

PATOLOGIA SEKSUALNA W SYSTEMIE RODZINNYM

MARIA BEISERT

ABSTRACT. Beisert Maria, *Patologia seksualna w systemie rodzinnym* (Sexual pathology in the family system), Dylematy współczesnych rodzin. Roczniki Socjologii Rodziny, XVI, Poznań 2005, Adam Mickiewicz University Press, pp. 33-55. ISBN 83-232-1509-X. ISSN 0867-2059. Text in Polish with a summary in English.

Maria Beisert, Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza (Institute of Psychology Adam Mickiewicz University), ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland.

1. WPROWADZENIE

Rodzina – niezależnie od tego czy ujmowana jest w kategoriach wspólnoty, grupy pierwotnej, instytucji czy systemu – powstała i funkcjonuje po to, by zaspokajać potrzeby swoich członków, jak również społeczności, w obrębie których istnieje (Adamski 1984, 2002, Słany 2002, Tyszka 1976, 2001, Tyszka, Wachowiak 1997). Odmienność różnorodnych koncepcji zaznacza się wyraźnie w sytuacji, w której patologia istniejąca wewnątrz rodziny obniża jakość życia jej członków i powoduje zagrożenie dla funkcjonowania rodziny jako całości.

Niniejsze opracowanie stanowi propozycję przedstawienia rodziny jako systemu, który w warunkach zagrożenia rozpadem może sięgać po mechanizmy patologiczne dla zapewnienia sobie trwałości i ciągłości. Wykorzystano w tym celu patologię seksualną, jaką jest kazirodztwo, ponieważ jej definiowanie nie następuje większych trudności, a systemy norm (prawnych, moralnych czy obyczajowych) zgodnie wykluczają ją z repertuaru dozwolonych zachowań. Za kazirodztwo uważa się utrzymywanie kontaktów seksualnych między krewnymi, przy czym określenie granicznego stopnia pokrewieństwa oraz jego rodzaju pozostaje w gestii norm prawnych. Najbardziej rozpowszechnionym typem kazirodztwa są relacje między ojcem (biologicznym, przysposobionym lub pełniącym tę funkcję) a córką i to ono stanowi przedmiot analizy. Powstaje pytanie, jak to się dzieje, z jakich powodów rodzina przekracza granice normy i dlaczego, mimo grożących jej za to konsekwencji, jest gotowa utrzymywać patologię?

2. RODZINA JAKO SYSTEM – GŁÓWNE ZAŁOŻENIA.

Wyjaśnieniom dostarczają tzw. systemowe teorie rodziny oparte na twierdzeniach zaczerpniętych z teorii systemów (Satir 1983). Rodzina – zgodnie z tym podejściem – jest systemem składającym się ze zbioru wzajemnie na siebie oddziałujących elementów. Elementy te, pozostając w interakcjach, tworzą w ramach systemu mniejsze podsystemy. W ten sposób w skład systemu rodziny trójpokoleniowej wchodzi mniejsze całości, na przykład mąż-żona (podsystem małżonkowie), siostra-brat (podsystem rodzeństwo). Każda osoba w rodzinie oddziałuje na inne osoby i sama pozostaje pod wpływem pojedynczych osób, ale też pod wpływem systemu jako całości. Dlatego też zachowania poszczególnych osób należy rozpatrywać w kontekście systemu rodzinnego, w skład którego wchodzi. Zgodnie z ogólnymi założeniami teorii systemów źródło patologii tkwi w systemie, a nie w poszczególnych osobach i ich problemach intrapsychoicznych. Istnieje również możliwość (uwzględniona w niniejszym opracowaniu) traktowania każdego członka rodziny, (jego osobowości) jako złożonego systemu stanowiącego element większej całości, czyli systemu rodzinnego. Stąd w wyjaśnianiu genezy patologii można sięgać zarówno do przyczyn związanych z zaburzeniami rozwojowymi w poszczególnych systemach (na przykład w indywidualnym rozwoju dzieci, rodziców czy dziadków), jak i do przyczyn związanych z całym systemem rodzinnym i z jego wybranymi podsystemami (na przykład rodzic-dziecko).

Zgodnie z założeniami systemowych teorii rodziny pojawienie się patologii w systemie nie musi prowadzić do jego rozpadu. Służyć może bowiem jego podtrzymaniu, zapewniając mu trwałość (Grzesiuk, Jakubowska 1994). Takie posługiwanie się patologią w systemie rodzinnym jest wyrazem braku skutecznych sposobów rozwiązywania problemów. Obecność konfliktów w systemie nie jest objawem zaburzenia. Nabiera takiego charakteru dopiero wtedy, gdy partnerzy nie potrafią ich konstruktywnie rozwiązać. Powstaje trudna sytuacja, w której działają dwie przeciwstawne siły. Z jednej strony nierozładowane napięcie i nierozwiązany konflikt nie pozwalają długo utrzymać systemu w całości i prowadzą rodzinę do rozpadu. Z drugiej strony, jeśli uczestnicy systemu nie chcą do rozpadu dopuścić i jeśli jednocześnie nie umieją korzystać z konstruktywnych strategii, istnieje niebezpieczeństwo zastosowania przez nich środków, które utrzymają rodzinę w całości, ale będą miały patologiczny charakter.

Zgodnie z ogólnymi założeniami systemowych teorii rodziny rolę patologicznych strategii pełnić mogą choroby, uzależnienia czy zaburzone zachowania. Wprowadzenie ich do rodziny nie rozwiąże wprawdzie konfliktu, ale przystosowuje rodzinę do życia z nimi. Patologia zostaje wkomponowana w strukturę rodziny, stając się elementem utrzymującym ją w całości oraz – co nie mniej ważne – spełniając jeszcze dodatkowe funkcje. Należy do nich na przykład obniżanie napięcia emocjonalnego wynikłego z konfliktu, porządkowanie życia rodzinnego, unikanie problemów. Te dwie jego cechy: utrzymanie systemu w całości i regulowanie życia rodzinnego powodują, że nawet gdy sposób reagowania spełnia kryteria ewidentnej

patologii (choroba alkoholowa, kazirodztwo), zyskuje cechę trwałości i opiera się zmianom. Każda zmiana warunków funkcjonowania rodziny (w tym także próby rozbicia patologicznego mechanizmu) napotyka na opór ze strony członków rodziny zainteresowanych utrzymaniem jej stałości.

Ceną za utrzymanie całości systemu jest zablokowanie jego rozwoju. Patologia, która stała się mechanizmem sterującym rodziną, blokuje rozwój poszczególnych jej członków oraz nie pozwala na osiągnięcie całej rodzinie kolejnych etapów jej cyklu rozwojowego. Każda rodzina poddana jest dwóm rodzajom przeciwstawnie działających sił: dążeniu do homeostazy i dążeniu do transformacji. Pierwsza tendencja oznacza, że w rodzinie istnieją mechanizmy regulacyjne utrzymujące równowagę w zmieniających się warunkach życia. Przeciwdziałają się rozpadowi rodziny i zapewniają jej stałość. Druga tendencja oznacza, że rodzina ulega ciągłym przekształceniom (urodzenie dzieci, dorastanie, starzenie się, śmierć), dzięki czemu nadąża za zmieniającymi się potrzebami jej członków i za wymaganiami płynącymi z zewnątrz. Rodzina, która wykorzystuje mechanizmy patologiczne, musi wypracować sztywny system reguł homeostatycznych, by oprzeć się zmianom (ograniczyć działanie reguł transformacji) i utrzymać system w całości razem z jej patologicznym elementem. Dzięki regułom homeostatycznym rodzina może przez dłuższy czas funkcjonować na nowym poziomie równowagi (homeostazy).

Podejście systemowe odchodzi od linearnego ujęcia patologii. Oferuje model cyrkularny, gdzie poszczególne czynniki i relacje między nimi tworzą związki przyczynowo-skutkowe, wzajemnie się wzmacniające. Jeśli w roli zjawiska patologicznego wystąpi kazirodztwo, to zostanie ono sprowadzone do roli zjawiska zamkniętego w systemie rodzinnym, wytworzonego przez ten system, potrzebnego w systemie i z tego powodu przez system chronionego (Rosenfeld 1979, Furniss 1984, Bentovim 1990). Systemowe ujmowanie rodziny wyjaśnia w ten sposób nie tylko genezę kazirodztwa, ale też dynamikę jego rozwoju.

Ten ostatecznie sformułowany sposób widzenia kazirodztwa w rodzinie nie jest ani powszechnie przyjęty, ani bezkrytycznie akceptowany (Finkelhor 1984, Glaser, Frosh 1995). Posługiwanie się nim rodzi określone konsekwencje, które w procesie opisywania i wyjaśnienia zjawiska należy wziąć pod uwagę.

Najważniejszy problem dotyczy związku między przyczynami kazirodztwa a sprawstwem osoby, która się dopuszcza czynu. W podejściu systemowym istnieje tendencja do wskazywania na szeroki zbiór zmiennych prowadzących do jego powstania. Czynniki te sięgają daleko poza osobę sprawcy, tak w wymiarze czasowym, jak i przestrzennym. Dotyczą uwarunkowań pochodzących z poprzedniego pokolenia oraz oddziaływań płynących ze strony złożonych systemów. Zależności między poszczególnymi czynnikami, w równym stopniu jak same czynniki są odpowiedzialne za kształt patologii (Bentovim 1990). Ryzyko powstania kazirodztwa tkwi w systemie od początku jego istnienia, a specyficzna relacja między członkami rodziny prowadzi do jego aktualizowania (Rosenfeld 1979, Finkelhor 1984, Furniss 1984, Bentovim 1990, Glaser, Frosh 1995). Ten sposób rozumowania wydaje się grozić odebraniem sprawstwa działającemu podmiotowi i sprowadzeniem go do roli

uczestnika systemu zdeterminowanego w swoich zachowaniach przez teraźniejsze i przeszłe naciski.

