

Kogo zobaczę w lustrze? – psychodynamiczna psychoterapia dzieci i młodzieży, które doświadczyły przemocy seksualnej

MAGDALENA CHRZAN-DĘTKOŚ

Institut Psychologii Wydziału Nauk Społecznych
Uniwersytetu Gdańskiego

Celem artykułu jest opisanie zjawisk pojawiających się w relacji terapeutycznej w pracy z dziećmi i nastolatkami, które doświadczyły molestowania seksualnego. Autorka podkreśla znaczenie utrzymania przez terapeutę tzw. funkcji refleksyjnej przez analizę własnego przeciwprzeniesienia. Dziecko, które było ofiarą przemocy nie ma słów, by przekazać swoje przeżycia, przekazuje je zachowaniem, zabawą, przez budowanie relacji z terapeutą. Rozgrywanie przeżyć, które może uwalniać dziecko od napięcia, skazuje je na kolejne trudności i cierpienie, czasem poczucie niezrozumienia lub odrzucenia w relacjach. Dziecko wykorzystywane – szczególnie przez bliskiego dorosłego – może czuć się bardzo skrzywdzone, ale jednocześnie może również identyfikować się ze sprawcą, który jako jedyny mógł pełnić wobec niego funkcje opiekuńcze. Te identyfikacje stają się sposobem wchodzenia przez dziecko w jego kolejne relacje i przeżywania samego siebie, co ilustrują przedstawione w artykule przykłady kliniczne. W procesie psychoterapii czynniki, takie jak analiza relacji przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowej, możliwość podzielenia się swoimi myślami w obecności rozumiejącego drugiego, poznanie słów na określenie wewnętrznego napięcia stają się potencjałem dalszego rozwoju dziecka, pomagając mu przerwać błędne koła odreagowań i wchodzenia w relacje jako ofiara, ale też i sprawca.

SŁOWA KLUCZOWE:

PRZEMOC, WYKORZYSTYWANIE SEKSUALNE, PSYCHOTERAPIA, CZYNNIKI RYZYKA
W ROZWOJU DZIECI, MENTALIZACJA

*Analizowany wcale nie przypomina (w oryginale nie pamięta) sobie tego, co zapomniane i wyparte, lecz **urzeczywistnia to w formie działania**. Nie odtwarza tego w formie wspomnienia, lecz jako czyn, **powtarza to**, rzecz jasna nie zdając sobie sprawy z tego, że powtarza.*

Freud
(1914/2007, s. 169)

Bardzo często celem terapii nie jest leczenie czegoś, co pacjentom wyrządzono w przeszłości, lecz staranie się wyleczenia ich z tego, co nadal robią sobie i innym, aby poradzili sobie z tym, co ich kiedyś spotkało.

Bromberg
(1996, za: Gabbard, 2010)

Zarówno dzieci, jak i nastolatki, które doświadczyły przemocy – tak fizycznej, jak i seksualnej – próbują na różne, dostępne im sposoby radzić sobie z tymi doświadczeniami. Niektóre z tych sposobów narażają je jednak na kolejne trudności i cierpienie. Pokazuje to zarówno praktyka kliniczna, jak i dane z badań populacyjnych: dziewczynki, które były molestowane seksualnie, jako dorosłe kobiety są znacznie bardziej narażone na ryzyko wystąpienia dużej depresji, skłonności samobójczych, zaburzeń zachowania, uzależnień, lęku społecznego, gwałtu po 18 r.ż. i rozvodu (Nelson, Heath, Madden i in., 2002). W badaniach dorosłej populacji wykazano, że wczesne wydarzenia urazowe, takie jak przemoc, nadużycie i zaniedbanie są związane z większym ryzykiem rozwoju depresji, zaburzeń lękowych w dorosłości (McCauley i in., 1997). Kobiety te znacznie częściej, w porównaniu do grupy kontrolnej, podejmowały próbę samobójczą.

