναι να υπάρχουν όλες εκείνες οι τεχνικές και οι μέθοδοι, οι οποίες θα διασφαλίσουν την ακεραιότητα των θυμάτων, και κυρίως των παιδιών, τα οποία, μετά την εκπαίδευσή τους, αντιλαμβάνονται τη σημασία της σεξουαλικής τους ταυτότητας και αυτή του σώματος τους, με αποτέλεσμα, να είναι πια ικανά να τα προστατεύσουν. Οι διάφορες τεχνικές και δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν τα παιδιά, συμβάλλουν σημαντικά στην ευαισθητοποίηση, την ενημέρωση και την ενθάρρυνσή τους, αποσκοπώντας στην αυτο-προστασία τους από οποιαδήποτε απόπειρα σεξουαλικής βίας. Τα παιδιά εκπαιδεύονται να ενεργοποιούν εσωτερικούς μηχανισμούς άμυνας (Αγάθωνος, 1999).

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της σεξουαλικής βίας παίζουν τα διάφορα συμβουλευτικά κέντρα για γονείς και παιδιά, όπου ακολουθούνται διαδικασίες προετοιμασίας για τον ρόλο του γονέα και οι σχολιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες εδραιώνονται στο σχολικό πλαίσιο. Παράλληλα, οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης αποτελούν μία εναλλακτική λύση πρόβλεψης και προστασίας της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του παιδιού. Η κατάρτιση των εκπαιδευτικών στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση παίζει, εξίσου, σημαντικό ρόλο, καθώς το σχολείο αποτελεί έναν χώρο, στον οποίο τα παιδιά περνούν ένα μεγάλο μέρος της ημέρας τους. Συνεπώς, οι εκπαιδευτικοί, μέσα από την κατάρτισή τους, δύνανται να εντοπίζουν έγκαιρα ενδείξεις κακοποίησης. Εντούτοις καθίσταται σαφές ότι η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων, έγκειται στην συμμετοχή των εκπαιδευτικών, των γονιών, καθώς και των ίδιων των παιδιών.

Ένα ακόμα πρόγραμμα, το οποίο αναπτύχθηκε στο πλαίσιο πρόληψης και αντιμετώπισης της βίας είναι το πρόγραμμα βίας σε έναν από τους συζύγους/συντρόφους (The Domestic Violence Home Visit Intervention; DVHVI).

Το πρόγραμμα αυτό παρουσιάζει ομοιότητες με αυτό των κατ' οίκον επισκέψεων των επαγγελματιών υγείας, και κυρίως των νοσηλευτών, στις οικογένειες. Ωστόσο, το συγκεκριμένο πρόγραμμα, περιλαμβάνει κατ' οίκον επισκέψεις της αστυνομίας, σε περιπτώσεις αναφοράς βίαιων επεισοδίων. Η αστυνομία επισκέπτεται την οικογένεια πέντε (5) με επτά (7) φορές, μετά την πρώτη αναφορά για βίαια επεισόδια. Οι επισκέψεις πραγματοποιούνται το πρωί, ενώ αποσκοπούν στη διασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του θύματος, αλλά και στη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις ενδεχόμενες αποφάσεις του δικαστηρίου, πιθανή ψυχολογική αξιολόγηση και υποστήριξη που δέχονται ο θύτης και το θύμα αντίστοιχα, κ.ά. Αυτές οι πληροφορίες συμβάλλουν στην προστασία του θύματος, αυξάνοντας την ασφάλειά του. Παράλληλα, η αστυνομία φέρνει το θύμα και τον θύτη σε επαφή με άλλους φορείς, οι οποίοι προσφέρουν ένα μεγάλο εύρος θεραπευτικών προγραμμάτων.

