

Zoja Sobolewska  
Fundacja Dzieci Niczyje

# Interwencje, diagnoza, terapia dzieci - ofiar przemocy seksualnej

z doświadczeń terapeutów Centrum Dziecka i Rodziny  
Fundacji Dzieci Niczyje

*W artykule przedstawiona jest charakterystyka przypadków wykorzystywania seksualnego dzieci prowadzonych w działającym od 6 lat w Warszawie Centrum Dziecka i Rodziny oraz rodzaje postępowania diagnostycznego i terapeutycznego podejmowanego w tych przypadkach. Prezentacja działań terapeutów Centrum pokazuje, w jaki sposób wiek dziecka różnicuje wykorzystywane techniki diagnostyczne oraz formy pomocy udzielanej dzieciom i ich rodzinom.*

Centrum Dziecka i Rodziny rozpoczęło swoją działalność w Warszawie w 1996 r. Zespół terapeutów świadczy pomoc dzieciom-ofiarom różnych form krzywdzenia: przemocy, wykorzystywania seksualnego, krzywdzenia emocjonalnego i zaniedbań. Ze względu na coraz liczniejsze zgłoszenia do Centrum przypadków wykorzystywania seksualnego dzieci i specyfikę pomocy udzielanej dzieciom wykorzystywanym oferta pomocy tej grupie podopiecznych jest ciągle

poszerzana. Obecnie wykorzystywanie seksualne dzieci to najczęściej zgłaszana do Centrum forma krzywdzenia dzieci. Artykuł ten jest podsumowaniem sześciolletnich doświadczeń terapeutów pracujących w Centrum na rzecz dzieci-ofiar przemocy seksualnej. Prezentuje wnioski dotyczące charakterystyki przypadków, z którymi pracowano w tym okresie w Centrum, oraz stosowanych metod interwencji, diagnozy, terapii i warunkujących je czynników.

## 1. Charakterystyka podopiecznych Centrum Dziecka i Rodziny

Przedstawione niżej ustalenia są efektem pogłębionej analizy danych dotyczących klientów przyjętych w Centrum Dziecka i Rodziny w 2000 r. Analizie poddano przypadki 239 dzieci, w tym 74 ofiar przemocy seksualnej, które pozostawały pod dłuższą opieką placówki (więcej niż 3 spotkania). Liczba ta nie obejmuje dzieci-ofiar przemocy seksualnej, na rzecz których przeprowadzano w Centrum badania i sporządzano psychologiczne opinie sądowe, przeprowadzono przesłuchania prokuratorskie lub policyjne, jak też przypadków badań i konsultacji w celu weryfikacji hipotezy wykorzystania seksualnego, prowadzonych na prośbę rodziny czy domu dziecka bez podjęcia dalszej opieki nad samą ofiarą<sup>1</sup>.

### 1.1. Wiek i płeć

Rozkład płci i wieku dzieci, które zostały w analizowanym roku podopiecznymi Centrum ze względu na doświadczenie wykorzystania seksualnego, przedstawia tabela 1.

Znacznie rzadziej zgłaszane były przypadki wykorzystywania seksualnego chłopców (18,9% ofiar) niż dziewczynek (81,1%). Najwięcej ofiar (7 chłopców i 33 dziewczynki) było w wieku 13–18 lat. Licznie reprezentowana była też grupa wieku 7–12 lat (21 dziewczynek i 3 chłopców). W tych dwóch kategoriach mieściło się 86,5% wszystkich dzieci wykorzystywanych seksualnie pozostających pod opieką Centrum. Dane te odzwierciedlają tendencje zauważane w wielu badaniach ofiar przemocy seksualnej (Pospiszyl 1994; Lew-Starowicz 2000) i pokazują, że wiekiem ryzyka dla krzywdzenia seksualnego zarówno dla chłopców, jak i dziewczynek jest przedział 7–12 lat, jak również wiek pokwitania 13–18 lat.

### 1.2. Formy wykorzystywania seksualnego

Jak pokazuje tabela 2, dzieci trafiające do Centrum najczęściej doświadczały ze strony dorosłych przemocy seksualnej angażującej dotyk oraz doprowadzane były do współżycia seksualnego w formie penetracji

Tabela 1. Wiek i płeć dzieci (N = 74)

| Wiek dzieci | Chłopcy | Dziewczynki | Razem | %     |
|-------------|---------|-------------|-------|-------|
| 0-3 lata    | 2       | 2           | 3     | 4,1   |
| 4-6 lat     | 2       | -           | 2     | 2,7   |
| 7-12 lat    | 3       | 21          | 24    | 32,4  |
| 13-18 lat   | 7       | 33          | 40    | 54,1  |
| 18 i więcej | 1       | 4           | 5     | 6,7   |
| Razem       | 14      | 60          | 74    | 100,0 |

<sup>1</sup> W przypadku małych dzieci przebywających w domu dziecka prowadzone są konsultacje dla wychowawców bądź rodzin zastępczych czy adopcyjnych. W przypadku dzieci z innych miast, po diagnozi sprawę przejmują lokalne placówki często pozostając z Centrum w telefonicznym, konsultacyjnym kontakcie.

### 1.3. Sprawcy

genitalnej, oralnej i analnej. Znacznie rzadszą formą wykorzystania seksualnego były, zachowania seksualne bez dotyku. Na ogół zachowania te towarzyszyły inwazyjnym formom przemocy seksualnej.

Współwystępowanie różnych form wykorzystywania seksualnego dzieci prezentuje tabela 3. U większości (81,6%) dzieci zdiagnozowano jedną lub dwie, spośród wymienionych w tabeli 2, formy przemocy seksualnej. Mała liczba przypadków współwystępowania różnych formy wykorzystywania seksualnego dziecka może świadczyć o określonych preferencjach sprawców, bądź też – co bardziej prawdopodobne – o koncentrowaniu się relacji dzieci na temat form doświadczanej przemocy na tych najbardziej drastycznych.

