

*Zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci wciąż jest w wielu krajach traktowane w sposób marginalny. Tymczasem jak donoszą statystyki 24,9 proc. dziewcząt oraz 22,3 proc. chłopców w naszym kraju poddanych było szeroko pojętemu krzywdzeniu seksualnemu, a na świecie liczby te sięgają nawet 38 proc. Pod pojęciem nadużycia seksualnego rozumie się wciąganie dziecka przez osobę seksualnie dojrzałą w jakąkolwiek aktywność, z zamiarem seksualnego pobudzenia drugiego człowieka, obejmującą zarówno stosunek płciowy, jak i dotykanie, ekspozowanie genitaliów, pokazywanie materiałów pornograficznych oraz rozmowy na tematy seksualne w erotyczny sposób.*

*Wielu lekarzy pierwszego kontaktu, czy też ginekologów ma problemy z przeprowadzeniem właściwego badania przedmiotowego i podmiotowego u dziecka, u którego podejrzewa się zaistnienie nadużycia. Faktu tego nie ułatwia brak jasno sprecyzowanych reguł postępowania w tego typu przypadkach. Właściwe zabezpieczenie materiału pobranego podczas badania ginekologicznego w celu przeprowadzenia badań dodatkowych, wykonane w jak najkrótszym czasie, może w wielu przypadkach przesądzić o postawieniu diagnozy, wdrożeniu leczenia oraz wszczęciu postępowania sądowego. Szczególnie ważna zarówno w uzyskaniu istotnych informacji dotyczących zdarzenia, jak i w późniejszym postępowaniu terapeutycznym jest współpraca psychologa. W oparciu o doświadczenie własne proponuje się algorytm postępowania lekarskiego dla lekarzy ginekologów w przypadkach, w których zachodzi podejrzenie zaistnienia krzywdy seksualnej.*

*Słowa kluczowe: nadużycie seksualne, dziecko, molestowanie, prześladowanie seksualne.*

## Nadużycia seksualne u dzieci

### Child sexual abuse

Tomasz Zieliński, Izabella Sirko, Ryszard Poręba

Zjawisko nadużyć seksualnych dzieci obserwuje się od okresu niemowlęcego aż po okres dojrzewania. Lekarze jako pierwsi dokonują oceny powstałych obrażeń i wyznaczają tym samym dalszy tryb postępowania. Brak jednolitego algorytmu działania w przypadku pacjentów, u których podejrzewa się zaistnienie krzywdy seksualnej nie wpływa korzystnie na właściwe rozpoznanie, jak i wdrożenie dalszego postępowania medyczno-sądowego. W Polsce skala zjawiska dotyczy 24,9 proc. dziewcząt oraz 22,3 proc. chłopców, a na świecie liczby te sięgają nawet 38 proc. [4, 6].

Istnieje wiele terminów, określających zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci. W literaturze tematu można spotkać zamiennie stosowane określenia: przemoc, krzywdzenie, nadużycie, wykorzystanie czy molestowanie seksualne [6].

Pod pojęciem nadużycia seksualnego rozumie się wciąganie dziecka przez osobę seksualnie dojrzałą w aktywność, której towarzyszy seksualne pobudzenie osoby dorosłej. Obejmuje ono stosunek płciowy, dotykanie, ekspozowanie genitaliów, pokazywanie materiałów pornograficznych oraz rozmowy na tematy seksualne w erotyczny sposób [6]. Co jest ważne, do ustalenia, kto jest dzieckiem, a kto nie, istotne jest kryterium prawne, a nie kryteria biologiczne i psychologiczne. Zgodnie z artykułem 200 §1 kodeksu karnego: *Kto doprowadza małoletniego poniżej lat 15 do obcowania płciowego podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

### Dyskusja

Przystępując do badania dziecka wykorzystywanego seksualnie należy stworzyć szczególną intymność, spró-

bować zbudować kontakt emocjonalny z dzieckiem, np. poprzez obecność zabawek podczas badania, a przede wszystkim poświęcić czas na badanie, zyskując przez to większe zaufanie. Odstąpienie od przeprowadzenia badania w warunkach izby przyjęć, na korzyść zwykłego pokoju na oddziale, czy zamiana fotela ginekologicznego na kozetkę pozwalają osiągnąć ten cel [5, 9, 10]. Wg H. Britton również plec badającego ma wpływ na jakość uzyskanych informacji. Proponuje się nieużywanie fartuchów lekarskich oraz minimalizację sprzętów i aparatury medycznej towarzyszącej badaniu [5].

