

CZU: 343.541:159.923.2

IMPACTUL ABUZULUI SEXUAL ASUPRA ORGANIZĂRII SINELUI COPILULUI*Parascovia TOPADA**Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copil*

Diagnosticul și terapia abuzului sexual reprezintă o provocare. Aceasta din cauza gradului înalt de traumatizare a victimei, proceselor defensive declanșate și, nu în ultimul rând, a tabuurilor ce vizează abuzul sexual. Articolul ilustrează o perspectivă psihanalitică a impactului abuzului sexual asupra organizării sinelui copilului. Autorul analizează cum micul pacient încearcă să împiedice, prin intermediul proceselor disociative, amintirile traumatice și fantezmele înrudite, să-și infiltreze și să contamineze reprezentări mai puțin rele, astfel încât să poată supraviețui. Ipotezele prezentate în articol sunt formulate în baza analizei lucrului psihoterapeutic de orientare psihanalitică realizat cu victimele abuzului sexual, fiind prezentate două vinete clinice.

Cuvinte-cheie: *disociere, fantezmă, Sine, traumatizare, abuz sexual.*

THE IMPACT OF SEXUAL ABUSE ON THE ORGANIZATION OF THE CHILD'S SELF-IDENTITY

The diagnosis and sexual abuse therapy are a challenge. This is due to the high level of traumatization of the victim, to the defensive processes involved, last but not least to the taboo concerning sexual abuse. This article shows a psycho-analytical perspective over the impact of sexual abuse on the way the child organizes his self-identity. The author analyzes how the little patient, through-out the dissociative processes, tries to block traumatic memories and related phantasms, to infiltrate and contaminate the less evil representations, in order to be able to survive. The hypotheses presented in the article are based on the analysis of the psychotherapeutic psychoanalytic work with the victims of sexual abuse, two clinical case studies being presented.

Keywords: *dissociation, phantasms, Self, traumatization, sexual abuse.*

Introducere

Experiența abuzului sexual este traumatică la orice vârstă. Cu precădere, din cauza tabuurilor, stigmatului social și culpabilizării victimei. Atât pentru adult, cât și pentru copil „agresiunea sexuală este trăită cu surpriză, teroarea – cu sentiment de neputință și lipsă de ajutor, cu suferință și este însoțită de sentimente de umilire, rușine și culpabilitate” [1]. Impactul abuzului sexual depinde de natura acestuia, gradele de violență pe care le-a implicat, vârsta debutului și a încheierii relației dintre victimă și abuzator, de contextul etnic și cultural, precum și de capacitatea mediului de îngrijire (celălalt părinte, familia extinsă) de a sprijini victima.

De cele mai multe ori abuzatorul este o persoană cunoscută pentru victimă sau, în cazul copiilor, abuzatorul se află într-o relație de autoritate și grijă față de acesta. Analizând cazurile asistate de Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii (CNPAC) în 2017, am constatat că 30% din copii au fost abuzați sexual de un părinte (fetele fiind mai expuse comparativ cu băieții), 3% de către o rudă, 3% de către specialiști din instituțiile de învățământ, băieții fiind expuși mai frecvent. Chiar dacă în jumătate din cazurile asistate (50%) abuzatorul este un membru al comunității, acesta, de cele mai dese ori, este cunoscut pentru copil și investit cu încredere. Prin urmare, pentru victimă, abuzul sexual implică și o trădare relațională care este dificil de procesat. În cazul micului pacient aservirea sexuală de către un părinte reprezintă și un abuz al trebuințelor de tandrețe, al dorinței copilului de relație diadică, al disponibilității pentru fantezmele oedipiene și al nevoii copilului de a păstra familia [2].

Menționăm că din cele 121 cazuri de abuz sexual asupra copiilor asistate în 2017 de CNPAC (care reprezintă 32,44% din totalul de infracțiuni cu caracter sexual asupra copiilor înregistrate de MAI) 21% sunt copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 7 ani.

Pentru a supraviețui, indiferent cât de abuzivi sau neglijenți ar fi adulții de referință, copilul are nevoie de ei. Fiindcă va rămâne să locuiască în continuare sub același acoperiș cu cel care l-a abuzat și cu cel/ cei care au încuviințat tacit abuzul prin lipsa lor de reacție sau negarea acestuia.

Cum ar putea să integreze copilul aceste experiențe devastatoare și ce impact vor avea asupra organizării sinelui?

