

Konsekwencje przemocy seksualnej wobec dzieci

Problematyka konsekwencji przemocy seksualnej doświadczanej przez dzieci była wielokrotnie podejmowana, zarówno jako temat badań empirycznych, jak i różnego typu publikacji. Jednocześnie jest to obszar niezwykle szeroki i wciąż wymagający dalszej eksploracji oraz prób konceptualizacji uzyskiwanych wyników badań. Niniejszy artykuł stanowi przegląd wybranych zagadnień poruszających tę tematykę. Opisuje on możliwe konsekwencje, jakie mogą pojawiać się u dzieci, które doznały wykorzystania seksualnego, a także poddaje analizie czynniki modyfikujące charakter tych konsekwencji. Szczególna uwaga poświęcona została zagadnieniu Zespołu Stresu Pourazowego — kategorii diagnostycznej używanej do opisu zaburzeń pojawiających się u dzieci po doświadczeniu wykorzystania seksualnego.

Wprowadzenie — źródła wiedzy o konsekwencjach przemocy seksualnej wobec dzieci

Zagadnienie konsekwencji doświadczenia przez dzieci wykorzystania seksualnego jest niezwykle szerokie i obejmuje co najmniej kilka istotnych obszarów analizy. Należą do nich m.in. typ i częstotliwość pojawiania się określonych skutków przeżytego wykorzystania, próby teoretycznego wyjaśniania ich powstawania, charakter wpływu tych skutków na przebieg kontaktu z dzieckiem, np. podczas prowadzenia procedur prawnych. Powstają kolejne pytania: czy doświadczenie wykorzystania jest zawsze niekorzystne i zawsze niesie za sobą negatywne konsekwencje? Czy konsekwencje te są podobne u wszystkich dzieci, które przeżyły nadużycia seksualne? Jeśli nie, to od czego zależy charakter tych konsekwencji?

W celu znalezienia odpowiedzi na powyższe pytania prowadzone są badania naukowe, a ich wyniki poddaje się konceptualizacji, sięgając po już istniejące teorie lub opracowując nowe ujęcia.

Analizując literaturę, dotyczącą omawianego zagadnienia, wskazać można dwa typy badań, na podstawie których opisywane są potencjalne skutki doświadczenia przez dzieci wykorzystania seksualnego: badania retrospektywne prowadzone wśród osób dorosłych opisujących swoje przeżycia sprzed wielu lat oraz badania prowadzone wśród dzieci. Ta druga grupa badań zaczęła być realizowana zdecydowanie później, przede wszystkim po 1985 roku (Kendall-Tackett i in., 1993). Główną metodą wykorzystywaną w tych badaniach był wywiad z rodzicami dziecka lub klinicystami, rzadziej z samymi dziećmi. Badania te poszerzyły wiedzę na temat skutków doświadczonej przemocy seksualnej o nowe obszary, np. konsekwencje typowe dla dzieci, konsekwencje krótkotrwałe, np. zachowania regresywne, możliwość przyjęcia perspektywy rozwojowej, możliwość analizy sposobów manifestacji urazu w poszczególnych stadiach

rozwojowych (Kendall–Tackett i in., 1993). Wiedza ta z kolei zaowocowała możliwością projektowania efektywniejszych metod

interwencji i terapii skierowanych specjalnie do dzieci–ofiary wykorzystania seksualnego.

Wielkość i charakter wpływu wykorzystania seksualnego na życie doświadczających go osób

O wielkości i charakterze znaczenia wykorzystania seksualnego w życiu ofiar dowiedzieć można się zarówno z badań prowadzonych wśród osób dorosłych, jak i obserwując i analizując zachowania dzieci mające w doświadczeniu to przeżycie.

Odnosząc się do pierwszego źródła informacji przytoczyć można wyniki badań, w których dorosłe ofiary wykorzystywania w dzieciństwie proszono o subiektywną ocenę tego wpływu. W badaniach Baker i Duncan (Baker, Duncan, 1985, za: Glaser, Frosh, 1995, s. 33) 54% osób wpływ ten określiło jako negatywny. Odsetek ten wzrastał do 67%, gdy zdarzenie zaistniało w rodzinie, a jeśli jednocześnie sprawcą był ojciec to wzrastał on do 75%. W badaniach tych 4% osób stwierdziło, że doświadczenie wykorzystywania poprawiło ich jakość życia. Żadna z osób należących do tych 4% nie doświadczyła przemocy wewnątrzrodzinnej.

Praktycznie we wszystkich badaniach poświęconych zagadnieniu konsekwencji wykorzystania seksualnego dzieci pojawia się taka grupa osób, które — chociaż doznały przemocy seksualnej — nie prezentują żadnych mierzonych w badaniu objawów (Finkelhor, 1990). Przykładowo Caffaro–Rouget, Lang i van Santen (1989, za: Kendall–Tackett i in., 1993) wskazali, iż u 49% badanych dzieci, nie zaobserwowano podczas badania pediatrycznego żadnych objawów. Mannarino i Cohen (1986, za: Kendall–Tackett i in., 1993) nie zaobserwowali żadnych z mierzonych objawów u 31% wykorzystanych seksualnie dzieci, w badaniu prowadzonym przez Conte i Schuerman (1987, za: Kendall–Tackett i in., 1993) liczba ta wyniosła 21%.

Przy próbie wyjaśnienia odnotowanego w wymienionych badaniach braku konsekwencji wykorzystania u niektórych dzieci należy podnieść kilka kwestii. Po pierwsze, sugeruje się, iż badacze mogli nie uwzględnić wszystkich potencjalnych objawów lub też nie użyli wystarczająco czułych narzędzi mogących je odnotować. Wiele spośród dzieci należących do grupy „bez objawów” mogło mieć zatem objawy, które nie były w danym badaniu wcale brane pod uwagę (Kendall–Tackett i in., 1993). Po drugie, istnieje możliwość, że u wielu z tych dzieci objawy w czasie badania mogły się jeszcze nie rozwinąć, a pojawią się one dopiero w innych stadiach rozwojowych lub po osłabieniu mechanizmu tłumienia ograniczającego czasowo ich manifestację. Ostatnią możliwością jest to, że faktycznie istnieje grupa dzieci, u których doświadczenie wykorzystania — z różnych względów — nie doprowadziło do powstania objawów. Jako przyczyny wskazuje się tu mniejszą surowość doświadczenia wykorzystania, posiadanie rozmaitych zasobów — zarówno psychicznych, jak i zewnętrznych, społecznych — pozwalających na radzenie sobie z przeżytym zdarzeniem. Wyniki badań wskazują, iż dzieci u których nie stwierdzono objawów wykorzystania częściej były wykorzystywane przez krótki czas, bez użycia siły, aktywność seksualna dorosłego rzadziej miała charakter penetracji, a sprawcą rzadziej była osoba pełniąca funkcję ojca. Ponadto dzieci takie częściej doznawały wsparcia ze strony rodziców (Browne, Finkelhor, 1986).

Rzetelna analiza wyników tych badań i próba zrozumienia ich znaczenia jest niezwykle istotna nie tylko ze względów naukowych czy klinicznych, ale także społecznych.

Obszary występowania konsekwencji wykorzystania seksualnego w życiu dzieci

Zarówno badania naukowe, jak i doświadczenia wynikające z praktyki klinicznej, wskazują na wyraźny wpływ doznanego w dzieciństwie wykorzystania seksualnego na występowanie objawów manifestujących się w różnych sferach funkcjonowania dzieci. Tabela 1 przedstawia możliwe pojawiające się u dzieci konsekwencje wykorzystania, usystematyzowane

w czterech grupach, sporządzonych z uwzględnieniem podziału na zaburzone sfery: sferę somatyczną, psychiczną, seksualną oraz społeczną. Kategorie te nie są rozłączne. Seksualność mogłaby teoretycznie zostać włączona w obszar sfery psychicznej, ale ze względu na specyfikę i nasilenie występujących tu zaburzeń potraktowana została oddzielnie.

