

## Η ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ<sup>1</sup>

**David P.H. Jones,**

*MB.ChB., M.R.C. Psych., D.C.H.D. (Obst),*

*R.C.O.G.*

*Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής & Οικογεν.*

*Ψυχιατρικής,*

*The Park Hospital for Children, Οξφόρδη.*

*Επιμέλεια Κειμένου: M.S.W., Διοχάντη*

*Λουμίδη, M.S.W.*

*Αγγελική Κατσούφη, Κοιν. Λειτουργός, M.A.*

*Ling, M.A. Soc. Ed.*

*Μη Θεραπεύσιμη Οικογένεια καλείται εκείνη στην οποία είναι επικίνδυνο να επιτρέψουμε να ζήσει ένα κακοποιημένο παιδί. Παρ' όλο ότι πολλές οικογένειες εμφανίζουν αντίσταση στη θεραπεία, το γεγονός αυτό έχει προσεχθεί ελάχιστα. Όσον αφορά τη σωματική κακοποίηση το 16-60% των γονέων εξακολουθούν να κακοποιούν τα παιδιά τους και μετά το πρώτο επεισόδιο. Η δε επαναληπτική σεξουαλική κακοποίηση υπολογίζεται ότι συμβαίνει στο 16% των περιπτώσεων. Η θεραπεία των οικογενειών που κακοποιούν στοχεύει στο να μεταβάλλει τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας. Από τις μελέτες που έχουν γίνει για τη σωματική κακοποίηση βρίσκουμε ότι το 20-87% των οικογενειών παραμένουν αδιαφοροποίητες ή ότι έχουν χειροτερεύσει στο τέλος της θεραπείας. Όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση τα ποσοστά αυτά είναι 16-38%. Οι γονεϊκοί παράγοντες που συσχετίζονται με πενιχρό αποτέλεσμα περιλαμβάνουν σοβαρή κακοποίηση των γονέων στην παιδική τους ηλικία, επίμονη και συνεχή άρνηση της καταχρηστικής τους συμπεριφοράς, απόρριψη στο να δεχθούν βοήθεια, σοβαρή διαταραχή*

---

1. Το άρθρο αυτό έχει δημοσιευθεί στο περιοδικό *Child Abuse & Neglect*, Τόμος 11, σελ. 409-420, 1987.

*προσωπικότητας, διανοητική αναπηρία που επιδεινώνεται με διαταραχή προσωπικότητας, γονεϊκή ψύχωση με παραληρητικές ιδέες που συμπεριλαμβάνουν το παιδί καθώς και φαρμακευτική κατάχρηση ή/και κατάχρηση αλκοόλ. Οι γονείς στερούνται εμπάθειας για το παιδί τους και δεν ξεχωρίζουν τις ανάγκες του παιδιού από τις δικές τους. Σοβαρές μορφές κακοποίησης (όπως κατάγματα, εγκαύματα, κάψιμο, προεσκεμμένη επιβολή πόνου, κολπική συνουσία ή σεξουαλικός σαδισμός) έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποδειχθούν μη θεραπεύσιμες. Επίσης αντιστέκονται στη θεραπεία του Münchhausen δι' αντιπροσώπου, η μη συμπτωματική δηλητηρίαση και οι σοβαρές μορφές ανεπαρκούς μη οργανικής ανάπτυξης του παιδιού (failure to thrive). Η έγκαιρη αναγνώριση των μη θεραπεύσιμων οικογενειών μπορεί να συμβάλλει, ώστε να ελαττωθεί η φθορά των ειδικών επαγγελματιών και να διοχετευθούν πολύτιμες πηγές και πόροι σε αυτές τις οικογένειες που έχουν περισσότερες ελπίδες για θεραπεία.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ορισμένοι επαγγελματίες και ερευνητές θεωρούν ανάθεμα την ιδέα ότι μερικές οικογένειες δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Στην Αγγλία επακολουθεί γενική κατακραυγή και γίνονται επίσημες ανακρίσεις κάθε φορά που πεθαίνει ένα παιδί το οποίο έχουν επανα-κακοποιήσει οι γονείς του, ενώ βρισκόταν στο στάδιο επανένταξης (rehabilitative plan). Παρ' όλα αυτά για ορισμένους δεν είναι αποδεκτό ότι μία οικογένεια μπορεί να είναι ανεπίδεκτη θεραπείας. Αυτό το άρθρο υποστηρίζει ότι έχει την ίδια θεραπευτική σημασία να καταλάβουν οι γονείς ότι δεν είναι ασφαλές για το παιδί να ζει μαζί τους, με το να βοηθηθούν να εγκαταλείψουν τη προδιάθεση για κακοποίηση.

Η κλινική εμπειρία προτείνει ότι υπάρχουν ορισμένες κατηγορίες οικογενειών που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Καμία από τις δημοσιευμένες έρευνες δεν έχει εξετάσει την έκταση και συνεισφορά αυτών στη συμπερασματική κατάληξη "μη θεραπεύσιμη". Οι κατηγορίες αυτές συμπεραίνονται ως εξής:

1. Υπάρχουν οικογένειες που απλά δεν θα αλλάξουν. Δεν έχουν την πρόθεση και επιθυμία για αλλαγή.
2. Ορισμένοι γονείς αρνούνται επίμονα την καταχρηστική τους συμπεριφορά παρ' όλο ότι υπάρχουν αποδείξεις για το αντίθετο.
3. Ορισμένες οικογένειες δεν μπορούν να αλλάξουν, αν και υπάρχει θέληση για αλλαγή. Σε αυτή την κατηγορία υπάρχει ενδεχόμενα μία υποομάδα οικογενειών που θέλουν να



αλλάζουν αλλά δεν υπάρχουν γι' αυτές πηγές βοήθειας.

