

Bezpośrednie konsekwencje wykorzystywania seksualnego dzieci

Objawy stwierdzane u dzieci i nastolatków, ofiar wykorzystywania seksualnego, często mają charakter ogólny i nie różnią się od objawów innych traumatycznych przeżyć, powodujących u dziecka napięcie i niepokój. Ale istnieją też objawy specyficzne, takie jak nietypowe zachowania seksualne i przejawy stresu pourazowego (PTSD). W tym artykule przedstawione zostaną pokrótce najnowsze ustalenia badawcze na temat bezpośrednich (short-term) konsekwencji wykorzystywania seksualnego dzieci.

1. Wprowadzenie

Najbardziej wyczerpujący przegląd literatury naukowej na temat bezpośrednich konsekwencji wykorzystywania seksualnego dzieci ukazał się w 1993 roku (Kendall-Tackett, Williams, Finkelhor 1993). Od tej pory pojawiło się bardzo wiele publikacji na ten temat. Zaczęto dociekać, dlaczego u jednych dzieci pojawiają się objawy, będące następstwem wykorzystywania, a u innych nie. Co ważniejsze, pojawiły się sugestie, że większość objawów uznawanych do tej pory za konsekwencje wykorzystywania seksualnego można wyjaśnić wpływem innych zmiennych niż przemoc seksualna, której doświadczyło dziecko (Rind, Tromovitch, Bauserman 1998). Niektórzy autorzy przypuszczają, że objawy te można wyjaśnić takimi czynnikami, jak konflikty rodzinne, wcześniejsze traumatyczne zdarzenia i/lub płęć dziecka.

Przed omówieniem najnowszych badań, warto streścić najważniejsze zagadnienia, na które zwrócili uwagę w swoim przeglądzie Kendall-Tackett i in. (1993). W opracowaniu tym zajmowano się osobami do 18. roku życia i koncentrowano się na badaniach, w któ-

rych ofiary wykorzystywania seksualnego (dzieci lub młodzież) porównywano z osobami, wobec których nie dopuszczono się wykorzystywania. Tylko dwa objawy ujawniły się istotnie częściej u dzieci wykorzystywanych seksualnie niż w klinicznych grupach badanych: objawy stresu pourazowego (PTSD) i seksualizacja zachowań. Generalnie, poza tymi dwoma zespołami objawów, grupa dzieci-ofiar wykorzystywania seksualnego miała mniej objawów niż ci badani, którzy byli leczeni psychiatrycznie. Powodów tego ogólnie mniejszego natężenia objawów jest kilka. Po pierwsze, wiele dzieci-ofiar wykorzystywania seksualnego objęto badaniami nie dlatego, że miały objawy (jak to miało miejsce w grupach klinicznych), ale z powodu tego, co im się przytrafiło. Po drugie, jest prawdopodobne, że w grupach klinicznych znalazły się niezdiagnozowane ofiary wykorzystywania seksualnego.

Bycie ofiarą wykorzystywania seksualnego wiązało się z takimi specyficznymi objawami, jak seksualizacja zachowań, a także z wieloma objawami o bardziej ogólnym charakterze, takimi jak depresja, agresja i skłon-

ność do wycofywania się z kontaktów społecznych. Ten zespół objawów, choć związany z doświadczeniem wykorzystywania seksualnego, nie występował jedynie u ofiar tego typu nadużyć.

Odsetek ofiar wykorzystywania seksualnego, u których wystąpiły objawy różnił się znacznie w zależności od badania. Na przykład, udział osób przejawiających takie symptomy, jak lęk, depresja, objawy stresu pourazowego, problemy szkolne, problemy z nauką, zachowania autodestrukcyjne czy objawy somatyczne, wahał się wśród ofiar w granicach 20–30%. W analizowanych badaniach 30–40% ofiar wykorzystywania seksualnego nie miało żadnych objawów w chwili badania. Ten względnie wysoki procent ofiar „bezobjawowych” można tłumaczyć na kilka sposobów. Po pierwsze, dzieci oceniano jedynie pod względem demonstrowanych zachowań i być może zastosowane techniki pomiaru były zbyt mało czułe, by uchwycić całe spektrum objawów. Po drugie, u niektórych dzieci symptomy nie pojawiają się natychmiast. Możliwe, że niektóre objawy ujawniają się dopiero po pewnym czasie, na przykład na początku adolescencji. I wreszcie niewykluczone, że dzieci „bezobjawowe” rzeczywiście mniej przeżyły to, że zostały seksualnie wykorzystane lub sam akt wykorzystania był mniej poważny.

