

Psihologija agresije – psihične motnje kot posledica doživljanja nasilja v otroštvu

Emil Benedik*

Problemi, ki so povezani nasiljem nad otroki, pa naj gre za zlorabe ali druga agresivna dejanja, so v zadnjih letih vse bolj v ospredju zanimanja strokovne javnosti. Mnoga poročila kažejo, da je uporaba različnih zlorab veliko bolj pogosta, kot smo domnevali, po drugi strani pa raziskave in klinična praksa potrjujejo zvezo med izkušnjami agresije v otroštvu in kasnejšimi psihičnimi motnjami, ki ostanejo še mnogo let po travmatskih izkušnjah, brez terapevtske obravnave lahko vse življenje. Ob preučevanju travme je potrebno upoštevati psihološke, socialne in biološke vidike, naravo stresnih dogodkov, prav tako pa značilnosti samega ugotavljanja oz. merjenja učinkov stresa. Posledice travmatskih izkušenj se na psihičnem in socialnem področju odražajo v različnih motnjah. Najpogostejše so posttravmatske stresne motnje, mejni sindrom oz. motnja osebnosti, motnje odvisnosti, motnje hranjenja, spolne motnje, psihosomatske motnje, depresija in druge. S psihosocialnega vidika se te motnje kažejo v znižanju kakovosti zasebnega in javnega življenja, motnjah medosebnih odnosov in manjši delovni uspešnosti. Vse te motnje lahko razumemo kot patološki izraz agresije, ki jo sprožajo travmatski dogodki. Omenjene motnje so tako način obvladovanja in obrambe pred destruktivnimi silami, saj agresija ne prinaša samo fizičnega razdora in uničenja zunanjih objektov in ljudi, ampak tudi osebnosti in psihičnega življenja žrtve. Še več: izkušnja nasilja sproža agresijo, ki ni omejena samo na posameznika in konkretno vedenje, lastnost agresije je ravno neustavljivost in »nepotešenost«, prenaša se naprej tudi na druge, največkrat bližnje osebe. Tako se žrtev spremeni v agresorja. Zato bi bilo nujno omogočiti psihoterapevtsko obravnavo vsem žrtvam nasilja.

Ključne besede: spolna zloraba, fizična zloraba, agresija, prenos agresije, izkušnje nasilja v otroštvu, psihične motnje kot posledica nasilja, motnje osebnosti

UDK: 179.2

Uvod

Zanimanje za preučevanje izkušenj nasilja otrok in njihov vpliv na kasnejše psihične težave se je v zadnjih letih močno povečalo. Posebno področje spolnih zlorab otrok je stopilo v središče zanimanja raziskovalcev, saj številni indikatorji kažejo, da so te veliko bolj pogoste, kot smo domnevali. Po ameriških podatkih se od 7-15% deklet sooča s prisilnimi spolnimi dejanji s strani svojih bližnjih ali znancev pred 14. letom starosti. Pri moških je ta delež polovico manjši (Carson, Butcher, Mineka, 1998). Po Finkelhoru (Sanderson, 1995) je ta delež celo večji, 12-38% žensk in 2,5-9% moških naj bi bilo spolno zlorabljenih v otroštvu. Manj kot polovica žrtev je ta dejanja prijavila policiji. Poleg tega pa raziskave kažejo na pomembno zvezo med izkušnjo nasilja in kasnejšimi psihičnimi motnjami. Bolniki, ki jih srečujemo v psihiatričnih ambulantah ali bolnišnicah, pogosto poročajo o različnih težavah, neprijetnostih, pa tudi nasilju, s katerim so se soočili v svojem življenju, velikokrat že v otroštvu. Osebe z različnimi psihičnimi motnjami veliko pogosteje navajajo neprijetno okolje in stresne dogodke v odrasčanju kot zdravi posamezniki (glej npr. Rutter & Maughan, 1997). Zanima nas, kakšen vpliv imajo različne stresne izkušnje, predvsem tiste, povezane z agresijo oz. nasiljem, na človekov osebnostni razvoj in na psihične motnje v odrasli dobi. Seveda odgovor na takšno vprašanje ni enoznačen, ob tem moramo upoštevati različne dejavnike, kot so

biološke determinante osebnosti posameznika, značilnosti okolja in ogrožajočih vplivov ter problem merjenja oz. ugotavljanja zveze med stresnimi dogodki in psihičnimi posledicami.

