

# POSLEDICE TRAVME SPOLNE ZLORABE NA PSIHIČNO IN TELESNO DOŽIVLJANJE TER DOJEMANJE OBDOBJA NOSEČNOSTI PRI ŽRTVAH

**Obljavljeno:** V: LABAŠ, Suzana (ur.). *Medosebni odnosi - temelj kakovosti v zdravstvu : 1. simpozij z mednarodno udeležbo, Logarska dolina, 30. in 31. maj 2008.* [Solčava]: Spes - društvo za kulturo odnosov, 2008, str. 46-56

**POVZETEK:** Spolna zloraba je travmatično izkustvo, ki zaznamuje posameznika za celo življenje z mnogimi posledicami. Namen članka je predstaviti tako teorijo podprto s kliničnimi izkušnjami, kot dosedanje raziskave s področja posledic tovrstne travme. Vsebina se navezuje predvsem na tiste vplive spolne zlorabe, ki se kažejo v psihičnem in telesnem doživljanju žrtve. Nenazadnje se besedilo dotakne tudi psihosomatike in možnega dojetanja nosečnosti pri osebah, ki so bile v preteklosti zlorabljene. Pomembno je poudariti, da ni nujno, da je vsaka posledica povezana s spolno zlorabo, lahko pa seveda opozarja tudi na to možnost in je v tem oziru nemi klic na pomoč.

## 1. UVOD

S področja posledic spolne zlorabe je zelo veliko raziskav. Težko je predvideti, kateri vplivi se bodo najbolj kazali pri eni ali pri drugi osebi, ki je bila spolno zlorabljena. Nekdo bo bolj nagnjen k enim vrstam zasvojenosti, drugi k drugim, tretji pa k psihosomatiki ali kakim drugim znakom, ki bodo opozarjali na bolečino spolne zlorabe. Vsak posameznik bo lahko reagiral drugače in se na drugačen način spoprijemal s travmo. Prav tako bodo lahko pri nekaterih posledice takoj vidne, pri drugih pa bodo šele po mnogih letih začele prihajati na dan in se prebujati v različnih situacijah, ki bodo spominjale na zlorabo. V splošnem pa lahko težko rečemo, v čem natanko je spolna zloraba prizadela zlorabljenega, saj je z njo prežeto vse: samozavest, spolnost, intimna razmerja, starševstvo, delo, duševno zdravje, telo ... Lahko bi celo rekli, da je bilo veliko zlorabljenih preveč zaposlenih s preživetjem, da bi lahko opazili, na kakšne načine jih je zloraba prizadela. Še huje, večina zlorabljenih kasneje v življenju sploh ne pomisli, da bi lahko bile posledice in težave povezane s spolno zlorabo. Veliko ljudi se sramuje tega, kar so delali, da so lahko preživeli. Lahko so posegli po drogah, alkoholu, pretiranem hranjenju ali stradanju, obsesivnem masturbiranju, predajanju nezdravi in tvegani spolnosti ... Vendar način preživetja ni nekaj, česar naj bi se sramovali, ampak nekaj, kar je bilo v dani situaciji, polni bolečine, najboljša možna rešitev.

## 2. PSIHIČNO DOŽIVLJANJE POSLEDIC PRI SPOLNO ZLORABLJENIH

Posledice spolne zlorabe so številne in različne, vključujejo tako fizično kot psihično področje človekovega delovanja. Njihov vpliv pa je lahko kratkotrajen ali dolgotrajen.

V večini primerov gre za dolgotrajne in zelo radikalne škodljive vplive, ki močno zaznamujejo in spremenijo človekovo življenje (npr. Bass in Davis 1998; Catherall 2004; Coomaraswamy 1997; Corby 2006; Courtois 1996). Literatura in klinična praksa najpogosteje omenjata naslednje psihične posledice spolne zlorabe:

- Posttravmatska stresna motnja.
- Socialne fobije.
- Strah in anksioznost; po nekaterih raziskavah (Browne in Finkelhor 1986) ženske z zgodovino spolne zlorabe v otroštvu v primerjavi z ženskami, ki niso bile spolno zlorabljene, dvakrat pogosteje doživljajo strah, anksioznost in motnje spanja.
- Krivda in sram; mnoge žrtve zlorabe čutijo krivdo in sram. Sebe dojemajo kot nevredne, nemoralne, destruktivne in grešne. Zlorabo pogosto spremljajo sporočila, katerih namen je, da bi se otroci zaradi sramu podredili in zavezali k molčečnosti. Ko moški triletno hčer prisili v oralni seks, potem pa ji pove, kako grešna in pokvarjena je, da je dovolila, da se je kaj takega zgodilo, bo deklica tako sporočilo sprejela kot del svoje osebne realnosti.
- Zloraba substance in motnje hranjenja (*anoreksija, bulimija, kompulzivno prenažanje*).
- Pobeg od doma; mnoge raziskave (npr. Corby 2006; Silbert in Pines 1981) so pokazale, da je pobeg od doma pri adolescentih lahko visoko povezan s spolnim zlorabljanjem; 96 % prostitutk, ki so pobegnile od doma, je v otroštvu doživelo spolno zlorabo.
- Depresija in samomor; Beitchman in drugi (1992) so v pregledu osmih študij ugotovili, da jih je šest poročalo o pozitivni korelaciji med spolno zlorabo v otroštvu in depresijo kot psihiatrično diagnozo. Nadalje so našli tudi visoko pozitivno korelacijo z negativno samopodobo. Lindberg in Distad (1985) sta v klinični študiji sedemindvajsetih adolescentov z zgodovino incesta ugotovila, da jih je ena tretjina že poskušala kdaj narediti samomor. Prav tako je študija z vzorcem 2485 mladostnikov, starih štirinajst let, pokazala, da so bili tisti z zgodovino spolne zlorabe

daleč bolj nagnjeni k samomorilnemu vedenju, mislim in poskusom; med fanti je bilo takih 55 %, med dekleti pa 29 % (Martin idr. 2004). Prav tako se pri spolno zlorabljenih osebah pogosto pojavljajo simptomi anksioznosti in depresije. Rodgers in drugi (2003) so ugotovili, da se depresija pojavi kmalu po travmatičnem dogodku in je pogosto prisotna tudi po več mesecev. Ženske, ki so bile v otroštvu spolno zlorabljene, pa niso kasneje doživele kakih drugih travm, so 3,8-krat bolj nagnjene k doživljanju simptomov velike depresivne motnje. Ženske tudi pogosteje zbolijo za depresijo kot moški.

