

Proces psychologiczno-sądowej diagnozy małoletniego zgłaszającego doznawanie przemocy seksualnej

1. Wstęp

W opracowaniu tym zostanie przedstawiona propozycja psychologiczno-sądowej procedury diagnostycznej dziecka zgłaszającego doznanie przemocy seksualnej. Motywacją do napisania tego rozdziału była dokonywana przez autorkę analiza akt sądowych dotyczących spraw o przemoc seksualną, rozmowy z pacjentami zaangażowanymi w psychologiczne i sądowe procedury diagnostyczne po stronie osób krzywdzonych, jak i podejrzanych, wskazujących na trudny dla nich do zaakceptowania przebieg diagnoz, budzący niepokój co do ich rzetelności.

Rozważania zostaną oparte na literaturze tematu, prowadzone przez autorkę od ponad trzech dekad opiniowanie w sprawach o przemoc seksualną jako biegła *ad hoc*, badania własne nad procedurą diagnostyczną dla osób wykorzystywanych seksualnie w różnym wieku, na podstawie przebadanych przypadków dzieci i dorosłych zgłaszających problem wykorzystania seksualnego. Ponadto, co ważne – na prowadzonej od 1987 roku terapii z osobami dorosłymi po przemoc seksualnej doznanej w dzieciństwie. Dzięki temu uzyskano spojrzenie na traumę seksualną z perspektywy osób, które zgłaszały się jedynie po pomoc w poprawie jakości życia, bez jakiegokolwiek motywacji do instytucjonalnego ukarania sprawcy.

Zostanie przedstawiona wiedza niezbędna do diagnozowania małoletnich, ale także osób w różnym wieku, które w dzieciństwie doznały przemocy seksualnej. Wymienione zostaną zagadnienia, które powinny być brane pod uwagę w trakcie dokonywanej diagnozy psychologicznej. Opisana zostanie rola psychologa „pierwszego kontaktu” oraz biegłego sądowego w procesie uzyskiwania wiarygodnych danych. Zostanie przedyskutowana specjalizacja biegłego psychologa w zakresie rozpoznawania przemocy seksualnej. Wymienione zostaną niezbędne elementy procesu diagnostycznego przemocy seksualnej wobec dzieci i młodzieży, w tym progresywność badania, metody i sposoby zadawania pytań z uwzględnieniem wieku dziecka. Omówione zostaną techniki oparte o trzy dotyki. Zostanie wyjaśnione, dlaczego opiekun wspierający nie może brać udziału w badaniu oraz z jakiego powodu istnieje bezwzględny zakaz przeprowadzania badania małoletniego w obecności osoby wskazywanej przez niego jako sprawca przemocy. Omówione zostaną: kolejność badania członków rodziny oraz analizowanych zagadnień, środowisko, w jakim osoba małoletnia powinna być badana oraz cel i sposób rejestrowania diagnozy.

Dlaczego proces przeprowadzania diagnozy sądowno-psychologicznej jest tak ważny? Istnieją opracowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne ogólne standardy przeprowadzania sądowej diagnozy psychologicznej i pisania opinii na jej podstawie, jednakże nie zawierają one specjalistycznych wskazówek dotyczących badania dzieci po doznanej

¹ agnieszka.widera-wysoczanska@uwr.edu.pl, instytut.psychoterapiitraumy@gmail.com, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia, Wydział Historyczno-Pedagogiczny, Uniwersytet Wrocławski, www.psychoterapia.wroclaw.pl, <https://usosweb.uni.wroc.pl/>.

przemocy seksualnej i ich rodzin. Konsekwencje sporządzenia średniej jakości opinii, której celem jest zbadanie dziecka zgłaszającego wykorzystanie seksualne, niedopuszczenie dowodu z opinii uzupełniającej lub dopuszczanie dowodu z kilku opinii biegłych, a tym samym wielokrotne przeprowadzanie badań w toku jednego postępowania sądowego jest traumatyczne dla wszystkich stron postępowania. Przyczynia się to do pogłębienia przeżywanych emocji, objawów stresu pourazowego, objawu unikania wspomnień i wypowiedzi o traumie oraz eskalacji panujących konfliktów. Stąd tak istotne jest, aby diagnoza psychologiczna i opinie były sporządzane na wysokim poziomie merytorycznym, z zachowaniem najwyższych standardów etycznych i metodologicznych.

Opinia będąca efektem rzetelnie przeprowadzonego badania zawiera prawidłowe dane pozwalające prokuraturze czy sądom karnym, cywilnym i rodzinnym podjąć decyzję zapewniającą bezpieczeństwo krzywdzonemu dziecku, opiekunowi wspierającemu a także osobie, która może być fałszywie oskarżona. Jeżeli osoba podejrzana krzywdzi seksualnie małoletniego, musimy zdawać sobie sprawę, że jest „drapieżcą” nie wobec jednego dziecka, a wobec wielu, oraz że każde dziecko, z którym zamieszkuje i z którym ma kontakt jest zagrożone jego czynami przestępczymi [1].

2. Cel i źródła informacji

Celem ekspertyzy psychologicznej w przypadkach małoletnich ofiar przemocy seksualnej jest dostarczenie prokuraturze i sądom materiału pozwalającego na podjęcie decyzji czy dziecko było ofiarą wykorzystania seksualnego i w jakich okolicznościach. Oznacza to, że podczas diagnozy psychologicznej powinno uzyskać się wszelkie informacje, które pozwolą na ocenę stanu psychicznego osoby małoletniej, przebiegu traumatycznego zdarzenia i sytuacji życiowej.

Gdy istnieje podejrzenie przemocy seksualnej, psycholog diagnozujący powinien przeprowadzić rozmowę psychologiczną z opiekunem wspierającym oraz zdiagnozować dziecko zgłaszające krzywdę. Napisana opinia powinna być oparta na obserwacji oraz badaniach przeprowadzonych z dzieckiem w gabinecie, natomiast informacje udzielone przez rodzica czy opiekuna wspierającego stanowią kontekst dla zrozumienia sytuacji dziecka. Nie można włączać do wyniku badania wytworów, np. rysunków wykonanych przez dziecko bez obecności psychologa. Analiza nagrań audio i video dostarczonych przez opiekuna musi być wykonana z dużą uwagą i ze wskazaniem, że wyciągane wnioski dotyczą tylko danego nagrania oraz psycholog zdaje sobie sprawę z braku informacji odnośnie do sytuacji sprzed i po nagraniu, a także nie ma pewności kogo te nagrania dotyczą.

Psycholog diagnozujący małoletniego człowieka nie może badać również osoby podejrzanej o dokonanie przestępstwa seksualnego. Badanie przez tego samego psychologa dziecka i osoby wskazywanej jako krzywdzącej nie jest zgodne z zasadami postępowania psychologicznego. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne już w 2002 roku [2] wydało raport w sprawie metod przeciwdziałania przemocy i wynikających z nich zasad dotyczących postępowania psychologów i innych profesjonalistów. Podkreślono w nim, że kontakt psychologa, który diagnozował dziecko z osobą podejrzaną w znaczący sposób zaburza zaufanie dziecka do tego diagnosty oraz poczucie bezpieczeństwa i uniemożliwia osobie małoletniej ujawnienie doznanej krzywdy. Manipulacje stosowane przez sprawcę powodują, że dziecko jest przekonane o sile i dominacji krzywdziciela, który wpływa na wszystkie osoby, z którymi się spotyka [3].

Prosimy także opiekuna wspierającego o dostarczenie zaświadczeń, notatek i opinii z różnych instytucji, m.in. z przedszkola, szkoły, ośrodków zdrowia, od lekarzy, psychologów, pedagogów, psychiatrów czy pracowników socjalnych zajmujących się dzieckiem i jego rodziną od jego urodzenia do momentu zgłoszenia się na diagnozę. Dokumenty te, pochodzące od różnych osób, raczej nie znających się, i z różnych okresów życia dziecka, dostarczają ważnej wiedzy o funkcjonowaniu małoletniego zagrożonego przemocą.

3. Zagadnienia do diagnozy przemocy seksualnej

Dzieci, które poddawane są diagnozie psychologicznej mają od trzech lat do lat. Najczęściej zgłaszane przez rodziców/opiekunów do autora tego opracowania są dzieci w wieku od 3 lat do 6 lat, a następnie od 13 lat do 17 lat [4, 5]. Przebieg procedury diagnostycznej zależy od wieku dziecka.

Podczas ekspertyzy poszukujemy informacji o możliwie jak największej liczbie poniżej wskazanych zagadnień. Psycholog-diagnosta musi posiadać wiedzę o osobie pokrzywdzonej, rodzicu/opiekunie czy innej osobie wspierającej oraz osobie, która została wskazana jako sprawca przemocy seksualnej [4-6]. W trakcie diagnozy poszukujemy następujących danych o osobie małoletniej, biorąc pod uwagę jej wiek i poziom rozwoju:

- o cechach rodziny i środowiska, z których dziecko pochodzi, relacjach rodzinnych [7-10];
- o stosowanych wobec dziecka różnych formach przemocy w rodzinie i środowisku, zdarzeniach bądź sytuacjach traumatycznych jako kontekstu przemocy seksualnej, modelach więzi [9, 11];
- o formach przemocy seksualnej [9, 12];
- o stosowanych wobec dziecka mechanizmach przemocy seksualnej: dynamika przemocy seksualnej [1, 7, 13-15], specyficzne i niespecyficzne czynniki ryzyka [16];
- o specyficznych i niespecyficznych objawach osoby krzywdzonej we wszystkich sferach życia na przestrzeni lat, zmienności tych objawów: od objawów krótkoterminowych do długoterminowych, od objawów zewnętrznych do uwewnętrznionych [9, 17-21];
- o złożonych zaburzeniach po stresie pourazowym i innych współtowarzyszących [16, 22-24];
- o rozwoju od urodzenia do momentu badania, w tym o rozwoju psychoseksualnym [25];
- o chorobach psychosomatycznych [26];
- o możliwościach osoby krzywdzonej do samozdrowienia (*resilience*);
- o formach narracji dziecka [27-29];
- o zakresie pamięci [27-29];
- o podatności na sugestię, skłonnościach do konfabulacji (uzupełnianie luk w pamięci informacjami znanymi dziecku z jego życia) [4, 30];
- o podatności skrzywdzonego na wpływy otoczenia, które zmusza go do utrzymywania doznanej przemocy w sekrecie, do podporządkowania się krzywdzicielowi i osobom go wspierającym (najczęściej są to rodzice sprawcy), lub do składania fałszywych zeznań, że do przemocy nie doszło [31, 32];

- o uzależnieniu emocjonalnym i podporządkowaniu osobie składającej doniesienie [1, 31];
 - o uleganiu presji otoczenia [1, 7, 14, 15, 31, 32];
 - o upływie czasu od zdarzenia i wynikających z niego zmianach w objawach [17, 24].
- Kolejne zagadnienia do rozpoznawania w trakcie diagnozy dotyczą rodzica lub opiekuna wspierającego i należą do nich:
- historia życia, relacji z rodzicami, traumy w dzieciństwie [4, 5, 10];
 - historia dotychczasowych związków [4, 5, 8, 10];
 - relacje ze sprawcą przemy seksualnej [4, 5, 8, 10, 32];
 - cechy więzi z dzieckiem krzywdzonym [4, 5, 8-10, 32];
 - cechy osobowości;
 - stan psychologiczny i psychiczny, objawy prostego i złożonego PTSD [1, 7, 8, 17];
 - stan zdrowia somatycznego [1, 7];
 - reakcje na ujawnienie przemy seksualnej przez dziecko i związane z tym emocje [32];
 - formy szukanej pomocy u bliskich, psychologów, prawników, policji, w prokuraturze i sądzie;
 - rodzaje stosowanego zaprzeczania [1, 7, 31, 32];
 - postawa wobec zdarzenia [1, 7, 32];
 - motywy składania zeznań.