W rzeczywistości podejście systemowe nie umniejsza znaczenia sprawstwa podmiotu. Odrzucając założenie o braku wpływów jednostki na system, akcentuje znaczenie takich czynników po stronie podmiotu, jak zdolność do poszukiwania konstruktywnych rozwiązań problemów, zdolność do radzenia sobie ze stresem czy zdolność do przekraczania ograniczeń rozwojowych. Dzięki nim możliwe staje się kształtowanie i planowanie działań podmiotu zamiast deterministycznego ulegania wpływom niezależnych od niego zmiennych. Podobne znaczenie ma przyjęcie założenia o dwustronnych zależnościach między każdym uczestnikiem systemu a systemem jako całością oraz założenia o roli czynników intrapsychicznych (związanych z działaniem systemu, jakim jest osobowość sprawcy) w rozwoju patologii systemowej. Wszelkie wyjaśnienie uwarunkowań zjawiska nie jest tożsame z deterministycznym traktowaniem związków przyczynowo-skutkowych. Wyjaśnienie uwarunkowań działań podmiotu nie jest tożsame z pozbawianiem go sprawstwa. Sprawcą kazirodztwa jest konkretna osoba, i tylko ona powinna być ze swoich działań rozliczana.

Drugi problem wiąże się z odpowiedzialnością sprawcy (lub sprawców, gdy obie osoby są dorosłe). Najpoważniejsze zarzuty wysuwane pod adresem teorii systemowych podnoszą kwestię rozproszenia odpowiedzialności sprawcy poprzez poszukiwanie genezy patologii w systemie rodzinnym. Rzeczywiście ujęcie systemowe zakłada współdziałanie wszystkich członków rodziny w etiopatogenezie czynu kazirodczego, ponieważ wszyscy oni stanowią nieodłączne elementy systemu. Przesuwa więc zainteresowanie z osoby sprawcy na system, w którym sprawca żyje i pod wpływem którego działa. Pociąga to za sobą konieczność zanalizowania ról, jakie pełnią wszyscy członkowie systemu w rozwoju kazirodczych relacji. Ich udział w kształtowaniu systemu nie jest jednakowy (Glaser, Frosh 1995). Rodzice uważani są za głównych autorów systemu, zaś dziecko traktowane jest jako ogniwo, które wpływa nań w mniejszym stopniu.

Stąd największa uwaga skierowana jest, poza sprawcą, na kobietę jako na osobę znaczącą, w szczególności gdy kazirodztwo dotyczy dziecka. W wielu opracowaniach rozważany jest problem winy i odpowiedzialności matki. Pod tym kątem badane są jej relacje z mężem i z dziećmi, rodzaj pełnionych przez nią zadań, a także stopień w jakim jej dysfunkcyjność przyczynia się do zaburzeń systemu. Ponieważ matka w momencie czynu pozostaje zwykle w co najmniej paroletnim związku z ojcem, traktuje się osobowość matki jako istotny czynnik kształtujący jej więź z mężem, a pośrednio wpływający na typ związku ojciec-dziecko.

W literaturze przedmiotu pojawiają się opracowania omawiające udział matki w patologii, jednak zawsze w kategoriach braku opieki nad dzieckiem lub koncentracji na ochronie własnych wartości kosztem ochrony dziecka, nigdy zaś w kontekście obciążania jej winą i odpowiedzialnością za czyn podjęty przez ojca (Herman 1981, Zefran i inni 1982, Bentovim 1990, Beisert 2002). Ten sposób opisywania roli matki jest konsekwencją przyjętej i omówionej wyżej koncepcji rozróżniania między

podmiotowością sprawstwa a jego przyczynami. Zaburzeniom rozwojowym występującym po stronie matki przypisano status uwarunkowań dotyczących jej działań, które nie polegają na wykorzystaniu seksualnym dziecka, a na udziale w tworzeniu mechanizmu do niego prowadzącego. Konsekwencją zbioru przyczyn związanych z osobą matki jest niemożność przeciwdziałania zjawisku i niemożność skutecznego oddalenia niebezpieczeństwa od dziecka. Stąd działania matki mają w stosunku do sprawstwa ojca status przyczyn, a nie współsprawstwa. Skoro nie można matce przypisać sprawstwa, nie można również przypisać jej odpowiedzialności za czyn. Dlatego też sprawstwo i odpowiedzialność obciążają wyłącznie ojca.

Nieco inaczej przedstawiają się obie kwestie w momencie, gdy matka bierze czynny udział w wykorzystaniu seksualnym dziecka (Mathews i inni 1991). Jeśli jest sprawczynią kazirodztwa, to jej działania podlegają takiej samej kwalifikacji jak działania sprawcy - mężczyzny. Jeśli natomiast działa pod przymusem i jej współdziałanie z mężczyzną nie ma cech dobrowolności, to w grę wchodzi raczej kwalifikacja jej stanu jako takiego, w którym miała zniesioną lub ograniczoną zdolność do pokierowania własnym działaniem. W tym wypadku kwalifikacja prawna winy i sprawstwa zależy od oceny stopnia zdolności kobiety do wpływania na swoje działanie, natomiast sytuacja psychologiczna nie różni się od poprzedniej, to znaczy takiej, w której nie przypisuje się jej sprawstwa i odpowiedzialności. Jak wynika z badań Mathews i zespołu (1991) najtrudniej ustalić odpowiedzialność kobiety w przypadku zmuszania jej do wykorzystania kazirodczego, bo mieszają się z sobą elementy sytuacji, w której kobieta pełni rolę sprawczyni i sytuacji, w której jest narzędziem w rękach sprawcy.

I wreszcie ostatnim problemem związanym z podejściem systemowym jest ocena roli drugiego uczestnika relacji, jeśli jest nim osoba nieletnia. Czy w takim razie konsekwencją przyjęcia proponowanego modelu byłoby uznanie, że dziecko współdziała i ponosi współodpowiedzialność za tworzenie patologii? Z faktu zależności między dorosłym a dzieckiem oraz z faktu ograniczeń dziecka większość autorów wyprowadza wniosek o wyłącznej odpowiedzialności sprawcy (Glaser, Frosh 1995, Hilton 1987, Pacewicz 1993). Nie neguje przy tym ani możliwości wysyłania sygnałów seksualnych przez dziecko, ani jego braku protestów, ani braku prób przzerwania kazirodztwa. Bierze pod uwagę istnienie wtórnych korzyści czerpanych przez dziecko z wyjątkowej relacji. Wszystkie te okoliczności nie znoszą jednak nierówności uczestników i nie powodują powstania współodpowiedzialności dziecka. Dorosły jest odpowiedzialny nie tylko za inicjowanie kontaktu seksualnego z dzieckiem, nie tylko za wywieranie na nie przymusu. Jest także odpowiedzialny za stawianie granic dla zachowań dziecka. Dla niektórych badaczy przy tego rodzaju wyjaśnieniach istnieje niebezpieczeństwo rozmycia odpowiedzialności sprawcy i obarczania nią dziecka (Glaser, Frosh 1995).

Ostatnią ważną kwestią podnoszoną przez przeciwników wyjaśnień systemowych jest zapatrywanie na rolę patologii seksualnej w życiu rodziny. Krytycy sprzeciwiają się twierdzeniu, iż kazirodztwo dostarcza „wtórnych korzyści”, dziecku,

sprawcy czy wreszcie całej rodzinie. Ich zdaniem ewidentna patologia (w tym także seksualna) nie ma zdolności samopodtrzymywania się i „rozwoju”, a uczestnicy patologii dążą do jej zmiany, a więc eliminacji. Nie można więc traktować kazirodztwa jako zjawiska podtrzymywanego przez system.

Argumenty odpierające ten zarzut mają charakter teoretyczny i empiryczny. Liczne koncepcje stresu i radzenia sobie udowodniły, że w sytuacji trudnej człowiek dąży do jej rozwiązania i uregulowania napięcia emocjonalnego, posługując się strategiami konstruktywnymi lub/i sięgając po mechanizmy obronne (Lazarus, Folkman 1984, Sęk 2002). Gratyfikujący charakter tych ostatnich jest odpowiedzialny za długotrwałe utrzymywanie się strategii obronnych, mimo ich wyraźnie czasem destruktywnego charakteru. Wtórne korzyści płynące z tego powodu przewyższają koszty istnienia nierozwiązanego problemu. Korzystny dla jednostki stosunek zysków do kosztów jest powodem utrzymywania się nie tylko mechanizmów obronnych, ale także objawów nerwicowych, uzależnień, chorób psychosomatycznych, zaburzeń zachowania. Mimo że w każdym z tych przykładów cierpienie podmiotu i związanych z nim osób nie podlega wątpliwości, faktem pozostaje także sięganie po odpowiedzialne za jego istnienie strategie. Ponieważ większość omówionych tu sposobów reagowania oparta jest na mechanizmach nieświadomych, nie podlega bezpośredniej kontroli i nie nadaje się do łatwego wyeliminowania.

