

Relacja lekarza z małoletnim, który doświadczył wykorzystania seksualnego. Uwarunkowania przebiegu kontaktu i jego znaczenie dla procesu diagnozy

Agnieszka Izdebska, Monika Zielona-Jenek

Zakład Seksuologii Społecznej i Klinicznej Wydziału Psychologii i Kognitywistyki
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza

Artykuł jest poświęcony zagadnieniu specyfiki kontaktu diagnostycznego lekarza z małoletnimi pacjentami i pacjentkami z doświadczeniem wykorzystania seksualnego. Omówiono cechy psychologicznego funkcjonowania małoletnich doświadczonych seksualnym wykorzystaniem, a także możliwe cechy i reakcje lekarza uruchomione w odpowiedzi na doświadczenia dziecka oraz przejawiane w związku z nimi zachowania. W odniesieniu do zarówno lekarza, jak i małoletniego pacjenta i jego opiekunów wyróżniono dwie grupy czynników determinujących przebieg kontaktu diagnostycznego – niezwiązane z doświadczeniem przez dziecko wykorzystania seksualnego oraz powiązane z takim doświadczeniem. Przeprowadzone analizy stały się podstawą sformułowania zaleceń praktycznych dla lekarzy. Omówiono je w odniesieniu do modeli relacji lekarz–pacjent zgodnie z klasyfikacją Szasza i Hollendera: modelu aktywność–bierność, kierownictwo–współpraca oraz obustronnego uczestnictwa. W konkluzjach wskazano także potrzebę rozwoju badań empirycznych odnoszących się do analizowanego zagadnienia, także w warunkach polskich.

SŁOWA KLUCZOWE:

WYKORZYSTANIE SEKSUALNE DZIECKA, DIAGNOZA MEDYCZNA, BADANIE GENITALIÓW,
KONTAKT LEKARZ–PACJENT, PRZYGOTOWANIE DO BADANIA

Termin wykorzystanie seksualne obejmuje różnorodne formy kontaktów włączając w to zarówno penetrację seksualną jak i kontakty ekstragenitalne, np. wymuszony dotyk narządów płciowych lub bycie zmuszonym do obserwacji cudzego zachowania seksualnego (por. Beisert, Izdebska, 2012). Jedną z częściej przytaczanych definicji jest ta opracowana przez WHO. Zgodnie z nią za wykorzystanie seksualne uważa się

włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby. Aktywności taka może dotyczyć:

1. namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne;
2. wykorzystywanie dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym;
3. wykorzystywanie dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym. (za: Sajkowska, 2002)

Dane dotyczące skali przemocy seksualnej wobec dzieci w Polsce płyną m.in. z *Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci* przeprowadzonej przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2018 r. (Izdebska, Pilarczyk, 2019; Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018). Badania te zostały zrealizowane na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie 1155 nastolatków w wieku 11–17 lat. Okazało się, że wykorzystania seksualnego obejmującego kontakt fizyczny w ciągu całego życia doświadczyło 7% badanych, przy czym istotnie częściej były to dziewczyny niż chłopcy (10% vs 5%). Najczęściej zgłaszaną dotykową formą przemocy seksualnej było wykorzystanie seksualne ze strony rówieśnika (4% wszystkich badanych, 6% w grupie dziewczyn i 1% – chłopców). Z kolei 2% badanych podało, że przed ukończeniem 15 r.ż. uczestniczyło w kontakcie seksualnym z osobą dorosłą. W tym wypadku nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między płciami.

Znaczna skala problemu oraz jego waga czynią go przedmiotem zainteresowania przedstawicieli wielu grup zawodowych, w tym pediatrów, lekarzy rodzinnych, ginekologów, urologów i chirurgów. Praktyka medyczna obejmuje trzy obszary pomocy małoletnim z doświadczeniami przemocy seksualnej:

- a) pracę kliniczną, w ramach której lekarz przeprowadza obdukcję osoby małoletniej w odpowiedzi na zgłoszone przez nią lub towarzyszące jej osoby doświadczenie wykorzystania seksualnego w niedługim czasie po zdarzeniu;

- b) pracę kliniczną, w ramach której lekarz na podstawie przeprowadzonego badania nabiera podejrzenia doświadczenia przez osobę małoletnią wykorzystania seksualnego;
- c) pracę biegłego-orzecznika sądowego w postępowaniach dotyczących przestępstw seksualnych na szkodę małoletnich.

W przypadku obdukcji zaleca się, by badanie przeprowadzono do 72 godzin po zgłoszonym zdarzeniu. W tym czasie szansa na zarejestrowanie medycznych dowodów kontaktu seksualnego – np. w postaci śladów biologicznych sprawcy czy urazów narządów płciowych – jest największa (Christian i in., 2000; Young, Jones, Worthington, Simpson, Casey, 2006). Dowody takie z kolei stanowią nieocenione wsparcie relacji dziecka w późniejszym postępowaniu sądowym. Szczegółowe zadania stojące przed lekarzem dokonującym obdukcji wymieniają Skrzypulec, Droszól i Kowalczyk (2010, s. 48):

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, dokładne udokumentowanie zdarzenia i urazów, zebranie dowodów rzeczowych, zgromadzenie dokumentacji fotograficznej znalezionych urazów, powiadomienie odpowiednich władz o popełnieniu przestępstwa oraz wsparcie psychologiczne.

Jak wskazują Meunier-Sham, Cross i Zuniga (2013), badanie lekarskie ma istotną wartość również wtedy, gdy od zdarzenia minęło więcej niż 72 godzin lub gdy wykorzystanie trwało przez dłuższy czas. Po pierwsze, umożliwia stwierdzenie ewentualnych śladów urazów narządów płciowych oraz rozpoznanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową. Po drugie, stanowi okazję do zapewnienia dziecka o normalności jego ciała i ogólnego funkcjonowania fizycznego, co w przypadku osób z doświadczeniem wykorzystania seksualnego jest niezwykle ważne (por. Finkel, 2011). Meunier-Sham, Cross i Zuniga (2013) zwracają tym samym uwagę na funkcję kontaktu lekarza z dzieckiem wykraczającą poza obszar ściśle medyczny, tj. funkcję wsparcia emocjonalnego.

W naszej opinii niezależnie od okoliczności oraz swoistych cech konkretny kontakt lekarza z małoletnim każdorazowo związany jest z realizacją trzech zadań. Są to:

1. badanie i udokumentowanie aktualnego stanu dziecka,
2. ustabilizowanie i ewentualne leczenie wymagających tego stanów somatycznych,
3. wsparcie dziecka, a także – jeśli istnieje taka potrzeba – jego opiekunów.

Waga realizacji tych zadań związana jest z ich konsekwencjami dla przyszłej sytuacji dziecka. Po pierwsze, wyniki badania lekarskiego mają ogromne znaczenie w postępowaniu sądowym (por. Berson, Herman-Giddens, Frothingham, 1993). Po drugie, kontakt z lekarzem nierzadko jest dla dziecka pierwszym, w którym oceniany jest jego stan jako osoby poszkodowanej krzywdzeniem. Tym samym ma on ogromny wpływ zarówno na aktualny stan psychiczny małoletniego, jak i jego nastawienie wobec przyszłych, podobnych sytuacji.

Biorąc pod uwagę wskazaną wagę badania lekarskiego, zasadne wydaje się poświęcenie uwagi determinantom jego przebiegu. Przegląd piśmiennictwa wskazuje tymczasem, że danych na ten temat jest bardzo mało. Dostępne – relatywnie nieliczne – opracowania odnoszą się głównie do znaczenia wiedzy profesjonalnej personelu medycznego na temat możliwych fizycznych konsekwencji przemocy seksualnej oraz procedur związanych z badaniem (m.in. Ceccucci, 2018; Henderson, Harada, Amar, 2012; Lane, Dubowitz, 2009), a także – jeszcze rzadziej – reakcji dzieci z doświadczeniem wykorzystania na badanie sfery genitalnej (Berson i in., 1993; Milam, Nugent, 2017). W odniesieniu do dziecka możliwe jest ewentualnie skorzystanie z wyników badań poświęconych determinantom innego rodzaju kontaktów okołodiagnostycznych. Dla przykładu, dostępne jest obszerne piśmiennictwo poświęcone funkcjonowaniu dzieci podczas przesłuchania przed sądem (m.in. Azzopardi, Eirich, Rash, MacDonald, Madigan, 2019; Hewitt, 1999; Myers, 2007, Zielona-Jenek, 2012). Nie ma jednak pewności, na ile ustalenia poczynione dla tego rodzaju kontaktu dziecka z osobą dorosłą są przekładalne na jego kontakt z lekarzem. Wydaje się, że specyfika interakcji zachodzących w trakcie badania lekarskiego oraz ich uwarunkowań wymagają niezależnych badań naukowych i opracowań.

