Uniwersytet SWPS

Anna Woźniak

1077/D

Rola kontekstu społeczno-interpersonalnego w procesie przetwarzania zdarzenia traumatycznego przez dorosłe ofiary przemocy seksualnej

The role of socio-interpersonal model in posttraumatic adaptation process among adult sexual assault survivors

Słowa kluczowe: przemoc seksualna, zaburzenie stresowe pourazowe, uznanie społeczne, reakcje społeczne, przekonania potraumatyczne, poczucie winy

Praca pod kierunkiem

dr hab. Elżbiety Zdankiewicz-Ścigały, prof. Uniwersytetu SWPS

Warszawa 2023

Anna Woźniak

Rola kontekstu społeczno-interpersonalnego w procesie przetwarzania zdarzenia traumatycznego przez dorosłe ofiary przemocy seksualnej

Słowa kluczowe: przemoc seksualna, zaburzenie stresowe pourazowe, uznanie społeczne, reakcje społeczne, przekonania potraumatyczne, poczucie winy

Streszczenie

Problem: Celem prezentowanych badań była weryfikacja modelu związków między wyszczególnionymi reakcjami społecznymi a poznawczo-emocjonalnymi procesami uwzględnianymi w procesie adaptacji po zdarzeniu traumatycznym. Wyróżniono trzy grupy badane: grupy osób z doświadczeniem traum intencjonalnych i nieintencjonalnych (porównawcze) oraz grupę osób z doświadczeniem przemocy seksualnej (grupa badawcza) – w celu sprawdzenia, która z grup zdarzeń jest najwrażliwsza na badane procesy. Badane procesy obejmowały proces asymilacji i nadakomodacji oraz nasilenie poczucia winy po zdarzeniu. Sprawdzono, czy badane grupy różnią się od siebie pod względem nasilenia konsekwencji poznawczo-emocjonalnych, rodzaju napotkanych reakcji społecznych w obliczu opowieści o zdarzeniu oraz ich związku z nasileniem objawów zaburzenia stresowego pourazowego. W badaniu jakościowym skupiono się na konstrukcji narracji osób badanych, które doświadczyły przemocy seksualnej w dorosłości.

Metoda: Badanie ilościowe objęło 560 osób, natomiast do badania jakościowego zgłosiło się 12 dorosłych kobiet. W badaniach ilościowych do pomiaru nasilenia zaburzenia stresowego pourazowego zastosowano kwestionariusz *Lista zaburzeń po stresie traumatycznym* (PCL-5) oraz *Skalę samooceny PTSD według kryteriów DSM-5*. Do pomiaru nasilenia poczucia winy zastosowano *Kwestionariusz poczucia winy związanego z traumą*. Procesy nadakomodacji i asymilacji mierzone były za pomocą *Kwestionariusza negatywnych przekonań potraumatycznych (PTCI)*. Do pomiaru napotkanych zjawisk społecznych wykorzystano *Kwestionariusz społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej (SAQ)*
oraz *Skalę reakcji społecznych (SRQ)*. Do badania jakościowego wykorzystano *Wywiad po zdarzeniu traumatycznym – przemocy seksualnej* własnego autorstwa.

Wyniki: Wykazano, że osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej w dorosłości, są grupą najczęściej narażoną na negatywne reakcje społeczne oraz najwrażliwszą na konsekwencje zdarzenia w postaci procesów asymilacji, nadakomodacji, nasilenia poczucia winy i objawów PTSD. Negatywne reakcje społeczne okazały się istotnym czynnikiem pośredniczącym w nasileniu konsekwencji zdarzenia traumatycznego, determinując różnice w badanych grupach. Konstrukcje narracji ofiar przemocy seksualnej wskazują na udział kontekstu społecznego w procesie tworzenia opowieści o zdarzeniu, determinując poznawcze procesy związane z procesem poszukiwania przyczyn.

Wnioski: Uzyskane wyniki badań potwierdzają większą wrażliwość osób po doświadczeniu przemocy seksualnej na rozwinięcie pełnoobjawowego PTSD. Wspierają także przekonanie, że istnieje istotny związek nasilenia objawów potraumatycznych z napotkanymi, negatywnymi postawami społecznymi, które pośredniczą w dezadaptacyjnych procesach zdrowienia. W związku z tym uzasadnione jest uwzględnienie w istniejących programach terapii czynników związanych z reakcjami społecznymi, tworzenie interdyscyplinarnych ośrodków specjalizujących się w pracy z

osobami po doświadczeniu przemocy seksualnej oraz poszerzanie świadomości społecznej w badanej problematyce poprzez odpowiednie kampanie.

2

Anna Woźniak

The role of socio-interpersonal model in posttraumatic adaptation process among adult sexual assault survivors

Key words: sexual assault, posttraumatic stress disorder, social acknowledgement, social reactions, posttraumatic cognitions, trauma related guilt

Abstract

Problem: The presented research aimed to verify the model of relationships between the specified social reactions and cognitive-emotional processes taken into account in the process of adaptation after a traumatic event. Three groups of respondents were distinguished – unintentional traumas, intentional traumas (comparative groups) and sexual assault (research group) – to check which of the groups of events is the most sensitive to the examined processes. The examined processes included the process of assimilation and over-accommodation, as well as the intensification of the sense of guilt after the event. It was checked whether the studied groups differ from each other in terms of the severity of cognitive and emotional consequences, the type of social reactions encountered in the face of the story of the event and their relationship with the severity of symptoms of post-traumatic stress disorder. The qualitative study focused on the construction of the narrative of the respondents who experienced sexual violence in adulthood.

Method: The quantitative study covered 560 respondents, while 10 adult women applied for the qualitative study. In quantitative studies, the *The Posttraumatic Stress Disorder Check List for DSM 5, PCL-5* questionnaire and the *PTSD Self-Rating Scale according to DSM-5* criteria were used to measure the severity of post-traumatic stress disorder. The *Trauma Related Guilt Inventory (TRGI)* was used to measure the severity of guilt. The processes of over-accommodation and assimilation were measured using the *Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)*. *The Social Acknowledgement Questionnaire (SAQ)* and the *Social Reaction Scale (SRQ)* were used to measure the social phenomena encountered. The *Interview After a Traumatic Event – Sexual Assault* was used for the qualitative study.

Results: It has been shown that people who have experienced sexual violence in adulthood are the group most often exposed to negative social reactions and the most sensitive to the consequences of the event in the form of assimilation processes, over-accommodation, increased guilt and PTSD symptoms. Negative social reactions turned out to be an important factor mediating the intensification of the consequences of a traumatic event, determining the differences in the studied groups. The constructions of the narrative of victims of sexual violence indicate the participation of the social context in the process of creating a story about the event, determining the cognitive processes related to the process of searching for causes.

Conclusions: The obtained research results confirm the greater sensitivity of people who have experienced sexual violence to fully developed PTSD. They also support the belief that there is a significant relationship between the severity of posttraumatic symptoms and the encountered negative

social attitudes that mediate in maladaptive recovery processes. Therefore, it is justified to include factors related to social reactions in the existing therapy programmes, to create interdisciplinary centres specializing in working with people who have experienced sexual violence, and to expand social awareness of the researched issues through appropriate campaigns.

CZĘŚĆ TEORETYCZNA.....8
Wstęp 8
1. Zdarzenia traumatyczne i ich konsekwencje.....13
1.1. Ewolucja klasyfikacji zdarzeń traumatycznych w ujęciu perspektywy społecznej – wprowadzenie.....13
1.1.1. Ewolucja klasyfikacji zaburzeń stresowych pourazowych i definicji zdarzenia traumatycznego.....17
1.1.2. Kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego według klasyfikacji DSM 5 20
1.2. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i zaburzeń stresowych pourazowych w populacji ogólnej 28
1.3. Typologia zdarzeń traumatycznych – analiza zjawiska traumy intencjonalnej .....33 1.3.1. Typologia zdarzeń traumatycznych – ewolucja zagadnienia.....33 1.3.2. Typologia traum interpersonalnych 36
2. Zjawisko przemocy seksualnej, jej konsekwencje i czynniki mające związek z przebiegiem adaptacji po zdarzeniu 40
2.1. Przemoc seksualna – definicje.....43
2.2. Skala zjawiska – badania rozpowszechnienia przemocy seksualnej w populacji ogólnej 46
2.3. Zjawiska społeczne w obliczu zdarzeń traumatycznych, w tym przemocy seksualnej – wprowadzenie.....50
2.3.1. Zjawiska społeczne w obliczu przemocy seksualnej – charakterystyka.....53
2.3.1.1. Wsparcie społeczne – próba redefinicji zjawiska w szerszym ujęciu społecznym 54
2.3.1.2. Akceptacja mitów na temat przemocy seksualnej .....61 2.3.1.3. Victim Blaming – obwinianie ofiary

.....65
2.3.1.4. Reakcje społeczne – negatywne i pozytywne reakcje innych na opowieść o zdarzeniu 67
2.3.1.5. Procedury postępowania z ofiarą przemocy seksualnej i zjawisko wtórnej wiktymizacji.....69
2.4. Podsumowanie.....73
3. Modele wieloczynnikowe wyjaśniające rozwój zaburzeń stresowych pourazowych (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD).....74
3.1. Społeczny wymiar traumy i rozwoju zaburzenia stresowego pourazowego – modele wieloczynnikowe 76
3.1.1 Model ekologiczny zdrowienia.....78
3.1.2 Model społeczno-interpersonalny.....79

3.2. Poznawcze modele adaptacji potraumatycznej .....82 3.2.1 Procesy poznawcze zaangażowane w proces adaptacji po zdarzeniu .....86 3.3. Modele integrujące dotychczasowe podejścia – modele poznawczo-społeczne.....87 3.4. Podsumowanie.....89
4. Społeczno-interpersonalny wymiar adaptacji potraumatycznej – założenia badań własnych.....91
4.1. Wieloczynnikowy model teoretyczny zmiennych – rola specyficznych reakcji społecznych w procesach adaptacyjnych po zdarzeniu traumatycznym 91
4.2. Związek modelu teoretycznego z narracjami i autonarracjami 96
METODA I WYNIKI.....100
5. Badanie 1 – badanie ilościowe, weryfikacja głównych założeń modelu teoretycznego101
5.1. Metoda badawcza 102
5.1.1. Procedura .....102 5.1.2. Uczestnicy badania .....103 5.1.3. Narzędzia badawcze.....106
5.1.3.1. Lista zaburzeń po stresie traumatycznym (Ogińska-Bulik, Juszczyński, Lis Turlejska, Merecz-Kot, 2018).....107
5.1.3.2. Skala samooceny PTSD według kryteriów DSM-5 (PSS-SR5; Zawadzki, Popiel, Białecka, Pragłowska, 2013) 107
5.1.3.3. Kwestionariusz poczucia winy związanego z traumą (Trauma Related

Guilt Inventory, TRGI; Zawadzki, Popiel, 2015).....108
5.1.3.4. Kwestionariusz negatywnych przekonań potraumatycznych (Posttraumatic Cognitions Inventory, PTCI; Dragan, Gulcz, Wójtowicz, 2005) 109
5.1.3.5. Kwestionariusz społecznego uznania jako ofiary lub osoby ocalałej (Social Acknowledgment Questionnaire, SAQ; Drapała, Lis-Turlejska, 2013).....110
5.1.3.6. Kwestionariusz spostrzeganych reakcji społecznych (Social Reaction Questionnaire, SRQ; Woźniak, Janik, 2019).....111
5.1.4. Użycie narzędzi w badaniu własnym – właściwości psychometryczne 112
5.2. Założenia badań własnych – weryfikacja modelu teoretycznego zmiennych .....113 5.2.1. Definicje i operacjonalizacja zmiennych .....115 5.2.2.1. Zmienne wyjaśniające.....115 5.2.2.2. Zmienne pośredniczące.....116 5.2.2.3. Zmienne wyjaśniane 119
5.2.2.4. Zmienne wyjaśniane pełniące rolę mediatorów w modelach sekwencyjnych 119
5
5.2.2.4.1. Poczucie winy po zdarzeniu traumatycznym.....
120 5.2.2.4.2. Negatywne przekonania potraumatyczne
..... 121
5.2.2. Pytania i hipotezy badawcze.....122
5.2.3. Schemat zależności między zmiennymi .....138 6. Badanie 2 – badanie jakościowe z wykorzystaniem analizy tekstu narzędziem LIWC 140
6.1. Przebieg badania.....142
6.2. Osoby badane i charakterystyka badania.....143
6.3. Narzędzie badawcze – wywiad częściowo ustrukturyzowany 144
6.4. Metoda 147
6.5. Etap kwalifikacji do badania 149
7. Wyniki badań własnych 151
7.1. Wprowadzenie 151
7.2. Badania ilościowe: weryfikacja założeń modelu teoretycznego 153

7.2.1. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych w badanej próbie 154
7.2.2. Natężenie objawów PTSD w badanej próbie.....157
7.2.3. Związki pomiędzy poszczególnymi grupami zmiennych.....165
7.2.4. Analiza porównawcza badanych grup – ANOVA i ogólny model liniowy 177
7.2.4.1. Nasilenie poczucia winy w badanych grupach 178
7.2.4.2. Nasilenie negatywnych przekonań potraumatycznych w badanych grupach 182
7.2.4.3. Nasilenie objawów PTSD w badanych grupach.....186
7.2.4.4. Specyficzne zjawiska społeczne – różnice w spostrzeganych reakcjach społecznych oraz uznaniu społecznym 188
7.2.5. Analiza mediacji – w poszukiwaniu zmiennych pośredniczących .....196 7.2.5.1. Weryfikacja hipotez z wykorzystaniem jednego mediatora 199
7.2.5.2. Weryfikacja hipotez obejmujących modele mediacji z czterema mediatorami – weryfikacja modelu teoretycznego 248
7.3. Wyniki analiz przeprowadzonego badania jakościowego.....301
7.3.1. Analiza tekstu narzędziem LIWC.....301
7.3.1.1. Czy narracje osób badanych różnią się od konstrukcji narracji grupy kontrolnej z badań w populacji polskiej?.....304
7.3.1.2. Czy poszczególne fragmenty narracji osób badanych będą się między sobą różniły w zakresie częstotliwości używania słów związanych z afektem i procesami poznawczymi?.....310
6
DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI KOŃCOWE.....313
8. Dyskusja wyników.....313
8.1. Wprowadzenie .....313 8.2.
Interpretacja i dyskusja wyników .....313 8.2.1.
Rozpowszechnienie przemocy seksualnej w badanej próbie.....313 8.2.2.
Różnice pomiędzy grupami .....314 8.2.2.1.
Nasilenie objawów PTSD w badanych grupach.....315
8.2.2.2. Spostrzegane zjawiska społeczne – uznanie społeczne i reakcje społeczne 316
8.2.2.3. Różnice w nasileniu negatywnych przekonań potraumatycznych oraz poczucia winy w badanych grupach 318

8.2.3. Związki pomiędzy badanymi zmiennymi.....320
8.2.4. Analiza wyników przeprowadzonych mediacji – modele z jednym mediatorem 325
8.2.5. Weryfikacja modelu teoretycznego – modele mediacji z czterema mediatorami 33
0 8.2.6. Analiza wyników uzyskanych w badaniach jakościowych .....339 8.2.7. Podsumowanie i możliwości aplikacyjne .....342 8.2.8. Ograniczenia badań własnych.....347 8.2.9. Podsumowanie 350
BIBLIOGRAFIA: .....352 ZAŁĄCZNIKI 370

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

Wstęp

„Typową reakcją na akty okrucieństwa jest wyrzucenie ich ze świadomości. Pogwałcenie ładu panującego między ludźmi jest czasem zbyt straszne, żeby mówić o tym

głośno. Oto właściwy sens słowa niewypowiadalne. […] Kiedy pozycja ofiary jest od początku słabsza, […] może przekonać się, że najbardziej traumatyczne zdarzenia z jej życia wydarzyły się poza sferą społecznie uznawanej rzeczywistości" (Herman, 2015, s. 11, s. 20). Tymi słowami rozpoczyna swoją narrację Judith Herman, psychiatra, która poświęciła swoją pracę badaniom i rozważaniom teoretycznym nad zjawiskiem przemocy. Autorka rozpatruje to zjawisko zarówno na poziomie relacji ofiara–sprawca, jak również na poziomie społecznym.

Szeroka perspektywa przyjęta przez badaczkę umożliwia dostrzeżenie jednego z kluczowych aspektów związanych z relacją ofiara–sprawca–społeczeństwo. Herman zwraca uwagę na brzemię odpowiedzialności, jakie nakładane jest na świadków zdarzeń traumatycznych – świadek może doświadczać konfliktu pomiędzy opowiedzeniem się po stronie ofiary lub sprawcy. Jak podkreśla Herman, nie ma możliwości, aby świadek nie opowiedział się po żadnej ze stron. Co więcej, badania wskazują, że obojętność czy też neutralność w sytuacji, gdy osoba pokrzywdzona informuje o swoim doświadczeniu, jest skorelowana z gorszym funkcjonowaniem po zdarzeniu. Zajęcie jednej ze stron jest decyzją trudną również ze względu na ciężar wziętej na siebie odpowiedzialności – jak zwraca uwagę Herman, opowiedzenie się po stronie sprawcy nie wiąże się z obciążeniem, z jakim z kolei wiąże się decyzja opowiedzenia się po stronie ofiary. Osoba, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego niejako prosi o „współdzielenie jej cierpienia" (Herman, 2020, s. 19). W takim

ujęciu znaczenie społecznego zaangażowania w proces dochodzenia do równowagi po zdarzeniu traumatycznym wydaje się być nie tylko oczywistym, ale także jednym z

kluczowych komponentów wzmacniających osoby, które traumy doświadczyły.

Czy rzeczywiście rozumiemy i widzimy, jak istotną rolę może odgrywać społeczny aspekt funkcjonowania jednostki w sytuacji doświadczenia traumatycznego? Po ponad 40 latach, od kiedy w nomenklaturze klinicznej pojawiła się po raz pierwszy jednostka określana zbiorem zaburzeń funkcjonowania poznawczo-emocjonalnego, charakterystycznych dla reakcji jednostki na zdarzenia związane z czynnikiem stresowym, nadal poszukujemy odpowiedzi na jedno podstawowe pytanie: co powoduje, że niektóre osoby nie prezentują pełnoobjawowego zaburzenia stresowego pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder*, *PTSD*), inne prezentują zaburzenia o znacznym nasileniu, jeszcze inne prezentują wzrost potraumatyczny (*posttraumatic growth*). Nie ma możliwości, aby w jednej pracy zebrać dokładne dane dotyczące wszystkich czynników wpływających na adaptację potraumatyczną osób. Trudno też zebrać dane od wszystkich osób, które kiedykolwiek doświadczyły zdarzeń znacznie przekraczających granicę dzielącą stres codzienny od zdarzeń zagrażających życiu i zdrowiu. Mamy do czynienia z wielowymiarowymi obszarami, obejmującymi zarówno jednostkę, która doświadcza zdarzenia, samo zdarzenie i jego okoliczności, a także środowisko, w jakim zdarzenie ma miejsce oraz w którym zachodzi później proces zdrowienia. Badając czynniki wpływające na adaptację potraumatyczną można skupić się na jednym z tych obszarów lub sprawdzić zależności pomiędzy poszczególnymi obszarami.

