Grzechy zaniechania. Zaburzenia psychosomatyczne u ofiar przemocy domowej, Anna Jakubowska-Winecka

**Niebieska Linia, nr 3 / 2005**

*Podstawowym problemem zdrowotnym ofiar przemocy domowej są zaburzenia psychosomatyczne. Cierpienie psychiczne doprowadza do pogorszenia funkcjonowania organizmu, więc osoby te zwykle cierpią na choroby przewlekłe. Można zaobserwować, jak w okresie zaostrzenia problemów domowych nasilają się dolegliwości i pogarszają parametry biologiczne. Bywa, że objawy występują po dłuższym czasie, pozornie niezależnie od sytuacji.* Termin zaburzenia psychosomatyczne tradycyjnie bywa używany dla określenia dolegliwości lub choroby somatycznej spowodowanej czynnikami psychologicznymi. Podkreśla on ścisły związek stanu psychicznego i stanu organizmu. Popularnie mówi się np. „że ktoś tak się przejął, że aż go rozbolało serce” lub wręcz, że „dostał zawału”. Albo o kimś, kto się martwi, powiada się, że „coś mu leży na wątrobie”.

W naukowej terminologii medycznej obowiązuje międzynarodowy system klasyfikacji chorób i problemów medycznych, aktualnie jest to ICD-10. Zaburzenia psychosomatyczne definiuje jako „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną”. Z kolei obowiązująca klasyfikacja zaburzeń psychicznych i kryteria diagnostyczne zawarte w Diagnostycznym i Statystycznym Podręczniku Zaburzeń Psychicznych wersja IV (DSM-IV) definiuje zaburzenia psychosomatyczne jako takie, „w których czynniki psychologiczne wpływają na kondycję fizyczną”. Warto zwrócić uwagę, że nie wymienia się żadnych konkretnych chorób. Na gruncie współczesnej wiedzy oczywiste jest, że na zachorowanie składa się wiele różnych czynników. Używa się określenia, że człowiek jest jednostką biopsychospołeczną. W każdej chorobie wszystkie czynniki – także psychologiczne – odgrywają jakąś rolę, są elementem sprzyjającym jej powstaniu, znaczącym zarówno w przebiegu choroby, jak i leczeniu. I odwrotnie – mogą mieć znaczenie ochronne, ułatwiające radzenie sobie z chorobą i zdrowienie.

Sytuacja rodzinna jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zdrowie człowieka. Spróbuję pokazać, jakie znaczenie dla zdrowia mają relacje rodzinne o charakterze przemocy.

**Brak miłości w dzieciństwie**

Małe dziecko – noworodek, niemowlę – pozostaje w całkowitej zależności od matki. Od niej zależy jego zdrowie. To matka rozpoznaje potrzeby dziecka, identyfikuje doznania płynące z jego ciała, takie jak głód, kolka itd. Dla tak bliskiej w tym czasie zależności fizycznej i psychicznej używa się czasem określenia, że matka pełni rolę „pomocniczego ja” dziecka. Dzieci pozbawione opieki macierzyńskiej, wychowywane w instytucjach opiekuńczych chorują i umierają częściej niż dzieci wychowywane w domach. Ich podatność na infekcje i inne choroby jest bardzo wysoka. Pozbawienie opieki, a więc fizyczna nieobecność matki, wpływa niekorzystnie na rozwój dziecka. Takie same skutki ma jej psychiczna niedostępność. Dzieje się tak, gdy matka nie zapewnia dziecku stałego dopływu pozytywnych sygnałów. To, co określamy jako „zaniedbanie”, „złe traktowanie”, co stanowi pasywny rodzaj przemocy wobec dziecka, może doprowadzić do poważnej choroby.

Znaczenie tego rodzaju doświadczenia niech zilustruje następujący przykład: w czasie bombardowania Londynu podczas II wojny światowej próbowano ochronić małe dzieci, wywożąc je z miasta w bezpieczne miejsce. Okazało się jednak, że dzieci bardzo źle znosiły rozłąkę z rodziną i często chorowały. Separacja okazała się trudniejszym doświadczeniem niż życie u boku matki mimo realnego niebezpieczeństwa. Jeżeli spróbujemy wyobrazić sobie, jakie emocje może przeżywać dziecko, gdy utraci najważniejszy obiekt przywiązania, to łatwiej zrozumieć mechanizm powstawania zaburzeń i choroby dziecka. Nawet dorosły człowiek w momentach rozstania, utraty bliskiej osoby czuje się przygnębiony, zrozpaczony, przestraszony. Zadaje sobie pytania: „Jak mam teraz żyć?”, „Co ze mną będzie?”. Silne negatywne emocje, utrzymujące się przez dłuższy czas prowadzą do zachwiania, a następnie rozregulowania równowagi biologicznej organizmu. Pojawiają się fizyczne objawy tej dysregulacji, obniża się odporność organizmu, występują bóle i inne dolegliwości somatyczne, objawy choroby. Starsze dzieci, które usiłują zrozumieć przyczynę rozstania, mogą czuć się nie tylko porzucone, ale winne tej sytuacji i ukarane. Myślą tak, ponieważ już doświadczały innych objawów „niekochania”.

