

# Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży

*Artykuł przedstawia wyniki badań diagnozujących doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Anonimową ankietą zbadano 1504 osoby (643 mężczyzn i 861 kobiet) w wieku 19–35 lat. Badani byli uczniami szkół policealnych i studentami wyższych uczelni. Celem badania był opis zjawiska przemocy seksualnej wśród dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem wieku ofiary, rodzaju przemocy, osoby sprawcy oraz ustalenie istnienia związku pomiędzy traumą seksualną przeżyty w dzieciństwie i w okresie adolescencji a objawami psychopatologicznymi obserwowanymi w życiu dorosłym. Zbadano także rolę mechanizmów traumatogennych (traumatyczna seksualizacja, zdrada, bezsilność, stygmatyzacja) jako mediatorów mających związek z rodzajem natężenia objawów psychopatologicznych, wyróżnionych w koncepcji Finkelhora i Browne (1985).*

## 1. Dlaczego warto badać traumatyczne doświadczenia seksualne?

Choć zainteresowanie badaczy w krajach kultury zachodniej problemem wykorzystywania seksualnego dzieci nie jest niczym nowym, gdyż pierwsze publikacje na ten temat datowane są na schyłek lat 70. ubiegłego wieku, to publikacji prezentujących wyniki badań empirycznych dotyczących przemocy seksualnej w naszym kraju jest niewiele. Z tego powodu warto odpowiedzieć sobie na pytanie, czemu powinniśmy badać występowanie faktów okrytych tajemnicą, wstydem, objętych zasłoną milczenia. Tendencja do unikania tematu przemocy seksualnej, to nie tylko postawa nieobca specjalistom z dziedziny medycyny, psychologii i nauk prawnych – dyscyplin, które są ściśle powiązane ze sobą w kontekście nadużyć seksualnych.

Można podać kilka ważnych argumentów uzasadniających prowadzenie badań na ten temat. Pierwszy z nich łączy się z gromadzeniem przez naukowców na całym świecie obserwacji, z których wynika niezbicie, że trauma seksualna doznana w dzieciństwie łączy się ze złożoną odpowiedzią organizmu i psychiki osoby, która stała się ofiarą tego rodzaju przemocy, i często doświadcza jej skutków przez wiele lat. Nie zdaje ona sobie sprawy, iż to właśnie niewłaściwe doświadczenia seksualne z okresu dzieciństwa i adolescencji odpowiadają za dolegliwości i zachowania w życiu dorosłym, które utrudniają dobre relacje w związkach z najbliższymi, skazują na zmaganie się z objawami depresji lub powodują częstsze sięganie po narkotyki lub alkohol. Nie

dysponując polskimi danymi, nie mamy możliwości prowadzenia żadnych porównań z danymi uzyskanymi w innych krajach. Brak wiedzy o samym zjawisku przemocy powinien skutkować ostrożnością w stosowaniu metod leczenia i oddziaływania psychoterapeutycznego wobec ofiar. Dopiero stwierdzenie istnienia analogii w rodzaju przemocy seksualnej i sposobach reagowania na nią przez osoby wychowane w naszym kręgu kulturowym a ofiarami z innych krajów może dać nam przekonanie o tym, że istnieją uniwersalne sposoby reagowania na traumę seksualną, niezależne lub zależne w niewielkim stopniu od kultury, języka, szerokości geograficznej.

Drugi powód to potrzeba tworzenia lobbingu na rzecz poprawy losu ofiar przemocy przez usprawnianie prawa tak, by lepiej chroniło przed przemocą oraz pozwalało na skuteczne leczenie, a nie tylko izolację sprawców. Wyniki badań pokazują, że problem niechcianych kontaktów seksualnych między dziećmi i dorosłymi rzeczywiście istnieje. To wymierny argument przemawiający za prowadzeniem na ten

temat zajęć edukacyjnych w szkołach, bowiem w przypadku młodszych dzieci zdobycie wiedzy o tym, jak reagować na propozycje seksualne jest najskuteczniejszym sposobem zmniejszania skali nadużyć wobec nich. W ostatnim dziesięcioleciu wzrosła liczba publikacji prasowych, kampanii informacyjnych mających wzbogacić wiedzę o przemoc seksualnej.

Kolejnym z powodów, wskazujących dlaczego warto pytać o wstydlive i bolesne sprawy, jest możliwość wglądu w swe doświadczenia i podjęcie decyzji o sięgnięciu po pomoc psychologiczną. Dla większości osób biorących udział w badaniach nad traumą seksualną jest to pierwsza możliwość podzielenia się swoimi doświadczeniami ze światem.

Dlatego też nie zajmując się tym problemem społecznym, negując jego istnienie, nie gromadząc wiedzy na ten temat, tak naprawdę godzimy się na cierpienia, jakich w samotności doświadczają ofiary, sprzyjamy sprawcom przemocy i zmniejszamy szansę na zdobycie przez odpowiednich specjalistów niezbędnej i pomocnej wiedzy.

## 2. Przemoc seksualna wobec dzieci – zaplecze teoretyczne badania

### Definiowanie przemocy seksualnej w badaniu

Mimo wielu prób nie istnieje na dzień dzisiejszy jedna, szeroko akceptowana definicja przemocy seksualnej wobec dziecka. Zbudowano więc na potrzeby badania własną definicję tego, co uznawane będzie za traumę seksualną. Przyjęto zatem następującą definicję przemocy seksualnej:

*Przemoc seksualna to każdy akt o charakterze seksualnym, dokonany wbrew czyjejś woli lub w sytuacji, gdy wyrażenie zgody*

*na kontakt seksualny było niemożliwe ze względu na wiek niższy niż 15 lat i/lub chorobę, czy działanie środków zmieniających świadomość. Sposobem doprowadzenia do przemocy seksualnej przez sprawcę może być bezpośrednie użycie siły fizycznej, presja psychiczna wywierana na ofiarę lub podstęp. Motywem działania sprawcy przemocy jest chęć zaspokojenia popędu seksualnego lub rozładowania agresji przez kontakt seksualny.*

Opracowując definicję uznano, że wystarczającym wskaźnikiem doznania przemocy jest **subiektywne** przekonanie ofiary, że dane zdarzenie spotkało ją wbrew jej woli, lub przez wykorzystanie jej niewiedzy albo stanu organizmu uniemożliwiającego podjęcie samodzielnej decyzji o kontakcie seksualnym (np. ze względu na działanie leków, alkoholu, narkotyków lub innych czynników wpływających na stan somatyczny).

Powyższa definicja na charakter ogólny, przez co pozwala na zbudowanie szeregu przykładowych sytuacji, w jakich dochodzi do przemocy seksualnej. Można z nich zbudować kontinuum – od zdarzeń mniej traumatycznych (komentowanie wyglądu i zaczepianie w publicznym miejscu) do skrajnie traumatycznych (np. gwałt z użyciem broni). Przyjęto założenie, iż za ofiary przemocy będą uznawane osoby, które potwierdzą przeżycie choćby jednej z 16 sytuacji opisujących traumatyczne pod względem seksualnym zdarzenie. Na podstawie odpowiedzi udzielonych przez badanych na pytania o przeżycie zdarzeń traumatycznych związanych ze sferą seksualną możliwe było dokonanie podziału respondentów na grupę osób, które nie doświadczyły przemocy seksualnej (lub nie przyznały się do tego), i grupę osób, które można uznać za ofiary tego rodzaju przemocy.

### Następstwa przemocy seksualnej

W badaniu podjęto próbę określenia związku między doznaniem przemocy seksualnej a doświadczanymi w dorosłym życiu objawami psychopatologicznymi i zmianami w zachowaniu u osób, które doznały w dzieciństwie i okresie adolescencji przemocy seksualnej. Na podstawie licznych badań empirycznych i obserwacji klinicznych badacze budują obraz możliwych reakcji, jakie mogą pojawiać się po przeżyciu traumy seksualnej. Za skutki przemocy seksualnej uznaje się takie objawy, jak: depresja, zaburzenia snu, ze-

spół stresu pourazowego, zaburzenia osobowości i zaburzenia lękowe, zaburzenia jedzenia, nadużywanie alkoholu, problemy w kontaktach interpersonalnych, dysfunkcje seksualne czy też obniżona samoocena. Pokażna lista objawów i zmian występujących w zachowaniu ofiar przemocy jest dowodem na to, iż reagowanie na traumę seksualną jest zjawiskiem złożonym, łączącym w sobie objawy psychopatologiczne, jak również zmiany w zachowaniach i postawach.

### Koncepcja mechanizmów traumatogennych Finkelhora i Browne

Twórcami jednej z koncepcji teoretycznych, która tłumaczy reakcje na doznanie przemocy seksualnej przez dziecko, są Finkelhor i Browne (1985). Według tych autorów mechanizmy traumatogenne, jakie pojawiają się w następstwie doznania wykorzystywania seksualnego, mają pośredniczyć w powstawaniu i utrzymywaniu się następstw psychopatologicznych. Wyodrębniono cztery takie mechanizmy: (1) traumatyczna seksualizacja, (2) poczucie zdrady, (3) bezsilność, (4) stygmatyzacja.

**Traumatyczna seksualizacja** odnosi się do procesu, w którym wzorzec seksualności (włączając do niej odczucia seksualne i postawy związane z seksualnością) jest kształtowany u dziecka w sposób nieodpowiedni do wieku i poziomu rozwoju. Wytwarza się u niego nieprawidłowe spojrzenie na kontakt interpersonalny – dziecko-dorosły. Traumatyczna seksualizacja może wystąpić, gdy dziecko jest wielokrotnie nagradzane przez sprawcę za zachowania seksualne, gdy dochodzi do wymiany uczuć, uwagi, przywilejów za zachowanie seksualne. Dziecko uczy się używać zachowań seksualnych jako strategii manipulowania innymi dla zaspokajania własnych potrzeb materialnych czy istniejących deficytów emocjonalnych w kontaktach z osobami dorosłymi. Podczas traumatycznego kontaktu seksualnego części

ciała dziecka, które są przedmiotem zainteresowania sprawcy, mogą być fetyszyzowane, przez co nadane zostaje im zniekształcone znaczenie. Stopień rozumienia przez dziecko zdarzenia może również wpływać na nasilenie traumatycznej seksualizacji. Dziecko, które z powodu młodego wieku nie rozumie seksualnego znaczenia zachowań seksualnych, do jakich zmusza je sprawca, może w mniejszym stopniu być poddane traumatycznej seksualizacji niż takie, które angażuje się w zachowania seksualne z większą świadomością. Zwykle jednak, jeśli akty przemocy powtarzają się, nawet dziecko, które nie rozumie znaczenia zachowań seksualnych, zauważa ich powtarzalność, wyczuwa starania sprawcy, by zachować całą sytuację w tajemnicy i przyzwyczajają się do odczuwania przyjemności seksualnej, mogąc nawet samemu domagać się zachowań seksualnych od sprawcy lub innych osób dorosłych.