- Napadi panike; Rodgers in drugi (2003) so v svoji raziskavi ugotovili, da je bilo med osebami, ki so iskale pomoč zaradi zgodovine spolne zlorabe, 69 % takih, ki so imele panične napade. Le-ti lahko vključujejo naslednje simptome: težave z dihanjem, grlo se zapre, srce divje bije, vid se spremeni, pojavi se potenje, tresenje, potreba po begu, oseba čuti, da je izgubila samonadzor, čuti se ujetu, čuti potrebo po tem, da bi zakričala, zdi se ji, da bo izgubila zavest, da ji bo telo eksplodiralo, strah jo je, da bi se ji zmešalo. Napad panike v polnem zamahu je za tistega, ki ga doživlja, zelo zastrašujoč. Ta občutja običajno nezavedno sproži kaka misel, dejanje, vonj, dotik (»flashbacki«), ki spominja na originalno spolno zlorabo. Večino časa ta oseba niti ne ve, kaj je sprožilo napad. Lahko se celo zgodi, da se oseba ne spomni svoje zlorabe in je zato še toliko bolj zbegana glede vzroka. Zdi se, kot da bi napadi panike prihajali od nikoder, v resnici pa zanje vedno obstaja vzrok in sprožilec. Primer: *med vožnjo z letalom bo lahko nekdo, ki bo sedel privezan na stolu, v temi, med množico ljudi in v tišini, začutil tako ujetost in grozo, da bo telo »podivjalo« in bo prišlo do paničnega napada. Na videz letenje in zloraba nimata nobene povezave, vendar pa je v somatskem spominu zapisano vzdušje zlorabe, ki je podobno vzdušju na letalu (ujetost, tema, dušenje, tišina, drugi ljudje, nemočen si, nikamor ne moreš in ne smeš zbežati ...). Ta oseba ne bo vedela, kaj se dogaja. Zavestno in razumsko si ne bo znala razložiti odzivov, nezavedno pa bo imelo telo vsa sporočila, četudi spadajo v preteklost in je sedaj varno; krivično je, da je ta preteklost za telo še vedno sedanjost, zato tudi oseba doživlja, kot da se sedaj dogajajo najhujše stvari, ki so bile morda med samo zlorabo celo potlačene, sicer v tistem trenutku zlorabljeni ne bi preživel vse groze, strahu in nasilja. V ekstremnih primerih se bo nekdo, ki je doživel tak panični napad med letenjem, začel izogibati potovanjem, letenju in podobnim dogodkom, ker bo prisoten premočan strah, da bi se panika ponovila.*
- Pretirano nezaupanje, težave z medosebnimi odnosi, partnerskimi odnosi; 49 % spolno zlorabljenih žensk poroča o doživljanju fizičnega nasilja s strani partnerja (Browne in Finkelhor 1986). V odnosih se pogosto

pojavljajo ambivalentnost in močna konfliktna stanja. Mnogi zlorabljeni so imeli radi prav tiste ljudi, ki so jih zlorabili, zato si zelo težko priznajo, da so jih zlorabili in izdali prav tisti, ki so jim zaupali. Svojo stisko izražajo s pretiranim nezaupanjem do prijateljev in partnerjev. Travmatične spomine so morda že zdavnaj potlačili, zato se ne zavedajo izvora svoje zaskrbljenosti in nezaupanja. Njihovi bližnji se sprašujejo, s čim so si zaslužili tolikšno nezaupanje in zakaj morajo vedno znova dokazovati, da so zaupanja vredni. Ob tem pa zlorabljeni dobivajo samo še nova sporočila, da si je včasih bolje najti nekaj, čemur lahko zaupaš, nekaj, na kar se lahko vedno zanesesh (npr. zasvojenosti), če ljudem ne moreš zaupati.

- Spolne disfunkcije in druge težave s spolnostjo (*izogibanje spolnosti, obsesija, ambivalentna doživljanja, parafilije ...*).
- Motnje osebnosti in disociativnost prav tako kažejo na visoko korelacijo s spolno zlorabo (posilstvo, prisiljen ali nehoten spolni odnos, prisotnost v situaciji, ko je bil nekdo spolno zlorabljen), še zlasti je ta povezava visoka pri osebah, ki imajo borderlinsko osebnostno motnjo.
- Verjetnost reviktimizacije; Russellova (1986) je v svoji raziskavi ugotovila, da je bilo med žrtvami posilstva ali poskusa posilstva 65 % žensk, ki so bile v otroštvu spolno zlorabljene, in 36 % žensk, ki niso imele zgodovine spolne zlorabe. Prav tako ista avtorica navaja, da je med 38 % in 48 % žensk z zgodovino spolne zlorabe doživljalo fizično nasilje s strani partnerjev, v primerjavi z 18 % žensk iz kontrolne skupine. Ranljivost zlorabljenih se z negativno samopodobo samo še povečuje. Raziskano je, da so otroci staršev, ki imajo zgodovino spolne zlorabe, bolj izpostavljeni možnosti, da bodo tudi sami žrtve spolne zlorabe (Hooper in Koprowska 2004).
- Nizka samopodoba.
- Prenos travme na naslednje generacije. Cross (2001) v svoji raziskavi ugotavlja, da je bilo 34 % mater, katerih otroci so bili spolno zlorabljeni, tudi samih žrtev spolne zlorabe. McCloskey in Bailey (2000) poudarjata, da obstaja v primerih, ko je bila mati žrtev spolne zlorabe, 3,4-krat večja možnost, da bo tudi njena hčerka spolno zlorabljena kot v primerih mater, ki niso imele izkušnje spolne zlorabe...