Kendall-Tackett i in. (1993) przyjrzeni się również badaniom, w których starano się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego poziom objawów u dzieci, które doznały wykorzystywania seksualnego, jest tak zróżnicowany. Okazało się na przykład, że więcej objawów

miały dzieci starsze niż młodsze, a układ objawów był inny u chłopców niż u dziewczynek. Niektóre parametry charakteryzujące wykorzystanie seksualne dziecka, takie jak wystąpienie bądź nie penetracji, użycie siły, częstość kontaktów seksualnych z dzieckiem i czas ich trwania, korelowały z większą liczbą objawów u dziecka. Więcej objawów przejawiały również dzieci, którym matki nie udzieliły wsparcia. Natomiast w czasie, w którym powstał omawiany przegląd nie badano wpływu takich zmiennych pośredniczących, jak dokonywana przez dziecko atrybucja przyczyn doznanej krzywdy czy stosowane przez nie strategie radzenia sobie z sytuacją.

Autorzy tego niezwykle ważnego przeglądu odnotowali też, że u 2/3 dzieci–ofiar wykorzystywania seksualnego objawy ustąpiły w ciągu 12–18 miesięcy od zdarzenia. Autorzy byli zgodni, że nie ma jednego syndromu charakterystycznego dla dziecka–ofiary wykorzystywania seksualnego i że traumatyczny wpływ wykorzystania prawdopodobnie ma charakter wieloczynnikowy. W analizowanym opracowaniu uderza jednak brak teorii wyjaśniających tak wpływ wykorzystywania seksualnego na dziecko, jak i mechanizmy cofania się objawów wykorzystania. Autorzy zakończyli swój przegląd apelem o udoskonalenie metod pomiaru wpływu wykorzystania seksualnego na dziecko, analizę wpływu uwzględniającą zróżnicowanie ze względu na płeć i wiek i zwrócenie uwagi na rolę zmiennych pośredniczących/moderujących, zwłaszcza w badaniach podłużnych.

2. Badania po roku 1993

W tym artykule zaprezentowane zostaną te empiryczne badania porównawcze dotyczące bezpośrednich konsekwencji wykorzystania seksualnego dzieci, które były prowadzone na próbach dzieci lub mło-

dzieży o dużej liczebności oraz stosowano w nich trafne narzędzia pomiaru. Przegląd ten ma charakter selektywny i nie wyczerpuje tematu. Omówione zostaną następujące zagadnienia: seksualizacja zachowań

dziecka, objawy stresu pourazowego i objawy pokrewne, treści poznawcze i atrybucje odnoszące się do sytuacji wykorzystywania seksualnego. Zaprezentowane zostaną rów-

nież ustalenia dotyczące wpływu zmieni-nych pośredniczących pomiędzy doświad-czeniem wykorzystania seksualnego a tymi objawami.

2.1. Seksualizacja zachowań

W tej dziedzinie przeprowadzono kilka znakomitych badań porównawczych, które znacznie ułatwiły powstanie specyficznych narzędzi do oceny zachowań seksualnych u dzieci. I tak, w badaniach korzystano między innymi z Listy Zachowań Dziecięcych (Child Behavior Checklist — CBCL), wybierając z niej sześć zachowań seksualnych i prosząc rodziców o ocenę ich występowania u dziecka (Achenbach 1991), a także z Inwentarza Dziecięcych Zachowań Seksualnych (Child Sexual Behavior Inventory — CSBI), składającego się z 38 pytań (Friedrich 1997). Do badań młodzieży metodą *self-report* można użyć dwóch kwestionariuszy: Kwestionariusza Problemów Seksualnych Młodzieży

(Adolescent Sexual Concerns Questionnaire) (Hussey, Singer 1993) oraz Inwentarza Zachowań Seksualnych Młodzieży (Adolescent Sexual Behavior Inventory) (Friedrich, Lyne, Shamos, w druku). Badanie tego ważnego wymiaru zarówno u dzieci, jak i u młodzieży jest też możliwe przy pomocy Listy Objawów Traumatycznych u Dzieci (Trauma Symptom Checklist Children — TSCC) (Briere 1996). Większość opublikowanych po roku 1993 badań zachowań seksualnych ujawniła, że dzieci, które miały doświadczenia wykorzystywania seksualnego przejawiają większą seksualizację zachowań niż dzieci z grup kontrolnych. Prawidłowość tę zaobserwowano tak u dzieci, jak i u młodzieży.