Współczesne badania neurobiopsychologiczne pokazują związek wczesnej traumy u dziecka z rozwojem większej wrażliwości na neuroendokrynologiczną odpowiedź stresową. Zaobserwowano strukturalne i funkcjonalne podobieństwa (m.in. nasiloną odpowiedź zapalną organizmu, zmniejszoną objętość hipokampa, zaburzenia wydzielania glikokortykoidów – hormonów istotnych w procesie radzenia sobie ze stresem) w działaniu układu nerwowego osób, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie i osób cierpiących na depresję (Heim i in., 2002). Dzieci, które we wczesnym okresie swojego życia były krzywdzone lub zaniedbywane są również bardziej narażone na zaburzenia lękowe. Traumatyczne doświadczenia wpływają na rozwój mózgu – może dojść do zahamowania lub ograniczenia rozwoju połączeń między korą okołoczołową, przednią częścią zakrętu obręczy i ciałem migdałowatym a podwzgórzem, co uniemożliwia hamowanie reakcji ciała migdałowatego na strach (Schore, 2009). Wczesne krzywdzenie związane jest

nie tylko z mniejszą objętością hipokampa, ale również kory przedczołowej, która odgrywa istotną rolę w modulowaniu reakcji ciała migdałowatego (De Bellis i in., 2002).

W sytuacji narażenia na przemoc seksualną, dzieci często zgłaszane są na psychoterapię wiele lat po przebyciu urazu, w wieku dorosłym z powodu zaburzeń afektywnych lub w wieku dorastania z takimi problemami, jak trudności w zbudowaniu spójnego obrazu własnego ciała, co wpływa na rozwój tożsamości seksualnej, problemy w relacjach z rówieśnikami i rodzicami, lęki separacyjne (Notes, 1995; Pruett, 1984 za: Gaensbauer, 2002; Gaensbauer, Siegel, 1995). Z drugiej strony szczegółowa analiza wyników badań (Nash i in., 1993; Alexander i in., 1998; Fonagy, 1998) pokazuje, że to nie sam fakt wystąpienia urazu, lecz połączenie wydarzenia traumatycznego z uwarunkowaniami środowiska rodzinnego, które nie jest w stanie wesprzeć dziecka, inicjuje najbardziej niszczące i trwałe konsekwencje przemocy. Szczególne znaczenie mają kompetencje opiekuna związane z mentalizacją – zdolnością do myślenia o doświadczeniach i przeżyciach, zarówno własnych, jak i dziecka. Według Fonagy’ego (1998) dzięki temu, że opiekun może myśleć o wszystkich doświadczeniach dziecka – nawet tych smutnych, przerażających – dziecko może znaleźć całe siebie w umyśle drugiej osoby. Rozumienie natury własnego świata psychicznego nie może odbywać się samo, wymaga rozumienia self przez innego. Dzięki temu, że ktoś o nim myślał, dziecko uczy się myśleć o swoim doświadczeniu i poddawać je pracy psychicznej przez fantazje, zabawę, rozmowę – co jest istotnym czynnikiem ułatwiającym radzenie sobie zarówno z rozwojowymi trudnościami i dylematami, jak i urazem. Jedną z dramatycznych konsekwencji przemocy seksualnej jest bowiem to, że wpływa ona na zdolność dziecka do reprezentowania swojego doświadczenia: możliwość odwołania się do fantazji i świata wewnętrznego może zostać znacznie ograniczona na korzyść konkretnego działania.

Rozwojowo dzieci przed 4–5 r.ż. funkcjonują w trybie określonym przez Fonagy’ego i in. (2004) jako tryb *psychicznej równoważności*. W przypadku małych dzieci świadomość stanów wewnętrznych charakteryzuje się zrównaniem tego, co wewnętrzne, z tym, co zewnętrzne, i w ten sposób to, co istnieje w umyśle, musi istnieć na zewnątrz, oraz odwrotnie, to, co istnieje na zewnątrz, istnieje w umyśle. W ten sposób nie ma alternatywnych perspektyw dla rzeczywistości, a stan umysłu jest nie do wytrzymania realny.

