Rozdział V

ŚLADY WYCIŚNIĘTE NA DUSZY

Wpływ wykorzystania seksualnego z dzieciństwa na sferę uczuciową ofiary

W jaki sposób nadużycia seksualne z dzieciństwa wpływają na człowieka? Dla klinicysty jest to zwykle daleka od rozważań akademickich, ale za to paląca kwestia,, od czego zacznie w poniedziałek rano. Nie możemy leczyć czegoś, czego nie widzimy i często – stanowczo zbyt często – nie możemy nic dostrzec, bo nie wiemy czego szukać. Niestety, klienci nie zawsze chcą mówić, w jaki sposób dotknęło ich wykorzystanie seksualne, lub po prostu tego nie widzą lub nie pamiętają. Związek między dawnym poniżeniem a jego następstwami jest trudno widoczny ze względu na upływ czasu, a przy tym chroniczny charakter oddziaływania nadużycia sprawia, że ofiara nie przypomina sobie, by kiedykolwiek w życiu czuła się inaczej. Swoje negatywne uczucia, krytykujący ją sposób percepcji czy swoje problemy z bliskością i seksem przypisuje własnemu "złemu charakterowi".

O ile skutki wykorzystania seksualnego w dzieciństwie są zwykle tak samo nieuchwytne jak i wszechobecne w życiu ofiary, o tyle skutki gwałtu są łatwiej widoczne. To oczywiste. Gwałt wyraźnie wstrząsa jej systemem przekonań i przybraną wcześniej postawą. W tak dramatyczny sposób może indukować nagłe napady lęku, depresję, fobie i potraumatyczne zaburzenia wskutek stresu (PTSD), że identyfikacja jego następstw rzadko jest trudna. Łatwiej zobaczyć skutki gwałtownego trzęsienia ziemi, niż zmarnienie spowodowane suszą.

Klinicystę, który pilnie zbiera wszystkie publikacje na temat seksualnego wykorzystywania dzieci, musi uderzać niemal kompletny brak ich powiązania z kliniczną praktyką. Opracowania obfitują w zestawienia symptomów, lecz bardzo niewiele mówi się w nich o tym, co z nimi robić – jakie techniki stosować w terapii, by poprawić funkcjonowanie klienta. Poza kilkoma pozytywnymi wyjątkami (Briere, 1989, 1989a; Herman, 1992; Putnam, 1989), literatura na temat następstw jest bardzo „specjalistyczna", ale nie wiąże się z leczeniem, zaś literatura na temat technik leczenia generalnie nie mówi na temat następstw.

Wreszcie sama literatura na temat następstw tak już się rozrosła, że przebrnięcie przez nią przypomina próbę podźwignięcia wielkiego, obłego posągu. Trudno go objąć. Jak niewidomy, który natknął się na słonia, czytelnik po omacku krąży wokół tematu. Ach, tak, PTSD... Część opracowań dowodzi, że są one głównym następstwem nadużyć seksualnych z dzieciństwa, ale nie, przecież nie biorą pod uwagę zmian w percepcji zachodzących w systemie przekonań ofiary... Co z tymi, którzy są poważnie zaburzeni, mimo że nie obserwuje się u nich PTSD? Bliskość, seks i inne interpersonalne problemy, zestawienia symptomów lękowych, depresja, dysocjacja - czytelnik dalej drepcze w kółko i głowi się, jak to wszystko do siebie dopasować.

Studia perspektywiczne ukazują, że objawy zmieniają się z upływem czasu. W pewnym wieku u ofiary dominować mogą np. symptomy internalizacji, w innym - eksternalizacji (Friedrich, 1988). Co to oznacza? Streszczenia studiów - potencjalny ratunek, by nie utopić się w morzu artykułów - często katalogują opracowania (Beitchman i kol., 1992; Browne i Finkelhor, 1986a), jednak tylko nieliczne (np. Finkelhor, 1988) wyciągają wnioski z tych rozmaitych odkryć, a jeszcze rzadsze (Briere, 1989, 1992a) objaśniają ich związek z leczeniem. W sumie jest to łatwa lektura dla zbieraczy, a trudna dla tych, którzy próbują odkryć znaczenie i sens.

W rozdziale tym odbędę podróż wokół naszego "słonia", próbując obtłuc go trochę do nieco innego kształtu. Zacznę od rzutu oka na historię badań nad nadużyciami seksualnymi w dzieciństwie pod kątem ich następstw i udokumentuję panujące we wczesnych publikacjach zaprzeczanie im i minimalizowanie. Następnie opiszę uczuciowe symptomy powstałe wskutek wykorzystania – szczególnie depresję, lęki i PTSD – jak również rolę rewiktymizacji ofiary w ich

wywoływaniu. Wreszcie postawię pytanie o konkretne powiązania między nadużyciami w dzieciństwie, a afektywnymi symptomami w życiu dorosłym. Dlaczego ofiary tak często są pełne lęków i depresyjne? Co należy koniecznie wiedzieć o związkach wczesnej traumy z późniejszymi zaburzeniami, żeby móc je leczyć?

Dalsze rozdziały poruszą temat następstw na płaszczyźnie percepcji rzeczywistości przez ofiar oraz błędne rozwiązania problemu: sposoby unikania lub znieczulania bólu. Dlatego teraz staram się wytyczyć drogę przez gąszcz istniejącej literatury i jednocześnie ułożyć ją według pewnego klucza - schematu, który da się stosować bezpośrednio w procesie leczenia.

Perspektywa historyczna

Mimo, że od ponad trzydziestu lat można mówić o pewnym "stałym dopływie publikacji" na temat następstw nadużyć seksualnych w dzieciństwie (Conte i Schuermam, 1987, str. 380), ów "stały dopływ publikacji" jest od ponad dekady weryfikowany przez falę ostatnich badań. Większość z nich jednomyślnie skupia się na wypracowaniu prostego związku między wykorzystywaniem seksualnym dziecka, a długofalowymi psychologicznymi następstwami w jego późniejszym życiu.

"Po co to wszystko?" - można by spytać. "Czy kiedykolwiek twierdzono, że takie nadużycia mogą być nieszkodliwe?" Otóż, właśnie że tak. Twierdziła tak większość dawniejszych opracowań. Przekonanie o nieszkodliwości wykorzystywania seksualnego dzieci było bliźniaczo zrośnięte z poglądem, że o dziwo nie jest to dla nich trauma, lecz ich własna seksualna inicjatywa, forma uruchomienia się w inicjacji, co Bender i Blau (1937) nazwali: "seksualnym przewinieniem dziecka" (str. 511)!

Wychodząc z takiego punktu widzenia, Weiss, Rogers, Darwin i Dutton (1955) opisują przypadek dziewczynki, którą ojczym zaczął molestować gdy miała pięć lat i gwałcić, z pełną penetracją pochwy członkiem, gdy miała siedem. Opisują go wprawdzie jako "brutala i gwałtownika" (str 16), odnotowując też, że groził pasierbicy biciem jeśli go wyda (mimo to dziewczynka wiele razy mówiła o tym niedowierzającej matce) jednak omawiają "szczególne czynniki rozwojowe Dorotki", które "należy wziąć pod uwagę, żeby wytłumaczyć tę jej seksualną aktywność" (str 18). Weiss i kol. dowodzą, że to zazdrość dziewczynki o matkę, wrogość małej wobec matki i poczucie odrzucenia, stanowiły ważny czynnik w doprowadzeniu do wykorzystania. Twierdzą też, że zazdrość matki o córeczkę i jej konfliktowa postawa wobec dziecka "zahamowała w Dorotce rozwój stabilnej świadomości", czyniąc ją skłonną do przejawiania seksualnych chęci (str. 19). Z drugiej strony, według autorów "szczegółowa analiza napastnika nie ma tu uzasadnienia" (str. 18).

Identycznie, opisując bezsprzecznie pedofilskie zachowania dorosłego napastnika, Bender i Blau (1937) winią za nie ofiarę zamiast samego pedofila:

> **Ostatni przypadek dotyczy czterdziestoletniego, żonatego sprzedawcy, który miał zwyczaj przyglądania się chłopcom bawiącym się na boisku. Pewnego dnia mężczyzna ten został przez któregoś z nich przypadkiem uderzony w udo, opuścił więc spodnie, by zbadać ranę, a ponieważ chłopiec okazał zainteresowanie genitaliami dorosłego, ten nakłonił go do seksualnych zabaw... Nie ma żadnych wątpliwości, że w tym przypadku to właśnie chłopiec uwiódł dorosłego (str. 509-510).**

Wszystko jednak w tym przypadku – jak i w każdym tego typu – każe wątpić, czy to rzeczywiście chłopiec uwodził. Jakoś podejrzanie łatwo było mu "uwieść" mężczyznę, który pętał się z uporem po boisku i któremu udało się w końcu znaleźć pretekst, by się obnażyć.

W każdym z opisywanych przypadków Bender i Blau pomijają skutki zewnętrznej traumy, powołując się na teorię psychoanalizy, która w genezie psychologicznej szkody silnie akcentuje wewnętrzny impuls regulujący równowagę ofiary, którym ma ona przywoływać do siebie zewnętrzną traumę:

Doświadczenia dziecka w seksualnym związku z dorosłym nie zawsze mają negatywny skutek. Psychiczna trauma, według definicji freudowskiej, jest doświadczeniem, które opiera się na ofensywnym impulsie wychodzącym z wnętrza. To wewnętrzna gotowość, a nie zewnętrzne doświadczenie, jest tu "kliszą", z której powstają odstręczające "odbitki" i dlatego wymaga ona stłumienia. W omawianych przez nas przypadkach ten impuls gotowości zdaje się zaspokajać pierwotne popędy i instynkty dziecka, a wszystkie przeciwstawiające się mu dążenia (jak wychowanie, moralność, etyka) ulegają zniesieniu przez jego wzajemny związek z dorosłym. Wewnętrzne pragnienie dziecka stwarza mu sposobność przetestowania go w rzeczywistości... Dzięki spełnieniu swojej infantylnej fantazji, mniej odczuwa ono przykre konsekwencje i dostaje gratyfikacje w postaci odczuwanej przyjemności. *Równowaga emocjonalna działa tu na rzecz zaspokojenia* (kursywa dodana) (str. 516).

Opierając się na takiej teorii naprawdę trudno było uznać szkodliwość seksualnego wykorzystywania dzieci. Sloane i Karpinski (1942) załatwiają problem krótko: "Aspekt 'traumatyczności' dodatkowo traci na znaczeniu, kiedy zdamy sobie sprawę, że zwykle samo dziecko pragnie podświadomie seksualnej aktywności i dlatego staje się ono mniej lub bardziej chętnym partnerem w seksualnym akcie z dorosłym" (str. 666).

Dla Bendera i Grugetta (1952) aspekt traumy u ofiar traci jakiekolwiek znaczenie. Konkludują oni, że "w przeciwieństwie do surowych społecznych tabu związanych z takimi /czyt.: pedofilskimi/ związkami, nie ma żadnych naukowych dowodów na to, że powodują one jakieś szkodliwe efekty" (str. 827). Istotnie, w ich opracowaniu niemal cały materiał prowadzący do tego wniosku składa się z powierzchownych socjologicznych danych w rodzaju: czy "podmiot" był żonaty, czy sam zarabiał na swoje utrzymanie lub czy miał dzieci. Jednak nawet mimo tak pobieżnych, zewnętrznych kryteriów, pięć z czternastu "podmiotów" wykazywało nadzwyczaj słabe społeczne przystosowanie, a trzy z tych pięciu okazały się osobami psychotycznymi.

Podobnie postrzegał ten problem Rasmussen (1934), według którego 46 z 54 ofiar kazirodztwa wykazywało w życiu dorosłym całkiem normalne przystosowanie. Jednakże do owego "normalnego" przystosowania wystarczało, jeśli ofiara wykazywała zadowalającą postawę obywatelską i nie wchodziła w konflikt z prawem. Pozostałe ośmioro dzieci, które w wieku dorosłym nawet według tak powierzchownych kryteriów funkcjonowały w życiu bardzo słabo, autor opisał dalej jako: "mające niezależne konstytucjonalne predyspozycje do mentalnego niezrównoważenia" (Bender i Blau, 1937, str. 501). Tak więc, to nie seksualna trauma z dzieciństwa, ale te "inne konstytucjonalne predyspozycje" miały działać w życiu dorosłych ofiar.

Również pozostali autorzy, odkrywając negatywne konsekwencje seksualnej traumy w dzieciństwie, przypisywali je innym przyczynom. Wprawdzie dużo później Rosenfeld (1979), stwierdziwszy wśród dorosłych ofiar kazirodztwa wysoki odsetek problemów małżeńskich, seksualnych dysfunkcji i histerycznych zaburzeń charakteru, przypuszczał, że wiążą się one z dawnym wykorzystywaniem, to jednak Henderson (1983) nadal pisał, że:

...dane /Rosenfelda/ mogą równie dobrze prowadzić do wniosku, że przynajmniej jedna trzecia jego pacjentów z historią histerycznych zaburzeń charakteru, sięgającą początkowych lat ich życia, już wtedy wykazywała zakłócone relacje, jakie zwykle charakteryzują tak histeryczne osoby, a to - incydentalnie, a nawet regularnie - mogło pchać je w dzieciństwie do związków z kazirodczymi obiektami (str. 38).

Jeszcze skrajniejsze stanowisko (o ile to w ogóle możliwe) zajęli Rascovsky i Rascovsky (1950), którzy upierali się, że realizowanie kazirodczych fantazji chroniło niektóre ich pacjentki przed rozwojem psychozy maniakalno-depresyjnej. W odczuciu autorów rzeczywistym problemem tych kobiet były ich "poważnie zakłócone relacje z matką" (str. 46), a kazirodztwo tylko pomagało znaleźć ulgę, dostarczając im: "prawdziwej, acz częściowej, satysfakcji" (str. 46).

