



RESEARCH REVIEW: THE INFLUENCE OF SOCIAL PHENOMENA ON ADAPTATION FOLLOWING SEXUAL VIOLENCE

Anna WOŹNIAK, Alicja PLUCIŃSKA

SWPS University, Warsaw, Poland

Abstract

The article investigates the socio-interpersonal factors that play a significant role in the post-traumatic adaptation of people who have experienced sexual violence in adulthood. It begins by defining sexual violence with the purpose of unifying the information arising from legal and social definitions. The focus then switches to a review of the research on the socio-interpersonal factors that can contribute to the maintenance of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in victims of sexual violence. Account is taken of the influence of variables such as social acknowledgement, social reactions, social exclusion, social support, the reactions of partners, family and close friends, the responses of the public-order institutions, the responses of victim-support institutions, social exclusion, and social support. Before drawing conclusions and setting out practical implications, the article discusses the complexity of the issue and its interdisciplinary dimension.

Keywords

Post-traumatic stress disorder; Sexual violence; Sexual assault; Social reactions; Social acknowledgement; The ecological model; Rape myth acceptance.

Received 9 March 2020; accepted 15 April 2020

Introduction

The life conditions and life worlds of people who have experienced sexual violence can – often unconsciously – contribute to a deterioration in their physical and psychological health. Yet the predicament of people who have been raped is not limited to the presence or absence of mental health disorders. It is an issue of far greater complexity and scope – one might describe it as interdisciplinary – whose investigation and explanation continues to be dogged with, and obstructed by, stereotypes (Henry, Powell, 2014). Knowledge of sexual violence and its consequences has been greatly enriched in recent decades by numerous studies and other academic literature. Rape is a form of violence that affects the most intimate spheres of the lives of those who experience it. At the same time, it expos-

es them to a series of negative social reactions that can contribute to the maintenance of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), which affects 17%–65% of victims of sexual violence over the course of their lifetimes (Campbell, Dworkin, Cabral, 2009; Clum, Calhoun, Kimerling, 2000; Kilpatrick et al., 1989; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, Best, 1993; Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best, Von, 1987; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, Walsh, 1992; Ullman, Filipas, Townsend, Starzynski, 2007a). The literature also offers information on the consequences of sexual violence, including depression, addictions, anxiety disorders, and generalised anxiety. Furthermore, victims present with suicidal tendencies: 23%–44% of them report suicidal ideation and 2%–19% reported a suicide attempt following an episode of sexual violence (Mgoqi-Mbalo, Zhang, Ntuli, 2017; Möller,

Bäckström, Söndergaard, Helström, 2014; Campbell et al., 2009; Ullman, Townsend, Filipas, Starzynski, 2007b). Social factors play an important role in recovery from a traumatic event. Studies have indicated several variables that determine society's tendency to blame those who have experienced sexual violence, which can contribute to the maintenance of PTSD. The identification of these threats, and the consequent education of society and training of personnel to assist survivors to recover, is an important factor in the protection of victims of sexual violence.

The extent of the phenomenon and the prevalence of sexual violence in Poland and the world

The World Health Organisation defines sexual violence as any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work (Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi, 2002). In turn the Polish Criminal Code distinguishes such concepts as rape, collective (gang) rape, other sexual acts, and sexual harassment (Article 197). Polish law also distinguishes inducement of sexual intercourse or another sexual act through violence, threats or deception, as well as inducement of sexual intercourse or another sexual act with unusual cruelty. It is worth noting that Article 197 of the Polish Criminal Code construes sexual violence as any deliberate act of a perpetrator performed against the will of a victim whose aim is to induce sexual intercourse or other sexual acts and to satisfy the sexual needs of the perpetrator (Polanowski, 2002). There are also definitions functioning within social discourse that are informed by the boundaries that are violated in other areas of victims' lives as well as by the sexual act itself. One of these was proposed by Susan Brownmiller in 1976: "A sexual invasion of the body by force, an incursion into the private, personal inner space without consent – in short, an internal assault from one of several avenues and by one of several methods – constitutes a deliberate violation of emotional, physical and rational integrity and is a hostile, degrading act of violence that deserves the name of rape". It is important that Brownmiller calls rape an act of violence here and not a sexual act, which is consistent with the findings of sexologists that in many cases rape is not an act aimed at satisfying the sexual drive but rather an act of aggression and interpersonal violence (Lew-Starowicz,

2000). Brownmiller's definition also takes account of the influence of sexual violence on an individual's emotional and cognitive functioning, which is directly connected with the possible impact of traumatic events on a victim. In classifications of traumatic events, sexual violence is defined as an intentional, one-off event (or as an event repeated over time, as in the case, for example, of rape in marriage) that threatens a person's life and health (Zdankiewicz-Ściagała, Przybylska, 2002).

According to the World Health Organisation, one in every five women experiences sexual violence (Krug et al., 2002). For its part, *Niebieska Linia* (Blue Line – a helpline for victims of domestic violence operating in Poland) estimates that the proportion of unreported, "dark" crimes could be as high as 80%. This is directly connected with shame, fear, an unfriendly legal system, and people's lack of knowledge of their basic rights under the law (Polanowski, 2002; Ahrens, Campbell, Ternier-Thames, Wasco, Seffl, 2007). Official numbers of reported sexual crimes in Poland that meet the definition of rape under Article 197 of the Criminal Code are available on the main page of the website of *Komenda Stołeczna Policji* (Warsaw Police Headquarters): in 2017 there were 2,486 reported cases of rape in the whole of Poland and in 2016 there were 2,426 reported cases of rape in the whole of Poland. Research carried out in 2016 by *Fundacja Ster* (Ster Foundation for Equality and Emancipation), which produced a report entitled *Przełamać tabu* (Break the taboo), reveals the extent of the problem of sexual violence in the group that was studied: 87% of respondents had experienced at least one form of sexual violence, of whom 20.4% had experienced rape. The research was carried out on a sample of 415 women (Grabowska, Grzybek, 2016).

Further studies conducted in 2014 by the European Union Agency for Fundamental Rights, which involved interviews with 42,000 women from the twenty-eight member states of the European Union, indicated that violence against women was extremely widespread. The authors stressed that considerable change is required in society's approach to sexual violence with respect to the law, education and prevention. Such is the magnitude of sexual violence that it is already beginning to be perceived as a violation of fundamental human rights. According to the report, one in ten women had experienced one of the forms of sexual violence and one in twenty had been raped. Its authors, who direct attention to the social dimension of the problem, found that in certain states the percentage of crimes reported was lower, which they attributed, among other things, to smaller scale educational and

preventive initiatives. Many women do not know their rights, are ashamed to report an event, avoid talking about the violence they have experienced, and do not receive essential support and assistance. One in four victims do not report crimes due to powerful feelings of shame. The report concentrates on how to change attitudes to sexual violence and thereby reduce the extent of victim blaming (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

But it is not only the scale of sexual violence that is revealed by these research results and analyses. Emphasis is also placed on the role of the social attitude to violence, which is seen as a wider problem involving the socio-legal system in which victims are embedded, attitudes to the victims, and attitudes to the crimes themselves. It is contended that the socio-legal system can hamper open discussion of sexual violence, impede the course and resolution of criminal cases by sustaining myths about sexual violence, and have a direct impact on the wellbeing of its victims.

Social phenomena and sexual violence

Scholars from all over the world have sought in their thinking about the consequences of traumatic events to identify the factor that decides whether disorders develop in their wake. Many years of research have produced a series of theoretical, cognitive and psychobiological constructs whose task is to explain the complicatedness, and complexity, of traumatic experiences and their influence on people (Brewin, 2001; Ehlers, Clark, 2000; Foa, Kozak, 1986; Frazier, 1990; Iverson, King, Cunningham, Resick, 2015).

A meta-analysis of 2,647 articles on PTSD conducted by Emily Ozer, Suzanne Best, Tami Lipsey and Daniel Weiss (2003) identified seven factors that have the greatest influence on adaptation following traumatic events. The most powerful predictors of the maintenance of disorders following traumatic stress include previous traumatic experiences, negative representations of self and world, a family history of psychopathology, threat to life during the traumatic event, a lack or absence of social support following an event, the type of emotional reaction, and dissociative disorders during an event. Ozer and her colleagues stress that the reactions that present during traumatic events are the ones most powerfully associated with the maintenance of PTSD symptoms. At the same time, the presence of social support is particularly important to the recovery of victims of sexual violence.