Traumatyczna seksualizacja wpływać może na występowanie i nasilenie takich zachowań i objawów psychopatologicznych, jak: zaburzenia psychoseksualne, unikanie zachowań seksualnych lub występowanie zachowań promiskuitycznych, nadmierne erotyzowanie relacji z otoczeniem, podejmowanie kontaktów z dużą liczbą partnerów, podejmowanie decyzji o przyspieszeniu lub opóźnianiu inicjacji seksualnej, epizody nasilonej masturbacji, nawiązywanie kontaktów seksualnych po krótkiej znajomości z partnerem, czy nawet stosowanie przemocy seksualnej.

**Poczucie zdrady** odnosi się do sytuacji, gdy wykorzystywane dziecko odkrywa, że osoba, od której jest życiowo zależne, krzywdzi je i świadomie ignoruje prośby o pomoc lub też nie zauważa, bądź nie potrafi rozpoznać oznak nadużycia. Pierwsza z wymienionych przyczyn odczuwania zdrady przez dziecko występuje głównie podczas nadużyć o charakterze kazirodczym lub przez osoby znane dziecku. Kolejne dotyczą niewłaściwych zachowań osób trzecich, które z braku wystarczającej

wiedzy o zachowaniach dzieci nadużywanych seksualnie mogą nie być w stanie zauważyć dawanych przez dziecko znaków lub nie wprost oznajmianych prośb o interwencję z powodu zaistnienia nadużycia. Czasem brak interwencji może być też decyzją świadomą, wynikającą z niewiedzy, jak interweniować, lub być powodowany chęcią utrzymania tajemnicy wokół nadużycia czy chronienia sprawcy (zwykle ma to miejsce, gdy dochodzi do kontaktów kazirodczych). W czasie nadużycia lub po jego zakończeniu dziecko może przekonać się, że zaufana osoba manipulowała nim, by móc zaspokajać swe własne potrzeby (np. okazuje się, że wszystkie dzieci w rodzinie były molestowane, choć na każdym z nich sprawca wymuszał zgodę na aktywność seksualną, mówiąc, że poświęcenie z jego strony ochroni pozostałe rodzeństwo). Konsekwencją takiego uświadomienia sobie bycia oszukanym, wykorzystanym lub pozbawionym wsparcia jest właśnie poczucie zdrady przez bliskich dziecku dorosłych. To poczucie może być także związane z podwyższonym poziomem lęku wobec osób bliskich, trudnościami we wchodzeniu w głębokie i pozytywne relacje z innymi ludźmi, niemożnością budowania trwałych związków partnerskich w wieku dorosłym oraz poczuciem niedostatecznej ochrony ze strony dorosłych. Dzieje się tak, gdy dziecko uświadomi sobie, że stało się ofiarą przemocy ze strony osoby, której obowiązkiem jest opieka nad nim, lub że nie może liczyć na pomoc, gdy tego potrzebuje. Takie odczucia mogą zostać zgeneralizowane na całość sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko po nadużyciu – nie wie ono wtedy, czy i komu może ufać, by czuć się bezpiecznie.

**Bezsilność** polega na zniekształceniu u dziecka poczucia kontroli nad własnym życiem w wyniku nadużycia seksualnego. Proces kształtowania się braku kontroli polega na stałym naruszaniu woli dziecka, jego pragnień oraz naruszaniu poczucia skuteczności jego działań mających

na celu zatrzymanie przemocy seksualnej. Podstawowy rodzaj bezsilności pojawia się, gdy „terytorium” i ciało dziecka są wielokrotnie naruszane wbrew jego woli. Bezsilność ulega wzmocnieniu, gdy dziecko widzi, że jego wysiłki, aby przerwać lub uniknąć przemocy, są bezowocne – odczuwa wtedy strach przed sprawcą, nie jest w stanie nic zrobić, by inni dorośli zrozumieli je lub uwierzyli mu.

Bezsilność może być związana z przyjęciem roli osoby nieskutecznej w swych działaniach na wielu płaszczyznach życiowych w wieku dorosłym (brak autorytetu w pracy lub kłopoty wychowawcze wynikające z nadmiernej pobłażliwości wobec dzieci), z brakiem asertywności i zbyt dużą uległością w sytuacjach konfliktowych. Czasem bezsilność w takim rozumieniu może przyczyniać się do rewiktymizacji, gdy osoba, która była ofiarą długoletniego nadużycia, nie potrafi sprzeciwić się sprawcy innego rodzaju przemocy, nie potrafi sprzeciwić się napastnikowi, niejako wracając do wzorca zachowań z przeszłości. Mogą występować również opisywane przez Seligmana (Rosenhan, Seligman 1994) objawy depresji lub nerwicy, czy też skłonność do nadużywania i uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz objawy zaburzeń jedzenia (często na skutek niewłaściwej reakcji otoczenia na ujawnienie przez dziecko faktu nadużycia). Pojęcie wyuczzonej bezradności, które wprowadził do psychologii Seligman (Rosenhan, Seligman 1994), jest blisko związane z rozumieniem bezsilności w koncepcji Finkelhora i Browne.

**Stygmatyzacja** jest czynnikiem zniekształcającym u dziecka poczucie własnej wartości. Proces ten polega na trwałym przypisaniu sobie przez ofiarę przemocy negatywnych odczuć np. wstydu, poczucia winy lub takich określeń służących samoopisowi, jak bycie innym, grzesznym, złym, zhańbionym. Przekonania prowadzące do wytworzenia u dziecka stygmatyzujących odczuć często wpajane

są mu przez sprawcę w czasie trwania traumatycznego doświadczenia i stają się stałymi określeniami funkcjonującymi w jego strukturach poznawczych. Wstyd i winę dodatkowo może wzbudzać nacisk sprawcy na utrzymanie w głębokiej tajemnicy tego, co się dzieje między nim a dzieckiem. Negatywne określenia dotyczące własnej osoby mogą być przekazane dziecku przez sprawcę, być samodzielnie wytworzone, bądź wynikać z wcześniejszej wiedzy lub przeczuć dziecka, że zachowania seksualne między nim a dorosłym mogą być postrzegane przez innych jako coś bardzo niedobrego, grzesznego, wstydlivego. Stygmatyzacja może wiązać się z przyjęciem roli ofiary, rewiktymizacją seksualną (ponownym narażeniem na przemoc seksualną) i zwiększoną podatnością na stanie się ofiarą innych rodzajów przemocy. Często o wystąpieniu działania mechanizmu stygmatyzacji świadczyć mogą zachowania, które potwierdzają utrwalony negatywny obraz siebie, takie jak: autodestrukcja (próby samobójcze, samookaleczanie), agresja wobec innych, nadużywanie substancji psychoaktywnych i popełnianie wykroczeń.

Autorzy koncepcji zwracają uwagę na to, iż w reagowaniu na doznanie przemocy seksualnej przez dziecko zwykle dochodzi do współwystępowania wymienionych mechanizmów. Tym, co nadaje im wyjątkowe znaczenie jest kontekst seksualny. Jest on nieobecny w innych sytuacjach, gdy występuje przeżywanie zdrady, stygmatyzacji czy bezsilności. Sytuacja nadużycia dziecka ma charakter wyjątkowy, odrębny od innych doświadczeń traumatycznych (jak np. rozwód rodziców czy nawet bycie ofiarą przemocy fizycznej) właśnie na skutek współwystępowania wymienionych mechanizmów i kontekstu nadanego przez patologiczne zachowania seksualne między dzieckiem i dorosłym. Działania mechanizmów traumatogennych tworzą reakcję na doznanie przemocy przez dziecko przez zmianę systemu poznawczego (włączenie wiedzy



o zachowaniach seksualnych, zmiana widzenia roli dorosłego w życiu dziecka) i nastawienia emocjonalnego (poczucie wstydu, zdrady, lęku) dziecka. Dochodzi do zniekształceń w widzeniu siebie, innych osób, co w dorosłym życiu utrudniać może kontakty interpersonalne i zaburzać normalne funkcjonowanie psychologiczne, mające zapewniać dobre przystosowanie do wymagań stawianych przez otoczenie społeczne (np. negatywne postawy wobec własnej osoby i brak widzenia sensu w nawiązywaniu pozytywnych, głębokich relacji emocjonalnych z innymi ludźmi) i inne wymagania środowiska zewnętrznego (np. związane z zapewnieniem środków materialnych, satysfakcjonującą pracą zawodową).

Kończąc rozważania na temat tej koncepcji teoretycznej, warto przypomnieć, że powstała ona od przyjęcia założenia, iż stosowanie wyłącznie zmiennych związanych z sytuacją przemocy (np. wiek sprawcy, ofiary, liczba i rodzaj zdarzenia) nie wystarcza do wytłumaczenia występowania i utrzymywania się skutków przemocy, i, aby móc tłumaczyć rodzaj i natężenie objawów doświadczanych przez ofiarę przemocy po nadużyciu, konieczne jest uwzględnienie psychologicznych mechanizmów radzenia sobie z sytuacją przekraczającą zdolności adaptacyjne ofiary nadużycia.

### **Model teoretyczny reagowania na przemoc seksualną zastosowany w badaniu**

W związku z brakiem jednej ogólnie przyjętej i powszechnie akceptowanej przez ogół badaczy i specjalistów zajmujących się problematyką traumy seksualnej koncepcji tłumaczącej reakcje osoby, która doznała wykorzystania, przygotowano własną propozycję koncepcji teoretycznej. Dotyczy ona radzenia sobie przez ofiarę przemocy seksualnej z doznaną traumą i ma służyć wyjaśnieniu występowania u osób dorosłych następstw o cha-

rakterze psychopatologicznym i zmian w zachowaniach, jakie występują po doznaniu przemocy seksualnej w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania.

Proponowana koncepcja łączy następujące elementy: (1) okoliczności związane z rodzajem doznanej traumy (m.in. stopień urazowości zdarzenia, czas jego trwania, łączna liczba zdarzeń traumatycznych), (2) charakterystyka sprawcy (m.in. znajomość z ofiarą, sposób wymuszenia aktywności seksualnej), (3) charakterystyka ofiary (m. in. funkcjonowanie przed wykorzystaniem, wiek, ujawnienie przemocy), (4) reakcje otoczenia na ujawnienie doznania traumy oraz (5) charakterystyka obserwowanych objawów psychopatologicznych (m.in. rodzaj objawu, natężenie) i zmian w zachowaniu ofiary (rodzaj, natężenie).

Przedstawiony niżej model teoretyczny ilustruje relacje między wyodrębnionymi czynnikami, które warunkują sposób reagowania przez ofiarę na przemoc seksualną, i pojawienie się w jej wyniku objawów psychopatologicznych, dysfunkcji seksualnych i zmian w zachowaniach.

**Charakterystyka i zachowania sprawcy przemocy seksualnej** mogą być opisane przy użyciu takich zmiennych, jak: płeć, wiek, pokrewieństwo lub znajomość z ofiarą, zastosowany sposób wymuszenia aktywności seksualnej, a także (co wymaga badań seksuologicznych) występowania dewiacji seksualnych.