W rodzinach, w których występuje przemoc domowa, doświadczenie rozłąki z matką występuje stosunkowo często, gdy matka zostawia dziecko na dłuższy czas, „podrzuca je” znajomym lub rodzinie, także wtedy, gdy sądownie dziecko zostanie jej odebrane. Także wtedy, gdy mimo fizycznej obecności matka okazuje dziecku brak akceptacji, odrzucenie psychiczne; gdy dziecko dostaje informację – „nie istniejesz dla mnie!” lub jest szantażowane groźbą pozbawienia miłości.

**Choroba jako narzędzie**

W literaturze psychologicznej zwraca się uwagę na fakt, że objawy choroby czy zgłaszane przez dziecko dolegliwości, mogą pełnić ważne funkcje psychologicznie. Czasem choroba pełni tak ważną rolę, że jej wyleczenie mogłoby zdestabilizować sytuację, odebrać podstawowy sens istnienia rodziny. Zwykle pełni funkcję stabilizacji rodziny i utrzymania wzajemnych powiązań. Zachowania związane z pielęgnacją chorego, jego leczeniem stanowią podstawę wzajemnych kontaktów, mimo znacznych nieraz uciążliwości objawów. Tam gdzie nie ma innych wspólnych problemów, brakuje płaszczyzny porozumienia – choroba staje się potrzebna do podtrzymania istnienia rodziny. Ponadto w rodzinach gdzie stosuje się przemoc, zachowania członków rodziny wobec chorego i jego problemów stanowią iluzję wzajemnego wsparcia i wspólnoty. Także w rodzinach, w których panują surowe zasady opanowywania i nieokazywania żadnych uczuć, choroba może stanowić przyzwolenie na pewną bliskość.

Jednak w rodzinach, w których dochodzi do przemocy, choroba może umożliwiać lub ułatwiać sprawcy przemocy sprawowanie ścisłej kontroli nad jej członkami. Nadopiekuńczość może być wyrazem przewagi fizycznej i dominacji. Chory jest pozbawiany autonomii, możliwości realizacji własnych planów i potrzeb. Jako słabszy i gorszy jest zależny i musi być podporządkowany. Podobna może być sytuacja jego opiekuna, który jest „związany” chorobą dziecka. Na przykład jeżeli matka przewlekle chorego dziecka nie może pracować zawodowo, staje się finansowo i psychicznie coraz bardziej zależna od męża. On z kolei wykorzystuje fakt choroby dziecka jako powód do wzbudzania w niej poczucia winy, okazywania niezadowolenia, usprawiedliwiania różnych form przemocy.

Choroba ofiar przemocy domowej może pełnić różne funkcje psychologiczne. W związku partnerskim może stanowić tarczę ochronną, bo osoba chora wzbudza współczucie, wymaga opieki i troski. Jednak z drugiej strony, osoby te mogą być traktowane jako słabsze, „niepełnowartościowe”, co może wzbudzać niechęć partnera i wzmagać skłonność do przemocy. Tak często dzieje się w przypadku przemocy wobec starszych. Ich niepełnosprawność stanowi powód do niezadowolenia opiekunów. Im bardziej „problemowy” podopieczny, tym większe obciążenie emocjonalne i koszty finansowe opieki; większa dezorganizacja życia osobistego i zawodowego, większa frustracja i złość opiekuna.

**Lekarz i jednostka chorobowa**

Wiedza medyczna i wynikająca z niej praktyka kliniczna nakazują ustalenie przyczyny choroby zawsze, kiedy tylko jest to możliwe. Leczenie powinno zmierzać do usunięcia przyczyny. Jednak w tradycyjnym modelu leczenia, w przypadku zaburzeń psychosomatycznych (nie tylko wtedy, gdy są związane z przemocą domową) bardzo rzadko dąży się do ustalenia ich podłoża i stosuje leczenie przyczynowe. Medycyna traktuje problemy chorego objawowo, leczy ból, „fizyczną chorobę”. Personel medyczny zwykle nie wgłębia się w problemy osobiste pacjenta, usprawiedliwiając to niechęcią do ingerowania w prywatne sprawy chorego. W Polsce nie ma obowiązującego standardu postępowania lekarza w przypadku stwierdzenia przemocy domowej. To przyczynia się do maskowania problemu, sprzyja sprawcy, który czuje się bezkarny i usprawiedliwiony.

Zaburzenia psychosomatyczne są trudne do zdiagnozowania medycznego, ale część problemów diagnostycznych wynika ze stereotypowego postępowania personelu lub niewiedzy.

Stereotypów na temat przemocy domowej, domniemanej winy ofiar itd. funkcjonuje w społeczeństwie wiele. Generalnie (i słusznie) zakłada się, że dom rodzinny jest miejscem bezpiecznym i pełnym troski o dobro dziecka. Od pediatry oczekuje się gotowości do współpracy z rodzicami, a nie sceptycyzmu wobec ich relacji i podejrzeń o krzywdzenie dziecka.