Dzieci

Gdy porównano dziewczynki–ofiary wykorzystywania seksualnego z dwiema grupami kontrolnymi dziewczynek w wieku 6–12 lat, okazało się, że całkowita liczba zachowań seksualnych (mierzonych za pomocą CSBI) jest istotnie wyższa w pierwszej grupie (Cosentino, Meyer-Bahlburg i in. 1995). Istotne różnice w liczbie zachowań mierzonych CSBI i CBCL uzyskano też, gdy porównano dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego z dziećmi niebędącymi ofiarami, uczestniczącymi w dwóch różnych programach psychiatrycznych (Friedrich, Jaworski i in. 1997).

CSBI wykorzystano także w obszernym badaniu dzieci w wieku 2–12 lat (Friedrich, Fisher, Dittner i in. 2001), którym objęto 1 114 dzieci zdrowych, niebędących ofia-

rami, 620 dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego i 577 dzieci–pacjentów poradni zdrowia psychicznego. Ponieważ badane próby znacznie różniły się pod względem takich zmiennych demograficznych, jak wiek, płeć, poziom wykształcenia matek i dochody rodziny, zmienne te kontrolowano podczas porównań międzygrupowych. Dzieci–ofiary przejawiały więcej zachowań seksualnych niż dzieci zdrowe i dzieci z zaburzeniami psychicznymi. Okazało się też, że dzieci leczone się w poradni zdrowia psychicznego przejawiały więcej zachowań seksualnych niż dzieci zdrowe i że zachodzi korelacja między liczbą zachowań seksualnych a problemami z zachowaniem mierzonymi za pomocą CBCL (Achenbach 1991). W dodatku, gdy wszystkie próby połączo-

no i zbadano wpływ stresu życiowego i seksualności w rodzinie, okazało się, że obie te zmienne odpowiadały za istotną część wariacji całkowitej liczby zachowań seksualnych u dzieci.

Przewidywanie, że dzieci-ofiary wykorzystywania seksualnego będą bardziej obawiać się o swoje bezpieczeństwo, a zwłaszcza o bezpieczeństwo swoich narządów płciowych, nie jest bezpodstawne. Prawidłowość ta powinna się ujawnić silniej u tych dzieci, u których doszło do penetracji odbytu lub pochwy. Stwierdzono, że dzieci skierowane na badanie pediatryczne z powodu podejrzeń o to, że padły ofiarą przemocy seksualnej, u których badanie lekarskie podejrzania te potwierdziło, przejawiały wyższy poziom niepokoju i napięcia (*distress*) (Gully, Britton i in. 1999).

Inni z kolei badacze starali się odpowiedzieć na pytanie, dlaczego u jednych dzieci-ofiar wykorzystania seksualnego pojawiają się problemy z zachowaniami o charakterze seksualnym, a u innych nie. Ten nurt badań jest ważny nie tylko dlatego, że rzuca światło na obecność zmiennych pośredniczących, ale także dlatego, że bycie ofiarą wykorzystywania seksualnego może być czynnikiem ryzyka przestępczości seksualnej w przyszłości. Hall i współpracownicy zbadali 100 dzieci w wieku od 3 do 7 lat (Hall, Mathews, Pearce 1998). Wszystkie dzieci uczestniczyły w dwóch różnych programach terapeutycznych dla dzieci-ofiar wykorzystywania seksualnego. Obszerną dokumentację z terapii zakodowano i wszystkie dzieci poza jednym zakwalifikowano do jednej z trzech grup: grupy przejawiającej prawidłowe rozwojowo zachowania seksualne (N = 22), grupy przejawiającej nieprawidłowe rozwojowo zachowania seksualne (N = 15) i grupy przejawiającej nieprawidłowe interpersonalnie zachowania seksualne (N = 62). Udało się

wyodrębnić 20 zmiennych dobrze różnicujących dzieci z problemami i bez. Zmienne te podzielono na pięć kategorii: rodzaj wykorzystania seksualnego doświadczonego przez dziecko, cechy dziecka, biografia dziecka, jakość relacji dziecka z rodzicami, cechy opiekunów. Oto kilka przykładów tych zmiennych: doświadczenie przez dziecko podniecenia seksualnego podczas wykorzystania, nadmierna masturbacja, przemoc fizyczna wobec dziecka, zamiana ról między dzieckiem a jednym z rodziców oraz obecność objawów stresu pourazowego w wywiadzie matki.