Articles reporting various social reactions to events and their influence on survivors are now appearing

with increasing frequency. The commonest negative social phenomena encountered in the context of sexual violence are victim blaming, social exclusion, lack or absence of social acknowledgement, lack or absence of social support, the acceptance of myths about sexual violence (rape myth acceptance), referring to these myths in contacts with victims, and negative social reactions displayed in contacts with victims. Of particular importance among the negative social reactions are turning away from a person who needs help, questioning their version of events, asking persistent questions about the details of the incident and making jokes about the situation (Campbell, Ahrens, Seffl, Wasco, Barnes, 2001; Relyea, Ullman, 2015).

It is necessary to distinguish between social acknowledgement and social support. Social acknowledgement is defined as the social reactions survivors encounter in the form of readiness to discuss incidents with them, showing them understanding, recognising that they are facing exceptional situations, believing in their version of events, not blaming them for the circumstances of incidents, and showing respect for their needs (Mueller, Moergeli, Maercker, 2008). Though there is no absolute definition of social support, it can be defined as a form of social interaction entered into as a response to a critical or stressful event that involves the person who suffered and one or more third parties. Structural, instrumental, informational, emotional and material forms of support may be distinguished (Sęk, Cieślak, 2004). Each of these types of social support refers to a measurable and observable dimension of social action aimed at providing individuals with the assistance they need. Genuine social support requires acknowledgement of the difficult situations survivors find themselves in and understanding of their immediate predicaments. Yet in many cases (despite receiving informational or instrumental support, including from public benefit organisations) victims are instead faced with a lack of recognition of their plight and even straightforward victim blaming (Maercker, Povilonyte, Lianova, Pöhlmann, 2009; Patterson, Greeson, Campbell, 2009).

The phenomenon of rape myth acceptance entails the acceptance of false beliefs on the subject of sexual violence, which are often repeated in social discourse and treated as facts (Grubb, Turner, 2012; Hammond, Berry, Rodriguez, 2011). One of these myths is known in the literature on sexual violence as “real rape”. It refers to a stereotypical description of an incident in which the victim puts up strong resistance and does not know the perpetrator. Furthermore, the attack is made with considerable physical violence and happens in a random location. One of the contexts in which the

term has been used was in a study of the work of the police and prosecutor in Los Angeles, which found that the police only pursued cases that corresponded with the definition of real rape (Spohn, Tellis, 2012).

This demonstrates how deeply embedded the myths are, which is particularly striking if it concerns institutions charged with the task of protecting those who experience sexual violence. Meanwhile, research has demonstrated that 80% of victims know the perpetrator and the majority of rapes happen in a place known to the victims (Piotrowska, Synakiewicz, 2011). Despite this, victims are blamed for the incidents happening and for what takes place during them, and the psychological consequences are not taken sufficiently seriously (Burt, Albin, 1981; Costin, Schwarz, 1987; Frese, Moya, Megias, 2004; van der Bruggen, Grubb, 2014). There is also a lack of understanding of the specific ways victims react during and after incidents. Peritraumatic reactions include emotional numbing following an incident, inability to recall aspects of an incident, and the absence of any fight or flight response during an incident (McNally, Bryant, Ehlers, 2003). Very often, victims are confronted with scepticism, ostracism and distrust – including on the part of institutions tasked with protecting individuals from social injustice (Ahrens et al., 2007; Patterson et al., 2009; Sable, Danis, Mauzy, Gallagher, 2006; Zinzow, Thompson, 2011). Research carried out in both the United States and Poland has found a very high level of acceptance of myths associated with sexual violence among prosecutors, the police, doctors and nurses (Parratt, Pina, 2017; Rich, Seffrin, 2012; Zadumińska, 2006; Lewandowska-Abucewicz, Kęcka, Brodowski, 2015).

A lack of basic knowledge of the procedures that should be followed during medical examinations is regarded as a further negative social factor (Resnick et al., 2000; Zinzow, Resnick, Barr, Danielson, Kilpatrick, 2012). It emerges from research conducted on doctors and nurses in Polish hospitals in 2015 that only 54.5% of doctors, and only 26.9% of nurses, in the sample knew the procedure for victims of sexual violence (Lewandowska-Abucewicz et al., 2015). This is despite the fact that the World Report on Violence and Health, which was published thirteen years earlier by the World Health Organisation, covered procedures for people who have experienced sexual violence during their lifetimes (Krug et al., 2002). The first procedure of this kind in Poland, *Procedura postępowania policji i placówki medycznej z osobą zgwałconą* (police and medical procedure for a person who has been raped), was introduced in 2010 (Lewandowska-Abucewicz et al., 2015). Applying and observing

protocols and procedures is particularly important for the physical and psychological wellbeing of victims of sexual violence (Campbell, Raja, 1999). Examining victims and collecting evidence can be a source of psychological suffering for them – especially where standardised procedures are not applied. This means, among other things, a sexual assault evidence kit with step-by-step explanations of the procedure and how to follow it. Each successive stage of the exam should be explained to victims and it should be made clear to them that they can stop, pause, or skip a step at any time during it. This is particularly significant in the context of victims of sexual violence, who are at risk of secondary victimisation, that is, of reliving a threatening situation. This exposes victims not only to unpleasant physical and psychological effects, but can also contribute to exacerbating symptoms of PTSD (Krug et al., 2002; Campbell, Wasco, 2005; Rich, Seffrin, 2012; Campbell, 2006).

The social attitudes and reactions we have set out have a considerable influence both on the recovery of victims of sexual violence and, less directly, on their willingness to seek help. According to a report compiled by the United States Department of Justice, only 16%–39% of victims of sexual violence report the crime, which makes it one of the least reported offences in relation to its overall prevalence (Tjaden, Thoennes, 2000).

The social context and theoretical models

It is possible through an analysis of the literature on sexual violence experienced in adulthood to distinguish two theoretical constructs that cover the most important social and interpersonal factors influencing the post-traumatic adaptation of people who have been raped: the socio-interpersonal model of PTSD proposed by Andreas Maercker and Andrea B. Horn (2013), and the ecological model of rape recovery, which was elaborated by Mary Harvey (1996) and later refined by Rebecca Campbell, Emily Dworkin and Giannina Cabral (2009). Both models supplement the research done by Sarah E. Ullman on the role of social reactions (in particular that of the immediate life conditions of a person who has been raped) in maintaining PTSD (Ullman, Filipas, 2001).

The proposed models correspond with the expanded classification of post-traumatic stress disorders in the most recent edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5), which introduces a criterion (criterion D) that covers symptoms and reactions such as a sense of separate-

ness from society arising from an incident, negative feelings and assumptions about oneself and the world, persistent low mood, and negative emotional states, such as guilt, shame, anger, and fear (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013; Wilson, Scarpa, 2017). Criterion D expands our perspective on the possible consequences of a traumatic event and lays the foundations for further exploration of the factors that influence post-traumatic adaptation in victims of rape – especially those factors associated with a feeling of separateness from society and emotions of shame and guilt.

The first of the models in question, the socio-interpersonal model of PTSD, takes account of specific reactions to events and of the multi-dimensional nature of the environment in which victims are embedded. It merits our attention because in addition to describing the reactions and dimensions themselves, it also sets out the ways in which they interact with, and influence, each other. It emphasises that providing the correct conditions for recovery following an incident according to one of the dimensions does not mean that the remaining dimensions will not affect a victim adversely. The starting point for this approach is the thought that a person who has experienced a traumatic event is not an island. If so, it is incontestable that the social factors interact with individual traits and responses following an incident. The model assumes a transactional and reciprocal relationship between the different levels of the socio-interpersonal construct, but it does not distinguish specific types of social reaction, or entities and institutions, those victims of sexual violence come into contact with. The assumptions and intentions of the authors are nevertheless very relevant to the predicaments that victims of sexual violence are faced with. The model is composed of three dimensions that provide a framework for processing events and for the post-traumatic adaptation of survivors: individual, social-affective response, close social relationships, and an individual's distant social contexts of culture and society (Maercker, Horn, 2013; Maercker, Müller, 2004). The authors also refer to a series of affective responses that can appear as a consequence of trauma. Of the factors mentioned, blaming themselves and feeling guilty are extremely important ways in which victims react to incidents (Maercker, Horn, 2013).

The above constructs are supplemented by the ecological model of rape recovery, which rests on the ecological theory of individual development propounded by Urie Bronfenbrenner and widely applied in developmental psychology. It states that human development proceeds in continuous contact with the environment and is determined by the evolving inter-

actions between individuals and their developmental environments (Bronfenbrenner, 1994).