Ważne jest rozpoznawanie występowania u dziecka i opiekuna wspierającego mechanizmów utrudniających emocjonalne i fizyczne uwolnienie się od sprawcy i czynników negatywnie rzutujących na ujawnienie doznawanych krzywd. Są to m.in. mechanizmy [4, 5, 8, 13]:

- wyuczonej bezradności;
- syndromu sztokholmskiego;
- identyfikacji ze sprawcą;
- idealizacji sprawcy;
- toksycznej lojalności wobec osoby podejrzanej i opiekuna wspierającego;
- wypierania i dysocjacyjne;
- ambiwalentny stosunek do sprawcy i opiekuna wspierającego;
- ambiwalencja uczuciowa do zgłoszenia czynów, a następnie uczestniczenia w postępowaniu.

Podczas procedury diagnostycznej należy rozpoznawać motywację i metody stosowane zwłaszcza przez podejrzanego, ale także przez niewspierających rodziców/opiekunów, otoczenie czy instytucje zmuszające do zaprzeczania zaistnienia oraz utrzymywania przemy seksualnej w tajemnicy [1, 4, 7, 13]. Badamy:

- z czego wynika oraz w jaki sposób dziecko było i jest zmuszone przez sprawcę do utrzymywania przemy seksualnej w tajemnicy, zaprzeczania, że przemoc wystąpiła lub do składania fałszywych zeznań;
- w jaki sposób sprawca manipulował / manipuluje rodziną, otoczeniem, specjalistami w celu utrzymywania sekretu i nieujawnienia jego czynów;
- jaka jest motywacja i świadomość osób pracujących w szkole czy w przedszkolu o prawnym obowiązku zgłoszenia na policję, do prokuratury lub do sądu rodzinnego przemy wobec dziecka i z czego wynika strach przed zgłoszeniem;

- jakie są powody, motywy i sposoby zaprzeczania przez osoby z otoczenia dziecka i instytucje zgłaszanej przemocy seksualnej.

Sprawcą przemocy seksualnej może być zarówno mężczyzna, jak i kobieta. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne zaznacza, że badając podejrzanego nie rozpoznamy, czy doszło do przemocy seksualnej wobec dziecka, czy raczej nie oraz czy osoba ta jest seksualnym agresorem i nie uzyskamy od niego przyznania się do popełnionych czynów [2]. Podejrzany zdaje sobie sprawę z grożących mu konsekwencji prawnych (kara więzienia), zawodowych (utrata pracy i prestiżu), społecznych (ostracyzm), rodzinnych (strata rodziny) i emocjonalnych (utrata dostępu do dziecka czy dzieci jako „przedmiotu” do wykorzystania w celu budowania swojej wartości i mocy [1]. Zrobi wszystko, aby zapobiec ujawnieniu i będąc „mistrzem manipulacji” odnosi w tym „sukces” [1, 3].

Możemy natomiast rozpoznać u niego cechy typowe dla sprawców przemocy seksualnej. Człowiek opisywany przez dziecko jako sprawca przemocy seksualnej powinien być badany przez psychologa, psychiatrę i seksuologa, innych niż ci, którzy diagnozują osobę małoletnią. Podczas diagnozy specjaliści ci powinni zbadać przeszłą i aktualną historię życia, relacje z rodzicami, przemoc doznawaną w rodzinie pochodzenia, rozwój psychoseksualny, uzależnienia od seksu i pornografii oraz środków chemicznych, stan psychologiczny i psychiczny, stan zdrowia somatycznego, przebieg dotychczasowych związków i kontaktów z dziećmi, relacje międzyludzkie, przebieg zatrudnienia, łożenie na utrzymanie rodziny, cechy i zaburzenia osobowości, rodzaje agresywności, stosowanie przemocy fizycznej, stosunek do łożenia na utrzymanie syna czy córki, przekonania o dzieciach i kobietach, występowanie typu sprawstwa seksualnego, w tym parafilii, dynamikę zachowań w trakcie przemocy seksualnej [1, 3, 4, 6, 7, 13], ponadto:

- manipulacje stosowane w celu uzależnienia (uwodzenie i zastraszanie – na zmianę, uprowadzenie) dziecka przed, w trakcie trwania przemocy i po jej ujawnieniu;
- zaprzeczenia i manipulacje stosowane do uzależnienia (uwiedzenia, zastraszania) rodziny, osób ze środowiska, psychologa czy organów ścigania;
- mechanizmy stosowane do ukrywania w tajemnicy przestępczych zachowań przed, w trakcie trwania przemocy i po jej ujawnieniu;
- reakcje na ujawnienie przemocy seksualnej, związane z tym emocje oraz rodzaje manipulacji i zaprzeczeń;
- formy szukanego wsparcia u bliskich, psychologów, prawników, policji, w prokuraturze i sądzie.

Sprawca może być typem regresyjnym lub fiksacyjnym, sadystycznym i niesadystycznym, cyklicznym i niecyklicznym [1, 7, 33] z ewentualnie występującymi parafiliami [22-34], np.:

- pedofilią – czynności seksualne z udziałem dziecka, które nie weszło w okres pokwitania, zwykle do około 10. czy 13. roku życia;
- hebefilią – kontakt z osobami w wieku dojrzewania, od dziesiątego do czternastego roku życia;
- efebofilią – kontakt z osobami w późnym wieku dojrzewania, od piętnastego do dziewiętnastego roku życia, np. między dorosłymi mężczyznami a chłopcami w późnym okresie dojrzewania;
- korofilią – skłonność homoseksualnych kobiet do młodych dziewcząt;
- parafilii niespecyficzną.

Sprawca przemy seksualnej, który w młodym wieku założył rodzinę i ma własne dzieci przeważnie jest pedofilem regresyjnym lub hebefilem niesadystycznym, z cyklem ciągłym, ewentualnie, ale nie zawsze, z innymi parafiliami. Najczęściej nie stwierdza się u niego pedofilii w rozumieniu DSM-5 czy ICD-11 [22, 23]. Wielu sprawców przemy seksualnej wykorzystuje dzieci niezależnie od ich płci czy wieku. Zazwyczaj mają wiele ofiar [1, 6, 7]. Osoba taka jest trudna do rozpoznania, ponieważ bardzo dobrze prezentuje się w społeczeństwie, może być cenionym pracownikiem, należy do grupy religijnej, zachowuje się w wyważony sposób w trakcie rozprawy sądowej. Dzięki temu buduje swoją wiarygodność.

4. Rola i zadania wyspecjalizowanego psychologa w procesie diagnozy

Wartościowych danych diagnostycznych dostarcza psycholog „pierwszego kontaktu”, specjalista w zakresie przeciwdziałania przemy seksualnej, który jako pierwszy zdiagnozował dziecko w stosunkowo krótkim czasie po ujawnieniu przez nie doznawanej przemy, oraz jego terapeuta, który może posiadać najobszerniejszą wiedzę na temat funkcjonowania i sytuacji dziecka na przestrzeni dłuższego czasu. Warto więc, aby biegli i sądy czerpali informacje od tych specjalistów [4, 5].

4.1. Specjalizacja w zakresie rozpoznawania i diagnozowania przemy seksualnej

Diagnoza przemy seksualnej jest jedną z najtrudniejszych dla psychologa, ponieważ spotyka się on z mechanizmami, które nie występują w trakcie innych procesów badawczych. Diagnozowania traumy przemy seksualnej powinni dokonywać klinicyści, psychologowie traumy, specjaliści w zakresie przeciwdziałania przemy z dużym doświadczeniem terapeutycznym oraz specjalizujący się w zakresie diagnozy i terapii dzieci i dorosłych wykorzystywanych seksualnie. Zwłaszcza biegli powinni wykazać się ukończeniem długoterminowego szkolenia w zakresie omawianej tematyki oraz posiadać co najmniej 10-letnią praktykę diagnostyczno-terapeutyczną. Wskazane jest, aby diagnozowali i leczyli zarówno dzieci, jak i dorosłych po doświadczeniu traumy, ponieważ daje im to szerokie spojrzenie na zagadnienie przemy seksualnej, które jest w społeczeństwie tematem tabu. Gdy w trakcie procesu terapeutycznego poznaje się zachowania sprawcy przemy seksualnej oraz objawy u dziecka na podstawie wypowiedzi dorosłego, który był krzywdzony w dzieciństwie, łatwiej jest uwierzyć w ujawnienia dokonywane przez osoby małoletnie oraz można porównać objawy i dynamikę tej przemy z opisywaną przez ludzi niezainteresowanych procesem sądowym, a jedynie własnym zdrowiem.

Psychologiczna ekspertyza przeprowadzana jest we współpracy z innymi profesjonalistami wyspecjalizowanymi w zakresie rozpoznawania i diagnozowania przemy seksualnej: psychiatrami, neurologami, pedagogami, pediatrami, internistami, ginekologami, urologami, pracownikami opieki społecznej. Taka współpraca daje podstawy do wydania wartościowej opinii.

4.2. Psycholog pozaprosesowy – „pierwszego kontaktu”

Pozaprosesowy psycholog „pierwszego kontaktu”, specjalizujący się w pomocy psychologicznej – diagnozie i terapii osób po doznanej traumie przemy seksualnej, posiada umiejętności przeprowadzenia profesjonalnej diagnozy psychologicznej osoby pokrzywdzonej oraz członków jej rodziny. Ze względu na szybką dostępność dla osoby pokrzywdzonej – badanie przeprowadza stosunkowo krótko po doznanej przez dziecko

przemocy seksualnej. Ma możliwość wielokrotnego spotykania się z ofiarą. Stwarza to warunki do nawiązania kontaktu w oparciu o budowane zaufanie i bezpieczeństwo. Użytkuje cenne merytorycznie dane o funkcjonowaniu dziecka i jego rodziny. Jego wiedza o pacjencie i zdarzeniu powinna być więc istotna dla prokuratury i sądu, ponieważ to on ma najwartościowszy psychologicznie kontakt z małoletnim potrzebującym pomocy. B. Błoch twierdzi, że ze względu na wprowadzoną do prawa karnego zasadę kontrydiktoryjności opinia prywatna stworzona przez pozaprosesowego psychologa może nabrać charakteru opinii biegłego prywatnego [35, 36]. Jest to osoba mająca wiadomości specjalne, której jedna ze stron zleciła sporządzenie pisemnej ekspertyzy na kształt opinii procesowej [35]. T. Grzegorzczak uznaje, iż *nie ulega wątpliwości, że nie ma żadnych przeciwwskazań, aby strona zleciła osobie posiadającej wiedzę specjalistyczną sporządzenie opinii prywatnej* [37, s. 167].

4.2.1. Opinia prywatna

Pozaprosesowy psycholog „pierwszego kontaktu” posiadający specjalną wiedzę w zakresie psychologii traumy sporządza na zlecenie strony postępowania, nie sądu czy prokuratury, dokumenty, np.: notatkę, wyciąg z dokumentów zawierających uzyskane informacje o przemyśle, zaświadczenie bądź opinię dotyczącą diagnozowanej sprawy z przeznaczeniem do prokuratury, sądu karnego, rodzinnego lub cywilnego [35, 36].

Opinią prywatną (inaczej pozaprosesową, pozasądową) jest każde oświadczenie powołujące się na wiadomości specjalne, nie pochodzące od biegłego procesowego powołanego przez sąd. Opinie prywatne w rozumieniu przepisów kpc [38] i kpk [39] złożone przed sądem cywilnym, karnym czy postępowaniem przygotowawczym (np. prokuratura, policja) nie stanowią dowodu w sprawie, ponieważ nie spełniają podstawowych wymagań prawnych odnoszonych do opinii biegłych [40]. Nie mogą więc w prawie polskim zastąpić opinii wykonanej na zlecenie sądu lub prokuratury. Również wówczas, gdy są sporządzone przez biegłego sądowego lub instytut naukowy nie stają się dowodem z wiadomości specjalnych w rozumieniu art. 278 i 290 KPC [38]. To znaczy, że opinia wystawiona na prywatne zlecenie strony, pomimo że jest sporządzona przez biegłego psychologa, ma charakter dowodu prywatnego (wyrok SN z 15.01.2010 roku, I CSK 199/09, Legalis).

