

DARIUSZ WOJCIECH MAZURKIEWICZ¹, BOGUMIŁA ZDANOWICZ²,
KRZYSZTOF DARIUSZ BOĆKOWSKI³, JOLANTA STRZELECKA⁴

Dziecko wykorzystywane seksualnie – skala problemu społecznego, medycznego i prawnego

Streszczenie

Pedofilia nie powinna być tematem przemilczanym lub marginalizowanym, ponieważ skala tego problemu ma tendencję wzrostową. Sytuacja rodzinna nieletniego dziecka, dysfunkcyjność jego rodziny, ubóstwo, brak oparcia emocjonalnego mogą być jedną z przyczyn tego procederu. Niejednokrotnie u ofiar wykorzystywania seksualnego w następstwie tego czynu występują objawy psychopatologiczne.

Wciąż brakuje metody pozwalającej określić typowy obraz charakterologiczny pedofila, może nim być osoba w różnym wieku, zarówno mężczyzna, jak i kobieta. Tego rodzaju parafilia może być trwała lub przejściowa. Jest spotykana na każdym kontynencie, pod każdą szerokością geograficzną i niemal w każdym większym skupisku społecznym.

Aktem pedofilnym jest każde takie zachowanie osobnika dorosłego wobec dziecka, u którego podstaw leży motywacja chęci seksualnego podniecenia, a także chęć zaspokojenia popędu. Problemem staje się seksualna wiktyimizacja nieletnich przez osoby dorosłe w domach dziecka i placówkach wychowawczych. Odsłania to „drugie dno” przestępstwa w ujęciu społecznym, medycznym, prawnym i dramatyzm katastrofy wychowawczej oraz niedoskonałość systemu wychowawczego.

Zagrożeniem dla nieletnich w kontekście obyczajowym i obowiązującego prawa w kwestii wykorzystywania seksualnego nieletnich są środki masowego przekazu, przede wszystkim Internet i telewizja. Dziecko wykorzystywane seksualnie nie przechodzi wobec molestowania obojętnie. W ciągu dwóch lat od pierwszego aktu wykorzystania seksualnego nieletniego, może spowodować szereg zaburzeń: w sferze emocjonalnej i autopercepcji, snu, jedzenia, sprawowania funkcji społecznych i funkcjonowania społecznego, seksualnego; pojawienie się ciąży. Natomiast powyżej drugiego roku od chwili tego czynu, do wyżej wymienionych zaburzeń dołączyć się mogą depresja i skłonności do samookaleczeń. Nieodosobnione są przypadki traumatycznej seksualizacji lub/i poczucia zdrady, lub/i poczucia bezsilności, lub/i stygmatyzacji.

Badanie seksuologiczne ofiar wykorzystywania seksualnego, którymi są nieletni, należą do trudnych i niespecyficznych. Natomiast w przedziale od 50-70% badaniem ginekologicznym ani ogólnym, nie potwierdza się żadnych objawów mogących świadczyć o wiktyimizacji dziecka na tle seksualnym. Pomimo istniejących przepisów prawnych dostrzegających problem seksualnego wykorzystywania nieletnich, legislacja i egzekwowanie litery prawa w tym zakresie nie przynoszą pożądanego efektu, który jest daleki od doskonałości.

Słowa kluczowe: kazirodztwo, rodzina dysfunkcyjna, parafilia, pedofil, seksualna wiktyimizacja nieletnich, placówki opiekuńcze i wychowawcze, ośrodki resocjalizacji, objawy molestowania seksualnego, badanie seksuologiczne nieletniej ofiary, kodeks karny.

The sexually abused child: social, medical and legal scale of the problem

Abstract

The subject of pedophilia should not be left unsaid or marginalized because the scale of the problem has a tendency to increase. The family situation of a minor child, family dysfunctionality, poverty, lack of emotional support, each may constitute a reason. Many a time, sexual abuse victims reveal psychopathological symptoms as a result of this act.

There is no method to define a typical characterological picture of a pedophile because it may concern both a male or a female and this kind of paraphilia may be permanent or transient; it is encountered on each continent, the world over and in almost every larger social cluster.

Sexual victimization of minors by adults in orphanages and educational facilities is becoming a problem. It reveals the “double bottom” of the crime in the social, medical and legal approach as well as the dramatic nature of educational disaster and the imperfection of the educational system. Mass media, and the Internet and TV above all, pose a threat of sexual abuse of the minors in the customary context and under laws in effect.

A sexually abused child is not indifferent toward molestation. During the first two years following the first act of sexual abuse of a minor, as array of disorders may appear in the emotional and self-perception spheres, disorders affecting sleep, eating patterns, the performance of social functions, the social and sexual functioning as well as the occurrence of pregnancy. Whereas after said two years from the act, depression and tendency for self-mutilation may be added to the aforementioned disorders. Cases of traumatic sexualization and/or the sense of betrayal and/or the feeling of helplessness and/or stigmatization are not isolated.

Sexological examinations of underage victims of sexual abuse are difficult and non-specific. While in fifty to seventy five percent of the cases, a gynecological or general medical examination does not confirm any symptoms indicating sexual victimization of a child. Despite the existing legal regulations concerning the problem of sexual abuse of the minors, the legislation and its enforcement in this area do not produce desirable results which are far from perfect.

Key words: incest, dysfunctional family, paraphilia, pedophile, sexual victimization of minors, care and educational facilities, social rehabilitation centers, symptoms of sexual abuse, sexological examination of an underage victim, Criminal Code.