Ważnym kryterium decyzji dotyczących formy oddziaływań podejmowanych na rzecz dzieci-ofiar przemocy seksualnej i ich rodzin jest relacja ofiary ze sprawcą.

Najliczniejszą kategorią sprawców wykorzystywania seksualnego podopiecznych Centrum byli ojcowie – stanowili oni 39,5% sprawców w badanej próbie oraz osoby z poza rodziny – 34,2%. Do kategorii sprawcy „matka” zaliczone zostały głównie przypadki współuczestniczenia matek w przemocy seksualnej wobec dzieci. Dane te potwierdzają wyniki wielu innych badań (Lew-Starowicz 2000), w których wykazano, że przemoc seksualna najczęściej spotyka dzieci w ich własnych rodzinach.

**Tabela 2.** Formy zachowań seksualnych wobec ofiar

| Rodzaj krzywdzenia seksualnego  | Liczba | %    |
|---|--------|------|
| Pochwowe stosunki seksualne z dzieckiem                                       | 23     | 30,3 |
| Oralne stosunki seksualne z dzieckiem   | 5      | 6,6  |
| Analne stosunki seksualne z dzieckiem   | 8      | 10,5 |
| Wprowadzanie palca bądź przedmiotów do pochwy lub odbytu                      | 13     | 17,1 |
| Nakłanianie dziecka do dotykania lub całowania narządów płciowych dorosłego   | 16     | 21,1 |
| Dotykanie, całowanie narządów płciowych dziecka                               | 31     | 40,8 |
| Dotykanie, całowanie innych części ciała dziecka w celach erotycznych         | 23     | 30,3 |
| Pokazywanie dziecku materiałów o treści erotycznej                            | 4      | 5,3  |
| Oglądanie narządów płciowych dziecka w celach erotycznych/podglądanie dziecka | 4      | 5,3  |
| Robienie dziecku pornograficznych zdjęć lub filmowanie                        | 2      | 2,6  |
| Inne  | 10     | 13,2 |

Uwaga: Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż niektóre dzieci były ofiarami kilku form zachowań seksualnych.

#### 1.4. Zaburzenia funkcjonowania dziecka

Konsekwencją wykorzystywania seksualnego może być wiele różnych zaburzeń funkcjonowania emocjonalnego i społecznego dzieci. W grupie podopiecznych Centrum Dziecka i Rodziny rozpoznane zaburzenia charakteryzuje tabela 5.

Warto zwrócić uwagę na kategorię „zmiany nastroju” identyfikowaną u prze-

szło połowy ofiar. Miały one trwale obniżony nastrój, lub depresję lub charakteryzowały się trwale podniesionym poziomem aktywności w postaci zwiększonego niepokoju, nadruchości, tików, zaburzeń koncentracji.

W kategorii „fobie, lęki i natręctwa” występowały np. natręctwa mycia ciała

**Tabela 3. Liczba współwystępujących form wykorzystywania seksualnego dziecka**

| Liczba form wykorzystania dziecka | Częstotliwość | %     |
|-----------------------------------|---------------|-------|
| 1                                 | 42            | 55,3  |
| 2                                 | 20            | 26,3  |
| 3                                 | 7             | 9,2   |
| 4                                 | 3             | 3,9   |
| 5                                 | 1             | 1,3   |
| 6                                 | 2             | 2,6   |
| 7                                 | 1             | 1,3   |
| Razem                             | 76            | 100,0 |

**Tabela 4. Sprawcy przemocy seksualnej wobec dzieci**

| Osoba                   | Liczba | %    |
|-------------------------|--------|------|
| Matka                   | 8      | 10,5 |
| Ojciec                  | 30     | 39,5 |
| Ojczym                  | 5      | 6,6  |
| Rodzeństwo              | 8      | 10,8 |
| Inni członkowie rodziny | 5      | 6,6  |
| Osoba spoza rodziny     | 26     | 34,2 |
| Nie wykryty             | 3      | 3,9  |

Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż niektóre dzieci były ofiarami więcej niż jednego sprawcy, np. ojca i brata, ojca i dziadka, brata i kuzyna.

lub rąk, fobie społeczne. Podniesiony poziom lęku identyfikowany był głównie u ofiar wykorzystywania seksualnego, które były jednocześnie ofiarami przemocy fizycznej lub emocjonalnej ze strony sprawców wykorzystywania lub innych osób w rodzinie.

Do „zaburzeń psychosomatycznych” zaliczane były zaburzenia snu, łaknienia, wydalania – wtórne moczenie nocne, zaparcia, wtórne zanieczyszczanie się, nawracające nudności, bóle brzucha itp. „Zachowania destrukcyjne” to przede wszystkim przemoc wobec innych, ucieczki, wagarowanie, nasilona konfliktowość.

W kategorii „zespołu stresu pourazowego” identyfikowane były wtargnięcia, czyli nawracające obrazy przemocy, wraz z grupą zaburzeń wymienianych w innych kategoriach.

„Zachowania autodestrukcyjne” to najczęściej samookaleczenia w postaci naci-

nięcia brzucha czy ramion i przedramion, intensywne stosowanie używek, myśli i próby samobójcze.

Jako „zaburzenia rozwoju psychoseksualnego” identyfikowane były zaburzenia w rozwoju tożsamości psychoseksualnej, maskowanie płci, nieadekwatna do wieku erotyzacja, powielanie roli ofiary przemocy seksualnej, podejmowanie zachowań seksualnych w grupach rówieśniczych lub wobec innych dorosłych.

