

Materiały szkoleniowe:

„Przemoc wobec osób zależnych”

I. DIAGNOZA SYTUACJI OSÓB KRZYWDZONYCH ZALEŻNYCH W KONTEKŚCIE ZJAWISKA PRZEMOCY W RODZINIE

1. PRZEMOC WOBEC OSÓB STARSZYCH

Czynniki wpływające na występowanie przemocy wśród osób starszych: zmniejszenie siły z wiekiem, poczucie bezradności, poczucie uzależnienia, poczucie bycia odrzuconym, potrzeba miłości i bycia potrzebnym, choroba, niesprawność, niedołęstwo.

Formy przemocy wobec osób starszych:

- przemoc ekonomiczna: przepijanie, odbieranie renty, zmuszanie do zmiany testamentu, zmuszanie do przepisywania nieruchomości, dóbr, pieniędzy;
- zaniedbywanie: niepodawanie niezbędnych leków, ograniczenie pożywienia, zaniedbywanie czynności pielęgnacyjnych, higienicznych, zaniedbywanie wizyt u lekarza;
- ograniczenie wolności: zamykanie samotnie w domu, ograniczanie dostępu do ludzi, łazienki lub innych pomieszczeń wspólnych, zamykanie w jednym pomieszczeniu, ograniczanie kontaktu z innymi członkami rodziny (zakaz wychodzenia z domu, zakaz przyjmowania gości, zakaz korzystania z telefonu), odebranie prawa do podejmowania własnych decyzji czy posiadania własnych tajemnic;
- przemoc psychiczna: obrażanie i poniżanie osób starszych.

Dlaczego ludzie starsi nie chcą mówić o przemocy w swoim życiu:

- konsekwencje dla osoby stosującej przemoc;
- konsekwencje względem siebie: zabranie do domu starców; nie poradzenie sobie samemu, poczucie bycia złym rodzicem, taka sytuacja jest normalna, niezręcznie o tym mówić, są przestraszone, nie chcą wierzyć, nie dopuszczają do świadomości, że to się im przytrafiło, mają nadzieję, że stosowane wobec nich nadużycia są incydentalne i wkrótce się skończą, są zawstydzone, zwłaszcza gdy doświadczają przemocy ze strony członka rodziny, obawiają się, że jeśli komuś powiedzą, sprawa się tylko pogorszy, mają problemy z pamięcią i wysławianiem się, czasem myślą, że to, co się stało, było ich winą.

Osoby stosującej przemoc (jakie występują zależności):

- dorosłe dzieci, rodzina: nadużywanie alkoholu i innych używek, nadużywanie środków psychoaktywnych, choroba psychiczna, bezrobocie i brak stałego źródła dochodu, brak perspektyw samodzielnego zamieszkania i utrzymania ze strony osoby stosującej przemoc - konieczność życiowa (rozwód, utrata mieszkania, niepowodzenia życiowe), trud nieustannej opieki;
- partner osoby starszej: wiele lat nieudanego małżeństwa, zmiany w stanie zdrowia, potęgowanie zachowań agresywnych związanych z frustracją spowodowaną brakiem sukcesów w osiągnięciu zamierzonych celów życiowych, trud opieki;
- inni (przemoc w DDP, DPS, itp.)

2. PRZEMOC WOBEC OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ - JAK POMAGAĆ?

Kobiety niepełnosprawne a przemoc

Istnieje wiele czynników, które powodują, że osoby niepełnosprawne są bardziej narażone na przemoc niż pełnosprawne. Zależność od innych, częste ubóstwo, brak niezależności

finansowej i wykluczenie z rynku pracy, społeczna izolacja, niewystarczająca ilość odpowiednich usług i wsparcia, dyskryminacja, to tylko niektóre problemy mające wpływ na to zjawisko.

Badania dotyczące niepełnosprawnych kobiet pokazują, że w porównaniu z kobietami pełnosprawnymi:

- są one w większym stopniu narażone na przemoc, która charakteryzuje się również większym nasileniem i częstotliwością;
- mają mniejszą możliwość zadbania o własne bezpieczeństwo;
- są narażone na akty agresji przez znacznie dłuższy czas;
- doznają przemocy, która jest bardziej zróżnicowana;
- doświadczają przemocy od większej liczby osoby stosującej przemoc.

Sytuacja tych kobiet utrudnia im decyzję o opuszczeniu osoby stosującej przemoc i szukaniu pomocy, ponieważ mogą m.in.:

- obawiać się ujawnić przemoc z powodu zależności od osoby stosującej przemoc (np. gdy sprawca jest opiekunem, członkiem rodziny osoby doznającej przemocy);
- mieć trudności związane z barierami w dostępie do pomocy z powodu braku wiedzy o możliwościach szukania pomocy, problemów z komunikacją, brakiem odpowiednich usług (przeszkody w znalezieniu odpowiedniego zakwaterowania, hostele często nie są przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególnej trudnej sytuacji znajdują się kobiety z niepełnosprawnymi dziećmi - chęć wydostania się z sytuacji przemocy może wiązać się z zakłóceniem dostępu do szkoły specjalnej lub terapii dla dzieci);
- nie umieć uznać przemocy jako pogwałcenia ich praw z powodu braku odpowiedniej edukacji i wiedzy;
- mieć trudności w porozumiewaniu się;
- kobiety te mogą charakteryzować się niską samooceną i brakiem asertywności;
- spotykać się z dyskryminacją (kobiety niepełnosprawne są postrzegane jako gorsze, bezpłciowe, aseksualne lub nadmiernie seksualne);
- być pozbawione autonomii.

Pokonywanie barier

Osoby niepełnosprawne, doświadczające przemocy, napotykają na wiele barier związanych z dostępnością pomocy. I nie chodzi tu tylko o dostępność fizyczną - możliwość dojazdu, dostosowanie budynków do ich potrzeb itp. czy trudności w porozumiewaniu. Jedną z najważniejszych barier wynika z postaw profesjonalistów udzielających pomocy - zwłaszcza służb pierwszego kontaktu (policja, pogotowie, placówka pomocowa). Problemy w komunikacji, w zrozumieniu potrzeb osoby niepełnosprawnej, negatywne nastawienie/uprzedzenia, brak wystarczającej wiedzy o specyfice danego rodzaju niepełnosprawności może prowadzić do sytuacji, że pomoc zostanie udzielona w niewystarczającym zakresie lub wcale.

Często bariery fizyczne stanowią o możliwości dotarcia do usług, a postawy, wiedza i umiejętności profesjonalistów o prawdziwej dostępności do pomocy.

Pomaganie osobom niepełnosprawnym jest dla profesjonalistów z obszaru przeciwdziałania przemocy w rodzinie dużym wyzwaniem, szczególnie w przypadku osób borykających się z

niepełnosprawnością intelektualną, z problemami zdrowia psychicznego i w przypadku trudności w komunikowaniu się. Pomimo faktu, że osoby niepełnosprawne są w większym stopniu narażone na różne formy przemocy, pracownicy poszczególnych służb (w tym sądów, policji) często ulegają społecznym stereotypom np. uznają osoby niepełnosprawne za mało wiarygodne, brakuje im specjalistycznej wiedzy dotyczącej tego, jak pomagać tym osobom i informacji o istniejących dla nich usługach.

Należy też pamiętać, że tak jak w przypadku pełnosprawnych osób doświadczających przemocy, osoby niepełnosprawne mogą borykać się także z problemami związanymi z nadużywaniem alkoholu i innymi uzależnieniami, a skuteczna pomoc wymaga uwzględnienia tych problemów.

