

B. Lueger-Schuster, V. Kantor, D. Weindl, M. Knefel, Y. Moy, As. Butollo, R. Jagsch, T. Glück

Instytucjonalne krzywdzenie dzieci w ramach austriackiego Kościoła katolickiego : rodzaje krzywdzenia i jego wpływ na zdrowie psychiczne dorosłych ofiar...

Dziecko Krzywdzone : teoria, badania, praktyka 14/1, 155-187

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Instytucjonalne krzywdzenie dzieci w ramach austriackiego Kościoła katolickiego: rodzaje krzywdzenia i jego wpływ na zdrowie psychiczne dorosłych ofiar krzywdzonych w dzieciństwie

BRIGITTE LUEGER-SCHUSTERI, VIKTORIA KANTOR,
DINA WEINDL, MATTHIAS KNEFEL, YVONNE MOY, ASISA BUTOLLO,
REINHOLD JAGSCH, TOBIAS GLÜCK

Wydział Psychologii Uniwersytetu Wiedeńskiego

Celem badania była ocena charakteru i zakresu instytucjonalnego krzywdzenia dzieci przez austriacki Kościół katolicki oraz rozpoznanie obecnego stanu zdrowia psychicznego dorosłych, którzy w dzieciństwie padli ofiarą takiego krzywdzenia. Dane zbierano dwuetapowo. W pierwszej kolejności przeanalizowano dokumentację 448 dorosłych ofiar (M = 55,1 lat, 75,7% mężczyźni), które ujawniły doznane w dzieciństwie krzywdzenie, zeznając przed komisją ds. ochrony ofiar. Uwzględniono różne typy krzywdzenia, różne rodzaje sprawców i rodzinne czynniki ryzyka. W kolejnym etapie grupa 185 dorosłych ofiar została poproszona o wypełnienie kwestionariusza PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) oraz skróconego inwentarza objawów BSI (Brief Symptom Inventory). Uczestnicy opisywali ogromną różnorodność aktów przemocy fizycznej, seksualnej i emocjonalnej, do których doszło w okresie ich dzieciństwa. Większość ofiar (83,3%) doświadczyła w dzieciństwie krzywdzenia emocjonalnego. Odsetki dotyczące krzywdzenia seksualnego (68,8%) oraz fizycznego (68,3%) były prawie równie wysokie. Częstość występowania zespołu stresu pourazowego (PTSD) wyniosła 48,6%, a u 84,9% ofiar stwierdzono istotne klinicznie objawy w przynajmniej jednej z 10 kategorii objawów (dziewięć podskal BSI oraz PTSD). Nie udało się wyodrębnić konkretnego czynnika obecnego przed wystąpieniem krzywdzenia, który determinowałby rozwój PTSD w późniejszym życiu (np.

1 Autor korespondujący

ubóstwo, przemoc domowa). Zauważono jednak, że ofiary z rozpoznaniem PTSD zgłaszały istotnie większą całkowitą liczbę rodzinnych czynników ryzyka ($d = 0,33$). Autorzy konkludują, że krzywdzenie instytucjonalne w dzieciństwie obejmuje szeroki zakres aktów przemocy, i bardzo silnie ujemnie wpływa na stan zdrowia psychicznego dorosłych, którzy jako dzieci takiego krzywdzenia doświadczyli. Artykuł odnosi się do długoterminowych skutków traumatycznych zdarzeń, nawiązuje też do odnowienia traumy w wieku dorosłym, ponieważ obydwie te zjawiska mogą być trudnym wyzwaniem dla profesjonalistów pracujących z ofiarami.

SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE INSTYTUCJONALNE, KRZYWDZENIE DZIECI, KRZYWDZENIE PRZEZ PRZEDSTAWICIELI KOŚCIOŁA, PTSD, ZDROWIE PSYCHICZNE

Wprowadzenie

W ostatnich latach środowisko naukowe wiele uwagi poświęca zjawisku krzywdzenia dzieci popełnianego przez różne typy sprawców, w tym członków rodziny, znajomych i osoby obce (Lacelle, Hebert, Lavoie, Vitaro, Tremblay, 2012; Lev-Wiesel, Amir, Besser, 2005; Pereda, Guilera, Forns, Gomez-Benito, 2009; Snyder, 2000; Stith i in., 2009). Równie często pisze się o długofalowych konsekwencjach takiego krzywdzenia (Gilbert i in., 2009; Raphael, Widom, 2011; Widom, Czaja, Bentley, Johnson, 2012). Choć związanemu z przypadkami krzywdzenia dzieci kryzysowi w Kościele katolickim poświęcono już немало badań analizujących ten problem z perspektywy prawnej, socjologicznej, teologicznej czy politycznej (Pilgrim, 2011, 2012), wciąż niewiele wiemy o psychologicznych następstwach aktów krzywdzenia popełnianych w ramach organizacji i instytucji kościelnych (Flanagan-Howard i in., 2009; Wolfe, Jaffe, Jette, Poisson, 2003). Goffman (1987) definiuje *krzywdzenie instytucjonalne* jako krzywdzenie, do którego dochodzi w okolicznościach, gdy dziecko pod każdym prawie względem pozostaje pod kontrolą instytucji lub jednostki mającej nad nim władzę. Taka definicja pomija jednak fakt, że do krzywdzenia instytucjonalnego może także dochodzić w szerszym kontekście instytucjonalnym i społecznym. Dlatego Wolfe i in. (2003) opisują krzywdzenie instytucjonalne jako nieodpowiednie wykorzystanie siły i władzy, w tym także prowadzące do potencjalnej szkody dla dobrostanu i rozwoju dziecka. Kontekst sytuacyjny może być różnorodny, może obejmować

instytucje działające na rzecz społeczności lokalnej i inne uznane organizacje społeczne, niekoniecznie placówki opiekuńcze (Sullivan, Beech, 2002).

Różne rodzaje krzywdzenia i różne konteksty sytuacyjne

Dotychczasowe projekty badawcze skupiały się zasadniczo na zjawisku wykorzystywania seksualnego dzieci przez księży katolickich (John Jay College, 2004), pomijały jednak szerszy kontekst innych postaci krzywdzenia (np. przemocy fizycznej czy emocjonalnej). Ponieważ inne formy krzywdzenia doświadczane w warunkach instytucjonalnych są równie szkodliwe, takie podejście może prowadzić do pominięcia dużej grupy ofiar. Istnieją przesłanki wskazujące, że seksualne wykorzystywanie dzieci w Kościele katolickim odbiega od tego, co obserwujemy w tym kontekście w populacji ogólnej. Dla przykładu: 81% ofiar wykorzystywania przez przedstawicieli Kościoła to chłopcy (Terry, 2008), podczas gdy według australijskiego badania oceniającego grupę 2688 osób z populacji ogólnej, 80,1% ofiar wykorzystywania to dziewczynki (Cutajar i in., 2010). Podobnie Perez-Fuentes i in. (2013) donoszą, że w amerykańskim badaniu ogólnokrajowym 75,2% ofiar krzywdzenia seksualnego dzieci stanowiły dziewczynki. Niewiele uwagi poświęcano dotychczas różnicowaniu poszczególnych postaci krzywdzenia dzieci w Kościele katolickim, nie wiemy też zbyt wiele o wpływie takiego krzywdzenia na ofiary w ich późniejszym dorosłym życiu (Sullivan, Beech, 2002; Terry, 2008). Stein (2006) oraz Ellonen i Poso (2011) wskazują na potrzebę dogłębnej analizy sytuacji, która pozwoliłaby lepiej zrozumieć charakter krzywdzenia instytucjonalnego. Uważa się, że krzywdzenie instytucjonalne dziecka, w drodze skomplikowanych doświadczeń i procesów psychologicznych, prowadzi do obniżenia zdolności adaptacyjnych w wieku dorosłym (np. Flanagan-Howard i in., 2009). W systematycznym przeglądzie piśmiennictwa Wolfe i in. (2003) wyodrębnili czynniki mające decydować o takim obniżeniu zdolności przystosowawczych. Są to m.in. traumatyzacja, zdrada zaufania, stygmatyzacja, brak szacunku dla autorytetów czy unikanie sytuacji przypominających o krzywdzeniu.

Wpływ na zdrowie psychiczne

W Stanach Zjednoczonych, w szeroko zakrojonym badaniu epidemiologicznym, przeanalizowano wpływ różnych rodzajów krzywdzenia fizycznego

w dzieciństwie na stan zdrowia psychicznego ofiar w wieku dorosłym. Zbadano też korelację między krzywdzeniem w dzieciństwie a późniejszymi zaburzeniami psychicznymi. Stwierdzono, że częstość krzywdzenia fizycznego wyniosła 8%, a ofiarami częściej były dziewczynki niż chłopcy. Większość osób badanych, które doświadczyły w dzieciństwie przemocy fizycznej, przed ukończeniem 18 roku życia padła też ofiarą krzywdzenia seksualnego i zaniedbywania (76%). W populacji badanej u przynajmniej 84% uczestników w wywiadzie stwierdzono co najmniej jedno zaburzenie psychiczne. Całkowita częstość takich zaburzeń była w tej grupie wyższa niż u osób, które w dzieciństwie nie doznały krzywdzenia fizycznego (Sugaya i in., 2012).

Fitzpatrick i in. (2010) przeanalizowali grupę osób, które w dzieciństwie padły ofiarą krzywdzenia instytucjonalnego w wyznaniowych placówkach opiekuńczych w Irlandii. U dorosłych, dla których doznane w dzieciństwie wykorzystywanie seksualne było w ich własnej ocenie najtrudniejszym życiowym doświadczeniem, najczęściej występowały problemy psychospołeczne i kłopoty ze zdrowiem psychicznym w późniejszym życiu. Drugą w kolejności grupą były pod tym względem ofiary krzywdzenia fizycznego. Najmniej problemów stwierdzano natomiast w populacji osób krzywdzonych emocjonalnie. U ofiar, które doznały obu rodzajów krzywdzenia – seksualnego i fizycznego – w wieku dorosłym występowały poważniejsze problemy zdrowotne niż u osób, które doznały tylko jednej postaci krzywdzenia (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara, Thompson, 2008).