### 3. TRAVMA SPOLNE ZLORABE, TELO IN ZDRAVSTVENE TEŽAVE

Spolna zloraba se prvotno zgodi na telesni ravni, prav zato veliko spolno zlorabljenih oseb obtožuje svoje telo, ker se je odzvalo, ker je privlačno, majhno, ranljivo, dovzetno za vzdraženje in užitek; obtožujejo se, ker sploh imajo telesne občutke. Sprostitev lahko zato v nekaterih ozirih predstavlja nezavedno tveganje, da se bo zagotovo zgodilo nekaj hudega, zato je bolj varno biti ves čas na preži, buden, saj se ta otrok, ki je bil spolno zlorabljen, nikoli ni mogel zares sprostiti. Prav tako veliko spolno zlorabljenih doživlja svoje telo kot breme, nadlego in ga ne upoštevajo, saj je prav takrat, ko bi se moralo braniti, zbežalo in jih izdalo. To neupoštevanje telesnih potreb vključuje to, da ne slišijo telesa: delajo tudi takrat, ko so bolni, zadržujejo vodo, ker hočejo samo še nekaj malega končati, ne gredo počivat, ko je že skrajni čas, da se oddahnejo, gredo v skrajnosti pri hranjenju, telesnih aktivnostih, se samopoškodujejo, zaidejo v razne oblike zasvojenosti... (Bass in Davis 1998).

Pogosto se dogaja, da zdravniški pregledi in preiskave ne razložijo simptomov pacienta, ki je doživel neko travmo. To še ne pomeni, da pacient ne trpi fizičnih bolečin, ampak da je vzrok bolečine psihosomatske narave. Travmatična izkušnja ne vpliva samo na strukturo in funkcioniranje možganov, ampak tudi na stabilnost naše psihe, mišljenja in na zdravje našega telesa. V ekstremnih primerih lahko travma prispeva tudi bistven delež k psihiatričnim motnjam (Scaer 2005; Scarf 2004). Priznано je, da se zdi večina teh pacientov zahtevnih, prestrašenih, negotovih, na trenutke celo ne zaupajo več bližnjim, ki jim zagotavljajo, da je zagotovo vse v redu z njimi. Veliko jih trpi zaradi najrazličnejših medicinskih simptomov, najpogosteje pa zaradi prebavnih težav, kronične utrujenosti in motenj spanja. Scaer (2005), ki je leta in leta delal kot zdravnik in se srečeval z različnimi pacienti, tudi po poškodbah nesreče ali kakih drugih travm, meni, da so različni fizični sindromi (bolečine) pri travmiranih pogosteje posledica nekega doživetja, izkušnje kot pa dokazane organske poškodbe. *Primer: Bolečine v želodcu bodo posledica psihičnih stisk, ki jih doživlja spolno zlorabljeni, ne pa organskih okvar ali zastrupitve s hrano.* Prav tako lahko travma spolne zlorabe vpliva na nevrološke in hormonske (endokrinološke) spremembe, imunski sistem ... Emocionalno stanje osebe vpliva na njeno fizično počutje in zdravstveno stanje. Vedno več je avtorjev (npr. Scaer 2005; Scarf 2004; Schore 2003; van der Kolk 1994), ki poudarjajo povezanost razuma (mind), možganov (brain) in telesa (body). Možgani delujejo in se odzivajo na podlagi dražljajev, ki jih sprejemajo iz zunanosti in notranosti našega telesa. Sedanje izkušnje primerjajo s preteklimi. Telo se potem odzove na ukaze možganov in spremeni glede na dražljaje in sporočila, ki jih prejema prek možganov. Razum pa je tisti, ki glede na vse

shranjene spomine usmerja vedenje telesa in vpliva na vsebino nadaljnjih spominov, ki se bodo shranjevali.

Iz zgoraj navedenih ugotovitev lahko vidimo, da so vzdušje ter čustvena in telesna stanja med travmo zelo močno povezani z delovanjem in funkcioniranjem možganov, ti pa naprej vplivajo na telesne spremembe, kamor spadajo tudi bolezni in zdravstveno stanje.

V splošnem raziskave na področju zdravstva in medicine (Rodgers idr. 2003) kažejo, da imajo osebe, ki so bile v preteklosti spolno zlorabljene, več težav z zdravjem, poročajo o več somatskih simptomih in bolečinah kot osebe, ki niso bile žrtve spolne zlorabe. Prav tako poročajo o večji meri kroničnih bolezni. Najpogostejše in najbolj splošne so: gastrološke bolezni, bolezni, povezane z želodcem (čir na želodcu), dihalne motnje (npr. astma, bronhitis, emfizema - napihnjenost), težave s srcem, hipertenzija, artritis, diabetes in pri ženskah tudi ginekološke težave. Ginekološke težave so najpogostejše povezane z izgubo menstrualnega cikla ali prekomernim krvavenjem, spolnimi disfunkcijami, pogostimi bolečinami v spodnjem delu trebuha (tudi ko ni menstruacije), pogostimi vnetji spolnih organov in bolečinami med spolnimi odnosi.

Golding in drugi (2000) so intervjuvali ženske, ki so iskale pomoč zaradi resnih predmenstrualnih težav (PMS), in ugotovili, da je 95 % žensk poročalo o tem, da so jih najmanj enkrat poskušali spolno zlorabiti ali pa so celo bile spolno zlorabljene, 81 % teh žensk pa je bilo posiljenih.