The model takes account of various social environments in which individuals are embedded and contains information on the interaction between particular subsystems. Ecological theories emerging from developmental psychology and social psychology are suitable for adaptation to situations connected with sexual violence because they assume reciprocal relationships between individuals and the various environments they function in. Mary Harvey was the first person to adapt the ecological model to the predicaments of people who have suffered sexual violence (1996). Later, Rebecca Campbell proposed a version of the model that took account of institutions that assist people who have been raped, such as medical facilities offering psychological support and institutions of public order such as the police or prosecutor. Campbell also took account of the meta-construct of self-blaming, which occurs in connection with each of the proposed levels of the model (Campbell et al., 2009). The authors of the proposed adaptations of the ecological model of recovery do not only take account of survivors' immediate environments. They also consider the formal and informal institutions that victims report events to, cultural differences, and the psychology and emotions of victims.

The ecological model is constructed in five dimensions: microsystem, mesosystem, exosystem, macrosystem and chronosystem. In her review essay, Rebecca Campbell combined aspects of Bronfenbrenner's theories with elements that offer an individual description of the victims and the events themselves. Having identified the various components, she then placed them in subsets. The dimension describing the features of an individual – the individual level – is composed of demographic data, socio-demographic status, individual differences, personality, pre-event psychological disorders, and coping styles for stress. Campbell also distinguished a subset to describe events: was there an immediate threat of death? Was a gun used? What was the relationship between the victim and the perpetrator? Did the incident involve the use of alcohol or other intoxicating substances? The microsystem describes the direct interaction between victims and their immediate environments. The mesosystem and the exosystem describe victims' contact with assisting institutions, such as the police, medical facilities, and NGOs, as well as their contact with specialists, such as psychologists and psychiatrists. The macrosystem covers factors associated with society's attitude to sexual violence, including the degree of acceptance of myths about rape. The final dimen-

sion, the chronosystem, addresses factors connected with the phenomenon of secondary victimisation or other traumatic experiences in a victim's history.

Information on the subject of the secondary emotions victims experience after an event can be found in the theoretical constructs above. The authors of the socio-interpersonal model and the authors of the ecological model of recovery both stress the role of shame and guilt in post-traumatic adaptation. Where guilt is concerned, this primarily means blaming oneself for the course of events, including the belief that it should have been possible to foresee what would happen and so prevent it, taking full responsibility for an event (even where the trauma has been caused by the intentional actions of another person), and feelings of distress and emotional suffering (Popiel, 2014; Popiel, Zawadzki, 2015). That an event is embedded in a social context, and that victims are exposed to a variety of negative social responses, can cause them to perceive themselves negatively in the context of an event, which can lead as a result to negative beliefs or cognitive distortions accompanied by powerful feelings of guilt and shame (Herman, 2004; Relyea, Ullman, 2015; Ullman, Filipas, 2001; Nietlisbach, Maercker, 2009a, 2009b; Xu et al., 2016).

Discussion

It is necessary to take an interdisciplinary approach to sexual violence and to proceed with great attentiveness. We must begin with the individual who has experienced it and consider a number of factors, which range from their reaction to the event to the system in which they are embedded. With reference to the interdisciplinary approach in post-event adaptation, it is necessary to take account of the factors that characterise a particular individual (personality, psychology, emotions, temperament), of interpersonal phenomena (close relationships, marriages, the family system), social factors (the social groups the individual functions in, people the individual respects, admires or wishes to emulate, other important people from outside close personal relationships), social institutions (police, prosecutor, non-governmental organisations, specialists, medical facilities), and the nature of the incident or event itself. Exerting either a collective or discrete influence, all of these considerations can have a major influence in hindering and/or supporting the adaptation of survivors following a traumatic event. Given the differences between individuals who experience sexual violence and the differences between their ex-

periences, it is our duty to attend to the diversity of their needs and to their potential.

Numerous testimonies given by victims of rape have related an identical response during the event: the victim was unable to react, to move, to shout or to run away. The neurobiology of post-traumatic stress clearly indicates three types of response: fight, flight or freeze (LeDoux, 2017). In the majority of cases of sexual violence we are dealing with the freeze response. The juxtaposition of neurobiology with the social discourse of sexual violence reveals the rupture between society's perception of sexual violence and the circumstances surrounding this traumatic event and the biological response, which is conditioned by the body's physical reactions to extreme stress. A non-stereotypical reaction to a threatening situation can prompt a number of negative attitudes from the victims' immediate and more distant environments, which can evoke feelings of shame and, above all, of guilt in them. Negative social reactions and a lack of acknowledgement of the exceptional situations they are facing make it impossible for people who have experienced sexual violence to tell their story and, therefore, to give a full account of an event (Błaszczak, 2004; Chrzczonowicz, 2011; Zięba, Zatorski, 2013). Shifting the burden of responsibility from the criminal to the victim makes it difficult for the latter to experience the emotions adequate to the event. Instead they are trapped in a vicious circle with a feeling of guilt and the impression that they could have avoided the assault if only they had reacted differently. With these arguments in mind, it is necessary to emphasise how important it is that the models we have presented are applied practically and offer guidance in how to proceed with people who have experienced sexual violence.

The information set out here has practical implications: data establishing beyond all doubt the influence of social reactions on the wellbeing of rape victims have made it possible to formulate training programmes for nurses who specialise in helping people who have experienced sexual violence. For example, a specialist course for nurses in the United States provides instruction on how to proceed with people who have experienced sexual violence and how people who have been raped might react, which is the most important issue when coming into contact with a victim. The Sexual Assault Nurse Examiner Programme (SANE; Campbell, Patterson, Lichty, 2005) is growing ever more popular. One of the reasons for this is that it has helped raise the number of cases brought to court. The Rape Crisis Counselling application, which was devised to strengthen the message of delivering

effective assistance to victims and to emphasize the key information about sexual violence and its possible consequences, is also worthy of note. It is aimed both at people who want to assist rape victims and at the victims themselves. It has been demonstrated objectively that applications represent the best method of reaching a broad audience (Westefeld, Heckman-Stone, 2003).

This complex, interdisciplinary approach to the subject at the theoretical level is a response to practical errors – especially among first responders to victims of sexual violence. The process of adapting following a traumatic event involves adjusting to a new reality and retuning existing defence mechanisms. To re-evaluate life roles and aims is often essential to recovery. This can be a great deal harder, if not impossible, without interaction with society. As we have seen, though, tools and educational programmes are available to raise awareness in society of the needs of people who experience sexual violence, and of the ways in which they react during and after incidents. It is also important to emphasise and communicate the possible consequences of negative social reactions and of the acceptance of myths about rape. The research studies and reports we have presented stress the need to work to raise the level of social awareness of sexual violence and its consequences, which should lead to additional measures and initiatives for education and prevention.

References

1. Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej – FRA (2014). *Przemoc wobec kobiet: badanie na poziomie Unii Europejskiej. Wyniki badania w skrócie*. Luksemburg: Urząd Publikacji Unii Europejskiej.
2. Ahrens, C. E., Campbell, R., Ternier-Thames, N. K., Wasco, S. M., Sefl, T. (2007). Deciding whom to tell: Expectations and outcomes of rape survivors' first disclosures. *Psychology of Women Quarterly*, 31(1), 38–49.
3. Błaszczak, W. (2004). Rozwój osobowości po doświadczeniu realnego zagrożenia życia. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 61–76.
4. Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 373–393.
5. Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *Readings on the Development of Children*, 2(1), 37–43.
6. Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women and rape*. New York: Fawcett Columbine.
7. Burt, M. R., Albin, R. S. (1981). Rape myths, rape definitions, and probability of conviction. *Journal of Applied Social Psychology*, 11(3), 212–230.
8. Campbell, R. (2006). Rape survivors' experiences with the legal and medical systems: Do rape victim advocates make a difference? *Violence Against Women*, 12(1), 30–45.
9. Campbell, R., Ahrens, C. E., Sefl, T., Wasco, S. M., Barnes, H. E. (2001). Social reactions to rape victims: Healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. *Violence and Victims*, 16(3), 287–302.
10. Campbell, R., Dworkin, E., Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence and Abuse*, 10(3), 225–246.
11. Campbell, R., Greeson, M. R., Bybee, D., Fehler-Cabral, G. (2012). Adolescent sexual assault victims and the legal system: Building community relationships to improve prosecution rates. *American Journal of Community Psychology*, 50(1–2), 141–154.
12. Campbell, R., Patterson, D., Lichty, L. F. (2005). The effectiveness of Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Programs: A review of psychological, medical, legal, and community outcomes. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(4), 313–329.
13. Campbell, R., Raja, S. (1999). Secondary victimization of rape victims: Insights from mental health professionals who treat survivors of violence. *Violence and Victims*, 14(3), 261–275.
14. Campbell, R., Wasco, S. M. (2005). Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 127–131.
15. Chrzczonowicz, A. (2011). Narracja w psychiatrii – teoria, zastosowanie, związki ze zdrowiem psychicznym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(4), 283–289.
16. Clum, G. A., Calhoun, K. S., Kimerling, R. (2000). Associations among symptoms of depression and posttraumatic stress disorder and self-reported health in sexually assaulted women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(10), 671–678.
17. Costin, F., Schwarz, N. (1987). Beliefs about rape and women's social roles. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(1), 46–56.
18. Darnell, D., Peterson, R., Berliner, L., Stewart, T., Russo, J., Whiteside, L., Zatzick, D. (2015). Factors associated with follow-up attendance among rape victims seen in acute medical care. *Psychiatry*, 78(1), 89–101.
19. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2013). Washington, DC: American Psychiatric Association.
20. Ehlers, A., Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345.
21. Foa, E. B., Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
22. Frazier, P. A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 298–304.