Badanie podmiotowe przeprowadzane powinno być w obecności jednego z rodziców lub opiekuna i innego pracownika służby zdrowia [10]. Jak wynika z danych J.A. Adams, w 60 proc. sprawcą jest osoba z rodziny (21 proc. – ojciec, 20 proc. – ojczym, 19 proc. – inny krewny) [1]. Dlatego, jeżeli tylko zachodzi takie podejrzenie, należy rozważyć, czy obecność osoby trzeciej wpłynie korzystnie na przeprowadzenie badania, czy może zafałszuje obraz. Pytania stawiane podczas rozmowy z dzieckiem nie powinny sugerować odpowiedzi. Zasada stosowania pytań otwartych przynosi znacznie więcej korzyści [10]. Dziecko wykorzystane przechodzi różne fazy otwarcia i mówienia o zaistniałej sytuacji. Skrupulatność i kompetencja lekarza pierwszego kontaktu mogą mieć ogromny wpływ na dalszy bieg wydarzeń. Informacje uzyskane od dziecka należy zapisywać w takiej formie i z zastosowaniem takiego słownictwa, jakiego używa dziecko [10]. Z drugiej jednak strony, jak donosi Muram i wsp. w 56 proc. przypadków dane uzyskane z wywiadu sugerują i narzucają kieru-

*Child sexual abuse is still treated marginally in many different countries. Statistically, 24.9% of all girls and 22.3% of all boys have experienced sexual abuse in our country, yet, and worldwide numbers run even into 38%. According to the definition, drawing a child in some activity by a sexually mature person in order to sexually stimulate another person, including sex intercourse, touching, genitals exhibition, pornographic materials presenting and conversations on erotic topics is called sexual child abuse.*

*Many physicians and gynaecologists have some problems with a proper physical examination of a child suspected to have been sexually abused. There are no clear rules, explaining step-by-step proceedings in these cases. The material taken during gynaecologic examination and its proper preservation to perform additional investigations can determine the diagnosis, introduce the right treatment and initiate legal action. A psychologist plays a special role in both, getting crucial information concerning the occurrence as well as the following treatment.*

**Key words:** sexual abuse, child, molestation, sexual victimization.

nek przeprowadzania badania fizykalnego [10]. Ze względu na niedobory w słownictwie dziecięcym, wielu specjalistów podpira się innymi technikami (rysowanie, przedstawianie wydarzeń przy użyciu lalek), w celu uzyskania pełniejszej informacji [6].

Badanie fizykalne należy rozpocząć od oględzin całego ciała, zwracając uwagę na badanie gardła, uszu, ocenę trzeciorzędowych cech płciowych, a następnie przystąpić do badania narządu rodne. Płynne przejście do badania ginekologicznego jest dla dziecka mniej traumatyzujące. Wszelkie zadrapania, ukąszenia i inne zmiany na ciele należy dokładnie opisać, a najlepiej sporządzić szkic w postaci rysunku lub dokumentacji fotograficznej [7, 10, 14]. Ten sposób zapisywania przyjął się na całym świecie i wydaje się być najlepszą formą zapisu. Wg Murama podbiegnięcia krwawe spojówek gałkowych, jak również błony śluzowej dna jamy ustnej sugerują, iż mogło mieć miejsce duszenie [10]. Bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na zachowanie się dziecka w czasie całego badania. Automatyzm w ruchach pacjentki (tzw. język ciała), która jak wynika z wywiadu po raz pierwszy poddawana jest badaniu ginekologicznemu sugeruje, iż nie jest to dla niej pozycja całkiem obca. Po przeprowadzonym badaniu chwalimy dziecko i sugerujemy nagrodę oraz odpowiadamy na jego pytania.

W piśmiennictwie napotkano 2 różne systemy klasyfikacji zmian obserwowanych w okolicach narządu rodne.

Za Adams i wsp. [2]:

1. Prawidłowy wygląd narządów płciowych.

2. Niespecyficzne:

- zaczerwienienie okolicy krocza,
- zrośnięte wargi sromowe,
- zmiany typu *condylomata acuminata* u dzieci poniżej 2. roku życia,
- nasilone przebarwienia okolicy odbytu.

3. Podejrzane:

- nagle powstałe wcięcia, rozdarcia i wyniosłości brzegu błony dziewiczej mniejsze niż 1 mm, umiejscowione poniżej 3. i 9. godz. podczas badania w pozycji horyzontalnej,
- zasinienia oraz zadrapania okolicy krocza bez wzmianki urazu w wywiadzie
- *condylomata acuminata* >2. roku życia,
- zniekształcenie fałdów odbytniczych w cechami obrzęku.

