

Leczenie zespołu maltretowanego dziecka (ZMD): problemy i metody

Treatment of the battered child syndrome (BCS): problems and methods

DANUTA LEW-STAROWICZ

Z Oddziału Chirurgii Dziecięcej Szpitala Bielańskiego w Warszawie

STRESZCZENIE: W pracy omówiono problemy terapii ZMD z perspektywy ofiary, sprawców oraz terapeutów, cele i metody terapii ZMD (z podaniem przykładów) oraz stan lecznictwa w Polsce. O ile teoretyczne przygotowanie wyraźnie poprawia się, to zbyt mało specjalistów, placówek oraz szkoleń praktycznie nie zapewnia potrzebnej pomocy zarówno sprawcom, jak i ofiarom ZMD.

SUMMARY: The following issues are discussed in the paper: problems of the BCS treatment from the perspective of the victim, perpetrators and therapists; goals and methods of BCS treatment exemplified by particular cases; the current status of therapeutic services in Poland. Although there has been a substantial improvement of relevant theoretical knowledge, nevertheless due to scarcity of specialists, facilities, and professional training courses, virtually neither perpetrators nor victims of the BCS can receive the help they need.

Słowa kluczowe: zespół maltretowanego dziecka/ wykorzystywanie seksualne dziecka/ leczenie
Key-words: battered child syndrome/ sexual abuse of the child/ treatment

Maltretowanie dzieci obejmuje różne formy przemocy: psychiczną, fizyczną, seksualną. Często wobec tego samego dziecka bywają ujawniane wszystkie z wymienionych form maltretowania. Trzeba przyznać, że tabu milczenia o tym dramatycznym dla dziecka zjawisku zostało już w Polsce przełamane. Coraz więcej informacji przekazują środki masowego przekazu. Ukazują się również książki i artykuły naukowe. Niewiele natomiast opublikowano prac poświęconych leczeniu zespołu maltretowanego dziecka (ZMD), szczególnie w zakresie przemocy seksualnej. W pracy tej przedstawiono metody leczenia ZMD na podstawie światowego i rodzimego piśmiennictwa, a także własnych doświadczeń terapeutycznych. Na wstępie konieczne jest omówienie wybranych problemów wiążących się z leczeniem ZMD, które jakkolwiek mogą być oceniane kontrowersyjnie, mają na celu sprowokowanie

dyskusji na ten temat. Jest to ważne dla wyboru optymalnych form i metod leczenia, a także dla uświadomienia sobie różnych trudności, a nawet pułapek w pracy terapeutycznej.

PRZEBIEG TERAPII Z PERSPEKTYWY OFIARY ZMD

Na przebieg leczenia dziecka wpływa wiele czynników. Wiele z nich jest oczywistych, jak np.: zespół objawów chorobowych, wiek dziecka, odmienny sposób odbierania rzeczywistości w porównaniu z dorosłymi. Istnieją jednak także mniej oczywiste czynniki, które mogą rzutować na postawę wobec osoby terapeuty, przebieg samego leczenia i znajomość stanu dziecka. Scharakteryzuję tu najważniejsze z nich.

Seksualizm dzieci i młodzieży

Jakkolwiek psychologia rozwojowa i seksuologia osiągają sukcesy w poznawaniu roz-

woju psychoseksualnego i zachowań seksualnych dzieci, to jednak wiele zjawisk jest nadal mało zbadanych. Jednym z nich jest fakt *przeżywania orgazmu* przez nawet małe dzieci. W jakim jednak stopniu jest on podobny do przeżyć w wieku późniejszym? Jakie jest rozpowszechnienie tego fenomenu i co ma na to wpływ? Odpowiedź na takie pytania ma istotne znaczenie, bowiem obserwowanie podobnych przeżyć u małego dziecka może rodzić podejrzenie, iż było ono wykorzystywane seksualnie.

