

ALEKSANDRA MALEC

Absolwentka Instytutu Psychologii
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Skutki wykorzystania seksualnego dziecka*

Zaangażowanie dziecka w aktywność seksualną przez osobę dorosłą to doświadczenie niedostosowane do stopnia jego rozwoju, nieuwzględniające jego potrzeb, przykre i stresujące, niekiedy traumatyczne. Jako takie może skutkować licznymi negatywnymi krótko- i długoterminowymi konsekwencjami dla ofiary, obejmującymi różne sfery jej funkcjonowania. W artykule zaprezentowana jest dotychczasowa wiedza naukowa na temat konsekwencji wykorzystania seksualnego w dzieciństwie.

Krótkoterminowe skutki wykorzystania seksualnego dziecka

Rodzaj i nasilenie wczesnych następstw wykorzystania seksualnego u dzieci-ofiar są uzależnione od czynników ryzyka wystąpienia traumy, tj. specyficznych cech ofiary, sprawcy, zdarzenia i kontekstu, w którym wystąpiło zdarzenie wykorzystania. Skutki wykorzystania seksualnego (*child sexual abuse* – CSA) mogą występować w stanie fizycznym i psychicznym dziecka, jego emocjonalności, zachowaniu, funkcjonowaniu społecznym. W badaniach dzieci wykorzystane mają więcej objawów niż dzie-

ci z grup kontrolnych, ale mniej niż dzieci z grup klinicznych (poza nadmierną seksualizacją zachowań i zespołem stresu pourazowego – PTSD). Żaden z objawów nie występuje u większości wykorzystanych dzieci, nie istnieje więc „syndrom dziecka wykorzystanego”, ale niektóre konfiguracje symptomów są bardziej charakterystyczne dla dzieci w danych przedziałach wieku (Kendall-Tackett i in. 1993). Wiele wczesnych objawów może się utrzymywać powyżej dwóch lat, stając się długotrwałymi konsekwencjami CSA.

* Artykuł jest fragmentem pracy magisterskiej pt. *Radzenie sobie z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie a samoocena ofiar*, napisanej przez autorkę w Instytucie Psychologii UAM pod kierunkiem prof. dr hab. Marii Beisert w 2005 r. Praca zajęła I miejsce w VI edycji konkursu na najlepszą pracę magisterską nt. problemu krzywdzenia dzieci organizowanego przez Fundację Dzieci Niczyje. W jednym z kolejnych numerów kwartalnika ukaże się artykuł prezentujący wyniki badań przeprowadzonych przez autorkę.

Konsekwencje fizyczne

Bardziej drastyczne formy wykorzystania seksualnego, obejmujące penetrację czy przemoc fizyczną, mogą wiązać się z doznaniem przez ofiary obrażeń fizycznych, w tym uszkodzeń w obrębie narządów płciowych. U ofiar mogą wystąpić infekcje układu moczowo-płciowego, choroby weneryczne, a u starszych dziewcząt ciąża. Ofiary wykorzystania seksualnego badane przez Kiembłowskiego (2002) wśród dolegliwości somatycznych występujących w wyniku wykorzystania wymieniały m.in. siniaki, otarcia, zranienia, dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego, choroby weneryczne, ciążę.

Poza tymi bezpośrednimi obrażeniami fizycznymi u ofiar występują też liczne konsekwencje emocjonalne, np. lęk i dystres z powodu stanu, w jakim się znalazły.

Konsekwencje emocjonalne

Dzieci wykorzystane cierpią dotkliwe konsekwencje emocjonalne w wyniku przykrych doświadczeń wykorzystania seksualnego, a często także z powodu braku empatycznej reakcji najbliższego otoczenia na ujawnienie wykorzystania. Ofiary nadużyć odczuwają lęk, przejawiają zaburzenia nastroju, zwłaszcza depresję, mogą być nadaktywne, mają poczucie winy, bezsilności, straty, odczuwają wstyd, wyrażają silne reakcje złości, wrogości (Haugaard, Reppucci 1988).

Poziom lęku jest wysoki zwłaszcza u tych dzieci, które oprócz wykorzystania seksualnego doświadczały także przemocy fizycznej i emocjonalnej. Lęk u ofiar przejawia się zarówno w postaci uogólnionej, ale także jako specyficzne fobie, często związane bezpośrednio z okolicznościami wykorzystania bądź groźbami ze strony sprawcy. Przegląd badań Kendall-Tackett i współpracowników (1993) wskazuje, że średnio 33% ofiar wykorzystania seksualnego przejawia symptomy lęku.

Zaburzenia funkcjonowania u tych dzieci przejawiają się jako zaburzenia snu i wypróżniania (np. zaparcia), a także jako zachowania regresywne, jak moczenie nocne czy mimowolne oddawanie kału. Wśród ofiar następują zmiany w zwyczajach żywieniowych i zaburzenia jedzenia: utrata apetytu albo przejadanie się, a u starszych dzieci anoreksja i bulimia. Dzieci wykorzystane skarżą się na bóle głowy i brzucha, mają nudności, wymiotują (Faller 1990).