Czasami takie "wywabianie" skutków nadużyć seksualnych z dzieciństwa wymagało naprawdę twórczego interpretowania faktów. W broszurze pod tytułem "Dzieci nie zaburzone poważnie przez kazirodczy związek z rodzicem", Yorukoglu i Kemph (1966) opisują dwa przypadki - trzynastoletniego Jima i siedemnastoletniej Jean, którym - według autorów - kazirodztwo uprawiane z rodzicem przeciwnej płci właściwie "nic poważnego nie zrobiło". Jednakże Jim miał okresowe

napady manii samobójczej i długą historię zachowań seksualnych wobec rówieśników, ekshibicjonizmu wobec młodszych, a prócz tego kradzieży, podpaleń i aktów wandalizmu. Zasadniczo jednak zdiagnozowano go jako "dziecko manipulujące, łagodne i przymilne" (Yorukoglu i Kemph, 1966, str. 113). Jean miała gwałtowne napady lęku i na wiele bodźców reagowała ucieczką w fantazje.

Yorukoglu i Kemph tłumaczą te fakty przypominając, że - jak powszechnie wiadomo - edypalne fantazje mogą spowodować gwałtowny skutek. Stąd to, według nich, to edypalne fantazje szkodzą bardziej niż kazirodztwo, gdyż w dzieciach tych, mimo że mu uległy, nie było żadnych chorych objawów. Pozytywne rezultaty kazirodztwa miały polegać na tym, że zanim dzieci je rozpoczęły, musiały wytworzyć sobie owe szkodliwe edypalne fantazje, które seks z dorosłym rodzicem tylko niwelował (Yorukoglu i Kemph, 1966, str. 123). Odnosząc się po latach do tego przykładu, De Young (1982) zauważa, iż "można mieć uzasadnione wątpliwości, czy Jim i Jean podzielałyby wnioski autorów, że: *kazirodztwo nie dotknęło ich poważnie*" (str. 48). Ich jednak nikt o to nie pytał.

Jednak nie wszystkie historyczne postacie uważały wykorzystywanie seksualne dzieci za dobrodziejstwo. Zwłaszcza to, co ponad pół wieku temu, z wielkim zaangażowaniem i mocą, pisał w prasie Ferenczi na temat dynamiki takiej wiktymizacji, do dziś jest bardzo odkrywcze (Ferenczi, 1933/1949). Badania Kaufmana, Peck'a i Tagiuri (1954), oraz Sloane'a i Karpińskiego (1942) również wskazują na negatywne konsekwencje.

Jednak przeważający ton tamtych badań pozwalał Gagnonowi mówić w podsumowaniu o "stosunkowo małych skutkach - tak seksualnych, jak pozaseksualnych - jakie te wczesne doświadczenia wywierają na przystosowanie ofiar w życiu dorosłym" (Gagnon, 1965, str. 177). Wtórował mu Brunold (1964): "Utrzymywanie się psychologicznych ran jako rezultatu seksualnych napaści doznanych w dzieciństwie, jest bardzo rzadkie" (str. 8). Niektórzy bardzo długo podtrzymywali sugestie, że wykorzystywanie seksualne dziecka może mieć na nie pozytywny wpływ. W 1979 roku, na konferencji naukowej poświęconej temu zagadnieniu, pewien profesor socjologii z Zachodniej Wirginii głosił, że kazirodztwo: "jest pozytywnym i zdrowym doświadczeniem, albo - w najmniej korzystnej wersji - czymś neutralnym i nieistotnym" (DeMott, 1980). Należy uczciwie i odważnie przyznać, że przed rokiem 1980 szkodliwość nadużyć seksualnych wobec dzieci raczej nie była uznawana.

Depresja

Współczesne badania na tym polu zaczęły się w latach siedemdziesiątych. Wcześniejsze - często były anegdotyczne i skażone mnóstwem usterek metodologicznych, a w tym: brakiem obiektywnych danych, złym doborem lub wręcz brakiem grup kontrolnych, czy ich niewystarczającą liczebnością (Mrazek i Mrazek, 1981). Nowsze badania nad tym, czy określone symptomy są bardziej powszechne u dorosłych ofiar nadużyć seksualnych niż w innych grupach klinicznych i pozaklinicznych, dysponowały rozsądniejszymi metodami. W szczególności depresje, lęki oraz potraumatyczne zaburzenia wskutek stresu (PTSD) zdecydowanie częściej występowały w populacji wykorzystywanej seksualnie jako dzieci.

Z tych trzech objawów, najczęściej spotykana u dorosłych ofiar jest depresja (Browne i Fnkelhor, 1986a, 1986b). Dla przykładu, Anderson, Yasenik i Ross (1993) wykryli symptomy depresyjne u 94.1% badanej przez nich grupy 51 dorosłych ofiar nadużyć seksualnych, co jest wyższym odsetkiem niż w przypadku zaburzeń dysocjacyjnych, osobowościowych czy uzależnień od substancji chemicznych. Podobnie twierdzi Gelinas (1981): "Większość ofiar kazirodztwa wymaga nie tyle leczenia samego kazirodztwa, ile objawów związanych z przewlekłymi depresjami" (str. 487). Tablice 5.1 i 5.2 zamieszczają studia na temat występowania depresji u dorosłych ofiar seksualnego wykorzystywania w dzieciństwie.

Tablica 5.1 Badania pozakliniczne nad depresją i seksualnym wykorzystywaniem dzieci

Opracowanie	Liczebność grupy	Charakter grupy	% występowania depresji w grupie ofiar SWD*	%występowania depresji w gr. kontrolnej
Bagley i Ramsay 1986	82 ofiary SWD; 285 osób w grupie kontrolnej	społeczna losowa kobiet	17%****	9%
Briere i Runtz 1988c	33 ofiary SWD; 191 osób w grupie kontrolnej	licealistki	wyraźnie wyższy odsetek depresji w grupie z SWD; (na podst tabel Hopkins Symptom Checklist)	
Elliot i Briere 1992	761 ofiar SWD; 2072 osób w grupie kontrolnej	kobiety wolnego zawodu	wyraźnie wyższy odsetek depresji w grupie z SWD; (na podst tabel Trauma Symptom Checklist-40)	
Fromuth i Burkhart 1989	81 ofiar SWD; 501 osób w grupie kontrolne	licealiści	brak różnicy; (na podst. Beck Depression Inventory)	
Fromuth 1986	106 ofiar SWD; 376 osób w grupie kontrolnej	licealistki	brak różnicy; (na podst. Beck Depression Inventory)	
Gold i kol. 1994	96 ofiar SWD; 438 osób w grupie kontrolnej	licealistki	brak różnic między grupą z SWD a grupami kobiet bez SWD i kobiet napastowanych w wieku dojrzałym; (na post. tabel depresji Trauma Symptom Checklist)	
Greenwald i kol. 1990	54 ofiary SWD; 54 osoby w grupie kontrolnej	pielęgniarki	wyraźnie wyższy odsetek depresji w grupie z SWD; (na post. tabel depresji Brief Symptom Inventory)	
Murphy i kol. 1988	120 ofiar SWD; 81 ofiar nadużyć seksualnych w wieku dojrzałym;184 osoby w grupie kontrolnej	kobiety z różnych środowisk	w grupie traumatyzowanej seksualnie i jako dzieci i jako dorośli wynik wyższy (według Derogatis Symptom Checklist 90-R); w grupie tylko z SWD - bez różnic.	
Peters 1988	71 ofiar SWD; 48 osób w grupie kontrolnej	kobiety z różnych środowisk	85% w grupie nadużyć kontaktowych** 59% w grupie nadużyć bezkontaktowych 6% w grupie kontrolnej	
Saunders i kol. 1992	131 ofiar SWD; 260 osób w grupie kontrolnej	kobiety dobrane losowo	34% w grupie nadużyć bezkontaktowych 46% w grupie seksualnie molestowanej** 49% w grupie zgwałconej w dzieciństwie*** 28% w grupie kontrolnej	
Saunders i kol. 1991	339 ofiar gwałtu w dzieciństwie; 3669 osób w grupie kontrolnej	grupy dobrane losowo	grupa zgwałcona w dzieciństwie: dwukrotnie większe ryzyko ciężkiej, stałej depresji przez całe życie i trzykrotnie większe bieżące ryzyko epizodów depresji	
Sedney i Brooks 1984	51 ofiar SWD; 51 osób osób w grupie kontrolnej	licealistki	65**; 18 % hospitalizowanych	43; 4% hospitalizowanych
Stein i kol. 1988	82 ofiary SWD; 2601	losowo;	ciężka depresja przez całe życie - tylko kobiety - 22%** bieżąca u wszystkich ofiar - 13 %** - u kobiet - 17%**	grupa kontrolna 6% 2% 3%

*SWD - seksualne wykorzystywanie w dzieciństwie; **p < 0.05; ***p < 0.01; ****p < 0.001.

Dziewięć spośród trzynastu opracowań dla grup pozaklinicznych wykrywa zwiększoną częstotliwość depresji u badanych osób, które jako dzieci podlegały seksualnym nadużyciom. Poza trzema, które tego nie stwierdzają, jedno (Murphy i kol., 1988) podaje, że tylko osoby wykorzystywane i w dzieciństwie i w wieku późniejszym częściej zapadały na depresje niż grupa kontrolna. Owe trzy (Fromuth, 1986; Fromuth i Burkhart, 1989; Gold, Milan, Mayall i Johnson, 1994) zwyczajnie nie stwierdzają pod tym względem różnic między ofiarami a grupą kontrolną. Jednakże ofiary badane przez Fromutha i Burkharta w większości podlegały dość łagodnym formom nadużyć. Jednak te opracowania, które mówią o różnicach, zwykle mówią o dużych różnicach. Na przykład Stein, Golding, Siegel, Burnam i Sorenson (1988) wskazują, w porównaniu do grupy kontrolnej, na utrzymującą się trzykrotnie większą częstotliwość bieżących zaburzeń afektywnych u kobiet wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie. Prawdopodobieństwo bieżącego występowania ciężkiej depresji wzrastało w tej populacji czterokrotnie, a ciężkiej, stałej depresji - sześć i pół krotnie.

Tablica 5.2 Badania kliniczne nad depresją i seksualnym wykorzystywaniem dzieci

Opracowanie	Liczebność grupy	Charakter grupy	% depresji u ofiar SWD*	% depresji w gr. kontrolnej
Anderson i kol. 1993	51	kliniczna	94.1	brak grupy kontrolnej
Bagley i McDonald 1984	20 ofiar SWD; 37 ofiar innych nadużyć; 20 osób w grupie kontrolnej	kliniczna - ofiary; pozakliniczna - porównawcza	SWD powiązane z depresją; (na podst. tabel depresji kwestionariuszy Middlesex Hospital)	
Bryer i kol. 1987	14 ofiar SWD; 15 ofiar SWD + przem. fiz.; 10 ofiar przem. fiz; 27 osób bez nadużyć		nieznacznie podwyższony wskaźnik (w Millon Clinical Multiaxial Inventory)	
Gold 1986	103 ofiary SWD; 88 osób w grupie kontrolnej	kliniczna - ofiary; pozakliniczna mieszana grupa. kontrolna	Wyraźnie wyższy wskaźnik w grupie z WSD; (na podst. Beck Depression Inventory)	
Herman 1981	40 ofiar SWD; 20 osób w grupie kontrolnej	kliniczna kobiet ofiar fiz. kazirodztwa; pacjentki lecznictwa otwartego - córki uwodzących ojców	60	55
Meiselman 1978	26 ofiar SWD; 50 osób w grupie kontrolnej	kliniczna kobiet ofiar kazirodztwa; pacjenci leczn. otwartego	35	23
Tsai i kol. 1979	30 ofiar SWD; dwie grupy kontrolne po 30 osób	kliniczna ofiar SWD; pozakliniczna ofiar SWD; pozakliniczna bez SWD	W grupach z WSD wyraźnie wyższy wskaźnik na podst. tabel MMPI Depression; kliniczna z SWD nie podwyższona w por. z pozakliniczną z SWD	

*SWD seksualne wykorzystywanie w dzieciństwie

Spośród opracowań dotyczących pacjentów klinicznych, jedno (Anderson i kol. 1993) w ogóle nie posiada grupy porównawczej. Jednakże odsetek depresji, jaki podaje, jest tak wysoki, że trudno sobie wyobrazić nawet zbliżony w grupie kontrolnej. Z pozostałych studiów klinicznych, trzy (Bagley i McDonald, 1984; Gold, 1986; Tsai i kol. 1979) wykrywa większą częstotliwość występowania depresji u dorosłych ofiar nadużyć seksualnych w porównaniu do osób bez takiej traumy, podczas gdy dwa (Herman, 1986; Mieselman, 1978) – nie stwierdzają tego. Bryer, Nelson, Miller i Kroll (1987) w jednej swojej sondzie wykryli pewną różnicę między tymi grupami, a w innej nie.

Jak widać, w grupach klinicznych korelacja depresji i wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie nie występuje tak często, jak w pozaklinicznych. Można to tłumaczyć faktem, że zwykle sama depresja jest powodem skłaniającym do podjęcia leczenia. Stąd też grupy kliniczne same się selekcjonują w kierunku częstszego występowania depresji.

Bezkontaktowe nadużycia seksualne (np.: nękanie dziecka ekshibicjonizmem lub podglądanie go) niekoniecznie niosą takie samo ryzyko późniejszego występowania depresji, jak trauma fizycznego kontaktu. Dwa opracowania, które wprowadzają to rozróżnienie (Peters, 1988; Saunders, Villeponteaux, Lipowsky, Kilpatrick i Vernonen, 1992) wykazują różnice między grupą kontrolną a ofiarami nadużyć seksualnych kontaktowych, lecz między grupą kontrolną a ofiarami nadużyć bezkontaktowych – nie. Jednak i tu znajdujemy pasujący do naszej układanki element, który przeciwstawia się powyższemu trendowi. Saunders i kol. (1992) wykrywają, że tzw. bieżące ryzyko depresji – depresji obecnej w czasie przeprowadzania badań – jest trzy i pół raza wyższe w grupie ofiar bezkontaktowych niż w grupie nie-ofiar.