¹ St. Mark's Place Institute for Mental Health, New York

² Oddział Neonatologii, Intensywnej Terapii i Położnictwa, SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony, im. J. Śniadeckiego, Białystok

³ SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony, im. J. Śniadeckiego, Białystok

⁴ Oddział Neurologii Dziecięcej, Szpital Dziecięcy im. Prof. dr med. Jana Bogdanowicza, Warszawa

Biorąc za wykładnik problemu kwestię prawną, polskie prawodawstwo w art. 200 paragraf 1 i 2 Kodeksu karnego (zgodnie z nowelą z dn. 27 lipca 2005 r.) określa w sposób precyzyjny, że wykorzystaniem seksualnym jest: obcowanie płciowe (stosunek genitalny, genitalno-analny i jego pochodne), czynności seksualne (gdzie dotyk jest zasadniczą formą pobudzenia) oraz kontakt bezdotykowy, a także wykorzystywanie seksualne dziecka z myślą o pornografii dziecięcej. Analizując zapis tego artykułu, musimy mieć świadomość, że za kontakt bezdotykowy w celu wykorzystania seksualnego dziecka należy uznać: obsceniczną rozmowę (w bezpośrednim kontakcie lub wykorzystując do tego sprzęt audio-telefoniczny, włączając telefony stacjonarne, komórkowe i innego tego typu rozwiązania techniczne), nakłanianie do fizycznego obcowania płciowego (z osobą dorosłą lub w towarzystwie osoby dorosłej), prezentowanie treści pornograficznych (zdjęcia, film, czasopisma) nieletniemu, nakłanianie do czynności auto-erotycznych dziecka (w towarzystwie osoby dorosłej), nakłanianie do nierządu (stręczycielstwo), oglądactwo, ekshibicjonizm, wykorzystywanie połączeń internetowych celem audiowizualnego lub pisemnego wywoływania skojarzeń erotycznych u dziecka i jego następstw, a także prowokacja, szantaż, uzyskanie zgody na obcowanie płciowe oraz stosowanie tradycyjnych form korespondencji celem osiągnięcia jak powyżej. Natomiast dla sprecyzowania i potwierdzenia przestępstwa jest konieczne ustalenie, określenie i analiza składowych czynu, do których zaliczamy: ofiarę, sprawcę, rodzaj aktywności, przestępczość/awersyjność czynu. Zasadniczym dogmatem prawnym w zakresie określenia strony „OFIARA”, jest brak konieczności spełniania dodatkowych argumentów prawnych, poza reprezentowaniem określonego ustawą wieku dziecka. „SPRAWCA” czynu jest osobą dorosłą, która zgodnie z art. 10 paragraf 1 Kodeksu karnego, dopuszczając się zabronionego czynu ma ukończony 17. rok życia. Szacuje się, iż co 15. chłopiec i co 5. dziewczynka przed ukończeniem 15. roku życia jest ofiarą nadużyć seksualnych wynikających ze strony dorosłych [1].

Patologia zjawiska wykorzystywania seksualnego dziecka dotyczy obu płci, przy czym badania w różnych krajach potwierdzają, że wskaźnik wykorzystywanie dziewczynek jest wyższy niż chłopców. Wg statystyk WHO: 150 mln dziewczynek i 73 mln chłopców poniżej 18. roku życia doświadcza niezgodnego z własną wolą stosunku seksualnego lub innych substytutów przemocy seksualnej, u podstaw których leży kontakt fizyczny. Największe zagrożenie stanowią sprawcy będący członkami najbliższej rodziny lub inne osoby, którym dziecko ufa i przebywa pod ich opieką. Badania przeprowadzone w 21 krajach (głównie wysoko- i średnio-rozwiniętych) dostarczyły statystycznych informacji, co do nasilającej się eskalacji wykorzystywania seksualnego nieletnich: min. 7% dziewczynek (zależnie od kraju wskaźnik ten wzrasta do 36%) oraz 3% chłopców (wzrost wskaźnika do 29%) potwierdza, iż było ofiarami przemocy seksualnej w dzieciństwie. Sprawcami 14-56% przypadków przemocy seksualnej wobec dziewczynek i do 25% wobec chłopców są krewni i rodzice adopcyjni (lub tzw. „przyszywani”). W wielu kręgach presja milczenia rodziców i molestowanego dziecka wynika z obawy stygmatyzacji i konieczności utrzymania czynu w tajemnicy przed presją społeczną, niski poziom wykształcenia rodziców i status społeczny,

brak respektowania praw dziecka, obawa dziecka przed konsekwencjami ujawnienia wykorzystywania, strach przed rodzinnym odrzuceniem, obawa przed śmiesznością ujawnionych faktów przez dziecko [2].

Dlatego też należy uznać, że szczególnym rodzajem pedofilii jest kazirodztwo, będące utrzymywaniem obcowania płciowego pomiędzy krewnymi w pierwszej linii pokrewieństwa, rodzeństwem przyrodnim oraz w przypadku osób przysposobionych. Najczęstszymi uwarunkowaniami sprzyjającymi kazirodztwu mogą być: zaburzenia więzi między rodzicami; izolacja rodziny z otoczenia społecznego; wyłączenie się matek z życia rodzinnego; napięcia między matkami a córkami; brak autonomii wśród członków rodziny; zakłócenia wzajemnego komunikowania się; osobowości nieprawidłowe, narkotyki, alkohol; zależność finansowa członków rodziny od sprawcy; klimat przemocy, gwałtu, agresji; zachowania prowokacyjne ofiary; potrzeba manipulacji dla korzyści materialnych lub silniejszej pozycji w rodzinie [2].

Trudno określić typowy obraz charakterologiczny pedofila, gdyż może dotyczyć to osoby w różnym wieku, zarówno mężczyzny, jak i kobiety, a tego rodzaju parafilia może być trwała lub przejściowa. Jest spotykana na każdym kontynencie, pod każdą szerokością geograficzną i niemal w każdym większym skupisku społecznym. Na pewno aktem pedofilnym jest każde takie zachowanie osobnika dorosłego wobec dziecka, u którego podstaw leży motywacja chęci seksualnego podniecenia, a także chęć zaspokojenia popędu. Trwałe obarczenie pedofilią może być związane z naśladowaniem schematów z dzieciństwa, powodowane brakiem szacunku do samego siebie, problemami na skutek odmowy, kłopotami wynikającymi z uznawalności oraz poszanowania własnej intymności i granic ciała [3].

