

Specifičnost viktimizace obětí znásilnění

MUDr. Petra Sejblová, MUDr. Helena Reguli

Sexuologické oddělení FN Brno

Článek pojednává o specifičnosti psychického traumatu, které prožívá oběť znásilnění nebo jiného sexuálního útoku. Určujeme definici a vyjmenováváme projevy primární viktimizace. Podrobně se zabýváme problematikou příčin vyvolávajících a ovlivňujících sekundární viktimizaci. Na kazuistickém příkladu názorně ukazujeme jednotlivé faktory ovlivňující vznik, rozvoj a intenzitu posttraumatické stresové poruchy u znásilněné dívky a z toho vyplývající důsledky. Zamýšlíme se nad možnostmi zmírnění projevů sekundární viktimizace v rámci lékařské praxe, ale i orgánů činných v trestním řízení.

Klíčová slova: znásilnění, primární viktimizace, sekundární viktimizace, posttraumatická stresová porucha, previktimní osobnost, previktimní chování.

Specific features of victimization of rape victims

The paper deals with the difference of the psychic trauma experienced by a victim of rape or other sexual assault. The definition is provided and the manifestations of primary victimization are listed. The causes resulting in and affecting secondary victimization are dealt with in detail. A case report demonstrates the individual factors affecting the development, progression and severity of post-traumatic stress disorder in a girl rape victim and the resulting consequences. The options of reducing the manifestations of secondary victimization within the medical practice as well as law enforcement authorities are discussed.

Key words: rape, primary victimization, secondary victimization, post-traumatic stress disorder, pre-victim personality, pre-victim behaviour.

Psychiat. pro Praxi 2011; 12(1): 19–21

Následky násilných trestných činů jsou u obětí individuální. Vyjma somatických zranění a jejich následků jsou psychická poškození nejčastěji v diagnostické kategorii posttraumatická stresová porucha (dále PTSD). Sexuální útoky jsou specifické tím, že narušují nejen tělesnou a psychickou, ale také sexuální integritu oběti. Utrpením se stává i následné trestní řízení. Často je reakce nejbližšího okolí oběti ovlivněná předsudky a mýty. Kvůli strachu z odsouzení okolím oběť čin nenahlásí a ani se s ním nesvěří.

Vztah oběti a pachatele je významným faktorem pro výsledky trestního řízení. Existuje několik možností: 1. žádný vztah, jedná se o dvě zcela cizí osoby, 2. vztahy subjektivní, kdy jsou si osoby velmi blízké (milenci, manželé, příbuzní, blízcí kolegové), 3. vztahy objektivní, kdy jsou to sousedé, náhodní a vzdálení známi.

Podle statistiky Městského ředitelství policie ČR v Brně z r. 2008 vyplývá, že při znásilnění neznámým pachatelem je objasněnost činu nižší: 44–55 %. Pokud je pachatel dopaden, bývá zpravidla obviněn. U vztahových útoků je objasněnost činů vyšší: 56–77 %, sdělení obvinění pachatelům je výrazně nižší. Část znásilnění je překvalifikována na jiný trestný čin nebo odložena, že se skutek nestal.

Primární viktimizaci se rozumí újma způsobená pachatelem jako přímý důsledek trestného činu (akutní reakce na stres, somatické poškození, finanční či jiná sociální újma). Oběti zvolený způsob obrany (aktivní obrana, pasivní

podvolení se) ovlivňuje intenzitu tělesných i psychických následků. Čím aktivněji se oběť brání, tím větší je pravděpodobnost nižší následné psychické újmy. Strach o život je nejtraumatizující, ale přitom nejvíce opomíjenou součástí prožitého znásilnění. Somatické poškození bývá nesprávně považováno za míru pro určení stupně užitého násilí. Chování oběti následující bezprostředně po činu bývá někdy posuzováno v její neprospěch (odvoz z místa činu pachatelem, přijetí cigarety, hledání ztracené drobnosti). Smířlivé chování oběti je jednou z krátkodobých obranných reakcí (strach z odstranění oběti jako svědka aj.). Nejedná se o skutečné odpuštění ani usmíření.

O výskytu posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u obětí znásilnění nejsou k dispozici přesná statistická data. Podle výzkumných zjištění i po 18 měsících od znásilnění je PTSD diagnostikována až u 75 % případů. Průměrný výskyt PTSD je na hladině 40–60 % z celkového počtu obětí násilných trestných činů. Vzhledem k principiálně větší zranitelnosti žen a zejména jejich sexuální viktimizaci je riziko vzniku PTSD u žen proti mužům dvojnásobné (10–13 %) (1).