Prav tako nekateri avtorji (npr. Scaer 2005; Scarf 2004; van der Kolk 1994) poročajo tudi o kroničnem vnetju mehurja, pogostem in bolečem uriniranju, ki se pri ženskah med menstruacijo samo še poveča. Na podlagi raziskav ocenjujejo, da ima 90 % žensk, ki imajo zgodovino spolne zlorabe, te težave.

Prav navedene zdravstvene težave so lahko tehten razlog, da spolno zlorabljene ženske pogosteje posežejo po tabletah in drugih medicinskih pripomočkih.

Tudi sicer ima travma spolne zlorabe lahko neposreden vpliv na zdravje zlorabljene osebe, saj je lahko med samim zlorabljanjem žrtev izpostavljena okužbi ali celo okužena s kako spolno prenosljivo boleznijo. Prav tako lahko zloraba posredno škoduje zdravju žrtve, saj povečuje verjetnost, da se bo zlorabljen oseba zapletla v zlorabljajoče odnose. Relacijska družinska teorija v zvezi s tem govori o nezavedni privlačnosti zlorabe oziroma lojalnosti čutenjem, ki spominjajo na zlorabo (gnus, sram, prezir, strah...). Psiha nezavedno išče to vzdušje in to z upanjem, da bi se ti afekti razrešili, da bi se zgodilo nekaj novega - nezlorabljajočega (Gostečnik 2004, 2005). Raziskave kažejo, da so osebe, ki

so bile posiljene, veliko bolj nagnjene k fizičnemu nasilju v partnerskem odnosu, v primerjavi z osebami, ki nimajo zgodovine posilstva (Briere idr. 1999). Prav fizično nasilje pa poveča možnost, da pride do resnejših poškodb enega ali drugega partnerja.

Nekateri avtorji (Briere idr. 1988; Maltz 1990) ugotavljajo, da spolno zlorabljeni svoje telo začnejo lahko zelo hitro zaznavati kot disfunkcionalno, s čimer je povezana psihosomatika. Prav tako nekateri postanejo preokupirani z vsako telesno spremembo in ob vsakem najmanjšem bolezenskem znaku doživljajo prave groze, kot bi bili zelo resno bolni. Posledice teh psihičnih stisk in doživljanj se odražajo v mnogih fizičnih, organskih manifestacijah ali z drugimi besedami, na telo se prenese psihična bolečina in telo sporoča, da nečesa ne more več prenašati.

Vsi ti fizični znaki pa so psihosomatske narave in se lahko kažejo v:

- glavobolih (le kot napetosti ali kot migrene),
- motnjah spanja,
- motnjah apetita,
- težavah z želodcem,
- ginekoloških težavah (kronične bolečine v spodnjem delu trebuha, dispareuniya, vaginizmus, nespecifični vaginitis, motnje v menopavzi ...),
- astmatičnih in srčnih težavah,
- mišični napetosti,
- omedlevicah, vrtoglavicah, utrujenosti...

Isti avtorji razlagajo psihosomatske težave kot posledico spolne zlorabe s pomočjo kronično stimuliranega avtonomnega živčnega sistema, ki povišuje izločanje hormonov (epinerfinov, norepinerfinov in kortizola). Prav stalno povišano izločanje je tisto, ki ima dolgoročne posledice na telo.

Včasih se psihosomatske težave na določenem delu telesa, ki je bil med zlorabo poškodovan, pojavijo veliko pozneje, tudi po več letih, npr. bolečine v čeljustih, če je bila oseba posiljena oralno. Morda pa prihaja do težav, ki jih je težje

opaziti; telesna neodpornost, dovzetnost za prehlad, gripo, kronična preutrujenost in izčrpanost ... (Bass in Davis 1998).

#### **4 . NOSEČNOST, MATERINSTVO IN ZGODOVINA SPOLNE ZLORABE**

Telesni spomin se lahko prebudi, ko se začne žensko telo med nosečnostjo spreminjati. Ko začne postajati nosečnost vidna, je lahko to znak, da to telo ni več nedotakljivo, da je nekdo že šel čez »mejo«. Ženski nosečniški trebuh tako postane del javne arene, ko ga vsi opazijo in vidijo. Za žensko, ki nima zgodovine spolne zlorabe, je lahko to nekaj najlepšega, za žensko, ki je bila spolno zlorabljen, pa je lahko to huda stiska, da njeno telo postane bolj opazno, drugačno, še zlasti, če je morala leta in leta skrivati vsako telesno spremembo, ki jo je pustila spolna zloraba, pa četudi le v občutjih in doživljanjih in ne toliko na telesu. Prav zaradi te močne povezanosti telesa med nosečnostjo z zgodovino spolne zlorabe, si bomo v nadaljevanju pogledali nekatere dejavnike, ki jih je potrebno upoštevati oziroma s katerimi naj bi bil seznanjeni sama nosečnica in tudi njeni najbližji, da jo bodo ob morebitnih čustvenih spremembah lažje podpirali in razumeli.

##### **4.1 DEJAVNIKI, KI JIH JE POTREBNO UPOŠTEVATI, KO IMA NOSEČNICA, MLADA MAMICA, ZGODOVINO SPOLNE ZLORABE**

###### **a) Ginekološki pregled**

Že običajen ginekološki pregled je lahko zelo neprijeten, saj je prisotno otipavanje. Tu je zelo pomembno, da je ginekolog profesionalen in senzitiven. Ko pa je ženska še noseča, ima v sebi bitje, ki se razvija in raste, je še toliko bolj dovzetna za vsak dotik, za vsak poseg, ki je povezan z njeno ženskostjo, z njenim telesom (Prescott 2002).