Status dziecka nieletniego w dysfunkcyjnej rodzinie alkoholowej jest obciążony ryzykiem molestowania seksualnego. Dzieje się to zwłaszcza w sytuacji, gdy upojeni alkoholem rodzice nie zważają na to, co się dzieje z ich dzieckiem (-ćmi). Taka sytuacja staje się możliwością do wykorzystania seksualnego dzieci gospodarzy: wystarczy sprawcy krótka chwila w pustym pokoju, a niejednokrotnie ma on „do dyspozycji długie godziny nocne”, a dziecko jest zdane jedynie na własne siły. Po doświadczeniu przemocy, nawet jeśli poskarży się rodzicom, ignorują jego wersję, reagując w nieodosobnionych przypadkach agresją wobec dziecka. W takim przypadku dziecko narażone jest na szczególnie rodzaj traumy, spowodowanej z jednej strony brakiem reakcji i otoczenia troską przez rodzica, a z drugiej z przeświadczeniem bezkarności czynu sprawcy. Podkreślenia wymaga również rola rodzica jako sprawcy nękania seksualnego własnego dziecka. Wówczas taka dramatyczna sytuacja jest długotrwała, lekceważona, otoczona „parasolem ochronnym niebytu” i ukrywana przez resztę rodziny. W większości przypadków zdemaskowanie procedury możliwe jest z chwilą kontaktu dziecka ze specjalistami, lecz z reguły pociągnięcie sprawcy wykorzystania seksualnego dziecka z różnych przyczyn jest niemożliwe do wyegzekwowania, np. ze względu na czas przedawnienia i umorzenie sprawy. Dalszy scenariusz może być tylko jeden – dziecko pozostaje w dewastującym je środowisku. Ewentualnie, po ujawnionym i potwierdzonym w majestacie prawa molestowaniu przez rodzica, niejedno-

krotnie odbierane są wyrodnym rodzicom prawa rodzicielskie. Z reguły brak ustanowienia prawnego opiekuna dla dziecka wywodzącego się z rodzin alkoholowych, pociąga za sobą konieczność umieszczania nieletnich w domach dziecka, co z jednej strony ochrania przed wykorzystywaniem, a z drugiej nasila wiktymizację. Potwierdzono analizami naukowo-badawczymi, że nieletni wykorzystywani seksualnie, obarczeni są objawami psychopatologicznymi, które można zaliczyć umownie do następujących grup: „zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne, zaburzenia zachowania, zaburzenia stresowe pourazowe, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną (objawy m.in. ze strony układu pokarmowego, moczowo-płciowego i sercowo-naczyniowego), zaburzenia odżywiania, zaburzenia dysocjacyjne (histeryczne, konwersyjne). Objawy dysocjacyjne mogą przypominać objawy innych chorób somatycznych i psychicznych, np. schizofrenii czy autyzmu – bywają to omamy, urojenia, stany depersonalizacji i derealizacji. Stanom dysocjacyjnym mogą towarzyszyć omamy słuchowe pod postacią nakazów, dialogów głosów; odczucia, że jest się kontrolowanym przez nie, nieracjonalnego poczucia wpływów zewnętrznych na ciało, dezorganizacji myślenia przypominające formalnie zaburzenia myślenia (otamowania, rozkojarzenie, nieprawidłowości logiczne), ucieczki w świat fantazji. Współtowarzyszące objawy mogą sugerować inne nieprawidłowości: zaburzenia nastroju (depresję i manię), zaburzenia zachowania, cechy nieprawidłowego rozwoju osobowości w kierunku borderline lub osobowości antyspołecznej, narkolepsję, padaczkę i inne choroby neurologiczne (niedowłady i porażenia, zaburzenia czucia ze strony różnych zmysłów, niemożność stania i chodzenia, zaburzenia pamięci). Częstym problemem są: samouszkodzenia, zachowania autodestrukcyjne oraz wielokrotnie ponawiane próby samobójcze. Niektóre dzieci mogą reagować odmową: jedzenia, picia, chodzenia, mówienia i wypełniania innych oczekiwanych od nich czynności. Dzieci z takimi zachowaniami cechuje szczególnie silny mechanizm wyparcia urazu. Traumatyczne przeżycia mają wpływ na rozwój psychospołeczny dziecka i mogą prowadzić do następujących zakłóceń dysregulacji afektu: niskiej tolerancji frustracji, słabej kontroli złości; nieprawidłowych wzorców przywiązania; niskiego poczucia własnej wartości, dysfunkcyjnych schematów poznawczych, obniżonej zdolności do zabawy symbolicznej; niskich umiejętności społecznych, wysokiej gotowości do używania agresji fizycznej i werbalnej; niepowodzeń szkolnych wynikających z problemów rówieśniczych oraz niskich osiągnięć szkolnych. Opisane wyżej objawy i problemy psychologiczne dziecka mogą stać się powodem konsultacji psychiatry lub psychologa dziecięcego. Symptomy te są jednak niespecyficzne, mogą występować w przebiegu innych problemów niż przemoc seksualna. Z tego powodu na etapie opieki ambulatoryjnej zazwyczaj trudno jest rozpoznać, czy choćby podejrzewać występowanie nadużyć. Za rozpoznaniem przemocy i wykorzystania mogą przemawiać: trudności diagnostyczne i terapeutyczne, chroniczność i wielopostaciowość objawów, trudny kontakt z dzieckiem (milczenie, zdeorganizowane wypowiedzi, unikanie kontaktu wzrokowego), nietypowe dla wieku zachowania seksualne. Dzieci z uporczywymi lub poważnymi zakłóceniami zdrowia psy-

chicznego kierowane są do oddziałów psychiatrii, gdzie niekiedy udaje się postawić diagnozę nadużyć seksualnych [5].

