

OD HISTERII DO POURAZOWEGO ZESPOŁU STRESU – Z HISTORII BADAŃ NAD PRZEMOCĄ

JÓZEFA BRĄGIEL

ABSTRACT. Brągiel Józefa, *Od hysterii do pourazowego zespołu stresu – z historii badań nad przemocą* (Starting with hysteria, ending with post-traumatic stress disorder. From the history of survey concerning violence). *Rodzina w czasach szybkich przemian, Roczniki Socjologii Rodziny*, XIII, Poznań 2001. Adam Mickiewicz University Press, pp. 229-234. ISBN 83-232-1172-8. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Józefa Brągiel, Uniwersytet Opolski (University of Opole), ul. Oleska 48, 45-052 Opole, Polska–Poland.

Do pierwszych badań nad przemocą należy zaliczyć te, które były prowadzone nad histerią, mimo iż wówczas, gdy je podejmowano, nie łączono hysterii z takim zachowaniem. „Histeria to psychoneuroza objawiająca się nadmierną pobudliwością emocjonalną, łącznie z zakłóceniami czynności psychiki, zmysłów, nerwów ruchowych, jelit itp. Dawniej uważano histerię za chorobę wyłącznie kobiecą, spowodowaną schorzeniami narządów rodnych” (Kopaliński 1990).

Przez długi okres histeryczki uważane były za symulantki i nikt nie traktował serio ich dolegliwości, tym bardziej że podejmowane próby leczenia nie przynosiły pozytywnych rezultatów. W efekcie lekarze pozostawili tę przypadłość do leczenia różnym „uzdrowiaczom” i nie interesowali się nią. Dopiero Jean-Martin Charcot, wybitny francuski neurolog, pod koniec XIX wieku podjął badania nad tą „wielką nerwicą”, jak nazywał histerię. Interesowały go jednak głównie jej objawy, jakie można było zaobserwować u chorych kobiet, takie jak np.: paraliż, utrata wrażliwości na bodźce, amnezje, które przypominały uszkodzenia neurologiczne, a które dokładnie opisywał, klasyfikował i dokumentował. Dzięki prowadzonym badaniom dowiódł, że są to objawy psychiczne, gdyż można je było wywoływać lub usuwać sztucznie, za pomocą hipnozy. Jego zasługą było również przekonanie świata naukowego, że histeria jest obiektywnie istniejącym zjawiskiem, a doświadczone nią kobiety nie są symulantkami. J. M. Charcot nie łączył hysterii z przemocą, bo w ogóle nie interesował się przyczyną jej powstania. Dopiero Zygmunt Freud, który przez pewien czas praktykował u J. M. Charcota, odkrył wraz z J. Breuerem, że histeria

jest skutkiem urazu psychicznego. Ich rozmowy (psychoanalizy) prowadzone z pacjentkami polegały na rekonstrukcji przeszłości i prowadziły do wspomnień urazów z dzieciństwa, którymi okazywały się nadużycia seksualne, gwałty lub kazirodztwo. W rezultacie Z. Freud opublikował *Etiologię hysterii*, w której postawił hipotezę, że przyczyną powstania hysterii jest wykorzystanie seksualne doświadczone w dzieciństwie. Spotkał się jednak z ostrą krytyką i potępieniem własnego środowiska medycznego oraz pewną izolacją, która sprawiła, że Z. Freud wycofał się z głoszenia urazowej teorii hysterii i na długie lata przerwano naukowe zainteresowania problematyką przemocy.

W życiu codziennym jednak nie brakowało różnych przejawów okrucieństwa, znęcania się nad dziećmi czy moralnego ich deprawowania. Nie interesowano się tymi zagadnieniami od strony badawczej, zaczęto organizować ruch społeczny w obronie najbardziej uciskanych, nie mogących samodzielnie przeciwstawić się brutalności dorosłych, tj. w obronie dzieci.

Pierwszym ruchem społecznym zorganizowanym dla ochrony dziecka przed maltretowaniem w rodzinie było Nowojorskie Towarzystwo na Rzecz Ochrony Dzieci przed Okrucieństwem (Society for the Prevention of Cruelty to Children-SPCC), które powstało w 1875 r. jako bezpośredni efekt wysiłków zmierzających do ochrony 9-letniej Mary Ellen Wilson przed codziennym katowaniem jej przez przybraną matkę. Ponieważ nie istniały wówczas jeszcze podstawy prawne do interwencji i ochrony prawnej dziecka, w celu jej zorganizowania dla dziewczynki, zwrócono się o pomoc do Henry'ego Bergha, prezesa Nowojorskiego Towarzystwa na Rzecz Ochrony Zwierząt przed Okrucieństwem, który w tej sprawie złożył petycję do Sądu Najwyższego USA. W wyniku wytoczonego opiekunce procesu skazano ją na rok więzienia, a dziewczynce zapewniono ochronę (Brągiel 1996). Podobny przypadek wstrząsnął w 1897 r. Belgią. Mianowicie, policja w Gandawie odkryła, że 7-letnia Charlotte Deconick była poważnie zaniedbywana i maltretowana. Sprawę nagłośniła prasa, a fotografie dziewczynki znalazły się w szerokim obiegu, wywołując oburzenie wobec sprawców i gotowość walki z tym zjawiskiem. Ostatecznie udzieleniem pomocy zajęło się założone dwa lata wcześniej stowarzyszenie Société Protectrice des Enfants Martyrs (Baartman 1999).