Zespół zaburzeń związanych ze zdarzeniem traumatycznym po raz pierwszy pojawił się w 1980 roku w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa

Psychiatrycznego – DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

(Dragan i in., 2012). Jest to rok przełomowy dla wieloletnich badań nad tym zjawiskiem. Dalsze badania umożliwiły rozszerzenie wiedzy zarówno w odniesieniu do charakterystyki objawów, jakie towarzyszą osobom po zdarzeniach traumatycznych, ale także do kwestii, jakie zdarzenia mogą przyczynić się do pojawienia się PTSD u ofiar. W obecnej chwili operujemy już na klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM 5, która ujmuje charakterystykę zaburzeń stresowych pourazowych, uwzględniając w większym stopniu niż dotychczas wielowymiarowość tego zjawiska i okoliczności jego wystąpienia. Jesteśmy też w procesie wprowadzania zmian w obowiązujących klasyfikacjach Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization,* WHO). Od 2022 roku obowiązuje nowa klasyfikacja ICD 11 (*International Classification of Diseases*, ICD), która szerzej zostanie opisana w pierwszym rozdziale (Zawadzki i Popiel, 2014).

Badania przeprowadzane na przestrzeni ostatnich 20 lat dostarczyły nam wiedzy na temat charakterystyki zdarzeń traumatycznych, zaburzeń stresowych pourazowych oraz charakterystyki jednostek, które takiego zdarzenia doświadczyły. W przypadku złożonych czynników zawierających się w całym obrazie klinicznym zaburzenia po stresie traumatycznym trudno mówić o jednym, głównym komponencie, który determinuje kierunek procesu adaptacji jednostki po traumie. Możemy natomiast z tych badań wyróżnić grupy czynników, które mogą wspierać lub utrudniać adaptację potraumatyczną.

Jedną z grup czynników, która może, choć nie musi wpływać na adaptację osób pokrzywdzonych, jest środowisko ofiary (Campbell, Dworkin i Cabral, 2009; Hassija i Gray, 2012; Maercker i Horn, 2013; Relyea i Ullman, 2015; Woodhouse, Brown i Ayers, 2018). Jest

to obszar, który nie od dziś pojawia się w badaniach i dyskusji dotyczącej warunków rozwoju zaburzeń stresowych pourazowych. Początkowo badano jeden z wymiarów czynników środowiskowych w obliczu zdarzeń traumatycznych – wsparcie społeczne. W badaniach tych wystąpił jednak problem systematyzacji i operacjonalizacji głównych podstaw teoretycznych, obejmujących zagadnienie wsparcia społecznego (Hupcey, 1998). Problem ten zostanie szerzej omówiony w rozdziale drugim.

Z czasem zaczęto przyglądać się roli wsparcia społecznego w obliczu różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych – np. intencjonalnych oraz nieintencjonalnych (Charuvastra & Cloitre, 2008). Zawężanie definicji wsparcia społecznego oraz wyróżnianie specyficznych zjawisk społecznych, uwzględniających charakterystykę tego, jak inni reagują na doświadczenia osób pokrzywdzonych, doprowadziło do kolejnych badań, próbujących odpowiedzieć na pytanie, czy coś różnicuje te reakcje i jak na te reakcje odpowiada jednostka po traumie (Relyea & Ullman, 2015).

Badania obejmowały nie tylko najbliższe środowisko osób poszkodowanych, ale także środowiska, które uczestniczą w pracy z osobą, która przechodzi proces zdrowienia po zdarzeniu traumatycznym. Tym samym reakcje społeczne, środowisko zdrowienia oraz uznanie dla osób, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych zaczęły pojawiać się w badaniach jako czynniki wspierające i/lub utrudniające proces adaptacji po zdarzeniu (Campbell i in., 2009; Maercker i Hecker, 2016; Woodhouse i in., 2018). . Wspomniane badania i wnioski opisane będą w rozdziale drugim oraz trzecim.

Mając na uwadze, jak bardzo złożonym problemem jest określenie, co mogło mieć związek z utrzymaniem zaburzeń stresowych pourazowych u poszczególnych osób, w

niniejszej pracy uznanie społeczne i reakcje społeczne na zdarzenie są czynnikami pośrednio związanymi z procesem rozwoju pełnoobjawowego PTSD. Zakłada się, że czynniki te pełnić będą rolę mediatorów w procesach poznawczych i emocjonalnych osób, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych, co w efekcie będzie utrudniało poprawną adaptację po zdarzeniu traumatycznym. Wspomniane zależności zostaną szerzej omówione w części obejmującej metodologię oraz dyskusję wyników.

W rozdziale pierwszym opisane zostaną obszary związane ze stresem traumatycznym – typologia zdarzeń traumatycznych, konsekwencje zdarzeń traumatycznych, rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych oraz zaburzeń stresowych pourazowych w populacji ogólnej, klasyfikacja zaburzeń związanych z czynnikiem stresowym i jej ewolucja na przestrzeni ostatnich 40 lat.

Rozdział drugi posłuży m.in. dyskusji nad różnicowaniem zjawisk, jakimi są wsparcie społeczne i reakcje społeczne. Znajdą się w nim także definicje przemocy seksualnej i jej cech pozwalających rozpoznać to zdarzenie jako traumatyczne oraz opis zjawisk społecznych, z jakimi może mieć styczność osoba po doświadczeniu tego rodzaju traumy. Omówione zostaną też dotychczasowe badania obejmujące rolę opisanych zjawisk społecznych w procesie adaptacji po zdarzeniu traumatycznym ofiar przemocy seksualnej.

Rozdział trzeci posłuży omówieniu modeli wyjaśniających pojawienie się zaburzeń po stresie traumatycznym, z wyszczególnieniem charakterystycznych czynników uwzględnionych w badaniu własnym – poznawczych, emocjonalnych oraz społecznych.

Rozdział czwarty będzie swoistym podsumowaniem wiedzy przedstawionej w

poprzednich rozdziałach. Zostanie też opisany model własny, przedstawione zostaną założenia

badań własnych. W części poświęconej badaniom własnym, przedstawione zostaną pytania i hipotezy badawcze, metodologia badań, wyniki oraz dyskusja wyników przeprowadzona w odniesieniu do dotychczasowej wiedzy naukowej.

1. Zdarzenia traumatyczne i ich konsekwencje

1.1. Ewolucja klasyfikacji zdarzeń traumatycznych w ujęciu perspektywy społecznej – wprowadzenie

Jak określa to wspomniana już autorka Judith Herman, żyjemy w społecznym zaprzeczeniu traumy (Herman, 2020). Nazywanie, klasyfikacja i wreszcie uznawanie poszczególnych zdarzeń jako traumatyczne przybierało formę sinusoidy. Zmienność związana z nazywaniem, a przede wszystkim dostrzeganiem zdarzeń traumatycznych w życiu społecznym, w ogromnej mierze zależała od aktualnych wydarzeń społeczno-politycznych (Herman, 2020). Gdy nasilało się rozpowszechnienie zjawiska, które mogło być związane z doświadczeniami natury traumatycznej, proporcjonalnie rosło zainteresowanie danym zjawiskiem w środowiskach badawczych, politycznych i społecznych. Jednocześnie gdy zainteresowanie danym tematem osiągało największe „wychylenie" i zaczynały pojawiać się wnioski z obserwacji, zainteresowanie danym obszarem zdarzeń traumatycznych malało, ulegając coraz większemu społecznemu zaprzeczeniu – sinusoida wychylała się w przeciwną stronę. Większość zdarzeń, które klasyfikujemy jako zdarzenia traumatyczne w obecnej chwili, przeszła swoje okresy „ujawnione" i okresy społecznego zaprzeczenia (Herman,

2020). W większości wypadków, gdy zaczynały pojawiać się wspomniane wnioski z obserwacji

klinicznych w połączeniu z rozpowszechnieniem poszczególnych zdarzeń, można było zaobserwować nagłe wycofanie z badań czy też tworzenie takiego wyjaśnienia tego

zagadnienia klinicznego, które w dużej mierze sprowadzało poznane konsekwencje zdarzeń traumatycznych, odbijające się na zachowaniu jednostki, do indywidualnych cech badanych osób. Jak zwraca uwagę Judith Herman, wiedza o zdarzeniach tragicznych nierzadko pojawia się w świadomości społecznej, ale rzadko zostaje w niej na dłużej (Herman, 2020).

Wiedza o samych zdarzeniach to jedno, ale wiedza o ich konsekwencjach jeszcze rzadziej zajmuje na dłużej miejsce w społecznej świadomości. Analiza literatury pozwala na wyłonienie kilku rodzajów zdarzeń traumatycznych, które szczególnie często ulegały lub wciąż ulegają społecznemu wyparciu i zaprzeczeniu. Efekt nagłego zainteresowania, a następnie całkowitego wyparcia społecznego najwcześniej można zaobserwować w przypadku ewolucji zjawiska, jakim była histeria. Coraz większe zainteresowanie tym zjawiskiem, zarówno ze strony środowiska medycznego, jak również środowiska psychologów i psychiatrów, doprowadziło do powstania dzieła, w którym po raz pierwszy opisane zostały tak rzetelnie konsekwencje zdarzeń traumatycznych oraz same doświadczenia traumatyczne – w tym przypadku przemocy fizycznej i seksualnej, jakiej doświadczały kobiety. Praca napisana w 1896 roku przez Zygmunta Freuda pt. *W kwestii etiologii histerii* miała być dziełem przełomowym, wyjaśniającym źródło objawów histerii. Na podstawie 18 studiów przypadków Freud jako pierwszy opisał objawy, które w dużej mierze odpowiadały dzisiejszym objawom zaburzenia po stresie traumatycznym (Herman,

2020). Jednak praca ta została odrzucona przez środowisko psychologów i psychiatrów. Sam autor doszedł do wniosku, że gdyby uznał opowieści kobiet za prawdziwe, musiałby przyznać, że natknął się na poważny społeczny problem, dotykający zarówno kobiet biednych jak i kobiet z wyższych sfer społecznych. To był dla Freuda decydujący argument, który doprowadził do odrzucenia dzieła przez samego autora. Histeria, która przez chwilę znalazła swe źródła w działaniu drugiego człowieka,

ponownie stała się zjawiskiem, którego przyczyn należy szukać wśród cech osób prezentujących jej objawy. I tak przełomowe badania dotyczące przemocy seksualnej i fizycznej, której doświadczały kobiety, uległy społecznej negacji (Herman, 2020).

Można też dostrzec pewną analogię pomiędzy podejściem społecznym do pracy i doniesień Freuda na temat doświadczanej przemocy seksualnej i jej konsekwencji a podejściem społecznym do przemocy seksualnej w dzisiejszych czasach. Przyglądając się tym dwóm zjawiskom, można z kolei dostrzec dwa elementy łączące: (a) społeczne wyparcie skali zjawiska, zaprzeczanie opisywanym doświadczeniom; (b) poszukiwanie wyjaśnień prezentowanych zachowań oraz zaburzeń w cechach osoby pokrzywdzonej, nie zaś w samym doświadczeniu. Znaczenie możliwości powiedzenia o swoim doświadczeniu i rolę uświadomienia społeczeństwa o skali problemu, jakim jest przemoc seksualna, podkreślił ruch *#MeToo*, który zwrócił uwagę również na społeczne unieważnianie doświadczeń ofiar przemocy seksualnej (Alaggia i Wang, 2020; Palmer, Fissel, Hoxmeier, Williams, 2021).

Drugim rodzajem zdarzeń, które z początkowej fazy silnego zainteresowania przechodziły do fazy wyparcia społecznego, były zjawiska związane z wojnami. Wojna w Wietnamie była punktem zwrotnym w społecznym i klinicznym postrzeganiu zdarzeń

traumatycznych. W świetle badań klinicznych specjaliści zdrowia psychicznego rozpoczęli szeroko zakrojone działania mające na celu zwięzłe ujęcie konsekwencji, z jakimi mierzyli się żołnierze, młodzi mężczyźni, wracający z frontu. Badania doprowadziły do pierwszego klinicznego opisu zaburzeń zdrowia psychicznego, z jakimi mierzyli się weterani – w 1980 roku wprowadzona zostaje pierwsza klasyfikacja DSM z ujęciem kryteriów zaburzeń stresu pourazowego w obszarze zaburzeń lękowych (Herman, 2020; Lis-Turlejska, 2002).

W ujęciu społecznym powracający mężczyźni, licząc na uznanie i szacunek społeczny, zderzyli się z odwrotną reakcją – z brakiem społecznego wsparcia oraz negatywnymi reakcjami społecznymi, które w konsekwencji w wielu przypadkach uniemożliwiały powrót do zdrowia żołnierzom, utrudniając proces adaptacji po przeżytych traumatycznych doświadczeniach w trakcie wojny (Keane i in., 1985; Maercker i Müller, 2004).

Patrząc na zdarzenia traumatyczne oraz występujące po takich zdarzeniach zaburzenia przez pryzmat społeczny, trudno nie dostrzec, jak mocno sprzężone ze sobą są zdarzenia, reakcje jednostki i reakcje społeczności. Ujęcie problematyki traumy i jej konsekwencji w wielowymiarowym konstrukcie społecznym umożliwia zwrócenie uwagi na środowisko zdrowienia i dzięki temu – podejmowanie prób zapewnienia odpowiednich warunków dla tego złożonego i często trudnego procesu. Analizując te dwa rodzaje traum intencjonalnych (przemoc seksualna, trauma wojenna) i podłoże historyczne ich związku z diagnostyką PTSD, możemy już na tej płaszczyźnie dostrzec, jak wielkie znaczenie ma dostrzeganie aspektu społecznego w dyskusji na temat zdarzeń traumatycznych i ich konsekwencji. To z kolei prowadzi do przełożenia wiedzy teoretycznej i dyskusji czysto hipotetycznej na praktykę.

Powstaje coraz więcej ośrodków wsparcia, ale też ośrodków szkoleniowych (które przygotowują osoby chcące wspierać m.in. ofiary przemocy seksualnej) w celu poprawnego przeprowadzania interwencji, uwzględniając aspekty adekwatnych reakcji podczas przyjmowania informacji o zdarzeniu (Campbell i Greeson, 2013).

1.1.1. Ewolucja klasyfikacji zaburzeń stresowych pourazowych i definicji zdarzenia traumatycznego

Od pierwszych zapisów w klasyfikacji DSM III, definicja zaburzenia po stresie traumatycznym ulegała zmianom w zależności od aktualnych badań oraz ruchów społecznych (Lis-Turlejska, 2002). W klasyfikacji DSM III stresor określany był jako zdarzenie wywołujące „znaczną reakcję dystresu u prawie każdego" (Lis-Turlejska, 1998).

Siedem lat po wprowadzeniu pierwszej klasyfikacji DSM, w roku 1987, wydana zostaje kolejna, poprawiona klasyfikacja DSM-III-R W poprawionej wersji DSM uzupełniono definicję zdarzenia traumatycznego o określenie charakteru samego zdarzenia. Zapis uzupełniający w DSM-III-R brzmiał „zdarzenie pozostające poza zakresem zwykłych ludzkich doświadczeń" (Lis-Turlejska, 1998). Zaproponowane definicje nie były jednak dostatecznie precyzyjne i zakres zdarzeń, mogących odpowiadać definicji zawartej w klasyfikacji DSM

III-R, pozostawał bardzo szeroki.

W odpowiedzi na te nieścisłości i zbyt obszerne zakresy definicji stresora w kryteriach diagnostycznych, zaproponowano nowe ujęcie definicyjne stresora oraz konsekwencji jego oddziaływania w klasyfikacji DSM IV. Ujęto w niej definicję podzieloną na dwa kryteria – A1 i A2. Kryterium A1 ujmowało stresor jako bezpośrednie narażenie na zagrożenie życia bądź zdrowia lub bezpośrednie narażenie na znaczne obrażenia ciała lub bycie świadkiem takiego zdarzenia oraz otrzymanie informacji o nagłej śmierci, zagrażającej życiu chorobie lub zagrożeniu życia osób bliskich, w tym członków rodziny. Kryterium A2 określało charakter reakcji na bezpośrednie doświadczenie lub dowiedzenie się o takim zdarzeniu – według kryterium osoba powinna doświadczyć silnego strachu lub przerażenia oraz bezsilności w

obliczu zdarzeń spełniających kryterium A1. Aby móc postawić diagnozę zaburzenia stresowego pourazowego na podstawie kryteriów zawartych w DSM IV, musiały być spełnione zarówno kryterium A1 oraz A2 (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 2000).

Zawarcie opisu pożądanej reakcji przerażenia, bezsilności i strachu w kryterium A2 wywołało szereg dyskusji, przede wszystkim ze względu na różnorodność reakcji prezentowanych w trakcie zdarzenia przez poszczególne osoby (APA, 2013). Nie ma jednak wątpliwości, że aby móc rozpocząć diagnostykę zaburzenia stresowego pourazowego, musi wystąpić reakcja na zdarzenie wychodząca poza reakcje prezentowane w trakcie codziennego funkcjonowania (Zawadzki i in., 2014).

Do zdarzeń, które spełniały założenia kryterium A1 zaliczano konflikty zbrojne, różne

formy przemocy interpersonalnej, porwanie, tortury, atak terrorystyczny, przebywanie w niewoli, katastrofy naturalne, katastrofy wywołane przez człowieka, diagnoza przewlekłej, nieuleczalnej lub śmiertelnej choroby (APA, 2000).

W roku 2013 nastąpiła przełomowa zmiana w zapisach w piątej odsłonie klasyfikacji DSM. Wyodrębniono osobny rozdział dotyczący zaburzeń związanych z czynnikiem stresowym i traumatycznym (*Trauma and Stressor-Related Disorders)*. Zrezygnowano też z podziału kryterium A na A1 i A2. Zaproponowano za to cztery punkty opisujące charakterystykę zdarzenia, które mieści się w kryterium A, czyli w definicji stresora. W kryterium A wyodrębniono także przemoc seksualną jako jeden z typów zdarzenia traumatycznego. Ta zmiana zostanie jeszcze omówiona w dalszych częściach pracy. Ponadto wyodrębniono też uczestnictwo w zdarzeniach traumatycznych w charakterze osoby

wykonującej zawód narażony na ekspozycję na drastyczne szczegóły zdarzeń traumatycznych (APA, 2013).

Jak już wspomniano, najnowsza klasyfikacja DSM 5 odeszła też od określania konkretnej reakcji prezentowanej w obliczu zdarzenia. Zróżnicowanie emocjonalnych i behawioralnych reakcji na zdarzenie traumatyczne może obejmować zarówno przerażenie czy bezsilność, jak również anhedonię, dysforię oraz silne reakcje dysocjacji (DSM-5; APA, 2013).

Klasyfikacje amerykańskie najbardziej szczegółowo opisują zjawisko, jakim jest zaburzenie po stresie traumatycznym. Na ich podstawie powstało też najwięcej narzędzi diagnostycznych używanych do badań nad stresem traumatycznym. Nie można jednak w

opisie definicji zdarzenia nie uwzględnić zapisów obowiązujących w ICD 10 oraz we wkrótce opublikowanej wersji ICD 11. Klasyfikacja ICD 10 obowiązywała od 1998 roku do roku 2017. W kryterium A, określającym charakterystykę stresora w ICD 10, ujęte jest narażenie na sytuację lub wydarzenie mające cechy wyjątkowo zagrażające lub katastroficzne, wywołujące przenikliwie odczuwane cierpienie niemal u każdego, kto takiego zdarzenia doświadczył (WHO, 1992). Oficjalnie kryteria diagnostyczne zapisane w ICD 11 zaczęły obowiązywać w roku 2022. Pomiędzy kryteriami zawartymi w ICD 11 oraz DSM 5 następuje pewnego rodzaju rozdźwięk, natomiast nie będzie to przedmiotem rozważań w niniejszej pracy. Opis kryteriów diagnostycznych obejmować będzie kryteria zawarte w DSM 5 z dwóch przyczyn: (a) większość badań prezentowanych w pracy opiera się na procedurach korzystających z narzędzi stworzonych na kanwie dwóch ostatnich wersji DSM (DSM IV oraz DSM 5; (b) narzędzia

użyte do badań w niniejszej pracy również w całości opierają się na kryteriach diagnostycznych zawartych w klasyfikacji DSM 5.