Disocierea traumatică

Davies și Frawley consideră că abuzul sexual din copilărie este o formă de traumă cronică, în care abuzatorul suprastimulează și copleșește capacitățile Eului copilului, în așa măsură încât le face complet inoperante. Dacă un copil se reface după o astfel de agresiune, el resimte o confuzie enormă – este inocent și vinovat în același timp, iar încrederea sa în mărturia propriilor simțuri este ruinată [3].

În cazul incestului, copilul își pierde nu doar propriile capacități, ci și orice abilitate de a se baza pe cele ale Eu-lui auxiliar al mamei sau al tatălui. Când copilului i se răspunde în interiorul familiei cu pasiunea adultului, acesta își pierde acea reprezentare parentală față de care el dorea să-și stabilească propria identitate și rol sexual, și are loc procesul de orfanizare [2]. Pentru micul pacient pierderea legăturii cu obiectele primare este o amenințare chiar la adresa propriei existențe. Pentru a-și proteja sinele de o frică de anihilare, dar și pentru a se apăra de cunoașterea cognitivă a evenimentului/ evenimentelor (lupta împotriva durerii de a ști cu adevărat), experiența conștientă a copilului se clivează vertical [4].

Piaget încă în 1968 a observat că trauma psihologică are un efect dezorganizator asupra capacității individului de a codifica, procesa și stoca amintirile evenimentelor traumatice. O experiență traumatică va genera o regresie la o organizare cognitivă mai concretă, senzoriomotoare iconică (van der Kolk, 1988), ceea ce va conduce la codificarea nesimbolizată, lipsită de context, a acestor experiențe [2]. Janet (1889, *apud* Fische & Riedesser) menționează că un eveniment din viața cuiva, care a fost prea bizar, înspăimântător sau hiperexcitant pentru a se încadra în schemele preexistente, este clivat de conștiință într-un sistem separat de „idei fixe”, nemodulate de restul experiențelor individului. Prin urmare, un fragment sau fragmente ale experienței traumatice sunt blocate ca stare psihică separată în cadrul personalității, creând două sau mai multe stări ale Eului care alternează în conștiință și, în diverse circumstanțe interne și externe, care își fac apariția pentru a gândi, a se comporta, ași reaminti și a simți [4].

Disocierea severă este dovadă a faptului că persoana traumatizată s-a angrenat în procese disociative constante după trauma inițială, iar mediul nu a reușit să ofere experiențe suficiente de reparatorii (Kluft, 1984). Ferenczi afirma că „cea mai înfricoșătoare spaimă este atunci când amenințarea din partea tatălui este cuplată, simultan, cu dezertarea emoțională a mamei. Nu există nicio șansă să-și plângă lacrimile amare pentru nedreptatea suferită sau pentru a câștiga înțelegere de la cineva” [5]. În acest context, dubla legătură (*double bind*) este un puternic generator de fenomene disociative (Spigel, 1986). Familia incestuoasă emite o primă interdicție pentru copil care este complet contrazisă de a doua, mult mai subtil, și în cele din urmă îi este interzisă o abordare deschisă a acesteia. În esență, copilul este împins să „devină două persoane diferite în același timp” – de ex., fetița cuminte și inocentă a mamei și amanta fierbinte, seducătoare a tatălui – fără posibilitatea de a discuta aceste contradicții [4]. Astfel, copilul este împins să disocieze aspectele rele ale obiectului și ale sinelui în relația cu obiectul pentru a menține o imagine bună a sa și a persoanelor de îngrijire de care are atâta nevoie (Fairbairn, 1943). Prin urmare, are nevoie să-și vadă părinții mai iubitori și protectivi decât aceștia sunt în realitate (Miller, 1984).

Cu toate că acest mecanism de apărare are rolul de a asigura sănătate mintală, construind cu grijă aparența unui sine funcțional, adaptativ, cu legături interpersonale mai mult sau mai puțin constante (acasă, în curte, la grădiniță sau școală), încapsulează suferința devastatoare a unui copil rănit și abandonat. Copilul abuzat rămâne în propria lui lume în care există doar abuzatori, victime, martori tăcuți (neimplicați sau neștiutori) și salvatori [4]. Crocq susține că disocierea începe cu o fază de „plutire identitară”, marcată de depresie narcisică: umilință, rușine, prăbușirea stimei de sine, sentimentul de vid și devitalizare [1]. Kohut (1971, *apud* Messler Davies & Gail Frawley), în aceeași cheie susține că trauma rezultată din abuz sexual, în special în perioada preoedipiană, interferează cu menținerea homeostazei narcisice de bază a personalității și conduce la „vulnerabilitate narcisică difuză”.