Oczywiście depresja ani nie jest przejściowa, ani nie występuje z opóźnieniem. Lanktree, Briere i Zaidi (1991) podają, że w ich grupie 11 ofiar wykorzystywanych w dzieciństwie i w wieku dorastania ryzyko wystąpienia ciężkiej depresji jest czterokrotnie większe niż w 24-osobowej pozaklinicznej grupie porównawczej (36% do 8%). Podobnie Koverola, Pound, Heger i Lytle (1993) stwierdzają, że dwie trzecie z ich 39-osobowej grupy ofiar – dziewczynek pomiędzy 6 a 12 rokiem życia - spełnia kryteria depresji według *DSM-III-R* (Diagnostic and Statistic Manual –

klasyfikacja i definicje jednostek nozologicznych w/g Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego). Wreszcie Dubowitz, Black, Harrington i Verschoore (1993) wykazali w ich 93 osobowej grupie ofiar – dzieci przed okresem dojrzewania – niezmienną, wyraźną depresję, która utrzymywała się przez przynajmniej cztery miesiące.

Mimo, że wśród ofiar nadużyć seksualnych w dzieciństwie depresja pojawia się często, mogą ją powodować również inne formy wczesnej traumy. Szczególnie często zapadają na depresje ofiary maltretowane fizycznie (Briere i Runtz, 1988a; Cole, 1986; Elliott i Briere, 1991a; Henschel, Briere, Magallanes i Smiljamich, 1990; Runtz 1987a), jak również dzieci alkoholików i narkomanów (Benson i Heller, 1987; Elliott i Briere, 1991a; Hibbard, 1989; Parker i Harford, 1988) i ofiary wykorzystywania emocjonalnego (Briere i Runtz, 1988a; Henschel i kol., 1990; Vissing, Straus, Gelles i Harrop, 1991).

Niewiele pozostaje więc wątpliwości, że wykorzystywanie w dzieciństwie łączy się z depresją, tak w wieku dorosłym, jak i nieletnim. Jednak obecność tej korelacji nie odpowiada jeszcze na pytanie, czy jest ona przypadkowa, czy przyczynowa. Zarówno bowiem nadużycia seksualne, jak i same depresje mogą wiązać się z trzecim wariantem - na przykład z patologią rodziny (Peters, 1988). Nawet jeśli depresja jest przypadkowa, nie da się wyjaśnić jej dynamiki samym faktem towarzyszenia nadużyć. Czy nie może ona być też wynikiem zmienionego postrzegania świata, brać się z nieprawidłowości w relacjach z rówieśnikami, z zaburzonych związków uczuciowych lub z postrzegania siebie jako osoby zepsutej i złej? Czy u różnych ludzi nie dochodzą do głosu różne czynniki? Pochodzenie depresji jest ważne o tyle, że w zależności od jej etiologii będzie ona wymagać różnej terapii. Sama konstatacja jej obecności w ofiarach nadużyć seksualnych z dzieciństwa nie wystarcza, by wiedzieć co z nią zrobić. Omówię to w dalszej części rozdziału.

Lęk

Chroniczny, nieraz ostry lęk podobnie często wiąże się z historią seksualnych nadużyć z dzieciństwa. Tablica 5.3 zamieszcza sześć opracowań ten na temat dotyczących pozaklinicznych grup ofiar, a tablica 5.4 - trzy opracowania dla grup klinicznych. Studia te dowodzą wyraźnej zależności między występowaniem lęku a wykorzystywaniem seksualnym i wszystkie traktują go zasadniczo jako symptom, podczas gdy Stein i kol. (1988) oraz Saunders i kol. (1992) stosują bardziej kompleksowe kryteria, właściwe diagnozowaniu zaburzeń lękowych.

Tablica 5.3 Pozakliniczne badania na temat lęku i nadużyć seksualnych w dzieciństwie

Opracowanie	Liczebność grupy	Charakter grupy	% lęku u ofiar SWD*	% lęku w gr. kontrolnej
Bagley i Ramsay (1986)	82 ofiary SWD do 285 osób w gr. kontrolnej	pozakliniczna, losowa kobiet	wyraźnie wyższe wyniki wśród ofiar SWD według skali lęku Middlesex Hospital Questionnarie	
Briere i Runtz (1988b)	33 ofiary SWD do 191 osób w gr. kontrolnej	uczennice liceów	wyraźnie wyższe wyniki wśród ofiar SWD według skali lęku Hopkins Symptom Checklist	
Fromuth (1986)	106 ofiar SWD do 376 osób w gr. kontrolnej	uczennice liceów	wyraźnie wyższe wyniki wśród ofiar SWD według skali fobii lękowej Hopkins Symptom Checklist (nie skali lęku)	
Gold i kol. (1994)	96 ofiar SWD do 438 osób w gr. kontrolnej	uczennice liceów	wyraźnie wyższe wyniki wśród ofiar SWD według skali lęku Trauma Symptom Checklist (nie fobii lękowej)	
Murphy i kol. (1988)	120 ofiar SWD do 265 osób w gr. kontrolnej	pozakliniczna, losowa kobiet	wyraźnie wyższe wyniki wśród ofiar SWD według skali lęku Derogatis Symptom Checklist 90-R	
Sedney i Brooks (1988)	35 ofiar kazirodztwa 16 ofiar swd poza rodziną do 51 osób w gr. kontr.	uczennice liceów	wyraźnie wyższy poziom lęku niż w grupie kontrolnej tylko wśród ofiar kazirodztwa	

* SWD - seksualne wykorzystanie w dzieciństwie

Tablica 5.4 Kliniczne badania na temat lęku i seksualnego wykorzystywania w dzieciństwie

Opracowanie	Liczebność grupy	Charakter grupy	lęk u ofiar SWD*	lęk w grupie kontrolnej
Briere i Runtz (1988b)	67 ofiar SWD do 85 osób w gr. kontrolnej	klienci w kryzysie	ataki lękowe - 54*** bloki mięśniowe - 66**	ataki lękowe - 28 bloki mięśniowe - 44
Bryer i kol. (1987)	14 ofiar SWD + 15 ofiar SWD i nadużyć fizycznych do 10 przypadków samych nadużyć fizycznych do 37 osób nie wykorzystanych	kobiety, pacjentki zamkniętego oddziału psychiatrycznego	wyraźnie wyższe wyniki wśród ofiar SWD według skal: SCL-90-R i Millon Clinical Multiaxial Inventory	
Herman i Schatzow (1987)	53 ofiary SWD	pacjenci lecznictwa otwartego	26 % z chronicznym, ostrym lękiem	

* SWD - seksualne wykorzystywanie w dzieciństwie; ** - p < .01; *** - p < .001.

Wyniki obu tych zestawień są wstrząsające. Saunders i kol. (Tablica 5.5) wykryli, że w porównaniu z kobietami, które nie doznawały nadużyć, ofiary gwałtu w dzieciństwie podlegają w ciągu całego życia 4,5 razy większemu ryzyku rozwinięcia się agorafobii, 7.5 razy większemu ryzyku obsesyjno-kompulsywnych zaburzeń oraz 4,6 razy większemu prawdopodobieństwu wystąpienia fobii towarzyskiej. W okresie przeprowadzania badań (tzw. ryzyko bieżące) kobiety z grup ofiar 16 razy częściej cierpiały na agorafobię, czterokrotnie częściej - na ataki paniki, pięciokrotnie częściej - na obsesyjno-kompulsywne zaburzenia i czterokrotnie - na fobię towarzyską w porównaniu do osób, które nie doznawały nadużyć seksualnych w dzieciństwie (tablica 6).

Tak samo (tablica 5.7) Stein i kol. (1988) znaleźli - zarówno w momencie dokonywania badań jak i w ciągu całego życia ofiar nadużyć seksualnych z dzieciństwa - wyższy odsetek zaburzeń lękowych i różnych fobii, tak w grupie łączonej mężczyzn i kobiet, jak i w grupie wydzielonej samych kobiet. W porównaniu do osób nie dotkniętych tą traumą, grupa łączona wykazywała 2.6 razy częstsze występowanie zaburzeń lękowych w ciągu całego życia i 3.5 razy - w chwili badania. Ta sama grupa wykazywała w ciągu całego życia ponad dwukrotnie większe prawdopodobieństwo występowania fobii i dziesięciokrotnie większe - ataków paniki. Podobnie było w wydzielonej grupie kobiet. Badane wykazywały 2.6 razy większe ryzyko pojawienia się zaburzeń lękowych w całym życiu i 2.7 razy - w okresie bieżącym. Ponad dwa razy częściej spotykano u ofiar także fobie. Charakterystyczne, że współczynnik ten zasadniczo nie różni się - poza dziesięciokrotnym w grupie mieszanej - u kobiet i u mężczyzn.

Tablica 5.5 Ryzyko wystąpienia w życiu zaburzeń lękowych u kobiet wykorzystywanych seksualnie jako dzieci

Rozpoznanie	35 ofiar nadużyć bezkontaktowych	57 ofiar seksualnego molestowania	39 ofiar gwałtu	260 nie ofiar
Agorafiobia*			18***	4
Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne		11**	15***	2
Fobia towarzyska			23	5

według: Saunders i kol. (1992), przedruk za zgodą Sage Publicatins, Inc.; * - brano pod uwagę tylko bardzo silne objawy; ** - p < .05; *** - p , .001.

Beitchman i kol. (1992) sugerują, że wysoka częstotliwość występowania lęków u ofiar może też wiązać się z użyciem siły. Zauważa, że z siedmiu opracowań na temat zaburzeń lękowych i seksualnych nadużyć w dzieciństwie, trzy wskazują na powszechne użycie siły w chwili napastowania lub groźbę jej użycia, a z pozostałych czterech - trzy nic nie mówią o przemocy. Beitchman dochodzi więc do wniosku, że nie wiadomo czy symptomy lękowe wiążą się z samym seksualnym wykorzystywaniem, czy z faktem użycia siły.

Tablica 5.6 Ryzyko bieżące zaburzeń lękowych u kobiet seksualnie wykorzystywanych jako dzieci

Rozpoznanie	35 ofiar nadużyć bezkontaktowych	57 ofiar seksualnego molestowania	39 ofiar gwałtu	260 nie ofiar
Agorafobia			13***	8
Ataki paniki			8*	2
Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne		9*	10**	2
Fobia towarzyska			15***	4

wed³ug: Saunders i kol. (1992), przedruk za zgod¹ Sage Publicatins, Inc.; * - p < 0.05; ** - p< 0.01; *** - p , 0.001.

Jednakże myślenie, że przemoc wpływa na lęki samodzielnie, jest mało logiczne, gdyż każde z trzech cytowanych przez Beichtmana opracowań (Briere, 1984; Herman i Schatzow, 1987; Murphy i kol., 1988), które wykazują powszechne stosowanie siły, identyfikuje też inne symptomy wiążące się z nadużyciami seksualnymi z dzieciństwa. Przemoc, oczywiście, obniża wyniki psychologiczne (Briere i Runtz, 1988c; Schetky, 1990; Wolfe, Sas i Wekerle, 1994), choć powinna być widziana jako integralna część innych zachowań, a nie samodzielnie. Jeśli już, to – jak zobaczymy – to najbardziej bezpośredni związek między samym użyciem siły a następstwami zachodzi w przypadku powstawania PTSD.

Tablica 5.7 Ryzyko w życiu i ryzyko bieżące zaburzeń lękowych u dorosłych wykorzystywanych seksualnie jako dzieci

	wszyscy badani		tylko kobiety	
Rozpoznanie	82 osoby wykorzystane	2601 osób nie wykorzystanych	51 osób wykorzystanych	1307 osób nie wykorzystanych
Zaburzenia lękowe w całym życiu	29*	11	37*	14
Fobia	23*	10	34*	13
Ataki paniki	8*	8		
Zaburzenia lękowe bieżące	21*	6	24*	9

wed³ug: Stein i kol. (1988), przedruk za zgodą Sage Publications, Inc.; * - p < 0.05.

Rewiktymizacja i jej związek z depresją i lękiem

Dlaczego długofalowe następstwa miałyby się wiązać z właśnie historią seksualnego napastowania w dzieciństwie? Czy to nie sama rewiktymizacja w wieku dorosłym wywołuje takie symptomy? Ciekawe pytanie, prawda? Badania niezmiennie wykazują, że dorosłe ofiary nadużyć seksualnych znacznie częściej niż inni ulegają ponownemu wykorzystaniu poprzez fizyczne maltretowanie i napaści seksualne, co zresztą często idzie w parze (Briere i Runtz, 1988b; Fromuth, 1986; Herman, 1981; Russell, 1986; Wyatt, Guthrie i Notgrass, 1992).