###### **b) Kontrola**

Spolno zlorabljen ženska se boji izgubiti kontrolo in ta strah pride lahko zelo močno do izraza tudi pri nosečnosti in porodu. Med samo zlorabo žrtev ni imela kontrole nad tem, kar se ji je dogajalo, nekatere so ob spolnem zlorabljanju telesa doživljale še grožnje, pa ne le verbalne in psihične, ampak tudi fizične (*npr. grožnja z orožjem*). *»Popadki so se stopnjevali tako hitro, da sem čutila, kako izgubljam nadzor. Vedno bolj me je postajalo strah. Bolečine so postajale vedno močnejše in intenzivnejše. Telo se je začelo krčiti in napanjati. V glavi so*



*se začele odvijati misli in slike iz posilstva, ko sem imela 2 leti in mi je sorodnik po mamini strani raztrgal nožnico...» (Tilley 2000).*

Zlorabljene ženske so se naučile, da izgubiti kontrolo pomeni fizično in čustveno nevarnost, zato se počutijo močnejše in varnejše, če imajo strukturirane stvari - če lahko vedo, kaj bo sledilo pri porodu, kako približno naj bi potekal, kaj je normalno in kaj lahko pričakujejo ... Prav te informacije jim bodo pomagale, da se lahko odpočijejo od stalnega nadzora, skrbi in čakanja, kaj bo sledilo, saj so prav ti občutki zelo močno povezani z zlorabo, kjer se oseba nauči, da je bolj »varno«, če je ves čas na preži. In nasprotno, občutek ogroženosti lahko za ceno, da bi ohranile nadzor, pripelje do ekstremov v vedenju - do agresije, podrejenosti, ritualov, stalnih kriz ... (Smith 1998).

### **c) Babiška nega in »flashbacki«**

Telo spolno zlorabljene ženske je nekoč že bilo onečaščeno in trpinčeno, zato bo skrb babice morda doživljala kot nadaljnje, dodatno trpinčenje in oskrnitev. Poleg tega pa bo najverjetneje marsikatera beseda, ki jo bo izrekla babica, kot npr. »sprosti se«, »nič hudega ne bo, samo malo bom pretipala, da vidim, kakšno je stanje«, »kmalu bo konec, še malo zdrži«..., prebudila nezavedni organski spomin, kjer je zapisana ista ali podobna vsebina besed, izgovorjenih v drugačnih okoliščinah - med spolnim zlorabljanjem, s strani storilca (Coutois in Riley 1992). Prav zato je zelo pomembno, da zna babica poskrbeti za varnost, da spremlja odzive nosečnice in je odprta ter dostopna za morebitni pogovor, v katerem da bodoči materi čutiti, da se zloraba sedaj ne dogaja, da je vse normalno, predvsem pa spoštljivo. Kar pa je v takih trenutkih še boljše, je to, da je, če je le mogoče, ob njej še kdo, ki ve za njeno zlorabo, ki mu res zaupa in ji lahko pove, da so to le občutja, ki so se prebudila in da spadajo v zlorabo, ki pa se sedaj ne dogaja več, da je varno ... To dvojno prepoznavanje in razločevanje preteklosti in sedanosti je za bodočo mater zelo pomembno (Tilley 2000). Vsi ti »flashbacki« se lahko sprožijo in prebudijo ob dotiku, govorjenju, položaju ženske ali tistega, ki jo v porodnišnici, na ginekologiji oskrbuje. Ob tem bo ženska lahko reagirala na različne načine: bo zamrznila, postala rigidna, otopela, spremenilo se bo njeno dihanje, izrazi na obrazu, lahko se bodo pokazali celo znaki panike.

### **d) Disociacija**

Nekatere spolno zlorabljene ženske so preživele spolno zlorabljanje na način, da so disociirale zlorabo; to je način distanciranja zlorabljene osebe od svojega telesa in/ali misli. Zamrznitev. Pogosto se to dogaja tistim žrtvam, ki so med zlorabljanjem doživljale hude bolečine. Tako bodo te ženske lahko celo pri samem porodu doživljale disociacijo, odplavale in ne čutile bolečin ter se tako

nezavedno borile z bolečino, kar pa lahko zelo podaljšuje in ovira sam potek poroda. V takih trenutkih je zelo pomembno, da je ženska lahko »prisotna« pri porodu in da jo babica ali partner, če je ob njej, z besedami »prikliče« nazaj, jo pomiri, da je na varnem in da naj zaupa, da bo z njenim telesom vse v redu (Coutois in Riley 1992; Parrat 1994; Tilley 2000).

Disociacija je najmočnejše povezana z občutkom, da ni varno: *»Čutila sem, kot da celoten porod spremljam izven svojega telesa, kot da gledam izpod stropa na posteljo, kjer ležim, tako mi je bilo bolj varno. Ko pa je prišlo do krčenja in odpiranja, sem začela pristiskati in vpiti ter klicati svojo mamo ... V mislih sem se trudila zbežati na varen kraj ... Vem, da se čudno sliši, toda nisem zmogla biti prisotna. Izčrpana sem bila od dotikov ...«* (Burian 1995). **Fizične senzacije**, kot npr. raztezanje medenice, napetost v telesu ..., lahko močno spominjajo in prebujajo spolno zlorabo, ki je zapisana v somatskem spominu - v telesu. Še zlasti je ta vpliv močnejši in večji, če je med zlorabljanjem prihajalo do bolečih penetracij, posilstva. Strah pri ženski lahko prebudi tudi splošna anestezija, zlasti pa občutek, da bo brez kontrole in nadzora nad njenim telesom; pri nekaterih ženskah pa prav splošna anestezija olajša spoprijemanje s porodom (Smith 1998).

»Flashbacke« prav tako lahko sproži **položaj telesa**, npr. ležanje v postelji; ženska, ki je bila večer za večerom pred spanjem spolno zlorabljena na postelji, ko je morala ležati na hrbtu, bo lahko v tem položaju doživljala hude in neprijetne občutke (Tilley 2000).