W Polsce wśród 75 dzieci-ofiar CSA, które trafiły do terapii, ponad 30% wykazywało zaburzenia psychosomatyczne (Sobolewska 2002). Na podstawie przeglądu 45 badań empirycznych dokonanego przez Kendall-Tackett i in. (1993) oceniono, że około 14% wykorzystywanych dzieci zgłaszało skargi somatyczne.

Zaburzenia nastroju mogą przybierać postaci trwałego obniżenia nastroju, depresji bądź trwale podwyższonego poziomu aktywności dziecka, które wykazuje wtedy zaburzenia uwagi, koncentracji, nadruchliwość, stały niepokój. Tego rodzaju konsekwencje zaobserwowano aż u 60% spośród 75 dzieci-ofiar CSA, które w 2000 r. trafiły do jednego z polskich ośrodków terapeutycznych (Sobolewska 2002).

Między poszczególnymi formami konsekwencji emocjonalnych istnieją silne powiązania. Na przykład, dzieci mogą czuć się bezsilne, jeśli nie udawało im się powstrzymać sprawcy przed wykorzystaniem. W wyniku zaistnienia wykorzystania mogą mieć poczucie straty swojej niewinności, „normalności”. Czują się winne wykorzystania i odpowiedzialne za nie, zwłaszcza gdy zinternalizowały sposób myślenia sprawcy, co do tego, że chciały wykorzystania, cieszyły się z niego.

Poczucie winy i wstydu jest jeszcze silniejsze w sytuacji, gdy dziecko rzeczy-

wiecie odczuwało pewną fizyczną przyjemność z aktywności seksualnej z osobą dorosłą, a także na skutek reakcji innych osób w sytuacji ujawnienia wykorzystania, oskarżających dziecko o prowokowanie zachowań sprawcy. Dziecko cierpiące z powodu wykorzystania czuje złość i wrogość nie tylko wobec sprawcy, ale także wobec innych osób, np. tych, które nie potrafiły go ochronić (Haugaard, Reppucci 1988). Wszystkie te emocje, a zwłaszcza wstyd odczuwany przez dziecko, a także samooskarżanie się, prowadzą z kolei do znacznego obniżenia samooceny i depresji.

Niska samoocena występuje u wielu ofiar wykorzystania seksualnego. W dawniejszych badaniach Kendall-Tackett i in.

(1993) szacują odsetek ofiar prezentujących obniżenie samooceny na 35%. Jednocześnie tylko w połowie relacjonowanych badań dzieci wykorzystane prezentowały obniżenie poczucia własnej wartości w stopniu większym niż niewykorzystane. Autorzy sugerują, że może to wynikać z powszechności obniżenia samooceny u dzieci z różnych powodów, a także niedoskonałości pomiaru, który był dokonywany przeważnie na podstawie danych, które pochodziły z wywiadów z dziećmi. Metoda może pomniejszać znaczenie psychopatologii. Wczesne badania kliniczne DeFrancisa (1969; za: Finkelhor 1986) wskazywały na odsetek 58% ofiar wykorzystania, które miały poczucie niższości, braku wartości.

Konsekwencje w postaci symptomów seksualnych

Symptomy seksualne to grupa wczesnych konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka. Jest ona najbardziej charakterystyczna dla ofiar tego nadużycia. Dzieci, które doświadczyły nadużyć seksualnych ze strony dorosłych, istotnie częściej niż inne dzieci przejawiają nadmierną seksualizację zachowania i dysponują czasami zaskakującą wiedzą dotyczącą seksualności. Wiedza ta jest znacznie szersza niż można by się było spodziewać na podstawie ich wieku, niedostosowana do stopnia ich rozwoju psychoseksualnego.

Nieodpowiednie zachowanie seksualne dzieci-ofiar CSA może się przejawiać w postaci nadmiernej, kompulsywnej masturbacji, powodującej czasami nawet urazy fizyczne (Faller 1990). Ofiary wykorzystania seksualnego angażują się w seksualne interakcje z rówieśnikami, często nietypowe dla dzieci w ich wieku, bo przy wykorzystaniu wiedzy nabytej w wyniku nadużyć. Niejednokrotnie dzieci te chronicznie stosują agresję seksualną wobec młodszych, słabszych czy bardziej naiwnych dzieci. Ofiary, które nauczyły się, że ich ciało służy do „używania” go przez innych, będą składały dorosłym osobom propozycje seksual-

ne, będą również kierować do nich prośby o seksualną stymulację (Faller 1990; Kendall-Tackett i in. 1993).

Prowokacyjne, uwodzące zachowanie wobec innych, często stosowane nieświadomie w celu uzyskania uwagi, uczucia, może w rezultacie zwiększać ryzyko ponownej wiktyimizacji tych dzieci (Haugaard, Reppucci 1988). U ofiar wykorzystania homoseksualnego może pojawić się lęk dotyczący identyfikacji seksualnej.