Oto przykłady. Wyatt i kol. (1992) odkryli u kobiet wykorzystywanych w dzieciństwie 2,4 krotnie większe prawdopodobieństwo seksualnej rewitktymizacji w życiu dorosłym niż w grupie kontrolnej. Russell (1986) podaje, że ofiary kazirodztwa dużo częściej ulegają nie tylko ponownym nadużyciom w formie gwałtu lub usiłowania gwałtu w wieku powyżej 14 lat, niż kobiety, które nie były w dzieciństwie wykorzystywane (75% do 36%). Ofiary te również w małżeństwie są prawie trzykrotnie częściej gwałcone i ponad dwukrotnie częściej maltretowane fizycznie. W grupach Judith Herman dwadzieścia osiem procent kobiet dotkniętych w dzieciństwie fizycznym

kazirodztwem było maltretowane w wieku dorosłym w porównaniu do jednej z dwudziestu (5%), które były przez ojców uwodzone bez fizycznego kontaktu seksualnego. Briere i Runtz (1988b) wykazują, że wśród klientów, podejmujących terapię z powodu życiowego kryzysu, 49% osób w grupie ofiar seksualnych nadużyć było maltretowane fizycznie w wieku dorosłym w stosunku do 18% takich przypadków u pozostałych. Ponad dwa razy częściej (18% do 8%) odnotowywali gwałty. Schetzky (1990) na podstawie przeglądu swoich badań wywnioskowała, że dokładnie połowa dorosłych ofiar ulega rewiktymizacji w jakiejś formie (str. 44).

Jasno też widać, że do ponownej wiktymizacji częściej dochodzi wśród ofiar seksualnej traumy z dzieciństwa niż wśród ofiar fizycznych nadużyć. Runtz (1987b) odkryła, że blisko połowa (44%) jej grupy dorosłych wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie była w taki sam sposób napastowana również w okresie dojrzewania i w młodości – w porównaniu do 20% takich przypadków wśród ofiar fizycznej przemocy.

Z powodu wysokiego odsetka występowania ponownej wiktymizacji wśród ofiar istnieje prawdopodobieństwo, że część literatury opisująca skutki dziecięcej traumy jest zabarwiona także skutkami maltretowania i seksualnych nadużyć w wieku dorosłym. Pewne uzasadnienie tych podejrzeń można znaleźć w badaniach zespołu Resnich, Kilpatrick, Dansky, Saunders i Best (1993). Autorzy ci podają, że u 39% kobiet napastowanych fizycznie w dzieciństwie wystąpiły w życiu potraumatyczne zaburzenia wskutek stresu (PTSD), a 18% wykazywało je na bieżąco. Następnie dane te porównują z ofiarami gwałtu w życiu dorosłym lub dzieciństwie. Tutaj PTSD występowało w życiu u 32% ofiar i na bieżąco u 12%. Dowodzi to, że fizyczne nadużycia równie często, a nawet częściej, niż sama seksualna napaść, mogą prowadzić do potraumatycznych zaburzeń wskutek stresu.

Niewiele opracowań porównuje wprost osoby wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie do osób wykorzystywanych seksualnie w wieku dorosłym do jeszcze następnej, trzeciej grupy - ofiar, które podlegały seksualnym nadużyciom i jako dzieci i jako dorośli. Jedno z nich (Murphy i kol., 1988) dla tej trzeciej grupy podaje najwyższy odsetek występowania kompulsywno-obsesyjnych zachowań, objawów somatycznych, depresji, lęków i wrogości wobec otoczenia.

Dużo mniejsza symptomatyczność w grupie ofiar napaści w samym wieku dorosłym, niż w grupie, która podlegała nadużyciom i w dzieciństwie i w późniejszym życiu, świadczy, że seksualne wykorzystywanie dzieci niewątpliwie powoduje w nich skłonność do ulegania rewiktymizacji w wieku dorosłym. Istotnie, ofiary seksualnego wykorzystywania z dzieciństwa i wieku dojrzewania wykazują większe symptomy lękowe niż inni ludzie, podczas gdy ofiary napastowane seksualnie tylko w dorosłości nie różnią się poziomem lęku od osób, które ominęła ta trauma.

Jest to zaskakujące, jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że dziecięca seksualna trauma jest odległa od teraźniejszości często nawet o kilka dekad, a napaść w wieku dorosłym jest i dużo świeższym doświadczeniem, i z definicji wiąże się z fizyczną przemocą. Czemu więc osoby wykorzystywane seksualnie jako dzieci wykazują większą częstotliwość i siłę lęków, a nie wykazują jej ci, których seksualna trauma spotkała w wieku dorosłym? Dzisiaj jeszcze nie da się na to odpowiedzieć w sposób ostateczny, chociaż odkrycie to dowodzi, że przynajmniej części symptomów związanych z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie nie da się wyjaśnić samą rewiktymizacją w wieku dorosłym.

Jest więc jasne, że osoby wykorzystywane seksualnie jako dzieci podlegają w wieku dorosłym wyraźnie wyższemu ryzyku nadużyć seksualnych i fizycznych. Jasne jest też, że fizyczne maltretowanie i seksualne nadużycia wycierpiane w wieku dorosłym również mogą prowadzić do psychologicznych objawów. Natomiast w przypadku osób, które trauma seksualna dotykała i w dzieciństwie i w życiu dorosłym, mniej jasne jest z którego okresu biorą się ich symptomy – czy z zadawnionych urazów, czy z dużo późniejszych doświadczeń. Opierając się na najnowszych badaniach, należy wnioskować, że i z jednego i z drugiego. Seksualne nadużycia z okresu dziecięcego same z siebie posiadają silny ujemny wpływ na późniejsze funkcjonowanie ofiar. Rewiktymizacja w wieku dorosłym dodatkowo pogarsza ich stan.

Etiologia lęków i depresji
u dorosłych ofiar wykorzystania seksualnego w dzieciństwie

Związek lęków i depresji z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie nie podlega dyskusji. Wprawdzie może go nie wykazać pojedyncze studium dla jakiejś specyficznej grupy czy kryteriów, lecz przeważają - i przerażają - dowody, że lęk i depresja ciągną się nieraz wiele dziesiątków lat od momentu ustania nadużyć. Dlaczego tak się dzieje, jest już znacznie mniej jasne. W jaki więc sposób wykorzystanie seksualne jest obecne w życiu dorosłej ofiary, że stale może powodować w niej lęki i depresje?

Literatura naukowa niewiele tu wyjaśnia, dopiero praktyka i doświadczenie kliniczne wskazuje, że lęki i depresje są: (a) - wywoływane przez uczuciowe retrospekcje niezależnie od tego czy ofiara zachowała wykorzystanie w pamięci, czy nie; (b) - wtórne wobec spaczonego postrzegania rzeczywistości i zinternalizowanych przez ofiarę projekcji oprawcy na temat nadużyć i niej samej; i/lub (c) - wtórne wobec bieżących wydarzeń, np. rewiktymizacji czy strat wynikających z wykorzystywania.

Uczuciowe retrospekcje

Wielu autorów (Briere i Runtz, 1993; Eth i Pynoos, 1985; Tsai i kol., 1979; van der Kolk, 1987; Wheeler i Berliner, 1988; Wolfe i kol., 1994) zwraca uwagę na niezwykły stopień, w jakim zmysłowe bodźce (np. określone zapachy, dźwięki, przedmioty czy zjawiska) mogą przywoływać i ożywiać doświadczenia wykorzystania czy retrospekcje samych uczuć. Taki mechanizm wyzwalający jest jednym z kryteriów PTSD zamieszczonym w DSM-IV.

Retrospekcje takie mogą występować bez jakichkolwiek świadomych wspomnień wykorzystywania - świadczy o tym opis przypadku kobiety, która przeżyła w 1942 r. pożar nocnego klubu Cocount Grove (van der Kolk, 1987). Przez dziesiątki lat nie pamiętała nic z tych wydarzeń, lecz w pewnych okresach życia dręczyły ją epizody psychotyczne, w których uskarżała się, że do jej ciała dostają się jakieś gazy i przepływa przez nie prąd. (Odzyskana przez nią w końcu pamięć pożaru uwolniła między innymi obraz pomieszczenia napełniającego się dymem i płomieni, które rozprzestrzeniały się po przewodach elektrycznych).

Hospitalizowna wypytywała innych pacjentów, ilu ludzi wyratowali z ognia, a raz próbowała ewakuować wszystkich ze szpitala, domagając się wyjęcia drzwi z zawiasów. (W czasie pożaru w klubie główne, obrotowe drzwi zostały zablokowane przez napierający tłum, a wyjście awaryjne było zaryglowane). Kilka razy trafiała na oddział wskutek interwencji policji, gdyż uruchamiała w publicznych budynkach alarmową instalację przeciwpożarową i wzywała ludzi do ewakuacji. Kiedyś podniosła krzyk w supersamie, że z sufitu ulatnia się gaz, który wszystkich uśmierci. Zapewniała potem na pewnym przyjęciu, że ocaliła przez to 1500 ludzkich istnień.

Z pewnością każdy klinicysta, na codzień obcujący z traumą, spotykał klientów z tak głębokim typem retrospekcji. Wybuchają one z pełną siłą i obejmują aktywne uwalnianie dawnych przeżyć w postaci halucynacji czy zachowań dysocjacyjnych. Jednakże ta skrajna forma wcale nie jest najczęstsza. Dużo powszechniejsze są retrospekcje uczuciowe, gdzie pewien mechanizm spustowy – np. zapach podobny do płynu po goleniu jakiego używał napastnik – wyzwala w ofierze takie same uczucia, jakich doświadczała dawno temu w czasie wykorzystywania (np. rozpacz, lęk, strach czy wstręt).

Taki splot nie zawiązuje się przy udziale percepcji. Klient zwykle nie uświadamia sobie co jest dla niego spustem, nawet jeśli zna historię swojego wykorzystywania. Jak zauważa van der Kolk (1987), ofiara: "ma skłonność do reagowania na późniejsze stresy tak, jakby były dokładnym powtarzaniem się traumy. Doświadcza wtedy takiej intensywności uczuć, jaka odpowiadała pierwotnym urazom, jednak nie uświadamia sobie ich historycznego kontekstu" (str. 7).

Stąd też uczuciowa retrospekcja to najczęściej nagła, przygniatająca erupcja negatywnych uczuć, które opanowują ofiarę znienacka i w przypadku gdy nie jest świadoma zadziałania

konkretnego spustu, nie mają dla niej żadnego sensownego odniesienia. "Nie potrafię tego pojąć! - tłumaczy się – Miałam taki dobry dzień. I nagle, bez najmniejszego powodu, zachciało mi się umrzeć. Czarna dziura i śmierć." Dokładne odtworzenie równoległych zdarzeń może, ale nie musi, wyświetlić, co było dla ofiary spustem (na przykład bo mignął jej na ulicy samochód z lat pięćdziesiątych podobny do tego, w którym molestował ją ojciec podczas niedzielnych wypadów za miasto).

Taka sekwencja zdarzeń przypomina działanie czynnego wulkanu. Pod kraterem znajduje się kanał: gigantyczna nitka, którą lawa dochodzi z głębi pod samą powierzchnię. W zetknięciu z powietrzem staje się szara, podobna do asfaltu i przypomina wielką betonową amebę. Chociaż wokół kanału może być skamieniała, zimna i lita, w samej jego nitce taka nie jest. Cienka, zamykająca ją skorupa może pęknąć pod ciężarem niedzielnego turysty, który zignorował sygnały ostrzegawcze – przecież ta zastygła, szara skała wygląda absolutnie pewnie – i postanowił zrobić sobie zdjęcie na dnie krateru.

Ten makabryczny obraz nie jest przypadkowy. Dorosła ofiara traumy może czuć się podobnie do owego turysty - niedzielny wyjazd i odpoczynek, gdy niespodziewanie ziemia się otwiera i uderza w nią nieobliczalny strumień lawy. Nagle czuje się doszczętnie rozbita i nie wie nawet co ją tak w środku zdemolowało.

Ofiara bardzo rzadko dostrzega znaki ostrzegawcze. Biurko podobne do tego, jakie stało u dziadka w sypialni, pewien typ długopisu, którym molestował ją brat, skrzypienie schodów pod zbliżającymi się krokami, stary przebój śpiewany przez Presleya – każdy z takich elementów może sprowokować uczuciową retrospekcję. Żaden z nich nie jest przez nią zarejestrowany jako coś, co wiąże się z dawnym wykorzystaniem, nawet jeśli ofiara zna swoją historię. W czasie retrospekcji postrzeganie otoczenia nie ulega zakłóceniu; ofiara jest nastawiona na odbiór rzeczywistości, zwykle bez najmniejszej nawet myśli o wykorzystaniu. A ponieważ takie życie jest dla niej, łagodnie mówiąc, trudne do zniesienia, zgłasza się na terapię narzekając, że chyba jest "szurnięta".

Bodźce spustowe wyzwalające uczuciowe retrospekcje

Nie wszystkie sytuacje spustowe są aż tak klarowne. Również pewne kategorie zachowań, miejsc czy ludzi często działają jak mechanizm wyzwalający dawne uczucia. Być może najczęściej spotykanym mechanizmem spustowym są kontakty seksualne, ponieważ reprezentują sytuację najbardziej podobne do pierwotnej traumy. (Sliver, Boon i Stones, 1983, podają, że ponad 80% ich kobiecej grupy ofiar kazirodztwa przyznało, że seks wywoływał w nich wspomnienia przeżyć kazirodztwa); Finkelhor, Hotaling, Lewis i Smith (1989) piszą: "Kiedy dzieci są zmuszane do zachowań seksualnych, uczucia lęku i wstrętu zostają w nich warunkowo przypisane seksualności w ogóle" (str. 393); Co więcej kontakty erotyczne u dorosłych również często odbywają się po ciemku, też nieraz towarzyszy im alkohol, a podniecenie seksualne wydatnie osłabia poczucie panowania ofiary nad sytuacją. Wszystkie te czynniki osłabiają osadzenie w rzeczywistości i zwiększają podatność na zranienie.