Wspomniane przypadki były na tyle drastycznie pokazywane, że wzbudzały nie tylko współczucie dla dziewczynek, ale wywoływały również szerszy niepokój o los dziecka w ogóle. Artykuły opisujące w szczegółach maltretowanie i zaniedbanie dziewczynek, puszczanie w obieg fotografii pokazujących wyraziście ich cierpienie i niemoc, stały się impulsem do utworzenia ruchu stawiającego sobie za cel ich ochronę, mimo że zaniedbywanie dzieci nie było zjawiskiem nowym. Dopiero jednak wydobyte pod ostrzał reporterów i nagłośnione przez ówczesne media wywołały tak silne wrażenie, że zaczęto propagować ideę ratowania dzieci przed skutkami postępowania zdegenerowanych rodziców. Uznano również, że należy chronić przed patologią nie tylko dzieci, ale również społeczeństwo. Obawiano się bowiem, że

demoralizacja tocząca rodziny patologiczne może przeniknąć do zdrowych komórek społeczeństwa, tj. do zdrowych i dobrze funkcjonujących rodzin i w konsekwencji spowodować moralny upadek całego społeczeństwa lub znaczącej jego części. Głoszono, że dzieci wychowywane w takich rodzinach nasiakają patologią rodziców, szybko stają się zdeprawowane i również wchodzi na drogę przestępczości. Jeszcze jako dzieci wchodzi w kolizję z prawem i popełniają liczne przestępstwa, a gdy dorosną, to z nich rekrutują się rzesze kryminalistów. Jeśli podejmowano jakieś badania, to w celu pokazania, że w zdemoralizowanej rodzinie występują różne przejawy przemocy i prowadzą one nieuchronnie do demoralizacji dziecka. W celu jego ochrony proponowano izolację dziecka od rodziców, a w celu ochrony społeczeństwa przed zalewem patologii występującej w niektórych rodzinach, propagowano kampanię antyalkoholową, gdyż uważano, że alkoholizm jest zagrożeniem porządku społecznego. Walka z nim stawiała się walką przeciw przemocy.

Próbą ochrony społeczeństwa przed przenikaniem w nie demoralizacji rodzin z marginesu społecznego były również propozycje usunięcia całych rodzin ze społeczeństwa. Baartman (1999) wspomina, że w Holandii takie rodziny z marginesu umieszczano w specjalnie do tego celu zbudowanych osiedlach, zwanych czasami społecznymi sanatoriami i próbowano tam uczyć ich zasad moralnych.

To traktowanie przemocy w rodzinie, jako zjawiska wyrastającego wyłącznie z patologii społecznej lub osobowej, zmieniło się, gdy grupa badaczy z Uniwersytetu w New Hampshire, w wyniku prowadzonych badań uznała, że przemoc jest zwykłym przejawem funkcjonowania rodziny (poza niektórymi przypadkami patologii) w tym sensie, że zjawisko to występuje statystycznie często, jest aprobowane kulturowo i jest częścią życia we wszystkich społeczeństwach (Piekarska 1991).

Takie spojrzenie na przemoc zapoczątkowało inne podejście badawcze do tego problemu. Przestano akcentować konsekwencje przemocy w postaci moralnej degradacji rodziny, a zaczęto zwracać uwagę na rolę interakcji między jej członkami. W rezultacie akcentowano negatywny jej wpływ na osobowość dziecka, taki jak: zaniżone poczucie wartości, brak poczucia bezpieczeństwa czy skłonność do depresji.

