

# Problem ofiar przemocy seksualnej w praktyce ginekologii wieku rozwojowego

Victims of child sexual abuse as a problem  
in adolescent gynecology

Grażyna Jarząbek, Michał Pawlaczyk, Elżbieta Sowińska-Przepiera,  
Karina Kapczuk, Katarzyna Wachowiak-Ochmańska, Zbigniew Friebe

Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Akademii Medycznej  
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

## Streszczenie

*W ginekologii wieku rozwojowego potrzebna jest szczególna empatia, delikatność, atmosfera zrozumienia i intymności — zwłaszcza dotyczy to badania dziewcząt molestowanych seksualnie.*

*Każde działanie lekarskie musi być ściśle dostosowane do wieku pacjentki, do etapu jej rozwoju zarówno fizycznego, jak i psychicznego oraz do zdarzenia molestowania, jakie według wywiadu miało miejsce.*

*Wobec molestowania seksualnego dzieci istnieje konieczność wdrożenia pewnego schematu postępowania lekarskiego, aby w trudnej emocjonalnie sytuacji podejrzenia wykorzystania seksualnego dziecka dokonać wszystkich niezbędnych czynności, umożliwiających uwiarygodnienie rozpoznania nadużycia seksualnego i długofalową pomoc dziecku, jednocześnie nie narażając go na dodatkowe urazy. W latach 1993–2005 w Poradni Ginekologii Dziecięcej stwierdzono 61 przypadków podejrzeń molestowania seksualnego nieletnich. Niezależnie od urazów fizycznych po molestowaniu seksualnym zawsze pozostaje uraz psychiczny, co obserwowano również w badanej grupie pacjentek. Oprócz opieki ginekologicznej wdrożono opiekę pedagogiczną, psychologiczną, a w niektórych przypadkach i psychiatryczną nad ofiarami przemocy seksualnej i ich rodzinami.*

**Słowa kluczowe:** molestowanie seksualne, dzieci, ginekologia, seksuologia

## Abstract

*A friendly atmosphere, empathy, intimacy and delicacy are needed in gynecological practice for adolescents, especially in examining sexually molested children. Every medical procedure should be precisely adjusted to child/s physical and psychical stage of development and should be specific to the type of reported abuse.*

*A well prepared, established pattern of management with victims for health-care providers is required enabling to take a proper history and perform precise examination in emotionally stigmatized children. Much should be done to avoid additional trauma, what is important for further individual therapy, and at the same time to authenticate the abuse.*

*61 suspected victims of sexual abuse were evaluated in the Adolescent Gynecology Outpatient Clinic in 1993–2005. Despite physical lesions, deep emotional trauma was observed as a main outcome in the follow-up in this group.*

*A long-time, complex care, including medical, psychological and sometimes psychiatric care should be offered to sexually abused children.*

**Key words:** sexual abuse, child, gynecological evaluation, sexology

---

## Adres do korespondencji:

Dr med. Grażyna Jarząbek  
Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii  
Akademii Medycznej w Poznaniu  
ul. Polna 33, 69–535 Poznań  
tel.: 0 605 321 350  
Nadesłano: 14.07.2005

Przyjęto do druku: 20.09.2005

Sprawcami przestępstw wobec dzieci (przemocy, molestowania seksualnego) może być zarówno osoba obca dla dziecka, jak i znana dziecku, często rodzic albo członek rodziny. Z obserwacji wynika, że wobec wzrostu poziomu społecznej wrażliwości na krzywdę dziecka coraz częściej są ujawniane przestępstwa wobec dzieci w rodzinach i przez osoby spoza rodzin. Przemoc seksualna, definiowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jako nadużywanie dzieci w celu uzyskania przyjemności seksualnej przez osoby od nich starsze lub dorosłe, jest, obok przemocy fizycznej, emocjonalnej i zaniedbywania, najcięższym w skutkach wymiarem krzywdzenia dziecka. Większość badaczy uważa, że ofiarami przemocy seksualnej w dzieciństwie są 1 na 3–4 kobiety (6–62%) oraz 1 na 6–10 mężczyzn (3–24%) [*National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN)*]. W Polsce, według Komitetu Ochrony Praw Dziecka, co piąta dziewczynka (ok. 20%) i co piętnasty chłopiec (ok. 6%) poniżej 15 roku życia przeżywa jakąś formę nadużycia seksualnego. Mimo że statystyki na ten temat są zastraszające, to należy zdawać sobie sprawę, że wiele z tych spraw nie figuruje w policyjnych kartotekach, nie znajduje pomocy i wsparcia. Statystyki wskazują, że grupą największego ryzyka są dzieci w wieku 6–12 lat [1–4].