Ένα άλλο πρόγραμμα, το "Domestic Violence Prevention Enhancements and Leadership Through Alliances- Delta", αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία αντιμετώπισης της ενδοοικογενειακής βίας, καθώς βασικές του αρχές είναι η προστασία του θύματος και η τιμωρία του θύτη. Για άλλη μία φορά, τονίζεται η σημασία της νομοθεσίας για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Στην ίδια κατηγορία ανήκει και το πρόγραμμα "Duluth", το οποίο αποτελεί μία μορφή ψυχοεκπαίδευσης. Βασικές παραδοχές του προγράμματος είναι ότι η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί προϊόν της ανισορροπίας μεταξύ της δύναμης των δύο φύλων. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποσκοπεί στην ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση του κοινού σχετικά με ζητήματα βίας, και συγκεκριμένα, σχετικά τα προβλήματα που προκαλεί η βία. Αποσκοπεί στην απενοχοποίηση του θύματος, προτρέποντάς το να συμμετέχει σε διαδικασίες που ανοίγουν τον δρόμο για την απομάκρυνση του θύματος από το οικογενειακό περιβάλλον (Peterson, 2008)

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της βίας βασίζεται στην θεραπευτική παρέμβαση τόσο των θυμάτων όσο και των θυτών. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, έχουν αναπτυχθεί και προγράμματα που παρέχουν βοήθεια στους θύτες. Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα "Project SafeCare" αποτελεί μία παρέμβαση, η οποία γίνεται στον χώρο του θύτη, εστιάζοντας σε περιβάλλοντα όπου υπάρχουν παιδιά που υφίστανται κακοποίηση. Στόχος του συγκεκριμένου προγράμματος είναι η διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος σε οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ή σε μονογονεϊκές οικογένειες με μικρά παιδιά, προκειμένου να διασφαλιστεί η σωματική και η ψυχική ακεραιότητα του παιδιού. Το πρόγραμμα παρέχει εκπαίδευση των δεξιοτήτων και των στρατηγικών των γονέων, ώστε να ανταπεξέρχονται στις ανάγκες των παιδιών τους, διαχειρίζοντας τις συμπεριφορές των παιδιών, παρέχοντας την απαραίτητη παιδική φροντίδα και συμβάλλοντας στη σωστή και ομαλή ανάπτυξή τους.

Το "Florida Infant Mental Health Pilot Program, Parent-Child Interaction Therapy-PCIT", αποτελεί ένα πρόγραμμα οικογενειακής θεραπείας. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι είναι ιδιαίτερος αποτελεσματικό στη διαχείριση της συμπεριφοράς του παιδιού, από ότι άλλες παραδοσιακές μέθοδοι (Osofsky et al, 2007). Άλλη μία οικογενειακή θεραπεία είναι το πρόγραμμα "Parent-Child Attunement Therapy-PCAT". Το συγκεκριμένο πρόγραμμα βασίζεται στην αξιολόγηση και τη μελέτη γονέων με κάποιο ιστορικό κακοποίησης και άλλων γονέων που δεν διαθέτουν κάποιο ιστορικό, με σκοπό την δημιουργία ενός υποστηρικτικού πλαισίου.

Τέλος, υπάρχει και η συστημική θεραπεία, η οποία αποσκοπεί στη μείωση των βίαιων επεισοδίων μέσα στην οικογένεια, μέσα από την προβολή των δεσμών εκείνων που πρέπει να διατηρούν την ενότητα μεταξύ των μελών της οικογένειας. Η

συστημική θεραπεία συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης. Από την άλλη, η γνωστικο-συμπεριφορική θεραπεία αποσκοπεί στην διαμόρφωση και ανάπτυξη νέων στρατηγικών για τη διαχείριση των βίαιων επεισοδίων. Επιπλέον, συμβάλλει στην αλληλεπίδραση των γονέων με τα παιδιά, η οποία παράγει κίνητρα και στους δύο για θετική αλληλεπίδραση μεταξύ τους (Oliver, Soler, & Flecha, 2009).