4. Ορισμένοι γονείς μπορούν να αλλάζουν αλλά όχι έγκαιρα, ώστε να συμβαδίσουν με τις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού τους. Για παράδειγμα, ο γονιός που κακοποιεί ένα μωρό έξι μηνών μπορεί μετά από δύο χρόνια να γίνει λιγότερο παρορμητικός και επικίνδυνος, αλλά εν τω μεταξύ το παιδί έχει αναπτύξει δυνατό δεσμό με το γονεϊκό υποκατάστατο.
5. Επίσης, ορισμένοι γονείς μπορεί να αλλάζουν έγκαιρα για το επόμενο παιδί αλλά όχι για το πρώτο αναφερόμενο παιδί τους.
6. Υπάρχει τέλος, μία κατηγορία γονέων ανεπίδεκτων θεραπείας που, ενώ αποτυγχάνουν ως προς μία θεραπευτική αντιμετώπιση, μπορεί να ανταποκριθούν σε κάποια άλλη.

Ο γονιός που κακοποιεί μπορεί να κάνει προόδους σε ατομικό επίπεδο αλλά όχι και στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων. Αυτός ο γονιός μπορεί να είναι μία θεραπευτική επιτυχία, αλλά να παραμένει ανεπαρκής ως γονιός και σύζυγος. Παράδειγμα είναι η περίπτωση μιας μητέρας με αγχωτική νεύρωση που ο ψυχίατρός της συνέστησε να της επιστραφεί το 2χρονο παιδί της. Αν και το είχε σκόπιμα δηλητηριάσει με Amitripline η περίπτωση δεν εκτιμήθηκε από ειδικό σύμβουλο παιδών (children's professional). Τρία χρόνια αργότερα, αφότου είχε επιστρέψει το παιδί στην οικογένειά του, επανεμφανίστηκε στο σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών με σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση την οποία είχε υποστεί μέσα στην ίδια οικογένεια με άμεση συνεργεία της μητέρας της. Η μη συμπτωματική δηλητηρίαση είναι ιδιαίτερα δύσκολη διαγνωστική κατηγορία όσον αφορά τη θεραπεία.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Πόσες οικογένειες δεν ανταποκρίνονται σε προσπάθειες αποκατάστασης και πώς μπορεί να ελεγχθεί η κατ' εξακολούθηση κακοποίηση;

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Μελέτη	Ποσοστό Δείγματος Επαναληπτικής Κάκωσης
Cohn, 1979	30%
Green et al., 1979	16%
Herrenkohl et al., 1979	53% (37% <sup>1</sup> )
Lynch & Roberts, 1982	20%(13% <sup>2</sup> )
Morse et al., 1970	35%
Rivara, 1985	30%
Skinner & Castle, 1969	60%
Taw, 1979	79%

1. Ποσοστό επαναληπτικής κακοποίησης στην ομάδα με επιπλέον θεραπεία

2. Ποσοστό με φανερές κακώσεις

**Υποτροπή.** Η έρευνα Taw (1979) μελέτησε εξονυχιστικά φακέλους των Κέντρων Κοινωνικών Υπηρεσιών και ανακάλυψε στοιχεία που δεν είχαν φανεί σε επίσημες εκθέσεις. Η μελέτη των Lynch & Roberts (1982) ερεύνησε τις εισαγωγές σε Νοσοκομείο και, παρακολουθώντας αυτά τα περιστατικά, έφτασε στην τελική τιμή 20%. Στη μελέτη του Cohn (1979), που περιλάμβανε 11 διαφορετικά θεραπευτικά προγράμματα, αναφέρεται ότι εκείνα που είχαν στοιχεία ενεργούς προσέγγισης (outreach) είχαν μεγαλύτερη επιτυχία. Γενικά υποστηρίζεται ότι η εντατική κοινωνική εργασία με άτομα (casework), εμπλουτισμένη με ψυχοθεραπευτικά στοιχεία, συνδέεται με μικρότερο ποσοστό επανα-κακοποίησης από ό,τι τα βασικά προγράμματα παιδικής προστασίας. Δεν είναι όμως ξεκάθαρο αν η διαλογή παίζει ρόλο σε αυτές τις διαφορές. Μήπως τα πιο επιτυχή προγράμματα έχουν την πολυτέλεια να διαλέγουν ποιους θα θεραπεύσουν; Μήπως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην Τοπική Αυτοδιοίκηση παίρνουν τις ανέλπιδες περιπτώσεις και αντί να πείσουν το δικαστήριο περί τούτου πρέπει να διεκπεραιώσουν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης που αποτυγχάνει με αποτέλεσμα περισσότερες υποτροπές;

Τα προγράμματα για σεξουαλική κακοποίηση είναι πρόσφατα και έτσι τα ποσοστά επανα-κακοποίησης βρίσκονται δυσκολότερα.