Klinický obraz PTSD u obětí může být zdánlivě i asymptomatický. Hlubší analýzou nalezneme výraznou změnu životního stylu (včetně vzhledu) či chování (změna původních stereotypů, omezení individuálních zájmů, vyhýbání se oblíbeným místům či aktivitám, tzv. „escape“ syndrom). Sekundární psychická újma u sexu-

álních násilných deliktů bývá někdy výraznější než primární (2).

Sekundární viktimizace je traumatizace oběti vznikající až po ukončení trestního činu v důsledku reakcí a chování sociálního okolí (instituce, nejbližší okolí, média aj.). Sekundární viktimizaci způsobily orgány činné v trestním řízení (tzn. policie, soudy) až u 30 % obětí znásilnění. Soudní znalci (psychologové, psychiatři aj.) sekundární viktimizaci způsobili až u 70 % obětí znásilnění. Ta vznikla mechanismem cílené reaktivizace vzpomínek na prožité trauma bez dostatečné možnosti terapeutického zpracování. Nevhodné reakce sociálního prostředí (rodina, partneři, známi) se podílí na sekundární viktimizaci až v 20 % (1). Dále se na sekundární viktimizaci podílí necitlivé chování dalších zúčastněných institucí (zdravotnictví). Přítomnost mýtů a předpokladů laické veřejnosti (včetně obětí) o jediném tzv. „skutečném znásilnění“ (zákeřné přepadení neznámým pachatelem, použití zbraně) je dalším zdrojem sekundární viktimizace. Tzv. „date rape“ (znásilnění na schůzce) věrohodnost oběti téměř vždy automaticky snižuje. Podíl vlivu výše uvedených faktorů je na výsledné sekundární viktimizaci u každé oběti individuální.

Rozvoj posttraumatické stresové poruchy záleží na struktuře previktimní osobnosti, na jejím previktimním chování, na charakteru primární viktimizace a na charakteru sekundární viktimizace (2).

Struktura previktimní osobnosti vždy určuje subjektivní závažnost prožívaných situací a tím ovlivňuje rozvoj a intenzitu příznaků PTSD. Fyziologicky strukturované a dostatečně psychicky vyzrálé osobnosti mají lepší a rychlejší předpoklady se postupně adaptovat na prožitou trauma. Dlouhodobě bezbranná oběť, např. tělesně handicapovaná, psychicky alterovaná (mentální retardace, psychózy, poruchy osobnosti) je více psychicky zranitelná a má horší předpoklady k adaptaci. Previktimní struktura osobnosti ovlivňuje stupeň ponížení (zneuctnění) oběti a subjektivní zpětné hodnocení vlastního chování v průběhu útoku.

Rizikové previktimní chování ovlivňuje reakce sociálního okolí a tím zvyšuje riziko sekundární viktimizace. Stav bezbrannosti vzniklý na základě vlastního jednání oběti (ovlivnění alkoholem) vede u laické, ale i odborné veřejnosti k bagatelizaci a zpochybňování nedobrovolnosti aktu. Při subjektivním hodnocení vede k pocitům spoluviny na jednání pachatele. Za rizikové previktimní chování můžeme dále považovat neopatrné (ve smyslu podceňování nebezpečí) a časté sociální kontakty s disociálním prostředím, flirtování, nedostatečně kladený nesouhlas již v počátcích jednání pachatele zejména po předchozí konverzaci („dělá jen obstrukce, aby byla přitažlivější“) a umožnění sociální izolace (odchod s pachatelem na odlehlé místo). Pokud je oběť promiskuitní, prostituující nebo na alkoholu či drogách závislá osoba, bývá jí přisuzována automaticky snížená věrohodnost a je na ní činěn větší nátlak, aby proti pachateli obhájila svá tvrzení.

Pro názorný příklad faktorů, které vyvolaly a podílely se na hloubce PTSD, uvádíme kauzistiku, která může být ilustrativní pro praxi ambulantního psychiatra zabývajících se péčí o oběti trestních činů.

