

STANISŁAWA TUCHOLSKA

PSYCHOLOGICZNA ANALIZA PRZEMOCY SEKSUALNEJ WOBEĆ DZIECI

Problematyka przemocy seksualnej wobec dzieci jest zagadnieniem interdyscyplinarnym, w którym obok dorobku prawników i seksuologów coraz większego znaczenia nabierają opracowania i analizy dokonywane przez psychologów. W literaturze psychologicznej obserwuje się wzrost publikacji dotyczących zjawiska seksualnego wykorzystywania dziecka (Briere, 1988; 1989; Loewenstein, 1990; Terr, 1991; Bielawska-Batorowicz, Hanks, 1993; Forward, 1994; Pospiszyl, 1994; Glaser, Frosh, 1995; Miller, 1995; Baranowicz, 1998; Kmiecik-Baran, 1999; Herman, 1999). Pośrednio dowodzi to dużej wagi problematyki przemocy seksualnej wobec dzieci. Nie ma konsensusu zarówno odnośnie do konceptualizacji, jak i epidemiologii seksualnego krzywdzenia dzieci. Przyczyn różnic w szacowaniu liczby ofiar seksualnych nadużyć jest kilka. Jedną z nich jest brak precyzyjnej definicji tego zjawiska oraz wyraźnych kryteriów diagnostycznych. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje przemoc seksualną wobec dziecka jako „nadużycie dziecka dla uzyskiwania przyjemności seksualnych przez osoby dorosłe i starsze” (Lew-Starowicz, 1992, s. 33). Inną powszechnie akceptowaną definicją jest ta, która została sformułowana przez Schectera i Roberge’a (1976, s. 95). Przemoc seksualną określa się w niej jako angażowanie dziecka lub nastolatka w aktywność seksualną, której dziecko w pełni nie rozumie, na którą nie daje przyzwolenia i która narusza zasady moralne związane z rolami w rodzinie. W dokumentach Standing Committee on Sexually Abused Children (SCO-SAC) przyjęto, że „dzieckiem seksualnie wykorzystywanym można nazwać każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeśli osoba dojrzała

seksualnie – czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbywanie swoich społecznych obowiązków lub obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko – dopuszcza do angażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest zaspokojenie osoby dorosłej (Glaser, Frosh, 1995, s. 19). Definicja ta w sposób szczególny akcentuje odpowiedzialność dorosłych za bezpieczeństwo i ochronę dzieci przed tego typu praktykami. Pozwala ponadto wnosić o współodpowiedzialności opiekunów, gdy czyn zaistniał w sytuacji niedostatecznej troski o dziecko.

W polskiej literaturze specjalistycznej na określenie zachowań tego typu wobec dzieci używa się następujących terminów: molestowanie, czyny lubieżne, krzywdzenie, przemoc, nadużycie seksualne. W literaturze anglojęzycznej terminem powszechnie stosowanym jest *child sexual abuse* – czyli przemoc seksualna wobec dziecka.

Formy przemocy seksualnej wobec dziecka mogą być różnorodne. Tym pojęciem obejmuje się zarówno agresywne czyny seksualne (gwałty), jak i przypadki angażowania dzieci w rozmowy o treści seksualnej, ekspozycje anatomii i czynności seksualnych, dotykanie intymnych części ciała. Nową, groźną dla rozwoju dziecka formą wykorzystywania seksualnego jest prostytucja dziecięca oraz udział dzieci w filmach pornograficznych (Baranowicz, 1998, s. 68).

Lew-Starowicz (1992, s. 44) za Faller wyróżnia siedem typów przemocy seksualnej wobec dzieci: 1) bez kontaktu fizycznego – rozmowy o treści seksualnej kierowane do dziecka, ekspozycje anatomii i czynności seksualnych, podglądactwo; 2) kontakty seksualne polegające na pobudzaniu intymnej części ciała; 3) kontakty oralno-genitalne; 4) stosunki udowe; 5) penetracje seksualne; 6) seksualne wykorzystywanie dzieci – dziecięca pornografia i prostytucja; 7) krzywdzenie seksualne dzieci powiązane z różnymi formami przemocy fizycznej.