Nie bez znaczenia pozostaje jednak fakt diagnostyki PTSD w Polsce według kryteriów ICD 11. W najnowszej klasyfikacji wydanej przez WHO kryteria objawów związanych ze zmianami poznawczymi i emocjonalnymi (szerzej opisanymi w kolejnym podrozdziale w odniesieniu do kryteriów DSM 5) zawarte są w kryteriach diagnostycznych *Complex PTSD*, czyli związanych z trwałą zmianą osobowości w związku z działaniem czynnika stresowego według kryteriów ICD 11 (WHO, 2018; Zawadzki i in., 2014). Według

DSM 5 zmiany w poznawczym i emocjonalnym funkcjonowaniu osób, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych, nadal należą do kryteriów diagnostycznych PTSD prostego (APA, 2013).

Ewolucja definicji stresora oraz kryteriów diagnostycznych zaburzeń stresowych pourazowych pokazuje, że jest to jednostka nozologiczna wciąż stawiająca wyzwania przed badaczami i badaczkami obszarów związanych z psychologią traumy. Zmiana wniesiona do DSM 5 daje przestrzeń do dalszej eksploracji tego zagadnienia, uzupełnia znacznie wiedzę na temat możliwych konsekwencji traumy oraz rozszerza grupy narażone na możliwe wystąpienie zaburzenia stresowego pourazowego.

1.1.2. Kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego według klasyfikacji DSM 5

W poprzednim podrozdziale opisane zostały kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacjach DSM obejmujące przede wszystkim charakterystykę stresora i definicję zdarzenia traumatycznego. Niniejszy podrozdział będzie ujęciem zmian zawartych w kryteriach diagnostycznych DSM 5.

Aby móc zdiagnozować zaburzenie stresowe pourazowe, osoba diagnozowana musi spełnić przynajmniej jeden z punktów zawartych w kryterium A oraz kryteria diagnostyczne obejmujące objawy z kategorii: ponownego przeżywania (*intrusions*; kryterium B), unikania (*avoidance*; kryterium C), negatywnych zmian poznawczych i nastroju (*negative alterations in cognitions and mood*; kryterium D), negatywnych zmian pobudzenia oraz reaktywności (*alterations in arousal and reactivity*; kryterium E). Oprócz spełnienia kryterium A, osoba po

doświadczeniu zdarzenia traumatycznego musi prezentować przynajmniej jeden objaw z kryterium B, przynajmniej jeden objaw z kryterium C, przynajmniej jeden objaw z kryterium D oraz przynajmniej dwa objawy z kryterium E. Porównanie kryteriów diagnostycznych DSM IV TR oraz DSM 5, z wyszczególnionymi zmianami, znajduje się w tabeli 1.

Tabela 1

Porównanie kryteriów diagnostycznych dwóch wydań Kryteriów diagnostycznych zaburzeń psychicznych (DSM) z roku 2000 oraz 2013

DSM-IV-TR	**DSM 5**
A. Osoba doświadczyła zdarzenia traumatycznego, podczas którego spełnione zostały oba poniższe kryteria:	poważny uraz lub **przemoc seksualną,** w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:
A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci,	
A1. Osoba doświadczyła, była świadkiem lub została skonfrontowana ze zdarzeniem lub zdarzeniami, które pociągnęły za sobą rzeczywistą śmierć, zranienie lub zagrożenie fizycznej integralności siebie lub innych (lub poczucie zagrożenia nimi)	A1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznych dla innych osób wydarzeń
A2. Reakcję osoby charakteryzowały intensywny strach, bezradność lub przerażenie.	A3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny **lub przyjaciel** doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W
traumatycznego przeżycia (przeżyć)	
A2. Bycie naocznym świadkiem	

	przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe
	A4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na

	nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia/wydarzeń traumatycznego/traumatycznych (np. pierwsze osoby na miejscu zdarzenia po wypadku – policja, straż pożarna, ratownicy medyczni; policjanci/pracownicy socjalni narażeni na oglądanie powtarzającej się przemocy wobec dzieci)
B. Traumatyczne wydarzenie jest stale, ponownie przeżywane na co najmniej jeden z podanych poniżej sposobów:	B. Obecność jednego lub większej liczby spośród podanych niżej natrętnych objawów (wydarzeniami), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć)
B1. Powracające intruzywne i stresujące wspomnienia dotyczące zdarzenia, złożone z obrazów, myśli i doznań percepcyjnych	B1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń)
B2. Powracające dręczące sny związane ze zdarzeniem	B2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami)
B3. Działanie i odczuwanie jakby traumatyczne zdarzenie ponownie nastąpiło (obejmuje poczucie ponownego przeżywania tego doświadczenia, iluzje, omamy i dysocjacyjne przebłyski wspomnień, na jawie lub w stanie intoksykacji)	B3. Reakcje dysocjacyjne (np. *flashback*), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć). Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią
B4. Silny stres psychologiczny w przypadku ekspozycji na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt traumatycznego zdarzenia	B4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń)
B5. Fizjologiczne reakcje na zewnętrzne lub wewnętrzne bodźce symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt zdarzenia traumatycznego związanych z traumatycznym wydarzeniem	B5. Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń)

DSM-IV-TR	**DSM 5**
C. Uporczywe unikanie bodźców związanych z	traumą i ogólne odrętwienie (ograniczenie reakcji

emocjonalnych, nieobecne przed traumą), przejawiające się co najmniej trzema z poniższych objawów:	wydarzeniem (wydarzeniami), zdefiniowane jako jedno lub oba z poniższych:
C1. Usiłowanie uniknięcia myśli, uczuć bądź rozmów związanych z traumą	C1. Unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych
C2. Usiłowanie uniknięcia aktywności, miejsc lub ludzi wywołujących wspomnienia o traumie	C2. Unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji), które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń)
C3. Niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów traumy	
C4. Wyraźne ograniczone zainteresowanie ważnymi aktywnościami lub ograniczony w nich udział	
C5. Poczucie oddalenia od innych ludzi lub wyobcowania	
C6. Ograniczony zakres afektu (np. niezdolność do przeżywania miłości i czułości)	
C7. Poczucie ograniczenia perspektyw życiowych (np. nie spodziewa się, że zrobi karierę zawodową, zawrze małżeństwo, będzie mieć dzieci lub długie życie)	
D. Utrzymujące się objawy wzmożonego wzbudzenia (nieobecne przed traumą) w postaci co najmniej dwóch z wymienionych poniżej:	D. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczone po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako jedno (lub większa liczba) spośród poniższych:
C. Utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, niewystępujące przed traumatycznym	
D1. Trudności z zasypianiem lub snem	D1. Trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, alkohol, leki)
D2. Drażliwość lub wybuchy gniewu	D2. Uporczywe i nadmierne negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące siebie, innych osób lub świata (np. „Jestem złą osobą”,

„świat jest bardzo niebezpieczny”, „Mój układ nerwowy został trwale zniszczony”)

D3. Trudności z koncentracją D3. Utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego zdarzenia (zdarzeń), prowadzące daną osobę do obwiniania siebie lub innych

D4. Wzmożona czujność D4. Utrwalone stany negatywnych emocji (np. lęku, przerażenia, złości, winy lub wstydu)

D5. Nadmiernie silna reakcja na niespodziewane bodźce

D6. Poczucie bycia odseparowanym od innych osób, oziębienia stosunków z nimi

D7. Uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, zadowolenia lub miłości)

E. Czas trwania zakłócenia (kryteriów B, C, D) wynosi więcej niż miesiąc

E. Wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczone po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub większa liczba) spośród poniższych
E1. Drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób bądź przedmiotów

E2. Nieprzemyślane lub autodestruktywne zachowania

E3. Nadmierna czujność

E4. Wzmożona reakcja na

zaskoczenie E5. Problemy z

koncentracją

E6. Problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku)

F. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie
lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach

F. Czas trwania zakłócenia (kryteriów B, C, D, E) wynosi więcej niż miesiąc

D5. Znacząco zmniejszone zainteresowanie ważnymi czynnościami lub chęć udziału w nich

G. Zakłócenie powoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w

DSM-IV-TR	DSM 5
	sferze społecznej, zawodowej i w innych ważnych obszarach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie DSM IV-TR oraz DSM 5.

Czas stawianej diagnozy również ma znaczenie – osoba, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego w pierwszym miesiącu po zdarzeniu nie może mieć postawionej diagnozy zaburzenia stresowego pourazowego. Jest to związane z wprowadzeniem pojęcia ostrego zaburzenia stresowego, które pojawiło się już w DSM IV (APA, 2000). Ostra reakcja stresowa to naturalne następstwo doświadczenia ekstremalnego stresu i nie należy w okresie do miesiąca po zdarzeniu stosować interwencji charakterystycznych dla pracy z zaburzeniem stresowym pourazowym. W tym czasie niezbędne jest otoczenie takiej osoby opieką i zrozumieniem jej wyjątkowego stanu. Przebieg procesu adaptacyjnego po zdarzeniu uwzględnia pierwsze reakcje emocjonalne i poznawcze ofiary po zdarzeniu jako naturalną reakcję na nienaturalną sytuację. Jak zwracają uwagę badacze i badaczki, czas następujący zaraz po zdarzeniu traumatycznym jest kluczowy dla rozpoczęcia procesu zdrowienia (Lis-Turlejska, 2002; Tuval-Mashiach i in., 2004). . W tym czasie tworzona jest narracja dotycząca zdarzenia oraz zachodzą poznawcze procesy adaptacji potraumatycznej (Tuval-Mashiach i in., 2004). Co więcej, autorzy modeli powstawania zaburzenia stresowego pourazowego, McFarlane i Yehuda, zwracają uwagę na to, że bezpośrednim skutkiem zdarzenia traumatycznego jest właśnie ostry stan pourazowy, natomiast zaburzenia stresowe pourazowe są następstwem braku możliwości poradzenia sobie z bezpośrednią, ostrą reakcją na ten rodzaj stresu (McFarlane, Yeuda, 1995).

Po określeniu czasu, który upłynął od zdarzenia i stwierdzeniu, że możemy rozpocząć diagnostykę w stronę zaburzenia stresowego pourazowego, naszą uwagę kierujemy na kryteria diagnostyczne PTSD. Kryterium B opisuje reakcje ponownego przeżywania (intrusions). Obejmują one niechciane, nawracające, uporczywe wspomnienia zdarzenia traumatycznego, koszmary nawiązujące do zdarzenia lub przykre, męczące sny, reakcje dysocjacyjne (flashbacks) przyjmujące formę nasilającego się wrażenia, że zdarzenie ponownie ma miejsce, sprawiające że dana osoba zachowuje się tak, jakby właśnie doświadczała przeżycia z przeszłości. Ponowne przeżywanie obejmuje także nasilone i przedłużające się uczucie cierpienia psychicznego w związku ze zdarzeniem oraz przeżywanie nasilonych reakcji fizjologicznych w momencie pojawienia się bodźców zewnętrznych skojarzonych z danym zdarzeniem.

Kryterium C uwzględnia dwie charakterystyczne dla PTSD reakcje po doświadczeniu traumatycznym – unikanie lub usilne próby unikania trudnych, męczących wspomnień, myśli oraz uczuć związanych ze zdarzeniem oraz unikanie lub usilne próby unikania bodźców skojarzonych ze zdarzeniem traumatycznym (np. ludzi, miejsc, wydarzeń, czynności, rozmów, przedmiotów).

Kryterium D jest nowym kryterium, wprowadzonym do klasyfikacji od 2013 roku. Jest to odpowiedź na znaczące zmiany w poznawczym i emocjonalnym funkcjonowaniu osób cierpiących po zdarzeniu traumatycznym (Friedman i in., 2011). Funkcjonowanie poznawcze ofiar zdarzeń traumatycznych w dużej mierze zależne jest też od interpretacji

zdarzenia i swojego w nim udziału, a to nieodłącznie związane jest z funkcjonowaniem społecznym oraz ze społecznym postrzeganiem doświadczenia (Budden, 2009). Obszar ten zostanie

szczegółowo omówiony w rozdziałach obejmujących rozwój pełnoobjawowego PTSD i modeli jego powstawania. W kryterium D mieszczą się wspomniane zaburzenia funkcjonowania poznawczego, m.in. trudność w zapamiętywaniu ważnych elementów zdarzenia, zazwyczaj spowodowana amnezją dysocjacyjną. Ponadto występują objawy związane z uporczywymi i nierealistycznymi przekonaniami negatywnymi na temat siebie, świata oraz innych osób, a także zniekształcone, trwałe postrzeganie okoliczności zdarzenia jako własnej winy bądź winy innych osób (niebędących intencjonalnymi sprawcami zdarzenia), zarówno w odniesieniu do przyczyn zdarzenia jak i jego skutków. Zniekształcenia dotyczą także nastroju; utrwalają się stany negatywne – emocje wstydu, winy, lęku, złości, przerażenia. Występuje także brak chęci udziału w ważnych czynnościach lub wydarzeniach, pojawiają się poczucie bycia odseparowanym od innych, spłycenia kontaktu z bliskimi oraz utrzymujące się trudności w wyrażaniu pozytywnych stanów emocjonalnych i uczuć, takich jak radość, zadowolenie czy miłość.

Ostatnim jest kryterium E obejmujące wyraźne zmiany w pobudliwości: drażliwość i znaczne wybuchy gniewu, powtarzające się zachowania autodestrukcyjne i ryzykowne, nadmierna, utrzymująca się stale czujność, znacząca reakcja zaskoczenia przestrachu w obliczu bodźców uznanych za neutralne, znaczące problemy z koncentracją i procesem uwagi, trudności w zaśnięciu lub sen niedający wypoczynku.

Kryteria F, G i H określają kolejno: czas trwania objawów – do diagnozy wymagany jest czas trwania co najmniej miesiąc lub więcej, zakłócenie powinno powodować znaczące klinicznie cierpienie lub znaczne utrudnienie funkcjonowania w obszarach społecznych, zawodowych lub innych ważnych dla ofiary. Ponadto wspomniane utrudnienia w

funkcjonowaniu nie są wywołane przez nadużycie substancji psychoaktywnych lub innym stanem ogólnomedycznym (APA, 2013).

Wymienione kryteria umożliwiają określenie jakości funkcjonowania jednostki po przeżytej traumie. Co więcej, kryteria opisane w niniejszym rozdziale, szczególnie objawy znajdujące się w kryterium D, w dużym stopniu korespondują z funkcjonowaniem ofiar przemocy seksualnej często opisywanym w badaniach. Stoją w sprzeczności do stereotypów dotyczących oczekiwanego poziomu funkcjonowania osób, które zgłaszają zdarzenie na policji lub uczestniczą w postępowaniu sądowym. Poziom funkcjonowania oczekiwany przez poszczególne osoby pracujące w instytucjach pożytku publicznego obejmuje m.in. spójną narrację zdarzenia, pamięć szczegółów zdarzenia, określone, silne reakcje emocjonalne. Oczekiwane przez otoczenie reakcje osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej, często są tożsame z mitami na temat przemocy seksualnej, co opisane zostanie w rozdziale drugim (Campbell i in., 2009; Haskell i Randall, 2019).

1.2. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i zaburzeń stresowych pourazowych w populacji ogólnej

Pierwsze badania nad rozpowszechnieniem zdarzeń traumatycznych oraz ich

konsekwencji rozpoczęły się po roku 1980, kiedy powstałe kryteria diagnostyczne umożliwiły zdefiniowanie stresora określanego jako traumatyczny, oraz gdy powstały kryteria diagnostyczne zaburzenia stresowego pourazowego. Wśród badanych znalazły się głównie grupy ówcześnie uznane za najbardziej narażone na działanie stresora – żołnierze uczestniczący w działaniach wojennych w Wietnamie, ofiary Holocaustu, ofiary przemocy fizycznej oraz ofiary katastrof (Lis-Turlejska, 2002). Badania te były fundamentem dla

kolejnych działań zmierzających do precyzyjnego określenia definicji stresora oraz jego konsekwencji.

Pierwsze badania przeprowadzone na szeroką skalę i uwzględniające definicję stresora zamieszczoną już w DSM III TR przeprowadził Ronald Kessler w roku 1995. Przeprowadzono badania na reprezentatywnej próbie Amerykanów – 5877 osób, w wieku od 15 do 54 lat. Wyniki wskazały, że ponad połowa osób badanych (56%) przeżyła jedno lub więcej zdarzeń traumatycznych, określanych zgodnie z ówczesną definicją stresora. W przeciągu swojego życia 10% mężczyzn i 6% kobiet zadeklarowało doświadczenie czterech lub więcej różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych. Wśród badanych najczęściej wskazywanym doświadczeniem było bycie świadkiem czyjegoś poważnego zranienia lub śmierci wśród byłych żołnierzy (25% badanych), bycie uczestnikiem zagrażającego życiu wypadku (19%) oraz doświadczona przemoc seksualna w postaci molestowania seksualnego lub zgwałcenia wśród kobiet – 21,5% przebadanych kobiet zgłosiło co najmniej jedno z tych doświadczeń.

Kryteria pełnoobjawowego PTSD spełniało 7,8% wszystkich badanych (Kessler i in., 1995).

Badania nad rozpowszechnieniem zdarzeń traumatycznych oraz zaburzeń stresowych pourazowych w Polsce prowadziła m.in. prof. Maja Lis-Turlejska. Badanie obejmowało 475 studentów z siedmiu wyższych uczelni w Warszawie. Grupa badawcza składała się z 325 kobiet (69,4%) oraz 143 mężczyzn (30,1%) w przedziale wiekowym 19–49 lat. Do badania wykorzystano *Skalę Missisipi PTSD-C*, *Skalę wpływu zdarzeń* (IES-R) oraz *Przesiewowego kwestionariusza stresujących zdarzeń życiowych* (SLESQ). Wyniki wskazały, że 75,6% badanej próby wskazało przynajmniej jedno zdarzenie traumatyczne, z czego 20,3% osób podało trzy i więcej doświadczonych zdarzeń traumatycznych.

Badani wskazali wypadek zagrażający życiu jako najczęściej powtarzające się doświadczenie traumatyczne – 23,5% osób badanych. Zaraz za wskazanymi wypadkami znajdowały się przemoc fizyczna doświadczana w dzieciństwie – 23,2%, traumatyczna utrata bliskiej osoby – 21,8%. Istotne różnice wystąpiły w przypadku rodzaju przeżytych traum wśród poszczególnych grup płci. Wśród kobiet częściej podawane było doświadczenie molestowania i przemocy seksualnej. Mężczyźni częściej zgłaszali bycie świadkiem napadów lub przemocy fizycznej (Lis-Turlejska, 2005).

Analiza korelacji poszczególnych zdarzeń traumatycznych z możliwą diagnozą PTSD wśród badanych wykazała najwyższą korelację w przypadku doświadczonej przemocy seksualnej, traumatycznej utraty oraz zagrażającej życiu choroby. Diagnozę PTSD spełniało odpowiednio 18% lub 10,4% osób badanych w przypadku diagnozy stawianej na podstawie narzędzia IES-R, w zależności od punktów odcięcia – 35 lub 44 (Lis-Turlejska, 2005).