Tabela 1. *Możliwe konsekwencje wykorzystania seksualnego pojawiające się u dzieci*

Konsekwencje wczesne
SFERA SOMATYCZNA
Specyficzne: Urazy zewnętrznych narządów płciowych oraz okołoodbytnicze Urazy pochwy, przerwanie błony dziewiczej Infekcje moczowo-płciowe i choroby weneryczne Ciąża Niespecyficzne: Urazy ciała Bóle głowy, brzucha, nudności, wymioty Trudności w oddawaniu moczu Zaburzenia jedzenia Zaburzenia snu
SFERA PSYCHICZNA
Lęki, fobie Koszmary i lęki nocne Depresja, przygnębienie Hipomania, nadpobudliwość ruchowa Drażliwość, złość Wstyd i poczucie winy Obniżenie poczucia własnej wartości, negatywna samoocena
SFERA SEKSUALNA
Prowokacyjne zachowania seksualne Publiczna masturbacja Nietypowe zachowania seksualne wobec rówieśników Erotyczna twórczość dziecka Nadmierne zainteresowanie seksualnością
SFERA SPOŁECZNA
Zachowania regresywne (np. moczenie nocne) Izolowanie się Problemy z nauką, wagary Uciezki z domu Agresywność, konfliktowość, okrucieństwo Samouszkodzenia

Źródło: opracowano na podstawie Zielonej-Jenek (2003); Widery-Wysoczańskiej (2002) i Kendall-Tackett, Williams, Finkelhor (1993).

Innym sposobem systematyzacji możliwych konsekwencji przemocy seksualnej jest opisywanie ich w odniesieniu do wieku dziecka. Kendall-Tackett i in. (1993) przeanalizowali wyniki wielu badań dotyczących konsekwencji wykorzystania seksualnego, dzieląc objęte nimi dzieci według wieku w momencie przeprowadzania badania. Okazało się, iż jest możliwe wykazanie wzorców rozwojowych zgodnie z którymi pewne objawy są częstsze w określonych grupach wiekowych niż w innych. Objawami, które występowały najczęściej wśród dzieci przedszkolnych (od 0 do ok.

6. roku życia) były: niepokój, koszmary nocne, PTSD, internalizacja, eksternalizacja i nieodpowiednie zachowania seksualne. U dzieci szkolnych (od ok. 7. do 12. roku życia) najczęściej stwierdzano w badaniach: lęk, nerwicę i ogólną chorobę psychiczną, agresję, koszmary, problemy szkolne, hiperaktywność i zachowanie regresywne. U nastolatków (od ok. 13. do 18. roku życia) najczęstsze były z kolei: depresja, wycofanie, tendencje samobójcze, samouszkodzenia, skargi somatyczne, akty przestępcze, ucieczki z domu i nadużywanie substancji psychoaktywnych.

Częstość pojawiania się określonych konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka

Analiza badań dotyczących możliwych konsekwencji wykorzystania seksualnego dzieci przeprowadzona przez Kendall-Tackett i in. (1993) wskazuje, iż częstość pojawiania się określonych objawów zależy od etapu rozwojowego w którym w czasie badania znajduje się dziecko. Jednocześnie możliwe jest wyodrębnienie kilku objawów, których występowanie jest szczególnie częste niezależnie od grupy wiekowej. Do symptomów takich zalicza się depresję (por. Sheldrick, 1991, za: Glaser, Frosh, 1995; Finkelhor, Browne, 1986; Finkelhor, 1990), PTSD (Bentovim i in., 1990, za: Zielona-Jenek, 2003; Finkelhor, Browne, 1986; Finkelhor, 1990), zaburzenia lękowe, zaburzenia związane z nasileniem złości i agresji oraz zaburzone zachowania seksualne (Finkelhor, Browne, 1986; Finkelhor, 1990).

Na depresję, jako najczęstszą konsekwencję wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, wskazuje Sheldrick (1991, za: Glaser, Frosh, 1995). Badacz ten opierał się na wynikach analizy przeprowadzonej wśród studentów. Wyniki te nie zostały natomiast potwierdzone w populacji klinicznej. Inne badania w tym zakresie prowadził Bifulco (za: Glaser, Frosh, 1995), który wśród 27 kobiet wykorzystanych seksualnie przed 17. rokiem

życia, u 64% zidentyfikował cechy pozwalające określić je jako osoby, u których depresja utrzymywała się na poziomie klinicznym. Depresję stwierdzano zatem wśród dorosłych ofiar wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, ale warto zauważyć, iż w badaniach porównawczych prowadzonych przez Kendall-Tackett i in. (1993) okazała się ona być również szczególnie nasilonym symptomem w różnych grupach wiekowych dzieci.

Wyniki badań dotyczących częstotliwości pojawiania się u dzieci-ofiar przemocy seksualnej, zespołu stresu pourazowego (PTSD) nie są jednoznaczne. Wahają się one od 36,3% do 90% (Friedrich, 2002, McLeer i in. 1992, za: Badura-Madej; Dobrzyńska-Mesterhazy, 2004). Ponadto wyniki prowadzonych w tym zakresie badań wskazują, iż około 50% dzieci wykorzystanych seksualnie przejawia jedynie częściowe, a nie pełne kryteria PTSD. Bardzo częste możliwe jest zatem stwierdzenie niepełnoobjawowego Zespołu Stresu Pourazowego (McLeer i in., 1992, za: Badura-Madej, Dobrzyńska-Mesterhazy, 2004).

Dzieci, które doświadczyły wykorzystania seksualnego nierzadko prezentują zaburzone zachowania seksualne. Zachowania te charakteryzują się przede wszystkim — za-

równy pod względem formy, jak i częstotliwości — nieadekwatnością do wieku i poziomu rozwoju dziecka. Do zachowań takich należy może m.in. nasilona masturbacja, a także erotyzacja relacji z otoczeniem (Finkelhor, Browne, 1985, za: Badura-Madej, Dobrzyńska-Mesterhazy, 2004).

Innym często powtarzającym się objawem u dzieci ofiar przemocy seksualnej jest zwiększony poziom zachowań agresywnych (Finkelhor, Browne, 1986; Finkelhor, 1990). Tendencja ta nierzadko utrzymuje się również w dorosłości. Jak pokazują badania

(Sheldrick, 1991, za: Glaser, Frosh, 1995), ofiary przemocy seksualnej są bardziej skłonne w późniejszym życiu do seksualnego wykorzystywania innych.

Wśród dzieci-ofiar wykorzystania seksualnego bardzo często diagnozowane są również różne formy i przejawy zaburzeń lękowych, m.in.: niepokój (por. Kendall-Tackett i in., 1993), fobie i zmienność nastroju (Burgess, Holmstrom, 1974; Burton, 1968, za: Wodarski, Johnson, 1988), koszmary nocne (Berliner, Stevens, 1982; Burgess, Holmstrom, 1974, za: Wodarski, Johnson, 1988).

Uwarunkowania powstawania określonych konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka

Depresja, lęk, agresja, zespół stresu pourazowego oraz zaburzone zachowania seksualne należą do jednych z częściej występujących konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka. Objawy te nie są jednakże ani konieczne, ani wystarczające do jednoznacznej oceny, czy dane dziecko doświadczyło przemocy seksualnej. Nawet biorąc pod uwagę częstotliwość występowania wymienionych stanów u dzieci, które przeżyły molestowanie, to ani te sygnały, ani inne nie są symptomami specyficznymi dla doświadczeń przemocy seksualnej i nie można mówić o „syndromie dziecka wykorzystanego seksualnie”, a więc zespołach objawów, których pojawienie się pozwalałoby jednoznacznie stwierdzić, iż jednostka doświadczyła molestowania lub też odrzucić taką możliwość jeśli one nie wystąpią (por. Kendall-Tackett i in., 1993). Jedynymi objawami, które pozwalają ze 100% pewnością stwierdzić, że dane dziecko doświadczyło wykorzystania

są: ciąża oraz choroby weneryczne. Wszystkie inne objawy powinny zostawać poddawane rzetelnej analizie, uwzględniającej ich wzajemną konfigurację, a także specyficzną, indywidualną sytuację każdego dziecka.

Rozległość oraz specyfika możliwych konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka nie jest zatem niezmienna. Wyniki prowadzonych w zakresie tej problematyki badań pozwalają stwierdzić, iż zależy ona od czynników, które pogrupować można w cztery główne obszary: czynniki dotyczące ofiary, czynniki dotyczące sprawcy, czynniki dotyczące samego doświadczenia oraz czynniki dotyczące jego kontekstu. W niniejszym opracowaniu dokładniejszej prezentacji poddane zostały jedynie wybrane aspekty każdej z grupy czynników. Problematykę zmiennych modyfikujących charakter konsekwencji wykorzystania seksualnego doświadczonego przez dziecko podejmuje także Maria Beisert (2004) w książce *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*.