Fraser (1981), uwzględniając stopień brutalności zachowań i łączące się z tym konsekwencje prawne dla sprawcy czynu, wyodrębnił trzy typy wykorzystywania seksualnego dziecka: 1) akty pozbawione fizycznego kontaktu, które obejmują zachowania typu: ekshibicjonizm, podglądactwo, fetysyzm, pornografia; 2) akty związane z fizycznym kontaktem z dzieckiem od pieszczot o zabarwieniu erotycznym po penetrację seksualną (stosunki seksualne); 3) akty fizyczne o znamionach gwałtu – wszelkie formy fizycznego kontaktu seksualnego z dzieckiem związane z cielesnym uszkodzeniem.

Wśród wyróżnionych w literaturze form seksualnego wykorzystywania dziecka stosunek płciowy należy niewątpliwie do zachowań skrajnych. Przegląd publikowanych w literaturze danych z badań epidemiologicznych wskazuje, że jest to jedna z częstszych form seksualnego wykorzystywania dziecka (Wirkkunen, 1975; Briere, 1988; Finkelhor i in. 1990; Lew-Starowicz, 1992).

W analizie psychologicznej zjawiska przemocy seksualnej coraz więcej uwagi poświęca się jego dynamice. Wiedza z tym związana ułatwia porządkowanie różnorodnych i rozproszonych danych o tej formie krzywdzenia dziecka. Opierając się na bezpośrednich relacjach molestowanych dzieci i kobiet, Agnieszka Widera-Wysoczańska (1998, s. 14-17) zrekonstruowała przebieg zdarzeń towarzyszących seksualnemu krzywdzeniu dziecka w rodzinie. Sekwencje działań dają się uporządkować w pięć następujących faz: I – faza uzależnienia, zwana też często fazą uwodzenia; II – faza interakcji seksualnej, inaczej faza czynów; III – faza sekretu, zwana też fazą utajnienia; IV – faza ujawnienia, prowadząca często do tzw. kryzysu ujawnienia; V – faza tłumienia bądź faza rozwiązania.

Faza I to uwodzenie dziecka zmierzające do jego uzależnienia. Obejmuje czynności wzbudzające zaangażowanie emocjonalne i czyniące dziecko zależnym od osoby starszej. W budowaniu klimatu intymnej więzi dorosły wykorzystuje swoją przewagę. Zniewolenie i uległość dziecka osiąga bądź przemocą fizyczną, bądź też korzystając z metod emocjonalnego uwodzenia. Zachowanie erotyczne może być prezentowane dziecku jako swoista zabawa, gra czy edukacja seksualna. Istotny jest tu fakt, na który zwrócił uwagę Finkelhor i in. (1990, s. 25), że prawie połowa osób molestujących to dla dziecka jednostki znaczące, a często nawet autorytety. Zatem jest wielce prawdopodobne, że przy odpowiednim podejściu, wykorzystując intelektualną przewagę, sprawca nie potrzebuje zniewalać dziecka siłą bądź w inny sposób przełamywać jego opory. Napastnik wybiera często dziecko samotne, odrzucone, spragnione bliskości i ciepła czy też takie, które pozostaje w dystansie fizycznym z rodzicami lub opiekunami. Baranowicz (1998) zwraca uwagę na fakt, że w sytuacji, gdy dziecko jest spragnione gestów fizycznej czułości typu: przytulanie, głaskanie, całowanie, wyraźnie wzrasta ryzyko uwiedzenia go.

