

# Rozpoznawanie ofiar przemocy seksualnej wśród dzieci i jej skutki w dorosłym życiu

Recognizing the victims of child sexual abuse and future implications for individual children

Bogumiła Szewczak<sup>1</sup>, Emil Bartosz Rozenek<sup>2</sup>, Alicja Cichocka<sup>2</sup>, Karolina Michałowska<sup>2</sup>, Wiktor Orlof<sup>2</sup>, Napolen Waszkiewicz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

<sup>2</sup>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie

<sup>3</sup>Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

## Streszczenie

*Problem wykorzystywania seksualnego dzieci jest tematem trudnym pod wieloma względami. Aktualna sytuacja globalna związana z wybuchem epidemii SARS-CoV-2, przyczyniła się do zmniejszenia wykrywania wielu form przemocy, także tej skierowanej wobec dzieci. Wykrycie czynników predysponujących i objawów alarmujących mogących wzbudzić czujność lekarza pediatry niejednokrotnie polega na uważnym badaniu i odpowiedniej rozmowie z opiekunem, gdyż to właśnie on, spędzając najwięcej czasu z małym pacjentem, może wnieść wiele informacji o zmianach behawioralnych dziecka w czasie. Należy przy tym być ostrożnym w formułowaniu pytań, ponieważ większość osób wykorzystujących dzieci to ludzie z najbliższego ich otoczenia. Oprócz tego, ważna jest umiejętność dostrzegania objawów somatycznych oraz ocena zachowania dziecka w gabinecie lekarskim.*

*Opóźnienie rozpoznania ofiar molestowania, podobnie jak oddalona w czasie pomoc psychologiczna, mogą skutkować wieloma negatywnymi konsekwencjami, w szczególności w zakresie zdrowia psychicznego. Dorośli wykorzystywani w dzieciństwie mają trudności w utrzymywaniu trwałych relacji, a także częściej zmagają się z zaburzeniami odżywiania i wahaniem nastroju.*

**Słowa kluczowe:** wykorzystywanie seksualne dzieci, przemoc wobec dzieci, przemoc domowa, pedofilia, rozwój dziecka  
*Seksuologia Polska 2021; 19: 1–8*

## Abstract

*The problem of child sexual exploitation is a difficult topic in many aspects. The current global situation related to the outbreak of the SARS-CoV-2 pandemic has contributed to reducing the detection of many forms of violence, including those against children. The detection of predisposing factors and alarming symptoms that can increase the vigilance of a pediatrician often involves careful examination and proper conversation with the caregiver, since it is he/she who spends the most time with a small patient and who can provide a lot of information about the behavioral changes of the child over time. However, it is important to be careful when formulating questions because the majority of child abusers are the people from the immediate surroundings of their victims. It is also crucial to be able to notice somatic symptoms and to assess the child's behavior at the doctor's office.*

*Delays in recognizing victims of child abuse as well as time delayed psychological support can entail multiple negative consequences, in particular those related to mental health. Adults abused in their childhood have difficulties in maintaining long-lasting relationships and they struggle more often with eating disorders and mood swings.*

**Key words:** child sexual abuse (CSA), child abuse, domestic violence, pedophilia, "child development"

*Seksuologia Polska 2021; 19: 1–8*

**Adres do korespondencji:** Bogumiła Szewczak, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15–276 Białystok, e-mail: bogumiła.szewczak@poczta.fm

Nadesłano: 20.08.2021

Przyjęto do druku: 22.10.2021

## Wstęp

Artykuł jest przeglądem wybranych publikacji z bazy PubMed oraz doniesień ze stron internetowych, z uwzględnieniem wydań od roku 1987 do 1 marca 2021 roku. Wyszukiwano kombinacje słów kluczowych, wpisywanych w języku angielskim, związanych z wykorzystywaniem seksualnym dzieci: "child sexual abuse (CSA)", "child abuse", "domestic violence", "pedophilia", "child development". Przegląd obejmuje 74 kluczowe publikacje, z których większość to oryginalne artykuły naukowe, artykuły przeglądowe (metaanalizy i przeglądy systematyczne), fragmenty książek oraz informacje dostępne w Internecie. Odrzucone zostały prace skupiające się w głównej mierze na innych formach przemocy wobec dzieci (psychicznej, słownej, przemocy fizycznej), traktujące o nadużyciach seksualnych wyłącznie na osobach dorosłych oraz pozycje historyczne.

Celem przeglądu jest przedstawienie zjawiska przemocy seksualnej wobec populacji pediatrycznej. Dokładna obserwacja dziecka pod kątem występowania objawów alarmowych podczas wizyt lekarskich jest szczególnie ważna w obliczu trwającej od 2020 roku epidemii COVID-19, która wymusiła widoczną zmianę w życiu społeczeństwa, ograniczając dostępność wczesnej pomocy. Dlatego opisany został profil sprawcy oraz grupy dzieci najbardziej narażonych na doświadczenie tego typu przemocy. Szczególną uwagę autorzy poświęcili możliwym sygnałom ostrzegawczym podczas badania przedmiotowego oraz ocenie zachowania dziecka pod kątem możliwości bycia ofiarą molestowania. Autorzy poruszają również kwestię możliwości rozwinięcia się zaburzeń w życiu dorosłym, wynikających z doświadczanej w dzieciństwie traumy.

Dzieci, ze względu na swoją niedojrzałość fizyczną, emocjonalną i społeczną stanowią grupę szczególnie narażoną na doświadczanie różnych form przemocy ze strony osób dorosłych. Należy do nich molestowanie seksualne (CSA, *child sexual abuse*), definiowane jako „zaangażowanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest on lub ona w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody, naruszająca prawo i obyczaje danego społeczeństwa. Z wykorzystywaniem seksualnym mamy do czynienia wtedy, gdy występuje ono pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem i innym dzieckiem, w sytuacji zależności, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w stosunku opieki, zależności, władzy” [1]. Aktywność ta może obejmować kontakt cielesny (pobudzanie intymnych części ciała dziecka przez dorosłego bądź dorosłego przez dziecko, penetracja) oraz inne formy

znęcania się, jak rozmowy o treści erotycznej, zmuszanie do oglądania pornografii lub podglądactwo [2]. Przemocą seksualną jest również oglądanie i tworzenie materiałów pornograficznych z udziałem nieletnich.