Czynniki dotyczące ofiary

W zakresie czynników związanych z dzieckiem-ofiarą przemocy seksualnej za

istotną zmienną uznaje się jego wiek. W większości badań brano pod uwagę **wiek dziec-**

ka w momencie ujawnienia doświadczonej krzywdy. Pomimo pewnych niezgodności wyników niektórych badań (por. Haugaard, Reppucci, 1988), większość analiz wskazuje na tendencję, zgodnie z którą im młodsze jest dziecko, tym poważniejsze są konsekwencje wykorzystania (Kendall-Tackett in, 1993; Krawulska-Ptaszyńska, 1995; Lew-Starowicz, 2000b). Wydaje się jednak, iż opisywaną w badaniach zależność można interpretować w kontekście większej rozległości doświadczanych skutków urazów u małych dzieci. Zgodnie z wiedzą o przebiegu rozwoju człowieka, funkcje psychiczne cechuje początkowo niski stopień zróżnicowania, który zwiększa się z czasem. Im młodsze jest dziecko, tym bardziej różne aspekty jego funkcjonowania nawzajem się przenikają. Początkowo rozwój motoryczny jest wręcz tak blisko związany z rozwojem poznawczym i emocjonalnym, iż mówiąc o rozwoju człowieka w tym okresie określa się go często mianem rozwoju psychomotorycznego. Ponadto im młodsze jest dziecko, tym mechanizmy obronne oraz mechanizmy radzenia sobie są mniej dojrzałe (por. Finkelhor, 1979, za: Beisert, 2004). Konsekwencje zaburzeń — w tym doświadczeń wykorzystania seksualnego — występujące w bardzo wczesnym okresie życia człowieka będą mieć zatem bardziej rozległy i mniej specyficzny charakter niż tych, które wystąpiły w życiu dzieci starszych.

W zakresie znaczenia wieku dla rodzaju konsekwencji doświadczonych przez dziecko wykorzystania podnoszona jest często kwestia nakładania się wpływu tego zdarzenia na okresy krytyczne dla kształtowania się określonych funkcji oraz procesy psychiczne zachodzące w poszczególnych fazach rozwojowych. Zgodnie z tym sposobem myślenia rodzaj konsekwencji będzie zatem zależał od fazy rozwojowej w której znajdowało się dziecko podczas zdarzenia wykorzystania (por. Beisert, 2004). Przykładowo — jak wskazuje Beisert (2004) — u dzieci w okresie latencji doświadczenie wykorzy-

stania będzie zakłócać naturalną w tym czasie tendencję do wycofywania się z jawnych zainteresowań treściami seksualnymi. Z kolei w przypadku dzieci w okresie dorastania wykorzystanie nałoży się na okres budzenia się jeszcze niedojrzałego popędu seksualnego. Nie można zatem stwierdzić, iż istnieje wiek, w którym doświadczenie wykorzystania ma bardziej lub mniej poważne skutki dla kondycji psychicznej dziecka. Od wieku dziecka w momencie wykorzystania zależać może natomiast rodzaj doświadczanych konsekwencji.

Istotnym czynnikiem związanym z dzieckiem, wpływającym modyfikująco na charakter występujących konsekwencji wykorzystania seksualnego, jest jego **pleć**. Warto jednocześnie zauważyć, iż wiedza na temat skutków wykorzystania seksualnego u chłopców jest zdecydowanie uboższa niż analogiczna wiedza na temat dziewcząt. Ta obecna w literaturze luka wynika ze zdecydowanie mniejszej ilości badań prowadzonych do niedawna z udziałem płci męskiej. Sytuacja ta zaczęła się zmieniać dopiero na przestrzeni ostatnich lat (por. Finkelhor, 1990). Badacze, podejmujący problematykę znaczenia płci dla charakteru konsekwencji doznanej przemocy seksualnej, spodziewali się istotnych różnic pomiędzy symptomami pojawiającymi się u chłopców i dziewczynek. Wydaje się, iż pleć modyfikuje charakter konsekwencji wykorzystania, zarówno warunkując odmienny przebieg rozwoju psychoseksualnego (por. Tyson i Tyson, 1990), jak i poprzez powiązania z innymi zmiennymi, takimi jak np. pleć sprawcy czy wzorce socjalizacyjne. Na możliwe różnice symptomów wykorzystania u dzieci różnej płci wpływ powinien mieć fakt, iż większość sprawców przemocy seksualnej stanowią mężczyźni. Szacuje się, iż kobiety to najwyżej 4% sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci, kiedy ofiarami są dziewczynki (Russell, 1983, za: Glaser, Frosh, 1995) i 20% gdy ofiarami są chłopcy (Finkelhor, 1984,

za: Glaser, Frosh, 1995). Nawet jeżeli liczba kobiet sprawców jest zaniżona przez większą trudność wykrycia ich działań, to nadal w większości przypadków wykorzystywanie seksualnego dopuszczają się mężczyźni. Chłopcy zatem częściej niż dziewczynki doświadczają przemocy seksualnej ze strony osób o tej samej płci. Powodować to może u nich większe opory przed ujawnieniem wykorzystania ze względu na silniejsze lęki przed byciem uznanym za homoseksualistę. Opory przed ujawnieniem wzmagane mogą być dodatkowo przez przekazy socjalizacyjne, nakazujące chłopcom bycie silnymi, a nie okazywanie słabości czy trudności. Innym czynnikiem, wpływającym na przewidywaną odmienną wzorców konsekwencji wykorzystania seksualnego u dzieci różnej płci, może być różny charakter doświadczanej przemocy. Watkins i Bentovim (1992, za: Glaser, Frosh, 1995) wskazują, iż seksualna przemoc wobec chłopców, częściej niż w przypadku dziewcząt, związana jest z przemocą fizyczną, a także, że chłopcy doświadczają bardziej surowych form wykorzystywania niż dziewczynki.

Biorąc pod uwagę powyższe odmienności w zakresie wykorzystania doświadczanego przez chłopców i dziewczynki, zaskakująca jest zdecydowanie większa ilość podobieństw niż różnic w zakresie konsekwencji przeżytej przemocy u obu płci (Finkelhor, 1990). Wśród 37 możliwych symptomów wyróżnionych w swoim badaniu przez Conte i in. (1986, za: Finkelhor, 1990) nie znaleziono różnic między chłopcami i dziewczętami w zakresie 33 spośród nich. Wśród symptomów wyróżnianych na liście przygotowanej przez Wydział Psychiatrii Dziecięcej Tufts' New England Medical Center (1984, za: Finkelhor, 1990) nie znaleziono różnic w zakresie 31 spośród 33 symptomów.

W zakresie wykazywanych w badaniach różnic konsekwencji doznanego wykorzystania seksualnego u dziewcząt i chłopców najczęściej pojawiają się odmienności w za-

kresie dymensji „internalizacja – eksternalizacja” (Friedrich, Urquiza, Beilke, 1986; Friedrich, Beilke, Urquiza, 1987, 1988, za: Finkelhor, 1990). U chłopców istotnie częściej pojawiają się zachowania agresywne, np. skierowane wobec rodzeństwa (Gomes-Schwartz, Horowitz, Cardarelli, 1990; Tufts, 1984, za: Finkelhor, 1990), a u dziewczynek reakcje depresyjne (Burnham, Sorenson, 1988, za: Finkelhor, 1990). Badania polskie prowadzone w zakresie problematyki konsekwencji wykorzystania seksualnego (Kiembłowski, 2002, za: Beisert, 2004) wykazały, iż ofiary obydwu płci uruchamiają podobne mechanizmy psychopatologiczne, a zatem ryzyko powstania traumy jest u nich takie samo. Z kolei różnice wykazane zostały w zakresie przewidywanych zachowań autodestrukcyjnych, pojawiających się w następstwie wykorzystywania: kobiety częściej zgłaszały zaburzenia odżywiania, mężczyźni natomiast częściej zgłaszali myśli o śmierci.

Do bardzo ważnych czynników, wpływających na konsekwencje wykorzystania seksualnego związanego z dzieckiem, należy także **kondycja psychiczna dziecka przed doświadczeniem przemocy**. Wyniki prowadzonych w tym zakresie badań wskazują, iż dobra kondycja psychiczna dziecka przed wykorzystaniem jest istotnym predykatorem mniej poważnych skutków tego doświadczenia (Haugaard, Repucci, 1988), a zatem decyduje o większej odporności dziecka na przekształcenie się negatywnego doświadczenia w traumę. Poszukiwanie czynników leżących u podstaw takiej indywidualnej odporności na stres stanowi aktualnie ważny nurt badań i rozważań teoretycznych w zakresie problematyki konsekwencji krzywdzenia dzieci. W Polsce zagadnienie to podjęła Magdalena Czub (2003), opierając się między innymi na teorii Bowlby'ego (1969, 1973, 1980, za: Czub, 2009) i wskazując na **wzorzec przywiązania** jako istotną zmienną, wpływającą na odporność

dziecka na zranienie. Wzorce przywiązania kształtują się w oparciu o wczesne doświadczenia relacji z bliską dziecku osobą i determinują sposób funkcjonowania intrapsychicznego i zachowania w późniejszym życiu. Wewnętrzną reprezentację wzorców przywiązania stanowią wewnętrzne modele operacyjne będące „dynamicznymi, operacyjnymi modelami self i figury przywiązania, uformowanymi na bazie wspólnej relacji z opiekunem, które służą do regulacji, interpretacji i przewidywania zachowań, myśli i uczuć” (Bretheron, Munholland, 1999, s. 89, za: Czub, 2009). Na podstawie analizy literatury poświęconej temu zagadnieniu oraz własnych badań Czub konkluduje, iż wzorce przywiązania determinują zarówno podatność dziecka na wchodzenie w sytuacje krzywdzenia, zdolność poszukiwania przez nie pomocy oraz korzystania z niej, jak i możliwości samodzielnego powrotu do równowagi (Czub, 2009; por. Bradley, 2000).