Nie można jednak pomijać ich znaczenia. Dokument prywatny jest jednym z dowodów wymienionych w kodeksie postępowania cywilnego [38]. Orzecznictwo Sądu Najwyższego i powszechnych wskazuje, że przedłożona do akt przez stronę postępowania cywilnego opinia prywatna (<https://sip.lex.pl/#/publication/41966134>) może spełniać rolę fachowego wzmocnienia stanowiska strony wiadomościami specjalnymi do którego sąd powinien odnieść się w uzasadnieniu, może być składana przez stronę z wyraźnym dążeniem do przyznania jej waloru dowodowego, być środkiem uprawdopodobnienia, przesłanką ułatwiającą weryfikację opinii biegłego oraz stanowić poważny argument przemawiający za potrzebą zlecenia sporządzenia opinii uzupełniającej bądź opinii innych biegłych lub instytutu, lub wskazaniem do powołania biegłego sądowego. Aby złożona przez stronę ekspertyza została uznana przez sąd za dowód z dokumentu prywatnego, zgodnie z artykułem 2431 kpc (Dz.U.2021.1805 t.j., wersja od: 1 lipca 2023 roku do: 14 sierpnia 2023 roku) musi zawierać dane umożliwiające ustalenie wystawcy dokumentu.

Nie można pominąć faktu, że w 2015 roku weszła w życie nowelizacja kpk (Ustawa z 27 września 2013 roku o zmianie ustawy (kodeks postępowania karnego) i niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2013 r., poz. 1247) [35], która stanowi podstawę wprowadzenia do procesu tzw. opinii prywatnej, stanowiącej specyficzny rodzaj dokumentu prywatnego sporządzonego na zlecenie uczestnika procesu karnego [35, 41, s. 67-68]. Według R. Ponikowskiego nie ma już żadnych przeszkód, aby zlecać sporządzanie tzw. prywatnych opinii. Stały się więc one pełnoprawnym dowodem, ocenianym tak jak każdy inny dowód przez pryzmat zasady swobodnej oceny dowodów [42, s.113]. Jest to ściśle związane z wprowadzeniem zasady kontrydiktoryjności, która ma doprowadzić do zagwarantowania możliwie najpełniejszej równości stron w ustalaniu faktów [43-45].

Dowody z prywatnego dokumentu według art. 233 § 1 (Dz.U.2021.1805 t.j. akt obowiązujący, wersja od: 1 lipca 2023 roku) oraz art. 7 kpk (Dz.U.2022.1375 t.j. akt obowiązujący od dnia 22 czerwca 2023) podlegają ocenie swobodnej, tak jak inne dowody w sprawie, stwierdzającej, czy dowód ze względu na jego indywidualne cechy i okoliczności obiektywne zasługuje na wiarę. Ocena swobodna występuje wówczas, gdy organy postępowania czy sąd według własnego przekonania podejmują decyzję na podstawie wszystkich przeprowadzonych dowodów i wszechstronnego rozważenia zebranego materiału, które dowody uznać za wiarygodne i jak określić ich moc, a którym dowodowi w całości lub części odmówić wiarygodności, z uwzględnieniem zasad prawidłowego rozumowania oraz wskazań wiedzy i doświadczenia życiowego (wyrok SN z 2.04.2008 roku, III CSK 299/07, Legalis). W prawie karnym kpk [39] art. 170 wskazuje, w jakich okolicznościach oddać się prywatny wniosek dowodowy i w jakich nie można go oddać. Stronie zgłaszającej wniosek dowodowy przysługuje prawo do złożenia zastrzeżeń do postanowienia o oddaleniu wniosku.

Niestety zdarza się, że ocena opinii psychologicznej dokonana przez sąd jest całkowicie subiektywna i nie opiera się na psychologicznej wiedzy merytorycznej. Problematyczna jest sytuacja, gdy sąd dokonuje tej oceny bez lub wbrew wiedzy na temat zasad przeprowadzania diagnozy psychologicznej i pisania opinii w sprawie o przemoc seksualną.

Pomimo tego, że pozasądowy psycholog „pierwszego kontaktu” dostarcza specjalistycznych danych o diagnozowanej osobie i jej rodzinie, sporządzona przez niego opinia jest często odrzucana przez sądy i prokuraturę z powodu uznania jej za niewiarygodną i nieobiektywną, jednocześnie sąd w swoim postanowieniu nie wskazuje na żadne konkretne merytoryczne błędy wynikające z wytycznych dotyczących badania dzieci wykorzystanych seksualnie.

Uważam, że do uznania ekspertyzy za niewiarygodną nie wystarczy opinia sądu oparta na jego osobistych doświadczeniach i przekonaniu życiowym, ponieważ nie zawierają one merytorycznych danych dotyczących profesjonalnej diagnozy. Przykładem może być zarzucanie psychologom, że nie przeprowadzając badania osoby zgłoszonej przez dziecko jako sprawca oraz jej relacji z małoletnim, nie uzyskują obiektywnych informacji o sprawie. Sądy nie biorą pod uwagę, że takie badanie stanowiłoby poważne naruszenie zasad etycznego postępowania psychologa wobec osób po doznanej przemoc seksualnej.

To nie psycholog „pierwszego kontaktu” ma obowiązek przeprowadzenia diagnozy potencjalnego sprawcy czynu przestępczego wobec osoby skrzywdzonej, ale biegły na zlecenie prokuratury czy sądu prowadzącego przedmiotowe postępowanie sądowe. Opinia pozasądowego psychologa w zakresie zdiagnozowanego dziecka powinna stanowić nato-

miast bardzo poważny sygnał dla sądu, że na wniosek strony zachodzi konieczność i pozostaje uzasadnione przeprowadzenie postępowania dowodowego z badania potencjalnego sprawcy przez biegłego psychologa, psychiatrę i seksuologa – posiadającego specjalizującą w zakresie diagnozowania przemocy domowej, w tym seksualnej.

4.3. Biegły sądowy

Biegłym sądowym pozostaje osoba mająca wiadomości specjalne. Art. 193 § 1 kpk stanowi, że: *jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego albo biegłych* [39]. Powołany jest przez organ procesowy postanowieniem z listy biegłych sądowych lub *ad hoc*, który następnie w określonym terminie sporządza opinię procesową. B. Błoch podaje, że: *biegłymi jednak nie są wyłącznie tzw. „biegli z listy”*. *Zgodnie bowiem z brzmieniem art. 195 k.p.k., jest nim także każda osoba, o której wiadomo, że ma odpowiednią wiedzę w danej dziedzinie* [35, s. 112].

Doświadczenie zawodowe autorki tej publikacji oparte na diagnozie matek dzieci, które zgłosiły doznawanie przemocy seksualnej i samych małoletnich oraz na analizie opinii sporządzanych przez biegłych, która została szczegółowiej opisana w artykule „Factors influencing court diagnoses of sexually abused children and their family – some lessons from practice”, pokazuje, że psycholog – biegły sądowy ze względu na system, w którym funkcjonuje (w tym nadmiar pracy), jest w stanie na podstawie przeprowadzonej diagnozy psychologicznej sporządzić opinię dotyczącą dziecka molestowanego seksualnie dopiero po upływie kilku czy kilkunastu miesięcy od zgłoszenia podejrzenia popełnienia przestępstwa lub trwania postępowania w sądzie cywilnym o rozwód z ustaleniem kontaktów lub w sądzie rodzinnym. Wskazany okres może oczywiście być krótszy lub dłuższy [4, 5].

Biegły powinien umieszczać prowadzoną ekspertyzę w odpowiednich założeniach teoretycznych. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne i Międzynarodowe Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym (International Society for Traumatic Stress Studies) uważają, że najbardziej wskazane do rozpoznawania przemocy seksualnej są teorie stresu pourazowego. Uzupełniają je modele objawów specyficznych, w tym W. Friedricha opisany w „Child sexual behavior inventory” dla dzieci w wieku od dwóch lat do dwunastu lat [18]; w „Child sexual abuse accommodation syndrome” opisany przez R. Summit [19]; cztery klasyfikacje symptomów po przemocy seksualnej, prezentowane przez F. Sink [20]; traumatyczne dynamiki seksualne D. Finkelhora i A. Browne [21] oraz liczne inne symptomatologie opisujące specyficzne i niespecyficzne objawy występujące po przemocy seksualnej na przestrzeni życia od urodzenia do dorosłości we wszystkich sferach funkcjonowania. Objawy niespecyficzne badamy za pomocą ICD-11 [23] i DSM-5 [22], biorąc pod uwagę ostre reakcje stresowe (ASD), proste (PTSD) i złożone zaburzenia po stresie pourazowym (CPTSD), zaburzenia więzi, zaburzenia dysocjacyjne i adaptacyjne, depresje, zaburzenia lękowe i fobie oraz inne współtowarzyszące [17, 24]. W analizowanych opiniach nie zaobserwowałam, aby biegli wskazywali na jakiegokolwiek założenia teoretyczne [4].

Biegły psycholog przeprowadza badanie diagnostyczne w trakcie krótkiego, np. przykład 20-45-minutowego, jednorazowego kontaktu z osobą skrzywdzoną. Bada dziecko co najmniej w dwóch bardzo trudnych diagnostycznie sytuacjach. Po pierwsze, ofiara przemocy może być diagnozowana, gdy wciąż mieszka ze sprawcą. Z powodu bliskości

sprawcy, toksycznej lojalności i uzależnienia od niego, lęku i poczucia zagrożenia, strachu przed pogorszeniem sytuacji własnej lub wspierającego opiekuna, idealizacji sprawcy i występowania innych mechanizmów psychologicznych psycholog nie jest w stanie dokonać obserwacji, a osoba skrzywdzona w krótkim czasie, w jakim trwa diagnoza, dokonać opisu doznawanej traumy, sytuacji w rodzinie i swojego stanu psychicznego. Bardzo ważne jest więc zastosowanie przez policję natychmiastowej izolacji dziecka i jego rodziny od osoby wskazywanej jako sprawca przemocy seksualnej. Po drugie, od ostatniego kontaktu osoby krzywdzonej z podejrzaną do diagnozy sądowej mogło upłynąć kilka miesięcy. Z tego powodu biegły nie ma wglądu w ostre, uzewnętrznione objawy dziecka wynikające z doznanej przemocy, co powinien zaznaczyć w opinii oraz to, iż w takiej sytuacji badawczej nie może wiarygodnie stwierdzić, że do przemocy seksualnej doszło lub nie [4, 5, 17].

Niezbędne jest używanie specjalistycznych metod skonstruowanych do rozpoznawania przemocy seksualnej [4, 25, 46-49]. Natomiast w analizowanych opiniach biegłych, których celem postawionym przez prokuraturę lub sąd było zdiagnozowanie, czy dziecko było wykorzystywane seksualnie, odnalazłam następujące metody: badania testowe oraz projekcyjne mające na celu ustalenie poziomu rozwoju intelektualnego i procesów poznawczych, poznanie potrzeb dziecka i dorosłych, lęku przed oceną społeczną, ustalenie zaburzeń emocjonalnych i ich źródeł, mechanizmów obronnych i strategii zaradczych stosowanych przez małoletniego oraz relacji rodzic – dziecko. W 99% analizowanych opinii nie zauważyłam dopasowania metod do badania potencjalnie doznanej przez dziecko przemocy seksualnej [4].

Zaobserwowałam, że często w celu rozpoznania, czy dziecko było wykorzystane seksualnie, w trakcie diagnoz psychologicznych biegli doprowadzają do kontaktu osoby podejranej z małoletnim pokrzywdzonym (skrzywdzonych osób dorosłych raczej nie naraża się na taką traumę) i obserwują jakość ich więzi. Nie biorą pod uwagę, że w takiej sytuacji małoletni uruchamia wyuczone wcześniej mechanizmy obronne, które uniemożliwiają mu ujawnienie doznanych krzywd [4, 5]. Nie zważają na możliwość wystąpienia wtórnej wiktyimizacji u dziecka.