Szacuje się, że na świecie 11,8% dzieci doświadcza tego rodzaju przemocy (dziewczynki w większym odsetku niż chłopcy: 15,0–19,7% v. 7,6–8,0%) [3]. Dane te znajdują potwierdzenie w badaniach ankietowych przeprowadzonych w Polsce w 2013 roku. Grupę 1005 nastolatków w wieku 11–17 lat zapytano, czy w którymkolwiek momencie życia zostały wykorzystane seksualnie — 12,4% z nich deklaruje doświadczenie co najmniej jednego rodzaju nadużycia, z czego około połowy nadużyć związanych było z kontaktem fizycznym (6,4%) [4].

Bardzo trudno oszacować prawdziwą skalę tego zjawiska. Wiąże się to między innymi ze strachem ofiary, wstydem oraz swoistym skrępowaniem z powodu tego, co zaszło; obwinianiem siebie za sprowokowanie sprawcy oraz, co dotyczy mniejszych dzieci, niedokładnym zrozumieniem przemocy, której doświadczyły i trudnościami w ich werbalnym przedstawieniu [5, 6].

Ogłoszona w 2020 roku pandemia wirusa SARS-CoV 2 wymusiła ograniczenie kontaktów społecznych oraz zamknięcie wielu instytucji, takich jak szkoły, żłobki czy przychodnie [7]. Obserwacje pokazują, że podczas takich izolacji, skala krzywdzenia dzieci jest dużo większa [8]. W raporcie UNICEF, dotyczącym epidemii wirusa Ebola w Sierra Leone w 2014–2016 stwierdzono, że epidemia ta skutkowała wzrostem liczby zgłaszanych przypadków zaniedbywania i znęcania się nad dziećmi, a liczba zachodzących w ciężę nastolatków podwoiła się w porównaniu z wcześniejszym okresem [9]. Ze względu na to, że samodzielnie o przestępstwie informują głównie nastolatki i młodzi dorośli [10], wiele podobnych sytuacji w młodszej populacji pozostanie jednak niezauważonych przez osoby na co dzień pracujące z dziećmi. Dodatkowo, poprzez ograniczony dostęp do pomocy psychiatrycznej, osoby dorosłe, które w standardowych okolicznościach skorzystałyby z pomocy specjalisty, swoje napięcia i trudności rozładują na najbardziej bezbronnych i niezdolnych do obrony osobach [7].

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione dane, widać wyraźnie, szczególnie podczas obecnej sytuacji w kraju i na świecie, jak ważne jest zachowanie czujności i podjęcie odpowiednich kroków przez lekarzy pierwszego kontaktu.

W polskim Kodeksie karnym przestępstwa seksualne ukierunkowane na ochronę seksualności małoletnich ujęte są w artykułach: 197 kk (zgwałcenie — Od 2010 r. w przepisie tym funkcjonuje także typ kwalifikowany zgwałcenia — zgwałcenie małoletniego poniżej

lat 15 (art. 197 § 3. pkt 2), 199 kk § 2 i 3 kk (*obcowanie płciowe lub inna czynność seksualna z nadużyciem stosunku zależności na szkodę małoletniego*), 200 kk (*obcowanie płciowe z osobą poniżej lat 15 — tzw. age of consent*) 200a kk (przepis zakazujący nawiązywania kontaktu z małoletnim poniżej lat 15 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej w celu popełnienia przestępstwa), 200b kk (pochwalanie zachowań pedofilskich), 202 kk (angażowanie małoletniego do tworzenia materiałów pornograficznych, posiadanie oraz rozpowszechnianie takich materiałów, a także prezentowanie małoletniemu treści pornografii cznych), 204 kk (stręczycielstwo, kuplerstwo, sutenerstwo z udziałem osoby małoletniej). W Polsce w 2018 roku za ww czyny prawomocny wyrok usłyszało 1117 dorosłych [11].

## Osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych jako sprawcy przestępstw na tle seksualnym

W większości przypadków molestuje osoba z najbliższego otoczenia dziecka [12], której młody człowiek ufa, kocha bądź darzy pozytywnymi uczuciami. Może to być członek rodziny, przyjaciel czy bliski sąsiad [13]. Czynów zabronionych dopuszczają się zazwyczaj mężczyźni (w wieku ok. 30–40 lat) [13, 14], choć w ostatnich latach pojawiło się coraz więcej prac opisujących te zjawisko wśród kobiet [15]. Wuertele i wsp. [16] przeprowadzili anonimowe, internetowe badanie ankietowe na grupach 262 kobiet i 173 mężczyzn. Badacze szacują, że 3% kobiet i 9% mężczyzn z populacji ogólnej byłoby skłonnych oglądać pornografię dziecięcą, a 2% i odpowiednio 4% obcować płciowo z dzieckiem — pod warunkiem że nie poniosą za to kary. Przypuszcza się, że ryzyko popełnienia przestępstwa na dzieciach jest większe, gdy sprawca sam w dzieciństwie był ofiarą CSA. Przeciwnicy tego założenia podkreślają jednak, że może być to podjęta linia obrony, mająca na celu obniżenie wyroku sądu [17]. Smallbone and Wortleyn przeprowadzili badanie w 182-osobowej grupie mężczyzn odbywających wyrok w australijskich więzieniach za popełniony czyn pedofilski. 62,9% z nich było wcześniej skazanych w sądzie (dwa razy częściej byli oni ukarani za czyny niezwiązane z przestępstwami seksualnymi) [18].

Wśród osób wykorzystujących seksualnie dzieci można wyróżnić dwie grupy.

Pierwsza z nich to osoby, których jedyną lub dominującą metodą zaspokajania napięcia seksualnego jest kontakt z dzieckiem. Zaburzenie to nazywamy pedofilią, która zarówno w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, *International Classification of Diseases*,

kod F65.4) [19], jak i amerykańskiej *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, kod 302.2) [20] zalicza się do grupy zaburzeń preferencji seksualnych (parafilii). Osoby zmagające się z tym schorzeniem czują pociąg seksualny do osób przed lub na wczesnym etapie dojrzewania płciowego (w aktualizacji ICD-10 i ICD-11 pominięte zostało kryterium wieku — uprzednio osoba, która dokonała czynności pedofilskich musiała mieć ukończone co najmniej 16 lat i być o 5 lat starsza od ofiary). Objawami są długotrwałe, silne i nawracające seksualnie podniecające fantazje, powodujące klinicznie znaczącą przykrość lub pogorszenie w społecznej, zarobkowej czy innej ważnej dziedzinie funkcjonowania.