Następstwem wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie może być wiele zaburzeń rozwijających się w okresie życia, tj. zespół stresu pourazowego (PTSD), uzależnienia, depresja, fobie swoiste itd. (Cloitre, Cohen, Edelman, Han, 2001). Ofiary starają się ograniczyć obciążenie objawami stosując metody samoregulacji świadczące o nieprzystosowaniu, takie jak dysfunkcyjne wzorce zachowań czy ideacje samobójcze, żeby zmniejszyć odczucie bólu (Kendler i in., 2000; Owens, Chard, 2003). Wykazano też, że PTSD silnie koreluje z obecnością krzywdzenia w dzieciństwie, zarówno seksualnego, jak i fizycznego (Oswald, Heil, Goldbeck, 2010).

Dowody świadczące o wpływie doświadczeń przemocowych na zdrowie psychiczne są bardzo przekonujące, szczególnie w zakresie następstw długoterminowych (Widom, 1999). W badaniu autorstwa Wolfe'a, Francis i Straatman (2006), w grupie 76 mężczyzn, którzy doznali krzywdzenia instytucjonalnego w placówce wyznaniowej, 42,1% spełniało kryteria PTSD wg klasyfikacji DSM-IV, 21,1% spełniało analogiczne kryteria uzależnienia od alkoholu, a 25% zaburzeń nastroju. U 66,2% populacji badanej występowały problemy dotyczące aktywności seksualnej, a połowa w pewnym momencie życia popadła w konflikt z prawem. Australijska analiza

w grupie 147 mężczyzn w dzieciństwie wykorzystywanych seksualnie wykazała, że istotne klinicznie objawy psychopatologiczne stwierdzano w tej populacji 10-krotnie częściej niż w grupie kontrolnej obejmującej mężczyzn z populacji ogólnej (O'Leary, 2009). Smith i Freyd (2013) zwracają uwagę, że doświadczenie zdrady zaufania w relacji warunkującej możliwość przeżycia w wyjątkowy sposób zwiększa ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego w późniejszym życiu.

Czynniki ryzyka korelujące z rozwojem PTSD w późniejszym etapie życia

Należy też wziąć pod uwagę czynniki ryzyka wpływające na stan zdrowia psychicznego, a obecne wcześniej, przed wystąpieniem krzywdzenia. Istnieje cała grupa potencjalnych rodzinnych czynników ryzyka związanych z wystąpieniem PTSD w późniejszym życiu (Koenen i in., 2002). Brewin, Andrews i Valentine (2000) donoszą, że status społeczno-ekonomiczny, wcześniejsze niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie oraz poprzedzająca krzywdzenie inna trauma to okoliczności, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Podobnym czynnikiem ryzyka związanym z krzywdzeniem seksualnym i późniejszymi objawami PTSD w wyniku krzywdzenia seksualnego jest wcześniejsza wiktymizacja (Boney-McCoy i Finkelhor, 1995).

Badanie opisane w artykule

W dotychczasowych projektach badawczych skupiano się wyłącznie na konsekwencjach seksualnego wykorzystywania dzieci w ramach struktur Kościoła katolickiego. Natomiast w badaniu będącym przedmiotem niniejszego opracowania autorzy starali się uwzględnić szerszy zakres krzywdzenia instytucjonalnego, w tym krzywdzenie emocjonalne, fizyczne i seksualne. Patrząc z perspektywy psychotraumatologicznej postawiliśmy sobie dwa zasadnicze pytania: czego doświadczyły ofiary i jak doświadczenia te wpłynęły na ich adaptację w wieku dorosłym? Pytania analizowano na trzy sposoby: a) oceniając dane retrospektywne i dokumentację przedkładaną komisji ds. ofiar przez dorosłe już ofiary prześladowano zdarzenia przemocowe i akty krzywdzenia, uwzględniając informacje o charakterystyce sprawcy; b) zbadano częstość krzywdzenia i obecność czynników ryzyka poprzedzających krzywdzenie; c) zebrano dane o bieżącym stanie zdrowia

psychicznego ofiar wykorzystując do tego celu standaryzowane kwestionariusze samooceny skupiające się na stresie pourazowym i zaburzeniach funkcjonowania psychicznego.

Metody

Kontekst

W kwietniu 2010 roku, w reakcji na apel jednego z austriackich kardynałów, utworzono niezależną komisję zajmującą się ochroną ofiar – Austriacką Komisję ds. Ochrony Ofiar. Komisji przewodniczył były gubernator Styrii (Lueger-Schuster i in., 2012b). Dorosłych poszkodowanych, którzy w dzieciństwie doznali krzywdzenia ze strony przedstawicieli Kościoła katolickiego (np. księży) poproszono o ujawnienie swoich doświadczeń przed psychologami i psychoterapeutami odpowiednio przeszkolonymi w dziedzinie psychotraumatologii. Był to tak zwany *proces wyjaśniający*. Na podstawie uzyskanych wówczas informacji komisja zdecydowała, czy austriacki Kościół katolicki winien jest zapewnić ofierze stosowne wsparcie finansowe lub psychoterapeutyczne.

Procedura

Komisja kontaktowała się z potencjalnymi uczestnikami procesu, którzy zgłasza-
li wcześniej doświadczone w dzieciństwie krzywdzenie seksualne, fizyczne lub
emocjonalne ($N = 795$). Osobom tym wysyłano dodatkowo informacje o projekcie
badawczym i możliwościach wzięcia w nim udziału. Informacja zawierała też
formularz świadomej zgody pozwalający na analizę anonimizowanych danych
z procesu wyjaśniającego. Jeśli uczestnik odesłał do komisji wypełniony formu-
larz, jego dane po procesie wyjaśniającym zostały uwzględnione w dalszej ana-
lizie (*udział pasywny*). Z uczestnikami, którzy wyrazili zgodę na dalszy aktywny
udział w procedurze badania kontaktował się następnie zespół badawczy, aby
przedstawić bardziej szczegółowo dostępne możliwości (*udział aktywny A lub B*).
Ze względu na ochronę danych osobowych, do zespołu badawczego trafiały wy-
łącznie nazwiska i numery telefonów uczestników. Na kolejnym etapie każde-
mu z nich przypisano oznaczenie kodowe, gwarantujące anonimowość danych
kwestionariuszowych.

Opcja A aktywnego udziału oznaczała wypełnienie kwestionariuszy samooceny (obok analizy danych z procesu wyjaśniającego), opcja B uwzględniała częściowo strukturalizowany wywiad (łącznie z analizą danych z procesu wyjaśniającego i wypełnieniem kwestionariuszy). Jakościowe dane z wywiadów będących częścią opcji B nie zostały opisane w niniejszym artykule.

Uczestnicy

Uczestnikami badania byli dorośli, którzy w dzieciństwie padli ofiarą krzywdzenia instytucjonalnego związanego z Kościołem katolickim w Austrii. Dane demograficzne podsumowano w tabeli 1. Rozkład płci nie był równomierny – około 75% badanych stanowili mężczyźni, a 25% – kobiety. Wiek uczestników mieścił się przedziale 25–80 lat ($M = 55$ lat). Nie zaobserwowano różnic w zakresie cech demograficznych między grupą uczestników pasywnych a aktywnych. Porównanie z populacją ogólną Austrii ujawniło różnice przede wszystkim w reprezentacji płci: w grupie badanej mężczyźni widocznie przeważali. Zaobserwowano też niewielkie różnice pod względem najwyższego osiągniętego poziomu kształcenia: w porównaniu z austriacką populacją ogólną w grupie badanej więcej osób ukończyło szkołę średnią lub uczelnię wyższą.

Zgodę na przeprowadzenie badania wydała komisja bioetyczna Uniwersytetu Wiedeńskiego. Badanie zarejestrowano także w niemieckim Rejestrze Badań Klinicznych (DRKS00003222) w celu zapewnienia publicznego dostępu do dokumentacji i większej transparentności.

Narzędzia

Zbieranie danych w ramach udziału pasywnego

Uczestnicy udzielali świadomej zgody na piśmie pozwalającej na dalszą analizę danych uzyskanych w toku procesu wyjaśniającego. Proces w imieniu komisji prowadzili psycholodzy kliniczni i psychoterapeuci, którzy następnie opracowywali końcowy raport. W czasie sesji procesowych ofiary pytano o przemoc, której doświadczyły, jak również jej okoliczności (gdzie i jak długo trwało krzywdzenie). Zbierano także informacje o skutkach psychologicznych związanych z wczesnym krzywdzeniem (np. kłopoty w szkole, pracy, problemy w relacjach). Dodatkowym elementem były dane dotyczące sprawców i warunków życia przed doświadczeniem krzywdzenia.