Jako na szczególnie ważne aspekty funkcjonowania jednostki, wynikające z jej wzorca przywiązania, Czub wskazuje na sposób rozumienia przez dziecko doświadczenia oraz poziom zdolności do samoregulacji. „Jakość przywiązania, odgrywając bardzo ważną rolę w tworzeniu się zarówno wzorców atrybucji, jak i rozwoju regulacji emocji, odgrywa również zasadniczą rolę w modyfikowaniu indywidualnych skutków doświadczenia nadużycia seksualnego (a co za tym idzie w obrazie symptomów).” (Czub, 2003). W zależności od typu przywiązania, którym charakteryzuje się dziecko–ofiara wykorzystania seksualnego — będzie ono w różny sposób radzić sobie z doświadczeniem przemocy, co doprowadzić może do ukształtowania się różnego typu i różnej surowości skutków. Dokładniejszy opis funkcjonowania dzieci w poszczególnych stylach przywiązania oraz ich możliwych sposobów radzenia sobie z przeżytyą przemocą obrazuje tab. 2.

Tabela 2. Wzorzec przywiązania a funkcjonowanie psychiczne dzieci oraz ich możliwa reakcja na przemoc seksualną.

Wzorzec przywiązania	Sposób atrybucji (rozumienia doświadczanych zdarzeń)	Regulacja emocji	Prawdopodobny sposób reakcji na doświadczenie przemocy seksualnej
B — Bezpieczny (secure)	<ul style="list-style-type: none"> Przekonanie o własnej wartości. Aдекватne postrzeganie wydarzeń zewnętrznych. Przypisywanie innym głównie pozytywnych intencji. Łatwość zwracania się o pomoc do otoczenia. 	<ul style="list-style-type: none"> Diadcyczna, a potem samodzielna regulacja emocji. Skuteczne obniżanie napięcia. Rozróżnianie stanów emocjonalnych swoich oraz innych ludzi. Adekwatna ekspresja emocji. 	<ul style="list-style-type: none"> Stosunkowo dobre radzenie sobie z doświadczeniem wykorzystania. Szybkie i skuteczne zwracanie się po pomoc do opiekuna. Otwarte i adekwatne wyrażanie swoich emocji. Efektywne korzystanie z oferowanej pomocy.

<p>C — Ambiwalentny (<i>ambivalent</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chwiejne poczucie własnej wartości. • Stosowanie sprzecznych atrybucji, nadawanie niespójnych znaczeń wydarzeniom. • Przekonanie o nieprzewidywalności i zmienności świata zewnętrznego. • Wyołbrzymianie zagrożeń. • Brak pewności co do swoich możliwości radzenia sobie. • Brak umiejętności adekwatnego zwracania się o pomoc do otoczenia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozszczepienie stanów emocjonalnych (złość, strach, pożądanie), • Manipulacyjne wykorzystywanie ekspresji emocjonalnej. • Często przesadna ekspresja emocji. • Dostosowywanie emocjonalności do otoczenia. • Niebranie odpowiedzialności za regulację swoich stanów emocjonalnych. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestacja problemów i zwracanie uwagi na siebie poprzez nieprawidłowe zachowania: agresywne, nadmierne zachowania zależnościowe. • Często nieskuteczność ww. prób zwracania się o pomoc skutkować może poczuciem bezradności, stanami depresyjnymi.
<p>A — Unikający (<i>avoidant</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Przekonanie o swojej niskiej wartości. • Przypisywanie innym negatywnych intencji. • Negatywna atrybucja zdarzeń, wyołbrzymianie zagrożeń. • Manifestacja zależności — unikanie zwracania się do otoczenia po pomoc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hamowanie uczuć dys stresu i złości. • Silna kontrola negatywnych emocji. • Prezentowanie fałszywych pozytywnych emocji. • Trudności w rozpoznawaniu własnych emocji. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trudność lub brak ujawniania doświadczeń wykorzystania. • Zaprzeczanie trudnościom. • Skupienie na funkcjonowaniu poznawczym, osiągnięciach szkolnych. • Wycofanie z relacji z innymi i związana z tym depresja lub agresja. • Silne poczucie winy za zdarzenia.
<p>D — Zdezorganizowany (<i>disorganized</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak spójnego obrazu siebie i innych. • Dezorientacja. • Silne lękowe atrybucje. • Postrzegania świata jako zagrażającego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zawężenie świadomości własnych stanów emocjonalnych. • Nieadekwatna i ulegająca gwałtownym zmianom ekspresja emocji. • Niezdolność do normalnej samoregulacji emocji. • Dominacja bezradności i lęku. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nasilenie prezentowanych wcześniej zaburzeń. • Reakcje lękowe i depresyjne. • Skłonność do dysocjacji i zachowań autodestrukcyjnych.

Źródło: Czub, 2003, 2009.

Czynniki dotyczące sprawcy

Na charakter konsekwencji doświadczonego przez dziecko wykorzystania seksualnego wpływ okazują się mieć także różne czynniki charakteryzujące osobę sprawcy. Do kwestii podejmowanych często w badaniach należy **stopień jego bliskości z ofiarą**. Wiele analiz wskazuje, iż im bliższy ofierze jest sprawca, tym więcej pojawia się symptomów wykorzystania (Kendall-Tacket i in., 1993; Krawulska-Ptaszyńska, 1995; Lew-Starowicz, 2000). Największa liczba symptomów pojawia się wtedy, gdy sprawcą jest ojciec lub ojczym dziecka (Finkelhor, 1986). Prawdopodobnie znaczącą rolę w takich wypadkach gra czynnik zdrady zaufania dziecka. Czynnik ten został wymieniony jako jeden z czterech głównych czynników traumatyzujących w modelu opracowanym przez Finkelhora i Browne'a (1986). Dziecko związane emocjonalnie z osobą sprawcy znajduje się w sytuacji wewnętrznego konfliktu: z jednej strony darzy sprawcę uczuciem i zaufaniem, z drugiej — nawet jeśli wykorzystanie nie wiąże się bezpośrednio z bólem czy użyciem siły — jest na ogół świadome uczestniczenia w czymś nieakceptowanym, przekraczaniem ustalonych norm i wkraczaniem w sferę seksualnego tabu. Finkelhor i Browne wskazują, iż wobec bliskiej dorosłej osoby, która zdradziła jego zaufanie, dziecko

czuje żal, złość, wrogość. Jednocześnie często nie zmienia to miłości i zależności związanej z przeżywaniem osoby sprawcy. Tak silna wewnętrzna ambiwalencja prowadzi do zaburzeń w kształtowaniu relacji z innymi ludźmi, niemożności rozpoznania, kto jest osobą godną zaufania, co jest wykorzystaniem, a co wyrazem bezinteresownych uczuć. Podobnie do Finkelhora i Browne'a, Anna Freud (1981, za: Browne, 2007) wskazuje na znaczenie zaufania oraz posłuszeństwa jako czynników obecnych w relacji między dzieckiem a bliskim mu sprawcą jako wpływających na większy poziom traumatyczności doświadczenia. Zdaniem tej badaczki, nadużycie zaufania sprawia, że ofiara doświadcza długotrwałej traumy.

Warto zauważyć ponadto, iż bliskość emocjonalna sprawcy wpływa negatywnie na prawdopodobieństwo ujawniania przez dziecko doświadczanej przemocy, a zatem na otrzymanie przez nie pomocy. Prawdopodobieństwo ujawnienia wykorzystania jest większe, gdy sprawca jest słabiej znany lub obcy (Browne, 2007). Ponadto dzieci doświadczające przemocy ze strony osób bliskich stoją zazwyczaj wobec konieczności poszukiwania wsparcia w zupełnie innej grupie niż dzieci, które doznały przemocy ze strony osoby obcej.