### e) Dojenje

Dojenje ni povezano samo s materinim telesom, ampak zelo močno tudi s čustvi in doživljanjem. Če spolno zlorabljena mlada mamica čuti odpor, da bi dojila otroka, ker morda to prebudi občutja iz zlorabe in spomni njeno telo, da je bil nekdo nespoštljiv do njega, potem ji je potrebno dati čim več podpore in ne za vsako ceno pritiskati nanjo, da mora dojiti. Četudi je njeno telo popolnoma pripravljeno na dojenje, ni nujno, da je pripravljena tudi njena psiha in prav zato je potrebno upoštevati tudi čustvene kontra indikatorje (Prescott 2002).

### f) Strah bodoče mamice, da bi sama zlorabila otroka

Pogosto se pri ženskah, ki imajo ozaveščeno spolno zlorabo, pojavi strah, da bi same zlorabile **otroka**. Že samo dejstvo, da je mamico strah, je neke vrste »varovalo« in je zato zelo malo verjetno, da bi otroka spolno zlorabila. Pojavijo pa se lahko situacije, ko otroka na primer previja, kopa, doji in ob tem začuti vzbujenost. Njeno telo pove, da se dogaja nekaj, kar ni v naravi, nekaj, kar je

sprevrženo. Še zlasti se to lahko zgodi, če je bila tudi sama že na previjalni mizici spolno zlorabljena in morda sploh nima slik v eksplicitnem spominu, v spominu, ko lahko priključimo pred oči dogodek zlorabe. Dovolj je, da si je njeno telo to zapomnilo, da je zloraba v organskem spominu, v implicitnem spominu. Če torej pride do vzburljenosti ali gnusa, potem je zelo pomembno, da se lahko ta mati nadzoruje, kontrolira, da si lahko vzame čas, si ovrednoti ta čutenja. Z drugimi besedami, nujno potrebno je, da se razmeji, da se zave, da se ob tem prebujajo njena zloraba in da njen otrok zasluži čisto ljubezen. Če je potrebno, se zna tudi umakniti, se morda obrniti na partnerja, z njim govoriti o teh občutjih, če jih sama še ne zmora predelati v sebi. Ko pa tudi to ne gre, je nujno potrebno, da si ta mati poišče pomoč, strokovnjaka, ki ji bo pomagal iti skozi ta občutja zlorabe (gnus, sram ...) in ji jih pomagal predelati. Ni nujno, da pride do kakih neprimernih dotikov med npr. previjanjem, umivanjem otroka, zastrašujoče in zlorabljaajoče lahko postane že samo vzdušje, kjer mati čuti vzburljenost ob otrokovem nedolžnem nemočnem telesu (*tako kot je ob njej, ko je bila nedolžen in nemočen otrok, čutil nekdo, ki jo je potem kot majhno punčko spolno zlorabil*) in istočasno prezir in gnus do same sebe, da to sploh čuti. Ta čutenja in prava telesna občutja so krivična tako za mater, ki jih doživlja, kot za otroka, ki prek projekcijsko-introjekcijske identifikacije zazna in začuti njeno stisko ali še več, ko celo pije na njenih prsih ta občutja zlorabe.

Drug odziv na nepredelano spolno zlorabo pri materi, ki je bila spolno zlorabljena, se lahko kaže tudi v odklonilnem vedenju do otroka. Na primer: če je bila kot majhna deklica spolno zlorabljena, ravno ko je začela govoriti prve besede, bo lahko čutila nezavedno blazen odpor in pravo negativno nastrojenost do svojega otroka, ki bo prav takrat začel čebeljati prve besede. Sama v sebi ne bo vedela, kaj se dogaja, vendar bo njeno telo govorilo o njeni stiski. Če bo lahko to stisko vzela zares in si dovolila začutiti to deklico v sebi, potem bo lahko sprejela tudi svojega otroka. V nasprotnem primeru pa se lahko to zavračanje in odklanjanje otroka tako stopnjuje, da lahko govorimo že o zanemarjanju (Prescott 2002).

Drug primer nepredelane in potlačene spolne zlorabe matere se lahko pokaže tudi v situacijah, ko začne na primer otrok pri neki starosti zelo zbolevati ali ko se pojavijo razni psihosomatski znaki, včasih tudi vedenjske ali učne težave. Običajno starost, pri kateri se pojavljajo neki simptomi (npr. glavoboli, močenje postelje, težave s spanjem...), zelo sovпада s starostjo, pri kateri je bila ta mati spolno zlorabljena. Ob otroku, ki stalno zboleva, bo lahko čutila med drugim tudi nemoč, strah, lahko celo jezo, da znova in znova hodi okrog zdravnikov, a vsa ta občutja dejansko spadajo k njeni spolni zlorabi, njen otrok pa jih samo aktivira in prebujajo, ker še niso predelane, ker ona ni v stiku z njimi. Ona je kot deklica čutila strah in nemoč, ko je bilo njeno telo izpostavljeno in nezavarovano. Ona je

morala zatirati jezo, da se ji dogaja krivica ... S tem, ko bo začutila otroka v njegovih stiskah in bila z njim sočutna, bo v resnici tudi sebi zelo pomagala in prispevala k razreševanju občutij iz svoje zlorabe - ne bo pomagala samo svojemu otroku, ampak tudi tisti punčki, ki še vedno živi v njej in nikoli zares ni dobila sočutja, varnosti in podpore.