Biološki dejavniki

Osebnost je biopsihosocialna enota, edinstven in relativno nespremenljiv sklop telesnih, psihofizičnih in psihičnih lastnosti posameznika, katerih pomembna lastnost je prilagajanje okolju. Pri odzivanju posameznika na stres imajo tudi genetski dejavniki pomembno vlogo. Zato domnevamo, da ima določen neprijeten dogodek večji oz. bolj škodljiv vpliv na posameznika, ki je bolj občutljiv (ranljiv) na specifične stresorje, kar povečuje možnost razvoja motnje. O tem govori t. i. stresno-diatetični model mentalnih motenj, ki se dopolnjuje z biopsihosocialnim (Paris, 1994, 2001). Noben etiološki dejavnik (biološki, psihološki, socialni) nima prevlade nad drugim. Tako razlike v biološki občutljivosti pojasnjujejo, zakaj pod vplivom stresa ne nastane nujno mentalna motnja, prav tako pa, zakaj v podobnih stresnih okoliščinah nekdo razvije en tip bolezni, druga oseba pa

* Dr. Emil Benedik, specialist klinične psihologije, Psihiatrična bolnišnica Begunje

drugačnega. Določen tip osebnostnih lastnosti povečuje možnost razvoja psihičnih motenj ter določa vrsto motnje. Genetski dejavniki sami po sebi ne povzročajo motenj, če posamezniki niso izpostavljeni neugodnim razvojnim pogojem ali stresnim situacijam. Nadalje, posamezniki, tudi majhni otroci, niso samo pasivni »prejemniki« vplivov okolja. Osebe z različnimi vrstami temperamenta (ki opredeljuje način odzivanja na okolje in naj bi bil pretežno dedno pogojen) se različno odzivajo na spremembe v okolju in zato lahko pričakujejo tudi različen odgovor socialnega okolja. Po Rutterju in Quintonu (1984) otroci s »težavnim« temperamentom prej zaidejo v konflikt s svojimi skrbniki, starši in tako povečujejo možnost agresivnega odziva.

Značilnosti psihosocialnega okolja

Zgodnje psihosocialne izkušnje igrajo zelo pomembno, če ne odločilno vlogo za razvoj človekove osebnosti, kar poudarja večina otroških psihologov in psihoterapevtov. Osebnost je rezultat odnosa med organizmom in okoljem. Po sodobnih psihoanalitičnih teorijah se najpomembnejši del razvoja osebnosti konča do tretjega leta starosti s t. i. psihološkim rojstvom. Takrat otrok doseže relativno konstantnost, ločenost in skladnost predstav o sebi in drugih ljudeh. Če okolje omogoča in vzpodbuja ta razvoj, otrok razvije temelje zdrave osebnosti, kar pomeni - temeljni občutek varnosti, občutek povezanosti z drugimi, to pa je osnova za zmožnost pridobivanja, samozavest, upanje in optimizem. Nadalje, otrok razvije avtonomijo, občutja svobodne volje, iniciativnosti in samokontrole (Erikson, 1963). Po tretjem letu se kognitivni in emocionalni razvoj nadaljujeta, dokler se s koncem adolescence ne razvije stabilna identiteta; takrat je posameznik zmožen vzpostavljati in vzdrževati kakovostne, zrele medosebne odnose ter odgovorno delovati v ožjih in širših socialnih skupnostih. V tem primeru je posameznik tudi sposoben zdravega odzivanja na stres, ki se pojavlja v vsakdanjem življenju, večja pa je tudi možnost zaščitnega ravnanja ob izrednih stresnih situacijah.