Czynniki dotyczące zdarzenia wykorzystania seksualnego

Pomimo pewnych niezgodności wyników badań w tym zakresie (por. Beisert, 2004), większość doniesień wskazuje na pozytywną korelację pomiędzy **częstością** (Kendall-Tacket i in., 1993; Glaser, Frosh, 1995) i **czasem trwania** (Finkelhor, 1986; Haugaard, Reppucci, 1988; Kendall-Tacket i in., 1993; Glaser, Frosh, 1995; Krawulska-Ptaszyńska, 1995; Lew-Starowicz, 2000a, 2000b) doświadczeń wykorzystania seksualnego a liczbą symptomów oraz

poziomem traumy przeżywanej przez dzieci-ofiary przemocy. W badaniach Bagley i Ramsey (1987, za: Beisert, 2004) ofiary dłuższych wykorzystania uzyskiwały wyższe wyniki depresji, nerwicy, myśli samobójczych oraz niższe wyniki w zakresie samooceny. W badaniu prowadzonym przez Russell (1986), ofiary pytane o to bezpośrednio uznawały, że bardziej traumatyzujące były dla nich doświadczenia dłuższe i częstsze.

Warto zauważyć, iż częstość i czas trwania doświadczenia wykorzystania są silnie powiązane z typem relacji pomiędzy sprawcą a ofiarą (Faller, 1990). Poprzez bliskość z ofiarą sprawca zapewnia sobie bowiem łatwy dostęp do niej, wpływający na większą częstość i dłuższy czas wykorzystywania seksualnego. Częstość i czas wykorzystywania trudno zatem analizować jako niezależny od innych, o wyizolowanym wpływie czynnik, modyfikujący pojawiające się u skrzywdzonego dziecka symptomy.

Do istotnych czynników branych pod uwagę jako wpływające na konsekwencje wykorzystania seksualnego należy także **rodzaj aktywności** podejmowany wobec dziecka przez sprawcę. Wykorzystanie seksualne może przyjąć wiele różnych form. Najprostszym ich podziałem jest ten wyróżniający aktywność dotykową oraz niewiążącą się z dotykiem (np. obnażanie się przed dzieckiem, rozmowy o charakterze erotycznym). Bardziej szczegółowego podziału dostarcza w tym zakresie Faller (za: Beisert, 2004a). Badaczka ta dokonała podziału przemocowych czynności seksualnych dorosłego wobec dziecka na siedem grup: 1) działania bez kontaktu seksualnego (dotykowego), obejmujące rozmowy o treści seksualnej, ekspozowanie genitaliów oraz oglądactwo, 2) pobudzanie intymnych części ciała dziecka — ich dotykanie, całowanie, pobudzanie ręczne lub za pomocą narządów płciowych oraz skłanianie dziecka do wykonywania tych czynności wobec dorosłego, 3) kontakty oralno-genitalne, 4) stosunki udowe, 5) penetracja seksualna — palcem, przyrzędem, członkiem, 6) pornografia, prostytutka dziecięca, 7) przemoc seksualna łączona z różnymi innymi formami przemocy, np. upajaniem alkoholem. Pytanie, które stawiało sobie wielu badaczy dotyczy związku pomiędzy typem czynności, których dopuszcza się dorosły wobec dziecka, a doświadczanymi przez nie konsekwencjami wykorzystania. Jedną z osób

podejmujących tę kwestię była Russell (1986). Zgodnie z wynikami jej badań, osoby, które zostały zmuszone do odbycia stosunku lub przynajmniej były na taką próbę narażone, częściej niż ofiary innego typu czynności określały swoje przeżycia jako skrajnie traumatyczne. Procent skrajnych ocen spadał systematycznie wraz ze spadkiem drastyczności form działania sprawcy. Temat zależności pomiędzy drastycznością wykorzystania a surowością jego skutków podjęła także Kendall-Tackett (1993, za: Beisert 2004). Zgodnie z wynikami jej analiz, w przypadkach wykorzystania obejmującego jakąś formę penetracji, stwierdzano wyższe prawdopodobieństwo pojawienia się objawów wykorzystania. Ponadto większość — chociaż nie wszystkie badania (por. badania Anderson, Mayes, 1982, za: Beisert 2004) — wskazuje, iż sytuację ofiary pogarsza wyższy poziom agresji i przemocy towarzyszący czynom sprawcy (Finkelhor, 1986; Haugaard, Reppucci, 1988; Kendall-Tackett i in., 1993; Krawulska-Ptaszyńska, 1995). Jako czynnik tłumaczący uzyskanie odmiennych wyników przez Anderson i Mayes Baisert — powołując się także na Delfos (1994, za: Beisert: 2004) — wskazuje wiek ofiary w momencie wykorzystania. Osoby doświadczające przemocy seksualnej jako adolescenti mogą przejawiać większe poczucie odpowiedzialności, a co za tym idzie — większe poczucie winy z powodu zaistniałych zdarzeń. Ofiara postrzeżać może siebie jako dostatecznie sprawną i dojrzałą, by uniknąć lub obronić się przed doświadczeniem nadużycia. Użycie przez sprawcę siły obniża zatem poczucie odpowiedzialności i niezaradności ofiary, a więc zwiększa możliwy poziom samoakceptacji. Wskazane badania nie podważają zatem tezy o pozytywnym związku pomiędzy poziomem agresji związanym z wykorzystaniem a surowością konsekwencji, lecz wskazują na wiek jako czynnik modyfikujący ten związek.

Czynniki dotyczące kontekstu wykorzystania seksualnego

Jednym z ważniejszych czynników wpływających na konsekwencje doznanego przez dziecko wykorzystania seksualnego jest **postawa bliskich** mu osób wobec zaistniałych zdarzeń, ujawnienia przez nie doznania przemocy oraz postawa bliskich wobec specyficznych potrzeb i kondycji psychicznej dziecka-ofiary wykorzystywania (Deblinger i in., 1999; Ketring i in., 1999, za: Frazier i in., 2009). Wyniki badań wskazują, iż im bardziej negatywna jest reakcja rodziców, tym poważniejsze są skutki wykorzystania (Finkelhor, 1986; Haugaard, Reppucci, 1988). Dzieci, których bliscy nie przyjmują do wiadomości faktu wykorzystania, opuszczają psychicznie dziecko (lub wręcz oferują więcej wsparcia sprawcy niż dziecku), narażają je na istotnie wyższy poziom traumy. Inne badania wykazały z kolei, że te dzieci, które mają poczucie, że nie postrzegają się jako odpowiedzialnych za zaistniałą sytuację są tym lepiej wzmocnione i wykazują lepsze funkcjonowanie po ujawnieniu doznania przemocy (Black i in., 1994; McCourt i in. 1998, za: Frazier i in., 2009). W zakresie badań dotyczących znaczenia wsparcia bliskich oferowanego dziecku, na szczególną uwagę zasługują te, które podejmowały kwestię wsparcia ze strony matki. Zgodnie z ich wynikami, wsparcie matki było istotnie związane z lepszym funkcjonowaniem dzieci (Bennett i in., 2000, za: Frazier i in., 2009). Kaufman i Henrich (2000, za: Frazier i in., 2009) odkryli wręcz, iż wsparcie udzielane przez matkę było bardziej znaczącym predyktorem lepszego przystosowania dziecka niż typ oraz czas trwania wykorzystania seksualnego, a także niż charakter relacji łączącej sprawcę z dzieckiem.

Wsparcie ze strony bliskich jest nie tylko istotnym czynnikiem modyfikującym charakter skutków wykorzystania, ale przede wszystkim wpływającym na gotowość

dziecka do ujawnienia doznanej przemocy. Postawa bliskich determinuje to, czy w ogóle dziecko ujawni wykorzystanie, w jakim czasie i wobec kogo to zrobi oraz czy będzie skłonne w przyszłości — np. podczas procedur prawnych — podtrzymać swoje wypowiedzi, czy też się z nich wycofa. Interesującymi badaniami w tym zakresie są badania przeprowadzone w 1992 roku przez Lawson i Chaffina (za: Malloy, Lyon, 2006) na grupie dzieci przed okresem dojrzewania. U dzieci tych wykryto choroby przenoszone drogą płciową. Wyniki dotyczące braku ujawnienia różniły się znacząco u dzieci, których opiekunów oceniono jako wspierających (37%) i u tych, których opiekunów oceniono jako nieudzielających wsparcia (83%).

Inna grupa badań prowadzonych w zakresie problematyki znaczenia reakcji bliskich dziecka na ujawnienie przez nie doświadczenia przemocy seksualnej dotyczy wpływu wsparcia bliskich na sposób przeżywania przez dziecko procedur prawnych, w które jest ono angażowane po dokonaniu ujawnienia. Badania Goodmana prowadzone w tym zakresie (Goodman i in., 1992, za: Malloy, Lyon, 2006) wykazały, że wsparcie ze strony matki może wpływać redukująco na negatywne skutki związane z procesem składania przez dziecko zeznań.