**Sytuacja przemocy seksualnej** charakteryzowana zwykle bywa przez rodzaj wymuszonej aktywności seksualnej. Aby stwierdzić wystąpienie aktu przemocy seksualnej, konieczne jest wymuszenie przez sprawcę nieakceptowanych przez drugą osobę zachowań seksualnych (nazywana jest ona z tego powodu ofiarą przemocy). Przyjmując za kryterium stopień naruszenia nietykalności cielesnej ofiary, można wyróżnić następujące kategorie sytuacji, podczas których dochodzi do przemocy seksualnej: (1) zdarzenia bez kontaktu fizycznego między ofiarą i spraw-

ca, (2) zdarzenia podczas, których dochodzi do kontaktu fizycznego ze sprawcą (innego rodzaju niż stosunek seksualny), (3) zdarzenia, podczas których dochodzi do stosunku seksualnego (lub próby jego wymuszenia). Dodatkowo zmienne, jakie związane są z sytuacją przemocy seksualnej, to czas trwania i częstotliwość kontaktów między sprawcą i ofiarą.

**Charakterystyka oraz zachowania ofiary przemocy seksualnej** mogą być opisane przy użyciu następujących grup zmiennych:

1) charakterystyka ofiary w chwili doznania przemocy (płeć, wiek pierwszego wykorzystania), dotychczasowe doświadczenia seksualne, wcześniejsze negatywne doświadczenia seksualne i inne traumy psychiczne, bycie pod wpływem alkoholu w chwili zdarzenia, poziom wiedzy o zachowaniach seksualnych;

2) zachowania ofiary wobec sprawcy: brak zgody na angażowanie się w zachowania seksualne czy niemożność rozpoznania intencji sprawcy ze względu na braki w wiedzy o zachowaniach seksualnych.

Osobną grupę, zmiennych mających wpływ na radzenie sobie z sytuacją przemocy i występowanie następstw psychopatologicznych, ma **środowisko rodzinne ofiary**, które charakteryzowane jest przez takie zmienne, jak: obecność obydwójga rodziców w okresie dzieciństwa i dorastania, wykształcenie rodziców, stopień przywiązania rodziny do wiary, system kar stosowanych wobec dziecka-ofiary przemocy, nadużywanie alkoholu przez rodziców.

W wyniku aktu przemocy seksualnej rozpoczyna się reakcja ofiary na doznany uraz. Proces ten w pierwszej fazie charakteryzuje wystąpienie **wczesnych następstw** przemocy seksualnej, czyli: (1) doznanie obrażeń fizycznych na skutek użycia przez sprawcę siły lub broni, (2) pojawienie się zaburzeń zachowania (np. unikanie miejsc i osób kojarzonych z traumą, ogranicze-

nie kontaktów z bliskimi osobami) oraz (3) pojawienie się objawów psychopatologicznych (np. gwałtowne wahania nastroju, silny lęk, depresja). Część objawów i zachowań z pierwszej fazy może przejść w stan chroniczny i utrzymywać się długo po zakończeniu nadużycia. Są one wtedy nazywane **długotrwałymi następstwami** przemocy seksualnej (w skład tych następstw mogą wchodzić też inne objawy, których nie było wśród początkowych następstw).

Drugim etapem reagowania przez ofiarę na przemoc seksualną jest proces przetwarzania informacji o doznanej przemocy seksualnej. Polega on na ekspresji emocji i podejmowaniu zachowań mających na celu włączenie traumy w ciąg doświadczeń życiowych (jest on charakterystyczny dla młodzieży i osób dorosłych).

Można domniemywać, że dla dziecka i osoby nastoletniej przeżycie przemocy seksualnej wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychopatologicznych i zaburzeń w zachowaniach ze względu na niezakończony proces formowania osobowości i zaburzony sposób zdobywania pierwszych doświadczeń seksualnych – krytycznych dla dalszego rozwoju seksualnego. Osoby dorosłe przeżywają przemoc seksualną, mając większą świadomość roli, jaką odgrywają zachowania seksualne, mają też większą odporność psychiczną i większą wiedzę dotyczącą tego, gdzie można szukać pomocy. Dziecko lub osoba nastoletnia najczęściej pozbawione są możliwości odreagowania traumy, zwykle są przekonane o swej winie za jej spowodowanie, nie mają komu opowiedzieć o zdarzeniu, a gdy przełamują swój opór – często mogą narazić się na negatywną reakcję otoczenia.

W wyniku współdziałania takich czynników, jak charakterystyka oraz zachowania ofiary i sprawcy, środowisko rodzinne ofiary oraz początkowe następstwa wykorzystywania – proces reagowania na traumę może przybierać dwa kierunki. Jeden z nich można nazwać proce-

sem asymilacji przemocy seksualnej, co równoznaczne jest z poradzeniem sobie z traumatycznym doświadczeniem przez włączenie go w obręb doświadczeń życiowych. Jeśli będzie on dominował, to wówczas prawdopodobieństwo wystąpienia długotrwałych objawów psychopatologicznych lub zaburzeń w zachowaniach ofiary znacznie maleje. Przyjęcie tej konstruktywnej i przystosowawczej strategii reagowania nie polega jednak na zaprzeczaniu lub zapomnianiu traumy. Osoby stosujące taką strategię, mimo przejścia przez traumę, potrafią spokojnie mówić o swych nieprzyjemnych przeżyciach, a także wyciągać z nich wnioski pozwalające na modyfikowanie przyszłych zachowań. Zdobywają one inną, dojrzałą perspektywę patrzenia i rozumienia siebie. Te ofiary przemocy, które dokonały pozytywnej asymilacji doznanej przemocy seksualnej, poradziły sobie z sytuacją przekraczającą zwykłe możliwości adaptacyjne jednostki są w literaturze nazywane „ocalałymi” (*survivor*). Analogia między poradzeniem sobie z traumą seksualną a przeżyciem innego wydarzenia traumatycznego w rodzaju klęski żywiołowej, wypadku komunikacyjnego wydaje się być najzupełniej trafna. Można bowiem zakładać, że trauma seksualna na równi ze wspomnianymi zdarzeniami zagraża integralności psychicznej i/lub fizycznej jednostki. Spojrzenie to przejęte zostało z modelu psychologii kryzysu i zasad interwencji kryzysowej.

Odmienne, nieprzystosowawcza reakcja ofiary na przemoc jest strategią radzenia sobie, podczas której prawdopodobnie nie może dojść do zakończenia przetwarzania w strukturach poznawczych informacji o traumatycznym zdarzeniu. Powoduje to występowanie długotrwałych objawów psychopatologicznych lub zmian w zachowaniu jako wyraz zastępczej adaptacji lub forma ekspresji energii w objawach lub nieprzystosowawczych zachowaniach. Stan ten jest chroniczny, utrzymuje się długo po prze-

życiu traumy, i nazywany jest w literaturze **pozycją ofiary** (*victim*). Mechanizmem stojącym za tym dezadaptacyjnym sposobem reagowania jest ciągle przetwarzanie traumatycznych doświadczeń, albo unikanie takiego przetwarzania. W ten sposób nie może dojść do włączenia informacji w skład stałych struktur poznawczych, przez co nie jest również możliwe zmniejszenie stanu pobudzenia. Może być on podtrzymywany na skutek kontaktów ze sprawcą (gdy jest on osobą bliską lub znajomym rodziny dziecka) z uwagi na bardzo silny bodziec traumatyczny lub długi czas trwania nadużycia, słabą odporność psychiczną ofiary czy obwinianie jej za współudział w zdarzeniu. Innym powodem utrzymywania się procesu przetwarzania informacji o traumie mogą być wyjątkowo silne wczesne następstwa (objawy psychopatologiczne), które przeszły w stan chroniczny. Przejście z pozycji ofiary na pozycję ocalałego jest możliwe np. na skutek podjęcia psychoterapii i uzyskania w jej wyniku poprawy funkcjonowania, wglądu w swą sytuację, pozbycia się poczucia winy, wybaczenia sprawcy lub osobom z otoczenia za wcześniejszą, niewłaściwą reakcję.

Ze względu na specyfikę omawianego tu rodzaju przemocy konieczne jest wprowadzenie podziału badanych następstw na dwie grupy. Pierwsza obejmuje objawy związane z dysfunkcjami seksualnymi i zmianami w zachowaniach seksualnych, jakie można obserwować u ofiar przemocy seksualnej. Grupa ta została nazwana mianem **specyficznych następstw doznania przemocy seksualnej**. Drugą grupę tworzą objawy psychopatologiczne i zmiany w zachowaniach (np. nadużywanie substancji psychoaktywnych, popełnianie wykroczeń) obserwowane u ofiar przemocy. Z racji tego, iż często występują one z innych powodów niż doznanie traumy seksualnej, zdecydowano się nazwać grupę tych **zmiennych niespecyficznymi następstwami przemocy seksualnej**.



### Główne pytania badawcze

1. *Jakie rodzaje przemocy seksualnej występowały w dzieciństwie i okresie dorastania wśród studentów i uczniów szkół policealnych?*
2. *Jakie objawy psychopatologiczne i zmiany w zachowaniu występują u osób dorosłych, które były ofiarami przemocy seksualnej w dzieciństwie?*
3. *Czy rodzaj doznanej przemocy, czas jej trwania, sposób działania sprawcy, wiek ofiary, znajomość lub pokrewieństwo między sprawcą i ofiarą mają związek z liczbą i natężeniem objawów psychopatologicznych i zmian w zachowaniu?*
4. *Czy czas, jaki upłynął od traumy seksualnej, ma związek z liczbą i nasileniem objawów psychopatologicznych, zmian w zachowaniu?*
5. *Czy założenia teorii czterech czynników traumatogennych (Finkelhora i Browne) można potwierdzić empirycznie?*

## 3. Metoda

### Narzędzia badawcze

Na potrzeby badania opracowano **Kwestionariusz Traumatycznej Seksualnej (KTS)**. Służy on do diagnozy traumy seksualnej, zachowań seksualnych, stosowania przemocy seksualnej, objawów psychopatologii uznawanych za związane z doznaniem przemocy seksualnej (m.in. zaburzenia jedzenia, popełnianie wykroczeń, nadużywanie substancji psychoaktywnych) oraz danych dotyczących środowiska życia badanych i zmiennych socjodemograficznych.

Drugim z zastosowanych narzędzi była skala **Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90 R)** w polskiej adaptacji. To dobrze znane i powszechnie używane przez psychologów narzędzie służy do badania ogólnych objawów psychopatologii. Składa się z 90 pytań opatrzonych pięciopunktową skalą ocen; pozwala ono na określenie nasilenia objawów psychopatologicznych w dziewięciu wymiarach: somatyzacja, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidalne, psychotyczność. Zawiera ponadto pytania dodatkowe dotyczące zaburzeń jedzenia, zaburzeń snu, myśli samobójczych oraz poczucia winy.

