

trólowania innych, depresje, izolacja, perfekcjonizm, negatywne oczekiwania w stosunku do innych, zachowania przestępcze, alienacja, stosowanie przemocy emocjonalnej w życiu dorosłym (Marzec-Holka, 1996).

Do zespołów *maltrętowania według ICD-10* zalicza się:

- zespół dziecka potrąsaneego;
- zespoły nadopiekuńczości – zespół Münchhausena „per procuram”;
- nadużycia seksualne;
- maltretowanie dzieci przez dzieci.

Tabela 2. Diagnostyka w dużym stopniu zależy od lekarzy, pielęgniarzek, ratowników medycznych

<p>Zespół dziecka potrąsaneego Najczęściej dzieci do 6. mies. z:</p>	<p>Objawy Wylewy śródczaszkowe i uszkodzenie Centralnego Układu Nerwowego Złamania przynasady kości długich</p>
<p>• zespoły nadopiekuńczości – zespół Münchhausena „per procura”, [...] To złożona forma udawania, polegająca na zmyślniu lub wywoływaniu objawów chorobowych u innych osób (Rogers, 2005) Według Rosenberg istnieją cztery podstawowe cechy zastępczego zespołu Münchhausena: „a) choroba dziecka symulowana (zmyślona) lub wywołana przez rodzica (opiekuna); b) często uporczywe domaganie się przeprowadzania kolejnych badań medycznych i leczenia; c) deklarowana przez sprawcę niezajomość przyczyn (etiologii) choroby; d) ustępowanie ostrej objawów chorobowych pod nieobecność sprawcy” (Rogers, 2007)</p>	<p>Senność, apatia na skutek podawania środków na bazie barbituranów Wymioty wywoływane mechanicznie przez opiekunów Zakażenia wywołane przez wstrzykiwanie toksycznych substancji</p>
<p>Nadużycia seksualne</p>	<p>Objawy pośrednie: infekcje i urazy w obrębie narządów, urazy odbytu, płciowych, ciąża Bóle przy oddawaniu moczu, kału, infekcje jamy ustnej Bóle przy oddawaniu moczu czy kału, krwawe stolce Infekcje jamy ustnej Objawy psychologiczne: nad-</p>

<p>Maltretowanie dzieci przez dzieci</p>	<p>mierna erotyzacja, chwiejność emocjonalna, lęk niepokój, obniżona samoocena, trudności w koncentracji uwagi.</p>
<p>Objawy somatyczne: urazy fizyczne, objawy psychologiczne: wycofanie z kontaktów z grupą, niechęć do chodzenia do szkoły, bóle brzucha głowy, objawy depresyjne</p>	<p>Objawy somatyczne: urazy fizyczne, objawy psychologiczne: wycofanie z kontaktów z grupą, niechęć do chodzenia do szkoły, bóle brzucha głowy, objawy depresyjne</p>

Bibliografia

- Krzywdzenie Dzieci w Polsce. Raport. Warszawa, 2008. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Marciniński, A. (2005). Dziecko maltretowane – urazy nieprzypadkowe. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, nr 11.
- Marzec-Holka, K. (1996). *Nie bédziesz bił dziecka swego*. Wydawnictwo WSP.
- Mossakowska, B. (2010) Społeczno-medyczne aspekty Zespołu Dziecka Maltretowanego. Od Hipokratesa i Platona do współczesności Materiały na Konferencję pt. „Przeciw przemocy w rodzinie. Ręce są do przytulania”, dn. 22 lutego 2010 r.
- Rogers, R. (2005). Modele diagnostyczne i wyjaśniające oraz metody wykrywania zespołu Münchhausena per procura (tzw. zastępczy zespół Münchhausena) – eksploracje modeli diagnostycznych symulacji chorób. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, nr 11.