Celem niniejszego artykułu jest systematyzacja dostępnych informacji odnoszących się do uwarunkowań przebiegu badania lekarskiego małoletnich pokrzywdzonych wykorzystaniem seksualnym. Podstawą proponowanej przez nas systematyzacji danych jest ujęcie sytuacji diagnostycznej jako kontaktu interpersonalnego lekarza z dzieckiem oraz, zwłaszcza w przypadku dzieci młodszych, jego opiekunami. W związku z tym wyróżniono dwie grupy czynników–determinant przebiegu badania – czynniki związane z dzieckiem i jego opiekunami oraz czynniki związane z lekarzem. Każda z wyróżnionych grup obejmuje następnie kolejne dwie kategorie czynników, tj. czynniki niezwiązane z doświadczeniem przez dziecko wykorzystania seksualnego oraz czynniki z nim powiązane.

Nacisk położony na interpersonalny wymiar kontaktu ma stanowić uzupełnienie dostępnych i skierowanych do personelu medycznego publikacji obejmujących wytyczne dotyczące postępowania diagnostycznego wobec małoletnich z doświadczeniem

wykorzystania seksualnego (np. WHO, 2017). Zgodnie z naszą wiedzą zwłaszcza zagadnienie cech i przeżyć lekarzy oraz ich wpływu na kontakt diagnostyczny z dzieckiem krzywdzonym stanowi temat rzadko poruszany w piśmiennictwie. Tymczasem sytuacja psychologiczna lekarzy jest złożona. Oczekuje się, że w kontakcie z dzieckiem doświadczonym wykorzystaniem seksualnym będą w stanie wykazać się nie tylko rzetelną wiedzą medyczną, ale i zdolnością do nawiązania empatycznego kontaktu zarówno z małoletnim, jak i jego opiekunami. Z innej strony, lekarze są narażeni na ryzyko wtórnej traumatyzacji związanej z pracą w obszarze przemocy. Stają oni też przed koniecznością podejmowania trudnych decyzji klinicznych związanych z częstym brakiem konkluzyjnych danych diagnostycznych, niepozwalających na rozstrzygnięcia co do doświadczeń dziecka (potwierdzenia lub wykluczenia krzywdzenia) przy jednoczesnym oczekiwaniu takich rozstrzygnięć przez bliskich dziecka lub przedstawicieli instytucji (Berson i in., 1993). Doświadczany przez lekarzy stres może być potęgowany przez świadomość ogromnych, nie tylko medycznych, ale i prawnych konsekwencji wniosków diagnostycznych dla życia małoletnich oraz ich bliskich.

Sytuacja kontaktu diagnostycznego z dzieckiem, wobec którego istnieje podejrzenie, że zostało wykorzystane seksualnie, jest dla lekarza szczególnie ze względu na prawny obowiązek zgłaszania podejrzenia przestępstw przeciwko wolności seksualnej małoletnich. Prawna konstrukcja tego obowiązku uzasadniona jest m.in. potrzebą odbarczenia ofiary krzywdzenia i jej najbliższych od odpowiedzialności za rozpoczęcie ścigania przestępstwa (Jasiński, 2004; Płatek, 2010). Jednocześnie jednak obowiązek ten jest w piśmiennictwie dyskutowany jako tworzący swoistą, obciążającą dla lekarza sytuację (Gerbert, Caspers, Bronstone, Moe, Abercrombie, 1999).

Dane wykorzystane w niniejszej systematyzacji pochodzą z różnych źródeł. Przede wszystkim staraliśmy oprzeć się na wynikach badań poświęconych bezpośrednio specyfice badania dzieci w kontekście diagnozy wykorzystania seksualnego. Ponieważ jest ich stosunkowo niewiele, korzystaliśmy także z ogólniejszego piśmiennictwa – dotyczącego dzieci krzywdzonych oraz lekarzy badających dorosłych pacjentów z doświadczeniem przemocy seksualnej. Źródła danych empirycznych za każdym razem są przez nas wskazywane. Wierzymy, że już w tej postaci taka systematyzacja może okazać się przydatna zarówno dla lekarzy prowadzących badania dzieci, jak i ich współpracowników, np. psychologów, pracowników socjalnych czy członków zespołów interdyscyplinarnych. Wstępnie wykorzystaliśmy ją do opracowania rekomendacji dotyczących interpersonalnych aspektów badania, odwołując się do typologii modeli relacji między lekarzem a pacjentem Szasza i Hollendera (1956). Jednocześnie niniejszy przegląd ma w – naszym zamierzeniu – stanowić punkt wyjścia podjęcia badań związanych z tym tematem.

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z MAŁOLETNIAMI PACJENTAMI DETERMINUJĄCE PRZEBIEG KONTAKTU DIAGNOSTYCZNEGO

Czynniki niezwiązane z doświadczeniem wykorzystania seksualnego

Do cech małych pacjentów wpływających na ich zachowanie podczas badania lekarskiego w kontekście wykorzystania seksualnego należy poziom ich rozwoju psychologicznego. Istotny jest tu poziom rozwoju intelektualnego determinujący zdolność rozumienia podejmowanych procedur i własnej w nich roli, analogicznie jak w sytuacji udziału w przesłuchaniu. Ważne są także funkcje determinujące zdolność małych do koncentracji uwagi. Należy pamiętać, że szczególnie w przypadku najmłodszych pacjentek i pacjentów, ich uwaga jest względnie krótkotrwała i łatwo ulega rozproszeniu (Steinberg, Bornstein, Vandell, Rook, 2011). Może tym samym wpływać na niecierpliwość dziecka wobec opóźniających się lub przedłużających procedur, szczególnie gdy ze względów organizacyjnych wykonywane są z opóźnieniem lub gdy są przeprowadzane, kiedy dziecko jest zmęczone (np. wieczorem).

Ponadto interakcje lekarza z małym są determinowane przez kompetencje werbalne dziecka. Dla przykładu, warunkują one możliwość rozumienia pytań i poleceń, opisanie własnych doświadczeń oraz sposób radzenia sobie z ewentualnymi nieporozumieniami w kontakcie z lekarzem. Funkcje werbalne warto w tym miejscu analizować w odniesieniu do swego obszaru, którego dotyczy badanie, tj. intymnego i stabaizowanego (por. Beisert, 1991). Istotną cechą dziecka determinującą jego kontakt z lekarzem będzie w tym kontekście zasób słownictwa oraz wiedza odnosząca się do sfery seksualnej, tj. obejmujące nazwy części ciała, procesów fizjologicznych i czynności seksualnych. Skąpa wiedza małych może utrudniać współpracę lekarza z dzieckiem, ponieważ ogranicza możliwości korzystania z werbalnego kanału komunikacji (pytania, wyjaśnienia, instrukcje), pozostawiając lekarza i małego pacjenta wobec konieczności działania pozawerbalnego (oglądania, wskazywania, dotykania), niewspartej regulacyjną funkcją słowa.

Obok wskazanych wyżej właściwości intelektualnych dla radzenia sobie z sytuacją kontaktu z lekarzem istotne znaczenie mają także właściwości funkcjonowania emocjonalnego i społecznego małych pacjentów. Uwarunkowane podmiotowo (np. temperamentalnie) i rozwijane w relacjach przywiązania mogą wpływać na samoocenę dziecka, jego ufność w możliwość poradzenia sobie w trudnej i często nowej sytuacji badania, a także zdolność korzystania z pomocy innych osób (por. Belsky, Nezvorsky, 1988; Czub, 2015). Dzieci bezpiecznie przywiązane do swoich opiekunów efektywniej regulują swoje stany emocjonalne, zwracając się do

otoczenia po wsparcie (np. ukojenie). Obecność opiekuna ułatwia wówczas małowletniemu wytrwanie procedur medycznych, nawet w sytuacji zniecierpliwienia lub fizycznego dyskomfortu. Z kolei nieufność, lęk i rozdrażnienie, a także emocjonalna labilność przeżywane przez dziecko w relacji z opiekunami, mogą znaleźć odzwierciedlenie w ambiwalentnym sposobie przeżywania ich obecności w gabinecie lekarskim, a także nasilać zachowania utrudniające kontakt z lekarzem (odmowa uczestnictwa w badaniu, niepodążanie za instrukcjami lekarza, odwracanie się, napinanie mięśni).

W kontekście badań przedmiotowych niezmiernie istotny jest także stosunek dziecka do własnego ciała i seksualności. Opisać go można na spektrum między awersją a akceptacją i pozytywnym wartościowaniem tych sfer. W przypadku pierwszego bieguny doświadczenie wykorzystania wzmacnia negatywny stosunek wobec własnej seksualności, co w konsekwencji może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać przeprowadzenie badania. Dzieci tak funkcjonujące mogą okazywać niechęć do rozbrania się, prezentować silne, utrudniające badanie napięcie mięśniowe i trudności w rozmowie na temat własnych doświadczeń. Dodatkowo, bardziej już samodzielne w zakresie kierowania swoim działaniem nastolatki, mimo zaleceń (np. ze strony organów procesowych), mogą unikać lub opóźniać stawianie się na badania diagnostyczne. Z kolei pozytywny stosunek do własnej cielesności i seksualności, zbudowany przed doświadczeniem wykorzystania seksualnego, może wspierać zdolność do współpracy podczas badania jako formy troski o siebie i swą seksualność mimo doświadczanego dyskomfortu.