Σημειώνεται πάντως, ότι τα παιδιά που έχουν σεξουαλικά κακοποιηθεί μέσα στην οικογένειά τους είναι μάλλον απίθανο να αναφέρουν τη σεξουαλική κακοποίηση για δεύτερη φορά. Είναι δύσκολο να ερευνηθεί η υποτροπή στους αιμομεικτικούς ενόχους, επειδή μπαίνοντας στη φυλακή απομακρύνονται από την οικογένεια και δυσκολεύεται η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα προγράμματα που προσανατολίζονται στην οικογενειακή θεραπεία.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Μελέτη	Ποσοστό Δείγματος Επανα-κακοποιημένων
Bentovim et al.	16% + 15% φόβος επ/κακπ.
Herrenkohl et al., 1979	50%
Kroth, 1979	0,6%

### Αναλογίες Θεραπευτικών Απαντήσεων.

Τα περισσότερα προγράμματα αναφέρουν περιορισμένη ανταπόκριση στη θεραπεία.

Οι πλέον σημαντικές μετρήσεις αναφέρονται στη γονεϊκή ικανότητα, τα συναισθήματα των γονέων για το παιδί τους ή την οικογενειακή λειτουργία. Καμμία έρευνα δεν περιέχει παραμέτρους αναφορικά με το παιδί ή ένα συνδυασμό παραμέτρων για γονείς και παιδιά. Η έρευνα Lynch & Roberts (1982) συμπεραίνει 23% βελτίωση - οι έρευνες Blythe (1983) και Smith et al., (1984) που μελέτησαν τις μεθόδους θεραπείας στα προγράμματα κακοποίησης υπογραμμίζουν ότι προβληματίσαν την εργασία τους, τόσο η μέτρηση του επιτυχούς αποτελέσματος, όσο και το πρόβλημα του ορισμού της κακοποίησης. Η έρευνα Smith et al. (1984) τονίζει επίσης ότι το αποτέλεσμα πρέπει να περιέχει και μέτρηση της ποιότητας ζωής του κακοποιημένου παιδιού.

Παρ' όλα αυτά τα μεθοδολογικά προβλήματα, τα πιο εντατικά θεραπευτικά προγράμματα φαίνεται να παράγουν καλύτερα αποτελέσματα. Η μελέτη Herrenkohl et al. (1979) υποστηρίζει



την αξία της ψυχοθεραπείας. Η υποομάδα που είχε ατομική ή ομαδική θεραπεία πήγε καλύτερα από τη μεγαλύτερη ομάδα που έλαβε μόνο Κοινωνική Εργασία με Άτομα (casework). Ακόμη, τα μεγαλύτερα ποσοστά αποτυχημένης παρέμβασης προέρχονται από τα προγράμματα που περιείχαν λιγότερα στοιχεία ψυχοθεραπείας ή στοιχεία ενεργούς προσέγγισης (outreach). Προτείνεται ότι είναι ένα σημαντικό στοιχείο η δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης με την οικογένεια που κακοποιεί, επιπλέον της Κοινωνικής Εργασίας με Άτομα (casework), και ότι η ενεργός προσέγγιση (outreach) και παρακολούθηση (follow up) είναι απαραίτητες.

Στον Πίνακα 3 συγκεντρώνονται τα αποτελέσματα της σεξουαλικής κακοποίησης, όπου γενικά δηλώνεται βελτίωση περίπου στα 2/3 των περιπτώσεων, ενώ οι λοιπές δεν δείχνουν καμία αλλαγή ή δείχνουν χειρότερηση. Η σύγκριση μεταξύ των ερευνών δυσκολεύεται επειδή, εκείνοι που αρνούνται θεραπεία δεν συμπεριλαμβάνονται στις μελέτες και τα στοιχεία επιλογής δεν αναφέρονται λεπτομερώς. Η μελέτη Kroth (1979) του προγράμματος Giarretto επικεντρώνεται σε στοιχεία από τον θεραπευτή ή τον γονέα και όχι στην άμεση παρατήρηση της οικογενειακής λειτουργικότητας, την γονεϊκή φροντίδα (parenting) ή την έκθεση του παιδιού. Πρέπει λοιπόν να είναι κανείς προσεκτικός στην ερμηνεία αυτών των αποτελεσμάτων.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΚΑΚΟΠΟΙΟΥΝ

Μελέτη	Μορφή Κακοποίησης	Ποσοστό Δείγματος Αμετάβλητο/Χειρότερο
Cohn, 1977	Σωμ. Κ. + Παραμέληση	58%
Gabinet, 1983	Σωμ. Κ.	68%
Green et al., 1981	Σωμ. Κ., Παραμ. + Σεξ. Κ.	32%
Kempe & Kempe, 1978	Σωμ. Κ.	20%
Rivara, 1985	Σωμ. Κ. (κάτω των 2ετών)	87% <sup>1</sup>
<b>Σεξουαλική Κακοποίηση</b>		
Bander et al., 1982		38%
Bentovim et al		35%
Kroth, 1979		16%

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Ενας άλλος τρόπος για να κατανοήσουμε το πρόβλημα των μη θεραπεύσιμων οικογενειών είναι να κοιτάξουμε τα χαρακτηριστικά αυτών των οικογενειών που αποτυγχάνουν. Μερικοί συγγραφείς έχουν περιγράψει τις θεραπευτικές τους αποτυχίες λεπτομερειακά. Έχουν εξετασθεί ποικίλες διαστάσεις, η μεθοδολογία τους όμως δεν δείχνει καθαρά το διαφορετικό βάρος των μεταβλητών.