3.3 Επίλογος

Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό φαινόμενο, που απασχολεί όχι μόνο τα θύματα, αλλά και ολόκληρη την κοινωνία. Οι συνέπειες της βίας δεν περιορίζονται μόνο σε σωματικές βλάβες, οι οποίες επρόκειτο να επουλωθούν, αλλά και σε ψυχικά τραύματα, τα οποία δεν είναι ορατά, ωστόσο, παραμένουν εκεί, υπενθυμίζοντας στα θύματα το ιστορικό κακοποίησής τους. Οι διάφορες θεωρίες και οι διάφοροι ορισμοί που αναπτύχθηκαν, προκειμένου να προσεγγιστεί, όσο το δυνατό, καλύτερα η έννοια της βίας παρουσιάζουν επάρκεια. Το γεγονός αυτό της ασάφειας και της ρευστότητας, ως προς το περιεχόμενο της βίας, οδηγεί καθημερινά στην εδραίωση ολοένα και περισσότερων στερεοτυπικών αντιλήψεων, σχετικά με την πραγματικότητα της βίας. Η αποδόμηση ορισμένων μύθων γύρω από τη βία, μπορεί να προκαλέσει έκπληξη, καθώς κυριαρχεί διαστρεβλωμένη γνώση, η οποία αναπαράγεται και μεταδίδεται από γενιά σε γενιά. Καθίσταται, λοιπόν, επιτακτική ανάγκη ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με το θέμα της βίας, μέσα από διάφορες ενέργειες της κοινωνίας, των ΜΜΕ, αλλά και των μη κερδοσκοπικών οργανισμών κατά της βίας.

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της βίας αποτελούν δύο έννοιες που απασχολούν ιδιαίτερος την κοινωνία. Η νοσηλευτική προσέγγιση συμβάλλει σημαντικά, με διάφορες ενέργειες πρόληψης και αντιμετώπισης της βίας, ωστόσο,

λόγω της πολυπλοκότητας του φαινομένου δεν είναι αρκετή. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της βίας, απαιτεί μία καταρτισμένη διεπιστημονική ομάδα από διάφορες ειδικότητες, προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών και απαιτήσεων των ασθενών-θυμάτων. Κάθε οικογένεια μέσα στην οποία ασκείται βία, διαθέτει διαφορετική δυναμική, ενώ τα μέλη της χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα προσωπικά γνωρίσματα, περιπλέκοντας περισσότερο το φαινόμενο της βίας και τη δουλειά των επιστημόνων. Συνεπώς, η συμμετοχή διαφόρων επαγγελματιών κρίνεται απαραίτητη. Εν κατακλείδι, στο πλαίσιο αυτό, έχουν αναπτυχθεί ποικίλα προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης σχετικά με τη βία στα οποία συμμετέχουν διάφορες ειδικότητες επιστημόνων. Ερευνητικά δεδομένα διασφαλίζουν την επιτυχία των προγραμμάτων αυτών, σε περίπτωση που υπάρχει ισχύουσα νομοθεσία αλλά και συνέπεια από την μεριά των ενδιαφερόμενων. Η ενδοοικογενειακή βία αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο, συνεπώς, απαιτεί συλλογικές ενέργειες προκειμένου να αντιμετωπιστεί και να εξαλειφθεί.