Dobre praktyki

Pojawiające się od niedawna praktyki reagowania na przemoc wobec osób niepełnosprawnych - jak np. projekt badawczy przeprowadzony w Wiktorii w Australii czy program Disability Services ASAP (Austin, Texas) w USA kładą nacisk na:

- konieczność ścisłej współpracy pomiędzy "pomagaczami" i instytucjami z obszarów przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz pomocy osobom niepełnosprawnym, w tym znajomość oferty pomocowej w obydwu obszarach;
- korzystanie przez "pomagaczy" z konsultacji profesjonalistów i superwizji, a także - w wymagających tego sytuacjach - z usług tłumaczy;
- edukację profesjonalistów z obu wymienionych powyżej obszarów;
- zapewnienie fizycznego dostępu do usług i wiedzy (chodzi tu zarówno o dostosowanie architektoniczne, jak i dostępność językową do informacji dla osób o różnych rodzajach niepełnosprawności - odpowiednie materiały informacyjne, przystosowanie strony internetowej tak, by mogły z niej korzystać osoby niepełnosprawne);
- konieczność głębszego zainteresowania poszczególnymi przypadkami (osoby niepełnosprawne mogą potrzebować intensywniejszego i dłużej trwającego wsparcia, w tym pomocy w rozwiązaniu wielu dodatkowych problemów jak np. zapewnienie dostępu do innych usług związanych z niepełnosprawnością; może to nawet oznaczać odbudowywanie całego systemu wsparcia/kontaktów w nowym miejscu zamieszkania);
- opracowanie standardów, kodeksów, przewodników zapewniających dobrą jakość pomocy - w tym, np. identyfikacja niepełnosprawności jako czynnika w ocenie ryzyka występowania przemocy;
- potrzebę zbierania danych o osobach niepełnosprawnych doświadczających przemocy (brak bazy danych powoduje niewidoczność zjawiska, postulowane jest poszerzenie kategorii osoby stosującej przemoc o opiekuna) i badań dotyczących problemu;
- profilaktykę/edukację osób niepełnosprawnych z zakresu bezpieczeństwa osobistego i życia seksualnego. Zbyt wiele z tych osób nigdy nie korzysta z edukacji dotyczącej życia seksualnego, tworzenia bezpiecznych związków, dbania o własne bezpieczeństwo. Stąd często nie mają one wystarczającej wiedzy o swoim ciele, zdrowych związkach i sposobach radzenia sobie z przemocą. Dlatego część programów przeciwdziałających przemocy skupia się na edukacji w tym właśnie zakresie;
- potrzebę oceny ryzyka zagrożenia przemocą w przypadku osób niepełnosprawnych;

- aktywny udział osób niepełnosprawnych w planowaniu polityki społecznej i usług pomocowych.

Pierwszy kontakt

Przy pierwszym kontakcie z niepełnosprawnymi osobami doznającymi przemocy warto pamiętać o kilku ważnych kwestiach*:

- Należy zdać sobie sprawę z kulturowych stereotypów, by im nie ulegać.
- Osoby z niepełnosprawnością należy traktować z szacunkiem i odpowiednio do ich wieku - osoby niepełnosprawne czują się nieswojo, gdy traktuje się je protekcjonalnie oraz oferuje się im pomoc, której nie chcą. Dobrze jest zapytać, czy i jaka pomoc byłaby dla nich przydatna np. co ułatwiłoby komunikację. Efektywny wywiad z osobą niepełnosprawną wymaga w pierwszej kolejności zrozumienia natury niepełnosprawności i tego, jak może ona wpłynąć na przebieg komunikacji.
- Osoby niepełnosprawne często starają się ukryć nadużycie lub mogą nie być świadome, że są ofiarami przemocy/przestępstwa. Wcześniejsze przygotowanie się do wywiadu, w tym pytań, które chcemy zadać, może w znacznym stopniu pomóc w nawiązaniu kontaktu.
- Bardzo ważne jest wykorzystywanie własnych umiejętności werbalnych i niewerbalnych, by nawiązać dobry kontakt i zwracać uwagę na "mowę ciała" zarówno swoją, jak i osoby doznającej przemocy.
- W rozmowie należy utrzymywać kontakt wzrokowy z rozmówcą, zwracać się bezpośrednio do niego, a nie przez osoby trzecie. Ponadto nie powinno się mówić o tej osobie w jej obecności, jakby jej tam nie było.
- Ilekroć osoba nie ma problemów ze słuchem, należy mówić normalnym tonem.
- Osoby niepełnosprawne mogą potrzebować więcej czasu, by coś powiedzieć, zrobić lub pokazać, dlatego należy być cierpliwym.
- Jeśli czegoś się nie rozumie, wystarczy poprosić o wyjaśnienie.
- Należy ustalić czy nasz rozmówca rozumie co oznacza mówienie prawdy.
- W przypadku przemocy seksualnej, należy ustalić jak osoba doznająca przemocy seksualnej rozumie seksualność i być świadomym własnego stosunku do seksualności i niepełnosprawności.

Należy poinformować osobę niepełnosprawną o przysługujących jej prawach i możliwościach uzyskania pomocy.

Jak pomagać?

Wskazówki dla osób udzielających pomocy osobom z niepełnosprawnością intelektualną:

- Każdą osobę traktuj zgodnie z jej wiekiem, odnoś się z szacunkiem dla jej doświadczenia życiowego, poglądów. Osoby niepełnosprawne intelektualnie mogą tak samo jak pełnosprawne osoby doznające przemocy czerpać korzyści z konsultacji, jednak mogą potrzebować więcej czasu na przepracowywanie emocji. Zalecana jest elastyczność co do liczby i długości dozwolonych konsultacji oraz krótsze i częstsze spotkania w przypadku pracy nad emocjami/doświadczeniami.
- Zapewnij osobę doznającą przemocy, że nie zrobiła nic złego; daj jej odczuć, że jej wierzysz i że udzielisz jej wsparcia.
- Unikaj sugerujących pytań - osoby niepełnosprawne intelektualnie uczone są, by zgadzały się z ważnymi osobami/autorytetami i spełniały ich oczekiwania.

- Pomocne może się okazać korzystanie z tych samych procedur (np. spotkanie się o tej samej porze w ten sam dzień tygodnia).
- Skontaktuj się z profesjonalistami pomagającymi osobom niepełnosprawnym, by przeszkolić się, poszerzyć kompetencje swoje/zespołu z zakresu pracy z osobami niepełnosprawnymi umysłowo (sposobu udzielania porad i dostępnych usług dla tych osób).
- Jeśli to możliwe, należy być rzecznikiem praw osoby niepełnosprawnej, jeśli spotyka się z brakiem zaufania wśród innych służb (część profesjonalistów nie daje wiary zeznaniom osób niepełnosprawnych).

Ponieważ osoby niepełnosprawne w większym stopniu narażone są na przemoc seksualną, każde zgłoszenie należy traktować poważnie i zapewnić odpowiednią pomoc. W przypadku braku potwierdzenia np. zgłaszanego wykorzystania, należy brać pod uwagę możliwość problemów z rozróżnianiem przeszłych wydarzeń od teraźniejszości (osoba ta może przypominać sobie lub powtórnie przeżywać wcześniejsze doświadczenia - osoby pełnosprawne także doznają niechcianych wspomnień traumatycznych wydarzeń).

Wskazówki dla osób udzielających pomocy osobom głuchym:

- Potrzebne jest dobre rozumienie kultury i sytuacji osób głuchych, bowiem bariery w komunikacji mogą doprowadzić do rezygnacji z pomocy. Schroniska i dostępne usługi mogą być bardzo izolujące dla osób głuchych, co w konsekwencji prowadzi do wtórnej wiktymizacji i może wywoływać przykre wspomnienia.
- Kluczową rolę w efektywnej komunikacji pełni dobrze wykwalifikowany tłumacz, chyba że osoba głucha woli komunikować się pisemnie lub czytać z ruchu warg. Jednak tłumacz jest kolejną osobą, której niepełnosprawny musi zaufać, a język pisany jest dla większości osób głuchych drugim językiem, dlatego też efektywna komunikacja może być ograniczona.
- Tłumacz powinien być dostępny w ważnych okolicznościach, takich jak: konsultacje, grupa wsparcia, spotkania mieszkańców schroniska itp.

Z wyjątkiem przekazywania bardzo prostych informacji (np. dotyczących godzin posiłku, konsultacji) do tłumaczenia nie powinno się wykorzystywać dzieci. Z wielu powodów mogą one nie przekazać pełnej informacji, a uczestniczenie w rozmowie dotyczącej przemocy może stać się dla nich traumatycznym przeżyciem i być postrzegane jako nadużycie.

II POJĘCIE „KRZYWDZENIA DZIECI”

Z krzywdzeniem dziecka mamy do czynienia wtedy, gdy doświadcza ono: przemocy fizycznej, przemocy psychicznej (emocjonalnej), przemocy seksualnej (wykorzystywania seksualnego), zaniedbywania.

