

Zaburzone rodzicielstwo **jako konsekwencja kazirodztwa doznanego w dzieciństwie**

Agnieszka Widera-Wysoczańska

Artykuł ukazał się w „Przeglądzie Psychologicznym”, tom 48, numer 3/2005, str. 295 – 313.

Wprowadzenie

Rodziny, w których dochodzi do przemocy seksualnej, charakteryzują się społeczną izolacją rodziców lub dziecka; nieobecnością jednego rodzica; dystansem pomiędzy matką a dzieckiem; zaniedbywaniem dziecka; przedwczesnym macierzyństwem; brakiem wyraźnych granic międzypokoleniowych i odwróceniem ról; głębokimi konfliktami małżeńskimi i niesatysfakcjonującymi relacjami seksualnymi; pasywnością żony lub jej bezsilnością i zależnością; chorobami somatycznymi lub psychosomatycznymi żony lub męża; separacją rodziców; częściej u ojców brakiem kontroli nad własną agresywnością; brakiem więzi uczuciowych między ojcem a córką, co to nie sprzyja hamowaniu potrzeb seksualnych. Ponadto w rodzinach tych może występować inna dysfunkcyjność: przemoc fizyczna, alkoholizm, narkomania, przestępczość lub bezrobocie (Faller, 1988; Glaser, Frosh, 1995; Salter, 1988; Widera – Wysoczańska, 1998).

Celem prezentowanych badań jest rozpoznanie międzypokoleniowego przenoszenia czynników, które zwiększają ryzyko wystąpienia przemocy seksualnej w rodzinie. W opracowaniu tym skupię się na psychologicznych konsekwencjach doznanej w dzieciństwie przemocy seksualnej, widocznych w życiu dorosłym kobiety w przyjmowanej przez nią roli matki. Dzieląc się wiedzą pochodzącą z praktyki terapeutycznej, omówię zagadnienia praktycznego postępowania psychologicznego z osobami, które doznały przemocy seksualnej w dzieciństwie.

Definicje przemocy seksualnej

Omawiając zjawisko przemocy seksualnej doznanej w dzieciństwie (PSDD – przemoc seksualna doznana w dzieciństwie, jest to zaproponowany przez autorkę polski skrót dla CSA – Child Sexual Abuse) należy rozróżnić dwie jej główne formy: przemoc seksualną dokonaną przez osobę obcą i kazirodztwo.

Definicja ogólna przemocy seksualnej

Jest to aktywność zawierająca postawy, zachowania, emocje, słowa poprzez które zależne, niedojrzałe rozwojowo i niezdolne do wyrażania świadomej zgody dziecko małe lub w okresie dorastania (prawie do 15 roku życia, moim zdaniem psychologicznie co najmniej do 18 roku życia), a także osoba w każdym wieku wbrew swojej woli jest wciągana przez osobę starszą lub rówieśnika w aktywność seksualną do której nie jest przygotowana rozwojowo (emocjonalnie, fizycznie, mentalnie), naruszającą niepodważalne normy życia rodzinnego i społecznego dla zaspokojenia potrzeb sprawcy dotyczących głównie poczucia mocy, władzy, wartości, a także przyjemności seksualnej. W wyniku tej przemocy osoba ponosi konsekwencje w postaci niższego lub mniej harmonijnego rozwoju emocjonalnego, intelektualnego i społecznego, niż potencjalnie możliwy. Relacje seksualne między dorosłym i dzieckiem zawsze określane są jako seksualne wykorzystanie, ponieważ dziecko nigdy nie może wyrazić na nie świadomej zgody (ze względu na poziom swojego rozwoju) oraz dlatego, że dziecko w takiej relacji zawsze jest obiektem eksploatacji i nadużycia. Nie ma na to wpływu stopień surowości doświadczeń. Jeden dotyk w miejsce intymne może zniszczyć poczucie bezpieczeństwa już na całe życie. W diagnozowaniu, czy doszło do przemocy seksualnej, nigdy nie bierze się pod uwagę zachowań dziecka występujących w trakcie procesu doznawanej przez nie przemocy (na przykład dziecko nigdy nie może uwieść dorosłego, pomimo że ubiera się i zachowuje atrakcyjnie), to osoba starsza zawsze jest odpowiedzialna za wykorzystanie (traktowanie jako pretekst) wspomnianych zachowań dziecka po to, by je skrzywdzić. Dla podkreślenia roli zachowań osób dorosłych w zjawisku przemocy seksualnej niezależnie od stopnia zgłaszanej przez

nich świadomości (czy intencjonalności) uznano, że: “Dzieckiem wykorzystywanym seksualnie można określić każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeżeli osoba dojrzała, czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbanie swoich społecznych obowiązków, lub obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza do zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest zaspokojenie osoby dorosłej” (Standing Commite on Sexually Abused Children, 1984). We wszystkich sytuacjach dzieci doświadczają stymulacji do której nie są przygotowane fizycznie, emocjonalnie i intelektualnie (por.: Courtois, 1988; Schechter, Roberge, 1976; Widera – Wysoczańska, 2003).

Kontrolowanie dziecka przez sprawcę

Elementem definicji przemocy seksualnej pozwalającym zdiagnozować dziejącą się krzywdę jest zachowanie sprawcy. Agresor różnymi sposobami kontroluje dziecko, aby użyć je do własnych celów. Uwodząc dziecko, staje się dla niego zaufanym przyjacielem, autorytetem, zaspokaja potrzeby zaniedbanego emocjonalnie dziecka, na przykład dając mu prezenty, zapewniając przyjemności, zaspokajając potrzebę ciepła i bycia ważnym, ale również zastraszając i grożąc, wzbudzając poczucie winy i ucząc fałszywej moralności. Może wykorzystywać seksualnie, gdy jest z dzieckiem sam na sam i również wtedy gdy dom jest pełen ludzi, także w ich bezpośredniej obecności. Stwarzając specjalną sytuację lub korzystając z okazji podczas zabawy, spaceru, kładąc dziecko do łóżka, podczas kąpieli czy wykonując zabiegi pielęgnacyjne, wykorzystując do tego wykonywany zawód a także pornografię i internet (Salter, 1988, 2003; Widera – Wysoczańska, 1998a).

Kontrolowanie środowiska przez sprawcę

W fazach dynamiki przemocy seksualnej: uwodzenia, aktywnej przemocy i tajemnicy (Widera – Wysoczańska, 1998), gdy sprawca prezentuje się jako osoba „dobra” dla dziecka, ochrania siebie, usprawiedliwia i zaprzecza informacjom. Powołując się na miłość, czy przyjaźń sprawca ubezwłasnowolnia dziecko i środowisko, manipulacjami uzależnia je od siebie i przez to nie daje im szansy mówienia prawdy. Twierdząc, że ma udane życie seksualne i stałą partnerkę sprawca odwraca uwagę od swojej osoby, usypiając czujność opiekuna dziecka i otoczenia. Pokazując się na zewnątrz rodziny jako poprawna, ważna, „niemal święta” osoba nie rzuca na siebie podejrzeń. W fazie zaprzeczania ujawnionej przemocy twierdzi, że nie jest taką osobą, która mogłaby to zrobić lub przyznaje się tylko do tych zachowań, które gwarantują mu uniknięcie kary; mówiąc że nie chciał źle postąpić odwołuje się do uczuć otoczenia, dziecka, opiekuna i w ten sposób wzbudza litość. Używając argumentu, że dziecko przecież wcześniej nie skarżyło się na jego zachowania, sprawca obwinia dziecko (że albo ono kłamie, albo samo tego chciało) i w ten sposób zrzuca na nie odpowiedzialność za przemoc, siejąc tym samym wątpliwości u opiekuna i innych ludzi. Może także wyrażać przekonanie, że przecież nic się nie stało “tyle krzyku o nic” umniejszając wagę i bagatelizując krzywdę dziecka a siebie usprawiedliwiając. Ponadto uwypuklając zaburzone zachowanie dziecka wynikające już z doznanej przemocy (np. wagary, narkotyki, pogorszone wyniki w nauce) skutecznie w oczach środowiska zmniejsza wiarygodność dziecka (Salter, 1988, 2003).