Poziom rozwoju psychicznego małowletniego pacjenta jest w oczywisty sposób związany z jego wiekiem. Należy przy tym pamiętać, że część małowletnich uczestniczących w procedurach medycznych związanych z doświadczeniem wykorzystania seksualnego to osoby zmagające się z różnorodnymi zaburzeniami rozwoju lub niepełnosprawnościami. Prawdopodobieństwo, że małowletni cechuje się wolniejszym lub nietypowym przebiegiem rozwoju psychicznego, wynika ze zwiększonej częstotliwości krzywdzenia dzieci niepełnosprawnych (Jarosz, 2008).

Czynniki związane z doświadczeniem wykorzystania seksualnego

Fizyczne i psychiczne konsekwencje doświadczenia wykorzystania seksualnego to kolejne istotne czynniki determinujące przebieg kontaktu z małowletnim pacjentem. Wykorzystanie seksualne wpływa niekorzystnie na stan człowieka, przy czym zróżnicowanie jego konsekwencji jest na tyle duże, że opisanie stałego, uniwersalnego zespołu jego objawów jest niemożliwe. Wśród nich znajdują się zarówno urazy fizyczne (które stanowią obszar zainteresowania i działania lekarzy), jak również

zaburzenia funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, społecznego oraz seksualnego. Charakter tych zaburzeń zależy od licznych czynników związanych z samym małoletnim, ze sprawcą, z cechami zdarzenia oraz jego kontekstem (Beisert, Izdebska, 2012; Kendall-Tackett, Williams, Finkelhor, 1993). Ważnym czynnikiem wpływającym na rodzaj konsekwencji wykorzystania seksualnego jest płeć osoby małoletniej. Determinuje ona zarówno konsekwencje fizyczne (ryzyko i rodzaj uszkodzeń ciała, infekcji, ryzyko ciąży u nastolatek), jak i wyniki z kulturowych ról płciowych sposób postrzegania przez osobę małoletnią własnego wpływu na zdarzenie (Izdebska, Zielona-Jenek, 2016).

Konsekwencje wykorzystania seksualnego podlegają także zmianom w czasie. Niezależnie od indywidualnej różnorodności u wielu osób poszkodowanych wykorzystaniem seksualnym można obserwować fazową zmienność zakłóceń funkcjonowania (Hazelwood, Burgess, 2001). Reakcje te, chociaż najlepiej zostały scharakteryzowane w stosunku do dorosłych, pojawiają się także u dzieci i młodzieży. Im starsze jest dziecko, które doświadczyło przemocy, tym bardziej jej reakcje są zbieżne z reakcjami opisywanymi u dorosłych.

W przypadku zdarzenia jednorazowego zazwyczaj zaraz po jego wystąpieniu obserwowana jest reakcja w postaci kryzysu emocjonalnego. Ponieważ obdukcja osoby, która mogła doświadczyć przemocy seksualnej, powinna być przeprowadzona do 72 godzin od aktu seksualnego (Skrzypulec i in., 2010; WHO, 2004), to do kontaktu dziecka z lekarzem dochodzi właśnie podczas reakcji kryzysu emocjonalnego. W pierwszej jej fazie – określonej jako dezorganizacja – osoba pokrzywdzona może pozostawać w stanie szoku i niedowierzania, że zdarzenie miało miejsce. Następnie jej funkcjonowanie może przybrać dwie formy – ekspresyjną lub powściągliwą. Reakcja ekspresyjna polega na przejawianiu silnych emocji (np. lęku, złości, wstydu, poczucia upokorzenia lub winy, chęci odwetu) w wypowiedziach, gestykulacji, mimice lub w postaci wzmożonego nieswoistego pobudzenia. Intensywność i zmienność uczuć mogą utrudniać kontakt z lekarzem i skutkować gwałtownymi reakcjami na czynności diagnostyczne.

Warto podkreślić, że cechy badania intymnego, obejmujące ekspozycję i dotyk genitaliów oraz przyjęcie określonej pozycji ciała, ogólnie powodują u pacjentów poczucie braku kontroli i bezbronności wobec działań lekarza, co wykazano w badaniach z udziałem osób dorosłych (Hilden, Sidenius, Langhoff-Roos, Wijma, Schei, 2003; Tugut, Golbasi, 2014). Ekspozycja i dotyk sfery intymnej doświadczane w kontakcie z lekarzem – nieznanym dorosłym są trudniejsze dla małoletnich, bo przekraczają społeczne tabu interakcji dzieci i dorosłych w sferze seksualnej. Opisany dyskomfort badania jest znacznie silniejszy dla poszkodowanych wykorzystaniem

seksualnym niż dla osób badanych z innych powodów. Może się on wiązać z przywoływaniem wspomnień krzywdzenia, zarówno przez podobieństwo doznań fizycznych, np. dotyku lub penetracji genitalnej, jak i doświadczeń emocjonalnych: wstydu, lęku i poczucia bezradności (Henderson i in., 2012; Hilden i in., 2003). Ponadto badanie lekarskie przeprowadzane w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej nierzadko obejmuje wykonanie dokumentacji fotograficznej zidentyfikowanych urazów (Skrzypulec i in., 2010). Działanie to stanowi dodatkowe naruszenie intymności i wraz z wymienionymi wcześniej aspektami badania może nasilać u dziecka wrażenie inwazyjności badania, mimo że z perspektywy lekarza ma ono charakter rutynowy (Sultan, 2004; Szymańska-Pytlńska, Chodecka, 2014). Money i Lamacz (1987) stwierdzają wręcz, że „niektóre dzieci subiektywnie doświadczają badania fizykalnego lub fotografowania narządów płciowych dla celów medycznych nie tylko jako naruszenia prywatności, ale jako zdarzenia odpowiadającego napaści seksualnej”. Na taką możliwość wskazują również Berson i in. (1993), którzy na podstawie badania z udziałem 514 dzieci przeprowadzonego przez zespół interdyscyplinarny Duke University Medical Center Child Protection Team opisali trzy powtarzające się reakcje dzieci powiązane ze sposobem organizacji badania. Po pierwsze, w sytuacji, gdy przebieg badania jest omawiany podczas wstępnego wywiadu, wiele dzieci wydaje się nie być tym zainteresowanych. Jednocześnie jednak w trakcie badania lub po nim często przejawiają one niepokój, strach lub gniew. Po drugie, dzieci, które są niespokojne już podczas wywiadu wstępnego, często okazują strach i lęk tuż przed badaniem, a także często nastawione są wobec niego opozycyjnie. Sytuacja badania może uruchomić tak silną emocjonalną reakcję dziecka (strachu, pobudzenia psychoruchowego), że nie jest w ogóle możliwe przeprowadzenie czynności diagnostycznych. Po trzecie, dzieci, które zostały poddane badaniu bez wcześniejszego przygotowania, często doświadczają je jako nadużycie, mimo że podczas samego badania mogą zachowywać się współpracująco.

Silne pobudzenie emocjonalne może także interferować ze zdolnością małych pacjentek i pacjentów do logicznych odpowiedzi na pytania i spójnego opisu zdarzenia. Informacje zbierane przez personel medyczny nie mają tak szerokiego zakresu jak podczas przesłuchania, niemniej są one zbierane w celu trafnego rozpoznania ewentualnych śladów fizycznych krzywdzenia. Trudności w podawaniu takich danych będą szczególnie istotne w przypadku nastolatków, od których lekarz może już oczekiwać relacji na temat zdarzenia. Ograniczenia te mogą być efektem oddziaływania emocji na procesy poznawcze, m.in. możliwości koncentracji uwagi podczas samej rozmowy czy zdolności logicznego myślenia. Ponadto urazowe doświadczenia, takie jak wykorzystanie seksualne – ze względu na czasem ogromny

ładunek emocjonalny w nich zawarty – mogą być zapamiętywane w postaci wrażeń zmysłowych (np. bólowych, węchowych, obrazów) lub emocjonalnych, trudnych do zwerbalizowania i fragmentarycznych (Herman, 2004). Pewne elementy zdarzeń mogą być przez dziecko wypierane, inne zaś tłumione. W pierwszym wypadku uruchamiany mechanizm ma charakter nieświadomy, w drugim – polega na świadomym unikaniu przywoływania najtrudniejszych elementów zdarzenia, by ograniczyć ponowne przeżywanie bolesnych uczuć (Mark, Bitzker, Klapp, Rauchfuss, 2008).

Odmienne niż przypadku reakcji ekspresyjnej dla reakcji powściągliwej typowe jest silne zahamowanie bezpośredniego wyrażania emocji. Dziecko może wydawać się nieprzystępne, nieufne i niezaangażowane, a nastolatki mogą wyrażać sceptycyzm co do sensu poddawania się badaniu. Niektóre nieco mniej wycofane osoby mogą wydawać się bardziej otwarte i sprawiać mniej trudności w kontakcie. U niektórych z nich większa łatwość relacjonowania przebiegu wykorzystania wiąże się jednak z uruchomieniem mechanizmu odcięcia od emocjonalnej komponenty wspomnienia (tzw. mechanizm izolacji). Takie bezemocjonalne opowiadanie o zdarzeniu może z kolei u lekarza budzić nieufność co do prawdomówności małego.

Możliwe wreszcie, że dziecko będzie prezentować naprzemiennie reakcje powściągliwe i ekspresyjne. Takie funkcjonowanie może wywoływać w lekarzu zaskoczenie, a także prowokować postrzeganie dziecka jako niezrównoważonego lub zaburzonego.