Βιβλιογραφία

- Abrahams, N., & Jewkes, R. (2005). Effects of South Africa Men's Having Witnessed Abuse of their Mothers During Childhood on Their Levels of Violence in Adulthood. *American Journal of Public Health, 95 (10)*, 1811-1814.
- American Psychological Association. (1996). *Working Group on Investigation of Memories of Childhood, Abuse final report*. Washington, DC.
- Balci, Y. G., & Ayranci, U. (2005). Physical violence against women: Evaluation of women assaulted by spouses. *Journal of Clinical Forensic Medicine, 12 (5)*, 258-263.
- Bancroft, L. (2002). *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men*. New York: Berkley Books.
- Banyard, V. L., & Moynihan, M. M. (2010). Variation in bystander behavior related to sexual and intimate partner violence prevention: Correlates in a sample of college students. *Psychology of Violence, 1(4)*, 287-301.
- Barling, J., & Rosenbaum, A. (1986). Work Stressors and Wife Abuse. *Journal of Applied Psychology, 71 (2)*, 346-348.
- Berkowitz, L. (2000). *Causes and consequences of feelings*. New York: Cambridge University Press.
- Bewley, S., Friend, J. R., & Mezey, G. C. (1997). *Violence against women*. London: RCOG Press.
- Brown, J. B., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice, 49 (10)*, 896–903.

- Burke, E., Kelley, L., Rudman, W., & MacLeod. (2002). Initial findings from the Health Care Cost Study on Domestic Violence. Pittsburgh, PA.
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S., Caetano Vaeth, P. A., & Harris, T. R. (2007). Acculturation stress, drinking, and intimate partner violence among Hispanic couples in the U.S. *Journal of Interpersonal Violence, 22 (11)*, 1431–1447.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet 359*, 1331-1336.
- Campbell, J. C., & Humphreys, J. (1993). Children of battered women. In J. C. Campbell & J. Humphreys (Eds), *Nursing care of survivors of family violence*. St Louis: Mosby.
- Campbell, J. C., Snow-Jones, A. Dienemann, J. A., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. Gielen, A. C., & Wynne, E. C. (2002). Intimate Partner Violence & Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine 162*, 1157-1163.
- Cahn, D. D., & Lloyd, S. A. (1996). *Family Violence from a Communication Perspective*. Sage Publications.
- Chatzifotiou, S., & Dobash, R. (2001). Seeking Informal Support: Marital Violence Against Women in Greece. *Violence Against Women, 7 (9)*, 1024-1051.
- Chen, P. H., Rovi, S., Vega, M., Jacobs, A., & Johnson, M. S. (2005). Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Family Practice, 22 (6)*, 617–623.

- Chen, P. H., Rovi, S., Washington, J., et al. (2007). Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Annual Family Medicine, 5*(5), 430–435.
- Cunradi, C. B., Caetano, R., & Schafer, J. (2002). Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26* (4), 493–500.
- Damant, D., Lapierre, S., Lebosse, C., Thibault, S, Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Lavergne, C., & Fortin, A (2010). Women's abuse of their children in the context on domestic violence: reflection from women's accounts. *Child & Family Social Work, 15* (1), 12–21.
- Department of Health. (2000). *Domestic violence: a resource manual for health care professionals*. London: Stationery Office.
- Dobash, R. P. & Dobash, R. E. (1983). Violence against Women: A Review of Recent Anglo–American Research. *Journal of Conflict and Violence Research, 3*, 5–22.
- Dutton, G. D. (1994). Patriarchy and Wife Assault: The Ecological Fallacy. *Violence and Victims, 9* (2), 167-179.
- Eagly, A. H., & Steffen, V. J. (1986). Gender and Aggressive Behavior: A Meta-Analytic Review of the Social Psychological Literature. *Psychological Bulletin, 100* (3), 309-330.
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 41-52.