W wymienionych powyżej sytuacjach może dojść do zakłócenia optymalnego rozwoju dziecka, a nawet do jego zatrzymania.

• Przemoc fizyczna

Z psychologicznego punktu widzenia przemoc fizyczną wobec dzieci możemy rozpatrywać na dwa sposoby. Z jednej strony do krzywdzenia fizycznego dziecka dochodzi wtedy, gdy działania drugiej osoby powodują u dziecka nieprzypadkowe urazy. Z drugiej

strony wszelkiego rodzaju agresywne zachowania odnoszące się do ciała dziecka są krzywdzeniem fizycznym – bez względu na doznany uraz.

Większość osób nie ma wątpliwości, co do tego, że dziecko jest krzywdzone, w sytuacji gdy doświadcza ono szarpania, duszenia, kopania, bicia pięścią, przypalania papierosem itp. Co jednak w sytuacji, gdy dziecko doświadcza „tylko” klapsów?

Zdania oczywiście są podzielone. Jeśli weźmiemy pod uwagę przytoczone powyżej dwa sposoby rozpatrywania przemocy fizycznej wobec dzieci, to zgodnie z pierwszym, jeśli klaps nie powoduje urazu, to nie jest on przemocą. Zgodnie z drugim sposobem definiowania, przemocą są wszystkie działania agresywne wobec dziecka – od klapsa począwszy a na duszeniu skończywszy.

• **Przemoc psychiczna (emocjonalna)**

Przemoc psychiczna wobec dziecka jest definiowana jako rozmyślne, nie zawierające aktów przemocy fizycznej, zachowania dorosłych wobec dzieci, które powodują znaczące obniżenie możliwości prawidłowego rozwoju dziecka, w tym zaburzenia osobowości, niskie poczucie własnej wartości, stany lękowe itp.

Do kategorii tego typu zachowań zaliczyć można m.in.: wyzwiska, groźby, szantaż, poniżanie, zawstydzanie, wywoływanie nieadekwatnego poczucia winy, emocjonalne odrzucenie, nadmierne wymagania, nieadekwatne do wieku i możliwości psychofizycznych dziecka.

Do kategorii przemocy psychicznej wobec dzieci, możemy zaliczyć także sytuację, w której dziecko jest świadkiem przemocy w rodzinie. Oglądanie przez dzieci przemocy, czasem jest równie niszczące, krzywdzące, jak bezpośredni atak.

Przemoc emocjonalna to najczęściej występujący rodzaj krzywdzenia dzieci. Równocześnie jest to ten rodzaj krzywdzenia, który najtrudniej udowodnić, a którego konsekwencje najwyraźniej odczuwane są w młodzięcym i dorosłym życiu.

• **Przemoc seksualna (wykorzystywanie seksualne)**

Światowa Organizacja Zdrowia proponuje, by uznać, że: „dziecko seksualnie wykorzystywane to każda jednostka w wieku bezwzględnej ochrony (w Polsce prawo określa ten wiek na 15 lat), którą osoba dojrzała seksualnie naraża na jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej. Może to być przez świadome działanie osoby dorosłej, czy też przez zaniedbanie jej społecznych obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko.

Można, więc powiedzieć, że **wykorzystywanie seksualne** to każde zachowanie osoby dorosłej, silniejszej i/lub starszej, które prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka.

Mówi się o wykorzystywaniu seksualnym, podczas którego:

- dochodzi do kontaktu fizycznego (stosunek lub próba odbycia stosunku pochwowego, oralnego, analnego lub międzyudowego) dotykane genitaliów i stymulacja;
- nie dochodzi do kontaktu fizycznego (stymulacja werbalna – gdy dorosły mówi o seksie w taki sposób, by zaszokować dziecko lub je podniecić, ekshibicjonizm, oglądactwo, świadome czynienie z dzieci świadków aktów płciowych, zmuszanie do pozowania do zdjęć i filmów o treści pornograficznej).

Należy pamiętać, że mówiąc o wykorzystywaniu seksualnym dzieci nie mamy na myśli tylko sytuacji, w której dochodzi do stosunku płciowego z dzieckiem!

• **Zaniedbywanie**

Zaniedbywanie dziecka może obejmować zarówno sferę psychiczną jak i fizyczną dziecka. Jest definiowane jako niezaspokajanie potrzeb dziecka niezbędnych dla jego prawidłowego rozwoju. Można mówić o zaniedbywaniu materialnym, kiedy dziecko nie ma zaspokojonych potrzeb związanych z odżywianiem, higieną, zdrowiem, edukacją oraz o zaniedbywaniu psychicznym, kiedy dziecko nie ma zaspokojonych potrzeb m.in. miłości, bezpieczeństwa, przynależności; kiedy rodzice nie rozumieją potrzeb psychicznych dziecka. Nie wystarczy nie bić, nie poniżać. Dziecko potrzebuje ciepła, bezpieczeństwa, zainteresowania, uwagi - pokarmu psychicznego niezbędnego do prawidłowego rozwoju.

III CZYNNIKI RYZYKA KRZYWDZENIA DZIECI

W rodzinie, w której dochodzi do krzywdzenia dzieci, a także u samych dzieci można zaobserwować pewne prawidłowości, zjawiska, które uznaje się za czynniki ryzyka występowania przemocy wobec dzieci. Nie oznacza to bezpośredniej zależności, polegającej na tym, że jeśli któreś z tych czynników występują, to na pewno w tej rodzinie krzywdzi się dzieci. Jednakże podczas procesu diagnozowania przemocy należy te czynniki uwzględnić zarówno w wywiadzie środowiskowym jak i psychologicznym.

- Diagnozując rodzinę należy zwrócić uwagę na:
 - osobowość rodziców,
 - niedojrzałość do pełnienia ról rodzicielskich,
 - nieplanowane/niechciane dziecko,
 - choroby psychiczne w rodzinie,
 - długotrwałą chorobę któregoś z rodziców,
 - uzależnienia,
 - śmierć jednego z rodziców,
 - zaburzenia życia seksualnego rodziców,
 - częste zmieniania partnerów przez jednego z rodziców,
 - rodzina niepełna, rozbita, konkubinat,
 - bezradność wychowawcza rodziców,
 - postawy rodzicielskie (nadmiernie wymagająca, nadmiernie opiekuńcza, liberalna, odtrącająca),
 - przekonanie o absolutnej władzy rodziców nad dziećmi,
 - mity na temat sposobu wychowywania dzieci,
 - niejasne role w rodzinie,
 - niejasne granice, brak granic, granice zbyt sztywne,
 - konflikty w relacjach w rodzinie,
 - wciąganie dzieci w konflikty małżeńskie (wchodzenie w koalicje z dzieckiem przeciw jednemu z rodziców),
 - nieumiejętność radzenia sobie z kryzysami,
 - nieumiejętność adekwatnego wyrażania potrzeb,
 - tajemnice rodzinne, tematy tabu,

- sytuację materialną rodziny,
- sprawy sądowe (ograniczone prawa rodzicielskie, alimenty, sprawy karne).
 - Przeprowadzając rozmowę z matką lub wywiad o matce należy zwrócić uwagę na:
 - niechcianą ciążę,
 - komplikacje w okresie ciąży i porodu,
 - ciążę służącą czemuś (np. naprawie związku, zaspokojeniu potrzeb własnych matki, potrzeby miłości, potrzeby posiadania czegoś na własność),
 - pierwszy poród przed 18 rż,
 - dziecko jako narzędzie potwierdzenia roli kobiety,
 - dziecko jako przeszkoda w realizacji celów,
 - dziecko jako „efekt” gwałtu,
 - zbyt młody wiek matki,
 - znaczną różnicę wieku między matką a ojcem (powyżej 8 lat),
 - zaburzenia emocjonalne bądź psychiczne matki,
 - uzależnienie matki,
 - upośledzenie umysłowe matki,
 - doświadczenie krzywdzenia w rodzinie pochodzenia,
 - postawę nadopiekuńczą (lękową) wobec dziecka,
 - postawę odrzucającą wobec dziecka,
 - brak umiejętności komunikacyjnych, w tym nieumiejętność wyrażania uczuć przez matkę.
- Badając dziecko lub przeprowadzając wywiad na jego temat należy zwrócić uwagę na:
 - płeć dziecka (dziewczynka),
 - wiek dziecka (młodsze),
 - niepełnosprawność fizyczną, umysłową,
 - dziecko z pierwszego małżeństwa nieakceptowane przez obecnego męża,
 - temperament dziecka (duża ruchliwość, pobudliwość),
 - pozycję w rodzinie wyznaczoną kolejnością narodzin (najstarsze w rodzinie),
 - rolę w rodzinie (kozioł ofiarny),
 - niezaspokojone potrzeby emocjonalne (bezpieczeństwa, ciepła, bliskości, opieki),
 - chorobę dziecka,
 - zachowanie dziecka (nadpobudliwość, moczenie, kłopoty ze snem, jedzeniem),
 - czy dziecko urodzone było w stanie panieńskim,
 - podobieństwo dziecka do nieakceptowanego partnera,
 - wcześniactwo,
 - dziecko urodzone po stracie poprzedniego dziecka (śmierć, naturalne bądź sztuczne poronienie),
 - wcześniejszy pobyt dziecka w placówce interwencyjnej/opiekuńczej.