### Respondenci

W badaniu wzięły udział 1504 osoby. Dokładne informacje o liczebności próby przedstawione zostały w tabeli 1. Badanie było anonimowe, a udział w nim dobrowolny. Próba nie została dobrana w sposób losowy, bowiem o udziale w badaniu decydowało uzyskanie zgody władz szkoły i nauczyciela/wykładowcy prowadzącego zajęcia. Kolejnym krokiem była decyzja samych uczestników o udziale w badaniu, po zapoznaniu się z jego tematyką. Badani informowani byli o możliwości kontaktu z autorem pytań kwestionariusza.

### Warunki badania

Badanie miało charakter grupowy, odbywało się w czasie lekcji/zajęć. Nauczyciel (wykładowca) nie był obecny podczas wypełniania ankiet. Starano się, by badani siedzieli pojedynczo. Jeśli nie było to możliwe, razem mogły siedzieć wyłącznie osoby tej samej płci. Wypełnianie narzędzi badawczych trwało ok. 60 minut.

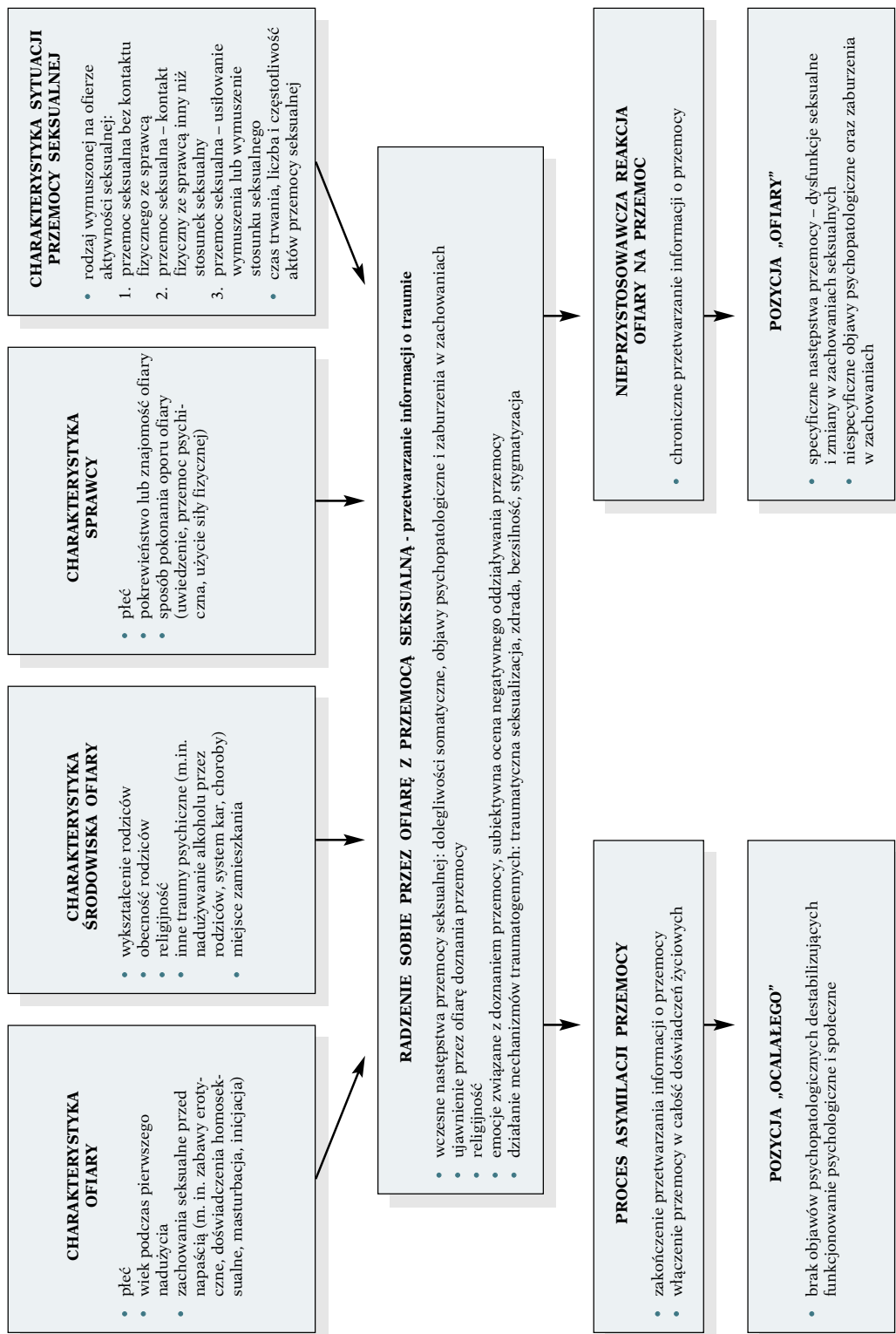


Tabela 1. Respondenci

Płeć	Rodzaj szkoły				Razem
	szkoła policealna		szkoła wyższa		
	liczba	%	liczba	%	
Kobiety	129	15,0	732	85,0	861
Mężczyźni	57	8,9	586	91,1	643
Razem	186	12,4	1318	87,6	1504

## 4. Wyniki

### Przemoc seksualna wśród osób badanych

W tabeli 2 przedstawiono wyniki pokazujące, jaka była skala występowania przemocy seksualnej wśród osób badanych obu płci. Zawiera ona wszystkie rodzaje zdarzeń traumatycznych, o jakie pytano badanych w Kwestionariuszu Traumatycznej Przemocy Seksualnej.

W tabeli 3 przedstawiono zbiorcze wyniki dla trzech rodzajów aktów przemocy. Zgodnie z założeniem, że badana zmienna ma charakter kontinuum, pogrupowano 16 zdarzeń w cztery kategorie – od zdarzeń o mniejszej sile traumatycznego oddziaływania do zdarzeń najbardziej traumatycznych. Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż kategorie traktowano rozłącznie i jedna osoba mogła zostać zaliczona do więcej niż jednej z grup ze względu na rodzaj przeżyć.

### Doznanie przemocy seksualnej a poziom psychopatologii

Stwierdzono istnienie różnic istotnych statystycznie między średnimi wynikami SCL uzyskanymi przez kobiety, które nie doznały nadużycia seksualnego, a średnimi wynikami ofiar przemocy seksualnej w następujących podskalach: somatyzacja,

natręctwa, nadwrażliwość emocjonalna, depresja, lęk, wrogość, wyobrażenia paranooidalne, psychotyczność, przejadanie się, kłopoty ze snem, poczucie winy.

Z kolei wśród mężczyzn stwierdzono istnienie różnic istotnych statystycznie między grupą ofiar przemocy i osób, które jej nie doświadczyły w zakresie średnich wyników uzyskanych w następujących podskalach: somatyzacja, natręctwa, nadwrażliwość emocjonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, wyobrażenia paranooidalne, psychotyczność, myśli o śmierci, poczucie winy.

W przypadku osób obydwu płci można stwierdzić znacznie wyższy poziom nasilenia objawów mierzonych SCL u osób, które doświadczyły przemocy seksualnej. Tabele 4 i 5 zawierają informacje dotyczące istotności średnich mierzonej testem t-Studenta.

Oprócz pomiaru poziomu psychopatologii ogólnej przy pomocy skali SCL-90 R, badano także szerokie spektrum zachowań związanych z zaburzeniami jedzenia, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, saomookaleczaniem, podejmowaniem prób samobójczych czy popełnianiem wykroczeń. Tabele 6 i 7 przedstawiają

## Zachowania seksualne

dane dotyczące wybranych zachowań tego rodzaju, przy czym podano jedynie wyniki obrazujące odsetek osób w każdej z wyróżnionych grup (ofiary, nie-ofiary), które przyznały, że dane zachowanie miało miejsce w ich życiu.

Zakładano, iż będzie występował związek między doświadczeniem traumy seksualnej a zachowaniami seksualnymi, stosowaniem metod antykoncepcji, czy częstością podejmowania ryzykownych zachowań seksualnych. W tabelach 8 i 9 za-

**Tabela 2.** Skala występowania przemocy seksualnej wśród badanych

Traumatyczne zdarzenia	Kobiety		Mężczyźni	
	N=861	%	N=643	%
Zaczeplanie na ulicy i składanie propozycji nawiązania kontaktu seksualnego powodujące odczucie poniżenia i niepokoju o bezpieczeństwo	344	40,0	35	5,5
Spotkanie z ekshibicjonistą	487	56,7	42	6,6
Zmuszanie do oglądania materiałów pornograficznych, gdy nie chciało się ich oglądać	23	2,7	8	1,3
Podglądanie podczas rozbierania, kąpieli, powodujące zakłopotanie lub zawstydzenie	116	13,6	23	3,6
Nakłonienie do rozebrania się do naga, gdy się tego nie chciało – bez wymuszania innych form kontaktu seksualnego	53	6,2	13	2,0
Oglądanie wbrew woli innej osoby podczas masturbacji	40	4,7	6	0,9
Umyślne dotykanie ciała przez kogoś w tłoku	337	39,2	36	5,6
Umyślne dotykanie ciała w innej sytuacji niż tłok	163	19,0	28	4,4
Dotykanie przez kogoś narządów płciowych ofiary	107	12,5	23	3,6
Zmuszanie ofiary do dotykania narządów płciowych innej osoby	88	10,3	12	1,9
Nieudana próba doprowadzenia do waginalnego stosunku seksualnego	170	19,9	59	9,2
Wymuszenie stosunku seksualnego na ofierze	61	7,1	21	3,3
Nieudana próba wymuszenia oralnego stosunku seksualnego	67	7,8	11	1,7
Wymuszenie oralnego stosunku seksualnego	46	5,4	10	1,6
Nieudana próba wymuszenia analnego stosunku seksualnego	41	4,8	7	1,1
Wymuszenie analnego stosunku seksualnego	26	3,0	2	0,3
Inne traumy seksualne	46	5,4	19	3,0

Tabela 3. Rodzaj traury seksualnej

Rodzaj traury seksualnej	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Przemoc bez dotyku	618	72,4	98	15,5
Przemoc angażująca dotyk	454	52,9	75	11,8
Próba wymuszenia stosunku seksualnego	199	23,4	65	10,2
Wymuszenie stosunku seksualnego	98	11,5	29	4,6

prezentowano wyniki przedstawiające odsetek osób w grupie ofiar i osób, które nie doznały przemocy, a które deklarywały występowanie zachowań związanych ze sferą seksualną. Tabele przedstawiają zestawienie tych zachowań, w przypadku których stwierdzono występowanie istotnego statystycznie związku między doznaniem przemocy seksualnej a występowaniem tychże zachowań (co najmniej na poziomie prawdopodobieństwa  $p < ,05$ ). Do pomiaru istotności związku między zmiennymi nominalnymi użyto we wszystkich przypadkach testu  $\chi^2$ .

Warto zwrócić uwagę na to, iż w badaniach istotności związku nie można określić występowania związku przyczynowego między zmiennymi – na podstawie powyższych wyników nie można więc wprost wnioskować o tym, iż doznanie przemocy powoduje zmiany w powyższych zachowaniach.