Wyniki badań udowodniały związek wykorzystania seksualnego dziecka i towarzyszących temu doświadczeniu czynników z problemowymi zachowaniami seksualnymi dziecka. Im więcej towarzyszących czynników dodatkowych, tym problemów tych jest więcej. Problemy mogą mieć charakter interpersonalny i polegać między innymi na przejawianiu zachowań seksualnych wobec innych dzieci.

W badaniu przeprowadzonym w Quebec (Wright i in. 1998) stwierdzono istotnie wyższy poziom seksualizacji zachowań u 43–67% dzieci-ofiar wykorzystywania seksualnego.

Jednakże doświadczenie wykorzystania seksualnego wpływa nie tylko na zachowanie dziecka. Zwiększa też poziom seksualizacji relacji interpersonalnych. I tak, w porównaniu z innymi dziećmi, dzieci-ofiary wykorzystywania seksualnego wprowadziły najwięcej wątków seksualnych do historyjek, które miały ułożyć na temat pokazanego obrazka (Friedrich, Share 1998). Gully (2000) uzyskał podobne wyniki. Prosił dzieci o ułożenie historyjek do wieloznacznych obrazków. Opowiadania dzieci, które doświadczyły wykorzystywania, zawierały więcej negatywnych uczuć i wątki wskazujące na antycypację przemocy seksualnej.

Młodzież

W badaniu podłużnym przeprowadzonym w Nowej Zelandii (Fergusson i in. 1997) porównano młodzież, która doznała wykorzystywania seksualnego i młodzież, która nie miała takich doświadczeń. Ta pierwsza przejawiała o wiele więcej ryzykownych zachowań seksualnych. Najwięcej wczesnych inicjacji seksualnych, cięż nieletnich, niezabezpieczonych stosunków seksualnych i chorób przekazywanych drogą płciową stwierdzono u osób, u których podczas aktu przemocy seksualnej doszło do stosunku lub próby odbycia stosunku seksualnego. Osoby te znacząco częściej doświadczyły później napaści seksualnych, prób gwałtu lub gwałtu. Wyniki te znalazły potwierdzenie w innym badaniu przeprowadzonym na 125 dziewczętach w wieku dorastania, ofiarach wykorzystywania seksualnego (Cinq–Mars i in. w druku). Dziewczęta, u których doszło do penetracji wcześniej zachodziły w ciężę niż dziewczęta, u których nie doszło do penetracji. Negatywny wpływ wykorzystania seksualnego wiązał się z takimi czynnikami, jak przemoc w rodzinie i inne rodzinne czynniki ryzyka.

Istnieją dwie różne skale, specjalnie skonstruowane do badań typu *self-report* dotyczące zachowań seksualnych nastolatków i obie stosowane były w badaniach nad młodzieżą, która doświadczyła wykorzystywania seksualnego. Jedną to Kwestionariusz Problemów Seksualnych Młodzieży (Adolescent Sexual Concerns Questionnaire). Kwestionariusza tego użyto do badania problemów i zachowań seksualnych młodzieży hospitalizowanej (Hussey, Singer 1993). Sześć pytań w kwestionariuszu poświęconych tematyce seksualnej trafnie różnicowało młodych ludzi, którzy doświadczyli wykorzystywania seksualnego i tych, którzy nie mieli takich doświadczeń: pierwsza z tych grup wskazała większą liczbę problemów i zachowań seksualnych.

Druga, dłuższa skala, Inwentarz Zachowań Seksualnych Młodzieży (Adolescent Sexual Behavior Inventory), użyta została w badaniu nastolatków–ofiar wykorzystywania seksualnego lub chorych psychicznie (Friedrich i in., w druku). Zastosowano dwie wersje Inwentarza. Jedną wypełniała sama młodzież, drugą rodzice. Obie wersje badają te same czynniki: niepokój związany z seksem, zainteresowana seksualne, ryzykowne zachowania seksualne, zaburzony obraz własnego ciała oraz zachowania agresywne i aspołeczne. Uzyskano silną dodatnią korelację między ocenami rodziców i młodzieży. Uzyskano również silną korelację między zaburzeniem zachowań seksualnych u młodzieży a doświadczoną przemocą seksualną. Ale okazało się również, że z zaburzeniem zachowań seksualnych młodzieży silnie korelują przemoc fizyczna, stres życiowy i zaburzone relacje rodzinne.