Fantazje erotyczne również pojawiają się u dzieci w różnym wieku i tu również nasuwają podejrzenia, że mogły być sprowokowane przez otoczenie. Jednym z objawów wykorzystywania seksualnego jest przeciwieństwo erotyzacja przeżyć dziecka ujawniająca się np. w jego twórczości (rysunki). W przypadku małych dzieci nie zawsze łatwo można odpowiedzieć czy fantazje tego typu są wyrazem spontanicznej i rozwojowo motywowanej twórczości, czy też seksualnego wykorzystywania.

Podobne wątpliwości dotyczą *aktywności masturbacyjnej*. Isajew (1988) stwierdza, że w wieku przedszkolnym ujawnia ją 2,5% chłopców i 5% dziewczynek. Serbin (1987) pisze, że w wieku 6 - 10 lat 25-30% dziewcząt i blisko połowa chłopców ujawnia różne formy aktywności seksualnej: masturbację, kontakty oralne, imitujące współżycie seksualne. Zdarza się niekiedy, że odkrycie tego zachowania przez dorosłych prowokuje dzieci do ucieczki od poczucia winy poprzez wskazanie rzekomego sprawcy rozbudzenia seksualnego. Z kolei sprawca przemocy seksualnej może twierdzić, iż to dziecko zachowywało się prowokacyjnie i ono, a nie on, wymaga leczenia. Z powyższego wynika, że może się zdarzyć rozpoznanie ZMD tam, gdzie obiektywnie do tego nie doszło, a procedura śledcza i kolejne rozmowy z dzieckiem mogą utrwalić u niego przekonanie, iż było poddane przemocy. Takie zjawiska są znane w orzecznictwie sądowno-seksuologicznym.

Relacja ofiara - sprawca

W przypadku ZMD mamy do czynienia z wieloma możliwymi wariantami relacji mię-

dzy dzieckiem a sprawcą, np. z: wrogością, ambiwalencją, miłością, czułością. Jedną ze specyficznych relacji może być np. *zespół sztokholmski* (Symonds 1982, Dutton 1981), co dotyczy jednak raczej starszych wiekiem dzieci. Zespół ten polega na szczególnym przywiązaniu się ofiary do prześladowcy. Nazwa pochodzi od miejscowości (Sztokholm), gdzie opisano takie zachowanie u przetrzymywanej przez sześć dni jako zakładniczki Brygidy Lundblad, która po uwolnieniu poszła do więzienia odwiedzić jednego ze sprawców porwania. Podobne zjawisko pozytywnych uczuć ofiary wobec sprawcy odnotowano w różnych formach przemocy seksualnej, również w przypadku starszych wiekiem dziewczynek.

Usiłowano wytłumaczyć fakt "zakochania się" ofiary wobec sprawcy. M.Symonds (1982) stwierdza, że ofiara przeżywa stan "zamrożonego przerażenia" i pragnie przetrzymać najgorsze. Przywiązuje się do sprawcy, który może wyzwolić ją z tej groźnej sytuacji. Sytuacja, w której prześladowca jest jednocześnie postrzegany jako źródło nadziei na uratowanie prowadzi do tego, że najmniejszy nawet objaw normalnego zachowania z jego strony ułatwia widzenie w nim "swojego człowieka", które neutralizuje nienawiść wobec niego i wzbudza pozytywne uczucia. Stan ten utrzymuje się również wtedy, kiedy sprawca przestaje już być groźny. Zdaniem Duttona (1981) nierównowaga relacji między ofiarą a sprawcą przemocy powoduje, że sprawca może robić wszystko, a ofiara nic. Jeżeli sprawca ujawnia "przerywaną gwałtowność", bywa postrzegany jako delikatny i ludzki. W takiej sytuacji ofiara przemocy rozwija u siebie skrajnie niską samoocенę, lęk i depresję, co prowadzi do całkowitej bierności i zdania się na sprawcę. Powstaje traumatyczne przywiązanie. Im silniejsze jest u sprawcy przejście od agresji do czułości i delikatności - tym większa jest szansa na powstanie takich więzi uczuciowych. Im bardziej sprawca, po akcie przemocy, ujawnia poczucie winy i żalu lub chęć niesienia pomocy swej ofierze - tym bardziej ofiara okazuje pozytywne nastawienie wobec swego prześladowcy.