4.3.1. Opinia biegłego

Kluczowe znaczenie dla wydania przez sąd prawidłowego rozpoznania i rozstrzygnięcia sprawy ma poczynienie właściwych ustaleń faktycznych przez biegłego, którego zadaniem jest dostarczenie wiadomości specjalnych, wykraczających poza zakres wiadomości dostępnych ogółowi osób o przeciętnym zasobie wiedzy. Według J. Misztal-Koneckiej

opinia biegłego ma stanowić pomoc dla sądu w zrozumieniu i ocenie faktów, których, co do zasady prokurator czy sąd samodzielnie zrozumieć i właściwie ocenić nie potrafi. Panuje niemal powszechne przekonanie, że w wielu przypadkach podstawowe znaczenie dla wydanego w sprawie orzeczenia ma nie wola i wiedza sędziego, ale treść opinii biegłego [40, s. 1].

W art. 200 kpk wskazano na obowiązującą strukturę i zawartość opinii biegłego. Ma ona zawierać imię i nazwisko, stopień i tytuł naukowy, specjalność, stanowisko zawodowe biegłego, imiona i nazwiska innych osób uczestniczących w przeprowadzeniu ekspertyzy, czas przeprowadzenia badania i datę wydania opinii, sprawozdanie z przeprowadzonych czynności, spostrzeżeń oraz oparte na nich wnioski, podpisy biegłych [39]. Ponadto Polskie

Towarzystwo Psychologiczne opracowało standardy opiniowania psychologicznego. Podkreśla się w nich konieczność stałego aktualizowania kompetencji z wybranych dziedzin psychologii, w których psycholog się specjalizuje i wystawia opinie [50]. A. Szydełko podaje, że

istotne jest (...) sprawdzenie ewentualnych kolizji etycznych, które mogą wystąpić, weryfikacja, czy posiada się odpowiednią wiedzę i doświadczenie do sporządzenia opinii, posiadanie właściwych narzędzi badawczych (w tym aparatura i/lub testy psychologiczne) i inne [50, s. 6].

Opinia biegłego powinna więc zawierać część faktograficzną – zawierającą pozyskane informacje o faktach, objawach, przekonaniach osób badanych dostosowane do wyznaczonego przez prokuraturę i sąd celu badania, analityczną – porządkującą uzyskane informacje według zagadnień analizowanych podczas badania przemocy seksualnej (patrz pkt 3 tego opracowania), odpowiedź na pytania prokuratury czy sądu, wnioski podsumowujące oraz zalecenia. Używany język powinien być jasny, zwięzły i logiczny, zrozumiały dla zleceniodawcy i stron [4]. Należy wskazywać zastosowane metody dostosowane do badanego zagadnienia i pytań sądu, porządek ich zastosowania, warunki przeprowadzenia badań, kolejność badania osób [51, 52].

W 99% analizowanych opinii nie zostały przedstawione dane faktograficzne dotyczące zagadnień, które powinny być rozpoznawane podczas przeprowadzonych badań nad przemocą seksualną, a także nie była przeprowadzona ich analiza. Dokonywana była natomiast interpretacja dotycząca przemocy seksualnej na podstawie informacji wynikających z metod testowych badających np. procesy poznawcze czy inteligencję oraz projekcyjnych, często w oparciu o krytykowane podejścia psychoanalityczne i psychodynamiczne. Stanowiło to podstawę przedłożonych wniosków [4]. Takie diagnozy i opinie są dla sądów wiarygodne.

Rozstrzygnięcie biegłego nie może mieć waloru ostatecznego, ponieważ podlega, jak inne środki dowodowe, swobodnej ocenie sądu. W wyroku z dnia 20 sierpnia 1998 roku NSA w Warszawie wskazał, że biegły sądowy jest tylko organem pomocniczym wymiaru sprawiedliwości w przypadkach wymagających wiadomości specjalnych [50, 53]. Polskie prawo procesowe stoi na gruncie zasady równorzędności środków dowodowych, jednak w praktyce szczególne znaczenie przypada właśnie opinii biegłego psychologa [35]. Dlatego też ekspertyza dotycząca przemocy seksualnej powinna być rzetelna.

5. Proces diagnostyczny przemocy seksualnej wobec dzieci

Proces diagnostyczny małoletnich zgłaszających doznanie przemocy seksualnej jest odmienny od pozostałych. Jego specyfika wynika z konieczności rozpatrywania traumatycznych zdarzeń, które pozostawiają dramatyczne konsekwencje objawiające się zaburzeniami w funkcjonowaniu mózgu, pamięci, narracji, ciała, w relacjach międzyludzkich, życiu emocjonalnym czy duchowym oraz innymi objawami, występującymi w trakcie życia osoby. Objawy te wykazują tendencję do stopniowego nasilania się. Z wiekiem osoba może czuć się coraz gorzej.

Na strukturę diagnozy składają się jedna lub dwie sesje wstępne odbywające się z samym rodzicem bądź opiekunem, który następnie przyprowadza małoletniego do psychologa (od 16. roku życia dziecko może przyjść samo) mające na celu uzyskanie informacji o traumatycznym zdarzeniu (patrz pkt 3 tego opracowania). Szkoli się go jak

ma neutralnie przedstawić dziecku cel wizyty związany z ewentualnie doznaną przemocą seksualną oraz jak ma je wspierać po przeprowadzonej diagnozie. Zgodnie z kodeksem etyczno-zawodowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego [54], dziecko, niezależnie od wieku i stosownie do jego możliwości rozwojowych, musi być poinformowane przez diagnostę o celu badania przeprowadzanego z jego udziałem oraz mieć możliwość wyrażenia zgody na rozmowę czy diagnozę psychologiczną na wskazany dziecku temat. Informowanie małoletniego na początku diagnozy: *Musisz nam powiedzieć prawdę, nie wolno ci kłamać, dobrze, zrozumiałaś?* (dane z akt sprawy karnej) niekoniecznie jest dla niego jasne i powoduje niepokój o jaką prawdę chodzi oraz napięcie, że mu się nie ufa. Wypowiadanie takiego wzbudzającego niepokój zastrzeżenia jest zbędne, ponieważ psycholog, opierając się na odpowiednich wytycznych [55, 56], będzie wskazywał na psychologiczną wiarygodność dziecka i w ten sposób dostarczał danych do prawnej oceny dokonywanej przez sąd.

Małoletni odbywa od czterech do ewentualnie sześciu sesji diagnostycznych, w tym ostatnia poświęcona jest podsumowaniu i wsparciu. Ilość sesji jest elastyczna i zależy od stanu psychicznego dziecka. Gdy podczas maksymalnie sześciu sesji nie uda się nawiązać kontaktu z dzieckiem, a jemu ujawnić ewentualnie doznawaną przemoc, diagnozę należy przerwać i rozpocząć terapię psychologiczną, jeżeli jest to konieczne. Ze względu na obniżoną koncentrację małoletniego (i osoby dorosłej) po doznanej traumie podczas omawiania traumatycznych doświadczeń optymalny czas trwania jednej sesji diagnostycznej to ok. 40 minut. Taki przebieg badania spełnia kryteria etycznego postępowania z osobą po traumie.

Następnie dochodzi do od jednej do trzech sesji z rodzicem wspierającym w celu przedstawienia wyników diagnozy, zaplanowania dalszego postępowania oraz, jeżeli jest to potrzebne, nauczania konstruktywnej reakcji na trudne zachowania dziecka wynikające z doznanej przemocy. Ostatni etap z oczywistych względów nie jest realizowany przez biegłych psychologów [4, 5].

5.1. Progresywność

Badanie osoby zgłaszającej doznanie przemocy seksualnej powinno mieć charakter progresywny, czyli być prowadzone podczas kilku odrębnych sesji diagnostycznych [46, 47, 57]. Gdy 30 lat temu rozpoczynałam diagnozowanie dzieci wykorzystywanych seksualnie uważałam, że wystarczy jedna, najwyżej dwie, aby uzyskać wartościowe dane. Jednak aktualne doświadczenie wskazuje, że optymalne jest przeprowadzenie około czterech sesji diagnostycznych.

Diagnoza progresywna pozwala małoletniemu zbudować w relacji z psychologiem pewien poziom zaufania i bezpieczeństwa niezbędny do ujawniania traumy. Brak presji czasowej zmniejsza napięcie [4, 5]. Pamięć osób po traumie z powodu destrukcyjnego wpływu kortyzolu (hormonu stresu) na różne części mózgu jest chaotyczna, dezorganizowana, fragmentaryczna, pozbawiona struktury. Potrzebują one więcej czasu na odtworzenie i usystematyzowanie wspomnień. Zmniejszenie napięcia, a więc i poziomu kortyzolu, może umożliwić stopniowe przypomnianie sobie szczegółów, ułożenie ich mniej więcej zgodnie z chronologią ich występowania oraz nadanie im właściwego znaczenia. Poprawia funkcjonowanie ciała modzelowatego i udrażnia połączenie między prawą („emocjonalną”) i lewą („logiczną”) półkulą mózgową, która to umożliwia ocenę doświadczeń [49, 57, 58]. Progresywność ułatwia narrację o doświadczonej traumie pozytywnie pobudzającą układ limbiczny, a ujawnienia doznawanej przemocy seksualnej powoduje ulgę [4, 5, 57].

5.2. Metody specjalistyczne

Badanie przeprowadza się metodami specjalistycznymi, dostosowanymi do diagnozy przemocy seksualnej, które opierają się głównie na rozmowie z otwartymi, niesugerującymi, nienaprowadzającymi na odpowiedź pytaniami na temat doznanej przemocy. Wspomagane są one rysunkami [59] oraz po jakimś czasie wprowadzanymi lalkami – niekoniecznie anatomicznie poprawnymi [60], pluszakami, umeblowanym domkiem lub innymi przedmiotami, które zmniejszają napięcie u małej osoby badanej, odwracają uwagę od lęku oraz ułatwiają spontaniczną narrację o traumatycznym zdarzeniu [61].

Wykluczone jest stosowanie metod projekcyjnych, ponieważ badając przemoc seksualną musimy uzyskać informacje o konkretnych faktach, a nie o „przypuszczeniach” pochodzących z psychologicznej interpretacji symbolicznych danych.

5.2.1. Pytania

Różnym osobom zadajemy pytania zawsze dotyczące tych samych zagadnień, jednakże ich kolejność i ilość zależy od wypowiedzi dziecka czy osoby dorosłej, za którymi podążamy. Pytania dotyczą np. tego: „Co się stało?”, „Kto?”, „Co jeszcze?”, „Jak?”, „Kiedy?”, „Gdzie?”, „Kto jeszcze?”.