Końcowy raport odsyłany był następnie do komisji. Na jego podstawie komisja decydowała o ewentualnym przyznaniu pomocy finansowej lub wsparcia psychologicznego. Zespół badawczy nie miał wpływu na proces zbierania danych w czasie procesu wyjaśniającego, podjęto jednak kilka kroków, które miały zapewnić rzetelność i spójność danych: opracowano standaryzowane wytyczne kodowania i przetwarzania informacji. Asystenci badawczy zostali przeszkoleni w kodowaniu danych. Dodatkowo, proces kodowania był regularnie kontrolowany przez członka grupy badawczej, a asystenci badawczy raz w tygodniu mieli dostęp do superwizji psychologicznej prowadzonej przez psychologa klinicznego.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanych

| Cecha | Kategorie | Całość próby (udział aktywny i pasywny) | | Aktywni uczestnicy | | Populacja Austrii ^a |
|----------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------------|------|--------------------------------|
| | | N | % | N | % | % |
| Płeć | | 448 | | 185 | | |
| | mężczyźni | 339 | 75,7 | 141 | 76,2 | 49,4 |
| | kobiety | 109 | 24,3 | 44 | 23,8 | 50,6 |
| Wiek | | <i>M</i> = 55,1 <i>SD</i> = 10,5 | | <i>M</i> = 56,3 <i>SD</i> = 9,5 | | |
| Stan cywilny | | 360 | | | | |
| | wolny | 63 | 17,5 | 33 | 17,9 | 13,9 |
| | zamężna/ żonaty/ w związku partnerskim | 212 | 58,9 | 111 | 60,4 | 68,4 |
| | wdowiec/wdowa | 11 | 3,1 | 9 | 4,9 | 4,0 |
| | rozwiedziony/a | 74 | 20,6 | 31 | 16,8 | 13,4 |
| Najwyższy osiągnięty szczebel edukacji | | 309 | | | | |
| | obowiązek szkolny lub mniej | 49 | 15,9 | 31 | 17,0 | 23,4 |
| | wykształcenie zawodowe | 142 | 46,0 | 85 | 46,7 | 54,6 |
| | szkoła średnia (ogólnokształcąca) | 64 | 20,7 | 42 | 23,1 | 10,2 |
| | uczelnia wyższa | 54 | 17,5 | 24 | 13,2 | 11,7 |

a Porównanie z populacją ogólną Austrii za Statistik Austria (2012a, 2012b, 2012c).

Źródło: opracowanie własne.

Raporty analizowano pod wieloma kątami: podtypów przemocy, czynów popełnionych przez sprawców, pozostałych informacji o sprawcy, takich jak płeć, stanowisko (np. ksiądz, zakonnica, biskup) czy pełniona funkcja (np. nauczyciel, wychowawca, pielęgniarka) oraz czasu i miejsca aktów krzywdzenia (np. sierociniec, klasztor). Raporty z procesu wyjaśniającego zawierały też dane o warunkach życia w okresie przed doświadczeniem krzywdzenia (np. obecność przemocy fizycznej w domu, ubóstwo).

Aby określić potencjalne różnice we wpływie poszczególnych form krzywdzenia na rozwój objawów pourazowych, akty przemocy popełniane przez sprawców podzielono na kategorie. W pierwszej kolejności, wszystkie zachowania przemocowe zgłaszane przez danego uczestnika zbierano i grupowano w ramach jednego z trzech podtypów według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi, 2002): przemocy emocjonalnej, fizycznej lub seksualnej. Następnie losowo wyodrębniono 200 zachowań i podzielono na klastry dla każdego podtypu (zob. tab. 2). Na podstawie dostępnego piśmiennictwa (Cutajar i in., 2010; Flanagan-Howard i in., 2009; Terry, 2008) autorzy postanowili podzielić zachowania o motywacji seksualnej na pięć klastrów. Kategorię przemocy fizycznej podzielono na cztery klastry, uwzględniając podobieństwa w charakterze zdarzeń. Doświadczenia krzywdzenia emocjonalnego były znacznie zróżnicowane, udało się jednak uporządkować je w sześć jednorodnych klastrów.

Podobne podejście oparte na klastrach przyjęto także dla analizy związanych z rodziną czynników ryzyka oraz warunków życia.

Narzędzia wykorzystywane w ramach udziału aktywnego – A

Wybrano metody postępowania uznane za najmniej obciążające dla niezwykle wrażliwej populacji osób badanych. Wszystkim uczestnikom zapewniono wsparcie psychologiczne. Pakiety kwestionariuszy wysłano pocztą wraz z przedpłaconą kopertą zwrotną. Uczestnicy mogli skorzystać z telefonicznej pomocy w czasie wypełniania kwestionariuszy. Dane zbierano od stycznia do czerwca 2012 roku, wykorzystując do tego celu kwestionariusz oceny PTSD (PCL-C) (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist*) oraz skrócony inwentarz objawów BSI (*Brief Symptom Inventory*).

Kwestionariusz PCL-C (Weathers, Litz, Herman, Huska, Keane, 1993) to narzędzie do samodzielnej oceny 17 objawów PTSD wyodrębnionych na podstawie kryteriów klasyfikacji DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Pozwala on oszacować objawy związane z intruzyjnymi wspomnieniami (kryterium B),

unikaniem/obniżeniem normalnej reaktywności (kryterium C) oraz nadpobudliwością (kryterium D). Kwestionariusz PCL-C pozwala rzetelnie i trafnie diagnozować obecność PTSD (Weathers i in., 1993). W badaniu wykorzystano niemiecką wersję narzędzia (Teegen, 1997), jako że stwierdzono jej dużą skutecznością psychometryczną w badaniu dotyczącym PTSD u austriackich seniorów, którzy przeżyli drugą wojnę światową (Glück, Tran, Lueger-Schuster, 2012). Uczestnicy niniejszego badania oceniali swoje doświadczenia związane z objawami PTSD obecnymi w ciągu ostatniego miesiąca na pięciopunktowej skali (1 = *brak* do 5 = *bardzo silne*). Warunkiem rozpoznania PTSD jest obecność dodatniego wyniku (>3) dla przynajmniej jednego objawu w ramach kryterium B, trzech objawów kryterium C i dwóch objawów kryterium D.

Skrócony inwentarz objawów BSI (Derogatis, Melisaratos, 1983; Franke, Derogatis, 2000) to 53-elementowe narzędzie do samodzielnej oceny istotnych klinicznie objawów psychicznych (Derogatis, Melisaratos, 1983). Miernik ten wychwytuje objawy psychopatologiczne w dziewięciu kategoriach: somatyzacja, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, depresja, lęk, wrogość, fobie, myślenie paranoidealne i psychotyczność. Uzyskany wynik określa całkowite obciążenie objawami (ogólny wskaźnik ciężkości, [*global severity index, GSI*]). Objawy oceniano w pięciostopniowej skali Likerta (0 = *zupełnie nie* do 4 = *zdecydowanie tak*). Właściwości psychometryczne wersji niemieckiej (Franke, Derogatis, 2000) są bardzo korzystne i zostały zwalidowane w dwóch szeroko zakrojonych badaniach w niemieckiej populacji klinicznej i pozaklinicznej. Wartość współczynnika alfa Cronbacha dla GSI wynosi $\alpha = 0,95$ i pozostaje w zakresie od $\alpha = 0,59$ do $\alpha = 0,82$ dla dziewięciu podskal.

Tabela 2. Opis typów przemocy

| | | | Wszyscy uczestnicy (aktywni i pasywni) | | Uczestnicy aktywni | | Uczestnicy aktywni z PTSD | |
|-------------------------|------------------------------|--|----------------------------------------|-----------|--------------------|------------------|---------------------------|----------------|
| | | | N | % całości | N | % grupy aktywnej | N | % grupy z PTSD |
| | | | 448 | | 185 | | 89 ¹ | |
| Liczne rodzaje przemocy | Zgłoszony jeden typ przemocy | | 57 | 12,7 | 27 | 14,6 | 10 | 11,2 |
| | Zgłoszone dwa typy przemocy | | 243 | 54,2 | 106 | 57,3 | 53 | 59,6 |
| | Zgłoszone trzy typy przemocy | | 148 | 33,0 | 52 | 28,1 | 26 | 29,2 |

Tabela 2. Opis typów przemocy c.d.

| | | | Wszyscy uczestnicy (aktywni i pasywni) | | Uczestnicy aktywni | | Uczestnicy aktywni z PTSD | |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| | | | N | % całości | N | % grupy aktywnej | N | % grupy z PTSD |
| Typ przemocy | Przykłady | Klaster zachowań krzywdzących | | | | | | |
| | Równoczesne wykorzystanie przez kilku sprawców; gwałt pochwoy/analny; bolesna, brutalna penetracja palcem | Penetracja pochwowa/analna | 81 | 18,1 | 36 | 19,5 | 23 | 25,8 ^c |
| | Seks oralny | Seks oralny | 75 | 16,7 | 29 | 15,7 | 16 | 18,0 |
| | Masturbacja członka ofiary; wymuszona masturbacja sprawcy przez ofiarę | Masturbacja | 127 | 28,3 | 63 | 34,1 ^a | 34 | 38,2 |
| Seksualna | Sadzanie na kolanach; dotykane lub masowanie okolic intymnych; zabawy polegające na dotykaniu górnej połowy ciała | Inne rodzaje dotyku | 186 | 41,5 | 79 | 42,7 | 45 | 50,6 ^c |
| | Pieszczoty; pocałunki; robienie zdjęć; rozbieranie do naga; bicie prętem członka we wzwodzie | Inne | 186 | 41,5 | 83 | 44,9 | 44 | 49,4 |
| | | Dowolna postać przemocy seksualnej | 308 | 68,8 | 135 | 73,0 | 69 | 77,5 |
| Fizyczna | Bicie, czasem do nieprzytomności; ciągnięcie za uszy lub włosy do wystąpienia krwawienia | Bicie, którego skutkiem jest uraz | 99 | 22,1 | 35 | 18,9 | 13 | 14,6 |
| | Silne bicie trzepaczką do dywanów; uderzenia ręką lub linką; kopanie; mocne klepnięcia w twarz; przetrzymywanie | Bicie | 268 | 59,8 | 96 | 51,9 ^b | 42 | 47,2 |
| | Kłęczenie godzinami, przysiady aż do utraty przytomności | Wysiłek fizyczny jako kara | 113 | 25,2 | 35 | 18,9 ^b | 16 | 18,0 |

Tabela 2. Opis typów przemocy c.d.