W rodzinach, w których dochodzi do przemocy wobec dziecka, gdy rodzic jest sprawcą, mogą dodatkowo występować międzypokoleniowe trudności związane z mentalizacją – treści psychiczne nie są opracowywane, ale wyrażają się

konkretnie, w działaniu. Dziecko może nie otrzymać wsparcia, by nie tylko potrafić psychicznie opracować sytuację urazu, ale w ogóle wykształcić zdolność do refleksyjnego funkcjonowania. W niektórych sytuacjach skazuje to dziecko na pozostanie w stanie psychicznej równoważności. Mała dziewczynka, która była ofiarą kazirodztwa, już nie może marzyć o swoim tacie jako rycerzu czy królewiczu, który ratuje ją przed nerwowością mamy – pewne wydarzenia dzieją się w jej życiu bardzo konkretnie (Gabbard, 2010).

Ta konkretność doświadczenia dziecka może istotnie zahamować zdolność do myślenia symbolicznego, posiadania pragnień, fantazji oraz funkcjonowania „na niby” – bardzo ważnego dla możliwości zabawy. Dziecko przestaje lub nie może wykorzystywać zabawy do opracowywania swoich konfliktowych pragnień czy lęków, wszystko staje się realne – na bawienie się, opracowywanie treści psychicznych w trybie zabawy „na niby” nie ma miejsce.

To zjawisko chciałabym zilustrować fragmentami opisu sesji z 4,5-letnią dziewczynką – Kamilą. Dziewczynka była molestowana przez ojczyma między 18 a 28 miesiącem życia. Ojczym karał też Kamilę za niegrzeczne zachowanie nie zmieniając jej pieluchy – rozmiar odparzeń skóry zaobserwowany podczas kontrolnej wizyty pediatrycznej umożliwił podjęcie działań, które doprowadziły do ujawnienia wykorzystywania. W tym okresie matka dziecka pracowała poza miejscem zamieszkania i z rodziną widywała się w weekendy. Bezpośrednim powodem zgłoszenia było moczenie się dziecka zarówno w dzień, jak i w nocy, oraz nasilony lęk separacyjny doświadczany przez dziecko. Dziewczynka na terapię trafiła ponad rok po ujawnieniu molestowania. W trakcie pierwszej sesji diagnostycznej z mamą dziewczynki uderzające było to, że bardzo trudno było uzyskać informacje na temat dziecka inne niż dotyczące przemocy. Po pierwszej konsultacji nie wiedziałam, co lubi, jakim była niemowlęciem, jak przebiegł poród – trudno było z materiału dostarczonego przez matkę zbudować obraz dziewczynki.

Podczas sesji diagnostycznych Kamila bała się zostać ze mną w gabinecie – podczas pierwszych dwóch spotkań obecna była mama. Dziewczynka oglądała zabawki, czasem zniemacka zaczynała opowiadać o tym, czego doznała ze strony ojczyma.

Po konsultacji z mamą i dziewczynką miałam wrażenie, że w rodzinie po ujawnieniu sytuacji molestowania nie doszło do normalnej sytuacji gojenia się ran. Materiał traumatyczny był wciąż wyróżniający i dominował w obrazie dziecka u matki, jak również Kamila bardzo konkretnie – często zniemacka – opowiadała o sytuacji wykorzystywania. Miałam wrażenie, że zarówno u Kamili, jak i jej mamy to przypominanie nie służy jednak przydatnemu pamiętaniu – opracowywaniu tych wydarzeń – tak, by można je było zintegrować i rozwijać się dalej,

lecz raczej powodowało, że to straszne wydarzenie wciąż było żywe i w pewnym sensie nie było nic więcej poza tymi wspomnieniami.