W roku 2013 przeprowadzone zostaje kolejne badanie na populacji ogólnej Stanów Zjednoczonych – w tym przypadku autorzy podjęli próbę porównania rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych oraz zaburzeń stresowych pourazowych z wykorzystaniem kryteriów diagnostycznych z obu klasyfikacji – DSM IV i DSM 5. Badanie przeprowadzono na próbie obejmującej 2953 osób. Badani mieli za zadanie wypełnić samoopisową ankietę, dostępną za pośrednictwem internetu. Pytania zamieszczone w ankiecie zostały przygotowane we współpracy z zespołem roboczym pracującym również przy DSM 5 – miało to zagwarantować poprawność zaproponowanych sformułowań. Możliwość porównania rozpowszechnienia zdarzeń traumatycznych ocenianych według dwóch klasyfikacji pozwoliła zobaczyć realny zakres wprowadzonych zmian. Szczególnie istotny wydaje się wskaźnik rozpowszechnienia

zaburzeń stresowych pourazowych wśród osób, które doświadczyły zdarzeń intencjonalnych. Wyższy wskaźnik wystąpienia zaburzeń stresowych pourazowych wykazywały także kobiety – zarówno w przypadku mierzenia objawów za pomocą DSM IV (13,2% – kobiety, 6,1% – mężczyźni) jak również DSM 5 – 11% badanych kobiet wykazywało pełnoobjawowe PTSD, przy jednoczesnym prawie o połowę niższym wyniku wśród mężczyzn – jedynie 5,4% badanych mężczyzn spełniało te same kryteria (Kilpatrick i in., 2013).

Wśród przytoczonych badań warto zwrócić uwagę na różnice płciowe w rodzajach doświadczanych zdarzeń traumatycznych. Mężczyźni ogólnie częściej narażeni są na zdarzenia traumatyczne, jednak to kobiety deklarują częstsze doświadczanie traumy intencjonalnej w postaci przemocy seksualnej. Można u nich również zaobserwować wyższy

wskaźnik spełnionych kryteriów diagnostycznych PTSD. Częstsze występowanie pełnoobjawowego PTSD wśród kobiet może mieć przyczyny w rodzaju doświadczanych przez nie zdarzeń – przemoc seksualna należy do grypy zdarzeń intencjonalnych, jak dowodzą liczne badania ta grupa zdarzeń znacznie częściej wiąże się z rozwinięciem zaburzeń stresowych pourazowych (Charuvastra i Cloitre, 2008).

Badania nad częstością występowania PTSD i zaburzeń towarzyszących wśród kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej i/lub innych zdarzeń traumatycznych wykazały, że częściej zaburzenia stresowe pourazowe prezentowały kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej (Kucharska, 2015).

Przeglądu literatury uwzględniającej m.in. charakterystykę zdarzenia jako zmiennej determinującej wystąpienie i nasilenie zaburzeń stresowych pourazowych przeprowadził także zespół Santiago (2013). Zespół dokonał przeglądu badań z okresu 1998–2010 dotyczących

rozpowszechnienia PTSD w populacji ogólnej. Skompletowane dane zostały podzielone na trzy główne kategorie: (a) czas, który upłynął od zdarzenia zanim pojawiły się objawy; (b) podział zdarzeń na intencjonalne i nieintencjonalne, zgodnie z ostatnią, piątą klasyfikacją zaburzeń DSM; (c) postać zdiagnozowanego PTSD – ostrej, chronicznej i przewlekłej.

Z analizowanych danych średnie rozpowszechnienie PTSD wśród osób badanych w poszczególnych publikacjach waha się od 28,8% przy wystąpieniu po pierwszym miesiącu od zdarzenia do 17% średniego rozpowszechnienia 24 miesiące po zdarzeniu. To co wydaje się szczególnie interesujące w niniejszej analizie, to zmiany rozpowszechnienia diagnostyki

PTSD w grupach badanych po uwzględnieniu intencjonalnego/nieintencjonalnego charakteru zdarzenia. Jeśli analiza rozpowszechnienia zaburzeń stresowych pourazowych wśród grup badanych w poszczególnych publikacjach uwzględni intencjonalność/nieintencjonalność zdarzenia, średnie rozpowszechnienie PTSD dla zdarzeń nieintencjonalnych spada wraz ze wzrostem upływającego czasu od zdarzenia – od 30,1% do 14% osób ze zdiagnozowanym PTSD w ciągu 24 miesięcy od zdarzenia, natomiast w przypadku działań intencjonalnych średnia wzrasta – od 11,8% do 23,3% (Santiago i in. 2013). Zaprezentowane zmiany w rozpowszechnieniu diagnozy PTSD wśród osób, które doświadczyły zdarzeń intencjonalnych, mogą m.in. wskazywać, że na przestrzeni upływającego czasu od zdarzenia być może pojawiły się czynniki, które utrudniały proces adaptacji.

Przytoczone badania dostarczają nie tylko danych niezbędnych do oszacowania skali, z jaką mamy do czynienia w przypadku diagnostyki PTSD i rozpoznawania częstotliwości występowania zdarzeń traumatycznych w różnych populacjach. Podział na zdarzenia intencjonalne i nieintencjonalne stwarza nam szanse do lepszego zrozumienia procesu

zdrowienia w różnych wymiarach – również w kontekście reakcji społecznych na dane zdarzenie. W przypadku zdarzeń intencjonalnych, gdzie występuje czynnik związany z działaniem drugiego człowieka mającym na celu skrzywdzenie ofiary, możemy uwzględnić także elementy reakcji społecznej. Traumy o charakterze intencjonalnym częściej spotykają się z brakiem wsparcia społecznego ze strony bliskiego i dalszego otoczenia, niż zdarzenia o charakterze nieintencjonalnym (Charuvastra i Cloitre, 2008).

Dalsze badania tego obszaru mogą wykazać, czy częstsze występowanie PTSD wśród

osób, które doświadczyły traumy intencjonalnej, może być związane z nieprzychylnymi reakcjami społecznymi, takimi jak odrzucenie, unieważnianie, opowiadanie się po stronie sprawcy, ignorowanie opowieści osoby pokrzywdzonej oraz z brakiem uznania społecznego dla ich doświadczenia. W badaniach należy uwzględnić te komponenty nie tylko na poziomie analizy statystycznej i badań ilościowych, ale również na poziomie praktycznym – poznanie świata znaczeń osób pokrzywdzonych, ich potrzeb i perspektywy może pomóc w opracowaniu odpowiednich programów wsparcia czy pierwszych działań interwencyjnych.

1.3. Typologia zdarzeń traumatycznych – analiza zjawiska traumy intencjonalnej *1.3.1. Typologia zdarzeń traumatycznych – ewolucja zagadnienia*

Jak można zobaczyć w poprzednich podrozdziałach, praca ze zdarzeniami traumatycznymi oraz próba ich definiowania przede wszystkim skupiała się wokół zdarzeń katastrofalnych, działań wojennych, wypadków komunikacyjnych. Skala oraz brutalność zdarzeń determinowała początkowo poziom zainteresowania badawczego. Z czasem rozpoczęto badania mające na celu poznanie wielowymiarowości zdarzeń, które mogą prowadzić do zaburzeń stresowych pourazowych (Santiago i in., 2013).

Definicje dotyczące stresora znajdujące się zarówno w DSM 5 jak również ICD 11 obejmują elementy związane z charakterystyką ogólną stresora (wystąpienie zagrożenia życia lub zdrowia), tego, kogo zagrożenie może dotyczyć (bezpośrednio osoby pokrzywdzonej i/lub osób bliskich), czy w jaki sposób osoba zetknęła się z zagrożeniem (doświadczyła go bezpośrednio, dowiedziała się o kimś bliskim, była osobą pracującą w miejscu zdarzenia).

Obie klasyfikacje wymieniają kilka zdarzeń jako charakterystycznych w kontekście traumy. Wymieniana m.in. w obu klasyfikacjach jest przemoc seksualna – jest to zjawisko bezprecedensowe, do 2013 roku przemoc seksualna nie była wyszczególniana jako zdarzenie traumatyczne sensu stricto. Pojawiała się jednak w dyskusjach i badaniach naukowych obejmujących związek tego zdarzenia z objawami tożsamymi z objawami PTSD (Burgess i Holmstrom, 1974).

W definicji stresora nie pojawiają się takie elementy jak czas trwania stresora, powtarzalność stresora, zaangażowanie innych osób w działania stresogenne dla danej jednostki. Te elementy pojawiają się dopiero w późniejszych analizach różnych rodzajów zdarzeń traumatycznych i ich konsekwencji. Poziom przeżywanego lęku był przedmiotem dyskusji podczas analizy definicji stresora znajdującej się w kryterium A2 w DSM IV. Wielu badaczy uznało wówczas, że poziom lęku w momencie doświadczania zdarzenia traumatycznego nie powinien determinować traumatycznego wymiaru zdarzenia, ponieważ każda jednostka reaguje w inny sposób na dane zdarzenie (APA, 2013). Komponent ten jednak pojawił się w analizie rodzajów doświadczanych zdarzeń – jednej z pierwszych typologii traum. Jennifer Freyd zaproponowała dwuwymiarowy model traumatycznych zdarzeń. Zawarła w nim dwa komponenty różnicujące zdarzenia traumatyczne – poziom przeżywanego lęku oraz poziom przeżytej zdrady. Osoby, które przeżyły traumatyczne zdarzenia z udziałem

innych osób – działania intencjonalne drugiego człowieka – mogły prezentować wysokie poczucie lęku oraz zdrady. Dzięki temu autorka wymienia zdarzenia należące do zdarzeń naturalnych (zdarzenia mogące wywołać wysokie poczucie lęku, ale stosunkowo niskie

poczucie zdrady, takie jak katastrofy naturalne), oraz zdarzenia interpersonalne (połączone z nasileniem odczuwanego lęku i wysokim poczuciem zdrady). Poczucie zdrady jest tu szczególnie interesujące; wielokrotnie w literaturze przedmiotu możemy spotkać się z określeniem „traumy zdrady" (*betrayal trauma*), jednak obecnie określenie to kojarzy się przede wszystkim z traumą związaną z przemocą stosowaną przez opiekunów i traumatycznym rozwojem dziecka (Freyd i in., 2005; Freyd, 2021). Można rozważać jednak konstrukt zdrady w przypadku osób, które zgłaszają bliskim swoje doświadczenie traumatyczne i napotykają na negatywne reakcje, m.in. odwrócenie się od takiej osoby czy też negowanie jej doświadczenia. Analiza tego obszaru pojawi się jeszcze w dalszych rozdziałach.

Kolejnym głosem w dyskusji na temat typologii traum i zasadności ich różnicowania były badania Lenore Terr. Wyróżniła ona dwa typy traumy – traumę typu I oraz II. Typ I charakteryzował się przede wszystkim nagłością wystąpienia danego zdarzenia, ostrością jego przebiegu, czasem trwania (raczej zdarzenia krótkotrwałe). Według Lenore Terr są to głównie zdarzenia niezwiązane z działaniami drugiego człowieka lub z takimi działaniami człowieka, które nie wynikają z jego intencji wyrządzenia krzywdy drugiej osobie (np. wypadki samochodowe). Co ciekawe, do typu I zdarzeń traumatycznych autorka zalicza m.in. zgwałcenia, które wiążą się niezaprzeczalnie z intencjonalnym działaniem drugiego człowieka (Terr, 1990, 2003). Możliwe, że włączenie tych zdarzeń do typu I wynika z ich nagłości i raczej rzadkiej powtarzalności w czasie. Drugim typem traum wyróżnionym przez autorkę są traumy intencjonalne, chroniczne (powtarzające się w czasie) i złożone. Trauma typu II występuje

najczęściej już w środowisku rodzinnym, są to często działania przemocowe wymierzone w innych członków rodziny, co zakłada intencjonalność tego typu traumy – ze strony osoby stosującej różne rodzaje przemocy występuje intencjonalność działań w celu skrzywdzenia drugiej osoby, dorosłej lub dziecka (Terr, 1990, 2003).

1.3.2. Typologia traum interpersonalnych

Jak wskazano w poprzednim rozdziale, zdarzenia traumatyczne można podzielić na pewne zbiory zdarzeń podobnych do siebie pod względem ich charakterystyki i powtarzalnych cech. Tak jak traumy proste nieintencjonalne nie nastręczają większych kłopotów w ich klasyfikacji, tak traumy związane z działaniami drugiego człowieka wymagają znacznego poziomu uszczegółowienia pod względem definicyjnym i klasyfikacyjnym.

Jak wskazuje Agnieszka Widera-Wysoczańska traumy interpersonalne mogą mieć czynnik pośredni lub bezpośredni interpersonalny. Autorka poddaje analizie grupę zdarzeń interpersonalnych z uwzględnieniem takich komponentów jak: (a) typ osoby, która zaangażowana jest w działania o charakterze traumatycznym: zupełnie obca, obca znana, bliska; (b) czas trwania: jednorazowe, trwające krótki i określony czas, chroniczne, trwające długo, często przez całe życie osoby; (c) strukturę: prosta, złożona; (d) przyczyny: przypadkowe i nieintencjonalne, świadoma brawura bez bezpośredniej intencji skrzywdzenia, celowe i intencjonalne – świadomie wyrządzana krzywda drugiej osobie. To opracowanie traum interpersonalnych zdaje się być najbardziej szczegółowe i odpowiada na potrzeby analizowanych zdarzeń w niniejszej pracy (Widera-Wysoczańska i Kuczyńska, 2011).

Rysunek 1

Podział zdarzeń traumatycznych na podtypy pozwalające zakwalifikować poszczególne zdarzenia do obecnie obowiązującej typologii traum

TYPOLOGIA TRAUM

TRAUMA TYPU I

Prosta

Zdarzenia pojedyncze o ograniczonym czasie trwania

Zdarzenia masowe – wiele ofiar przy pojedynczym zdarzeniu (działania wojenne)

TRAUMA TYPU II

Intencjonalna/ nieintencjonalna

Interpersonalna/ przypadkowa

Trauma złożona

powtarzające się, wielokrotne zdarzenia lub serie zdarzeń

TRAUMA TYPU III

Interpersonalna/ intencjonalna

Trauma doświadczana w sposób pośredni (policja, straż pożarna, psychotraumatolodzy, interwenci kryzysowi)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Interpersonalna trauma: mechanizmy i konsekwencje*, A. Widera-Wysoczańska, A. Kuczyńska, 2011, Difin.

Taki podział zdarzeń umożliwia wskazanie konkretnych cech traumatycznego doświadczenia, które uwzględniają elementy związane z doświadczoną traumą zdrady

wymienianą w poprzednim podrozdziale. Daje to możliwość lepszego zrozumienia możliwych następstw po zdarzeniu. Badania wskazują, że osoby, które doświadczyły traum interpersonalnych prostych, gdzie intencje skrzywdzenia były świadome, a działania celowe (w tym przemocy seksualnej), doświadczają więcej objawów związanych z silnymi przeżyciami emocjonalnymi po zdarzeniu takimi jak złość czy wstyd, oraz deklarowały wyższe poczucie winy po zdarzeniu niż grupy badanych doświadczających innych rodzajów zdarzeń traumatycznych (Amstadter & Vernon, 2008).

Wśród traum określanych jako jednorazowe czy też mające miejsce w określonym czasie, a uwzględniających intencjonalny charakter zdarzenia można wymienić: (a) jednorazowy akt agresji doświadczonej bezpośrednio lub pośrednio, m.in. pobicie, zabójstwo, gwałt; (b)

przemoc trwającą przez określony czas w życiu człowieka: porwania, wojny, tortury.

Powyższe rodzaje zdarzeń mogą stać się udziałem dwóch osób, które są dla siebie zupełnie obce, mogą też być obce, ale ważne i/lub znane (jak np. koledzy ze szkoły, pracy, znajomi bliżsi i dalsi, partnerzy/partnerki, sąsiedzi itd.).

Jak wskazują niektóre badania, typ doświadczonego zdarzenia traumatycznego może determinować rodzaj konsekwencji w postaci częstotliwości przeżywanych emocji, doświadczanych objawów klinicznych zgodnych z diagnostyką PTSD lub zaburzeń współistniejących, takich jak depresja i uzależnienia (Wanklyn i in., 2016).

Typ doświadczonej traumy może, choć nie musi, determinować poziom otrzymanego uznania społecznego czy też specyficznych reakcji społecznych, prezentowanych w obliczu doświadczeń. Osoby, które doświadczają zdarzeń nieintencjonalnych, epizodycznych, katastrofalnych częściej spotykają się z uznaniem dla ich trudnego doświadczenia,

zrozumieniem i chęcią rozmowy i wysłuchania danej osoby poszkodowanej. Osoby, które doświadczyły przemocy interpersonalnej częściej narażone są na negatywne interakcje z różnymi grupami społecznymi, którym zgłaszane jest zdarzenie (Ahrens i in., 2009; Ahrens i in., 2007; Ullman i Filipas, 2001; Ullman i in., 2006). Możliwe, że jest to związane z obszarem, na który zwróciła uwagę Judith Herman – w momencie zetknięcia z informacją o traumie

związanej z działaniem drugiego człowieka postronny obserwator musi się postawić po jednej z określonych stron – po stronie ofiary lub sprawcy. Osoby, które doświadczyły traum interpersonalnych, szczególnie związanych z przemocą lub przemocą seksualną, znacznie

częściej spotykają się z reakcjami unieważniającymi ich doświadczenie, brakiem uznania dla ich doświadczenia oraz koniecznością odpowiadania na pytania, które dodatkowo wzmacniają poczucie winy i wstyd związany z doświadczeniem (Ahrens i in., 2009).

2. Zjawisko przemocy seksualnej, jej konsekwencje i czynniki mające związek z przebiegiem adaptacji po zdarzeniu

Jak wspomniano w poprzednim rozdziale, przemoc seksualna została wpisana do kryteriów diagnostycznych DSM-5 jako zdarzenie traumatyczne, które może doprowadzić do wystąpienia zaburzeń po stresie traumatycznym, dopiero w 2013 roku (APA, 2013). WHO ujęła to zdarzenie jako wyszczególnione zdarzenie traumatyczne w roku 2017 w klasyfikacji ICD 11 (WHO, 2018). Wpisanie przemocy seksualnej w spis zdarzeń, które obejmują

sytuacje zagrażające życiu bądź zdrowiu, jest rezultatem wielu lat badań i pracy psychologów, a także działań ruchów społecznych, w tym feministycznych (Burgess, Holmstrom, 1974). Konsekwencje tego zdarzenia możemy rozpatrywać w dwóch aspektach – klinicznym i społecznym. W aspekcie klinicznym przemoc seksualna określana jest jako zdarzenie traumatyczne mające konsekwencje pod postacią objawów obejmujących specyficzne

zaburzenia zdrowia psychicznego w zakresie funkcjonowanie emocjonalnego i poznawczego. Znajomość i rzetelne zbadanie objawów towarzyszących osobom po doświadczeniu przemocy seksualnej umożliwia rozpoczęcie adekwatnych oddziaływań terapeutycznych czy psychiatrycznych, mających na celu pomoc w pracy terapeutycznej z doświadczoną traumą i jej konsekwencjami.