23. Frese, B., Moya, M., Megías, J. L. (2004). Social perception of rape: How rape myth acceptance modulates the influence of situational factors. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(2), 143–161.
24. Grabowska, M., Grzybek, A. (2016). *Przelamać tabu. Raport o przemocy seksualnej*. Warszawa: Fundacja na rzecz Równości i Emancypacji STER.
25. Grubb, A., Turner, E. (2012). Attribution of blame in rape cases: A review of the impact of rape myth acceptance, gender role conformity and substance use on victim blaming. *Aggression and Violent Behavior, 17*(5), 443–452.
26. Hammond, E. M., Berry, M. A., Rodriguez, D. N. (2011). The influence of rape myth acceptance, sexual attitudes, and belief in a just world on attributions of responsibility in a date rape scenario. *Legal and Criminological Psychology, 16*(2), 242–252.
27. Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress, 9*(1), 3–23.
28. Henry, N., Powell, A. (Eds.). (2014). *Preventing sexual violence: Interdisciplinary approaches to overcoming a rape culture*. London: Palgrave Macmillan.
29. Herman, J. L. (2004). *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
30. Iverson, K. M., King, M. W., Cunningham, K. C., Resick, P. A. (2015). Rape survivors' trauma-related beliefs before and after cognitive processing therapy: associations with PTSD and depression symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 66*, 49–55.
31. Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*(9339), 1083–1088.
32. Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. J., Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*(2), 199–214.
33. Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime & Delinquency, 33*(4), 479–489.
34. LeDoux, J. E. (2017). *Lęk: neuronauka na tropie źródeł lęku i strachu*. Kraków: Copernicus Center Press.
35. Lew-Starowicz, Z. (2000). *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
36. Lewandowska-Abucewicz, T., Kęcka, K., Brodowski, J. (2015). Wiedza personelu medycznego dotycząca „Procedury postępowania z osobą zgwałconą” w jednostkach medycznych. *Seksuologia Polska, 13*(1), 14–18.
37. Maercker, A., Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*(6), 465–481.
38. Maercker, A., Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 345–351.
39. Maercker, A., Povilonyte, M., Lianova, R., Pöhlmann, K. (2009). Is acknowledgment of trauma a protective factor? The sample case of refugees from Chechnya. *European Psychologist, 14*(3), 249–254.
40. McNally, R. J., Bryant, R. A., Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest, 4*(2), 45–79. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>.
41. Mgoqi-Mbalo, N., Zhang, M., Ntuli, S. (2017). Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 9*(3), 301–308. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1037/tra0000228>.
42. Möller, A. T., Bäckström, T., Söndergaard, H. P., Helström, L. (2014). Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape. *PLoS ONE, 9*(10), 1–9. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111136>.
43. Mueller, J., Moergeli, H., Maercker, A. (2008). Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from posttraumatic stress: A longitudinal study in crime victims. *Canadian Journal of Psychiatry, 53*(3), 160–168. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1177/070674370805300306>.
44. Nietlisbach, G., Maercker, A. (2009a). Effects of social exclusion in trauma survivors with posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(4), 323–331. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1037/a0017832>.
45. Nietlisbach, G., Maercker, A. (2009b). Social cognition and interpersonal impairments in trauma survivors with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma, 18*(4), 382–402. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1080/10926770902881489>.
46. Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52–73.
47. Parratt, K. A., Pina, A. (2017). From “real rape” to real justice: A systematic review of police officers' rape myth beliefs. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 68–83. Retrieved 30 January 2020 from: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.03.005>.
48. Patterson, D., Greeson, M., Campbell, R. (2009). Understanding rape survivors' decisions not to seek help from formal social systems. *Health & Social Work, 34*(2), 127–136.
49. Piotrowska, J., Synakiewicz, A. (2011). *Dość milczenia. Przemoc seksualna wobec kobiet i problem gwałtu w Polsce*. Warszawa: Fundacja Feminoteka.

50. Polanowski, J. (2002). Przemoc seksualna. *Niebieska Linia*, 1, 19.
51. Popiel, A. (2014). Terapia poznawcza poczucia winy związanego z traumą u osób z PTSD. *Psychiatria Polska*, 48(3), 615–625.
52. Popiel, A., Zawadzki, B. (2015). Właściwości psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza Poczucia Winy Związanego z Traumą (TRGI-PL). *Psychiatria Polska*, 49(5), 1089–1099.
53. Relyea, M., Ullman, S. E. (2015). Unsupported or turned against: understanding how two types of negative social reactions to sexual assault relate to postassault outcomes. *Psychology of Women Quarterly*, 39(1), 37–52.
54. Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 984–991.
55. Resnick, H. S., Holmes, M. M., Kilpatrick, D. G., Clum, G., Acierno, R., Best, C. L., Saunders, B. E. (2000). Predictors of post-rape medical care in a national sample of women. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 214–219. Retrieved 30 January 2020 from: [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00226-9](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00226-9).
56. Rich, K., Seffrin, P. (2012). Police interviews of sexual assault reporters: Do attitudes matter? *Violence and Victims*, 27(2), 263–279.
57. Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455–475.
58. Sable, M. R., Danis, F., Mauzy, D. L., Gallagher, S. K. (2006). Barriers to reporting sexual assault for women and men: Perspectives of college students. *Journal of American College Health*, 55(3), 157–162.
59. Sęk, H., Cieślak, R. (Eds.) (2005). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
60. Spohn, C., Tellis, K. (2012). *Policing and prosecuting sexual assault in Los Angeles City and County: A collaborative study in partnership with the Los Angeles police department, the Los Angeles County sheriff's department, and the Los Angeles County district attorney's office*. National Institute of Justice (US). Retrieved 30 January 2020 from: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=259614>.
61. Tjaden, P., Thoennes, N. (2000). *Extent, nature, and consequences of intimate partner violence*. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Washington, DC: National Institute of Justice.
62. Ullman, S. E., Filipas, H. H. (2001). Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 369–389.
63. Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M., Starzynski, L. L. (2007a). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 821–831.
64. Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., Starzynski, L. L. (2007b). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 31(1), 23–37.
65. van der Bruggen, M., Grubb, A. (2014). A review of the literature relating to rape victim blaming: An analysis of the impact of observer and victim characteristics on attribution of blame in rape cases. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 523–531.
66. Westefeld, J. S., Heckman-Stone, C. (2003). The integrated problem-solving model of crisis intervention: Overview and application. *The Counseling Psychologist*, 31(2), 221–239.
67. Wilson, L. C., Scarpa, A. (2017). The unique associations between rape acknowledgment and the DSM-5 PTSD symptom clusters. *Psychiatry Research*, 257, 290–295.
68. Xu, W., Wang, J., Wang, Z., Li, Y., Yu, W., Xie, Q., Maercker, A. (2016). Web-based intervention improves social acknowledgement and disclosure of trauma, leading to a reduction in posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2695–2708.
69. Zadumińska, B. (2006). *Sytuacja ofiar zgwałcenia w postępowaniu przygotowawczym. Raport z monitoringu*. Kraków: Fundacja im. S. Batorego.
70. Zdankiewicz-Ścigała, E., Przybylska, M. (2002). *Trauma – proces i diagnoza: mechanizmy psychoneurofizjologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
71. Zięba, M., Zatorski, M. (2013). Narracje oraz nadzieja podstawowa a wzrost potraumatyczny po przeszczepieniu nerki. *Psychologia Jakości Życia*, 12(2), 167–182.
72. Zinzow, H. M., Resnick, H. S., Barr, S. C., Danielson, C. K., Kilpatrick, D. G. (2012). Receipt of post-rape medical care in a national sample of female victims. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(2), 183–187.
73. Zinzow, H. M., Thompson, M. (2011). Barriers to reporting sexual victimization: Prevalence and correlates among undergraduate women. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 20(7), 711–725.