Pomoc medyczna ofiarom przemocy seksualnej, zwłaszcza dzieciom, obejmuje nie tylko poprawne zaopatrzenie obrażeń, lecz także wszystkie inne czynności, które towarzyszą wykonywaniu zabiegów, a mają na celu zmniejszenie urazu psychicznego spowodowanego wykorzystaniem seksualnym.

## Materiał i metody

W niniejszym artykule przedstawiono obserwacje kliniczne dotyczące problemu ofiar molestowania seksualnego na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej pacjentek Poradni Ginekologii Wiekowej Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Poznaniu z lat 1993–2005.

## Wyniki i dyskusja

Stwierdzono 61 przypadków molestowania seksualnego nieletnich, jakie zgłoszono w Ośrodku Ginekologii i Andrologii Wiekowej w latach 1993–2005.

Badanie dziecka wykorzystywanego seksualnie stanowi duży problem diagnostyczny, psychologiczny, prawny, a nawet moralny. Przemoc seksualna jest najcięższą w skutkach formą krzywdzenia dziecka. Dziecko, zwłaszcza małe, zazwyczaj nie rozumie sy-

tuacji, w której się znalazło, nie rozumie oczekiwań ze strony dorosłych, boi się obcych.

Mówienie o przemocy fizycznej i seksualnej, której było ofiarą lub świadkiem, wiąże się dla niego z ponownym przeżywaniem wszystkich trudnych emocji, towarzyszących zdarzeniu. Wobec własnej bezradności i charakteru zdarzeń dziecko czuje również wstyd lub się obwinia.

Mechanizmami obronnymi, kształtującymi się u uszkodzonego dziecka, jest wypieranie z pamięci szczegółów zdarzeń, ucieczka od, w ich poczuciu, natarczywości dorosłych. Dziecko nie chce wracać do przykrych doświadczeń. Przesłuchanie jako procedura prawna, a przede wszystkim wywiad lekarski i badanie wymagają szczególnej wrażliwości, empatii, specjalistycznego przygotowania.

Badania lekarskie są prowadzone na różnych etapach tej procedury. (Trzeba pamiętać, że nierzadko właśnie lekarz podczas badań kontrolnych, profilaktycznych czy przy leczeniu innych chorób rozpoznaje objawy, które mogą świadczyć o przestępstwie wobec dziecka: ślady przemocy czy molestowania seksualnego) [4–6].

Przyjęcie prawidłowych zasad postępowania wobec ofiary przemocy seksualnej umożliwia postawienie wiarygodnego rozpoznania bez narażania dziecka na dodatkowy stres.

Nastawienie pacjentki do badania zależy od jej wieku, posiadanej przez nią wiedzy oraz problemu, z jakim przybywa do lekarza.

W przypadku podejrzenia o molestowanie seksualne lekarz jest zobowiązany do sporządzenia rzetelnej dokumentacji, stanowiącej materiał dowodowy, i powiadomienia o przestępstwie właściwych organów ścigania.

Dla każdego dziecka kontakt o charakterze seksualnym jest urazem. Na ogół nie mówi ono o tym, co mu się zdarzyło — wstydi się, boi kary, czuje się winne lub nie potrafi znaleźć słów, aby opisać swoje doświadczenia. Często jednak jego zachowanie zmienia się. W ten sposób próbuje ono prosić otoczenie o pomoc.

Szczególnie trudne jest rozpoznanie i diagnozowanie dziecka niepełnosprawnego w kierunku molestowania seksualnego. W każdym przypadku badań, gdzie podejrzewa się wykorzystanie seksualne, im wcześniej ofiara jest im poddana, tym dokładniej można to podejrzenie potwierdzić lub wykluczyć. Nietety zazwyczaj, co potwierdzają obserwacje, występuje tu znaczne, różnie uwarunkowane opóźnienie.

Jednocześnie należy podkreślić, że charakter objawów jest różny w zależności od rodzaju molestowania seksualnego. Pacjentki z ostrymi objawami tuż po

brutalnym zdarzeniu wykorzystania seksualnego zazwyczaj są badane w ramach dyżurów w szpitalnych izbach przyjęć. Można wtedy wykryć tak zwane ostre — bezpośrednie objawy wykorzystania seksualnego: nasienie w pochwie, włosy, krew, ślinę, komórki naskórka (w pochwie, w jamie ustnej lub pod paznokciami ofiary), które według wyników analizy molekularnej DNA nie należą do ofiary.