Wykorzystywanie seksualne

Pr. VII

Wykorzystywanie seksualne to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystywaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby. Wykorzystywanie seksualne może dotyczyć:

- 1) namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne;

- 2) wykorzystywanie dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym;
- 3) wykorzystywanie dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym.

Drążliwość problemu wykorzystywania seksualnego dzieci sprawia, że wiele przypadków wykorzystywania nie jest zgłaszanych, a o wielu z nich ofiary wykorzystywania nie mówią nikomu, nawet jako osoby dorosłe. Ukryty charakter zjawiska jest głównym ograniczeniem możliwości jego pomiaru i w konsekwencji odpowiedzi na pytanie o skalę i charakter tego problemu.

O tym, że dziecko jest wykorzystywane seksualnie mogą świadczyć urazy fizyczne, ale jest to możliwe do zdiagnozowania jedynie przez służby medyczne. Niektóre ze skutków, jak np. krwawienie, zabrudzona bielizna, bolesność w okolicach genitaliów, siniaki lub otarcia po wewnętrznej stronie ud, czy wrzeszcz cięża powinny być zauważone już przez drugiego rodzica lub opiekuna. W przypadku molestowania seksualnego badacze wskazują na takie konsekwencje, jak: urazy zewnętrznych narządów płciowych i okołoodbytnicze, przzerwania błony dziewiczej, infekcje dróg moczowo-płciowych, jamy ustnej oraz choroby przenoszone drogą płciową.

W wyniku aktu przemocy seksualnej rozpoczyna się reakcja ofiary na doznany uraz. Proces ten obejmuje kilka faz. Faza pierwsza dotyczy trzech komponentów: doznań związanych z urazami fizycznymi na skutek użycia przez sprawcę siły lub broni; zmian zachowania tj. unikanie miejsc i osób kojarzonych z traumą, ograniczenie kontaktów z bliskimi osobami oraz objawów psychopatologicznych (labilność nastroju, 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. Drugim etapem reagowania przez ofiarę na przemoc seksualną jest proces przetwarzania informacji o doznanej przemocy seksualnej. Polega on na ekspresji emocji i włączeniu traumy w ciąg doświadczeń życiowych. U dziecka i osoby nastoletniej przeżycie przemocy seksualnej wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń psychicznych ze względu na niezakończony proces formowania osobowości i patologiczny sposób zdobywania pierwszych doświadczeń seksualnych. Dziecko lub osoba nastoletnia najczęściej pozbawione są możliwości odpracowania traumy, są przekonane o swej winie za jej spowodowanie, nie mają kłomu opowiedzieć o zdarzeniu. 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 procesem asymilacji przemocy seksualnej. Osoba włącza traumatyczne doświadczenia w obręb własnych doświadczeń życiowych, co według obserwacji klinicystów zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia objawów psychopatologicznych. Z kolei mechanizmem odpowiedzialnym za dezadaptacyjny sposób radzenia sobie jest ciągłe 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 możliwe zmniejszenie stanu pobudzenia. Może być on podtrzymywany na skutek kontaktów ze sprawcą (gdy jest

on osobą bliską dziecku), z uwagi na 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 nasilone objawy psychopatologiczne, które przeszły w stan chroniczny.

Wśród sprawców przemocy seksualnej są zarówno osoby dotknięte pedofilią czy dewiacją płciową, jak też ludzie, u których podejmowanie kontaktów seksualnych z dziećmi ma charakter zastępczy, sytuacyjny i nie wynika z twarzych preferencji. Seksuolodzy mówią wówczas o „czynaku pedofilnych u osób niepedofilnych”. Wyróżnia się trzy grupy wiekowe sprawców:

- a) wiek młodzieńczy – przemoc seksualna wynika z niezdolności do bardziej dojrzałych stosunków seksualnych;
- b) wiek średni – przemoc seksualna jest wyrazem regresji, często spowodowanej stresem;
- c) wiek starczy – przemoc seksualna powiązana jest z sytuacją izolacji społecznej, braku możliwości realizacji normalnego życia seksualnego, poczuciem samotności.