Wsparcie oferowane dziecku przez bliskich jest zatem istotnym czynnikiem wpływającym modyfikująco na konsekwencje przemocy pojawiające się u dziecka. Wpływ ten ma charakter bezpośredni — doświadczanie przez dziecko wsparcia zmniejsza poziom przeżywanej przez nie traumy, a także pośredni — wpływając pozytywnie na ujawnienie przez nie wykorzystania. Ujawnienie przez dziecko wykorzystania zwiększa z kolei prawdopodobieństwo, iż uzyska ono odpowiednią pomoc.

Zespół Stresu Pourazowego jako konsekwencja doświadczenia wykorzystania seksualnego

Przemoc seksualna wobec dzieci bez wątpienia może być uważana za potencjalne zdarzenie traumatyczne. Co więcej, wykorzystanie seksualne przez autorów klasyfikacji diagnostycznej DSM (Badura–Madej, Dobrzyńska–Mesterhazy, 2004) uznane zostało za jeden ze stresorów skrajnych. Warto zauważyć, iż chociaż dzieci doświadczyc mogą w życiu bardzo

wielu różnych zdarzeń urazogennych, to jednak zauważono, że wyższy poziom objawów PTSD zidentyfikować można u dzieci–ofiary traumy interpersonalnej niż np. ofiar katastrofy naturalnej (Goodman, Scott, 2000, za: Badura–Madej, Dobrzyńska–Mesterhazy, 2004). Kryteria diagnostyczne PTSD u dzieci według klasyfikacji DSM przedstawione zostały w tab. 3.

Tabela 3. Kryteria diagnostyczne PTSD u dzieci według DSM

Cechą specyficzną wydarzeń traumatycznych, w odróżnieniu od innych stresowych sytuacji, jest: 1) zagrożenie życia i zdrowia oraz 2) towarzyszące temu silne reakcje emocjonalne: strachu, bezradności, przerażenia, które u dzieci mogą wyrażać się poprzez dezorganizację i niepokój w zachowaniu.

Pojawiają się 3 grupy objawów:

- 1) uporczywe doświadczanie traumy w różny sposób, głównie przez intruzywne wspomnienia, traumatyczne sny, dotyczące bądź aktualnej traumy, bądź innych krytycznych doświadczeń, zabawy zawierające różne aspekty traumatycznego wydarzenia;
- 2) zmniejszona reaktywność i zainteresowanie otoczeniem, głównie poprzez zmniejszone zaangażowanie w ulubione aktywności, emocjonalne odcięcie w kontaktach z rodzicami i kolegami, obniżona tolerancja na bodźce, unikanie intensywnych emocji;
- 3) objawy pobudzenia związane z sytuacją traumatyczną, przejawiające się w stanie pogotowia emocjonalnego w postaci nerwowości, nagłych reakcji przestraszenia, zaburzeń snu, trudności w koncentracji uwagi w szkole, pojawianiu się strachu na bodźce przypominające traumę.

Źródło: Opracowano na podstawie Badura–Madej, Dobrzyńska–Mesterhazy, 2004.

Specyfika zaburzeń pourazowych u dzieci różni się od tej, którą zaobserwować można u osób dorosłych. Zdaniem Krystal (1978, za: Badura–Madej, Dobrzyńska–Mesterhazy, 2004) różnice te wynikają z faktu, iż emocje dzieci są słabo zróżnicowane, silnie powiązane z somatycznymi doznaniem i niewyrażane werbalnie. Z tego powodu emocje dzieci w obliczu traumatycznych zdarzeń są intensywniejsze i trudniejsze do modulowania niż u osób dorosłych. W dzieciństwie i niemowlęctwie wyróżniono dwa dominujące typy reakcji na stres: pobudzenie oraz dysocjacja, przy czym dzieci młodsze mają skłonność do reagowania zaburzeniami dysocjacyjnymi, np. unikaniem, zamieraniem, uciekaniem w marzenia w ciągu dnia, fugą, depersonalizacją, a nawet katatonią. U dzieci starszych częstsze jest

natomiast reagowanie pobudzeniem (Perry, Pollard, 1998; De Bellis i in., 1994; Ornitz i in., 1989, za: Dąbkowska, 2002). Specyfika reakcji dzieci na uraz zależeć będzie zatem od etapu rozwojowego na jakim się one znajdują.

Niektórzy badacze uważają, iż istnieje możliwość diagnozy PTSD już u bardzo małych dzieci. U niemowląt do 6. miesiąca życia pojawiać się mogą: pobudzenie, nadmierna odpowiedź na bodźce, drażliwość, zaburzenia fizjologiczne, wycofanie. W drugim półroczu życia częstsze są reakcje lękowe, złość, unikanie pewnych sytuacji przez wzrost ruchliwości, zaburzenia snu. W trzecim półroczu życia pojawiać się mogą reakcje dzieci na słowa związane z urazem, a jeszcze później reakcje na symbole związane z urazem oraz lęki nocne (Dąbkowska, 2002), Scheering i inni (1995, za: Dąbkow-

ska, 2002) wskazują na możliwość rozpoznawania PTSD u dzieci do 48. miesiąca życia, jeśli spełnione zostanie jedno z czterech kryteriów:

- 1) powtarzne przeżywanie — powtarzające się zabawy nawiązujące do urazu:
 - objawy dystresu z przypominającymi faktami,
 - epizody dysocjacyjne;
- 2) obniżona aktywność lub widoczne społeczne wycofanie, sztywny afekt, utrata nabytych umiejętności;
- 3) wzrost pobudliwości wyrażający się w zaburzeniach snu, skupieniu uwagi, nadpobudliwości, odpowiadaniem przestraszeniem na bodźce;
- 4) strach i agresja: zachowania agresywne, bliski kontakt z opiekunami, strach przed toaletą lub innymi przedmiotami.

Niezależnie od klasyfikacji zaburzeń porazowych wprowadzonych przez systemy diagnostyczne DSM oraz ICD, powstają inne ujęcia konceptualizujące zespoły reakcji występujących u dzieci w odpowiedzi na uraz. Przykładem takiego ujęcia jest model Lenory Terr (1995, za: Badura–Madej, Dobrzyńska–Mesterhazy, 2004), według której trauma oznacza psychologiczne konsekwencje nagłego zewnętrznego zdarzenia lub serii zdarzeń, powodujących załamanie dotychczasowych sposobów radzenia sobie i mechanizmów obronnych. W zależności od długości trwania i powtarzalności urazogennych wydarzeń, Terr wyróżnia traumę typu I oraz traumę typu II. Trauma typu I rozumiana jest przez tę autorkę jako reakcja na pojedyncze, nieprzewidziane wydarzenie traumatyczne, a trauma typu II jako reakcja na trwale lub powtarzające się trudne, zewnętrzne zdarzenia. Terr wyróżnia cechy wspólne oraz specyficzne dla każdego z dwóch typów traumy. Do cech wspólnych zalicza:

- 1) szczegółowe, powtarzające się wspomnienia z silną komponentą wyobrażeniowo–zmysłową — wspomnienia te pojawiają się nie tylko pod wpływem bodźców przypominających o zdarzeniu, ale

także spontanicznie w czasie wolnym, np. podczas oglądania TV;

- 2) powtarzające się zachowania — dzieci mogą odtwarzać przeżyte traumatyczne zdarzenia wobec innych osób lub np. odgrywać je w zabawie. Charakterystyczna jest kompulsywność tych działań, brak towarzyszącej im radości i swobody typowej dla zabaw dzieci;
- 3) specyficzne lęki — treść tych lęków w specyficzny sposób związana jest z bodźcami przypominającymi o traumie, np. dotyczyć może określonej formy dotyku;
- 4) zmianę postaw wobec ludzi, życia i przyszłości — dzieci zaczynają postrzegać świat i innych ludzi jako zagrażających, spodziewają się doznania kolejnych urazów.

Jako cechy specyficzne dla traumy typu I Terr podaje:

- 1) bardzo wyraziste wspomnienia wydarzenia traumatycznego — werbalne wspomnienia są zdaniem tej autorki możliwe już między 28. a 38. miesiącem życia dziecka;
- 2) poznawcze opracowywanie wydarzenia poprzez poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego mnie to spotkało — ustalenie przyczyn, wyjaśnienie zaistniałych zdarzeń ma na celu przywracanie poczucia kontroli nad swoim życiem;
- 3) zaburzenia spostrzegania w postaci iluzji, a nawet halucynacji — nie są to objawy zaburzeń psychicznych, lecz raczej wynik neurofizjologicznych i neurochemicznych reakcji zachodzących w mózgu w sytuacji silnego stresu (Teicher, 2002; Le Doux, 2000, za: Badura–Madej, Dobrzyńska–Mesterhazy, 2004).