Stările traumatice disociate sunt indisponibile asociativ pentru restul personalității și, prin urmare, nu pot fi subiectul operațiilor psihice sau elaborării. Astfel, copilul nu are capacitatea de a integra reprezentări contradictorii ale sinelui și ale celorlalți. El le va trăi sub forma flashbackurilor; coșmaruri recurente; puneri în act violente sau simbolice, inclusiv comportament seductiv; senzații somatice inexplicabile și/sau tulburări psihosomatice; tulburări de comportament alimentar; schimbări inexplicabile de dispoziții; tulburări de comportament (minciună, fugă, furturi); incapacitatea de a-și modula reacțiile afective și de a stabili unele granițe sănătoase (acestea fie sunt rigid menținute, fie sunt absente). Simptome atât de întâlnite în patologia borderline la adulți [6].

Caracteristici ale fantasmelor

Fantasma se atașează direct de noțiunea „realizare a dorințelor” – fie erotice sau agresive, dar și de apărare împotriva angoaselor [7]. În perioada oedipiană, actele sexuale corespund frecvent cu fantezmele și dorințele specifice vârstei. Respectiv, trauma în această perioadă sau în cea de latență are ca rezultat idealizarea incompletă a sinelui, concomitent cu o eternă căutare a aprobării de către figurile din exterior.

Dorința devine atât de periculoasă pentru echilibrul psihic al copilului, încât este abandonată de acesta [4]. Consecința cea mai severă a abuzului sexual este că micul pacient învață să pună semnul egal între dorințele lui senzuale și sexuale și realitatea abuzului. El crede că dacă nu și-ar fi permis astfel de gânduri, incestul nu s-ar fi produs [4]. Ehrenberg (1992, *apud* Messler Davies & Gail Frawley) menționează că, de regulă, copiii își asumă responsabilitatea pentru propriul lor abuz. Pornind de la aceste fantezme ale copilului, care sunt recunoscute și în adult, adesea se pune problema testării realității abuzului sexual. Deseori se întâmplă ca și copilul - victimă (adolescent) se întreabă cu privire la veridicitatea afirmațiilor lui, la realitatea amintirilor.

Un astfel de copil învață să nu se joace cu gândurile (Bollas, 1989), că fantasma și realitatea se apropie periculos de mult pentru a le da frâu liber. Datorită faptului că în abuz sexual, din cauza confuziei limbilor, interacțiunea specifică iubirii oedipiene, reciprocitatea părintelui este asociată mai degrabă cu penetrarea, supraexcitația, decât cu spiritul său ludic, senzualitate și plăcere sexuală.

Fantasma urmărește mai mult decât pulsivitatea erotice să protejeze într-un fel relațiile internalizate ale sinelui și obiectului copilului. Numai într-o lume a fantezmei este posibilă descotorosirea de reprezentări rele ale sinelui și ale obiectului, iar preținșilor salvatori li se pot oferi puteri magice. Însă, în lipsa capacității minime de gestionare a frustrărilor sau dificultăților fantasma omnipotentă rămâne o alternativă relativ suficient de tentată. Astfel, granița dintre fantezmă și realitate rămâne potențial problematică. În terapie vom reflecta fără prejudecăți asupra unei reconstrucții explicative care presupune un amestec din fantezmă și realitate [4]. Și vom încerca să înțelegem locul și rolul (destinul) elaborării fantezmate a traumelor suferite de copilul-victimă a abuzului sexual.

Analiza materialului clinic

În baza metodei calitative a studiului de caz, au fost cercetate unele aspecte psihologice care s-au manifesta la copiii-victime ale abuzului sexual asistați în cadrul Centrului Național de Prevenire a Abuzului față de Copii.

Vinieta clinică I: Linda avea 12 ani la momentul adresării. Mama acesteia a adus-o la cabinet pentru că se îndoia de realitatea experienței fiicei sale. Linda s-a prezentat ca un copil cuminte, aparent lipsit de emoții, afișând doar un zâmbet inocent. Povestește că acum 4-5 ani tatăl ei (de care mama a divorțat) a molestat-o sexual și odată a penetrat-o anal. Doar că acum nu mai este sigură că ceea ce povestește a avut loc în realitate. De aproximativ doi ani o chinuie îndoiele interminabile, înnebunitoare, în special în timpul dimineții. De asemenea, acuză dureri persistente de cap și amorțeală în membrele inferioare.