- Fogarty, C. T. & Brown, J. B. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 15(2), 101–111.
- Frye, V., Wilt, S., & Schomburg, D. (2000). *Female homicide in New York City: 1990-1997*. New York: NY City Department of Health.
- Gelles R. J. (1974). *The Violent Home*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Gelles R. J., & Cornell, C. P (1985). *Intimate Violence in Families*. London: Sage Publications.
- Gelles R. J. & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence*. New York, NY, US: Simon & Schuster
- Gomby, D. S., Culross, P. L., & Behrman, R. E. (1999). Home visiting: recent program evaluations—analysis and recommendations. *Future Child*, 9, 4-26.
- Halpern, L. R., Susarla, S., & Dodson, T. B. (2005). Injury location and screening questionnaires as markers for intimate partner violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 63 (9), 1255–1261.
- Halpern, L. R., Perciaccante, V. J., Hayes, C., Susarla, S., & Dodson, T. B. (2006). A protocol to diagnose intimate partner violence in the emergency department. *Journal of Trauma*, 60(5), 1101–1105.
- Hamby, S., Finkelhor, D., & Turner, H.A. (2013). Perpetrator and Victim Gender Patterns for 21 Forms of Youth Victimization in the National Survey of Children's Exposure to Violence. *Violence and Victims*, 28 (6), 915-939.
- Health Concerns Across a Woman's Lifespan (1998). *Survey of Women's Health*. The Commonwealth Fund. New York, NY.

- Hill, T. D., Mossakowski, K. N., & Angel, R. J. (2007). Relationship Violence and Psychological Distress Among Low-income Urban Women. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84 (4), 537-551.
- Holtzworth-Munroe, A., Marshall, A. D., Meehan, J. C., & Rehman, U. (2002). Physical aggression. In D. K. Snyder & M. Whisman (Eds.), *Treating Difficult Couples: Managing Emotional, Behavioral, & Health Problems In Couple Therapy* (pp. 203-230). New York: Guilford Press.
- Houry, D., Feldhaus, K., Peery, B., et al. (2004). A positive domestic violence screen predicts future domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (9), 955–966.
- Humphreys, J. C., Parker, B., & Campbell, J.C. (2001). Intimate Partner Violence Against Women. In D. L. Taylor & N. Fugate-Woods (Eds), *Annual Review of Nursing Research* (pp. 275-306), New York, N.Y.: Springer Publishing Company.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2001). *Intervention Strategies*. CengageBrain User.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57 (2), 283-293.
- Karr-Morse, R., & Wiley, M. S. (1997). *Ghosts from the nursery: tracing the roots of violence*. New York, NY: Atlantic Monthly Press.
- Krantz, G., & Garcia-Moreno, C. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 818-821.

- Leistico, A-M. R., & Salekin, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior, 32* (1), 28-45
- Leithner, K., Assem-Hilger, E., Naderer, A., Umek, W., & Springer-Kremser, M. (2009). Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology, 144* (2), 168-172.
- Lewandowski, L., McFarlane, J., Campbell, J. C., Gary, F. & Barenski, C. (2004). He killed my mommy: Children of murdered mothers. *Journal of Family Violence, 19*, 211-220.
- Loewenberg, S. (2005). Domestic Violence in Spain. *Lancet, 365*, 464.
- McCue, M. L. (2008). *Domestic Violence*. California: ABC-CLIO, Inc.
- McFarlane, J., Christoffel, K., Bateman, L., Miller, V., & Bullock. L. (1991). Assessing for abuse: self-report versus nurse interview. *Public Health Nurse, 8* (4), 245-50.
- McFarlane, J., Parker B., & Soeken, K. (1996). Abuse during Pregnancy: Association with Maternal Health and Infant Birthweight. *Nursing Research, 45*, 32-37.
- MacMillan, H. L., Wathen, C., Jamieson, E., et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA, 296* (5), 530-6.
- Merrill, G. S. (1996). Ruling the exceptions: Same-sex battering and domestic violence theory. In C. M. Renzetti & C. H. Miley (Eds.), *Violence in gay and*

lesbian domestic partnerships (pp. 9-21). New York: Harrington Park/Haworth.

Mills, T. J., Avegno, J., & Haydel, M. J. Male victims of partner violence: prevalence and accuracy of screening tools. *The Journal of Emergency Medicine*, 19 (2), 117–124.

Moonesinghe, L. N., Rajapaksa, L. C., & Samarasinghe, G. (2004). Development of a screening instrument to detect physical abuse and its use in a cohort of pregnant women in Sri Lanka. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 16 (2), 138–144.