W wielu relacjach kazirodczych spotyka się więzi uczuciowe o bardzo skrajnych biegunach i ofiara może nie być zainteresowana ani oddzieleniem od sprawcy, ani poddaniem się leczeniu. Również osoba sprawcy nie jest bez znaczenia, np. może się zdarzyć (i zdarza się), że sprawcą ZMD był terapeuta lub osoba uchodząca w oczach ofiary za terapeutę, co później może w dużym stopniu zakłócać przebieg psychoterapii dziecka. W jednym ze znanych mi przypadków dziewięcioletni chłopiec był wykorzystywany seksualnie przez mężczyznę podającego się za lekarza i do czynów dochodziło w "gabinecie lekarskim". U chłopca pojawił się później silny opór wobec terapeutów, niezależnie od płci, a proces leczenia był początkowo bardzo utrudniony. W innym przypadku, sprawcą przemocy wobec ośmioletniej dziewczynki był ksiądz i to sprawiło, że straciła ona zaufanie do wszystkich, nawet najbliższych osób i nie wierzyła, że ktokolwiek pragnie jej bezinteresownie pomóc.

Również takie czynniki jak: poczucie winy wzbudzone u ofiary przemocy, przekonanie o dobrowolnym w niej współuczestnictwie, lęk przed zemstą i karą ze strony sprawcy w przyszłości, słyszane przez wiele lat pogrożki i szantaż, lęk przed przyczynieniem się do rozpadu rodziny, obsesyjna zadróżka wobec sprawcy - mogą oddziaływać na przebieg leczenia. Niekiedy terapeuci zadają sobie pytanie - czy w danym przypadku musi dojść do oddzielenia dziecka od osoby sprawcy? Dotyczy to np. dzieci niepełnosprawnych, dla których sprawca jest jedyną w życiu bliską osobą.

PROBLEMY TERAPII Z PERSPEKTYWY SPRAWCÓW ZMD

Jedną z możliwych jest sytuacja, w której doszło do rozdzielenia ofiary od sprawcy, a sam sprawca został umieszczony w zakładzie karnym. Istnieją jednak sytuacje, w których nie doszło do ujawnienia ZMD, ale sprawca - członek rodziny, zdaje sobie sprawę z tego, że dziecko wymaga pomocy terapeutycznej bo-

wiem ma np. zaburzenia psychiczne czy też skutki urazów fizycznych wymagają interwencji. W takich przypadkach leczenie jest postrzegane w perspektywie poczucia zagrożenia, niebezpieczeństwa ujawnienia ZMD. Sprawcy mogą zatem dążyć do skierowania terapeuty na fałszywy trop przez porozumienie się z ofiarą (na drodze szantażu czy innych manipulacji), przez zatajenie prawdy lub nawet wskazanie innej osoby jako rzekomego sprawcy. Te i podobne sytuacje sprawiają, że proces leczenia może przebiegać z oporami i w niewłaściwym kierunku.

Terapeuci rodzinni mający do czynienia z leczeniem relacji kazirodczych wiedzą, że w niejednej patologicznej rodzinie jej członkowie po ujawnieniu się ZMD potrafią jednoczyć się i uniemożliwić terapię rodzinną, a nawet leczenie dziecka. Sprzeczne mogą być oczekiwania co do leczenia. Inne cele zakłada sprawca, inne terapeuta, a jeszcze inne - ofiara. Zdarza się, że sprawcy świadomie uniemożliwiają leczenie ZMD posługując się intrygami, manipulacjami wobec członków rodziny i osób z zewnątrz rodziny, szantażowaniem terapeutów, a nawet i usiłowaniami "odgórnymi" nacisków. Bywa, że proces leczenia zostaje brutalnie przerwany, a terapeuta staje przed murem niemożności w dążeniu do interwencji dla dobra dziecka.