Z intrygującymi studiami przypadków wykorzystywania seksualnego możemy zapoznać się na podstawie analizy danych zawartych we fragmencie pracy dyplomowej. Autorka [6] zaznacza i dowodzi, że dziecko krzywdzone seksualnie prawie nigdy nie okazuje wprost swego koszmaru doznań, a przecież fundamentalnym i racjonalnym podejściem byłoby wyrażenie werbalnej skargi. Dzieje się tak z różnych przyczyn, takich jak: „dziecko nie wie, że jest krzywdzone”; „kontakt ze sprawcą i/lub jego działanie sprawia dziecku przyjemność” z racji nieświadomości zagrożenia i czynu lub rozerotyzowania dziecka przez sprawcę; „kontakt ze sprawcą i/lub jego działanie jest dla dziecka przykre, ale opłacalne” z racji otrzymywania gratyfikacji w formie pieniężnej lub materialnej za podporządkowanie się sprawcy, który wykorzystuje nieletnią osobę seksualnie; dziecko boi się zemsty sprawcy czynu w przypadku gdyby ujawniło proceder wykorzystywania seksualnego przez osobę dorosłą; dziecko obawia się kompromitacji oraz odrzucenia przez otaczające je środowisko; „dziecko ma poczucie winy” i rezygnuje z ujawnienia procederu, gdyż obawia się pomówienia o nakłanianie dorosłych do zachowań seksualnych.

Badania przeprowadzone wśród 39 domów dziecka w roku 2005, w których respondentami byli wychowankowie w wieku 15-18 lat, (48,8% dziewcząt oraz 51,2% chłopców) z zastosowaniem metody mechanizmu diagnozowania wykorzystywania seksualnego nieletnich w oparciu o inne sposoby wiktymizacji. Użyte narzędzie badawcze pozwoliło na zdiagnozowanie przeżyć nieletniego z dokładnością roku do chwili przeprowadzanego badania. Wynik potwierdzał, że 17% nieletnich w domu dziecka zna co najmniej jednego rówieśnika(-czkę) zmuszanego(-ą) do aktów seksualnych. Świadkiem uprawiania seksu było co 10. badane dziecko. Prawie 50% dzieci potwierdziło znajomość kogoś, kto nie ukończywszy piętnastego roku życia współżył z osobą dorosłą [7].

Przemoc seksualna w placówkach izolacyjnych dla nieletnich nie jest również zjawiskiem odosobnionym. Zatrważające informacje dostarczają źródła [8] o tym, co dzieje się w zakładach poprawczych:

- gwałt indywidualny lub zbiorowy na wychowanku (wychowance);
- zmuszanie wychowanka (wychowanki) do świadczenia usług o charakterze seksualnym (np. masturbacja);
- niekontrolowany dostęp do pornografii; uprawianie nierządu dla korzyści materialnych lub dla realizacji potrzeb emocjonalnych (np. potrzeby przynależności, bezpieczeństwa, itp.);
- molestowanie seksualne wychowanka (wychowanki) przez członka personelu placówki;
- wszelkie zachowania fizyczne i werbalne członków personelu wobec nieletnich, które mają kontekst erotyczny lub seksualny;
- zaniechanie tworzenia infrastruktury bytowej dla wychowanków zapewniającej minimum intymności podczas zabiegów sanitarnych i fizjologicznych;
- świadome odstępianie od obowiązku raportowania o problemie,

- ukrywanie wiedzy o zaistniałych sytuacjach bądź jej lekceważenie, w wyniku czego nie nastąpiło przerwanie sytuacji patologicznej.

W tych przypadkach za przyczynę stanu rzeczy upatruje się: monogamiczność (placówki wyłącznie dla dziewcząt lub chłopców), wiek pensjonariuszy (są to nieletni w rozwojowym okresie dojrzewania i adolescencji), patologiczny system wartości zaburzający adekwatną ocenę czynów i sytuacji; tzw. „drugie życie”, w zasadach którego przemoc seksualna może być narzędziem walki o władzę i pozycję w grupie nieformalnej, niechęć, a nawet wrogość wobec wychowanków poszukujących kontaktu z kadrą i wsparcia w sytuacji agresji jako, co z kolei stwarza poczucie bezkarności u agresorów i zachęca do powtarzania zachowań patologicznych; stręczenie usług seksualnych, jako źródła korzyści materialnych i innych, możliwość wykorzystania przez członków personelu relacji całkowitej zależności i podległości nieletnich; bezwzględna, determinowana normami subkultury przestępczej, wrogość do sprawców przemocy seksualnej wobec kobiet a w szczególności – wobec dzieci.

Jednym z najgorszych aktów wykorzystywania w placówkach poprawczych jest wykorzystywanie seksualne osadzonych nieletnich przez personel tych placówek resocjalizacyjnych. Sprzyjają ku temu zależności i podległości wychowanków wobec kadry, a zwłaszcza czynnik ten jest zgubny w przypadku nieletnich poszukujących wsparcia emocjonalnego lub upośledzonych umysłowo. Należy zdać sobie również sprawę z zagrożenia, jakie niosą dla nieletnich w kontekście obyczajowym i obowiązującego prawa w kwestii wykorzystywania seksualnego nieletnich środki masowego przekazu, w tym telewizja. Zgodnie z art. 18 § 4 ustawy o radiofonii i telewizji zabronione są audycje lub inne przekazy zagrażające fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi niepełnoletnich, w szczególności zawierające treści pornograficzne lub w sposób nieuzasadniony i nadmierny eksponujące przemoc. Ponadto zgodnie z art. 18 § 5 w/w ustawy, wszystkie inne audycje i przekazy mogące zagrażać w/w wartościom lecz pozbawione treści pornograficznej, mają prawo emisji jedynie pomiędzy godziną 23 a 6 rano. Biorąc cytowane treści ustawy, z całą stanowczością należy potwierdzić, że nie jest ona należycie respektowana ani przestrzegana, ponieważ o różnych porach dnia i/lub nocy nieletni mają dostęp do audycji telewizyjnych z wątkiem seksualnym.

Rok 2002 stał się przełomowy w Polsce: rozpoczęto dyskusję o zagrożeniu, jakie niesie dla dzieci używanie Internetu. Od 2004 roku Fundacja „Dzieci Niczyje” prowadzi kampanie uświadamiające, wykorzystując hasło „Dziecko w sieci”, w których m.in. kładzie nacisk na problem pedofilii oraz pornografii dziecięcej [9]. Z badań przeprowadzonych na zlecenie fundacji [10] dowiadujemy się o lekkomyślności nieletnich korzystających z Internetu, mimo że ponad 90% respondentów deklaruje, iż słyszało o tych zagrożeniach. Analiza badań potwierdziła, że: 14,7% rodziców miało świadomość, że ich dzieci spotykają się z nowopoznanymi przez Internet osobami; 64% nieletnich zawiera znajomości w sieci. Prawie 45% badanych dzieci spotkało się w świecie realnym z osobami poznanymi przez Internet. Ponad 50% wybrało spotkania indywidualne, bez osób towarzyszących; rodzice dość rzadko są informowani o planach spotkania

(23,6%), zaś 22% nieletnich nie dzieli się z nikim informacją o spotkaniu.