### 1.5. Rodziny ofiar wykorzystania seksualnego

Jednym z ważnych czynników ryzyka wykorzystania seksualnego w dzieciństwie jest nieobecność jednego z rodziców lub wychowywanie się w rodzinie zrekonstruowanej poprzez powtórny związek małżeński matki (Finkelhor, Browne 1986). Jak pokazuje tabela 6, jedynie

**Tabela 5.** Rozpoznane objawy zaburzeń u ofiar przemocy seksualnej przed terapią

| Objawy                               | Liczba | %    |
|--------------------------------------|--------|------|
| Zespół stresu pourazowego            | 12     | 15,8 |
| Fobie, lęki i natręctwa              | 28     | 36,8 |
| Zaburzenia psychosomatyczne          | 23     | 30,3 |
| Zaburzenia nastroju                  | 43     | 60,0 |
| Zachowania destrukcyjne              | 22     | 28,9 |
| Zachowania autodestrukcyjne          | 11     | 14,5 |
| Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego | 11     | 14,5 |
| Inne objawy symptomatyczne           | 8      | 10,5 |

Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż niektóre dzieci były ofiarami więcej niż jednego sprawcy, np. ojca i brata, ojca i dziadka, brata i kuzyna.

połowa objętych badaniem ofiar przemocy seksualnej pochodziła z rodzin pełnych. 33,8% dzieci wychowywało się w rodzinach niepełnych. Najczęstszym

powodem rozpadu rodziny były rozwody i śmierć rodzica. Blisko 10% dzieci żyło w rodzinach zrekonstruowanych.

**Tabela 6.** Status rodziny ofiary

| Status rodziny           | %    |
|--------------------------|------|
| Rodzina pełna            | 50,7 |
| Niepełna                 |      |
| – rozwód                 | 19,7 |
| – śmierć jednego rodzica | 12,7 |
| – niezamężna matka       | 1,4  |
| Zrekonstruowana          | 9,9  |
| Zastępcza                | 4,2  |
| Inne                     | 1,4  |

## 2. Etapy i warianty pomocy dziecku wykorzystywanemu seksualnie i jego rodzinie

### 2.1. Zgłoszenie

Ofiary przemocy seksualnej trafiają do Centrum Dziecka i Rodziny w różny sposób. Zgłaszają je:

- rodzice lub jedno z nich, starsze rodzeństwo lub dziadkowie dziecka,
- wychowawcy placówek opiekuńczych,
- pedagodzy lub psychologzy szkolni,
- lekarze różnych specjalności, pediatrzy i ginekologzy dziecięcy,
- pracownicy instytucji wymiaru sprawiedliwości – policjanci, prokuratorzy, sędziowie,
- zgłaszają się same ofiary.

Osoby zgłaszające przypadki krzywdzenia dzieci informowane są o tym, jakie warunki muszą być spełnione, aby umówić wizytę dziecka w Centrum. Zgodę na taką wizytę wyrazić musi aktualny opiekun prawny dziecka. Najczęściej jest to rodzic, przedstawiciel placówki opiekuńczej, w której przebywa dziecko, lub osoba, której powierzona została przez sąd opieka nad dzieckiem. W przypadku braku zgody rodzica na wizytę dziecka w Centrum do sądu rodzinnego zgłaszany jest wniosek o wgląd w sytuację wychowawczą dziecka. W takich przypadkach sądy często wydają postanowienia o zbadaniu dziecka i jego sytuacji rodzinnej.

## 2.2. Interwencja, postępowanie diagnostyczne, terapia

W celu zaprezentowania najczęściej wieloetapowych i długotrwałych sposobów udzielania pomocy dzieciom-ofiarom przemocy seksualnej, jak i poprzedzającej je diagnozy, warto wskazać czynniki najbardziej wpływające na ich kształt. Są to:

- stopień zagrożenia bezpieczeństwa dziecka;
- wiek dziecka, poziom jego rozwoju i prezentowane zaburzenia;
- wiedza na temat sprawcy – ustalenie czy sprawca lub podejrzany pochodzi z kręgu rodziny dziecka, czy jest dla dziecka osobą obcą;
- stopień pewności co do tego, czy mamy do czynienia z ofiarą przemocy seksualnej (sprawca zidentyfikowany i skazany lub izolowany), czy też istnieje tylko podejrzenie co do tego, że dziecko jest ofiarą.

Zdiagnozowanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia dziecka powoduje uruchomienie natychmiastowej interwencji na podstawie przewidzianych w tego rodzaju sytuacjach procedurach umieszczania dzieci u rodzin zastępczych, placówkach opiekuńczych (dom dziecka, pogotowie opiekuńcze) lub placówkach służby zdrowia, w tym zajmujących się opieką psychiatryczną. Sąd rodzinny może wydać postanowienie o umieszczeniu dziecka w takiej placówce po przedstawieniu mu diagnozy stanu i sytuacji dziecka.

Niezależnie od tego, kto zgłasza przypadek krzywdzenia dziecka, jeżeli tylko jest to możliwe informacji diagnostycznych dostarczają rodzice dziecka oraz osoby mające wiedzę na temat dziecka, na przykład inni członkowie rodziny, wychowawcy dziecka, czasami również domniemany sprawca.

Celem przeprowadzanych badań jest ustalenie doświadczeń życiowych dziecka,

warunków, w jakich przebiegały, scharakteryzowanie rodziny dziecka, ustalenie roli i wpływu na jego zachowanie znaczących dla dziecka osób.

Do badania dorosłych członków rodziny dziecka oraz innych osób służą najczęściej pogłębione, kierowane wywiady psychologiczne oraz – rzadziej stosowane – testy, badające rozwój intelektualny i strukturę osobowości. Ważna jest też obserwacja psychologiczna w trakcie kontaktu z dorosłym. Badania sprawców mają swą odrębną metodologię, często wymagają ekspertyz seksuologów lub psychologów.