Alvarez (1992) pisze o tym, że podczas gdy łagodniej strauumatyzowany pacjent może potrzebować pamiętać o traumie, żeby móc o niej zapomnieć, bardziej zranione dziecko, z poważniejszą i bardziej chroniczną traumą, może potrzebować o niej zapomnieć, żeby móc wytworzyć sobie zdolność do pamiętania. Miałam wrażenie, że terapeutycznym czynnikiem dla Kamili byłoby w jakiś stopniu niepamiętanie o tym wydarzeniu – zobaczenie i możliwość oparcia się na innych, bardziej obiecujących zasobach, właśnie po to, by o urazie móc pamiętać

Mimo że Kamila lubiła przychodzić na terapię, trudno jej było zostać przez całą 45-minutową sesję w gabinecie. Często wyglądała przez okno czy wychodziła na zewnątrz, żeby sprawdzić, co robi mama, lub prostu wchodziła na krzeselko i patrzyła na nią przez okno.

Miałam wrażenie, że potrzebowała konkretnie widzieć mamę, by wiedzieć, że mama jest, że sama myśl o tym, że mama czeka i jest tuż obok była niewystarczająca. Być może było to jej potrzebne, gdyż nie była w stanie przechować na dłużej obrazu swojej mamy w pamięci, była zdana na konkretne uspokojenie – upewnienie się, że mama istnieje, co nasilało jej lęki i utrudniało korzystanie z terapii, ale też np. z przedszkola.

Dziewczynka oczekiwała, że sesja będzie się kończyć, kiedy ona tego zechce, przeważnie wcześniej lub – rzadziej – że będzie trwać dłużej, aż skończy zabawę.

Gdy dziewczynka nie obserwowała mamy przez okno, była zajęta oglądaniem zabawek: brała jedną i zachwycała, ekscytowała się nią, potem odkładała i brała następną. Większość czasu spędzała na pełnym ekscytacji braniu i odkładaniu kolejnych przedmiotów. Zauważała mnie, gdy chciała, żebyśmy poszły do innego pokoju i sprawdziły, jakie tam są zabawki. Gdy się na to nie zgadzałam, dziewczynka nie chciała funkcjonować według moich reguł i ustanawiała własne, np. wychodziła z gabinetu. Czasem próbowała wejść, a nawet wtargnąć, do innego pokoju.

Po kilku tak spędzonych sesjach czułam, że jestem w jakiś sposób traktowana przedmiotowo – że mam dostarczać nowych zabawek i ekscytacji, a jako osoba nie mam nic do zaoferowania. Spontaniczne myśli podczas sesji dotyczyły tego, że jak Kamili znudzą się u mnie zabawki i pełne ekscytacji ich przekładanie – to nie będzie chciała do mnie przychodzić, jakby moja osobowa relacja z Kamilą nie istniała. W kontakcie z dziewczynką miałam poczucie, że jesteśmy skazane na dręczącą dla mnie, a dla Kamili pozornie ekscytującą aktywność brania i odkładania, bez wspólnej relacji, wspólnego pola uwagi, wzajemności.

W aktywności dziecka ujawnił się świat, który znała: była brana i odkładana, gdy przestawała dostarczać ekscytacji. Z drugiej strony, była jednak też potrzeba szukania przez Kamilę innego pokoju. Jakby dziewczynka wiedziała, czuła, że można mieć „inny pokój” – z innym rodzajem kontaktu – zarówno być może z samą sobą, jak i ze mną. Na sesjach z dziewczynką również we mnie pojawiało się pragnienie znalezienia „innego pokoju”, bez okropnego doświadczenia brania i odkładania. Pokoju, w którym można by nie tylko działać, ale pomyśleć. Gdy ja mogłam pobyc w tym „innym pokoju” – podczas superwizji, ale też gdy mogłam myśleć o zachowaniu Kamili, a nie tylko czuć się przez to zachowanie zdominowana, zaczęło się to przekładać na zwiększającą się możliwość zabawy podczas sesji, jak i opracowywania różnych doświadczeń dziewczynki. Dzięki temu „innemu pokojowi” mogłam stać się, odwołując się do terminologii Winnicotta (2010), *podobnym-innym* – kimś wystarczająco bliskim i dostrojonym z nieświadomością pacjenta, której nie może on wyrazić, lecz na tyle różnym, aby móc myśleć o niej i ją werbalizować.