Młodzież, która doznała wykorzystywania seksualnego, zwłaszcza starsza, na skali TSCC częściej udzielała odpowiedzi świadczących o przeżywanych problemach seksualnych (Friedrich, Jaworski i in. 1997). Młodzież w wieku 15–18 lat, która doznała wykorzystywania, istotnie częściej rozmyśla o seksie i przeżywa niepokoje seksualne niż rówieśnicy z zaburzeniami psychicznymi, którzy nie doznali przemocy seksualnej. Różnic takich nie stwierdzono u nastolatków w wieku 12–14 lat. Być może brak różnic wynika z większych trudności w samoopisie w młodszych grupach wiekowych.

Zaburzenia zachowań seksualnych u nastolatków budzą większy niepokój niż u młodszych dzieci, ponieważ pociągają za sobą poważniejsze konsekwencje, zarówno doraźne (cięża), jak i odroczone (problemy zdrowotne, zwłaszcza przewlekłe choroby układu moczowo–płciowego i narządów rodnych) (Springs, Friedrich 1992). Ten artykuł poświęcony jest konsekwencjom bezpośrednim, ale nie można zapominać, że wiele

ofiar wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie i okresie dorastania będzie odczu-

wało trwałe konsekwencje tego, co je wcześniej spotkało.

2.2. Stres pourazowy (PTSD)

Badanie stresu pourazowego i zaburzeń pokrewnych u dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego jest utrudnione, gdyż wiele kryteriów stosowanych do diagnozy stresu pourazowego u osób dorosłych nie sposób zastosować w badaniach dzieci. Żaden przedszkolak nie opisze, na przykład, obronnych strategii unikania czy swoich stanów wewnętrznych (Scheeringa i in. 2001). Zakres prowadzonych badań poszerzył się jednak dzięki powstaniu nowych, bardziej specyficznych narzędzi diagnozy stresu pourazowego. Pełną listę tych narzędzi można znaleźć w suplemencie opublikowanym przez Amerykańską Akademię Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998). Klinicyści są coraz bardziej świadomi, że u ofiar stresu pourazowego może dojść do zakłócenia rozwoju i że przykre objawy mogą się u nich pojawiać sporadycznie lub utrzymywać się na stałym poziomie do końca życia.

Doniesienia na temat objawów stresu pourazowego u dzieci–ofiary wykorzystania seksualnego różnią się pod względem oceny częstości występowania tego syndromu. McLeer, Deblinger, Henry i Orvaschel (1992) podają, że duża część dzieci, wobec których dopuszczono się wykorzystywania seksualnego (43,9%) skierowanych do poradni zdrowia psychicznego, cierpi na pełnoobjawowy stres pourazowy, a ogromna większość pozostałych (nieleczących się w poradni zdrowia psychicznego) ma niektóre objawy tego zaburzenia. Autorzy nowszego badania (Deblinger, Lippman, Steer 1996), poświęconego ocenie terapii stresu pourazowego u dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego, podają jeszcze wyższy procent (71%).

Starano się również odpowiedzieć na pytanie, czy stres pourazowy ma jakiś specyficzny związek z wykorzystywaniem seksualnym. Okazało się, że nastoletnie ofiary wykorzystywania seksualnego wskazywały więcej objawów stresu pourazowego na Skali Stresu Pourazowego (podskala TSCC) niż rówieśnicy z zaburzeniami psychicznymi niebędący ofiarami (Sadowski, Friedrich 2000). Objawy stresu pourazowego zdiagnozowano u 36,3% dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego i tylko u 1,3% dzieci skierowanych do poradni zdrowia psychicznego, ale niebędących ofiarami przemocy seksualnej (McLeer i in. 1998). Należy przy tym podkreślić, że żadna ofiara wykorzystywania seksualnego biorąca udział w tym badaniu nie została skierowana na terapię, możliwe więc, że podany wyżej odsetek dzieci z objawami PTSD jest wskaźnikiem wyjściowym u dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego, nieleczonych, w wieku 6–16 lat.