Zadawane pytania muszą być proste, jednozdaniowe, wypowiedziane językiem zrozumiałym dla dziecka czy osoby dorosłej, podejmujące tylko jedno zagadnienie. Powinny zaczynać się od: „Jak...?”, a nie od: „Czy...?”. Wówczas mamy większą szansę na odkrycie, co dręczy dziecko. Dziecko wyczuwa, czy pytający faktycznie chce się dowiedzieć tego, co się zdarzyło i czy mu wierzy, czy raczej nie i oczekuje zaprzeczenia. Nie zaleca się rozmowy o szkole, wynikach w nauce czy relacjach z rówieśnikami, ponieważ są to zazwyczaj tematy trudne dla dziecka krzywdzonego. Niekorzystna dla wyniku diagnozy jest nagła zmiana tematu lub prowadzenie „sympatycznej” rozmowy o pięknych warkoczyczkach, butach dziecka oraz miłych sytuacjach z przedszkola. Dziecko zazwyczaj nie lubi i wstydi się rozmów z dorosłym o „seksie” i chętnie skorzysta z tematów zastępczych, aby unikać rozmowy na ten zasadniczy temat. Nie używa się zdań złożonych i zagrażających [4, 46, 62], jak przykładowa wypowiedź prokuratora podczas przesłuchania kierowana do pięcioletniej dziewczynki (dane z akt sprawy karnej): *Jeszcze odnośnie do tych zdarzeń z toalety, czy ... czuje się świadek w jakiś sposób pokrzywdzona, zażenowana, skrzywdzona?* lub pytanie psychologa w trakcie diagnozy skierowane do sześciolatniego dziecka: *powiedz mi, opowiedz mi, jeszcze raz wrócimy do tej sytuacji. Byłaś u babci, u tej drugiej babci od taty i ta babcia co robiła wtedy? Przed tym zdarzeniem, jak poszłaś do toalety z tatą, co babcia robiła i gdzie wtedy była, pamiętasz, może była w kuchni i gotowała?*

Należy unikać pytań naprowadzających na odpowiedź, ponieważ dzieci mogą być na nie podatne, aby poczuć się bezpieczniej. Są to pytania, na które odpowiada się jednym słowem „tak” lub „nie” [4, 46, 62]. Ich przykładem może być stwierdzenie albo pytanie zawierające wskazanie, kto jest podejrzanym: *Czy twój tato dotykał cię w siuszkę?* oraz pytanie o uczucia do podejrzanego: *Czy kochasz swojego tatę?, Czy bardziej kochasz tatę niż mamę?* Doświadczenie diagnostyczne autorki wyraźnie wskazuje, że nie wolno podczas diagnozy bądź przesłuchania pytać małego, czy kocha osobę wskazywaną jako krzywdziciela: *Kochasz swojego tatę, prawda?* (dane z akt sprawy karnej), ponieważ uruchamia to toksyczną lojalność. Nie należy także mówić dziecku, że od jego wypowiedzi zależą decyzje dotyczące osoby podejrzanej oraz co się stanie z rodziną, ponieważ

zastrasza to małoletniego: *Dobrze zastanów się, co nam powiesz, ponieważ od tego zależy, co się stanie z twoim tatą!* (dane z akt sprawy karnej). Zawsze przed zadaniem pytań należy zastanowić się, w jaki sposób wpływają one na bezpieczeństwo i wiarygodność dziecka [4].

Pytania: *Jak?, Kiedy?, Gdzie?, Kto?, Co jeszcze?* motywują dziecko do opowiedzenia swojej własnej historii więcej niż jednym słowem, a właśnie na tym zależy diagnoście. Pytamy: *Gdzie to się zdarzyło?* a nie: *Czy to się zdarzyło w twoim pokoju?* Pytamy: *W jakie części ciała byłeś dotykana?* a nie: *Czy dotykał cię w piersi lub siusiaka?* [4, 46].

Rozmawiając z małymi dziećmi, możemy dawać im dwa wybory: *Czy świeciło słońce, czy już było ciemno? Czy ta osoba dotykała cię w łazience, czy w kuchni?* [46]. Sprawdzając wiarygodność, możemy poprosić dziecko, żeby przypomniało nam o czym rozmawialiśmy na poprzedniej sesji diagnostycznej lub co powiedziało o jakimś problemie, zaznaczając, że jest to dla nas bardzo istotne [4].

Aby ułatwić dziecku wypowiedź, można stosować „techniki tylnych drzwi”, mówiąc np.: *Kto będzie zły, gdy mi o tym powiesz?* lub metodę „zapominania”, ale tylko raz w trakcie jednej sesji [4, 46].

Kompetentny i obiektywny psycholog, mówiący prostym i życzliwym (ale nieinfantylnym) językiem oraz pewnym tonem głosu jest w stanie zachęcić dziecko do ujawnienia doznanej przemy lub zdecydowanie i jednoznacznie wykazać, że do niej nie doszło [4].

5.2.2. Świadomość rozwoju dziecka

Różnice w podawaniu informacji na poszczególnych etapach życia nie mogą być traktowane jako niewiarygodne nieścisłości, dlatego należy być świadomym przebiegu rozwoju dziecka. Ukończywszy trzy i pół roku życia dzieci rozumieją pytania o lokalizację: *Gdzie to się stało?*. Około czwartego roku życia dzieci są w stanie podać pewien porządek czasowy zdarzeń, podają informacje o emocjach, głównie, że czują się dobrze lub źle, jednak nie potrafią nazywać dwóch przeciwstawnych uczuć w tym samym czasie, np.: *Kocham tatę, ale jestem na niego zły*. Dzieci mniej więcej sześć- czy siedmioletnie są w stanie rozpoznać, że czują zarówno pozytywne, jak i negatywne emocje w tym samym czasie: *Kocham tatę, bo jest moim rodzicem, ale też go nienawidzę za to, że mnie dotykał w miejsce intymne*. Dzieci szkolne spontanicznie ujawniają więcej detali [63, 64].

Małe dzieci nie są w stanie ujawnić dużej ilości informacji podczas pojedynczego badania. Są skoncentrowane na różnych aspektach zdarzeń odbywających się w różnym czasie, a to czyni ich wypowiedzi w oczach badacza niespójnymi lub niewiarygodnymi. Mogą udzielić krótkiej i niekompletnej odpowiedzi na pytania otwarte, natomiast udzielają więcej informacji na pytania konkretne. Otwarte pytania nie mogą jako jedyne być zadawane małym dzieciom. Aby przypomnieć sobie traumatyczne zdarzenia, dzieci do około czwartego roku życia potrzebują więcej pytań od badacza niż starsze. Dzieci, przychodząc na badania, nie są w stanie zaobserwować i pamiętać wielu aspektów zdarzenia traumatycznego. Czasami są w stanie odtworzyć tylko jeden fragment, np.: *Tato ruszał moim siusiakiem, o tak, góra dół i to bolało* i potrzebują naszej pomocy w odpamiętywaniu szczegółów. Ponadto młodsze dzieci dostarczają informacji badaczom tylko wtedy, gdy są o nie spytane – i najczęściej nie czynią tego spontanicznie [63, 65]. Nieco inaczej przebiega ujawnienie w domu w obecności osoby bezpiecznej dla dziecka, gdy

np. podczas czynności wykonywanych wokół jego ciała: kąpieli, przebierania czy zasypiania, dziecko spontanicznie wypowie jedno zdanie i nic więcej, przykładowo: *Wujek grzebał mi w pupie* [63-65].

Przyznawanie ważności jedynie informacjom zebranych w ramach swobodnego przypominania sobie w trakcie procesu diagnozy dyskryminuje dzieci ze względu na ich normalne rozwojowe zdolności. Wypowiedzi moich dorosłych pacjentów wspominających przemoc z dzieciństwa wyraźnie wskazują, że małe dzieci nie rozumieją, co się dzieje, gdy doświadczają przemocy seksualnej, a posiadanie wiedzy przez dzieci starsze nie oznacza możliwości swobodnego mówienia o niej [zob. 1]. Obie grupy wiekowe potrzebują pomocy w postaci rozmowy kierowanej.

Zmiana w treści podawanych informacji od typowych i sekwencyjnie rutynowych w wieku dwóch lat, np.: *Bawiłem się z tatą*, do bardziej złożonych i unikatowych w wieku około czterech lat jest normalnym procesem rozwojowym. Te dojrzalsze dzieci są zdolne do podawania informacji o przebiegu zdarzeń, uczuciach, miejscu i czasie. Dzieci udzielają kolejnym badaczom różnych informacji o zdarzeniu nie dlatego, że są niewiarogodne, lecz dlatego, że dorośli pytają w różny sposób i mają odmienne nastawienie. Jednakowa procedura badania nie jest właściwa dla wszystkich dzieci, od diagnosty wymaga się elastyczności podczas procesu rozpoznawania przemocy i analizy uzyskanych informacji [63, 65].

5.2.3. Rysunki, opowieści, metafotry i inne metody wspomagające

Pytania wspomagane są rysunkami odpowiednio dostosowanymi do przebiegu badania oraz „pomocnikami” w postaci zabawek. Zabawa i rysunki są naturalną formą ekspresji. Redukują one u dziecka napięcie i negatywne emocje związane z badaniem na temat przemocy seksualnej, pomagają małodzieciemu w przypominaniu sobie traumatycznych zdarzeń i w narracji o ich przebiegu. Pomocne jest dostosowywanie treści rysunków do wieku i wypowiedzi dziecka [59]. Zauważyłam, że progresywne kontynuowanie jednego tematu ułatwia dziecku przedstawienie traumatycznej sytuacji związanej z przemocą seksualną i zwiększa ilość uzyskiwanych informacji, np.: *Narysuj dom, w którym mieszkasz?* i dalej: *A teraz pokaż, gdzie jest miejsce/ pomieszczenie/ pokój, w którym ta osoba cię dotykała?*, następnie: *Jakie meble są w tym pokoju?*, a w końcu: *Pokaż na rysunku, jak to się działo?*. Analiza formy i treści rysunków jest możliwa wyłącznie w sytuacji, gdy psycholog uczestniczy w jej przebiegu i ich sporządzeniu.

Sprawdzamy, w jaki sposób dziecko rozumie „dobry sekret” i „zły sekret”. Stopniowo w odpowiednim momencie badania wprowadzamy rysunki podstawowych emocji rozpoznawalnych już przez dzieci w wieku trzech lat: radość, smutek, złość. Im starsze dziecko, tym więcej emocji jest w stanie nazwać – do poprzednich możemy dodać wstyd czy lęk. Dzięki rysunkom emotikonów np. na ostatnim etapie badania, jeżeli u dziecka występują objawy typowe dla dzieci po doznanej przemocy seksualnej, możemy zapytać dziecko, jak się czuło przed opisanym zdarzeniem traumatycznym, w trakcie jego trwania i gdy się zakończyło, sprawdzając w ten sposób adekwatność emocji i podawanych treści do opisywanej traumy [59, 66]. Stosujemy bezpieczne metody, oparte na metaforze, do rozpoznawania, czy dziecko kłamało w trakcie diagnozy. Kończąc, możemy prosić, by narysowało, jak czuje się po odbytych spotkaniach.

5.2.4. Szczegóły zachowań seksualnych sprawcy

Mówienie, zwłaszcza do dzieci, ale i do dorosłych, na temat przemy seksualnej łączy się z trudnymi zadaniami dla diagnosty. Psycholog, prawnik, sędzia musi ocenić swoje własne możliwości rozmawiania o zachowaniach seksualnych wobec dziecka. Z jednej strony nie może być zażenowany, używając podanych przez dziecko słów na temat miejsc intymnych, z drugiej – musi znać granice, do jakich może pytać o zachowania sprawcy. Nie domagamy się szczegółów dotyczących doznawanej przez dziecko przemy [4, 46, 48]. Gdy powie nam ono: *Tato wkładał mi palca do pupy* (jest to gwałt na małoletnim), nie należy pytać jak głęboko. To pytanie jest za trudne dla każdej osoby krzywdzonej (niezależnie od wieku) oraz jest rewiktyimizujące. Poza tym „głębokość” penetracji nie ma znaczenia przy stwierdzeniu, że do przemy seksualnej doszło. Podobnie nie ma znaczenia ilość zachowań sprawcy – według art. 2 ust. 2 Ustawy o przeciwdziałaniu przemy w rodzinie *wystarczy jednorazowe działanie lub zaniechanie* [67, s. 20]. Toksyczne mity o tym, że *jedno zachowanie seksualne połączone z penetracją dorosłego wobec dziecka, to nie przemoc* lub że *przemocą seksualną jest tylko gwałt* nie powinny mieć zastosowania w XXI wieku. Niestety, wypowiedzi niektórych psychologów, prokuratorów czy sędziów, z którymi spotykam się podczas czynności zawodowych, pokazują, że osobiste przekonania oparte na mitach społecznych bywają podstawą podejmowania decyzji o dalszym postępowaniu i jego wynikach.