Do podobnej konkluzji doprowadziłyby posłużenie się innym (niż psychodynamiczny) paradygmatem wyjaśniającym powstawanie i utrzymywanie się patologii funkcjonowania jednostki. Za przykład służyć może odwoływanie się do paradygmatu behawioralnego przy wyjaśnianiu roli uczenia w utrwalaniu nawyków czy poznawczego przy uznaniu roli schematów poznawczych w genezie patologii zachowań. Wskazanie na „przydatność” mechanizmów prowadzących i utrwalających patologię jednostkowych działań nie jest rzeczą trudną. Rozciągnięcie jej na system wymaga odwołania się do koncepcji wyjaśniających powstawanie zaburzeń w strukturach złożonych na przykład w rodzinie. Służą w tym celu koncepcje koluzji (Willi 1995) wskazujące na wzajemne uzupełnianie się i eskalowanie destrukcji w parze. Niemożność przerwania zależności przyczynowo-skutkowej opartej na kompensacji braków partnerów i na nieumiejętnym zaspokajaniu potrzeb wskazuje w jaki sposób jednostkowe mechanizmy obronne mogą tworzyć zwartą całość, raczej utrwalającą patologię niż zmierzającą do jej wyeliminowania.

Dowodów empirycznych broniących przydatności podejścia systemowego w rozstrzygnięciu ww. kwestii dostarczyły badania nad kazirodzym wykorzystaniem dziecka. Charakterystyka funkcjonowania rodzin kazirodzych wykazała, że kontakty seksualne między członkami rodziny rzadko mają jednorazowy charakter, przejawiając raczej tendencję do dłuższego utrzymywania się w czasie (Herman 1981, Bentovim 1990). Każdy członek rodziny w inny sposób wpływa na czas trwania patologii. Sprawcy, niezależnie od poczucia naganności działań, zmierzają do ich ukrycia i przedłużenia przez zakłócanie funkcjonowania hamulców (blokerów kazirodztwa), zapewnienie sekretności i system zaprzeczeń (Summit 1983, Burgess,

Holmstrom 1975, Hartley 1998). Zachowania matek, które można uporządkować na osi współpraca z ojcem – skuteczna ochrona dziecka są bliższe pierwszego bieguna, a o ich motywach nastawionych na podtrzymanie patologii informuje szereg prac, które dokładnie zostały omówione w innym miejscu (Herman 1981, Zefran i inni 1982, Russell, 1986, Beisert, 2004). Wiele wyników badań, które są tam przywołane, wskazuje wprawdzie raczej na ścieranie się konkurencyjnych dążeń (ku wyeliminowaniu i ku utrzymaniu patologii) niż na konsekwentne działanie poszczególnych osób oparte na jednorodnych motywach, nie wyklucza to jednak faktu, że dzięki przewadze pierwszych z nich kazirodztwo nie sprówdza się zwykle do jednorazowego epizodu. Podtrzymuje to hipotezę o możliwości wykorzystywania patologii seksualnej jako mechanizmu regulującego funkcjonowanie rodziny.

3. MECHANIZMY ODPOWIEDZIALNE ZA POWSTANIE I ROZWÓJ PATOLOGII W SYSTEMIE

Przeprowadzona do tej pory analiza funkcjonowania systemów rodzinnych wskazywała wyraźnie, że istotą samopodtrzymywania się patologii w systemie rodzinnym jest dokonany przez jej członków swoisty bilans korzyści i strat. Jeśli osoby mające wpływ na losy rodziny uznają (niezależnie od tego czy są sprawcami, czy innymi dorosłymi uczestnikami systemu), że „korzyści” płynące z patologii przewyższają straty, kazirodztwo może utrzymywać się wiele lat, utrzymując tym samym system. Warunkiem jednak, obok przedstawionego wyniku bilansu, jest specyficzny rachunek korzyści. Straty ponosi zazwyczaj jednostka. Jej cierpienie i negatywne konsekwencje są ewidentne, w sytuacji która jednak ma miejsce najczęściej – w sytuacji seksualnego wykorzystywania dziecka. Natomiast „korzyści” lokują się albo po stronie sprawcy, albo po stronie innych dorosłych, którzy również w ten sposób chronią ważne dla siebie wartości.

Powstaje w tym miejscu pytanie o narzędzia wykorzystywane w systemie dla utrzymania patologii. Opisy rodzin kazirodczych i wyniki badań empirycznych pozwalają odtworzyć cały, hierarchicznie uporządkowany system reguł, na których rodziny te opierają swoje funkcjonowanie. Ich celem jest utrzymanie rodziny w całości. Zespół reguł ma charakter trójstopniowy. Na szczycie znajdują się zasady najbardziej ogólne, które określają ramy dla systemu. Pełnią rolę podstawowego programu funkcjonowania rodziny. Kolejny poziom tworzą reguły, które kontrolują kierunek rozwoju rodziny: Czuwają nad fazowością zmian, zachowaniem kolejności faz. Określają przede wszystkim kolejność sekwencji zachowań, by swoim przebiegiem realizowały częściowe (charakterystyczne dla każdego etapu) i ostateczne cele rodziny. Na najniższym poziomie znajdują się reguły homeostatyczne. Mają najbardziej konkretny charakter. Są zestawem nakazów, zakazów i zaleceń wskazujących członkom rodziny, w jaki sposób powinni zachowywać się, by utrzymać status quo. Stąd, przyjmując, że każde zachowanie jest komunikatem, reguły określające za-

chowania członków rodziny kazirodczej mogą być potraktowane jako swoiste normy regulujące komunikowanie się członków rodziny kazirodczej, zmierzające do utrzymania systemu kazirodczego w niezmienionym stanie.

3.1. RAMOWE REGUŁY FUNKCJONOWANIA RODZIN KAZIRODCZYCH

Rodziny kazirodcze, nawet te najbardziej typowe, oparte na wykorzystywaniu nieletniej córki przez ojca, nie mają charakteru monolitycznego. Na podstawie literatury przedmiotu rodziny kazirodcze podzielić można (biorąc pod uwagę osobę sprawcy) na cztery rodzaje: rodziny z psychopatycznym sprawcą, rodziny ze sprawcą regresywnym, rodziny z dominującym dzieckiem i rodziny promiskuityczne. Mimo wyraźnych różnic związanych z osobą sprawcy-ojca analiza rodzin kazirodczych pozwala odtworzyć pewne ogólne zasady, które regulują ich funkcjonowanie. Tworzą one zasady ramowe, wspólne dla prawie wszystkich typów rodzin kazirodczych.

I. Znaczna przewaga autorytetu jednego rodzica nad drugim

W rodzinach kazirodczych rodzice zawsze zajmują skrajnie różne pozycje. Gdy jedno z nich zajmuje bardzo wysoką pozycję, drugie plasuje się na pozycji bardzo niskiej. W rodzinach, w których najwyższą pozycję zajmuje ojciec-sprawca jest on widziany jako osoba dominująca. Dąży do skupienia całej władzy w swoim ręku, czynnie działa w kierunku odebrania atrybutów władzy kobiecie, sprawuje kontrolę nad żoną i wszystkimi kobietami w rodzinie, często stosuje przemoc dla wyegzekwowania posłuchu. W przypadku przewagi kobiety (typ rodziny z regresywnym sprawcą) jej dominacja odbierana jest w kategoriach opieki nad mężem-sprawcą i dziećmi. Opieka stanowi połączenie represji i skuteczności. W obu typach rodzin pozycja małżonka podporządkowanego równa jest pozycji dziecka, choć jeszcze istotną rolę dla oceny tej pozycji odgrywa płeć dziecka. W rodzinach patriarchalnych pozycja synów może przewyższać pozycję matki. Pewien wyjątek stanowią rodziny z dominującym dzieckiem (Beisert 2004). Ponieważ żadne z rodziców nie chce i nie potrafi kierować życiem rodziny, władzę (na późniejszym etapie rozwoju kazirodztwa) przejmuje córka – partnerka sprawcy. To jej wysoka pozycja podwyższa pozycję ojca, który przez to ma nieco większe znaczenie niż matka. Można więc mówić w sytuacji tej rodziny o relatywnie wyższym statusie jednego z rodziców.

II. Niejasność pełnionych w rodzinie ról i rozmycie ich granic

Rodzice ani nie wyrażają jasno, na czym polegają role dzieci i osób dorosłych, ani nie potrafią wykonać ról egzekwować. Dochodzi do rywalizacji matek i córek w rodzinach patriarchalnych i do specyficznej solidarności ojca z dzieckiem w rodzinach matriarchalnych. Odwracanie ról dorosłych i dzieci jest typową cechą rodzin patologicznych.

III. Wysoki poziom napięć w rodzinie

Konflikty intrapersonalne rodziców, a także zaburzenia interpersonalne w rodzinie powodują powstanie wysokiego poziomu napięć (Czerederecka, Obydzińska-Jaśkiewicz

2004). Ich głównym powodem jest jednak brak umiejętności – po stronie dorosłych członków rodziny – rozwiązania konfliktów i radzenia sobie z kryzysami. Stosowanie mechanizmów obronnych w miejsce mechanizmów zaradczych powoduje chwilowe tylko spadki napięć. W dłuższych odcinkach czasu następują stałe nawroty napięć, które utrzymuje się na wysokim poziomie. W końcu włącza się jeden mechanizm odpowiedzialny za niwelowanie napięć, mechanizm mający wyraźne cechy patologii.