Corresponding author

Alicja Plucińska
Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS
ul. Chodakowska 19/31
03-815 Warszawa
e-mail: aplucinska@st.swps.edu.pl

ZJAWISKA SPOŁECZNE W OBLICZU PRZEMOCY SEKSUALNEJ I ICH WPŁYW NA ADAPTACJĘ PO ZDARZENIU – PRZEGLĄD BADAŃ

Wprowadzenie

Otoczenie często nieświadomie może przyczyniać się do pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego osób, które doświadczyły przemocy seksualnej. Trudna sytuacja osób, które doświadczyły zgwałcenia, nie ogranicza się jedynie do obecności lub braku zaburzeń zdrowia psychicznego. Problem jest znacznie bardziej złożony, można by rzec – interdyscyplinarny, wciąż jednak ograniczony przez stereotypy (Henry, Powell, 2014). Na przestrzeni ostatniej dekady literatura naukowa i liczne badania znacznie wzbogaciły wiedzę na temat przemocy seksualnej i jej konsekwencji.

Zgwałcenie jest formą przemocy, która, dotykając najintymniejszych sfer osób, które jej doświadczyły, narażają je jednocześnie na szereg negatywnych reakcji społecznych, które mogą przyczynić się do utrzymania zaburzeń po stresie traumatycznym. Zaburzenia te dotyczą od 17% do 65% ofiar przemocy seksualnej na przestrzeni życia (Campbell, Dworkin, Cabral, 2009; Clum, Calhoun, Kimerling, 2000; Kilpatrick i in., 1989; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, Best, 1993; Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best, Von, 1987; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, Walsh, 1992; Ullman, Filipas, Townsend, Starzynski, 2007a). W dostępnej literaturze można również znaleźć informacje o konsekwencjach przemocy seksualnej, takich jak depresja, uzależnienia, zaburzenia lękowe, lęk uogólniony. Ofiary prezentują również tendencje samobójcze – od 23% do 44% ofiar zgłasza myśli samobójcze, a od 2% do 19% zgłosiło próbę samobójczą po zdarzeniu (Mgoqi-Mbalo, Zhang, Ntuli, 2017; Möller, Bäckström, Söndergaard, Helström, 2014; Campbell i in., 2009; Ullman, Townsend, Filipas, Starzynski, 2007b).

Istotną rolę w powrocie do równowagi po zdarzeniu traumatycznym odgrywają czynniki społeczne. Badania wskazują wiele zmiennych, które determinują tendencje społeczeństwa do obwiniania ofiary po doświadczonej przemocy seksualnej, co może przyczynić się do utrzymywania zaburzeń po stresie traumatycznym. Identyfikacja tych zagrożeń, a w następstwie edukacja społeczeństwa i przeszkolenie personelu pomagającego ofiarom w powrocie do zdrowia, jest istotnym czynnikiem ochronnym dla ofiar przemocy seksualnej.

Skala zjawiska i rozpowszechnienie przemocy seksualnej w Polsce i na świecie

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje przemoc seksualną jako każdy akt seksualny, próbę do jego doprowadzenia, niechciane komentarze czy zaczepki o charakterze seksualnym lub w inny sposób skierowane przeciwko seksualności innej osoby ze stosowaniem przymusu. Definicja ta jest niezależna od tego, w jakiej relacji jest sprawca z ofiarą (Krug, Mercy, Dahlberg, Zwi, 2002). Z kolei polski kodeks karny wyróżnia takie pojęcia, jak gwałt, gwałt zbiorowy, inne czynności seksualne oraz molestowanie seksualne (art. 197 k.k.). Regulacje prawne obejmują doprowadzenie do obcowania płciowego lub innej czynności seksualnej przemocą groźbą lub podstępem, a także dokonane ze szczególnym okrucieństwem. Warto zaznaczyć, że jako przemoc seksualną w myśl art. 197 k.k. rozumie się każde umyślne działanie sprawcy, które zostało podjęte wbrew woli ofiary, mające na celu doprowadzenie do aktu seksualnego lub innych czynności seksualnych w celu zaspokojenia potrzeb seksualnych sprawcy (Polanowski, 2002).

W dyskursie społecznym funkcjonują też definicje obejmujące nie tylko obszary związane z samym aktem seksualnym, ale również z aspektem naruszonych granic w innych sferach funkcjonowania osób poszkodowanych. Jedną z zaproponowanych definicji przedstawiona została przez Susan Brownmiller w 1976 roku: „Wymuszona siłą inwazja cielesna, wtargnięcie w prywatną, osobistą przestrzeń wewnętrzną przez jedną z kilku dróg i jedną z kilku metod, stanowiące celowe pogwałcenie emocjonalnej, fizycznej i racjonalnej integralności i będące wrogim, degradującym aktem przemocy”. Co ważne, akt zgwałcenia nie jest tu nazywany czynnością seksualną, a aktem przemocy – jest to zgodne z doniesieniami seksuologów, że zgwałcenie w wielu przypadkach nie jest działaniem mającym na celu zaspokojenie popędu seksualnego, lecz aktem agresji i przemocy interpersonalnej (Lew-Starowicz, 2000). Podana definicja uwzględnia także wpływ przemocy seksualnej na funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze jednostki, co bezpośrednio wiąże się z możliwym oddziaływaniem zdarzeń traumatycznych na ofiarę. W klasyfikacji zdarzeń traumatycznych przemoc seksualna określana jest jako zdarzenie intencjonalne, jednorazowe (lub powtarzalne w czasie, jak np. w przypadku zgwałceń w małżeństwie), zagrażające życiu i zdrowiu jednostki (Zdankiewicz-Ściagała, Przybylska, 2002).

Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że co piąta kobieta na świecie doświadcza przemocy seksualnej (Krug i in., 2002). Z kolei Niebieska Linia szacuje, że ciemna liczba przestępstw, o których nie powiadamia się organów ścigania, może sięgać nawet 80%. Jest to bezpośrednio związane ze wstydem, strachem, nieprzyjaznym systemem prawnym oraz z nieznanymi swoimi podstawowymi prawami wynikającymi z obowiązujących przepisów (Polanowski, 2002; Ahrens, Campbell, Ternier-Thames, Wasco, Seffl, 2007). Oficjalne doniesienia o liczbie zgłoszonych przestępstw seksualnych w Polsce spełniających definicję zgwałcenia z art. 197 k.k. dostępne są na stronie głównej Komendy Stołecznej Policji. Statystyki podają liczbę 2486 przypadków zgłoszonych zgwałceń w roku 2017 i 2426 przypadków w roku 2016 na terenie całej Polski. Badania zrealizowane w 2016 roku przez Fundację Ster, w efekcie których opublikowany został raport „Przełamać tabu”, pokazują skalę problemu przemocy seksualnej w badanej grupie – 87% respondentek wskazało styczność z przynajmniej jedną formą przemocy seksualnej, z czego 20,4% doświadczyło zgwałcenia. Badania przeprowadzone zostały na próbie 415 kobiet (Grabowska, Grzybek, 2016).

Kolejne badania, przeprowadzone przez Agencję Praw Podstawowych Unii Europejskiej (*European Union Agency for Fundamental Rights*) w 2014 roku, obejmujące wywiady przeprowadzone wśród 42 tysięcy kobiet z 28 państw członkowskich Unii Europejskiej, wskazują na bardzo duże rozpowszechnienie przemocy wobec kobiet. Autorzy podkreślają, że jest to obszar wymagający znacznych zmian w społecznym podejściu do przemocy seksualnej – zarówno na poziomie edukacyjnym, prewencyjnym, jak i prawnym. Skala przemocy ze względu na płęć jest na tyle duża, że zaczyna być postrzegana już jako naruszenie podstawowych praw człowieka. Według raportu jedna na dziesięć kobiet doświadczyła jednej z form przemocy seksualnej, natomiast jedna na dwadzieścia – została zgwałcona. Autorzy raportu zwracają uwagę na społeczny wymiar problemu – w poszczególnych państwach odsetek zgłaszanych przestępstw jest mniejszy, między innymi ze względu na mniejszą skalę działań prewencyjnych i edukacyjnych. Wiele kobiet nie zna swoich praw, wstydy się zgłosić zdarzenie, unika rozmów na temat doświadczonej przemocy, nie otrzymuje niezbędnej pomocy. Jedna na cztery ofiary nie zgłasza przestępstwa ze względu na silne poczucie wstydu. Autorzy raportu zwracają szczególną uwagę na pracę nad zmianą podejścia do przemocy seksualnej w celu zmniejszenia skali obwiniania ofiar za zdarzenie (Agencja Praw Podstawowych Unii Europejskiej, 2014).