Badano również występowanie zachowań świadczących o agresji seksualnej, polegających na wymuszaniu zachowań seksualnych. Podobnie jak w przypadku identyfikowania doznanej przemocy seksualnej przyjęto, iż na zjawisko składa się kontinuum zdarzeń od najmniej poważnych do takich, które mogą spełniać prawne znamiona gwałtu. W całej ankiecie nie używano jednak słowa „gwałt”, by to silnie negatywnie nacechowane wyrażenie nie powodowało zakłóceń. W tabeli 10 przedstawiono wyniki ukazujące sytuacje, w ja-

kich istotny okazał się związek między byciem ofiarą przemocy seksualnej a agresywnymi zachowaniami seksualnymi.

Nieprzypadkowo nie zaprezentowano w podobnej formie danych dotyczących kobiet – zgodnie z przewidywaniami stwierdzono w ich przypadku jedynie występowanie związku istotnego statystycznie między byciem ofiarą a podglądaniem (nie-ofiary – 12,2%; ofiary – 25,3%).

### Środowisko rodzinne

Starano się także określić występowanie związku między doznaniem przemocy seksualnej i zmiennymi charakteryzującymi środowisko rodzinne pod względem nadużywania alkoholu przez rodziców lub/i stosowania surowych kar wymierzanych dzieciom. Tabela 11 przedstawia te wyniki odpowiednio dla kobiet i mężczyzn.

### Poszukiwanie pomocy

Jedno z pytań dotyczących zachowań osób, które doznały nadużycia seksualnego dotyczyło ustalenia tego, do kogo ofiary przemocy seksualnej zwracają się po pomoc. Tabela 12 zawiera informacje o tym, które spośród wskazanych osób zajmujących się szeroko rozumianym pomaganiem były najczęściej wybierane przez wszystkie ofiary przemocy wśród kobiet i mężczyzn.



Tabela 4. Różnice średnich wyników SCL uzyskanych przez kobiety

Podskala SCL	Grupa	Liczebność	Średnia	Odchylenie standardowe	Poziom istotności
Somatyzacja	Nie-ofiary	135	,6228	,5089	,0001
	Ofiary	688	,8504	,6202	
Natręctwa	Nie-ofiary	134	,9485	,7410	,0001
	Ofiary	694	1,2517	,6941	
Nadwrażliwość emocjonalna	Nie-ofiary	134	,8424	,7852	,0001
	Ofiary	697	1,1081	,8078	
Depresja	Nie-ofiary	133	,9127	,7633	,0001
	Ofiary	687	1,2553	,7917	
Lęk	Nie-ofiary	138	,8051	,7369	,0001
	Ofiary	687	1,0933	,7965	
Wrogość	Nie-ofiary	139	,7194	,6887	,0001
	Ofiary	697	1,0545	,8457	
Fobie	Nie-ofiary	140	,3694	,4819	,56
	Ofiary	700	,4573	,5512	
Wyobrażenia paranoidalne	Nie-ofiary	138	,7597	,6796	,0001
	Ofiary	696	1,0362	,7439	
Psychotyczność	Nie-ofiary	138	,4823	,5060	,0001
	Ofiary	699	,7226	,6733	
Brak apetytu	Nie-ofiary	141	,7589	1,1458	,618
	Ofiary	711	,8073	1,0350	
Przejadanie się	Nie-ofiary	140	,9000	1,1143	,001
	Ofiary	708	1,2415	1,2961	
Trudności z zasypianiem	Nie-ofiary	141	,6809	1,0844	,005
	Ofiary	708	,9873	1,1922	
Wczesne budzenie się	Nie-ofiary	139	,6331	,9865	,019
	Ofiary	710	,8577	1,2068	
Bezsenna	Nie-ofiary	139	,7338	,9749	,006
	Ofiary	708	,9944	1,2046	
Myśli o śmierci	Nie-ofiary	140	,7214	1,1634	,228
	Ofiary	709	,8547	1,2003	
Poczucie winy	Nie-ofiary	140	,7429	1,0275	,003
	Ofiary	710	1,0732	1,2089	

Tabela 5. Różnice średnich wyników SCL uzyskanych przez mężczyzn

Podskala SCL	Grupa	Liczebność	Średnia	Odchylenie standardowe	Poziom istotności
Somatyzacja	Nie-ofiary	424	,4762	,4522	,0001
	Ofiary	173	,7057	,5933	
Natręctwa	Nie-ofiary	421	1,0226	,6800	,0001
	Ofiary	177	1,2701	,7130	
Nadwrażliwość emocjonalna	Nie-ofiary	428	,8335	,6564	,0001
	Ofiary	175	1,0121	,7616	
Depresja	Nie-ofiary	423	,7774	,6518	,0001
	Ofiary	175	1,0422	,7274	
Lęk	Nie-ofiary	424	,6335	,5662	,0001
	Ofiary	175	,9480	,7667	
Wrogość	Nie-ofiary	432	,7114	,7093	,0001
	Ofiary	177	,9633	,8296	
Fobie	Nie-ofiary	434	,2604	,3727	,0001
	Ofiary	178	,4238	,5481	
Wyobrażenia paranoidalne	Nie-ofiary	433	,7964	,6448	,0001
	Ofiary	176	1,1108	,7600	
Psychotyczność	Nie-ofiary	428	,5498	,5009	,0001
	Ofiary	173	,8163	,6723	
Brak apetytu	Nie-ofiary	441	,5329	,8605	,614
	Ofiary	182	,7692	,9813	
Przejadanie się	Nie-ofiary	440	,7364	1,0814	,138
	Ofiary	178	,7865	1,1347	
Trudności z zasypianiem	Nie-ofiary	439	,7198	1,0775	,005
	Ofiary	181	,8619	1,1044	
Wczesne budzenie się	Nie-ofiary	439	,7517	1,1916	,222
	Ofiary	180	,8833	1,2740	
Bezsenna	Nie-ofiary	439	,6401	,9618	,090
	Ofiary	180	,7889	1,0570	
Myśli o śmierci	Nie-ofiary	440	,6341	1,0779	,0001
	Ofiary	180	1,0333	1,3324	
Poczucie winy	Nie-ofiary	439	,7380	1,0078	,003
	Ofiary	179	1,0223	1,1014	

**Tabela 6.** Inne objawy psychopatologiczne – kobiety

Inne objawy psychopatologiczne	Nie-ofiary	Ofiary
	%	
Odchudzanie się dłużej niż tydzień	43,6	60,4
Przejadanie się (w ostatnich 6 miesiącach)	32,1	52,2
Picie alkoholu więcej niż 5 razy w miesiącu	9,2	18,2
Samookaleczanie	2,9	18,1
Myśli samobójcze	42,4	56,9
Podjęcie próby samobójczej	2,1	10,4
Popęlnienie wykroczenia	18,0	30,5

**Tabela 7.** Inne objawy psychopatologiczne – mężczyźni

Inne objawy psychopatologiczne	Nie-ofiary	Ofiary
	%	
Przejadanie się (w ostatnich 6 miesiącach)	33,0	42,2
Używanie heroiny	1,7	7,0
Używanie grzybków halucynogennych	9,0	18,4
Używanie extasy	6,8	13,2
Używanie leków psychotropowych bez wskazań lekarza	3,8	16,7
Bycie uzależnionym	25,3	36,6
Samookaleczanie	8,0	15,7
Próba samobójcza	2,1	9,2
Popęlnienie wykroczenia	42,5	56,5

## Sprawcy przemocy

Dla każdego z 16 zdarzeń traumatycznych pod względem seksualnym zbudowano zestawienie osób, które dopuściły się ich popełnienia. Wyniki, obejmujące tę charakterystykę sytuacji doznania przemocy seksualnej, zawierają tabele 13 i 14. Kategorie sprawców podane w wierszach są rozłączne; wartości liczbowe umieszczone w poniższych tabelach (13 i 14) pokazują liczbę osób, które wskazały jako sprawcę przemocy daną osobę.

## Sposób doprowadzenia do przemocy seksualnej

Tabela 15 przedstawia dane dotyczące sposobów wymuszenia stosunku seksualnego wśród badanych, oraz informacje o próbach i wymuszeniach stosunku seksualnego dokonanych na osobach obu płci.

## Somatyczne następstwa przemocy seksualnej

Tabela 16 przedstawia somatyczne konsekwencje doświadczenia przemocy

**Tabela 8. Zachowania seksualne – kobiety**

Zachowania związane ze sferą seksualną	Nie-ofiary	Ofiary
	%	
Oglądanie materiałów pornograficznych	47,1	55,9
Masturbowanie się	40,0	69,1
Epizod nasilonej masturbacji	19,0	45,0
Udział w dziecięcych zabawach erotycznych	12,8	37,2
Próba nawiązania kontaktu homoseksualnego z osobą badaną	5,8	18,0
Odbycie dobrowolnego kontaktu homoseksualnego	8,5	24,2
Inicjacja heteroseksualna	58,9	68,1
Stosowanie prezerwatywy podczas inicjacji	78,3	61,4
Brak antykoncepcji podczas inicjacji	6,0	18,3
Stosowanie naturalnych metod antykoncepcji (ostatni rok)	1,2	11,8
Decyzja o stosunku seksualnym po krótkiej znajomości	8,4	25,2
Dobrowolny stosunek analny	8,8	20,1
Dobrowolny stosunek oralny z mężczyzną	43,8	62,5

**Tabela 9. Zachowania seksualne – mężczyźni**

Zachowania związane ze sferą seksualną	Nie-ofiary	Ofiary
	%	
Oglądanie materiałów pornograficznych	84,4	91,0
Masturbowanie się	87,1	94,7
Epizod nasilonej masturbacji	77,2	85,3
Próba nawiązania kontaktu homoseksualnego z osobą badaną	6,4	13,4
Odbycie dobrowolnego kontaktu homoseksualnego	9,1	18,4
Inicjacja heteroseksualna	59,7	68,1
Inicjacja seksualna jednocześnie dla badanego i partnera	48,6	33,1
Stosunek przerywany - metoda antykoncepcji podczas inicjacji	6,9	13,3
Stosunek przerywany - metoda antykoncepcji (ostatni rok)	10,1	18,3
Dobrowolny stosunek analny	0,0	1,6
Dobrowolny stosunek oralny z kobietą	51,1	63,3

seksualnej przez badanych. Konsekwencje takie znacznie częściej deklarowały kobiety.

### Zagrożenie życia

Obawę o możliwość utraty życia podczas zdarzenia odczuwało 8% kobiet i 5,6% mężczyzn. Jest to niewątpliwie pośredni dowód na to, iż sytuacja wykorzystania seksualnego może być odbierana jako zdarzenie skrajnie traumatyczne.