V neugodnih pogojih odraščanja lahko pride do različnih blokad, odklonov in motenj v razvoju osebnosti, kar se odraža tudi kasneje v odrasli dobi. Takrat je posameznik manj odporen in nezmožen obvladovanja stresnih dogodkov, tudi običajnih življenjskih obremenitev. V tem primeru lahko pride do patološkega odgovora v obliki različnih psihičnih motenj. Po psihoanalitičnih teorijah je bolj ogrožujoč tisti stresni dogodek, ki se pojavi prej v razvoju, saj je otrokova nevro-psihološka struktura bolj šibka, manj razvita in bolj dovzetna za zunanje vplive. Otroci zaradi nezadostno razvitega emocionalno-kognitivnega aparata težje predeljuje stres. Seveda pa ob tem igra pomembno vlogo tudi vrsta, intenziteta, dolžina trajanja oz. pogostost ponavljanja stresa.

Značilnosti stresnih dogodkov

Psihosocialne stresorje, možne povzročitelje in/ali sprožilce psihičnih oz. duševnih motenj, lahko razdelimo na:

- *pogoste stresne dogodke*, s katerimi se srečuje veliko ali večina ljudi. Razvrščeni po intenziteti so to: smrt bližnje osebe, razveza – ločitev, telesna poškodba ali bolezen, rojstvo otroka, poroka, izguba službe, upokojitev, finančne težave, težave s sodelavci, šefi, sprememba bivališča ali službe, sprememba navad, izrazit osebni dosežek... Med blažje stresorje uvrščamo počitnice, praznike, spremembo družabnega življenja itd. Seveda je tudi od osebnosti posameznika odvisno, kateri stresorji imajo večji vpliv v konkretnem primeru. Na organizem torej obremenjujoče vplivajo tako prijetni kot neprijetni dogodki;
- *t. i. mikro stresorje oz. konstantni stres*. Sem štejemo vsakodnevne obremenitve, ki jih včasih niti ne opazimo, pa kljub temu pomembno vplivajo na organizem, saj je zanje značilna akumulacija. Učinek se sešteva in kot celota pomeni veliko obremenitev. Vsakodnevne obremenitve so specifičen način življenja in dela (veliko opravil, hitenje, tekmovanje, odgovorno delo...), manj kakovostni medosebni odnosi, vsakodnevne psihofizične obremenitve, hrup, onesnaženost, nezdrava prehrana itd. Dolgotrajen stres se pogosto izrazi v obliki psihosomatskih motenj;
- *izredne stresne dogodke*, ki pomenijo veliko verjetnost, da bodo povzročili patološki odziv posameznika, pogosto v obliki psihične travme. Travma je čustvena in fizična bolečina, ki preplavlja psiho in je tako močna, da je ni mogoče obvladovati in integrirati (Freud, 1921, po Goodwin in Attias, 1999). Kognitivni, čustveni, socialni, vedenjski in fiziološki učinki travme lahko vztrajajo dolga leta ali pa tudi celo življenje, saj so deli možganov, na katere vpliva travmatski dogodek, manj dostopni spremembam. To so predvsem subkortikalni predeli, ki so povezani s čustvovanjem in fiziološkimi odgovori organizma – možgansko deblo, srednji možgani in limbični sistem. Travmatski dogodki so lahko prezgodnja ločitev ali izguba primarnega objekta (starša), prestoga, zmedena ali preveč permissivna vzgoja, izrazito zanemarjanje ali zlorabe otroka. Zloraba je lahko fizična, spolna ali psihična. Spolna zloraba otroka poleg spolnega odnosa, penetracije, vključuje tudi druge vrste telesnega stika, pri čemer žrtev predstavlja prisilni spolni objekt za zadovoljevanje potreb in želja drugega (starejše osebe). Sem spadajo npr. dotikanje spolnih organov, poljubljanje, masturbacija... Med zlorabe lahko štejemo tudi vedenje in situacije, v katerih je udeležena odrasla oz. starejša oseba in otrok brez privolitve, in ki ne vključujejo dotikov (npr. eksihibicionizem, voyerizem, froterstvo, razkazovanje pornografskega materiala, opolzko govorjenje...). Spolna zloraba ima hujše posledice, če je združena z agresijo in penetracijo. Nadalje imajo travmatski učinek izpostavljenost oz. izkušnje vsakovrstnega nasilja, kot so pretepi, vojne, agresivna kriminalna dejanja ali pa duševna bolezen, alkoholizem... Kot smo že omenili, so pri tem bolj ogroženi mlajši otroci. Po drugi strani je veliko bolj ogrožujoče, če otrok doživlja