Do cech typowych dla traumy typu II Terr zalicza: masywne zaprzeczanie, odrętwienie oraz identyfikację z agresorem i autoagresję.

Ujęcie, polegające na posługiwaniu się kategorią Zespołu Stresu Pourazowego w celu opisu konsekwencji wykorzystania seksu-

alnego dzieci, zyskało wśród badaczy oraz praktyków spore poparcie. Jednocześnie istnieje też grupa naukowców, którzy odnoszą się krytycznie do tego sposobu myślenia. Jedną z takich osób jest Finkelhor (1987, 1990), który wskazuje na kilka słabych punktów posługiwania się jednostką PTSD do opisu konsekwencji wykorzystania seksualnego:

- 1) jest to jego zdaniem ujęcie zbyt wąskie. Ofiary wykorzystania seksualnego przejawiają co prawda często wiele zaburzeń ujmowanych przez jednostkę PTSD, ale jednocześnie przejawiać mogą też wiele innych objawów niezaliczanych do niej, np. nadmierną seksualizację;
- 2) koncepcja PTSD kładzie nacisk przede wszystkim na afektywny aspekt doświadczenia traumy. Faktycznie trauma dotyczy jednak w nie mniejszym zakresie aspektu poznawczego. Dzieci–ofiary wykorzystań — jak wskazuje Finkelhor — przejawiają często zaburzenia przekonań na temat seksu, rodziny czy też swojej wartości. PTSD pomija te aspekty;
- 3) wiele dzieci–ofiary wykorzystania seksualnego nie przejawia w ogóle symptomów PTSD za to przejawia wiele innych problemów. Skupianie się na PTSD może powodować ryzyko pomijania tych osób;
- 4) teoria leżąca u podstaw wyróżnienia jednostki PTSD nie zupełnie adekwatnie opisuje specyficzną sytuację wykorzystania seksualnego. Klasyczne ujęcie PTSD wskazuje, że określone objawy są konsekwencją przeżycia „przytłaczającego zdarzenia wywołującego poczucie bezradności w obliczu trudnego do zniesienia niebezpieczeń-

stwa, lęku i instynktownego pobudzenia” (Eth, Pynoos, 1985, za: Finkelhor, 1990) oraz „tendencji do zakończania” (*completion tendency*), w ramach której umysł dąży do integracji zaburzającego, obcego zdarzenia z istniejącymi schematami (Horowitz, 1976, za: Finkelhor, 1990). Z kolei wiele doświadczeń wykorzystania seksualnego nie wiąże się z sytuacjami doświadczenia przymusu czy zagrożenia. Wiele takich zdarzeń realizowanych jest poprzez manipulację uczuciami i zaufaniem dziecka. Nierzadko zdarza się, że ofiary zdają sobie sprawę z faktu doświadczenia wykorzystania seksualnego dopiero po długim czasie. Co więcej, jak wskazuje Finkelhor (1990), doświadczenie wykorzystania seksualnego należy traktować w mniejszym stopniu jako „zdarzenie”, a w większym jako proces lub wręcz typ relacji. Problem wykorzystanego dziecka często nie będzie polegał na trudności w zintegrowaniu doświadczenia przemocy z resztą swojego doświadczenia, lecz właśnie na „nadmiernej” jego integracji, zaburzającej inne relacje i sytuacje w życiu dziecka.

Wskazując powyższe zastrzeżenia wobec posługiwania się kategorią PTSD w rozumieniu konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka, Finkelhor proponuje własne ujęcie konceptualizujące pojawianie się określonych skutków przemocy. Czteroczynnikowy model wyjaśniający mechanizm powstawania konsekwencji wykorzystania seksualnego dziecka jest często i szeroko opisywany w polskiej literaturze (por. Zielona–Jenek, 2003).

Zakończenie

W zakresie problematyki wykorzystywania seksualnego dzieci prowadzone są liczne badania naukowe. Kolejne otrzymywane na przestrzeni lat wyniki dostarczają coraz bardziej złożonego obrazu funkcyjno-

wania dziecka–ofiary przemocy seksualnej. Brak jasnych i jednoznacznych odpowiedzi i wskazówek w tym zakresie może sprawiać, że praca osób profesjonalnie zajmujących się pomocą ofiarom wykorzystań wydaje się

jeszcze trudniejsza. Jednocześnie złożoność sytuacji psychologicznej dziecka-ofiary nie musi przerażać i wywoływać bezradności. Pomocne okazuje się przeświadczenie, że kontakt z dzieckiem wykorzystanym seksu-

alnie jest kontaktem z drugim człowiekiem — niepowtarzalną istotą, która w trudnych warunkach za pomocą dostępnych sobie środków próbuje zachować względną równowagę.

Consequences of sexual abuse experienced in childhood are frequently explored in both empirical trials and multiple publications. Nonetheless, this extremely broad topic calls for further investigation and further attempts at conceptualizing obtained results. The present article reviews selected aspects of this subject area. The paper focuses on the consequences potentially developing in sexually abused children, additionally analyzing various modifying factors affecting the character of such consequences. Particular attention is devoted to Post-Traumatic Stress Disorder — a diagnostic category used to describe various anomalies observed in children following an incident of sexual abuse.

Literatura

- Anderson S.C., Mayes P. (1982), *Treating family sexual abuse: The humanistic approach*, Journal of Child Care, nr 1 (2), s. 41–46.
- Badura-Madej W., Dobrzyńska-Esterhazy A. (2004), *Wpływ traumy na funkcjonowanie dziecka-ofiary wykorzystania seksualnego*, Dziecko Krzywdzone, nr 6, s. 97–110.
- Bagley C., Ramsay R. (1987), *Disrupted childhood and vulnerability to sexual assault: Long-term sequels with implication for counseling*, Social Work and Human Sexuality, vol. 7, s. 128–142.
- Baker A., Duncan S. (1985), *Child Sexual Abuse: A Study of Prevalence in Great Britain*, Child Abuse and Neglect, nr 9, s. 457–467.
- Beisert M. (2004), *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Beisert M. (2004a), *Wykłady: Determinanty typowego i nietypowego rozwoju seksualnego*, Poznań: Instytut Psychologii UAM (materiały niepublikowane).
- Bennett S., Hughes H., Luke D. (2000), *Heterogeneity in patterns of child sexual abuse, family functioning, and long-term adjustment*, Journal of Interpersonal Violence, vol. 15, s. 134–157.
- Bentovim A., Elton A., Hildebrand J., Tranter M., Vizard E. (1990), *Child sexual abuse within the family: assessment and treatment*, London: Wright.
- Bentovim, A., Watkins, B. (1992), *The Sexual Abuse and Male Children and Adolescents: A Review of Current Research*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 33, s. 197–248.
- Berliner R., Stevens D. (1982), *Clinical issues in child sexual abuse*, Journal of Social Work and Human Sexuality, vol. 1, s. 93–108.
- Bifulco A., Brown G., Adler Z. (1991), *Early Sexual Abuse and Clinical Depression in Adult Life*, British Journal of Psychiatry, vol. 159, s. 115–122.
- Black M., Dubowitz H., Harrington D. (1994), *Sexual abuse: Developmental differences in children's behavior and self-perception*, Child Abuse and Neglect, vol. 18, s. 85–95.
- Bowlby J. (1969), *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby J. (1973), *Attachment and loss: Volume 2. Separation. Anxiety and Anger*, Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and loss: Volume 3. Loss. Sadness and depression*, Harmondsworth: Penguin Books.