IV. Ambiwalentny obraz rodzica dominującego

Każda z osób sprawujących władzę odbierana jest ambiwalentnie przez resztę członków rodziny. Badania Herman (1981) udowodniły, że sylwetka patriarchalnego ojca zawiera w równej proporcji współwystępowanie takich sprzecznych cech, jak: przymus i dbałość o rodzinę, tyrania i opieka, ograniczanie wolności i zaspokajanie potrzeb, okrucieństwo i pracowitość. Podobnie ambiwalentny bywa obraz dominującej matki. Jest widziana jako represyjna i zapewniająca bezpieczeństwo, zimna i odpowiedzialna, ograniczająca i udzielająca ochrony (Johnson 1998). W sytuacji dominacji dziecka nad rodzicami obraz rodziców również jest pełen kontrastów. Są spostrzegani jako z jednej strony nieudolni i niedbali, z drugiej zaś jako związani emocjonalnie z sobą i dziećmi, łagodni i ulegli.

V. Tworzenie się koalicji ofiara-sprawca

W rodzinach kazirodzych stosunkowo szybko dochodzi do uzyskiwania przez ofiarę statusu zbliżonego do statusu sprawcy. W rodzinach patriarchalnych pozycja dziecka wykorzystywanego seksualnie staje się wyższa, w rodzinach matriarchalnych (ze sprawcą regresywnym) podobnie niska jak pozycja ojca. Specyficzna więź seksualna łącząca ofiarę ze sprawcą stwarza podstawy do powstania opozycyjnego układu wobec matki lub pozostałych członków rodziny. Ten rodzaj relacji powoduje wyodrębnienie pary jako oddzielnego podsystemu, zwiększającego jej siłę działania.

VI. Izolacja

We wszystkich rodzinach kazirodzych izolacja działa w służbie podtrzymania patologii. Jest wynikiem celowej aktywności członków rodziny, głównie rodziców. Przyczyną izolacji są cechy podmiotowe sprawcy, na zewnątrz ujawniające się pod postacią słabych umiejętności społecznych. W im mniejszym stopniu osoby z zewnątrz mają wgląd w sytuację rodzinną, tym bardziej spada szansa na ich interwencję. Zależność między rosnącym dystansem społecznym a nasileniem się zjawiska kazirodztwa została potwierdzona w wielu sytuacjach (Haugaard, Reppucci 1988).

VII. Konwencjonalność

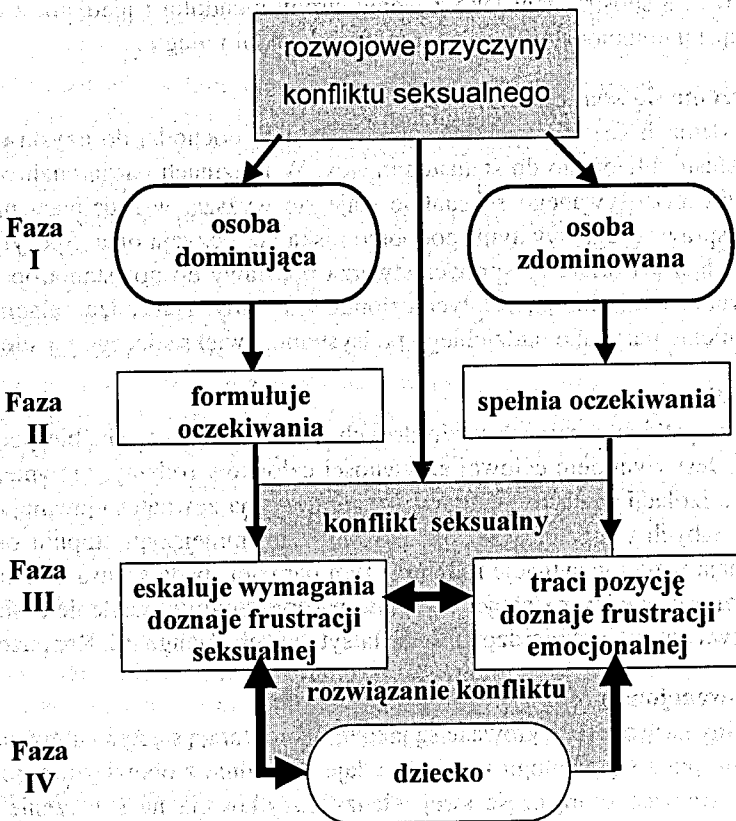
Rodziny kazirodcze traktowane są jako te, które starają się żyć – i przynajmniej do czasu ujawnienia się patologii im się to udaje – zgodnie z obowiązującymi w grupie normami. Rodzice sporą część swej władzy zużytkowują na stworzenie stosownej fasady. Otoczenie ma odbierać rodzinę jako system wypełniający skierowane pod jego adresem społeczne oczekiwania, a jego członków jako osoby poprawnie funkcjonujące.

3.2. REGUŁY KONTROLUJĄCE KIERUNEK ROZWOJU RODZINY

Schemat rozwoju zaburzenia we wszystkich typach rodzin kazirodczych jest ten sam, tylko jego elementy treściowe są odmienne, na skutek różnic związanych z osobą sprawcy i jego partnerki. Systemy rodzinne mają elementy wspólne, bo ich funkcjonowanie oparte jest na tych samych podstawowych regułach. To one właśnie powodują, że dynamika rozwoju kazirodztwa przebiega podobnie. Wszystkie rodziny charakteryzują się taką samą dynamiką rozwoju patologii, która przebiega czterofazowo. Kolejno po sobie następują:

1. Faza doboru uczestników.
2. Faza formułowania wymagań i ustalania reguł.
3. Faza frustracji i jawnego konfliktu.
4. Faza zamknięcia kazirodczego układu.

Rysunek 1 przedstawia przebieg pełnego cyklu rozwoju wszystkich faz w ramach systemu, jaki tworzy rodzina prokreacji.



Rys 1. Mechanizm rozwoju kazirodztwa

Dla lepszego zrozumienia istoty działania całego mechanizmu poszczególne fazy zostaną omówione oddzielnie w kolejności chronologicznej.

Faza I

Ten etap tworzenia ryzykownego związku zamyka w sobie takie procesy jak poszukiwanie i dobór partnerów oraz podejmowanie decyzji o zawarciu małżeństwa. Poszukiwanie dokonuje się pod wpływem wytworzonych wcześniej wyobrażeń oraz wzorców wyuczonych w rodzinie generacji. Przyszli małżonkowie dobierają partnerów pod kątem zaspokojenia własnych potrzeb, traktując drugą osobę (mniej lub bardziej świadomie) jako tę, która uzupełni brakujące im cechy. Wcześniejsze doświadczenia i cechy osobowościowe charakteryzujące oboje partnerów powodują, że oczekiwania te są przeciwstawne i komplementarne zarazem. Na przykład kobieta submisyjna, zależna od rodziców, niezaradna i poszukująca oparcia, wiąże się z mężczyzną dominującym i nastawionym na realizację swoich potrzeb, spośród których wybija się potrzeba władzy i potrzeba seksualna. W innej wersji związku mężczyzna odbierany jako łagodny i empatyczny zwraca się ku kobiecie, która na zewnątrz prezentuje się jako stanowcza, dominująca i opiekuńcza. W obu przytoczonych tu przykładowo typach relacji partnerom wydaje się, że są w stanie nawzajem zaspokoić swoje potrzeby, zaś nadmiarowość niektórych cech kobiety (na przykład jej niesamodzielność) skompensuje nadmiarowość innej cechy (władczość) występująca po stronie mężczyzny. Ten sposób traktowania potrzeb obejmuje również potrzebę seksualną. Osoba dominująca przejawia większe zainteresowanie seksualnością i wyższe natężenie potrzeby seksualnej (nie zawsze wprost ujawnione). Osoba zdominowana natomiast nie jest w wysokim stopniu zainteresowana współzyciem seksualnym, choć może na początku demonstrować postawę przeciwną.

Nietrudno zauważyć, że dobór partnerów, obok komplementarności, dokonuje się na zasadzie nierówności pozycji. Związek już na samym początku zawiera w sobie (jawny lub ukryty) instrumentalizm, dość znaczny – choć nie rozpoznany – egocentryzm obojga partnerów oraz dążenie do ścisłego podziału ról w związku. Zmierzają do zwiększania wzajemnej zależności przez rozwijanie jednostronnych cech każdego i przez zróżnicowanie pozycji partnerów, co w efekcie pogłębia różnice między nimi i wzmacnia zależność.

Uruchomione w pierwszej fazie procesy niosą ze sobą zapowiedź przyszłego konfliktu emocjonalno-seksualnego, który jest osią rozwijającej się w rodzinie patologii. Źródła konfliktu tkwią we wzorcach wyniesionych z rodzin generacji, a proces doboru partnerów i decyzja o wspólnym życiu stanowią jedynie ich aktualizację.

Faza II

Po zrealizowaniu etapu pierwszego małżonkowie przystępują do ustalania i wzmocnienia reguł rządzących ich wzajemną relacją. Aktywnie działa jedynie osoba z dominującą pozycją. Rozpoczyna od tworzenia podstaw do sprawowania

władzy. Określa własne potrzeby i formułuje wymagania. Ustala też własne powinności (np. odpowiedzialność za wypełnienie takich zadań rodziny jak prokreacja, zapewnienie środków utrzymania). Tym samym wskazuje, czego współmałżonek może spodziewać się po małżeństwie. Czyni to bez uwzględniania jego potrzeb. W tej fazie osoba zdominowana (kobieta lub mężczyzna) dowiaduje się na czym polega jej rola i zgadza się z nią. Nastawia się na wypełnianie wymagań partnera, licząc, że tym sposobem osiągnie zaspokojenie potrzeb własnych, w tym głównie potrzeby emocjonalnej i bezpieczeństwa.