W drugim miesiącu terapii pojawiła się możliwość wspólnego zajęcia się zabawkami. Kamila powiedziała, że jest głodna. Wzięła talerzyki i łyżeczki i starannie ułożyłyśmy je na stoliku, po czym dziewczynka usiadła przy stoliku i poprosiła, żebym jej dała teraz bułeczkę lub zupkę. Powiedziała, że widziała w ośrodku kuchnię i że na pewno mam tam coś do zjedzenia, co mogłabym jej przynieść. Próbowałam odnieść się do rozumienia jej zachowania – że może chciałaby, żebym się nią zajęła, żeby mogła dostać ode mnie coś konkretnego. Gdy dziewczynka zrozumiała, że nie dostanie ode mnie nic do zjedzenia, wyszła z gabinetu. Podobnie, gdy zaczęły pojawiać się momenty, że Kamila poczuła się zrozumiana przeze mnie, chciała, a raczej konkretnie zakładała, że zostaje u mnie dłużej, że będziemy mogły zostać w ośrodku „na nocowanie” lub spotkam się z nią następnego dnia, a nie w wyznaczonych terminach. To, że terapeutka czeka w określone dni, że w ciągu tygodnia dziewczynka może o terapii pomyśleć, zatęsknić, zastanowić się, w co by się chciała bawić – nie może dać jej ukojenia. Możliwość odwołania się do symbolu lub wspólnej fantazji – np. podczas zabawy – ale też tego, że jestem odrębna, mam swoje reguły – sesja trwa określony czas – nie mogła na tym etapie pracy zaistnieć.

Terapia trwała 15 miesięcy i została zakończona na wniosek mamy, gdy doszło do poprawy objawowej: znacznie osłabły lęki dziewczynki związane z separacją. Pod koniec wspólnej pracy Kamila bawiła się w rysowanie flamastrami wzorów na kartkach i radosne sprawdzanie, czy to, co narysowała odbiło się na kolejnej kartce. Rozumiałam to – między innymi – jako pokazywanie mi odkrycia, że coś

może być wewnątrz, pod spodem, że można mieć różne myśli, fantazje, do których się można odwołać, że są one w pewien sposób ukryte – dostępne tylko dla niej, że nie muszą się rozgrywać w konkretnym działaniu. To odkrycie dziewczynki wzbogaciło jej rozwój. W ostatnich kilku miesiącach terapii mogłyśmy się wspólnie bawić, dziewczynka opowiadała też o niektórych przedszkolnych doświadczeniach, ulubionej koleżance, o tym, że można tęsknić za mamą, gdy jest się w przedszkolu i że można wytrzymać myślenie o tym, jednocześnie korzystając z możliwości zabawy z innymi dziećmi. Kamila mogła czuć się smutna i „tęskniąca”, ale nie oznaczało to, że musi wyłącznie płakać z powodu odczuwanego braku i smutku. Pewne myśli i fantazje mogły być wytrzymywane – udało się stworzyć „inny pokój do myślenia”, a nie tylko odreagowywania.

Podsumowując: by dziecko mogło poznać siebie – zbudować swój świat wewnętrzny, musi czuć się wolne, żeby poznawać umysł opiekuna i znaleźć w nim siebie. Kamila nie miała takiej możliwości, lub być może odbicie, które tam znalazła było zaburzonym, zniekształconym, pozbawionym podmiotowości obrazem. Mentalizacja nie może rozwinąć się u dziecka, które czuje się traktowane przez opiekuna przedmiotowo. Dziecko molestowane przez opiekuna raczej nie jest przez niego odzwierciedlane czy „kontenerowane” (Bion, 1961/2004). Dorosły, który krzywdzi i jednocześnie pełni wobec dziecka funkcje opiekuńcze pokazuje mu, że taki kontener nie istnieje. Nie ma świata reprezentacji, ale jest impuls, który jest od razu realizowany. Druga osoba używana jest do zaspokojenia tego pragnienia, nie jest brana pod uwagę jako osoba ze swoim światem wewnętrznym. W konsekwencji dziecko, nastolatek, ale też dorosły, odtwarzając rzeczywistość, którą zna, może zacząć budować takie relacje z innymi.