4. Sugerujące nadużycie:

- obecność  $\geq 2$  podejrzanych zmian genitalnych lub rektalnych,
- blizna lub świeże rozerwanie w okolicy krocza.

5. Jednoznaczne oznaki nadużycia:

- całkowite rozerwanie błony dziewiczej,
- zasinienie błony dziewiczej,
- uszkodzenia okolicy okołodobytniczej, biegnące w kierunku zwieracza zewnętrznego odbytu.

Spośród wszystkich czynników mogących sugerować lub wręcz wskazujących na zaistnienie przestępstwo najistotniejszy wg badań statystycznych jest czas od ostatniego incydentu, następnie zaobserwowana obecność krwi oraz dolegliwości bólowe [1, 3]. W swoich badaniach Adams i wsp. wykazali, że jakiegokolwiek odchylenia od stanu prawidłowego w badaniu fizykalnym występowały u zaledwie 32 proc. badanych, a całkowite rozerwanie błony dziewiczej tylko w 8 proc., lub 23 proc. wg Slaughter i wsp., co powinno tylko wpłynąć na szczególną czujność badającego lekarza [3].

Prostszy, 4-stopniowy system klasyfikacji zmian obserwowanych podczas badania ginekologicznego zaproponował Muram:

- Prawidłowy wygląd narządów płciowych.
- Zmiany niespecyficzne to takie, które mogą występować u ofiar nadużyć, ale również u dziewcząt bez takiego obciążenia w wywiadzie, np. zaczerwienienie zewnętrznych narządów płciowych, nasilone rysunek naczyń błony śluzowej przedsionka lub/i warg sromowych, ropna wydzielina z pochwy, zrosty warg sromowych mniejszych; najczęściej przemawiają za stanem zapalnym lub zaniedbaniami higienicznymi.
- Zmiany specyficzne – ich obecność zdecydowanie sugeruje wystąpienie krzywdy seksualnej. Należą do nich obecne lub nawet wygojone okaleczenia błony dziewiczej lub śluzówki pochwy, poszerzony >1 cm otwór błony dziewiczej, rozerwanie śluzówki pochwy zmierzające w kierunku śluzówki odbytu oraz laboratoryjnie potwierdzona choroba weneryczna.
- Zmiany jednoznacznie sugerujące wykorzystanie seksualne, jak całkowite rozerwanie błony dziewiczej, zasinienie błony dziewiczej, około-



odbytnicze uszkodzenie słuźówki zmierzające w kierunku zwieracza zewnętrznego odbytu i obecność nasienia [11].

Każdy rodzaj objawów, a nawet ich brak w przypadkach, w których istnieje podejrzenie wystąpienia nadużycia względem dziecka powinien być potraktowany ze szczególną czujnością. Wg Murama na 18 przypadków pełnej penetracji, w 11 nie stwierdzał on żadnych objawów [11].

Istnieją duże trudności techniczne w przeprowadzeniu badania, a w wielu przypadkach niewielkie zmiany ulegają przeoczeniu. Niejednokrotnie badanie należy przeprowadzić w znieczuleniu ogólnym lub po premedykacji, zwłaszcza tam, gdzie są ewidentne obrażenia zewnętrzne. Persaud i wsp. sugeruje użycie cewnika Foley'a u starszych dziewcząt z cechami estrogenizacji błony dziewiczej, w celu uwidocznienia nawet niewielkich jej uszkodzeń. Po wprowadzeniu cewnika do pochwy przez otwór w błonie dziewiczej należy napęczyć go powietrzem i delikatnie skierować na zewnątrz, tak, aby brzeg błony oparł się na wypełnionym balonie [13]. Z kolei Muram wskazuje na konieczność stosowania szkła powiększającego oraz 1 proc. błękitu toluidyny, który pozwala na uwidocznienie niewielkich nawet uszkodzeń słuźówki pochwy, powstających podczas stosunku, do 48 godz. od zdarzenia [10, 11]. Pomocne jest również badanie w pozycji kolankowo-łokciowej, co pozwala na uwidocznienie pęknięć i rozdarć błony dziewiczej, które najczęściej umiejscawiają na godz. 6. i 8. [6, 8]. Niepodważalną rolę ma również badanie kolposkopowe. Pozwala ono na dostrzeżenie zmian w 58–86 proc. przypadków nadużyć. Ponadto powstała w ten sposób dokumentacja fotograficzna stanowi materiał dowodowy dla dalszego postępowania sądowego [6].