Z obserwacji danych z praktyki poradni stosunkowo rzadko zdarzają się pacjentki z pewnymi objawami wykorzystania seksualnego. Zazwyczaj są to pacjentki, u których objawy mogące świadczyć o molestowaniu mają charakter objawów przewlekłych, gdzie pierwszoplanowe są zaburzenia psychoemocjonalne.

Dziecko niewykorzystywane zazwyczaj zdradza naturalny rodzaj obawy przed nową sytuacją, jaką jest badanie lekarskie. Zbyt chętnie przystąpienie do takiego badania, zbyt spokojne, pewne zachowanie się dziecka podczas badania ginekologicznego może budzić podejrzenia ginekologa, że dziecko było molestowane (np. przez tzw. uwodzającego pedofila, który nie działa brutalnie, stosuje nagrody dla dziecka w zamian za specyficzny rodzaj zachowań wobec niego; tak samo dziecko panicznie bojące się badania sfer genitalnych może budzić podejrzenia ginekologa, że było ono wykorzystane seksualnie — w tej jednak sytuacji można podejrzewać, że sprawca działał brutalnie, z użyciem siły. Objawami przewlekłymi molestowania seksualnego są: ubytek błony dziewiczej i/lub trwałe rozszerzenie odbytu.

W obserwacjach potwierdzono, że w badaniu przedmiotowym ogólnym i ginekologicznym u wielu pacjentek można nie stwierdzić żadnych zmian, co wynika z odmiennego sposobu wykorzystywania seksualnego dziecka, na przykład dotykanie o podłożu seksualnym, stosunki oralne.

Stwierdzenie u dziecka objawów chorób przenoszonych drogą płciową (STD, *sexually transmitted disease*) także nasuwa podejrzenie, że dziecko było molestowane seksualnie.

Objawem bezpośrednim wykorzystania seksualnego dziewczynki jest ciąża. Szczególny jest tu przypadek 14-letniej pacjentki Poradni Ginekologii Wieku Rozwojowego, która zgłosiła się z powodu braku miesiączki od 2 miesięcy. W badaniach wykazano, że przyczyną tego stanu jest 9-tygodniowa ciąża (po 3-krotnym wykonaniu USG stwierdzono, że była to ciąża obumarła). Cięży tej pacjentki nie brała pod uwagę jako przyczyny braku miesiączki — brak edukacji seksualnej.

Wnikliwy wywiad od pacjentki wskazywał, że sprawcą ciąży jest dorosły sąsiad. Pacjentka pochodziła z tak zwanej rodziny patologicznej — to jej oj-

ciec w zamian za alkohol od sąsiada nakazywał jej z nim obcować. Pacjentka fizjologicznie miesiączkowała od 3 lat do tego momentu, stadium jej pokwitania według skali Tannera było adekwatne do wieku A4 Th4 P4. Pacjentka została przyjęta do Kliniki Ginekologii, gdzie po stymulacji prostaglandynami nastąpiło poronienie — wykonano skrobanie ścian jamy macicy. Sprawę zgłoszono do prokuratury, rodzinę otoczono opieką kuratora sądowego. Przeprowadzono badania ginekologiczne i psychologiczne także dwóch sióstr pacjentki — nie stwierdzono u nich cech molestowania, natomiast tak jak pacjentka były one zaniedbane higienicznie. Opisywana rodzina mieszkała w jednym brudnym pokoju. Obecnie pacjentka kończy naukę, mieszkając w internacie prowadzonym przez siostry zakonne. Sprawca został aresztowany. Opisany przypadek jest jednym z bardziej drastycznych spośród innych występujących w Ośrodku Ginekologii i Andrologii Wieku Rozwojowego.

Rodzice (opiekunowie), którzy nie są sprawcami molestowania, w przypadku takiego podejrzenia u ich dziecka, ogarnięci wątpliwościami, czy wykorzystanie miało miejsce, przywiązują dużą wagę do wyniku badania lekarskiego i w przypadku dziewczynek chcieliby zacząć diagnostykę od badania ginekologicznego. Związane jest to z przecenianiem tego badania i uznawaniem go za ostatecznie wiarygodne, zwłaszcza w obliczu słabo rozumiałych dla rodziny wyników obserwacji psychologicznej. Dlatego w takich sytuacjach badaniu ginekologicznemu lekarz powinien poświęcić więcej czasu, by spełnić oczekiwania dziecka, matki i prokuratury lub policji [6–8].