#### **f) Psihofizično zdravstveno stanje in vedenja, ki škodujejo zdravju nosečnice**

Travma spolne zlorabe je povezana z večjo mero **zdravstvenih težav**, ki pa imajo lahko posledice tudi na **nosečnost**. Npr.: ženske z artritidom so rojevajo otroke z nižjo telesno težo v primerjavi z ženskami brez artritisa (Bowden idr. 2001). Otroci žensk z astmo so bolj nagnjeni k predčasnemu rojstvu in nizki telesni teži. Prav tako so z nizko telesno težo in razdražljivostjo pri novorojenčkih povezane tesnobne motnje med nosečnostjo, ki pa lahko predstavljajo možnost tveganja hiperaktivnega vedenja pri 4-letnih fantkih (Monk 2001). Seng s sodelavci (2001) ugotavlja, da so bile ženske, ki so imele med nosečnostjo PTSM, bolj nagnjene k spontanemu splavu, izvenmaternični nosečnosti in hiperemiji (razširjenosti krvnega ožilja).

Raziskave tudi kažejo, da se pri ženskah z zgodovino spolne zlorabe veliko pogosteje v **prenatalnem in postnatalnem obdobju pojavi depresija** kot pri ženskah, ki niso bile spolno zlorabljene. Prenatalna depresija (med nosečnostjo) lahko predstavlja tveganje za pomanjkljivo skrb med nosečnostjo, slabe prehranjevalne navade, lahko celo za uživanje raznih substance (npr. nikotin). V splošnem otroci, katerih matere so bile med nosečnostjo depresivne, kažejo na spremembe v nevrološkem funkcioniranju in so bolj umaknjeni vase, razdražljivi in neutolažljivi kot otroci mater, ki med nosečnostjo niso bile depresivne (Spinelli 1997). Škodljive posledice na otroka ima prav tako poporodna depresija, in sicer na slabo regulacijo vedenja, fiziologijo ter biokemijo otroka. Prenatalna in postnatalna depresija ženske je lahko kasneje povezana s težavami pri otrokovem temperamentu in slabi prilagodljivosti (predvsem so to opazili pri otrocih, starih štiri leta in pol) (Philipps in O'Hara 1991).

Cokkinides in drugi (1999) ugotavlja, da je ženska bolj nagnjena k carskemu rezu, k hospitalizaciji pred rokom otrokovega rojstva zaradi zapletov, kot so infekcija ledvic, prezgodnji popadki in travma glede na udarce v trebuh, če je **med nosečnostjo doživljala nasilje s strani partnerja**. Prav tako njihovi otroci pogosto potrebujejo intenzivnejšo nego ob rojstvu in večja je možnost, da bodo potrebovali inkubator ter imeli nizko telesno težo (Jagoe idr. 2000).

Tudi **vedenja, ki škodujejo zdravju** (kajenje, alkohol, droge ...), njihovo uživanje pa je lahko ena od posledic spolne zlorabe, imajo na še **nerojenega otroka** velik

vpliv. **Kajenje** predstavlja tveganje za spontani splav, precejšnje tveganje za povečano ščitnico pri otroku, nizko telesno težo in popačenost. Evidentirano je tudi, da so otroci imeli nižje mentalne sposobnosti, ki so jih merili do 19 meseca starosti z Bayleyevo lestvico otrokovega razvoja (Bayley Scales of Infant Development) (Rodgers idr. 2003), če je ženska med nosečnostjo močno kadila. Pri fetusih žensk, ki so med **nosečnostjo** kronično pile **alkohol**, se kažejo resne morfološke (v zvezi z obliko organizma) in razvojne abnormalnosti. Čeprav vsi otroci, ki so bili med nosečnostjo izpostavljeni alkoholu, ne trpijo za tako resnim stanjem, pa je velika verjetnost, da pride do neustreznih nevroloških in kognitivnih motenj, kot so nižji reakcijski čas in zmanjšan razpon pozornosti (težave s pozornostjo).

Prav tako je med **nosečnostjo** problematično **uživanje nelegalnih drog**. Uživanje **marihuane** med nosečnostjo je povezano z nižjimi mentalnimi sposobnostmi otroka, prav tako s hiperaktivnostjo, impulzivnostjo, brezbriznostjo, nepazljivostjo, delinkventnostjo in eksternaliziranjem problemov. Uživanje **kokaina** med nosečnostjo je povezano z oslabljenim, poslabšanim procesiranjem slušnih informacij, povečano je tveganje za spontani splav, prezgodnje popadke, mrtvorojenost otroka in mikrokefalnost (otrok ima majhno glavo). Uživanje **heroina** ali drugih narkotikov lahko povzroči predčasno rojstvo, smrt fetusa (zarodka), zasvojenost pri otroku, nizko telesno težo ter kognitivne in vedenjske težave pri otroku. Tudi uživanje **LSD in inhalantov** je lahko povezano z raznimi deficiti ob rojstvu (Goldschmidt in Richardson 2000).

Waugh in Bulik (1999) ugotavljata, da so ženske z **motnjami hranjenja med nosečnostjo** bolj izpostavljene carskemu rezu in imajo več težav, kako ohranjati in vzdrževati dojenje. Pogosto se motnje nadaljujejo tudi po porodu in predstavljajo visoko tveganje za poporodno depresijo.

Glede na mnoge ugotovitve lahko vidimo, da spolna zloraba močno zaznamuje posameznikovo psiho telo. Vsa vedenja in doživljanja se spremenijo, dojetanje telesa je drugačno, prebujajo se težka čutenja. Tako so lahko zasvojenosti, motnje hranjenja, samopoškodovanje, psihosomatika itd. posledica globoke ranjenosti in razvrednotenja telesa nekje v preteklosti. Prav tako je odnos do telesa, ki se med drugim kaže tudi pri počitku, telesnih aktivnostih, prehranjevanju itd. tisti, ki kaže, koliko je bilo to telo spoštovano, ljubljeno, sprejeto ali pa zlorabljeno, osramočeno, ponižano in kaznovano. In nenazadnje, v nosečnosti se lahko prebudijo vse tiste najgloblje otroške stiske, saj majhen otrok v naročju zlorabljene mame močno daje čutiti, kako nebogljen, nemočno in odvisno je majhno otroško telesce. Objeti novorojenčka, za žensko z zgodovino spolne zlorabe, lahko pomeni nenadoma doživeti šok ob zavedanju,

kako krhka in ranljiva je bila tudi ona sama kot majhna punčka, ko je bila spolno zlorabljena. Vendar kljub vsem grozam ostaja upanje, saj klinične izkušnje kažejo, da je možno predelati travmo spolne zlorabe in zaživeti človeka vredno življenje. Navsezadnje - če je preživel ta majhen otrok, ko **se je** travma dogajala, lahko preživi tudi odrasla ženska/moški, sedaj, ko **se** zloraba **ne** dogaja več.