Faza II to stadium interakcji seksualnych, czyli czynów. W tej fazie sprawca podejmuje czynności seksualne, przechodząc najczęściej od dotykania przez ubranie do nagości, oglądania ciał oraz pieszczoty aż do różnych form penetracji i współżycia seksualnego. Kontakty seksualne dzieci z innymi osobami mają na ogół charakter epizodyczny, zwłaszcza wówczas, gdy są prowokowane przez osoby spoza najbliższej rodziny. W badaniach amerykań-

skich 64% kobiet i 73% mężczyzn stwierdziło, że wykorzystywanie seksualne w okresie ich dzieciństwa miało miejsce tylko jeden raz. Równocześnie 9% mężczyzn i 10% kobiet potwierdziło wielokrotność podejmowanych w stosunku do nich aktów seksualnych (Finkelhor i in. 1990, s. 23).

Faza III nazywana jest fazą sekretu. Chodzi w niej o utajnienie zachowań i czynów. Bardzo ważnym osobistym interesem sprawcy jest utrzymanie w tajemnicy dokonanej przemoc seksualnej. Całe jego postępowanie zmierza do uczynienia z dziecka milczącego współnika zdarzeń. Osiąga to bądź przez wzbudzenie w dziecku poczucia zagrożenia i lęku związanego z odtajnieniem, bądź też przez zapewnienie profitów za dokonywanie na nim czynów nierządnych. Zdaniem Wirkkunena (1975, s. 177), aż 74% badanych przez niego angielskich dzieci, które zostały wykorzystane seksualnie, było w różny sposób przekupywanych pieniędzmi, zabawkami czy obietnicą spełnienia życzeń. Nie bez znaczenia dla utajnienia może być też fakt wyuczenia się przez dziecko zachowań seksualnych i czerpania z nich przyjemności. Badania Stratton i Hanks (1991) potwierdzają tezę, że dziecko może nauczyć się zachowań o charakterze seksualnym w wyniku doświadczeń.

Utrzymywanie przez dziecko swoich przeżyć w tajemnicy potęguje jego napięcie wewnętrzne, bezradność, poczucie zagubienia, pustki i osamotnienia. W opinii specjalistów (Miller, 1995) całkowity zakaz rozmawiania z kimkolwiek o tym, co zaszło, jest wyjątkowo traumatyzującą częścią dziecięcego urazu. Dziecko może siebie obwiniać za zaistniałą sytuację i fakty. Często uczestnicząc w aktywności seksualnej próbuje chronić (na ogół nieskutecznie) swoje rodzeństwo przed tego typu doświadczeniami. Lęk przed konsekwencjami odtajnienia sprzyja zachowaniu tajemnicy oraz odkładaniu na później ujawnienia swych przeżyć. Summitt (1983) zwraca uwagę na pojawiający się w tych okolicznościach **zespół przystosowania** (*accomodation syndrome*). Jest to efekt usilnych starań i dążeń dziecka, by na poziomie psychologicznym przystosować się do zaistniałej sytuacji. Osiąga to głównie poprzez reinterpretację wydarzeń bądź zmianę ich percepcji.

Herman (1999, s. 112) rozszerza zakres stosowanych przez dziecko form adaptacji i mówi o trzech typach zachowań obronnych opartych na dysocjacji, fragmentaryzacji tożsamości i patologicznym regulowaniu stanów emocjonalnych. Podkreśla ona, że molestowane dziecko woli wierzyć, iż nadużycie nie miało miejsca. W tym celu próbuje trzymać je w tajemnicy przed samym sobą poprzez zaprzeczanie, celowe tłumienie myśli bądź reakcje dysocjacyjne. W krańcowych przypadkach wczesnego i długotrwałego urazu dziecięcego może dojść do fragmentaryzacji osobowości i wykształcenia się podwójnego

self („ja-pogardzane” i „ja-uświęcone”). Dziecko wykorzystywane seksualnie może również podejmować próby adaptacji do trudnej dla niego rzeczywistości na drodze regulowania stanów emocjonalnych w sposób patologiczny, np. aktów autoagresji, agresji bądź zachowań przestępczych.