Norton, L. B., Peipert, J., Zierler, S., Lima, B., & Hume, L. (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics & Gynecology*, 85 (3), 321–325.

Olds, D., & Kitzman, H. (1993). Review of research on home visiting. *Future Child*, 3, 51-92.

Oliver, E., Soler, M., & Flecha, R. (2009). Opening schools to all (women): efforts to overcome gender violence in Spain. *British Journal of Sociology of Education*, 30 (2), 207-218.

Parker, B., McFarlane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse During Pregnancy: Effects on Maternal Complications and Infant Birthweight in Adult and Teen Women. *Obstetrics & Gynecology*, 84(1), 323-328

Parsons, L. H., Zaccaro, D., Wells, B., & Stovall, T.G. (1995). Methods of and Attitudes toward Screening Obstetrics and Gynecology Patients for Domestic Violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173, 381-387.

- Peled, E., (2011). Abused women who abuse their children: A critical review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 16*, 325-330.
- Petersen, R. (1980). Social class, social learning and wife abuse. *Social Service Review, 54* (3), 390-405.
- Peterson, R. R. (2008). Reducing Intimate Partner Violence: Moving Beyond Criminal Justice Interventions. *Criminology & Public Policy 7* (4), 537–545.
- Petridou, E., Browne, B., Lichter, E., Dedoukou, X., Alexe, D., & Dessypris, N. (2002). What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: A study in Greek ambulatory care settings. *Injury Prevention, 8*, 197-201.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29* (1), 181-193.
- Randle, A. A., & Graham, C. A. (2011). A Review of the Evidence on the Effects of Intimate Partner Violence on Men. *Psychology of Men & Masculinity, 12* (2), 97–111.
- Rand, M. R. (1997). *Violence-related Injuries Treated in Hospital Emergency Departments*. U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Washington, DC.
- Reichenheim, M. E. & Moraes, C. (2004). Comparison between the abuse assessment screen and the revised conflict tactics scales for measuring physical violence during pregnancy. *Journal of Epidemiology & Community Health, 58* (6), 523–527.

- Rennison, C. M., & Welchans, S. (2003). *Intimate Partner Violence 1993-2001*. U.S Department of Justice Bureau of Justice Statistics. Washington DC.
- Rennison, C. M., & Welchans, S. (2003). *Intimate Partner Violence 1993-2001*. U.S Department of Justice Bureau of Justice Statistics. Washington DC.
- Sedlak, A. J. & Broadhurst, D. D. (1996). *Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect: Final Report*. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.
- Shakil, A., Donald, S., Sinacore, J. M., & Krepcho, M. (2005). Validation of the HITS domestic violence screening tool with males. *Family Medicine*, 37(3), 193–198.
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., Shakil, A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30 (7), 508–512.
- Stark, E., Flicraft, A. & Frazier, W. (1979). Medicine and Patriarchal Violence: The Social Construction of a Private Event. *International Journal of Health Services*, 9 (3), 461-489.
- Steen, K., & Hunskaar, S. (2004). Gender and Physical violence. *Social Science and Medicine*, 59, 567-571.
- Straus, M. A. (1980). *Husbands and wives as victims and aggressors in marital violence*. Paper presented at the annual meetings of the American Association for the Advancement of Science, San Francisco.

- Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. (1980). Culture, Social Organization, and Irony in the Study of Family Violence. In M. A. Straus & G. T. Hotaling (Eds), *The Social Causes of Husband-Wife Violence* (pp. 3-22). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse & Neglect*, 29, 19–29.
- Steinmetz, S. K. (1977). *The Cycle of Violence: Assertive, Aggressive, and Abusive Family Interaction*. New York: Praeger Publishing Company.
- Tavara L. (2006). Sexual violence. *Best Practices Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 20 (3), 395–408.
- Tiftt, L. L. (1993). *Battering of Women: The failure of intervention and the case of prevention*. Boulder, CO: Western Press.
- Ulman, A., & Straus, M. A. (2003). Violence by children against mothers in relation to violence between parents and corporal punishment by parents. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 41–60.
- Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 230–237.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *The American Psychologist*, 54, 2130.
- Wark, M. J., Kruczek T., & Boley, A. (2003). Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 1033-43.