Nie powinno się pytać osoby krzywdzonej, a zwłaszcza małego dziecka, czy sprawca podniecił się w trakcie zachowań seksualnych. Po pierwsze, nie potrafi ono udzielić takiej informacji, ponieważ nie wie, że podniecenie seksualne istnieje, po drugie z psychologicznego punktu widzenia nie fakt nieznanego dla małego dziecka podniecenia sprawcy, a same czyny seksualne wobec dziecka są krzywdzące. Nie badamy także, czy działanie podejrzanego było intencjonalne. Nie jesteśmy w stanie tego stwierdzić, a sam podejrzanym zdecydowanie zaprzeczy temu, mówiąc, że do takiego zachowania nie doszło lub że tylko mył dziecko, podcierał mu pupę lub w nocy pod kołdrą sprawdzał, czy dziecko koło miejsc intymnych nie ma w łóżku telefonu komórkowego. Sprawca prawdopodobnie doda, że nie jest takim człowiekiem, który może tak krzywdzić dzieci [4]. Takie stwierdzenia przez A. Salter zaliczane są do zaprzeczania całkowitego, minimalizowania i zaprzeczania psychologicznego [1, 7]. Należy badać przebieg i okoliczności zachowań osoby podejrzanym wobec krzywdzonej [2].

5.2.5. Rodzaje dotyków

Zdarza się, że rozmawia się o przemy seksualnej bez porozumienia z dzieckiem odnośnie do tego, jakich słów używa i jak je pojmuje. Należy ustalić, w jaki sposób dziecko określa miejsca prywatne oraz jakie jest jego rozumienie różnych rodzajów dotyków. Do czasu, kiedy to nie nastąpi, nie ma podstaw do zadawania pytań na temat ewentualnej przemy seksualnej. Od moich dorosłych pacjentów wiem, że dzieci skrzywdzone seksualnie, podobnie jak dorośli skrzywdzeni w ten sposób w dzieciństwie, najczęściej nie rozumieją, co jest poprawnym, a co niepoprawnym kontaktem z dotykiem oraz na czym polega dotyk dobry – bezpieczny i wyrażający bliskość, zły – szeroko rozumiana przemoc fizyczna, intymny lub prywatny – pielęgnacja, zabiegi medyczne zlecone przez lekarza, a także intymny, sekretny – dotyczący przemy seksualnej [4, 66, 68]. Należy wspomnieć, że R. Archer, E. Wheeler i R. Vauter mają wątpliwości odnośnie do stosowania tej metody [69].

Chcę wierzyć, że właśnie z powodu braku wiedzy, wynikającej z nabytych w dzieciństwie zniekształceń poznawczych, pochodzą takie zdania psychologów, kuratorów, prokuratorów, jak: *Rodzic może dotykać ciało swojego dziecka w miejsca intymne, tak, jak chce i kiedy chce* (zaczepnięte z protokołu przesłuchania świadka w sprawie o przemoc seksualną wobec pięcioletniej dziewczynki) albo: *Tato po kąpielii może całować sześciolletnią córkę w genitalia, ponieważ jest to wyraz miłości ojcowskiej i wszyscy tak robią* (zaczepnięte z opinii biegłego psychologa i uzasadnienia wyroku sądu).

Jednym z poważniejszych błędów w programach profilaktycznych i edukacyjnych oraz prowadzonych rozmowach diagnostycznych jest idea etykietowania przemocy seksualnej jako „złego dotyku”. Jako dorośli powinniśmy rozróżniać, że seksualny kontakt między dorosłym a dzieckiem jest nie tylko „złym dotykiem”, ale przede wszystkim przestępstwem. Takie rozróżnienie może być zaburzone u dzieci i u dorosłych, którzy doznali przemocy oraz „przesiąkli” destrukcyjnymi mitami o przemocy [4, 5]. Należy też pamiętać, że osoba krzywdzona, zarówno dziecko, jak i dorosły, z powodu manipulacji sprawcy zazwyczaj nie czuje się ofiarą przemocy, a raczej odpowiedzialna i winna, widzi w sobie sprawcę. Pytanie o „zły dotyk” przez dziecko czy osobę dorosłą może zostać odebrane jako o nieodpowiednie czyny popełnione przez nie i w konsekwencji, przerażone karą, nie chce o nich mówić. Szerzej na temat konsekwencji nazywania przemocy seksualnej złym dotykiem napisałam w artykule: „Factors influencing court diagnoses of sexually abused children and their family – some lessons from practice” [4].

5.2.6. Opiekun wspierający nie powinien być obecny w gabinecie

Rodzic wspierający (najczęściej matka) nie powinien być obecny w gabinecie w trakcie przeprowadzanej diagnozy dziecka. Jego obecność może oddziaływać na osobę małoletnią co najmniej trojako: po pierwsze – może on chcieć opowiedzieć o ewentualnie zaistniałych sytuacjach tak jak mu się wydaje, że oczekuje od niego matka, po drugie – może się wstydzić przy niej mówić o doznanej traumie seksualnej lub obawiać się wyjawienia, że do przemocy nie doszło, po trzecie – może się obawiać, że opowiedziane treści zmartwią i skrzywdzą matkę i może ona ponieść konsekwencje, np. zdrowotne. Ponadto opiekun ten nie może być informowany, jakie tematy przez psychologa będą lub były z dzieckiem poruszane na poszczególnych sesjach diagnostycznych, jakie psycholog ma obserwacje oraz jakich informacji dziecko udzielało na poszczególnych sesjach. Zapobiegamy w ten sposób świadomemu lub nieświadomemu wpływowi opiekuna na przebieg diagnozy [4, 62, 66, 70].

Natomiast, jak doświadczenie autorki wskazuje, przed badaniem dziecka od matki oraz w trakcie diagnozy od małoletniego dowiadujemy się, jak matka zareagowała po pierwszym ujawnieniu przez dziecko doznawanej przemocy seksualnej. Trzeba być świadomym, że naturalnym zachowaniem rodzica wspierającego po uzyskaniu tak traumatycznych informacji jest zadawanie dziecku pytań na temat ujawnionego przez nie zdarzenia. Dziwne by było, gdyby tego nie zrobił. Pytania mogą być sugerujące, ponieważ matki czy babcie nie mają profesjonalnej wiedzy o dozwolonej formie pytań. W trakcie diagnozy w odpowiedni sposób należy ustalić, jak one brzmiały i jakie konsekwencje pozostawiły w spostrzeganiu przez dziecko ewentualnie zgłaszanej traumy.

5.3. Zakaz psychologicznego badania dziecka w obecności podejrzanego

Zakazane jest psychologiczne badanie dziecka w obecności osoby podejrzananej, czyli opisanej przez dziecko/osobę dorosłą lub zgłoszonej przez innych (w tym instytucje) jako prawdopodobnie dopuszczającej się przemy seksualnej wobec małoletniego. Osoba podejrzana o przestępstwo seksualne nie powinna przebywać w budynku, do którego dziecko czy inna osoba skrzywdzona została wezwana w celu przeprowadzenia badania. Nie może przynosić i wręczać dziecku prezentów przed, w trakcie i po badaniu bądź przesłuchaniu. Psycholog nie powinien wspierać tej osoby w wręczeniu dziecku podarunków. Staje się wówczas dla dziecka niewiarygodny i zagrażający. Osoba, która nie skrzywdziła dziecka, nie potrzebuje mu wręczać prezentu, natomiast krzywdzący robi to, aby manipulować dzieckiem i diagnostą, utrudniając w ten sposób ujawnienie przemy, zaprzeczając jej istnieniu. Zakaz badania dziecka w obecności osoby podejrzananej o dopuszczanie się przemy dotyczy postępowania w prokuraturze, sądzie karnym, ale także w sądzie rodzinnym czy cywilnym [4, 49, 66].

Procedura psychologicznego diagnozowania dziecka w obecności osoby podejrzananej jest tym bardziej zaskakująca, że nawet według art. 185a kpk [39] procesowe przesłuchanie małoletniego pokrzywdzonego, *który w chwili przesłuchania nie ukończył 15 lat*, według art. 185a § 2 kpk *przeprowadzane przez sąd na posiedzeniu z udziałem biegłego psychologa w sprawach o przestępstwa popełnione z użyciem przemy lub groźby bezprawnej, do których zalicza się przemoc seksualną, zgodnie z art. 185b § 2 odbywa się bez obecności podejrzanego lub oskarżonego, gdyż zachodzi uzasadniona obawa, że bezpośrednia obecność oskarżonego przy przesłuchaniu mogłaby oddziaływać krępująco na zeznania świadka lub wywierać negatywny wpływ na jego stan psychiczny* [39]. Nie jest więc znana przyczyna, dla której niektórzy psychologowie podczas przeprowadzania ekspertyzy narażają małoletniego na szkody wynikające z konfrontacji z osobą, która jest przez dziecko określana jako krzywdziciel.

5.3.1. Niemożność ujawnienia przemy seksualnej w obecności podejrzanego

Nasuwają się pytania: z czego wynikają reakcje dziecka w relacji z podejrzanym w trakcie diagnozy oraz na czym polega negatywny wpływ przynoszonych przez podejrzanego zabawek? Sprawca przemy seksualnej w przeszłości, w trakcie trwania przemy, przed oraz po ujawnieniu oddziałuje na dziecko tak, aby uniemożliwić mu mówienie o doznanych krzywdach. Prowadzone przez autora analizy pokazują, że uwodzi dziecko, zastrasza, obarcza poczuciem winy, zniekształca postrzeganie siebie i innych, doprowadza do idealizacji sprawcy: *Jest dobrym ojcem, gdy będę mu posłuszny, nic złego mi nie zrobi*, doprowadza do naśladowania przez dziecko jego zachowań, buduje u małoletniego identyfikację ze sprawcą, tworzy toksyczną lojalność, alternatywną rzeczywistość, wywołuje syndrom sztokholmski i wyuczoną bezradność: *Niezależnie od tego co zrobię i tak mnie skrzywdzi, bezpieczniej jest mu się podporządkować*, a także wyzwala mechanizmy obronne w postaci unikania, odrętwienia i dysocjacji [4, 9]. Dlatego właśnie podczas diagnozy sprawca jest obecny w umyśle małoletniego nawet, gdy nie ma go w gabinecie czy budynku, powodując u niego lęk i napięcie. Emocje te znacznie nasilają się, gdy dziecko jest diagnozowane w obecności wskazywanego przez nie sprawcy [4, 5, 9].

W obecności sprawcy, który jest uśmiechnięty i miły, u dzieci uruchamiają się zapisane biologicznie potrzeby doznawania od tego rodzica bliskości oraz czułości: *On mnie kocha i mnie nie skrzywdzi*. Gdy podejrzan o przemoc rodzic przynosi zabawkę,

uruchamiają się u dziecka wspomnienia związane z przyjemnością, której dziecko także doświadczyło od tej osoby: *Będziemy się tylko bawić, a to było fajne*. Gdy badanie odbywa się w innym miejscu niż w tym, w którym dochodziło do przemocy i w obecności osób trzecich, uruchamia się przekonanie, że może czuć się bezpiecznie: *On mnie nigdy nie skrzywdził w obecności innych osób, nie dotknie mnie więc w tym gabinecie*. Wszystkie te mechanizmy uniemożliwiają dziecku ujawnienie doznawanej przemocy w obecności osoby wskazywanej przez nie jako tej, która je krzywdzi.

Dzieci, u których podczas wykorzystania seksualnego przez sprawców sadystycznych dominował ból fizyczny, uruchamiają potrzebę walki lub ucieczki (działanie adrenaliny na układ limbiczny), lub zamrożenia (działanie kortyzolu na pień mózgu), mogą być agresywne, unikać osoby zgłoszonej przez nie jako sprawca, uciekać z gabinetu, chować się pod biurko, płakać czy zamierać w bezruchu [57, 58].

Specjalista musi także zdawać sobie sprawę, że osoba podejrzana stosuje wobec dziecka i profesjonalistów mikromanipulacje, które mają utrudnić zdiagnozowanie traumatycznych zdarzeń i faktycznych relacji dziecka z osobą podejrzaną, których psycholog podczas diagnozy czy prokurator i sędzia podczas przesłuchania nie jest w stanie rozpoznać. Są to np.: wyraz twarzy, gesty dłoni, ruch ramion, spojrzenie, ton głosu. Wpływają negatywnie na stan psychiczny małoletniego, wzbudzają w dziecku niepokój i w związku z tym przymuszają do zachowania tajemnicy [4, 57, 58].