Na możliwe trudności w kontakcie, sposób reagowania na badanie, a także występowanie reakcji powściągliwej vs ekspresyjnej bez wątplenia wpływają wspomniane wcześniej prawidłowości rozwojowe, które pozostają w interakcji z procesami radzenia sobie z wykorzystaniem. W przypadku młodszych dzieci – ze względu na ich mniej rozwinięte mechanizmy regulacji emocji – przejawiane reakcje bywają bardziej skrajne. Z jednej strony mogą one być intensywniejsze i wyraziściej manifestowane (Badura-Madej, Dobrzyńska-Mesterhazy, 2004). Z drugiej – jak podaje Dąbkowska (2002) – młodsze dzieci mają skłonność do reagowania zaburzeniami dysocjacyjnymi, np. unikaniem, zamieraniem, uciekaniem w marzenia w ciągu dnia, fugą, depersonalizacją, a nawet katatonią. U dzieci starszych częstsze jest natomiast reagowanie relatywnie wzmożonym pobudzeniem (Dąbkowska, 2002).

W przypadku nastolatków zachowanie podczas badania może być także zdeterminowane ich świadomością stereotypów związanych z wykorzystaniem seksualnym (Wooley, 1996), np. postrzeganiem ofiar jako winnych zdarzeniu. Czasem świadomość ta dotyczy także prawnego obowiązku zgłaszania przestępstw seksualnych ciągnącego na lekarzu. Nawet jeżeli młoda osoba nie orientuje się w zakresie obowiązku zgłoszenia przez lekarza sytuacji podejrzenia popełnienia przestępstwa, zwykle wie,

że lekarz będzie musiał poinformować rodziców lub opiekunów o wynikach badania. Nastolatki zwykle zdają sobie zatem sprawę, że wynik badania może wpłynąć realnie na ich sytuację życiową. W związku z tym niektóre z nich, obawiając się rodzinnych lub społecznych konsekwencji ujawnienia krzywdzenia, a także pragnąc uniknąć uczestnictwa w procedurach prawnych, mogą przyjmować strategie ograniczania udzielania informacji lub ukrywać niektóre z nich, utrudniając tym samym adekwatną diagnozę przyczyn ich stanu zdrowia.

Kolejna faza zmagania się z przeżytą przemocą – etap reorganizacji – może trwać kilka kolejnych tygodni, miesięcy, a nawet lat (Hazelwood, Burgess, 2001). Niektórym pokrzywdzonym stosunkowo szybko udaje się odzyskać zdolność do funkcjonowania sprzed urazu. Z kolei inni długo doświadczają trudności, takich jak stany depresyjne lub lękowe czy powracające wspomnienia urazu. Ich ślady mogą zatem determinować zachowania w kontakcie z lekarzem także po długim czasie od wystąpienia zdarzenia.

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z OSOBĄ LEKARZA DETERMINUJĄCE PRZEBIEG KONTAKTU DIAGNOSTYCZNEGO

Czynniki niezwiązane z doświadczeniem wykorzystania seksualnego przez dziecko

Jak wskazano na wstępie, kontakt diagnostyczny w sytuacji podejrzenia wykorzystania seksualnego dziecka jest uwarunkowany nie tylko cechami małoletniego i jego zachowania, ale także czynnikami związanymi z samym lekarzem. Czynności medyczne, choć wykonywane w oparciu o ustalone procedury, mogą pobudzać silne reakcje emocjonalne. Może to wynikać m.in. z szybkiego skracania interpersonalnego dystansu między lekarzem a pacjentem w formule, która umożliwia lekarzowi zadawanie pytań o prywatne informacje oraz oglądanie i dotykanie ciała pacjenta. Jak pisze Wasilewski (2011, s. 168), „nagość [pacjenta – przyp. autorek], ukryta w codziennym życiu za zasłoną intymności i tajemniczości, w gabinecie lekarza prezentuje się w całej okazałości. Jest to sytuacja trudna i dla lekarza, i dla pacjenta”. Nieliczne badania dotyczące przeżyć lekarzy związanych z ich pracą w obszarze intymności pacjentów potwierdzają tę tezę. Lekarze badający osoby dorosłe relacjonują m.in. dyskomfort, wstyd i zakłopotanie, często lęk, a także – w sytuacji badania genitaliów, piersi lub okolic odbytu – poczucie narażenia na oskarżenia pacjentów o nadmierne lub wręcz seksualne zainteresowanie intymnością (Abdolrasulnia i in., 2010; Abraham, Chapman, Taylor, McBride, Boyd, 2003; Hine, Smith, 2014; Sprague i in.,

2012; Yoon, Rasinski, Curlin, 2010). Reakcje emocjonalne odnotowano także u lekarzy prowadzących badanie intymne dzieci. O'Donohoe (2011) zauważył, że reakcje te wyrażały się w nadmierowej ocenie poziomu lęku i stresu u dzieci uczestniczących w procedurach badania intymnego – zdecydowanie wyższej niż ocena samych dziećmi czy ich rodziców.

Cechą lekarza, która może determinować emocjonalne reakcje na kontakt z intymnością pacjentów, jak również stosunek do problemu przemocy seksualnej, jest jego płeć. Dla przykładu, Jonassen i Mazor (2003) wykazały, że ginekolożki w porównaniu z ginekologami były skłonniejsze do podejmowania procedur diagnostycznych odnoszących się do doświadczania przez ich dorosłe pacjentki przemocy w relacji partnerskiej.

Innym ważnym czynnikiem, którego znaczenie może być powiązane z płcią, okazała się sytuacja rodzinna lekarza – bycie w związku intymnym lub posiadanie dzieci. Castelo-Branco i in. (2007) w badaniu przeprowadzonym wśród rezydentów ginekologii wykazali, że lekarze niebędący w stałym związku są bardziej narażeni na niekorzystne zmiany funkcjonowania emocjonalnego w formie wypalenia zawodowego. Jednocześnie część badań wskazuje, że lekarki mające rodziny częściej prezentują objawy wypalenia zawodowego (Hughes, Francis, Sciscione, 2019) oraz zmagają się z trudnościami w utrzymaniu satysfakcjonującej równowagi pracy i aktywności pozazawodowej (Shanafelt i in., 2012). Emocjonalne reakcje lekarzy – czy to związane z poszczególnymi formami czynności diagnostycznych, czy też wynikające ze zmęczenia zaangażowaniem zawodowym – mogą być czynnikiem znaczącym dla jakości kontaktu z dzieckiem poszkodowanym wykorzystaniem seksualnym.

Należy pamiętać, że lekarze to także osoby, które mogły doświadczać krzywdzenia, zarówno seksualnego jak i innych jego form. Jak wykazali Cooper, Coleman, Irvin, Lee i Antoine (2019), wśród personelu medycznego – podobnie jak w populacji ogólnej – są osoby poszkodowane w przeszłości przemocą fizyczną i seksualną. Na razie nie ma jasnych danych dotyczących znaczenia tego rodzaju doświadczenia dla efektywności pracy zawodowej na rzecz osób poszkodowanych krzywdzeniem. Wymieni uczeni zauważyli, że w przebadanej przez nich populacji brytyjskiej czynnik ten nie miał znaczenia dla gotowości do podejmowania diagnostyki przemocy, jednak – jak wskazali – dane na ten temat są na tyle niejednoznaczne, że wymagają dalszej eksploracji empirycznej.

Jak pisze Wasilewski (2011), organizacja pracy zawodowej lekarzy (długie godziny pracy, nocne dyżury) stanowi obciążenie dla nich samych, a także dla ich związków intymnych i relacji rodzinnych, co może pośrednio wpływać na jakość wykonywanej przez nich pracy. Warunki pracy są zresztą wymieniane jako czynniki bezpośrednio

oddziałujące na gotowość lekarzy do podejmowania działania na rzecz pacjentów poszkodowanych krzywdzeniem. Sprague i in. (2012) na podstawie przeprowadzonego systematycznego przeglądu badań wykazali, że brak klarownych procedur działania, a także brak wsparcia w zespole i instytucji, oraz zła organizacja pracy (przede wszystkim krótki czas kontaktu z pacjentem) stanowią ważny czynnik utrudniający działania na rzecz dorosłych ofiar przemocy. Na brak czasu jako główny powód niepodejmowania diagnostyki w kierunku szkodliwych doświadczeń w życiu małych pacjentów (*adverse childhood experiences* – ACE) wskazali także rzeszowscy lekarze w badaniu Meji, Telegi, Wilson i Nagórskiej (2018). W tym samym badaniu około połowa lekarzy deklarowała, że nie mają jasności co do postawy swoich zwierzchników dotyczącej reagowania w przypadku podejrzenia ACE u małych pacjentów. Autorzy opisali tę niepewność lekarzy jako czynnik mogący hamować ich gotowość do rozpoznawania szczególnych potrzeb małych pacjentów obciążonych w tym zakresie.