Empiryczny fakt powiązania seksualnej traumy z dzieciństwa z problemami tej samej natury w wieku dorosłym odnotowywany jest wielokrotnie (np. Biechtman i kol., 1992), mimo, że sama dysfunkcja seksualna definiowana bywa bardzo różnie. Za jej wykładnię uważa się brak zainteresowania seksem, brak reakcji seksualnej, tzw. niewybredność seksualną (zaliczanie partnerów), brak jasności co do swojej orientacji, niezdolność do orgazmu, niezdolność do przeżywania zaspokojenia, lęk przed seksem i unikanie kontaktów (Briere, 1984; Meiselman, 1978; Stein i kol., 1988). Briere i Runtz (1988b) podają, że pacjencji psychiatryczni z historią seksualnego wykorzystania w dzieciństwie ogólnie mają problemy seksualne trzykrotnie częściej niż pacjenci psychiatryczni bez takiej historii. Meiselman (1978) ujawnia, że 87% jej grupy ofiar kazirodztwa zgłasza problemy z seksem (rozumiane jako brak pożądań, brak pewności co do swojej orientacji seksualnej czy tzw. niewybredność seksualna) w stosunku do 20% w grupie kontrolnej. Saunders i Pole (1992) odkrywa, że ofiary gwałtu w dzieciństwie podlegają o połowę większemu ryzyku problemów seksualnych (spełniających kryteria zaburzeń seksualnych według DSM-III) niż nie-

ofiary, a molestowania – o 40%.

Inne opracowania na ogół potwierdzają te odkrycia, choć zwykle mniej zdecydowanie. (Finkelhor, 1979; Gold, 1986; Herman, 1981; Stein i kol., 1988; Tsai i kol., 1979). Tylko kilka zestawień (Fromuth, 1986; Greenwald, Leitenberg, Cado i Tarran, 1990) wskazuje na słaby związek, lub brak związku, między nadużyciami seksualnymi z dzieciństwa, a późniejszymi problemami w sferze życia erotycznego. Co więcej Finkelhor i kol. (1989) stwierdzają, że problemy seksualne utrzymują się także przy obniżonej zmiennej rozpadowości rodziny, co wskazywałoby, że związek ten przynajmniej częściowo powodują uczuciowe retrospekcje, a nie czynniki drugorzędne.

Ogólnie biorąc, trudności z seksem wiążą się dużo wyraźniej z seksualnymi nadużyciami z dzieciństwa, niż z innymi formami traumy. Briere (1992a) podaje, że najczęściej są one pochodną seksualnego, a nie psychicznego czy emocjonalnego, wykorzystywania.

Uczuciowe retrospekcje nie są oczywiście jedyną przyczyną problemów erotycznych w dorosłym życiu. Wiele dzieci dysocjuje się w chwilach wykorzystywania, a później trudno im oduczyć się tego rodzaju obrony. Czy więc tego chcą czy nie, w trakcie seksu automatycznie wyłączają się i choć chroni je to przed bólem, to jednocześnie izoluje przed przyjemnością. Dysocjująca dorosła ofiara rzadko jest entuzjastą seksu i zazwyczaj ten jej brak zainteresowania prowadzi do obniżonej aktywności na tym polu, co w końcu rodzi konflikty z partnerem.

Dodatkowo, wiele ofiar wpada podczas pierwotnych nadużyć w stan podobny do transu, którym, na zasadzie podobnej jak analgezja, znieczula pewne partie ciała. Efekt jest wtedy taki, jak w głębokiej hipnozie. Również tego, raz wyuczonego, sposobu obrony trudno się potem oduczyć i dorosła ofiara mówi, że w trakcie seksualnej aktywności czuje się całkowicie odrętwiała.

Podobnie i lęk może obniżać zainteresowanie seksem. Pewna klientka wyznała mi kiedyś, że jest w stanie podniecić się swoim mężem tylko wtedy, gdy on śpi. W chwili gdy się budził, wpadała w taki lęk, że wszystko jej przechodziło.

Chociaż sytuacje seksualne najczęściej wyzwalają uczuciowe retrospekcje, w żadnym wypadku nie jest to jedyna droga ich powstawania. Na przykład fobia na punkcie dentysty, która jest zwykle przypisywana strachowi przed bólem, może równie dobrze wiązać się z retrospekcjami oralnego seksu z dzieciństwa. Dla niektórych osób uczuciowe retrospekcje powstają pod wpływem jeszcze ogólniejszych kategorii. Nawet samo przebywanie w obecności mężczyzn czy kobiet może budzić w nich silny niepokój.

Alergia na bliskość

Wykorzystywanie seksualne dzieci rzadko wiąże się z fizyczną przemocą, ale zawsze jest przemocą psychiczną, która niszczy zaufanie ucząc, że bliskość to nieuchronna zdrada. Dla takiego rodzaju bliskości charakterystyczna jest wzmożona intensywność. Bliska zażyłość jest pieczołowicie pielęgnowana przez napastnika, któremu miłość dziecka zapewnia zarówno konieczny dostęp na początku jak i chroni przed ujawnieniem po fakcie. "Ludzie, którzy napastują dzieci, są naprawdę fachowcami w tej dziedzinie – chełpił się pewien seksualny oprawca w rozdziale drugim. Kiedy zdobyłeś już sobie zaufanie dziecka, to znaczy, że stało się ono podatne i możesz je zacząć molestować".

To naprawdę gorzka ironia, że pedofile, którzy oznaczają dla dziecka przecież wyłącznie zranienie i krzywdę, często o wiele wytrwalej pracują nad stworzeniem atmosfery bliskości i pozyskaniem jego zaufania, niż ktokolwiek inny w jego bliskim otoczeniu. "Nikt nie jest lepszy dla tych dzieciaków niż ja" – twierdził pewien seksualny napastnik, przechodząc na dowód tego do opisywania metod, jakimi zdobywał sobie "całe ich zaufanie".

Dla wielu ofiar uświadomienie sobie – nieraz kilkadziesiąt lat później – manipulacji, jaka kryła się za tak troskliwą opieką, jest więcej niż rozczarowaniem; wtrąca je to w permanentną nieufność wobec bliskości. Ta przypominająca alergię, głęboko, niemal fizycznie zakorzeniona, awersja przed każdą formą intymności, jest bez porównania istotniejsza niż intelektualne poznanie prawdy, że dawne relacje wcale nie były takie, na jakie wyglądały. "Wyobraź sobie – mówiła mi kiedyś pewna kuratorka – że masz alergię na sok pomarańczowy. Teraz wyobraź sobie, że potrzebujesz go tak

samo, jak dzieci miłości. Jednak za każdym razem, kiedy się go napijesz, jesteś bardzo chora, cierpisz. Tak właśnie wygląda moje obcowanie z tymi dzieciakami". Opowiedziała, że kiedy wykorzystywany seksualnie podrostek próbuje się za bardzo do niej zbliżyć, ona dyskretnie stawia mu granicę. "Bo wiem – tłumaczy – że wtedy właśnie ucieknie. Gdy za bardzo się zbliży. Lęk. Takie dzieci nie potrafią znieść bliskości i w jej efekcie zaraz masz do czynienia z ucieczką".

Intymność jakiegokolwiek rodzaju łatwo wyzwala w dorosłej ofierze uczuciowe retrospekcje, co wystarcza, by uruchomiła ona swoje mechanizmy obronne – przede wszystkim ucieczkowe, lecz także nawet dysocjacyjne. "Nigdy nie zdecydowałam się na dziecko – mówiła mi jedna z klientek. Wiem, że nie zniosłabym nawet najmniejszej bliskości. Intymność od razu wrzuca mnie w dysocjację". Inna, biorąc swoje dziecko na ręce, zawsze trzyma je na wyciągniętych ramionach, z dala od swojego ciała. "Nikony nie umiem pozwolić na taką bliskość" – tłumaczy.

Retrospekcje somatyczne

Chociaż są mniej częste od uczuciowych, retrospekcje somatyczne – np. ból czy fizyczne sensacje w jakiejś części ciała, która ma związek z wykorzystaniem – również mogą być wyzwalane przez jakiś bodziec czy sygnał. Za każdym razem gdy klient dotyka określonych wspomnień czy tematu, oko klinicystki dostrzega, jak trze on nadgarstki czy ramiona, garbi się lub kurczy szyję. Zapytany, odpowiada zwykle, że nie wie dlaczego, ale w szyi, ramionach, plecach czy innej części ciała odczuwa bolesność. Zdarza się to najczęściej, gdy ofiara omawia wspomnienia wykorzystania, któremu towarzyszył jakiś rodzaj przemocy – kiedy była pochwycona, przyduszona czy w inny sposób sponiewierana i obezwładniona przez sprawcę.

Trudniej wyśledzić te somatyczne retrospekcje, które dotyczą genitaliów, odbytu czy piersi, ponieważ ofiary same nie podejmują zwykle niczego, co mogłoby sprowadzić na nie dyskomfort. Jednak w momencie omawiania retrospekcji somatycznych, zgłaszają pojawienie się bólu w waginie, odbycie czy jądrach. Pewna kobieta, wielokrotnie wykorzystywana jako dziecko, wyznała ze smutkiem: "Czegoś tu nie kapuję. Oglądam te wszystkie filmy i pisma i oni wszędzie tam przedstawiają seks jak coś cudownego, a ja za każdym razem jak o tym pomyślę, to czuję w kroczu ból".

U niektórych ofiar z pamięciowymi lukami retrospekcje somatyczne przebijają się jako pierwsze, zanim powrócą obrazy i słowa. Pewna klientka, mówiąc o bardzo niewyraźnych wspomnieniach związanych z matką, z obu stron pocierała plecy na wysokości swej talii. Kiedy wreszcie wróciła jej pamięć, okazało się, że matka chwytała ją w pasie i pocierała jej małym ciałkiem o swoją łechtaczkę. Czy to wskutek seksualnego uniesienia, czy też dlatego, że podniecało ją samo sprawianie bólu, wpijała paznokcie w plecy córeczki. Stąd dla niej, także w wieku dorosłym, najpłycej zagrzebanym znakiem wykorzystania była właśnie retrospekcja fizycznego bólu w plecach, jaki powodowały tamte kontakty.

Podsumowanie retrospekcji uczuciowych i somatycznych

Życie dorosłej ofiary przypomina nieraz jazdę na powietrznej kolejce w lunaparku - diabelski młyn nieprzewidywalnych, nagłych, gwałtownych uczuć. Ich erupcje zalewają ją bez ostrzeżenia ani widocznego powodu. Wiele ofiar, nawet tych bez potraumatycznych zaburzeń wskutek stresu (PTSD), reaguje unikaniem wszelkich możliwych rzeczy i sytuacji, które przypominałyby im dawne wykorzystanie; prowadzi więc bardzo zubożone życie, lecz mimo to nie czuje się w nim bezpiecznie. Jakiś zwrot użyty przez przyjaciela, określona pozycja przy stosunku, zapach fajki, niedzielny słoneczny ranek, auto z lat pięćdziesiątych, niebieski garnitur z białymi skarpetkami – wszystko to może dla ofiary okazać się spustem prowokującym w niej lawinę uczuć bezradności, rozpaczy czy wprost terroru. Co gorsza, uczuciowe retrospekcje mogą następować wskutek dużo ogólniejszych bodźców: mężczyzn jako takich, seksu w każdym wydaniu, bliskości każdego rodzaju. Przypomina ci to stąpanie po polu minowym, w dodatku po ciemku i bez świadomości, że cały czas chodzisz po zaminowanym gruncie.

Lęk i depresja wtórne wobec percepcji

Chociaż lęki i depresje mogą być rezultatem uczuciowych retrospekcji i dlatego nie mieć nic wspólnego ze świadomym postrzeganiem, mogą też być rezultatem niewłaściwego sposobu myślenia, który bierze się nieraz z internalizacji fałszywych myśli oprawcy. Krótko mówiąc, ofiara, która wierzy, że to ona uwiodła czy sprowokowała ojca, która czuje, że zdradziła matkę, która myśli, że to ona doprowadziła do rozpadu rodziny, czy która wmawia sobie, że wykorzystywanie przez ojca jest dowodem jej bezwartościowości, może ulegać lękom i depresjom wtórnym wobec tych opinii, czyli pochodzącym z poczucia swojej gorszości jako człowieka. Jak widzieliśmy w rozdziale 3, ofiara zwykle internalizuje wersję oprawcy na temat nadużycia – częściowo dlatego, że jest on jedyną osobą, która o tym fakcie wie, tak więc zajmuje niezwykłe miejsce w określaniu jej rzeczywistości.

Istnieje i druga możliwość: ofiara może czuć lęk i mieć depresję, bo wykształciła w sobie "traumatyczny sposób postrzegania świata" – przekonanie, że świat jest niebezpieczny i nieprzewidywalny. Nastawienie to może być do tego stopnia negatywne, że przekreśla w niej wszelką nadzieję.

Wreszcie, ofiara nie potrafi zwykle znaleźć żadnego sensu w swoim wykorzystaniu. Niektóre badania (np. Sliver i kol., 1983) sugerują, że owa niezdolność nadania traumie właściwego znaczenia prowadzi do większych zaburzeń emocjonalnych niż jakakolwiek inna cecha przypisana seksualnym nadużyciom. Sprawdza się to nawet w odniesieniu do winiącego samą siebie myślenia ofiary. Tematy te – wpływ wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie na percepcję dorosłej ofiary – omówię bardziej wyczerpująco w rozdziale 6.

Lęki i depresje wtórne wobec bieżących okoliczności

W literaturze "sprzeciwu", która stara się przełamać panujące stereotypy na temat kazirodztwa, częste stały się sugestie, że powodem oskarżeń o nadużycia seksualne w dzieciństwie jest chęć dodatkowego zysku. Twierdzenie to jest śmieszne, jeśli zważyć tragiczną prawdę o mnogości i rozmaitości strat ponoszonych przez dzieci i dorosłe ofiary, które decydują się ujawnić swoje wykorzystanie. Żadna rodzina nie cieszy się z oskarżeń o molestowanie dzieci, jakie publicznie wnosi jeden jej członek przeciw drugiemu. Nawet najbardziej zaciekli małżonkowie, walczący ze sobą na sprawie rozwodowej, są zakłopotani i zirytowani, kiedy w sądzie wyciąga się zarzut kazirodztwa. Słyszy się wtedy niezmiennie coś w rodzaju: "Wiedziałam, że to skurwiel, ale do głowy by mi nie przyszło, że wykorzystywał naszą córkę".

Ujawnienie kazirodztwa, postawienie takiego zarzutu nawet przeciw wyklętemu, byłemu czy obecnemu, członkowi rodziny, rozrywa ją i poddaje w wątpliwość pozostałe relacje a nie tylko stosunki oprawca – ofiara. Na przykład stawia pytanie o rolę drugiego rodzica w tym, co się działo lub dalej się dzieje. Drugi rodzic często demonstruje złość, że mu nic nie mówiono; ofiara zaś jest rozgoryczona, że mimo to nic nie wiedział lub nie chciał wiedzieć.

Upływ czasu ma tylko minimalne oddziaływanie na dynamikę tych napięć. Matka, która nie potrafiła spojrzeć prawdzie w oczy, bo czuła się zależna materialnie, po sześćdziesiątce rzadko czuje się bezpieczniejsza finansowo, a często dochodzą jej jeszcze problemy związane z wiekiem. Dlatego dorosła ofiara, która konfrontuje się z rodziną, niemal na pewno spotka się z rodzinnym zaprzeczaniem, minimalizowaniem, racjonalizacjami, ignorowaniem prawdy lub zacieraniem śladów świadczących o nadużyciach. Batalia o rzeczywistość trwa nadal. Ofiara jest zaszokowana odkrywając, że – nawet jeśli rodzina formalnie przyjmuje tę prawdę do wiadomości – praktycznie to nic nie zmienia. Dalej nikt o tym nie mówi, nikt się nie chce tym zajmować, nie chce składać oderwanych elementów w całość, nie wypytuje o szczegóły. Dalej jest tak, jakby nigdy nic się nie stało.

Nawet jeśli początkowo fakty te zostają przyjęte przez drugiego rodzica do wiadomości, później są przez niego odrzucane. Euforia ofiary, której matka wypowiada wreszcie owe magiczne

słowa: "Och, moje biedne maleństwo... To okropne! Tak mi przykro, że on ci to zrobił", trwa bardzo krótko. Jeszcze przed upływem tygodnia ofiara odbiera telefon od rozwścieczonej matki, której ukryte przesłanie brzmi: "Nie mogę uwierzyć, że on mógł ci coś takiego robić. To nieprawda". Gdzieś w galimatiasie agresywnych oskarżeń pobrzmiewa smutna nuta: "Nie mogę w to uwierzyć. Jeśli bym w to uwierzyła, musiałabym od niego odejść".

Starsza kobieta, stojąca przed krótką i niepewną przyszłością, niełatwo rozstaje się z tym, co w jej mniemaniu uchodzi za bezpieczeństwo. Nie jest gotowa żyć i umierać samotnie wcześniej niż będzie musiała. Deklaracje ofiary, że wcale nie chce, aby matka rozstawała się teraz, po czterdziestu latach, z mężem, trafiają więc do głuchych uszu. Dla niej bycie żoną pedofila nie mieści się w jej wizerunku. To by wszystko popsuło.

Bieżące okoliczności często są dużo tragiczniejsze niż same zmagania z zaprzeczaniem i minimalizowaniem ze strony rodziny. Jak wspomniałam wcześniej, wiele dorosłych ofiar ulega rewiktymizacji w formie gwałtów, nadużyć seksualnych czy maltretowania (Briere i Runtz, 1988b; Herman, 1981; Russell, 1986).

Liczne studia wiążą wykorzystanie seksualne w dzieciństwie z późniejszą prostytucją ofiar (Bagley i Young, 1987; Fields, 1980; Harlan, Rogers i Slattery, 1981; James i Meyerding, 1977; Janus, Scanlon i Price, 1984; Rosenfeld, 1979; Silbert i Pines, 1981). Janus i kol. podają na przykład, że 24 z 28 mężczyzn uprawiających prostytucję było zmuszanych do seksu przed wejściem w tzw. dorosłe życie. Dwudziestu z tych 24 zaczęło się sprzedawać w ciągu roku od seksualnej napaści. Allen (1980) ujawnia, że 66% jego grupy mężczyzn oddających się prostytucji było wykorzystywanych w dzieciństwie. Podobnie Silbert i Pines (1981) donoszą o 120 kobietach z ich grupy 200 prostytutek, które były używane do seksu przed szesnastym rokiem życia przez średnio po dwie osoby na jedną.

O wiele bardziej wymowna niż badania jest jednak wypowiedź pewnego alfonsa - opis, czego szuka on u kobiet przy wyborze kandydatek do wmanipulowania w ten "najstarszy proceder świata":

> **"Uroda... owszem. Biegłość seksualna – w pewnym stopniu; tego można nauczyć łatwiej niż myślisz. Najważniejsze, to posłuszeństwo. Ale jak je uzyskać? Znajdziesz je, jak znajdziesz dziewczynkę, która wcześniej miała seks z ojcem, wujkiem czy starszym bratem... no wiesz, z kimś, kogo kochała i bała się stracić, tak że nie odważała się bronić... Wtedy wystarczy, jak jesteś dla takiej małej milszy i czulszy niż tamten – no i przy tym bardziej niebezpieczny... Wtedy zrobi wszystko, żebyś był szczęśliwy. Ot, cała filozofia – puszcza oko do obu swoich kobiet i obie się śmieją. Brali te dziewczyny do seksu obaj ich starzy. Teraz one pracują na mnie i patrz, jakie są szczęśliwe". (Kluft, 1990b, str 25)**

Rzeczywiście "szczęśliwe"... Zarówno prostytucja jak i fizyczne maltretowanie wiąże się z depresją, lękiem i innymi psychologicznymi symptomami. Dodatkowo prostytucja wiąże się z izolacją, osamotnieniem, ostracyzmem otoczenia, brakiem przyjaźni, narkomanią, fizycznymi nadużyciami i depresją (Janus i kol., 1984). W grupie stu osób maltretowanych przez współmałżonka Gayford (1975) wykrył u 71% symptomy wymagające podawania antydepresantów czy silnych trankwilizatorów. 42% z nich miało za sobą próby samobójcze, a 21% było w chronicznej depresji. Hilberman i Munson (1978) podają, że maltretowane żony mają całe mnóstwo psychologicznych problemów, a w tym: roztrzęsienie nerwów i intensywne lęki graniczące z paniką, które wyzwala nawet lekkie echo agresji w otoczeniu. Dalej: bezsenność, napięcie, pasywność, paraliż emocjonalny, otępienie, poczucie bezradności, rozpacz, koszmary nocne, zachowania samobójcze, alkoholizm, samookaleczenia, no i – nic dziwnego – depresję.

Pod względem usuwania tych objawów, rewiktymizacja działa dużo skuteczniej niż powolne (i mozolne) zdrowienie: przerywa wszystko – i symptomy i sam proces. Zdrowienie niestety nie może się rozpocząć zanim nie ustaną bieżące nadużycia. Dorosła ofiara, która godzinę pracuje w terapii nad swoim wykorzystaniem, by po powrocie do domu być znowu maltretowana, przypomina człowieka usiłującego wejść schodami ruchomymi, które jadą w dół szybciej, niż jest w stanie biec. Jeśli mężczyzna uprawiający prostytucję, usiłuje zrobić coś ze swoją narkomanią, a po sesji wraca

do swego ulicznego upiornego życia, to żadna porcja terapeutycznych afirmacji nie powstrzyma jego degradacji. Dziecko, które nie mówi władzom wystarczająco wiele, by umożliwić interwencję kładącą kres wykorzystywaniu, będzie dalej tonąć, nawet jeśli jest w najlepszej terapii. Wszystko, co może terapia w takich warunkach, to towarzyszyć ofierze w cierpieniu, dostarczać jej siły i motywować, by użyła narastającą rozpacz do wyrwania się z otoczenia, gdzie ciągle ulega rewiktymizacji. Może to zająć dużo czasu nim wreszcie ustanie taki koszmar.

Podsumowanie następstw depresji i lęków

Sama wiedza o tym, że lęki i depresje często są następstwem wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, przynosi klinicystom niewiele pożytku. Owszem, warto jest wiedzieć czego powinno się szukać. Choć zazwyczaj mają oni do czynienia z narzekaniem na lęki i depresje, nieraz występują one u klientów w formie ukrytej – „leczonej" na przykład przez alkoholizm, narkomanię i/lub erotomanię.

Stwierdzenie lęków i depresji nie jest równoznaczne z wiedzą, jak z nimi postępować. Ich związek z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie musi zostać dokładnie wyświetlony. Czy to uczuciowe retrospekcje wyzwalane przez odbiór bodźców przypominają ofierze, że była wykorzystywana? Czy też symptomy te pochodzą z jej niewłaściwego myślenia – z globalnego pesymizmu typowego dla widzenia świata przez pryzmat traumy, ze spaczenia percepcji wyciśniętego przez sprawcę, bądź z nieznajdowania żadnego sensu w tym bezdusznym, destrukcyjnym akcie. A może stoi za nimi bieżąca sytuacja dorosłej ofiary? Albo skazanie jej na banicję przez rodzinne zaprzeczanie dawnym nadużyciom lub przemilczanie ich? Także trudności w małżeństwie związane z niedopasowaniem seksualnym czy alergią na bliskość mogą powodować depresję i lęk, nie mówiąc już o ciągłych psychologicznych szkodach powodowanych przez uprawianie prostytucji czy znoszenie maltretowania.

Nie ma żadnej możliwości interwencji w lęki i depresje *per se*; powinno się je leczyć inaczej dla każdej z wyżej wymienionych etiologii. Skuteczność terapii zależy nie od samego ich stwierdzenia – co nie jest specjalnie trudne – lecz od precyzyjnego rozpoznania, co je powoduje.

Potraumatyczne zaburzenia wskutek stresu – PTSD

Definicja

Istotą PTSD jest powracający cykl intruzywnych myśli, fantazji i emocji, po którym następuje okres odrętwienia lub zaprzeczania uczuciom. Faza intruzywna zaznacza się zwykle występowaniem nocnych koszmarów, czasem o powtarzającej się treści. Zmory te mogą też przechodzić w hipnagogiczne wyobrażenia czy retrospekcje, a ofiara, budząc się, widzieć w pokoju swego prześladowcę.

Retrospekcje pojawiają się nie tyko w nocy. Pewna dorosła osoba miewała je czasami przy grze w softball - znajdując się o krok za rzucającym piłkę widziała brata, który ją w dzieciństwie regularnie gwałcił. Prócz tego, w nocy z jakichś powodów powracał jej obraz sąsiada, aplikującego jej seks oralny. Gdy próbowała się wyrwać, napastnik przygniatał ją brutalnie do muru. Po prawie dwudziestu latach, co pewien czas budziła się rozpłaszczona na ścianie. W pokoju były nieraz jej koleżanki z akademika czy inne osoby, ale osoba ta halucynowała ujemnie i nie mogła ich widzieć, więc ich obecność nie chroniła jej od retrospekcji.

Ofiary – w sposób powtarzający się i jak się zdaje bez rezultatu – starają się uwolnić od traumy poprzez intruzywne myśli, koszmary nocne i/lub retrospekcje. Z powodu swojej nadpobudliwości, łatwo ulegają wstrząsom. Często są poirytowane i nieraz gwałtownie wybuchają agresją. W rzeczywistości podlegają nieustannemu stresowi, a w stanie tak silnej koncentracji na swoich wewnętrznych atakach, detonatory zjawiają się wszędzie.

Ofiara nie ma kontroli nad swoim wewnętrznym światem i w wielu przypadkach spędza życie na staraniach, by ją uzyskać lub przynajmniej przetrwać te bolesne stany uczuciowe. Uczy się

unikać pewnych sytuacji, ludzi i zdarzeń – spustów czy wyzwalaczy, które mogłyby wzbudzać w niej retrospekcje, zmory i stany lękowe. W ten sposób systematycznie redukuje swój świat, co prowadzi do "potraumatycznego zmarnienia", jak określił takie zjawisko Titchener (1986). Wycofywanie się potęgowane jest przez to, że ofiara nie wierzy już, by świat był jej życzliwy; dlatego nawet nowe wydarzenia, nie mające związku z dawną traumą, wydają się jej zagrożeniem. Takie wycofanie się może być zupełne. Titchener pisze: "Ogromne, wewnętrzne siły spychają ofiarę na bok. Niby cień przemyka się ona peryferiami życia, z trudem uczestnicząc w systemie społecznym i dążąc jedynie do socjalnego minimum, koniecznego jej, by przetrwać" (str. 8).

Tak więc PTSD objawia się oscylującym rytmem intruzji i zaprzeczania, które spuszcza zasłonę na hiper-pobudliwy system nerwów ofiary. Cykl ten może toczyć się bardzo szybko lub bardzo powoli. Może ona spędzić nawet kilkadziesiąt lat w stanie "potraumatycznego zmarnienia", w ciagu których skutecznie udaje się jej unikać myśli, wspomnień czy emocji związanych z wykorzystaniem. Ponieważ boi się uczuciowych retrospekcji, to choćby nawet pamiętała pewne fakty, ma w życiu minimalny kontakt z rzeczami budzącymi w niej jakikolwiek uczuciowy odzew.

Ofiara może więc unikać seksu w jakimkolwiek wydaniu lub dysocjować w jego trakcie. Może chodzić do dentysty tylko pod przymusem – intruzywne operacje w jamie ustnej grożą jej przecież retrospekcją oralnego gwałtu. Może nie mieć do nikogo zaufania, a przez to zaliczać w życiu tylko bardzo płytkie, powierzchowne związki. Lub odwrotnie, może czuć się tak bezradna i opuszczona, że przysysa się i wiesza na innych, choć to ogromnie zwiększa jej szanse na lądowanie w związkach polegających na dalszym wykorzystywaniu.