## 5. LITERATURA

1. Bass, Ellen, in Laura Davis. 1998. *Pogum za okrevanje: priročnik za ženske, ki so preživele spolno zlorabo v otroštvu*. Prev. Polona Mesec. Ljubljana: Liberalna akademija, Visoka šola za socialno delo.
2. Beitchman, Joseph H., Kenneth J. Zucker, Jane E. Hood, Granville A. DaCosta, Donna Akman in Erika Cassavia. 1992. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* 16, št. 1:101-18.
3. Bowden, Andrew P., Jennifer H. Barrett, Wendy Fallow in Alan J. Silman. 2001. Women with inflammatory polyarthritis have babies of lower birth weight. *Journal of Rheumatology* 28, št. 2:355-9.
4. Brener, Nancy D., Pamela M. McMahon, Charles W. Warren in Kathy A. Douglas. 1999. Forced sexual intercourse and associated health-risk behaviors among female college students in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, št. 2:252-9.
5. Browne, Angela, in David Finkelhor. 1986. Initial and long-term effects: A review of the research. V: David Finkelhor, ur. *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, CA: Sage.
6. Burian, Jennifer. 1995. Helping survivors of sexual abuse through labor. *American Journal of Maternal and Child Nursing* 20, št. 5:252-6.
7. Catherall, Donald R. 2004. *Handbook of stress, trauma, and the family*. New York: Brunner-Routledge.
8. Cokkinides, Vilma E., Ann L. Coker, Maureen Sanderson, Cheryl Addy in Lesa Bethea. 1999. Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 93:661-6.
9. Coomaraswamy, Radhika. 1997. *Report submitted by the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences*. New York: United Nations.
10. Corby, Brian. 2006. *Child abuse towards a knowledge base*. Buckingham: Open University Press.
11. Courtois, Christine A. 1996. *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
12. Courtois, Christine A., in C. Courtois-Riley. 1992. Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: Implications for care. *Birth* 19, št. 4:222-3.

13. Cross, Wendi. 2001. A personal history of childhood sexual abuse: Parenting patterns and problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 6, št. 4:563-74.
14. Golding, Jacqueline M. 1994. Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology* 13, št. 2:130-8.
15. Goldschmidt, Lidush, Nancy L. Day in Gale A. Richardson. 2000. Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology and Teratology* 22, št. 3:325-36.
16. Gostečnik, Christian. 2004. *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
17. Gostečnik, Christian. 2005. *Psihoanaliza in religiozno izkustvo*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.
18. Hooper, Carol-Ann, in Juliet Koprowska. 2004. The vulnerabilities of children whose parents have been sexually abused in childhood: Towards a new framework. *British Journal of Social Work* 34, št. 2:165-80.
19. Jagoe, Jennifer, Everett F. Magann, Suneet P. Chauhan in John C. Morrison. 2000. The effects of physical abuse on pregnancy outcomes in a low-risk obstetric population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 182, št. 5:1067-9.
20. Lindberg, Frederick H., in Lois J. Distad. 1985. Survival responses to incest: Adolescents in crisis. *Child Abuse & Neglect* 9, št. 4:521-6.
21. Maltz, Wendy. 1990. Adult survivors of incest: How to help them overcome the trauma. *Medical Aspects of Human Sexuality* 24:42-7.
22. Martin, Graham, Helen A. Bergen, Angela S. Richardson, Leigh Roeger in Stephen Allison. 2004. Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect* 28, št. 5:491-503.
23. McCloskey, Laura Ann, in Jennifer A. Bailey. 2000. The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 15, št. 10:1019-35.
24. Monk, Catherine. 2001. Stress and mood disorders during pregnancy: Implications for child development. *Psychiatric Quarterly* 72, št. 4:347-57.



25. Parrat, Jenny. 1994. The experience of childbirth for survivors of incest. *Midwifery* 10, št. 1:26-39.
26. Philipps, Laurie H., in Michael W. O'Hara. 1991. Prospective study of postpartum depression: 4 1/2-year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology* 100, št. 2:151-5.
27. Prescott, Andrya. 2002. Childhood sexual abuse and the potential impact on maternity. *Midwifery Matters* 92:17-9.
27. Russell, Diana E. 1986. *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York, NY: Basic Books.
28. Scaer, Robert. 2005. *The trauma spectrum: Hidden wounds and human resiliency*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
29. Schore, Allan N. 2003. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: W. W. Norton & Company.
30. Seng, Julia S., Deborah J. Oakley, Carolyn M. Sampselle, Cheryl Killion, Sandra Graham-Bermann in Israel Liberzon. 2001. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology* 97, št. 1:17-22.
31. Smith, M. 1998. Childbirth in women with a history of sexual abuse (I). *Practising Midwife* 1, št. 5:20-3.
32. Spinelli, Margaret G. 1997. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: A pilot study. *American Journal of Psychiatry* 154, št. 7:1028-30.
33. Tilley, J. 2000. Sexual assault and flashbacks on the labour ward. *Practising Midwife* 3, št. 4:18-20.
34. van der Kolk, Bessel A. 1994. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1, št. 5:253-65.
35. Waugh, Elizabeth, in Cynthia M. Bulik. 1999. Offspring of women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 25, št. 2:123-33.