Gotowość dziecka do ujawnienia tego, że było obiektem wykorzystywania seksualnego oraz brak takiej gotowości, w sytuacji gdy stwierdzano medyczne dowody wykorzystania koreluje z wynikiem w Skali Stresu Pourazowego TSCC (Elliott, Briere 1994). Osoby, które nie chciały się przyznać (dotyczy to zarówno dzieci, jak i młodzieży) miały istotnie niższe wyniki na tej skali niż osoby, które się przyznały. A zatem, jak konkludują autorzy badania, dzieci niezdolne do ujawnienia faktu bycia ofiarą wykorzystania nie są też zdolne do ujawnienia symptomów.

Z przeglądu 25 badań na temat stresu pourazowego u dzieci wynika, że do rozwoju stresu pourazowego przyczyniają się trzy czynniki: jak poważny był doznany uraz, jak poważnie przeżyli to rodzice i ile czasu minę-

ło od traumatycznego zdarzenia (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998). Dotyczy to zwłaszcza przemocy seksualnej (Cohen, Mannarino 1996). Ci sami autorzy odkryli również, że wsparcie rodziców zapobiega rozwojowi stresu pourazowego.

Przyjmuje się, że urazy przewlekłe i poważniejszej natury uruchamiają mechanizm obronny dysocjacji, przyczyniając się tym samym do rozwoju stresu pourazowego (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1998). Badania prowadzone przy użyciu TSCC dowiodły, że w porównaniu z grupą młodzieży z zaburzeniami psychicz-

nymi, ofiary wykorzystywania seksualnego (w wieku 12–14 lat i 15–18 lat) przejawiały istotnie wyższy poziom jawnej dysocjacji (Friedrich, Jaworski i in. 1997). Jeszcze nowsze badanie wykazało, że wykorzystywanie seksualne wiąże się istotnie zarówno z dysocjacją, jak i z innymi problemami w sferze zdrowia psychicznego, takimi jak podejmowanie ryzykownych zachowań, samouszkodzenie i agresja seksualna. Jak się wydaje, dysocjacja to ważna zmienna pośrednicząca między doświadczeniem wykorzystywania seksualnego a zaburzeniami psychicznymi (Kisiel, Lyons 2001).

2.3. Treści poznawcze związane z wykorzystywaniem seksualnym

Badania omówione do tej pory koncentrowały się na zachowaniach dzieci–ofiary wykorzystywania seksualnego. Ale wraz z rozwojem wiedzy na temat negatywnych konsekwencji wykorzystywania wzrasta zainteresowanie badaczy takimi zagadnieniami, jak sposób myślenia dziecka o sobie i o tym, co je spotkało oraz ewentualny wpływ oceny aktu wykorzystania na powstawanie objawów i ich uporczywość. Jak się okazuje, specyficzna konstelacja uczuć dziecka składających się na wstyd wykazuje silniejszy związek z wykorzystywaniem seksualnym niż ogólniejszy konstrukt, jakim jest samoocena. Ofiary wykorzystywania seksualnego często pragną pozostać niewidoczne i ukrywają się, kiedy opowiadają o tym, co im się przytrafiło (Feiring, Taska, Lewis 1996). Jak się wydaje, zachowanie to wiąże się zarówno ze wstydem, jak i z unikaniem — jednym z objawów stresu pourazowego.

Ofiary wykorzystywania seksualnego odczuwają wstyd, ale często również obwiniają siebie i czują się bezradne. I tak, dziewczynki, które doznały aktów przemocy seksualnej i które negatywnie oceniają siebie i różne wydarzenia życiowe mają skłonność do internalizacji objawów (Spacarelli 1995).

Ustalono też, że im więcej form wykorzystania seksualnego doświadczyło dziecko, tym bardziej negatywna jest jego samoocena.