Takie postępowanie w efekcie ma wymóc rezygnację z jakichkolwiek działań przeciwko sprawcy. Nie jest to szczególnie trudne, ponieważ reakcje środowiska uwarunkowane są przez wszechobecne mity społeczne i rodzinne usprawiedliwiające sprawcę, oskarżające ofiarę i utrudniające pomoc osobom zagrożonym.

Kazirodztwo psychologiczne jako szczególny typ PSDD

Prawnie kazirodztwo określane jest jako obcowanie płciowe „w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry” (Art. 201 KK, 2003). Psychologiczne pojmowanie czynów kazirodczych obejmuje wszelkie zachowania seksualne wobec dziecka, dokonywane przez osobę z którą jest ono połączone więzami krwi lub wyjątkowo bliskimi więzami emocjonalnymi czy społecznymi. Agresorem może to być mężczyzna lub kobieta: ojciec, matka, ojczym, macocha, wujek, ciotka, dziadek, babcia a także na przykład przyjaciel domu, który stał się szczególnie ważny dla dziecka, ponieważ okazał mu więcej uwagi i zainteresowania niż sami rodzice. Najdrastyczniejsze konsekwencje pozostawia przemoc seksualna dokonana przez matkę, ojca lub inne ważne osoby z

najbliższej rodziny. Można zauważyć specyficzne cechy kazirodztwa w porównaniu z innymi typami PSDD. Przemoc seksualna oparta jest tu na wykorzystaniu przez osobę pozycji intelektualnego i emocjonalnego autorytetu wobec dziecka oraz istniejącej relacji zależności, zaufania i siły w wielu lub we wszystkich sferach życia. Przemoc traktowana jest jako wspólny sekret rodzinny. Drastycznie wpływa ona na relacje rodzinne. Ponieważ dostęp do dziecka jest ułatwiony, trwa długo w życiu dziecka i progresywnie narasta jej częstotliwość, rodzaj i natężenie zachowań. Ponadto występuje szczególnie dużo różnych typów zachowań seksualnych i manipulacyjnych wobec dziecka. Wywołuje duży konflikt emocjonalny u dziecka dotyczący z jednej strony relacji ze sprawcą a z drugiej z opiekunem, większy lęk przed ujawnieniem przemocy. Intensywny konflikt lojalności przeżywa dziecko, ale także i opiekun, i związany jest on z brakiem wsparcia ze strony rodziny - im bliższa jest relacja pomiędzy ofiarą i sprawcą tym mniej uzyskuje się wsparcia. Dziecko nie jest ochraniające ze strony ważnych osób, i to powoduje u niego poczucie bycia zdradzonym zarówno przez sprawcę jak i opiekuna (Widera – Wysoczańska, 1998; 2001; 2003).

Zaobserwowano różnice w zgłaszaniu do psychologa lub na policję przemocy seksualnej wobec dziecka w zależności od pokrewieństwa ze sprawcą. Finkelhor (1984) badał 48 bostońskich rodziców, wyniki były dramatyczne, okazało się, że 73% rodziców zgłosiło przemoc seksualną, gdy dokonana była przez obcego; 23% rodziców zgłosiło przemoc seksualną, gdy dokonana była przez znajomego; 0% zgłosiło, gdy sprawcą był krewny. Salter (1988; 2003) podaje, że 80 – 90% matek jest świadoma kazirodztwa w rodzinie i nie podejmuje żadnych działań w celu ratowania dzieci. Nasuwa się pytanie, dlaczego tak się dzieje?

Jakościowa metoda badań

Badania oparte zostały o metodologię jakościową, skoncentrowaną na pogłębionym opisie i interpretacji poznawanych zagadnień z subiektywnej perspektywy osoby badanej.

Osoby badane

Zastosowany został celowy dobór osób do badań oparty o kryterium (za: Patton, 1988; Widera – Wysoczańska, 2002), polegający na wybieraniu wszystkich przypadków, które spełniają określone kryterium oraz dogłębnym badaniu szczególnego typu problemu, aby uzyskać bogate i głębokie opisy zagadnień. Przebadana została 30 osobowa grupa kobiet w wieku 24 – 48 lat. Zgodnie z ustalonymi kryteriami doboru osób do badań skoncentrowałam się na kobietach, które doświadczyły w dzieciństwie w rodzinie przemocy seksualnej z kontaktem fizycznym od osoby bliskiej i ważnej: ojca, ojczyma, partnera matki; dzieci (lat 4 do 20) tych kobiet zdiagnozowane zostały także jako doświadczające przemocy seksualnej, której sprawcą był ktoś z rodziny; kobiety w trakcie badania były uczestniczkami terapii (w Ośrodku Terapii Osób z Rodzin Dysfunkcyjnych EGO lub w innych Poradniach Psychologicznych). Badania prowadzone były na początku terapii lub kobiety były proszone o retrospektywne opisanie sytuacji z przed terapii.

Zastosowane metody

Zastosowałam metody skonstruowane na użytek badań o przemocy seksualnej: rozmowę opartą o przewodnik „Historia przemocy w rodzinie”, składającą się z pytań otwartych, pozwalającą rozpoznać role, granice, zasady i typy przemocy w rodzinie (Widera – Wysoczańska, 1998); kwestionariusz objawów złożonego, chronicznego PTSD (CPTSD - złożone zaburzenie stresu pourazowego.); wywiad ustrukturalizowany ”Kwestionariusz Intymnych Sytuacji” (SIK), którego celem jest pomoc osobie w opisie doświadczonych przez nią różnych typów przemocy seksualnej (Widera – Wysoczańska, 1998). W celu poznania subiektywnego spostrzeżenia postaw rodzicielskich zastosowałam: wywiad ustrukturalizowany „Retrospektywne Spostrzeżenie Postaw Rodzicielskich Rodziców”, badający spostrzeżenie przez kobiety zachowań ich matek (także ojców) w okresie dzieciństwa osób badanych oraz rozmowę opartą o przewodnik „Doświadczenie własnego Rodzicielstwa”, dotyczący spostrzeżenia siebie jako matki (Widera – Wysoczańska, 2001). Badanie odbywało się z każdą osobą oddzielnie. Nagrywane było na magnetofon a następnie dokonano szczegółowej transkrypcji materiału. Uzyskany tekst podlegał analizie jakościowej (Widera – Wysoczańska, 2000, 2002).

Przed przystąpieniem do prezentacji wyników badań należy zaznaczyć, że analizy uzyskane na podstawie badań jakościowych, ze względu na niewielką grupę badanych osób nie mogą być uogólnione na szerszą populację, lecz tylko na badaną grupę osób. Aczkolwiek zastosowanie doboru celowego osób do badań, opartego o kryterium jest próbą pogłębionego zrozumienia zachowań szerszej grupy kobiet (spełniającej opisane powyżej kryteria doboru), które doznały w dzieciństwie przemocy seksualnej.

Wyniki badań

Poniżej zaprezentuję wyniki badań, które będą opisywały rodzaje przemocy seksualnej doświadczanej przez kobiety z grupy dobranej celowo oraz z grupy losowej (badania autorki z 1996 roku). Następnie opiszę cechy występujące u kobiet, które doznały w dzieciństwie przemocy seksualnej, wpływające na styl wychowania dzieci; oczekiwania rodzica co do roli dziecka wykorzystywanego oraz dwa style wychowania seksualnego w rodzinie kazirodziej; opiszę relacje wspomnianych kobiet z partnerem. Przedstawię typy matek – sprawczyń biernych i czynnych przemocy seksualnej i ich cechy oraz konsekwencje przemocy seksualnej doznanej przez opiekuna w jego dzieciństwie wyrażające się w zdolności zapewniania dziecku bezpieczeństwa. Zastanowię się czego potrzebuje osoba skrzywdzona, aby szybko powrócić do zdrowia po doznanej przemocy seksualnej. Na zakończenie omówię celowość postępowania psychologicznego nie tylko z dzieckiem ale i z jego opiekunem, aby zmiany były skuteczne.

Rodzaje przemocy seksualnej

Kobiety z grupy, której poświęcony jest ten artykuł doświadczyły w dzieciństwie trzech typów przemocy seksualnej: (1) przemoc seksualna z kontaktem fizycznym, (2) przemoc seksualna bez kontaktu fizycznego i (3) emocjonalne nadużycie seksualne.

Przemoc seksualna z kontaktem fizycznym

Wspominały one, że sprawca masturbował się w ich obecności, wykonywano wobec nich zbędne zabiegi medyczne czy pielęgnacyjne, wykorzystano do produkcji zdjęć i filmów pornograficznych; kąpano w sposób, który dziecko odczuwało jako natrętny, dotykano i pieszczono miejsca intymne, dokonywano penetracji pochwy, zmuszano do stosunków oraz gwałcono. Badania prowadzone w 1996 roku na próbie losowej (Widera – Wysoczańska, 1998, 2003) wskazują, że przemocy seksualnej z kontaktem fizycznym (dotykem) doznało około 54% losowo dobranych kobiet (n=161), w tym: 29% kobiet zgłosiło, że doświadczyło zawstydzających dotyków w biust lub pośladki przez osobę z rodziny w obecności innych osób; erotycznych pieszczot (całowanie lub pieszczenie miejsc intymnych dziecka) doświadczyło 14%; natomiast 18% dotykania miejsc intymnych i penetracji pochwy palcem lub przedmiotem; 5.5% kobiet zmuszanych było do stymulowania narządów płciowych drugiej osoby; 4.8% doświadczyło gwałtu i 1.8% badanych było przymuszanych do masturbowania siebie w obecności sprawcy. Pięćdziesiąt sześć procent zgłosiło stałe spanie (często z dużym już dzieckiem w jednym łóżku, często nago podczas, gdy drugi rodzic spał gdzie indziej (np. z powodu alkoholizmu czy agresji). Warto wspomnieć, że 30% losowo dobranych do badań mężczyzn zgłosiło doznawanie przemocy seksualnej w dzieciństwie i młodości.

Przemoc seksualna bez kontaktu fizycznego

Dziecko nie musi być dotykane, aby było wykorzystywane seksualnie. Badania losowe (N=161) wykazały, że przemoc seksualna bez kontaktu fizycznego (dotyku) dotyczy 50.3 % badanych kobiet, które wspominały swoje dzieciństwo, w tym pokazywanie dziecku filmów lub gazet pornograficznych lub przyzwalanie na oglądanie ich zgłosiło 4.9% kobiet badanych; podglądanie przez drugą osobę 16,1%. Rodzic wchodził do pokoju w każdej chwili i bez pukania, wtedy, gdy osoba przebierała się u 39% kobiet. Osoba dorosła wchodziła bez pytania do łazienki lub toalety, gdy dorastające dziecko z niej korzystało u 24% kobiet. Kobiety z grupy dobranej celowo zgłosiły ponadto obnażanie się rodzica w obecności dziecka, chodzenie nago po domu, przymuszania dziecka do oglądania stosunków płciowych. Emocjonalne nadużycie seksualne

Badania nad kobietami z grupy losowej (N=161), które wspominały swoją przeszłość wskazują, że w 70.8% polskich rodzin występuje ta przemoc. Dwadzieścia pięć procent zgłosiło, że oczekiwano, aby dzieci przyjmowały rolę partnera jednego z rodziców. Pięćdziesiąt cztery procent przebadanych kobiet

wspomina przykre uwagi związane z płcią (ty tłściochu, nikt Cię nie zechce; wielki, brzuch, wielka dupa lub biust, brzydka, krzywe nogi, wyśmiewanie się z dziewictwa). Czterdzieści osiem procent słyszało, że jest dziwką, kurwą. W 51% przypadków dorastającej dziewczynie, robiono krępujące lub wulgarnie uwagi na temat rozwoju piersi, pośladków, ponadto 6% zmuszano do szczegółowego opowiadania o kontaktach intymnych. Kobiety dobierane celowo do prezentowanego w tym artykule badania wskazywały ponadto na wyrażanie wulgarnych przekonań na temat innych znanych dziecku kobiet w jego obecności, mówienie do osoby, że nadaje się jedynie do uprawiania seksu; przekazywanie wulgarnych przekonań na temat kobiet i mężczyzn; wulgarnie wyzywanie dziecka w sposób uwłaczający godności, porównywanie ciała i wyglądu dziecka do innych osób; opowiadanie dziecku o swoich kontaktach seksualnych z innymi dorosłymi, urządzenie spotkań na których rozmawia się (często wulgarnie) o seksie w obecności dzieci.

Zaburzone rodzicielstwo - międzypokoleniowe konsekwencje

Przemoc seksualna doznana w dzieciństwie jako uraz chroniczny i złożony wpływa na funkcjonowanie we wszystkich sferach życia, wzmagając występowanie problemów w sferze emocjonalnej i poznawczej, behawioralnej, społecznej i zawodowej, koreluje z uzależnieniami i wzmagają choroby somatyczne, dysfunkcje i zaburzenia seksualne oraz zaburzenia tożsamości płciowej, przyczynia się do zachowań antyspołecznych, zaburzeń psychicznych i osobowości, wywołuje PTSD (zaburzenia po stresie urazowym) i złożone, chroniczne PTSD (CPTSD). Wpływa na życie rodzinne, relacje z partnerem i relacje z dzieckiem, wynikające z problemów z podjęcia roli rodzica (Widera-Wysoczańska, 2001). Poniżej opiszę cechy kobiet, sprawczyń biernych przemocy seksualnej, czyli tych które mają poważne problemy z zapewnieniem dziecku bezpieczeństwa i ochrony przed przemocą seksualną.

Cechy specyficzne kobiet wpływające na kazirodczy styl wychowania dzieci

U badanych kobiet, które były wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie zaobserwowano zespół specyficznych cech psychologicznych o dużym nasileniu, których występowanie może mieć związek z pojawieniem się dysfunkcyjnych - kazirodczych zasad w rodzinie i brakiem możliwości ochraniać dzieci przed przemocą seksualną.

Kobiety te cechowała bezsilność i bezradność, brak poczucia wewnętrznej kontroli, depresyjność, niskie poczucie własnej wartości, brak zainteresowań oraz choroby somatyczne: nadciśnienie, choroby nerek, choroby serca, choroby ginekologiczne. Zaprzeczają kłopotom w rodzinie i w relacji z partnerem. Przeżywają zaburzone poczucie własnej cielesności i swoją wartość łączą z seksualnością. Mogą pojawić się problemy seksualne w postaci nadmiernego rozbudzenia (skutkujące pojawianiem się wielu partnerów, także w obecności dziecka lub nieuzasadnioną nagością w obecności dziecka) lub zahamowania seksualnego (niechęć do seksu, brak kontaktu ze swoim ciałem, lęk związany z seksualnością, przekonanie, że seks jest czymś złym). Mogą one mieć problemy z tożsamością płciową w postaci niejasnej orientacji seksualnej lub homoseksualizmu.

Kobiety badane posiadają tradycyjne poglądy na rodzinę. Są zależne finansowo, a częściej emocjonalnie od męża/partnera, chociaż posiadają one własne dochody i zarobki wyższe od niego. Cechuje je przekonanie, że kobieta nie może egzystować bez mężczyzny, pomimo niezależności finansowej oraz, że żona musi zaspokoić potrzeby mężczyzny i bez względu na wszystko spełniać rolę służącej. Kobiety te narażone są na przemoc fizyczną ze strony mężczyzny. Wykazują nieumiejętność znoszenia samotności. Starają się, aby mąż nie szukał kobiet na zewnątrz, pozwalając, aby nawiązywał intymną relację z córką. Poświęcają w ten sposób dziecko, zgadzając się na przemoc seksualną wobec niego.

Częściej niż u innych kobiet, u tych po przemocy seksualnej doznanej w dzieciństwie występuje problem niechcianego macierzyństwa w postaci aborcji, posiadania niechcianych dzieci, braku instynktu macierzyńskiego, decyzji o nie posiadaniu dzieci oraz oddawaniu dzieci do adopcji.

Cechy niespecyficzne kobiet

U badanych kobiet zaobserwowano cechy niespecyficzne, do których zaliczyłam: wzmożone lęki i fobie, natręctwa, problemy ze snem w tym koszmary nocne, poczucie wstydu, brak sensu w życiu, brak poczucia, że zasługuje się na coś dobrego, chroniczny żal nie pozwalający na jawne wyrażanie złości i w

związku z tym bierna – agresja i agresja przeniesiona, sztywność w myśleniu i zachowaniu. Cechuje je symptom unikania i odrętwienia i wynikający z niego brak możliwości rozpoznawania i wyrażania swoich uczuć oraz duży lęk przed wymknięciem się uczuć z pod kontroli (porównaj objawy PTSD z DSM IV).

Zaburzone relacje z dzieckiem

W badanej grupie kobiet, w relacji matki z dzieckiem można zaobserwować wiele cech, których występowanie z dużym prawdopodobieństwem zwiększa ryzyko powielania przemocy seksualnej wobec dziecka w rodzinie i poza nią.

Dystans emocjonalny i oczekiwania co do roli córki

Matka zazwyczaj zaspokaja podstawowe potrzeby dziecka, zapewniając mu jedzenie i ubranie. Z powodu wspomnianych problemów emocjonalnych u matki widoczny jest brak akceptacji dziecka, dystans emocjonalny i fizyczny, objawiający się brakiem ciepła, lękiem przed bliskością i brakiem wiedzy na temat potrzeb dziecka. Szczególnie utrzymuje się narastający dystans emocjonalny z córką wykorzystywaną seksualnie. Taka postawa połączona jest z agresywnością i złością wobec córki, nieproporcjonalną do jej przewinień. Milcząco lub jawnie oskarża i obwinia córkę o to, że przyzwala ona na wykorzystywanie, wykazuje brak zaufania wobec córki i nie jest wobec niej wspierająca w różnych problemach życiowych. Wyrażna jest intruzywna nadopiekuńczość w relacjach z dzieckiem przejawiająca się z jednej strony nadkontrolą (zamiast autonomi) charakteryzującą się infantyлизmem, uzależnianiem dziecka od siebie, a z drugiej strony odrzuceniem dziecka, objawiającym się brakiem umiejętności rozpoznawania i brakiem troski o zaspokajanie rzeczywistych potrzeb dziecka, brakiem opieki, brakiem empatii i emocjonalnym zimnem. Widoczne jest izolowanie dziecka: wewnątrz rodziny, od zewnętrznej rodziny oraz od środowiska (rówieśników). Matka przejawia brak umiejętności ochraniać dziecko przed dziejącą się krzywdą, nie uczy mówienia „nie”, nie uczy mówienia o swoich uczuciach i myślach, nakazując milczenie; nie uczy konstruktywnego rozwiązywania problemów, oraz rozpoznawania swoich potrzeb i domagania się ich realizacji. Utwierdza dziecko w poczuciu niskiej wartości i bezsilności.

W badanej grupie kobiet zaobserwowano występowanie określonych oczekiwań rodzica co do roli córki w rodzinie. Ma ona cierpieć w samotności, zaprzeczać istniejącej rzeczywistości dotyczącej sytuacji w rodzinie i doświadczanej krzywdy i godzić się na rolę kozła ofiarnego, poświęconego przez matkę dla „ratowania” jej związku i rodziny. Od wczesnych lat życia jest obarczana odpowiedzialnością za funkcjonowanie rodziny i jej problemy. Ma nie wyrażać siebie: swoich uczuć, myśli, przekonań o doświadczanych krzywdach oraz jest izolowana od rodziny i z rówieśników.

Matka swoją postawą może przyczyniać się do budowania w dziecku zniekształceń poznawczych dotyczących obrazu siebie i świata, przekazuje przekonania o złym i zagrażającym świecie; uczy braku zaufania do siebie i świata. Pozwala partnerowi (i sama także to robi) na wpajanie dziecku destrukcyjnych i krzywdzących przekonań na temat kobiecości. Wykazuje brak poczucia pewności siebie jako matki, wyrażany na przykład przez nieadekwatną złość i agresję wobec dziecka (jest to jedna z przyczyn zgłaszania się tych kobiet do psychologa). Występuje wyraźny brak współpracy partnerów w wychowaniu dziecka.

Liberalne i purytańskie wychowanie seksualne w rodzinie kazirodziej

Widoczne są dwa skrajne style wychowania, które łączą się z występowaniem przemocy seksualnej w rodzinie i poza nią. Zbyt liberalne wychowanie seksualne, charakteryzuje się zaburzeniem - zatarciem granic międzypokoleniowych w rodzinie; pomieszaniem ról i uznaniem dziecka za swojego partnera; dozwolona jest pornografia (gazety, filmy, zdjęcia, rozmowy, współżycie) w obecności dzieci i widoczne jest zbyt wczesne rozbudzanie dziecka (poprzez na przykład nie uzasadnioną nagość rodziców i dzieci w rodzinie, wspólne kąpiele, mówienie o seksie w obecności dziecka, rozmowy ze zbyt małym dzieckiem o seksie). Nie jest respektowana prywatność dziecka (np. wchodzenie dorastającemu dziecku do łazienki lub pokoju gdy jest nagie); nie utrzymuje się jasnych i stabilnych zasad i ról. Dzieci uczone są fałszywej moralności, brak im wiedzy o tym jak się ochraniać przed przemocą seksualną. Dzieci te z powodu zbyt

wczesnego rozbudzenia mogą być narażone na wykorzystanie w rodzinie i przez osoby z poza rodziny (np. dziewczynki mogą być przymuszane do współżycia z wieloma partnerami, często starszymi od siebie).

Zbyt purytańskie wychowanie, charakteryzuje się stałym unikaniem edukacji i profilaktyki seksualnej dzieci w rodzinie; brakiem pozwolenia na rozmawianie z dzieckiem o seksualności przez osoby trzecie (w tym profesjonalistów); karami wobec dziecka za przejawy zainteresowania seksualnością (np. za kobiece ubrania: dekolt, krótka spódnica, malowanie się; za czytanie gazet kobiecych lub posiadanie chłopaka). O tej formie wychowania czasami zapomina się podczas diagnozowania nadużyć. Mówią o niej zwłaszcza kobiety wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie przez ojców i ojczymów.

Zaburzone relacje z partnerem

Badane kobiety miały tendencje do wiązania się z partnerem nie wspierającym; stosującym przemoc fizyczną wobec nich. Przedkładały kontakt z partnerem nad relacje z dzieckiem dla zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb: „bezpieczeństwa” emocjonalnego i finansowego oraz przynależności zagłuszającej poczucie samotności. Swoją wartość kobiety łączą z seksualnością, w dzieciństwie zostały nauczone przez sprawcę, że seks może służyć do zaspokajania potrzeby bliskości, ciepła, opiekuńczości i w konsekwencji w życiu dorosłym szukają (najczęściej bezskutecznie) tych uczuć od partnera stosującego przemoc lub przygodnego. Mogą mieć wielu partnerów (i wówczas dziecko narażone jest na kontakt z wieloma różnymi, często przygodnymi partnerami rodzica) lub mogą unikać seksu i seksualności (i wtedy dzieci mogą być narażone na brak konstruktywnej wiedzy o seksualności, patrz wychowanie purytańskie).

Warto podkreślić, że patologiczne przywiązanie kobiety do mężczyzny nie jest oparte na zależności finansowej, ale na mocnym uzależnieniu emocjonalnym i społecznym, wynikającym z problemów psychologicznych, których przyczyny można upatrywać w urazie chronicznym doznany w dzieciństwie i których nasilenie jest wzmacniane przez mity i stereotypy społeczne oskarżające ofiarę. Trwanie kobiety przy mężczyźnie zaspokaja jej podstawowe potrzeby emocjonalne dając jej poczucie przynależności a przez to złudne poczucie bezpieczeństwa, spokoju i siły.

Typy matek sprawczyń biernych i czynnych przemocy seksualnej

Poniżej przedstawię style wychowawcze widoczne u kobiet - sprawczyń biernych oraz u wspomnianych przez nie ich matek. Następnie wymienię zaobserwowane typy sprawczyń czynnych przemocy seksualnej. U matek, które same doznały kazirodczej przemocy seksualnej w dzieciństwie występuje także styl bezpieczny wychowania dzieci, jednak w poniższym opisie skupiam się na tych, które zagrażają bezpieczeństwu dzieci.

Style wychowawcze sprawczyń biernych przemocy seksualnej

Typ nadopiekuńczy

W zachowaniach matek nadopiekuńczych widoczna jest patologiczna kontrola nad dzieckiem, uzależnianie dziecka od siebie i łamanie granic dziecka (patrz: przemoc seksualna emocjonalna), a poprzez to matki te same mogą stać się sprawczyniami czynnymi przemocy seksualnej. Nie rozpoznają rzeczywistych potrzeb dziecka, narzucając mu własne poglądy dotyczące tych potrzeb, w rzeczywistości dbając o zaspokojenie własnych. Poprzez takie zachowanie odbierają dziecku niezależność i autonomię. Ponadto izolują dziecko od rodziny i rówieśników w obawie, że może ono zostać wykorzystane seksualnie.

Typ nieochraniający

Matki nie ochraniające nie zauważają potrzeb dziecka; są zdystansowane i zimne, nieobecne dla dziecka. Są nadmiernie krytyczne, restrykcyjne wymagają bezwarunkowego respektu, zawstydzające i karzące, obwiniające i odrzucające dziecko. Nie zapewniają mu bezpieczeństwa i ochrony; wykazują brak zainteresowania dzieckiem oraz brak wsparcia i opieki; nie słyszą wołania o pomoc. Zaniedbując

emocjonalnie swoje dzieci zwiększają ryzyko wystąpienia przemocy seksualnej wobec syna czy córki ze strony osób z rodziny lub obcych.

Cechy matek sprawczyń biernych przemocy seksualnej

Cechy matek nadopiekuńczych

Kobiety nadopiekuńcze są świadome doznanej w dzieciństwie krzywdy, w tym przemocy seksualnej oraz spostrzegają swoje matki jako postać negatywną. Deklarują niezależność od traumatycznej przeszłości, sądząc że nie wpływa ona na ich aktualne życie, macierzyństwo w tym podejmowane role i tworzone zasady w aktualnej rodzinie. Wskazują na refleksyjność na temat bycia matką wobec swoich dzieci, chcą być dobrymi matkami i deklarują się jako dobre matki. Jednak popełniają błędy podobne do tych, których dopuścili się ich matki. Nie dbają o przestrzeganie intymnych granic dziecka, ponieważ same mają zaburzone ich rozumienie. Zdarza się, że same wykorzystują seksualnie swoje dziecko (np. angażując je do bycia emocjonalnym partnerem matki; bycie przyjaciółką dziecka; kąpiąc duże już dziecko lub sprawdzając mu genitalia; obnażając się w obecności dziecka). Zauważają, że dziecko jest wykorzystywane przez innego sprawcę (np. ojca czy dziadka dziecka lub kuzyna czy starszego kolegę). Zdarza się, aczkolwiek rzadko, że doprowadzają do separacji lub rozwodu z partnerem, w celu zapewnienia bezpieczeństwa dziecku. Posługując się rodzajami więzi Bowlbiego (1969) ten typ matek można zaliczyć do ambiwalentnych.

Pewna świadomość błędów popełnianych przez własne matki i doznanych w dzieciństwie krzywd zwiększa refleksyjność kobiet nadopiekuńczych na temat własnego macierzyństwa, ale niestety nie chroni je to przed popełnianiem podobnych lub tych samych błędów.

Cechy matek nieochraniających

Matki nie ochraniające wykazują brak świadomości (mechanizmy zaprzeczania) doznanych przez nie krzywd w dzieciństwie, idealizują własne matki, chociaż nie potrafią opisać na czym miłość ich matek polegała. Są bez kontaktu z własnymi uczuciami, zdysocjowane, sztywne, zdystansowane, z przekonaniem o złym świecie. Nie posiadają refleksji na temat bycia matką wobec swoich dzieci i w związku z tym nie widzą potrzeby zmiany relacji z dzieckiem. Popełniają błędy podobne do błędów ich matek, uznając takie zachowanie za jedynie słuszne. Nie posiadają umiejętności ochrony dziecka przed przemocą. Nie chcą zauważyć, zaprzeczają, minimalizują lub oskarżają dziecko, gdy jest wykorzystywane seksualnie przez sprawcę. Nie zaspokajają potrzeb dziecka.

Boją się samotności z powodu braku poczucia własnej atrakcyjności i niskiego poczucia własnej wartości. Nie doprowadzają do separacji lub rozwodu z partnerem stosującym przemoc, uzasadniając swoją decyzję tradycją, religijnością, zasadami. Wykorzystują zniekształconą interpretację zasad religijnych do utrzymania toksycznej struktury rodziny, jej zasad i ról. Posługując się typami więzi Bowlbiego ten typ matek można zaliczyć do unikających lub zdeorganizowanych.

Należy podkreślić, że zachowanie matek nadopiekuńczych czy nie ochraniających (biernych sprawczyń) jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia przemocy seksualnej wobec ich dzieci. Nie są one jednak nigdy odpowiedzialne ani winne za samą przemoc seksualną, której dopuścił się inny aktywny sprawca – za to zachowanie odpowiedzialność ponosi tylko bezpośredni agresor. Jednak zdarzało się w opisanej grupie kobiet, że niektóre z badanych kobiety złamały cienką linię między sprawstwem biernym i czynnym i stawały się aktywnymi sprawczyniami przemocy seksualnej wobec dziecka.

Typy matek sprawczyń czynnych przemocy seksualnej

Wyróżniłam cztery typy matek wykorzystujących seksualnie i zaliczyłam do nich: (1) kobiety, które naruszają intymne granice dziecka w różnym wieku; (2) kobiety wykorzystujące seksualnie małe dzieci, często za karę; (3) kobiety, które molestują nastoletnie dzieci; (4) kobiety, które wykorzystują seksualnie dzieci razem z mężczyznami (pomagając im lub namawiając ich do tego). Jedna kobieta może być zaliczona do kilku typów sprawczyń czynnych.

Cechy specyficzne

Cała traumatyczna przeszłość tych kobiet jest widoczna w ich przekonaniach na temat dzieci. Kobiety te charakteryzują się pewnymi specyficznymi cechami. Te które wykorzystują seksualnie małe dzieci w dzieciństwie doznały przemocy seksualnej głównie ze strony ojca lub dziadka oraz doświadczyły braku ochrony lub odrzucenie ze strony matki. Kobiety wykorzystujące dzieci razem z mężczyznami nauczyły się, że w przemocy jest siła; ojciec stał się dla nich centralną postacią (idealizacja ojca). Natomiast kobiety wykorzystujące dzieci nastoletnie traktowane były przez własną matkę jako rówieśniczki, partnerki, nie wytworzyły więc autorytetu kobiety; ich matki zazdrosne były o towarzystwo swoich nastoletnich dzieci; w kontaktach z dziećmi ich matki raz zachowywały się jak ich nastoletnie rówieśniczki, a zarazem traktowały dzieci jak dorosłych partnerów; spostrzegały nastoletnie dziecko jako idealnego kochanka, partnera; matki tych kobiet siebie spostrzegały jak nastolatki.

Cechy niespecyficzne

Cechy wspólne tych kobiet to niskie poczucie własnej wartości i nieadekwatna złość i agresja. Angażowanie się w związki ze sprawcami przemocy (emocjonalnej, fizycznej, alkoholowej). Nie posiadają one umiejętności poszukiwania wsparcia w środowisku, czują się samotne, nie wierzą, że osoba dorosła może zaspokoić ich potrzeby. Brak jest u nich współczucia dla siebie jako ofiary, to pociąga za sobą brak empatii wobec dziecka. Są przekonane, że dzieci są albo idealne albo bardzo złe; nie rozpoznają potrzeb dziecka i są przekonane, że dziecko powinno zaspokajać potrzeby dorosłego. Minimalizują lub wypierają stosowaną przez siebie przemoc seksualną. Wykorzystują zniekształcone rozumienie religii do usprawiedliwienia stosowanej przemocy lub do „przeprowadzenia terapii” poprzez spowiedź; nie mają motywacji do zmiany.

Zdolność do zapewnienia bezpieczeństwa dziecku

Nie rozwiązany u opisanych powyżej kobiet problem przemocy seksualnej z dzieciństwa i wynikający z niej zespół objawów psychologicznych utrudnia niesienie pomocy dziecku. Kobiety te zdysocjowane i bezradne nie zauważają problemów. Doświadczenia z dzieciństwa bardzo utrudniają im rozmowę o przemocy doznanej przez dziecko, ponieważ wywołuje to zbyt bolesne wspomnienia. Wiele kobiet nie zidentyfikowało zachowań sprawcy wobec nich jako przemocy seksualnej i nie rozpoznało typów doznanej krzywdy, trudno więc im dbać o zdrowe granice wobec własnych dzieci i role podejmowane przez nie. Kobiety te nie są w stanie żyć bez mężczyzny i uzasadniają to zależnością finansową od niego. Jest to bardzo mocna postawa w pierwszym pokoleniu, ale także występuje w drugim pokoleniu i pomimo tego, że kobiety badane są zdecydowanie niezależne finansowo i wręcz często utrzymują swoją rodzinę, w tym mężów, nadal mają poczucie mocnej zależności od nich. Przynależność kobiety do mężczyzny daje im złudne poczucie „bezpieczeństwa” i „stabilizacji”, w społeczeństwie mało akceptującym samotne kobiety. Koncentracja matki na zaspokajaniu własnych potrzeb nie pozwala jej ochraniać dziecko przed sprawcą.

Podporządkowanie się partnerowi może być formą zrzucenia odpowiedzialności z siebie za brak ochrony dziecka przed przemocą („ja nic nie mogłam zrobić”). Brak zainteresowania matek emocjonalnymi potrzebami dziecka, znikoma empatia wobec niego, jest jedną z przyczyn przyzwolenia na przemoc wobec dziecka i nie ochraniać go. Emocjonalne opuszczenie i zastraszenie dziecka oraz obwinianie małego człowieka uniemożliwia mu ujawnienie przemocy. Stały nacisk (poprzez słowa, zachowania, nastroje) ze strony matki i środowiska na córkę na przyjmowanie przez dziecko destrukcyjnych ról związanych z intymną sferą życia, powoduje, że takie życie staje się „normą” dla dziecka i nie może ono przed nimi się bronić. Zaburzone granice, pomieszane role i destrukcyjne zasady uniemożliwiają dbanie o bezpieczeństwo. Jawna lub ukryta niechęć i agresja do córki związana z traktowaniem dziecka jako rywalki odbiera dziecku pewność w bronieniu swoich racji. Brak rozwiązywania konfliktów w rodzinie nie uczy umiejętności radzenia sobie z problemami, wręcz uniemożliwia szukania pomocy. Podobnie działa zakaz wyrażania uczuć i myśli, utrudniający kontakt z ludźmi i uniemożliwiający szukanie pomocy. Czynniki wpływające na proces zdrowienia dziecka po doznanej przemocy seksualnej

Współczesne badania koncentrują się na czynnikach rodzinnych i środowiskowych wpływających na zdolność dziecka do szybkiego powrotu do zdrowia po PSDD. Dają one wskazówki co do kierunku

podejmowanych działań zapobiegających rozwijaniu się poważnych konsekwencji u osoby skrzywdzonej i kierunku prowadzenia skutecznej terapii (Fergusson, Mullen, 1999; Kendall-Tackett, 1993; Herman, 1998; Romans, 1995).

Uporządkowałam je w następujący sposób. Pierwsza grupa to (I) czynniki rodzinne i środowiskowe i zaliczyłam do nich (1) wychowywanie się w wspierającej i opiekuńczej rodzinie; (2) otrzymanie wsparcia, opieki i bezpieczeństwa od rodziny, zwłaszcza wsparcia od matki, gdy przemoc zostanie ujawniona oraz (3) wsparcie ze strony środowiska ważnego dla dziecka, np. od dalszej rodziny, nauczycieli, wychowawców, lekarzy, pielęgniarek, pedagogów i psychologów.