Kliniczne aspekty związane z przemocą seksualną badane są od prawie pięciu dekad, jednak społeczny wymiar przemocy seksualnej zaczyna być przedmiotem większego zainteresowania od stosunkowo krótkiego czasu. Zarówno autorzy badań jak i terapeuci, zwracają coraz częściej uwagę na czynniki występujące po zdarzeniu, które mogą mieć znaczny wpływ na adaptację potraumatyczną ofiar (Rothschild, 2000) ze szczególnym

uwzględnieniem kontekstu społecznego (Littleton i Grills-Taquechel, 2009; Littleton i in., 2011; Littleton i Grills-Taquechel, 2011a; Mueller i in., 2008a; Ullman i Filipas, 2001). Narażenie ofiary na szereg negatywnych reakcji społecznych może być przyczyną zniekształconego postrzegania siebie w kontekście zdarzenia i w efekcie prowadzić do negatywnych przekonań lub zniekształceń poznawczych, a także dominującego poczucia

winy

(Herman, 2020; Nietlisbach i Maercker, 2009; Relyea i Ullman, 2015; Ullman i Filipas, 2001).

Rozpatrywanie przemocy seksualnej w wymiarze społecznym teoretycznie powinno przynosić korzyści w postaci zrozumienia i empatii prezentowanych w obliczu tego traumatycznego doświadczenia. Tymczasem – pomimo rzetelnych informacji płynących z badań naukowych i klinicznych na temat konsekwencji przemocy seksualnej oraz szerokiego opisu naukowego reakcji w trakcie zdarzenia – społeczne postrzeganie ofiar oraz ich doświadczenia znacząco odbiegają od naukowej narracji dotyczącej tego rodzaju przemocy (Ahrens i in., 2009; Haskell i Randall, 2019). Zarówno w literaturze przedmiotu jak i w dyskursie społecznym opisano zjawiska, które w znacznym stopniu determinują charakter bliskiego i dalszego środowiska ofiar przemocy seksualnej oraz prezentowanych wobec nich postaw. Badania pokazują, że samo zdarzenie jest niejednokrotnie bagatelizowane, częściej oceniane negatywnie niż inne doświadczenia traumatyczne (Relyea i Ullman, 2015). W społeczeństwie nadal funkcjonują liczne przekonania na temat przemocy seksualnej, które rozmijają się z danymi z badań i faktami naukowymi, w związku z czym mogą być krzywdzące dla samych ofiar. Nie mając możliwości oparcia się na silnych filarach uznania swojej krzywdy i wsparcia ze strony społeczeństwa w postaci adekwatnych reakcji prezentowanych przez bliższe i dalsze otoczenie, osoba pokrzywdzona często pozostaje sama ze swoim doświadczeniem i jego konsekwencjami (Ahrens, 2006). Najczęściej wymienianymi w

literaturze konsekwencjami przemocy seksualnej są zaburzenia stresowe pourazowe, depresja, nadużywanie substancji psychoaktywnych, obniżenie poczucia własnej wartości (Snipes i in.,

2017; Wilson i in., 2017; Wilson i Scarpa, 2017). Reakcje społeczne nie są bezpośrednią przyczyną tych zaburzeń, ale pośrednio mogą przyczynić się do utrzymania czy też pogłębienia objawów (Decou i in., 2017; Lorenz i in., 2018).

Jak wspomniano, według typologii zdarzeń traumatycznych przemoc seksualna jest zdarzeniem nagłym, nieprzewidywalnym, intencjonalnym, jednorazowym lub w niektórych przypadkach powtarzalnym (Widera-Wysoczańska, 2011; za: Widera-Wysoczańska, Kuczyńska, 2011). Intencjonalny charakter zdarzenia związany jest z potrzebą lub chęcią wyrządzenia krzywdy drugiej osobie, prezentowaną przez oprawcę. Może mieć to związek z późniejszymi czynnikami wpływającymi na adaptację po traumie, m.in. składającymi się na poznawcze przetwarzanie zdarzenia, reakcje emocjonalne osoby ocalałej oraz reakcje zaobserwowane w jej środowisku (Zdankiewicz-Ścigała, Przybylska, 2002). Mnogość instytucji i środowisk, z którymi ofiara może dzielić się swoim doświadczeniem, pociąga za sobą ryzyko napotkania różnych, niekoniecznie wspierających reakcji. Osoby po doświadczonej traumie seksualnej najczęściej spotykają się z obwinianiem i podważaniem ich wersji wydarzeń (Ullman, 1996). Taka osoba przeżywa złożone emocje, bo musi nie tylko skonsolidować wspomnienie zdarzenia zagrażającego jej integralności cielesnej i psychicznej, ale także odnaleźć się w często nieprzychylnym środowisku i nierzadko wrogo nastawionym czy obwiniającym ją o przebieg zdarzenia. Przetwarzanie takich informacji może dodatkowo obciążyć już i tak przeciążony system psychiczny. To z kolei może prowadzić do zaburzenia procesu adaptacji zarówno na poziomie poznawczym jak i emocjonalnym, do których zaliczyć należy przede wszystkim dojmujące poczucie wstydu i poczucie winy oraz niechęć do

mówienia o zdarzeniu (Borja i in., 2006; Borja i in., 2009; Frese i in., 2004; Mueller i in., 2008a; Ullman i in., 2007).

2.1. Przemoc seksualna – definicje

Przemoc seksualna w rozumieniu potocznym dotyka jednych z najbardziej intymnych sfer jednostki – jej seksualności, poczucia bezpieczeństwa, poczucia własnej wartości czy – w szerszym kontekście – poczucia sprawiedliwości. Tak jak w potocznym rozumieniu przemocy seksualnej niektóre z wymienionych obszarów nasuwają się naturalnie jako konsekwencja działań związanych z przemocą interpersonalną, tak próba zdefiniowania, czym jest przemoc seksualna, może rodzić pewne problemy. Definicje przemocy seksualnej nie są jednoznaczne, co więcej – brakuje im spójności. W literaturze przedmiotu najczęściej przytaczane są definicje jurydyczne (prawne), społeczne, feministyczne i kliniczne.

Definicje jurydyczne odnoszą się jedynie do samego działania sprawcy i okoliczności zdarzenia, które umożliwiają jego zakwalifikowanie do intencjonalnych działań prowadzących do złamania obowiązującego w danym kraju porządku prawnego. W tym wypadku definicja przemocy seksualnej zależna jest od obowiązujących przypisów prawnych. W Polsce przestępstwa przeciwko wolności seksualnej znajdują się w 25. rozdziale Kodeksu karnego (k.k.), gdzie w art. 197 skodyfikowano zgwałcenie (Rode i in., 2020). Analizując art. 197 k.k. można wyróżnić trzy główne obszary uwzględnione w zapisie – (a) czy zdarzenie miało miejsce pomimo sprzeciwu ofiary, (b) jakie były okoliczności zdarzenia oraz (c) jaki rodzaj czynności został dokonany. Pomija jednak aspekty związane ze stosunkiem zależności ofiary od sprawcy oraz konsekwencji, jakie niesie za sobą zdarzenie.

Co więcej, w rozumieniu prawnym przemoc seksualna ma miejsce wtedy, gdy ofiara wyrazi jasny sprzeciw wobec czynności, co ogranicza możliwości prowadzenia postępowań w przypadku osób, które w trakcie zdarzenia nie były w pełni świadome tego, co się dzieje. To prowadzi do utrudnienia przeprowadzenia uczciwego procesu w przypadku aktów przemocy dokonanych na osobach, które były pod wpływem alkoholu, GHP (kwas gamma hydroksymasłowy, potocznie zwany pigułką gwałtu) lub nieprzytomne. Zmiana sformułowania „wyrażony sprzeciw" na świadomą zgodę w postępowaniach sądowych nie tylko może rozszerzyć perspektywę działań prawnych, ale będzie też krokiem w kierunku większej świadomości społecznej na temat pełniejszego kontekstu przemocy seksualnej i jej charakterystyki. Stworzy także warunki do dyskusji społecznej na temat form nadużyć, które w obecnej chwili są bagatelizowane. Często też sprawy sądowe o przemoc seksualną, podczas której ofiara nie stawiała czynnego oporu, są umarzane w drodze postępowania, co może mieć związek z ilością zgłaszanych nadużyć (Tjaden i Thoennes, 2000).

Definicja kliniczna i społeczna zaproponowana przez WHO, najpełniej oddając złożoność samego aktu przemocy, obejmuje każdy akt seksualny lub próbę doprowadzenia do niego, komentarze o charakterze seksualnym, na które nie została wyrażona zgoda, działania wymierzone przeciwko seksualności drugiej osoby z użyciem przymusu. Przymus jest tu rozumiany jako użycie siły fizycznej, stosunek zależności z ofiarą, zastraszenie i groźby lub wykorzystanie niezdolności do wyrażenia świadomej zgody na czynności seksualne (Krug i in., 2002). Jest to definicja pełniejsza od definicji jurydycznych zawartych w artykule 197 k.k., nadal jednak nieuwzględniająca wieloaspektowości konsekwencji różnych form

przemocy seksualnej.

Definicje feministyczne uwzględniają aspekt związany z naruszeniem intymności ofiary oraz jej poczucia bezpieczeństwa. Obejmują także szerokie spektrum konsekwencji psychicznych, jakie niesie za sobą akt przemocy seksualnej. Nie jest to jedynie akt zagrażający życiu lub zdrowiu jednostki, ale także naruszenie obszarów funkcjonowania psychicznego jednostki w wymiarach poznawczych, emocjonalnych, funkcjonowania seksualnego i poczucia intymności (Brownmiller, 2005).

Co ważne, zgwałcenie nie jest określane przez Brownmiller czynnością seksualną, a aktem przemocy – jest to zgodne z badaniami nad sprawcami przemocy seksualnej, w których potwierdzono, że zgwałcenie w większości przypadków nie jest działaniem w celu zaspokojenia trudnego do opanowania popędu seksualnego, lecz przede wszystkim aktem agresji i przemocy interpersonalnej (Barbaree i Marshall, 1991; Barbaree i in., 1994; Lew Starowicz, 2000).

Jeśli przemoc seksualną uznamy za akt seksualny, automatycznie może on być interpretowany jako sytuacja, w którą aktywnie zaangażowane były dwie osoby. Pytania wynikające z takiego ujęcia przemocy seksualnej, kierowane bezpośrednio lub pośrednio do ofiar przemocy seksualnej, uwzględniające takie aspekty okoliczności zdarzenia jak ubiór ofiary, miejsce zdarzenia, pora zdarzenia, znajomość ze sprawcą, przenoszą uwagę ze sprawcy przemocy na osobę, która tej przemocy doświadczyła. Wspomniane pytania prowadzą do jednego z częstszych zjawisk społecznych – obwiniania ofiar (*victim blaming*), które zostanie szerzej opisane w dalszych rozdziałach (Haskell i Randall, 2019).

Pomimo obowiązujących zasad postępowania z osobą, która doświadczyła przemocy seksualnej, regulowanych m.in. Konwencją o zapobieganiu i zwalczaniu przemocy wobec

kobiet i przemocy domowej (tzw. konwencja stambulska), przyjętą w Unii Europejskiej w 2014 roku, instytucje porządku publicznego dopuszczają się rażących nadużyć i nie przestrzegają uchwalonych praw osób poszkodowanych. W konsekwencji osoba, która doświadczyła przemocy seksualnej, mierzy się z zagrożeniem wtórnej wiktymizacji oraz obwiniania za przebieg zdarzenia i często nie decyduje się na zgłoszenie zdarzenia. Uspójnienie definicji przemocy seksualnej oraz uwzględnienie w postępowaniach sądowych złożonych aspektów związanych z tą formą przemocy mogą mieć znaczenie dla późniejszego procesu adaptacji ofiar po zdarzeniu, pośrednio wpływając na postawy osób zaangażowanych w niesioną im pomoc (Ahrens i in., 2007; Campbell i Raja, 1999; Haskell i Randall, 2019; Patterson i in., 2009a).

2.2. Skala zjawiska – badania rozpowszechnienia przemocy seksualnej w populacji ogólnej

Statystyki obejmujące liczbę przestępstw seksualnych w Polsce, w przypadku których zostały wszczęte postępowania, spełniających definicję zgwałcenia zgodną z art. 197 k.k., dostępne są na internetowej stronie głównej Komendy Stołecznej Policji. Poniżej znajduje się zestawienie zdarzeń zgłoszonych oraz postępowań wszczętych.

Jak można zaobserwować, rokrocznie liczba postępowań wszczętych utrzymuje się na podobnym poziomie. Przestępstw stwierdzonych jest prawie o połowę mniej w każdym roku

w stosunku do postępowań wszczętych. Na stronie Komendy Stołecznej Policji nie widnieje informacja o ilości zgłaszanych przestępstw. Jak widnieje w tabeli, procent wykrycia przestępstw wygląda na bardzo wysoki. Nie ma jednak dostatecznych danych, aby można było określić ten procent względem wszystkich zgłoszonych zdarzeń. W skali całego kraju, ilość

postępowań wszczętych wydaje się być ilością niewielką. Z danych zamieszczonych na stronie wynika zatem, że mniej niż 0,01% osób w Polsce doświadczyło zgwałcenia w poszczególnych latach. Te dane kłócą się z danymi z innych raportów dotyczących skali przemocy seksualnej.

Tabela 2

Zgwałcenie wg jednostek podziału administracyjnego kraju – postępowania wszczęte, przestępstwa stwierdzone, przestępstwa wykryte, procent wykrycia

Jednostka podziału	**Rok**	**administracyjnego Postępowania wszczęte**	**Przestępstwa stwierdzone**	**Przestępstwa wykryte**	**wykrycia %**
Polska	2021	2257	1081	955	88,00
Polska	2020	2181	1034	894	86,30
Polska	2019	2527	1354	1163	85,50
Polska	2018	2502	1326	1127	84,40
Polska	2017	2486	1262	1050	82,70
Polska	2016	2426	1383	1116	80,50
Polska	2015	2410	1144	896	77,60
Polska	2014	2444	1249	983	78,10
Polska	2013	1885	1362	1164	84,10
Polska	2012	1786	1432	1209	83,30

Polska 2011 1784 1498 1230 80,10 **Polska** 2010 1759 1567 1305 82,30 **Polska** 2009 1816 1530 1268 82,60 **Polska** 2008 2041 1611 1315 81,10 **Polska** 2007 2027 1827 1549 84,20 **Polska** 2006 2212 2001 1665 82,70 **Polska** 2005 2137 1987 1678 84,10 **Polska** 2004 2126 2176 1818 82,70 **Polska** 2003 2084 2322 2021 85,70 **Polska** 2002 1972 2345 2032 85,30 **Polska** 2001 1947 2339 1972 83,90 **Polska** 2000 1999 2399 2075 85,90

Źródło: Dane ze strony internetowej Komendy Stołecznej Policji.

Badania przeprowadzone w 2016 roku przez Fundację Ster, w efekcie których opublikowany został raport *Przełamać tabu*, pokazują skalę problemu przemocy seksualnej w badanej grupie – 87% respondentek wskazało styczność z przynajmniej jedną formą przemocy seksualnej, z czego 20% doświadczyło zgwałcenia. Badania obejmowały próbę 415 kobiet

(Grabowska i Grzybek, 2016).

Informacji na temat skali problemu, jakim jest przemoc seksualna, dostarczają również raporty WHO (2002) oraz raport przeprowadzony przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej (FRA, 2014). Według raportu WHO w niektórych krajach 1 na 4 kobiety doświadcza przemocy seksualnej na przestrzeni życia. Raport FRA informuje, że 33%

badanych kobiet doświadczyła jakiegoś rodzaju napaści na tle seksualnym po ukończeniu 15. roku życia, a 1 na 20 badanych kobiet doświadczyła zgwałcenia. Badania do raportu objęły

próbę 42 000 kobiet z 28 państw członkowskich Unii Europejskiej, z którymi przeprowadzono wywiady obejmujące temat doświadczonej przemocy seksualnej, fizycznej i psychicznej. Co więcej, w raporcie znajdują się informacje o ilości zgłoszonych przestępstw – jedynie 13% kobiet z badanej próby zdecydowało się zgłosić doświadczony przypadek przemocy pozadomowej, a przypadek poważnej przemocy domowej zdecydowało się zgłosić jedynie 14% kobiet z grupy badanych. Jako przyczynę niskiego odsetka zgłoszonych zdarzeń większość ofiar podawała poczucie wstydu lub zażenowania w związku z doświadczoną przemocą.

W zależności od rodzaju przemocy od 33% do 54% ofiar najpoważniejszych przypadków przemocy podawało, że najbardziej zależało im na wsparciu innych oraz rozmowie na temat zdarzenia. Dane dotyczące zgwałceń obejmują jedynie odpowiedzi uwzględniające zdarzenie z użyciem przemocy fizycznej (obezwładnienie lub zadawanie bólu w trakcie zdarzenia). Nie uwzględniono przypadków wykorzystania stosunku zależności, nakłaniania lub grożenia oraz odbytego stosunku w momencie, gdy ofiara nie mogła wyrazić zgody na czynności seksualne. Według zebranych danych 5% badanych kobiet doświadczyło zgwałcenia z użyciem siły fizycznej. Dane te, jak wspomniano wyżej, nie są kompletne w świetle zaproponowanej przez WHO definicji przemocy seksualnej, w tym zgwałceń.

Raport przeprowadzony w Stanach Zjednoczonych podaje, że doświadczona przemoc seksualna jest najrzadziej zgłaszanym przestępstwem – jedynie od 16% do 39% ofiar zgłasza

zdarzenie na policji, w zależności od charakterystyki doświadczenia (Tjaden i Thoennes,

2000).

Zarówno raport FRA jak i Departamentu Sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych określa przemoc seksualną jako najrzadziej zgłaszane przestępstwo wśród zdarzeń traumatycznych o charakterze intencjonalnym. Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, uwzględniając aspekty związane z reakcjami społecznymi na zdarzenie i rolę instytucji pomocowych w procesie zdrowienia, określa m.in. przemoc seksualną jako łamanie praw podstawowych człowieka (FRA, 2014).

2.3. Zjawiska społeczne w obliczu zdarzeń traumatycznych, w tym przemocy seksualnej – wprowadzenie

Poszukując odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki mogą przyczynić się do utrzymania zaburzenia stresowego pourazowego, przeprowadzane są badania mające na celu wyróżnienie tych najistotniejszych w procesie adaptacji po zdarzeniach traumatycznych. Jedna z opisanych metaanaliz, uwzgledniająca 2647 artykułów obejmujących tematykę stresu pourazowego, wykazała siedem czynników mających najsilniejszy związek z wystąpieniem zaburzenia stresowego pourazowego w następstwie doświadczonej traumy. Wśród najistotniejszych wymienione zostały m.in. wsparcie społeczne, reakcja ofiary w trakcie zdarzenia, reprezentacje poznawcze siebie i świata przed i po zdarzeniu (Ozer i in., 2003). Wymienione wsparcie społeczne wśród najsilniejszych predyktorów wystąpienia zaburzeń stresowych pourazowych otwiera dyskusję na temat roli zaangażowania społecznego w procesie zdrowienia po doświadczonej traumie.

Wśród zjawisk społecznych, które wymieniane są jako czynniki ryzyka i/lub czynniki chroniące jednostkę w procesie adaptacji po zdarzeniu traumatycznym, znajdują się zarówno zjawiska związane z bliskim otoczeniem ofiary, jak również zjawiska występujące w dalszych strukturach społecznych, z jakimi może mieć kontakt osoba, która doświadczyła przemocy seksualnej (Ahrens i in.; 2007; Campbell i in., 2001a; Campbell i Johnson, 1997).