5.4. Kolejność badania członków rodziny

Doświadczenie autorki tego opracowania wskazuje, że najpierw badamy osobę określaną opiekunem wspierającym – w trakcie wywiadu uzyskujemy informacje o czynnikach ryzyka czy dynamice przemocy seksualnej, okolicznościach ujawnienia, reakcji otoczenia oraz rozwoju i objawach u dziecka. W drugiej kolejności badamy dziecko. Inny psycholog w innym miejscu i czasie bada osobę podejrzaną o dokonanie przemocy. Następnie ewentualnie badamy relacje opiekuna wspierającego z dzieckiem i na końcu, jeżeli jest to absolutnie niezbędne, relacje osoby podejrzanej o przemoc z dzieckiem. Gdy dziecko jednoznacznie i wiarygodnie ujawni przemoc seksualną, do takiego badania nie powinno nigdy dojść, ponieważ doprowadza to do wtórnej traumatyzacji i nic nie wnosi do procesu diagnostycznego [2]. Uzyskanie wiarygodnych informacji do napisania opinii powinno odbywać się bez narażania osoby pokrzywdzonej na niebezpieczeństwo oraz pogorszenie jej zdrowia psychicznego i fizycznego [4, 5].

Aby diagnoza została przeprowadzona prawidłowo, psycholog musi zainteresować się zgłaszanym przez opiekuna dziecka podejrzeniem o przemoc seksualną oraz pozbyć się przekonania, że opiekun ten kłamie lub źle postrzega zachowania wskazywanej osoby. Wnioski o fałszywym oskarżeniu można wyciągnąć dopiero po przeprowadzeniu pełnej ekspertyzy.

5.4.1. Kolejności diagnozowanych zagadnień

Doświadczenie autorki wskazuje, że należy przestrzegać kolejności diagnozowanych zagadnień. Najpierw powinno odbyć się badanie pod kątem przemocy seksualnej lub innej, a dopiero potem przeprowadzona procedura uzyskiwania pozostałych informacji, np. o relacjach w rodzinie, efektach nauki w szkole. Rozpoczynanie badania od innych niż przemoc zagadnień rozprasza dziecko i wzmaga zaprzeczanie.

5.5. Środowisko badania i rejestrowanie

Środowisko, w jakim odbywa się rozmowa, ma bardzo duże znaczenie. Dziecko nie powinno czekać na badanie dłużej niż kilka minut, w przeciwnym razie zaczyna się nudzić, dekoncentrować, wzrasta w nim napięcie. Wskazane jest przeprowadzanie badania tylko przez jedną osobę. Poważne problemy pojawiają się, gdy od samego początku podczas badania w gabinecie wyłożone są zabawki, którymi dziecko samo zaczyna się bawić lub jest do tego zachęcane przez psychologa, a bywa także że przez rodzica. Dostęp do zabawek od momentu wejścia do gabinetu rozprasza małoletniego oraz zniekształca jego rozumienie celu spotkania – może myśleć, że chodzi o zabawę, z nowo poznaną „ciocią”. Problemy autorki w relacjach z badanymi dziećmi uczą, że zabawki powinny być schowane. W odpowiednim czasie są wyjmowane tylko te, które służą procesowi diagnozy. Środowisko powinno być bezpieczne i nie zawierać przedmiotów kojarzących się z przemocą [25]. Nie tylko diagnoza psychologiczna wymaga odpowiednich warunków i pomieszczenia, ale również, zgodnie z artykułem 185d kpk [39], wymaga tego przesłuchanie.

W poczekalni powinien przebywać jedynie opiekun, który przyprowadził dziecko na diagnozę. Obecność innych osób: cioci, babci, dziadka, rodzeństwa, rówieśnika dekoncentruje osobę badaną niezależnie od jej wieku. Dziecko nie powinno być motywowane przez opiekuna do aktywnego uczestniczenia w badaniu obietnicą wymarzonej zabawki czy pójściem do ZOO.

Diagnoza psychologiczna wykonywana przez biegłego powinna być rejestrowana. Są trzy możliwe sposoby: utrwalanie dźwięku, dźwięku i obrazu albo szczegółowy zapis przebiegu badania czy przesłuchania. Służy to temu, jeśli jest to możliwe, a nie zawsze jest, aby badanie psychologiczne odbyło się tylko jeden raz. Daje to możliwość odtworzenia pełnego przebiegu badania, gdyby była taka potrzeba. Jeżeli proces diagnozy jest nagrywany, rodzic i dziecko powinni być o tym poinformowani przed rozpoczęciem badania, tak, aby byli świadomi, że służy to dokładnemu zapamiętaniu wszystkich ważnych wypowiedzi osoby małoletniej. Otrzymuje ona wówczas informację, że jest poważnie traktowana. Powinna mieć także czas na oswojenie się z tą sytuacją. Nagranie powinno być zabezpieczone i w razie potrzeby lub wątpliwości udostępniane stronom postępowania. Podobnie postępuje się podczas przesłuchań. Zgodnie z art. 147 § 2.2 kpk przesłuchanie pokrzywdzonego i świadka, o których mowa w art. 185a i b, w sprawach o przemoc seksualną powinno być utrwalane za pomocą urzędnika rejestrującego obraz i dźwięk [39].

Należy wziąć pod uwagę fakt, że nie wszystkie dzieci akceptują, że są nagrywane i wówczas diagnosta musi bardzo szczegółowo zapisywać ręcznie lub na komputerze (mniej przyjazna wersja) zaobserwowane zachowanie i wypowiedzi dziecka, informując, jaki jest tego cel.

5.6. Wiarygodność dziecka wykorzystywanego seksualnie

W literaturze przedmiotu opisano pięć kryteriów do rozpoznawania wiarygodności dziecka zgłaszającego przemoc seksualną. Są to: detale, poziom spontaniczności, afekt, progresja, sekret. Kryteria te osadza się w szerszym kontekście wypowiedzi dziecka [55]. W psychologii wiarygodność opiera się na kryteriach odnoszących się do treści narracji oraz motywacji osoby pokrzywdzonej.

Podczas analizy wypowiedzi pochodzących z diagnozy czy przesłuchania użyteczne jest posługiwanie się także kryteriami analizy treści (CBCA, ang. *criteria-based content*

analysis). Jest ona skupiona na semantycznych cechach wypowiedzi osoby badanej. Podstawę oceny stanowi 19 kryteriów ujętych w cztery kategorie. Obejmują one: 1. cechy ogólne relacji (struktura logiczna, występowanie szczegółów nieustrukturalizowanych, duża liczba szczegółów), 2. cechy szczegółowe relacji (np. usytuowanie relacjonowanego zdarzenia w kontekście sytuacyjnym, odtwarzanie interakcji, przytaczanie wypowiedzi, opisywanie stanów psychicznych własnych i sprawcy, podawanie szczegółów błędnie rozumianych), 3. właściwości odzwierciedlające motywację osoby do składania zeznań (np. spontaniczne poprawki, przyznawanie się do niepamięci, usprawiedliwianie sprawcy, obwinianie siebie), 4. elementy specyficzne dla określonego przestępstwa występujące w relacji świadka [56].

6. Podsumowanie

Ze względu na specyfikę funkcjonowania dziecka po przemoc seksualnej niezbędne jest przeprowadzanie specjalistycznej diagnozy, która różni się od diagnozy dziecka niedoświadczającego przemoc seksualnej. Polskie Towarzystwo Psychologiczne stworzyło standardy przeprowadzania diagnozy i opracowania opinii psychologicznej [71]. Jednakże nie wskazują one, w jaki sposób ma być przeprowadzana ekspertyza osoby, która doznała przemoc seksualnej, i jej rodziny. Diagności zajmujący się rozpoznawaniem przemoc seksualnej muszą posiadać specjalistyczną wiedzę. Opisany przebieg procesu badania psychologicznego daje szansę na uzyskanie wartościowych informacji, z przeznaczeniem dla prokuratury, sądu karnego, cywilnego czy rodzinnego. Do diagnozowania dziecka po przemoc seksualnej nie można stosować takich samych metod jak do rozpoznawania stanu poznawczego i emocjonalnego, sytuacji małoletniego niedoświadczającego tego rodzaju przemoc oraz jego relacji z rodzicami. Dziecko i osoba dorosła po doznanej traumie przemoc seksualnej funkcjonuje inaczej niż osoba, która nie doświadczyła takiej traumy. Niemożliwe jest uzyskanie wiarygodnych danych, badając dziecko w obecności osoby wskazywanej przez nie jako sprawca przemoc. Istotne jest uświadomienie sobie, że zwłaszcza opinie biegłych sądowych, ale bywa, że także pozasądowe, niejednokrotnie decydują o czymś życiu, losach rodziny, uznaniu kogoś za winnego lub niewinnego czynu, o który się go oskarża. Tylko właściwa procedura badania daje szansę na zapewnienie dziecku bezpieczeństwa, a osobie podejrzanej, jeżeli nie jest sprawcą, na wiarygodne, niebudzące wątpliwości uniewinnienie.

Literatura

1. Salter A., *Treating child sex offenders and victims. A practical guide*, SAGE, London 1988.
2. *Violence and the family*, Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on violence and the family, APA, Washington 2002.
3. Widera-Wysoczańska A., *Okrutny mistrz manipulacji*, Świat Problemów, 1, 2000, s. 26-31.
4. Widera-Wysoczańska A., *Factors influencing court diagnoses of sexually abused children and their family – some lessons from practice*, Polish Journal of Applied Psychology, 10(1), 2012.
5. Widera-Wysoczańska A., *Problems of court psychological assessment of sexually abused children and their families – some lessons from practice*, 2nd Global Conference – Trauma: Theory & Practice. Oxford Inter-Disciplinary Net. 21st–24th March, Prague (Czech Republic) 2012.
6. Doren D., *Evaluating sex offenders. A manual for civil commitments and beyond*, SAGE, London 2002.
7. Salter A., *Pokonywanie traumy*, Media Rodzina, Warszawa 2003.

8. Widera-Wysoczańska A., *Zaburzone rodzicielstwo jako konsekwencja kazirodztwa doznanego w dzieciństwie*, Przegląd Psychologiczny, 48(3), 2005, s. 303-322.
9. Widera-Wysoczańska A., *Mechanizmy przemocy w rodzinie*, Difin, Warszawa 2010.
10. Widera-Wysoczańska A., *The mutual influence of the different types of sexual abuse in the family of origin – the risk factors*, prezentacja na konferencji ISSSTD, March, San Francisco (USA) 2000.
11. Widera-Wysoczańska A., *Istota traumy prostej i złożonej*, [w:] Widera-Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.), *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*, Difin, Warszawa 2011, s. 21-58.
12. Grott K., Szostak M., *Incest. Criminological studies*, Wydawnictwo Naukowe WSPiA, Poznań 2013.
13. Widera-Wysoczańska A., *Rozpoznawanie dynamiki przemocy seksualnej w postępowaniu psychologicznym i prawnym*, [w:] Kwieciński A. (red.), *Współczesne wyzwania kurateli sądowej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019, s. 217-236.
14. Widera-Wysoczańska A., *Ten straszny bliski – dynamika przemocy seksualnej w rodzinie*, Charaktery, 3(14), 1998.
15. Widera-Wysoczańska A., *Zobacz, co on mi zrobił*, Style i Charaktery, 3, 2008.
16. Assink M., van der Put K., Meeuwssen M., de Jong N., Oort F., Stams, G., Hoeve M., *Risk factors for child sexual abuse victimization: a meta-analytic review*, Psychological Bulletin, 20, 2018, s. 4-69.
17. Widera-Wysoczańska A., *PTSD „proste” i „złożone”, jako konsekwencje zdarzeń traumatycznych u osób dorosłych*, [w:] Widera-Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.), *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*, Difin, Warszawa 2011, s. 86-118.
18. Friedrich W., *Child sexual behavior inventory: professional manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa 1997.
19. Summit R., *The child sexual abuse accommodation syndrome*, Child Abuse and Neglect, 1983, s. 177-192.
20. Sink F., *A hierarchal model for evaluation of child sexual abuse*, American Journal of Orthopsychiatry, 58, 1988, s. 129-135.
21. Finkelhor D., Browne A., *The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization*, American Journal of Orthopsychiatry, 55, 1985, s. 530-542.
22. *Kryteria Diagnostyczne z DSM-5*, APA, Washington 2013.
23. *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11*, WHO, 2022.
24. Widera-Wysoczańska A., *Wpływ interpersonalnej traumy na rozwój dziecka – PTSD jako objawy niespecyficzne*, [w:] Widera-Wysoczańska A., Kuczyńska A. (red.), *Interpersonalna trauma. Mechanizmy i konsekwencje*, Difin, Warszawa 2011, s. 142-171.
25. Gil E., Johnson T.C., *Sexualized children. Assessment and treatment of sexualized children and children who molest*, Launch Press, USA 1993.
26. Widera-Wysoczańska A., *The influence of chronic trauma experienced in childhood on women's health*, [w:] Kuczyńska A., Dzikowska E. (red.), *Understanding sex and gender. Zrozumieć płęć III*, Oficyna Wydawnicza „Atut”, Wrocław 2006, s. 303-321.
27. Van der Kolk B., Fisler R., *Dissociation, and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study*, Journal of Traumatic Stress, 8, 1995, s. 505-525.
28. Levine P., *Trauma i pamięć. Mózg i ciało w poszukiwaniu autentycznej przeszłości*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2015.
29. Fivush R., Kuebli J., Clubb P., *The structure of events and event representations: A developmental analysis*, Child Developmental, 63, 1992, s. 188-201.
30. Eisen M., Goodman G., Qin J., Davis S., *Individual differences in maltreated children's memory and suggestibility*, [w:] Williams L. (red.), *Trauma and memory*, SAGE, Thousand Oaks (CA), 1999, s. 31-46.