### Zależności między doznaniem przemocy seksualnej, mechanizmami traumatogennymi a ogólnymi objawami psychopatologicznymi i objawami stresu pourazowego

Schematy 1 i 2 prezentują dane dotyczące analiz przeprowadzonych w celu sprawdzenia założeń koncepcji mechanizmów traumatogennych Finkelhora i Browne. Zależności przedstawione zostały w formie graficznej, by ułatwić odbiór. Do obliczenia

Tabela 10. Agresja seksualna – mężczyźni		
Agresja seksualna	Nie-ofiary	Ofiary
	%	
Zaczeplanie innej osoby z intencją kontaktu seksualnego	2,5	8,8
Podglądanie	19,2	37,9
Sprawokowanie kontaktu seksualnego	19,7	32,0
Zmuszanie do oglądania pornografii	2,3	6,1
Próba wymuszenia groźbami stosunku seksualnego	0,7	4,4
Zmuszenie groźbą do stosunku seksualnego	0,7	3,3
Wykorzystanie upojenia innej osoby do kontaktu seksualnego	12,5	23,2

Tabela 11. Środowisko rodzinne – a doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie				
Środowisko rodzinne	Kobiety		Mężczyźni	
	Nie-ofiary	Ofiary	Nie-ofiary	Ofiary
	%			
Częste lub bardzo częste kary fizyczne w domu rodzinnym	0,7	7,2	3,5	9,2
Częste lub bardzo częste inne kary w domu rodzinnym	9,3	25,2	13,7	23,0
Częste lub bardzo częste kłótnie między rodzicami	26,4	35,4	18,8	25,0
Nadużywanie alkoholu przez rodziców	23,6	34,0	20,5	28,0



zależności wykorzystano metodę modelowania strukturalnego\*. Starano się ustalić, czy mechanizmy traumatogenne (traumatyczna seksualizacja, zdrada, poczucie bezsilności, stygmatyzacja) pośredniczą między doznaniem przemocy a natężeniem objawów psychopatologicznych i objawów stresu pourazowego (mierzonych odpowiednio skalą SCL oraz własną skalą do pomiaru PTSD), zgodnie z założeniem autorów koncepcji o roli tych mechanizmów w reagowaniu ofiar na traumę. Jako zmienne opisujące sytuację przemocy wybrano liczbę aktów przemocy seksualnej doznanych przez ofiary, wiek podczas pierwszego traumatycznego seksualnie zdarzenia oraz stopień nasilenia traumy seksualnej (jeden z czterech poziomów nasilenia przemocy seksualnej).

Pogrubiłone strzałki pokazują, które ze wszystkich możliwych zależności badanego modelu teoretycznego między zmiennymi są istotne statystycznie i jaki jest kierunek tych związków. W ramach obok strzałek podane są współczynniki regresji,

które mogą przybierać wartości z przedziału od -1 do 1. W przypadku pozostałych relacji (zaznaczonych strzałkami bez pogrubienia) nie stwierdzono zależności istotnych statystycznie. Jak widać na poniższych rysunkach, istnieją istotne statystycznie zależności między sytuacją przemocy a mechanizmami traumatogennymi, a także między tymi mechanizmami i wynikiem łącznym SCL. Nie istnieją jednak bezpośrednie zależności między sytuacją przemocy a wynikami SCL. W przypadku PTSD i sytuacji przemocy tylko jedna z trzech zmiennych jest w związku, który jest istotny statystycznie. Uzyskane wyniki świadczą zatem o dobrym dopasowaniu modelu i pokazują, że w przypadku badanych osób można mówić o pośredniczącej roli mechanizmów traumatogennych koncepcji Finkelhora i Browne w reagowaniu objawami psychopatologicznymi i objawami stresu pourazowego obserwowanymi u ofiar przemocy seksualnej w chwili badania – model teoretyczny uzyskał bowiem potwierdzenie w zebranych danych empirycznych.

**Tabela 12.** Poszukiwanie pomocy przez ofiary przemocy seksualnej

Osoba, do której zgłoszono się po pomoc	Kobiety		Mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
Lekarz internista	1	0,2	0	0
Lekarz ginekolog	17	3,5	0	0
Psycholog	13	2,7	2	1,7
Psychiatra	3	0,6	0	0
Policjant	6	1,2	2	1,7
Prokurator	2	0,4	1	0,9
Adwokat	2	0,4	0	0
Duchowny	16	3,3	0	0
Inna osoba	23	4,7	6	5,1
<b>Brak poszukiwania pomocy</b>	<b>429</b>	<b>88,3</b>	<b>106</b>	<b>90,6</b>

\* Przedstawienie opisów statystycznych używanych do obliczeń danych metod wykracza poza ramy niniejszego opracowania.

Tabela 13. Sprawy przemocy seksualnej – liczba kobiet deklarujących doznanie przemocy od danego sprawcy

Osoba sprawcy	Zaczeplanie na ulicy	Zmieszanie do oglądania pornografii	Bycie podglądanym	Nakłonienie się do rozebrania się	Oglądanie masturbacji	Bycie dotykany w toku	Bycie dotykany w innej sytuacji	Dotykanie narządów płciowych	Zmieszanie do dotykania narządów płciowych	Próba wymuszenia stosunku waginalnego	Próba wymuszenia stosunku oralnego	Wymuszenie stosunku oralnego	Próba wymuszenia stosunku analnego	Wymuszenie stosunku analnego
Obcy mężczyzna	315	5	33	13	27	314	60	35	20	31	7	8	1	1
Obca kobieta	2	0	1	2	0	1	0	0	1	Nie dotyczy	0	0	Nie dotyczy	4
Ktoś znajomy	10	9	41	9	3	2	55	34	20	60	12	5	6	4
Ktoś z rodziny	2	3	27	10	4	3	21	17	15	4	4	2	0	1
Nauczyciel	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
Partner	0	5	5	9	6	3	13	17	24	71	41	31	34	18
Inna osoba	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0

Tabela 14. Sprawy przemocy seksualnej – liczba mężczyzn deklarujących doznanie przemocy od danego sprawcy

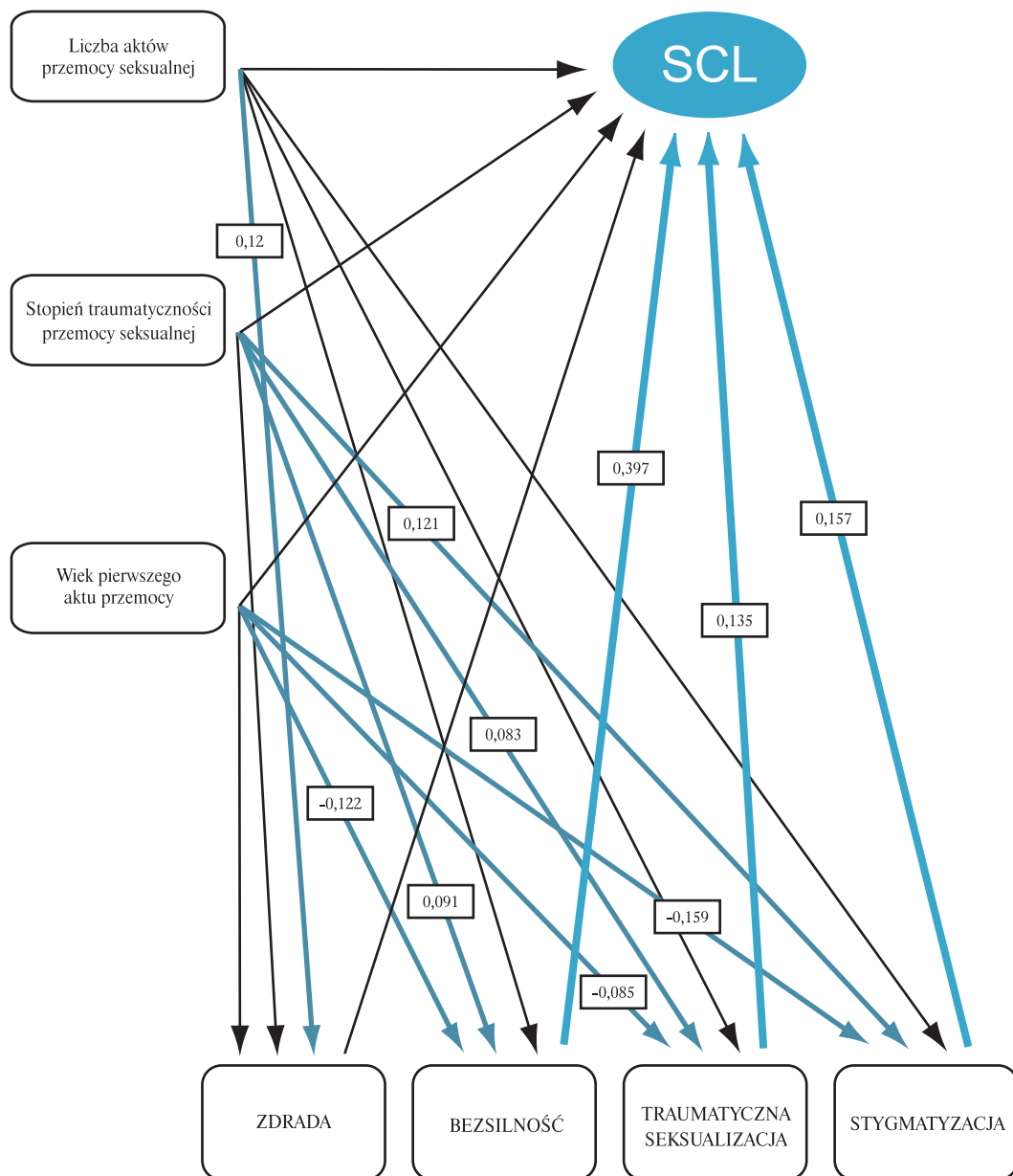
Osoba sprawcy	Zaczeplanie na ulicy	Zmieszanie do oglądania pornografii	Bycie podglądanym	Nakłonienie się do rozebrania się	Oglądanie masturbacji	Bycie dotykany w toku	Bycie dotykany w innej sytuacji	Dotykanie narządów płciowych	Zmieszanie do dotykania narządów płciowych	Próba wymuszenia stosunku waginalnego	Próba wymuszenia stosunku oralnego	Wymuszenie stosunku oralnego	Próba wymuszenia stosunku analnego	Wymuszenie stosunku analnego
Obcy mężczyzna	25	1	4	1	2	15	3	4	1	x	x	1	2	0
Obca kobieta	3	0	3	1	1	18	8	5	1	7	2	0	Nie dotyczy	Nie dotyczy
Ktoś znajomy	3	2	10	4	0	2	15	8	5	15	2	0	1	0
Ktoś z rodziny	0	4	2	3	0	0	2	2	3	1	1	3	2	2
Nauczyciel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Partner	0	0	1	2	0	0	0	1	0	33	4	4	0	0
Inna osoba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

**Tabela 15.** Sposób doprowadzenia przez sprawców ofiar przemocy do stosunku seksualnego (liczba osób deklarujących użycie przez sprawcę danego sposobu)