Czynniki związane z doświadczeniem wykorzystania seksualnego przez dziecko

Druga grupa czynników związanych z osobą lekarza, które oddziałują na jego sposób pracy z małoletnimi pacjentami doświadczonymi wykorzystaniem seksualnym, to wiedza i przekonania dotyczące tej formy krzywdzenia, a także kompetencje pozwalające udzielać pomocy osobom strauumatyzowanym (Gerbert i in., 1999). Rzetelna wiedza na temat zjawiska wykorzystania seksualnego oraz zróżnicowania mechanizmów radzenia sobie u pacjentów może zwiększać poczucie sprawstwa i kompetencji lekarza do działań w tym zakresie (Jones, Taouk, Castleberry, Carter, Schulkin, 2018). Może ona także ułatwiać radzenie sobie z własnymi, często silnymi uczuciami, uruchamianymi w odpowiedzi na treść zgłoszenia, stan fizyczny pacjentów czy też ich zachowania w trakcie kontaktu. Jednocześnie badania prowadzone w wielu krajach, wśród zarówno lekarzy, jak i pomocniczego personelu medycznego, wskazują na istniejące w tych grupach przekonanie o niewystarczających kompetencjach w tym zakresie oraz na znaczną niepewność towarzyszącą działaniom. Wyniki takie uzyskano wśród lekarzy pediatrów (Lane, Dubowitz, 2009), pielęgniarek (Ceccucci, 2018), ginekologów pracujących z dorosłymi kobietami (Jones i in., 2018) oraz lekarzy i pielęgniarek oddziałów ratunkowych (Henderson i in., 2012). Podobne wyniki uzyskano także w polskich badaniach. Mejia i in. (2018) wykazali, że mimo deklarowanego wystarczającego poziomu wiedzy lekarze czują się niepewnie, prowadząc rozmowy z pacjentami i ich rodzinami na temat szkodliwych doświadczeń w życiu małych. Doświadczenie niepewności w działaniach na rzecz

dzieci krzywdzonych opisano także w badaniu polskich pielęgniarek pediatrycznych (Pabis, Wronska, Slusarska, Cuber, 2011).

Innym ważnym czynnikiem – obok wiedzy zdobytej w czasie szkoleń medycznych – są przekonania lekarzy na temat wykorzystania seksualnego małoletnich, pochodzące z wiedzy potocznej i mediów, a także związane z nimi postawy i przekonania. W przywoływanym już przeglądzie systematycznym Sprague i in. (2012) zwrócili uwagę, że barierą przed podejmowaniem przez lekarzy potrzebnych działań diagnostycznych w obszarze przemocy w relacjach partnerskich mogą być błędne przekonania dotyczące rzadkiego występowania przemocy czy też przekonania na temat ofiar i ich odpowiedzialności za doświadczone krzywdzenie. Niekorzystnie mogą oddziaływać także stereotypy płciowe i uprzedzenia dotyczące określonych grup społecznych. W badaniu rezydentów ginekologii Jonassen i Mazor (2003) zauważyły, że lekarze byli skłonniejsi przeprowadzać przesiewową diagnostykę w kierunku przemocy partnerskiej u pacjentek młodszych niż starszych oraz będących w krótkoterminowych związkach niż zamężnych. W kontekście uprzedzeń wobec grup społecznych możliwe jest także interpretowanie wyników uzyskanych w badaniu Meji i in. (2018) z udziałem polskich lekarzy dotyczących gotowości do rozpoznawania ACE u małoletnich. Autorzy analizy zauważyli, że badani przez nich lekarze nadmiernie wysoko oceniali ryzyko wystąpienia takich doświadczeń u młodych pacjentów pochodzących z terenów wiejskich lub z rodzin o niskich dochodach oraz nie doszacowywali tego ryzyka u pacjentów z terenów miejskich, z których sami pochodzili.

Reakcje emocjonalne lekarzy, podobnie jak pacjentów, mogą być analizowane na dymensji między ich gwałtowną ekspresją a tłumieniem. Niektóre spośród reakcji lekarzy, możliwe do rozumienia jako przejawy własnego radzenia sobie z cudzą intymnością oraz cierpieniem, mogą być jednocześnie obciążające dla pacjentów. Do takich reakcji można zaliczyć ocenianie zachowania lub cech małoletniego, obwinianie go, wypowiedanie stygmatyzujących stwierdzeń, niesłuchanie lub przerywanie relacji dotyczącej przedmiotowych zdarzeń, ekspresje strachu, niedowierzania, gniewu, poczucia przytłoczenia i bezradności, prezentowanie trudności w okazaniu wsparcia lub wręcz odmowa przeprowadzenia czynności medycznych i odsyłanie pacjentów do innych ośrodków (Ceccucci, 2018; Gerbert, i in., 1999; Ullman, 2010; Uribe-Elías, 2003). Podobnie w stosunku do opiekunów mogą się pojawiać oceny, krytyka, obwinianie za brak ochrony dziecka, a także niewiara w podawane przez nich informacje. Wskazuje się, że prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji skoncentrowanych na regulowaniu własnego stanu psychicznego rośnie w sytuacji słuchania opowieści o zdarzeniach, których elementem była przemoc fizyczna (Littleton, Breitkopf, 2006). To, co może zatem stanowić wyraz radzenia sobie lekarza

z poruszającymi emocjonalnie treściami, stanowi jednocześnie istotne obciążenie dla małych i ich opiekunów, czasem wręcz wywołując doświadczenie tzw. wtórnej wiktymizacji (Szymańska-Pytlińska, Chodecka, 2014).

Reakcje ujawniane przez lekarza w kontakcie z osobą poszkodowaną przemocą seksualną mogą także stanowić odpowiedź na zachowanie pacjentów w sytuacji badania. Wnioski takie płyną z badania dorosłych (Havig, 2008; Sprague i in., 2012). Intensywna ekspresja emocjonalna może powodować z jednej strony poirytowanie i zniecierpliwienie lekarza, który działa wtedy w utrudnionych warunkach (napinanie mięśni, odsuwanie się lub odwracanie), a z drugiej – nasilać prawdopodobieństwo nieporozumień z dzieckiem lub konfliktu z opiekunami. Wyrażanie przez dziecko emocji (płacz, kulenie się, odpychanie rąk, grymasy) może także wywoływać lęk lekarza przed jego skrzywdzeniem i chęć ograniczenia każdego rodzaju dyskomfortu, zarówno dziecka, jak i własnego. Kontakt diagnostyczny może się wówczas odbywać w warunkach dużego dystansu, unikania poruszania treści emocjonalnie trudnych, swoistego dwustronnego porozumienia co do milczenia na temat urazowych doświadczeń (Gerbert, i in., 1999; Ullman, 2010). Przyjęcie takiej strategii w kontakcie wydaje się przynosić bieżące profity wszystkim stronom, tj. dziecku, jego opiekunom i lekarzowi. Jednocześnie jednak niesie za sobą liczne negatywne konsekwencje. Po pierwsze, ogranicza możliwość zebrania potrzebnych danych diagnostycznych i udzielenia adekwatnej pomocy medycznej, której poszkodowani małe mogą potrzebować. Po drugie, unikanie rozmowy na temat możliwego wykorzystania seksualnego połączone ze stresem wynikającym z obowiązku zgłoszenia sprzyjać może nierozpoznaniu wykorzystania seksualnego, gdy możliwa jest także inna interpretacja danych diagnostycznych (Gerbert i in., 1999). Ceną takiego obronnego nastawienia wobec tematu krzywdzenia może być zatem nie tylko ograniczenie pomocy oferowanej małemu (także ochrony uruchomionej przez procedury prawne), ale i narażenie lekarza na konsekwencje zaniechania działań, do których podjęcia jest prawnie zobowiązany. Po trzecie, unikanie przez lekarza konfrontacji z informacjami na temat wykorzystania seksualnego małych pacjentów może równocześnie modelować lub potwierdzać istniejący już podobny sposób radzenia sobie z urazem przez zarówno same dzieci, jak i ich opiekunów.

W tym miejscu warto także zwrócić uwagę na ryzyko trwałych niekorzystnych zmian funkcjonowania lekarzy jako osób narażonych na powtarzające się kontakty zawodowe z cierpieniem małych. Biorąc pod uwagę opisane na wstępie dane epidemiologiczne, można sądzić, że w swojej pracy lekarze wielokrotnie spotykają się z problemem wykorzystania seksualnego pacjentów. Tymczasem piśmiennictwo dostarcza licznych danych wskazujących, że powtarzalny kontakt z osobami

skrzywdzonymi może oddziaływać zarówno na jakość wykonywanej pracy, jak i funkcjonowanie osobiste, w tym obraz świata, poczucie bezpieczeństwa i zaufania do innych ludzi oraz relacje rodzinne i towarzyskie. Wśród profesjonalistów pracujących na rzecz ofiar krzywdzenia opisuje się wręcz występowanie swoistych zjawisk jako konsekwencji kontaktu z cierpieniem innych: wtórnego stresu urazowego, zastępczej traumy, zmęczenia pomaganiem oraz tzw. poczucia winy świadka (Figley, 1995; Herman, 2004; Pearlman, Caringi, 2009). Odczucia te mogą być szczególnie silne, gdy osobą doświadczoną krzywdzeniem jest dziecko.