W społecznym rozumieniu, pomiędzy rozpoznaniem preferencji pedofilskich a przemocą wobec dzieci należy postawić znak równości [21]. Okazuje się jednak, że skłonności te nie zawsze prowadzą do wykorzystywania nieletnich. Istnieje grupa „chorych”, tak zwanych *non-offending pedophiles*, którzy pomimo zmagania się z zaburzeniami nigdy nie skrzywdzili dziecka. Bardzo często osoby te charakteryzuje silna motywacja do leczenia i nieulegania swoim popędom [22]. Ważnym elementem pomocy takim chorym jest odpowiednio prowadzona terapia poznawczo-behawioralna, leczenie farmakologiczne oraz edukowanie społeczeństwa i zmniejszenie stygmatyzacji osób świadomie leczących i pragnących kontrolować swoje zaburzenia [23].

Okazuje się jednak, że nie u każdej osoby, która seksualnie skrzywdziła dziecko, można postawić rozpoznanie zaburzenia z grupy parafilii [24]. Drugą grupę stanowią bowiem osoby skłonne wykorzystać osobę małoletnią bez wcześniejszej fascynacji erotycznej (czyli np. bez poprzedzających akt fantazji erotycznych o osobie małoletniej) – inaczej niż ma to miejsce w grupie I, gdzie cechą charakterystyczną są uciążliwe fantazje. Do grupy 2 można zaliczyć między innymi niedoświadczonych seksualnie młodych dorosłych i nastolatków, osoby z upośledzeniem umysłowym, obciążone trudnym, przemocowym wywiadem rodzinnym (w tym bycie ofiarą CSA) [18]. Dopuszczają się oni przemocy seksualnej na dzieciach, ponieważ dzieci są łatwiej osiągalnym źródłem rozładowania napięcia seksualnego (rozładowanie napięcia bez wcześniejszej fascynacji erotycznej). Ze względu na niedostatecznie rozwinięte zdolności interpersonalne lub inne niż zaburzenia preferencji seksualnych zaburzenia osobowości, wykorzystują oni dziecko jako zastępstwo dojrzałego partnera, którego poznanie i zdobycie przekracza ich możliwości [25, 26]. Często w populacji tej do wykorzystania dziecka dochodzi w momencie, gdy „nadarzy się okazja” — między innymi

mi gdy dana osoba znajduje się pod wpływem środków odurzających, a okoliczności sprawiają, że w zasięgu jest bezbronna osoba małoletnia.

W pierwszej grupie istnieje dużo większe ryzyko wielokrotnego popełnienia CSA [27]. Beier [28] na podstawie przebadania 52 osób, które przynajmniej raz wykorzystaly dziecko (pierwsza lub druga grupa), stwierdza, że 63,5% pedofili (grupa pierwsza) ponownie dokonało tego czynu, podczas gdy osoby z drugiej grupy tylko w 10–25% [28].

## Czynniki ryzyka doświadczenia przemocy seksualnej

Grupa ofiar CSA wśród dzieci jest bardzo zróżnicowana. Jak wspomniano, dzieci częściej doświadczają CSA ze strony osób, które już wcześniej znały [29]. Oprawcy zazwyczaj nie używają przemocy, lecz starają się stopniowo i powoli zaskarbić sobie zaufanie i posłuszeństwo dziecka, na przykład obdarowując je prezentami [30]. Szczególnie narażone są dzieci z niepełnosprawnościami fizycznymi i umysłowymi [31], wychowujące się w niepełnej rodzinie lub doświadczające innych form przemocy (zaniedbywanie, przemoc fizyczna) [32]. Butler i wsp. [33] wskazuje, że dziewczynki mieszkające z obojgiem biologicznych rodziców są mniej zagrożone wykorzystaniem seksualnym. Wyniki licznych badań wskazują, że to dziewczynki są bardziej niż chłopcy narażone na doświadczenie przemocy seksualnej (nawet do 3 razy częściej padają ofiarami nadużycia) [34].

Czynnikiem ryzyka jest również niekontrolowany przez osobę dorosłą dostęp Internetu [35]. Coraz młodsze dzieci potrafią bez trudu obsłużyć smartfona, często bez wcześniejszej dostatecznej edukacji o możliwych zagrożeniach, jakie niesie korzystanie z mediów społecznościowych, wyszukiwarek internetowych. Miejsca te zwiększają możliwość poznania potencjalnego sprawcy, który może wykorzystać dziecko poprzez prośby o wysłanie zdjęć, erotycznych wiadomości lub kontakt przez kamerę [36]. Ten rodzaj nadużycia nazywany jest wykorzystaniem seksualnym z użyciem technologii (TA-CSA, *technology-assisted child sexual abuse*) [37]. Chociaż nie dochodzi tu do bezpośredniego kontaktu między oprawcą a małoletnim, zwiększone jest ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji w późniejszym czasie

## Odchylenia w badaniu przedmiotowym oraz dane z wywiadu u ofiary molestowania

Według szacunków większość dzieci dotkniętych CSA podczas badania przedmiotowego nie demonstruje żadnych nieprawidłowości [38]; nie zwalnia to

jednak lekarza z obowiązku dokładnego i skrupulatnego badania całego ciała. Ocenę utrudnia fakt, że dzieci zazwyczaj nie donoszą od razu o zaistniałej sytuacji — do ujawnienia dochodzi zwykle po pewnym czasie, gdy wszelkie uszkodzenia mogą już ulec zagojeniu.