| | | | Wszyscy uczestnicy (aktywni i pasywni) | | Uczestnicy aktywni | | Uczestnicy aktywni z PTSD | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
| | | | N | % całości | N | % grupy aktywnej | N | % grupy z PTSD |
| Typ przemocy | Przykłady | Klaster zachowań krzywdzących | | | | | | |
| Fizyczna | Pozbawianie jedzenia za karę; jedzenie wymiocin; zakaz chodzenia do toalety po 19.00; zimne prysznic; przywiązywanie łańcuchem | Inne | 117 | 39,5 | 66 | 35,7 | 36 | 40,4 |
| | | Dowolna postać przemocy fizycznej | 306 | 68,3 | 111 | 60,0 ^b | 50 | 56,2 |
| Emocjonalna | Izolowanie od pozostałych uczniów; zakaz wyjazdu do domu na weekend; zamykanie na klucz; śledzenie i prześladowanie | Izolowanie | 159 | 35,5 | 59 | 31,9 | 35 | 39,3 ^c |
| | Atmosfera strachu; bezradność; bezsilność | Zastraszanie | 103 | 23,0 | 41 | 22,2 | 21 | 23,6 |
| | Groźenie jako sposób zachowania tajemnicy; fałszywe oskarżenia; reprimendy; ciągłe krzyki; ujawnianie, że ofiara moczy łóżko | Upokarzanie/groźby | 251 | 56,0 | 100 | 54,1 | 53 | 59,6 |
| | Przekonywanie, że to nie grzech, ale nie należy nikomu mówić; wyznania miłości; używanie czułych zdrobnień | Przemoc emocjonalna związana z przemocą seksualną | 44 | 9,8 | 15 | 8,1 | 9 | 10,1 |
| | Zmuszanie do niekończącego się zmywania różańców po pobiciu; wykorzystywanie tajemnic wyjawionych w konfesjonale | Sprawy wyznaniowe | 70 | 15,6 | 28 | 15,1 | 15 | 16,9 |
| | Faworyzowanie ofiary; nastawianie innych uczniów przeciwko ofierze; przyglądanie się przemocy wobec innych uczniów | Inne | 183 | 40,8 | 73 | 39,5 | 36 | 40,4 |

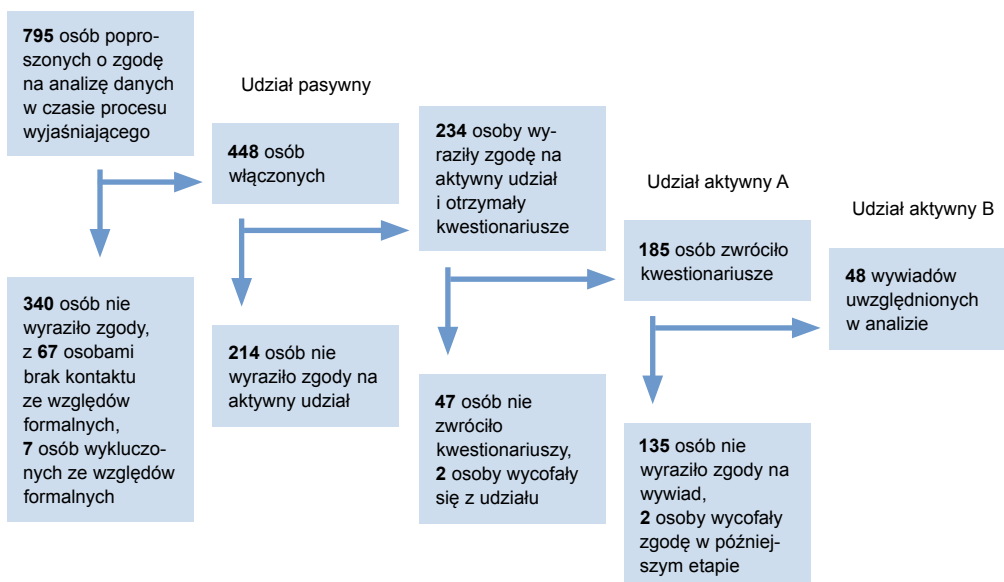
Tabela 2. Opis typów przemocy c.d.

| | | | Wszyscy uczestnicy (aktywni i pasywni) | | Uczestnicy aktywni | | Uczestnicy aktywni z PTSD | |
|--------------|-----------|--------------------------------------|----------------------------------------|-----------|--------------------|------------------|---------------------------|----------------|
| | | | N | % całości | N | % grupy aktywnej | N | % grupy z PTSD |
| Typ przemocy | Przykłady | Klaster zachowań krzywdzących | | | | | | |
| | | Dowolna postać przemocy emocjonalnej | 373 | 83,3 | 149 | 80,5 | 75 | 84,3 |

1 Brak danych z wyjaśnień dotyczących jednej osoby z PTSD.
 2 Podane przykłady pochodzą z (przetłumaczonych) relacji dorosłych ofiar opisujących doznane krzywdzenie.
 a Istotna różnica między próbą uczestników aktywnych a pasywnych, wyższe wartości dla próby aktywnej ($p < 0,05$).
 b Istotna różnica między próbą uczestników aktywnych a pasywnych, wyższe wartości dla próby pasywnej ($p < 0,05$).
 c Istotna różnica między próbą uczestników z PTSD a próbą bez PTSD, wyższe wartości dla próby z PTSD ($p < 0,05$).

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 1. Schemat blokowy ilustrujący dobór grupy badanej (udział aktywny i pasywny)



Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych

Analizę podzielono na etapy. W pierwszej kolejności skategoryzowano typy przemocy i sprawców w ramach instytucji Kościoła katolickiego. Następnie oceniono rodzinne czynniki ryzyka i związane z rodziną warunki życia przed doświadczeniem krzywdzenia. Trzeci krok to ustalenie częstości problemów ze zdrowiem psychicznym rozwijających się w następstwie krzywdzących doświadczeń. Uzyskane wyniki skorelowano następnie z obecnością PTSD w późniejszym życiu.

Aby uniknąć efektu samoselekcji autorzy porównywali grupę uczestniczącą pasywnie z grupą uczestniczącą aktywnie, uwzględniając w tym porównaniu typ zachowań przemocowych, rodzinne czynniki ryzyka oraz warunki życia.

Wyliczeń statystycznych dokonano przy użyciu programu SPSS 20.0 dla Windows (IBM Corp. 2011, NY). W odniesieniu do danych kategorycznych wykonano test Chi-kwadrat. Do porównania danych ciągłych użyto testów t dla prób niezależnych i testów U jeśli nie spełnione były założenia dla testów t . Wartość p na poziomie $\alpha < 0,05$ uznawano za istotną.

Wyniki

Łącznie do udziału w badaniu zaproszono 795 osób, które zgłosiły komisji doświadczone w dzieciństwie krzywdzenie seksualne, fizyczne lub emocjonalne. Próba badana (grupa uczestnicząca aktywnie i pasywnie) objęła ostatecznie 448 osób (56,4%). Wszyscy uczestnicy podpisali formularz świadomej zgody na pasywny udział w badaniu. Spośród tej grupy, 234 osoby zgodziły się wypełnić kwestionariusze, a z 48 osobami dodatkowo przeprowadzono także częściowo ustrukturalizowane wywiady (rys. 1).

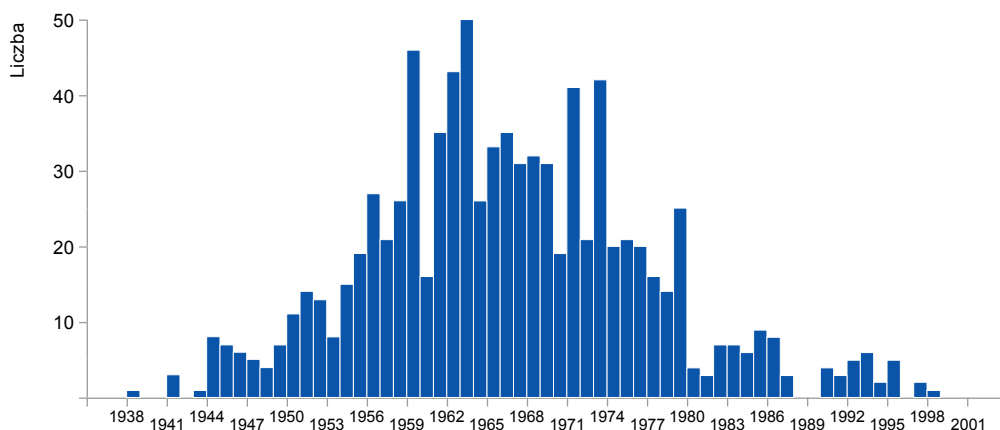
Typy przemocy: zachowania przemocowe i krzywdzące

Autorzy wyodrębnili trzy typy przemocy: seksualną, fizyczną i emocjonalną. Badani doświadczyli w ramach struktur Kościoła katolickiego minimum jednego, a maksymalnie wszystkich trzech rodzajów przemocy. Z całości grupy badanej 12,7% uczestników zgłosiło jeden typ przemocy, 54,2% – dwa typy, a 33,0% uczestników doświadczyło wszystkich trzech typów krzywdzenia. Podobny wzorzec częstości uwidocznił się w grupie biorącej aktywny udział w badaniu:

odpowiednio – 14,6%, 57,3% i 28,1%. Schemat ten nie różnił się istotnie między populacjami uczestniczącymi aktywnie lub pasywnie, $\chi^2 = 3,73$, $df = 2$, $p = 0,155$.

Krzywdzenie seksualne ujawniło 68% wszystkich badanych oraz 73,0% badanych w grupie aktywnej. Przemocy fizycznej doświadczyło 68,3% wszystkich uczestników badania, przy 60,0% w grupie aktywnej. W zakresie przemocy emocjonalnej, analogiczne wartości to 83,3% z całości badanej populacji i 80,5% z uczestników biorących aktywny udział w projekcie.

Rysunek 2. Zdarzenia zgłaszane w kolejnych latach



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Charakterystyka sprawcy

| | N | % |
|-------------------------|-----|------|
| Ksiądz diecezjalny | 138 | 20,6 |
| Zakonnik | 218 | 32,5 |
| Zakonnica | 117 | 17,5 |
| Przełożony (klasztoru) | 7 | 1,0 |
| Przełożona (klasztoru) | 3 | 0,5 |
| Inny | 16 | 2,4 |
| Brak funkcji kościelnej | 108 | 16,1 |
| Brak danych | 63 | 9,4 |

Źródło: opracowanie własne.