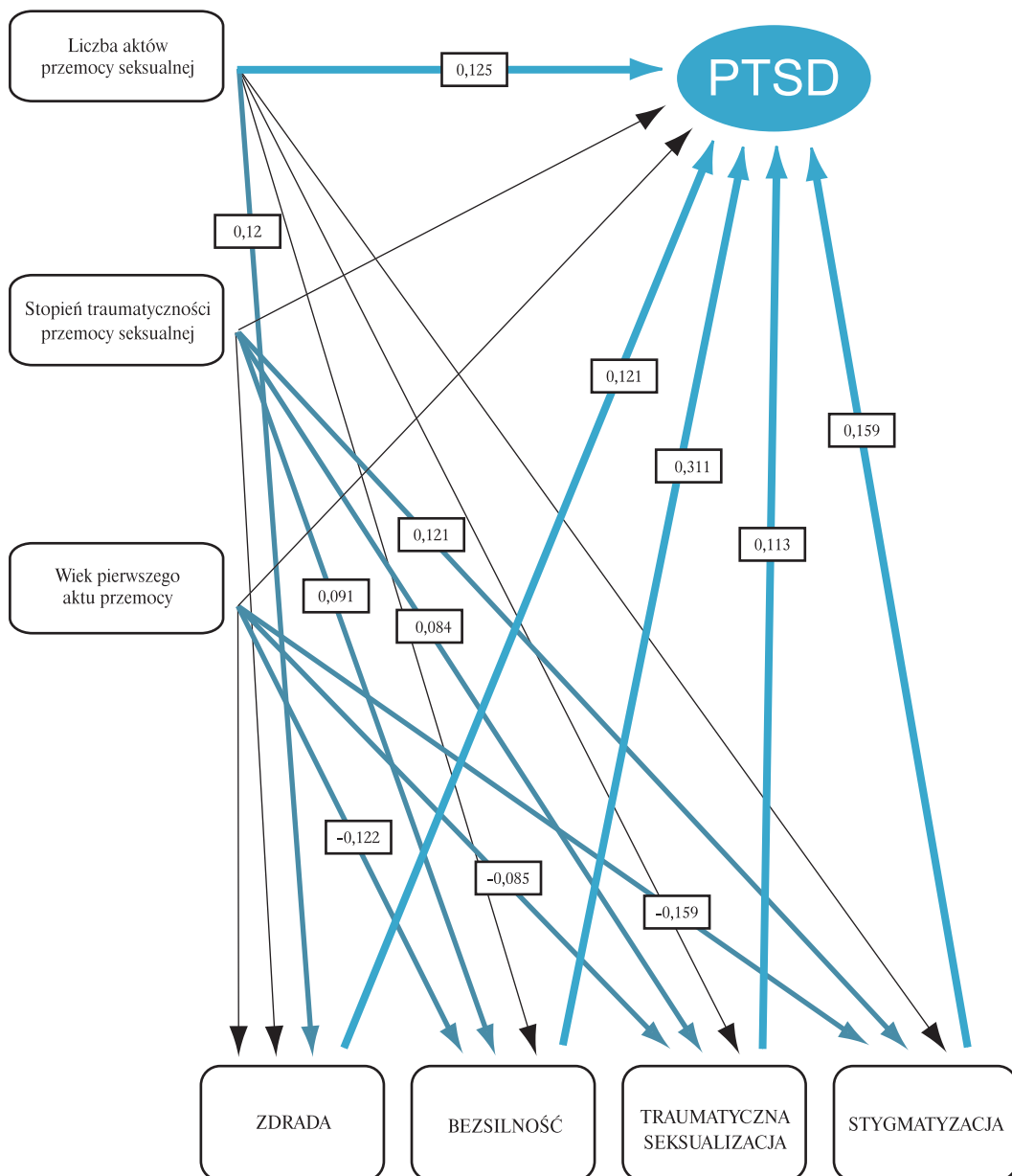
Sposób wymuszenia	Próba wymuszenia stosunku waginalnego		Wymuszenie stosunku waginalnego		Próba wymuszenia stosunku oralnego		Wymuszenie stosunku oralnego		Próba wymuszenia stosunku analnego		Wymuszenie stosunku analnego	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Groźby	54	27	20	9	15	6	23	6	14	4	8	1
Szantaż	14	0	11	1	2	0	4	0	3	1	2	0
Uporczywe namawianie	117	36	46	12	49	7	26	6	34	5	18	1
„Dowód miłości”	36	15	14	5	14	3	10	4	6	0	4	0
Siła fizyczna	29	0	13	0	6	0	2	0	4	0	0	0
Użycie broni	5	0	2	0	1	0	8	1	0	0	6	0
Inny sposób	5	7	8	3	0	0	2	0	1	0	1	0

**Tabela 16.** Dolegliwości somatyczne u ofiar przemocy (liczba osób zgłaszających dany objaw)

Objawy somatyczne	Kobiety		Mężczyźni	
	K	M	K	M
Siniaki, otarcia	52		8	
Zranienie	15		1	
Nudności, wymioty	51		0	
Złamanie kończyny	1		0	
Dolegliwości układu moczowo-płciowego	26		3	
Ciąża	4		Nie dotyczy	
Choroba weneryczna	2		0	
Bóle głowy	62		3	
Inne dolegliwości	54		12	



**Schemat 1.** Mechanizmy traumatogenne według Finkelhora i Browne jako mediatory między sytuacją przemocy seksualnej a obecnym natężeniem objawów psychopatologicznych u ofiar



**Schemat 2.** Mechanizmy traumatogenne według Finkelhora i Browne jako mediatory między sytuacją przemocy seksualnej a obecnym natężeniem objawów PTSA u ofiar



## 5. Konkluzje

### Skala występowania zjawiska

Zgodnie z przewidywaniami stwierdzono, iż zdarzenia, które nie angażują kontaktu dotykowego między ofiarą i sprawcą występują częściej (spotkanie z ekshibicjonistą – 56% badanych kobiet) niż te, w których dochodzi do naruszenia nietykalności cielesnej ofiar, choć w tym przypadku zwraca uwagę np. duża skala występowania zdarzeń związanych z dotykiem w tłoku (337 kobiet – 39,2%). Także zmuszanie ofiary do dotykania narządów płciowych sprawcy to doświadczenie dużej grupy badanych (88 osób – ok. 10%). Zwraca uwagę fakt, iż aż ok. 20% badanych kobiet przyznało, że w ich przypadku miała miejsce próba wymuszenia stosunku seksualnego. Z kolei aż 61 kobiet (7,1%) przyznało się do odbycia stosunku seksualnego wbrew woli (co wyczerpuje warunki prawnej klasyfikacji zgwałcenia).

Podsumowując, choć zdarzeń o mniejszej sile traumatycznego oddziaływania jest znacząco więcej niż tych zamykających kontinuum przemocy, to i tych ostatnich jest dużo – znacznie więcej niż wynikałoby np. z danych policji. Wszystkie użyte do identyfikacji przemocy opisy zdarzeń traumatycznych zostały wskazane przez osoby badane obu płci, co pokazuje, że problem przemocy seksualnej nie jest tylko problemem kobiet. Jednak zaznacza się silna przewaga częstości występowania przemocy wobec kobiet w porównaniu z mężczyznami, zgodnie z wynikami podobnych badań na całym świecie. Jeśli brać pod uwagę zbiorcze zestawienie aktów przemocy pogrupowanych w cztery kategorie, to okazuje się, że akty przemocy znajdujące się na początku kontinuum przeważają (72% badanych kobiet doznało przemocy tego typu). wobec ok. 10% kobiet przyznających się do próby lub wymuszenia na nich stosunku seksualnego.

### Charakterystyka przemocy seksualnej

Ważną obserwacją jest stwierdzenie faktu, iż poszukiwanie profesjonalnej pomocy psychologicznej czy też docieranie do osób zajmujących się pomocą medyczną lub prawną po doznaniu traumy jest czymś zupełnie wyjątkowym, biorąc pod uwagę to, że zdarzeń zaliczanych do poważnych i bardzo poważnych aktów przemocy (np. przypadki aktów przemocy angażujących dotyk, próby gwałtu, zgwałcenia) stwierdzono wśród badanych dużo. Według zebranych danych ok. 90% badanych ofiar przemocy w ogóle nie poszukiwało pomocy po zdarzeniu. Zwłaszcza w przypadku osób, które doznały traumy we wczesnym dzieciństwie oraz zdarzeń z okresu adolescencji taka postawa łączyć się może z wydłużeniem czasu występowania objawów psychopatologicznych i należy uznać ją za wysoce niekorzystną, jeśli brać pod uwagę funkcjonowanie psychiczne oraz kontakty społeczne ofiar przemocy. Jest to kolejny argument wskazujący na prowadzenie intensywnych oddziaływań profilaktycznych mających na celu tak zmniejszenie skali przemocy, jak też danie wiedzy, co w przypadku doznania przemocy należy robić, by zmniejszyć ryzyko wystąpienia objawów psychopatologicznych. Dla samych psychoterapeutów i lekarzy prezentowane tu wyniki powinny oznaczać częstsze włączanie pytań dotyczących nadużyć seksualnych do wywiadów diagnostycznych prowadzonych z pacjentami prezentującymi objawy depresji, mających skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych, samo-okaleczania, głodzenia lub przejadania się i innych o niejasnej etiologii.

Jeśli brać pod uwagę informacje o tym, kto dopuszcza się przemocy seksualnej, – to zgodnie z ogromną liczbą opublikowanych na całym świecie – badań wyniki uzyskane w omawianym tu badaniu jednoznacznie wskazują na znaczącą przewa-

gę osób, które ofiara знаła, w porównaniu z osobami nieznanymi. Odnosi się to zwłaszcza do osób nastoletnich, które często doznają przemocy od swych rówieśników, angażując się w pierwsze związki uczuciowe. Świadczyć o tym mogą dane prezentowane w tabeli 15 przedstawiające sposoby wymuszenia stosunku seksualnego – okazuje się, że najczęściej wskazywanym sposobem jest uporczywe namawianie, szantaż emocjonalny, groźby, a dopiero na dalszych pozycjach użycie siły i/lub broni. Jest to kolejna informacja świadcząca o tym, że przemoc seksualna częściej spotyka ofiary (zwłaszcza nastoletnie) ze strony znajomych.

### Ogólny poziom psychopatologii a doznanie przemocy seksualnej

Stwierdzono istnienie różnic w wynikach większości podskal i pytań dodatkowych SCL-90 R (somatyzacja, natręctwa, nadwrażliwość emocjonalna, depresja, lęk, wrogość, wyobrażenia paranoidalne, psychotyczność, przejadanie się, kłopoty ze snem, poczucie winy). Pokazuje, że doznanie przemocy ma związek z objawami psychopatologicznymi obserwowanymi u dorosłych kobiet, które doznały wcześniej przemocy seksualnej.

W zakresie różnic między kobietami i mężczyznami zaobserwowano, iż w przypadku kobiet, które doznały przemocy, występują objawy związane z zaburzeniami łaknienia, natomiast w przypadku mężczyzn pojawiają się myśli o śmierci. W obu tych przypadkach mamy do czynienia z pewną formą autoagresji. Trzeba również podkreślić, że użyta skala opiera się na samoopisie i nie ma tak „mocnych” wyników dotyczących psychopatologii jak MMPI, ale mimo tego wymienione różnice okazały się istotne statystycznie.