nasilje v družini od svojih staršev oz. skrbnikov kot pa od neznanih oseb. Tako družina, ki naj bi predstavljala varnost in omogočala otrokov razvoj, predstavlja nevarnost, kar ima lahko izredno škodljiv vpliv na nadaljnje psihično življenje otroka. Avtorji se tudi strinjajo, da je ponavljajoč, dolgotrajen stres, bolj ogrožujoč kot pa enkratni dogodek. Na žalost se negativne okoliščine pogosto združujejo. Otrok, ki je že dedno obremenjen in bolj občutljiv na stres, ima pogosto neustrezno vzgojo brez prave čustvene opore, poleg tega pa je še izpostavljen nasilju. Kot bi nekdo s šibkim imunskim sistemom doživel močan napad okužb. Mogoče so v začetni fazi obrambe še uspešne, kasneje pa pride do »zloma«. Večje je število teh negativnih dejavnikov, verjetnejša in hujša je psihična travma, ki ima svoj vpliv tudi čez mnogo let, v odrasli dobi. Večina ljudi je po preživetju travmi tudi bolj ranljiva za nove travme.

Problem ugotavljanja oz. merjenja učinkov stresa

Glede na predstavljeno prepletenost bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov je pojav konkretnih psihičnih motenj težko pripisati samo določenemu vzroku. Zato je treba razlikovati med povzročiteljem motnje in dejavnikom tveganja. Govorimo torej o rizičnih, obremenjujočih dejavnikih, ki prispevajo k razvoju motnje. Nadaljnji problem pri ugotavljanju zveze med določeno negativno izkušnjo in psihičnimi težavami je retrospektivna metoda, ki jo največkrat uporabljamo pri odkrivanju vzrokov. Vprašanje je, v kolikšni meri so poročila bolnikov, ki se pogosto nanašajo na neke časovno oddaljene dogodke v preteklosti, veljavna, objektivna in natančna. Dejstvo biti bolan po Parisu (2001) ustvarja pristranski priklic dogodkov, spomin iz preteklosti je lahko negativno obarvan s sedanjim trpljenjem. Poročila mladoletnih in otrok so lahko nezanesljiva, obarvana z domišljijo, zato je ključnega pomena uporaba primernih in učinkovitih diagnostičnih oz. preiskovalnih metod. Po drugi strani pa lahko določene psihične obrambe preprečujejo ozaveščanje specifičnih travmatskih dogodkov, kar lahko naknadno omogoči le psihoterapevtski proces. Tako bolniki pogosto zamolčijo ali »pozabijo« na doživeto nasilje. Zato je priporočljivo objektivne podatke pridobiti tudi iz drugih virov.

Po Parisu (2001) so glavni dejavniki tveganja za pojav psihičnih motenj disfunkcionalna družina (duševna bolezen, ločitev, patogena vzgoja), travmatske izkušnje (spolna in fizična zloraba otrok) ter socialni stresorji. Pomemben element večine teh dejavnikov je izkušnja agresije oz. nasilja, zato si oglejmo, kaj pomeni v doživljanju oseb, ki so jo doživljale.

Psihoanaliza nasilja

Izraz agresivnost izhaja iz lat. »adgradior«, ki pomeni približevati se, pristopiti, izraz v najširšem smislu označuje vsak