Οι Kempes (1978) αναφέρουν τις εξής ομάδες γονέων που αποδείχθηκαν μη θεραπεύσιμοι:

1. Συναγόμενα από στοιχεία του συγγραφέα

οι επιθετικοί κοινωνιοπαθητικοί (sociopaths), οι γονείς με παραληρητικές ιδέες που συμπεριλαμβάνουν το παιδί, οι βασανιστικοί σαδιστικοί γονείς που προμελετημένα κακοποιούν τα παιδιά τους, οι φανατικοί, οι εξαρτώμενοι από φαρμακευτικές ουσίες και ναρκωτικά, οι διανοητικά ανάπηροι γονείς και οι οικογένειες που έχουν προΐστορία σοβαρών κακώσεων ή θάνατο κακοποιημένου παιδιού. Η έρευνα Gabinet (1983) βρήκε ότι οι γονείς που ήταν κοινωνιοπαθητικοί (sociopaths), ναρκομανείς, σοβαρά ανεπαρκείς προσωπικότητες, διανοητικά ανάπηροι, σε συνδυασμό με χαρακτηριολογική διαταραχή και οι σκόπιμα κακοποιούντες ενήλικες, αποτελούσαν μεγάλο ποσοστό στις μη θεραπεύσιμες οικογένειες. Στη μελέτη αυτή δεν έγιναν δεκτοί για θεραπεία οι ψυχωτικοί ή διανοητικά ανάπηροι γονείς. Η άλλη μεγάλη ομάδα που αποδείχθηκε μη θεραπεύσιμη είναι οι γονείς που αρνήθηκαν θεραπεία.

Η έρευνα Green et al. (1981) βρήκε ότι ήταν πιθανότερο να αποτύχουν ως προς τη θεραπεία οι γονείς που κατ' επανάληψη κακοποιούσαν τα παιδιά τους πριν αυτό ανακαλυφθεί, αυτοί που συμμετείχαν σε θεραπεία παρά τη θέλησή τους, εκείνοι που πρόωρα διέκοπταν τη θεραπεία εναντιούμενοι σε σχετική συμβουλή - ακόμα, αυτοί που αρνήθηκαν ότι είχαν κακοποιήσει το παιδί, εκείνοι που είχαν σοβαρά κακοποιηθεί οι ίδιοι στην παιδική τους ηλικία, εκείνοι που είχαν πρώιμες προσδοκίες από το παιδί, καθώς και αυτοί που είχαν δυσκολίες στις σχέσεις τους με άλλους. Η έρευνα αυτή βρήκε ότι οι επισκέψεις στο σπίτι συνδέονταν με μεγαλύτερη θεραπευτική επιτυχία.

Η έρευνα Schetky (1979) μελέτησε οικογένειες πριν την άρση των γονεϊκών δικαιωμάτων και βρήκε ότι έχασαν τα γονεϊκά τους δικαιώματα, όσοι γονείς είχαν έλλειψη ικανότητας για εμπάθεια, έβλεπαν το παιδί σαν ιδιοκτησία τους, υπήρχε προΐστορία κακοποίησης στην παιδική τους ηλικία, είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και φτωχή κρίση, ήσαν παρορμητικοί, υπήρχε ψύχωση της μητέρας και διαταραχή της προσωπικότητας του πατέρα (συνήθως κοινωνιοπαθητικοί). Η ίδια έρευνα επιπλέον επισήμανε ότι πολλοί από αυτούς τους γονείς αρνήθηκαν βοήθεια ή θεραπεία.

## ΤΥΠΟΙ ΠΡΑΞΕΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΜΗ ΘΕΡΑΠΕΥΣΙΜΟΤΗΤΑ

Συζητείται εάν η πρόγνωση επηρεάζεται από την κακοποίηση - εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, κ.ά. Η γενική τάση είναι ότι όσο πιο σοβαρή είναι η πράξη τόσο πιο πενιχρά είναι τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Γενικώς έχουν κακή πρόγνωση οι γονείς με σημαντική διαταραχή της προσωπικότητας, ψυχώσεις που συμπεριλαμβάνουν το παιδί, προβλήματα εξάρτησης ή διανοητική αναπηρία. Μη θεραπεύσιμοι γονείς είναι συνήθως εκείνοι που κακοποιήθηκαν σοβαρά σαν παιδιά και δείχνουν ελάχιστη ή καθόλου ικανότητα να αγαπήσουν, να συνδεθούν με άλλους ή να ενσυναισθανθούν το παιδί. Επιπλέον είναι εχθρικοί, απορρίπτουν κάθε βοήθεια ή θεραπεία και αρνούνται επίμονα ότι χρειάζονται κάτι τέτοιο.

## ΠΙΘΑΝΟ ΟΦΕΛΟΣ ΑΠΟ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΕΣ

Χρειάζονται περισσότερο ακριβείς έρευνες για να καθοριστεί η σχετική συνεισφορά των διαφόρων παραγόντων στο γενικό αποτέλεσμα ότι μία οικογένεια δεν είναι θεραπεύσιμη. Αν



και υφίσταται το πρόβλημα της ορολογίας υπάρχει όμως μία εργασιακή ορολογία για τις έρευνες και τα αποτελέσματά τους.