Zachowania seksualne dzieci-ofiar CSA były przedmiotem dużej liczby badań naukowych. We wczesnych badaniach Tufts (1984, za: Finkelhor 1986) 27% 4–6-latków i 36% 7–13-latków wykorzystanych przejawiało nieodpowiednie zachowania seksualne.

Z przeglądu badań Kendall-Tackett i in. (1993) wynika, że problem nadmiernej seksualizacji zachowania dotyczył 28%–38% ofiar.

Nowsze badania Wrighta i in. (1998, za: Friedrich 2004) mówią, że 43%–67% dzieci-ofiar CSA wykazywało istotnie wyższy poziom zachowań seksualnych niż ich niewykorzystani rówieśnicy.

Zwiększenie poziomu seksualizacji zachowań interpersonalnych tych dzieci dokumen-

tuje badanie setki dzieci-ofiar CSA w wieku 3–7 lat, z których 22% przejawiało prawidłowe rozwojowo zachowania seksualne, 15% – nieprawidłowe, a aż 62% – nieprawidłowe interpersonalnie zachowania seksualne (Hall i in. 1998, za: Friedrich 2004).

Dane polskie z badań Lwa-Starowicza (1997, za: Beisert 2004) ujawniają następujące procenty zaburzeń seksualnych u dzieci-ofiar: erotyzacja – 41%, patologiczna

masturbacja – 17,9%, zachowania prowokujące – 15,9%. U prawie połowy badanych tu dzieci-ofiar skutki wykorzystania przejawiały się w używanym przez nie słownictwie, zabawach, twórczości. Wśród dzieci wykorzystanych seksualnie, które trafiły w 2000 r. do Centrum Dziecka i Rodziny Fundacji Dzieci Niczyje, 14,5% wykazywało przed terapią zaburzenia rozwoju psychoseksualnego (Sobolewska 2002).

Konsekwencje wykorzystania seksualnego widoczne w zachowaniu ofiar

Zachowanie dzieci wykorzystanych seksualnie zmienia się nie tylko pod kątem przejawiania przez nie nadmiernej seksualizacji zachowania. Mają one problemy w szkole, często wagarują albo nawet „porzucają” szkołę, uciekają z domu, popełniają przestępstwa. Ich zachowanie staje się bardziej niedojrzałe; bywają nieposłuszne, konfliktowe, agresywne wobec innych dzieci, a także opiekunów, przejawiają zachowania antyspołeczne. Agresję często kierują do wewnątrz, dokonując samookaleczeń (np. nacinanie skóry) i prób samobójczych; stosują używki.

Dzieci-ofiary CSA są wyizolowane od rówieśników, mają poważne problemy z relacjami interpersonalnymi (Haugaard, Reppucci 1988). Nawet 30% przejawia ob-

jawy nerwicy, niektóre – innej choroby psychicznej (Kendall-Tackett i in. 1993).

Faller (1990) podkreśla, że utrata w wyniku doświadczenia wykorzystania seksualnego bazowej ufności, niezbędnej do prawidłowego rozwoju dziecka, skutkuje pogorszeniem się rozwoju poznawczego molestowanych dzieci. U młodszych dzieci może to skutkować opóźnieniami w mówieniu, rozwoju motorycznym, a u starszych – problemami z koncentracją i trudnościami w funkcjonowaniu w szkole.

W tabeli 1 przedstawiono uzyskane na podstawie przeglądu 45 badań empirycznych oszacowania średniego procentu ofiar, przejawiających negatywne konsekwencje w zachowaniu.

Tabela 1. Procent ofiar wykorzystania seksualnego (CSA) przejawiających negatywne konsekwencje w sferze behawioralnej

Objaw	Odsetek ofiar prezentujących dany objaw
Agresja:	
– agresja antyspołeczna	21,0
– przestępczość	8,0
Problemy szkolne	18,0
Problemy behawioralne:	
– hiperaktywność	17,0
– regresja, niedojrzałość	23,0
– akty przestępcze	11,0
– ucieczki	15,0
– ogólne	37,0
Zachowania autodestrukcyjne:	
– nadużywanie substancji	11,0
– samouszkodzenia	15,0

Źródło: cyt. za: Kendall-Tackett i in. (1993).

PTSD i ASD jako konsekwencje wykorzystania seksualnego

Spora część wykorzystanych seksualnie dzieci przejawia wszystkie lub wiele symptomów zespołu stresu pourazowego (PTSD) lub zespołu ostrego stresu (ASD). ASD jest diagnozowane, gdy dziecko podczas urazu lub do miesiąca po urazie ma objawy dysocjacyjne. Muszą wystąpić co najmniej trzy objawy z następujących:

- (a) subiektywne poczucie odrętwienia lub wyobcowania emocjonalnego,
- (b) zredukowana świadomość otoczenia,
- (c) derealizacja,
- (d) depersonalizacja,
- (e) amnezja dysocjacyjna (Bryant, Harvey 2003).