Kolejne badanie nad nieletnimi potwierdza, że „szczególnie niepokojąca jest skłonność do podawania adresu domowego i przyjmowania propozycji spotkań poza Internetem. Częste przypadki nakłaniania dzieci do rozmów dotyczących seksu wskazują na łatwość kontaktu z dziećmi w sieci i stanowią o skali potencjalnych zagrożeń. Masowa wręcz dostępność do materiałów pornograficznych może mieć często zły wpływ na rozwój dziecka i świadczy niewątpliwie o braku odpowiedniej kontroli tego typu zasobów internetowych” [11].

Dziecko wykorzystywane seksualnie nie przechodzi wobec molestowania obojętnie. W ciągu 2 lat od pierwszego aktu wykorzystania seksualnego nieletniego, może spowodować to szereg zaburzeń w sferze emocjonalnej i autopercepcji, snu, jedzenia, sprawowania funkcji społecznych i funkcjonowania społecznego, seksualnego; pojawienie się ciąży. Natomiast powyżej drugiego roku od molestowania seksualnego, do wyżej wymienionych zaburzeń dołączyć się mogą depresja i skłonności do samookaleczeń [3].

Może także dojść do traumatycznej seksualizacji lub/i poczucia zdrady, lub/i poczucia bezsilności, lub/i stygmatyzacji. Traumatyczna seksualizacja jest procesem, w którym seksualność dziecka, jego światopogląd w tej materii oraz wszelkie odczucia subiektywne dotyczące jego ciała są nieadekwatne do poziomu intelektualnego dziecka i jego wieku; co przekłada się na niewspółmierność w kontaktach z osobami dorosłymi. Na tego rodzaju traumatyzację narażeni są przede wszystkim nieletni osiągający profity od sprawcy za zgodne wymogami pedofila zachowania erotyczne lub seksualne. Wiek molestowanego dziecka odgrywa rolę w ciężkości traumatycznej seksualizacji: traumą są w większym stopniu obciążeni nieletni mający świadomość czynu, któremu podlegają i biorą udział. Jednakże, dziecko nie pojmujące istoty molestowania seksualnego, jest świadome powtarzających się praktyk i potrafi je określić w swoisty dla siebie sposób. Nawet jeśli nie jest świadome czynu, intuicyjnie dopasowuje się do oczekiwań pedofila zarówno pod względem seksualnym, jak i dyskrecji towarzyszących ich praktykom sytuacji. Nieletni niejednokrotnie może przybierać cechy przywódcze, zaczepiając, prowokując pedofila i/lub innych w celu powtórzenia cyklu znanych dziecku zdarzeń, aby odczuć przyjemność wynikającą z patologicznie rozbudzonego nastawienia seksualnego. Niewykluczone jest też następstwo traumatycznej seksualizacji w sferze: zaburzeń psychoseksualnych, świadome niedopuszczanie do zachowań i postaw seksualnych, ponadprzeciętne erotyzowanie własnej osoby w kontaktach z otaczającym je światem, preferowanie i zaspokajanie potrzeby kontaktów erotycznych z większą ilością partnerów seksualnych, wczesne lub późne zdecydowanie się na rozpoczęcie pożycia seksualnego, przypadki intensywnego samogwałtu/masturbacji, krótkotrwała znajomość staje się argumentem do aktów seksualnych z nowopoznaną osobą, aktywny udział w przypadkach chęci zaspokojenia seksualnego z użyciem siły. Poczucie zdrady jest stanem niezwykle emocjonalnego pogrążenia ofiary, jaką jest molestowane dziecko, w jego nieszczęściu. Poczucie to wynika z odkrycia prawdziwych intencji pedofila, którego istotą nie była alegoracja dziecka jako takiego, lecz chęć

stworzenia wrażenia czystej i uczciwej zależności, a którego intencją było doprowadzanie do praktyk seksualnych z nieletnim. Dziecko odczuwa, że było narzędziem odpowiednio wykorzystywanym, manipulowane dla zaspokojenia popędu sprawcy nieszczęścia. Odkrywa, że otaczająca dyskrecja kontaktów seksualnych powodowana była koniecznością maskowania złego postępowania osoby dorosłej. Poczucie oszukania przez osobę bliską rujnuje emocjonalnie dziecko i wywiera piętno na jego dorosłe życie, co może przejawiać się w: niewspółmiernie wysokim napięciu i poczuciu lęku w stosunku do bliskich dziecku osób, nieprawidłowościami w inicjacji budowania więzi międzyludzkich, braku umiejętności tworzenia harmonijnych i szczęśliwych związków z partnerem (które odznaczałoby się trwałością w przedziale czasowym ich powodzenia), brak odczuć zaspokojenia potrzeby bycia ochranianym przez osoby dorosłe, brak wiary w swoją intuicję i możliwości zaufania innym. Bezsilność to kolejne powikłanie wykorzystywania seksualnego dziecka przez osobę dorosłą. Jest to skutkiem ignorowania woli nieletniego, odczuć dziecka oraz jego opozycji co do kontaktów seksualnych z pedofilem. Brak zrozumienia, naruszenie nietykalności cielesnej dziecka, przymuszanie i zmuszanie do czynów lubieżnych, powoduje, że molestowany zaczyna się bać, a strach i poczucie niskiej wartości uniemożliwia wyjawienie tajemnicy dręczącej wykorzystywane dziecko dla innych dorosłych. Ciągące się latami poczucie bezsilności – w wieku dorosłym może skomplikować życie, przez: niewypracowanie poczucia poszanowania w miejscu pracy i/lub brak egzekwowania władzy rodzicielskiej w należyty sposób, co do wymagań stawianych własnym dzieciom, co objawia się nieuzasadnioną pobłażliwością. Pojawia się realne zagrożenie rewiktymizacji w życiu dorosłym, którego istotą jest poddawanie się nakazom i zakazom kolejnego oprawcy, bez wyrażania sprzeciwu adekwatnego do zaistniałej sytuacji. Odnotowuje się przypadki: depresji, nerwicy, zaburzeń odżywiania wraz z jego skutkami w wyniku otyłości lub anoreksji, a także lekomanii oraz uzależnienia od środków psychoaktywnych. Stygmatyzacja jako kolejny rodzaj i etap następstw molestowania seksualnego w dzieciństwie, całkowicie burzy poczucie własnego ja, wartości i godności dziecka. Trauma wydarzeń z dzieciństwa niejednokrotnie przebiegająca w poczuciu winy i wstydu kreowanego przez pedofila, wywiera negatywny wpływ na dziecko i jego dalsze życie. Niejednokrotnie przejawia się to w utwierdzeniu uczucia negatywizmu w stosunku do własnej osoby, utrwaleniu postawy ofiary na dalsze lata życia, podatności na wnikanie się w sytuacje, w których dochodzi do kolejnych nadużyć seksualnych w stosunku do własnej osoby, epizodach targania się na własne życie, konflikcie z prawem, agresywnym temperamentem w stosunku do osób, ugruntowanym ciągłym i traumatycznym odczuwaniem lęku (a także wstydu oraz zdrady), zaburzeniami psychosocjalnymi utrudniającymi lub wręcz uniemożliwiającymi nawiązanie pozytywnych relacji z otoczeniem [12,1].