Grupy aktywna i pasywna różniły się między sobą tylko wskaźnikami przemocy fizycznej, z istotnie wyższymi wartościami w populacji uczestniczącej pasywnie, $\chi^2 = 10,04$, $df = 1$, $p = 0,002$.

Przemoc fizyczną, seksualną i emocjonalną podzielono następnie na klastry grupujące określone rodzaje zachowań. Częstość zdarzeń z poszczególnych klastrów w obrębie trzech podtypów przemocy podsumowano w tabeli 2. W zakresie przemocy seksualnej, jedyna istotna różnica między populacją aktywną a pasywną dotyczyła klastra *masturbacja*. Częstość tego rodzaju zachowań była większa w próbie uczestniczącej aktywnie, $\chi^2 = 5,05$, $df = 1$, $p = 0,025$. Jeśli chodzi o przemoc fizyczną, populacja biorąca pasywny udział w badaniu zgłaszała istotnie częściej zdarzenia należące do klastra *bicie*, $\chi^2 = 8,24$, $df = 1$, $p = 0,004$ oraz klastra *wysiętek fizyczny jako kara*, $\chi^2 = 6,64$, $df = 1$, $p = 0,010$.

Wiek 99,6% badanych mieścił się w zakresie 0–19 lat ($M = 9,80$ roku, $SD = 3,51$) w momencie, gdy rozpoczynało się krzywdzenie instytucjonalne. Ten zakres wieku nie różnił się istotnie w populacji aktywnej ($M = 10,02$ roku, $SD = 3,69$) i pasywnej ($M = 9,64$ roku, $SD = 3,37$), $t(439) = -1,09$, $p = 0,276$.

Według doniesień uczestników badania, do 81,7% incydentów dochodziło w kontekście szkoły z internatem, sierocińca czy klasztoru/domu zakonnego, 14,4% zdarzeń miało miejsce w innych okolicznościach, takich jak parafia czy kościół, a 3,9% uczestników zgłaszało obydwie te typy lokalizacji.

Rozkład zgłaszanych incydentów w kolejnych latach (1938–1999) przedstawiono na rys. 2. Maksymalne wartości są obserwowane od końca lat 50. do połowy lat 70. XX wieku.

Opis kontaktów ze sprawcą

Ofiary przekazały łącznie informacje o 670 sprawcach. Ta liczba nie musi jednak odzwierciedlać rzeczywistej liczby sprawców, ponieważ część skrzywdzonych osób mogła paść ofiarą tego samego sprawcy (np. mieszkając w tej samej parafii czy szkole z internatem). Skutkiem tego może być przeszacowanie liczby sprawców w grupie objętej badaniem. Dystrybucję funkcji pełnionych w strukturach kościelnych zsumowano na podstawie naszych danych w tabeli 3.

Uczestnicy badania określali też czas trwania ekspozycji na danego sprawcę. Średni czas kontaktu ze sprawcą to 4,8 roku ($SD = 4,4$). Nie zaobserwowano różnicy w zakresie długości ekspozycji na krzywdzenie między grupą aktywną a pasywną, $t(230,7) = -1,79$, $p = 0,08$.

Związane z rodziną czynniki ryzyka i warunki życia

W doniesieniach wyodrębniono kilka rodzinnych czynników ryzyka poprzedzających krzywdzenie w ramach instytucji Kościoła katolickiego, tj.: zaniechywanie, przemoc fizyczna, ubóstwo w domu rodzinnym, dystans emocjonalny w rodzinie, obecność uzależnień w środowisku domowym, ciężka choroba rodzica, rozdzielenie z rodzeństwem, niekorzystne doświadczenia w rodzinach zastępczych i inne niesprzyjające warunki bytowe. Częstość żadnego z tych czynników nie przekroczyła 7,1%. Iloraz szans ich względnej częstości w populacji aktywnej i pasywnej był bardzo zróżnicowany, $OR = [0,8; 2,7]$. Rozpowszechnienie wszystkich wymienionych czynników było bardzo małe, co przełożyło się na tak zróżnicowane ilorazy szans. Po poprawce Bonferroniego dla porównań wielokrotnych ($\alpha_{adj} = 0,05/9 = 0,006$), żaden z obliczonych ilorazów szans nie zachował istotności statystycznej (dla wszystkich $p > 0,026$).

W ocenie populacji uwzględniono też kilka elementów związanych z warunkami życia przed krzywdzeniem, np.: dziecko niezameżonej matki, rozwód rodziców/przybrany rodzic, życie w rodzinie zastępczej, życie w placówce opiekuńczej, dorastanie bez rodziców biologicznych, poczucie przytłoczenia konserwatywnymi katolickimi regułami w rodzinie. Częstość żadnego z tych czynników nie przekroczyła 17,4%. Po korekcie Bonferroniego dla porównań wielokrotnych ($\alpha_{adj} = 0,05/7 = 0,007$) nie obserwowano istotnych statystycznie różnic między populacją aktywną a pasywną, $OR = [0,7; 1,6]$, dla wszystkich $p > 0,116$.

Wpływ krzywdzenia na zdrowie psychiczne w późniejszym życiu

U 90 osób (48,6%) wynik oceny za pomocą kwestionariusza PCL-C był dodatni dla PTSD, czyli około połowa dorosłych ofiar w chwili badania spełniała kryteria rozpoznania zespołu stresu pourazowego. Rozpowszechnienie PTSD w Niemczech w grupie wiekowej 30–93 lat sięga 2,5% (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer, Brähler, 2008). Dla populacji austriackiej brak analogicznych badań, można jednak przyjąć, że dla populacji ogólnej wartości byłyby bardzo podobne.

W ocenie objawów psychopatologicznych, 157 uczestników (84,9%) uzyskało wynik dodatni dla przynajmniej jednego objawu. Wyniki w poszczególnych podskalach BSI oraz wartości ogólnego wskaźnika ciężkości (GSI), wraz z wynikami

BSI uzyskanymi w kilku innych badaniach dotyczących krzywdzenia dzieci, podsumowano i porównano w tabeli 4. Szczególnie wysokie wyniki pojawiały się w zakresie natręctw, myślenia paranoidalnego i nadwrażliwości interpersonalnej. Aby porównać wyniki, przeanalizowaliśmy średnie różnice w GCI uwzględniając test t i wielkość efektu (zob. ostatnia kolumna w tabeli 4). W jedynym badaniu o odpowiedniej wielkości próby (Rosen, Martin, 1996) obserwowano istotnie niższe ogólne obciążenie objawami. Różnicę tę można określić jako umiarkowaną do dużej.

Rozwój PTSD w późniejszych latach

Zaobserwowano istotną różnicę w zakresie całkowitej liczby rodzinnych czynników ryzyka między ofiarami z rozpoznaniem PTSD ($M = 0,47$, $SD = 0,78$) a tymi, u których PTSD nie rozpoznano ($M = 0,24$, $SD = 0,58$), $U = 3531$, $p = 0,017$, $d = 0,33$. Podobnej różnicy nie zaobserwowano jednak jeśli chodzi o całkowitą liczbę związanych z rodziną warunków życia – dla grupy z PTSD ($M = 0,51$, $SD = 0,74$), dla grupy bez PTSD ($M = 0,40$, $SD = 0,639$), $U = 3953,0$, $p = 0,45$, $d = 0,16$.

Po korekcie Bonferroniego dla porównań wielokrotnych, nieobecna była istotna różnica między populacją z PTSD a populacją bez tego rozpoznania w zakresie żadnego z rodzinnych czynników ryzyka ($\alpha_{\text{adj}} = 0,05/9 = 0,006$), $OR = [0,2; 1,4]$, dla wszystkich $p > 0,110$. Podobnie wyglądała sytuacja dla związanych z rodziną warunków życia ($\alpha_{\text{adj}} = 0,05/7 = 0,007$), $OR = [0,6; 0,9]$, dla wszystkich $p > 0,358$.

W analizie klastrów skupiających poszczególne rodzaje przemocy zaobserwowano istotne statystycznie różnice dla przemocy seksualnej i emocjonalnej. Ofiary z rozpoznaniem PTSD pośród klastrów grupujących przemoc seksualną istotnie częściej zgłaszały penetrację analną/pochwową i inne formy dotyku, natomiast w obszarze przemocy emocjonalnej istotnie częściej pojawiała się u nich izolacja. W odniesieniu do rozpoznania PTSD nie wyodrębniono różnic w zakresie klastrów grupujących przemoc fizyczną.

Wiek pierwszego doświadczenia krzywdzenia instytucjonalnego nie różnił się istotnie między populacją z PTSD ($M = 10,00$ lat, $SD = 4,10$) a ofiarami bez tego zaburzenia ($M = 10,03$ roku, $SD = 3,30$), $t(178) = 0,58$, $p = 0,954$. Także czas ekspozycji na kontakt ze sprawcą był podobny w grupie z PTSD ($M = 6,04$ roku, $SD = 7,35$) i bez niego ($M = 4,56$ roku, $SD = 4,30$), $t(174) = -1,64$, $p = 0,10$. Podobnie, różnic nie zanotowano w żadnej z podskal BSI (objawy klinicznie istotne, a klinicznie nieistotne) jeśli chodzi o wiek pierwszego krzywdzenia – dla wszystkich

$t(176) < 1,03$, dla wszystkich $p > 0,31$ – ani czas trwania kontaktu ze sprawcą – dla wszystkich $t(174) < 1,48$, dla wszystkich $p > 0,14$. Nie udało się przeanalizować wpływu poszczególnych okoliczności krzywdzenia (np. porównać krzywdzenie w szkole z internatem *vs* w parafii), ponieważ część ofiar miała kontakt ze sprawcą w licznych kontekstach sytuacyjnych.