Kolejna **IV faza** to ujawnienie aktów przemocy. Większość czynów lubieżnych – w okresie ich trwania, a także w okresie późniejszym – nie zostaje ujawniona przez ich ofiary. Część z nich wychodzi na jaw na drodze odkrycia zachowań przez osoby trzecie lub jest efektem wystąpienia skutków przemocy, np. gdy ofiara zajdzie w ciążę.

W literaturze zwraca się uwagę na zjawisko kryzysu ujawnienia (Lipowska-Teutsch, 1995), który jest pochodną zburzenia iluzji dobrej i bezpiecznej rodziny. Kryzys ujawnienia łączy się ze zmianą relacji interpersonalnych w rodzinie. Obnażenie sekretu rodzinnego i łącznie z tym wkroczenie w jej zamknięty świat osób z zewnątrz powoduje zmiany w dotychczasowych odniesieniach i postawach względem siebie poszczególnych jej członków. Z doświadczeń klinicznych wynika, że ujawnienie przemocy seksualnej często pociąga za sobą negatywne reakcje otoczenia w stosunku do ofiary. Pojawiać się może złość do pokrzywdzonego dziecka i brak wiary w jego słowa. Mogą wystąpić też tendencje do pomniejszania cierpień dziecka i zaprzeczania wpływowi czynów lubieżnych na jego życie. Osoby, dla których dobro dziecka jest kwestią bardzo istotną, winny mieć świadomość tych mechanizmów, tendencji i reakcji otoczenia na zaistniałą sytuację. Nie powinno to jednak hamować ich działań wspierających dziecko i zmierzających do poprawy jego położenia.

W tej fazie dochodzą do głosu silne tendencje do marginalizowania zjawiska przemocy seksualnej bądź jego tłumienia.

Faza V – tłumienia vs. rozwiązania. Ujawnienie seksualnego krzywdzenia dziecka wymaga zajęcia wyraźnej postawy przez członków rodziny wobec zaistniałych faktów. Może to z jednej strony rodzić konflikt lojalności między sprawcą a ofiarą, z drugiej zaś budzić wstyd i lęk przed oceną społeczną, głównie ze strony rodziny, sąsiadów lub przyjaciół. Nie bez znaczenia jest tu lęk o prawne konsekwencje czynów. Generuje to tendencje do zamykania się rodziny, tłumienia oraz wrogości do osób wspierających dziecko i zmierzających do rozwiązania problemu. Tłumienie jest wyrazem dążenia do utrzymania kontroli w zamkniętym układzie. Często lęk przed rozbiciem rodziny, które mogłoby być konsekwencją ujawnienia, jest tak duży, że powoduje zaniechanie szukania pomocy czy jej przyjęcia. W skrajnych przypadkach

prowadzi do zaprzeczania istnienia problemu. Szczególnie znacząca jest tu postawa matki (Baranowicz, 1998, s. 72).

Matki dzieci krzywdzonych seksualnie charakteryzowane są często jako pasywne, zależne, niedojrzałe, zahamowane, niezdolne, a nawet niechętne do ochrony własnych dzieci. Są dowody na to, że w wielu przypadkach matki wiedzą i nie reagują na zaistniałe fakty (Forward, 1994; Baranowicz, 1998). Rodziny, w których dochodzi do seksualnych nadużyć, cechuje na ogół niedobór więzi emocjonalnych między rodzicami a dziećmi i skłonność kobiet do znoszenia w milczeniu doznawanych krzywd (tzw. milczące matki).

Analiza dynamiki seksualnego krzywdzenia dziecka ukazuje wielość płaszczyzn psychicznego i fizycznego zniewalania go przez agresora. Odślania złożoność zagadnienia w perspektywie indywidualnej oraz społecznej. Doświadczana trauma jest pochodną zarówno czynu, jak i jego kontekstu społecznego. Subiektywnie odczuwany przez dziecko dyskomfort potęgowany jest samotnością, poczuciem wyizolowania oraz naznaczenia.