Badanie seksuologiczne ofiar wykorzystywania seksualnego, którymi są nieletni, należą do trudnych i niespecyficznych, natomiast w przedziale od 50-70% badaniem ginekologicznym ani ogólnym, nie potwierdza się żadnych objawów potwierdzających wiktymizację dziecka na tle seksualnym [1].

Seksualną domeną badania niepełnoletnich ofiar przestępstw seksualnych jest przede wszystkim: przeprowadzenie i udokumentowanie wywiadu lekarskiego; badanie fizykalne i ginekologiczne; rozpoznanie i ustabilizowanie stanów nagłych; ocena i leczenie urazów fizycznych; pobranie materiału do badań bakteriologicznych; zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową; poradnictwo w zakresie zapobiegania ciąży; ustalenie terminu wizyt kontrolnych; pomoc psychoterapeutyczna; dokładne udokumentowanie zdarzenia i urazów; zebranie dowodów rzeczowych; zgromadzenie dokumentacji fotograficznej znalezionych urazów; powiadomienie odpowiednich władz o popełnieniu przestępstwa. Jeśli ofiarą jest dziewczynka, badanie powinno być wykonane przez lekarza położnika-ginekologa. Jeżeli ofiarą jest chłopiec, czynność ta leży po stronie lekarza chirurga dziecięcego w kooperacji z położnikiem-ginekologiem. Ponadto lekarz chirurg dziecięcy niezbędny jest w celu konsultacji, w przypadku podejrzenia lub pewności uszkodzenia narządów wewnętrznych. Czynności obdukcyjne niemożliwe do wykonania przez lekarza, a przeprowadzane w stanie wyższej konieczności, mogą być wsparte przez technikę kryminalistyki, którego zadaniem jest zebranie dowodów rzeczowych przestępstwa oraz zabezpieczenie śladów wskazujących na zaistnienie przestępstwa.

Zadaniem lekarza jest udzielenie wsparcia psychologicznego dla ofiary i jej rodziców/opiekunów, poprzez wezwanie psychologa klinicznego, a przed jego przybyciem wyjaśnienie że zdarzenie nie wynikało z winy dziecka, jest nieszczęśliwym wypadkiem, które może skutkować pojawieniem się problemów z zasypianiem, objawów depresji, rozdrażnienia oraz innych objawów napięcia nerwowego. Ważne, aby w takich sytuacjach personel medyczny zachowywał takt, szacunek i powagę sytuacji, zaś do ofiary i jej opiekunów podchodził z empatią; zachowując wyważony ton rozmowy, pozbawiony negatywnych emocji podyktowanych subiektywną oceną zajścia.

Kardynalną zasadą jest natychmiastowe przyjęcie pacjenta nieletniego, ofiary o kryminalnym podłożu seksualnym, a następnie zapewnienie ciszy, intymności, spokoju oraz prywatności przez umieszczenie w odpowiednim pomieszczeniu. Zapewniającym Do obowiązku lekarza pod odpowiedzialnością karną należy zawiadomienie organów ścigania (policji i prokuratury) o zaistniałej sytuacji. Rodzice/prawni opiekunowie również muszą być zawiadomieni, jeśli dziecko zgłosiło się do szpitala bez ich obecności, a nierzadko przyprowadzone przez inne osoby. Szczegółowy wywiad lekarski musi obejmować następujące aspekty: wiek i dane identyfikacyjne ofiary, opiekuna prawnego oraz domniemanego sprawcy (powiązanie z ofiarą); data, godzina, miejsce i okoliczności zdarzenia oraz badania; szczegóły dotyczące wykorzystania seksualnego (opisy dokonanych aktów seksualnych, wystąpienie wytrysku, użycie przemocy fizycznej, broni, narkotyków, spożycia alkoholu, stosowania leków przez ofiarę lub sprawcę przed wystąpieniem zdarzenia); czynności wykonane przez ofiarę po zdarzeniu/napaści (zmiana odzieży, kąpiel, prysznic, oddanie moczu); wywiad ginekologiczny (data pierwszej – PM i ostatniej miesiączki – OM, stosowana antykoncepcja, przebyte operacje, zakażenia przenoszone drogą płciową, ostatni dobrowolny kontakt