Przytoczone wyniki badań i raporty wskazują nie tylko na skalę przemocy seksualnej. Autorzy podkreślają też rolę społecznego podejścia do przemocy jako szerszego problemu obejmującego zarówno podejście do samej ofiary i zdarzenia, jak i system prawno-społeczny, w któ-

rym ofiara jest osadzona. System ten, jak podkreślają autorzy raportów, może uniemożliwiać otwarty dialog na temat doświadczonej przemocy, utrudniać procedowanie spraw karnych poprzez podtrzymywanie mitów na temat przemocy seksualnej oraz wpływać bezpośrednio na samopoczucie osób, które jej doświadczyły.

Zjawiska społeczne w obliczu przemocy seksualnej

Zastanawiając się nad konsekwencjami zdarzeń traumatycznych, badacze z całego świata starają się znaleźć odpowiedź na pytanie, co może być czynnikiem decydującym o tym, że zaburzenia po stresie traumatycznym się rozwiną. W efekcie wielu lat badań powstał szereg konstruktów teoretycznych, poznawczych i psychobiologicznych mających za zadanie wyjaśnić złożoność przeżyć traumatycznych i ich wpływ na jednostkę (Brewin, 2001; Ehlers, Clark, 2000; Foa, Kozak, 1986; Frazier, 1990; Iverson, King, Cunningham, Resick, 2015).

Metaanaliza 2647 artykułów obejmujących tematykę stresu pourazowego przeprowadzona przez zespół Emily Ozer, Suzanne Best, Tami Lipsey i Daniela Weissa (2003) wskazała siedem czynników, które mają największy wpływ na adaptację po zdarzeniach traumatycznych. Wśród najsilniejszych predyktorów utrzymania zaburzeń po stresie traumatycznym wymieniane są wcześniejsze doświadczenia traumatyczne, negatywne reprezentacje poznawcze siebie i świata, historia psychopatologii w rodzinie, zagrożenie życia w trakcie zdarzenia, brak wsparcia społecznego po przeżytej traumie, rodzaj reakcji emocjonalnej oraz zaburzenia dysocjacyjne w trakcie. Autorzy podkreślają, że największy związek z utrzymaniem objawów PTSD wśród osób, które przeżyły zdarzenia traumatyczne, mają reakcje prezentowane w jego trakcie, jednak pojawienie się wsparcia społecznego ma szczególne znaczenie w procesie zdrowienia ofiar przemocy seksualnej.

Obecnie coraz częściej pojawiają się doniesienia na temat różnych reakcji społecznych na zdarzenie i ich wpływu na ocalałego (*survivor*). W kontekście przemocy seksualnej najczęściej spotykanymi negatywnymi zjawiskami społecznymi są obwinianie ofiary (*victim blaming*), wykluczenie społeczne (*social exclusion*), brak uznania społecznego (*social acknowledgement*), brak wsparcia społecznego (*social support*), akceptacja mitów dotyczących przemocy seksualnej (*rape myth acceptance*) i odnoszenie się do nich w chwili zetknięcia z ofiarą, a także negatywne reakcje społeczne prezentowane w kontakcie z nią. Wśród negatywnych reakcji społecznych szczególnie istotne jest odwrócenie się od osoby potrzebującej pomocy, podważanie jej wersji wydarzeń, dopytywanie o szczegóły zdarzenia, żartowanie z zaist-

niałej sytuacji (Campbell, Ahrens, Sefl, Wasco, Barnes, 2001; Relyea, Ullman, 2015).

Należy rozróżnić społeczne uznanie od wsparcia społecznego. Uznanie społeczne definiowane jest jako napotkane reakcje społeczne, chęć rozmowy na temat zdarzenia z ofiarą, okazane zrozumienie i uznanie dla jej wyjątkowej sytuacji, wiara w jej wersję wydarzeń, nieobwinianie jej w związku z okolicznościami zdarzenia i okazanie szacunku dla jej potrzeb (Mueller, Moergeli, Maercker, 2008). Wsparcie społeczne nie jest definiowane jednoznacznie, można je określić jako rodzaj interakcji społecznej podjętej w obliczu zdarzenia krytycznego lub stresującego i angażującej uczestnika sytuacji trudnej oraz osoby postronne. Wyróżnia się wsparcie strukturalne, instrumentalne, informacyjne, emocjonalne, materialne (Sęk, Cieślak, 2004). Każdy z wymienionych rodzajów wsparcia społecznego uwzględnia mierzalny i obserwowalny wymiar działań społecznych skierowanych ku jednostce w celu udzielenia jej niezbędnej pomocy. Wydaje się, że aby mogło zaistnieć zjawisko wsparcia, powinno pojawić się uznanie dla trudnej sytuacji jednostki i zrozumienie jej aktualnego stanu. Jednak w wielu przypadkach pomimo uzyskanego wsparcia informacyjnego czy też instrumentalnego, między innymi w instytucjach pożytku publicznego, ofiary spotykają się z brakiem uznania dla ich trudnej sytuacji czy wręcz z obwinianiem za przebieg zdarzenia (*victim blaming*; Maercker, Povilonyte, Lianova, Pöhlmann, 2009; Patterson, Greeson, Campbell, 2009).

Zjawisko akceptacji mitów na temat zgwałceń (*rape myth acceptance*) uwzględnia akceptację fałszywych przekonań na temat przemocy seksualnej, które – często powtarzane w dyskursie społecznym – traktowane są jako fakty (Grubb, Turner, 2012; Hammond, Berry, Rodriguez, 2011). W literaturze związanej z przemocą seksualną funkcjonuje określenie *real rape* jako jeden z mitów dotyczących zgwałceń. Obejmuje stereotypową charakterystykę zdarzenia, w którym ofiara stawiała silny opór, nie знаła sprawcy, atak był nacechowany znaczną przemocą fizyczną i zdarzył się w miejscu przypadkowym. Określenie *real rape* pojawiło się między innymi w raporcie obejmującym działania policji i prokuratury w Los Angeles. Opisywani tam policjanci byli skłonni prowadzić dalej jedynie sprawy, które odpowiadały opisu zgwałcenia mieszczącego się w definicji *real rape* (Spohn, Tellis, 2012).

Zjawisko to pokazuje, jak silnie zakorzenione są mity, szczególnie w instytucjach mających za zadanie chronić osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej. Tymczasem badania wykazują, że 80% ofiar zna swoich sprawców, większość gwałtów dokonanych jest w miejscu znanym ofierze (Piotrowska, Synakiewicz, 2011). W efekcie pojawia się obwinianie ofiary za przebieg zdarzenia i jego wystąpienie, minimalizowane są konsekwencje psychiczne zdarzenia (Burt, Albin, 1981;

Costin, Schwarz, 1987; Frese, Moya, Megías, 2004; van der Bruggen, Grubb, 2014). Występuje też brak zrozumienia dla specyficznych reakcji ofiary prezentowanych w trakcie i po zdarzeniu. Reakcje okołourazowe obejmują między innymi spłycenie reakcji emocjonalnych po zdarzeniu, brak pamięci fragmentów zdarzenia, brak reakcji walki lub ucieczki w trakcie zdarzenia (McNally, Bryant, Ehlers, 2003). Ofiara bardzo często spotyka się ze sceptycyzmem, ostracyzmem i nieufnością, również ze strony instytucji, których zadaniem jest chronienie jednostek przed niesprawiedliwością społeczną (Ahrens i in., 2007; Patterson i in., 2009; Sable, Danis, Mauzy, Gallagher, 2006; Zinzow, Thompson, 2011). Badania przeprowadzone zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Polsce, wskazują na bardzo wysoki poziom akceptacji mitów związanych z przemocą seksualną prezentowany przez prokuratorów, policjantów i lekarzy czy pielęgniarki (Parratt, Pina, 2017; Rich, Seffrin, 2012; Zadumińska, 2006; Lewandowska-Abucewicz, Kęcka, Brodowski, 2015).