aktivni pristop k okolju. V psihologiji ločujemo med pozitivnimi vidiki agresivnosti, kot je npr. težnja po samoohranitvi, razvoju, aktivnosti in prilagoditvi, ter negativnimi, agresivnost kot težnja po škodovanju, uničenju, razdor. Agresivnost je tako lahko v funkciji izgrajevanja, ustvarjanja, zaščite, ali pa je njen namen uničenje, razgradnja. Ta pozitivni ali nevtralni vidik pogosto označujemo z izrazom agresivnost, negativni, destruktivni pa z izrazom agresija ali nasilje (glej npr. Praper, 1993). Glede na psihološko vlogo razlikujemo instrumentalno, frustracijsko in posnemovalno agresivnost. Instrumentalna nam pomaga doseči nek zunanji cilj, vloga frustracijske agresivnosti je predvsem sproščanje notranje napetosti, posnemovalna agresivnost pa temelji na občutku pripadnosti določeni skupini in na istovetenju (identifikaciji) z izbranimi vzorniki (Lamovec in Rojnik, 1978).

Po teorijah socialnega učenja so vzroki nasilnega vedenja v posnemanju, učenju po modelu (vzorniku), kar prinaša neko zadovoljitev, sprostitev napetosti, občutja kontrole ali nagrado. Opazovanje nasilja med staršema pomeni za otroka poleg travme tudi model, po katerem se uči reagiranja v različnih situacijah, identifikacijo z agresorjem (ali žrtvijo), kar lahko kasneje uporabi tudi sam (Bandura, 1986). Po raziskavi Strausa, Gelleusa in Steinmetza (po Fonagy, 1999) so bili moški, ki so bili kot otroci priče fizičnemu obračunavanju med staršema, 3,5-krat bolj nagnjeni k pretepanju svoje žene kot pa ostali, ki niso imeli takšnih izkušenj. Opazovanje očetov, ki tepejo svoje žene, povečuje verjetnost fizične agresije med partnerjema kot tudi do otrok in to velja za oba spola (Kalmuss, 1984; po Fonagy, 1999). Seveda je to le eden izmed vzrokov za nasilje, saj se vsi ne odzivajo na takšen način, poleg tega pa pri nekaterih agresivnih posameznikih ne odkrivamo nasilja v primarni družini.

Agresivnost oz. agresija je lahko obrnjena navznoter (npr. samomorilnost, občutja krivde) ali navzven, proti drugim ljudem, živalim ali stvarim. Lahko se izraža neposredno (npr. odkrit napad) ali posredno (npr. sumničavost), v pasivni ali aktivni obliki. Lahko je verbalna, čustvena ali telesna. Agresivnost je z vidika osebnosti tista sila, ki omogoča razvoj psihičnega aparata, akcijo, separacijo in individualizacijo otroka. Je osnova vsake kreativnosti, po drugi strani pa lahko ta razvoj tudi deformira in onemogoči.

Po Milivojeviću (1993) je agresivnost vedenje, ki izhaja iz jeze, medtem ko destruktivnost izhaja iz sovraštva. Funkcija agresivnosti oz. jeze je sprememba vedenja objekta, posameznik z jezo želi spremeniti vedenje drugega, za razliko od destruktivnosti, sovraštva, ki cilja na uničenje objekta, drugega. Neko agresivno, nasilno vedenje, je lahko težnja po izboljšanju odnosa ali pa je izraz želje po uničenju le-tega. Sovraštvo je čustvo, ki ga posameznik doživlja do osebe, za katero verjame, da ga ogroža in ki jo doživlja kot zlo, hudobno (Milivojević, 1993). Hudobna oseba je tista, ki posameznika ogroža, ki to počne brez razloga, zavestno in namerno. Subjekt ob sovraštvu doživlja drugega kot iracionalno destruktivnega, kot tistega, za katerega verjame, da

sovraži njega. Vsako sovraštvo je torej proti-sovrastvo. Odnos do sovražne osebe je destruktiven, saj vodi k simbolnem ali realnem uničenju te. Sovrastvo in maščevanje je iracionalno in je usmerjeno na samo bitje, za razliko od jeze in kazni, ki težita k spremembi vedenja. Jezo lahko usmerimo tudi na ljubljenega človeka, ki ga doživljamo kot enakopravnega, to pa pri sovraštvu ni mogoče. Fizično nasilje je tako lahko izraz agresivnosti ali destruktivnosti. Če izhaja iz jeze, je omejeno, traja le do tedaj, ko je dosežena željena sprememba v vedenju. V primeru sovraštva pa nasilje nima meja, saj je osovraženi objekt treba uničiti.