Inną przeszkodą może okazać się bardzo silna więź uczuciowa sprawcy wobec ofiary i po zakończeniu leczenia dziecka, w okresie późniejszym, sprawca "odbudowuje" ponownie zaburzony typ relacji. W piśmiennictwie omówione są jeszcze inne sytuacje utrudniające lub uniemożliwiające proces leczenia ZMD, które wynikają z zachowań sprawców.

PROBLEMY TERAPII Z PERSPEKTYWY TERAPEUTY

Mathias (1988) do najważniejszych problemów terapeutów w leczeniu ZMD zalicza: odczuwanie szoku przy zetknięciu się z faktem ZMD, pojawianie się uprzedzeń i nastawień w czasie zapoznawania się z dokumentacją ZMD

przed bezpośrednim poznaniem sprawcy i ofiary, psychicznym wyczerpywaniem się w tej specyficznie obciążającej i trudnej formie leczenia, bolesne przeżywanie dylematów typu - czy rozdzielić dziecko z rodziną, jak zapewnić dziecku byt?

W krajach, które problem ZMD poznały wcześniej i obecnie dysponują wykwalifikowaną kadrą, specjalistycznymi placówkami i literaturą - problemy terapeutów mają większe szanse rozwiązania. W naszych warunkach sprawa wygląda inaczej. Wielu terapeutów jest osamotnionych w swojej pracy i zdanych na samych siebie. Odczuwany jest brak kwalifikacji, wyszkolenia, a w leczeniu ZMD interdyscyplinarna wiedza jest koniecznością. Borykamy się z trudnościami natury organizacyjnej, finansowej. Nastawienia społeczne wobec ZMD nie są korzystne - problem nie jest chętnie dostrzegany.

Innym problemami w leczeniu ZMD są: ocena jego skuteczności i kryteria wyleczenia. Niektóre ośrodki terapeutyczne jako podstawowe kryteria przyjmują ustąpienie objawów chorobowych, zanik lęku wobec osoby sprawcy, poprawę relacji interpersonalnych. Z analizy piśmiennictwa wynika, że te cele są osiągnięte u 52-68% leczonych. Trudno stwierdzić, czy to jest dużo czy mało. Niewiele jest katamnestycznych badań oceniających skuteczność i trwałość leczenia. Według mojej orientacji w Polsce nie prowadzono takich badań. Należy jednak liczyć się z sytuacją, jaka często ma miejsce w pracy psychoterapeutycznej, gdzie niepewność co do skuteczności leczenia lub osiąganie sukcesów tylko u części pacjentów mogą działać demobilizująco.

CELE TERAPII W ZMD

Kathleen Faller (1988) do najważniejszych celów leczenia ofiar przemocy seksualnej zalicza:

1. *przywrócenie zaufania dziecka wobec dorosłych*; mogą to uczynić terapeuci stający się dla dziecka substytutem dobrych rodziców,

odpowiednio ukierunkowane rodziny zastępcze;

2. *poprawę obrazu własnego ciała*; u wielu dzieci w następstwie doznanej przemocy ciało jest postrzegane jako złe, zbrukane, zmienione - celem leczenia jest przywrócenie pozytywnej postawy wobec ciała;
3. *leczenie emocji i poprawa relacji uczuciowych z innymi osobami*,
4. *rozładowanie uczucia złości i agresji wobec sprawcy*,
5. *leczenie depresji i przejawów autoagresji u ofiary*,
6. *przywrócenie normalnego rozwoju psychoseksualnego*,
7. *poprawa obrazu własnego Ja*.

Irena Pospiszyl (1989) wskazuje, że ważne jest niwelowanie agresywności w zachowaniu, kształtowanie poczucia kontroli, obniżenie nadpobudliwości, przełamywanie nieufności wobec otoczenia, wyrównanie braków edukacyjnych, rozbudzenie poczucia bezpieczeństwa. Goldstein (1983) dodaje, że ważnym jest również wyuczenie dziecka właściwej oceny stosowanych wobec niego przez opiekunów zachowań dyscyplinujących.