Jako negatywny czynnik społeczny uwzględnia się także brak znajomości podstawowych procedur, jakie powinny być zastosowane podczas badania lekarskiego (Resnick i in., 2000; Zinzow, Resnick, Barr, Danielson, Kilpatrick, 2012). Z badań przeprowadzonych w roku 2015 w polskich szpitalach wśród lekarzy i pielęgniarek wynika, że jedynie 54,5% lekarzy oraz 26,9% pielęgniarek z badanej próby zna procedurę postępowania z ofiarą przemocy seksualnej (Lewandowska-Abucewicz i in., 2015), mimo że Światowa Organizacja Zdrowia już w 2002 roku opublikowała raport obejmujący zasady postępowania z osobami, które jej doświadczyły na przestrzeni życia (Krug i in., 2002). Pierwszą w Polsce „Procedurę postępowania policji i placówki medycznej z osobą zgwałconą” wprowadzono w roku 2010 roku (Lewandowska-Abucewicz i in., 2015). Stosowanie protokołów postępowania z ofiarą przemocy seksualnej jest szczególnie istotne dla fizycznego i psychicznego dobrostanu ofiar (Campbell, Raja, 1999). Zbieranie dowodów i badanie ofiar zgwałceń może być dla samych poszkodowanych źródłem cierpienia psychicznego, szczególnie w przypadku braku stosowania standaryzowanych procedur – między innymi zestawów służących do zbierania dowodów, gdzie krok po kroku wyjaśniona jest procedura oraz wyszczególnione są zalecenia do jej przeprowadzenia. Ofiara powinna być informowana o kolejnych działaniach i każdorazowo pytana o zgodę na ich przeprowadzenie. Ma to szczególne znaczenie w kontekście ofiar przemocy seksualnej, które narażone są na wtórną wiktymizację, czyli ponowne przeżywanie sytuacji zagrażającej. Wystawia to ofiarę nie tylko na nieprzyjemne doznania fizyczne i psychiczne, ale także może przyczynić się do pogłębiania objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (Krug i in., 2002; Campbell, Wasco, 2005; Rich, Seffrin, 2012; Campbell, 2006).

Wymienione postawy i reakcje społeczne mają duży wpływ zarówno bezpośrednio na proces zdrowienia osób, które doświadczyły przemocy seksualnej, jak i na chęć zgłaszania się ofiar po pomoc – z raportu Departamentu Sprawiedliwości w Stanach Zjednoczonych wynika, że jedynie od 16% do 39% ofiar przemocy seksualnej zgłasza przestępstwo, co czyni je jednym z najrzadziej zgłaszanych przestępstw w odniesieniu do skali jego występowania (Tjaden, Thoennes, 2000).

Kontekst społeczny a modele teoretyczne

Analiza literatury obejmującej obszary związane z przemocą seksualną doświadczoną w dorosłości umożliwiła wyróżnienie dwóch konstruktów teoretycznych, które zawierają najważniejsze czynniki społeczne i interpersonalne mające wpływ na adaptację potraumatyczną osób zgwałconych. Wyszczególnia się społeczno-interpersonalny model PTSD (*posttraumatic stress disorder*) zaproponowany przez Andreasa Maerckera i Andree B. Horn (2013), ekologiczny model zdrowienia (*ecological model of rape recovery*), zaproponowany przez Mary Harvey (1996), następnie doprecyzowany przez Rebecce Campbell, Emily Dworkin i Gianninę Cabral (2009). Oba modele uzupełniają badania Sarah E. Ullman nad rolą reakcji społecznych (*social reactions*), szczególnie bliskiego otoczenia osoby zgwałconej, w utrzymaniu zaburzeń po stresie traumatycznym (Ullman, Filipas, 2001).

Zaproponowane modele korespondują z obecnie rozszerzoną klasyfikacją zaburzeń po stresie traumatycznym zawartą w ostatnim wydaniu DSM 5. Uwzględniono w niej nieujmowane wcześniej w klasyfikacjach Kryterium D. Zawiera ono objawy i reakcje obejmujące między innymi poczucie odrębności od reszty społeczeństwa w związku z przeżytym zdarzeniem, prezentowanie negatywnych odczuć i opinii na temat siebie i otaczającego świata, utrzymujące się obniżenie nastroju i negatywne stany emocjonalne, takie jak poczucie winy, wstyd, złość, strach (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2013; Wilson, Scarpa, 2017). Zaproponowane kryterium rozszerza perspektywę możliwych następstw zdarzenia traumatycznego i daje podstawy do dalszego zgłębiania czynników mających wpływ na adaptację potraumatyczną ofiar zgwałceń, szczególnie tych związanych z poczuciem odrębności od społeczeństwa oraz emocji wstydu i poczucia winy.

Pierwszy omawiany model, społeczno-interpersonalny model PTSD, uwzględnia specyficzne reakcje na zdarzenie oraz wielowymiarowość środowiska, w jakim jest osadzona ofiara. Model zasługuje na uwagę, gdyż opisuje nie tylko same obszary, ale również ich wzajemne oddziaływanie i wpływy. Podkreśla się, że zapewnienie odpowiednich warunków rekonwalescencji po zdarzeniu w jednym z obszarów nie oznacza, że inne obszary nie

będą oddziaływały na ofiarę negatywnie. Punktem wyjściowym do zaproponowania powyższego podejścia jest myśl, że osoba, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego, nie jest „samotną wyspą”. W tym kontekście wzajemność oddziaływania na siebie czynników społecznych, indywidualnych cech oraz reakcji jednostki po zdarzeniu jest niepodważalna. Model zakłada transakcyjną i wzajemną relację poszczególnych poziomów konstruktów społeczno-interpersonalnego, ale nie wyróżniono w nim specyficznych rodzajów reakcji społecznych czy obszarów, z jakimi ma styczność ofiara przemocy seksualnej. Założenia autorów są jednak wyjątkowo bliskie sytuacji osób, które doświadczyły przemocy seksualnej. Model obejmuje trzy wymiary będące podstawą przetwarzania zdarzenia i adaptacji potraumatycznej ofiary: indywidualne reakcje społeczno-afektywne na zdarzenie (*individual: social-affective response*), bliskie relacje społeczne (*close social relationships*) i kontekst społeczno-kulturowy, w którym osadzona jest jednostka (*distant social contexts: culture and society*; Maercker, Horn, 2013; Maercker, Müller, 2004). Autorzy wymieniają również szereg reakcji afektywnych, które mogą pojawić się w konsekwencji doświadczonej traumy. Wśród wymienionych czynników niezmiernie ważną reakcją na zdarzenie jest poczucie winy odczuwane przez ofiarę oraz obwinianie siebie (Maercker, Horn, 2013).

Uzupełnieniem powyższych konstruktów jest ekologiczny model zdrowienia (*ecological model of rape recovery*). Teorią wyjściową dla zaproponowanego modelu jest ekologiczna teoria rozwoju jednostki przedstawiona przez Urie Bronfenbrennera i powszechnie stosowana w psychologii rozwoju. Zakłada ona, że rozwój człowieka następuje w ciągłym kontakcie z otoczeniem i jest determinowany przez ewoluowanie interakcji pomiędzy jednostką i jej środowiskiem rozwoju (Bronfenbrenner, 1994).

Model uwzględnia różne rodzaje środowisk społecznych, w jakich osadzona jest jednostka, oraz zawiera informacje o oddziaływaniach poszczególnych podsystemów na siebie wzajemnie. Teorie ekologiczne wywodzące się z psychologii rozwojowej i społecznej adaptowane są do sytuacji związanych z przemocą seksualną, zakładając wzajemną relację jednostki i różnych środowisk, w których dana jednostka funkcjonuje. Jako pierwsze model ekologiczny zaadaptowały do sytuacji osób po doświadczonej przemocy seksualnej, Mary Harvey (1996). Z kolei Rebecca Campbell zaproponowała wersję modelu z uwzględnieniem instytucji pomocowych, do których może się zgłosić osoba zgwałcona – placówek medycznych oferujących pomoc psychologiczną oraz placówek porządku publicznego, takich jak policja czy prokuratura. Autorka uwzględniła również metakonstrukt obwiniania siebie występujący w związku z każdym z zaproponowanych poziomów modelu (Campbell i in., 2009). Autorzy proponowanych adaptacji ekologicznego modelu zdro-

wienia uwzględniają nie tylko najbliższe otoczenie ofiary. W projekcie zawarte są również obszary obejmujące formalne i nieformalne jednostki, do których zgłoszone zostało zdarzenie, różnice kulturowe, czynniki psychiczne i emocjonalne ofiary.