Jak pomóc dziecku zbudować jego świat wewnętrzny, wyjść ze stanu równoważności psychicznej opisanej przez Fonagy’ego, Gergely’ego, Jurista i Target (2004) – tak by mogło opierać się na sobie, swoim wnętrzu i przerwać błędne koło budowania potencjalnie raniących relacji?

Winnicott (2010) pisał o tym, że dzieci potrzebują tego, by ich rodzice i opiekunowie o nich myśleli. W terapii ważne jest utrzymanie przez terapeutę funkcji refleksyjnej zarówno wobec dziecka – możliwości rozumienia jego zachowań w kategoriach stanów mentalnych, jak i przez analizę przeciwprzeniesienia.

Przeciwprzeniesienie terapeuty jest często jedynym dostępnym sposobem zrozumienia komunikatów dziecka: jego doświadczeń i stanów emocjonalnych, których nie potrafi ono zwerbalizować.

Dziecko wykorzystywane – szczególnie przez bliskiego dorosłego – może czuć się bardzo skrzywdzone, ale jednocześnie może nieświadomie identyfikować się

również ze sprawcą, tym bardziej, jeśli pełnił on funkcje opiekuńcze wobec dziecka, był obiektem jego miłości. Sposób wchodzenia przez dziecko w kolejne relacje i przeżywania samego siebie mogą budować naprzemienne identyfikacje ofiary i sprawcy.

W przypadku Kamili forma identyfikacji ze sprawcą przejawiała się w jej sposobie budowania relacji – nie byłam widziana jako osoba, miałam dostarczyć dziewczynce ekscytacji i wrażeń, a gdy ich nie dostarczałam mogłam zostać „porzucona” – zostawiona w gabinecie. Zaprzeczona identyfikacja z krzywdzicielem może przejawiać się w relacji terapeutycznej również przez np. rodzaj kontroli terapeuty tak, by odzwierciedlał czy widział tylko jedną stronę funkcjonowania pacjenta. Dopiero jednak możliwość zobaczenia dwóch identyfikacji lub jak piszą Fonagy, Gergely, Jurist i Target (2004) – uwewnętrznionego obcego self, którego dziecko pozbywa się przez mechanizm identyfikacji projekcyjnej – umożliwia dalszą pracę i pozwala na uwolnienie się od takiego sposobu przeżywania bliskości.

Chciałabym zilustrować ten fragment urywkami z pracy klinicznej z 16-letnią pacjentką, wykorzystywaną przez przyjaciela ojca między 9 a 14 rokiem życia.

Ania przeważnie przychodziła na sesje godzinę, dwie lub nawet trzy godziny wcześniej – kręciła się po okolicy, często spotykałam ją, gdy szłam do pracy. Podczas wcześniejszych sesji z innymi pacjentami, miałam czasem przed oczami obraz Ani stojącej przed ośrodkiem. Martwiłam się, czy nie jest jej zimno, gdy zaczęło się ściemniać, myślałam o tym, czy jest bezpieczna. Bardzo często zresztą Ania siedziała na korytarzu bardzo blisko drzwi gabinetu, lub stojąc przed oknem rozmawiała głośno przez telefon – wkraczała w przestrzeń gabinetu i moją relację z innymi pacjentami. Mimo rozmowy o tych zachowaniach, powtarzały się one. Bardzo długo widziałam w Ani jedynie opuszczoną, bardzo skrzywdzoną i potrzebującą pomocy nastolatkę – którą też była, trudno mi było jednak zauważać i komentować te zachowania, które można by rozumieć w inny sposób, np. jako bardziej kontrolujące. W pewnym momencie terapii Ania zaczęła opowiadać o snach, w których w swoim odbiciu w lustrze w domu, w sklepach, w witrynach sklepowych, widziała swojego krzywdziciela. W lustrze widzi się jednak odbicie siebie. Badanie znaczeń tego snu zarówno podczas superwizji, jak i podczas sesji z Anią umożliwiło zobaczenie zachowań dziewczynki również w innym świetle. Ania będąc w ośrodku jako pierwsza – przede mną, czuła się lepsza czy pilniejsza. Nie musiała cierpliwie czekać na swoją kolej, próbowała w jakiś sposób wtargnąć do gabinetu wcześniej, nie musiała być ciekawa, kto jeszcze do mnie przychodzi, o czym rozmawiamy – ona to „konkretnie” wiedziała – starała się to wiedzieć.