IV OBJAWY DZIECKA KRZYWDZONEGO

Podając się diagnozy dziecka krzywdzonego należy wziąć pod uwagę funkcjonowanie dziecka w różnych obszarach: fizycznym (rozwój fizyczny, zdrowie) emocjonalnym, społecznym. Trzeba zbadać funkcjonowanie dziecka w relacji z osobami dorosłymi, rówieśnikami oraz w roli ucznia a także wyszczególnić omawiane wcześniej czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci, występujące w rodzinie.

Poniżej zostaną omówione obszary, w których możemy obserwować objawy występujące u dzieci. Należy jednak zaznaczyć, że większość z nich to tzw. **objawy niespecyficzne**. Znaczy to, że są to objawy, które nie są związane tylko z doświadczaniem przez dzieci krzywdzenia. Mogą one występować u dziecka z zupełnie innych powodów i świadczyć o zaburzeniach, chorobach itp.

1. Funkcjonowanie fizyczne (zdrowie, rozwój fizyczny dziecka):

- osłabiona odporność organizmu,
- bóle, choroby psychosomatyczne,
- niedobór masy ciała (wyjątkowo: waga za wysoka),
- blada, ziemista cera, słabe włosy, postępująca próchnica zębów,
- skulona, „zniekształcona” postawa ciała,
- zaniedbanie higieniczne, brak nawyków higienicznych (ciało brudne, nieprzyjemny zapach, wszawica),
- brak apetytu lub nadmierne objadanie się,
- obniżona sprawność fizyczna,
- opóźniony lub zahamowany rozwój fizyczny,
- chroniczne zmęczenie,
- zaburzenia snu,
- skłonność do urazów,
- urazy ciała: sińce, guzy, otarcia, krwawienia, braki we włosach, blizny, pręgi, wycieki, upławy, ślady samookaleczeń,
- reakcje regresyjne np. brak kontroli fizjologicznej u dziecka powyżej 4 rż. (moczenie się, zanieczyszczanie kałem).

2. Funkcjonowanie emocjonalne:

- chwiejność emocjonalna,
- poczucie zagrożenia, winy i wstydu,
- lęk,
- wzmożona czujność, niemożność rozluźnienia się,
- chroniczny smutek, depresja
- tłumienie negatywnych emocji wobec sprawcy i przenoszenie ich na innych dorosłych lub rówieśników,
- trudności w nawiązywaniu bliskiej relacji z ludźmi,
- poczucie chaosu emocjonalnego: ambiwalentne uczucia wobec rodzica – sprawcy, poczucie braku wpływu na sytuację, sprzeczne komunikaty, informacje,
- obniżone poczucie własnej wartości,
- nieadekwatne wyrażanie emocji np. w postaci zachowań agresywnych lub ucieczkowych,
- autoagresja,
- problemy z nauką (trudności z koncentracją, z zapamiętywaniem),
- „nadpobudliwość psychoruchowa” (duża pobudliwość),
- izolowanie i zamykanie się w sobie lub nadmierna aktywność.

3. Funkcjonowanie w relacji z dorosłym:

- wrogość, nieufność,
- problemy z granicami:

- Ignięcie do dorosłych,
- utrzymywanie dystansu,
- nieposłuszeństwo wobec większości osób, które nie stanowią zagrożenia,
- potrzeba zwracania na siebie uwagi: nie słuchanie, nie wykonywanie poleceń, postępowanie „przekorne”, hałaśliwość, agresja, prowokacyjność,
- wycofanie,
- kurczowe trzymanie się rodzica/opiekuna (charakterystyczne dla dzieci młodszych).

4. Funkcjonowanie w grupie rówieśniczej:

- agresywność (bicie, agresja słowna),
- przyjmowanie roli lidera negatywnego w grupie,
- przyjmowanie roli kozła ofiarnego w grupie,
- wycofanie,
- odrzucenie,
- zwracanie na siebie uwagi,
- wulgarne słownictwo,
- demonstrowanie gestów, słownictwa i zachowań seksualnych.

5. Funkcjonowanie w szkole, w roli ucznia:

- brak zainteresowania zajęciami, lekcjami,
- złe wyniki w nauce lub pogorszenie się wyników (w stosunku do tego jak dziecko uczyło się wcześniej),
- ucieczka w naukę – uzyskiwanie bardzo dobrych ocen (sposób na izolowanie się od problemów, chęć zapomnienia),
- nadmierna aktywność i zaangażowanie w zajęcia szkolne i pozaszkolne (potrzeba rozładowania napięcia, izolowania się od problemów),
- spóźnienia, ucieczki z lekcji, wagary,
- „lekceważenie” obowiązków szkolnych (przyzwolenie rodziców, zatrzymywanie dziecka w domu, obarczanie obowiązkami),
- brak przyborów szkolnych, książek, zeszytów (zaniedbanie ze strony rodziców),
- bierna postawa na lekcjach (obawa przed ośmieszeniem, niskie poczucie własnej wartości),
- brak zainteresowania nawet ciekawymi tematami, sprawami,
- przychodzenie do szkoły w stanie choroby,
- zasypianie na lekcjach (przemęczenie, nieprzespane noce),
- uciekanie lub nie ćwiczenie na lekcjach w-f (ukrywanie obrażeń na ciele, wstyd).

Opisane powyżej objawy występujące u dziecka krzywdzonego w różnych obszarach jego funkcjonowania, zawsze układają się w niepowtarzalny sposób, charakterystyczny dla danego dziecka!

V WYWIAD Z RODZICEM WSPIERAJĄCYM

Bardzo istotnym etapem w procesie diagnozy dziecka krzywdzonego i planowaniu dalszej pomocy jest przeprowadzenie wywiadu z jego rodzicem lub opiekunem, na którego wsparcie i pomoc dziecko może liczyć - z tzw. rodzicem wspierającym. Podczas tego wywiadu zbieramy szczegółowe dane na temat rodziny (warunków mieszkalno – bytowych, ekonomicznych, sytuacji prawnej, małżeństwa rodziców, metod wychowawczych itp.) innych osób opiekujących się dzieckiem, objawów występujących u dziecka, dotychczasowych

sposobów radzenia sobie z problemami przez rodzinę i instytucji, z których wsparcia rodzina korzystała.

Poniżej zostanie przedstawiony proponowany schemat takiego wywiadu.

1. Skład i struktura rodziny:

- ilość osób zamieszkujących wspólnie,
- płeć,
- wiek,
- wykształcenie,
- praca,
- rozmieszczenie przestrzenne (kto z kim mieszka w pokoju, kto z kim śpi w jednym łóżku),
- rodzaj związku rodziców dziecka (małżeństwo, konkubinat),
- choroby (szczególnie alkoholizm, choroby psychiczne),
- karalność.