seksualny). Po zebranych wywiadach lekarskich, należy przystąpić do badania fizykalnego ogólnego, które musi być przeprowadzone w towarzystwie personelu asystującego (drugi lekarz, położna lub pielęgniarka), a także zgodnie z wolą ofiary, przy obecności kolejnej osoby (z reguły) z kręgu najbliższych. Lekarz oraz personel asystujący odpowiedzialny jest za nawiązanie komunikacji z pacjentką/pacjentem, z zachowaniem zasad kultury osobistej, taktu, empatii, co ma na celu pomóc dziecku w miarę łagodnie znieść konieczność poddania się badaniu i powrotu do traumatycznych wydarzeń w projekcji myślowej. Dziecko musi być powiadomione o celu, etapach i zakresie badania, a także sposobie wykonania. Kryterium czasu badania i zbierania próbek z zabezpieczonymi dowodami jest niezmiernie ważne w przypadku przemocy seksualnej i powinno ono być przeprowadzone do 72 godzin od wykorzystania seksualnego. Normatywnie 60% dziewcząt ofiar przemocy seksualnej nie ma symptomów potwierdzonych badaniem ginekologicznym. Badanie fizykalne ogólne obejmuje: na wstępie – ocenę stanu ogólnego oraz psycho-emocjonalnego, ogląd i ocenę wszystkich partii ciała ze szczegółową analizą badania wzrokowego rejonu podbrzusza, ud, pośladków i ich okolic, kończyn. W trakcie badania fizykalnego ogólnego – z chwilą zlokalizowania objawów wykorzystania i/lub przemocy należy udokumentować to poprzez wykonanie zdjęć oraz odnotowanie w karcie obdukcji (określając rodzaj i charakter zmian, oraz lokalizację obrażeń/zmian). Obrzęk, otarcia naskórka, zranienia, ślady ugryzienia, wybroczyny, złamania są ewidentnym dowodem przemocy o podłożu seksualnym. Celem uzupełnienia dowodowego w oparciu o dalszą laboratoryjną diagnostykę biochemiczną a opartą na wykryciu sprawcy DNA, należy zastosować jałową wymazówkę a następnie potraktować nią centralną część dowodów ugryzienia, całowania i/lub duszenia. Po zakończonym badaniu fizykalnym lekarz przystępuje do badania ginekologicznego, które ze względu na charakter ofiary i dziecięcy wiek należy przeprowadzić w pozycji żabiej, litotmijnej, bądź kolankowo-piersiowej (najmniej krępująca dla dziecka, nieco bardziej komfortowa, dogodna dla lekarza z tytułu możliwości pobrania materiału do badania). W badaniu tym należy zwrócić szczególną uwagę na najczęściej występujące obrażenia układu moczopłciowego żeńskiego: “otarcia spoidła tylnego, warg sromowych mniejszych, błony dziewiczej i dołu łódkowatego cewki moczowej”. Wymagają one starannej dokumentacji w karcie obdukcji z uwzględnieniem zrobionych zdjęć, szczegółowego opisu wszelkich obrażeń stwierdzonych na narządach płciowych oraz w ich sąsiedztwie, łącznie ze szkicem lokalizacji tych zmian. Ważne i konieczne jest pobranie wymazów z: przedsionka pochwy i pochwy, a także u tych ofiar które rozpoczęły współżycie seksualne; konieczność tej samej czynności dotyczy ujścia zewnętrznego szyjki macicy. Wykorzystany seksualnie chłopiec wymaga oceny męskich zewnętrznych narządów płciowych i podobnie jak w przypadku dziewczynek, wszelkie obrażenia muszą być określone, odnotowane, topograficznie ustalone i fotograficznie uwierzytelnione w jego karcie obdukcji. Mając na uwadze konieczność przeprowadzenia badań biochemicznych, rygorystyczny nakaz obowiązuje w zakresie wymogów pobrania wymazów u chłopca: wymaz z ujścia zewnętrznego

cewki moczowej i okolicy odbytu zastosowując jałowych wymazówek ze stałym dostępem powietrza Dowody rzeczowe są bardzo istotnym elementem kryminalistycznym. Seksualne wykorzystywanie dziecka oralnie przez sprawcę czynu, niesie za sobą konieczność pobrania wymazu z jamy ustnej i popłuczyn z jamy ustnej (przy użyciu 10% roztworu etanolu, który utrwala kwas DNA i zapobiega rozwojowi bakterii) do jałowego pojemnika. Ustalenie DNA jest nieodzowne celem zastosowania orzecznictwa karno-sądowego wobec sprawcy w późniejszym toku postępowania z urzędu. Faktem jest, że pozostawiony materiał genetyczny sprawcy może być na ubraniu ofiary, dlatego też dziecko bez niczyjej pomocy musi zdjąć ubranie i bez dotykania tego ubrania przez osoby trzecie, koniecznością jest zdeponowanie go w papierowej torbie, a bielizna osobista trafia do osobnego pojemnika. Pomocne jest zastosowanie lampy Woda celem ustalenia plam spermy na ubraniu nieletniego dziecka. Grzebień musi być zastosowany celem szczywania i identyfikowania włosów łonowych sprawcy z wzgórka łonowego ofiary. Jako materiał porównawczy stosuje się od 10 do 15 włosów wyrwanych ze skóry głowy poszkodowanej osoby nieletniej, a następnie umieszcza w kopercie papierowej. Materiał pozostający pod paznokciami dziecka, jeśli wykazywało postawę obronną przeciw pedomofilowi, może być cenne pod względem diagnostycznym i kryminalistycznym czynu na nieletnim. Dlatego też w jeszcze innej kopercie, muszą być umieszczone wszystkie nieczystości spod paznokci dziecka. W tym celu należy zastosować drewnianą szpatułkę. Każda próbka pobranego materiału przeznaczonego do badania powinna na etykiecie zawierać informacje dotyczące: rodzaju materiału, daty i czasu pobrania, danych identyfikacyjnych ofiary oraz osoby, która dokonała pobrania materiału”. Protokół odbioru dowodów rzeczowych jest dokumentem, bez którego lekarz nie powinien wydać w/w dowodów dla policji, jeśli ta takiego dowodu nie podpisze w jego obecności i nie przekaze lekarzowi.