Gdy sprawcą nadużycia seksualnego jest osoba z najbliższej rodziny, wówczas mówimy o *kazirodztwie*. Dziecko staje się obiektem zachowań seksualnych ze strony najbliższych, od których jest emocjonalnie, jak i życiowo uzależnione, dlatego bardzo rzadko decyduje się o tym mówić i prosić o profesjonalne wsparcie. Często partnerka, partner sprawcy nigdy nie dowiaduje się o sytuacji przemocy. Polscy seksuolodzy na podstawie wieloletnich doświadczeń twierdzą, że większość przestępstw seksualnych wobec dzieci i młodzieży zachodzi w obrębie najbliższego otoczenia. Kazirodztwo stanowi ok. 20% zgłoszonych przypadków. Zarówno w Polsce, jak i USA 75% przestępstw kazirodczych dotyczy stosunków pomiędzy ojcem a córką. Około 20% przestępstw to stosunki kazirodcze pomiędzy bratem i siostrą, a stosunki pomiędzy matką a synem, to w Polsce ok. 7% przestępstw.

Traumatyzujący wpływ doświadczenia nadużycia seksualnego podkreśla fakt, że jego sprawcami są rodzice, czyli osoby zobowiązane do zapewniania dziecku poczucia bezpieczeństwa i opieki. Zwykle 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 i innych osób dorosłych. Sytuacja nadużycia dziecka ma charakter wyjątkowy, właśnie z uwagi na kontekst nadany przez patologiczne zachowania seksualne między dzieckiem a dorosłym. Działania mechanizmów traumatogennych tworzą reakcję na doznanie przemocy przez zmianę systemu poznawczego (włączenie wiedzy o zachowaniach seksualnych, zmiana widzenia roli dorosłego w życiu dziecka) i nastawienia emocjonalnego (poczucie wstydu, zdrady, lęku). Na skutek przemocy zmianie ulega sposób doświadczenia siebie i innych ludzi, co w przyszłości może korespondować z problemami w nawiązaniu bliskich, intymnych relacji z innymi.

Twórcami jednej z koncepcji teoretycznych, która tłumaczy reakcje na doznanie przemocy seksualnej przez dziecko, są Finkelhor i Browne (1985). Według tych autorów mechanizmy traumatogene, jakie pojawiają się w następstwie doznania wykorzystywania seksualnego, mają pośredniczyć w powstawaniu i utrzymywaniu się następstw psychopatologicznych. Wyodrębiono cztery takie mechanizmy: 1) traumatyczna seksualizacja, 2) poczucie zdrady, 3) bezsilność, 4) stygmatyzacja. Bardzo interesujące rozszerzenie wymienionej koncepcji stanowi koncepcja Beverly James (2003). Uzupełnienie to obejmuje pięć dodatkowych kategorii, każda z nich charakteryzuje się specyficzną dynamiką, psychicznymi konsekwencjami i rodzajem manifestowania się w zachowaniu dziecka.

Tabela 3. Wybrane stany warunkowane urazem psychicznym wskutek przemocy

Stan warunkowane przemocą. Skutki psychiczne, Objawy w zachowaniu.	Dynamika
Poczucie winy	Dziecko doświadcza poczucia winy w związku z przemocą z powodu następujących czynników: a) odczuwanego podniecenia seksualnego; b) otrzymywanych od sprawcy nagród o charakterze materialnym lub emocjonalnym; c) braku sprzeciwu na akt przemocy; d) podtrzymywania pozytywnego obrazu sprawcy przemocy e) zjawiska odwrócenia ról (dziecko przyjmuje rolę opiekuna rodziny); f) identyfikacji ze sprawcą przemocy; g) iluzji kontroli sytuacji; h) stygmatyzacji (dziecko słyszy od innych, że to jego wina). Poczucie winy i wstydu, przekonanie o własnej bezwartościowości. Próby zadośćuczynienia. Samookaleczenia i samobójstwa. Nadużywanie substancji psychoaktywnych.
Poczucie bezsilności	Dziecko doświadcza poczucia bezsilności w związku z przemocą z powodu następujących czynników: a) przekonania, że wydarzenie traumatyczne było nieuchronne; b) wielokrotnego doznawania strachu; c) braku wsparcia i pomocy, brak interwencji przerywającej przemoc;