2. Kto opiekuje się dzieckiem i kto ma do niego dostęp (znajomi, dziadkowie, wujkowie, trenerzy itp).

3. Dziecko:

- data i miejsce urodzenia,
- miejsce zameldowania i zamieszkania,
- zdrowie (dobrze jest obejrzeć książeczkę zdrowia – skala apgar, waga, długość, czy były regularne kontrole lekarskie, szczepienia itp.),
- przebieg ciąży, poród (ew. komplikacje),
- czy ciąża była planowana,
- opieka nad niemowlęciem (kto się opiekował, kto wspierał matkę),
- rozwój psychomotoryczny (kiedy dziecko zaczęło siadać, wstawać, raczkować, mówić itp.),
- choroby, wypadki (zwłaszcza urazy czaszki), hospitalizacje; inne problemy z dzieckiem,
- pobyty w placówkach (pogotowie rodzinne, rodzina zastępcza, dom dziecka itp.),
- uczęszczanie do przedszkola, od którego roku życia, jak chętnie poszło,
- kiedy poszło do szkoły (jeśli odroczone, to dlaczego),
- funkcjonowanie dziecka w grupie rówieśniczej (kiedyś, teraz) - jakim jest uczniem, jakie ma oceny z przedmiotów, z zachowania,
- czym się interesuje,
- w co się lubi bawić;
- jakie są jego mocne i słabe strony,
- jaką zajmuje pozycję w rodzinie, w domu,
- jaka jest relacja dziecka z innymi – rówieśnikami, dorosłymi (kiedyś, teraz).

4. Niepokojące objawy:

- kto pierwszy zauważył coś niepokojącego,
- komu dziecko powiedziało o problemie, kiedy, w jaki sposób,
- jaka była reakcja osoby, której powiedziało/rodzica,
- czy ktoś rozmawiał z dzieckiem na temat problemu,
- czy wraca pani/pan do tych rozmów,
- co się wydarzyło, kiedy, ile razy, w jakich okolicznościach,
- co się zmieniło w relacjach dziecko – sprawca, dziecko – rodzic wspierający,

- jakie objawy obecnie występują: zaburzenia snu, bóle, zachowania seksualne (np. masturbacja, odgrywanie zach. seks. w zabawach, słownictwo), utrata apetytu/objadanie się, apatia, moczenie, inne,
- kiedy objawy nasilają się,
 - czy są sytuacje, w których nie występują (np. podczas zielonej szkoły, kolonii, pobytu poza domem, nieobecności osoby stosującej przemoc).

5. Związek małżeński:

- staż związku,
- jak się poznali, kto zdecydował o ślubie itp.,
- kto jest głową rodziny (badamy hierarchię panującą w rodzinie),
- jaki jest podział obowiązków,
- jak układa się życie seksualne (wziąć pod uwagę brak stosunków, dysfunkcje seksualne któregoś z partnerów, szczególne upodobania, co do miejsca, czasu i warunków współżycia np. zawsze, gdy są w domu dzieci),
- nałogi (alkohol, narkotyki, leki itp.),
- przemoc (kto wobec kogo),
- kłótnie, konflikty (o co najczęściej, jak przebiegają),
- sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
- rozstania, zdrady.

6. Rodzice:

- jakie stosują metody wychowawcze (kary, nagrody),
- jakie prezentują postawy rodzicielskie (dowiemy się o tym pośrednio, pytając o prawa i obowiązki dziecka w domu),
- czy zdarzyło się, że pani/pana rodzice stosowali kary cielesne.

7. Wcześniejsze sposoby radzenia sobie z problemem m. in. jakie instytucje są już powiadomione o problemie (prokuratura, policja, sąd, pomoc społeczna itp.).

8. Kto zgłasza problem (sam rodzic, osoba spoza rodziny, szkoła – chodzi o zbadanie motywacji do pracy nad problemem, motywacji do ochrony dziecka).

VI DEFINICJA WYKORZYSTYWANIA SEKSUALNEGO

Istnieje wiele terminów, które określają zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci. Można spotkać zamiennie stosowane określenia takie jak: przemoc seksualna, krzywdzenie seksualne, molestowanie seksualne, nadużycie seksualne, wykorzystanie seksualne.

Światowa Organizacja Zdrowia proponuje, by uznać, że: „dziecko seksualnie wykorzystywane to każda jednostka w wieku bezwzględnej ochrony (w Polsce prawo określa ten wiek na 15 lat), którą osoba dojrzała seksualnie naraża na jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej. Może to być przez świadome działanie osoby dorosłej, czy też przez zaniedbanie jej społecznych obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko.

Można, więc powiedzieć, że **wykorzystywanie seksualne** to każde zachowanie osoby dorosłej, silniejszej i/lub starszej, które prowadzi do seksualnego zaspokojenia kosztem dziecka.

W tym rozumieniu nadużycia seksualne obejmują zachowania ekshibicjonistyczne,

uwodzenie, świadome czynienie z dziecka świadka aktów płciowych, zachęcanie do rozbierania się czy oglądania pornografii.

VII POJĘCIE KAZIRODZTWA

Sytuacją szczególnie trudną dla dziecka jak i dla jego rodziny jest wykorzystywanie seksualne dziecka przez osobę należącą do rodziny. Ze względu na rodzaj zależności i więzi między rodzicami a dzieckiem, najbardziej urazową jest sytuacja, gdy osobą stosującą przemoc seksualną jest rodzic lub osoba pełniąca funkcję rodzicielską.

Według prawa **kazirodztwo** to obcowanie płciowe pomiędzy krewnymi w linii prostej, ale też rodzeństwem przyrodnim, pozamałżeńskim oraz w przypadku osób przysposobionych. W świetle prawa osoby, które faktycznie pełnią funkcje rodzicielskie, ale nie są połączone z dzieckiem węzłem pokrewieństwa np. ojczym, macocha (niedokonujący przysposobienia) konkubenci rodziców, nie dopuszczają się kazirodztwa tylko są sprawcami wykorzystywania seksualnego. W sensie psychologicznym w takiej sytuacji dochodzi do kazirodztwa, gdyż nie ma to znaczenia czy ojciec i dziecko są połączeni więzami krwi. Ważna jest istniejąca rzeczywistość władza rodzicielska osoby dorosłej i zależność dziecka.

Sprawstwo rodziców stwarza, bowiem dla dziecka – ostrzejsze i bardziej dotkliwe konsekwencje.

VIII CHARAKTERYSTYKA RODZINY, W KTÓREJ DOCHODZI DO KAZIRODZTWA

Różni badacze próbowali odpowiadać na pytanie, czy istnieje taka struktura rodziny, która sprzyja powstaniu relacji kazirodczej i ją podtrzymuje. T. Furniss w 1991r. wyodrębnił 2 typy takich rodzin:

1. W rodzinie są bardzo kruche więzi, a jej członkowie są od siebie odsunięci. Spójność rodzinna jest bardzo mała. Dystans grozi rozpadem rodziny, niebezpieczeństwo jest wyczuwalne, natomiast nie mówi się o nim wprost, ponieważ dla rodziny jest ważne, żeby uniknąć otwartego konfliktu. Intencją rodziny staje się zapobieganie jej rozpadowi. Przed światem rodzina chce uchodzić za całkiem poprawną. Wewnątrz rodziny też panuje zaprzeczanie i mistyfikacja. W tej sytuacji córka zostaje delegowana do roli partnerki seksualnej ojca, co staje się spoiwem rodziny. Również wspólna mistyfikująca gra spaja rodzinę. Dziewczynka staje się ofiarą, ale jest równocześnie centralną postacią rodziny.

2. W rodzinie występuje bardzo nasilony i otwarty konflikt. Rodzina jest zdezorganizowana, pełna przemocy, granice międzypokoleniowe są rozmyte, role rodzinne pomieszane. Rodzina boi się rozpadu. Córka staje się osobą, która zaspokajając potrzeby seksualne ojca łagodzi jego gniew. W tego typu rodzinach kazirodztwo może być jawne dla członków rodziny, natomiast informacja ta nie wydostaje się poza granice rodziny.

Oczywiście to poszukiwanie typów rodzin kazirodczych nie może stać się przyczyną rozproszenia odpowiedzialności za czyn kazirodczy. **Odpowiedzialność za ten czyn ponosi zawsze** osoby stosująca przemoc!

Poniżej zostanie przedstawiony bardziej szczegółowo model rodziny kazirodczej:

RODZICE

- matka nieobecna emocjonalnie lub fizycznie;
- matka przewlekłe chora (choroby somatyczne, psychiczne, alkoholizm)

- ojciec dominujący, podporządkowujący sobie resztę rodziny, jedyny żywiciel rodziny;
- ojciec - niezaspokojone potrzeby seksualne, potrzeba władzy, dominacji;
- doświadczenie przemocy w przeszłości.