Ciężkie urazy i fizyczne ślady na ciele dzieci skrzywdzonych seksualnie należą do rzadkości, gdyż sprawcy rzadko używają przemocy [39]. Podejrzenia powinny wzbudzić niedające wyjaśnić się zasinienia, otarcia, opuchlizna i swędzenie okolic intymnych, a także szyi. Urazy zewnętrznych narządów płciowych i odbytu mogą obejmować również: uszkodzenie błony dziewiczej (lub zmiany jej morfologii, jeśli osoba badająca ma porównanie obrazu błony z wcześniejszej konsultacji), krwawienia z pochwy u dziewczynek przed wystąpieniem menarche lub nieregularne krwawienia u miesiączkujących dziewcząt [40, 41]. Dziecko może zgłaszać ból podczas siedzenia, oddawania moczu lub defekacji, obecność śladów krwi w stolcu. Mogą pojawić się czynnościowe choroby przewodu pokarmowego — zespół jelita drażliwego (IBS, *irritable bowel syndrome*), dyspepsja czynnościowa, przewlekłe bóle brzucha, zaparcia czynnościowe [42]. W badaniu śluzówek jamy ustnej czujność lekarza i lekarza dentystry powinny wzbudzić afty, brodawki wirusowe, drobne wybroczyny [43]. Choroby przenoszone drogą płciową — rzeżączka, kiła, zakażenie wirusem *human papillomavirus* (kłykciny końcyste), chlamydia czy zakażenie *Trichomonas vaginalis* również nie należą do powszechnych objawów mogących wskazywać na CSA [40]. Cięża stwierdzona u dziewczynki przed wiekiem wyrażenia świadomej zgody na czynności seksualne jest bezspornym dowodem wykorzystania.

## Alarmowe zmiany behawioralne wskazujące na ofiarę molestowania

W przeciwieństwie do dość charakterystycznych objawów somatycznych, rozpoznanie CSA na podstawie zachowania dziecka może nastęrczać więcej trudności. Wynika to z faktu, że większość z tych objawów występować może również u dzieci niekrzywdzonych. Dlatego ważną kwestią jest umiejętność nie tylko rozpoznawania niepokojących zachowań dziecka, ale i umiejętność interpretowania całości obrazu klinicznego pacjenta małoletniego, w tym zwrócenie uwagi na zachowywanie opiekuna podczas wizyty lekarskiej. Dziecku bardzo często towarzyszy silny lęk i poczucie winy, ponieważ na tym etapie rozwoju dominuje myślenie egocentryczne, przekonanie, że jest się centrum i sprawcą wszystkiego [44].

W przeciwieństwie do osób dorosłych, dzieci swoje problemy będą manifestować zmianami behawioral-

nymi. Najbardziej charakterystyczne są nieprawidłowe do wieku zachowania seksualne [45], które stają się tym bardziej użytecznym markerem rozpoznawania CSA, im młodszy jest pacjent. Wynika to z faktu, że dzieci w wieku przedszkolnym nie są jeszcze na tyle dojrzałe emocjonalnie, by zrozumieć, że wykonywane gesty są niestosowne w przestrzeni publicznej. Budzić niepokój powinny erotyczne zabawy lalkami, wkładanie przedmiotów do odbytu lub pochwy, wyzywające, niestosowne zachowanie w stosunku do dorosłych [46].

Nieadekwatna do wieku wiedza o seksualności wydaje się bardzo pomocnym narzędziem, ze względu na możliwość obiektywizacji (rzetelne zestawienie i porównanie do siebie uzyskanych wyników u różnych dzieci). Ciekawym badaniem, oceniającym posiadaną wiedzę holenderskich dzieci w wieku 2–6 lat, był test polegający na opisie pokazywanych przez naukowców obrazków. Piętnaście różnych zdjęć przedstawiało osoby dorosłe i dzieci w różnych sytuacjach — między innymi jedzenie razem posiłku, kąpanie dzieci przez dorosłych, badanie lekarskie, zbliżenie płciowe między dorosłymi, kobietę w ciąży i rodzicą. Miały one na celu poznanie wiedzy dotyczącej płci, różnic między kobietą a mężczyzną, funkcji narządów płciowych, różnic pomiędzy bliskością fizyczną a seksualną między dorosłymi. Rodzice przed badaniem wypełniali ankietę dotyczącą edukacji seksualnej w domu [47, 48].

Wyniki pokazały, że dzieci miały ograniczoną wiedzę, a obrazki interpretowały przez pryzmat własnych doświadczeń oraz sposobu, w jaki o seksualności mówi się w ich domu. O narządach płciowych myślały w kategorii czynnościowej (mikcja, defekacja, tylko 5% dzieci podawało pochwę jako miejsce z którego „wychodzi” noworodek), najczęściej potrafiły opowiadać o tym, co zaobserwowały na swoim ciele lub najbliższym otoczeniu. Około 1/3 dzieci informowała, że zdjęcie leżącej nagiej pary jest zrobione niepoprawnie - powinno być wykonane w pozycji stojącej. Tylko 11% dzieci wiedziało, że może być to związane z prokreacją („wkładanie nasionka do jajeczka”) jednak nie umiały podać szczegółów. Świadczy to o tym, że dzieci nie miały wiedzy o zbliżeniu płciowym, którego celem jest osiągnięcie przyjemności.

Zachowania, takie jak próba podglądania innych dzieci lub dorosłych podczas przebierania lub kąpieli, nieumiejętność zachowywania granic cudzej przestrzeni (jak stawanie zbyt blisko czy dotykanie swoich narządów płciowych i ich stymulacja w celu osiągnięcia przyjemnych doznań), uważane są za nieodbiegające od normy na pewnym etapie rozwoju (2–5 lat) i są obserwowane u około 20% zdrowych dzieci [46].

Ponieważ dzieci, jak wspomniano, nie potrafią słowami opisać tego, co się z nimi dzieje, dobrym

indykatorem sugerującym CSA, może być analiza ich rysunków. Wynik badania przeprowadzone w grupie 112 dzieci w wieku od 3 do 7 lat wykazał, że te wykorzystywane seksualnie częściej niż ich rówieśnicy, przedstawiały na swoich rysunkach narządy płciowe [49].