- Weiss, S. J., Ernst, A. A., Cham, E., & Nick, T. G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims, 18* (2), 131–141.
- Wilt, S. & Olson, S. (1996). Prevalence of domestic violence in the United States. *Journal of American Women's Association, 51*(3), 77-82.
- Wolfgang, M. E., Ferracuti, F. (1982). *The subculture of violence*. Sage Publications.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Violence against women information pack: a priority health issue*. Geneva: WHO Women's Health and Development Programme.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Τσαγκάρη Μ. (1999). *Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης και παραμέλησης του παιδιού*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., (2009). Κακοποίηση και Παραμέληση Παιδιών στην Προσχολική Ηλικία. Στο Τσιάντης Γ. & Αλεξανδρίδης Α.(Επιμ.), *Προσχολική παιδοψυχιατρική. Κλινική και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Αρτινοπούλου, Β. (1995). *Αιμομιξία: Θεωρητικές Προσεγγίσεις και Ερευνητικά Δεδομένα*. Αθηνά: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Αρτινοπούλου, Β. (2003). *Αντιμετωπίζοντας την Ενδοοικογενειακή Βία και την Παράνομη Διακίνηση των Γυναικών, Πρακτικά συνάντησης εμπειρογνομόνων στα πλαίσια της Ελληνικής Προεδρίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Αθήνα 30-31

Μαΐου 2003, Υπουργείο Εσωτερικών: Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

Αρτινοπούλου, Β., & Φαρσεδάκης, Ι. (2003). *Ενδο-Οικογενειακή Βία κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Κ.Ε.Θ.Ι.

Ζουλινάκη, Α., Κατσίκη, Γ., Ξυδοπούλου, Ε., Παπαμιχαήλ, Ε. (2003). *Ενδο-Οικογενειακή Βία κατά των Γυναικών: Πρώτη Πανελλαδική Επιδημιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Κ.Ε.Θ.Ι.

Ιατρίδης, Δ. (2000). Κράτος κοινωνικής πρόνοιας, παγκόσμια προοπτική. *Κοινωνική Εργασία*, 60, 56.

Μουζακίτης, Κ. (1989). Συζυγική βία: Αιτιολογία, Επιπτώσεις, Παρέμβαση. *Κοινωνική Εργασία*, 16, 217-227.

Μπούρη, Γ. (2000). *Λειτουργία του ξενώνα κακοποιημένων γυναικών*. Αθήνα: Πρακτικά συνεδρίου.

Σκλάβου, Κ. (2008). *Ενδοοικογενειακή βία και κοινωνική ένταξη αλλοδαπών γυναικών*. Αθήνα: Σάκουλας Αντ. Ν.

Σπανού, Α. (2005). *Ενδοοικογενειακή βία: διερεύνηση του φαινομένου της βίας κατά των γυναικών στο πλαίσιο της συζυγικής και της ερωτικής σχέσης*. Αθήνα: Χ.Ε.

Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

(2013). Μητρώο Υπηρεσιών και Φορέων της Ελληνικής Διοίκησης. Αθήνα.

Ανακτήθηκε: <http://www.minadmin.gov.gr/wp->

[content/uploads/20130423_mhtrwo_forewn_2013.pdf](http://www.minadmin.gov.gr/wp-content/uploads/20130423_mhtrwo_forewn_2013.pdf), στις 18/2/2016.