Dobro dziecka, jak również dobro całej rodziny, wymaga podjęcia działań w celu rozwiązania zaistniałej sytuacji. Od tego, jak szybko, profesjonalnie i skutecznie zostanie udzielona pomoc, zależą w dużym stopniu losy ofiary przemocy. Lipowska-Teutsch (1995) za korzystną i w pełni uzasadnioną uważa interwencję policji i ingerencję prawa. Podyktowane jest to koniecznością usunięcia osoby zagrażającej dalszą przemocą albo włączenia jej w terapię rodziny, co w praktyce trudne jest do osiągnięcia, jeśli nie stanowi alternatywy kary.

Czasowy przebieg poszczególnych faz jest zindywidualizowany. Okolicznościami o dużym znaczeniu są tu: osoba ofiary i napastnika, rodzaj łączącej ich relacji, stopień pokrewieństwa, warunki środowiskowe, relacje interpersonalne w rodzinie. Dość powszechny jest pogląd, że czas interakcji seksualnej z ponawianymi czynami trwa przeciętnie około dwóch lat do ujawnienia (Lipowska-Teutsch, 1995). Znaczna część przypadków seksualnego krzywdzenia dziecka nie zostaje ujawniona.

Z badań anamnestycznych dorosłych Polaków (Lew-Starowicz, 1992) wynika, że wśród tych, którzy w dzieciństwie doświadczyli przemocy seksualnej, wielu nigdy nie ujawniło swoich przeżyć i nie korzystało z żadnych form pomocy psychologicznej bądź lekarskiej.

Następstwa nadużycia seksualnego w dzieciństwie są rozległe i trwałe. Na doznany uraz jednostka odpowiada złożonym, zintegrowanym systemem reakcji, obejmującym zarówno sferę somatyczną, jak i psychiczną. Powszechna jest teza, że doświadczony w dzieciństwie uraz w znacznym stopniu kształtuje

osobowość i równocześnie ją zniekształca. Browne i Finkelhor (1986, s. 67) zwracają uwagę, że dziecko wykorzystywane seksualnie może doświadczać czterech rodzajów traumy: urazogennej seksualizacji, zdrady zaufania, stygmatyzacji współwystępującej z oskarżeniem oraz bezsilności. Przyjmują oni, że następstwa przemocy seksualnej są pochodną tego, czy dziecko doświadczyło wszystkich typów traumy, oraz tego, jaki był czas ich trwania. Terr (1991, s. 18) czyni natomiast rozróżnienie między skutkami pojedynczego traumatycznego wydarzenia a konsekwencjami długotrwałego, powtarzającego się urazu. Podkreśla, iż w tym drugim przypadku następstwa są bardziej rozległe, zaburzenia głębsze, a obraz kliniczny jest bardziej złożony. Obecne są w nim objawy zaprzeczania, psychicznego odrętwienia, autohipnozy bądź dysocjacji. Widoczna jest też tendencja do gwałtownego przechodzenia od skrajnej bierności do niekontrolowanych wybuchów gniewu.

W następstwie doświadczonej traumy zaburzone zostaje zarówno funkcjonowanie somatyczne, jak i psychiczne ofiary. W efekcie nadmiernego pobudzenia i napięcia następuje rozregulowanie procesów fizjologicznych. Rozchwianie autoregulacji na poziomie somatycznym może prowadzić do bezsenności, lęków nocnych, braku łaknienia, zaburzeń trawienia, obniżenia kontroli nad zwieraczami, poczucia zmęczenia, wyczerpania, drętwienia kończyn, bólów głowy. W przypadku przemocy seksualnej obecne są również różnorodne problemy i dolegliwości ginekologiczne (Loevenstein, 1990; Lew-Starowicz, 1992; Bielawska-Batorowicz, Hanks, 1993; Kmiecik-Baran, 1997; 1999).