Αν και οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στην περιγραφή της προσωπικότητας και στη ψυχιατρική διάγνωση των γονέων χρειαζόμαστε στοιχεία και σε άλλες παραμέτρους για να σχηματισθεί μία ολοκληρωμένη εντύπωση. Η ποιότητα παροχής της γονεϊκής φροντίδας δεν έχει λάβει τη δέουσα προσοχή. Επίσης η οικογενειακή δομή, ο συναισθηματικός τόνος, η εχθρότητα, η ικανότητα για εμπάθεια και επικοινωνία πρέπει να παρατηρούνται στις συνεδρίες. Οι μορφές και η σοβαρότητα της κακοποίησης μπορεί να είναι σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες. Οι παράγοντες που αναφέρονται στο παιδί έχουν επίσης αγνοηθεί στις έρευνες μέχρι σήμερα.

Σε περιπτώσεις επαναληπτικών κακοποιήσεων μερικά παιδιά ήξεραν ότι η θεραπεία δεν είχε τελειώσει: "Ήταν πολύ νωρίς - εγώ είχα αλλάξει αλλά ήξερα ότι ο πατέρας μου δεν είχε αλλάξει". Στο κάτω κάτω της γραφής το παιδί μπορεί να ξέρει την οικογένειά του καλύτερα από τους ειδικούς, εφόσον οι απόψεις του εξετασθούν ξεχωριστά από όλες τις άλλες πιέσεις που αντιμετωπίζει.

Η επικέντρωση στην οικογένεια που δεν είναι θεραπεύσιμη σημαίνει ότι αποτυγχάνουν να αναδυθούν οι βασικές διαφορές μεταξύ αυτών των παραγόντων που συνδέονται με καλά και πενικρά αποτελέσματα.

Μόνο ορισμένες έρευνες έχουν συμπεριλάβει το θεραπευτικό και επαγγελματικό σύστημα παραμέτρων στις αναλύσεις τους όπως το ερώτημα: "Συσχείζεται το είδος και η ποιότητα της Κοινωνικής Εργασίας με το αποτέλεσμα;".

Η κλινική εμπειρία προτείνει ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης είναι σημαντική.

Επίσης, η μορφή και η ποιότητα της ανάδοξης οικογένειας μπορεί να έχει σημασία για το αποτέλεσμα.

Όσον αφορά τη θεραπεία πρέπει να τεθούν και ρεαλιστικοί στόχοι εκτός από τον κύριο σκοπό που είναι να σταματήσει την περαιτέρω κακοποίηση του παιδιού.

Τέλος, χρειάζονται μελέτες που να καθορίζουν τη μορφή θεραπείας, αν αυτή είναι Κοινωνική Εργασία με Άτομα (casework), Κοινωνική Εργασία με την οικογένεια (family group work) ή ατομική θεραπεία, θεραπεία με έμφαση στις ομάδες παιχνιδιού παιδιών (playgroups), κέντρα ημέρας (day centers), ομάδες γονέων ή ένας συνδυασμός όλων αυτών.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΥΠΟΤΡΟΠΗΣ

Η πρόγνωση σε θέματα ψυχικής υγείας δεν είναι ιδιαίτερα εφικτή. Υπάρχουν όμως συντελεστές για την αξιολόγηση του κινδύνου υποτροπής.

Η μελέτη Quinsey (1977) ανακάλυψε ότι χρησιμοποιείται ως κριτήριο η κοινή λογική από επαγγελματίες και μη και ότι η μελλοντικά επικίνδυνη συμπεριφορά εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αρχικής κακοποίησης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ως μη θεραπεύσιμη οικογένεια ορίζεται αυτή στην οποία είναι επικίνδυνο να επιτραπεί να ζήσει ένα κακοποιημένο παιδί. Αυτό δεν σημαίνει ότι μία τέτοια οικογένεια δεν πρέπει να λάβει θεραπεία και βοήθεια, αλλά ότι η βοήθεια πρέπει να στοχεύει στην απομάκρυνση του παιδιού και όχι να επανασυνδέσει το παιδί και τους γονείς.

Μερικά παιδιά μπορεί να έχουν τόσο πληγωθεί από την εμπειρία της κακοποίησης που δεν ανταποκρίνονται σε θεραπεία. Σε αυτή την εργασία μας ενδιαφέρει περισσότερο το αν είναι ασφαλές να επανασυνδεθεί το παιδί με τους γονείς του παρά η ατομική του πρόοδος. Μερικές οικογένειες δεν θεραπεύονται όταν συμβαίνει η κακοποίηση, αλλά αργότερα μπορεί να γίνουν ασφαλείς ενόψει επειδή υπάρχει μία αλλαγή στην οικογενειακή σύνθεση, στην αναπτυξιακή συμπεριφορά του παιδιού ή άλλες αλλαγές: π.χ., όταν ο πατέρας που κακοποιεί φεύγει από το σπίτι η οικογένεια γίνεται πιο ασφαλής από ότι ήταν πριν. Σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης αυτή είναι μία αρκετά συνηθισμένη λύση.