Można myśleć, że odtworzyło się dramatyczne doświadczenie Ani, w którym nie musiała czekać – w cudzysłowie – na swoją godzinę, czyli aż dorośnie, stanie się kobietą, będzie miała partnera i swoje życie seksualne. Ona to wszystko miała – pozornie – gdy nie był jeszcze właściwy czas.

Gabbard (1992) opisuje przedstawione zjawisko *przeciwprzeniesieniowego niewidzenia*, komentując, że idea *złej niezaangażowanej, niechroniącej* matki bardzo szybko ujawnia się w relacji przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowej. Terapeuta nie chce się tak czuć, zamiast tego ma dostęp do uczuć związanych z potrzebą zaopiekowania, zrekompensowania pacjentowi jego wcześniejszych frustracji – w czym oczywiście zawodzi. Terapeuta nie widzi – przestaje odnosić się do pewnych zachowań pacjenta, które w innym przypadku byłyby szybciej poddane refleksji.

Podsumowując, analiza relacji przeniesieniowo – przeciwprzeniesieniowej, jak i stworzenie możliwości, by dziecko mogło odnaleźć się ze swoimi uczuciami i zachowaniami w umyśle rozumiejącego drugiego (nawet jeśli na początku pracy te uczucia mają bardzo wczesny rozwojowy, konkretny charakter), umożliwia zbudowanie potencjału do dalszego rozwoju dziecka, pomagając mu przezwyciężać błędne koła odreagowań i wchodzenia w relacje jako ofiara, ale też w jakiś sposób – sprawca.

Badania eksperymentalne z zakresu psychologii rozwojowej pokazują, że dzieci, które przeżyły uraz w pierwszych dwóch latach życia – w porównaniu do dzieci z grupy kontrolnej bez historii wykorzystywania, nie ujawniają pozytywnego afektu na widok swojego odbicia w lustrze (Schneider-Rosen, Cicchetti, 1984, 1991). Nie cieszy ich to, kim są, kogo widzą w lustrze. Dodatkowo, te dzieci ucząc się mówić, nie używają słów związanych z relacjami i stanami mentalnymi, lecz odnoszą się do kontekstu sytuacji (Beeghly, Cicchetti, 1994). Podobnie opisuje to Fonagy (1998) – w badaniach wykorzystywanych seksualnie dzieci wykazano, że dzieci te nie odnoszą się do stanów mentalnych zarówno swoich, jak i innych osób.

Alvarez, która obserwowała to zjawisko z perspektywy gabinetu, jak i superwizji stwierdziła, że dzieci z doświadczeniami wykorzystywania relacjonują wydarzenia bardzo konkretnie, nie odnoszą się do sfery uczuciowej. Zatem terapeuta musi uważnie zastanawiać się nad tym, czy reakcje emocjonalne obserwowane podczas sesji mogą zawierać komunikaty ze strony pacjenta na temat niereprezentowanego stanu wewnętrznego, który nigdy nie był poddany refleksji przez dziecko lub rozumiejącego drugiego i czasem, gdy uzna, że jest to zasadne, ująć te stany w słowa (Gail, 2009).

Warto też pamiętać, że proces godzenia się z molestowaniem jest długi, skomplikowany, nie zawsze widoczny i z pewnością niekoniecznie konkretnie zwerbalizowany.

Podsumowując, celem terapii jest pomoc w zintegrowaniu przeciwstawnych identyfikacji, pokazanie, że to, co zewnętrzne nie musi się stawać tym, co wewnętrzne, i to, co wewnętrzne nie musi przeradzać się w zewnętrzne: fantazja nie musi stawać się działaniem. Celem pracy jest to, by w lustrze dziecko, nastolatek, dorosły – mogli zobaczyć po prostu całe swoje odbicie.