Χαρίτου-Φατούρου, Μ. (2003). *Ο Βασανιστής ως όργανο της κρατικής εξουσίας.*

Ψυχολογικές καταβολές. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παράρτημα Α

Ερωτήσεις Αξιολόγησης/Διάγνωση Ενδοοικογενειακή Βίας (μη μεταφρασμένο)¹

Screener Name & Questions	Scoring
<p>HITS (Chen, Rovi, Vega, Jacobs, & Johnson, 2006; Chen, Rovi, Washington et al., 2007; Mills, Avegno, & Haydel, 2006; Harris RP, Helfand, Woolf, et al, 2001)</p> <p>How often does your partner:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Physically hurt you?2. Insult you or talk down to you?3. Threaten you with harm?4. Scream or curse at you?	<p>5-point Likert scale: never (1 point) rarely (2) sometimes (3) fairly often (4) frequently (5)</p> <p>Scores ≥ 10.5 are positive For Spanish version, cutoff score=5.5 (Chen, Rovi, Vega, Jacobs, & Johnson, 2005)</p>
<p>WAST (Chen, Rovi, Washington, et al., 2007; Brown , Lent, Schmidt, & Sas, 2000; Fogarty & Brown, 2002; Halpern, Susarla, & Dodson ,2005; Halpern, Perciaccante, Hayes, Susarla, & Dodson, 2006; MacMillan, Wathen, Jamieson, et al., 2006).</p> <ol style="list-style-type: none">1. In general, how would you describe your relationship—a lot of tension, some tension, no tension?2. Do you and your partner work out arguments with great difficulty, some difficulty, or no difficulty? (#3–#7 response options: often, sometimes, never)3. Do arguments ever result in you feeling down	<p>WAST-SF consists of the first two questions only; positive if "a lot of tension" and/or "great difficulty" WAST scoring: cutoff for what constitutes a positive score not available</p>

¹ Το παρόν ερωτηματολόγιο αξιολόγησης και διάγνωσης της ενδοοικογενειακής βίας δεν μεταφράστηκε, καθώς μετά τη μετάφραση θα έπρεπε να ακολουθήσει στάθμιση του μεταφρασμένου εργαλείου για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του. Οι νόρμες αλλάζουν από χώρα σε χώρα, συνεπώς, το ερωτηματολόγιο παρατίθεται με την πρωτότυπη μορφή.

<p style="text-align: center;"> Screener Name & Questions </p>	<p style="text-align: center;"> Scoring </p>
<p style="text-align: center;">or bad about yourself?</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Do arguments ever result in hitting, kicking, or pushing? 5. Do you ever feel frightened by what your partner says or does? 6. Has your partner ever abused you physically? 7. Has your partner ever abused you emotionally? 8. Has your partner ever abused you sexually? 	
<p>PVS (Feldhaus, Kozoil-McLain, Amsbury, Norton, Lowenstein, & Abbott, 1997; Houry, Feldhaus, Peery, et al., 2004; Mills, Avegno, & Haydel, 2006; Halpern , Susarla, & Dodson, 2005; Halpern, Perciaccante, Hayes, Susarla , & Dodson, 2006; MacMillan, Wathen, Jamieson, et al., 2006).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Have you been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone in the past year? If so, by whom? 2. Do you feel safe in your current relationship? 3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now? 	<p style="text-align: center;">Positive response to any question denotes abuse</p>
<p>AAS (Weiss, Ernst, Cham , & Nick, 2003; . Norton, Peipert, Zierler, Lima, & Hume, 1995; Reichenheim & Moraes, 2004; Moonesinghe, Rajapaksa, & Samarasinghe, 2004).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? 2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? If yes, by whom? How many times? 3. Since you have been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically 	<p style="text-align: center;">Positive response to any question denotes abuse</p>

Screener Name & Questions	Scoring
<p>hurt by someone? If yes, by whom? How many times and where?</p> <p>4. In the last year, has anyone forced you to have sexual activities? If so, whom? How many times?</p> <p>5. Are you afraid of your partner or anyone you listed above?</p>	