Czynniki, takie jak czas, który upłynął od wykorzystania seksualnego, które stało się dla dziecka traumatycznym zdarzeniem, a przede wszystkim powaga doznanego urazu i siła reakcji rodziców na ujawnienie wykorzystania, wpływają na rozwój symptomów PTSD, (Friedrich 2004). PTSD jako konsekwencja wykorzystania seksualnego może utrzymywać się na długo po jego zakończeniu i przekształcić się w jeden z najpoważniejszych negatywnych skutków długoterminowych.

W tabeli 2 przedstawiono odsetek dzieci -ofiary CSA, u których podczas badań stwierdzono występowanie objawów PTSD.

Tabela 2. Wyniki badań dotyczących odsetka ofiar wykorzystania seksualnego (CSA) z objawami PTSD

Autorzy badań	Procent dzieci-ofiar z PTSD	Charakterystyka badanych dzieci
Kendall-Tackett i in. (1993)	31,0 (koszmary nocne)	Dzieci-ofiary CSA
McLeer i in. (1992)	43,9	Ofiary CSA skierowane na terapię
	36,6	Ofiary CSA
	1,3	Nie-ofiary CSA skierowane na terapię
Deblinger i in. (1996)	71,0	Ofiary CSA
Sobolewska (2002)	15,8	Ofiary CSA skierowane na terapię

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Friedrich (2004).

Dzieci asymptomatyczne

U niektórych dzieci, mimo że stały się ofiarami wykorzystania seksualnego, nie zaobserwowano żadnych wczesnych nega-

tywnych objawów. W tabeli 3 przedstawiono wyniki badań empirycznych dotyczących asymptomatycznych dzieci-ofiar.

Tabela 3. Odsetek ofiar wykorzystania seksualnego (CSA) nieprzejawiających żadnych wczesnych symptomów

Autorzy badań	Procent ofiar bez objawów	Sposób oceny
Caffaro-Rouget, Lang, vanSanten (1989)	49,0	Obserwacja podczas badania pediatrycznego
Conte, Berliner (1988)	21,0	Ocena dokonywana przez pracowników socjalnych
Tong, Oates, McDowell (1987)	31,0	Na podstawie CBCL (<i>Child Behavior Checklist</i>)
Conte, Shuerman (1987)	21,0	Listy symptomów
Mannarino, Cohen (1986)	31,0	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Faller (1990), Kendall-Tackett i in. (1993)

Istnieje kilka możliwych wyjaśnień takiego stanu rzeczy.

Po pierwsze, badający mogli nie użyć odpowiednio czułych narzędzi pomiaru oraz nie dokonywać pomiaru wszystkich istotnych skutków i w związku z tym nie wychwycić np. objawów nietypowych występujących u badanych dzieci (Kendall-Tackett i in. 1993). Do uzyskanych negatywnych wyników mogły przyczynić się okoliczności, w których odbywały się badania, i brak informacji o zachowaniu dziecka w innych kontekstach sytuacyjnych. Dzieci pośrednio lub bezpośrednio zobligowane przez sprawcę do zachowywania tajemnicy mogą intencjonalnie bardzo uważać, by nie zdradzać (np. przed pewnymi osobami) żadnych oznak tego, że są wykorzystywane.

Po drugie, u niektórych dzieci konsekwencje wykorzystania są odroczone, a objawy nie zdążyły się jeszcze zamaniestować, gdy badanie zostało przeprowadzone wkrótce po wystąpieniu wykorzy-

stania. Dzieci mogą początkowo skutecznie tłumić objawy, nie przepracowywać jeszcze swoich doświadczeń związanych z wykorzystaniem.

Może być również tak, że traumatyzacja dziecka wystąpi dopiero w kolejnych okresach rozwojowych, kiedy stan bycia ofiarą nabierze większego znaczenia dla dziecka i spowoduje poważniejsze konsekwencje (Berliner 1991, za: Kendall-Tackett i in. 1993).

Możliwe jest również, że dzieci, u których nie obserwuje się negatywnych konsekwencji wykorzystania seksualnego, rzeczywiście nie ponoszą tych konsekwencji w ogóle lub w niewielkim zakresie. Być może doświadczenia takich dzieci były mniej poważne niż innych ofiar wykorzystania lub też – co wydaje się autorce tej pracy najbardziej pożądanym wyjaśnieniem – dzieci te skutecznie poradziły sobie z faktem wykorzystania, dzięki umiejętności skorzystania z wszelkich zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, jakimi dysponowały.

Długoterminowe skutki wykorzystania seksualnego dziecka

Dynamika negatywnych efektów wykorzystania seksualnego dziecka

Za długotrwałe skutki wykorzystania seksualnego w dzieciństwie uznane są takie jego następstwa, które utrzymują się bądź pojawiają po upływie dwóch lat od zakończenia wykorzystania. Badania prowadzone nad skutkami długoterminowymi obrazują, że doświadczenie wykorzystania seksualnego jest związane z pogorszeniem funkcjonowania ofiar w zakresie emocjonalności, postrzegania i oceny siebie, seksualności, funkcjonowania interpersonalnego i społecznego, często utrzymującymi się w całym okresie dorosłości.