UWAGA: Jeżeli dziecko boi się powiedzieć, w jakich rzeczywistości okolicznościach doszło do powstania urazów, a osoba zgłaszająca się z dzieckiem chce zataić prawdę (np. matka zna sprawcę i chce go chronić), to okoliczności powstania urazów podane przez matkę lub dziecko są niespójne lub mało prawdopodobne: „... upadła na ramę od roweru, trzepaka, kant stołu, konar drzewa itp. ...”.

Proponowana kolejność postępowania ginekologicznego jest następująca:

1. Wywiad lekarski
2. Badanie ginekologiczne
3. Wykonanie kolorowych fotografii znalezionych zmian: zdjęcia należy wykonywać aparatem fotograficznym z soczewką o średnicy 35 mm, wyposażonym w obiektyw z dużą ogniskową i lampą błyskową, w taki sposób, by dokumentacja fotograficzna była pełnowartościowa i nie zmieniała rzeczywistego obrazu. Niezależnie od dokumentacji fotograficznej stwierdzone objawy fizyczne zawsze należy przedstawić na rysunkach.

4. Powiadomienie prokuratury lub policji o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu (zgodnie z Art. 304 Kodeksu Postępowania Karnego).

Informacje uzyskane na podstawie wywiadu z matką i dzieckiem oraz badania przedmiotowego dziecka, jak również dane o badaniach dodatkowych należy zebrać w sporządzonym przez lekarza protokole [3–6].

### Zasady diagnostyki fizykalnej

1. Badanie stanu ogólnego dziecka pod kątem innych aktualnie występujących chorób: oglądanie skóry całego ciała, badanie palpacyjne głowy, osłuchiwanie płuca, serca itd.
2. Podczas badania należy rozmawiać z dzieckiem, nawiązywać kontakt, starając się zminimalizować lęk związany z badaniem.
3. Objawów związanych z przemocą seksualną należy szukać najpierw w innych okolicach ciała.
4. Badanie narządów płciowych należy wykonać na końcu.

### Zasady i technika badania ginekologicznego

1. Wyjaśnienie dziecku celu badania (ogłędnie, w zależności od wieku), ułożenie dziecka na fotelu ginekologicznym lub na kozetce z nogami odwiedzionymi jak u żaby i złączonymi podeszwami stóp. Asystujący w badaniu lekarz lub położna powinni pomagać dziecku.
2. Matka małego dziecka powinna uczestniczyć w badaniu; powinna stanąć blisko głowy i trzymać dziecko za rączkę. Nastolatka może być badana bez obecności matki.
3. Oglądanie skóry: podbrzusza, przyśrodkowych powierzchni ud, pośladków, odbytu, krocza, warg sromowych większych oraz błony śluzowej: ujścia odbytnicy, łechtaczki, warg sromowych mniejszych, błony dziewiczej i ścian pochwy.
4. Delikatnie badanie przy użyciu ogrzanych (!), ginekologicznych wzierników pochwowych, dwużyłkowych, dziecięcych (nr 1, nr 2).
5. Pochwę można oglądać w kolposkopie, z użyciem szkła powiększającego, lampy immunofluorescencyjnej (badanie na obecność nasienia).
6. Przetarcie błon śluzowych i skóry 1-procentowym roztworem błękitu toluidyny w celu wykrycia mikrourazów (objaw niewidoczny po 48 godzinach).
7. Pobieranie wymazów z pochwy (ostrożnie, bez dotykania pierścienia błony dziewiczej) i innych przypuszczalnych miejsc kontaktu z nasieniem. Przy tej procedurze można dać dziecku do potrzymania służące do pobierania wymazów patyczki

z wacikami — zmniejsza to jego niepokój i poprawia samopoczucie.

W toku badania należy wykonać zdjęcia, które dołącza się do dokumentacji. W świeżych rozległych uszkodzeniach i ranach badanie według zasad 1–6 może być niemożliwe, wówczas badanie przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym na sali operacyjnej, z zastosowaniem specjalistycznego sprzętu (waginoskop, cystoskop lub oftalmoskop).