Badania laboratoryjne przeprowadzane na okoliczność nadużyć seksualnych wykazują stosunkowo niską wartość. Wynika to głównie z kryterium czasowego, które stanowi tu główny czynnik ograniczający. Uzykanie nasienia jako materiału dowodowego jest możliwe tylko w ciągu 72 godz. od zdarzenia. Pamiętając, że nadużycia seksualne nie są domeną rodzin patologicznych, pozwala się na tej podstawie twierdzić, iż możliwość występowania oraz przeniesienia podczas kontaktu płciowego choroby we-

nerycznej jest również niska. W wielu standardach postępowania test na zakażenie dwoinką rzeźączki stanowi jeden z rutynowych kroków postępowania [12]. Jak wykazał Muram, nie ma konieczności przeprowadzania tego badania u bezobjawowych ofiar nadużyć. Sugertuje on również, iż znacznie więcej informacji daje przeprowadzanie tego badania w okresie 2 tyg. od zdarzenia, co wynika z okresu inkubacji tej bakterii. W przypadkach całkowitej penetracji, do 72 godz. od zajścia należy pamiętać o profilaktyce antykłowej, antyrzeźączkowej oraz zapobieganiu niepożądaney ciąży [10].

Aspekt psychologiczny tego zagadnienia jest równie ważny jak samo badanie, o ile nie ważniejszy. Wielu lekarzy zajmujących się tym problemem zdaje sobie sprawę i na pierwszym miejscu wymienia wywiad zebrany od dziecka czy osoby trzeciej. Jak wynika z badań Lynch i Faust, już sama świadomość badania fizykalnego dziecka ma swoje odzwierciedlenie w jego reakcji [9]. Jednak zaprezentowanie małemu pacjentowi kilkuminutowego filmu, prezentującego badanie fizykalne z udziałem dzieci oraz techniki radzenia sobie z niepokojem wywołanym badaniem (kontrola oddechu, pozytywne samonastawienie), pozwalają na znaczne zredukowanie tej obawy. Film miał również za zadanie poruszyć aspekty badania narządu rodnego, dlatego prezentowano osobne wersje dla dziewcząt i chłopców. Poziom stresu mierzony obiektywnie (ciśnienie krwi, szybkość akcji serca), jak również subiektywnie (ocena dokonana przez matki oraz pielęgniarki obecne podczas badania) był zdecydowanie niższy w grupie oglądającej film instruktażowy w porównaniu do grupy kontrolnej oglądającej film niezwiązany z badaniem [9].

Istnieją również doniesienia o zastosowaniu skali oceniającej poziom stresu podczas badania narządów rodnych [7]. Zmodyfikowana na potrzeby badania narządów rodnych tzw. *Genital Examination Distress Scale* (GEDS) obejmuje:

- zachowania nerwowe, np. obgryzanie paznokci, wiercenie lub machanie nogą, trzymanie palców w ustach,
- płacz, np. odgłos płaczu, łzy,
- powściągliwość, np. konieczność wywarcia presji na dziecko podczas próby objęcia go,
- sztywność mięśniowa, np. zaciśnięte pięści, wykrzywiona twarz, uogólnione wzmożone napięcie całego ciała,

- zwerbalizowanie obaw wyrażane jako *boję się*,
- zwerbalizowanie bólu wyrażone jako *to boli, szczypiasz mnie*,
- wymachiwania, np. rzadkie ruchy ramion, nóg lub całego ciała bez oznak agresji, takie jak uderzenia pięścią, kopania itd.

Każdy z elementów był oceniany wg 3-stopniowej skali: 1 punkt – brak objawu, 2 punkty – niewielka manifestacja objawu, 3 punkty – zdecydowana manifestacja objawu [7].

Jak wynika z badań prowadzonych w wyspecjalizowanych ośrodkach, zarówno milczenie, jak i przeinaczanie faktów przedstawianych przez dziecko znacznie częściej wynika z poczucia winy i brania odpowiedzialności na siebie [10]. Racjonalizacja (*robi to, ponieważ mnie kocha*) czy identyfikacja ze sprawcą (*jestem taki sam jak on*), to tylko niektóre z mechanizmów obronnych stosowane przez dzieci – ofiary kazirodztwa [6]. Wiele z objawów psychologicznych czy behawioralnych mogłoby zostać pominiętych przez lekarza podczas tak krótkiego kontaktu, jakim jest badanie, dlatego stała opieka psychologa może pomóc, a wręcz naprowadzić na właściwy tor. Bardzo ważne w postawieniu diagnozy psychologicznej są, oprócz rozmowy z opiekunem dziecka i samym dzieckiem, liczne techniki psychologiczne, którymi wspiera się psycholog podczas badania. Należą do nich zabawa kierowana przy wykorzystaniu lalek anatomicznych, techniki projekcyjne (rysunek rodziny, rysunek postaci ludzkiej, rysunek drzewa), swobodne techniki rysunkowe oraz inne badania, takie jak testy osobowości, testy organiczne, testy inteligencji. Do najczęściej wymienianych objawów należą: erotyzacja dziecka (erotyczna twórczość, agresja seksualna wobec rówieśników, nieadekwatny do poziomu rozwoju dziecka język dotyczący sfery seksualnej), silne poczucie winy u dziecka, dawanie do zrozumienia, że ma się jakąś straszną tajemnicę, koszmary nocne, nadpobudliwość psychoruchowa, wtórne moczenie nocne i inne [6].