U wielu ofiar wykorzystania seksualnego w dzieciństwie objawy związane z doświadczeniem maleją z upływem czasu. Jednocześnie u pewnej części ofiar

obserwuje się wręcz pogorszenie funkcjonowania i nasilenie objawów, mimo że upłynęło już wiele miesięcy od przzerwania procederu wykorzystywania seksualnego przez dorosłych.

Mannarino wraz ze współpracownikami (1991, za: Kendall-Tackett i in. 1993) wykazał w badaniach znaczący spadek wraz z upływem czasu wyników badanych dzieci-ofiar CSA w skali internalizacji, ale nie w skali eksternalizacji symptomów psychologicznych. Wynik ten wiąże ze zmianami rozwojowymi u wykorzystanych dzieci. Oznacza to więc np. stopniowe zmniejszanie się niepokoju, ale utrzymywanie się czy wręcz zaostrzenie agresywności w zachowaniu tych dzieci (Kendall-Tackett i in. 1993).

Tabela 4 przedstawia wyniki badań podłużnych dzieci-ofiar CSA dotyczących nasilenia negatywnych skutków wykorzysta-

nia seksualnego w dłuższym czasie po zakończeniu wykorzystania.

Tabela 4. *Badania podłużne dzieci-ofiar CSA: polepszenie i pogorszenie funkcjonowania*

Autorzy badań	Odsetek dzieci-ofiar CSA	
	polepszenie funkcjonowania	pogorszenie funkcjonowania
Gomes-Schwartz i in. (1990)	W ciągu 18 miesięcy	
	55,0	24,0
Bentovim i in. (1988)	61,0	10,0
Hewitt, Friedrich (1991)	W ciągu roku	
	65,0	18,0

Źródło: Opracowanie na podstawie Kendall-Tackett i in. (1993).

Skutki wykorzystania seksualnego w obszarze spostrzegania siebie i funkcjonowania emocjonalnego

Dorośle ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie często przejawiają szereg zaburzeń emocjonalnych, które można powiązać z faktem doświadczania CSA: są depresyjne, lękowe, nadwrażliwe emocjonalnie. Jednym z najczęściej wymienianym przez badaczy długoterminowych negatywnych efektów wykorzystania jest depresja. Wiele badań potwierdziło wyższy odsetek chorych na depresję dorosłych ofiar CSA w porównaniu z osobami, które nie były wykorzystywane jako dzieci, np. w badaniach Bagleya i Ramsaya (1986, za: Salter 2003) depresja występowała u 17% ofiar i u 9% osób z grupy kontrolnej.

W przypadku wystąpienia depresji u dorosłej osoby wykorzystanej seksualnie w dzieciństwie istnieje większe prawdopodobieństwo hospitalizacji (Peters 1984, za: Finkelhor 1986) niż u nie-ofiary. Na przykład w badaniach studentek przeprowadzonych przez Sedneya i Brooksa (1984, za: tamże) hospitalizowanych z powodu depresji było 18% ofiar CSA i 4% z grupy kontrolnej.

Dorośle ofiary CSA częściej niż inni ludzie myślą o popełnieniu samobójstwa, mają za sobą historię samouszkodzeń i prób samobójczych. W wyżej cytowanych już badaniach Sedneya i Brooksa (1984, za:

tamże) 16% badanych studentek, ofiar wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, podjęło próbę samobójczą w porównaniu z 6% w grupie kontrolnej.

Lęk – zarówno chroniczny, jak i ostry – jest powszechny wśród dorosłych ofiar nadużyć seksualnych w dzieciństwie. Ofiary wykorzystania seksualnego, badane za pomocą skal lęku i fobii lękowej osiągają, w porównaniu z osobami, które nie zostały wykorzystane seksualnie, znacznie wyższe wyniki. Potwierdziły to liczne badania kliniczne i pozakliniczne (Gold i in. 1994, Murphy i in. 1988, Bryer i in. 1987, Fromuth 1986, za: Salter 2003).

Na zaburzenia lękowe i różne fobie – zarówno w momencie badania, jak i całego życia – cierpi kilkukrotnie wyższy odsetek ofiar CSA niż osób niewykorzystanych seksualnie w dzieciństwie (Stein i in. 1988, za: Salter 2003).

Lęk i stałe napięcie przeżywane przez ofiary mają swój wyraz w symptomach somatycznych. Na przykład w badaniach Bagleya i Ramsaya (1986, za: Finkelhor 1986) takie somatyczne symptomy lęku wykazywało 19% ofiar w stosunku do 9% w grupie porównawczej. Między ofiarami wykorzystania seksualnego a innymi osobami badanymi istnieją duże różnice

w skalach somatyzacji (Briere, Runtz 1985, za: tamże). Ofiary wykorzystania seksualnego mają zaburzenia snu, koszmary nocne (Briere i in. 1984, za: tamże).