Skutki psychiczne, objawy w zachowaniu	d) wielokrotnego przekroczenia granic psychicznych i fizycznych dziecka; e) otoczenie nie wierzy w relację dziecka odnośnie do aktów przemocy. Zaburzenia lękowe, depresyjne, odżywiania i snu. Zaburzenia zachowania i opozycyjno-buntownicze, przestępczość. Przyjęcie roli ofiary. Wyrzucenie bezradność. Identyfikacja ze sprawcą przemocy.
Strata i porzucenie	Dziecko doświadcza poczucia winy w związku z przemocą z powodu następujących czynników: a) nadużycie zaufania, dziecko oczekiwało od dorosłego, że będzie otoczone opieką i wsparciem; b) dziecko zostało wykorzystane i straciło ważną część siebie i otaczającego świata w związku z traumatycznymi wydarzeniami (np. przymus zmiany szkoły, przyjaźni, zmiana miejsca zamieszkania, oddalenie od rodzeństwa). Thumienie i zaprzeczanie emocjom. Brak zaufania do siebie i innych. Unikanie bliskości Wściekłość i wybuchy agresji. Reakcje somatyczne. Zachowania regresywne. Koszmary senne. Wycofanie i apatia. Zachowania intruzywne.
Skutki psychiczne, objawy w zachowaniu	Fragmentacja doświadczenia cieleśnego a) dziecko doznało lub było świadkiem zadawania bólu, naruszenia nietykalności; b) dziecko doznało bardzo silnych bodźców sensorycznych związanych z przemocą fizyczną; c) dziecko otrzymało niezrozumiałe dla niego wyjaśnienia dotyczące naruszenia nietykalności fizycznej. Utrata kontroli nad ciałem, doświadczenie odszczepienia i obcości ciała. Wstręt do siebie. Lęk o przyszłość. Desensytyzacja. Ryzykowne zachowania. Objawy somatyczne. Objawy dysocjacyjne.

	Zaburzenia odżywiania i snu. Napady hysterii.
Stygmatyzacja	a) dziecko obwiniane za sytuację przemocy; b) otoczenie zareagowało na wydarzenie przerażeniem; c) przymus nie mówienia przemocy; d) dziecko jest traktowane jakby było nieodwracalnie „uszkodzone”. Poczucie winy i wstydu. Niskie poczucie własnej wartości. Przekonanie o własnej inności. Kompulsywne dążenie do osiągnięcia sukcesów, bez poczucia bycia wystarczająco kompetentnym. Zachowania autodestrukcyjne.
Skutki psychiczne, objawy w zachowaniu	
Erotyżacja	a) dziecko jest nagradzane za niewłaściwe zachowania seksualne; b) dziecko otrzymuje fałszywe informacje na temat zachowań seksualnych i moralności; c) dziecko uczy się, że ma wartość jedynie jako obiekt seksualny; d) osoby dorosłe poświęcają nadmierną uwagę częściami ciała dziecka; e) warunkowanie aktywności seksualnej przez negatywne emocje i wspomnienia. Nadmierne zaabsorbowanie sprawami seksu. Kompulsywna masturbacja. Pozytywne skojarzenie aktywności seksualnej opartej na przemocy. Problemy z identyfikacją seksualną i normą zachowań seksualnych. Przedwczesna aktywność seksualna. Reagowanie na neutralny dotyk jako na dotyk seksualny. Agresywne zachowania seksualne, fantazje sadomasochistyczne. Nadawanie uczuciom konotacji seksualnej
Skutki psychiczne, objawy w zachowaniu	

Źródło: na podstawie James, 2003.