Przełomowy w badaniach nad przemocą wobec dziecka był rok 1962. Wówczas na Zjeździe Amerykańskich Pediatrików w Los Angeles, pediatrzy pokazali światu, że wiele załamań i urazów dziecięcych to efekt maltretowania dziecka przez rodziców. C. Kampe dla określenia symptomów przemocy widocznych u dziecka użył terminu *battaread child syndrom*, który u nas jest tłumaczony jako „zespół dziecka bitego” lub „zespół dziecka maltretowanego”. Wówczas pod tym terminem rozumiano stan kliniczny małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia, stanowiącego przyczynę trwałych uszkodzeń ciała lub śmierci. Wówczas odkryte objawy dziecka maltretowanego odnoszono tylko do obrażeń fizycznych, dopiero później opisano inne formy przemocy, takie jak przemoc psychiczna, nadużycie seksualne czy zaniedbanie. W 1974 r. Światowa Organizacja Zdrowia orzekła, że „przez maltretowanie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby

dorośle, społeczeństwa lub państwa, które ujemnie wpływa na rozwój fizyczny lub psychiczny dziecka” (Mossakowska 1993). Opisanie „zespołu dziecka maltretowanego” miało wymiar praktyczny, gdyż taka diagnoza pozwalała lekarzom kierować sprawę do sądu przeciw sprawcy przemocy.

W Polsce „zespół dziecka maltretowanego” faktycznie nie istnieje, ponieważ nie jest objęty medyczną klasyfikacją podstawową. Można go znaleźć w dodatkowej klasyfikacji przyczyn urazu, pod numerem E 967 figuruje jako „znęcanie się nad dzieckiem”. Jednak ta dodatkowa klasyfikacja służy przede wszystkim lekarzom sądowym. Lekarze w przychodniach korzystają ze skróconego spisu chorób, gdzie E 967 nie występuje. W rezultacie nie stawiają oni diagnozy „dziecko maltretowane”, a jedynie orzekają wstrząsy mózgu, krwiaki, złamania, urazy, oparzenia. Nie sprzyja to rozpoznaniu rozmiarów zjawiska ani też nie daje podstaw do skierowania spraw do sądu.

Niezależnie od rozwijających się badań nad przemocą wobec dziecka, organizacje kobiece w Ameryce zainicjowały w latach 70. prowadzenie systematycznych badań nad napaścią seksualną wobec kobiet. Dzięki presji feministek w USA, w 1975 roku w Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego utworzono centrum badań nad gwałtem. Badania prowadziły w większości kobiety i to ułatwiało ofiarom gwałtu, również kobietom, zwierzenia ze swoich przeżyć towarzyszących napaści seksualnej i o zachowaniach sprawcy gwałtu. Dzięki nim udokumentowano i dowiedziono, że gwałt (przemoc seksualna) jest czynem pełnym okrucieństwa, jest aktem przemocy ze wszystkimi jego negatywnymi konsekwencjami, a nie aktem seksualnym. Takie ujęcie gwałtu pozwoliło przeciwstawić się dosyć powszechnemu pogładowi, że jest on aktem seksualnym spełniającym ukryte pragnienia kobiece, w konsekwencji dało to podstawy do działania w obronie gwałconych kobiet. Zaczęto tworzyć centra kryzysowe dla ofiar przemocy, które oferowały pokrzywdzonym wsparcie prawne, emocjonalne i socjalne. Dzięki systematycznie prowadzonym wywiadam z ofiarami gwałtu, obserwacjom i towarzyszeniu zgwałconym kobietom w szpitalu, sądzie, na policji, opisano wzorzec reakcji psychicznych, który nazwano „syndromem gwałtu”. Przejawia się on w tym, że kobiety przeżywają gwałt jako wydarzenie zagrażające życiu, gdyż w czasie napaści boją się o swoje zdrowie i życie. Po przeżyciu gwałtu uszkodzone cierpią na bezsenność, prześladowają je koszmary senne, są nadpobudliwe lub odrętwiałe (Herman 1998).

Opisy „syndromu gwałtu” pozwoliły badaczom dostrzec ich podobieństwo z objawami nerwic frontowych obserwowanych u żołnierzy uczestniczących w działaniach wojennych. Pierwsze ich opisy z czasu I wojny światowej pokazały, że wielu żołnierzy, którzy przez dłuższy czas uczestniczyli w działaniach wojennych i z bliska stykali się z kalectwem, cierpieniem i śmiercią swych towarzyszy, reagowało załamaniem nerwowym, które czyniło ich niezdolnymi do walki. Te głęboko przeżyte sytuacje, nie dające szansy oporu ani ucieczki sprawiały, że pojawiała się reakcja urazowa, polegająca najogólniej na tym, że jednostka przeżywała uczucie inten-