W płaszczyźnie funkcjonowania psychicznego również obserwuje się różnorodne zaburzenia będące następstwem doznanej przemocy. Traumatyczne doświadczenia, zwłaszcza gdy trwają dłuższy czas, zaburzają normalną regulację procesów emocjonalnych, prowadząc do chronicznie odczuwanych stanów przerażenia, gniewu bądź żalu. Amplituda emocjonalnych reakcji może być bardzo duża. U większości ofiar rozwija się niepokój i depresja, które mają tendencję do utrzymywania się również po wejściu w dorosłe życie. Charakterystyczne dla ofiar przemocy są stany zagubienia, pustki i głębokiego osamotnienia (Briere, 1989; Terr, 1991; Baranowicz, 1998).

W miarę wyczerpujący opis jednostkowych następstw doświadczonej przemocy seksualnej podaje Herman (1999, s. 132-133). Najważniejszymi są:

1) zmiany w sferze emocjonalnej (rozdrażnienie, myśli samobójcze, skłonność do autoagresji, wybuchowość lub skrajne hamowanie gniewu, zaburzenia ekspresji seksualnej); 2) zmiany w świadomości (rozkojarzenia, depersonalizacja, zaburzenia pamięci, uporczywe przywoływanie minionych zdarzeń

i ponowne ich przeżywanie); 3) zmiany w postrzeganiu siebie (poczucie bezradności, paraliż inicjatywy, poczucie winy, wstyd, poczucie naznaczenia, skalania, napiętnowania, odczuwanie samotności, przekonanie o braku zrozumienia ze strony otoczenia, poczucie odmienności od innych); 4) zmiany w postrzeganiu napastnika (obsesyjna koncentracja na związku z agresorem, obmyślanie zemsty, przypisywanie napastnikowi absolutnej władzy, poczucie, że związek z prześladowcą ma charakter wyjątkowy); 5) zmiany w relacjach z innymi (izolowanie się i wycofywanie, zerwanie bliskich związków z innymi, trwałe brak zaufania, nieumiejętność samoobrony, co ułatwia stanie się ofiarą także w przyszłości); 6) zmiany w systemie wartości (osłabienie dającej wsparcie i otuchę wiary, poczucie beznadziejności, utrata sensu życia, kryzys wartości, rozpacz).

Jednym z częstych sposobów regulowania wewnętrznych stanów emocjonalnych przez ofiary przemocy jest sięganie po używki czy przyjmowanie środków psychotropowych. Te autodestrukcyjne zachowania, jeśli utrwały się u dziecka jeszcze przed okresem dojrzewania, mogą w późniejszych fazach osiągać bardzo wysokie nasilenie.

Na podstawie doświadczeń klinicznych i terapeutycznych Widera-Wysoczańska (1998, s. 17) stwierdza, że największe konsekwencje przemocy seksualnej występują, gdy: przemoc jest doznawana przed 12. rokiem życia; trwa przez dłuższy czas; łączy się z kontaktem fizycznym, pieszczotami oraz penetracją ciała; ma miejsce nagradzanie i wymuszanie samodzielnego podejmowania przez dziecko czynów seksualnych; łączy się z lękiem przed agresją; po ujawnieniu nadużyć seksualnych dziecko nie otrzymuje zdecydowanej pomocy ze strony rodziców; łączy się z oskarżaniem dziecka przez najbliższych.

Dziecko będące ofiarą przemocy ma silne poczucie piętna i naznaczenia, którym towarzyszą: utrata zaufania do innych, poczucie bezsilności i skrzywdzenia. Zaburzona zostaje u niego zdolność do wchodzenia w trwałe intymne związki. Istotną zatem kwestią jest zapewnienie dziecku profesjonalnej pomocy, która powinna nastąpić szybko i nie może mieć charakteru rutynowego. Inaczej bowiem organizuje się pomoc, gdy do nadużycia seksualnego doszło wewnątrz rodziny, a inaczej, kiedy sprawcą był ktoś spoza rodziny. Nie bez znaczenia jest również, czy był to czyn epizodyczny, czy ponawiany.