Kiedy dziecko choruje, lekarz zwykle rozmawia z matką. Od niej zbiera wywiad (nawet, jeśli dziecko samo umie mówić i mogłoby udzielać informacji). Na tej podstawie przedstawia hipotezy, wykonuje badania, stawia diagnozę i proponuje leczenie, a odbiorcą i wykonawcą jego zaleceń jest też matka. Jeżeli problemy zdrowotne dziecka są wynikiem przemocy w rodzinie, a matka ukrywa fakt i sprawcę przemocy, to zwykle nie ujawnia takich informacji. Tym bardziej, jeśli sprawcą przemocy jest matka, to informacje przez nią udzielane są nieprawdziwe. Szczególna sytuacja występuje w przypadku specyficznej formy przemocy wobec dziecka, jaką jest tzw. zastępczy zespół Munchausena (Munchausen Syndrome by Proxy – MSBP). Wówczas wywiad i objawy choroby dziecka są całkowicie wymyślone i spreparowane przez opiekującą się dzieckiem osobę. Poza zagrożeniem życia dziecka, efektem tego typu przemocy jest hospitalizacja i szkodliwe w skutkach leczenie nieistniejącej choroby. Taki sposób krzywdzenia może dotyczyć nie tylko dzieci zdrowych, ale i chorych przewlekle, i może doprowadzić do zaostrzenia procesu choroby a nawet śmierci dziecka, w mechanizmie powikłania obrazu, nakładania się objawów choroby „prawdziwej” z objawami spreparowanymi przez matkę.

Rozpoznanie krzywdzenia dziecka, nie tylko w przypadku MSBP, ale także w sytuacjach, kiedy problemy zdrowotne są wynikiem innego rodzaju przemocy, budzi duży opór psychiczny personelu medycznego i w związku z tym następuje bardzo rzadko.

**Ignorować czy reagować?**

Podobnie jest w przypadku dorosłych pacjentów. Jak wspomniano, ofiary przemocy domowej odczuwają liczne problemy zdrowotne, ale korzystając z pomocy medycznej, nie zgłaszają prawdziwej przyczyny dolegliwości, zresztą same często nie są świadome, że ich choroba jest skutkiem życia w emocjonalnej huśtawce, w stałym napięciu i zagrożeniu. Lekarze biorąc pod uwagę liczne problemy, w tym wspomniany dyskomfort psychiczny związany z postępowaniem w przypadku przemocy domowej, unikają jakiegokolwiek działania. Podobnie zachowują się przedstawiciele innych zawodów zaufania publicznego, np. nauczyciele, nawet jeśli podejrzewają przemoc w rodzinie, są niechętnie nastawieni do interwencji, obawiają się uwikłania w konflikty z rodziną, w problemy prawne. Czasem myślą, że ich ingerencja w sprawy rodziny nie pomoże, a nawet może nasilić problem. Czy więc lepsza jest bezradność, ignorowanie przemocy?

Każde podejrzenie zagrożenia życia i zdrowia dziecka w wyniku krzywdzenia lub fakt zaistnienia przemocy należy odnotować w dokumentacji medycznej, a następnie zwrócić się do instytucji i kompetentnych służb społecznych. Jest ich już wiele np. ośrodki pomocy społecznej, poradnie rodzinne, Komitet Ochrony Praw Dziecka, Fundacja „Dzieci Niczyje”, Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” i inne. Telefony tych placówek są dostępne w prasie lub w Internecie.

W przypadku istnienia ewidentnych dowodów przemocy domowej, dziecku powinno się zapewnić bezpieczeństwo i zgłosić sprawę do sądu rodzinnego i nieletnich, który do działań włącza policję i prokuraturę. W przypadku ofiar dorosłych należy okazać im wsparcie, zaproponować pomoc kompetentnych osób i zachęcić do skorzystania z tej pomocy, nawet jeśli ofiara nie zdecyduje się na wniesienie oskarżenia wobec sprawcy lub w danym momencie odmówi przyjęcia pomocy.

Problem przemocy domowej jest tak złożony, że nikt nie oczekuje, że lekarz czy wychowawca sam go rozwiąże. Najprostsze korzyści z interwencji mogą być takie, że sprawca poczuje się obserwowany i to być może powstrzyma go następnym razem. Ofiara poczuje, że ma wsparcie, może nabrać odwagi i przestanie się godzić na złe traktowanie. To już dużo.

**BIBLIOGRAFIA**

Bloch D. A. (1985). The family as a psychosocial system. W: S. Henao, N. P. Grose (red.) *Principles of family systems in family medicine.* Bruner&Mazel, New York.

Gracka-Tomaszewska M. (2000). Znaczenie relacji dziecka z matką dla jego stanu zdrowia z perspektywy psychologa. *Pediatria Polska*, LXXV, 10.

Herzberger S. D. (2002). *Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej.* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa.

**A. J.-W**

Źródło:

<https://psychologia.edu.pl/czytelnia/131-przemoc/1465-grzechy-zaniechania-zaburzenia-psychosomatyczne-u-ofiar-przemocy-domowej-anna-jakubowska-winecka.html>