Precyzyjne ustalenie, jakie stany czy zachowania dziecka stanowiły podstawę hipotezy, że jest ono ofiarą krzywdzenia seksualnego, oraz kto i w jakich okolicznościach je zaobserwował jest ważną przesłanką dla dalszych kroków związanych z diagnozą urazów dziecka, wskazaniem sprawcy, diagnozą potrzeb dziecka w zakresie interwencji i pomocy.

Konieczne jest wykluczenie, że alarm związany z podejrzeniami o wykorzystywanie seksualne dziecka wynika z braku wiedzy dorosłych na temat rozwoju psychoseksualnego dzieci bądź jest próbą pomówienia kogoś o wykorzystanie dziecka w celu rozegrania osobistych porachunków lub uzyskania tą drogą wyłącznej opieki nad dzieckiem. Sytuacje takie nie są częste, ale zdarzało się, że tego rodzaju motywacja kierowała zgłoszeniem podejrzeń o skrzywdzenie dziecka.

Duże znaczenie dla reakcji rodziców na zmianę sytuacji dziecka ma ich własna historia wykorzystania. Reakcje rodziców na postrzeganie symptomów wykorzystywania dziecka są bardzo zróżnicowane. Lokują się na kontinuum – od skrajności: „nic nie widzę, bo denerwuje mnie to i przypomina mi własny los”, do skrajnej nadwrażliwości i kontroli wszystkich kontaktów dziecka. Z badań amerykań-

kańskich wynika, że rodzice, którzy sami byli w dzieciństwie wykorzystywani seksualnie, raczej nie doceniają symptomatycznych zachowań u własnych dzieci. Znacznie więcej niepokojących zmian w zachowaniu dzieci widzą np. nauczyciele czy inne osoby kontaktujące się z dziećmi.

Rodzice lub opiekunowie dziecka, którzy najczęściej w fazie potwierdzenia się hipotezy wykorzystania dziecka przeżywają ostry kryzys, dostają wsparcie i pomoc psychologiczną oraz pomoc prawną w celu ukarania sprawcy.

Jeżeli sprawcą jest ojciec dziecka, starszy brat, kuzyn lub inny członek bliższej rodziny interwencję podejmuje się dwuwątkowo. Z jednej strony dotyczy ona bezpośredniej pomocy dziecku, z drugiej zaś nastawiona jest na pomoc rodzinie. Rodzina przechodzi adaptację do nowej sytuacji pod okiem specjalistów, otrzymuje pomoc w podejmowaniu kolejnych kroków wobec sprawcy oraz w ustaleniu relacji wszystkich członków rodziny, których sytuacja po ujawnieniu przemocy seksualnej wobec dziecka uległa zmianie. Tę fazę adaptacji do nowej sytuacji i nowego układu ról w rodzinie najczęściej stymulują i monitorują zespoły interdyscyplinarne specjalnie powołane dla danej sprawy. Czasami przyjęcie postawy odpowiedzialności za dalsze losy rodziny przez nie krzywdzącego rodzica wymaga niemałej pracy edukacyjno-terapeutycznej prowadzonej przez zespół psychologów oraz wspomaganą przez innych specjalistów, takich jak lekarz, prawnik, adwokat, pracownik socjalny czy wychowawca.

Na kliniczny obraz zaburzeń dziecka, a więc i na podejmowane działania terapeutyczne, ma wpływ wiele czynników: wiek, stopień spokrewnienia ze sprawcą, czas trwania wykorzystywania, formy i częstotliwość zachowań seksualnych wobec dziecka, wiek dziecka w momencie rozpoczęcia przekraczania intymnych granic jego ciała, poziom rozwoju i typ osobowości dziecka, świadomość wy-

korzystywania, zabarwienie emocjonalne relacji ze sprawcą/współwystępowanie innych form przemocy, pozycja pożycia dziecka w rodzinie, reakcja otoczenia na ujawnienie wykorzystywania, rodzaj pomocy udzielonej przez pierwsze osoby dowiadujące się o krzywdzeniu dziecka. Dla czytelnej prezentacji sposobów diagnozy i udzielania pomocy dzieciom – ofiarom przemocy seksualnej, ich opisy pogrupowane są ze względu na kryterium wieku dziecka.

### Diagnoza i pomoc dzieciom w wieku 0–4 lata

#### Diagnoza

Do diagnozy małych dzieci służą lalki, kukiełki, lalki anatomiczne, zabawki imitujące miejsca zabaw, kąpieli, zasypiania itp. W diagnozie dzieci, które posługują się choćby w ograniczonym zakresie mową, najczęściej wykorzystywane są zabawy tematyczne i projekcyjne, aranżowane pod kątem niepokojących zachowań dziecka lub sytuacji i zdarzeń, w których brało udział. Z dzieckiem prowadzona jest rozmowa kierowana lub testy, przy pomocy których ustalany jest poziom rozwoju dziecka, jego podatność na sugestię, poziom wiarygodnego odtwarzania sytuacji, w których dziecko się znajdowało. Diagnozowane są relacje emocjonalne dziecka z opiekunami i domniemanym sprawcą.

W uzasadnionych przypadkach, kiedy wykorzystanie zdarzyło się w niedalekiej przeszłości i podejrzewamy, iż wywołało urazy fizyczne lub chorobę weneryczną, trzeba diagnozę uzupełnić specjalistycznymi badaniami lekarskimi, w tym badaniami prowadzonymi przez ginekologa dziecięcego.

W tej grupie wieku, oprócz ujawnień wykorzystania seksualnego dziecka poprzez zidentyfikowanie urazów somatycznych, takich jak uszkodzenia sfer genitalnych czy wykrycie plemników w jamach



ciała dziecka lub zdiagnozowanie choroby wenerycznej, do ujawnienia seksualnych zachowań wobec dziecka dochodzi czasami na drodze relacjonowania przez dziecko – według jego mniemania normalnych – kontaktów z osobą dorosłą lub starszą wiekiem. Znacznie trudniej dochodzi do ujawnienia takich sytuacji, jeżeli dziecko jest zastraszone przez sprawcę – oddziaływania terapeutów skierowane na wzrost poczucia bezpieczeństwa dziecka oraz wydłużenie czasu diagnozy przynoszą pozytywne efekty. Ich uzyskanie jest łatwiejsze, jeżeli sprawcą jest osoba spoza kręgu rodzinnego dziecka.