RELACJE: MATKA – OJCIEC

- dystans emocjonalny;
- nie wyrażanie swoich uczuć, potrzeb;
- nie zaspakajanie swoich potrzeb, w tym potrzeby seksualnej (np. unikanie współżycia przez kobietę, oziębłość seksualna).

GRANICE zaburzone

- sztywna zewnętrzna granica – izolacja od świata zewnętrznego;
- płynne granice pomiędzy podsystemami: rodzice – dzieci;
- naruszanie cudzych granic jest normą (np. spanie rodziców z dziećmi, rodzeństwa ze sobą).

ROLE

- zamiana ról (dziecko pełni rolę rodzica);
- córka wykorzystywana przejmując rolę matki (sprząta, gotuje, opiekuje się młodszym rodzeństwem) i rolę żony (zaspokaja potrzeby seksualne ojca);
- matka wycofuje się z roli matki i żony.

RODZINA

- odizolowana;
- chroniąca swojej wspólnej tajemnicy i swojej osobistej tajemnicy – każdy wie, ale o tym się nie rozmawia. Brak przepływu informacji pomiędzy dziećmi, każdy jest sam ze swoją tajemnicą;
- członkowie rodziny są wobec siebie lojalni;
- przekaz rodzinny dotyczący wykorzystywania dzieci (tzn. w tej rodzinie we wcześniejszych pokoleniach dochodziło już do relacji kazirodczych);
- funkcjonują w niej mity: brudy pierzemy we własnym domu, dzieci są własnością rodziców, mit silnego mężczyzny,
- uzależnienia;
- przemoc;
- upośledzenie umysłowe.

DZIECI

- brak zaspokojonych potrzeb: bezpieczeństwa, akceptacji, opieki;
- rywalizacja o względy rodziców;
- rywalizacja między matką a wykorzystywaną córką.

IX FAZY RELACJI KAZIRODCZEJ

Wydaje się, iż dziecko, które tkwi w krzywdzącej relacji kazirodczej powinno dążyć do jej przerwania, do wydostania się z niej. Tymczasem dziecko chce przeżyć w sytuacji zależności od osoby stosującej przemoc, w sytuacji jego przewagi i przy braku jakiegokolwiek wsparcia. Dziecko uruchamia zachowania, które dla zewnętrznego obserwatora świadczą o akceptacji relacji kazirodczej, tymczasem służą one przetrwaniu. Zjawisko to zostało nazwane **syndromem adaptacyjnym dziecka wykorzystywanego seksualnie**.

Poniżej zostanie przedstawiony model (R.C. Summit) zachowania dziecka nastawionego na przetrwanie w relacji kazirodczej.

1 FAZA – UTAJNIENIE, UKRYWANIE ZWIĄZKU

W tej fazie charakterystyczne jest, że osoba doznająca przemocy i osoba stosująca przemoc posiadają wspólną tajemnicę. Osoba stosująca przemoc grozi dziecku by wymóc na nim dochowanie tajemnicy. Obciąża również dziecko odpowiedzialnością za czyn.

2 FAZA – BEZRADNOŚĆ DZIECKA

Dziecko ma poczucie niemożności poradzenia sobie z tą sytuacją, gdyż osoba stosująca przemoc wprowadza nowe formy wymuszania milczenia. Posługuje się nakazami wychowawczymi. Dziecko znajduje się w sytuacji, w której powinno podporządkować się sprzecznym normom. Z jednej strony powinno być posłuszne dorosłemu, z drugiej zaś powinno dorosłym ufać. W tym czasie dziecko próbuje dawać jakieś sygnały otoczeniu, robi to nie wprost (objawy psychosomatyczne, zaburzone zachowanie, niespotykane dotąd słownictwo itp.).

W odpowiedzi na to, osoba stosująca przemoc dyskredytuje sygnały wysyłane przez dziecko.

3 FAZA – USIDLENIE I PRZYSTOSOWANIE

Dziecko jest przekonane, że nie jest możliwe rozwiązanie problemu, ucieczka od działań osoby stosującej przemoc powoduje pogorszenie sytuacji osoby doznającej przemocy. W tym momencie dziecko zmienia opcję z ucieczki na przetrwanie.

4 FAZA – ODROZONE, SPRZECZNE I NIEPRZEKONYWAJĄCE UJAWNIENIE

W tej fazie przestają być skuteczne dotychczas stosowane mechanizmy obronne i dlatego dziecko przerywa milczenie. W tym czasie dziecko jest pod wpływem bardzo silnych emocji, które powodują, że jego relacja jest mało wiarygodna.

2 modele ujawnień:

- model zbuntowanej nastolatki, która w momencie konfliktu z ojcem, matką, nauczycielami itp. posługuje się ujawnieniem wykorzystywania seksualnego jako atutem pozwalającym jej osiągnąć przewagę;
- model układowego dziecka, które radziło sobie z cierpieniem przez uległość i wycofanie i używało tych mechanizmów dopóki to było możliwe.

Rezultatem takiego ujawnienia jest brak wsparcia dla osoby doznającej przemocy.

5 FAZA – WYCOFANIE

Dziecko wycofuje się z ujawnienia. Lepiej żyć z etykietką kłamcy niż pogрузić ojca i zdestabilizować całą rodzinę. Dziecko uruchamia silny mechanizm obronny – zaprzeczenie. Osoba stosująca przemoc powraca do wykorzystywania dziecka w poczuciu bezkarności.

Aby sobie poradzić z sytuacją dziecko stosuje następujące mechanizmy obronne:

- racjonalizacja („sprawca robi to, ponieważ mnie kocha”);
- wyparcie („nic takiego się nie dzieje”);
- eksternalizacja i splitting (czyn jest oceniany negatywnie, natomiast postać ojca jest nienaruszona od strony emocjonalnej);
- idealizacja rodzica (wzięcie odpowiedzialności i winy na siebie);
- identyfikacja z osobą stosującą przemoc („jestem taki sam jak on”).

X OBJAWY WYKORZYSTYWANIA SEKSUALNEGO

MEDYCZNE: siniaki, obrzęki, otarcia, pęknięcia, krwawienia z narządów, uszkodzenia odbytu, ślady nasienia, zmiany w śluzówce jamy ustnej, naruszenie błony dziewiczej, uszkodzenia pochwy, bóle brzucha – narządów, stany zapalne, swędzenia, zaczerwienienia genitaliów, bóle głowy, nudności, infekcje dróg moczowo – płciowych, choroby przenoszone drogą płciową, ciąża.

PSYCHOLOGICZNO – BEHAWIORALNE: Lęk, poczucie winy, labilność emocjonalna, sięganie po używki, koszmary senne, moczenie nocne, zaburzenia psychosomatyczne (bóle, nudności), zaburzenia koncentracji, nadmierna koncentracja na seksie (mówienie, rysowanie, naśladowanie ruchów), inicjowanie zabaw seksualnych, wagary, ucieczki, agresja, wycofanie się z kontaktu, prowokacyjne zachowania, unikanie kontaktów z osobami tej samej płci co osoba stosująca przemoc, problemy szkolne, masturbacja, anoreksja, stany depresyjne, psychozy reaktywne, strach przed powrotem do domu lub pozostaniem w domu np. z ojcem, dziecko mówi o istnieniu jakiejś tajemnicy.

Z prowadzonych badań nad objawami wykorzystywania seksualnego wynika, że można w sposób jednolity potraktować sygnały pochodzące od dziecka wykorzystywanego w rodzinie i poza nią. Nie można natomiast pominąć zależności pomiędzy wiekiem dziecka – a rodzajem objawów.

M. Elliot w swoim poradniku: „Protecting Children Training Pack for Front – Line Carers” przedstawiła zestawienie symptomów wykorzystywania seksualnego z podziałem na 3 grupy wiekowe. Poniższe zestawienie może być przydatne dla osób, które w mniejszym stopniu orientują się w zagadnieniu wykorzystywania seksualnego, a na co dzień spotykają się z określonymi grupami dzieci.