Przegląd literatury przedmiotu pozwala wyróżnić charakterystyczne postawy społeczne, które wymieniane są jako czynniki ryzyka, mające związek z utrzymaniem zaburzeń stresowych pourazowych. Wśród nich wymieniane są wykluczenie społeczne, brak wsparcia społecznego, uznanie społeczne osoby jako ofiary lub ocalałego (Maercker i Horn, 2013; Mueller i in., 2008b). Ponadto możemy wyróżnić zjawiska społeczne charakterystyczne dla doświadczonej przemocy seksualnej. Czynniki wyłaniające się jako kluczowe obejmują obszar społecznych reakcji, takich jak obwinianie ofiary za zdarzenie (Littleton i in., 2009), akceptacja i powielanie mitów związanych z charakterystyką zdarzenia (Crall, 2016), negatywne reakcje społeczne na ujawnienie zdarzenia (Relyea i Ullman, 2015), otrzymane wsparcie społeczne lub jego brak (Ullman i in., 2017).

Osoby, które zdecydowały się opowiedzieć swoją historię, spotykały się z negatywnymi reakcjami ze strony bliskich oraz profesjonalistów, co może prowadzić do niechęci do mówienia o swoim doświadczeniu. Z kolei brak możliwości opowiedzenia o doświadczonej przemocy seksualnej lub napotkanie negatywnych reakcji w momencie opowiadania swojej historii może prowadzić do częstszego wycofywania się społecznego osób, które doświadczyły przemocy seksualnej oraz pogłębienia objawów zaburzeń towarzyszących im po zdarzeniu (Ahrens, 2006).

W ujęciu teoretycznym, obejmującym konstrukt uznania społecznego założono, że nawet jeśli w jednym obszarze jednostka otrzyma niezbędne elementy wsparcia doraźnego, w innym wymiarze może spotkać się z deficytem uznania społecznego czy wręcz z obwinianiem za przebieg zdarzenia lub podważaniem wersji wydarzeń podanej przez osobę poszkodowaną

(Maercker i Horn, 2013). Takie ujęcie specyfiki relacji społecznych, mających znaczenie dla procesu zdrowienia, umożliwia przyjrzenie się poszczególnym elementom składowym zjawiska, jakim jest społeczny wymiar adaptacji potraumatycznej.

Badania przeprowadzane w Stanach Zjednoczonych oraz w Polsce wskazują na wysoki poziom akceptacji mitów na temat zgwałceń wśród osób pracujących w organizacjach pożytku publicznego – policjantów, ratowników medycznych, pielęgniarek, lekarzy, sędziów, biegłych sądowych (Lewandowska-Abucewicz i in., 2016; Parrat i Pina, 2017; Zadumińska, 2006). Pomimo otrzymywanego wsparcia w postaci informacji o swoich prawach, otrzymanych wskazówek lekarza czy też przeprowadzonych procedur medycznych w celu wykluczenia np. niechcianej ciąży czy chorób przenoszonych drogą płciową, ofiara często spotyka się równocześnie z ostracyzmem, nieufnością, sceptycyzmem i obwinianiem (Campbell i in., 2001a; Patterson i in., 2009c).

Główne elementy środowiskowego i społecznego wymiaru adaptacji potraumatycznej wymienione w niniejszym wstępie zostaną szerzej omówione w kolejnych podrozdziałach. Charakterystyka wspomnianych zjawisk pozwoli usystematyzować wiedzę płynącą z badań. Umożliwi także przyjrzenie się definicji poszczególnych zjawisk – problematyka definicyjna

zjawiska, jakim jest wsparcie społeczne i próby usystematyzowania jego odmian, podnoszona jest za każdym razem, gdy podejmowana jest próba zrozumienia, w jaki sposób wsparcie

społeczne czy też szerzej – zjawiska społeczne – mogą wiązać się z adaptacją po zdarzeniu traumatycznym. Stawiane są pytania uwzględniające systematyzację, klasyfikację i próbę konceptualizacji społecznego wymiaru procesu zdrowienia jednostki i związanych z nim czynników (Charuvastra i Cloitre, 2008; Hupcey, 1998).

2.3.1. Zjawiska społeczne w obliczu przemocy seksualnej – charakterystyka

Badania związane z rolą wsparcia społecznego jako jednego z czynników wspierających adaptację po zdarzeniu traumatycznym napotykają szereg trudności, coraz częściej opisywanych w literaturze. Problem obejmujący próby mierzenia komponentu, jakim jest wsparcie społeczne w badaniach nad stresem traumatycznym, związany jest według literatury z:

a) terminologią i klasyfikacją zjawisk związanych z reakcjami społecznymi

b) definicją zjawiska, jakim jest wsparcie społeczne

c) trudnościami w kategoryzacji pojęć różnicujących pomiędzy „wsparciem społecznym” a „reakcjami społecznymi”

d) narzędziami służącymi do mierzenia subiektywnej oceny otrzymanego wsparcia społecznego

e) narzędziami do mierzenia subiektywnie spostrzeganych reakcji społecznych.

W obliczu przeplatających się ze sobą często wymiennie stosowanych terminów

„wsparcie społeczne”, „negatywne wsparcie społeczne”, „reakcje społeczne” wydaje się niezbędne opisanie i próba klasyfikacji poszczególnych terminów i zjawisk związanych ze społecznym aspektem zdarzeń traumatycznych oraz ich funkcji w procesie adaptacji.

2.3.1.1. Wsparcie społeczne – próba redefinicji zjawiska w szerszym ujęciu społecznym

Wsparcie społeczne, wymieniane najczęściej w obliczu zdarzeń traumatycznych jako czynnik związany ze społecznym wymiarem adaptacji po zdarzeniu traumatycznym, w ujęciu funkcjonalnym definiowane jest jako rodzaj interakcji społecznej podejmowanej w sytuacji stresującej lub krytycznej dla jednostki (Charuvastra i Cloitre, 2008). Angażuje zarówno uczestnika sytuacji krytycznej jak i osoby postronne, gdzie interakcja obejmuje wymierne, mierzalne działania mające na celu pomoc osobie, która bezpośrednio doświadcza krytycznego, stresującego zdarzenia w życiu (Cieślak i Sęk, 2004). Najczęściej wymienianymi rodzajami wsparcia w ujęciu funkcjonalnym są: wsparcie emocjonalne, instrumentalne, informacyjne, rzeczowe (Cieślak i Sęk, 2004).

W badaniach nad strukturalnym ujęciem wsparcia społecznego mierzono m.in. takie parametry jak gęstość sieci wsparcia, jej wielkość, spójność i dostępność. Najistotniejsza była dostępność sieci wsparcia (Cieślak i Sęk, 2004). Dostępność sieci uwzględnia nie tylko bliskość czy też liczbę kontaktów danej jednostki, ale również dostępność dobrze funkcjonujących ośrodków pogotowia i pierwszego kontaktu w sytuacjach nagłych, telefonów zaufania, grup pomocy społecznej (w tym fundacji i stowarzyszeń) czy też całodobowych instytucji specjalizujących się w obszarach, których może dotyczyć kryzys (Cieślak i Sęk,

2004; Campbell, 2009).

Z kolei uznanie społeczne definiowane jest jako okazane zrozumienie dla wyjątkowej sytuacji osoby poszkodowanej, okazanie szacunku dla jej potrzeb związanych z poniesioną traumą, nieobwinianie jej za przebieg zdarzenia oraz jego konsekwencje, a także wiara w jej

wersję wydarzeń (Maercker i Müller, 2004). Tak jak o wsparciu społecznym mówi się w kontekście życiowych sytuacji stresowych oraz zdarzeń traumatycznych, tak na temat uznania społecznego w obecnej chwili toczy się dyskusja jedynie w kontekście zdarzeń ekstremalnych, traumatycznych. Przyglądając się obu zjawiskom, istotne wydaje się podkreślenie, że aby jednostka uzyskała wsparcie społeczne w jednym z wymienionych wymiarów wsparcia funkcjonalnego, najpierw musi wystąpić uznanie społeczne dla jej trudnej i krytycznej sytuacji. Tyczy się to także dostępności wsparcia. Jednak jak pokazują badania, często osoby, które doświadczyły traumy społecznie nieakceptowalnej, jak choćby przemocy seksualnej ze strony osoby bliskiej lub znanej, nie uzyskują uznania dla swojej trudnej i traumatycznej sytuacji, nawet jeśli otrzymają wsparcie instrumentalne czy rzeczowe (Ahrens, 2006).

Sarah Ullman prowadzi szeroko zakrojone badania dotyczące rodzaju reakcji społecznych spostrzeganych przez osoby pokrzywdzone i ich związku z adaptacją potraumatyczną. Wnioski dotyczące konsekwencji doświadczanych reakcji społecznych zostaną omówione w późniejszych podrozdziałach, natomiast w tym miejscu omówione zostaną rodzaje reakcji społecznych wyszczególnione przez autorkę. Badania skupiły się wokół reakcji społecznych klasyfikowanych jako pozytywne (ogólnie określane jako te, które

są korzystne dla osoby odbierającej komunikaty) oraz negatywne (reakcje, które są krzywdzące, obwiniające). Reakcje negatywne można podzielić na wyszczególnione grupy: obwinianie, stygmatyzowanie, kontrolowanie, rozpraszanie, reakcje egocentryczne (np. bardzo silna złość osoby dowiadującej się o zdarzeniu i usilne namawianie osoby pokrzywdzonej na działanie w celu ukarania sprawcy, pomimo braku gotowości do takich działań po stronie ofiary). Są to reakcje wyszczególnione specyficznie dla zdarzeń związanych

z przemocą seksualną – molestowania seksualnego, zgwałceń czy innych czynności seksualnych (Relyea i Ullman, 2015).

Podejmując się analizy definicyjnej zjawisk społecznych nasuwa się pytanie, czy reakcje społeczne określane jako negatywne lub pozytywne można wymiennie określać jako wsparcie społeczne.

Wydaje się, że umieszczając poszczególne zjawiska na osi czasowej, zakładając pewien porządek chronologiczny, można założyć, że najwcześniej pojawiają się i są rejestrowane przez osobę poszkodowaną reakcje społeczne (pierwsze reakcje na opowieść o doświadczeniu, reakcje osób pracujących w instytucjach pomocowych, reakcje osób bliskich). Są to nierzadko reakcje spontaniczne, cechujące się znacznym poziomem emocjonalności. Następnie na osi możemy umieścić uznanie społeczne. Uznanie społeczne nie obejmuje strukturalnych i funkcjonalnych wymiarów wsparcia społecznego. Jest zjawiskiem uwzględniającym specyficzne, określone wymiary, o których będzie jeszcze mowa w dalszej części pracy (Mueller i in., 2008a).

Analiza zjawisk społecznych wskazuje, że reakcje społeczne mogą stanowić zjawisko prymarne do uznania społecznego i dopiero uznanie społeczne może determinować występowanie wsparcia społecznego oraz jego wymiar. Jako kolejne dopiero występuje wsparcie społeczne, sklasyfikowane w ujęciu funkcjonalnym. Takie podejście do zjawisk społecznych i ich systematyzacja może przyczynić się do lepszego rozumienia potrzeb osób, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych intencjonalnych, w tym przemocy seksualnej, w ujęciu społecznym. Co więcej, sekwencyjne występowanie poszczególnych zjawisk społecznych i próba ich usystematyzowania może okazać się pomocna w przypadku szkoleń

planowanych dla profesjonalistów. Przykładem może być reakcja opisana przez Ullman i określana jako egocentryczna, czyli nadmiarowa złość na sprawcę w obliczu opowieści ofiary oraz chęć zgłoszenia zdarzenia niezależnie od gotowości osoby poszkodowanej – w przypadku osób, które doświadczyły przemocy seksualnej poszukiwanie sprawiedliwości i zgłoszenie zdarzenia na policję wydaje się reakcją naturalną i ochronną. Gdyby taki rodzaj działań zakwalifikować do podkategorii wsparcia, można uznać, że jest to okazane wsparcie informacyjne i funkcjonalne. Jednak w pierwszej kolejności należy zadbać o stan osoby poszkodowanej, o jej komfort i przede wszystkim – zapewnić takiej osobie poczucie bezpieczeństwa. Nawet jeśli zasadnym jest jak najszybsze zgłoszenie zdarzenia na policji, najpierw należałoby empatycznie wysłuchać historii osoby poszkodowanej, następnie zapytać o to, czy jest gotowa do zgłoszenia i czego by potrzebowała, aby czuć się w tej sytuacji bezpiecznie i komfortowo. Podany przykład jest zgodny chociażby z wytycznymi znajdującymi się przy zestawach *rape kit* (Campbell i in., 2012; Greeson i Campbell, 2013; Patterson i in., 2009a).

Należy pamiętać, że osoby prywatne, bliskie osobie poszkodowanej, nie muszą wiedzieć, jak się zachować. Świadomość wagi, jaką mają pierwsze reakcje w obliczu historii o zdarzeniu, może jednak przyczynić się do szerszego komunikowania reakcji poprawnych czy też sprzyjających poprawnej adaptacji po zdarzeniu. Badania przeprowadzone w celu zweryfikowania efektywności kampanii prowadzonych w celu niwelowania stygmatyzacji względem zaburzeń zdrowia psychicznego, takich jak np. depresja, wskazują na zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej danego zjawiska i dzięki temu zmniejszenie zjawiska stygmatyzacji (Evans-Lacko i in., 2013).

Podejmując się systematyzacji zjawisk społecznych, można założyć, że aby wystąpiło wsparcie społeczne, powinno pojawić się uznanie dla trudnej sytuacji ofiary (Maercker i Horn, 2013). Żeby osoba mogła zaobserwować uznanie ze strony osób, którym opowiada o swoim doświadczeniu, powinny pojawić się pozytywne reakcje społeczne (empatyczne wysłuchanie, oddanie sprawczości, korzystne reakcje dla osób odbierających komunikat), które niejako pełnią funkcję wskaźników obserwowanych zjawisk uznania społecznego oraz wsparcia funkcjonalnego. Taka operacjonalizacja zjawisk społecznych może pomóc w usystematyzowaniu wiedzy, a co za tym idzie, definicji obejmujących szeroką gamę zjawisk społecznych. Trudność w klasyfikacji i definicji wsparcia społecznego może wynikać właśnie z braku rozróżnienia tych zjawisk społecznych.

Co więcej, wiele rekcji społecznych w obliczu poszczególnych zdarzeń traumatycznych, szczególnie narażonych na negatywną reakcję opinii publicznej, koresponduje z mitami dotyczącymi danego zdarzenia. W przypadku przemocy seksualnej

takich mitów i postaw zdeterminowanych społecznie wobec osób poszkodowanych jest najwięcej (Łyś, 2015). Mity dotyczące zgwałceń wyznaczają pewne ramy zachowań czy też oczekiwań prezentowanych w obliczu opowieści o zdarzeniu. Mogą uwzględniać elementy związane z oczekiwaną reakcją ofiary w trakcie zdarzenia, oczekiwanymi bądź niepożądanymi warunkami zdarzenia – pora zdarzenia, ubiór osoby poszkodowanej, wcześniejsza rola sprawcy w życiu ofiary, obecność alkoholu lub innych środków odurzających, brak aktywnego sprzeciwu wobec niechcianych czynności seksualnych (Grubb i Turner, 20212).

Przedstawiona wstępna analiza klasyfikacji zjawisk społecznych pozwala zobaczyć, jak ważna może okazać się pierwsza reakcja na opowieść o zdarzeniu. Możliwość analizy

odbieranych reakcji oraz podkreślenia ich wagi dla adaptacji potraumatycznej pozwoli m.in. na działania w zakresie szkoleń dla profesjonalistów, gdzie uwzględnione powinny być adaptacyjne reakcje na opowieść o zdarzeniu oraz sekwencje kolejnych kroków, które optymalizowałyby działania mające na celu zapewnienie warunków na adaptację po zdarzeniu traumatycznym osób, które zdecydują się szukać pomocy. Co więcej, badania nad zjawiskami społecznymi poprzez determinowanie kolejnych kroków w celu uświadamiania poszczególnych grup społecznych na temat poprawnych reakcji mogą przyczynić się do częstszego zgłaszania zdarzenia.

Poniżej znajduje się tabela z zestawieniem najważniejszych badań dotyczących zjawisk społecznych w obliczu różnych zdarzeń życiowych.

Tabela 3

Rodzaje zjawisk i interakcji społecznych w świetle różnych zdarzeń życiowych

Rok wydania	Autorzy	Zjawisko społeczne wyróżnione w badaniach	Definicja	Zdarzenia, w kontekście których opisywane jest dane zjawisko społeczne	Ujęcie
1977	Kaplan, Cassel, Gore	wsparcie jako dostępność relacji	podstawowa podstawowe potrzeby jednostki związane z relacjami interpersonalnymi, zazwyczaj dotyczy osób znaczących	rodzaj interakcji społecznej zaspokajającej potrzeba bycia z innymi, szczególnie w obliczu zagrożenia (nieokreślony rodzaj zdarzenia);	zdarzenia należące do rodzaju kryzysów normatywnych, stresu codziennego
1959	Schachter	procesy afiliacji – potrzeba bycia z innymi relacja z innymi występuje z uwzględnieniem dwóch	warunków: (a) brak dewaluacji Ja; (b) unikanie podwyższenia pobudzenia nieokreślone zagrożenie	trudniejszych zadań w obecności innych	Ujęcia klasyczne
1954	Festinger teoria porównań społecznych	informacje o sobie oraz o swoim rozwoju odnoszone są do innych – proces zachodzi poprzez porównywanie z innymi		nieokreślone, ogólne zdarzenia życiowe	
1965	Zajonc facylitacja/efekt hamowania	wzajemne oddziaływanie na siebie osób w interakcji społecznej; poprawa wykonywania działań w obecności innych; hamowanie wykonywania		nieokreślone, zdarzenia związane z realizacją zadań w interakcji społecznej	

Rok wydania	Autorzy	Zjawisko społeczne wyróżnione w badaniach	Definicja	Zdarzenia, w kontekście których opisywane jest dane zjawisko społeczne	Ujęcie
2002	Wojciszke zachowania pomocne	motywy stojące za pomaganiem, wzajemność, altruizm, funkcje zachowań pomocnych		jednostki w zdarzenia życiowe, normatywne kryzysy życiowe, stres codzienny	
1980, 1981	Sarason, Caplan wsparcie społeczne sytuacjach trudnych, oferowana przez osoby znaczące i grupy społeczne ważne dla danej jednostki	ogólne ujęcie zaspokajania potrzeb nieokreślone	oceniane jako ważne i dostępne dla jednostki, wyróżniające się tym, że poprzez fakt istnienia: więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią ważną rolę pomocową wśród osób, które znalazły się w trudnej sytuacji; mają określoną funkcję pomocną dla członków danej sieci społecznej	warunki: wielkość, gęstość, spójność i dostępność sieci. Istotne są także:	
1974	Caplan				
1980	Mitchel, Tricket				
1987	Solomon, wsparcie społeczne istniejące sieci społeczne, obiektywnie zdarzenia trudne, w ujęciu strukturalnym	homogeniczność i heterogeniczność sieci	Aby pełnić określoną funkcję, ważne są cztery (podobieństwo doświadczeń innych	Zdarzenia trudne, krytyczne, utrata bliskich, osób zaangażowanych w sieć wsparcia, dzięki	
	Smith, Robins				

czemu można zaobserwować zjawisko oparcia katastrofy, stres zawodowy

symetrycznego), poziom prospołeczności – doświadczenia, obecność ważnych figur

altruizm, zasoby wsparcia społecznego, Ujęcia współczesne

1983 Heller, Swindle różnorodność sieci w zależności od

społecznych w sieci (szef, zdarzenia/źródła stresu –

duchowny), dobrane źródło wsparcia, naturalność

2004, 2001, 1998 odpowiednie sieci wsparcia w sieci. określona interakcja

Sęk, poszczególnych okresach, podejmowana przez osobę

Cieślak zależność rodzaj

2004 Sęk, Cieślak wsparcie społeczne w ujęciu najważniejsze cele interakcji (obiektywnie i subiektywnie).

funkcjonalnym to: zmniejszenie stresu,

lub wzajemnie podejmowana opanowanie i rozwiązanie

przez dwie osoby, najczęściej sytuacji kryzysowej,

w sytuacji problemowej, tworzenie atmosfery

1987 House krytycznej lub stresowej przynależności i

W interakcji tej dochodzi do: bezpieczeństwa.

wymiany emocji, informacji, Rodzaje wsparcia w ujęciu Zdarzenia krytyczne, trudne,

dóbr materialnych lub funkcjonalnym: emocjonalne, kryzysy

narzędzi niezbędnych do informacyjne, instrumentalne, normatywne, kryzysy

1996 Kaniasty, Norris działania; dynamicznej rzeczowe (materialne), sytuacyjne

wymiany relacji duchowe

dawca–biorca, osoba Można też wyróżnić wsparcie

wspierająca–otrzymująca spostrzegane (subiektywnie)

1987 Payne, Jones wsparcie, oraz wsparcie otrzymane

Rok

wydania Autorzy

Zjawisko społeczne wyróżnione w badaniach

Definicja

dla jednostki, nienależące do rodziny (szef, duchowny, ważne grupy społeczne, do których należy jednostka) oraz rozpoznawane w

Zdarzenia, w kontekście których opisywane jest dane zjawisko społeczne

Ujęcie

socjokulturowym – przekazy medialne na temat rodzaju zdarzenia, opinie społeczne

Uznanie społeczne definiowane jest jako zrozumienie i uznanie wyjątkowego stanu, w jakim znajduje się osoba, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego oraz okazanie jej tego zrozumienia i uznania.

wojennych)

Ujęcia innych zjawisk

2004, 2012 Maercker, Muller, Horn

uznanie prezentowane przez osoby bliskie (rodzinę, przyjaciół), osoby ważne społecznych

Zdarzenia traumatyczne, przemoc interpersonalna, uznanie społeczne osoby jako ofiary lub ocalałego dalszym społecznym kontekście, przemoc instytucjonalna (badania prowadzone m.in. z udziałem więźniów politycznych, weteranów

negatywne reakcje

specyficzne reakcje społeczne prezentowane w obliczu opowieści o zdarzeniu.