## Potencjalne skutki wykorzystania seksualnego dziecka w jego dorosłym życiu

Dorośli wykorzystywani seksualnie w dzieciństwie, w wielu przypadkach będą się mierzyć z konsekwencjami swoich wcześniejszych doświadczeń. Zabranie dziecku prywatności i stanowienia o swoim ciele we wczesnych latach może odcisnąć piętno na rozwoju emocjonalnym, a czasem zaburzyć prawidłowy rozwój człowieka [14]. Niektóre z badań wskazują, że: długość trwania, rodzaj przemocy seksualnej wobec dziecka, powiązanie dziecka z oprawcą oraz rola, jaką przyjmuje matka dziecka, mają duży wpływ na zakres późniejszych problemów [50]. Często dziecko narażone jest również na inne formy przemocy, takie jak zaniedbywanie, obojętność, przemoc słowną lub fizyczną. Każda z nich sumuje się, nasilając istniejące już ryzyko powikłań zdrowotnych związane z CSA [51]. Zarówno kobiety jak i mężczyźni doświadczający CSA mają wyższy wskaźnik podejmowania próby leczenia psychiatrycznego, w porównaniu z rówieśnikami (12,4% v. 3,6%) [52]. Statystycznie częściej specjalistycznej pomocy wymagają mężczyźni [52].

## Powtórne wykorzystanie seksualne

Metaanaliza opublikowana w 2019 roku, opisująca rangę zjawiska powszechności powtórnego wykorzystania seksualnego w przyszłości (*revictimization*), pozwala wysnuć wniosek, że odsetek ten sięga aż około 50% wśród dorosłych dotkniętych w przeszłości CSA [53]. Autorzy badania podkreślają jednak, że istnieją znaczące różnice między poszczególnymi badaniami, co wymaga głębszej analizy, służącej między innymi określeniu czynników predysponujących.

Przemoc seksualna w dzieciństwie jest skorelowana z ryzykiem doświadczenia przemocy ze strony przyszłego partnera — zjawisko określane jest terminem *intimate partner victimization* (IPV) [54] i może wynikać z błędnych wzorców, na jakie dziecko było narażone we wczesnych latach swojego rozwoju. Przemoc, poniżanie i wykorzystywanie w relacji mogą być uznawane później przez taką osobę za normę [55]. Inne konsekwencje związane z seksualnością to spadek zainteresowania zbliżeniami płciowymi lub odczuwanie lęku, złości czy dystansu do partnera podczas zbliżeń,

występowanie zaburzeń kompulsywnych [56].

U kobiet dotkniętych CSA dużo częściej dochodziło do ryzykownych zachowań seksualnych (rozumiane jako częste zmiany partnerów seksualnych, nieużywanie barierowych środków antykoncepcyjnych) [57, 58]. U mężczyzn dotkniętych w przeszłości CSA pojawić się mogą zaburzenia erekcji lub przedwczesny wytrysk [59].

## Depresja i zaburzenia nastroju

Wystąpienie depresji oraz uogólnionego zaburzenia lękowego może być skutkiem doświadczanych w dzieciństwie krzywd. Metaanaliza przeprowadzona w 2019 roku, w której badano zależność różnych form przemocy wobec dziecka wykazała, że to przemoc seksualna częściej niż fizyczna prowadzi do wystąpienia depresji i zaburzeń lękowych [60]. Uważa się, że ze względu na odmienny układ hormonów płciowych (testosteron i estrogeny) to kobiety stają się bardziej wrażliwe na wahania nastrojów, rozwój zaburzeń nastroju i depresji po traumatyzującym przejściu [61]. U dzieci wykorzystanych seksualnie zwiększone jest ryzyko dużego epizodu depresji (MDD, *major depressive disorder*), co wiąże się ze zwiększonym ryzykiem popełnienia próby samobójczej [62, 63].

## Zaburzenia odżywiania

Trauma związana z CSA jest powiązana ze zwiększonym ryzykiem zaburzeń odżywiania w przyszłości [64]. W badaniu przeprowadzonym w populacji amerykańskiej, dotyczącym wpływu różnych form przemocy na wystąpienie problemów z odżywianiem, molestowanie seksualne wymienia się jako najbardziej sprzyjającą temu formę (zarówno u kobiet jak i mężczyzn) [65]. Wiąże się to z zakrzywionym, na skutek przykrych doświadczeń, poczuciem własnej wartości oraz nieprawidłowym postrzeganiem swojego wyglądu. Dodatkowo silne, negatywne doświadczenia mogą też prowadzić do zaburzeń wydzielania i metabolizowania substancji sygnałowych, takich jak noradrenalina, dopamina czy serotonina, co uniemożliwia prawidłową pracę przewodu pokarmowego [66, 67].

Udowodniony związek z CSA występuje dla bulimii i napadów obżarstwa (*binge eating disorders*) [68, 69]. Nie udało się potwierdzić tego związku z anoreksją [70].

## Zaburzone postrzeganie własnej osoby

Niski poziom własnej wartości, nieumiejętność odnalezienia własnej tożsamości, trudności w nawiązywaniu trwałych, szczęśliwych, dających satysfakcję

relacji również jest częste wśród ofiar CSA [71, 72]. Osoby takie są bardziej podejrzliwe i nieufne, problemem staje się również odpowiednia komunikacja z partnerem [73].

## Uzależnienia

Ofiary przemocy seksualnej w dzieciństwie częściej sięgają po substancje psychoaktywne, nawet jeszcze przed ukończeniem 18. roku życia. Substancje te są między innymi sposobem na poradzenie sobie z przykrymi wspomnieniami [74].

## Podsumowanie

Przemoc seksualna wobec dzieci to proceder przypuszczalnie znacznie częstszy niż wskazują na to wyniki badań, ponieważ wiele przypadków CSA pozostaje niezgłoszonych od razu, a ofiary wyjawiają prawdę dopiero po wielu latach od zdarzenia (jeśli w ogóle). Często to lekarz, obok nauczycieli i innych dorosłych, jest pierwszą osobą, która podejrzewa, że dziecku wyrządzana jest krzywda. Podczas pandemii wirusa SARS-CoV-2, gdy placówki oświaty pozostają zamknięte, gabinet lekarski pozostaje jedynym miejscem gdzie dziecko może otrzymać odpowiednie wsparcie i pomoc. Wykorzystywanie dzieci przez sprawców najczęściej jest objawem chorobowym — zaburzeń preferencji seksualnych, lub może pojawiać się zastępczo — w przypadku braku równoletniego partnera. Trudności w diagnostyce CSA polegają na utrudnionej komunikacji z najmłodszym pacjentem, dlatego niezwykle ważna jest ocena zmian zachowania, manifestująca się między innymi niestosowną do wieku dziecka wiedzą dotyczącą seksualności, prowokującym zachowaniem względem dorosłych i rówieśników. Dokładne badanie przedmiotowe często nie odbiega od normy. Mogą być widoczne ślady przemocy w okolicach intymnych oraz jamie ustnej. Zebrany wywiad może sugerować występowanie chorób czynnościowych przewodu pokarmowego. Molestowanie seksualne jest skorelowane z wieloma negatywnymi konsekwencjami w dorosłym życiu: częstszym występowaniem depresji, problemów z seksualnością, skłonnością do uzależnień, zaburzeń odżywiania czy nieprawidłowej samooceny.