Zaburzenia jedzenia, jak np. anoreksja i bulimia, również mogą mieć związek z doświadczeniem wykorzystania seksualnego. Oppenheimer i inni oszacowali, że 34% kobiet, które leczyły się z powodu tych zaburzeń odżywiania, było w dzieciństwie wykorzystanych seksualnie (Finkelhor 1986). Dysocjacja, początkowo używana przez ofiarę jako strategia radzenia sobie z wykorzystaniem, w późniejszym okresie staje się autonomicznym symptomem. W badaniach studentek ofiary CSA znajdują się znacząco wyżej na skali dysocjacji niż osoby badane z grup kontrolnych (Briere, Runtz 1985, za: Finkelhor 1986). Ofiary CSA doświadczają dysocjacji, bycia poza ciałem, derealizacji znacznie częściej niż inni pacjenci kliniczni (Briere i in. 1984, za: tamże). W przypadku niektórych ofiar wykorzystania seksualnego mogą wystąpić zaburzenia psychotyczne oraz histrioniczne i pograniczne zaburzenia osobowości (Herman, Hirschman 1977, za: Glaser, Frosch 1995).

Polskie badania studentów przeprowadzone przez Kiemblowski (2002) potwierdziły istnienie istotnych statystycznie różnic między dorosłymi ofiarami wykorzy-

stania seksualnego i nie-ofiarami w zakresie: nadwrażliwości emocjonalnej, depresji, lęku, wrogości, somatyzacji, natręctw, wyobrażeń paranoidalnych, psychotyczności, poczucia winy; dodatkowo u kobiet – przejadania się i kłopotów ze snem, a u mężczyzn – fobii i myśli o śmierci.

Doświadczenie w dzieciństwie wykorzystania seksualnego przez osobę dorosłą ma wpływ na tworzenie się własnego obrazu. W badaniu klinicznym Courtoisa (1979, za: Finkelhor 1986) 87% ofiar uznało, że doświadczenie wykorzystania seksualnego wpłynęło na obraz samych siebie. U 60% ofiar wykorzystania wewnątrzrodzinnego obraz ten był negatywny (Herman 1999). Poczucie bezsilności, izolacji, naznaczenia, stygmatyzacji z powodu wiktyimizacji utrzymują się u dorastających ofiar wykorzystania, zwłaszcza wewnątrzrodzinnych (Herman 1999). Długoterminowym efektem wykorzystania seksualnego jest często negatywny obraz swojej osoby i niska samoocena.

W tabeli 5 umieszczone zostały dane z badania Bagleya i Ramsaya (1985, za: Finkelhor 1986) dotyczące wyników ofiar i nie-ofiar w inwentarzu samooceny. W badaniu tym kobiety z bardzo niską samooceną cztery razy częściej donosiły o tym, że były w dzieciństwie ofiarami nadużyć seksualnych.

Tabela 5. Samoocena ofiar wykorzystania seksualnego na podstawie badania za pomocą inwentarza samooceny

Samoocena	Odsetek ofiar wykorzystania	Odsetek nie-ofiar
Bardzo słabe wyniki	19,0	5,0
Bardzo dobre wyniki	9,0	20,0

Źródło: Opracowanie na podstawie: Finkelhor (1986).

Straty w swoim obrazie, jakie ponosi wykorzystane seksualnie dziecko, nie muszą być jednak tak dotkliwe we wszystkich przypadkach wykorzystania. W zależności od oceny poznawczej doświadczenia CSA i strategii, jakich użyje dla poradzenia sobie z nim, oraz

zarówno ich obiektywnej skuteczności, jak i subiektywnego spostrzegania tej skuteczności samoocena nie musi ulec obniżeniu. Te interesujące kwestie będą przedmiotem mojego szczególnego zainteresowania w kolejnych rozdziałach niniejszej pracy.

Skutki nadużyć seksualnych w obszarze funkcjonowania seksualnego

Ofiary nadużyć seksualnych w dzieciństwie mogą w dorosłym życiu przejawiać problemy w przystosowaniu seksualnym.

Według Fritza, Stolla i Wagnera (1981, za: Haugaard, Reppucci 1988) 23% ofiar -kobiet i 10% ofiar-mężczyzn skarży się na takie problemy. W badaniach klinicznych bardzo wysoki odsetek ofiar relacjonuje wpływ wykorzystania na ich późniejszą seksualność.

Według Meiselmana (1978, za: Finkelhor 1986) aż 87% ofiar nadużycia seksualnego miało w jakimś okresie swojego życia problemy z przystosowaniem seksualnym (w grupie porównawczej – 20%).

W badaniach klinicznych Herman (1981, za: tamże) 55% ofiar wykorzystania wewnątrzrodzinnego relacjonowało późniejsze problemy seksualne. Ofiary przejawiają większy lęk seksualny, większe poczucie winy związane ze współżyciem seksualnym, brakuje im satysfakcji ze związków seksualnych, w jakich pozostają (Langmade 1983, tamże). U 42% kobiet-ofiar nadużycia seksualnego zanotowano zmniejszenie popędu seksualnego w stosunku do 29% w porównawczej grupie pacjentów klinicznych (Briere 1984, za: tamże).