Feiring i jej zespół badali rolę wstydu i stylu atrybucji w procesie adaptacji dzieci i młodzieży (Feiring i in. 1998, 2002). W pierwszym badaniu, jakie wykonała okazało się, że wstyd i atrybucje samooskarżające silnie korelują z depresją, niską samooceną i objawami stresu pourazowego. Pomiaru dokonano osiem tygodni po ujawnieniu aktu przemocy. Wstyd i styl atrybucji, a zwłaszcza pesymizm, okazały się być zmiennymi pośredniczącymi między liczbą aktów wykorzystania seksualnego dziecka a objawami internalizacji. Próbę zbadano powtórnie po upływie roku. Po dokonaniu kontroli wpływu poziomu przystosowania dziecka w chwili ujawnienia wykorzystania, okazało się, że wpływ na różnice w późniejszym przystosowaniu miały wstyd i styl atrybucji, natomiast wpływ drastyczności aktu wykorzystania był nieistotny (Feiring i in. 2002). Pesymistyczny styl atrybucji w momencie ujawnienia wykorzystywania wpływał modyfikująco na związek między drastycznością aktu wykorzystywania a późniejszymi objawami depresji i samooceną dziecka.

Charakterystyka zmiany w poziomie wstydu i stylu atrybucji pozwalała przewidzieć, któ-

re dzieci będą lepiej przystosowane, a które będą zagrożone nieprzystosowaniem.

3. Podsumowanie

Jeden z wcześniejszych, znaczących przeglądów na temat bezpośrednich konsekwencji wykorzystywania seksualnego dzieci i młodzieży ujawnił, że istnieje na ten temat sporo literatury empirycznej, nieosadzonej w żadnej teorii, z której wynika, że doświadczenie wykorzystywania seksualnego wywołuje niepokój i napięcie o zmiennym natężeniu oraz dwie wiązki specyficznych objawów: seksualizację zachowań i zaburzenie ze stresem pourazowym (Kendall-Tackett i in. 1993). Autor prezentowanego tu selektywnego przeglądu dowodzi, że nadal nie ma jednoznacznych informacji na temat wpływu wykorzystywania seksualnego, natomiast dwa wymienione wyżej obszary doczekały się obszernych badań, których wyniki na ogół potwierdzają wyniki wcześniejsze. Znalaziono też dowody na to, że doświadczenie przez dziecko wykorzystania seksualnego rodzi pewne specyficzne treści poznawcze i atrybucje. Jedną z nich jest wstyd. Jak się wydaje, rodzaj atrybucji modyfikuje zwią-

zek między wykorzystaniem seksualnym a jego konsekwencjami.

Najużyteczniejsze w tej chwili są te badania, w których autorzy nie ograniczają się do prostej identyfikacji objawów, uznawanych za konsekwencje wykorzystywania seksualnego, lecz próbują zidentyfikować te dzieci, które charakteryzuje wysokie ryzyko późniejszej patologii i starają się zrozumieć, co powoduje, że u jednych dzieci rozwija się jakaś forma zaburzeń, podczas gdy u innych, mimo upływu czasu, nic takiego się nie dzieje. Powstało wiele metod pomiaru rozmaitych wiązek objawów specyficznych dla wykorzystywania seksualnego. Celem dalszych badań powinno być gromadzenie danych nie tylko na temat objawów, jakie ma ofiara, ale także na temat zmiennych związanych z relacjami w rodzinie dziecka oraz indywidualnych atrybucji modyfikujących konsekwencje jakie wynikły dla niego z doświadczenia wykorzystywania seksualnego.

Tłumaczenie: *Helena Grzegółowska-Klarkowska*

Symptoms found in children and adolescents – victims of sexual abuse tend to be universal in nature, they do not differ much from the symptomatic of other traumatic experiences resulting in stress and anxiety. There are, however, some specific symptoms, including atypical sexual behaviors and signs of post-traumatic stress disorder (PTSD). The paper discusses latest research results on the topic of short-term consequences of child sexual abuse.