Już na początku trwania związku ujawnia się niezadowolenie obojga małżonków. Partner zdominowany stara się spełniać wymagania drugiego (seksualne, materialne). Proces ten jednak nie przebiega zgodnie z oczekiwaniami. Partnerowi zdominowanemu przeszkadza w spełnianiu wymagań wysoka koncentracja na własnej osobie i sprawdzanie własnego poziomu zaspokojenia, mimo przekonania o działaniu na rzecz współmałżonka. Gdy osobą zdominowaną jest kobieta – to coraz bardziej uświadamia sobie, że jej uległość i wysiłki nie są dla mężczyzny wystarczającym warunkiem zadowolenia. Gdy jest nim mężczyzna – to utrzymuje w partnerce przekonanie o swojej gotowości do wypełniania wymagań, po to, by otrzymać opiekę i oparcie. Mężczyzna zainteresowany jest głównie czułością i empatią, a nie współżyciem seksualnym. Na tym etapie związku stara się to ukryć, usprawiedliwiając się czynnikami zewnętrznymi (ciąża, poród, zmęczenie, rozłąka).

W tym wczesnym okresie konflikt seksualny nie ma charakteru jawnego. Równoległe z rosnącą frustracją partnera dominującego rośnie niezadowolenie partnera zdominowanego. Ten etap rozwoju systemu kończy obustronna dysatisfakcja. Partner dominujący (kobieta lub mężczyzna) nie jest zaspokojony seksualnie, a partner zdominowany nie jest zaspokojony emocjonalnie.

Faza III

Czas potrzebny na wytworzenie znacznego poczucia niezadowolenia jest wystarczający do zmiany małżeństwa w rodzinę. Wypełnianie funkcji prokreacyjnej powoduje z kolei naturalne przekształcenia w wypełnianiu funkcji seksualnej. Mogą one niestety zwiększać stopień niezadowolenia partnerów z małżeństwa. Każdy z partnerów, według własnego wzorca, podejmuje wysiłki dla osiągnięcia pożądanego przez siebie stanu. Wypełnią im one kolejny, trzeci etap rozwoju systemu zagrożonego kazirodztwem.

Partner zdominowany, w odpowiedzi na brak zadowolenia z małżeństwa reaguje silnym niepokojem, związanym z zagrożeniem istotnych wartości. Niezadowolenie manifestowane przez dominującego i sfrustrowanego seksualnie małżonka podważa jego poczucie bezpieczeństwa. W tej sytuacji zaczyna czynić próby mające bardziej ich ze sobą związać. Nie potrafi jednak stworzyć nowych sposobów radzenia sobie z sytuacją. Wzmaga natomiast intensywność i ilość dotychczas stosowanych środków zaradczych. Koncentruje wysiłki na coraz lepszym wypełnieniu jego coraz wyż-

szych wymagań. Partner dominujący (niezależnie od tego czy jest nim kobieta, czy mężczyzna) nie nagradza tych wysiłków, ale reaguje agresją na ich nieodpowiednie wykonanie, wzrostem wymagań i kolejną frustracją. Repertuar jego reakcji też jest stały. Zaczyna eskalować wymagania, korzystając przy ich egzekwowaniu z atrybutów władzy.

W zasadzie jakościowo sytuacja małżonków nie ulega zmianie. Jednakże charakterystycznymi cechami tego etapu jest niesłyszany wzrost napięcia emocjonalnego i wzrost wzajemnego uzależnienia poparty sięganiem po nowe, wzmacniające go sposoby. W tym momencie konflikt emocjonalno-seksualny osiąga swą pełną postać. Małżonek frustrowany seksualnie (osoba dominująca) domaga się zaspokojenia swoich potrzeb. Czuje się uzależniony od źle wypełniającego swoją funkcję partnera, a czasami dodatkowo bywa uzależniony od alkoholu lub innych substancji czy czynności. Jeżeli stan ten trwa kilka lat i jeżeli pojawi się w tym związku dziecko (dzieci), dojść może do kluczowego etapu w rozwoju relacji kazirodziej.

Faza IV

W czasie kilku lat potrzebnych do rozwoju relacji rodziców rodzą się pierwsze i kolejne dzieci. Na skutek konfliktu istniejącego między rodzicami funkcja ekspresyjna i socjalizacyjna nie jest wypełniana w sposób prawidłowy. Decydują o tym początkowo dwa czynniki: często podkreślana w literaturze przedmiotu tzw. niezdolność matki do dojrzałego realizowania roli i jej nieobecność (Horton i inni 1990, Paton i inni 1991, Haugaard i Reppucci 1988). Oba prowadzą do zaniedbywania dziecka i do niewypełniania jego potrzeb. Gdy nieobecność matki ma realny charakter (np. pobyt w szpitalu psychiatrycznym, podjęcie pracy zagranicą) dziecko nie może nawet do niej zaadresować prośby o zaspokajanie swoich potrzeb. W razie zaś nieobecności symbolicznej (zaabsorbowanie kolejnymi ciążami, własną karierą), matka odpowiedzieć może odmownie na prośbę dziecka wprost lub pośrednio. Ta sama prośba dziecka o zaspokajanie jego dziecięcych potrzeb skierowana do ojca spotkać się może z odpowiedzią pozytywną, ale różną od oczekiwanej przez dziecko. Ojciec sfrustrowany seksualnie (gdy pełni rolę osoby dominującej) lub emocjonalnie (gdy znajduje się w roli osoby zdominowanej) udzielić może odpowiedzi seksualnej, myśląc tym samym relacje partnerskie i ojcowskie.

Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, gdy albo komunikaty dziecka (ze względu na fazę rozwojową, w której się znajduje) będą nasycone treściami seksualnymi, lub gdy ojciec będzie gotowy do interpretowania neutralnych komunikatów jako seksualnych. W obu wypadkach może zareagować seksualnie na przekaz dziecka. Próba poinformowania matki o tej odpowiedzi zakończyć się może odmową udzielenia ochrony. W typowej zagrożonej kazirodztwem rodzinie matka nie potrafi rozpoznawać intencji i treści komunikatów dziecka. Bierność matki w rodzinach, w których dominuje kobieta, jest wynikiem powierzenia wychowania dziecka

ojcu i efektem traktowania obojga jak pary niedorosłych dzieci, które razem spędzają czas. Z punktu widzenia mężczyzny pozostawienie jemu opieki nad dzieckiem jest równoznaczne ze zgodą kobiety na formy proponowanej przez niego „opieki”.

W ten sposób zamyka się w całość zespół przyczyn prowadzących do utworzenia się patologicznej relacji w rodzinie. Kazirodcza relacja w rodzinie paradoksalnie „poprawić” może kontakty między małżonkami, ponieważ pozwala rozładować panujące w niej napięcia na sposób, który nie zapowiada rozpadu związku. Mężczyzna, tworząc związek seksualny z dzieckiem, rozładowuje napięcie seksualne, a kobieta czerpie z niego korzyści emocjonalne.

3.3. REGUŁY HOMEOSTATYCZNE

Powstanie relacji kazirodczej w rodzinie ma częściej trwały niż epizodyczny charakter. Opisany hipotetyczny mechanizm powstawania wykorzystania seksualnego dziecka ma tendencje do utrwalania się i „rozwijania”. Czynnikiem odpowiedzialnym za ten stan rzeczy jest: po pierwsze, pozorne rozwiązanie konfliktu między małżonkami odczuwane przez nich jako obniżenie napięć; a po drugie, chęć zatrzymania tej poprawy, na co najmniej dotychczasowym poziomie nowej równowagi. Służą temu celowi tzw. reguły homeostatyczne, które są niczym innym jak próbą adaptacji rodziny do nowej formy uzależnienia – do kazirodczych relacji dorosłego (częściej mężczyzny) z dzieckiem. Podobnie jak w każdej rodzinie uzależnionej (Cierpiałkowska 1992), tak i w rodzinie z problemem seksualnym tworzy się powoli system reguł utrzymujących kazirodztwo, zapewniającym działanie dotychczasowym mechanizmom obronnym i przede wszystkim nie dopuszczającym do zmian. Na podstawie analizy literatury (Glaser, Frosh 1995, Hilton 1992, Kellerman 1969, Larson, Maison 1995) udało się wyodrębnić kilka, podstawowych i powtarzających się w rodzinach dzieci wykorzystywanych seksualnie przez ojca, reguł homeostatycznych.

3.3.1. REGUŁY HOMEOSTATYCZNE W RODZINIE Z PSYCHOPATYCZNYM SPRAWCĄ

Sprawca psychopatyczny to ojciec, którego seksualność jest niedojrzała i nastawiona na ciągłe potwierdzanie własnej doskonałości, nieograniczonych możliwości i nieograniczonej władzy (Mahler 1968). W kontaktach seksualnych nie przejawia empatii, zdolności uczenia się, nie odczuwa lęku. Dziecko nie jest obiektem preferowanym, a jedynie obiektem zastępczego zaspokajania potrzeb, wyładowania agresji, eksploracji rzeczywistości. Wiek dziecka, jego indywidualne cechy (czasami i jego płeć) nie odgrywają tu specjalnej roli, bo w momencie działania liczy się jedynie dostępność obiektu. Częste uzależnienie od alkoholu sprawia, że niskiej kontroli zachowań nie towarzyszy poczucie winy i niska samoocena. Przeciwnie,

sprawca w sposób zawyżony i nieadekwatny ocenia siebie, ma poczucie władzy nad rodziną i świadomość przysługujących mu przywilejów. Wykorzystanie seksualne polega na kontakcie fizycznym (intra- i ekstragenitalnym) nacechowanym przemocą. Stąd ślady działania sprawcy mogą mieć wyraźny charakter (uszkodzenia ciała, ciąża).