PRAKTYCZNE IMPLIKACJE UWARUNKOWAŃ KONTAKTU LEKARZA Z MAŁOLETNIM Z DOŚWIADCZENIEM WYKORZYSTANIA SEKSUALNEGO

Usystematyzowanie informacji dotyczących czynników determinujących jakość kontaktu lekarzy z małoletnimi pacjentami dotkniętymi wykorzystaniem seksualnym pozwala na sformułowanie wniosków – implikacji dla praktyki medycznej. Mogą one posłużyć lekarzom do zwiększenia możliwości świadomego budowania kontaktu z poszkodowanymi dziećmi i nastolatkami, a tym samym dbałości o warunki wykonywanych zadań zawodowych. Implikacje te zdecydowałyśmy się odnieść do klasycznej typologii modeli relacji lekarz–pacjent Szasza i Hollendera (1956).

Zgodnie z wymienioną propozycją teoretyczną można wyróżnić trzy modele relacji między lekarzem a pacjentem opisujące specyfikę przebiegu ich kontaktu:

1. model aktywność–bierność, w którym lekarz jest osobą aktywną i w pełni odpowiedzialną za działania wobec pacjenta, który się im biernie poddaje;
2. model kierownictwo–współpraca, w którym lekarz zajmuje pozycję osoby kompetentnej i mającą władzę, pacjent zaś mu ufa i realizuje jego zalecenia;
3. relacja obustronnego uczestnictwa, w której zarówno lekarz, jak i pacjent są uznawani za podobnie kompetentnych, choć w różnych dziedzinach, lekarz w zakresie profesjonalnej wiedzy, pacjent w obszarze własnego stanu zdrowia i związanych z nim odczuć.

Szasz i Hollender (1956) wskazują, że przyjęcie określonego modelu relacji lekarz–pacjent wynika z obiektywnych cech ich kontaktu, np. stanu zdrowia pacjenta. Naszym zdaniem scharakteryzowane przez Szasza i Hollendera modele relacji lekarz–pacjent mogą być użyteczne w rozważanym kontekście do podjęcia przez lekarza decyzji o sposobie nawiązywania kontaktu na użytek medycznej oceny objawów i skutków wykorzystania seksualnego dziecka. Zastosowanie w tym kontekście

może mieć każdy z modeli i naszym zdaniem nie jest możliwe wskazanie jednego najlepszego sposobu działania. Stoimy na stanowisku, że różne elementy badania lekarskiego, a także różne zadania w ramach jednego spotkania z dzieckiem i jego opiekunami mogą być realizowane według wzorca odmiennych modeli. Decyzja o ich wyborze należy do lekarza i powinna zostać podjęta świadomie, na podstawie określonych przesłanek. Należą do nich specyfika zadań diagnostycznych oraz cechy zaangażowanych w kontakt stron: stan fizyczny i psychiczny małoletniego, stan psychiczny towarzyszących mu opiekunów i własne reakcje lekarza.

Jednym z pierwszych elementów kontaktu jest wstępna ocena sytuacji dziecka i zaplanowanie dalszych działań. Ponieważ lekarz w dużo większym stopniu niż dziecko czy nastolatek, a także dorośli opiekunowie (zwłaszcza w stanie stresu), może przewidywać i kierować przebiegiem kontaktu, dominujący w tej sytuacji wydaje się model relacji typu aktywność–bierność. Lekarz podejmuje decyzję o formie badania, kierując się danymi ze wstępnej obserwacji małoletniego, wywiadu z opiekunami lub ewentualnego zlecenia instytucji (prokuratora, sądu). Rozważności w niniejszym kontekście wymaga decyzja dotycząca zbierania od małoletnich wywiadu na temat przebiegu krzywdzenia. Z jednej strony dane o formie wymuszonego kontaktu seksualnego stanowią podstawę kierowania działaniami w toku badania przedmiotowego. Z drugiej – należy jednak brać pod uwagę, że relacjonowanie przeżytej przemocy może działać na badanych traumatyzująco, pogorszyć ich stan emocjonalny i utrudnić realizację badania przedmiotowego. W tej sytuacji warto skorzystać, o ile to możliwe, z innego źródła informacji o zdarzeniu, np. wcześniejszych zeznań złożonych przed organami ścigania czy wywiadu z opiekunami. Do decyzji lekarza należy ponadto, w jakich warunkach powinien być przeprowadzony wywiad z opiekunami dziecka, np. czy w jego obecności czy osobno.

Innym przykładem działań lekarza realizowanych głównie w modelu aktywność–bierność jest sporządzanie dokumentacji z przeprowadzonego badania. To lekarz dysponuje wiedzą na temat znaczenia diagnostycznego poszczególnych informacji z badania, występując tym samym w roli autorytetu zarówno wobec pacjentów, jak i szerszego grona odbiorców dokumentacji. Wynikom badania lekarskiego przypisywane jest bardzo duże znaczenie, zarówno w systemie prawnym, jak i opieki społecznej (Heger, Emans, Muram, 2000; Łabęcka, Jarząbek-Bielecka, Lorkiewicz-Muszyńska, 2013). Jednocześnie wiele analiz empirycznych wskazuje na niekonkluzywność wyników diagnostyki medycznej w rozważanym kontekście i dużą częstość występowania prawidłowego obrazu stanu zdrowia (Hazelwood, Burgess, 2001; Sultan, 2004). Także jednak w sytuacji, gdy wyniki badania fizykalnego nie pozwalają potwierdzić ujawnionego zdarzenia wykorzystania seksualnego, ważne

jest udokumentowanie jego wyników. Dokumentacji podlegać powinny także zastosowane metody, podawane przez osobę małoletnią lub jej opiekunów informacje (w formie, o ile to możliwe, cytatów z wypowiedzi) oraz opis zachowania badanego. Te ostatnie mogą stanowić niezwykle cenny materiał w późniejszym wnioskowaniu o psychologicznych mechanizmach radzenia sobie z ewentualnym krzywdzeniem, szczególnie jeśli będą zawierać opis zaobserwowanych przejawów ekspresji emocjonalnej, reakcji na wypowiedzi lub działania podejmowane przez personel medyczny.

Mimo uzasadnienia zastosowania modelu aktywność–bierność w kontakcie z małoletnim z doświadczeniem wykorzystania seksualnego, w naszym przekonaniu ogromne znaczenie ma także gotowość lekarza do tworzenia relacji w formie charakterystycznej dla pozostałych modeli tj. kierownictwo–współpraca oraz obustronnego uczestnictwa. Przykładowo, działaniem wskazywanym jako pomocne dla osób poszkodowanych krzywdzeniem, a typowym dla modelu obustronnego uczestnictwa, jest dbałość o dobry emocjonalny kontakt w relacji lekarz–pacjent. Dbałość ta obejmuje uważne słuchanie i gotowość lekarza do wspierania pacjentów w wyrażaniu ich potrzeb. Zagadnieniem doniosłej wagi w przypadku omawianej grupy pacjentów jest kwestia zgody na działania lekarza: badanie w ogóle, warunki jego przeprowadzenia (osoby lekarza, miejsca badania, wyboru towarzyszącej małoletniemu zaufanej osoby), jak również zgody na poszczególne czynności (Hilden i in., 2003). Zgoda taka powinna być wyrażona zarówno przez opiekunów osoby małoletniej, jak i nią samą. Już bardzo małe dzieci są w stanie zrozumieć informacje na temat kolejnych czynności, które zostaną wykonane, oraz potwierdzić, że zgadzają się im poddać. Wyjaśnienie podstawowych informacji na temat przebiegu badania i uzasadnienie kolejnych procedur może z kolei zwiększać gotowość współpracy, a tym samym szansę na uzyskanie użytecznych danych diagnostycznych. Okazywanie zainteresowania może obejmować m.in. utrzymywanie z małoletnim kontaktu wzrokowego i werbalnego, przyzwolenie na okazywane przez niego reakcje, gotowość do modyfikowania własnych działań w reakcji na bieżący stan psychiczny i komunikowane potrzeby. Ze względu na częste poczucie stygmatyzacji po doświadczeniu wykorzystania seksualnego pomocne dla poszkodowanych jest komunikowanie szacunku oraz zapewniania o normalności ich samych, ich reakcji oraz ciała (Sultan, 2004). Naukowego uzasadnienia takich działań dostarcza przegląd badań poświęconych dobrym praktykom w pomocy medycznej dzieciom i młodzieży z doświadczeniem wykorzystania seksualnego (Broadus-Sheaa, Scottb, Reijndersc, Amin, 2019). Jego autorzy wskazują, że informowanie dziecka o planowanym przebiegu badania, zapewnianie opieki podczas badania, a także poszanowanie życzeń i preferencji pacjenta, mogą zmniejszać stres i lęk związany uczestnictwem w badaniu.