Wspomniane wcześniej skutki postrzegane są przez ofiary jako bardziej negatywne, jeżeli wykorzystywane dotyczyło kobiet i miały one wówczas poniżej 10 lat i zdarzenie to często się powtarzało. Warto podkreślić, że badacze zgodnie podkre-

ślają, iż najbardziej powszechnym symptomem wykorzystywania seksualnego w okresie dzieciństwa jest depresja.

Mechanizm przemocy powoduje, że ofiary przejawiają skłonność do nadużyć wobec własnych dzieci, szczególnie ma to miejsce w przypadku ofiar mężczyźni. Przejawia się to m.in. w postęgnięciu dziecka jako obiektu seksualnego pożądania. Przepuszcza się także, że doświadczenia seksualnego wykorzystywania zwiększają podatność wiktyimizacyjną kobiet i zmniejszają zdolność chronienia własnych dzieci przed wykorzystaniem seksualnym. W ten sposób przemoc może się stać doświadczeniem wspólnym dla wielu pokoleń.

Czasami długoletnie nadużycia, mogą przyczyniać się do rewiktyimizacji – osoba nie potrafi sprzeciwić się sprawcy innego rodzaju przemocy, niejako wracając do wzorca zachowań z przeszłości. Mogą występować również objawy depresji lub nerwicy czy też skłonność do nadużywania i uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz objawy zaburzeń jedzenia, snu, zachowania. Pojęcie wyuczzonej bezradności, jest blisko związane z rozumieniem bezsilności.

Proces leczenia jest związany z decyzją o podjęciu psychoterapii i ponownej konfrontacji z bolesnymi doświadczeniami w bezpiecznych dla dziecka warunkach. Terapeuta pełni rolę swojego „świadka” traumatycznych doświadczeń dziecka. Dziecko ma możliwość, dzięki różnym projekcyjnym technikom, opowiedzieć o tym, co je spotkało. Odpowiednio przygotowane lalki, pomagają dziecku pokazać doświadczenia wykorzystania seksualnego. Podczas terapii dowiaduje się ono, że nie jest jedną osobą, zmagającą się z problemem nadużycia, co pomaga radzić sobie z poczuciem stygmatyzacji. Celem terapii jest także nauka asertywności, akceptacji dla własnego ciała, zmniejszenia poczucia winy i wstydu, a przed wszystkim ekspresji złości i smutku, w związku z sytuacją przemocy. Ważnym elementem jest odseparowanie dziecka od sprawy przemocy i zapewnienie mu optymalnych warunków do rozwoju i normalnego życia. Istotne wydaje się być także zapewnienie grup wsparcia dla osób opiekujących się dzieckiem (najczęściej matek), które również konfrontują się z różnymi przeżyciami związanymi z sytuacją przemocy.

Z przeprowadzonych badań wynika, że odpowiednie wsparcie emocjonalne i informacyjne oferowane ofiarom przemocy seksualnej może minimalizować odległe konsekwencje bycia ofiarą przemocy seksualnej. Dlatego też powinno istnieć jak najwięcej instytucji, które pozwalałyby na takie minimalizowanie skutków wykorzystywania seksualnego.

Podsumowując należy stwierdzić, że wykorzystywanie seksualne dzieci nie pozostawia wątpliwości co do stresogennego znaczenia tego aktu, jak również co do tego, że większa ono ryzyko pojawienia się psychologicznych problemów zarówno w okresie dzieciństwa, jak i w życiu dorosłym. Źródło tego ryzyka leży prawdopodobnie w złożonym kontekście zdarzeń składających się na przeżycie doświadczenia, jak również wypywa z czynników natury bardziej ogólnej, tzn. zdrady zaufania i tabuizacji zjawiska wykorzystywania seksualnego.