Literatura

- Achenbach T.M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*, Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998), *Children and adolescents with posttraumatic stress disorder*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, nr 10, Supplement.
- Cinq-Mars M., Wright J., Cyr M., McDuff P., Friedrich W.N. (w druku), *Sexual At-Risk Behaviors and Violence in Dating Relationships of Sexually Abused Adolescent Girls*, *Child Abuse & Neglect*.
- Cohen J.A., Mannarino A.P. (1996), *Factors that mediate treatment outcome in sexually abused preschoolers*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, s. 1402–1410.
- Cosentino C.E., Meyer-Bahlburg H.F.L., Alpert J.L., Weinberg S.L., Gaines R. (1995), *Sexual behavior problems and psychopathology symptoms in sexually abused girls*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, s. 1033–1042.
- Deblinger E., Lippman J.T., Steer R. (1996), *Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings*, *Child Maltreatment*, vol. 1, s. 310–321.
- Elliott D.M., Briere J. (1994), *Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology*, *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 12, s. 261–277.
- Feiring C., Taska L., Lewis M. (1998), *The role of shame and attributional style in children's and adolescents adaptation to sexual abuse*, *Child Maltreatment*, vol. 3, s. 129–142.
- Feiring C., Taska L., Lewis M. (2002), *Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style*, *Developmental Psychology*, vol. 38, s. 79–92.
- Fergusson D.M., Horwood L.J., Lynskey M.T. (1997), *Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 21, s. 789–803.
- Friedrich W. N. (1997), *Child Sexual Behavior Inventory Professional Manual*, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Friedrich W.N., Fisher J., Dittner C., Acton R., Berliner L., Butler J., Damon L., Davies W.H., Gray A., Wright J. (2001), *Child Sexual Behavior Inventory: Normative, psychiatric and sexual abuse comparisons*, *Child Maltreatment*, vol. 6, s. 37–49.
- Friedrich W.N., Jaworski T.M., Huxsahl J., Bengston B. (1997), *Dissociative and sexual behaviors in children and adolescents with sexual abuse and psychiatric histories*, *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 12, s. 155–171.
- Friedrich W.N., Lysne M., Shamos S. (w druku), *The Adolescent Sexual Behavior Inventory: Reliability and validity*, *Sexual Abuse*.
- Friedrich W.N., Share M.C. (1997), *The Roberts Apperception Test for Children: An exploratory study of its use with sexually abused children*, *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 6, s. 83–91.
- Gully K.J. (2000), *Initial development of the Expectations Test for Children: A tool to investigate social information processing*, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 56, s. 1551–1563.
- Gully K.J., Britton H., Hansen K., Goodwill K., Nope J.L. (1999), *A new measure for distress during child sexual abuse examinations: The genital examination distress scale*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 23, s. 61–70.
- Hall D.K., Mathews F., Pearce J. (1998), *Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, s. 1045–1063.

- Hussey D., Singer M. (1993), *Sexual and physical abuse: The Adolescent Sexual Concerns Questionnaire (ASCQ)*, w: M.I. Singer, L.T. Singer, T.M. Anglin (red.), *Handbook for screening adolescents at psychosocial risk* (s. 131–163), New York: Lexington Books.
- 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, s. 164–180.
- Kisiel C.L., Lyons J.S. (2001), *Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents*, *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, s. 1034–1039.
- McLeer S.V., Deblinger E., Henry D., Orvaschel H.C. (1992), *Sexually abused children at high risk for posttraumatic stress disorder*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 31, s. 875–879.
- Rind B., Tromovitch P., Bauserman R. (1998), *Meta-analysis of research with college students on the impact of sexual abuse*, *Psychological Bulletin*, vol. 124, s. 22–53.
- Sadowski C.M., Friedrich W.N. (2000), *Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents*, *Child Maltreatment*, vol. 5, s. 364–372.
- Scheeringa M.S., Peebles C.D., Cook C.A., Zeanah C.H. (2001), *Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, s. 52–60.
- Spacarelli S. (1995), *Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales*, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 23, s. 703–727.
- Springs F., Friedrich W.N. (1992), *Health risk behavior and medical sequelae of child sexual abuse*, *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 67, s. 527–532.
- Wright J., Friedrich W.N., Cyr M., Theriault C., Perron A., Lussier Y., Sabourin S. (1998), *The evaluation of Franco-Quebec victims of child sexual abuse and their mother: The implementation of a standard assessment protocol*, *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, s. 9–24.

O AUTORZE

WILLIAM N. FRIEDRICH był wybitnym psychologiem, profesorem Mayo Medical School i konsultantem w Mayo Clinic w Rochester w stanie Minnesota, współtwórcą Eastern European Children's Mental Health Alliance. Jego dorobek naukowy obejmuje ponad 100 recenzowanych publikacji, jest autorem 8 książek i 28 rozdziałów oraz twórcą doskonałego narzędzia służącego do pomiaru zachowań seksualnych u dzieci. Friedrich miał znakomite osiągnięcia w dziedzinie badań, edukacji i pracy klinicznej z dziećmi dotkniętymi traumą. Zmarł w 2005 roku.