Historia PTSD

Dowody na to, że trauma może być przyczyną określonych psychologicznych następstw, można znaleźć na przestrzeni stuleci w formie listów i dzienników, notujących indywidualne reakcje ludzi na wielkie katastrofy. Samuel Pepys przechował zapis swoich reakcji na wielki pożar Londynu w 1666 roku, począwszy od dnia, kiedy ogień zbliżał się do jego domu i zmusił go do pośpiesznej ewakuacji. Znajduje się tam opis przeżywanych przez niego pół roku później koszmarów oraz różne rodzaje następstw doświadczane przez inne ofiary, łącznie z próbami samobójstw (Daly, 1983; Trimble, 1985).

Również Charles Dickens żywo opisywał swoje przeżycia z horrendalnej katastrofy kolejowej, w której wiele osób zginęło na miejscu, a jeszcze więcej powoli konało. Jego koszmar wcale nie był chwilowy. W jakiś czas potem pisał: "Nie wszystko jest ze mną w porządku, ale wierzę, że to skutek przeżytej przeze mnie katastrofy" (Trimble, 1985, str. 7; patrz też: Forster, 1969). W rezultacie wykształcił w sobie fobię związaną z podróżami pociągiem.

Inni występują z twierdzeniem, że można wyśledzić późniejsze skutki traumy u osób, które nie zdają sobie sprawy, albo nie chcą się przyznać, skąd pochodzą w nich takie obrazy. I tak Alice Miller sugeruje, że nadzwyczaj silną ekspresję i ładunek emocjonalny *Guerniki* Picasso zaczerpnął nie z wojny, którą namalował, ale na której przecież nie był, lecz z trzęsienia ziemi, jakie rzeczywiście przeżył, lecz nigdy nie odważył się namalować. Miał trzy lata, kiedy jego rodzina ratowała się ucieczką z walącego się domu w bezpieczniejsze miejsce, w którym trzy dni później urodziła się jego siostra. Chociaż nie ma bezspornych informacji na temat siły tego trzęsienia, musiało jednak być poważne, skoro król Alfons XII po kilku dniach odwiedził zniszczoną prowincję, by osobiście oszacować straty. Niemniej to tylko twierdzenie Alice Miller, że tamte uliczne wydarzenia wywarły tak silny wpływ na późniejszą sztukę Picassa. Jednak podobnie myśli Terr (1987), wysuwając tezę, że długofalowe skutki traumy widoczne są w pisarstwie Poe'go, Virginii Woolf i Stephena Kinga.

Wczesne prace naukowe nad tym zagadnieniem były jednak hamowane przez ludzką chęć korzyści materialnych. W końcu XIX wieku dramatycznie wzrosła liczba katastrof kolejowych, gdyż sieć dróg rozwijała się bez równoległego wzrostu środków bezpieczeństwa. Termin "neuroza kompensacyjna" wprowadził w 1879 roku Rigler, analizując zwiększoną zachorowalność wskutek katastrof kolejowych, jaka zaznaczyła się po zagwarantowaniu odszkodowań w Prusach w 1871

roku. W Wielkiej Brytanii pierwsze akty prawne zapewniające robotnikom odszkodowania uchwalono w 1880 roku, a w 1906 zniesiono następne ograniczenia. W ciągu kilku lat od tej ostatniej zmiany liczba zgłaszanych wypadków wzrosła o 44% mimo, iż liczba zatrudnionych pozostałą taka sama (Trimble, 1985).

Zmieniający się obraz doprowadził do spektakularnych sporów medycznych. Dyskutowano nad tym, czy obraz kliniczny jaki przedstawiały różne strony wynikał ze szkód fizycznych, czy też ze szkód psychologicznych lub z zafałszowania danych, co w różnych stronach świata dawało podstawę do odszkodowań (szkody psychologiczne historia postrzegała jako mniej realne, niż fizyczne). Na przykład Erichsen (1882) napisał wczesną i wpływową książkę o "kolejowym kręgosłupie", w której bronił tezy o jego urazach w wyniku wypadków pociągów jako realnego, fizycznie stwierdzonego zjawiska. W odpowiedzi Page (1983) przypisywał te narzekania stanowi nerwów ofiar. W tamtych czasach oznaczało to właściwie atak na zasadność wypłacania odszkodowań.

Także obraz strat poniesionych przez uczestników wojen zniekształcony jest przez chęć odniesienia korzyści. Początkowo myślano, że to, co dziś określamy jako PTSD, ma podstawy organiczne. Określenie: "granatowy szok" wprowadził Mott (1919), który twierdził, że emocjonalny stan żołnierzy wynika z uszkodzeń mózgu, do jakich dochodzi wskutek częstych, silnych eksplozji.

Z czasem pogląd ten stracił uznanie, gdyż przybywało dowodów, że potraumayczne objawy są bardziej psychologicznej natury. C. S. Myers (1940) wykazał, że w jego grupie ponad 2000 przypadków "granatowego szoku" dużo częściej powodem był strach i przeżyty horror, a nie uszkodzenie mózgu. W przypadku wojny kwestia korzyści obracała się raczej wokół sprawy bezpieczeństwa, a nie pieniędzy – motywem była zwykle chęć odwołania z frontu.

Chociaż wojna jest najbardziej oczywistym i najszerzej opisanym źródłem symptomów związanych ze stresem, badania przeprowadzone w ciągu ostatnich 25 lat na rozmaitych populacjach dowodzą, że potraumatyczne objawy są częstym następstwem także innych wstrząsowych wydarzeń. Przestudiowano szerokie spektrum różnych urazów, łącznie z klęskami żywiołowymi, jak np. powodzie (Bennet, 1970; Newman ,1976), tragediami spowodowanymi przez człowieka, np. użycie bomb atomowych (Lifton, 1967), śmiertelnymi chorobami (Nir, 1985) czy uleganiem przemocy (Pynoos i Eth, 1985; Terr, 1985a). W wielu zbadanych sytuacjach kwestia korzyści z symulowania nie mogła wchodzić w grę.

Jednakże nadal trwają debaty nad tym, jak częste są potraumatyczne objawy u ofiar klęsk żywiołowych, które dotykają całe społeczności (Quarantelli, 1985). W przeciwieństwie do seksualnego wykorzystywania dzieci, katastrofy środowiska są łatwo zauważalne, nie wiążą się z wyizolowaniem i tajemnicą oraz umożliwiają ofiarom współdziałanie ze sobą i z innymi. Chociaż badania na temat traumy powodowanej przez klęski żywiołowe mówią co innego, Quarantelli ma niepodważalne dowody, że ludzie zachowują się w tych warunkach bardziej prospołecznie niż zwykle i rzadziej niż myślano cierpią wskutek długofalowych następstw.

Chociaż w wielu wyżej opisywanych przypadkach możliwość wyciągnięcia dodatkowych korzyści jest mało realna, brakuje tego aspektu w dyskusji na temat nadużyć seksualnych z dzieciństwa. Co ciekawe, rzadko zarzuca się dorosłym ofiarom chęć finansowego zysku, mimo że coraz więcej z nich procesuje się z seksualnymi napastnikami, a dużo częściej się mówi - że chcą one usprawiedliwić własne niepowodzenia, winiąc za to swoich rodziców. W ten sposób dysfunkcjonalność wielu ofiar przestaje być dowodem ich traumatyzowania w dzieciństwie, a zaczyna świadczyć, że po prostu mogą one dzięki ujawnieniu coś zyskać.

PTSD a seksualne wykorzystywanie dzieci

Kontrowersje dotyczące PTSD i nadużyć seksualnych z dzieciństwa dotyczą nie kwestii, czy PTSD jest ich konsekwencją, a tylko jak często. Jednych zadowala stwierdzenie, że u traumatyzowanych seksualnie dzieci i dorosłych dzieci jest to zjawisko powszechne czy prawie powszechne (Donaldson i Gardner, 1985; Frederick, 1985; Goodwin, 1990; Herman, 1992; Lindberg i Distad, 1985), inni są przekonani, że PTSD to jedno z kilku możliwych następstw

(Finkelhor, 1988; Saunders i kol., 1992; Stein i kol., 1988).

Frederick (1985) postawił diagnozę PTSD wszystkim 300 molestowanym dzieciom ze swojej grupy, podobnie jak Lindberg i Distad (1985) w swojej klinicznej grupie 17 dorosłych ofiar kazirodztwa. Donaldson i Gardner (1985) uznali, że w ich klinicznej grupie 26 dorosłych ofiar, 25 spełnia kryteria PTSD. Wreszcie Goodwin (1990) podsumowuje: "u podstaw poważnych trudności ofiar kazirodztwa niemal bez wyjątku leży ich potraumatyczny stan" (str. 55). W książce Judith Herman "Trauma and Recovery" (Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi, GWP 1998), PTSD jest jedynym omawianym przez autorkę następstwem nadużyć seksualnych wobec dzieci.

Jednak przegląd najnowszych badań nieco tonuje ten obraz - wiele opracowań uznaje, że tylko mniejsza część ofiar cierpi na PTSD, a tylko kilka uznaje to następstwo za powszechne. McLeer, Deblinger, Atkins, Foa i Ralphe (1988) wykryli PTSD tylko w 6 przypadkach z 26-osobowej, hospitalizowanej grupy wykorzystywanych seksualnie dzieci. Odkrycie to jest tym bardziej zdumiewające, że dwadzieścioro z nich było także maltretowane fizycznie. Wolfe i kol. (1994) wykryli jednak dużo wyższy odsetek – średnio połowa z 90-osobowej grupy wykorzystywanych dzieci wykazywało symptomy PTSD.

W 126 osobowej grupie dorosłych ofiar nadużyć seksualnych z dzieciństwa Kilpatrick, Amick-McMullan, Best, Burke i Saunders (1986) stwierdzają 10% obecność PTSD bieżącą oraz 36% jego występowanie w ciągu całego życia. Resnick i kol. (1993), w grupie kobiet, które bądź jako dzieci bądź jako osoby dorosłe przeżyły na sobie gwałt, uzyskali podobne wyniki: 12% spełniało na bieżąco kryteria PTSD, a 32% - w dowolnym okresie życia.

Norris (1992) stwierdza PTSD w 14% z 44 osobowej grupy ofiar brutalnej seksualnej napaści (w dzieciństwie lub później) i chociaż jest do generalnie niski odsetek, to i tak jest równy lub wyższy od odsetka w jakiejkolwiek innej z traumatyzowanych grup, złożonych z ludzi, którzy przeżyli śmierć najbliższych, napaści fizyczne, huragan Hugo, pożar, poważny wypadek drogowy czy front wojenny. W przypadku działań wojennych PTSD występowało siedem razy rzadziej niż wskutek nadużyć seksualnych z dzieciństwa.

Saunders i kol (1992) wskazują, że częstotliwość występowania PTSD różni się zależnie od typu seksualnych nadużyć. Wśród dorosłych zgwałconych przed osiemnastym rokiem 64% miało potraumatyczne zaburzenia w dowolnym okresie życia, wśród osób molestowanych – 33%, a wśród ofiar nadużyć bezkontaktowych – 11%. Odsetek bieżącego PTSD wynosił dla tych grup odpowiednio: 18%, 9% i 6%. Dużo większą częstotliwość stwierdzają Rowan, Foy, Rodriguez i Ryan (1994): 69% z grupy 47 dorosłych ofiar.

Najbardziej intrygujące jest jednak opracowanie Greenwalda i Leitenberga (1990). W grupie 54 wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie pielęgniarek 20% miało PTSD na bieżąco, a 41% kiedykolwiek w przeszłości – jednak z adnotacją: "niewielkie", dotyczącą natężenia objawów. Kiedy kryterium to osiągało stopień: "umiarkowane", liczby gwałtownie spadały do odpowiednio 4% i 17%. Można się było spodziewać częstszych i większych problemów w grupach klinicznych, przecież składają się one z ludzi szukających pomocy, jednak opracowanie to każe przypuszczać, że częstotliwość PTSD mogła zostać zawyżona poprzez włączenie symptomów o lekkim nasileniu.

Ogólnie, PTSD bezsprzecznie występuje u części dorosłych ofiar, ale tylko u części. Mimo, że badania różnią się znacznie pod względem dokładnych liczb, rzadko podają, że jest to zjawisko powszechne. Schetky (1990), na podstawie przeglądu odnośnej literatury doszła do wniosku, że średnio połowa dzieci i dorosłych ofiar spełnia kryteria PTSD.

Czy PTSD jest głównym następstwem seksualnego wykorzystywania dzieci?

Dla wielu autorów (np. Goodwin, 1985b; Herman, 1992; van der Kolk, 1987) widzenie w PTSD głównego następstwa nadużyć seksualnych wobec dzieci stało się bardzo atrakcyjną koncepcją. Powody tego zjawiska mają naturę zarówno empiryczną jak i heurystyczną; istnieje przecież jasny, udokumentowany związek między seksualnym wykorzystywaniem dzieci, a PTSD. Ma on sens również od strony teoretycznej. Nadużycia seksualne dokonywane na dzieciach są formą traumy, a badania nad wpływem innych jej rodzajów wskazują, że chodzi tu bardziej o

ogólną reakcję na traumę, niż na samą specyfikę sytuacji. Z drugiej strony myśl, że nadużycia te prowadzą ofiarę do wykształcenia takich samych reakcji jak np. udział w wojnach, pomaga w przełamywaniu utrwalonej w społeczeństwie tendencji do zaprzeczania istnieniu skutków lub minimalizowania ich.

Cecha przypadkowości, charakterystyczna dla potraumatycznych zaburzeń wskutek stresu, związanych z nadużyciami seksualnymi z dzieciństwa, stała się tak modna, że może przesłaniać fakt, iż w rzeczywistości PTSD tłumaczą tylko niektóre reakcje, tylko niektórych ofiar i tylko w niektórych okresach ich życia. Części symptomów pochodzących z dawnego wykorzystywania nie da się przypisać PTSD w dzisiejszej definicji. Skłonności samobójcze, narkomania, alkoholizm czy rewiktymizacja nie mieszczą się na przykład w jej obrębie, lecz mimo to często są przypisywane właśnie nadużyciom seksualnym z dzieciństwa (np.: Briere i Runtz, 1988; Finkelhor, 1988). Trudno też wyjaśnić za pomocą PTSD zniekształcenia kognitywne u ofiar, zinternalizowany głos sprawcy, trudności z odnajdywaniem sensu, spaczoną percepcję świata oraz rozbite poczucie bezpieczeństwa i wartości.

Są jeszcze inne zastrzeżenia. Finkelhor (1988) sugeruje, że PTSD jest częstym skutkiem przeżycia gwałtownych, niebezpiecznych fizycznie sytuacji. Potwierdzają to wyniki badań Kilpatrick'a i kol. (1989) na dorosłych ofiarach gwałtu. Według nich lęk i przekonanie ofiary w trakcie napaści, że jej nie przeżyje są poważnym czynnikiem wywołującym PTSD. Tymczasem seksualne wykorzystywanie bardzo często odbywa się bez przemocy, a napastnicy zwykle manipulują psychiką dzieci, by zminimalizować ich opór. Negatywny wpływ pochodzi w tych wypadkach z powagi i perfidii omotania, a nie z fizycznego sponiewierania. Istotnie, niewiele materiału w literaturze widzi w PTSD częste następstwo samej zdrady zaufania, jakkolwiek poważnej.

PTSD a kontakty z oprawcą

Sprawca kazirodztwa często dąży do niedojrzałych przeprosin, do pilotowanych (lub niepilotowanych) konfrontacji i kroków zmierzających do ponownego połączenia z rodziną. Emocjonalnie i materialnie zależny współmałżonek może nastawać na to samo, nie licząc się ze stopniem PTSD u dziecka. Sędziowie zazwyczaj decydują o ponownym połączeniu rodziny jedynie na podstawie gotowości i jakże iluzorycznej zdolności współmałżonka do zapobiegania przyszłym fizycznym napaściom i nie patrzą, czy dziecko cierpi na PTSD. Brak sposobności, oczywiście pozorny, do nadużyć lub same zapewnienia sprawcy, że już nie będzie molestować swojego dziecka brane są za dowód, że jest ono już bezpieczne. A nad tym, czy ono samo czuje się bezpiecznie, zwykle nikt się nie zastanawia.

Stąd mogą powstawać znaczne naciski na wczesne odnowienie kontaktów między ofiarą a napastnikiem, bez względu na stan jej psychicznego zdrowia. Niestety, w fazie intruzywnej PTSD kontakt ze sprawcą tylko zwiększa wewnętrzną dezorganizację dziecka – nieuchronnie prowadzi do nagłego napływu lęków, intruzywnych myśli i fantazji, nocnych koszmarów, dysocjacyjnych mechanizmów obrony oraz percepcyjnego rozstroju.

Dorosłe ofiary, nieraz po kilkudziesięciu latach zaprzeczania, także mogą znajdować się w intruzywnej fazie PTSD. Konfrontowana z dorosłym dzieckiem rodzina – nawet taka, która przyznaje, że dochodziło do seksualnych napaści – zwykle naciska ofiarę, by natychmiast wybaczyła sprawcy: "To było tak dawno. Musisz się zająć dzisiejszymi sprawami"; "A co on jeszcze może zrobić? Przecież powiedział przepraszam"; "Nie możesz zwalać wszystkiego na to, co przytrafiło ci się w dzieciństwie"; "Przebaczanie to chrześcijańska powinność".

Pewna kobieta przyjechała na konfrontację ze swoją rodziną do ich letniskowego domku. Jej ojciec istotnie przyznał się, że molestował ją w dzieciństwie (choć nadal wypierał się napastowania kuzynek, które również go o to oskarżały), ale po paru godzinach, na wspólnym obiedzie – oczywiście wszyscy oczekiwali od ofiary, że obowiązkowo usiądzie z nimi do stołu – cała rozmowa skupiła się na sposobach przyrządzania baraniny. W końcu wszyscy się zgodzili, że trudno w dzisiejszych czasach o naprawdę dobrą baraninę.

Inna kobieta zebrała się kiedyś na odwagę i wyjawiła rodzinie, że kiedy miała 5 lat zgwałcił ją wujaszek, dusząc przy tym za gardło. Walczyła ze sobą, aby tylko nie zemdleć, w przekonaniu, że jeśli straci przytomność to umrze. Napastnik zagroził jej potem pistoletem, że jeśli coś komuś powie, zastrzeli ją. Wkrótce kobieta ta dostała zaproszenie na rodzinny zjazd – pojednanie. Oczywiście zaproszono też „wujaszka".

Ani rodziny, ani wymiar sprawiedliwości, ani nawet wielu terapeutów, zgodnie nie docenia siły wstrząsu, jaki w ofierze znajdującej się w intruzywnej fazie PTSD wywołuje kontakt z oprawcą. Ofiara zeznaje w sądzie w obecności sprawcy (wymóg ten bywa uchylany w pewnych przypadkach, gdy chodzi o małe dzieci); musi zeznawać przeciw niemu stojąc przed nim. Mniemanie, że konfrontacja twarzą w twarz z prześladowcą pomoże przysięgłym lepiej zbadać prawdę, opiera się zapewne na założeniu, że kłamca nie będzie w stanie przekonująco zeznawać jeśli będzie musiał patrzeć oskarżonemu w oczy, natomiast prawdziwa ofiara nie powinna z tym mieć żadnych trudności. Uważa się, jak widać, że wykorzystywana seksualnie osoba nie ma żadnego powodu się wstydzić, plątać się, ani mieć trudności z patrzeniem oprawcy w twarz. Jednocześnie zakłada się, że perfidia krzywoprzysięzcy wyjdzie na jaw w zderzeniu z uczciwym obliczem oskarżonego. Postawa ta utrwaliła się na długo przed jakimkolwiek poważniejszym rozumieniem wpływu traumy na psychikę ofiary czy wiedzą na temat wybiegów i psychopatologii kłamcy.

Tymczasem w wielu przypadkach ów wymóg konfrontacji twarzą w twarz uniemożliwia ofierze opowiedzenie swojej historii tak dokładnie i konsekwentnie, jak tylko jest w stanie. Przecież musi ona w momencie zeznawania borykać się ze swoją poważną wewnętrzną dezorganizacją, przerażeniem, wstydem i lękami. Czy taka sytuacja pomaga sędziemu i przysięgłym w ustaleniu faktów, skoro obecność sprawcy może powstrzymać ofiarę przed dostarczeniem konkretnego dowodu, bez którego ani rusz?

Zazwyczaj ofiara w fazie intruzywnej przynajmniej zdaje sobie sprawę z faktu, że nie jest w stanie znieść kontaktu z oprawcą z powodu swojej gwałtownej emocjonalnej reakcji jaką on wywołuje. Jednakże w fazie zaprzeczania zagłaskuje i przyklepuje problem i może starać się utrzymywać takie więzi z rodziną, jakie miałaby, gdyby nie było doszło do kazirodztwa. Rzecz jasna dzieje się też tak zawsze, kiedy ofiara nie pamięta nadużyć i trwa w kognitywnym zaprzeczaniu. Dzieje się tak również kiedy wprawdzie pamięta fakty, ale tkwi w zaprzeczaniu emocjonalnym – czyli unika bólu.

Ostatnio istnieje w sądownictwie trend polegający na badaniu interakcji między ofiarą i sprawcą. Wprowadza się więc ich oboje do tego samego pomieszczenia i obserwuje. Na podstawie zachodzących interakcji wprawne oko jest w stanie poznać, czy dziecko było wykorzystywane, czy nie. Strach, przerażenie i zagrożenie miałyby, każde z osobna, wskazywać na wykorzystanie, podczas gdy brak negatywnych uczuć i/lub obecność pozytywnych – na sytuację "czystą". Jednak teoria ta nie bierze pod uwagę ani wykazywanej przez seksualnych napastników niezwykłej zdolności omotywania dzieci, ani też zdolności dzieci, by włączać w swoją osobowość postaci rodziców nawet kiedy ci je ranią, ani też skłonności ofiar z PTSD w fazie unikania, by przyklepywać i zagłaskiwać swoje uczucia.

Ofiara w fazie unikania-zaprzeczania znieczula się i usztywnia do takiego stopnia, żeby móc tolerować bolesne emocjonalnie sytuacje. Niestety kontakt z oprawcą wzmacnia jeszcze jej uczuciowe odrętwienie, gdyż jest mało prawdopodobne, że będzie w stanie zastosować obronę, która nadal jest jej potrzebna. Nie trzeba przypominać faktu, że ofiary holokaustu starają się żyć, w sensie dosłownym, w cieniu Oświęcimia. Logicznie biorąc, to przecież najgorszy z pomysłów. Jednakże taka jest natura niewidzialności kazirodztwa i zaprzeczania mu, że ofiara z PTSD będzie stale nakłaniana do wizyt u oprawcy, do trwania przy nim, przebaczania mu, opiekowania się nim, a nawet wspólnych obiadów, na których wszyscy zgodnie roztrząsają kwestię, jak trudno dziś uświadczyć dobrą baraninę.

Podsumowanie

Związek długotrwałych lęków i depresji z nadużyciami seksualnymi z dzieciństwa nie podlega dyskusji i dokumentuje się go w literaturze fachowej dużo częściej niż omawia jego etiologię. Chociaż uleganie rewiktymizacji w wieku dorosłym niewątpliwie przyczynia się do powstawania pewnych objawów, okazuje się, że odrębny udział ma tu samo wykorzystywanie seksualne z dzieciństwa. Retraumatyzacja, jeśli do niej dochodzi, dodaje się tylko do niego.

Depresja i lęk, jakich doświadczają dorosłe ofiary, może: (a) pochodzić bezpośrednio z uczuciowych retrospekcji, (b) być wtórna wobec spaczonego postrzegania, lub (c) być wtórna wobec bieżących życiowych okoliczności. Uczuciowe retrospekcje są wyzwalane albo przez bardzo specyficzne bodźce, np. zapach płynu po goleniu, jakiego używał sprawca, lub stary przebój, albo przez zjawiska natury ogólnej, jak aktywność seksualna, zabiegi dentystyczne, bliskość z drugim człowiekiem czy nawet sam widok mężczyzn lub kobiet. Niektóre ofiary doświadczają też retrospekcji somatycznych, co polega na odczuwaniu bólu albo sensacji w tych partiach ciała, które wiązały się z wykorzystywaniem i dzieje się najczęściej w czasie omawiania nadużyć.

Dodatkowo, obok specyficznych symptomów afektywnych, dorosłe ofiary wykazują wysoki odsetek PTSD – zaburzeń charakteryzujących się naprzemiennym rytmem intruzywnych myśli, emocji i/lub koszmarów nocnych, przeplatanych okresami zaprzeczania, w ciągu których ofiara skutecznie unika sytuacji wyzwalających uczuciowe retrospekcje lub oddala je od siebie. Zarówno faza intruzywna, jak i faza zaprzeczania PTSD powstają na tle podwyższonego fizjologicznego pobudzenia, które prowadzi do niewspółmiernych, wybuchowych reakcji i zwiększa występowanie reakcji lękowych.

Potraumatyczne zaburzenia wskutek stresu mogą być następstwem dowolnej gwałtownej katastrofy (powodzi, pożaru, trzęsienia ziemi), lub nieszczęścia spowodowanego ręką człowieka (wojna, wybuch nuklearny czy przemoc lub bycie jej świadkiem). I chociaż są też bez wątpienia związane z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie, trudno je uznać za jedyną, czy choćby główną jego konsekwencję. Tylko część ofiar cierpi na nie. Te, których PTSD nie dotknęło, są zwykle poważnie poszkodowane w inny sposób. PTSD nie tłumaczy kognitywnych następstw wykorzystania i nie mieszczą się w tym pojęciu takie skutki, jak: samobójczość, samookaleczenia, rewiktymizacja czy uzależnienia chemiczne.

Ofiary cierpiące na PTSD często spostrzegają, że ich symptomatyczność ma źródło w kontaktach z oprawcą. Dla osób w fazie intruzywnej kontakt z napastnikiem jest ostatecznym wyzwalaczem uczuciowych retrospekcji. Także w fazie wycofania pogarsza on stan ofiary, nasilając jej symptomy zaprzeczeń, gdyż aby zdystansować się emocjonalnie od tego, od czego fizycznie nie może uciec, musi się ona dodatkowo znieczulić, opancerzyć lub popaść w dysocjację.

Symptomy afektywne są osią skutków seksualnego wykorzystania objawiających się w późniejszym życiu ofiary. Tworzą w niej stan rdzennej dysforii, zmieniając jej sposób myślenia o świecie, który odtąd musi już stale być kontrolowany albo przez unikanie (oderwanie, dysocjację czy zaprzeczanie), albo przez znieczulanie (narkotyki, alkohol, samookaleczenia, a nawet samobójczość). Aby zmienić te afektywne symptomy, klient z terapeutą musi najpierw dotrzeć do ich podłoża, niezależnie od tego czy są nim uczuciowe retrospekcje, spaczony system przekonań czy bieżące okoliczności. Bez tak dokładnego rozróżnienia terapeuta może zdziałać tyle, co lekarz, który wie, że pacjenta boli brzuch, lecz nie wie skąd ten ból pochodzi - czy to wyrostek, czy woreczek żółciowy, czy wrzód żołądka.