Dyskusja

W 2010 roku austriacki Kościół katolicki musiał stawić czoła roszczeniom osób, które jako dzieci padły ofiarą krzywdzenia w ramach kościelnych instytucji i placówek. Odpowiedzią na tę sytuację było powstanie komisji, mającej za zadanie ochronę praw pokrzywdzonych. Do dzisiaj członkowie komisji wysłuchali relacji ponad 1000 osób opisujących swoje traumatyczne doświadczenia. Większości ofiar przyznano rekompensaty finansowe lub zapewniono wsparcie psychologiczne. W niniejszym badaniu uwzględniono tych poszkodowanych, którzy przeszli całość procesu wyjaśniającego.

Autorzy badania przeanalizowali charakter i zakres krzywdzenia instytucjonalnego, którego dopuszczali się przedstawiciele Kościoła katolickiego w Austrii. Uwzględniono też występujące wcześniej rodzinne czynniki ryzyka i inne elementy związane z warunkami życia, poprzedzające krzywdzenie i związane z aktualnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Kolejnym krokiem było zobrazowanie zakresu problemów ze zdrowiem psychicznym w tej szczególnej populacji, i porównanie uzyskanych wyników z obserwacjami innych autorów analizujących konsekwencje krzywdzenia dzieci w kontekście pozainstytucjonalnym.

Jednym z mocnych punktów opisywanego badania jest dokładność w ukazywaniu różnych postaci krzywdzenia. Autorzy przeanalizowali krzywdzenie fizyczne, seksualne i emocjonalne dzieci, podczas gdy większość podobnych projektów skupia się wyłącznie na jednym rodzaju przemocy, np. wyłącznie wykorzystywaniu seksualnym dzieci (por. Maniglio, 2009; Springer, Sheridan, Kuo, Carnes, 2007; Sugaya, i in. 2012). Nasze badanie umożliwia bardziej dogłębne zrozumienie zakresu i typów przemocy doświadczanej przez badaną populację. Większość uczestników doświadczyła przynajmniej dwóch typów krzywdzenia (87,3%) – najczęstszym typem krzywdzenia było krzywdzenie emocjonalne (83,3%). Krzywdzenie seksualne (68,8%) i fizyczne (68,3%) ofiary zgłaszały prawie tak samo często. Ta obserwacja odbiega od tego, co w zakresie przemocy fizycznej i seksualnej stwierdzamy w populacji ogólnej (Briere, Elliott, 2003; MacMillan i in.,

Tabela 4. Wyniki kwestionariusza BSI dorosłych ofiar w porównaniu z innymi próbami

| | GSI M [95% CI] | Somatyzacja M (SD) | Natręctwa M (SD) | Nadwrażliwość interpersonalna M (SD) | Depresja M (SD) | Lęk M (SD) | Wrogość M (SD) | Lęk fobiczny M (SD) | Myslenie paranooidalne M (SD) | Psychotyczność M (SD) | Test t dla różnicy GSI; d-Cohen (p) |
|-----------------------------|---------------------|--------------------|------------------|--------------------------------------|-----------------|-------------|----------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Niniejsze badanie | 1,20 [1,09-1,31] | 1,09 (0,95) | 1,31 (0,98) | 1,38 (1,05) | 1,28 (1,02) | 1,19 (0,92) | 1,01 (0,78) | 1,00 (1,02) | 1,62 (1,02) | 1,02 (0,88) | |
| Braver i in. ^a | 1,28 [-0,95 – 3,51] | | | | | | | | | | -0,03 (,865) |
| Bennet, Hughes ^b | 0,99 [0,82 – 1,16] | | | | | | | | | | 0,29 (,066) |
| Rosen, Martin ^c | 0,74 [0,66 – 0,82] | 0,73 (0,81) | 0,88 (0,88) | 0,71 (0,89) | 0,82 (0,92) | 0,64 (0,77) | 0,88 (0,95) | 0,45 (0,74) | 1,11 (0,98) | 0,66 (0,81) | 0,63 (,000) |
| Collings ^d | 1,27 [1 – 1,54] | 0,75 (0,69) | 1,45 (1,02) | 2,02 (1,21) | 1,29 (0,95) | 1,10 (1,00) | 1,41 (0,73) | 1,06 (0,87) | 1,73 (0,77) | 1,26 (0,83) | -0,09 (,658) |
| Young i in. ^e | 0,61 | 0,5 | 1,13 | 0,92 | 0,63 | 0,58 | 0,71 | 0,2 | 0,85 | 0,6 | |

a Braver, Bumberry, Green, Rawson (1992); N = 30, dorośli, jakaś forma krzywdzenia w dzieciństwie.
 b Bennet, Hughes (1996); N = 54, studentki wyższej uczelni, ofiary krzywdzenia seksualnego.
 c Rosen, Martin (1996); N = 313, żołnierze obojga płci, poza aktywną służbą frontową, krzywdzenie seksualne w dzieciństwie.
 d Collings (1995); N = 26, studenci ujawniający przynajmniej jeden incydent krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie obejmującego kontakt fizyczny.
 e Young, Harford, Kinder, Savell (2007); N = 155, studenci, ofiary krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie, średnia szacowana w oparciu na dostępnych wartościach t, odchylenie standardowe niedostępne.

Źródło: opracowanie własne.

1997), czy w populacjach krzywdzonych w dzieciństwie (np. Widom, DuMont, Czaja, 2007), gdzie wykorzystywanie seksualne i przemoc fizyczna pojawiają się z mniejszą częstotliwością (Pereda i in., 2009; Tolin, Foa, 2006).

Do większości aktów krzywdzenia doszło od końca lat 50. do połowy lat 70. XX wieku. Ten wzrost częstotliwości odpowiada analogicznemu zwiększeniu częstości krzywdzenia obserwowanemu w Kościele katolickim w Stanach Zjednoczonych (por. Terry, 2008). Przyczyny takiego wzrostu mogą leżeć w uwarunkowaniach społecznych, kulturowych lub w wewnętrznych sprawach Kościoła. Sprawcy wydają się reprezentować pełen przekrój hierarchii kościelnej, choć większość stanowią zakonnicy obojga płci i księża mający łatwy dostęp do dzieci. Pełnili oni role nauczycieli, wychowawców, kierowali grupami młodzieżowymi organizowanymi przez Kościół. Są to kwestie, które w przyszłości mogą stać się przedmiotem badań socjologicznych, pedagogicznych lub historycznych, które rzuciłyby więcej światła na uwarunkowania sprzyjające krzywdzeniu instytucjonalnemu w tym okresie, a tym samym pozwoliłyby ich uniknąć na przyszłość.

W dogłębnej analizie zgłaszanych przypadków krzywdzenia wykazano, że w zakresie krzywdzenia seksualnego najczęściej ujawniane jego postaci sklasyfikowano jako *inne* (58,0%), czyli pocałunki, pieszczoty, rozbieranie do naga. Terry (2008) na przykład uznaje takie formy wykorzystywania seksualnego za parafilie. Na podstawie naszych danych nie jesteśmy jednak w stanie wnioskować o motywacjach sprawców. Nie wiemy, czy wynikały one z pedofilii samej w sobie, czy były związane z zaburzonymi skryptami seksualnymi mylącymi bliskość z seksualnością (Ward, Sorbello, 2003). Spośród różnych form krzywdzenia fizycznego najczęściej donoszono o biciu (59,8%), a w zakresie przemocy emocjonalnej o poniżaniu i groźbach (51,3%). Niektóre zachowania, jak np. bicie prętem po członku we wzwodzie, uchodziły dawniej za karę cielesną, bez wątplenia jednak należą do kategorii krzywdzenia seksualnego, łączącego krzywdę seksualną z krzywdą fizyczną w jednym upokarzającym doświadczeniu.

Większość dorosłych ofiar w badanej grupie (84,9%) zgłaszała istotne klinicznie objawy psychopatologiczne w przynajmniej jednej podskali BSI lub w odniesieniu do PTSD. Obecne obciążenie objawami psychopatologicznymi jest w badanej populacji większe, niż to opisywane w innych badaniach. W szczególności, wysokie wyniki dotyczące natręctw, myślenia paranoidalnego i nadwrażliwości interpersonalnej mogą wynikać z poczucia zdrady zaufania towarzyszącego krzywdzącym doświadczeniom (Smith, Freyd, 2013). Podobne objawy pojawiały się wyjątkowo często w badaniu Collinsa (1995). Większość starszych badań dotyczących

krzywdzenia dzieci odnosiło się do wyników kwestionariusza BSI uzyskanych w stosunkowo małych grupach. Jedynie badanie autorstwa Rosen i Martina (1996) – analizujące objawy psychiczne u żołnierzy obojga płci nie biorących aktywnego udziału w działaniach frontowych, obciążonych pozainstytucjonalnym krzywdzeniem seksualnym w dzieciństwie – wydaje się pod tym względem porównywalne z naszym projektem. Autorzy donosili jednak o znacznie niższym obciążeniu objawami w ocenianej populacji. Najnowsze obserwacje wskazują, że trauma seksualna i związane z nią objawy podlegają nasileniu w otoczeniu instytucjonalnym, gdzie do takich zdarzeń dość często dochodzi lub trudno je zgłosić (Smith, Freyd, 2013), tak jak miało to miejsce w kontekście będącym przedmiotem niniejszego badania.

Częstość PTSD w naszej próbie (48,6%) jest porównywalna z wartościami uzyskiwanymi w innych ocenach skupiających się na krzywdzeniu instytucjonalnym (Fitzpatrick i in., 2010; Wolfe i in., 2006). W badaniach dotyczących PTSD i innych zaburzeń powiązanych z krzywdzeniem seksualnym fizycznym i emocjonalnym, uzyskiwane odsetki częstości były podobne, w szczególności po krzywdzeniu seksualnym (Hillberg, Hamilton-Giachritsis, Dixon, 2011; Perez-Fuentes i in., 2013; Sugaya i in., 2012). Jak podkreślono już w części opisującej wyniki, są to wartości znacznie wyższe niż analogiczne odsetki dotyczące populacji ogólnej (np. Maercker i in., 2008; Perkonigg, Kessler, Storz, Wittchen, 2000).