I. Nakaz utrzymania rodziny w całości za każdą cenę

Realizacji tej zasady pilnuje głównie kobieta, ponieważ uzależniona pod każdym względem od mężczyzny, tylko w małżeństwie z nim widzi szansę na zapewnienie sobie bytu materialnego i statusu społecznego. Z czasem jednak mężczyzna zaczyna współdziałać z żoną, ponieważ tylko współpraca z nią zapewni pozostawanie pod jednym dachem z dzieckiem.

II. Nakaz obrony równowagi rodzinnej osiągniętej przez kazirodztwo

Oboje małżonkowie, każde na swój sposób odczuwają „pozytywne” skutki obniżenia się napięć w rodzinie. Pozornie konflikt między małżonkami, bez konieczności rekonstruowania związku, znalazł rozwiązanie w jego ramach. Zatrzymanie poziomu równowagi leży w interesie obojga, każdy więc ze swojej strony dąży do stabilizacji nowej równowagi. Czasami towarzyszą tym działaniom próby wciągnięcia do współpracy dziecka, poprzez uświadomienie mu, że stan obecny jest lepszy od jakiegokolwiek innego.

III. Nakaz izolacji od otoczenia

Analiza literatury przedmiotu prowadzi do wniosku, że ten nakaz powstaje najwcześniej, czasami jeszcze na etapie poprzedzającym małżeństwo (Olio 1993). Nie sprowadza się on koniecznie do nakazu izolacji fizycznej. Odległe miejsce zamieszkania czy nietypowość rodziny (np. wyjazd matki na leczenie psychiatryczne) stanowią dostateczny i najprostszy powód zrywania kontaktów z otoczeniem. Jednakże izolacja spowodowana być może konfliktem między rodziną generacji i prokreacji, odmiennością religijną czy rasową. Te wszystkie przejawy izolacji służą jednemu celowi: oddaleniu rodziny od reszty świata, zminimalizowaniu kontroli zewnętrznej i ukryciu patologii.

IV. Nakaz sekretności zewnętrznej

Świadomość przekroczenia granic normy często towarzyszy wszystkim członkom rodziny, choć oczywiście nie musi być ona nazwana i jednakowa dla wszystkich. Świadomość podejmowania czynów zakazanych obwarowanych karą stanowi skuteczną ochronę przed powiadamianiem otoczenia. Jednakże reguła milczenia wobec obcych na każdy temat związany z rodziną, wpajana jest dzieciom wcześniej, długo przed czynem kazirodczym.

V. Nakaz sekretności wewnętrznej

Polega on na milczącym znoszeniu sytuacji patologicznej relacji, bez żadnej próby jawnego podjęcia problemu. Zakaz mówienia o sytuacji, o uczuciach i potrzebach

pochodzi jeszcze z czasów, kiedy rozwijający się konflikt emocjonalno-seksualny nie został ujawniony, jasno sformułowany i skonfrontowany. Rodzice wpajają ten zakaz ofierze, uwalniając się przed koniecznością reagowania na skargi dziecka.

VI. Nakaz obrony przed zagrożeniem

Świadomość udziału w patologii rodzi u dorosłych członków rodziny lęk przed ewentualnymi konsekwencjami jej ujawnienia. Ponieważ sankcje przysłyby niewątpliwie z zewnątrz, otoczenie spostrzegane jest jako wrogie i zagrażające. Dorosli uczą dzieci wewnętrznej konsolidacji przeciwko wspólnemu wrogowi, mogącemu zniszczyć byt rodzinny.

VII. Nakaz bezwzględnej posłuszeństwa rodzicom (napastnikowi)

Wynika on z relacji władza-zależność, jaka wytworzyła się między rodzicami. Ojciec przyzwyczajony do sprawowania władzy, bez uwzględniania autonomii pozostałych członków rodziny, dysponuje nimi zgodnie z własną wolą.

VIII. Zezwolenie przekraczania granic podsystemów

W rodzinach funkcjonujących prawidłowo obowiązuje zakaz nawiązywania kontaktów poza granicami podsystemów rodzinnych. Tak więc, żona i mąż tworzą w ramach systemu rodzinnego podsystem, którego członkowie powiązani są relacją seksualną. Inni członkowie rodziny nie mają wstępu do tego podsystemu, tzn. nie mogą przejąć funkcji seksualnej żadnego z partnerów. Na przykład córka nie może zastąpić matki i zostać partnerką seksualną ojca, ponieważ ściśle określona granica zakreślona między matką i ojcem broni wstępu do podsystemu. W rodzinach, gdzie dziecko spotyka się z napastowaniem seksualnym, dorosły podejmując z nim tego rodzaju kontakty, wpuszcza je do zamkniętego przed dzieckiem podsystemu.

IX. Reguła własności

Ojciec, mając poczucie całkowitej władzy i świadomość zależności od niego wszystkich pozostałych osób, traktuje je jako należące do niego elementy pewnej całości.

3.3.2. REGUŁY HOMEOSTATYCZNE W RODZINIE Z REGRESYWNYM SPRAWCĄ

Sprawca regresywny to ojciec, którego działanie jest znacznie mniej dojrzałe niż działanie sprawcy psychopatycznego. Naznaczone jest lękiem przed dorosłą kobietą, przed agresją i separacją. Dziecko nie jest jedynym obiektem, na który ojciec reaguje seksualnie, ale obiektem preferowanym, bo poziom bezpieczeństwa, który stwarza jest znacznie wyższy niż osiągnany w towarzystwie dorosłej partnerki. Jego ofiarami są głównie dzieci młodsze (nie zdradzające objawów zbliżającego się pokwitania), bo tylko ich niska orientacja w sytuacji pozwala na manipulacje dziec-

kiem bez ryzyka. Wykorzystaniu rzadko towarzyszy przemoc fizyczna. Kontakty seksualne mają najczęściej charakter ekstragenitalny. W tej grupie sprawców pojawia się tzw. aktywność bez kontaktu fizycznego (akty ekshibicji, podglądanie, rozmowy, zabawy).

W tej rodzinie system reguł utrzymujących kazirodztwo ma nieco inny charakter. Wynika to przede wszystkim z układu pozycji rodziców. W rodzinie – doszło do rozdzielenia pozycji osoby dominującej od osoby sprawcy. Sprawcą jest ojciec, dominuje matka. To ona w głównej mierze jest autorką reguł. Jej potrzebom i oczekiwaniom zostanie podporządkowane funkcjonowanie całej rodziny. System reguł homeostatycznych ma z góry, na wypadek zmiany potrzeb kobiety, wbudowane takie elementy, które zmieniają system, dopasowując reguły do jej nowej sytuacji. Stąd reguły już od początku nie tworzą tak zwartej i spójnej całości, jak w rodzinie patriarchalnej. Nie mają również jednolitego charakteru. Różnią się przede wszystkim poziomem restrykcyjności. Zamiast systemu nakazów i zakazów tworzą zbiór zaleceń, norm powinnościowych i zezwoleń. System reguł działa sprawnie, między innymi ze względu na to, że jest uporządkowany hierarchicznie.

I. Reguła utrzymania rodziny w całości

Z punktu widzenia potrzeb obojga małżonków i ich wczesnodziecięcych doświadczeń jedynie funkcjonowanie w rodzinie czyni ich życie bezpiecznym. Niedojrzały mężczyzna i niedojrzała kobieta nie byłiby w stanie żyć samodzielnie. Nieświadome motywy partnerów ujawniają się przez ich niedojrzałe decyzje (wiązaną się z osobami mało znanymi, ciążyą jako przyczyną zawarcia małżeństwa z mężczyzną przypadkowo poznanym). Na poziomie świadomym motywy działania małżonków odzwierciedlają twierdzenia typu: „Ludzie powinni żyć w parach”, „Dziecko powinno mieć ojca”, „Samotna kobieta (mężczyzna) nie przedstawia wartości”. Tak długo, jak długo rodzina zapewnia pozycję społeczną, małżonkowie będą walczyć o jej podtrzymanie.

II. Reguła zachowania równowagi rodzinnej

Związek ojca z córką zapewnia na jakiś czas zachowanie równowagi w rodzinie. Oboje małżonkowie unikają w ten sposób konfrontacji z sytuacją, która wymagałaby od nich zdiagnozowania konfliktu i zarządzenia mu. Małżeństwo funkcjonuje w sposób niezakłócony, osiągając nawet pewną poprawę. Także dziecko, czerpiąc wtórne korzyści z koalicji z ojcem, może być zainteresowane obroną takiej sytuacji. Do czasu, gdy cena za ten poziom równowagi nie jest zbyt wysoka, małżonkowie skupiają się na utrzymaniu status quo.

III. Reguła samodzielnego funkcjonowania rodziny

W rodzinie z dominującą matką małżonkowie cenią sobie, choćby częściową niezależność, uzyskaną poprzez małżeństwo. Głęboka zależność małżonków od ich matek powoduje, że w sytuacji nieakceptowanego małżeństwa, matki nie są skłonne

wspierać swojego dziecka. Młodzi małżonkowie są pozostawieni sami sobie, żyjąc w izolacji od rodziny. Brak bliskich kontaktów z rodzinami pochodzenia kompensują sobie przekonaniem, że stan ten jest efektem ich dojrzałości i samodzielności. W ten sposób samodzielność mylna z izolacją urasta do rangi wartości, o której utrzymanie oboje partnerzy zabiegają. Tymczasem izolacja od otoczenia zmniejsza kontrolę nad rodziną, pozostawiając swobodę działania sprawcy kazirodztwa.