Wyróżniono reakcje mające

największy związek z utrzymaniem zaburzeń związanych z czynnikiem stresowym: odwrócenie się od poszkodowanej/poszkodowanego w chwili

2015 Ullman,

Przemoc seksualna (gwałt doświadczony w dorosłości, molestowanie seksualne w dzieciństwie, molestowanie seksualne w pracy),	ofiary innych Relyea społeczne uzyskania informacji o zdarzeniu,	odwracanie uwagi opowiadającego od jego doświadczenia, obwinianie, kontrolowanie, reakcje egocentryczne, traktowanie w inny sposób niż dotychczas.	zdarzeń noszących cechy przemocy interpersonalnej (badania własne), wypadki samochodowe, nagła utrata bliskiej osoby (badania własne)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, H. Sęk, R. Cieślak (red.), 2005, Wydawnictwo Naukowe PWN; literatura przedmiotu.

2.3.1.2. Akceptacja mitów na temat przemocy seksualnej

Jak wspomniano, jednym z czynników istotnie związanych z postawami społecznymi prezentowanymi w obliczu przemocy seksualnej jest zjawisko akceptacji mitów na temat zgwałceń *(rape myth acceptance*). Zjawisko to uwzględnia wiarę w fałszywe przekonania na temat przemocy seksualnej i traktowanie tych przekonań jako faktów obejmujących charakterystykę zdarzenia i osób uczestniczących w zdarzeniu (Burt i Albin, 1981; Lonsway i Fitzgerald, 1994).

Funkcjonowanie mitów na temat zgwałceń w dyskursie społecznym determinuje postawy społeczne wobec ofiar i sprawców oraz może mieć związek z brakiem zrozumienia dla trudnej sytuacji ofiary, a co za tym idzie, może prowadzić do minimalizowania konsekwencji psychicznych w efekcie obwiniania ofiary za wystąpienie i przebieg zdarzenia (Frese i in., 2004).

Występuje też brak zrozumienia dla specyficznych reakcji w trakcie samego zdarzenia, jak i tuż po nim. Mity na temat zgwałceń stoją w opozycji do wiedzy na temat reakcji prezentowanych przez osoby, których życie lub zdrowie są zagrożone. Jednym z

częściej pojawiających się mitów jest przekonanie, że osoba, która doświadcza przemocy seksualnej, powinna krzyczeć i walczyć z oprawcą, tymczasem podczas zdarzenia traumatycznego, jakim jest zgwałcenie, najczęściej pojawia się reakcja „zastygnięcia" lub inaczej „zamrożenia" (*tonic immobility*) (Marx i in., 2008; Mölleri in., 2014).

Z powyższym mitem związane jest określenie *real rape*, funkcjonujące m.in. wśród policjantów i prokuratorów. Określenie to uwzględnia specyficzne kryteria zdarzenia, które według policjantów muszą być spełnione, aby przestępstwo mogło być procedowane dalej. Badania przeprowadzone przez Spohn i Tellis (2012) w Los Angeles dostarczyło nie tylko danych dotyczących częstości występowania tego zjawiska, ale także umożliwiło wyróżnienie charakterystycznych cech, jakie ujęte są w licznych opisach zdarzeń, odpowiadających zjawisku real rape. Obejmuje ona wymienione wcześniej stawianie silnego oporu w trakcie zdarzenia, nieznajomość ze sprawcą, zdarzenie nacechowane znaczną przemocą fizyczną lub grożeniem bronią ze strony sprawcy, a także przypadkowość miejsca zdarzenia. Spohn i Tellis

wykazały znaczący wpływ powyższego zjawiska na przeprowadzane procedury policyjne oraz dalsze procedowanie spraw o zgwałcenie (Spohn i Tellis, 2012).

Jak już wspomniano, mity na temat zgwałceń często stoją w opozycji do faktów dotyczących charakterystyki zdarzenia, ofiary oraz sprawcy. Dane pokazują, że 80% ofiar znało sprawcę – była to osoba im bliska (były partner, kolega, znajomy) (Daher, 2003; Krug i in., 2002).

W przypadku mitu obejmującego miejsce zdarzenia dane z badań również

potwierdzają nieadekwatność założenia, że przemoc seksualna ma miejsce w przypadkowych lokalizacjach – większość przestępstw dokonanych jest w miejscu znanym zarówno ofierze jak i sprawcy, najczęściej w mieszkaniu jednej z tych osób (Krug i in., 2002).

Mity na temat przemocy seksualnej są nie tylko krzywdzącym stereotypem, powtarzanym przez społeczeństwo, ale mają realny wpływ na funkcjonowanie osób pokrzywdzonych. Przede wszystkim poprzez przenoszenie ciężaru odpowiedzialności za wystąpienie i przebieg zdarzenia mogą pogłębiać poczucie winy u ofiary, a co za tym idzie – pośrednio przyczyniać się do pogłębienia objawów zaburzenia stresowego pourazowego. Przedstawione mity tworzą rzeczywistość społeczną, w jakiej musi funkcjonować osoba, która doświadczyła przemocy seksualnej. Powielane są zarówno w bliskim otoczeniu ofiar, jak również w ośrodkach pożytku publicznego oraz w społecznej narracji na temat przemocy seksualnej. Nasilenie akceptacji mitów na temat przemocy seksualnej prowadzi do kolejnego zjawiska, jakim jest obwinianie ofiary o przebieg zdarzenia.

W poniższej tabeli zaprezentowano zestawienie najczęściej powtarzanych mitów na temat przemocy seksualnej z faktami płynącymi z badań naukowych.

Tabela 4

Zestawienie mitów na temat przemocy seksualnej najczęściej wymienianych w literaturze przedmiotu z danymi naukowymi

MITY FAKTY

	przemocy.
Sprawcą gwałtu jest najczęściej ktoś obcy, nieznany ofierze.	Jak podaje WHO, ok. 80% zdarzeń to sytuacje, w które zaangażowane są osoby, które się w jakimś stopniu znały (WHO, 2002).
Skoro osoba nie broniła się w trakcie zdarzenia, nie krzyczała, nie walczyła, to jak można stwierdzić, że tego nie chciała?	Reakcja na zagrożenie życia lub zdrowia obejmuje trzy możliwe scenariusze: walcz, uciekaj, zamróź się. Najczęstszą reakcją w trakcie przemocy seksualnej jest reakcja zamrożenia/zastygnięcia w trakcie zdarzenia (tonic immobility) (Bovin i in., 2008; Galliano i in., 1993; Marx i in., 2008).
Przemoc seksualna ma podłoże popędowe, podnietowe.	Jak wskazują badania, u podłoża większości przypadków przemocy seksualnej leży agresja i potrzeba zdominowania ofiary (Lew-Starowicz, 2000).
Przestępstwo dotyka tylko osób młodych, atrakcyjnych, wyzywająco ubranych.	Osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej, mogą być w różnym wieku, nie ma też potwierdzonych zależności pomiędzy poziomem atrakcyjności ofiary a prawdopodobieństwem popełnienia czynu zabronionego.
Osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej, są zawsze pobite, mają inne fizyczne wskaźniki doświadczonej	Większość sytuacji związanych z przemocą seksualną wiąże się też ze znieruchomieniem osoby poszkodowanej, co często ogranicza

Osoby poszkodowane składają fałszywe oskarżenia.	Większość osób poszkodowanych nie zgłasza zdarzenia. Fałszywe oskarżenia stanowią ok. 2%–10% wszystkich zgłoszonych przestępstw (Lisak i in., 2010).
uszkodzenie ciała w drodze pobicia czy innych form przemocy (Campbell, 2009).	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

2.3.1.3. Victim Blaming – obwinianie ofiary

Badania podają, że prawie dwie trzecie ofiar opowiada o swoim doświadczeniu przynajmniej jednej osobie (Ullman i Filipas, 2001). Opowieść o swoim doświadczeniu niekoniecznie oznacza, że ofiary spotykają się z reakcjami umożliwiającymi adaptację po zdarzeniu. Często są to reakcje negatywne, nacechowane obojętnością na krzywdę ofiar, sceptycyzmem wobec ich wersji zdarzenia i obarczaniem ich winą za przebieg zdarzenia (Ahrens i in., 2009; Dworkin i in., 2019).

Obwinianie ofiar może przyjąć kilka form, obejmować charakterystyczne obszary, występować z różnym nasileniem w poszczególnych środowiskach oraz wynikać z różnych podłoży społecznych postaw. Janoff-Bullmann (1979) wyróżnia dwa rodzaje obwiniania – charakterologiczne i behawioralne. Atrybucja winy ofiary przez wzgląd na jej cechy charakterologiczne oraz atrybucja obwiniania ofiary w związku z jej cechami behawioralnymi. W pierwszym przypadku mamy do czynienia ze zmiennymi stałymi, zależnymi m.in. od osobowości osoby obwinianej. W drugim przypadku mówimy o cechach zmiennych, cechach zachowań ofiary, które przyczyniły się do takiego przebiegu wydarzeń (Davies i in., 2009). Na kanwie przeprowadzonych badań wyłoniono czynniki najczęściej pojawiające się w opinii

innych, prowadząc do obwiniania ofiary. Istotny związek z obwinianiem ofiary miały strój ofiary, ilość spożywanego alkoholu, atrakcyjność ofiary, status społeczny, wykonywany

zawód (van der Bruggen i Grubb, 2014).

Obwinianie ofiar może być też związane ze zjawiskiem, jakim jest hipoteza sprawiedliwego świata (*just world theory)*. Osoby, które prezentują taką postawę, wierzą, że dostajemy w życiu to, na co zasługujemy. Może to prowadzić do postrzegania ofiar jako osób, które właśnie otrzymały to, na co zasłużyły, a co za tym idzie – nie zasługują na zrozumienie czy współczucie (Culda i in., 2018).

Najczęściej jednak zjawisko victim blaming pojawia się w przypadku, gdy ofiara zgłosi zdarzenie na policji (Campbell i in., 2001a; Campbell, 2006; Campbell i Raja, 1999). Postawy obwiniające prezentowane przez policjantów i lekarzy mogą prowadzić do wtórnej wiktymizacji ofiar, opisywanej często w literaturze jako *second rape* (Campbell i in., 2001b; Greeson i Campbell, 2016). Wtórna wiktymizacja jest zjawiskiem, które charakteryzuje się podobnymi reakcjami ofiary, jakie prezentowane były w trakcie działania bodźca zagrażającego, jednak występują one już po ustaniu bodźca. Reakcje obejmują przerażenie, splątanie myśli, brak pamięci fragmentów zdarzenia i znaczne wzbudzenie układu współczulnego. Pojawiają się najczęściej w odpowiedzi na negatywne reakcje na opowieść o zdarzeniu oraz pytania zawierające w sobie elementy obwiniania ofiar o przebieg zdarzenia lub pytania o szczegóły zdarzenia, które nie są istotne dla sprawy w danym momencie (Campbell i Raja, 1999; Campbell i Wasco, 2005a).

2.3.1.4. Reakcje społeczne – negatywne i pozytywne reakcje innych na opowieść

o zdarzeniu

Jak już wspomniano w poprzednim podrozdziale, opowiedzenie swojej historii niekoniecznie idzie w parze z otrzymaniem pozytywnych reakcji ze strony innych osób. Reakcje społeczne, charakterystyczne właśnie dla doświadczenia, jakim jest przemoc seksualna, są przedmiotem badań od niedawna. W 2019 roku powstała metaanaliza stworzona przez Emily Dworkin, Charlotte Brill oraz Sarah Ullman, dzięki której badaczki mogły sprawdzić, jakie reakcje prezentowane przez otoczenie ofiary przemocy seksualnej mogą mieć związek z późniejszymi objawami zaburzeń stresowych pourazowych i zaburzeń towarzyszących.

Przeprowadzona analiza umożliwiła wyróżnienie kilku najbardziej krzywdzących postaw, z jakimi ofiary spotykają się najczęściej. Co więcej, badania pokazują, że negatywne reakcje społeczne są silniejszym predyktorem wystąpienia zaburzeń stresowych pourazowych niż otrzymane reakcje pozytywne czynnikiem chroniącym. Nie oznacza to, że reakcje pozytywne nie chronią w ogóle, ale że reakcje negatywne mają znacznie większy wpływ na ofiary. Wśród najczęściej występujących reakcji negatywnych, które wymieniane były jako te najbardziej krzywdzące, znajdują się zbyt silna kontrola ofiary po zdarzeniu, odwracania uwagi od doświadczenia czy traktowanie ofiar w inny sposób niż dotychczas (Dworkin i in., 2019).

Badania przeprowadzone na próbie 374 kobiet wykazały, że silnie kontrolujące zachowania ze strony osób, którym ofiary opowiedziały o swoim doświadczeniu, mają związek m.in. z wystąpieniem zaburzeń stresowych pourazowych i depresji. Postawy

obwiniające z kolei związane były z niższym poczuciem własnej wartości wśród badanych (Orchowski i in., 2013).

Postępowanie w obliczu zapoznania się z tematem traumatycznego doświadczenia drugiej osoby nie zawsze przynosi zamierzony skutek – wiele osób, chcąc pomóc ofierze, może jej zaszkodzić. Badania pokazują, że okazywanie bardzo silnej złości na sprawcę w momencie dowiedzenia się o doświadczeniu bliskiej osoby może być związane z pogorszeniem samopoczucia ofiary (Kirkner i in., 2017; Relyea i Ullman, 2015, 2017). Wywieranie nacisku w celu zachęcenia ofiary do zgłoszenia zdarzenia również może przynieść odwrotny skutek. Coraz więcej badań skupia się wokół adekwatnych reakcji na zdarzenie, jakim jest przemoc seksualna. Powstają programy szkoleniowe dla pielęgniarek, policjantów, lekarzy, gdzie przedstawiane są charakterystyczne reakcje po zdarzeniu traumatycznym oraz propozycje postępowania z osobą pokrzywdzoną (Campbell i in., Greeson i Campbell, 2013). W następnym podrozdziale omówione zostaną najważniejsze założenia przytoczonych działań.

Na poniższej grafice zaprezentowano usystematyzowany opis specyficznych, negatywnych reakcji społecznych.

Rysunek 2

Negatywne reakcje społeczne

Reakcje

PRZYJĘCIE INFORMACJI BEZ OKAZANEGO WSPARCIA

Reakcje egocentryczne Odwracanie uwagi

charakteryzujące się skupieniem na własnych emocjach, brakiem przestrzeni dla osoby poszkodowanej, na jej formę przeżywania

Reakcje charakteryzujące się poszukiwaniem winy w działaniach osoby poszkodowanej i

poradzi”
Obwinianie

Traktowanie w inny sposób

Kontrolowanie

odbieranie jej sprawczości, z przyjęciem założenia, że „sama już sobie nie

ODWRÓCENIE SIĘ

Źródło: Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

2.3.1.5. Procedury postępowania z ofiarą przemocy seksualnej i zjawisko wtórnej wiktymizacji

Charakterystyka zdarzeń traumatycznych może obejmować także uszkodzenie ciała i uszczerbki na zdrowiu w różnym stopniu. Z kolei traumy intencjonalne nierzadko prowadzą do wszczęcia postępowania przeciwko osobie, która zastosowała przemoc lub w innym stopniu przyczyniła się do traumatycznego doświadczenia drugiej osoby. W przypadku traum intencjonalnych, jakimi są różne formy przemocy, w tym seksualnej, ofiara – jeśli zdecyduje się zgłosić zdarzenie do organów ścigania – przechodzi przez kilka instytucji. Ich zadaniem

jest objęcie takiej osoby fachową opieką medyczną i psychologiczną oraz zebranie dowodów do przeprowadzenia ewentualnego postępowania przeciwko sprawcy.

W przypadku osób, które doświadczyły przemocy seksualnej, ważną rolę w procesie adaptacji po zdarzeniu traumatycznym odgrywają również reakcje pracowników służb, mających za zadanie pomoc osobom zaraz po zdarzeniu lub w późniejszym procesie pracy nad doświadczeniem. Wśród szkodliwych dla ofiar postaw wymieniane są m.in. źle przeprowadzone procedury będące nieodłącznym elementem postępowania z ofiarą przemocy seksualnej. Procedury obejmują chociażby działania mające na celu zebranie dowodów w badaniu przeprowadzanym przez pracowników służb medycznych (procedura rape kit – specjalnie przygotowanego zestawu do zbierania biologicznego materiału dowodowego)

(Greeson i Campbell, 2013).

Do niepoprawnie przeprowadzonych procedur, które mogą mieć związek z późniejszym radzeniem sobie z konsekwencjami zdarzenia, należą również procedury przesłuchań na policji, badania przeprowadzone przez psychologów i biegłych sądowych oraz przesłuchania prowadzone już na drodze sądowej.