- Bradley S.J. (2000), *Affect regulation and the development of psychopathology*, New York: The Guilford Press.
- Bretherton I., Munholland K. (1999), *Internal working models in attachment relationships: a construct revised*, w: J. Cassidy, Ph.R. Shaker (red.), *Handbook of attachment. Theory, research and clinical application*, New York: The Guilford Press.
- Browne A., Finkelhor D. (1985), *The traumatic impact of child sexual abuse: A Conceptualization*, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, s. 530–540.
- Browne A., Finkelhor D. (1986), *The impact of child sexual abuse: A review of the research*, *Psychological Bulletin*, vol. 99, s. 66–77.
- Browne K.D. (2007), *Wiarygodność dziecka — ofiary wykorzystania seksualnego jako świadka*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 4.
- Burgess A.W., Holmstrom L.L. (1974), *Rape: Victims and crisis*, Bowie, MD: Robert J. Brady.
- Burton L. (1968), *Vulnerable children*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Caffaro-Rouget A., Lang R.A., van Santen V. (1989), *The impact of child sexual abuse on victims' adjustment*, *Annals of Sex Research*, vol. 2, s. 29–47.
- Conte J., Berliner L., Schuerman J. (1986), *The impact of sexual abuse on children* (Final Report No. MH 37133), Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Conte J., Schuerman J. (1987), *Factors associated with an increased impact of child sexual abuse*, *Child Abuse and Neglect*, vol. 11, s. 201–211.
- Czub M. (2003), *Wzorzec przywiązania jako czynnik pośredniczących w konsekwencjach wykorzystywania seksualnego dzieci*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 5.
- Czub M. (2009), *Rola wczesnego rozwoju społeczno-emocjonalnego w genezie indywidualnej odporności na zranienie*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 2.
- Dąbkowska M. (2002), *Zespół stresu pourazowego u dzieci*, *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, nr 2 (4), s. 251–254.
- De Bellis D.D., Chrausos G.P., Dom L.D., Burke L., Helmers K., Kling M.A., Rickett O.P.K., Putnam F.W. (1994), *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls*, *J. Clin. Endoc. Metab.*, vol. 78, s. 249–255.
- Deblinger E., Steer R., Lippmann, J. (1999), *Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment*, *Journal of Child Maltreatment*, nr 4, s. 13–20.
- Delfos M.F. (1994), *De Ontwikkeling van Intimiteit*, *Tijdschrift voor Seksuologie*, nr 18, s. 282–292.
- Eth S., Pynoos R. (1985), *Post-traumatic stress disorder in children*, Los Angeles, CA: American Psychiatric Association.
- Faller K. (1990), *Understanding child sexual maltreatment*, Newbury Park, CA: Sage.
- Finkelhor D. (1979), *Sexually victimized children*, New York: Free Press.
- Finkelhor D. (1987), *The trauma of child sexual abuse: Two models*, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 2 (4), s. 348–366.
- Finkelhor D. (1984), *Child Sexual Abuse*, New York: Free Press.
- Finkelhor D. (1990), *Early and Long-Term Effects of Child Sexual Abuse: An Update*, *Professional Psychology. Research and Practice*, nr 21 (5), s. 325–330.
- Frazier K.N., Goodman, D., West-Olatunji C., St. Juste S. (2009), *Transgenerational Trauma and Child Sexual Abuse: Reconceptualizing Cases Involving Young Survivors of CSA*, *Journal of Mental Health Counseling*, nr 1 (31), s. 22–33.
- Frederick C.J. (1986), *Post-Traumatic Stress Disorder and Child Molestation*, w: A. Burgess, C. Hartman (red.), *Sexual Exploitation of Patients by Health Professionals* (s. 133–142), New York: Praeger.

- Freud A. (1981), *A psychoanalyst's view of sexual abuse by Parents*, w: P. Beezley, C. Mrazek, C.H. Kempe (red.), *Sexually abused children and their families*, Oxford: Pergamon Press.
- Friedrich W., Beilke R., Urquiza A. (1987), *Children from sexually abusive families: A behavioral comparison*, *Journal of Interpersonal Violence*, nr 2 (4), s. 391–402.
- Friedrich W., Beilke R., Urquiza A. (1988), *Behavior problems in young sexually abused boys: A comparison study*, *Journal of Interpersonal Violence*, nr 3 (1), s. 21–28.
- Friedrich W.N. (2002), *Bezpośrednie konsekwencje wykorzystania seksualnego dzieci — przegląd literatury*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 1, s. 29–39.
- Glaser D., Frosh S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Gomes–Schwartz B., Horowitz J., Cardarelli A. (1990), *Child sexual abuse: The initial effects*, Newbury Park, CA: Sage.
- Goodman G.S., Taub E.P., Jones D.P., England P. (1992), *Testifying in criminal court: Emotional effects on child sexual assault victims*, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 57, s. 1–142.
- Goodman R., Scott S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner.
- Haugaard J.J., Reppucci N.D. (1988), *The sexual abuse of children. A comprehensive guide to current knowledge and intervention strategies*, San Francisco: Jossey–Bass Publishers.
- Horowitz M.J. (1976), *Stress response syndromes*, New York: Hason Aronson.
- Johnson S.R., Wodarski J.S. (1988), *Child Sexual Abuse Contributing Factors Effects and Relevant Practice Issues*, *Family Therapy*, vol. 15.
- Kaufman J., Henrich, C. (2000), *Exposure to violence and early childhood trauma*, w: C. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 195–207), New York: Guilford Press.
- 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 (1), s. 164–180.
- Ketring S.A., Feinauer L.L. (1999), *Perpetrator–victim relationship: Long–term effects of sexual abuse for men and women*, *American Journal of Family Therapy*, vol. 27, s. 109–120.
- Kemblowski P. (2002), *Przemoc seksualna doświadczana w okresie dzieciństwa i adolescencji — wyniki badania ankietowego młodzieży*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 1, s. 85–112.
- Krawulska–Ptaszyńska A. (1995), *Nadużycia seksualne wobec dzieci*, w: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*, Tom IV (s. 163–175), Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Krystal H. (1978), *Trauma and affects*, *Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 33, s. 81–116.
- Lawson L., Chaffin M. (1992), *False negatives in sexual abuse disclosure interviews: Incidence and influence of caretaker's belief in abuse in cases of accidental abuse discovery by diagnosis of STD*, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 7, s. 532–542.
- LeDoux J. (2000), *Mózg emocjonalny*, Poznań: Media Rodzina.
- Lew–Starowicz Z. (2000a), *Seksuologia sądowa*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Lew–Starowicz, Z. (2000b), *Seksuologia wieku dziecięcego i okresu dojrzewania*, w: A. Popielarska, M. Popielarska (red.), *Psychiatria wieku rozwojowego* (s. 195–216), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- McCourt J., Peel J., O'Carroll P. (1998), *The effects of child sexual abuse on the protecting caregiver(s): Identifying a counseling response for secondary survivors*, *Counseling Psychology Quarterly*, vol. 11, s. 283–299.

- Mannarino A.P., Cohen J.A. (1986), *A clinical demographic study of sexually abused children*, Child Abuse and Neglect, vol. 10, s. 17–28.
- McLeer S.V., Deblonger E., Henry D., Orvashel H. (1992), *Sexually abused children at high risk for PTSD*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 31, s. 875–879.
- Malloy L.C., Lyon T.D. (2006), *Caregiver Support and Child Sexual Abuse: Why Does It Matter?*, Journal of Child Sexual Abuse, vol. 15 (4), s. 97–103.
- Ornitz E.M., Pynoos R.S. (1989), *Stable modulation in children with post-traumatic stress disorder*, Am. J. Psychiat., vol. 147, s. 866–870.
- Perry B.D., Pollard R. (1998), *Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma*, Child and Add. Psychiat. Clinics North Am., vol. 7, s. 33–51.
- Pospiszyl K. (2005), *Przestępstwa seksualne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Russell D. (1983), *The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children*, Child Abuse and Neglect, vol. 7, s. 133–146.
- Russell D. (1986), *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*, New York: Basic Books.
- Scheeringa M.S., Zeanah Ch., Drell M.I., Larrien I.A. (1995), *Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood*, J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry, vol. 34, s. 191–200.
- Sheldrick, C. (1991), *Adult Sequelae of Child Sexual Abuse*, British Journal of Psychiatry, vol. 158, s. 55–62.
- Teicher M.H. (2002), *Neurobiologia przemocy*, Świat Nauki, nr 5, s. 62–69.
- Terr L.C. (1995), *Childhood traumas: an outline and overview*, w: G.S. Everly, J.M. Lating (red.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress*, New York: Plenum Press.
- Tufts' New England Medical Center, Division of Child Psychiatry (1984), *Sexually exploited children: Service and research project* (Final report for the Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention), Washington DC: U.S. Department of Justice.
- Tyson P., Tyson R.L. (1990), *Psychoanalytic theories of development: an integration*, New York: Vail-Ballou Press.
- Widera-Wysoczańska A. (2002), *Ciało pamięta*, Charaktery, nr 6.
- 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 Humaniora.

O AUTORZE

AGNIESZKA IZDEBSKA jest psychologiem, psychoterapeutą psychodynamicznym, doktorantką w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej. Jej zainteresowania naukowe skupiają się głównie wokół ludzkiej seksualności — zarówno w zakresie związanej z tym normy, jak i patologii — a także edukacji zdrowotnej i psychoprofilaktyki. Od 2007 roku współpracuje z Fundacją Dzieci Niczyje.