W przemocy seksualnej doznany uraz wpływa na różne aspekty funkcjonowania jednostki – od somatycznego do psychicznego, stąd leczenie musi być wieloaspektowe. Na ogół przyjmuje się, że powrót do zdrowia następuje w kilku fazach. Herman (1999, s. 164) wyróżnia trzy etapy profesjonalnej

pomocy. Głównym zadaniem pierwszej fazy jest zapewnienie ofierze poczucia bezpieczeństwa oraz umożliwienie odzyskania przez nią wewnętrznej siły i kontroli nad własnym ciałem. Drugie stadium polega na retrospektywnej analizie minionych faktów i zdarzeń oraz przeżyciu żałoby. W trzeciej fazie najważniejsze jest odbudowanie relacji społecznych i powrót do normalnego życia.

W pracy z dzieckiem doświadczonym przemocą szczególnej troski wymaga przywrócenie mu poczucia bezpieczeństwa. Wiąże się ono bardzo silnie z odbudowaniem zaufania do innych, zwłaszcza do osób znaczących. Istotna jest również kwestia uwolnienia dziecka od poczucia winy za zaistniałe fakty, przywrócenia mu szacunku do siebie i poczucia własnej integralności.

Herman (1999, s. 207) podkreśla, że poczucie bezradności i wyobcowania są kluczowymi doświadczeniami wynikającymi z urazu. Odzyskanie poczucia siły i związków z innymi stanowi warunek wyzdrowienia. Równocześnie zaznacza, że proces powrotu do zdrowia z reguły nie przebiega w sposób liniowy z etapu na etap. Jest on zindywidualizowany i często wymaga „cofania się” i ponownego przepracowania niektórych treści. Niemniej jednak w każdym procesie zdrowienia następuje stopniowe przechodzenie od poczucia stałego zagrożenia do poczucia bezpieczeństwa; od fragmentarycznych i rozproszonych wspomnień o urazie do jego świadomego przywoływania z pamięci i dowolnego odsuwania od siebie; od izolacji i poczucia napiętnowania do odbudowania relacji społecznych. Równocześnie Herman podkreśla (1999, s. 221-222), że nie jest możliwe całkowite i ostateczne uporanie się z urazem, a proces powrotu do zdrowia nigdy nie zostaje ukończony. Traumatyczne wydarzenie może ożywać przy przechodzeniu kolejnych stadiów rozwoju. Ślub lub rozwód, narodziny lub śmierć bliskich, choroba czy przejście na emeryturę to najczęstsze sytuacje przywołujące traumatyczne wspomnienia.

Obok terapii istotną kwestią jest zapobieganie nadużyciom seksualnym wobec dzieci. Szczególnie ważna jest profilaktyka nastawiona na dziecko. Winna ona mieć na celu uświadomienie mu zagrożeń, uczenie rozpoznawania niebezpieczeństw, jak też informowanie, do kogo można się zwrócić o pomoc, gdy zachodzi taka potrzeba. Kwestią istotną jest również umożliwienie dziecku nabycia odpowiednich kompetencji społecznych, koniecznych do radzenia sobie w złożonych relacjach interpersonalnych, zwłaszcza tych, które niosą jakieś ryzyko przemocy ze strony innych.

Efektywną formą działalności profilaktycznej zorientowanej na dziecko są zajęcia edukacyjne organizowane dla uczniów. Interesujący program tego typu

zajęć opracowała Pacewicz (1995). Inną formą profilaktyki jest troska dorosłych o stworzenie dziecku bezpiecznego środowiska.

Wypracowanie skutecznych metod interwencji, a także opracowanie wieloaspektowych programów działań prewencyjnych stanowi jedno z ważniejszych zadań dla specjalistów zajmujących się tą formą złego traktowania dziecka. Szczególnie istotne jest podejmowanie prób integracji wiedzy dotyczącej zjawiska przemocy seksualnej przez przedstawicieli różnych dyscyplin i ustalenia form współpracy w celu podniesienia efektywności działań profilaktycznych i działań mających na celu niesienie pomocy zarówno dzieciom, jak i ich rodzinom.