IV. Nakaz działania dla dobra dziecka

W rodzinie obowiązuje zasada podporządkowania, w razie kolizji, potrzeb jednych osób potrzebom osoby zajmującej dominującą pozycję. W rodzinach z regresywnym sprawcą reguła ta działa w sposób jasny i jawny. Problem polega na tym, że wyznaczanie osoby o najwyższej pozycji nie ma jednoznacznego charakteru. Na poziomie deklaracyjnym osobą, której potrzeby mają pierwszoplanowe znaczenie, jest dziecko. Faktycznie taką osobą jest matka. To jej potrzeby mają moc regulowania życia w rodzinie. Z istnienia i funkcjonowania tej reguły płyną dwie konsekwencje. Zmiana potrzeb matki spowodować może zmiany w całym systemie rodzinnym. Wielkość zmian może osiągnąć takie rozmiary, że doprowadzi do dezorganizacji i rozpadu systemu. Ponieważ jednak wysoka pozycja matki ma ukryty charakter, pretekstem do zmian jest realizacja potrzeb dziecka, czyli na przykład obrona jego interesów. W tym momencie wypełnienie reguły zachowania hierarchii potrzeb, czyli działania w interesie osoby, która zajmuje faktycznie najwyższą pozycję, wysunie się na plan pierwszy, podporządkowując lub unieważniając inne reguły.

V. Zezwolenie na przekraczanie granic podsystemów

Przyzwolenie na tworzenie nowych podsystemów, w których istnieją więzy seksualne, jest takie same we wszystkich typach rodzin kazirodzych.

VI. Zezwolenie na wymienialność ról

W rodzinie z dominującą matką nie obowiązuje tradycyjny podział ról. Małżonkom nie przeszkadza fakt nietradycyjnego ich wypełniania. W sytuacji zależności od rodzin pochodzenia, na tym polu potrafią wykazać dużą niezależność. Nowy układ ról zawsze jednak przeprowadzony jest w taki sposób, że zwiększa dostępność ojca do dziecka, zwiększa ich bliskość fizyczną oraz poszerza repertuar czynności dokonywanych w sytuacjach intymnych.

3.3.3. REGUŁY HOMEOSTATYCZNE W RODZINIE ZDOMINOWANEJ PRZEZ DZIECKO

Oprócz dwóch typowych modeli rodzin kazirodzych istnieją jeszcze rodziny nietypowe, które nie mieszczą się całkowicie w przytoczonej klasyfikacji. Ich opisy rzadko pojawiają się w literaturze, częściej zaś stanowią przedmiot pracy klinicysty. Cechą charakterystyczną rodziny zdominowanej przez dziecko jest przejście przez

córkę pozostającą w kazirodczym związku z ojcem nie tylko roli jego partnerki seksualnej, ale i roli osoby dorosłej kierującej życiem wszystkich członków rodziny (Bentovim 1990, Beisert 2004). Dziecko przejmując władzę bądź dlatego, że żadne z rodziców (na skutek niepełnosprawności, braku zaradności) nie jest w stanie tej roli spełniać, bądź dlatego, że osoba (na przykład matka matki), która kiedyś wypełniała tę rolę, zwolniła dotychczas zajmowane miejsce.

Panujący w tej rodzinie porządek oparty na dominacji dziecka nie oznacza, że jest ono twórcą reguł. Mimo wysokiej pozycji, dziecko pełni rolę służebną (jak w każdej sytuacji wykorzystania) wobec interesów dorosłych. Reguły homeostaticzne niewiele różnią się od reguł panujących w dwóch poprzednich typach rodzin. Ich treść jest podobna, natomiast zmienia się nacisk na przestrzeganie reguł. Na przykład nakaz utrzymania rodziny w całości, nakaz obrony jej interesów przed otoczeniem i nakaz sekretności obowiązują z całą ostrością, tym większą, że rozpad grożący tej rodzinie jest bardziej realny. Inne natomiast reguły nie mają charakteru zaleceń czy zezwoleń (zezwoleń na przekraczanie granic podsystemów), ale bezwzględnie obowiązujących norm. Do reguł charakterystycznych tylko dla tej rodziny należą:

I. Nakaz objęcia władzy przez osobę najbardziej dojrzałą

W rodzinie władzę sprawuje dziecko, ponieważ tylko ono dysponuje umiejętnościami niezbędnymi do kierowania systemem. Zarówno ojciec, jak i matka nie są na tyle dojrzały, by wypełniać funkcje rodzicielskie. Najstarsze dziecko (córka), ponieważ przewyższa ich dojrzałością, ma obowiązek wypełniać funkcje dorosłej kobiety, kierującej swoją rodziną. Chodzi tu nie tylko o funkcję seksualną partnerki ojca, ale przede wszystkim o funkcję opiekuńczą, ekspresyjną i materialną.

II. Nakaz ochrony osób dorosłych

Osoby dorosłe spostrzegane są przez dzieci i przez innych jako osoby niezaradne i niedojrzałe, które nie mają możliwości samodzielnego funkcjonowania w rodzinie i poza nią. Dla zachowania rodziny w całości należy przede wszystkim dbać o nich i o ich potrzeby. Ich obecność w rodzinie jest gwarantem (na przykład dla instytucji społecznych), że rodzina może żyć samodzielnie. Stąd dzieci (najstarsze dziecko) zachowują się w taki sposób, by otoczenie było przekonane, że rodzice wypełniają swoje funkcje w sposób nie zaburzony.

3.3.4. REGUŁY HOMEOSTATYCZNE W RODZINIE PROMISKUISTYCZNEJ

Ostatni typ rodzin kazirodczych – rodziny promiskuityczne nie wypracowują szczególnych i stabilnych reguł. Pograżone są w chaosie, który próbują opanować przez akty kazirodcze. Promiskuityzm (od łacińskiego *promiscuus* – pomieszany) oznacza w tym przypadku brak reguł współżycia seksualnego i małżeńskiego. Ne-

gatywna konotacja, którą niesie ze sobą to określenie, odzwierciedla dysfunkcyjność i wysoki poziom dezorganizacji systemu (Bentovim 1990). Rozwój patologii w rodzinie promiskuitycznej nie daje się do końca ująć w ramy proponowanego schematu.

Bentovim (1990), opisując ten typ rodziny (funkcjonujący już w pełnej, rozwiniętej formie), zwraca uwagę na pewne cechy, które można traktować jak działające przez jakiś czas (krótki) reguły homeostatyczne.

I. Rozmycie granic

Jest wynikiem przemian rodziny, zaburzeń rozwojowych jej członków oraz braku jednoznacznych reguł działania. Skład rodziny zmienia się częściej i w innym rytmie niż w rodzinie nuklearnej. Jedni przychodzą (powroty z więzienia, wprowadzenie do rodziny dzieci z poprzednich związków rodziców), inni ją opuszczają (oddanie dzieci do adopcji, leczenie odwykowe). Trudno w tej sytuacji określić, gdzie przebiegają granice między pokoleniami, między podsystemami (na przykład między rodzicami a dziećmi) i między krewnymi i obcymi. Jasne określenie granic uniemożliwiają zaburzenia rozwojowe członków rodziny, na przykład cechy osobowości borderline, gdzie niewykształcona tożsamość nie pozwala na pełne zróżnicowanie między sobą a innymi. Rodzina zagwarantowała niejako płynność swojego składu.

II. Wymiennosc ról

Wynika w tym wypadku ze specyficznych przepisów ról. W rolę członka rodziny wpisana jest dostępność seksualna, a brak więzi seksualnej między poszczególnymi osobami w rodzinie nie wyklucza jej zaistnienia w przyszłości. Dostępność seksualna jest stałą cechą (niezależnie od wieku i płci) wszystkich członków rodziny, a zmianie ulegają jedynie konfiguracje relacji seksualnych. Brak nakazu wyłączności seksualnej w parze zezwala na utrzymywanie kontaktów z kilkoma partnerami, a brak nakazu intymności upublicznia kontakty seksualne i nie wprowadza zakazu aktywności grupowej. W tej sytuacji istnieje możliwość szybkiej zmiany ról (z siostry na partnerkę seksualną) oraz łączenia kilku ról w jedną całość.

III. Nietypowa sekretność

Polega na skasowaniu zasady sekretności wewnętrznej i utrzymaniu zakazu sekretności zewnętrznej. Dostępność seksualna każdego członka rodziny i erotyzacja życia rodzinnego sprzyjają otwartej komunikacji seksualnej (Brassard i inni 1987). Różny poziom tabuizacji życia seksualnego zostaje zastąpiony przez otwarte wyrażanie swoich pragnień, przekraczanie granic intymności innych, zaspokajanie potrzeby seksualnej z użyciem przemocy, bez zwracania uwagi na ryzyko utraty zdrowia i życia. Całkowita jawność życia seksualnego obejmuje jednak tylko członków rodziny, a wyłącza obcych, tj osoby, które spostrzegane są jako pozostające poza systemem.

IV. Wysoki stopień przemocy

Ułatwia rodzinie promiskuitycznej wymuszanie zachowań seksualnych niezgodnych z porządkiem społecznym i moralnym (Furniss 1984). Aktywność seksualna ma agresywny charakter. Gwałty indywidualne i zbiorowe są tolerowane, o ile informacja o nich nie wydostaje się na zewnątrz. Podobnie zresztą jak prostytutka i sutenerstwo, traktowane jak rodzaj zarobkowania czy sposób spędzania czasu.