Bardzo ważnym jest, że pedofil może być nosicielem *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum*, HBV, HCV, HIV. Mając na uwadze dobro dziecka, należy przeprowadzić diagnostykę mikrobiologiczną na oznaczenie rzeżączki i *Chlamydia trachomatis*, pozyskując materiał z tych miejsc, które były w styczności z genitaliami pedofila, a w szczególności “pochwa, szyjka macicy, odbył, gardło”. Wykonanie testu diagnostycznego celem wykluczenia kiły jest wskazaniem.” U ofiar wykorzystania seksualnego należy w trakcie pierwszego badania i obdukcji wykonać test w kierunku infekcji HIV i powtórzyć go po 6 tygodniach od zdarzenia. WHO rekomenduje również wdrożenie profilaktycznego leczenia antyretrowirusowego, u wszystkich ofiar zgwałcenia w ciągu 72 godzin od napaści, obejmującego: Zidowudynę i Lamiwudynę stosowane 2 razy dziennie przez 28 dni. W sytuacjach wysokiego ryzyka zakażenia HIV (wiadomo, że sprawca jest zakażony) zaleca się pilną konsultację specjalistyczną i wdrożenie odpowiedniej terapii przeciw retro-wirusowej. Całkowite ryzyko zajścia w ciążę w następstwie przemocy seksualnej wynosi około 5%. Do rutynowego postępowania podczas badania pokrzywdzonej należy wykonanie testu ciążowego, udokumentowanie jego

wyniku i ustalenie daty ostatniej miesiączki. Ofiarom wykorzystania seksualnego, zgodnie z indywidualnymi wskazaniami, należy umożliwić zastosowanie antykoncepcji postkoitalnej [1].

WNIOSKI

1. W dalszym ciągu brakuje rozwiązań ochronnych zabezpieczających w pełni nieletnie ofiary przestępstw seksualnych przed ich sprawcami.
2. Brutalizacja społeczeństwa na skutek łatwości dostępu treści pornograficznych rozpowszechnianych przez środki masowego przekazu, osłabia jego czujność, a niekiedy zubożnia reakcje na krzywdę dziecka wykorzystywanego seksualnie.
3. Niepełna wiedza rodziców i opiekunów prawnych oraz niska świadomość samych dzieci o zagrożeniach pedofilią jest jedną z głównych przyczyn tego procederu.
4. Problem pedofilii nie powinien być tematem przemilczanym lub marginalizowanym a wręcz przeciwnie; uświadamianym młodemu pokoleniu w stopniu adekwatnym do poziomu intelektualnego i rozwojowego dziecka, celem profilaktyki zagrożenia. Szczególne znaczenie odgrywa wyrobienie uczucia komfortu psychicznego dziecka, u którego podstaw leży zniesienie obaw przed pedofilem i jego zemstą na wypadek zdemaskowania czynu z wykorzystaniem seksualnym dziecka, co ma ułatwić nieletniej ofierze werbalizację swoich doświadczeń z tym związanych.

PIŚMIENNICTWO

1. Skrzypulec V. Rekomendacje grupy ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące postępowania w przypadku podejrzenia wykorzystania seksualnego osoby nieletniej opracowane w dniu 16 października 2008 roku.
2. Czapczyńska A. Przeciw dziecku. Raport ONZ 2006. Niebieska Linia 2/2007. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2007.
3. Nowosielski K. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Zakład Profilaktyki Chorób Kobiety i Seksuologii. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny; 2003.
4. Kiwer K. Jestem nikim. Doświadczenia przemocy domowej wychowanków domów dziecka. Niebieska Linia 2 / 2009. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2009.
5. Brzozowska A. Zaburzenia psychiczne u ofiar wykorzystywania seksualnego – prezentacja wybranych przypadków nadużyć seksualnych wobec dzieci ujawnionych w trakcie hospitalizacji w oddziale psychiatrii wieku rozwojowego. Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego Akademii Medycznej w Warszawie. www.dzieckokrzywdzone.pl/UserFiles/File/kwartalnik14/14_brzozowska.pdf
6. Albrechtska-Oleksiuk M. Milczenie dzieci – ofiar wykorzystywania seksualnego. Przegląd Seksuologiczny. 2006;7(3):24.
7. Sajkowski M. Wychowankowie domów dziecka a przemoc fizyczna. Niebieska Linia 1/2006. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
8. Tyc J. Subkulturowe uwarunkowania przemocy rówieśniczej. Konferencja Zespołów Diagnostyczno-Korekcyjnych Zakładów dla Nieletnich "Razem Łatwiej". Zakład Poprawczy w Jerzmanice Zdroju. Jarzmanice Zdrój; 2009.
9. Śpiewak J. Internetowe stereotypy. Niebieska Linia 1/2006. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
10. Wojtasik Ł. Sieciowe zagrożenia. Niebieska Linia, 1/2006. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006.
11. Wojtasik Ł. Pedofilia i pornografia w Internecie – zagrożenia dla dzieci, Fundacja „Dzieci Niczyje”. www.dzieckokrzywdzone.pl/UserFiles/File/kwartalnik5/Wojtasik_L.pdf
12. Kemblowski P. Przemoc seksualna doznawana w okresie dzieciństwa i adolescencji – wyniki badania ankietowego młodzieży. www.dzieckokrzywdzone.pl/UserFiles/File/kwartalnik1/Kemblowski_P.pdf

Informacje o Autorach

Mgr DARIUSZ WOJCIECH MAZURKIEWICZ – położny, St. Mark's Place Institute for Mental Health, Nowy Jork; mgr BOGUMIŁA ZDANOWICZ – Oddział Neonatologii, Intensywnej Terapii i Położnictwa, SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, Białystok; lek. med. KRZYSZTOF DARIUSZ BOĆKOWSKI – starszy asystent, SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony, im. J. Śniadeckiego, Białystok; dr n. med. JOLANTA STRZELECKA – ordynator, Oddział Neurologii Dziecięcej, Szpital Dziecięcy im. Prof. dr med. Jana Bogdanowicza, Warszawa.

Adres do korespondencji

Dariusz Wojciech Mazurkiewicz
St. Mark's Place Institute for Mental Health
57 St. Mark's Place New York,
N.Y. 10003, USA
e-mail: DWMazurkiewicz@aol.com