Pewna równowaga w występowaniu wśród badanych wspominanych zdarzeń obu płci stanowi też dowód, iż reagowanie w sferze psychicznej przez kobiety i mężczyzn jest oparte na podobnych me-

chanizmach (poza zachowaniami auto-destruktywnymi).

Warto zauważyć, iż w przypadku kobiet ofiary przemocy częściej mają pewne problemy z odchudzaniem i przejadaniem się, piją alkohol częściej niż kobiety, które nie doznały wykorzystywania seksualnego. Wielokrotnie pojawiają się też u nich myśli samobójcze, a także podejmują one częściej próby samobójcze i samookaleczają się. Popołnianie wykroczeń, takich jak drobna kradzież w sklepie, prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu itp., jest u kobiet-ofiar przemocy seksualnej częstsze niż w przypadku kobiet, które nie doznały przemocy tego rodzaju.

Mężczyźni, którzy byli ofiarami przemocy wielokrotnie odchudzali się, podejmowali próby samobójcze i samookaleczali się, przyjmowali narkotyki oraz przyznawali się do popełniania drobnych wykroczeń.

Obserwacje te są zgodne z danymi przedstawianymi przez innych autorów (por. Elliott, Briere 1994; Glaser, Frosh 1995), według których doznanie traumy seksualnej najczęściej związane jest z objawami depresji, zachowaniami autodestrukcyjnymi oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

Obserwacje dotyczące mechanizmów pośredniczących w reagowaniu na doznanie przemocy, takich jak traumatyczna seksualizacja, bezsilność, zdrada czy stygmatyzacja, wskazują na ich dużą rolę w natężeniu objawów psychopatologicznych obserwowanych u ofiar. Wydaje się, że, chcąc lepiej przewidywać natężenie skutków przemocy, należy uwzględnić działanie wspomnianych mechanizmów niż opierać się wyłącznie na charakterystycznych cechach samej sytuacji przemocy (takich jak wiek pierwszego nadużycia, natężenie traumy, liczba aktów przemocy). Świadczyć to może o dużej wadze działania intrapsychicznych mechanizmów przetwarzania informacji o traumie i znaczeniu wpływu sfery emocjonalnej

na występowanie i utrzymywanie objawów psychopatologicznych. Nie wykazano bowiem istnienia bezpośrednich relacji między zmiennymi opisującymi sytuację przemocy a poziomem objawów obserwowanych u ofiar w życiu dorosłym. Obserwacje te są też dowodem empirycznym na to, iż przewidywania Finkelhora i Browne zawarte w koncepcji teoretycznej znajdują potwierdzenie w danych empirycznych.

### Zachowania seksualne

Przemoc seksualna wiąże się z zaburzeniem normalnego rozwoju erotycznego dziecka czy osoby nastoletniej przez sam fakt zaistnienia, gdyż osoba nieprzygotowana na podejmowanie zachowań seksualnych jest nagle konfrontowana z nimi, wykorzystywana do zaspokajania potrzeb seksualnych sprawcy. Często ma to związek ze skrajnie silnymi odczuciami emocjonalnymi, które potrafią być sprzeczne, jak np. odczuwanie przyjemności seksualnej, a jednocześnie poczucia winy za doprowadzenie do kontaktu seksualnego i strachu przed ujawnieniem zdarzenia.

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie związku między doznaniem przemocy seksualnej a następującymi zachowaniami seksualnymi: masturbowanie się, podejmowanie kontaktów homoseksualnych, podejmowanie decyzji o inicjacji seksualnej, lekceważenie stosowania metod antykoncepcji, podejmowanie decyzji o kontaktach seksualnych analnych i oralnych, a także szybkie podejmowanie decyzji o podjęciu współżycia seksualnego. Dane te dotyczą tak mężczyzn, jak i kobiet. Wspomniane obserwacje świadczą o tym, że doznanie przemocy może mieć związek z większą otwartością na eksperymentowanie w sprawach seksu (podejmowanie zachowań rzadziej przejawianych, kontaktów homoseksualnych), częstsze zachowania autoerotyczne, a także większą pobłażliwość w stosowaniu antykoncepcji. Należy zwrócić uwagę, że większa

otwartość na kontakty seksualne może wiązać się z narażeniem na kolejne akty przemocy (szybkie podejmowanie decyzji nie sprzyja świadomemu i rozważnemu wyborowi partnera), a nieprzywiązywanie wagi do stosowania antykoncepcji może narażać na przedwczesne zajście w niechcianą ciążę.

Zbadano także występowanie zachowań świadczących o agresji seksualnej. W przypadku mężczyzn można mówić o istnieniu związku między doznaniem przemocy seksualnej i stosowaniem przemocy seksualnej – przede wszystkim częstsze zaczepianie na ulicy kobiet z intencją nawiązania kontaktu seksualnego oraz próby wymuszenia groźbą stosunku seksualnego na skutek groźb i dążenie do wykorzystywania upojenia alkoholowego rówieśniczek, by doprowadzić do kontaktów seksualnych. Pod względem wymienionych zachowań można mówić o tym, że występują one częściej u mężczyzn-ofiar przemocy niż u rówieśników, którzy nie mają traumatycznych doświadczeń.

### Dolegliwości somatyczne

Jedno z pytań skierowanych do badanych miało określić, jakie dolegliwości somatyczne występują u ofiar przemocy. Uzyskane wyniki pokazały zasadność sformułowania takiego pytania. Okazało się bowiem, że szczególnie w przypadku kobiet podczas przemocy seksualnej dochodzi nawet do tak poważnych urazów, jak złamanie kończyny czy też poważnych konsekwencji zdrowotnych, jakie niesie za sobą zarażenie chorobą przenoszoną drogą płciową. Także ciąża, która jest wynikiem gwałtu, powoduje u ofiary przemocy dramatyczne zmiany w funkcjonowaniu psychicznym i somatycznym, których znaczenie rozciąga się często na całe życie.

Zestawienie objawów somatycznych wskazywanych przez badanych wyraźnie pokazuje, że zjawisko przemocy seksualnej wymaga ze strony psychoterapeutów

uwzględniania faktu występowania takich urazów lub dolegliwości, co często bywa lekceważone (zwłaszcza tuż po doznaniu przemocy seksualnej).

### Środowisko rodzinne

Uzyskane w badaniu wyniki potwierdzają fakt, iż represyjny system kar stosowany przez rodziców (niezależnie od rodzaju kary) jest czynnikiem związanym z doznaniem przemocy. Potwierdzenie

znajdują podobne obserwacje dotyczące występowania złych relacji między rodzicami oraz związku nadużywania alkoholu przez jednego z rodziców i częstości doznawania przemocy seksualnej przez dzieci wychowujące się w takich warunkach. W związku z powyższym można uznać, że represyjne kary, złe relacje między rodzicami i nadużywanie alkoholu są czynnikami ryzyka wystąpienia przemocy seksualnej.

## Podsumowanie

Opisywane tu badanie miało charakter eksploracyjny. Nie było dotąd w naszym kraju badań, których celem było dokładne poznanie jednocześnie sfery zachowań seksualnych, objawów psychopatologicznych oraz zdobycie informacji pozwalających na dokładne poznanie samej sytuacji przemocy. W opracowaniu przedstawiono tylko część z zebranych danych i wyników analiz, które okazały się istotne statystycznie. Dysponując ograniczonymi środkami, nie udało się ustrzec pewnych błędów natury metodologicznej, z których najpoważniejszym jest nie losowy dobór próby. Z tego powodu nie można uogólnić wyników na całą populację. Niemniej wydaje się, że w obliczu braku wiedzy o specyfice przemocy seksualnej w naszym kraju przedstawione wyżej obserwacje są cenne. Wskazują one

na konieczność intensyfikacji zabiegów mających ograniczać skalę przemocy, która – jak wynika z uzyskanych informacji od badanych – nie jest mała, zapewniać ofiarom przemocy możliwość uzyskania bardziej fachowej pomocy psychologicznej, medycznej i prawnej. Dobrze byłoby, gdyby badania podejmujące problematykę skutków przemocy seksualnej były kontynuowane, zjawisko to ma bowiem bardzo złożoną strukturę i wymaga prowadzenia badań interdyscyplinarnych z dziedziny medycyny, nauk społecznych i prawa.

Warto też w tym miejscu podziękować samym uczestnikom badania, bez których pomocy i odwagi nie byłoby możliwe powstanie tego tekstu, oraz studentom Wydziału Psychologii UW, którzy pomagali przeprowadzić badania.

## Literatura

- Briere J.N. (1992), *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*, Sage, London.
- Browne A., Finkelhor D. (1986), *The impact of the child sexual abuse: The review of the research*, „Psychological Bulletin” nr 99, s. 66–77.
- Brzeziński J. (1996). *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa.
- Burgess A.W., Holmstrom L.L. (1974), *Rape trauma syndrome*, „American Journal of Psychiatry” nr 131, s. 981–986.
- Faller K.C. (1988), *Child sexual abuse*, Columbia University Press, New York.
- Finkelhor D. (1979), *Sexually victimized children*, Free Press, New York.
- Finkelhor D., Browne A. (1985), *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*, „American Journal of Orthopsychiatry” nr 55, s. 530–540.
- Finkelhor D., Hotaling G., Lewis I.A., Smith C. (1990), *Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors*, „Child Abuse and Neglect” nr 14, s. 19–28.
- Glaser D., Frosh S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Kendall-Tackett K.A., Williams L.M., Finkelhor D. (1993), *Impact of sexual abuse of children: A review and synthesis of recent empirical studies*, „Psychological Bulletin” nr 1, s. 164–180.
- Kiemblowski P. (1996), *Dzieci i młodzież jako ofiary i sprawcy przemocy seksualnej: Charakterystyka zjawiska na podstawie badania ankietowego licealistów i studentów*, niepublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW.
- Koss M.P. (1983), *The scope of rape: Implications for the clinical treatment of victims*, „Clinical Psychologist” nr 36, s. 88–91.
- Koss M.P. (1985), *The hidden rape victim: Personality, attitudinal, and situational characteristics*, „Psychology of Women Quarterly” nr 9, s. 193–212.
- Lew-Starowicz Z. (1988), *Seksuologia sądowa*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. (1992), *Przemoc seksualna*, Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, Warszawa.
- Lis-Turlejska M. (1998), *Traumatyczny stres*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa
- Łuszczynska-Cieślak A. (1994), *Przemoc seksualna i jej psychologiczne konsekwencje*, „Nowiny Psychologiczne” nr 1, s. 71–88.
- Łuszczynska-Cieślak A. (1999), *Konsekwencje somatyczne traumy seksualnej i fizycznej a psychopatologia*, „Nowiny Psychologiczne” nr 2, s. 5–22.
- Pacewicz A. (1992), *O nadużyciach seksualnych wobec dzieci*, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa.
- Pospiszyl I. (1994), *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. (1994), *Psychopatologia*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa
- Watkins W.G., Bentovim A. (1992), *The sexual abuse of male children and adolescents. A review of current research*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines” nr 33, s. 197–248.