31. Widera-Wysoczańska A., *Rozpoznawanie dynamiki przemocy seksualnej w postępowaniu psychologicznym i prawnym*, [w:] Kwieciński A. (red.), *Współczesne wyzwania kurateli sądowej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, (Acta Universitatis Wratislaviensis; nr 3925), Wrocław 2019, s. 217-236.
32. Widera-Wysoczańska A., *Reakcje matek na ujawnienie przemocy seksualnej i postępowanie psychologiczne*, [w:] Klebaniuk J. (red.), *Człowiek wobec masowych zjawisk społecznych*, Oficyna Wydawnicza "Atut" – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2006, s. 393-409.
33. Groth A., *The incest offender*, [w:] Sgroi S. (red.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*, Lexington Books, 1982.
34. Blanchard R., Lykins A., Wherrett D., Kuban M., *Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V*, *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 2009, s. 335-350.
35. Błoch B., *Charakter prawny tzw. opinii prywatnych w procesie karnym*, *Zeszyty Prawnicze*, 18(2), 2018, s. 105-123.
36. Błoch B., *Kilka uwag o dopuszczalności gromadzenia i wykorzystywania w procesie karnym tzw. dowodów prywatnych w świetle nowelizacji kodeksu postępowania karnego*, *Wrocławskie Studia Sądowe*, 2, 2015, s. 23-42.
37. Grzegorzczak T., Tylman J., *Polskie postępowanie karne*, LexisNexis Polska, Warszawa 2014.
38. *Kodeks cywilny. Kodeks postępowania cywilnego. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. 13 innych aktów prawnych*, C.H. Beck, 2023 (Teksty Ustaw Becka. Edycja Sądowa).
39. *Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego*, 43 wyd., C.H. Beck, Warszawa 2023.
40. Joanna Misztal-Konecka J., *Znaczenie tzw. opinii prywatnych dla postępowania cywilnego*, *Monitor Prawniczy*, 2, 2013, <https://czasopisma.beck.pl/monitor-prawniczy/artukul/znaczenie-tzw-opinii-prywatnych-dla-postepowania-cywilnego/> [data dostępu: 10.07.2023].
41. Zagrodnik J., *Opinia prywatna w procesie karnym*, [w:] Nowak M., Golec M. (red.), *Dowody w procesie karnym. Nowe rozwiązania i niewykorzystane możliwości*, Katowice 2005.
42. Skorupka J. (red.), *Kodeks postępowania karnego. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2015.
43. Waltoś S., Hofmański P., *Proces karny. Zarys systemu*, Wolters Kluwer, Warszawa 2016.
44. Błoński M., *Znaczenie opinii prywatnej w realizacji prawa do obrony*, [w:] Grzegorzczak T. (red.), *Z problematyki funkcji procesu karnego*, Warszawa 2013, s. 357-358.
45. Bieńkowska B., *W trosce o kontradiktoryjność dowodu z opinii biegłego*, [w:] Przyborowska-Klimczak A., Taracha A. (red.), *„Iudicium et Scientia”, Księga jubileuszowa Profesora Romualda Kmiecika*, Warszawa 2011, s. 507-520.
46. Wieland S., *Techniques, and issues in abuse-focused therapy with children & adolescents. addressing the internal trauma*, SAGE, London 1998.
47. Wolfe D., McMahon R., Peters R., *Child abuse. New directions in prevention and treatment across the lifespan*, SAGE, London 1997.
48. Glaser D., Frosh S., *Dziecko seksualnie wykorzystane*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
49. Widera-Wysoczańska A., *Opinia w sprawie procesu diagnozowania dziecka zgłaszającego doznawanie przemocy seksualnej, skutków i nieprawidłowej diagnozy, procesu kształcenia biegłych psychologów, dla Państwowej Senackiej Komisji do Spraw Wyjaśniania Przypadków Czynności Skierowanych Przeciwko Wolności Seksualnej i Obyczajowości wobec Małoletnich poniżej 15 roku życia*, Warszawa 2021.
50. Szydełko A., *Rola opinii psychologicznych w polskim systemie prawnym*, *Palestra* 6(21), <https://palestra.pl/pl/czasopismo/wydanie/6-2021/artukul/rola-opinii-psychologicznych-w-polskim-systemie-prawnym> [data dostępu: 10.07.2023].
51. Doda Z., Gaberle A., *Dowody w procesie karnym*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1995.
52. Tomaszewski T., *Dowód z opinii biegłego w procesie karnym*, Wydawnictwo Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków 2000.

53. Bojańczyk A., *Dowód prywatny w postępowaniu karnym w perspektywie prawnoporównawczej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
54. *Kodeks etyczno-zawodowy psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, <https://psych.org.pl/o-ptp/wladze/stary-kodeks> [data dostępu: 10.07.2023].
55. Jones D., McGraw J., *Reliable and fictitious accounts of sexual abuse to children*, *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 1987, s. 27-45.
56. Parker A., Brown J., *Detection of deception: Statement Validity Analysis as a means of determining truthfulness or falsity of rape allegations*, *Legal and Criminological Psychology*, 5(2), 2000, s. 237-259.
57. Van der Kolk B., *The body keeps the score. Brain, mind, and body in the healing of trauma*, Penguin Books, New York 2015.
58. Van der Kolk B., *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.
59. Malchiodi C., *Understanding children's drawings*, The Guilford Press, New York 1998.
60. American Professional Society on the Abuse of Children, *Use of anatomical dolls in child sexual abuse assessment*, APSAC, Chicago 1995.
61. Gil E., *The healing power of play: Working with abused children*, Grune & Stratton, New York 1981.
62. Hewitt S., Friedrich W., *Assessment, and management of abuse allegations with very young children*, [w:] Ney T. (red.), *True and false allegations of child sexual abuse. Assessment and case management*, Brunner / Mazel, New York 1995, s. 125-139.
63. Fivush R., Hamond N., *Autobiographical memory across the preschool years: Towards reconceptualizing childhood amnesia*, [w:] Fivush R., Hudson A. (red.), *Knowing and remembering in young children*, Cambridge University Press, New York 1990.
64. Schaefer Ch., DiGeronimo T., *Ages and stages*, Wiley, New York 2000.
65. Hamond N., Fivush R., *Memories of Mickey Mouse: Young children recount their trip to Disneyworld*, *Cognitive Development*, 6, 1991, s. 433-448.
66. Hewitt S., *Assessing allegations of sexual abuse in preschool children*, SAGE, New York 1999.
67. Wrona G., *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Komentarz*, C.H. Beck, Warszawa 2021.
68. Widera-Wysoczańska A., *Diagnoza psychologiczna dziecka wykorzystywanego seksualnie i jego rodziny*, *Niebieska Linia*, 3(98), 2015.
69. Archer R., Wheeler E., Vauter R., *Empirically supported forensic assessment*, *Clinical Psychology: Science & Practice*, 23(4), 2018, s. 348-364.
70. <https://sjp.pwn.pl/sjp/zdanie-asertoryczne;3061830.html>, 2023 [data dostępu: 10.07.2023].
71. *Standardy diagnozy psychologicznej*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, nowelizacja 17.02.2018.

Proces psychologiczno-sądowej diagnozy małoletniego zgłaszającego doznawanie przemy seksualnej

Streszczenie

Przeprowadzanie psychologiczno-sądowej diagnozy osoby małoletniej, która zgłasza doznanie przemy seksualnej jest trudnym procesem i odmiennym od badania innych problemów. Zostaną wymienione zagadnienia, które powinny być analizowane w trakcie tej procedury. Zostanie porównana rola psychologa „pierwszego kontaktu” oraz biegłego sądowego w procesie uzyskiwania wiarygodnych danych, podjęte zostanie zagadnienie kim jest specjalista w zakresie rozpoznawania przemy seksualnej. Zostaną wskazane niezbędne elementy procesu diagnostycznego przemy seksualnej, w tym progresywność badania, metody, także oparte o ustalenie trzech dotyków, rysunki, zabawki i emotikony, sposoby zadawania pytań z uwzględnieniem wieku dziecka. Wyjaśnione zostanie, dlaczego opiekun wspierający nie może brać udziału w badaniu psychologicznym oraz skąd zakaz przeprowadzania badania w obecności osoby wskazywanej przez dziecko jako sprawca

przemocy. Omówiona zostanie kolejność badania członków rodziny oraz podejmowanych zagadnień, środowisko w jakim małoletni powinien być badany, a także cel i sposób rejestrowania procedury diagnostycznej. Efektem rzetelnie przeprowadzonego badania ma być opinia, która zawiera prawidłowe dane pozwalające prokuraturze, sądom karnym, cywilnym i rodzinnym podjąć decyzję zapewniającą bezpieczeństwo krzywdzonemu małoletniemu, opiekunowi wspierającemu, a także osobie, która może być fałszywie oskarżona. Słowa kluczowe: zasady ekspertyzy sądowej przemocy seksualnej, specjalizacja psychologiczna do diagnozy przemocy seksualnej, metoda trzech dotyków, opinia prywatna, opinia sądowa

The process of psychological and judicial diagnosis of a minor who reports experiencing sexual abuse

Abstract

Conducting a psychological and forensic diagnosis of a minor who reports experiencing sexual violence is a difficult process and different from the examination of other problems. The issues that should be analysed during this procedure will be listed. The role of the „first contact” psychologist and forensic expert in the process of obtaining reliable data will be compared, the issue of who is a specialist in the diagnosis of sexual violence will be addressed. The necessary elements of the diagnostic process of sexual violence will be pointed out, including the progressiveness of the examination, methods, including those based on the determination of the three touches, drawings, toys and emoticons, ways of asking questions considering the age of the child. It will be explained why a supportive caregiver cannot participate in the psychological examination and the prohibition of conducting the examination in the presence of a person identified by the child as the perpetrator of violence. The order in which family members are examined and the issues addressed, the environment in which the minor should be examined, and the purpose and method of recording the diagnostic procedure will be discussed. The result of a reliably conducted examination is to be an opinion that contains correct data allowing the prosecutor's office, criminal, civil and family courts to make a decision that ensures the safety of the abused minor, the supporting guardian and the person who may be falsely accused. Keywords: forensic principles of sexual violence, psychological specialization for diagnosis of sexual violence, three touch method, private opinion, forensic opinion