Model ekologiczny obejmuje pięć wymiarów – mikrosystem, mezosystem, egzosystem, makrosystem i chronosystem. Rebecca Campbell w swojej pracy pogładowej połączyła elementy uwzględnione w teoriach Bronfenbrennera z elementami obejmującymi indywidualną charakterystykę osoby pokrzywdzonej oraz samego zdarzenia. Wyróżniła poszczególne elementy, które następnie zebrała w podzbiory. Wymiar charakteryzujący cechy jednostki – poziom indywidualny (*individual level*) – obejmuje dane demograficzne, status społeczno-ekonomiczny, ale także różnice indywidualne, osobowość, zaburzenia psychiczne występujące przed zdarzeniem czy style radzenia sobie ze stresem. Campbell wyróżniła także podzbiór zawierający charakterystykę zdarzenia: czy występowało bezpośrednie zagrożenie życia, czy użyta została broń, jaka relacja łączyła osobę poszkodowaną z oprawcą, czy spożywany był alkohol lub inne środki odurzające. Mikrosystem obejmuje charakterystykę bezpośredniej interakcji pomiędzy ofiarą a jej najbliższym otoczeniem. Wymiar mezo/egzosystemu uwzględnia kontakt ofiary z ośrodkami pomocowymi, takimi jak policja, placówki medyczne, organizacje pozarządowe, czy kontakt ze specjalistami, w tym psychologami i psychiatrami. Makrosystem obejmuje czynniki związane ze społecznym podejściem do przemocy seksualnej uwzględniającym między innymi akceptację mitów na temat zgwałceń. Ostatni wymiar, chronosystem, obejmuje czynniki związane ze zjawiskiem wtórnej wiktyimizacji lub innych doświadczeń traumatycznych w historii ofiar.

W powyższych konstruktach teoretycznych pojawiają się informacje na temat wtórnych emocji towarzyszących ofiarom po zdarzeniu. Autorzy modelu społeczno-interpersonalnego, jak i ekologicznego modelu zdrowienia podkreślają rolę wstydu i poczucia winy w adaptacji potraumatycznej. W kontekście poczucia winy wymienia się przede wszystkim obwinianie siebie o przebieg zdarzenia, przekonanie o tym, że można było przewidzieć, co się wydarzy, i zapobiec temu, branie pełnej odpowiedzialności za zdarzenie, nawet w przypadku traumy spowodowanej intencjonalnym działaniem drugiego człowieka, uczucie dystresu i cierpienie emocjonalne (Popiel, 2014; Popiel, Zawadzki, 2015). Osadzenie zdarzenia w kontekście społecznym, jak i narażenie ofiary na szereg negatywnych reakcji społecznych mogą być przyczyną negatywnego postrzegania siebie w kontekście zdarzenia i w efekcie prowadzić do negatywnych przekonań lub zniekształceń poznawczych z towarzyszącym im silnym poczuciem winy i wstydu (Herman, 2004; Re-

lyea, Ullman, 2015; Ullman, Filipas, 2001; Nietlisbach, Maercker, 2009a, 2009b; Xu i in., 2016).

Dyskusja

Mając do czynienia z przemocą seksualną, trzeba postępować w sposób wyjątkowo ostrożny i interdyscyplinarny. Należy wyjść od jednostki, która tej przemocy doświadczyła, poprzez jej reakcje na zdarzenie aż do systemu, w jakim jest osadzona. Uwzględniając wspomnianą interdyscyplinarność w procesie adaptacji po zdarzeniu, winno się brać pod uwagę czynniki charakteryzujące daną jednostkę (osobowościowe, psychiczne, emocjonalne, temperamentalne), zjawiska interpersonalne (bliskie relacje, związki, system rodzinny), czynniki społeczne (grupy społeczne, w których funkcjonuje jednostka, autorytety, ważne osoby spoza bliskich relacji interpersonalnych), instytucje społeczne (instytucje porządku publicznego, organizacje pozarządowe, specjaliści, placówki medyczne) oraz charakter doświadczonego zdarzenia. Wymienione obszary mogą wpływać na adaptację ofiar, zarówno niezależnie od siebie, jako jeden z głównych czynników wspierających i/lub utrudniających adaptację po zdarzeniu traumatycznym, jak i poprzez wzajemną interakcję. Uwzględniając różnice indywidualne i doświadczenia jednostki, mamy obowiązek uwzględniać różnorodność jej potrzeb oraz możliwości.

Liczne świadectwa ofiar zgwałceń przedstawiają jednakowy przebieg reakcji w trakcie zdarzenia – ofiara nie była w stanie zareagować, poruszyć się czy krzyknąć i uciekać. Neurobiologia stresu pourazowego wyraźnie zaznacza trzy rodzaje reakcji: walka, ucieczka, zastygnięcie (LeDoux, 2017). W zdecydowanej większości przypadków przemocy seksualnej mamy do czynienia z trzecią reakcją. Zetknięcie neurobiologii ze społecznym dyskursem obejmującym przemoc seksualną pozwala zobaczyć rozdźwięk pomiędzy społecznym postrzeganiem przemocy seksualnej i okoliczności towarzyszących temu traumatycznemu zdarzeniu a reakcją biologiczną, uwarunkowaną fizjologicznymi reakcjami organizmu na ekstremalny stres. Niestereotypowy rodzaj reakcji na sytuację zagrażającą może rodzić szereg negatywnych postaw prezentowanych przez bliskie i dalsze otoczenie ofiary, co z kolei może powodować u ofiary poczucie wstydu i przede wszystkim poczucie winy. Negatywne reakcje społeczne, brak uznania dla wyjątkowej sytuacji osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej, uniemożliwia jej opowiedzenie swojej historii, a co za tym idzie – stworzenia pełnej narracji zdarzenia (Błaszczak, 2004; Chrzczonowicz, 2011, Zięba, Zatorski, 2013). Przenoszenie ciężaru odpowiedzialności z przestępcy na ofiarę utrudnia jej przeżycie adekwatnych emocji związanych ze zdarzeniem, zamykając ją w błędnym kole poczucia winy i wrażeń, że mogła uniknąć prze-

mocy, gdyby tylko inaczej zareagowała. Mając na uwadze powyższe argumenty, należy podkreślić, jak kluczowe jest, aby przedstawione modele miały zastosowanie praktyczne i były wskazówką dla osób mających kontakt z ofiarami przemocy seksualnej, jak należy postępować z osobami, które doświadczyły tego rodzaju przemocy.

Dostarczane informacje mają implikacje praktyczne – dane stwierdzające ponad wszelką wątpliwość wpływ reakcji społecznych na dobrostan ofiar zgwałceń umożliwiły prace nad szkoleniami dla pielęgniarek specjalizujących się w pomocy osobom, które doświadczyły przemocy seksualnej. Program szkoleń specjalistycznych dla pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych obejmuje informacje o tym, jak postępować z osobą, która doświadczyła przemocy seksualnej, jakie reakcje może prezentować osoba zgwałcona, co jest najważniejsze w chwili zetknięcia z ofiarą. Program SANE (*Sexual Assault Nurse Examiner*; Campbell, Patterson, Lichty, 2005) cieszy się coraz większą popularnością również ze względu na wpływ na zwiększenie liczby wniesionych i procedowanych postępowań karnych (Campbell, Greeson, Bybee, Fehler-Cabral, 2012; Campbell i in., 2005; Darnell i in., 2015). Na uwagę zasługuje również aplikacja *Rape Crisis Counseling* stworzona na potrzeby wzmocnienia przekazu obejmującego efektywną pomoc osobom pokrzywdzonym oraz podkreślenia najważniejszych informacji dotyczących przemocy seksualnej i jej możliwych konsekwencji. Aplikacja jest skierowana zarówno do osób, które chcą pomóc ofiarom zgwałceń, jak i do samych osób poszkodowanych. Rozwiązanie aplikacyjne jest obiektywnie najsukuczniejszą metodą dotarcia do szerszego kręgu odbiorców (Westefeld, Heckman-Stone, 2003).

Całościowe, interdyscyplinarne podejście do tematu na poziomie teoretycznym jest odpowiedzią na błędy praktyczne – zwłaszcza osób, które jako pierwsze mają kontakt z ofiarami przemocy seksualnej. Proces adaptacji po zdarzeniu traumatycznym obejmuje dostosowanie się do nowej rzeczywistości i przekształcenie dotychczasowych mechanizmów obronnych. Często niezbędne do rekonwalescencji jest przewartościowanie życiowych ról i celów. Bez interakcji ze społeczeństwem ten proces może być znacznie utrudniony, jeśli nie niemożliwy. Obecność narzędzi i programów edukacyjnych zwraca uwagę na potrzebę uwrażliwienia społecznego na potrzeby osób doświadczających przemocy seksualnej, specyfikę ich reakcji w trakcie i po zdarzeniu. Akcentuje też możliwe konsekwencje, jakie niesie ze sobą szereg negatywnych reakcji społecznych i akceptacja mitów na temat zgwałceń. Zarówno badania naukowe, jak i przedstawione raporty akcentują potrzebę pracy nad wzrostem świadomości społecznej na temat przemocy seksualnej i jej konsekwencji, co powinno prowadzić do zwiększenia działań edukacyjnych i prewencyjnych.