Już u dzieci w wieku 3–4 lat obserwuje się dążenia do ochrony sprawcy, nawet jeżeli w kontaktach z nim dziecko doznało bólu i cierpienia. Jeśli sprawcą jest rodzic lub opiekun, dziecko stara się być lojalne wobec niego i zachować tajemnicę, jeżeli zostało do niej zobligowane.

Oprócz słownego opisu przez dziecko sytuacji związanej z przekraczaniem w jakiegokolwiek formie granic jego ciała lub opisu uczestniczenia przez nie w sytuacjach związanych z zachowaniami seksualnymi innych osób, do diagnozy służą wskaźniki sugerujące wykorzystanie seksualne np. erotyzacja dziecka niezgodna z wiekiem rozwojowym, zaburzenia psychosomatyczne, czasami obserwowane przez terapeutę dopiero po dłuższym kontakcie z dzieckiem. Wystąpienie kilku takich wskaźników stanowi może dowód na potwierdzenie hipotezy o nadużyciu dziecka. Wskaźniki te są widoczne w zachowaniach dziecka np. w kontakcie z określonymi osobami, np. postać wujka powoduje silną reakcję emocjonalną. Materiał taki nabiera sensu i jednoznaczności w połączeniu z danymi na temat sytuacji, w jakich dziecko uczestniczyło. Wskaźniki symptomatyczne dla przemocy seksualnej pochodzą więc zarówno z badania dziecka i kontaktu z dzieckiem, jak i z materiału zebranego od opiekunów dziecka. Czasami są też zawarte w materiale zamieszczonym w aktach sprawy,

jeżeli badanie zlecone jest przez instytucje wymiaru sprawiedliwości.

### **Pomoc**

Oddziaływania terapeutyczne wobec dzieci w tym wieku najczęściej ograniczają się do:

- uwolnienia ich z poczucia winy i wstydu, jeżeli zdiagnozowane są takie stany,
- zwolnienia ich z odpowiedzialności za to, co się stało, jeżeli myślą, że to one są złe (jest to bardzo częsta sytuacja),
- edukacji w zakresie dobrego i złego dotyku i możliwości ujawniania niedobrych tajemnic.

Odpowiedzialność za dalszy rozwój dziecka i jego bezpieczeństwo spoczywa na rodzinie lub opiekunach.

Opiekunowie dziecka są informowani o możliwych zaburzeniach w jego zachowaniach i o tym, jak należy w takich sytuacjach postępować, aby nie pogłębiać urazów dziecka i pomagać mu na nowo budować np. zdrowe granice z dorosłymi i dziećmi. Dostają ponadto informacje o etapach rozwojowych kryzysowych dla dziecka będącego ofiarą przemocy seksualnej, w których może pojawić się potrzeba pomocy terapeutycznej zarówno dziecku, jak i jego najbliższym.

Nasilone zaburzenia zachowania, np. snu, wymagają włączenia lekarza w proces terapii dziecka.

### **Diagnoza i pomoc dzieciom w wieku 5–7 lat**

#### **Diagnoza**

W tej kategorii wieku diagnoza jest znacznie ułatwiona, gdyż terapeuta ma do dyspozycji więcej technik diagnostycznych. Oprócz wymienionych wyżej dochodzą: rysunek postaci ludzkiej, rysunek drzewa, rysunek rodziny oraz inne rysunki tematyczne. Wzrastają też możliwości ekspresji werbalnej i pozawerbalnej dziecka. W jego zabawach tematycznych

lub projekcyjnych pojawiają się treści bogato ilustrujące świat jego przeżyć. Bardziej diagnostyczne stają się wytwory plastyczne dziecka, które często odzwierciedlają jego urazowe doświadczenia.

Wzrostowi wiarygodności przekazów werbalnych dzieci w tym wieku, z uwagi na dobrą na ogół orientację w czasie, znajomość mapy ciała itp., towarzyszy silniejsze poczucie wstydu, winy, upokorzenia, zdrady oraz dziwności i niestosowności podejmowanych wobec nich zachowań. Dla wielu dzieci uczucia te mają blokujący wpływ na ujawnienie kontaktów seksualnych. Obawiają się, ponieważ przewidują – na ogół trafnie – konsekwencje dla sprawców i rodziny. Bywa, że chronią swój związek ze sprawcą ze względu na psychologiczne i materialne gratyfikacje, jakimi są przez niego obdarzane. Zbudowanie dobrej relacji dziecka z terapeutą, wzbudzenie u dziecka zaufania i przekonania, że po ujawnieniu terapeuta pokieruje jego sytuacją tak, aby zminimalizować koszty, jakie przewidywało dziecko, zwiększa szansę, że dzieci zdecydują się przełamać opór i ujawnić czasami długo noszoną tajemnicę.

W tej grupie wieku dziewczynki łatwiej i szybciej, licząc czas od nawiązania kontaktu z dzieckiem, ujawniają przypadki przemocy, zwłaszcza kiedy sprawca jest spoza rodziny. U chłopców ten proces trwa dłużej. Zarówno chłopcy, jak i dziewczynki w tym wieku mogą odtwarzać w kontaktach z rówieśnikami adresowane uprzednio do nich zachowania seksualne, co niejednokrotnie stanowi przesłankę do podejmowania procedury diagnostycznej i ewentualnie interwencyjnej.