### Postępowanie pourazowe

1. Leczenie dziecka: Jeżeli w wyniku badania aspiratu z pochwy stwierdzono nasienie, to należy pilnie, do 72 godzin po zdarzeniu, podać 1 tabletkę leku Postinor 1 w celu zabezpieczenia antykoncepcyjnego oraz pilnie diagnozować w kierunku zakażeń *Trepanoma pallidum*, HBV, HCV, HIV (testy serologiczne), *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* (rozmaży i posiewy).

W zależności od rodzaju urazów prosi się o konsultacje lekarzy różnych specjalności (np. chirurga przy podejrzeniu krwawienia do jamy brzusznej, urologa w przypadku urazu pęcherza moczowego itp.).

2. Psychoterapia dziecka, matki, rodziny przez wykwalifikowanych w tym kierunku psychologów.
3. Psychoterapia sprawcy.

Kwestia powiadomienia prokuratora lub policji o wykorzystywaniu seksualnym dziecka budzi wśród lekarzy wiele kontrowersji. Zwykle lekarz zdaje sobie sprawę, że zgodnie z obowiązującym w Polsce kodeksem karnym jest to przestępstwo:

### Art. 200 kk

§1. Kto doprowadza małoletniego poniżej lat 15 do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§2. Tej samej karze podlega, kto utrwała treści pornograficzne z udziałem takiej osoby.

### Art. 201 kk

Kto dopuszcza się obcowania płciowego w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

Rzadziej lekarz uświadamia sobie, że ma obowiązek powiadomić prokuraturę lub policję o wykorzystaniu seksualnym dziecka, gdyż jest to przestępstwo ścigane z urzędu:

### Art. 304 kpk

§1. Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub policję.

§2. Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie powiadomić o tym prokuratora lub policję.

Nadużycia seksualne wobec dzieci, to angażowanie ich w jakąkolwiek aktywność, która ma doprowadzić do seksualnego zaspokojenia osoby dorosłej — jak wynika z obserwacji autorów i danych z piśmiennictwa nie musi to się wiązać z gwałtem, może przyjmować formę pieszczot, dotykania lub pokazywania genitaliów dziecku, zmuszania do czynnego lub biernego uczestniczenia w masturbacji. Odbywanie stosunku seksualnego przy dziecku, obnażanie się przed nim lub pokazywanie mu zdjęć czy filmów pornograficznych to także formy nadużyć seksualnych [8–10].

### Podsumowanie

1. Badanie ginekologiczne jest niezbędnym elementem w sytuacjach podejrzenia o molestowanie seksualne dziewcząt. Uzyskane na podstawie oceny klinicznej dziecka — ofiary przemocy seksualnej — dane, przedstawione w sposób usystematyzowany w opracowanych w tym celu kwestiona-

riuszach, wzbogaconych dokumentacją rysunkową i fotograficzną, stanowią rzetelne źródło informacji niezbędnych w toku dalszego postępowania terapeutycznego i dochodzeniowego.

2. Udzielanie pomocy medycznej dzieciom — ofiarom przemocy seksualnej — powinno być realizowane w taki sposób, aby kontakt z lekarzem nie był kolejnym, dodatkowym urazem. Istotną jest współpraca lekarza z pedagogiem i psychologiem.

### Piśmiennictwo

1. Adams J.A., Harper K., Kundson S., Revilla J. Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: it's normal to be normal. *Pediatrics* 1994; 94: 310.
2. Adams J.A., Knudson S. Genital findings in adolescent girls referred for suspected sexual abuse. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1996; 150: 850.
3. Baron M.E., Zanga J.R. Child abuse: a model for the use of structured clinical forms. *Pediatrics* 1996; 98: 429.
4. Botash A.S. Examination for sexual abuse in prepubertal children: an update. *Pediat. Ann.* 1997; 26: 312.
5. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. *Pediatrics* 1999; 103: 186.
6. Jarząbek G. Wybrane zagadnienia z seksuologii ginekologicznej. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2005.
7. Muram D. Child sexual abuse. W: Sanfilippo J.S., Muram D., Dewhurst J., Lee P.A. *Pediatric and adolescent gynecology*. W.B. Saunders Company 1994; 365.
8. Muram D. Child sexual abuse — genital tract findings in prepubertal girls. I. The unaided medical examination. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1989; 160: 328.
9. Muram D. The medical evaluation in cases of child sexual abuse. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2001; 14: 55.
10. Sowińska-Przepiera E., Jarząbek G., Friebe Z. i wsp. Standardy postępowania wobec dziecka molestowanego seksualnie w praktyce ginekologicznej. *Standardy medyczne* 2003; 11: 1366–1372.