## Piśmiennictwo:

1. WHO Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva, Switzerland, 2003. [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/med\\_leg\\_guidelines/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/med_leg_guidelines/en/) (2.02.2021).
2. Kluczyńska S. Przemoc seksualna wobec dzieci. Niebieska Linia. 2002(3).

3. Sanjeevi J, Houlihan D, Bergstrom KA, et al. A Review of Child Sexual Abuse: Impact, Risk, and Resilience in the Context of Culture. *J Child Sex Abus.* 2018; 27(6): 622–641, doi: [10.1080/10538712.2018.1486934](https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1486934), indexed in Pubmed: [30064308](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30064308/).
4. Włodarczyk J, Sajkowska M. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy problemu przemocy wobec dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka. 2013; 12(3): 825–1005.
5. Brilleslijper-Kater SN, Friedrich WN, Corwin DL. Sexual knowledge and emotional reaction as indicators of sexual abuse in young children: theory and research challenges. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(10): 1007–1017, doi: [10.1016/j.chiabu.2004.06.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.005), indexed in Pubmed: [15519432](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15519432/).
6. Gagnier C, Collin-Vézina D. The Disclosure Experiences of Male Child Sexual Abuse Survivors. *J Child Sex Abus.* 2016; 25(2): 221–241, doi: [10.1080/10538712.2016.1124308](https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1124308).
7. Đapčić MR, Flander GB, Prijatelj K. Djeca iza zatvorenih vrata COVID-19 izolacije: zlostavljanje, zanemarivanje i nasilje u obitelji. *Archives of Psychiatry Research.* 2020; 56(2): 181–192, doi: [10.20471/dec.2020.56.02.06](https://doi.org/10.20471/dec.2020.56.02.06).
8. COVID-19: Children at heightened risk of abuse, neglect, exploitation and violence amidst intensifying containment measures. <https://www.unicef.org/guineabissau/press-releases/covid-19-children-heightened-risk-abuse-neglect-exploitation-and-violence-amidst> (12.02.2021).
9. Rothe D, Gallinetti J, Lagaay M, Campbell L. Plan International; Monrovia, Liberia: 2015. Ebola: beyond the health emergency.
10. <https://plan-international.org/publications/ebola-beyond-health%2%A0emergency>. (15.02.2021).
11. Kaufman M. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics.* 2008; 122(2): 462–470, doi: [10.1542/peds.2008-1581](https://doi.org/10.1542/peds.2008-1581), indexed in Pubmed: [18676568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18676568/).
12. Dane dostępne w opracowaniu Ministerstwa Sprawiedliwości „Skazania prawomocne – dorośli w latach 2008–2018”.
13. <https://isws.ms.gov.pl/baza-statystyczna/opracowania-wieloletnie/>. (1.02.2021).
14. Rotenberg C. Police-reported sexual assaults in Canada. 2009–2014: A statistical profile.
15. [www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/54866-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2017001/article/54866-eng.htm). (12.02.2021).
16. Fortin K, Jenny C. Sexual abuse. *Pediatr Rev.* 2012; 33(1): 19–32, doi: [10.1542/pir.33-1-19](https://doi.org/10.1542/pir.33-1-19), indexed in Pubmed: [22210930](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22210930/).
17. Clayton E, Jones C, Brown J, et al. The Aetiology of Child Sexual Abuse: A Critical Review of the Empirical Evidence. *Child Abuse Review.* 2018; 27(3): 181–197, doi: [10.1002/car.2517](https://doi.org/10.1002/car.2517).
18. McLeod DA. Female offenders in child sexual abuse cases: a national picture. *J Child Sex Abus.* 2015; 24(1): 97–114, doi: [10.1080/10538712.2015.978925](https://doi.org/10.1080/10538712.2015.978925), indexed in Pubmed: [25635900](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25635900/).
19. Wurtele SK, Simons DA, Moreno T. Sexual interest in children among an online sample of men and women: prevalence and correlates. *Sex Abuse.* 2014; 26(6): 546–568, doi: [10.1177/1079063213503688](https://doi.org/10.1177/1079063213503688), indexed in Pubmed: [24215791](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24215791/).
20. Thomas SP, Phillips K, Carlson K, et al. Childhood experiences of perpetrators of child sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care.* 2013; 49(3): 187–201, doi: [10.1111/j.1744-6163.2012.00349.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00349.x), indexed in Pubmed: [23819669](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23819669/).
21. Smallbone S., Wortley R. Child sexual abuse: offender characteristics and modus operandi. Trends & issues in crime and criminal justice. 2001; 193. <https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi193> (13.02.2021).
22. World Health Organization International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (10th Revision) ICD-10.
23. Arlington, VA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association, 2013.
24. Jahnke S, Hoyer J. Stigmatization of People With Pedophilia: A Blind Spot in Stigma Research. *Int J Sex Health.* 2013; 25(3): 169–184, doi: [10.1080/19317611.2013.795921](https://doi.org/10.1080/19317611.2013.795921).
25. Cantor J, McPhail I. Non-offending Pedophiles. *Current Sexual Health Reports.* 2016; 8(3): 121–128, doi: [10.1007/s11930-016-0076-z](https://doi.org/10.1007/s11930-016-0076-z).