### **Pomoc**

Praca terapeutyczna z dziećmi w tym wieku trwa na ogół dłużej, i zależy przede wszystkim od obrazu zaburzeń dziecka oraz wsparcia ze strony członków rodziny. Najczęściej w ramach dziesięciu cotygodniowych spotkań udaje się zrealizować cele terapeutyczne. Kontakt z dzieckiem

utrzymywany jest dłużej, jeżeli ma ono zeznawać w sądzie, co najczęściej przywraca urazy dziecka i stwarza konieczność dalszej opieki i wsparcia.

Oprócz pracy z dzieckiem nad jego wyjściem z poczucia winy, wstydu, odpowiedzialności, poniżenia, zdrady, zepsucia, zbrukania, zabrania czegoś ważnego czy przywiązania do seksualnego charakteru kontaktu ze sprawcą, ważna jest praca nad granicami budowanymi przez dziecko zarówno z dziećmi, jak i dorosłymi. Ważna jest także pomoc w przezwyciężeniu lęku przed ponownymi urazami oraz poczucia, że jest inne, co może powodować unikanie dalszych kontaktów tak ważnych dla każdego dziecka zwłaszcza w następnym etapie jego rozwoju.

Skrócenie procesu interwencji prawnej, zwłaszcza dla dzieci w wieku 5–7 lat, mogłoby podnieść wagę ich zeznań. Po roku bądź dłuższym okresie od ustania przemocy, dzieci pozostające w terapii „domykają” urazowe przeżycia i koncentrują się na aktualnym życiu. Wchodząc w kolejne etapy intensywnego jeszcze w tym wieku rozwoju, zapominają co było ich udziałem w przeszłości.

Dla utrwalenia się efektów terapii ważna jest wspierająca dziecko i rozumiejąca jego trudności postawa rodziców lub opiekunów. Dlatego równoległe z pracą z dzieckiem trwają w Centrum wspierająco-terapeutyczne kontakty z rodzicami lub opiekunami dziecka.

## **Diagnoza i pomoc dzieciom w wieku 8–12 lat**

### **Diagnoza**

W tym przedziale wieku, oprócz wymienionych już technik diagnostycznych, używa się też technik związanych z pisaniem, a więc testów niedokończonych zdań, uzupełniania i dokończania historyjek, opisów obrazków, pisanie opowiadań, testów słownych oraz testów rysunkowych.

U chłopców-ofiar przemocy seksualnej rejestruje się więcej zaburzeń w postaci

agresji, ucieczek, kradzieży. Natomiast u dziewczynek częściej pojawiają się zaburzenia psychosomatyczne – zaburzenia łaknienia, snu. U dzieci obojga płci często stwierdzany jest trwale podniesiony lub obniżony nastrój i poczucie niższej wartości.

### **Pomoc**

Oprócz indywidualnych sesji terapeutycznych realizowanych relatywnie do potrzeb dziecka, istnieje możliwość udziału dzieci w pracy grupowej. W Centrum opracowany został program cyklu 12 spotkań grupowych dla dzieci w wieku 8–12 lat. W trakcie sesji dzieci pracują nad swą emocjonalnością, mocnymi stronami w kontaktach z ludźmi, budowaniem zdrowych granic psychologicznych i fizycznych, stosunkiem do swego ciała, stosunkiem do sprawcy.

Generalnie w tej grupie wieku rejestruje się więcej ujawnień niż wśród młodszych dzieci. Dzieci funkcjonują już w szerszej społeczności i więcej osób ma do nich dostęp. Ponadto same dzieci są w stanie bardziej krytycznie podejść do swych doświadczeń, gdyż mają szansę porównać je z doświadczeniami innych dzieci. Otrzymanie informacji, że ktoś może im pomóc często powoduje podjęcie trudu ujawnienia niewłaściwego traktowania. Odnotowuje się tutaj spontaniczne zgłoszenia dzieci już po jednorazowym lub kilkakrotnym przekroczeniu intymnych granic ich ciała, zwłaszcza przy sprawcach z dalszej rodziny lub spoza niej.

Innym charakterystycznym zjawiskiem wśród 8–12-latków jest występowanie rówieśniczej przemocy seksualnej. Czasami jej źródłem jest doświadczenie wykorzystania seksualnego przez jedno dziecko, które odtwarza je w kontaktach rówieśniczych. Innym powodem bywa przeniesienie na kontakty z rówieśnikami domowej atmosfery przesyconej erotyką. Są domy, w których rodzice, nie zachowując zdrowych granic, w nieskrępowany sposób używają pism lub filmów pornograficznych, uprawiają seks w bezpośredniej lub

pośredniej obecności dziecka (gdy wszystko słyzy, bądź ma opuścić pokój lub dom z wiadomych dla niego względów). Takie zachowania dorosłych mają erotyzujący wpływ na dzieci, który przejawia się w zainteresowaniu treściami erotycznymi, jak i podejmowaniu zachowań tego rodzaju wobec innych.

Zdarza się, że do Centrum (autorka artykułu wielokrotnie przyjmowała takie zgłoszenia) zgłaszane są 3–6-osobowe grupy dzieci w tym wieku, zarówno dziewcząt, jak i chłopców, w których doszło do wzajemnych zachowań seksualnych. Zachowaniom tym towarzyszyła czasem silna agresja. W przypadku chłopców takie zachowania seksualne wyraźnie były używane jako sankcja we wzajemnych kontaktach związanych z rywalizacją lub kłótnią.

Praca terapeutyczna z dziećmi przejawiającymi takie zachowania polega przede wszystkim na ustaleniu ich przyczyn, pomocy w wyjściu z urazów i w oddzielaniu zachowań seksualnych od agresji. Duże znaczenie dla utrwalenia właściwych zachowań u dzieci ma współpraca z rodziną, gdzie najczęściej tkwią przyczyny takiej formy agresji wobec innych, a która jednocześnie w sytuacji ujawnienia zachowań dziecka najczęściej nasila jego odrzucenie, karząc je za przyniesiony rodzinie wstyd.