Albert Pessa (1992) stosujący terapię psychomotoryczną u ofiar przemocy zakłada następujące jej cele:

- stworzenie warunków, aby Ja znów przejęło kontrolę,
- stworzenie atmosfery, w której ofiara może ujawnić wszystkie uczucia i odruchy w sferze świadomości i zachowania,
- umożliwienie takich zachowań i sprowokowanie ich przy pomocy różnych metod, przez członków grupy odgrywających odpowiednie role.

Ten typ terapii jest zalecany raczej u młodzieży i dorosłych.

METODY LECZENIA ZMD

Metody psychoterapii ofiar przemocy seksualnej były stosowane już przez Zygmunta Freuda i jego uczniów, ale dotyczyło to odległych następstw przemocy. Freud był tak dalece

zaskoczony powszechnością tego rodzaju urazowych doświadczeń u swoich pacjentek, że zaczął być nader ostrożny i podejrzewał, że pacjentki konfabulują. Dzięki psychoanalizie poznano problemy wiążące się z ZMD, jego odległymi w czasie następstwami oraz mechanizmy obronne (przeniesienie, wyparcie), które ujawniały się w procesie terapii. Ukierunkowane leczenie wczesnych następstw ZMD (o charakterze psychicznym) zaczęto stosować po opisanie tego zespołu w 1962 r. (Kempe). Można powiedzieć, że leczenie ZMD ma prawie 25-letnią tradycję, ale główne metody i szkoły terapii opracowano w ostatnich 15 latach. Leczenie ZMD należy zatem do "młodych" form terapii. Specyfika problemu, jakim jest maltretowanie dzieci, reakcje społeczeństwa na ujawnienie zakresu tego zjawiska, zainteresowanie ze strony rządów, organizacji społecznych czy środowisk medycznych wpłynęły na to, że w wielu krajach Zachodu zaczęto organizować różne formy postępowania wobec ofiar, jak i sprawców przemocy a nauka dysponuje obecnie wieloma informacjami na temat form, jak i metod leczenia ZMD. Stosowane są różne metody leczenia ZMD: somatyczne i psychoterapeutyczne. Te ostatnie dotyczą terapii indywidualnej (z dzieckiem, sprawcą, innymi członkami rodziny), terapii diadycznej (np. dziecka i ojca jednocześnie), rodzinnej, grupowej. Terapia może być tzw. interwencyjna (bezpośrednio w sytuacji kryzysu), krótko i długoterminowa.

W leczeniu ZMD wykorzystywane są różne techniki psychoterapii, jak np.: terapia zabawą, techniki asertywne, trening zachowań, desensybilizacja, hipnoza, wyładowanie motoryczne, psychodrama, terapia racjonalno-emocjonalna.

O wyborze takiej czy innej metody leczenia ZMD decydują różne czynniki: przynależność do danej szkoły terapeutycznej, zespół objawowy u dziecka, struktura rodziny dziecka, formy stosowanej przemocy i in.

Opracowane zostały liczne programy terapeutyczne, które są upowszechniane w formie publikacji, stażów lub szkoleń. Dla przykładu przedstawię program terapii grupowej dzieci opracowany przez Judy Hildebrand (1990).

Dzieci w wieku 3-6 lat. 6 spotkań po 1,5 godziny. Stosuje się rozmowę z dziećmi, dyskusję w grupie, ilustracje, lalki do demonstracji przestrzeni prywatności ciała, zabawę, trening asertywny.

Dzieci w wieku 7-10 lat. 8-10 spotkań trwających 1 godzinę. Stosuje się terapię grupową, psychodramę z zastosowaniem video, piosenki grane przez lidera grupy, prowokuje się ekspresję emocji.

Dzieci w wieku 10-14 lat (dziewczynki). 12-16 spotkań jednogodzinnych. Celem jest poprawa samooceny, informowanie o możliwych czynnikach ryzyka w przyszłości. Stosuje się terapię grupową, psychodramę, dyskusje po obejrzeniu filmów video. Inne programy przeznaczone są dla chłopców, matek, ojców.