Sink sklasyfikował objawy psychologiczne, tworząc 4-poziomową skalę:

I poziom – (bezpośrednia komunikacja): dziecko ujawnia słownie swoje przeżycia i towarzyszą temu emocje, potrafi to pokazać na sobie; może to potwierdzać zauważalne cechy na ciele;

II poziom – (komunikaty pośrednie): lęki, napięcia, zabawy o treści

erotycznej, nietypowe reakcje na bodźce seksualne; wiele takich dzieci podczas badania testami projekcyjnymi na skojarzenia o treści erotycznej;

III poziom – (ostre urazowe objawy): zaburzenia snu, moczenie nocne, zaburzenia łaknienia, lęki, płaczliwość, problemy z nauką, ze szkołą;

IV poziom – (objawy kumulujące się stresu): fobie, zaburzenia psychosomatyczne, depresja, izolowanie się, samobójstwa [6].

Na jej podstawie możliwe jest określenie stopnia zaburzeń emocjonalnych dziecka po epizodzie nadużycia i wdrożenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

#### Wnioski

- Istnieje potrzeba utworzenia standaryzowanego kwestionariusza do badania dzieci wykorzystywanych seksualnie.
- Brak objawów nie dowodzi braku wykorzystania seksualnego.
- Wyniki oględzin i analiz konsultować z ośrodkami referencyjnymi oraz psychologami. ■

#### Piśmiennictwo

1. Adams JA, Harper K, Knudson S. *Examination findings on legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal*. *Pediatr* 1994; 94 (3): 310.
2. Adams JA, Harper K, Knudson S. *A proposed system for the classification of anogenital findings in children with suspected sexual abuse*. *Adolesc Pediatr Gynecol* 1992; 5. (1): 73.
3. Adams JA, Knudson S. *Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 15: 856.
4. Bays J, Chadwick D. *Medical diagnosis of the sexually abused child*. *Child Abuse & Neglect* 1993; 17: 91.
5. Britton H. *Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse*. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (6): 573.
6. Czernikiewicz W, Pawlak-Jordan B. *Wykorzystywanie seksualne dzieci*. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
7. Gully KJ, Britton H, Hansen K. *A new measurement for distress during child sexual abuse examinations: The genital examination distress scale*. *Child Abuse Negl* 1999; 23 (1): 61.
8. Lauritsen AK, Meldgaard K, Charles AV. *Medical examination of sexually abused children: medico-legal value*. *J Forensic Sci* 2000; 45. (1): 115.
9. Lynch L, Faust J. *Reduction of distress in children undergoing sexual abuse medical examination*. *J Pediatr* 1998; 133. (2): 296.
10. Muram D. *Child sexual abuse: Evaluation, documentation and management*. Międzynarodowe Seminarium dla Ginekologów: *Seksualne wykorzystywanie dzieci-diagnoza i leczenie*.

11. Muram D. *Child sexual abuse-Genital tract findings in prepubertal girls. I. The unaided medical examination*. *Am J Obstetr Gynecol* 1989; 160: 328.
12. Muram D, Speck RN, Dockter M. *Child sexual abuse examination: Is it a need for routine screening for N. gonorrhoeae?* *Adolesc Pediatr Gynecol* 1996; 9: 79
13. Persaud DI, Squires JE, Rubin-Remer D. *Use of Foley catheter to examine estrogenized hymen for evidence of sexual abuse*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1997; 10 (2): 83.
14. Roberts R. *Examination of the anus in suspected child sexual abuse*. *Lancet* 1986; II: 1100.

#### Adres do korespondencji

prof. dr hab. n. med. **Ryszard Poręba**  
Katedra i Oddział Kliniczny Położnictwa i Ginekologii w Tychach  
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach  
ul. Edukacji 102  
43-100 Tychy