Pod względem incydentów krzywdzenia fizycznego, nie było różnicy między ofiarami z rozpoznaniem PTSD lub bez tego zaburzenia. U poszkodowanych z PTSD stwierdzano jednak więcej różnych postaci krzywdzenia seksualnego. W analizie wpływu różnych podkategorii przemocy stwierdzono, że odnosiło się to w pierwszej kolejności do ofiar penetracji pochwowej/analnej lub innych form dotyku. Nasze obserwacje pozostają w zgodzie z wcześniejszymi wnioskami wskazującymi, że wpływ krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie na stan zdrowia psychicznego w dalszym życiu wydaje się większy (Boney-McCoy, Finkelhor, 1995; Maniglio, 2009; Oswald i in., 2010), a krzywdzenie seksualne z penetracją jest najgorsze w skutkach (por. Cutajar i in., 2010; Fitzpatrick i in., 2010). Co więcej, jak twierdzą Smith i Freyd (2013), ciężkość konsekwencji krzywdy seksualnej może być po części wynikiem uczucia zdrady zaufania do instytucji. Przemoc fizyczna i emocjonalna uchodziła po części za „normę” w latach 50. i dlatego to właśnie przemoc seksualna była odbierana jako zdrada.

W badaniach epidemiologicznych największa częstość PTSD korelowała z doświadczeniem gwałtu (Kessler, Sonnega, Bromet, Highes, Nelosn, 1995). Podobnie, doświadczenie lub bycie świadkiem przemocy seksualnej w okresie

wczesnodziecięcym wydaje się silnie wiązać z PTSD i dużym obciążeniem objawami (Lueger-Schuster, Glück, Tran, Zeilinger, 2012a).

Choć przemoc seksualna jest generalnie najbardziej obciążającą formą przemocy, połączenie krzywdzenia fizycznego, seksualnego i emocjonalnego w kontekście instytucjonalnym może zostać uznane za „ogólny czynnik” decydujący o późniejszym rozwoju PTSD i wysokiej punktacji we wszystkich kategoriach BSI. Taki stan rzeczy może wyjaśniać dlaczego wiek podczas krzywdzenia i czas trwania ekspozycji na sprawcę nie różniły się dla grupy z PTSD i grupy bez tego rozpoznania. Krzywdzenie instytucjonalne uwzględnia element bezsilności i zdrady zaufania, obydwa te czynniki negatywnie wpływają na rozwój objawów psychopatologicznych i obniżają umiejętności radzenia sobie (Wolfe i in., 2003). Większość poszkodowanych w naszym badaniu doznała krzywdzenia w bardzo młodym wieku i była eksponowana na ogólny klimat przemocy i krzywdy seksualnej w niszczącym emocjonalnie systemie. Być może dlatego nie udało się wyodrębnić swoistych profili „rodzaj krzywdzenia – objaw”.

Choć w badanej populacji wyodrębniono sporo obecnych przed krzywdzeniem rodzinnych czynników ryzyka i innych niekorzystnych czynników związanych z warunkami bytowymi, zgłaszane czynniki charakteryzowała niska częstość i nie miały one swoistej wartości predykcyjnej, jeśli chodzi o rozwój PTSD w przyszłości. Dopiero zsumowanie wszystkich związanych z rodziną czynników ryzyka pozwalało stwierdzić, że większa ich liczba korelowała z rozpoznaniem PTSD. Podobne wnioski wyciągają autorzy podłużnego badania populacyjnego, w którym objawy PTSD korelowały jedynie ze skojarzeniem wcześniejszej ekspozycji na mnogie sytuacje traumatyczne, zaburzeń lękowych i negatywnych doświadczeń w rodzinie (Copeland, Keeler, Angold, Costello, 2007). Potwierdza się tym samym nasze podejście do krzywdzenia instytucjonalnego, jako uogólnionego czynnika wpływającego na zaburzenia zdrowia psychicznego w przyszłości i będącego akumulacją licznych traumatycznych bodźców. Wydaje się bowiem, że jeśli chodzi o rozwój PTSD nie ma znaczenia, jakie konkretnie akty przemocy miały miejsce. Sam fakt doświadczenia przemocy w okolicznościach instytucjonalnych może być źródłem poważnych problemów psychicznych w przyszłości, a istniejące przed krzywdzeniem czynniki ryzyka nie wpływają różnicująco na rozwój PTSD w następstwie krzywdzenia instytucjonalnego.

Ograniczenia

Raporty z procesu wyjaśniającego dotyczące częstości aktów krzywdzenia mogą być zafałszowane. Niektórzy poszkodowani stwierdzali później, że w toku składania wyjaśnień nie opisywali wszystkich doświadczonych zdarzeń. Byli tacy, którzy pewne krzywdzące zachowania uznawali za „normalne” (np. pewne formy krzywdzenia emocjonalnego), opisując je jedynie jako „bardzo złe doświadczenia”. Podobnie jak zakłada się to w innych badaniach (Edwards, Holden, Felitti, Anda, 2003), możemy mieć do czynienia z niedoszacowaniem zjawiska. Skłonność do fałszywych doniesień jest mało prawdopodobna, jako że nasze badanie nie było powiązane z procedurami przyznawania rekompensat. Wykorzystanie standaryzowanych wywiadów i kwestionariuszy może się przekładać na większą wiarygodność i dokładność doniesień o instytucjonalnym krzywdzeniu dzieci (Ellonen, Poso, 2011; Flanagan-Howard i in., 2009).

W zakresie większości cech demograficznych badana populacja dobrze odzwierciedlała populację ogólną Austrii. Badana grupa była jednak słabo zrównoważona pod względem płci, większą grupę poszkodowanych stanowili mężczyźni. Badanych cechował też nieco wyższy poziom wykształcenia niż standardowo obserwowany w populacji ogólnej. Zarówno płeć, jak i status edukacyjny mogą być konsekwencją kontekstu sytuacyjnego. Duża część instytucji kościelnych pracujących z dziećmi to szkoły z internatem (szkoły średnie) dla chłopców. Gwarantowały one wysoki poziom kształcenia – mimo obecności krzywdzenia. Powyższe czynniki mogły dodatkowo wpłynąć na odporność i strategie radzenia sobie w analizowanej populacji (por. Bonanno, Galea, Bucciarelli, Vlahov, 2007; Edmond, Auslander, Elze, Bowland, 2006). Dalsze ograniczenia związane są z retrospektywnym charakterem danych i brakiem grupy kontrolnej. Osoby wchodzące w skład grupy aktywnej były reprezentatywne dla całości grupy, ale nie wiemy, czy całość grupy i grupa aktywna są reprezentatywne dla wszystkich poszkodowanych krzywdzeniem instytucjonalnym w austriackim Kościele Katolickim. Analizowaną grupę może cechować lepszy stan zdrowia psychicznego niż populację osób, które doświadczono krzywdzenia nigdy nie ujawniły, a mogą być mniej odporne i wykazywać mniejszy potencjał radzenia sobie. Porównanie z grupą ofiar krzywdzenia dzieci w kontekście pozainstytucjonalnym pozwoliłoby wyodrębnić idiosynkratyczne konsekwencje krzywdzenia instytucjonalnego i ich wpływ na adaptację w starszym wieku.

Wnioski

Celem badania była ocena różnych postaci krzywdzenia i ich wpływu na stan zdrowia psychicznego ofiar krzywdzenia instytucjonalnego doznanego w ramach austriackiego Kościoła katolickiego. Udało się wyodrębnić ogromną różnorodność form przemocy seksualnej, fizycznej i emocjonalnej. Wszyscy uczestnicy badania byli na takie doświadczenia eksponowani i zgłosili się do komisji ochrony ofiar przed wzięciem udziału w badaniu. U prawie połowy analizowanej populacji rozpoznano PTSD, a najbardziej wyniszczające dla późniejszego zdrowia psychicznego ofiar okazało się krzywdzenie seksualne z penetracją. Obciążenie objawami psychopatologicznymi było w naszym badaniu wyjątkowo wysokie w porównaniu z innymi analizami skupiającymi się na krzywdzeniu dzieci. Nie udało się wyodrębnić swoistych rodzinnych czynników ryzyka lub czynników związanych z warunkami życia, których obecność przed krzywdzeniem pozwoliłaby prognozować słabsze zdolności adaptacyjne u dorosłych już ofiar.

Dalsze badania dotyczące krzywdzenia instytucjonalnego powinny się odnieść do wieku ujawnienia, adresata ujawnienia i poziomu rozwoju poznawczego w czasie krzywdzenia. Szczególną uwagę należałoby też zwrócić na zapewnienie dorosłym ofiarom krzywdzenia instytucjonalnego odpowiedniej opieki psychosocjalnej. Jest to populacja niejednorodna, borykająca się z różnorodnymi problemami psychicznymi, których wspólnym mianownikiem jest doznana przemoc. Klinicyści powinni zachować w pamięci potencjalne konsekwencje krzywdzenia dzieci i krzywdzenia instytucjonalnego. Konieczne jest też opracowanie specjalistycznych metod leczenia i programów pomocowych dla dorosłych ofiar. Wreszcie, dalszych badań wymaga też zapobieganie krzywdzeniu instytucjonalnemu, oraz struktury i uwarunkowania potencjalnie sprzyjające temu problemowi. Aby krzywdzenie dzieci należało do przeszłości, konieczne jest wdrożenie zmian prawnych, politycznych i praktycznych (John Jay College, 2004; Stein, 2006).

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect*, 38 (2014) 52–64. © 2013 Elsevier Ltd.

Tłumaczenie: Anna Czajkowska-Błaziak

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR* (4 wyd.). Waszyngton: American Psychiatric Association.
- Bennett, S. E., Hughes, H. M. (1996). Performance of female college students and sexual abuse survivors on the Brief Symptom Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 535–541. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097).
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A., Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671–682. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>.
- Boney-McCoy, S., Finkelhor, D. (1995). Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1401–1421. [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00104-9](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00104-9).
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. R., Thompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32, 693–701. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.10.004>.
- Braver, M., Bumberry, J., Green, K., Rawson, R. (1992). Childhood abuse and current psychological functioning in a university counseling center population. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 252–257.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Briere, J., Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Edelman, R. E., Han, H. (2001). Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Women & Health*, 34, 1–17. http://dx.doi.org/10.1300/J013v34n03_01.
- Collings, S. J. (1995). The long-term effects of contact and noncontact forms of child sexual abuse in a sample of university men. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1–6.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2007). Traumatic events and

- posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577–584. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34, 813–822. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>.
- Derogatis, L. R., Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 3, 595–605.
- Edmond, T., Auslander, W., Elze, D., Bowland, S. (2006). Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(1), 1–28. http://dx.doi.org/10.1300/J070v15n01_01.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453–1460.
- Ellonen, N., Poso, T. (2011). Violence experiences in care: Some methodological remarks based on the Finnish child victim survey. *Child Abuse Review*, 20, 197–212. <http://dx.doi.org/10.1002/Car.1181>.
- Fitzpatrick, M., Carr, A., Dooley, B., Flanagan-Howard, R., Flanagan, E., Tierney, K., White, M., Daly, M., Shevlin, M., Egan, J. (2010). Profiles of adult survivors of severe sexual, physical and emotional institutional abuse in Ireland. *Child Abuse Review*, 19, 387–404. <http://dx.doi.org/10.1002/car.1083>.
- Flanagan-Howard, R., Carr, A., Shevlin, M., Dooley, B., Fitzpatrick, M., Flanagan, E., Tierney, K., Egan, J. (2009). Development and initial validation of the institutional child abuse processes and coping inventory among a sample of Irish adult survivors of institutional abuse. *Child Abuse & Neglect*, 33, 586–597. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.10.006>.
- Franke, G. H., Derogatis, L. R. (2000). *Brief symptom inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R; deutsche version)*. Göttingen: Beltz Test.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373, 68–81. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).
- Glück, T. M., Tran, U. S., Lueger-Schuster, B. (2012). PTSD and trauma in Austria'selderly: Influence of wartime experiences, postwar zone of occupation, and life time traumatization on today'smental health status – an interdisciplinary approach. *European Journal of Psychotraumatology*, 3(1–9). <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17263>.

- Goffman, E. (1987). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates* (Vol. reprint). Londyn: Penguin Books.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma Violence & Abuse*, 12, 38–49. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010386812>
- John Jay College. (2004). *The nature and scope of sexual abuse of minors by Catholic priests and deacons in the USA 1950–2002*. Waszyngton: US Conference of Catholic Bishops.
- Kendler, K., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953–959. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Koenen, K. C., Harley, R., Lyons, M. J., Wolfe, J., Simpson, J. C., Goldberg, J., Tsuang, M. (2002). A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 209–218.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360, 1083–1088. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0).
- Lacelle, C., Hebert, M., Lavoie, F., Vitaro, F., Tremblay, R. E. (2012). Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21, 571–592. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2012.688932>.
- Lev-Wiesel, R., Amir, M., Besser, A. (2005). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss & Trauma*, 10, 7–17. <http://dx.doi.org/10.1080/15325020490890606>.
- Lueger-Schuster, B., Glück, T. M., Tran, U. S., Zeilinger, E. L. (2012). Sexual violence by occupational forces during and after World War II: Influence of experiencing and witnessing of sexual violence on current mental health in a sample of elderly Austrians. *International Psychogeriatrics*, 24, 1354–1358. <http://dx.doi.org/10.1017/S104161021200021X>.

- Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Jagsch, R., Moy, Y., Butollo, A., Knefel, M. (2012). *Psychotraumatologische Fragestellungen zu Gewalt und Missbrauch in der Katholischen Kirche*. Pobrane z <http://ppcms.univie.ac.at/>.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocme, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., Offord, D. R. (1997). Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 278, 131–135. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1997.03550020063039>.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 79, 577–586.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647–657. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>.
- O’Leary, P. J. (2009). Men who were sexually abused in childhood: Coping strategies and comparisons in psychological functioning. *Child Abuse & Neglect*, 33, 471–479. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.02.004>
- Oswald, S. H., Heil, K., Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 462–472. <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsp114>.
- Owens, G. P., Chard, K. M. (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1075–1082. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00168-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00168-6).
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., Gomez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328–338. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>.
- Perez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 16–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>.
- Pilgrim, D. (2011). The child abuse crisis in the catholic church: International, national and personal policy aspects. *Policy & Politics*, 39, 309–324. <http://dx.doi.org/10.1332/030557310x520306>.

- Pilgrim, D. (2012). Child abuse in Irish catholic settings: A non-reductionist account. *Child Abuse Review*, 21, 405–413. <http://dx.doi.org/10.1002/car.2239>.
- Raphael, K. G., Widom, C. S. (2011). Post-traumatic stress disorder moderates the relation between documented childhood victimization and pain 30 years later. *PAIN*, 152, 163–169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.014>.
- Rosen, L. N., Martin, L. (1996). Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in the US Army. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1149–1160 (discussion 1147–1148).
- Smith, C. P., Freyd, J. J. (2013). Dangerous safe havens: Institutional betrayal exacerbates sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 119–124. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21778>.
- Snyder, H. N. (2000). *Sexual assault of young children as reported to law enforcement: Victim, incident, and offender characteristics*. Pobrane z: <http://www.eric.ed.gov/>.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517–530. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>.
- Statistik Austria. (2012a). *Bevölkerungsstand*. Wiedeń: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2012b). *Bildung in Zahlen 2012/11*. Wiedeń: Statistik Austria.
- Statistik Austria. (2012c). *Familien und Haushaltstatistik: Ergebnisse der Mikrozensus – Arbeitskräfteerhebung*. Wiedeń: Statistik Austria.
- Stein, M. (2006). Missing years of abuse in children's home. *Child & Family Social Work*, 11, 11–21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00381.x>.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 13–29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>.
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 384–392. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21719>.
- Sullivan, J., Beech, A. (2002). Professional perpetrators: Sex offenders who use their employment to target and sexually abuse the children with whom they work. *Child Abuse Review*, 11, 153–167. <http://dx.doi.org/10.1002/car.737>.
- Teegen, F. (1997). *German translation of the posttraumatic stress disorder checklist (PCL-C) of the National Center for PTSD*. Hamburg, Germany: University of Hamburg, Department of Psychology.

- Terry, K. J. (2008). Stained glass: The nature and scope of child sexual abuse in the catholic church. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 549–569. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854808314339>.
- Tolin, D. F., Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959–992. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>.
- Ward, T., Sorbello, L. (2003). Explaining child sexual abuse. W: T. D. Ward, R. Laws, S. M. Hudson (red.), *Sexual deviance, issues, and controversies* (s. 3–18). Thousand Oaks: Sage.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., Keane, T. M. (1993). *The PTSD checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Praca przedstawiona na 9th Annual Conference of the ISTSS San Antonio.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223–1229.
- Widom, C. S., DuMont, K., Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64, 49–56.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102, 1135–1144. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>.
- Wolfe, D. A., Jaffe, P. G., Jette, J. L., Poisson, S. E. (2003). The impact of child abuse in community institutions and organizations: Advancing professional and scientific understanding. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10, 179–191. <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg021>.
- Wolfe, D. A., Francis, K. J., Straatman, A. L. (2006). Child abuse in religiously-affiliated institutions: Long-term impact on men's mental health. *Child Abuse & Neglect*, 30, 205–212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.08.015>.
- Young, M. S., Harford, K. L., Kinder, B., Savell, J. K. (2007). The relationship between childhood sexual abuse and adult mental health among undergraduates: Victim gender doesn't matter. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 1315–1331. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260507304552>.

Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors' current mental health

The aim of this study was to explore the nature and dimensions of institutional child abuse (IA) by the Austrian Catholic Church and to investigate the current mental health of adult survivors. Data were collected in two steps. First, documents of 448 adult survivors of IA (M = 55.1 years, 75.7% men) who had disclosed their abuse history to a victim protection commission were collected. Different types of abuse, perpetrator characteristics, and family related risk factors were investigated. Second, a sample of 185 adult survivors completed the Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C) and the Brief Symptom Inventory (BSI). Participants reported an enormous diversity of acts of violent physical, sexual, and emotional abuse that had occurred in their childhood. The majority of adult survivors (83.3%) experienced emotional abuse. Rates of sexual (68.8%) and physical abuse (68.3%) were almost equally high. The prevalence of PTSD was 48.6% and 84.9% showed clinically relevant symptoms in at least one of 10 symptom dimensions (9 BSI subscales and PTSD). No specific pre-IA influence was found to influence the development of PTSD in later life (e.g. poverty, domestic violence). However, survivors with PTSD reported a significantly higher total number of family related risk factors ($d = 0.33$). We conclude that childhood IA includes a wide spectrum of violent acts, and has a massive negative impact on the current mental health of adult survivors. We address the long-term effects of these traumatic experiences in addition to trauma re-activation in adulthood as both bear great challenges for professionals working with survivors.

KEYWORDS:

INSTITUTIONAL ABUSE, CHILDHOOD ABUSE, CLERICAL ABUSE, PTSD, MENTAL HEALTH

Cytowanie:

Lueger-Schuster, B., Kantor, V., Weindl, D., Knefel, M., Moy, Y., Butollo, A., Jagsch, R., Glück, T. (2015). Instytucjonalne krzywdzenie dzieci w ramach austriackiego Kościoła katolickiego: rodzaje krzywdzenia i jego wpływ na zdrowie psychiczne dorosłych ofiar krzywdzonych w dzieciństwie. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 14(1).



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