Albert Pessó (1992) opracował "terapię psychomotoryczną", w której specjalne treningi wiążą się z następującymi tematami: doznanie utraty kontroli, doznanie strachu i przerażenia, doznanie bólu i skrzywdzenia, wyrażanie potrzeby zemsty, wyrażanie erotyzmu, ekspresja morderczych impulsów, wzrost potrzeby ukarania, pragnienia wyrażenia miłości wobec sprawcy (por. Gestalt, 1992, Nr 2).

Przegląd bogatego piśmiennictwa poświęconego metodom leczenia ZMD skłania do wyciągnięcia wniosku, że leczenie ZMD jest jedną z najtrudniejszych i najbardziej złożonych dziedzin leczenia, która wymaga interdyscyplinarnej wiedzy, wysokiego profesjonalizmu i pracy zespołu terapeutów. Wymaga też umiejętności stosowania zróżnicowanych form i metod leczenia. Często wiąże się z podejmowaniem niezwykle ważnych dla dziecka decyzji, np. - czy rozdzielić je z własną rodziną, na jaki czas, czy należy chronić je przed jego środowiskiem? Może się zdarzyć, że leczenie ZMD będzie dotyczyć ekstremalnych przypadków - jakimi są np. dzieci - ofiary tortur lub przemocy seksualnej o charakterze rytualnym. W takich sytuacjach leczenie będzie długotrwałe (wieloletnie) i wymaga najwyższych kwalifikacji i wielkiego poświęcenia ze strony terapeutów.

Na podstawie własnego rozeznania w tej dziedzinie uważam, że praktycznie nie je-

steśmy przygotowani do leczenia ZMD w takim zakresie, w jakim jest ono konieczne. Zbyt mało jest specjalistów, placówek, szkoleń, publikacji, a także i zainteresowania ze strony władz i organizacji odpowiedzialnych za dobro i zdrowie dziecka.

Na zakończenie pragnę podziękować i wyrazić uznanie pionierom leczenia ZMD w Polsce, którzy swoim uporem i prometejską postawą zwrócili uwagę na problem, który długo stanowił temat tabu.

PIŚMIENNICTWO

1. Bentovim A., Elton A.(eds.): Child sexual abuse within the family: assesment and treatment. Wright, London 1990.
2. Dutton D.: Traumatic bonding. *Victimology*, 1981, 6, 139-155.
3. Faller K.: Child sexual abuse. Columbia University Press, New York, 1988.
4. Goldstein A.: Prevention and controll of agression. Pergamon Press, 1983, 1-83.
5. Hildebrand J.: Detailed group programmes. W: Bentovim, 300-319.
6. Isajew D., Kagan W.: Połowoje wospitanije dietej. *Medicina*, Leningrad 1988.
7. Lew-Starowicz Z.: Przemoc seksualna. Wyd. Jacek Santorski, Warszawa 1992.
8. Mathias B.: Mówmy otwarcie o przemocy w rodzinie. Mity i rzeczywistość terapii rodzin. Tom II, 1988, 112-123.
9. Pacewicz A.: O nadużyciach seksualnych wobec dzieci. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości. Warszawa 1992.
10. Pessa A.: Nadużycie. Założenia i procedury psychomotorycznej pracy z osobami, które doznały gwałtu seksualnego. *Gestalt*, 1992, 6, 4-11.
11. Pospiszyl I: Przemoc wobec dziecka - możliwości przeciwdziałania (przegląd literatury anglojęzycznej). *Probl. Rodz.* 1989, 5, 38-45.
12. Serbin L.: A developmental approach: sexuality from infancy trough adolescence. W: Geer J., O'Donohue W. (red.): *Theories of human sexuality*. Plenum Press, New York and London 1987.
13. Symonds M.: Victim-s response to terror. W: Ochberg F., Soskis D. (eds.) *Victims and terrorism*. Boulder 1982. Westview.
14. Wilson K.: The use of non-directive play therapy. *Families at Risk*. International Congress, London 1992, 128 (abstracts).

*Adres: Dr Danuta Lew-Starowicz, Szpital Bielański,
Oddział Chirurgii Dziecięcej, ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa.*