BIBLIOGRAFIA

- Baranowicz K. (1998). Seksualne krzywdzenie dziecka. *Edukacja*, 2, 66-77.
- Bielawska-Batorowicz E., Hanks H. (1993). O formach złego traktowania dzieci. *Przegląd Psychologiczny*, 3, 305-315.
- Briere J. (1988). Long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annales of the New York Academy of Science*, 528, 327-334.
- Briere J. (1989). *Therapy for adults molested as children: beyond survival*. New York: Springer.
- Browne A., Finkelhor D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Finkelhor D., Hotaling G. T., Lewis I. A., Smith Ch. (1990). Sexual abuse in national survey of adult men and women. Prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 1, 19-28.
- Forward S. (1994). *Toksyczni rodzice*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski.
- Fraser G. B. (1981). Sexual child abuse: The legislation and law in the United States. W: P. Baezley-Mrazek, H. Kempe (red.), *Sexual abused children and their families*. Oxford: Pergamon Press.
- Glaser D., Frosh S. (1995). *Dziecko seksualnie wykorzystywane*. Warszawa: PZWL.
- Herman J. L. (1999). *Przemoc – Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kmiecik-Baran K. (1997). Przemoc doświadczana w dzieciństwie a gwałty dokonywane na dzieciach oraz inne przestępstwa. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 33-74.
- Kmiecik-Baran K. (1999). *Młodzież i przemoc. Mechanizmy socjologiczno-psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Lew-Starowicz Z. (1992). *Przemoc seksualna*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski.
- Lipowska-Teutsch A. (1995). *Rodzina a przemoc*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

- Loewenstein R. J. (1990). Somatoform disorders in victims of incest and child abuse. W: R. P. Kluft (red.), *Incest-related syndroms of adult psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatry Press, s. 263-288.
- Miller A. (1995). *Pamięć wyzwolona. Jak przerwać łańcuch toksycznego dziedzictwa*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski.
- Pacewicz A. (1995). *Przemoc wobec dzieci. Zajęcia edukacyjne dla uczniów szkół podstawowych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Pospiszyl I. (1994). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP.
- Schechter M. P., Roberge L. (1976). Sexual exploitation. W: R. E. Helfer, C. H. Kempe (red.), *Child abuse and neglect, the family and the community*. Cambridge: Ballinger, s. 79-86.
- Terr L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Summitt R. C. (1983). The child abuse accomodation syndrome. *Child Abuse and Neglect*, 7, (2), 177-193.
- Stratton P., Hanks H. (1991). Incorporating circularity in defining and clasifying child maltreatment. *Human Systems*, 2, 181-200.
- Widera-Wysoczańska A. (1998). Ten straszny bliski. *Charaktery*, 3, 12-17.
- Wirkkunen M. (1975). Victim – precipitate of pedophilia offenses. *British Journal of Criminology*, 2, 175-180.

A PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF SEXUAL AID FOR CHILDREN

S u m m a r y

The paper sought to analyze sexual abuse towards children, with particular emphasis on the dynamism of that phenomenon, its direct and further consequences. Clinical practice points that event accompanying sexual abuse towards a child in a family may be ordered according to the following stages: I – the stage of dependence (seduction), II – the stage of sexual interaction (acts), III – the stage of secret (concealment) IV – the stage of revelation, and V – the stage of suppression or solution. The course of particular stages is individualized and conditioned by various factors.

It has been established that the greatest consequences of sexual abuse occur when abuse is experienced before age 12; it lasts for a long time; there is a physical contact; aggression towards the child and accusation of the child; there is not support on the part of the parents, and there is no professional help for the child.

Translated by Jan Kłos