Bibliografia

- Alvarez, A. (1992). *Live company: Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children*. Londyn: Karnac Books.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B. i in., (1998). Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect*, 22, 45–61. DOI:10.1016/S0145-2134(97)00120-8.
- Beeghly, M., Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5–30.
- Bion, W. (1961/2004). *Experiences in groups*. Nowy Jork: Taylor & Francis Group.
- De Bellis, M., Keshavan, M., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S., Hall, J., Moritz, G. (2002). Brain structures in pediatric maltreatment-related PTSD: a sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry*, 52, 1066–1078.
- Gabbard, G. (2010). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gaensbauer, T. J. (2002). Representations of trauma in infancy: Clinical and theoretical implications for the understanding of early memory. *Infant Mental Health Journal*, 23, 259–277.
- Gaensbauer, T. J., Siegel, C. H. (1995). Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal*, 16, 292–305.
- Gail, S. R. (2009). An Empty Mirror: Reflections on Non-Representation. *Psychoanalytic Quarterly*, 78(1), 1–26.
- Heim, C., Newport, D., Wagner, D., Wilcox, M., Miller, A., Nemeroff, C. (2002). The Role of Early Adverse Experience and Adulthood Stress in the Prediction of

- Neuroendocrine Stress reactivity in Women: A Multiple Regression Analysis. *Depression and Anxiety*, 15, 117–125.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. Nowy Jork: Other Press.
- Fonagy, P. (1998). An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 147–169.
- Freud, S. (1914/2007). Przepominanie, powtarzanie, przepracowywanie. W: S. Freud, *Technika terapii*, (s. 165–174). Warszawa: Wydawnictwo KR.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., Ryden, J., Derogatis, L. R., Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*, 277, 1362–1368.
- Nash M. R., Hulseley T. C., Sexton M. C. i in. (1993). Long-term sequale of childhood sexual abuse: perceived family environemnt, psychopathology and dissociation. *Journal of Consulting and Family Psychology*, 61, 276–283. DOI:10.1037/0022-006X.61.2.276.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, T. A. i in. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59, 139–145. DOI:10.1001/archpsyc.59.2.139.
- Schore, A. N. (2009). Zaburzenia prawej półkuli mózgowej: podstawowy mechanizm traumatycznego przywiązania i psychopatogenezy stresowego zaburzenia pourazowego. W: S. Murawiec, C. Żechowski (red.), *Od neurobiologii do psychoterapii* (s. 71–123). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development*, 55, 648–658.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reactions to mirror self-image in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 27, 481–488.
- Winnicott, D. W. (2010). *Dziecko, jego rodzina i świat*. Warszawa: Wydawnictwo Ingenium.

Whom will I see in the mirror? – psychodynamic psychotherapy of children and adolescents, who have experienced sexual violence

The aim of this article is to describe the phenomena occurring in the therapeutic relationship with children and adolescents who have experienced sexual abuse. The author emphasizes the importance of therapist's „reflective function” and the need to analyze the countertransference feelings. A child may have no words to convey his/her experiences and rather, communicates it by his/her behavior, play and a specific relationship with the therapist. A child who was abused by a close adult – can feel very hurt, but can also identify the perpetrator – who could have served as the only source of care for the child. These identities can become a way of entering into subsequent relationships, what may increase child's feeling of rejection, abuse and loneliness. In the process of psychotherapy factors such as: analysis of the relationship of transference – countertransference, the opportunity to share own thoughts in the presence of understanding other, getting to know the words to describe the internal tensions can become potential for further child's development.

KEYWORDS:

VIOLENCE, SEXUAL ABUSE, PSYCHOTHERAPY, RISK FACTORS FOR CHILD DEVELOPMENT, MENTALIZATION

Cytowanie:

Chrzan-Dętkoś, M. (2015). Kogo zobaczę w lustrze? – psychodynamiczna psychoterapia dzieci i młodzieży, które doświadczyły przemocy seksualnej. *Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 13(4).



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.