Ten sam przegląd badań dostarcza ponadto wskazówek odnoszących się do kolejnych aspektów badania. Mieszczą się one w formule relacji lekarz–pacjent opisanej jako model obustronnego uczestnictwa. W odniesieniu do wywiadu diagnostycznego z dzieckiem wyniki badań wskazują na wagę uprzedniego zadbania o poczucie zaufania i porozumienie między lekarzem a dzieckiem, dopasowanie sposobu komunikowania do wieku i możliwości dziecka oraz zadawania otwartych pytań. W odniesieniu do przeprowadzania badania lekarskiego pomocne okazały się z kolei takie działania jak terminowość spotkania, przeprowadzenie rozmowy z dzieckiem na temat przebiegu badania, dbałość o komfort podczas jego trwania oraz niewykonywanie niepotrzebnych lub nadmiarowych procedur. Z kolei odnośnie do dokumentowania wyników badania wyniki analiz potwierdziły przydatność posługiwania się ustrukturyzowanymi formularzami, rejestrowania dosłownych wypowiedzi dzieci oraz wszelkich innych danych medycznych, a także proszenie o zgodę na wykonanie fotografii.

Wartą uwagi kwestią jest również kierowanie małoletnich oraz ich opiekunów po specjalistyczne wsparcie psychologiczne. Ocena stanu psychicznego dziecka, nawet w postaci pojedynczej konsultacji, powinna być w naszym przekonaniu zalecana każdorazowo, a lekarz przyjąć może postawę charakterystyczną dla modelu kierownictwo–współpraca. Obejmuje on w tym wypadku informowanie o możliwościach wsparcia ze strony placówki, którą lekarz reprezentuje (np. późniejszych wizyt kontrolnych lub konsultacji innych specjalistów), a także wsparcia ze strony innych organizacji i instytucji działających na rzecz małoletnich i ich rodzin. Ponieważ korzystanie z pomocy innych specjalistów i instytucji wymaga w przypadku osoby małoletniej zgody jej prawnych opiekunów, informacje te są przede wszystkim im przekazywane. Wartość tego rodzaju działań lekarza wzrasta w kontekście częstego braku wiedzy opiekunów oraz ich emocjonalnej dezorientacji. Znajduje tu zastosowanie kierownictwo, a więc obok informowania także zachęcanie opiekunów do dalszego działania na rzecz ich dzieci oraz na rzecz ich samych. Kierownictwo to może obejmować także poinformowanie i zachęcanie do korzystania ze wsparcia samych małoletnich, szczególnie starszych.

Dbłość o przebieg kontaktu z małoletnim poszkodowanym wykorzystaniem seksualnym wymaga także zwrócenia uwagi na kondycję lekarza. Niezwykle istotna jest świadomość obciążającego charakteru pracy oraz własnych reakcji emocjonalnych na kontakt z krzywdzeniem dzieci i ich cierpieniem. Zauważenie i uznanie znaczenia tego aspektu wykonywanej pracy może stanowić punkt wyjścia podjęcia działań ukierunkowanych na dbałość o swoją kondycję psychiczną, takich jak korzystanie z pomocy koleżeńskiej, konsultacji i superwizji, a także jasnego zdefiniowania własnej roli oraz odpowiedzialności wobec małoletnich i ich opiekunów. Przydatną w tym

kontekście formułą wspierającą lekarzy w ich pracy są grupy Balinta (Wasilewski, Engel, 2011). Niezwykle ważne jest także podnoszenie własnych kwalifikacji przez uczestnictwo w szkoleniach dotyczących specyfiki pracy z małoletnimi z doświadczeniem wykorzystania seksualnego. Smith i in. (2013) wykazali, że uczestnictwo w programach edukacyjnych znacząco zwiększa nie tylko wiedzę, ale i pewność siebie u przedstawicieli służb medycznych pracujących z dziećmi z doświadczeniem wykorzystania seksualnego.

PODSUMOWANIE

Wykorzystanie seksualne wpływa na życie i funkcjonowanie zarówno osób, których stało się udziałem, jak i osób, które nawiązują z jego ofiarami interakcje, tak osobiste, jak zawodowe. Charakter tych interakcji jest wysoce zindywidualizowany, bowiem stanowi wypadkową wpływu trwałych podmiotowych cech zaangażowanych w nie stron, jak również cech ujawnianych sytuacyjnie w reakcji na krzywdzenie oraz jego konsekwencje. Przedstawiona analiza niniejszych uwarunkowań prowadzi do wniosku, że wszelkie interwencje podejmowane wobec małoletnich osób doświadczonych przemocą seksualną powinny ową złożoność i zindywidualizowanie uwzględniać. Dzięki temu możliwe staje się zarówno zwiększanie efektywności pomocy udzielanej tej grupie pacjentek i pacjentów, jak i dbałość o komfort psychiczny samych lekarzy.

Obok działań praktycznych istotną naszym zdaniem kwestią jest także poszerzenie i ugruntowanie wiedzy empirycznej na temat opisanych w niniejszym artykule zagadnień. Jak zaznaczyłyśmy na wstępie, wiele z przywoływanych przez nas badań dotyczyło zagadnień bliskich analizowanemu obszarowi, ale nie bezpośrednio niemu samemu. Były to badania dotyczące reakcji dorosłych poszkodowanych przemocą seksualną na procedury medyczne, doświadczeń lekarzy w kontakcie z dorosłymi pacjentkami (kobietami) czy szeroko zdefiniowanych obciążeń pracy zawodowej lekarzy. Bardzo niewiele badań dotyczy wprost zagadnienia kontaktu lekarza z dzieckiem doświadczonym wykorzystaniem seksualnym i jego (lekarza) przeżyć czy też dynamiki tego kontaktu oraz zdarzeń, jakie mają w nim miejsce. Zdecydowanie także brakuje badań polskich, a więc uwzględniających bieżące warunki prawne i instytucjonalne w naszym kraju. Mamy nadzieję, że niniejszy przegląd stanie się także przyczynkiem do rozwinięcia tego nurtu badań.

E-maile autorek: izdebska@amu.edu.pl, monikazj@amu.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Abdolrasulnia, M., Shewchuk, R. M., Roepke, N., Granstaff, U. S., Dean, J., Foster, J. A., ... Casebeer, L. (2010). Management of female sexual problems: perceived barriers, practice patterns, and confidence among primary care physicians and gynecologists. *Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2499–2508. <http://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01857.x>.
- Abraham, S., Chapman, M., Taylor, A., McBride, A., Boyd, C. (2003). Anxiety and feelings of medical students conducting their first gynecological examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24(1), 39–44. <http://doi.org/10.3109/01674820309042799>.
- Azzopardi, C., Eirich, R., Rash, C. L., MacDonald, S., Madigan, S. (2019). A meta-analysis of the prevalence of child sexual abuse disclosure in forensic settings. *Child Abuse & Neglect*, 93, 291–304. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.020>.
- Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2004). *Przemoc w rodzinie: interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beisert, M. (1991). *Seks twojego dziecka*. Poznań: Zakład Wydawniczy Konrad Domke.
- Beisert, M., Izdebska, A., (2012). Wykorzystywanie seksualne dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 2(11), 48–66.
- Belsky, J., Nezworski, T. M. (1988). *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Berson, N. L., Herman-Giddens, M. E., Frothingham, T. E. (1993). Children's perceptions of genital examinations during sexual abuse evaluations. *Child Welfare*, 72(1), 41–49. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00061-C](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00061-C).
- Broadus-Shea, E. T., Scott, K., Reijnders, M., Amin, A. (2019). A review of the literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 104225. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104225>.
- Castelo-Branco, C., Figueras, F., Eixarch, E., Quereda, F., Cancelo, M. J., González, S., Balasch, J. (2007). Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(1), 94–98. <http://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01155.x>.
- Ceccucci, J. (2018). Evaluating nurse practitioners perceived knowledge, competence, and comfort level in caring for the sexually abused child. *Journal of Forensic Nursing*, 14(1), 42–49. <http://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000184>.

- Christian, C. W., Lavelle, J. M., De Jong, A. R., Loiselle, J., Brenner, L., Joffe, M. (2000). Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*, 106(1 I), 100–104. <http://doi.org/10.1542/peds.106.1.100>.
- Cooper, C., Coleman, J., Irvin, N., Lee, A., Antoine, D. (2019). Personal trauma among healthcare providers: implications for screening practices. *Women & Health*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1683122>.
- Czub, M. (2015). *Zrozumieć dziecko wykorzystywane seksualnie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Dąbkowska, M. (2002). Zespół stresu pourazowego u dzieci. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2(4), 251–254.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Nowy Jork, NY: Brunner-Mazel.
- Finkel, M. A. (2011). Medical issues in child sexual abuse. W: J. E. Myers (red.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (3rd ed., s. 253–266). Los Angeles, CA: Sage.
- Gerbert, B., Caspers, N., Bronstone, A., Moe, J., Abercrombie, P. (1999). A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Annals of Internal Medicine*, 131(8), 578–584. <http://doi.org/10.7326/0003-4819-131-8-199910190-00005>.
- Havig, K. (2008). The Health Care Experiences of Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(1), 19–33. <https://doi.org/10.1177/1524838007309805>.
- Hazelwood, R.R., Burgess, A.W. (2001). *Practical Aspects of Rape Investigation* (3rd ed.). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Heger, A.H., Emans, S.J., Muram, D. (2000). *Evaluation of the Sexually Abused Child* (2nd ed.). Nowy Jork, NY: Oxford University Press.
- Henderson, E., Harada, N., Amar, A. (2012). Caring for the forensic population: Recognizing the educational needs of emergency department nurses and physicians. *Journal of Forensic Nursing*, 8(4), 170–177. <http://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2012.01144.x>
- Herman, J. (2004). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hewitt, S. K. (1999). *Assessing Allegations of Sexual Abuse in Preschool Children: Understanding Small Voices*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Hilden, M., Sidenius, K., Langhoff-Roos, J., Wijma, B., Schei, B. (2003). Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort.

- Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 82(11), 1030–1036. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00253>.
- Hine, P., Smith, H. (2014). Attitudes of UK doctors to intimate examinations. *Culture, Health & Sexuality*, 16(8), 944–959. <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.923584>
- Hughes, F., Francis, A. P., Sciscione, A. C. (2019). Physician burnout among members of the society for maternal-fetal medicine. *American Journal of Perinatology*. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1692185>.
- Izdebska, A., Pilarczyk, K. (2019). Wykorzystanie seksualne dziecka. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(3), 68–97.
- Izdebska, A., Zielona-Jenek, M. (2016). Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie a seksualność kobiet w cyklu życia. W: A. Matysiak-Błaszczak, B. Jankowiak (red.), *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet* (s. 253–276). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jarosz, E. (2008). Stan i kierunki badań nad związkami między krzywdzeniem dzieci a niepełnosprawnością. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 7(1), 7–22.
- Jasiński, W. (2014). Uwagi o trybie ścigania przestępstwa zgwałcenia. *Prokuratura i Prawo*, 1, 68–84.
- Jonassen, J. A., Mazor, K. M. (2003). Identification of Physician and Patient Attributes That Influence the Likelihood of Screening for Intimate Partner Violence. *Academic Medicine*, 78(Supplement), S20–S23. <https://doi.org/10.1097/00001888-200310001-00007>.
- Jones, K. M., Taouk, L. H., Castleberry, N. M., Carter, M. M., Schulkin, J. (2018). IPV Screening and Readiness to Respond to IPV in Ob-Gyn Settings: A Patient-Physician Study. *Advances in Public Health*, 2018, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2018/1586987>.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>.
- Lane, W. G., Dubowitz, H. (2009). Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse & Neglect*, 33(2), 76–83. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.003>.

- Littleton, H., Breitkopf, C. R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 30(1), 106–116. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2006.00267.x>.
- Łabęcka, M., Jarząbek- Bielecka, G., Lorkiewicz-Muszyńska, D. (2013). Przepięstwa seksualne – wybrane przypadki. *Ginekologia Polska*, 84(4), 309–313. <https://doi.org/10.17772/gp/1582>.
- Mark, H., Bitzker, K., Klapp, B. F., Rauchfuss, M. (2008). Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(3), 164–172. <http://doi.org/10.1080/01674820701832770>.
- Mejia, C. L., Telega, G., Wilson, S. L., Nagorska, M. (2018). Screening for adverse childhood experiences within paediatric patients in Rzeszów, Poland. *Polish Pediatrics*, 93(4), 306–311. doi.org/10.5114/polp.2018.77995.
- Meunier-Sham, J., Cross, T. P., Zuniga, L. (2013). The seven pillars of quality care in a statewide pediatric sexual assault nurse examiner program. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(7), 777–795. <http://doi.org/10.1080/10538712.2013.830665>.
- Milam, L. J., Nugent, W. R. (2017). Children’s Knowledge of Genital Anatomy and Its Relationship With Children’s Use of the Word “Inside” During Questioning About Possible Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(1), 23–39. <http://doi.org/10.1080/10538712.2016.1269863>.
- Money, J., Lamacz, M. (1987). Genital examination and exposure experienced as non-socomial: Sexual abuse in childhood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(12), 713–721. <http://doi.org/10.1097/00005053-198712000-00002>.
- Myers, J. (2007). Dziecko jako świadek. W: M. Sajkowska (red.), *Przyjazne przesłuchanie dziecka*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- O’Donohoe J. M. (2011). Views of Foundation Doctors (year 2) on distress likely with genital examination in children. *Ulster Medical Journal*, 80(3), 141–143.
- Pabis, M., Wronska, I., Slusarska, B., Cuber, T. (2011). Paediatric nurses’ identification of violence against children. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 384–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>.
- Pearlman, L. A., Caringi, J. (2009). Living and Working Self-Refelctively to Address Vicarious Trauma. W: C. A. Courtois, J. D. Ford (red.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders* (s. 202–224). Nowy Jork, NY: The Guilford Press.
- Płatek, M. (2010). Kryminologiczno-epistemologiczne i genderowe aspekty przestęstwa zgwałcenia. *Archiwum Kryminologii*, 32, 356–370.
- Sajkowska, M. (2002). Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 1(1), 1–24.

- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>.
- Skrzypulec, V., Droszdzol, A., Kowalczyk, R. (2010). Diagnostyka medyczna w przypadku podejmowania przemoc seksualnej wobec dziecka. W: M. Sajkowska (red.), *Dziecko wykorzystywane seksualnie. Diagnoza, Interwencja, pomoc psychologiczna*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Smith, J. R., Ho, L. S., Langston, A., Mankani, N., Shivshanker, A., Perera, D. (2013). Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: A mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. *Conflict and Health*, 7, 14. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-7-14>.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M., Goslings, J. C. (2012). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women & Health*, 52(6), 587–605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>.
- Steinberg, L., Bornstein, M. H., Vandell, D. L., Rook, K. S. (2011). *Life-Span Development: Infancy Through Adulthood*. Wadsworth, OH: Cengage Learning.
- Sultan, C. (2004). Pediatric and adolescent gynecology. Evidence-based clinical practice. Preface. *Endocrine Development*, 7, IX-X.
- Szasz, T., Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.
- Szymańska-Pytlińska, M., Chodecka, A. (2014). Zagrożenia wtórną wiktymizacją dziecka – ofiary wykorzystywania seksualnego związane z badaniami sądowymi. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(1), 72–93.
- Tugut, N., Golbasi, Z. (2014). Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: A study of Turkish women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(6), 1777–1784. <http://doi.org/10.1111/jog.12409>.
- Ullman, S. E. (2010). Talking about sexual assault: Society's response to survivors. Talking about sexual assault: Society's response to survivors. Waszyngton, DC: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/12083-000>.
- Uribe-Eliás, R. (2003). Sexual violence and the obstetrician/gynecologist. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 82(3), 425–433. [https://doi.org/10.1016/s0020-7292\(03\)00230-3](https://doi.org/10.1016/s0020-7292(03)00230-3)

- Wasilewski, B. (2011). Pułapki i zagrożenia w relacji lekarz–pacjent. W: B. Wasilewski, L. Engel (red.), *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. (s. 189–210). Warszawa: Enteia.
- Wasilewski, B., Engel L. (red.). (2011). *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Enteia.
- World Health Organization/United Nations High Commissioner for Refugees. (2004). *Clinical Management of Rape Survivors. Developing Protocols for Use with refugees and Internally Displaced Persons* (revised edition). Geneva: World Health Organization .
- World Health Organization (2017). *Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M. (2018). *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Wooley, S.C. (1996). Recognition of sexual abuse: Progress and backlash. W: M. Schwarz, L. Cohn (red.), *Sexual Abuse and Eating Disorders* (s. 191–209). Nowy Jork, NY: Brunner/Mazel.
- Yoon, J. D., Rasinski, K. A., Curlin, F. A. (2010). Conflict and emotional exhaustion in obstetrician-gynaecologists: A national survey. *Journal of Medical Ethics*, 36(12), 731–735. <http://doi.org/10.1136/jme.2010.037762>.
- Young, K. L., Jones, J. G., Worthington, T., Simpson, P., Casey, P. H. (2006). Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 585–588. <http://doi.org/10.1001/archpedi.160.6.585>.
- Zielona-Jenek, M. (2012). *Przesłuchanie małoletnich świadków*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

THE RELATIONSHIP OF A DOCTOR WITH A MINOR WHO HAS EXPERIENCED SEXUAL ABUSE. CONDITIONS OF THE COURSE OF CONTACT AND ITS IMPORTANCE FOR THE DIAGNOSIS PROCESS

The article is devoted to the issue of the specifics of a diagnostic contact between a doctor and minor patients with experience of sexual abuse. Features of psychological functioning of minors with sexual abuse experience were discussed, as well as possible features and reactions of a physician activated in response to the child's experiences and behaviors associated with them. In relation to both the doctor and the minor

patient and their carers, two groups of factors determining the course of diagnostic contact were distinguished - unrelated to the child's experience of sexual abuse and related to such experience. The analyzes became the basis for formulating practical recommendations for doctors. They were discussed in relation to models of doctor-patient relations according to the classification of Szasz and Hollender: the activity-passivity model, guidance-cooperation and mutual participation. The conclusions also indicate the need to develop empirical research related to the analyzed issue, also in Polish conditions.

KEYWORDS

CHILD SEXUAL ABUSE, MEDICAL DIAGNOSIS, GENITAL EXAMINATION, DOCTOR-PATIENT CONTACT, PREPARATION FOR THE EXAMINATION

Cytowanie:

Izdebska, A., Zielona-Jenek, M. (2019). Relacja lekarza z małym dzieckiem, które doświadczyło wykorzystania seksualnego. Uwarunkowania przebiegu kontaktu i jego znaczenie dla procesu diagnozy *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(4), 38-64.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków - Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości