

Zagrożenia wtórną wiktyimizacją dziecka – ofiary wykorzystywania seksualnego związane z badaniami sądowymi

MARTA SZYMAŃSKA-PYTLIŃSKA, ALEKSANDRA CHODECKA

Institut Psychologii UAM

Artykuł jest próbą uporządkowania i charakterystyki czynników oddziałujących na dziecko-ofiarę w sytuacji badania psychologiczno-seksuologicznego prowadzonego na potrzeby opinii sądowej. Autorki wskazują na potencjalne znaczenie zmiennych związanych z osobą ofiary, sprawcą wykorzystania, czynem, osobą badającego, i przebiegu samego badania w wystąpieniu wtórnej wiktyimizacji dziecka. Artykuł ma charakter przeglądowy, opisane w nim teorie i wyniki badań wykorzystano do postawienia hipotez o występowaniu czynników chroniących i czynników ryzyka wtórnej wiktyimizacji w sytuacji badania.

SŁOWA KLUCZOWE: BADANIE SĄDOWE, WTÓRNA WIKTYMIZACJA, WYKORZYSTANIE SEKSUALNE DZIECKA

Wstęp

Po uruchomieniu procedur sądowych w sprawie o wykorzystanie seksualne dziecko-ofiara staje przed trudnym emocjonalnie i poznawczo zadaniem uczestnictwa w przesłuchaniu i badaniach psychologiczno-seksuologicznych prowadzonych na potrzeby opinii sądowych przez biegłych psychologów seksuologów i lekarzy seksuologów.

Pospiszyl (2003) w przeglądzie różnego rodzaju definicji tego, kim jest ofiara wskazuje na dwa wspólne elementy. Pierwszym jest niewinność – niezastugiwanie osoby na to, co ją spotyka, a drugim instrumentalizm. Ofiara jest narzędziem

służącym realizacji czyjegoś celu. W kontekście przestępczości seksualnej tym celem może być na przykład realizacja seksualnych potrzeb sprawcy, bądź innych stojących za aktywnością seksualną.

W latach 2007–2010 Beisert (2012) prowadziła badania w grupie 248 sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci, osadzonych w 16 zakładach karnych na terenie Polski. Wyniki tych badań pozwalają scharakteryzować wykorzystywane ofiary pod kątem wieku, płci i relacji ze sprawcą. Pokazały one, że wraz ze wzrostem wieku dziecka rośnie częstość wykorzystania. Do grupy najwyższego ryzyka stania się ofiarą wykorzystania seksualnego należą dzieci w pierwszej fazie okresu dojrzewania: między 11 a 14 rokiem życia (50,5%, czyli 90 ofiar^{1,2}). Badani mężczyźni w znacznej większości wykorzystywali dziewczęta (68,7% ofiar). Dominowały wykorzystania heteroseksualne (72,2%). Rzadziej sprawcy dopuszczali się przestępstw seksualnych wobec chłopców (wykorzystania homoseksualne stanowią 18,1%) i wykorzystania biseksualnych (9,7%). Sprawcami były zarówno osoby obce ofierze (51,6%), jak i jej znane (48,4%) (Beisert, 2012).

Wokół pojęcia wiktylizacji

Do opisanego tego, co dzieje się z ofiarą wskutek doświadczenia przemocy (nie tylko seksualnej, ale różnych jej form) wiktymolodzy sformułowali pojęcie wiktylizacji. Wyróżnia się wiktylizację pierwotną i wtórną. Pierwsza dotyczy bezpośrednich skutków zdarzenia o charakterze traumatycznym. Druga opisuje następstwa płynące z reakcji społecznego otoczenia ofiary na jej doświadczenie krzywdzenia i ze sposobów działania instytucji publicznych, których celem jest wymierzenie sankcji sprawcy i pomoc dziecku (por. Paluch, 2012a, 2012b). Następstwa w postaci wtórnej wiktylizacji będą wypadkową interakcji między cechami, typem, i formą reakcji społecznej, ale także ich subiektywnym odbiorem przez ofiarę.

Zarówno samo wykorzystanie seksualne, jak i warunki pomocy oraz reakcja otoczenia występujące po nim mogą, ale nie muszą, w subiektywnym doświadczeniu ofiary zostać przeżyte jako traumatyczne. Wszystkie one mają cechy, które mogą sprawić, że nabiorą znaczenia zdarzeń o charakterze traumatycznym. W piśmiennictwie (Freyd, 2001, Terr, 1991, 1994, za: Widera-Wysoczańska, 2011) można

1 W przypadku aż 70 ofiar w badaniach odnotowano brak danych na temat wieku dzieci.

2 Za każdym razem podano odsetek ważnych.

odnaleźć różne klasyfikacje zdarzeń traumatycznych, powstałe na bazie kryteriów uwzględniających różnice w zakresie tych cech. Są to m.in. kryterium czasowe – długość oddziaływania bodźca wywołującego stres, relacyjne – rodzaj relacji między takim bodźcem a ofiarą, emocjonalne – rodzaj odczuć wywołanych przez bodziec. Widera-Wysoczańska (2011) analizując te podziały dokonała ich integracji i wyodrębniła dwie grupy zdarzeń traumatycznych – proste i złożone. Do pierwszej grupy należą zdarzenia, którym może towarzyszyć wysoki lęk, ale niskie poczucie zdrady (typ I). Są to różnego rodzaju katastrofy, wypadki, ale także jednorazowa przemoc doświadczona ze strony osób obcych. W drugiej grupie znajdują się zdarzenia, które mogą budzić różny poziom lęku, ale cechują się dużym potencjałem wywołania poczucia zdrady. Może to być przemoc o różnym charakterze spowodowana przez osoby obce, ale pełniące ważne role społeczne i w związku z tym takie, wobec których osoba ma prawo rozwinąć poczucie zaufania (kierownik, przywódca duchowy, nauczyciel, psycholog lub lekarz). Inną podgrupę stanowią sytuacje przemocy o charakterze przewlekłym. Najczęściej dotyczy to przemocy, która trwa długo, ma różne formy i jest doświadczana ze strony osób bliskich, członków rodziny (typ II). Wykorzystanie seksualne, w zależności od okoliczności, można zaliczyć do typu I lub II. Podobnie sytuacja przedstawia się w kwestii badania sądowego. W zależności od jego przebiegu będzie ono bardziej lub mniej narażało osobę pokrzywdzoną na dodatkowe negatywne przeżycia. Należy jednak podkreślić, że sama natura badania – cel skierowany na wyjaśnienie sytuacji, a zatem przywołujący wspomnienia dotyczące zdarzenia wykorzystania seksualnego, kontakt z obcą osobą czy też badanie ginekologiczne, jeśli jest wymagane – może wywołać, ze względu na przekroczenie bariery intymności, wrażenie inwazyjności. Badanie, w zależności od potrzeb, może obejmować bardzo różne elementy. Może składać się z części psychologicznej oraz medycznej (somatycznej). Pierwsza z nich dotyczy rozwoju i funkcjonowania psychicznego oraz seksualnego. W przypadku dziecka przeprowadzany jest wywiad z rodzicem, ale także rozmowa z samym dzieckiem. Ta część obejmuje zastosowanie zestawu narzędzi psychologicznych pozwalających na diagnozę funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Celem jest m.in. sprawdzenie możliwości poznawczych dziecka pozwalających na udział w przesłuchaniu, lub rozpoznanie nieprawidłowości rozwojowych uprawdopodobniających zaistnienie określonego zdarzenia w doświadczeniu ofiary (rozpoznanie symptomów nadużycia seksualnego, regresji w rozwoju itp.). Badanie medyczne może obejmować badanie internistyczne, neurologiczne oraz ginekologiczne. Jego celem jest rozpoznanie objawów fizykalnych mogących być następstwem ewentualnej przemocy seksualnej (Eichstaedt, Gałęcki, Depko, 2012).

Każdy z etapów postępowania sądowego, w tym samo badanie, naraża ofiarę – osobę badaną na konieczność odtworzenia wspomnień związanych z nadużyciem. Jest to jeden z największych czynników ryzyka doświadczenia tego postępowania jako traumatycznego. Dzieje się tak za sprawą mechanizmów leżących u podstaw powstawania traumy.

W 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło do podręcznika nową jednostkę – zespół stresu pourazowego (PTSD – *Post Traumatic Stress Disorder*), gdzie zdefiniowano również wywołujące je zdarzenia. Jest to sytuacja wywołująca u większości ludzi stan wzmożonego dystresu, przekraczająca zwykłe zdolności adaptacyjne. Jest ona spowodowana narażeniem na ryzyko zagrożenia życia, uszkodzenia ciała lub naruszenia fizycznej integralności i wywołuje silne reakcje emocjonalne w postaci lęku, bezradności i grozy (Dudek, 2003). Teorie wyjaśniające mechanizm powstawania zaburzenia koncentrują się na przyczynach neurologicznych i psychologicznych. Na poziomie układu nerwowego dochodzi do nadmiarowego pobudzenia jego reaktywności. Ma ono za zadanie zmobilizować jednostkę do walki lub ucieczki, i jest naturalną reakcją w sytuacji zagrożenia. Trauma pojawia się, gdy nie ma takich możliwości działania. Układ samoobrony ulega przeciążeniu i dezorganizacji. Zachodzi wtedy zjawisko utrzymywania się poszczególnych reakcji odpowiedzi na zagrożenie, w wynaturzonej formie, długo po takim zdarzeniu. Dochodzi do zmian w pobudzeniu fizjologicznym, pamięci, procesach poznawczych i uczuciowości jednostki. Może także dojść do rozszczepienia poszczególnych elementów reakcji. Zaczynają one funkcjonować jako objawy stresu pourazowego (Herman, 2004).

Herman (2004) porządkuje je i opisuje w trzech głównych kategoriach objawów zespołu stresu pourazowego. Są nimi nadmierne pobudzenie, wtargnięcie i zawężenie. Nadmierne pobudzenie odzwierciedla uporczywe oczekiwanie na niebezpieczeństwo, może przejawiać się w postaci drażliwości, nadmiernej czujności, wybuchów złości czy koszmarów sennych. Wtargnięcie dotyczy przeżywania na nowo przeszłych wydarzeń przez nagłe odczuwanie tych samych emocji bądź doznań, a także uporczywych wspomnień na jawie czy w snach związanych z urazowym doświadczeniem. Te zdarzenia są często zapamiętywane w postaci wrażeń i obrazów, nie zaś w formie zwerbalizowanej. Dlatego ofiarom często trudno mówić o tym, co je spotkało, bardziej powraca to w ich pamięci właśnie w takiej formie przybierając postać wtargnięć. Zdarza się także, że osoby nieświadomie odgrywiają w życiu pewne aspekty traumatycznej sytuacji w zamaskowanej formie. U dzieci widać to w zabawie czy odgrywaniu scenek. Próby obrony przed wtargnięciami mają zazwyczaj negatywne konsekwencje, ponieważ ofiara starając się uciec od

tych wydarzeń wywołuje u siebie szereg objawów z trzeciej grupy – zawężenia. Wycofuje się z kontaktów z innymi i zubaża swoje życie, aby być narażona na jak najmniej bodźców mogących wywoływać bolesne wspomnienia. Innym sposobem obrony jest zawężenie świadomości, objawiające się tym, że ofiara odtwarza wydarzenia w sposób częściowy, na przykład nie przeżywając świadomie emocji, które są z nimi związane, bądź blokując dostęp do śladów pamięciowych, które ich dotyczą. Zwykle prowadzi to do nieadekwatnego funkcjonowania – ofiara przypomina sobie zdarzenie, ale z powodu braku dostępu do przeżywanego afektu nie jest w stanie rozładować napięcia, które mu towarzyszy, bądź przeżywa intensywne doznania, ale nie potrafi zidentyfikować ich źródła. Powoduje to izolowanie się od świata i potęgowanie wrażenia wrogości i wyobcowania.

W podobny sposób zespół stresu pourazowego jest opisywany przez Salter (2003) w kontekście konsekwencji wykorzystania seksualnego. Autorka opisuje go jako cykl intruzywnych myśli, fantazji i emocji dotyczących traumatycznego wydarzenia, po których następuje okres odrętwienia lub wypierania uczuć. Na skutek silnego wydarzenia urazowego i pojawiających się wówczas ogromnych emocji, zdolność osoby do przetwarzania informacji i jej system samoobrony ulegają dezorganizacji.

W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 (2000) powyższe objawy zostały opisane w postaci dwóch jednostek diagnostycznych – ostrej reakcji na stres (F43.0) oraz zaburzenia stresowego pourazowego (F43.1).

Charakter opisanych objawów, szczególnie wtargnięć, sprawia, że wszelkie sytuacje budzące skojarzenia z sytuacją przemocy, także badanie w tej sprawie, mogą doprowadzić do ich wystąpienia. Co więcej, opisane objawy mogą znacząco wpływać na przebieg badania. Choć będą one wskaźnikami potwierdzającymi wystąpienie zdarzenia traumatycznego, to w praktyce klinicznej i sądowej można spotkać się z tym, że są one odbierane jako niechęć do współpracy, nieumiejętność odtworzenia zdarzeń, a w końcu wrażenie nieadekwatności przeżywanych emocji wobec opowiadanych treści, a zatem czynniki wzbudzające wątpliwość co do prawdziwości wypowiedzi ofiary. Takie ustosunkowanie badającego może zwrotnie przyczynić się do przekształcenia sytuacji badania ze zorientowanej na niesienie pomocy ofierze we wtórnie traumatyzującą.

Czynniki warunkujące wystąpienie wtórnej wiktymizacji ofiary mogą pochodzić z różnych okresów w stosunku do zdarzenia przemocy. Można je podzielić na występujące przed sytuacją wykorzystania, w trakcie jej trwania oraz po jej zakończeniu. Przedmiotem rozważań w niniejszym artykule jest proces wtórnej wiktymizacji, który jest potencjalnym skutkiem niewłaściwych oddziaływań

otoczenia po ujawnieniu wykorzystania, więc czynniki z pierwszej i drugiej grupy będą nazywane przeszłymi, natomiast czynniki z grupy trzeciej – terażniejszymi. Spośród czynników przeszłych znaczenie będą miały warunki związane z ofiarą, czynem i sprawcą. Do czynników terażniejszych można zaliczyć przebieg procesu ujawnienia zdarzenia, zakres i jakość wsparcia udzielanego ofierze przez najbliższe otoczenie oraz instytucje profesjonalne, działania wymiaru sprawiedliwości, w tym przebieg samego badania prowadzonego na potrzeby opinii sądowej. Poniżej zaprezentowano wyniki badań, które wskazują na udział poszczególnych grup czynników w powstawaniu negatywnych następstw wykorzystania seksualnego. Zgodnie z podziałem zaznaczonym wyżej, zostały one przypisane do trzech grup – cech po stronie ofiary, po stronie czynu i po stronie badania. Jest to podział powstały na potrzeby niniejszego artykułu, niemniej rezultaty tych badań wskazują, że wszystkie one są ze sobą powiązane i wzajemnie się warunkują.

Czynniki przeszłe: warunki po stronie ofiary, czynu i sprawcy

Reakcja dziecka na wykorzystanie seksualne i przebieg procesu wiktyimizacji dokonują się na kanwie jego rozwoju psychoseksualnego. Poziom rozwoju dziecka-ofiary, jego wiek, kompetencje i możliwości wpływają na poziom ryzyka wiktyimizacji, czy formę przejawianych symptomów (Finkelhor, 2007), a także determinują reakcje i obraz wewnętrznych przeżyć towarzyszących dziecku w sytuacji badania. Finkelhor (2007) podkreśla, że moment rozwojowy, w jakim znajduje się dziecko, zwiększa lub zmniejsza jego potencjalną podatność na różne rodzaje wiktyimizacji. Rozwijając się dzieci nabywają i tracą cechy predysponujące do stania się ofiarą przestępstw różnego typu (np. im starsze dziecko, tym częściej nosi przy sobie pieniądze, więc staje się bardziej niż dotychczas narażone na kradzież i napaść), ale też zmienia się zakres ich kompetencji obronnych (np. w związku z rozwojem motorycznym zwiększa się możliwość ucieczki przed sprawcą w sytuacji doświadczania przemocy). Analogii takiego rozumowania można dokonać kierując je na sytuację badania seksuologicznego – starsze dziecko ma większe możliwości werbalizacji własnej niechęci wobec uczestnictwa w badaniu, jest bardziej decyzyjne i niezależne. Zmienia się także jego perspektywa oceny zdarzeń, w których uczestniczy, dzięki zwiększającym się możliwościom decentracji i wychodzeniu z normatywnego rozwojowo egocentryzmu (por. Trempała, 2008).

Psychologowie zajmujący się tematyką stresu i radzenia sobie z nim identyfikują w badaniach empirycznych, prowadzonych zgodnie z ujęciem salutogennym, czynniki związane z indywidualnymi właściwościami człowieka, które umożliwiają mu niwelowanie negatywnych skutków doświadczenia stresowego. Wiktymolodzy przyjmują odmienną perspektywę, poszukują czynników ryzyka stania się ofiarą przemocy, a także tych elementów w funkcjonowaniu ofiary, które czynią ją podatną na wystąpienie u niej różnego rodzaju zaburzeń. Ten sposób myślenia o człowieku jest zakorzeniony w modelu patogenetycznym. Oba te podejścia pozostają względem siebie komplementarne (por. Sęk, 2006) i mogą posłużyć scharakteryzowaniu funkcjonowania ofiary wykorzystania seksualnego, które będziemy obserwowali w sytuacji badania seksuologicznego.

Heszen (2013) wskazuje na kilka swoistych cech chroniących osobę w sytuacji doświadczania stresu. Indywidualne różnice między ofiarami w zakresie odporności na stres decydują o tym, że w sytuacji doświadczenia tego samego rodzaju przemocy seksualnej te osoby zareagują inaczej. Wyrażają się one w subiektywnej ocenie poznawczej bodźca stresogennego, która jest pośredniczona przez poczucie koherencji jednostki (*sense of coherence* – SOC) (por. Lazarus, Folkman, 1984, Antonovsky, 1987/1995, za: Heszen, 2013). Stanowi ono o globalnej orientacji jednostki, która obejmuje trzy elementy: (1) poczucie zrozumiałości (decydujące o tym, że bodźce docierające do jednostki są przez nią postrzegane jako przewidywalne, ustrukturowane i wytłumaczalne); (2) poczucie zaradności (odwołujące się do oceny zasobów, jakimi dysponuje jednostka w kategoriach ich wystarczalności do poradzenia sobie z wymaganiami wyznaczanymi przez napływające bodźce); (3) poczucie sensowności (dotyczące oceny bodźców zewnętrznych w kategoriach wyzwań, w które warto się zaangażować i zainwestować własny wysiłek). Osoby o wysokim poczuciu koherencji są elastyczne w wyborze strategii radzenia sobie w sytuacji stresowej, posiadają duże zasoby, mniejszą liczbę bodźców pojawiających się w otoczeniu interpretują jako stresory. Poczucie koherencji zwiększa efektywność procesów radzenia sobie do tego stopnia, że w ogólnym bilansie korzyści z wydarzenia stresowego przewyższają niekorzystne skutki (Heszen, 2013). Renck i Rahm (2005) prowadzili badania nad poczuciem koherencji kobiet, które w dzieciństwie były ofiarami wykorzystania seksualnego³. Przebadane

3 Zgodnie z założeniami Antonovsky'ego SOC rozwija się na bazie wczesnodziecięcych doświadczeń w trakcie okresu dzieciństwa, dorastania i wczesnej dorosłości i osiąga względną stabilność po trzydziestym roku życia. Jakość tych doświadczeń, a także czynniki społeczno-kulturowe i indywidualne charakterystyki jednostki wyznaczają wysokość poczucia koherencji (Renck, Rahm, 2005).

przez autorów kobiety ($n = 81$) osiągały średnie wyniki SOC ($M=104,1$) niższe niż chorzy na schizofrenię ($M=129$), pacjenci chorujący na nowotwory ($M=117$), czy amerykańscy studenci ($M=129,5$). Niskie poczucie koherencji u ofiary nadużyć przyczynia się do gorszego radzenia sobie ze stresem życiowym i ułatwia rozwój objawów PTSD. W omawianym badaniu czynnikiem związanym z wyższym poczuciem koherencji okazały się być relacje ze współpracownikami. Wyjaśniały one 31,7% wariancji SOC i pokazały, że wsparcie ze strony innych osób ma potencjał zwiększania zakresu poczucia koherencji kobiet-ofiar wykorzystania seksualnego w dzieciństwie⁴.

Lynskey i Ferguson (1997) dążyli do zidentyfikowania czynników odróżniających ofiary wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, u których we wczesnej dorosłości występowały problemy z przystosowaniem lub rozwinęły się zaburzenia psychiczne, od tych, które zachowały zdrowie psychiczne. Autorzy w regularnych odstępach czasu⁵ badali 1025 dzieci z Nowej Zelandii, aż do osiągnięcia przez nie 18 roku życia. Dziesięć procent badanych (107 osób) ujawniło wykorzystanie w trakcie wywiadu prowadzonego na zakończenie badania. Te dzieci, które doświadczyły nadużycia seksualnego w okresie do 16 roku życia znalazły się w grupie podwyższonego ryzyka przejawiania trudności w wieku 16–18 lat. Prognozowane zakłócenia funkcjonowania dotyczyły występowania depresji, lęku, zaburzeń zachowania, nadużywania alkoholu, uzależnień, objawów traumy i prób samobójczych. Nie u wszystkich z nich wystąpiły spodziewane trudności. Spośród dzieci, które doświadczyły wykorzystania, 24,3% nie spełniało kryteriów któregośkolwiek z zaburzeń przystosowania (zgodnie z klasyfikacją DSM-IV). Na to, jaki zakres trudności wystąpił wpływały dwa czynniki: zakres powiązań w okresie dojrzewania z rówieśnikami, którzy prezentowali zachowania przestępcze lub używali substancji psychoaktywnych oraz zakres opieki i wsparcia ojcowskiego w dzieciństwie. Jeżeli dziecko, które doświadczyło wykorzystania seksualnego w niskim stopniu angażowało się w relacje z rówieśnikami prezentującymi zachowania przestępcze lub używającymi alkoholu, prawdopodobieństwo

4 Wyniki cytowanych badań należy generalizować ostrożnie. Osobami badanymi były kobiety zgłaszające się do uczestnictwa w grupach samopomocy i chociaż badanie prowadzono zanim grupa się rozpoczynała, to wszystkie one charakteryzowała silna motywacja do poszukiwania wsparcia i pomocy, co odróżnia je od reszty wykorzystanych w dzieciństwie ofiar, które z takiej pomocy nie poszukują.

5 Pierwsze badanie miało miejsce w dzień urodzenia dziecka, drugie po 4 miesiącach, a kolejne w rocznych odstępach aż do osiągnięcia przez dziecko 16 roku życia, ostatnie odbyło się w 18 roku życia dziecka.

wystąpienia u niego zaburzeń psychicznych czy przystosowania było mniejsze. Jeżeli dziecko rozwinęło wcześniej adekwatną więź z ojcem, opartą na otrzymywaniu wsparcia, miłości i opiece, malało u niego prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych i przystosowania po doświadczeniu wykorzystania seksualnego. Czynniki chroniącymi okazały się być jakość i rodzaj relacji rówieśniczych i rodzinnych (Lynskey, Ferguson, 1997).

Adaptacja do sytuacji pokrzywdzenia jest uwarunkowana wyuczonymi wzorcami reagowania ofiary (wykształconymi w kontakcie z bliskimi osobami oraz przypisanymi do ról płciowych) i jej strategiami obrony i radzenia sobie ze stresem (biorąc pod uwagę ich rodzaj: zorientowane na zadanie *vs* na emocje, jak i cechy: elastyczność, efektywność, skutki dla kształtowania się schematu „ja”) (Pospiszyl, 2003). Inną zmienną związaną z adaptacją do zdarzenia traumatycznego jest umiejętność pozyskania wsparcia społecznego od osób z najbliższego otoczenia ofiary (patrz: zdrada zaufania – Finkelhor, Browne, 1986, por. Glaser, Frosch, 1995). Badania nad znaczeniem wsparcia społecznego i strategii radzenia sobie z doświadczeniem wykorzystania u dzieci w wieku 7–12 lat ($n = 50$, 39 dziewczyn, 11 chłopców) prowadzili Trembley, Hébert i Piché (1999). Istotne okazały się być związki między postrzeganym przez dziecko wsparciem społecznym ze strony rodziców i rówieśników a eksternalizacją problemów oraz z globalnym poczuciem własnej wartości. Im bardziej dziecko spostrzega, że otoczenie udziela mu wsparcia, tym wyższa jest jego samoocena i tym mniej przejawia problemów w zachowaniu. Z przystosowaniem ma również związek jego styl radzenia sobie z wykorzystaniem: poleganie na strategiach unikowych wiązało się z niższą samooceną i większą liczbą problemów eksternalizacyjnych (agresja i zachowania przestępcze) i internalizacyjnych (wycofanie, lęk, dolegliwości somatyczne, objawy depresji) w zachowaniu. Jeżeli strategie radzenia sobie, preferowane przez dziecko będą miały charakter unikowy, to jest wysoce prawdopodobne, że w sytuacji badania sądowego ofiara będzie wycyfować się z kontaktu, unikać odpowiedzi na pytania bezpośrednio dotyczące zdarzenia czy sprawcy, koncentrować uwagę lub angażować się w działania pomagające jej zredukować lęk i odzyskać równowagę.

Dla adaptacji jednostki do doświadczenia nadużycia seksualnego (i jej zachowania się w sytuacji badania) znaczenie ma także styl wyjaśniania zdarzeń, jakim się posługuje. Wyraża on poznawczą tendencję do oceny zdarzeń pojawiających się w życiu ofiary na podstawie o schematu zbudowanego na bazie jej wcześniejszych doświadczeń. Ocena ta odwołuje się najczęściej do dwóch kategorii zewnętrżność – wewnętrzność przyczyny zdarzenia i optymizm – pesymizm, co do nadawanego

mu emocjonalnego znaczenia i ma na celu obronę ego (Pospiszyl, 2003). Badania nad znaczeniem oceny doświadczenia wykorzystania seksualnego w rozwoju objawów klinicznych u nastolatków w wieku 12–18 lat ($n = 100$) prowadzili m.in. Bal, Crombez, De Bourdeaudhuij i Van Oost (2009). Nastolatki, które oceniały wykorzystanie jako bardziej zagrażające, przejawiały więcej internalizujących i eksternalizujących objawów traumy. Negatywne oceny wiązały się u nich również z większym unikaniem, jak i korzystaniem z aktywnych strategii radzenia sobie. Wsparcie udzielane ofierze towarzyszyło mniej negatywnym oszacowaniom i wykorzystywaniu bardziej aktywnych strategii radzenia sobie.

Duże znaczenie ma również liczba trudnych doświadczeń występujących w życiu jednostki, która może prowadzić do przekroczenia jej psychofizycznych możliwości. Przeciążenie wynika z kumulowania się tych zdarzeń w tym samym lub zbliżonym czasie, kiedy zasoby po uporaniu się z wcześniejszym doświadczeniem nie zostały jeszcze odbudowane (Pospiszyl, 2003). Uczestnictwo w badaniu sądowym może być przez ofiarę odbierane jako dodatkowo obciążające i przyczyniać się do wystąpienia przeciążenia jej zasobów.

Same ofiary przypisują zdarzeniu wykorzystania różny wpływ na swoje życie i różnie je oceniają. Zielona-Jenek (2003) przytacza wyniki badań nad retrospektywnymi, subiektywnymi ocenami doświadczenia wykorzystania seksualnego w dzieciństwie przez ofiary. Wskazują one na współwystępowanie wzrostu odsetka negatywnych ocen zdarzenia z bliskością relacji ze sprawcą. Jeżeli sprawcą wykorzystania był członek rodziny ofiary to 67% z nich oceniało je negatywnie (75% jeżeli był to ojciec). Dla 4% badanych zdarzenie miało charakter pozytywny w tym sensie, że przyniosło poprawę jakości ich życia (Baker, Duncan, 1985, za: Zielona-Jenek, 2003). Powołuje się ona również na aktualniejsze dane, pochodzące z badań Lwa-Starowicza (2000a, za: Zielona-Jenek, 2003). Dotyczyły one wykorzystania kazirodczych i wynika z nich, że nadużycie przyniosło pozytywne skutki 30% badanych. Zielona-Jenek rekomenduje jednak ich ostrożną interpretację, ze względu na brak informacji o tym, kto dokonywał oceny zdarzenia w kategoriach pozytywne/negatywne – osoba badana czy badacz. Różnice w ocenach ofiar mogą wynikać ze złożonego i wieloznacznego obrazu konsekwencji, jakich doświadczają.

Poza objawami swoiście związanymi z kontaktem między dzieckiem i dorosłym (np. urazy wokół narządów płciowych), pojawia się szereg objawów nieswoistych, które mogą występować w funkcjonowaniu dziecka również wskutek innych zdarzeń w jego życiu. Kiembłowski (2006) podaje, że 10% ofiar nie odczuwa długotrwałych następstw traumy seksualnej (tj. utrzymujących się między

3 a 6 tygodniami od zdarzenia), 75% ofiar przemocy seksualnej doświadcza ich przez rok, u 10–15% mają one charakter przewlekły. Osoby z tej grupy najczęściej sięgają po stałą pomoc psychologiczną.

Z powyższego opisu wynika, że ofiary różnią się między sobą nie tylko momentem pojawienia się objawów (bezpośrednio po zdarzeniu/odroczone), ich rodzajem, ale także trwałością ich utrzymywania się (przemijające/przewlekłe). Informacje te sugerują, by oceniając funkcjonowanie dziecka-ofiary na zlecenie sądu posługiwać się nie tylko diagnozą nomotetyczną, pozwalającą scharakteryzować poszczególne elementy jego funkcjonowania w odniesieniu do norm populacyjnych, ale także diagnozą idiograficzną, zogniskowaną wokół jego indywidualnych właściwości – sposobu przeżywania ludzi i świata, języka opisu tych doświadczeń, zasobów etc. Odroczenie występowania objawów może zbiec się w czasie z sytuacją prowadzenia badania seksuologicznego na potrzeby opinii seksuologicznej. Stąd lekarz seksuolog lub psycholog seksuolog mogą obserwować wiele zróżnicowanych reakcji, nieadekwatnych do aktualnych warunków, ale uzasadnionych z punktu widzenia tego, co w danym momencie przeżywa dziecko, będących skutkiem radzenia sobie z traumą.

Steel, Sanna, Hammond, Whipple, Cross (2004) badali, w jakim stopniu cechy związane z czynem przyczyniają się do rozwoju długotrwałych konsekwencji psychologicznych doświadczenia wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Liczba sprawców i czas trwania nadużycia okazały się bezpośrednio związane z przeżywaniem stresu w dorosłości. Pozostałe charakterystyki miały znaczenie po uwzględnieniu zmiennych pośredniczących związanych z indywidualnymi cechami ofiary: stylem radzenia sobie ze stresem i stylem atrybucji. Osoby badane, które przed 18 r.ż. doświadczyły niechcianego lub wymuszonego kontaktu seksualnego w porównaniu z tymi, które takiego kontaktu nie miały wykazywały wyższy poziom stresu psychologicznego. Czas trwania nadużycia pozostawał w związku z psychologicznym stresem ofiary również za pośrednictwem takiej zmiennej, jak wewnętrzna atrybucja wykorzystania seksualnego. Te wyniki korespondują z danymi uzyskiwanymi przez innych badaczy (por. Zielona-Jenek, 2003). Im więcej osób wykorzystuje seksualnie dziecko, tym bardziej zawęża się krąg tych, którym może ono ujawnić wykorzystanie i uzyskać wsparcie. Im dłużej trwa wykorzystanie, tym większe konsekwencje ponosi ofiara w przyszłości i tym bardziej prawdopodobne, że dokona wewnętrznej atrybucji tego zdarzenia obwiniając siebie, a nie sprawcę. Jeżeli trauma seksualna ma charakter jednorazowy łatwiej jest przypisać jej zaistnienie czynnikom zewnętrznym. Zmiennymi, które pozostawały w związku z konsekwencjami odczuwanymi w dorosłości, ale

zapośredniczonymi przez style atrybucji i radzenia sobie ze stresem były: opór ofiary w trakcie nadużycia, wiek ofiary w czasie, gdy doszło do wykorzystania, uczestnictwo w nadużyciu. Relacja ze sprawcą, używana przez niego siła, wiek ofiary w czasie wykorzystania i uczestnictwo w nadużyciu pozostawały w związku ze sobą. Im starsza ofiara, tym częściej sprawcą wykorzystania była osoba z rodziny i tym częściej używano wobec niej przemocy fizycznej. W związku ze sobą były również zmienne: częstość wykorzystania, czas trwania i liczba sprawców. Jak już wcześniej wspomniano czynniki pozostające po stronie czynu nie działały w izolacji od pozostałych (Steel i in., 2004).

Feiring i Cleland (2007) badali jak zmienia się atrybucja doświadczenia wykorzystania seksualnego u dzieci w ciągu sześciu lat od ujawnienia⁶. Ofiarom zadawano pytanie o to, jak sądzą, dlaczego wykorzystanie przytrafiło się im, a następnie prezentowano skalę ocen opisującą, w jakim stopniu sobie przypisują odpowiedzialność za wystąpienie tego zdarzenia. W przypadku obu narzędzi uzyskano ten sam rezultat: wraz z upływem czasu obwinianie sprawcy stawało się bardziej powszechne niż samoobwinianie. Penetracja w trakcie kontaktu wiązała się z wyższym wskaźnikiem samoobwiniania, mniejszą atrybucją winy po stronie sprawcy. Jeżeli sprawca używał siły, to respondenci częściej winili jego, a nie siebie za doświadczenie nadużycia. Początkowe atrybucje własnej winy pozwalały przewidzieć pojawienie się objawów depresyjnych i intruzji. Atrybucje związane z winą sprawcy nie były powiązane z objawami.

Cytowane wyżej badania Rencka i Rahma (2005) brały również pod uwagę związki między charakterystykami czynu i poczuciem koherencji dorosłej ofiary. Kobiety z wczesnym początkiem nadużyć seksualnych w dzieciństwie osiągały niższe wyniki w zakresie poczucia koherencji niż kobiety, u których do wykorzystania doszło później. Niższe średnie wyniki w zakresie SOC osiągały kobiety młodsze (w wieku 20–29 lat) niż starsze (w wieku 30–39, 40–49 i 50–59 lat). Niższe wyniki w zakresie poczucia koherencji uzyskiwały kobiety, które nie pamiętały, jak długo trwało wykorzystanie. Czas trwania nadużycia wyjaśniał wielkość poczucia koherencji w 10,30%.

W zależności od opisanych powyżej cech zdarzenia u dziecka może wystąpić zindywidualizowana reakcja, z którą będzie miała do czynienia osoba badająca. Może to być całe spektrum objawów nasilonych na skutek wystąpienia czynników

6 Badaniu poddano 160 dzieci w wieku 8–15 lat, pierwsze spotkanie miało miejsce w przeciągu 8 tygodni od zgłoszenia wykorzystania. Kolejne wywiady miały miejsce po roku i sześć lat później (n = 121) (Feiring, Cleland, 2007).

opisanych powyżej, jak i ofiara może nie przejawiać w zachowaniu żadnych cech zaburzonego funkcjonowania.

Dodatkowo, jako podgrupę czynników warunkujących reakcję ofiary na wykorzystanie, ale także na przeżycia związane z badaniem można uznać cechy samego sprawcy. Zielona-Jenek (2003) dokonując przeglądu badań na ten temat wskazuje, że takie cechy, jak stopień znajomości i pokrewieństwa, charakter relacji z ofiarą oraz płeć i wiek sprawcy mają znaczenie dla intensyfikowania symptomów wykorzystania. Im bliższe relacje i im bliższy stopień pokrewieństwa z ofiarą, tym większe poczucie zdrady zaufania i nasilenie negatywnych konsekwencji. Analizując znaczenie tego czynnika na przebieg badania jako potencjalnego źródła wiktymizacji trzeba mieć na uwadze, że osoba z silnie naruszonym poczuciem zaufania wobec innych może w podobny sposób reagować na osobę badającą, a dodatkowo postrzegać ją jako potencjalne źródło przykrych przeżyć (osoba obca, pytające o trudne, intymne sprawy). Dodatkowo cytowane badania wskazują na znaczenie płci męskiej u sprawcy jako predyktora większej liczby objawów, a także wieku i ilość sprawców – im starszy i im więcej osób, tym większe ryzyko pojawienia się negatywnych objawów (Finkelhor, 1986, za: Zielona-Jenek, 2003). Wracając do informacji na temat mechanizmów powstawania traumy, można sobie wyobrazić, że pewne cechy osoby badającej będą w świetle przedstawionych danych oraz w świetle zindywidualizowanego doświadczenia dziecka niekorzystne z uwagi na fakt, że mogą stanowić bodziec spustowy dla pojawienia się nagłych, niechcianych wspomnień (wtargnięcie). Tym samym, przez intensyfikowanie negatywnych odczuć w sytuacji badania będą zwiększać ryzyko powtórnej wiktymizacji.

Czynniki terazniejsze: reakcja otoczenia, warunki po stronie badania

W opisanych dotąd badaniach jedną z najczęściej pojawiających się zmiennych jest wsparcie społeczne, jako potencjalny czynnik chroniący przed konsekwencjami trauma-tycznych wydarzeń. Ujawnienie wykorzystania seksualnego niekoniecznie jednak wiąże się z możliwością jego uzyskania. Niektórzy badacze wskazują wręcz, że sama sytuacja ujawnienia wykorzystania seksualnego może stanowić większą traumę niż samo jego doświadczenie (Hugaard, Reppucci, 1988, za: Uławska, 2007). Niemniej liczne badania wskazują, że odpowiednia reakcja otoczenia może mieć znaczący niwelujący wpływ na powstawanie traumy

(por. Beisert, 2004). Podobnie jest w przypadku doświadczeń odnoszących się do roli instytucji w reagowaniu na ujawnienie zdarzenia wykorzystania. W jednym z badań (Runyan, 1987 za: Beisert, 2004) wykazano związek między sprawną pomocą w postaci natychmiastowego i jednorazowego badania, a mniejszą ilością negatywnych następstw przeżytej przemocy. Okazało się jednak, że to przewidywania i wyobrażenia na temat badania stanowiły czynnik urazowy. Wskazuje to na dużą rolę subiektywnego odbioru interwencji w powstawaniu wtórnej traumatyzacji. Jednym z modeli mogących służyć wyjaśnieniu sposobu kształtowania się wtórnej traumy pod wpływem badania seksuologicznego jest model Finkelhora i Browne (1986), będący przykładem psychologicznych koncepcji powstawania traumy na skutek doświadczenia wykorzystania seksualnego. W jego ramach wyodrębniono cztery dynamiczne czynniki traumatyzujące. Ich współwystępowanie jest swoiste dla wykorzystania seksualnego. Oddziałują one na psychikę ofiary zmieniając jej poznawczą i emocjonalną orientację w świecie, i tym samym zniekształcając obraz siebie i innych, a w dalszej perspektywie zaburzając funkcjonowanie psychospołeczne. Te cztery czynniki to, pozostające ze sobą w interakcji, urazogenna seksualizacja, zdrada zaufania, bezsilność oraz stygmatyzacja. (por. Zielona-Jenek, 2003; Zielona-Jenek, Chodecka, 2010; Chodecka, 2011). Z uwagi na to, że sytuacja badania może zostać przez ofiarę włączona w całość doświadczenia wykorzystania, czynniki te mogą wystąpić również w odniesieniu do niej.

Urazogenna seksualizacja, polegająca na niewłaściwej ingerencji sprawcy w rozwój seksualności dziecka może mieć swój odpowiednik w sytuacji badania w postaci nieodpowiedniego potraktowania granic intymności dziecka i pojawiających się w związku z tym jego negatywnych odczuć. Niewłaściwe zachowanie badającego może obejmować nadmierną koncentrację na treściach seksualnych, używanie języka nieadekwatnego do wieku ofiary (infantylizowanie, medykalizacja), uprzedmiotawiający stosunek do sfery intymnej osoby badanej (brak uzyskania zgody na badanie i udzielenia informacji o jego przebiegu).

Kolejnym czynnikiem wymienianym w tym modelu jest bezsilność. Jest on związany z naruszaniem przestrzeni ciała dziecka wbrew jego woli i odczuwanym pragnieniom oraz pozostawianiem wobec dorosłego w relacji opieki, zależności bądź władzy. Odbywa się to w sytuacji realnego braku możliwości przerwania przez dziecko kontaktu ze sprawcą. Po pierwsze z powodu nierównowagi możliwości fizycznych obu stron, po drugie ponieważ uderza w przyjęty często przez dzieci porządek świata dotyczący tego, że dorosły ma rację i dziecko powinno wypełniać jego polecenia. Relacja zależności dziecka od dorosłego pojawia się także

w sytuacji badania, dlatego szczególnie istotnym jest zadbanie o jego poczucie sprawstwa i kontroli. Może ono przyjmować postać respektowania prawa dziecka do wycofania się z mówienia o trudnym zdarzeniu, przerw w sytuacji, kiedy jest zmęczone, bądź umożliwienia kontaktu z opiekunem, z którym czuje się bezpieczne. Zmuszanie do poddania się badaniu, którego dziecko nie chce, w którym nie jest gotowe wziąć udział, będzie wzmacniać działanie tego czynnika i tym samym prowadzić do wtórnej wiktymizacji.

Zdrada zaufania dotyczy doświadczenia przez dziecko krzywdy ze strony osób, co do których oczekiwania są skrajnie odmienne. Krzywda doznana ze strony osoby dorosłej jest zdarzeniem zakłócającym obraz świata, w którym dorośli są względem dzieci osobami odpowiedzialnymi i postępującymi zgodnie z obowiązującymi normami. W przeżyciu dziecka to uczucie może powstać zarówno w odniesieniu do sprawcy, jak również innych osób, które z założenia powinny je chronić np. wobec rodziców, ale także osób badających – psychologów, lekarzy. Niewłaściwe zachowanie seksuologa w sytuacji badania może wzmacniać przekonanie dziecka o tym, że nikomu nie można ufać, że inni ludzie nie są źródłem opieki, troski i wsparcia.

Stygmatyzacja jest czynnikiem związanym z wkomponowaniem w obraz własnej osoby doświadczenia wykorzystania – odczuć i myśli na ten temat, a także na temat reakcji na to zdarzenie osób z otoczenia. Jego mechanizm jest oparty na kierowaniu wobec dziecka negatywnych komunikatów na temat jego udziału w sytuacji tego typu. Ich źródłem są sprawca i inne osoby w otoczeniu społecznym, a w sytuacji badania – osoby je przeprowadzające. Mogą to być komunikaty bezpośrednie, np. podważające prawdziwość osoby badanej, ale także sygnały niewerbalne, okazywanie niechęci, zdziwienia, lęku, budujących w dziecku poczucie dziwaczności, nienormalności tej sytuacji.

Cechy indywidualne osoby przystępującej do badania seksuologicznego, niezależnie od tego, czy jest to lekarz, czy psycholog, interferują z wszystkimi charakteryzowanymi powyżej czynnikami wpływając na jego przebieg. Ich świadomość zwiększa szansę kontrolowania i zmniejsza ryzyko wystąpienia wtórnej wiktymizacji u dziecka-ofiary, które badamy. Tak jak w przypadku cech ofiary jedne z nich minimalizują ryzyko wiktymizacji, a inne je zwiększają, tak w przypadku osoby badającej jej cechy mogą potencjalnie chronić ofiary przed wtórną wiktymizacją, jak i predysponować do niej. Przy czym nie występuje tutaj prosta, przyczynowo-skutkowa zależność między występowaniem tych cech u badającego i wtórną wiktymizacją u badanego. Wiąże się ona z wyznaczanymi sytuacją okolicznościami i przebiegiem kontaktu.

W zależności od cech wykorzystania powierzchniowe charakterystyki badającego, związane z jego wyglądem zewnętrznym: płeć, wiek, wzrost, ubiór etc. będą miały znaczenie w przebiegu kontaktu podczas badania seksuologicznego. Swoiste dla nich są niska kontrolowalność i dystynktywność. Przy pierwszym kontakcie to one rzutują na pierwsze wrażenie i skojarzenia u ofiary. Jeżeli te cechy lub elementy ubioru przypominają bodźce traumatyczne (np. podobieństwo do sprawcy) to, zgodnie z założeniami teorii poznawczych i behawioralnych, mogą one działać jak czynnik spustowy uruchomienia reakcji traumatycznej ofiary, często przyjmującej postać objawów PTSD, czy przywołania traumatycznych wspomnień. Prawdopodobieństwo skojarzenia bodźca neutralnego z traumatycznym rośnie w sytuacji, gdy wykorzystanie nie miało charakteru jednorazowego, ale trwało w czasie i mechanizmowi warunkowania towarzyszyła generalizacja (por. Lis-Turlejska, Łuszczynska, 2006). Czasami, lekarz seksuolog lub psycholog seksuolog konfrontują się z negatywnymi reakcjami ofiary zanim zdążą cokolwiek powiedzieć, czy zrobić. W uniknięciu wtórnej wiktymizacji dziecka w sytuacji badania ważne jest zadbanie o ten element relacji i (jeśli jest taka potrzeba) zmiana osoby badającej (np. z kobiety na mężczyznę, jeżeli sprawcą była kobieta, lub odwrotnie).

Praca z ofiarami traum seksualnych (także ze sprawcami i ofiarami innych form przemocy) wiąże się z doświadczaniem wtórnego stresu traumatycznego i może skutkować zastępczą traumatyzacją pomagającego, czy wypaleniem zawodowym. Niezależnie od tego, kim jest osoba pomagająca – terapeutą, lekarzem, pielęgniarką, pracownikiem społecznym (por. Little, 2002). Jednocześnie między tymi zjawiskami występują różnice zarówno na poziomie definicyjnym, jak i empirycznym (Brady, Guy, Poelstra, Brokaw, 1999) Wtórna traumatyzacja wiąże się z reakcjami pomagającego na ujawnienie traumy, jego empatycznym zaangażowaniem w kontakt z pacjentem i zmianami, jakie wywołuje w nim opis traumatycznego zdarzenia i narracja pacjenta. Te zmiany i reakcje dają się obserwować w postaci objawów, obrazem klinicznym przypominających PTSD (Brady i in., 1999). Występują wśród nich objawy afektywne, wtargnięcia i unikania, problemy ze snem, lęk, poczucie utraty kontroli i inne (por. Pearlman, Mac Ian, 1995, Hesse, 2002). Niektórzy badacze dowodzą, że sięgają one głębiej niż samo zachowanie i dotyczą zmian w schematach poznawczych odnośnie postrzegania świata, tożsamości, duchowości pomagającego (Pearlman, Mac Ian, 1995). Przeżyciom tym towarzyszą poczucie bezradności, złość, pragnienie odwetu (Dyregrov, Mitchell, 1992, za: Brady i in., 1999). Badania Brady i in. (1999) wykazały, że rodzaj traumy, z jaką mają do czynienia terapeuci nie ma znaczenia dla przejawiania przez nich

objawów wtórnej traumatyzacji oraz że praca z ofiarami przemocy seksualnej może wzmacniać rozwój duchowy terapeutów, a nie go zaburzać (badania prowadzono w próbie 1000 terapeutek). Znajduje to swoje odzwierciedlenie w procesach związanych z przeciwprzeniesieniem pojawiającym się w relacji pomocowej. (por. Lis-Turlejska, Łuszczynska, 2006).

Przeżycia tego rodzaju mogą istotnie wpłynąć na przebieg procesu diagnostycznego i konstytuowanie się kontaktu między seksuologiem i dzieckiem w sytuacji badania. Mogą się przejawiać w tworzeniu dystansu, okazywaniu złości, szoku, utraty nadziei, bezradności wobec sytuacji pokrzywdzonego, łamaniu zasady neutralności, odrętwienia, unikania rozmów o traumie, niekoniecznie na poziomie deklaracyjnym i inne. Na etapie integrowania wyników diagnozy i wydawania opinii może skutkować wychodzeniem poza dostarczony przez badanego materiał i formułowania ocen na podstawie własnych przekonań, a nie obiektywnej wiedzy. Te twierdzenia ilustrują ryzyko, jakie wiąże się z pracą z traumą i są efektem transferu wyników badań empirycznych prowadzonych z udziałem terapeutów, a nie biegłych sądowych, a więc mają status hipotez i wymagają weryfikacji empirycznej w tej swoistej grupie osób.

Rolę moderatora występowania objawów pełni wsparcie społeczne otrzymywane przez terapeutę/lekarza w miejscu pracy od współpracowników (Munroe i in., 1995). Znaczenie ma również liczba pacjentów po traumie w stosunku do wszystkich pacjentów przyjmowanych przez badającego (aktualnie, tzn. w momencie pomiaru i w całej karierze zawodowej), a więc innymi słowy częstość ekspozycji na traumę (Brady i in., 1999). Seksuologia jest wąską specjalizacją z pogranicza psychologii i medycyny, certyfikat seksuologa klinicznego posiada niewielu profesjonalistów, certyfikowanych supervisorów jest jeszcze mniej. Chcąc zasięgnąć opinii specjalisty, sąd nie ma zbyt wielu możliwości wyboru osoby badającej. Seksuolodzy są przeciążeni pracą i narażeni na ciągły kontakt z ofiarami i sprawcami traum seksualnych, co skutkuje doświadczaniem wtórnego stresu traumatycznego.

Tabela. Zachowanie ofiary w sytuacji badania

Zachowanie ofiary w sytuacji badania wyznaczają	czynniki przeszłe	warunki po stronie ofiary	<ul style="list-style-type: none"> - odporność na stres - poczucie koherencji - subiektywna ocena bodźca stresogenego - relacje z rówieśnikami - relacje z rodzicami - wyuczony wzorzec reagowania - strategie obronne - strategie radzenia sobie ze stresem 	<ul style="list-style-type: none"> - zdolność pozyskania wsparcia społecznego - styl wyjaśniania zdarzeń, atrybucje - ocena doświadczenia wykorzystania - liczba aktualnie przeżywanych trudnych doświadczeń - poziom rozwoju - wiek - kompetencje i możliwości rozwojowe
		warunki po stronie czynu	<ul style="list-style-type: none"> - czas trwania - nasilenie innych rodzajów przemocy - częstotliwość - wykorzystanie dotykowe/bezdotykowe - wykorzystanie dotykowe z penetracją/bez penetracji 	
		warunki po stronie sprawcy	<ul style="list-style-type: none"> - wiek - płeć - używanie przemocy fizycznej - liczba sprawców 	
	czynniki teraźniejsze	warunki po stronie badania	<ul style="list-style-type: none"> - inwazyjność - przekraczanie granic intymności ofiary - przekraczanie granic ciała ofiary (w badaniu ginekologicznym) - ingerencja w sferę seksualności 	
		warunki po stronie badającego	<ul style="list-style-type: none"> - wygląd zewnętrzny - doświadczanie wtórnego stresu traumatycznego - odporność na stres - wsparcie społeczne - liczba pacjentów po traumie - niewłaściwe zachowania: urazogonna seksualizacja, zdrada zaufania, wzmocnienie bezsilności ofiary, stygmatyzacja 	

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

Celem niniejszego artykułu było przeanalizowanie doświadczenia badania seksuologicznego prowadzonego na potrzeby postępowania sądowego jako sytuacji, która dla ofiary wykorzystania seksualnego jest niezwykle trudna i może

stanowić ryzyko wtórnej traumatyzacji. W powszechnym mniemaniu ujawnienia zdarzenia wykorzystania powinno stanowić koniec cierpienia osoby, która go doświadczyła. Tymczasem, jak pokazują wyniki wielu badań i teorie, proces powstawania traumy toczy się w sposób nie do końca zależny zarówno od samej ofiary, jak i osób z jej otoczenia. Wpływają na niego zarówno czynniki indywidualne – cechy mogące w różnym stopniu przyczyniać się bądź niwelować podatność na wystąpienie skutków traumatycznego zdarzenia, jak i cechy samego zdarzenia oraz ujawnienia, w tym sposób potraktowania ofiary przemocy i jej sposób odbioru postępowania innych. Znajomość złożoności niniejszej problematyki może pozwolić na uwzględnienie w sytuacji badania konsekwencji zaistnienia wszystkich tych czynników, wykorzystanie ich do postawienia poprawnej diagnozy, a przede wszystkim przyczynić się do właściwego potraktowania osoby pokrzywdzonej/badanej. Właściwego to znaczy takiego, który w jak największym stopniu minimalizuje możliwość wystąpienia wtórnej traumatyzacji.

Bibliografia

- Bal, S., Crombez, G., De Bourdeaudhuij, I., Van Oost, P. (2009). Symptomatology in adolescents following initial disclosure of sexual abuse: The roles of crisis support, appraisals and coping. *Child Abuse & Neglect*, 33, 717–727.
- Beisert, M. (2004). *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Beisert, M. (2012). *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Sopot: GWP.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: a national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 4, 386–393.
- Chodecka, A. (2011). Długotrwałe skutki interpersonalnej traumy. W: A. Widera – Wysoczańska, A. Kuczyńska (red.), *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencji* (s. 331–342). Warszawa: Difin.
- Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: GWP.
- Eichstaedt, K., Gałęcki, P., Depko, A. (2012). *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa w sprawach karnych*. Warszawa: Lexis Nexis.
- Feiring, C., Cleland, Ch. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169–1186.

- Finkelhor, D., Browne, A. (1986). Initial and Long-Term Effects: A Conceptual Framework. W: D. Finkelhor, S. Araji, L. Baron, A. Browne, S.D. Peters, G.A. Wyatt. *A sourcebook on child sexual abuse* (s. 180–198). Beverly Hills: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (2007). Wiktymizacja dzieci: perspektywa rozwojowa. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 3 (20), 6–29.
- Glaser, D., Frosh, S. (1995). *Dziecko seksualnie wykorzystywane*. Warszawa: WL PZWL.
- Herman, J. L. (2004). *Przemoc, uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.
- Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: how working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 30,3, 293–309.
- Heszen, I. (2013). Bezpośrednie i odległe korzyści ze stresu. W: I. Heszen, *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ICD-10 (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kiemblowski, P. (2006). Pomoc psychologiczna po przeżyciu traumy seksualnej. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*. T. 2. Warszawa: Eneteia. Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Lis-Turlejska, M., Łuszczynska, A. (2006). Terapia potraumatyczna. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Praktyka*. Warszawa: Eneteia.
- Little, S. (2002). Vicarious traumatization. *Emergency Nurse*, 10, 6, 27–30.
- Lynskey, M. T., Fergusson, D. M. (1997). Factors protecting against the development of adjustment difficulties in young adults exposed to childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, 12, 1177–1190.
- Paluch, A. (2012a). Uwarunkowania i konsekwencje doświadczania wtórnej wiktymizacji przez osoby pokrzywdzone w postępowaniu karnym. *Problems of Forensic Sciences*, 91, 208–215.
- Paluch, A. (2012b). Doświadczanie wtórnej wiktymizacji wynikającej z udziału w postępowaniu karnym a samoocena u osób pokrzywdzonych. *Problems of Forensic Sciences*, 92, 283–299.
- Pospiszył, I. (2003). *Ofiary chroniczne: przypadek czy konieczność*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Renck, B., Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *International Journal of Social Welfare*, 14, 127–133.
- Salter, A. (2003). *Pokonywanie traumy*. Poznań: Media Rodzina.
- Sęk, H. (2006). Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28, 785–801.
- Trembley, C., Hébert, M., Piché, C. (1999). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse & Neglect*, 23, 9, 929–945.
- Trempała, J. (2008). Rozwój poznawczy. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych*. Warszawa: PWN.
- Uławska, M. (2006). *Czynniki modyfikujące ujawnienie wykorzystania seksualnego dziewczynek w dzieciństwie*. Niepublikowana praca magisterska IP UAM.
- Widera-Wysoczańska, A. (2011) Istota traumy prostej i złożonej. W: A. Widera-Wysoczańska (red.), *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje* (s. 21–63). Warszawa: Difin.
- Zielona-Jenek, M. (2003). Wykorzystanie seksualne – trauma nadużycia czy trauma ujawnienia? W: A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow (red.), *Ukryte piętno. Zagrożenia rozwoju w okresie dzieciństwa* (s. 223–243). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Zielona-Jenek, M., Chodecka, A. (2010). *Jestem dziewczynką, jestem chłopcem*. Gdańsk: GWP.

Risks of secondary victimization of a child – victim of sexual abuse in the context of forensic examination

The article attempts to organize and characterize factors affecting a child victim during a forensic psychological and sexological examination. The authors indicate that factors associated with victim, perpetrator, the professional who conducts the examination, the nature of sexual abuse, and the examination procedure itself can potentially influence secondary victimization of a child. The article reviews different theories and research, using them to propose hypotheses about protective factors and risk factors of secondary victimization in the context of forensic examination.

KEYWORDS:

FORENSIC EXAMINATION, SECONDARY VICTIMIZATION, CHILD SEXUAL ABUSE

Cytowanie:

Szymańska-Pytlińska, M., Chodecka, A. (2014). Badanie sądowe jako potencjalne źródła wtórnej wiktymizacji dziecka – ofiary wykorzystania seksualnego. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(1).



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.