Przedział wiekowy.	Występujące objawy.
Poniżej 5 lat	<ul style="list-style-type: none">- mają pewne oznaki fizyczne w okolicy genitaliów czy odbytu, np. zapach nasienia,- odczuwają bolesność i/lub mają krwawienia z gardła, okolicy genitaliów lub odbytu,- zachowują się w sposób seksualnie nieodpowiedni do swojego wieku, obsesyjnie zajmują się kwestiami seksualnymi w opozycji do normalnej, rozwojowej eksploracji,- odgrywają zabawkami lub w zabawie z innymi dziećmi akty seksualne, manifestując zbyt dużą, nieodpowiednią dla nich wiedzę,- zachowują się seksualnie nieodpowiednio (prowokacyjnie) wobec dorosłych,- rysują obrazki narządów płciowych, np. penisa we wzwodzie,- płaczą histerycznie w czasie zmiany pieluszki,- zachowują się histerycznie podczas zdejmowania ich ubrania, szczególnie bielizny,- ujawniają bardzo silny lęk wobec określonej osoby,- zdają się być zaniepokojone lub zaprzętnięte czymś, ale nie chcą powiedzieć dlaczego, jakby miały tajemnicę,- powtarzają, że są złe, nieprzyzwoite i niegodziwe,

	<ul style="list-style-type: none"> - stają się niepewne i bojaźliwe albo przylegają do rodziców („przylepy”), - cofają się do zachowań charakterystycznych dla dużo młodszych dzieci (regresja), - wpatrują się obojętnie przed siebie, zdają się nieszczęśliwie, zmieszane, smutne, - stają się wycofane, przestają jeść, mają chroniczne koszmary nocne, na powrót moczą się i brudzą (gdy już przestały), - zmieniają się ze szczęśliwych i aktywnych na wycofane i pełne obaw, - przestają cieszyć się zajęciami z udziałem innych dzieci, takimi jak słuchanie opowieści czy gry, - stają się agresywne wobec innych, - powtarzają obsceniczne słowa czy zwroty, które mogły być wypowiedziane podczas wykorzystania,
5 – 12 lat	<ul style="list-style-type: none"> - mają infekcje w okolicy moczopłciowej, krwawienia i /lub bolesności w okolicy genitaliów, odbytu, gardła, - odczuwają dyskomfort podczas chodzenia, pokazują to, - mają chroniczne dolegliwości, np. bóle głowy, brzucha - cierpią z powodu zaburzeń jedzenia, anoreksji czy bulimii, - obsesyjnie mówią lub piszą o sprawach seksu, - próbują wykorzystać seksualnie inne dzieci, - zachowują się seksualnie nieodpowiednio wobec dorosłych, - podejmują rodzicielską rolę w domu, zdają się wtedy starsze niż są w rzeczywistości (ofiary kazirodztwa), - rysują wyraźnie seksualne obrazki przedstawiające akty nadużyć, - mają pieniądze z niewiadomych źródeł, - są niechętne wobec rozbierania się na lekcjach gimnastyki, - stają się pełne obaw lub odmawiają widzenia się z określonymi dorosłymi, bez wyraźnie widocznego powodu, pokazują, że nie lubią określonej opiekunki, krewnego czy innego dorosłego, - znajdują setki wymówek, aby nie iść do własnego domu lub domu przyjaciela po szkole (miejsca, gdzie może mieć miejsce nadużycie), - mówią, że są niedobre, nieprzyzwoite, zepsute, - mają negatywny obraz siebie, „okaleczone ja”, - sugerują, że mają tajemnicę, o której nie mogą powiedzieć, - pytają, czy dotrzyma się tajemnicy, jeśli coś powiedzą, - zdają się utrzymywać w sekrecie coś, co je martwi, - mówią, że ich przyjaciel ma problem, - zaczynają kłamać, kraść, ewidentnie oszukiwać w nadziei

	<p>bycia przyłapanym,</p> <ul style="list-style-type: none"> - wracają do zachowań charakterystycznych dla młodszych dzieci (regresja): ssanie kciuka, otaczanie się porzuconymi wcześniej maskotkami, - zaczynają się na powrót moczyć, - prezentują nagle, niewytłumaczalne zmiany w zachowaniu, tj. agresja, czy wycofanie, - mają przerażające sny, - stają się silnie depresyjne, podejmują nawet próby samobójcze, - uciekają z domu, - przestają się cieszyć wcześniej lubianymi zajęciami, muzyką, sportem, sztuką, harcerstwem, wyjazdami na obozy letnie
<p>Powyżej 12 lat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mają infekcje w okolicy moczopłciowej, krwawienia i /lub bolesności w okolicy genitaliów, odbytu, gardła, - ciąża, - cierpią z powodu zaburzeń jedzenia, anoreksji czy bulimii, - mają chroniczne dolegliwości, takie jak bóle żołądka czy bóle głowy, - obawiają się rozebrać na lekcjach gimnastyki, - przybierają rolę rodzicielską do tego stopnia, że wyłącznie one gotują, sprzątają, opiekują się dziećmi i dbają o zaspokojenie potrzeb wszystkich członków rodziny oprócz własnych (ofiary kazirodztwa), - nie wolno wychodzić im na randki czy otaczać się przyjaciółmi, - są kusicielskie, uwodzące wobec innych, - wykorzystują seksualnie inne dzieci, rodzeństwo, przyjaciół, - zachowują się w seksualnie nieodpowiedni sposób wobec dorosłych, - mają pieniądze z niewyjaśnionych źródeł, - są pełne obaw wobec określonych osób, krewnych, przyjaciół, znajdują wymówki, by nie iść do domu lub w określone miejsce, - mają „przyjaciela, który ma problem” i w ten sposób mówią o nadużyciach, - pokazują nienawiść wobec siebie, „uszkodzone ja” - doświadczają utraty pamięci, - nie są w stanie się skoncentrować, zdają się być „we własnym świecie”, - mają powtarzające się koszmary nocne, boją się ciemności, - są wycofane, izolują się, nadmiernie obawiają się - są chronicznie depresyjne,

	<ul style="list-style-type: none"> - są w nastroju samobójczym, - używają narkotyków i/lub alkoholu, - prezentują wybuchy złości, irytacji, - uciekają z domu, - prezentują nagłe zmiany w zwyczajach szkolnych, w pracy; zaczynają wagarować.
--	---

XI WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE ROZMOWY Z RODZICEM NA TEMAT WYKORZYSTANIA SEKSUALNEGO JEGO DZIECKA

- mówimy z pozycji autorytetu np. z mojej diagnozy, obserwacji, badań itp. wynika, że dziecko prezentuje objawy wykorzystania seksualnego;
- możemy dawać komunikaty z metapoziomu (np. chcę powiedzieć pani coś trudnego, jest to wiadomość dotycząca relacji w pani rodzinie);
- nie ujawniamy rodzicowi szczegółów dotyczących nadużycia (gdzie, kiedy, jak);
- nie pokazujemy wyników testów, rysunków itp.;
- na reakcję rodzica: „to niemożliwe” reagujemy, mówiąc, że to normalne, że w ten sposób reaguje;
- jeśli rodzic pyta dlaczego dziecko jemu o tym nie powiedziało należy wyjaśnić, że dla dziecka jest to bardzo trudna sytuacja i tak się zdarza, że dzieci nie mówią. Jak będzie gotowe, to powie;
- najważniejsze jest to, by zabezpieczyć dziecko przed kolejnym wykorzystaniem,
- trzeba pomyśleć o realnych możliwościach, ułożyć plan ochrony dziecka;
- żeby chronić i wspierać dziecko, należy dążyć do takiej pracy z rodzicem, żeby on był w stanie chronić dziecko;
- trzeba być **rzecznikiem dziecka!** Często koncentrujemy się na bólu niekrzywdzonego rodzica zamiast na dziecku.

XII PIERWSZY KONTAKT Z DZIECKIEM WYKORZYSTYWANYM SEKSUALNIE

Przed przystąpieniem do rozmowy z dzieckiem należy pamiętać, że dziecku bardzo trudno jest powiedzieć o wykorzystaniu seksualnym, dlatego że jest zobowiązane przez osobę stosującą przemoc do tajemnicy. Może on wymóc na dziecku obietnicę milczenia, może zastraszyć dziecko („jeśli to powiesz twoja/nasza rodzina się rozpadnie”, „jeśli to powiesz, ktoś z twojej rodziny umrze”, „wyrzucą cię z domu” itp.).

Dzieci rzadko kłamią lub zmyślają historie o byciu wykorzystanym seksualnie, jedynie nam dorosłym często trudno uwierzyć, że ta miła szanowana osoba jest osobą stosującą przemoc seksualną.