Ο προσδιορισμός των οικογενειών που δεν θεραπεύονται είναι σύνθετο πρόβλημα επειδή πολλές αρνούνται τη βοήθεια των κοινωνικών υπηρεσιών. Δεν γνωρίζουμε τα χαρακτηριστικά αυτής της κατηγορίας επειδή οι γονείς που αρνούνται θεραπεία ή την διακόπουν ή σταθερά αρνούνται ότι κακοποιούν δεν αλλάζουν αυθόρμητα τις συνήθειές τους.

Τα χαρακτηριστικά των μη θεραπεύσιμων οικογενειών ομαδοποιούνται περιληπτικά στις εξής μεταβλητές: - *γονεϊκοί παράγοντες, ποιότητα γονεϊκής συμπεριφοράς, μορφές κακοποίησης, δείκτες κινδύνου υποτροπής και συντελεστές θεραπείας.*

1. Οι γονεϊκοί παράγοντες που συνδέονται με τη μη θεραπευσιμότητα συμπεριλαμβάνουν προϋστορία κακοποίησης των γονέων, άρνηση ότι κακοποιούν το παιδί τους, σοβαρή διαταραχή της προσωπικότητας και διανοητική αναπηρία όταν συνδέεται με διαταραχή προσωπικότητας. Όσον αφορά τη σεξουαλική κακοποίηση οι γονείς που έχουν συνεχείς βίαιες φαντασιώσεις θεραπεύονται δύσκολα.
2. Η ποιότητα γονεϊκής συμπεριφοράς που συνδέεται με πενιχρό αποτέλεσμα οφείλεται στην έλλειψη ενσυναίσθησης και την αποτυχία των γονέων να αναγνωρίσουν ως διαφορετικές τις ανάγκες του παιδιού από τις δικές τους. Στη σεξουαλική κακοποίηση οι γονείς θεωρούν ότι το παιδί έχει ταυτόσημες σεξουαλικές ανάγκες και επιθυμίες με αυτούς.
3. Μορφές κακοποίησης που συνδέονται με μη θεραπεύσιμο αποτέλεσμα. Στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται κατάγματα και εγκαύματα (κάψιμο - ζεμάτισμα), οι περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει μακρά προϋστορία κακοποίησης πριν αυτή ανακαλυφθεί όπως και προμελετημένα βασανιστήρια και επιβολή πόνου. Το Munchausen δι' αντιπροσώπου, η μη συμπτωματική δηλητηρίαση και σοβαρές μορφές ανεπαρκούς ανάπτυξης (failure to thrive) αντιστέκονται ιδιαίτερα στην αλλαγή. Όσον αφορά την σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού, είναι δυσκολότερο να θεραπευθούν οι περιπτώσεις κολπικής συνουσίας ή σεξουαλικού σαδισμού.
4. Κίνδυνοι για το παιδί. Οι προηγούμενες βίαιες πράξεις των γονέων αποτελούν κίνδυνο να επαναληφθεί η κακοποίηση.



5. Επαγγελματική ανταπόκριση. Το επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα συνδέεται με τη δημιουργία μιας καλής επαγγελματικής σχέσης που εμπεριέχει στοιχεία ενεργούς προσέγγισης (outreach).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν θα αλλάξουν αρκετά όλες οι οικογένειες που έχουμε σε θεραπεία για να επιστρέψει το παιδί με ασφάλεια σ' αυτές. Σε εκείνες τις περιπτώσεις που οι ενδείξεις είναι αρνητικές πρέπει να τεθεί ένα χρονικό όριο για αποτελεσματική και ενεργό θεραπεία. Εάν σε αυτό το χρονικό διάστημα οι καλύτερες θεραπευτικές προσπάθειες δεν επιφέρουν κάποια αλλαγή, τότε πρέπει να αρθεί η γονεϊκή εξουσία. Μία πρόταση γι' αυτό το χρονικό όριο είναι 12 μήνες για ένα παιδί κάτω των τριών ετών και 18 μήνες για τα μεγαλύτερα παιδιά. Σε αρκετές περιπτώσεις δεν αρκεί μόνο η θεραπεία αλλά πρέπει να υπάρχουν και εναλλακτικά σχέδια.

Όπως αναφέρουν οι Kempes "πρέπει να επισημανθεί ότι όταν λέμε ότι μία οικογένεια είναι μη θεραπεύσιμη, δεν εννοούμε ότι οι γονείς δεν δικαιούνται ή δεν είναι άξιοι θεραπείας... αυτό που εννοούμε είναι ότι το παιδί δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως εργαλείο θεραπείας... πρέπει να υπάρχουν πιο πολιτισμένοι τρόποι αντιμετώπισης των αθεράπευτων αποτυχιών από το να δημιουργούμε παιδιά-μάρτυρες".