V. Karzące wzorce komunikacyjne

Powodują, że kontakty między członkami rodziny nasycone są negatywnymi emocjami. Nie stosuje się nagród i zachęt, stąd podejmowane interakcje są z góry traktowane jako przynoszące negatywne efekty: obniżające poczucie wartości, zagrażające samoocenie i samoakceptacji. Zastosowanie tych wzorców komunikacyjnych w specyficznej sferze komunikowania się ludzi, w sferze seksualnej, doprowadza do wypracowania podobnych, negatywnych wzorców relacji seksualnych.

Kazirodztwo pełni w tej rodzinie rolę organizującą. Rodzina promiskuityczna nie może długo funkcjonować, opierając się na tym wprowadzonym przez kazirodztwo porządku. Brak innych regulatorów życia rodzinnego szybko powoduje dezintegrację. Stąd spodziewać się należy zmian w patologii, przetasowania zależności, wprowadzenia nowych osób, wykorzystywania nowych dzieci. W ten sposób wraz z indywidualnym i rodzinnym cyklem rozwojowym odbywać się będzie cykliczne przekształcanie patologii.

Przedstawione zasady, występujące na każdym z trzech poziomów, można traktować jako reguły określające zachowania członków rodziny w poszczególnych sytuacjach, wpływające na ich pozycje, rodzaje relacji między członkami rodziny, sztywność lub przepuszczalność granic między podsystemami. Przestrzeganie tych zasad powoduje, że rodzina tworzy system zamknięty na wpływy zewnętrzne i odporny na wewnętrzne zmiany. W tym wypadku system reguł służy utrzymywaniu patologii, a konkretnie przeciwdziała ujawnieniu się kazirodczej relacji.

ZAKOŃCZENIE

Rodzina analizowana z punktu widzenia teorii systemów stanowi całość, której działanie może być podtrzymywane za pomocą mechanizmów wyraźnie patologicznych. Pierwotną przyczyną tego stanu rzeczy są niskie kompetencje dorosłych członków rodziny, którzy w sytuacji konfliktów, a więc w sytuacji problemowej, choć niekoniecznie patologicznej, nie potrafią konfliktu rozwiązać. Są bezradni zarówno wobec napięć, które wynikają z istnienia konfliktów, jak i wobec ich treści. Poszukiwanie skutecznych – z punktu widzenia uczestników konfliktu – zachowań prowadzić może do wyborów takich narzędzi działania, które mają wyraźne cechy patologii seksualnej. Czynnikiem mającym na to zasadniczy wpływ jest właśnie treść konfliktu. Małżonkowie tworzący taki system rodzinny wynieśli ze swoich

rodzin generacji wzorce sprzyjające przemocy seksualnej, lekceważeniu potrzeb seksualnych lub nadmiernemu znaczeniu przydawanemu seksualności. Brak ogólnych i szczegółowych kompetencji sprzyjać może poszukiwaniu narzędzi działania, które przede wszystkim likwidują napięcie, a niekoniecznie konstruktywnie rozwiązują problem. Na to nakładają się czynniki osobowościowe w postaci na przykład zaburzeń osobowości czy doznanych we wczesnym dzieciństwie urazów. Ponieważ metody oparte na patologii społecznej (seksualnej) przynoszą wymierne straty, pojawia się kolejny problem. Jest nim kolizja między wartościami, którymi kierują się ci członkowie systemu sprawujący władzę, i których potrzeby zaspokajane są w pierwszej kolejności a wartościami ofiar. Wybór między lepszym samopoczuciem rodziców i bezpieczeństwem z powodu życia w dotychczasowej strukturze (rodzinnie) a ochroną dziecka jest wyborem czynionym przez tych, którzy dysponują władzą i siłą. Trudno uznać za patologiczny sam twór, jakim jest system rodzinny, skoro to właśnie z powodu decyzji tworzących go osób patologia zaczyna pełnić rolę mechanizmu zapewniającego rodzinie trwałość.

Analiza patologii seksualnej nie miała służyć dyskredytowaniu systemowych teorii rodziny. Przeciwnie, jej celem było wskazanie na ich użyteczność. Tylko bowiem zrozumienie „wtórnych korzyści” patologii jest w stanie doprowadzić do jej przerwania. Przy zachowaniu jednakże świadomości, że kolizja między wartościami jednostkowymi (ochroną niezakłóconego rozwoju dziecka) a wartościami systemowymi nie może obejść się bez kosztów w postaci rozbicia patologicznego systemu.

LITERATURA

- Adamski F. (1984), *Socjologia małżeństwa i rodziny. Wprowadzenie*, Warszawa: PWN
- Adamski F. (2002), *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków: Wydawnictwo UJ
- Beisert M. (2002), *Komunikowanie się matek i dzieci w procesie ujawniania kazirodztwa*, [w:] A. Wolaska (red.), *Wybrane problemy komunikowania się i komunikacji w zjawiskach patologii społecznej*, Szczecin: AMP Studio Paweł Majewski, 107-135
- Beisert M. (2004), *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”
- Bentovim A. (1990), *Child sexual abuse within the family: assessment and treatment: the work of the Great Ormond Street Sexual Abuse Team*, London: Butterworth & Co (Publishers) Ltd.
- Burgess A., Holmstrom L. (1975), *Sexual trauma of children and adolescents. Pressure, sex and stress*, *Nursing Clinics of North America*, 10, 551-563
- Cierpiątkowska L. (1992), *Rodzina a alkoholizm. Studium rozwojowo-systemowe*. Przegląd Psychologiczny, Tom XXXV Nr 1, 51-63
- Czerederecka A., Obydzińska-Jaśkiewicz T. (2004), *Kazirodztwo czy „tylko” konflikt – trudności diagnostyczne*. Dziecko krzywdzone, Nr 6, 154-171
- Finkelhor D. (1984), *Child Sexual Abuse*, New York: Free Press
- Furniss T. (1984), *Conflicting-avoiding and conflict regulating patterns in incest and child sexual abuse*. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 50, 299-313
- Glaser D., Frosh S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystane*, Warszawa: PZWL
- Grzesiuk L., Jakubowska U. (1994), *Podejście systemowe*, [w:] L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, W-wa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 60-68

- Hartley C. C. (1998), *How Incest Offenders Overcome Internal Inhibitions Through the Use of Cognitions and Cognitive Distortions*, Journal of Interpersonal Violence, vol 13, 1, February 25-39
- Haugaard J., Reppucci N. (1988), *The sexual abuse of children: A comprehensive guide to current knowledge and intervention strategies*, San Francisco-London: Josey-Bass Publishers
- Herman J. L. (1981), *Father-daughter incest*, Cambridge: Harvard University Press
- Hilton V. W. (1988), *Praca nad przeniesieniem w sferze seksualnej*, [w:] J. Santorski (red.), *Pomocne i niebezpieczne związki. Antologia*, Bydgoszcz: SR, s. 48-53
- Johnson S. M. (1998), *Style charakteru*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Kellerman J. (1969), *Alcoholism, a merry-go-round named denial*, New York: Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.
- Larson N. R., Maisson S. R. (1995), *Psychosexual Treatment Program for Women Sex Offenders in a Prison Setting*, Acta Sexologica Vol.1, No 1. 81-138
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.
- Mahler M. (1968), *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*, New York: International Universities Press
- Mathews J. K., Mathews R., Speltz K. (1991), *Female Sexual Offenders: A Typology*, [w:] M.Q. Patton (red.), *Family Sexual Abuse: Frontline research and evaluation*, Newbury Park, CA: Sage. 199-219
- Olio K. A. (1993), *The Therapeutic Relationship as the Foundation for Treatment with Adult Survivors of Sexual Abuse*, Psychotherapy. Vol 30/Fall November 3, s 512-523
- Pacewicz A. (1992), *O nadużyciach seksualnych wobec dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo I.Zi T
- Rosenfeld A. A. (1979), *Endogamic incest and the victim-perpetrator model*. American Journal of Psychiatry, 133, 406-410
- Russel D.E.H. (1986), *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*, New York: Basic Books
- Satir V. (1983), *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto: Science & Behavior Books
- Sęk, H. (2002), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe „Scholar”
- Slany K. (2002), *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: Zakład Wydawniczy „NOMOS”
- Summit R. C. (1983), *The Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome*. Child Abuse & Neglect, Vol 7, 177-193
- Tyszka Z. (1976), *Socjologia rodziny*, Warszawa: PWN
- Tyszka Z. (red). (2001), *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM
- Tyszka Z., Wachowiak A. (1997), *Podstawowe pojęcia i zagadnienia socjologii rodziny*, Poznań: Wydawnictwo Akademii Rolniczej
- Willi J. (1996), *Związek dwojga. Psychoanaliza pary*, Warszawa: J. Santorski & Co. Agencja Wydawnicza
- Zefran J. and others. (1982), *Management and treatment of child Sexual Abuse Cases in a Juvenile Court setting*, Journal of Social Work and Human Sexuality 1, 155-170

SEXUAL PATHOLOGY IN THE FAMILY SYSTEM

Summary

The article proposes an analysis of the family as a system which, when faced with the threat of a breakup, is capable of resorting to pathological mechanisms in order to ensure durability and continuity. The article is an attempt to answering the question of how and for what reasons it is possible that a family can overstep the norm, and why it should continue to maintain the pathology despite the consequences it may face.