Niekliniczne badania przeprowadzone przez Courtoisa (1979, za: Finkelhor 1986) wskazały, że 80% ofiar wykorzystania wewnątrzrodzinnego jest niezdolnych do zrelaksowania się i odczuwania przyjemności z aktywności seksualnej, unika seksu lub przeciwnie – odczuwa kompulsywne pragnienie seksu. Jednocześnie prawdopodobne jest, że niektóre dorosłe ofiary wykorzystań relacjonują wyraźne problemy w sferze seksualnej, mimo że nie różnią się wcale w tej sferze od nie-ofiar, lecz mają znacznie niższą od nich samoocenę w zakresie funkcjonowania seksualnego.

Finkelhor (1979, za: Finkelhor 1986) w badaniach studentów potwierdził niższą seksualną samoocenę u ofiar nadużycia seksualnego.

Podobne badania Fromutha (1983, za: tamże) przeprowadzone wśród młodszych ofiar nadużyć seksualnych w dzieciństwie (średni wiek osób badanych – 19 lat) nie wykazały różnic samooceny w zakresie własnej seksualności pomiędzy ofiarami a grupą kontrolną. Prawdopodobnie zmiany samooceny ujawniają się w nieco późniejszym okresie życia ofiar.

Tsai, Feldman-Summers i Edgar (1979, za: Finkelhor 1986) badali ofiary wykorzystania seksualnego „dobrze przystosowane” i oczekujące na terapię. Te pierwsze, które skutecznie poradziły sobie z krytycznym wydarzeniem, jakim było nadużycie seksualne przez osobę dorosłą, nie różniły się znacząco od grupy kontrolnej w sferze przystosowania seksualnego. Drugie natomiast rzadziej przeżywały orgazm, były mniej usatysfakcjonowane ze swoich związków seksualnych, miały wyższą liczbę partnerów seksualnych.

Promiskuityzm jest często opisywany jako długotrwała konsekwencja wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, podobnie jak zachowanie seksualizujące podejmowane w celach nie-seksualnych, np. chęci otrzymania uwagi, uczucia ze strony innych osób. Angażowanie się w działania promiskuityczne dotyczy według badań ponad 1/4 ofiar wykorzystania seksualnego (Meiselman 1978, DeYoung 1982, za: Finkelhor 1986), a w przypadku wykorzystań wewnątrzrodzinnych – nawet 35% (Herman 1981, tamże). Jednocześnie istnieje możliwość, że ofiary wykorzystania seksualnego wcale nie są bardziej promiskuityczne niż inne osoby, ale oceniają siebie w taki sposób, ponieważ ogólnie mają tendencję do negatywnych atrybucji względem siebie (Fromuth 1983, za: tamże).

Długotrwałym skutkiem wykorzystania seksualnego dziecka mogą być także zmiany w preferencjach seksualnych i orientacji seksualnej ofiary (na homo-

seksualną). W przypadku, gdy wystąpiły takie czynniki ryzyka, jak wykorzystanie homoseksualne chłopca w wieku 10–12 lat, takie konsekwencje są bardziej prawdopodobne z uwagi na zbieżność doświadczeń wykorzystania z okresem sensytywnym dla kształtowania się preferencji i orientacji seksualnej.

Gundlach (1977, za: Finkelhor 1986) stwierdził występowanie nadużycia seksualnego w historii życia wielu lesbijek. Jednocześnie inne badania empiryczne znajdują tylko niewielki związek pomiędzy wykorzystaniem seksualnym a późniejszym homoseksualizmem.

W Polsce specyficzne długotrwałe następstwa wykorzystania seksualnego w dzie-

ciństwie, tj. te związane z dysfunkcjami seksualnymi i zmianami zachowań seksualnych wśród ofiar CSA, badał Kiembłowski (2002). W stosunku do osób badanych z grupy kontrolnej ofiary wykorzystania przejawiały: częstsze zachowania autoerotyczne, wcześniej podejmowały decyzję o rozpoczęciu współżycia seksualnego, podejmowały częstsze zachowania seksualne, znacznie częściej angażowały się w kontakty homoseksualne, lekcewały stosowanie antykoncepcji. Wśród mężczyzn-ofiar wykorzystania znacznie częściej występowała agresja seksualna, głównie w formie prób wymuszenia stosunku seksualnego i wykorzystywania upojenia alkoholowego innej osoby do podjęcia z nią kontaktów seksualnych.

Skutki nadużycia seksualnego w obszarze funkcjonowania interpersonalnego i społecznego

Dorośle ofiary nadużyć seksualnych w dzieciństwie odczuwają wpływ doświadczenia wykorzystania na swoje relacje z innymi ludźmi. W przypadku ofiar wykorzystania wewnątrzrodzinnego silne odczucia wrogości skierowane są nie tylko przeciw sprawcom, ale także przeciw matkom ofiar (DeYoung 1982, Meiselman 1987, Herman 1981, za: Finkelhor 1986). Ofiary odczuwają silny lęk przed mężczyznami, ale także przed kobietami (Briere 1984, za: tamże), przejawiają wysoki poziom lęku w sytuacjach społecznych.