Ujawnienie nadużycia często jest procesem (dziecko potrzebuje czasu, aby nabrać pewności i zaufania do nas) a nie pojedynczym zdarzeniem.

Osoba pierwszego kontaktu powinna być przygotowana na to, że dziecko nie od razu zechce zdradzić swój sekret. Osoba ta powinna przystosować się do tempa otwierania się dziecka. Próba uzyskania informacji za wszelką cenę może być traumatyczna dla dziecka i sprawić, że nie będzie chciało udzielić niezbędnych informacji.

Najistotniejsze przed rozpoczęciem rozmowy jest nawiązanie dobrego kontaktu z dzieckiem!

- ważne żeby na początku rozmowy powiedzieć dziecku:
 - że nie jest winne, temu, co się stało, cała odpowiedzialność leży po stronie osoby stosującej przemoc („tata nie miał prawa tak robić”; **nie mówimy** natomiast: „tata cię skrzywdził”) (chodzi o to, by nie oceniać rodzica, by nie dawać dziecku naszej interpretacji);
 - jeżeli nie powiedziało o tym co się stało od razu, to również nie ponosi winy;
 - że to samo spotyka bardzo wiele dzieci i nie jest ono jedynym dzieckiem, które ma taki problem;
 - że pomożesz mu w tej sytuacji;
 - że mu wierzysz i cieszysz się, że ci o tym powiedziało;
 - że obrażenia, których doznało są przejściowe (jeśli mamy pewność, że tak jest);
- należy używać pytań otwartych (aby dziecko miało możliwość opisanie sytuacji, a nie jedynie odpowiedzi: „tak” lub „nie”)
- niedopuszczalne jest zadawanie pytań sugerujących;
- nie należy zadawać dziecku pytań typu: „dlaczego od razu nie uciekłaś?”, „dlaczego mi wcześniej nie powiedziałaś?” Te pytania sugerują, że dziecko nie zachowało się tak, jak powinno – mogą wzbudzić w dziecku poczucie winy;
- młodsze dzieci, z którymi nie przeprowadzono wcześniej luźnej, niezobowiązującej rozmowy, bardzo niechętnie ujawniają wykorzystanie w czasie oficjalnego wywiadu – nieformalny kontakt z dzieckiem ma bardzo duże znaczenie;
- nie można dominować nad dzieckiem (jeśli dziecko nie odpowie nam na jakieś pytanie, można do niego wrócić);
- należy ustalić z dzieckiem wspólne nazewnictwo dotyczące osób, genitaliów, zachowań seksualnych (jeśli dziecko ma trudności z werbalizacją może pokazać, co się stało, wykorzystując zabawki, lalki, rysunek);
- nie należy wyolbrzymiać sprawy, ani dramatyzować, ale nie można też udawać, że nic się nie stało;
- nie trzeba się powstrzymywać od bliskiego, fizycznego kontaktu z dzieckiem;
- trzeba pozwolić dziecku na wyrażenie nie tylko negatywnych, ale i pozytywnych uczuć;
- nie można być nadopiecznym i ograniczać dziecka;
- warto porozmawiać z dzieckiem o różnych rodzajach dotyku i wytłumaczyć mu, że ma prawo odmawiać dorosłemu.

Absolutnie nie wolno obiecać dziecku, iż utrzyma się pozyskane informacje w tajemnicy!

Utrzymanie sprawy w tajemnicy nie chroni dziecka przed osobą stosującą przemoc seksualną, nie prowadzi do poprawy stosunków w rodzinie, wręcz przeciwnie, przemoc może się powtórzyć. W przypadku dziecka seksualnie wykorzystanego utrzymanie przez specjalistę sprawy

w tajemnicy będzie jedynie potwierdzeniem potęgi, jaką ma tajemnica nad krzywdzącą rodziną. Jeśli dziecko lub matka prosi, żeby nikomu nie wyjawiać opowiedzianej historii,

konieczne jest powiedzenie, że prośby tej nie możemy spełnić (uprzejmie, ale zdecydowanie). Można obiecać opiekunowi, że będzie się go w pełni informowało o postępach działań.

XIII CELE TERAPII DZIECKA KRZYWDZONEGO

DOSTARCZENIE KOREKTYWNYCH DOŚWIADCZEŃ W RELACJI

DZIECKO – DOROSŁY:

- zwiększanie poczucia bezpieczeństwa
(budowanie zaufania do świata zewnętrznego, stworzenie sytuacji ładu, przewidywalności)
 - odreagowanie negatywnych emocji wobec rodzica krzywdzącego i nie krzywdzącego
(konstruktywne sposoby rozładowywania napięcia)
 - umożliwienie przepracowania traumatycznych doświadczeń
 - zmniejszenie poczucia lęku i poczucia winy
 - podnoszenie poczucia wartości
- zamiana negatywnego obrazu własnej osoby na pozytywny
 - szukanie mocnych stron dziecka
 - wzmacnianie indywidualności dziecka

Bibliografia – aspekt psychologiczny.

- Badura – Madej W., Dobrzyńska – Masterhazy A., 2000: Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beisert M., 2004: Kazirodstwo. Rodzice w roli sprawców. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Burek M., 2007: Maltretowanie dzieci a alkohol. Niebieska Linia 2/49/2007. s.5 – 7. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia.
- Glaser D., Frosh S., 1995: Dziecko seksualnie wykorzystywane. Warszawa, PZWL
- Herman J.L., 2003: Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk, GWP.
- Herzberger S. D., 2002: Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. Warszawa, PARPA.
- Hindman J., 1993: Przerwać cierpienie. Terapia dzieci – ofiar nadużyć seksualnych. Warszawa, OPTA.
- Izdebski R., de Barbaro M., Szaszkiwicz W., 2005: Przemoc w rodzinie. Maltretowanie fizyczne i wykorzystywanie seksualne dzieci i młodzieży. W: Namysłowska I. (red.) Psychiatria dzieci i młodzieży, Warszawa: PZWL.
- Kałka I., 2007: Dzieci krzywdzone i wykorzystywane seksualnie. Poradnik dla nauczycieli, pedagogów i pracowników socjalnych. Sosnowiec, Projekt - kom.
- Lipowska – Teutsch A., 1995: Rodzina a przemoc. Warszawa, PARPA.
- Margolis A., 1998: Zespół Dziecka Maltretowanego. Diagnostyka medyczna. Warszawa, Fundacja Dzieci Niczyje.
- Materiały szkoleniowe dla ambasadorów kampanii: Powstrzymać przemoc wobec dzieci. Warszawa, 2001.
- Miller A., 1995: Dramat udanego dziecka. Studia nad powrotem do prawdziwego ja. Warszawa, Jacek Santorski & Co.

- Miller A., 2000: Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii. Poznań, Media Rodzina.
- Miller A., 2006: Gdy runą mury milczenia. Poznań, Media Rodzina.
- Pacewicz A., 1996: Ulotka o nadużyciach seksualnych wobec dzieci. Informacje dla rodziców i opiekunów. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Pacewicz A., 1992: O nadużyciach seksualnych wobec dzieci. Warszawa, PARPA.
- Pospiszyl I., 1994: Przemoc w rodzinie. Warszawa, WSiP.
- Sajkowska M., Szymańczak M., 1998: Lokalny system pomocy dzieciom krzywdzonym. W: Red. Sajkowska M. Jak organizować lokalny system pomocy dzieciom krzywdzonym. Poradnik dla gmin i organizacji pozarządowych. Warszawa, Fundacja Dzieci Niczyje.
- Sajkowska M., 2000: Dlaczego je uderzyłam. Niebieska Linia 5/10/2000. s. 13 – 15. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia.
- Sztander W., 1993: Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym. Warszawa, PARPA.
- Szymańczak M., 1998: Pojęcie krzywdzenia dzieci. W: Red. Sajkowska M. Jak organizować lokalny system pomocy dzieciom krzywdzonym. Poradnik dla gmin i organizacji pozarządowych. Warszawa, Fundacja Dzieci Niczyje.
- Zmarzlik J., Piwnik E., 1999: Dziecko pod parasolem prawa. Poradnik dla osób pomagających dzieciom. Warszawa, FDN.
- Zmarzlik J., 2001: Portret dziecka krzywdzonego. Niebieska Linia 1/12/2001. s. 9 – 10. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia.