

Historia Anny:

Skutki wykorzystania seksualnego, brak reakcji systemu lecznictwa i wylanie się paradygmatu opartego na wiedzy o traumie

Ann Jennings



tłum. Robert TULO Waśkiewicz

Poniższy tekst jest fragmentem artykułu: On Being Invisible in the Mental Health System (O byciu nie dostrzeganym przez system psychiatryczny), zamieszczonego w The Journal of Mental Health Administration Jesień 1994. Przedruk za zgodą autora.

Piętno ma wiele form. Jeśli diagnoza, leczenie bądź psychoterapia stygmatyzują, konsekwencje dla pacjenta są wyniszczające. W przypadku córki Ann Jennings okazały się krańcowo tragiczne.

Moja córka Anna stała się ofiarą wczesnej dziecięcej traumy seksualnej. Nigdy nie udało się jej znaleźć pomocy i leczenia w systemie psychiatrycznym. Od trzynastego roku życia do jej niedawnej śmierci w wieku lat 32 była przez ten system uważana za „ciężko chorą psychicznie”. Jej akta medyczne z przestrzeni siedemnastu lat ujmują ją w kategoriach „diagnoz”, „leków”, „symptomów”, „zachowań” i „podejść leczniczych”. Anna była uparczywie kwalifikowana do grupy pacjentów „zbuntowanych”, „niewspółpracujących i „opornych na leczenie”. Choć na początku jej historia dzieciństwa i nadużyć została zapisana w dokumentacji, pomijano ją w późniejszych dokumentach. Wglądy Anny w jej własne przeżycia i stany nie były nigdzie odnotowywane.

W wieku 22 lat Anna była ponownie ewaluowana po próbie samobójczej. Na krótki okres przeddiagnozowano ją jako cierpiącą na depresję i pewien rodzaj PTSD. To był jedyny przypadek w jej psychiatrycznej karierze, gdy zgadzała się z otrzymaną diagnozą. Postrzegała siebie nie jako kogoś chorego na umyśle, ale jako osobę, która została ciężko zraniona i strauumatyzowana przez „tamte okropne rzeczy”, łącznie z torturami seksualnymi, jakich doznała od swojego babysittera.

Co jej się wtedy stało?

Anna urodziła się w 1960 roku, jako trzecie z pięciorga dzieci. Była ślicznym, pogodnym i zdrowym dzieckiem o cudownych uzdolnieniach. W wieku dwóch i pół roku stała się nagle płacziwa; nieprzerwanie krzyczała i nie udawało się jej pocieszyć. W wieku czterech lat zabraliśmy ją do psychiatry dziecięcego, który nie stwierdził u niej niczego złego. Kiedy umieściliśmy ją w pielęgniarstwie przedszkolu, jej problemy zdawały się zmaleć.

To, że w tym okresie Anna była wykorzystywana seksualnie i traumatyzowana, jest dziś jasne; zostało to potwierdzone przez jej własne relacje, jak i wspomnienia innych. Jej wspomnienia molestowania przez wynajętego opiekuna – babysittera – były żywe, plastyczne, bogate w szczegóły i spójne w każdym kawałku przez lata. Zostały one potwierdzone przez osoby znające oprawcę, jak i przez jego rodzinę. Jedna z tych osób widziała po latach na własne oczy popełniany przez niego akt seksualnego wykorzystania innego dziecka.

Dowody, że Anna doznała zdrady i pogwałcenia seksualnego w jeszcze wcześniejszym wieku i ze strony innego oprawcy – krewnego – wypłynął na światło dzięki zeznaniom gosposi, której dziewczynka zaufała. Opowiadała tej kobiecie, że mężczyzna „bawił się nią tam, gdzie nie powinien” i że ją „tam zranił.” To nadużycie pozostawało nieznane przez prawie trzydzieści lat. Anna pamięta, że jako mała dziewczynka próbowała mówić nam o tym, co się działo, ale nie było nikogo, kto by ją usłyszał czy zareagował. Kiedy mi mówiła, że „pan się z nią tak wygłupiał,” uznałam, że chodzi o małego chłopca z sąsiedztwa i przestrzegłam jego rodziców. Kiedy ją zaprowadziliśmy do lekarza na obdukcję, przeżyła to badanie jako jeszcze jedno nadużycie: „Pamiętam tego doktora, gdzie mnie zabrałaś, jak ci powiedziałam. On robił mi tam te takie wstrętne rzeczy (tu pokazała na sferę genitalną).

Trauma, jakiej Anna doznała, została wzmożona przez okalające ją milczenie. Starła się komunikować ją za pomocą ataków wściekłości, krzyków, płaczu i sprawiania zagrożeń. Stała się przez to dzieckiem „trudnym w prowadzeniu.” Jej krzyki i płacze wywoływały nowe ataki na nią – była, niestety, bita i karana zamykaniem w pokoju. Nikt z nas wtedy nie mógł zobaczyć ani usłyszeć prawdy; w naszych umysłach wykorzystanie seksualne „nie istniało”. Kiedy później, jako większa dziewczynka, zamknąwszy się w sobie, stała się jakaś inna i bez kontaktu z rówieśnikami, przypisywaliśmy to jej utalentowanej duszy: jej artystycznej, niezależnej osobowości. Nie widzieliśmy stanów terroru, zdysocjowania, osamotnienia i izolacji, przebijających z jej rysunków, ani nie wyczuwaliśmy zapowiedzi kłopotów w jej zachowaniach. W galerii wszystkich profesjonalistów, jakich odwiedzaliśmy, wyjątkiem w wyczuwaniu pod milczeniem Anny jej wewnętrznych turbulencji było dwóch szkolnych psychologów z podstawówki. Jeden z nich stwierdził: „Anna ma zachwianą identyfikację seksualną; musicie jej pomóc.” Drugi napisał: „Wydaje się, że Anna stłumiła lub wyparła jakieś traumatyczne wydarzenia.”

Od jedenastego do trzynastego roku życia w rodzinie Anny wystąpił silny konflikt między rodzicami. Czoro jej rodzeństwa przeżyło w rezultacie liczne przeprowadzki, alternatywne style życia, burzliwy rozwód rodziców oraz epizody przemocy i alkoholizmu. Annę to ominęło: „załamała się”. Psychiatra podał jej haloperidol, na „ułatwienie snu” i dziewczynka, w reakcji, przeżyła atak apopleksji, wymagający natychmiastowej karetki i hospitalizacji. W ten sposób „wchłonął” ją system psychiatryczny.

Niewidzialność Anny dla systemu psychiatrycznego

Przez dziewiętnaście lat, do trzydziestego drugiego roku życia, Anna była stałą klientką systemu psychiatrycznego – spędziła na oddziałach zamkniętych prawie dwanaście lat. W okresach pozaszpitalnych, nominalnie w społeczeństwie, obracała się w kręgu ostrych dyżurów

psychiatrycznych, krótkich pobytów na pogotowiu, programów interwencji kryzysowej i nagłych interwencji. Główne diagnozy wpisane w jej kartotekę obejmowały: osobowość borderline z cechami paranoidalnymi i schizo-typowymi, paranoję, zaburzenie przebiegu socjalizacji agresywnego typu oraz wiele rodzajów schizofrenii: paranoidalną, niezróżnicowaną, hebefreniczną i rezydualną. Najczęstszą diagnozą Anny była schizofrenia paranoidalna. Rozpoznawane były różne jej odmiany: chroniczna z gwałtownymi zaostrzeniami, sub-chroniczna i o chronicznym przebiegu. Odnotowywano także objawy anoreksji pokarmowej, bulimii i osobowości obsesyjno-kompulsywnej. Leczenie obejmowało terapię rodzinną, witaminowo-odżywczą, insulinową, elektrowstrząsową, psychoterapię, terapię behawioralną, terapię tańcem, muzyką i rysunkiem, rehabilitację psychosocjalną, program dla trudnych przypadków, terapię grupową jak i każde możliwe do wyobrażenia leczenie psychofarmaceutyczne, łącznie z chlorazilem. W 95% interwencje opierały się na podawaniu Annie psychotropowych narkotyków. Mimo, że od początku w jej kartach istniały w zapisach wzmianki o dysocjacji, brak w nich informacji o jakichkolwiek próbach badań pod kątem istnienia wczesnodziecięcej traumy.

Dzięki rozmowom z innymi pacjentkami, które doznały napaści seksualnych w dzieciństwie, Anna dowiedziała się, w wieku dwudziestu dwóch lat, że nie jest jedyna na świecie. To wtedy po raz pierwszy potrafiła opisać mi szczegóły swojego wykorzystania. I tym razem, z nową świadomością wykształconą przez te lata, ja potrafiłam Annę usłyszeć.

Wydarzenia w końcu stały się zrozumiałe. Seksualne tortury i zdrada wyjaśniały jej płaczliwość, ciągły krzyk gdy była niemowlęciem, oraz poprawę stanu od czasu, gdy trafiła do pielęgniarskiego przedszkola, a potem ponowne wystąpienie zaburzeń z początkiem okresu dojrzewania, gdy zaczynała się budzić w niej seksualność. Seksualne tortury i zdrada wyjaśniały całą rozpacz i płacz widoczny w jej malarstwie, jak też treść jej „urojeń,” jej samozawstydzający obraz siebie, jej autodestrukcyjność, jej prostytutkę i wchodzenie w związki z sadystami, jej obraz świata jako rozmyślnie raniącego systemu, jej izolowanie się i wszechogarniający brak zaufania. Pomyślałam sobie z ulgą, że teraz wreszcie znamy przyczynę, dlatego leczenie psychiatryczne nie działa. Tu bowiem, w traumie, leżał klucz do zrozumienia i pomożenia Annie.

System psychiatryczny jednak kompletnie zignorował te informacje. Gdy Anna lub ja próbowałyśmy poruszać ten temat, oczy profesjonalistów zmieniały wygląd, jakby padł na nie jakiś cień. Jeśli dany lekarz notował wypowiedzi, w tym momencie przerywał. Naciskałyśmy martwy klawisz. Po dziesięciu latach i piętnastu hospitalizacjach psychiatrycznych to stało się przyczyną jej samobójstwa.

Wierząc, że jest „zła,” „odrażająca” i „bezwartościowa” – tak jak inne ofiary wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – Anna krzywdziła siebie, dokonywała samookaleczeń i nawracająco doznawała rewiktylizacji. Gasła papierosy na swoim ciele: na rękach nogach i genitaliach; cięła się głęboko tępych narzędziami jak brzegi puszek; wsadzała sobie do waginy wieszaki, ołówki i ostre przedmioty; połykała pinezki i gwoździe i wtykała sobie pigułki w uszy; usiłowała wydłubywać sobie gałki oczne; zmuszała się do wymiotów; wbiła sobie nóż w żołądek; wydłubywała sobie kał, by usunąć z ciała pokarm i płaciła mężczyznom za to, by ją gwałcili.

Wciąż na nowo, jak wiele ofiar ataków seksualnych, Anna szukała ulgi w samobójstwie. Wielokrotnie podcinała sobie żyły na nadgarstkach, próbowała się utopić, przedawkowywała narkotyki, truła się farbą w spreju, wcierała brud we wcześniej zadane sobie rany, podcinała sobie gardło tępą żyletką i wieszala się na szpitalnych rurach. Wśród lekarzy, którzy się nią zajmowali, było wielu wybitnych specjalistów, znanych w swojej dziedzinie. Wielu traktowało ją z wielką troską, niektórzy nawet zaczynali ją autentycznie kochać. Jednak mimo całej takiej ich opieki, doświadczenia Anny związane z systemem psychiatrycznym były dla niej pasmem rewiktylizacji – ciągłym odtwarzaniem i powtarzaniem pierwotnych urazów. Jej obraz siebie jako osoby „zepsutej”

i „z defektem,” jako „złego nasienia” czy „ulegającej złym wpływom świata” ulegał wzmocnieniu i utrwaleniu poprzez ciągłe skupianie się na jej „patologiach,” postrzeganie jej jako osoby z chorobą umysłową lub uszkodzeniem mózgu, ciężkie zatrucie psychotropowymi narkotykami, poddanie jej uległości i ciągłej kontroli, oraz uporczywą ciszę spowijającą ujawniane przez nią wspomnienia nadużyć.

Cztery dni po trzydziestych drugich urodzinach, w państwowym szpitalu psychiatrycznym w Kalifornii, nad ranem, po kolejnej nieprzespanej nocy z koszmarami, Anna powiesiła się na swojej podkoszulce. Rano znalazł ją trzyosobowy zespół pielęgniarstwa, idący do niej z kolejnym zastrzykiem.

Mur milczenia

Tragiczne życie Anny jest każdego dnia powielane przez mnóstwo osób, które są podobnie jak ona uważane za „ciężko i przewlekle chore psychiczne.” Z nierozpoznaną i nie leczoną traumą z dzieciństwa, osoby te cyrkulują w sieci najkosztowniejszych klinik psychiatrycznych, izb przyjęć, ostrych dyżurów, oddziałów zamkniętych i długoterminowych hospitalizacji. Wszędzie ujawniane przez nie wczesne nadużycia seksualne są dyskredytowane lub ignorowane. Dokładnie tak samo, jak w zamierzczłym dzieciństwie, system psychiatryczny jest przedłużeniem władzy traumy nad ofiarami oraz narzędziem ich uciszania.

Mając świadomość częstotliwości traumy nadużyć, ich etiologicznego udziału w chorobach i zaburzeniach oraz i konieczności ich terapii, nieliczni klinicyści przeżywają ciężkie frustracje, kiedy ich wiedza jest negowana, a środki i wsparcie, z jakim mogliby spieszyć cierpiącym z pomocą, są oddalane. Czasami – jak zrobił to jeden z lekarzy Anny – klinicyści tacy odchodzą na dobre z systemu psychiatrycznego, uznając, że nie mogą dłużej w nim praktykować bez utraty własnej integralności.

Paradygmat biologiczny = niezdolność widzenia

Mimo, że wiele podejść rehabilitacyjnych, psychoterapeutycznych i samopomocowych współpracuje z systemem psychiatrycznym, ich dominujący paradygmat jest podciągnięty pod paradygmat biologiczny, jaki tam obowiązuje. Pojęcie „paradygmatu” wprowadza do powszechnego obiegu Thomas Kuhn, w swojej analizie historii i powstawania nauk naturalnych. Uważa on paradygmaty za rodzaj konceptualnego zbioru nastawień, z jakimi naukowcy podchodzą do obserwowania świata. Wyniki badań, które zgadzają się z ich danym konceptualnym zbiorem nastawień, są przez nich dostrzegane z jasnością i zrozumieniem, podczas gdy wszelkie niespodziewane „anomalie” w wynikach, nie pasujące do naukowego paradygmatu, pozostają najczęściej niedostrzegane, ignorowane lub wypaczone tak, by pasowały do istniejących i obowiązujących teorii.

Od lat dominującym w psychiatrii paradygmatem jest opieranie badań nad naturą chorób psychicznych na ich biologicznym rozumieniu. Paradygmat ten decyduje o kierunkach badań, doborze stawianych pytań, jak i samych metodologiach. Składające się ten paradygmat teorie wykładane są na uczelniach i wszędzie stosowane w praktyce. Podobnie kształtują się interwencje, podejścia lecznicze i używane programy. A wyniki muszą wskazywać na sukces.

W rozumieniu paradygmatycznym, system psychiatryczny został tak skonstruowany, by patrzeć na Annę z jej „chorobą” wyłącznie przez pryzmat biologicznej medycyny. Źródło jej cierpienia – wczesnodziecięce nadużycia seksualne – stanowiła dla tego paradygmatu ową sprzeciwiającą się „anomalię” i jako takie nie mogło być zauważone przez jego instrumenty. Jej doświadczenia nie pasowały do obowiązujących poglądów na choroby psychiczne, wręcz burzyły

je. Jako „nie pasujące,” nie mogły znaleźć miejsca w systemie opartym na teoretycznych konstrukcjach. Nie istniał też w tej dziedzinie zawodowej język zdolny te doświadczenia opisać i zakwalifikować. Nie było też przepisów regulujących zwrot kosztów leczenia skutków seksualnej traumy. Nie uczono też o niej na żadnych studiach czy specjalistycznych warsztatach podyplomowych, ani nie sponsorowano badań naukowych idących w tym kierunku. Nie istniały narzędzia leczenia, rehabilitacja ani samopomocowe interwencje w tym zakresie. Nie było też politycznego wsparcia dla włączania dziecięcej traumy seksualnej do obszaru naukowych badań. Widziane przez pojedynczy okular paradygmatu biologicznego doświadczenia Anny nie mogły zostać zasymilowane. Musiały pozostać niedostrzeżone, odrzucone, lub przeinaczone tak, by pasowały do parametrów przyjętego systemu przekonań.

W efekcie tej paradygmatycznej ślepoty, konwencjonalnie uznane praktyki psychiatryczne i środowiska szpitalne w powtarzający się sposób retraumatyzowały Annę, uaktywniając wciąż na nowo, rozjątrzając i wzmacniając jej psychiczny ból i następstwa dziecięcych doświadczeń.

Wylanianie się paradygmatu opartego na traumie

Mimo, że przesunięcie lub zmiana paradygmatu wyznacza drogę postępu ludzkości, zawsze na początku natrafia na silny opór. Inicjująca przemianę zmiana paradygmatu rozrywa istniejące status quo, rodzi napięcie i niepewność i domaga się większych wysiłków. Opór przed dostrzeżeniem nadużyć seksualnych w dzieciństwie i skutków tej traumy - opór przed nowym paradygmatem opartym na uwzględnianiu kluczowych skutków tego zjawiska – istnieje od 130 lat, w ciągu których etiologiczna rola wczesnych pogwałceń seksualnych w powstawaniu chorób psychicznych była na przemian to odkrywana, to zaprzeczana. W 1960 roku częstotliwość i tragiczne znaczenie wykorzystywania seksualnego dzieci zostało odkryte przez Amboise Tardieu, w 1896 roku przez Freuda, w 1932 przez Sandora Ferencziego, a w 1962 i 1984 przez Henry'ego C. Kempe. Każde z tych ujawnień spotykało się z niesmakiem, odrzuceniem i dyskredytacją ze strony reszty świata naukowego. Każde było obalane za pomocą argumentów i wysnuwanych teorii, które zasadniczo obwiniały ofiary i chroniły oprawców. Freud, wystawiony z powodu swoich odkryć na szyderstwa i wrogość środowiska zawodowego, poświęcił swój główny wgląd w etiologię chorób psychicznych, zastępując ich traumatyczne podłoże poglądem, że jego pacjenci po prostu „wyfantazjowali” sobie wspomnienia wcześnie doznanych gwałtów, uwiedzenia i molestowania. Również dziś, sto lat później, mimo mnóstwa ciągle wpływających i udokumentowanych przypadków wykorzystania w dzieciństwie, tradycja zaprzeczania i obwiniania ofiar trwa nadal i ma się dobrze.

Znany Psychiatra Rolland G. Summit nazywa owo zaprzeczanie „niewiedzą” lub „rozmyślną, beatyfikacyjną ignorancją.” Proponuje on, abyśmy „w naszym historycznym fiasku uchwycenia kluczowej wagi problemu nadużyć seksualnych jak i w obecnym oporze przed przyjęciem jej teraz, dostrzegli to, że nie jesteśmy niewinnymi naiwniakami, ale że rozmyślnie ignorujemy tę wiedzę i promujemy ignorancję.”

W obecnym punkcie naszej historii jednakże, liczne i rozmaite siły coraz mocniej konfrontują tę niewiedzę z prawdą. I choć te siły wciąż napotykają opór, wydają się organizować w potężny ruch, pomagający chronić dzieci przed pogwałceniami ze strony dorosłych i promujący przyjęcie opartego na traumie paradygmatu, który dostrzega cierpienie i tragedię takich osób, jak moja córka i oferuje im „radikalną perspektywę uleczenia.”

WCZESNYM DZIECIŃSTWIE

SYSTEMU PSYCHIATRYCZNEGO

Niedostrzegana, niesłyszana

Psychiatra dziecięcy Anny nie wypytywał, nie badał i nie dostrzegł u niej jej objawów seksualnej traumy. Dostała błędną diagnozę.

Psychiatria dorosłych nie wypytywała, nie badała, nie dostrzegła, ani nie rozumiała skutków wykorzystania seksualnego. Anna dostawała błędne diagnozy.

Próby Anny mówienia rodzicom i innym dorosłym spotykały się z ich zaprzeczaniem i uciszaniem jej.

Doniesienia o dawnych i obecnych nadużyciach spotykały się z ignorowaniem, niewiarą, dyskredytacją. Uznawano je jako halucynacje lub urojenia. Uciszano ją

Tylko dwóch z wielu psychologów w okresie szkoły podstawowej widziało traumę. Ich podejrzania były jednak ignorowane przez rodziców.

Tylko dwóch psychologów w jej dorosłym życiu widziało traumę jako etiologię zaburzeń. Ich opinie zostały zignorowane przez psychiatryczny system. Gruntowne badanie było niedozwolone.

Zmowa milczenia (tajność): ci, którzy wiedzieli o wykorzystaniu, milczeli o nim. Priorytetem była ochrona siebie, rodziny, związków, reputacji.

Tajność instytucjonalna powiela domową. Priorytet: chronić instytucję, opinię zawodową, pracę. Informacji o seksualnej traumie pacjentki nie przekazywano wyżej. Ogólne badanie niedozwolone.

Odwet (zemsta) oprawcy na Annie, gdyby ujawniła seksualne wykorzystywanie.

Pacjenta mówiącego o doznawanych nadużyciach, a także personel donoszący o nich, spotykał się z karą.

Wykorzystywanie działo się w okresie prewerbalnym. Nikt nie zauważał traumy seksualnej wyrażanej w dziecięcych pracach artystycznych Anny.

Nikt, poza jednym terapeutą zajęciami twórczymi, nie zauważał seksualnej traumy wyrażanej w jej dorosłych pracach artystycznych.

Schwytana w potrzask

Niezdolna uciec, uniknąć lub obronić się przed gwałtami oprawcy. Jako dziecko kompletnie zależna od rodziny i opiekunów.

Niezdolna uniknąć lub obronić się przed gwałtami systemu psychiatrycznego. Zamknięta, trwała w zależności, bez prawa do edukacji i rozwijania talentów.

Doznająca pogwałceń seksualnych

Napastnik zdierał z Anny ubranie, rozrywał podkoszulki ściągając jej przez głowę.

Odzierana z ubrania przy zamykaniu w izolacie lub wiązaniu w pasy, zazwyczaj w obecności pielęgniarzy mężczyzn.

Odarta do naga i nie mając a nic, by móc się zasłonić

Do zastrzyku ściągano jej spodnie, obnażając pośladki i uda, w obecności asystujących mężczyzn.

Związana, przygnieciona, z unieruchomionymi rękami i ramionami.

Obezwładniana, w pasach, ręce i nogi przytoczone do łóżka.

Napastnik „okręcał” zdartą podkoszulkę na

Jeśli Anna protestowała lub krzyczała gdy ją wiązano,

głowie, tak że nie mogła nic widzieć. zakrywano jej oczy i twarz zdartą z niej garderobą.

Napastnik siłą „otwierał” jej nogi, rozkładając je na boki Siłą przytwierdzona w czterech punktach pasami, w pozycji „rozpostartego orła”.

Napastnik „grzebał w Annie i wkładał w nią różne przedmioty. Lekarstwa wprowadzono w nią siłą, wbrew jej woli.

Pogwałcone granice. Obnażona. Zero prywatności. Zero prywatności ze strony innych pacjentów i personelu. Żadnych granic.

Wyizolowana

Zabierana przez oprawcę w miejsca, gdzie nikogo innego nie było. Siłą zaciągana przez personel, przeważnie męski, do izolatki.

Osamotniona w swoim doświadczeniu: „Dlaczego tylko ja?” Oddzielona od społeczeństwa ścianami oddziału zamkniętego.

“Myślałam, że tylko ja jedna na świecie jestem wykorzystywana” Zero wiadomości, że inni pacjenci też są wykorzystywane seksualnie.

Obarczona winą i wstydem

Anna miała poczucie, że jest zła, wyklęta zdeprawowana, że jest „złym nasieniem”. Pacjenci stygmatyzowani jako „wybrakowani” „chorzy psychicznie” „bezwartościowi”. Instytucje psychiatryczne nie miały zero szacunku dla pacjentów.

Anna stała się dzieckiem „stwarzającym problemy” i „trudnym do prowadzenia”. Anna stała się „zbuntowana”, „oporna na leczenie” „trudna w prowadzeniu” i „stwarzająca problemy”.

Była obwiniana, bita oraz zamykana za okazywanie złości, krzyki i płacze. Wciciekłość, krzyki i płacze Anny pacyfikowano „lekami”, więzaniem w pasy, utratą praw i wykluczeniem.

Poddana kontroli

Perpetrator had absolute power/control over Anna. Institutional staff had absolute power/control over Anna.

Pleas to stop violation were ignored. “It hurt me. I would cry and he wouldn’t stop.” Pleas and cries to stop abusive treatment, restraint, seclusion, over-medication, etc. commonly ignored.

Expressions of intense feelings, especially anger directed at parents, were often suppressed. Intense feelings, especially anger at those with more power (all staff), suppressed by medication, isolation, restraint.

Pozbawiona ochrony

Anna was defenseless against perpetrator abuse. Her attempts to tell went unheard. There was no safe place for her even in her own home or room.

Mental patients defenseless against staff abuse. Reports disbelieved. No safeguards effectively protect patients. Personnel policies prevent dismissal of abusive staff.

W stałym zagrożeniu i pod groźbami

As child, constant threat of being sexually violated.

As a mental patient, constant threat of being stripped, thrown into seclusion, restrained, over-medicated.

Dyskredytowana

As a child, Anna's reports of sexual assault were unheard, minimized or silenced.

As a mental patient, Anna's reports of sexual assault were not believed. Reports of child sexual abuse were ignored.

Robienie z Anny wariatki

Appropriate anger at sexual abuse seen as something wrong with Anna. Abuse continued—unseen.

Appropriate anger at abusive institutional practices judged pathological. Met with continuation of practices.

Anna's fear from threat of being abused was not understood. Abuse continued—unseen.

Fear of abusive and threatening institutional behavior is labeled "paranoia" by the institution producing it.

Wykorzystanie seksualne nie zauważane przez bliskich. Przekaz: „nie doznajesz tego, czego doznajesz”.

Psychiatryczne zaprzeczanie wykorzystywaniu seksualnemu. Wiadomość dla pacjenta: „nie doznajesz tego, czego doznajesz”.

Zdradzona

Anna violated by trusted caretakers and relatives. Disciplinary interventions were “for her own good.”

Anna retraumatized by helping professional/psychiatry; interventions presented as “for the good of the patient.”

Family relationships fragmented by separation, divorce. Anna had no one to trust and depend on.

Relationships of trust get arbitrarily disrupted based on needs of system. No continuity of care or caregiver.

Copyright © 2006, National Empowerment Center, Inc. All rights reserved
599 Canal St., Lawrence, MA
800-power2u (800-769-3728), From outside the US: 978-685-1494
www.power2u.org - Site by Tom Rogers Web Design