W bliskich relacjach partnerskich czy małżeńskich trudności występują zwłaszcza u ofiar wykorzystania wewnątrzrodzinnego. Badania kliniczne (Meiselman 1978, Courtois 1979, za: Finkelhor 1986) wskazują, że te problemy występują nawet u 79% ofiar nadużycia seksualnego; ponad 64% mówi o konflikcie z partnerem lub lęku

przed nim, około 40% nigdy nie wychodzi za mąż, co może być przykładem na ich wycofywanie się z ról społecznych.

Studia empiryczne dowodzą, że dorośle ofiary wykorzystania seksualnego w dzieciństwie mają niższą samoocenę dotyczącą ich funkcjonowania w relacjach społecznych (Gold 1986, za: Haugaard, Reppucci 1988).

Osoby, które doświadczyły wykorzystania seksualnego, przyjmując rolę ofiary, są podatne na ponowną wiktymizację, np. gwałt lub przemoc ze strony partnera (Russell 1984, za: Haugaard, Reppucci 1988). U ofiar nadużyć seksualnych występują często różnego rodzaju uzależnienia: od alkoholu, narkotyków, leków psychotropowych. Poważnym długotrwałym skutkiem doświadczenia CSA może być prostytutka (Finkelhor 1986). Możliwe jest również wystąpienie konsekwencji transgeneracyjnych wykorzystania seksualnego.

Transgeneracyjne skutki nadużyć seksualnych

Konsekwencje transgeneracyjne wykorzystania seksualnego dziecka są szczególnie groźne, ponieważ na skutek ich

wystąpienia zwiększa się liczba ofiar tego nadużycia. Są one prawdopodobne zwłaszcza w przypadku wykorzystania wewnątrz-

rodziny i polegają na „przenoszeniu” wykorzystania na następne pokolenia (Bentovim 1990, za: Beisert 2004).

Gdy nastąpi identyfikacja z rolą ofiary, co dzieje zwykle w przypadku kobiet, wykorzystana w dzieciństwie matka „uczy swoje dzieci stawania się przyszłymi ofiarami nadużyć”. Trudności z bliskością, przejawianiem uczuć wobec dzieci, zachowywanie dystansu emocjonalnego i fizycznego przygotowują grunt pod przyszłe wykorzystanie dzieci (Finkelhor 1986). Mniejsza jest zdolność ofiary do ochrony dzieci przed wykorzystaniem seksualnym,

m.in. ze względu na mechanizmy zaprzeczania, wypierania własnych doświadczeń ofiary. Istnieje duże prawdopodobieństwo związania się ofiary z osobą podobną do sprawcy, która stanie się sprawcą wykorzystania wspólnych dzieci.

Identyfikacja ze sprawcą ma miejsce przeważnie w przypadku mężczyzn, którzy byli w przeszłości ofiarami CSA. Dochodzi wtedy do wyboru takiej partnerki, która nie będzie umiała ochronić swoich dzieci przed wykorzystaniem, a była ofiara staje się sprawcą nadużyć seksualnych wobec wspólnych dzieci (Beisert 2004).

Being engaged in sexual activity by an adult is an experience unadjusted to the child's level of development, ignoring his or her needs, distressing, and sometimes traumatic. As such, it may lead to a variety of negative consequences – both short- and long-term – affecting different areas of the victim's functioning. The article presents the existing knowledge about the consequences of child sexual abuse.

Literatura

- Beisert M. (2004), *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Bryant R.A., Harvey A.G. (2003), *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Faller K.C. (1990), *Understanding child sexual maltreatment*, Sage, Newbury Park, CA.
- Finkelhor D. (1986), *A sourcebook on child sexual abuse*, Sage, Beverly Hills, CA.
- Friedrich W.N. (2004), *Bezpośrednie konsekwencje wykorzystywania seksualnego dzieci – przegląd literatury*, w: M. Sajkowska (red.), *Wykorzystanie seksualne dzieci. Teoria, badania, praktyka*, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa, s. 86–96.
- Glaser D., Frosch S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, przekł. I. Pospiszyl, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Haugaard J., Reppucci N. (1988), *The sexual abuse of children: A comprehensive guide to current knowledge and intervention strategies*, Longman, San Francisco-London.
- Herman J.L. (1999), *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, przekł. A. i M. Kacmąjor, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Kendall-Tackett K.A., Williams L.M., Finkelhor D. (1993), *Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies*, „Psychological Bulletin”, vol. 113, nr 1, s. 164–180.
- Kieślowski P. (2002), *Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży*, „Dziecko Krzywdzone” nr 1, s. 85–112.
- Salter A. (2003), *Pokonywanie traumy. Jak zrozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie*, przekł. W. Sulecki, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.
- Sobolewska Z. (2002), *Interwencje, diagnoza, terapia dzieci – ofiar przemocy seksualnej z doświadczeń terapeutów Centrum Dziecka i Rodziny Fundacji Dzieci Niczyje*, „Dziecko Krzywdzone” nr 1, s. 113–126.