Literatura przedmiotu dostarcza nam informacji na temat dróg oraz zasad postępowania z osobą, która doświadczyła przemocy seksualnej. Zarówno w Polsce jak i na świecie obowiązują procedury, które zostały przygotowane z myślą o ochronie praw i samopoczucia psychicznego ofiar przemocy seksualnej na różnych drogach postępowania – zarówno na poziomie prawnym, jak i medycznym. Opublikowany w 2002 roku raport WHO zawiera wytyczne obejmujące procedury postępowania z osobą, która doświadczyła przemocy seksualnej (Krug i in., 2002). W Polsce regulację przeprowadzanych procedur gwarantuje

projekt opracowany w 2010 roku przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania – *Procedura postępowania policji i placówki medycznej z osobą zgwałconą*. Podstawą do stworzenia obowiązujących procedur były materiały dostarczone przez Fundację Feminoteka w ramach projektu „Stop Gwałtom" (2014).

Procedury postępowania z osobą po doświadczonej przemocy seksualnej dla policjantów obejmują m.in. przesłuchanie przeprowadzone przez osobę tej samej płci, co osoba poszkodowana, nagrywanie przesłuchania tak, by ofiara nie musiała przechodzić przez przesłuchanie kilkakrotnie, zapewnienie spokojnego i bezpiecznego miejsca przesłuchania, w

miarę możliwości oddzielnego pokoju. W przypadku zbierania materiału dowodowego w postaci zdjęć obrażeń, również procedury wymagają, aby odbywało się to w odosobnionym, przygotowanym do tego pokoju, w obecności funkcjonariusza tej samej płci, co ofiara przemocy seksualnej. W każdej placówce policji powinien też być psycholog, który udzieli wsparcia psychologicznego ofierze, gdy ta zgłosi się na komisariat (Daher, 2003; Krug i in., 2002).

Procedury obowiązujące lekarzy i pielęgniarki obejmują zapewnienie ofierze intymnego miejsca do przeprowadzenia badania ginekologicznego, pytanie o zgodę na przeprowadzenie każdej z procedur oraz tłumaczenie osobie poszkodowanej kolejnych kroków zbierania dowodów. Lekarz lub pielęgniarka ma też obowiązek zapewnić osobie poszkodowanej dostęp do leków antykoncepcyjnych oraz badań mających na celu wykluczenie chorób przenoszonych drogą płciową. Osobie, która doświadczyła przemocy seksualnej, przysługuje także możliwość rozmowy z psychologiem w placówce medycznej

oraz zestaw świeżych ubrań, jeśli ubrania ofiary muszą być zabezpieczone jako materiał dowodowy (Daher, 2003; Krug i in., 2002).

Pomimo opracowanych i przyjętych procedur badania pokazują, że wciąż są one przestrzegane w niewielkim stopniu przez osoby udzielające fachowej pomocy. Wśród przeprowadzonych badań szczególną uwagę wzbudzają badania nad związkiem przestrzegania procedur postępowania z dobrostanem fizycznym i psychicznym ofiar przemocy seksualnej. Wskazują, że nieprzestrzeganie procedur i nadużycia ze strony

personelu medycznego oraz funkcjonariuszy policji mogą wzbudzać dyskomfort, prowadzić do wtórnej wiktymizacji oraz wzmacniać poczucie winy wśród ofiar (Campbell i Wasco, 2005b; Daher, 2003; Krug i in., 2002; Rich i Seffrin, 2012). Brak standaryzowanych metod postępowania może prowadzić także do utrzymania objawów zaburzenia stresowego pourazowego (Patterson in., 2009b).

Badania przeprowadzone w Polsce wśród lekarzy i pielęgniarek wskazują, że jedynie 54,5% badanych lekarzy oraz 26,9% pielęgniarek zna procedury postępowania z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej (Lewandowska-Abucewicz i in., 2015).

Powyższe badania wskazują też na niski odsetek osób, które decydują się zgłosić swoje doświadczenie na policji lub lekarzom z obawy przed obwinianiem, wtórną wiktymizacją oraz dyskomfortem związanym z procedurami i postawami prezentowanymi przez pracowników służb medycznych lub mundurowych. Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych na grupie 214 kobiet, które poinformowały zespół o doświadczeniu zgwałcenia w dorosłości, jedynie 56 kobiet zostało poddane badaniom medycznym po zdarzeniu (Resnick i in., 2000).

Powyższe dane wskazują na szczególną rolę, jaką pełnią osoby zaangażowane w pracę z ofiarami przemocy seksualnej – zarówno na poziomie doraźnej pomocy tuż po zdarzeniu,

jak również na późniejszych etapach postępowania z ofiarą. Proces zdrowienia osób po doświadczonej traumie zachodzi nie tylko na poziomie przetworzenia samego zdarzenia, ale także uwzględnia czynniki kształtujące rzeczywistość ofiary po traumie (Rothschild, 2000).

2.4. Podsumowanie

Pomimo, że dostarczone dane opisują różne źródła i natężenie wspomnianych zjawisk społecznych, elementem łączącym opisane zjawiska jest to, jakie dane mogą dostarczać osobom, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych. Szczególnie osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej, narażone są na specyficzne informacje płynące z zewnątrz na temat ich doświadczenia oraz możliwych przyczyn traumy. Dane płynące ze środowiska mogą utwierdzać ofiarę, że jej doświadczenie nie było zależne od czynników zewnętrznych, sytuacyjnych, tylko od czynników wewnętrznych – zachowania ofiary, jej decyzji o udaniu się w określone miejsce, wyboru ubioru, decyzji o spożywaniu alkoholu. Informacje płynące z zewnątrz mogą, choć nie muszą, wzmacniać poznawcze procesy przetwarzania danych płynących ze zdarzenia i tym samym wzmacniać skutki negatywne przetwarzania poznawczo emocjonalnego, jakimi są m.in. utrzymanie zaburzenia stresowego pourazowego czy dezadaptacyjnych stanów emocjonalnych takich jak poczucie winy po zdarzeniu.

3. Modele wieloczynnikowe wyjaśniające rozwój zaburzeń stresowych pourazowych (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD)

Na przestrzeni lat powstało kilka teorii wyjaśniających rozwój zaburzeń po stresie

traumatycznym. Każda z powstałych teorii kładzie nacisk na inny komponent lub zbiór komponentów odgrywających decydującą rolę w procesie rozwoju PTSD. Teorie można podzielić na klasyczne, które stały się podstawą do lepszego rozumienia tego zespołu psychopatologicznego oraz współczesne, powstałe w wyniku dalszych badań nad zaburzeniami stresowymi pourazowymi.

Teorie klasyczne obejmują m.in. teorię Mardi Horowitza – *Stress Response Theory* (Horowitz, 1974, 1983; Horowitz i Solomon, 1975). Zakłada ona, że pierwszą odpowiedzią na zdarzenie traumatyczne jednostki jest stres w momencie uświadomienia sobie zdarzenia, następnie pojawia się próba zasymilowania informacji płynących ze zdarzenia z wcześniejszą wiedzą na temat świata i siebie. Gdy proces ten nie zachodzi prawidłowo i jednostka nie jest w stanie dopasować nowych informacji związanych ze zdarzeniem do wcześniej prezentowanych postaw i myśli, pojawiają się specyficzne mechanizmy obronne. Mogą aktywizować się procesy unikania myśli o traumie, które pozornie umożliwiają kontrolowanie myśli o przeżytej traumie w celu obniżenia napięcia. Jest to jednak krótkotrwały stan, ponieważ podstawową potrzebą jednostki jest scalenie napływających nowych informacji ze starymi informacjami i stworzenia spójnej narracji zdarzenia (Zdankiewicz-Ścigała, 2017). W efekcie pojawiają się intruzywne, wdzierające się wbrew woli wspomnienia zdarzenia, które wzmacniają mechanizm unikania, gdyż wywołują napięcie. Osoby, które nie są w stanie pogodzić nowych przekonań na temat siebie i świata (płynących ze zdarzenia) z przekonaniami

płynącymi z doświadczeń sprzed traumy, mierzą się z nawracającymi wspomnieniami,

koszmarami sennymi oraz intruzywnymi myślami na temat zdarzenia (Horowitz, 1974, 1983; Horowitz i Solomon, 1975).

W obliczu zdarzeń traumatycznych ofiary doświadczają znacznego wzbudzenia układu współczulnego w reakcji na bodziec zagrażający (van der Kolk, 2018). W przypadku znacznego pobudzenia ofiara poszukuje najbardziej dostępnych wyjaśnień swojego stanu, informacji, które pozwolą jej zrozumieć, co się stało, czego doświadczyła i domknąć proces adaptacji po zdarzeniu (Sinclair, 1994, za: Maruszewski, 2001). To jednak może być utrudnione, jeśli taka osoba trafia na informacje zaprzeczające jej doświadczeniu, podważające jej wersję wydarzeń czy też obwiniające ją o przyczynienie się i przebieg zdarzenia. W takiej sytuacji osoba, która doświadczyła traumy, może poszukiwać wyjaśnień, odwołując się do ostatnio zaktywizowanych informacji, czynników wewnętrznych, które są bardziej dostępne (Sinclair, 1994, za: Maruszewski, 2001). Może też poszukiwać danych, które są najszybciej dostępne i najbliższe w danym momencie – w sytuacji dochodzenia do równowagi po zdarzeniu traumatycznym nasz system jest obciążony w znacznym stopniu, co może prowadzić do procesów atrybucji lub poszukiwania heurystyk w celu wyjaśnienia zaistniałej sytuacji. Proces ten może prowadzić do poszukiwania danych, które w efekcie umożliwią zakończenie procesu domykania poznawczego w odpowiedzi na pojawiający się w obliczu zdarzenia dysonans poznawczy (niezgodność informacji płynących ze zdarzenia z informacjami posiadanymi przed zdarzeniem). Za procesy te odpowiada określona przez Kruglanskiego motywacja epistemiczna (Kruglanski i in., 2010; Kruglanski i Webster, 2018; Webster i Kruglanski, 1997). Zagadnienie zostanie szerzej opisane w dalszej części rozdziału.

3.1. Społeczny wymiar traumy i rozwoju zaburzenia stresowego pourazowego – modele wieloczynnikowe

Modele obejmujące czynnik społeczny w procesie adaptacji po zdarzeniu traumatycznym powstały m.in. na podstawie obserwacji poczynionych przez Alexandra McFarlane'a. Zwrócił on uwagę na zjawisko określane jako społeczne zaprzeczenie traumie (*social denial of trauma*). McFarlane wraz z Yehudą stworzyli model przetwarzania zdarzenia traumatycznego, który uwzględnia czynniki społeczne w procesie przechodzenia od zdarzenia traumatycznego do procesu zdrowienia lub rozwoju zaburzeń (Yehuda, 1995).

Kolejnym ujęciem procesu zdrowienia, gdzie uwzględniony jest czynnik społeczny, jest konceptualizacja skutków skrajnej traumy, uwzględniająca czynniki psychospołeczne, obecne w procesie zdrowienia, zaproponowane przez Green. W tym ujęciu poznawcze przetwarzanie informacji płynących ze zdarzenia zachodzi w tym samym środowisku społecznym, w którym trauma miała miejsce, co czyni to środowisko zarówno środowiskiem zdrowienia, jak i środowiskiem przyczyniającym się do negatywnego rozwiązania procesu adaptacji, tj. rozwoju zaburzeń stresowych pourazowych. Proces adaptacji i jego końcowy efekt uzależniony jest od środowiska, w jakim zachodzi. Uwzględnia się w nim zarówno indywidualne cechy jednostki, jak i środowisko społeczne. Pozytywne lub negatywne zakończenie procesu adaptacji do nowej sytuacji uzależnione jest według autorów od takich czynników jak wsparcie społeczne, cechy kulturowe otoczenia, społeczne postawy wobec zdarzenia oraz dodatkowe stresory (Kemp i in., 1995).

Aby w pełni oddać złożoność problematyki społecznych aspektów związanych z traumą doświadczonej przemocy seksualnej, w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na

osadzenie ofiar w różnych wymiarach funkcjonowania społecznego. Teorią wyjściową dla wieloaspektowości funkcjonowania ofiar przemocy seksualnej jest ekologiczna teoria rozwoju jednostki przedstawiona przez Urie Bronfenbrennera (1992), powszechnie stosowana w psychologii rozwoju. Zakłada ona, że rozwój człowieka następuje w ciągłym kontakcie z otoczeniem i jest determinowany przez ewoluowanie interakcji pomiędzy jednostką i jej środowiskiem rozwoju. Model uwzględnia również założenia o oddziaływaniach poszczególnych podsystemów na siebie wzajemnie. W modelu ujęte zostało pięć głównych wymiarów funkcjonowania jednostki – poziom indywidualnych cech jednostki, mikrosystem, mezosystem, egzosystem i makrosystem. Teorie rozwojowe Bronfenbrennera zostały zaadaptowane do sytuacji ofiar przemocy seksualnej i zaproponowany został model ekologiczny zdrowienia (Campbell i in., 2009; Harveyl, 1996). Uwzględnia on zarówno wymiar bliskiego i dalszego otoczenie ofiary, jak również wymiary związane z instytucjami, jakie zaangażowane są w cały proces zdrowienia po zdarzeniu. W modelu zawarte są też aspekty związane ze specyficznymi zjawiskami społecznymi, z jakimi może zetknąć się ofiara oraz charakterystyka zdarzenia i jego okoliczności. Odgrywa to znaczącą rolę w postrzeganiu swojego doświadczenia przez ofiary oraz tego, jak podchodzi do zdarzenia społeczeństwo. Model uwzględnia większość wymienionych czynników ryzyka wpływających na adaptację ofiar. Jak już wspomniano, takie ujęcie problematyki społecznych wymiarów funkcjonowania jednostki po przemocy seksualnej umożliwia przyjrzenie się charakterystycznym zjawiskom i ich roli w adaptacji po zdarzeniu.

3.1.1 Model ekologiczny zdrowienia

Teorie ekologiczne wywodzące się z psychologii rozwojowej i społecznej zaadaptowano do sytuacji związanych z przemocą seksualną, zakładając wzajemną relację jednostki i różnych środowisk, w których dana jednostka funkcjonuje. Mary Harveyl jako pierwsza zaadaptowała ekologiczną teorię rozwoju do sytuacji osób, które doświadczyły przemocy seksualnej (Harveyl, 1996). Dalsze prace nad takim ujęciem prowadziła Rebecca Campbell, która uzupełniła model o dwa dodatkowe czynniki. Uwzględniła rolę instytucji pomocowych, do których może zgłosić się osoba zgwałcona – placówek medycznych, oferujących pomoc psychologiczną oraz placówek porządku publicznego, takich jak policja czy prokuratura. Autorka ujęła także metakonstrukt obwiniania siebie za zaistnienie oraz przebieg zdarzenia, występujący na każdym z zaproponowanych poziomów modelu (Campbell i in., 2009; Harveyl, 1996). Autorki proponowanych adaptacji modelu ekologicznego zdrowienia uwzględniają w swoich modelach również różnice kulturowe oraz różnice indywidualne osób, które doświadczyły przemocy seksualnej.

Model ekologiczny zdrowienia obejmuje pięć wymiarów – poziom indywidualny, mikrosystem, mezosystem/egzosystem, makrosystem i chronosystem. Wyróżnione podzbiory zostały dokładnie opisane, z uwzględnieniem cech charakterystycznych dla danego wymiaru oraz stosunku zależności poszczególnych poziomów. Wymiar charakteryzujący cechy jednostki – poziom indywidualny (*individual level*), obejmuje podstawowe dane

demograficzne, status społeczno-ekonomiczny, różnice indywidualne, osobowość, zaburzenia psychiczne występujące przed zdarzeniem, jak również style radzenia sobie ze stresem. Badaczka zwróciła też uwagę na cechy charakteryzujące samo zdarzenie, m.in.: wystąpienie

bezpośredniego zagrożenia życia, użycie broni, relacja łącząca osobę poszkodowaną z oprawcą, spożycie alkoholu lub innych środków odurzających. Mikrosystem charakteryzuje bezpośrednią interakcję pomiędzy ofiarą a jej najbliższym otoczeniem. Wymiary mezo- i egzosystemu uwzględniają kontakt ofiary z ośrodkami pomocowymi takimi jak policja, placówki medyczne, organizacje pozarządowe czy kontakt ze specjalistami, w tym psychologami i psychiatrami. Makrosystem uwzględnia czynniki związane ze społecznym podejściem do przemocy seksualnej, obejmującymi wymienione wcześniej zjawiska – akceptację mitów na temat zgwałceń, negatywnych reakcji społecznych, wykluczenia społecznego. Ostatni wymiar – chronosystem – przedstawia czynniki związane ze zjawiskiem wtórnej wiktymizacji lub wystąpienia innych doświadczeń traumatycznych w historii ofiar (Campbell i in., 2009).

Takie ujęcie problematyki społecznego wymiaru adaptacji po zdarzeniu traumatycznym umożliwia stworzenie pełnego, wieloaspektowego konstruktu czynników oddziałujących pośrednio lub bezpośrednio na ofiarę przemocy seksualnej po zdarzeniu.

3.1.2 Model społeczno-interpersonalny

Na kanwie przedstawionych modeli społecznych związanych z procesami adaptacji w 2012 roku zaproponowany został model społeczno-interpersonalnego przetwarzania zdarzenia traumatycznego. Jest to koncepcja, która uwzględniając wielowymiarowość procesu adaptacji

po zdarzeniu traumatycznym ujmuje wśród czynników zarówno obszary związane ze środowiskiem ofiary, różnicując je na poszczególne rodzaje interakcji społecznych, jak również cechy indywidualne jednostki oraz jej funkcjonowanie po zdarzeniu traumatycznym – poznawcze i emocjonalne (Maercker i Horn, 2013). Model obejmuje trzy wymiary będące

podstawą przetwarzania zdarzenia i adaptacji potraumatycznej ofiary: indywidualne reakcje społeczno-afektywne na zdarzenie (*individual: social-affective response*), bliskie relacje społeczne (*close social relationships*) i kontekst społeczno-kulturowy, w którym osadzona jest jednostka (*distant social contexts: culture and society*) (Maercker i Horn, 2013; Maercker i Müller, 2004).

W efekcie badań nad interakcją społeczeństwo–jednostka w obliczu doświadczonej traumy powstała koncepcja uznania społecznego osoby jako ofiary lub ocalałego. Definicja uznania społecznego uwzględnia takie komponenty jak: docenienie wyjątkowego stanu ofiary, okazywanie jej pozytywnych reakcji w odpowiedzi na opowieść o zdarzeniu, udzielanie wsparcia i przede wszystkim uznanie, że zdarzenie miało miejsce i było dla ofiary doświadczeniem traumatycznym. Jak wskazują autorzy, zjawisko uznania społecznego jest istotnym predyktorem wystąpienia zaburzenia stresowego pourazowego (Maercker i Horn, 2013; Maercker i Müller, 2004). Zjawisko uznania może być istotne nie tylko na poziomie bliskich relacji społecznych (rodzina, bliscy), ale również na poziomie dalszego otoczenia społecznego, które może mieć związek z procesem adaptacji. Do takiego otoczenia ofiary należą grupy społeczne znaczące dla ofiary, takie jak władze, którym zgłaszane jest zdarzenie, grupy społeczne, w których ofiara funkcjonuje na co dzień (współpracownicy, osoby zaangażowane w podobne aktywności społeczne), duchowieństwo.

Autorzy zwracają także uwagę na rolę mediów jako nośnika informacji i jednocześnie medium kształtującym opinię społeczną. Docierając do szerokiego grona odbiorców, media mają swój udział w kształtowaniu postaw społecznych (Maercker i Horn, 2013; Maercker i Müller, 2004). W literaturze można znaleźć dwie hipotezy dotyczące związku mediów z