Případ neopatrné Karolíny

Osmnáctiletá Karolína, její starší sestra a společná kamarádka si udělaly v soukromém bytě večírek. Kolem půlnoci si vyhlédly na ulici přitažlivého 30letého muže, kterého voláním z okna přizvaly do bytu, kde se pak všichni bavili a popíjeli alkohol. Muž tančil s oběma sestrami, jevil zájem o starší. Ta ho později ze svého pokoje vykázala a požádala Karolínu „ať si ho odvede pryč“, kamarádka šla spát do jiného pokoje. Karolína zůstala vzhůru s mužem sama. Muž dívku objímal, líbal, hladil ji pod šaty, ona odmítala, ale nechala se odvést ven z bytu na chodbu domu, aby nevzbudila další dívky. Tam ji muž povalil na schodiště vedoucí k půdě a vykonal na ní soulož proti jejímu slovnímu odporu.

Po činu muž odešel, Karolína ihned po znásilnění napsala SMS zprávu svému příteli, že zachránila svoji sestru, a pak šla spát. Ráno se jí dívky ptaly, „jestli něco bylo,“ řekla, že ano, ale bohužel nechtěně. Původně znásilnění ani nechtěla oznámit, nikdo by jí to nevěřil. Její přítel to šel oznámit na policii za ni.

V rámci trestního stíhání byla Karolína psychiatricky vyšetřena. Lékař zhodnotil, že okamžité následky na duševním zdraví poškozené se nejevily jako intenzivní. Nacházela se jednak pod vlivem alkoholu, roli sehrála i únava a nevyspání po probdělé noci, její racionální uvažování bylo oslabeno. Premorbidně nebyla u Karolíny zjištěna žádná duševní porucha ani porucha osobnosti. V době znásilnění se nacházela ve stavu opilosti lehké až středně těžké. Bezprostředně po znásilnění nedošlo k výraznější psychické reakci. Posléze nastupovala sebelítost, cítila se opuštěná sestrou a přítelkyní, postupně však začala situaci vyhodnocovat jako značnou újmu. V důsledku pro Karolínu nežádoucího narůstajícího zájmu okolí (laického i odborného) se u ní postupně rozvinula PTSD ve formě sociálního stažení až izolace, několik měsíců u ní trvají výrazné úzkostné projevy, insomnie a ztrácí chuť k jídlu. Myšlení má nutkavé, vrací se k celé události, ztrácí schopnost na znásilnění zapomenout. Bojí se dalšího řízení, zejména u soudu, odmítá se k věci vyjadřovat, při každé zmínce se rozpláče. Dochází k silnému rozrušení, poruchám koncentrace.

Karolína byla také psychologicky vyšetřena. Tento soudní znalec zhodnotil, že osobnost poškozené má pouze akcentované rysy, které nemají patologickou hloubku. Je nezralá a sociálně naivní. Aktuálně jsou u ní přítomny znaky posttraumatické stresové poruchy. V důsledku znásilnění došlo u posuzované k výrazným změnám psychického stavu. Dříve extrovertovaně založená dívka se po události výrazně stahuje do sebe. Ve vztahu k vlastnímu tělu pociťuje odpor, trpí pocity méněcennosti. Každý výslech či vyšetření je pro ni silně traumatizující a silně ji rozrušuje. Obecná věrohodnost posuzované není narušena. Konkrétní věrohodnost byla ovlivněna stavem lehké až středně těžké opilosti v době činu, a je proto částečně snížena.

Taktéž pachatel byl psychologicko-psychiatricko-sexuologicky znalecky zkoumán. Soudní znalci měli mimo jiné zhodnotit, jaký je podíl jednání pachatele na rozvoji PTSD u poškozené dívky. Znalci u obviněného zhodnotili, že znásilnění způsobilo dívce primární viktimizaci. Dále působilo jako spouštěcí faktor vzniku PTSD. Bez jednání obviněného by ke vzniku PTSD vůbec

nedošlo. Následný rozvoj a zejména délku a intenzitu projevů PTSD ovlivnily jiné faktory, a to sekundární viktimizace vyplývající z reakcí jejího nejbližšího sociálního okolí a sekundární viktimizace vyplývající ze stanovených pravidel trestního řízení. Na rozvoji a stupni PTSD se podílela její specificky strukturovaná (emočně nezralá s rysy sociální naivity, méně zodpovědná) premorbidní osobnost a také její sebeobviňující pocity vyplývající z vlastního rizikového previktimního chování.

I když byl pachatel následně odsouzen k nepodmíněnému odnětí svobody, psychický stav Karolíny to nijak výrazně nezlepšilo.

Diskuze

Možnosti zmírnění sekundární viktimizace u obětí znásilnění spočívají v několika bodech: Provést lékařské vyšetření psychického i somatického stavu oběti v co možná nejkratší době po traumatu, a to vyškoleným zdravotnickým personálem, který zohledňuje ranou fázi traumatu např. tím, že oběť předem poučí a vysvětlí jí účel úkonů, které je nutné provést (celkové tělesné nejen gynekologické vyšetření, odběr biologického materiálu aj.). Vyšetření lékařem by mělo být provedeno s dostatečným časovým prostorem, citlivě a se zřetelem na zachování intimity klienta. Důležité je trpělivě vyslechnout (pokud se chce klient svěřit danému lékaři) a nekomentovat výroky oběti. Svým celkovým jednáním by se měl zdravotnický pracovník snažit zachovat důstojnost vyšetřovaného, tzn. dále neprohlubovat nedávno prožité trauma.

Pro praxi ambulantního psychiatra je důležité vědět, že oběť se bude muset v určitých případech podrobit vyšetření znalcem, který bude znovu velmi podrobně aktivovat prožité trauma a mimo jiné bude detailně zkoumat i předchozí anamnézu oběti, která s vlastním sexuální útokem nemusela vůbec souviset, ale je podstatná pro celkové psychologicko-psychiatrické nebo i sexuologické hodnocení oběti. V praxi se může stát i to, že zcela neznámý útočník se prostřednictvím trestního spisu obsahujícího i znalecké vyšetření oběti dozví detaily z jejího předchozího intimního života. Pro praxi ambulantního ošetřujícího psychiatra tedy vyplývá, že znalecké vyšetření oběti může ve svém důsledku vést ke zhoršení aktuálního duševního stavu, a to nejenom cestou reaktivizace vzpomínek na trauma, ale i pro pocit psychického obnažení se před doposud neznámým útočníkem. Opakované vyslýchání i nařízení znaleckého vyšetření oběti může nakonec vést až k pocitům spoluviny při znásilnění.

U orgánů činných v trestním řízení je vhodné provést výslech v co možná nejranějším stádiu řízení. Vyslýchájícím by měla být speciálně školená osoba stejného pohlaví. Oběť by měla mít možnost přítomnosti podpůrné osoby (důvěrníka) v době výslechu. Výslech by měl být prováděn ve speciální místnosti, ve které je přítomen minimální počet osob, zbytek je pouze audiovizuálně propojen. Výsledný videozáznam z přípravného řízení by měl být použitý namísto osobního výslechu u soudu. Pokud dojde k výslechu oběti u soudu, z jednání by měla být vyloučena veřejnost a mělo by být zamezeno setkání pachatele a oběti. Jako velmi podstatná se jeví možnost utajení informací soukromé povahy o oběti (bydliště, pracoviště, stav, děti, vita sexualis). Jako žádoucí se jeví přidělení bezplatného právního zástupce oběti a doporučení odborné pomoci, tzn. zdravotnické zařízení, probační a mediační službu či nestání organi-

zace pomáhajícím obětím deliktů (viz www.stopznasilneni.cz).

Závěr

Práva oběti v trestním řízení a ochrana její tělesné a psychické integrity by měly zaujímat stejně významnou pozici jako práva (presumpce nevinu) obviněného!

Literatura

1. Čírtková L, Vitoušová P, a kol. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese – Bílý kruh bezpečí. Praha: Grada 2007.
2. Čírtková L. Forenzní psychologie. Plzeň: Aleš Čeněk, 2004.
3. Čírtková L. Policejní psychologie. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006.
4. Čírtková L. Policejní psychologie. Praha: Portál, 2000.
5. Klimpl P. Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci. Praha: Grada Publishing, 1998.
6. Benedict H. To není vaše vina! Jak se vyrovnat se sexuálními napadením. Havlíčkův Brod: One Woman Press 2003.
7. Burgess AW. Rape Trauma Syndrome. Behavioral Sciences & the Law, 1983; 1(3): 97–113.

8. Hansson D. What is Rape Trauma Syndrome? University of Cape Town. Ke stažení na: <http://web.uct.ac.za/depts/sjrp/publicat/rape.htm>.

9. Mayer RA, Ottens AJ. Holistic Assessment of rape victims. Guidance & Counseling, 1994; 9(4): 4–28.

10. Špatenková N, a kol. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing 2004.

11. Weiss P, et al. Sexuální zneužívání, pachatelé, oběti. Praha: Grada Publishing 2000.

MUDr. Petra Sejblová
Sexuologické oddělení FN Brno
Vinařská 6, 603 00 Brno
petra.sejbalova@fnbrno.cz