Χρειάζονται περισσότερες μελέτες για να ελεγχθεί η υπόθεση ότι τα χαρακτηριστικά των οικογενειών που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία μπορούν να καθορίζονται νωρίτερα από ό,τι γίνεται ως τώρα. Με τον τρόπο αυτό θα επιτραπεί η αποδέσμευση αυτών των παιδιών προς υιοθεσία προτού εμπλακούν σε περιπτώσεις καταδικασμένης αποτυχίας και μακρόχρονης αβεβαιότητας. Επίσης χρειάζεται προσεκτική αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων σεξουαλικής κακοποίησης, για να μετρηθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Η μη θεραπεύσιμη οικογένεια δεν έχει αρκετά μελετηθεί εξ' αιτίας των συναισθημάτων που προξενεί στους επαγγελματίες που εργάζονται με τις οικογένειες αυτές. Συναισθήματα όπως ανησυχία, αδιέξοδος και αυτοκατηγορία είναι συνήθη. Αυτό δεν πρέπει να μας εκπλήττει εφόσον η πρόσληψη και εκπαίδευσή τους συνίσταται στο να ανασυγκροτούν και αποκαθιστούν τους πελάτες τους - οι περισσότεροι δεν θέλουν να παίρνουν μέρος στη διαδικασία αποχωρισμού του παιδιού από τους γονείς του.

Παρ' όλα αυτά η άποψη του ίδιου του παιδιού βοηθά τον επαγγελματία να εκτιμήσει ότι είναι εξίσου βασικό να εντοπισθεί η μη θεραπευσιμότητα του περιστατικού. Δυστυχώς πολλοί επαγγελματίες αισθάνονται ότι έχουν αποτύχει σε εκείνες τις περιπτώσεις κακοποίησης που καταλήγουν στη γονεϊκή παραίτηση.

Υποστηρίζουμε ότι ο χρόνος που καταλώνουν οι επαγγελματίες στις μη θεραπεύσιμες οικογένειες συνεισφέρει στο υψηλό ποσοστό ανάδοχων γονέων και στη φθορά των ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, σπαταλώντας τους πόρους που θα μπορούσαν αποτελεσματικότερα να διατεθούν για να βοηθήσουν μεγαλύτερο αριθμό θεραπεύσιμων οικογενειών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. PENGUIN HELLENEWS ΑΓΓΛΟ-ΕΛΛΗΝΙΚΟΝ ΛΕΞΙΚΟΝ, Hellenews, 1984.
2. MANOY, N. Ερμηνευτικό Λεξικό Ψυχιατρικών Όρων, University Studio Press, 1987.

## ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

1. KEMPE, R.S. and KEMPE C.H. *The untreatable family*, In: *Child Abuse*, pp. 128-131. Open Books. London (1978).
2. COHN, A.H. *Executive Summary: Evaluation of the Joint OCD/SRS National Demonstration Program in Child Abuse and Neglect 1974-1977*, Berkeley Press Associates, Berkeley, CA (1977).
3. LYNCH, M.A. and ROBERTS, J. *Consequences of Child Abuse*, Academic Press, London (1982).
4. GABINET, L. Child abuse treatment failures reveal need for redefinition of the problem. *Child Abuse & Neglect* 7:395-402 (1983).
5. BANDER, K.W., FEIN, E. and BISHOP, G. Evaluation of child sexual abuse programs. In: *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, S.M. Sgroi (Ed.), pp. 345-376. D.C. Heath, Lexington, MA (1982).
6. BENTOVIM, A., VAN ELBERG, A. and BOSTON, P. The results of treatment, In: *The Treatment of Sexual Abuse in the Family*. A. Bentovim, A. Elton, J. Hilderbrand, M. Tranter and E. Vizard (Eds.), John Wright, Bristol (In press).
7. HERRENKOHL, R.C. HERRENKOHL, E.C., EGOLF, B. and SEECH, M. The repetition of child abuse: How frequently does it occur? *Child Abuse & Neglect* 3:67-72 (1979).
8. TAW, T.E. The issue of reinjury: An agency experience. *Child Abuse & Neglect* 3:591-600 (1979).
9. GREEN, A.H., POWER, E., STEINBOOK, B. and GAINES, R. Factors associated with successful and unsuccessful intervention with child abusive families. *Child Abuse & Neglect* 5:45-52 (1981).
10. Report of the Panel of Inquiry into the circumstances surrounding the death of Jasmine Beckford. *A Child in Trust*. Borough of Brent, London (1985).
11. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *Child Abuse: A Study of Inquiry Reports 1973-1981*. Her Majesty's Stationary Office (H.M.S.O.), London (1982).
12. SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Inspection of the Supervision of Social Workers in the Assessment and Monitoring of Cases of Child Abuse when Children Subject to a Court Order Have Been Returned Home (Summary Report)*. Department of Health and Social Security, London (1986).
13. MORSE, C.W., SAHLER, O.J. and FRIEDMAN, S.B. A three-year follow-up study of abused and neglected children. *American Journal of Diseases of Children* 120:439-446 (1970).