26. Beier KM, Grundmann D, Kuhle LF, et al. The German Dunkelfeld project: a pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *J Sex Med.* 2015; 12(2): 529–542, doi: [10.1111/jsm.12785](https://doi.org/10.1111/jsm.12785), indexed in Pubmed: [25471337](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25471337/).
27. Gerwinn H, Weiß S, Tenbergen G, et al. Clinical characteristics associated with paedophilia and child sex offending - Differentiating sexual preference from offence status. *Eur Psychiatry.* 2018; 51: 74–85, doi: [10.1016/j.eurpsy.2018.02.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.02.002), indexed in Pubmed: [29625377](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29625377/).
28. Rice ME, Harris GT. Men who molest their sexually immature daughters: is a special explanation required? *J Abnorm Psychol.* 2002; 111(2): 329–339, doi: [10.1037//0021-843x.111.2.329](https://doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.329), indexed in Pubmed: [12003454](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12003454/).
29. Greenberg DM, Firestone P, Nunes KL, et al. Biological fathers and stepfathers who molest their daughters: psychological, phallometric, and criminal features. *Sex Abuse.* 2005; 17(1): 39–46, doi: [10.1177/107906320501700105](https://doi.org/10.1177/107906320501700105), indexed in Pubmed: [15757004](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15757004/).
30. Seto MC, Eke AW. Predicting recidivism among adult male child pornography offenders: Development of the Child Pornography Offender Risk Tool (CPORT). *Law Hum Behav.* 2015; 39(4): 416–429, doi: [10.1037/lhb0000128](https://doi.org/10.1037/lhb0000128), indexed in Pubmed: [25844514](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25844514/).
31. Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior — a follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med.* 1998; 111(3): 133–141, doi: [10.1007/s004140050133](https://doi.org/10.1007/s004140050133), indexed in Pubmed: [9587795](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9587795/).
32. Johnson C. Child sexual abuse. *The Lancet.* 2004; 364(9432): 462–470, doi: [10.1016/s0140-6736\(04\)16771-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)16771-8).
33. Smith T, Chauvin-Kimoff L, Baird B, et al. The medical evaluation of prepubertal children with suspected sexual abuse. *Paediatr Child Health.* 2020; 25(3): 180–194, doi: [10.1093/pch/pxaa019](https://doi.org/10.1093/pch/pxaa019), indexed in Pubmed: [32296280](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32296280/).
34. Westcott H, Jones D. Annotation: The Abuse of Disabled Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2003; 40(4): 497–506, doi: [10.1111/1469-7610.00468](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00468).
35. Finkelhor D, Hammer H, Sedlak A. Sexually assaulted children: national estimates and characteristics. *PsycEXTRA Dataset.* 2008, doi: [10.1037/e479612008-001](https://doi.org/10.1037/e479612008-001).
36. Butler AC. Child sexual assault: risk factors for girls. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(9): 643–652, doi: [10.1016/j.chiabu.2013.06.009](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.009), indexed in Pubmed: [23899536](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23899536/).
37. Gault-Sherman M, Silver E, Sigfúsdóttir ID. Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: a national study of Icelandic youth. *Soc Sci Med.* 2009; 69(10): 1515–1522, doi: [10.1016/j.socscimed.2009.08.037](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.037), indexed in Pubmed: [19765873](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19765873/).
38. Jonsson LS, Fredlund C, Priebe G, et al. Online sexual abuse of adolescents by a perpetrator met online: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2019; 13: 32, doi: [10.1186/s13034-019-0292-1](https://doi.org/10.1186/s13034-019-0292-1), indexed in Pubmed: [31462925](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31462925/).
39. Leonard M. “I did what I was directed to do but he didn’t touch me”: The impact of being a victim of internet offending. *Journal of Sexual Aggression.* 2010; 16(2): 249–256, doi: [10.1080/13552601003690526](https://doi.org/10.1080/13552601003690526).
40. Joley M, Lunde C, Landström S, et al. „All of Me Is Completely Different”: Experiences and Consequences Among Victims of Technology-Assisted Child Sexual Abuse. *Front Psychol.* 2020; 11: 606218, doi: [10.3389/fpsyg.2020.606218](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606218), indexed in Pubmed: [33365004](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33365004/).
41. Watkeys JM, Price LD, Upton PM, et al. The timing of medical examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency? *Arch Dis Child.* 2008; 93(10): 851–856, doi: [10.1136/adc.2007.123604](https://doi.org/10.1136/adc.2007.123604), indexed in Pubmed: [18456688](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18456688/).
42. Smith TD, Raman SR, Madigan S, et al. Anogenital Findings in 3569 Pediatric Examinations for Sexual Abuse/Assault. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(2): 79–83, doi: [10.1016/j.jpag.2017.10.006](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2017.10.006), indexed in Pubmed: [29111300](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29111300/).

43. Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, et al. Physical examination in child sexual abuse. *Dtsch Arztebl Int.* 2014; 111(41): 6925–7035.
44. Gallion HR, Milam LJ, Littrell LL. Genital Findings in Cases of Child Sexual Abuse: Genital vs Vaginal Penetration. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(6): 604–611, doi: [10.1016/j.jpag.2016.05.001](https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.05.001), indexed in Pubmed: [27184537](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27184537/).
45. Melmer M.N., Gutovitz S. Child sexual abuse and neglect. [https://www.statpearls.com/articlelibrary/viewarticle/19407?utm\\_source=pubmed&utm\\_campaign=CME&utm\\_content=19407](https://www.statpearls.com/articlelibrary/viewarticle/19407?utm_source=pubmed&utm_campaign=CME&utm_content=19407) (5.01.2021).
46. Garrocho-Rangel A, Márquez-Preciado R, Olguín-Vivar AI, et al. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent.* 2015; 7(3): e428–e434, doi: [10.4317/jced.52301](https://doi.org/10.4317/jced.52301), indexed in Pubmed: [26330943](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330943/).
47. Lamers-Winkelmann F. Signalen van incest (Indicators of incest) A. Noordhof (red.). *Signalen van incest*, Swets & Zeitlinger, Lisse 1988: 655–765.
48. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull.* 1993; 113(1): 164–180, doi: [10.1037/0033-2909.113.1.164](https://doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164), indexed in Pubmed: [8426874](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8426874/).
49. Friedrich W, Grambsch P, Damon L, et al. Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychol Assess.* 1992; 4(3): 303–311, doi: [10.1037/1040-3590.4.3.303](https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.3.303).
50. Brilleslijper-Kater SN, Baartman H. About the flowers and the bees: What do young children between the ages of 2 and 7 years know about sexuality? *Tijdschrift voor Seksuologie.* 1997; 21: 655–735.
51. Brilleslijper-Kater S, Baartman H. What do young children know about sex? Research on the sexual knowledge of children between the ages of 2 and 6 years. *Child Abuse Review.* 2000; 9(3): 166–182, doi: [10.1002/1099-0852\(200005/06\)9:3<166::aid-car588>3.0.co;2-3](https://doi.org/10.1002/1099-0852(200005/06)9:3<166::aid-car588>3.0.co;2-3).
52. Hibbard RA, Roghmann K, Hoekelman RA. Genitalia in children's drawings: an association with sexual abuse. *Pediatrics.* 1987; 79(1): 129–137, indexed in Pubmed: [3540833](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3540833/).
53. Chaffin M, Wherry JN, Dykman R. School age children's coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse Negl.* 1997; 21(2): 227–240, doi: [10.1016/s0145-2134\(96\)00148-2](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(96)00148-2), indexed in Pubmed: [9056102](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9056102/).
54. Goodyear-Brown P. *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment.* John Wiley & Sons, Hoboken 2012: 49.
55. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, et al. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry.* 2004; 184: 416–421, doi: [10.1192/bjp.184.5.416](https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.416), indexed in Pubmed: [15123505](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15123505/).
56. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, et al. The Prevalence of Sexual Revictimization: A Meta-Analytic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2019; 20(1): 67–80, doi: [10.1177/1524838017692364](https://doi.org/10.1177/1524838017692364), indexed in Pubmed: [29333937](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29333937/).
57. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(6): 599–617, doi: [10.1016/j.chiabu.2005.12.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.12.005), indexed in Pubmed: [16782195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16782195/).
58. Wareham J, Boots D, Chavez J. A test of social learning and intergenerational transmission among batterers. *J Crim Justice.* 2009; 37(2): 163–173, doi: [10.1016/j.jcrimjus.2009.02.011](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2009.02.011).
59. Burgiü Radmanoviü M. Mental disorders in sexually abused children. *Psychiatr Danub.* 2020; 32(3): 349S–352S.
60. Brener ND, McMahon PM, Warren CW, et al. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States. *J Consult Clin Psychol.* 1999; 67(2): 252–259, doi: [10.1037//0022-006x.67.2.252](https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.2.252), indexed in Pubmed: [10224736](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10224736/).
61. Miner MH, Flitter JM, Robinson BB. Association of sexual revictimization with sexuality and psychological function. *J Interpers Violence.* 2006; 21(4): 503–524, doi: [10.1177/0886260505285913](https://doi.org/10.1177/0886260505285913), indexed in Pubmed: [16501217](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16501217/).
62. Gewirtz-Meydan A, Opuda E. The Impact of Child Sexual Abuse on Men's Sexual Function: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2020 [Epub ahead of print]: 1524838020939134, doi: [10.1177/1524838020939134](https://doi.org/10.1177/1524838020939134), indexed in Pubmed: [32691693](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32691693/).
63. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2019; 96: 104082, doi: [10.1016/j.chiabu.2019.104082](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082), indexed in Pubmed: [31374447](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374447/).
64. Chaney A, Carballedo A, Amico F, et al. Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *J Psychiatry Neurosci.* 2014; 39(1): 50–59, doi: [10.1503/jpn.120208](https://doi.org/10.1503/jpn.120208), indexed in Pubmed: [23900024](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23900024/).
65. Devries KM, Mak JYT, Child JC, et al. Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014; 133(5): e1331–e1344, doi: [10.1542/peds.2013-2166](https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166), indexed in Pubmed: [24733879](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24733879/).
66. Brabant ME, Hébert M, Chagnon F. Predicting suicidal ideations in sexually abused female adolescents: a 12-month prospective study. *J Child Sex Abus.* 2014; 23(4): 387–397, doi: [10.1080/10538712.2014.896842](https://doi.org/10.1080/10538712.2014.896842), indexed in Pubmed: [24641573](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24641573/).
67. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39(10): 1277–1283, doi: [10.1097/00004583-200010000-00015](https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00015), indexed in Pubmed: [11026182](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11026182/).
68. Afifi TO, Sareen J, Fortier J, et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *Int J Eat Disord.* 2017; 50(11): 1281–1296, doi: [10.1002/eat.22783](https://doi.org/10.1002/eat.22783), indexed in Pubmed: [28990206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28990206/).
69. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011; 13(3): 263–278, indexed in Pubmed: [22034143](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22034143/).
70. Dakanalís A, Carrà G, Calogero R, et al. The developmental effects of media-ideal internalization and self-objectification processes on adolescents' negative body-feelings, dietary restraint, and binge eating. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 24(8): 997–1010, doi: [10.1007/s00787-014-0649-1](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0649-1), indexed in Pubmed: [25416025](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25416025/).
71. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord.* 2007; 15(4): 285–304, doi: [10.1080/10640260701454311](https://doi.org/10.1080/10640260701454311), indexed in Pubmed: [17710567](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17710567/).
72. Jaite C, Schneider N, Hilbert A, et al. Etiological role of childhood emotional trauma and neglect in adolescent anorexia nervosa: a cross-sectional questionnaire analysis. *Psychopathology.* 2012; 45(1): 61–66, doi: [10.1159/000328580](https://doi.org/10.1159/000328580), indexed in Pubmed: [22123517](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22123517/).
73. Lejonclou A, Nilsson D, Holmqvist R. Variants of potentially traumatizing life events in eating disorder patients. *Psychol Trauma.* 2014; 6(6): 661–667, doi: [10.1037/a0034926](https://doi.org/10.1037/a0034926).
74. Golding JM, Wilsnack SC, Cooper ML. Sexual assault history and social support: six general population studies. *J Trauma Stress.* 2002; 15(3): 187–197, doi: [10.1023/A:1015247110020](https://doi.org/10.1023/A:1015247110020), indexed in Pubmed: [12092910](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12092910/).
75. Romans S, Belaise C, Martin J, et al. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom.* 2002; 71(3): 141–150, doi: [10.1159/000056281](https://doi.org/10.1159/000056281), indexed in Pubmed: [12021556](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12021556/).
76. DiLilio D, Long P. Perceptions of Couple Functioning Among Female Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse.* 1999; 7(4): 59–76, doi: [10.1300/j070v07n04\\_05](https://doi.org/10.1300/j070v07n04_05).
77. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, et al. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav.* 2007; 32(6): 1272–1283, doi: [10.1016/j.addbeh.2006.09.007](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.007), indexed in Pubmed: [17098370](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17098370/).