Drugą grupę czynników stanowią (II) umiejętności społeczne, a wśród nich (1) posiadanie bliskich relacji z ważnymi osobami oraz dobrej jakości relacji intymnych; (2) wielość społecznych relacji; (3) aktywne dawanie wsparcia innym, w tym poczucie bycia potrzebnym i ważnym; (4) relacje ze współczującymi i pro-społecznymi rówieśnikami; (5) aktywne działanie; (6) komunikowanie się z innymi i mówienie o swoich przeżyciach, czyli otwartość i zaufanie wobec innych; (7) sukcesy w szkole, w życiu, w kontaktach z rówieśnikami.

I w końcu do trzeciej grupy czynników (III) które nazwałam czynnikami osobowościowymi zaliczyłam (1) wysokie poczucie własnej wartości; (2) realistyczne (bez zniekształceń poznawczych) spojrzenie na sytuację traumatyczną; (3) jasne i wyraźne wspomnienie urazu, dające poczucie zrozumienia; (4) wewnętrzne poczucie kontroli i przekonanie o możliwości wpływania na swoje życie; (5) poczucie czasu wewnętrznego przejawiające się świadomością, że uraz miał miejsce w przeszłości; (6) nie odczuwanie negatywnych konsekwencji na samo wspomnienie urazu (nie przeżywanie przeszłej sytuacji, jak gdyby ona działa się tu i teraz); (7) dobre mechanizmy radzenia sobie ze stresem oraz (8) pozytywne postawy wobec życia wytworzone w toku wychowania rodzinnego i środowiskowego.

Łatwo zauważyć, że rodzina kazirodcza stanowi przeciwieństwo wymienionych czynników. Powyżej wymienione grupy wskazują kierunki kształtowania zdrowego środowiska rodzinnego, szkolnego (zaczynając od przedszkola) i społecznego.

Zastosowanie uzyskanej wiedzy

Pisanie o przemoc bez wskazania na zastosowanie danej wiedzy wydaje się nieodpowiednie. Poniżej przedstawię w skrócie etapy postępowania z osobą wykorzystaną seksualnie, kładąc szczególny nacisk na postępowanie psychologiczne z opiekunem wspierającym dziecko wykorzystane.

Etapy postępowania z dzieckiem i jego rodziną

Wyróżniłam dwa główne etapy postępowania z dzieckiem i jego rodziną. Pierwszy etap związany jest z zapobieganiem przemoc seksualnej i jej konsekwencjom, drugi natomiast z sytuacją gdy dojdzie do przemoc i jej ujawnienia.

Aby zapobiegać

Konieczne są wszechstronne działania profilaktyczne (wobec dziecka, rodzica, środowiska), obejmujące postępowanie skierowane na dzieci i dorosłych (bez nich dzieci nie mają szans); na sytuację przed wystąpieniem przemoc (zapobieganie występowania przemoc) i sytuację po wystąpieniu przemoc (zapobieganie jej konsekwencjom i zmniejszanie ich nasilenia); sytuację w domu oraz sytuację poza domem; ochronę przed bliskimi, autorytetami, przed obcymi. Niezbędne jest wprowadzenie profilaktyki przemoc seksualnej do stylu wychowania rodzinnego, tak aby nauka dbania o granice stała się integralną częścią wychowania w domu. Jednak, aby tak się stało pomocna jest większa świadomość rodziców, w tym matek o konsekwencjach jakie ponosi się, gdy doznało się w dzieciństwie przemoc seksualnej. Kobiety te bez przejścia z sukcesem przez własną terapię mają znikome szanse na uczenie własnych dzieci budowania bezpiecznego życia. Uważam, że częścią profilaktyki (aby była ona skuteczna) musi być diagnoza i terapia opiekunów dzieci. U dorosłego po urazie z dzieciństwa pojawia się problem z samodzielną zmianą własnych postaw pochodzących z dzieciństwa, a jego dziecko nawet, gdy podczas

warsztatów psychologicznych nauczy się wartościowych zachowań, wracając do domu musi się dostosować do panującej tam destrukcji.

Gdy dojdzie do przemocy i jej ujawnienia

Konieczne jest wówczas rozpoznanie sytuacji przez np. pedagoga w szkole czy pracownika socjalnego w środowisku; zgłoszenie sprawy do prokuratury czy sądu rodzinnego; interwencja obejmująca izolację i ochronę dziecka przed sprawcą (opieka pedagogiczna, psychologiczna, psychiatryczna, lekarska, socjalna, prawna); specjalistyczna diagnoza psychologiczna (zawsze) i medyczna (jeżeli potrzebna) dziecka, rodziny, środowiska; wsparcie psychologiczne, pedagogiczne, społeczne udzielane dziecku, opiekunowi, rodzeństwu; działania w środowisku, jeżeli potrzebne (np. interwencje w klasie szkolnej; w grupie przedszkolnej; grupy socjoterapeutyczne); profesjonalna indywidualna i grupowa terapia psychologiczna z dzieckiem, opiekunem, budowanie nowych relacji opiekuna z dzieckiem; profesjonalna diagnoza, edukacja i terapia psychologiczna ze sprawcą (całkowicie niezależna od postępowania z dzieckiem) oraz konsekwentne postępowanie ukierunkowane na dalszy rozwój dziecka (Widera – Wysoczańska, 2004).

Wspólna terapia psychologiczna z dzieckiem i z matką (opiekunem wspierającym dziecko)

Większość matek dziecka wykorzystanego posiada cechy uniemożliwiające im emocjonalną bliskość z dzieckiem, a następnie poradzenie sobie z zaistniałą przemocą. Konsekwencją tych cech jest niezdolność do ochrony i nadzoru dziecka. Jakże powinny być więc cele postępowania psychologicznego z opiekunem wspierającym? Jednym z ważniejszych jest poradzenie sobie przez opiekuna z konsekwencjami urazowej przeszłości. Aby uwolnić się od nich i po to by uporządkować swoje relacje z dzieckiem, opiekun powinien przejść pełny proces terapeutyczny lub w ostateczności przynajmniej dokładnie przeanalizować swoją przeszłość. Cele psychoterapii obejmują polepszenie jakości życia osoby, poprzez wydobywanie oraz wzmacnianie jej wewnętrznych zasobów, po to by mogła zapewnić sobie i swoim bliskim bezpieczeństwo; celem terapii nie jest natomiast modyfikowanie struktury i relacji rodziny kazirodziej, aby utrzymać jej istnienie za wszelką cenę. Innym celem jest zwiększenie świadomości o konsekwencjach PSSD w różnych sferach życia oraz o konsekwencjach dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej. Obejmuje ona analizę między innymi tego jakie typy przemocy miały miejsce w rodzinie, kto był sprawcą; kiedy i gdzie doszło do przemocy seksualnej; czy komuś o tym powiedziała lub ktoś zauważył; jak ta osoba zareagowała, jak przemoc wpłynęła na życie opiekuna; jak doznana przemoc wpływa aktualnie na jego reakcje wobec dziecka; jak jego przeżycia wpłynęły na jego reakcje wobec dziecka po ujawnieniu przemocy. Ważnym celem jest odkrycie tajemnicy i przerwanie izolacji w środowisku oraz rozpoznanie toksycznych zasad i ról, którym osoba podporządkowuje się w życiu i odreagowanie uczuć. Konieczne należy pamiętać o stworzeniu życia wolnego od uzależnienia od rodziców, systemu rodzinnego z dzieciństwa, toksycznego partnera poprzez budowanie przez osobę nowych przekonań na temat siebie i świata, zasad, ról, wartości i na ich podstawie zdrowszych relacji z dziećmi, z bliskimi i innymi osobami. Jednocześnie odbywa się zwiększanie poczucia wartości, wewnętrznej kontroli, niezależności, poczucia odpowiedzialności za siebie i bliskich. Poprzez wzmocnienie kontaktu z własnymi uczuciami i zasobami, ustalenie planów, celów i zadań w teraźniejszym i dalszym życiu (Widera – Wysoczańska, 2001).

Jakie są inne cele postępowania psychologicznego z opiekunem wspierającym dziecko, które doznało wykorzystania seksualnego? Zalicza się do nich stworzenie bezpiecznego domu dla dziecka; wspieranie dziecka w trakcie powrotu do zdrowia; kontrola i rozpoznawanie czynników ryzyka w rodzinie; zrozumienie procesu przemocy seksualnej; rozpoznawanie zachowań i mechanizmów sprawcy; zrozumienie i zaakceptowanie, że niebezpieczeństwo przemocy seksualnej zawsze istnieje, jeżeli sprawca ma kontakt z dzieckiem; rozpoznanie objawów doznanej przemocy u dziecka; rozpoznanie zaprzeczania u siebie, sprawcy, dziecka w środowisku; pomoc dziecku w nawiązywaniu zdrowych relacji, po to by zakończyć izolację; nauka zdrowych granic, ról, dotyku, proszenia o pomoc; nauka redukcji winy, wstydu, lęku, agresji u dziecka; radzenie sobie z ambiwalentnymi uczuciami u siebie i dziecka; rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb dziecka.

Podsumowanie

Aby można było przerwać międzypokoleniowe koło przemocy seksualnej oraz aby postępowanie z rodzinami kazirodczymi było skuteczne opiekun, środowisko i profesjonaliści powinni umiejętnie rozpoznawać u dziecka, rodziców i w strukturze rodzinnej objawy doznanej przemocy seksualnej. Muszą nauczyć się skutecznie sprzeciwiać mitom i stereotypom oskarżającym ofiary przemocy seksualnej i usprawiedliwiających sprawcę. Niezbędna jest umiejętność aktywnego posługiwania się wiedzą o dynamice przemocy w rodzinie i reagowania na działania maniulacyjne sprawcy.

Podczas terapii osób z rodziny kazirodczej osobno pracuje się z dzieckiem, opiekunem (sprawcą biernym) i sprawcą (sprawcą czynnym). Dopiero, gdy osoby te poradzą sobie ze swoimi problemami mogą spotkać się na wspólnej terapii rodzinnej. Spotkanie ze sprawcą czynnym może być niemożliwe, ze względu na brak jego postępów w terapii, jeżeli w ogóle jakimś cudem w tej terapii uczestniczy. Podobne poważne problemy mogą pojawić się z matką nie ochraniającą (patrz typy matek), która nie ma wglądu w swoje zachowania. Ponadto nie wystarczy, aby wspierający opiekun przeszedł terapię dotyczącą własnych urazów doznanych w dzieciństwie, aby poprawiły się jego relacje z dzieckiem. Aby mógł on (matka lub ojciec) budować konstruktywne relacje z dzieckiem, podczas spotkań terapeutycznych i rozwojowych musi poświęcić szczególny czas na przepracowanie swoich postaw rodzicielskich wobec dziecka. Tylko wtedy zachodzi trwała zmiana i może zostać przerwane koło przemocy seksualnej.

Bibliografia

- Bowlby, J. (1969). Attachment. Vol. 1 of Attachment and Loss. Hogarth Press, London.
- Briere, (1992). Child Abuse Trauma. Sage. London.
- Courtois, Ch. (1998). Healing the incest wound. Norton.
- Faller, K.C. (1988). Child sexual abuse. New York: Columbia University Press.
- Finkelhor, D., (1984). Child sexual abuse: New Theory and research. New York. Free Press.
- Ferguson, D., Mullen, P., (1999). Childhood sexual abuse. An Evidence Based Perspective. SAGE.
- Glaser, D., Frosh, S. (1995). Dziecko seksualnie wykorzystane. PZWL.
- Herman, (1998). Uraz psychiczny i powrót do równowagi. GWP. Sopot.
- Kendall – Tackett, K. Williamms, L. , Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. Psychological Bulletin, 113, s. 164 - 180.
- Patton, M. (1988). Qualitative evaluation and reearch methods. SAGE. London.
- Romans, S., Martin, J., Anderson, J., O’Shea, M., Mullen, P. (1995). Factors that mediate between child sexual abuse and adult psychological outcome. Psychological Medicine, 25, 127 – 142.
- Salter, A. (1988) Treating child sex offenders and victims. Sage.
- Salter, A. (2003). Pokonywanie traumy. Poznań: Media Rodzina.
- Schechter, M., Roberge, L. (1976). Sexual Exploitation. W: Heffer, R., Kempe, C. (red.) Child abuse and neglect. The family and community. Cambrige. Ballinger.
- SCOSAC. (1984). Definition of Child Sexual Abuse. Standing Conference on Sexually Abused Children, London.
- Widera – Wysoczańska, A. (1998) Sexual Abuse in Polish Families and Psychotherapy – roles and rules increasing sexual abuse against children. Paper presented at the 24th International Congress of Applied Psychology, San Francisco.
- Widera-Wysoczańska, A. (1998a). Ten straszny bliski - dynamika przemocy seksualnej w rodzinie, Charaktery, 3(14).
- Widera-Wysoczańska, A. (1999). Proces zdrowienia osób, które doznały urazu w dzieciństwie. W: Gapik L. (red.). Postępy Psychoterapii. Wybrane zagadnienia teoretyczne, Tom II. S. 102-113. Poznań. Wydawnictwo Uniwersyteckie.
- Widera-Wysoczańska, A. (1999a). Intergenerational Family Rules Amplifying Childhood Sexual Abuse, and Recovery Process. W: Research and Practice in Partnership: Bridging Gaps Across Disciplines,

Cultures, and Theoretical Perspectives. Paper presented at The International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, s. 185.

Widera - Wysoczańska A. (2000). Rozmowy o przemijaniu. Psychologiczne badania hermeneutyczne o doświadczeniu człowieka. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego

Widera - Wysoczańska A. (2001). Intergenerational transmission of risk factors of the sexual abuse in a family and psychotherapy. Reaching Undeserved Trauma Survivors through Community - Based Programs. Paper presented at the International Society of Traumatic Stress Study. New Orleans, 73.

Widera – Wysoczańska, A. (2001a). Zdrowotne konsekwencje chronicznego urazu doznanego w dzieciństwie. W: Dolińska – Zygmunt, G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Widera - Wysoczańska, A. (2002). Wykorzystanie metody jakościowej w badaniach psychologa klinicznego. W: Straś-Romanowska, M. (red.). Szkice psychologiczne. Doniesienia z badań. Aplikacje. Refleksje. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Widera - Wysoczańska, A. (2003). Postępowanie psychologiczne z dzieckiem wykorzystanym seksualnie. W: Czapiga, A. (red.). Psychospołeczne problemy rozwoju dziecka. Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. Wydawnictwo Adam Marszałek. Toruń.

Widera – Wysoczańska, A. (2004). Międzypokoleniowe konsekwencje przemocy seksualnej. Książka w przygotowaniu.