În timpul unei ședințe mi-a comunicat că are oroarea de lapte, acesta îi provoacă greață și că nu poate suporta păpușile. Descria în detalii cum merge prin casă și așteaptă momentul în care laptele va trece din stomac în intestin, astfel neexistând riscul de a-l vomita. De obicei, tata o abuza sexual dimineața, înainte de a merge la școală, în timp ce ceilalți membri ai familie erau la muncă. Laptele nu avea o legătură directă cu abuzul, însă mama o servea la micul dejun, înainte de a o lăsa în grija tatălui. Păpușile pe care tata i le cumpăra după fiecare dintre aceste experiențe erau singurii martori tăcuți ai suferințelor copilului.

Vinieta clinică II: Erna a fost adusă la o primă consultație de către autoritatea tutelară pentru a evalua motivul fugii de acasă și de la centrele în care fusese plasată. Avea un istoric lung de internări în spitalul de psihiatrie. Deși avea 13 ani, arăta ca un copil de aproximativ 6-7 ani. La intrarea în cabinet zâmbea seducător. În prima ședința aduna jucăriile și creioanele dar fără a se juca cu ele. Periodic își astupa urechile și striga că acum nu mă aude, se lovea sau doar alerga prin cabinet. Erau momente în care credeai că este posedată. În situațiile de tensiune înaltă se mușca puternic de mâini și își freca zona intimă. După 4 ședințe a început să evoce abuzul sexual din partea tatălui, dar prin negație. Avea perioade în care nu își amintea nimic până la ultimul plasament, ca și cum viața ei începea doar din acel moment. Acestea alternau cu perioade în care îl idealiza pe tata, însă îi devaloriza pe toți ceilalți bărbați. După aproape 1 an de intervenție a avut capacitatea să plângă și să povestească despre cât de trădată s-a simțit de către mama ei care nu a intervenit niciodată când tata și prietenii lui o abuzau.

Concluzii

În baza vinițelor clinice putem formula ipoteza privind recrearea inconștientă în cadrul terapeutic a unor aspecte disociate ale reprezentării sinelui și obiectelor interne, uneori imperceptibile, dezvoltate în rezultatul trăirii abuzului sexual.

Din cazurile prezentate observăm că consecințele abuzului sexual implică disociere, regresie, dezorganizarea proceselor de gândire, reprezentări somatice ale amintirilor abuzului încă neformulate. Integrarea și repararea acestor amintiri implică un proces terapeutic de lungă durată. Orice diagnostic și tratament trebuie să ia în considerare importanța mecanismelor disociative în jurul cărora și-a organizat lumea internă copilul abuzat pentru a-și proteja obiectele primare de legătură, care în alte contexte sunt iubitoare și iubite și de al căror suport depinde însăși existența copilului.

Considerăm că în cadrul unui proces terapeutic conținător și susținător amintirile traumatiche disociate pot fi elaborate și integrate de către pacient. De asemenea, sprijinindu-se pe constanța și neutralitatea terapeutului și a cadrului terapeutic, copilul poate internaliza o nouă relație cu obiectul, una securizantă.

Referințe:

1. CROCQ, L. *16 conferințe despre traumă*. București: Trei, 2014. ISBN 978-606-719-016-8
2. FISCHER, G., RIEDESSER, P. *Tratat de psihotraumatologie*. București: Trei, 2001. ISBN 973-9419-84-4
3. ANDRE, J. *Forme de incest*. București: Editura Fundației Generația, 2010, ISBN 978-973-1998-07-7
4. MESSLER DAVIES, J., GAIL FRAWLEY, M. *Terapia supraviețuitoarelor adulte ale abuzurilor sexuale din copilărie*. București: Trei, 2017. ISBN 978-606-719-827-0.
5. FERENCZI, S. *Jurnal Clinic*. București: Editura Fundației Generația, 2005, ISBN 973-86377-5-9
6. McWILLIAMS, N. *Diagnosticul psihanalitic. Structuri de personalitate relevante în procesul clinic*. București: Editura Fundației Generația, 2014. ISBN 978-973-1998-14-5
7. PERRON-BORELLI, M. *Fantasmele*. București: Editura Fundației Generația, 2005. ISBN 973-86377-8-3

Date despre autor:

Parascovia TOPADA, doctorandă, Școala doctorală *Psihologie și Științe ale Educației*, Universitatea de Stat din Moldova; psiholog la Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copil.

E-mail: parascovia.topada@gmail.com

Prezentat la 15.10.2018