sywnego strachu, niemożności sprawowania kontroli nad sytuacją i uczucie zagrożenia własnego życia. Prowadzone przez psychiatrów wojennych badania w czasie II wojny światowej pokazały, że żołnierze załamują się proporcjonalnie do wielkości niebezpieczeństwa i czasu jego trwania, a pobyt na froncie pozostawia w ich umyśle trwałe ślady, który dokonuje tak radykalnej zmiany, jak każde dramatyczne doświadczenie życiowe (Herman 1998). Systematycznie prowadzone badania psychiatryczne nad żołnierzami wojny w Wietnamie pozwoliły opisać syndrom wstrząsu pourazowego i pokazać, że jest on efektem udziału w walkach na froncie wojennym. Syndrom ten został zakwalifikowany jako jednostka chorobowa i w 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne włączyło go do oficjalnego podręcznika diagnostycznego pod nazwą „pourazowy zespół stresu” (*post-traumatic stress disorder*). Jego objawy są różnorodne, ale wśród nich można wyróżnić trzy główne kategorie:

- nadmierne pobudzenie, przejawiające się przygotowaniem ciała na niebezpieczeństwo, czujną uwagą na jawie i w czasie snu, wzmożoną wrażliwością na każdy szelest,

- wtargnięcie, tj. powracanie zarówno na jawie, jak i we śnie przeżytego dramatycznego wydarzenia z odległej przeszłości z taką siłą i intensywnością, jakby powtarzało się ono w rzeczywistości; często towarzyszy temu przymus odgrywania dramatycznego momentu w formie dosłownej lub zamaskowanej,

- zawężenie czy odrętwienie, polega na zmianie własnego stanu świadomości w rezultacie którego człowiekowi wydaje się, że wszystko przydarza się komuś innemu, lub że jest to sen, przy tym jednostkę cechuje bierność i absolutne poddanie się i częsta niepamięć zdarzenia.

Zaburzenia spowodowane przez uraz mogą utrzymywać się długo, uniemożliwiając jednostce normalne funkcjonowanie. Wiele osób czuje, że straciło jakąś część siebie, najsilniej poszkodowani żałują, że nie umarli (Herman 1998).

Po bliższym porównaniu syndromu gwałtu z objawami nerwicy frontowej okazało się, że syndrom obserwowany u ofiar gwałtu i przemocy w rodzinie jest tym samym, co zaburzenia występujące u byłych żołnierzy; zakwalifikowano go więc do pourazowego zespołu stresu. W konsekwencji feministki zajmujące się przemocą zaczęły głosić, że pomiędzy płciami toczy się wojna. Jej ofiarami są gwałcone i maltretowane kobiety i dzieci. Mężczyźni dopuszczają się przemocy wobec kobiet, gdyż pozwala ona utrzymać im władzę i męską dominację w społeczeństwie. Patriarchalna struktura naszych społeczeństw utwierdza ich w przekonaniu słuszności tego stanowiska.

Przemiany, jakie dokonały się zarówno w poglądach na przemoc, jak i w wiedzy o tym zjawisku, pozwalają dzisiaj nieco inaczej traktować ofiary przemocy, którymi najczęściej są kobiety i dzieci; stały się też inspiracją w organizowaniu profesjonalnej pomocy i wsparcia.

LITERATURA

- Baartman H. E. M. (1999), *Przemoc wobec dziecka, zmiany w społecznej ocenie zjawiska*, w: *Współczesne kierunki w opiece nad dzieckiem*. (Red.) Z. W. Stelmaszuk, Warszawa
- Bragiel J. (1996), *Zrozumieć dziecko skrzywdzone*. Opole
- Bragiel J. (1997), *Syndrom dziecka maltretowanego*, w: *Bezpieczeństwo dziecka w okresie transformacji ustrojowej*. (Red.) H. Górecka. Olsztyn
- Kopaliński W. Ł. (1990), *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Warszawa
- Meyer M. (1999), *Wykorzystanie seksualne kobiet i dzieci w Niemczech*, w: *Pokój z dziećmi. Pedagogika chrześcijańska wobec zagrożeń rozwoju dziecka*. (Red.) B. Smolińska Theiss, Warszawa
- Mossakowska B. (1993), *Zespół maltretowanego dziecka (z doświadczeń lekarza)*, w: *Prawa dziecka, deklaracje i rzeczywistość*. (Red.) J. Bińczycka. Warszawa
- Piekarska A. (1991), *Przemoc w rodzinie. Agresja rodziców wobec dzieci. Przejawy i psychologiczne uwarunkowania*. Warszawa

STARTING WITH HYSTERIA, ENDING WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER.
FROM THE HISTORY OF SURVEY CONCERNING VIOLENCE

Summary

In the article the history of the survey concerning violence, was presented starting with the period of searching for the sources of hysteria, conducted by J. M. Charcot and Z. Freud through battered child syndrome and the role played by military psychologists and feminists in searching for and describing post-traumatic stress disorder as a medical case.