14. SKINNER, A.E. and CASTLE, R.L. *78 Battered Children: A Retrospective Study*. N.S.P.C.C., London (1969).
15. RIVARA, F.P. Physical abuse in children under two: A study of therapeutic outcomes. *Child Abuse & Neglect* 9:81-87 (1985).
16. KROTH, J.A. Family therapy impact on intrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 3:297-302 (1979).
17. JONES, D.P.H. and ALECANDER, H. Treating the abusive family within the family care system. In: *The Battered Child* (4th ed.), R.E. Helfer and R.S. Kempe (Eds.), University of Chicago Press, Chicago (1987).
18. GIBBENS, T.C.N., SOOTHILL, K.L. and WAY, C.K. Sibling and parent-child incest offenders. *British Journal of Criminology* 18:40-52 (1978).
19. BLYTHE, B.J.A. critique of outcome evaluation in child abuse treatment. *Child Welfare* 62:325-335.
20. SMITH, J.E. RACHMAN, S.J. and YULE, B. Non-accidental injury to children: III, Methodological problems of evaluative treatment research. *Behavior Research and Therapy* 22:367-383 (1984).
21. WOLFE, D.A., ARAGONA, J., KAUFMAN, K. and SANDLER, J. The importance of adjudication in the treatment of child abusers: Some preliminary findings. *Child Abuse & Neglect* 4:127-135 (1984).
22. SMITH, J.E. RACHMAN, S.J. and YULE, B. Non-accidental injury to children: II. A controlled evaluation of a behavioral management program. *Behavior Research and Therapy* 22:439-366 (1984).
23. SCHETK, Y.D.H., ANGELL, R., MORRISON, C.V. and SACK, W.H. Parents who fail: A study of 51 cases of termination of parental rights. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 18:366-383 (1979).
24. MEADOW, R. Munchausen syndrome by proxy. *Archives of Disease in Childhood* 57:92-98 (1982).
25. ROGERS, D., TRIPP, J., BENTOVIM, A., ROBINSON, A., BERRY, D. and GOULDING, R. Non-accidental poisoning: An extended syndrome of child abuse. *British Medical Journal* 1:793-796 (1976).
26. SNAPS, Y., FRAND, M., ROTEM, Y. and TIROSH, M. The chemically abused child. *Pediatrics* 68:119-121 (1981).
27. SNEDDON, I. and SNEDDON, J. Self-inflicted injury: A follow up of 43 patients. *British Medical Journal* 2:527-530 (1975).
28. AYOUB, C.C. and MILNER, J.S. Failure to thrive: Parental indicators, types and outcomes. *Child Abuse & Neglect* 9:491-499 (1985).
29. GRAHAM, P. Child abuse, research and gaps in knowledge. In: *Taking A Stand*, pp:42-52. British Agencies for Adoption and Fostering, London (1984).

30. DOWDNEY, L., SKUSE, D., RUTTER, M., QUINTON, D. and MRAZEK, D. The nature and qualities of parenting provided by women raised in institutions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 26:599-625 (1985).
31. BROWNE, A. and FINKELHOR, D. Initial and long-term effects: A review of the research. In: *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, D. Finkelhor (Ed.), pp. 143-179. Sage, Beverley Hills, CA (1986).
32. CONTE, J.R. The effects of sexual abuse on children: A critique and suggestions for future research. *Victimology* 10:110-130 (1985).
33. GOODMAN, G. and JONES, D.P.H. The child witness in court. Paper presented at British Psychological Society, Criminological and Legal Division, Annual Conference, Oxford, England, December 5 (1986).
34. MARSH, P. Natural families and children in care. *Adoption and Fostering* 10:20-25 (1986).
35. FINKELHOR, D. and BROWNE, A. Initial and long-term effects: A conceptual framework. In: *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, D. Finkelhor (Ed.), pp. 180-198.
36. JONES, D.P.H. Individual psychotherapy for the sexually abused child. *Child Abuse & Neglect* 10:377-385 (1986).
37. HAMILTON, J.R. and FREEMAN, H. (Eds.) *Dangerousness: Psychiatric Assessment and Management*. Gaskell, London (1982).
38. SCOTT, P.D. Assessing dangerousness in criminals. *British Journal of Psychiatry* 131:127-142 (1977).
39. MONAHAN, J. Pediatric research and the emergency commitment of dangerous mentally ill persons: A reconsideration. *American Journal of Psychiatry* 135:198-201 (1978).
40. JILLET, R.L. Assessment in the prison medical service. In: *Dangerousness: Psychiatric Assessment and Management*, J.R. Hamilton and H. Freeman (Eds.), pp. 106-109, Gaskell, London (1982).
41. QUINSEY, V.L. Men who have sex with children. In: *Law and Mental Health: International Perspectives* (Vol. 2), Pergamon, New York (In press).
42. QUINSEY, V.L. The assessment and treatment of child molesters: A review. *Canadian Psychological Reviews* 18:204-220 (1977).
43. ABEL, G.G., BECKER, J.V., MURPHY, W.D. and FLANAGAN, B. Identifying dangerous child molesters. In: *Violent Behaviors: Social Learning Approaches to Prediction, Management and Treatment*, R. B. Stuart (Ed.), pp. 116-137, Brunner Mazel, New York (1981).
44. QUINSEY, V.L. and CYR, M. Perceived dangerousness and treatability of offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 1:458-471 (1986).
45. WALD, M.S. State intervention on behalf of endangered children. *Child Abuse & Neglect* 9:3-45 (1982).



46. FLETCHER, L. Battered professionals. In: *Child Abuse: A Community Concern*, K. Oates (Ed.), pp. 239-245, Butterworths, London (1982).
47. COPANS, S., KREIL, H., GRUNDY, H. H., ROGAN, J. and FIELD, F. The stresses of treating child abuse. *Children Today* 8:22-35 (1979).
48. TROWELL, J. and CASTLE, R.L. Treating abused children. *Child Abuse & Neglect* 5:187-192 (1981).