### **Diagnoza i pomoc dzieciom w wieku 12–15 lat**

#### **Diagnoza**

W zakresie środków diagnostycznych możliwości są takie same, jak w poprzedniej grupie wieku. Doświadczenie jednak pokazuje, że kierowany, pogłębiony wywiad psychologiczny jest często wystarczającym narzędziem do uzyskania materiału na temat sytuacji dziecka i powodów, dla których ono samo lub zgłaszające je osoby zwracają się o pomoc. Ponadto dla określenia poziomu rozwoju dziecka czy rodzaju zaburzeń korzysta się z pełnej gamy testów słownych i bezsłownych.

U 12–15-latków dochodzi często do ujawnienia przemocy seksualnej z lat wczesnego dzieciństwa lub trwającej aktualnie, gdyż dzieci czują się na tyle silne, aby zmienić swoją sytuację i uwolnić się od bolesnej tajemnicy lub niszczących związków. W tej grupie wieku do zgłoszenia dochodzi po jednym lub kilku incydentach przekroczenia intymnych granic dziecka. Ma to miejsce najczęściej w przypadkach sprawców spoza rodziny dziecka; wskazywani są instruktorzy sportowi, nauczyciele, księża, wychowawcy.

Jest to też, niestety, ten wiek, w którym zwiększa się liczba zgwałceń dokonywanych na dzieciach przez osoby obce dla dziecka, z którymi weszło ono w kontakt w przypadkowych sytuacjach, np. oddaliło się od grupy biesiadników na imieninach czy komunii u dalszej rodziny, poszło ze starszymi kolegami do domu jednego z nich, zostało zaprowadzone w odludne miejsce przez sąsiada itp. W tych przypadkach należy zadbać o to, by sprawę zgłoszono na policję lub do prokuratury i przeprowadzono procedury zabezpieczające ślady i chroniące zdrowie dziecka.

### **Pomoc**

W przypadku nagłego ataku o podłożu seksualnym wobec dziecka najważniejsze jest przywrócenie mu poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad własnym życiem. Pamiętać należy, że tego rodzaju akty przemocy są dokonywane na ofiarach pod presją zagrożenia ich życia i zdrowia. Urazy związane z tymi zagrożeniami omawia się się w kontakcie terapeutycznym w pierwszej kolejności. Ofiary napaści tego rodzaju mają tak mocno naruszone poczucie bezpieczeństwa, że czasowo potrzebują ciągłego towarzystwa. Szybkie reakcje organów ścigania w celu unieszkodliwienia sprawców są bardzo pomocne w przywracaniu ofiarom równowagi.

Terapia powinna być rozpoczęta jak najszybciej po traumatycznym zdarzeniu i prowadzona z dużą częstotliwością.

Ofiary przemocy seksualnej pracują nad ogromem negatywnych uczuć do sprawcy i chęcią zemsty. Zdarza się jednak, że negatywne uczucia wobec sprawcy nie przekładają się na chęć złożenia doniesienia o przestępstwie, gdyż ofiary nie chcą uczestniczyć w dolegliwych procedurach przesłuchań i zeznań.

Ofiary wykorzystywania seksualnego ciągnącego się od lat wczesnego dzieciństwa, które ujawniają przemoc dopiero w tym wieku, mogą doznawać kłopotów z tożsamością seksualną. Inne spotykane symptomy tego, że coś złego działo się lub nadal dzieje się w ich życiu, to zachowania autodestrukcyjne – myśli i próby samobójcze, samookaleczenia, ucieczki w uzależnienia, w prostytutkę, wypadanie z pełnionych do tej pory ról. Symptomami takimi są też w tym wieku zaburzenia psychosomatyczne w postaci zakłóceń snu, zaburzeń łaknienia, krążących bólów czy zaburzenia psychotyczne.

Terapia ofiar kazirodztwa bądź innej długotrwałej przemocy seksualnej najczęściej ma charakter terapii długoterminowej (1–2 lata) realizowanej indywidualnie bądź grupowo. Psychoterapię grupową poprzedza około półroczna terapia indywidualna. Ofiary wieloletniej przemocy seksualnej mającej miejsce w rodzinie mają do przepracowania, oprócz poprawiania aktualnych sposobów swego funkcjonowania, kolejno odsłaniające się urazy i trudności związane z bardzo wieloma dziedzinami własnego życia, w tym też z relacjami z członkami rodziny, rówieśnikami.

### **Diagnoza i pomoc osobom w wieku 16 lat i starszym**

#### **Diagnoza i pomoc**

W zakresie diagnozy i terapii nie ma większej różnicy w porównaniu z osobami zaliczonymi do poprzedniej grupy. Przemoc seksualna wobec osób, które ukończyły 15. rok życia nie jest ścigana z urzędu, tylko na wniosek osoby poszkodowanej.

W tej grupie pacjentów wzrasta liczba osób, które same zgłaszają się po pomoc do Centrum. Równie często jak u 12–15-latków, zgłaszane są zgwałcenia dokonywane zarówno przez osoby dorosłe, jak i tylko trochę starsze od swych ofiar. Ważnym elementem pomocy jest wspieranie dziecka i rodziny oraz pomoc prawna w procedurach związanych z postępowaniem karnym lub opiekuńczym.

Ofiarom przemocy seksualnej z tej kategorii wieku, oprócz terapii indywidualnej, proponuje się udział w grupie terapeutycznej<sup>2</sup>.

Terapia ofiar przemocy seksualnej w tym wieku dotyczy często ich związków seksualnych, gdyż charakterystyczne jest to, że wchodzi one wcześniej niż ich rówieśnicy w takie związki oraz to, że związki te są z reguły bardzo trudne, destrukcyjne, pełne napięć i kryzysów. Osoby uczestniczące w procesie terapii grupowej korzystają jednocześnie z indywidualnych sesji z terapeutami, którzy prowadzili je przed przystąpieniem do grupy. Zdarza się, że do tych działań dołączają się sesje rodzinne, kiedy wymaga tego sytuacja danego dziecka.

\*

Najczęstszym celem oddziaływań terapeutycznych wobec dzieci wykorzystywanych seksualnie, realizowanym w trakcie całego procesu terapeutycznego, jest redukcja poczucia winy, wstydu i odpowiedzialności za zdarzenia, które były ich udziałem. Ważny udział w utrzymywaniu się takich stanów ma stopień seksualnego rozbudzenia dziecka. Im jest on silniejszy, a dziecko młodsze, tym dłużej utrzymują się zarówno zaburzone seksualne zachowania dziecka, które wynikają z wciągnięcia go w seksualność dorosłych, jak i towarzyszące im poczucia wstydu i winy.

W kontaktach terapeutycznych z ofiarami przemocy seksualnej ważne jest zajmowanie się wszystkimi wątkami wypęł-

nającymi ich życie po to, aby poszukiwać obszary zdrowego funkcjonowania i wzmacniać je, a ponadto odnajdywać mocne strony dziecka, aby mogło poradzić sobie z przeżytą traumą. Po ujawnieniu wykorzystania czy przemocy, po uwolnieniu się od tajemnicy, i po izolacji od sprawców dziecko powinno nauczyć się nowych, konstruktywnych zasad budowania relacji z innymi ludźmi, a fakt przeżycia krzywdzenia seksualnego nie powinien stanowić głównego czynnika regulującego funkcjonowanie dziecka.

Innym powodem analizowania wraz z pacjentem różnych sfer jego funkcjonowania jest poszukiwanie wpływu skutków przeżytych doświadczeń na rozmaite sfery życia. Utrwalone poczucie inności czy mniejszej wartości, będące efektem doznanej traumy, może mieć wpływ na niepodejmowanie wielu aktywności ważnych dla rozwoju i osiągnięcia satysfakcji w życiu.

Ujawnienie przemocy seksualnej występującej w rodzinie często stwarza bardzo trudną i zupełnie nową dla danej rodziny sytuację. W celu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa czasami jest konieczna natychmiastowa interwencja, w wyniku której rodzina na czas postępowania przygotowawczego i procesowego musi znaleźć dla siebie nowe miejsce pobytu, zabezpieczyć środki do życia i przygotować kolejne kroki postępowania. Aby mogła to zrealizować, niezbędna jest pomoc wielu służb i profesjonalistów. Ważna jest koordynacja ich działań. Zadania takie podejmują uruchamiane przez Centrum zespoły interdyscyplinarne bądź też terapeuta koordynuje kolejno podejmowane przez rodzinę kroki, które związane są z pracą różnych służb – pomocy społecznej, instytucji wymiaru sprawiedliwości, służby zdrowia itp. Tabela 7 przedstawia rozkład częstotliwości różnych działań podejmowanych w 2000 r. w Centrum w procesie pomocy dzieciom wykorzystywanym seksualnie.

<sup>2</sup> Opis pracy grupy terapeutycznej dla ofiar przemocy seksualnej będzie tematem artykułu w kolejnym numerze kwartalnika.

Tabela 7. Decyzje dotyczące udzielonej pomocy (N=76)

| Status rodziny   | Liczba | %    |
|--|--------|------|
| Terapia indywidualna   | 54     | 71,0 |
| Terapia grupowa  | 9      | 11,8 |
| Terapia w innych placówkach                                  | 12     | 15,8 |
| Izolacja dziecka od rodziny                                  | 6      | 7,9  |
| Umieszczenie dziecka w placówce opiekuńczej                  | 11     | 14,5 |
| Umieszczenie dziecka w placówce leczniczej                   | 4      | 5,3  |
| Powrót dziecka do rodziny                                    | 1      | 1,3  |
| Skierowanie sprawy do sądu rodzinnego                        | 8      | 10,5 |
| Skierowanie sprawy na policję, prokuraturę i do sądu karnego | 18     | 23,7 |
| Pomoc socjalna dla rodziny                                   | 6      | 7,9  |
| Nadzór nad rodziną   | 3      | 3,9  |
| Inne rodzaje pomocy  | 9      | 11,8 |

Jak widać, najczęściej ofiar uczestniczyło w terapii indywidualnej. W opisywanym roku pod opieką Centrum było 9 osób gotowych do udziału w terapii grupowej, uruchomiono więc jedną grupę terapeutyczną. Na drogę postępowania sądowego skierowano 26 przypadków wykorzystywania dzieci, w tym 18 do sądów karnych, a 8 do rodzinnych. W 11 przypadkach rodziny nie były w stanie zapewnić dzieciom bezpieczeństwa i musiano umieścić je w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, takich jak dom dziecka, bursa szkolna, hostel. Warto podkreślić samodzielność finansową rodzin, którym udzie-

lano pomocy w badanym roku – tylko w 6 przypadkach ubiegano się dla nich o pomoc socjalną. Potwierdza to ustalenia badawcze mówiące, iż zła sytuacja ekonomiczna rodziny nie jest czynnikiem ryzyka wykorzystywania seksualnego dziecka (Finkelhor, Baron 1986).

W ramach wspierania rodzin z problemem przemocy seksualnej, uruchamiane są w Centrum doraźne formy pomocy w postaci finansowania pomocy adwokata, opłacania dzieciom pobytu na obozach, refundacji kosztów leczenia, dofinansowywania podręczników szkolnych itp.

## Literatura

- Finkelhor D., Baron L. (1986), *High-Risk Children*, w: *Sourcebook on Child Sexual Abuse*, Sage Publications, London.
- Pospiszył I. (1994), *Przemoc w rodzinie*, WSiP, Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. (2000), *Seksuologia sądowa*, PZWŁ, Warszawa.