Ko je otrok soočen z nasiljem, je poleg možnih telesnih poškodb še bolj ogrožujoče samo doživljanje agresije. Ko otrok še ni sposoben integracije dobrih in slabih predstav o sebi in drugih, takšno nasilno dejanje, kot ga zanj predstavlja spolna ali fizična zloraba, lahko doživlja kot poskus uničenja, sovraštvo, zlo, ki se zaradi zaščite sebe(objekta) obrne v samouničenje, sovraštvo do sebe. Doživljanje krivde je zrelejša oblika obrambe pred lastnimi agresivnimi impulzi.

Po teoriji navezanosti je primarna naloga zgodnjih objektnih odnosov (starši-otrok) zagotovitev varnosti otroku v okolju, ki vzbuja strah (Bowlby, 1973). Varna navezanost omogoča zdrav razvoj v smislu uspešnega učenja, kakovostnih odnosov z bližnjimi, pozitivne samopodobe in izgradnje identitete. Po Bowlbyju je ta medsebojna navezanost temeljni organizator odnosov do drugih v celotnem življenju posameznika. Otrok v navezavi s staršem, v zavesti matere, najde oz. izgradi sebe kot zavestno bitje. Zloraba, nasilje in grožnje v tem zgodnjem odnosu pa povzročijo navidez paradoksalno reakcijo, pretirano aktivacijo tega sistema navezanosti do agresorja, ki je po eni strani vir grožnje, po drugi pa upanje za njeno umiritev. To je temelj t. i. zmedenega odnosa navezanosti. Jeza, ki ima v zdravem odnosu in varnem okolju funkcijo sporočila, ki okrepi navezanost med otrokom in njegovim skrbnikom ter vzdržuje integriteto predstav o sebi, se v patoloških pogojih spremeni v bes, agresijo in sovraštvo. To je odgovor na neobčutljivost skrbnika in predstavlja neko vrsto samoobrambe, ki deluje uničujoče na sam odnos. Otrok vzpostavi nekakšno mentalno distanco, da bi se zaščitil pred zavrženjem, zapustitvijo ali uničenjem. V bistvu gre za disociacijo, fragmentacijo delov realnosti oz. razcep (splitting). Po sodobnih psihoanalitičnih teorijah je značilna psihološka obramba otrok, ki so doživeli nasilje s strani staršev, razcep dobre in slabe podobe o roditelju, ki ga lahko razumemo kot poskus prilagoditve, ohranitve pozitivne, idealizirane podobe roditelja, ki predstavlja zaščitnika, objekt navezanosti in ki ga ranljiv otrok nujno potrebuje. S tem se odcepi podoba roditelja kot agresorja, ki pomeni grožnjo in bolečino. Z razcepom vzdržuje otrok (in kasneje odrasli) te dobre - slabe podobe in izkušnje ločeno eno od druge, niha med eno in drugo. To nihanje pa se potem kaže tudi v odnosih z drugimi ljudmi in samim seboj, kot črno-belo ocenjevanje, doživljanje sebe in drugih v skrajnostih (npr. močne idealizacije, hitra razvrednotenja, izrazita nihanja med pozitivno in negativno samopodobo). Temu razcepu se lahko

pridružijo disociacije, moten in fragmentiran spomin v zvezi s travmatskimi dogodki, za bolnika nerazložljive somatske senzacije in simptomi, ki zamenjujejo neizražena in nedoživeta čustva, ter nekontrolirani izbruhi agresije.

To stanje onemogoča razvoj procesa mentalizacije, sposobnosti empatičnega razumevanja drugega. Doživljanje sebe in drugih je fragmentirano in to je po Fonagyju (1999, 2001) ključni dejavnik za transgeneracijski prenos nasilja. Takšno neobčutljivost za druge Fonagy odkriva pri osebah, ki so bile obsojene zaradi fizičnega nasilja. Te v medosebnih odnosih delujejo shematsko, površno, niso zmožne vzpostaviti zrelih intimnih odnosov, občutka odgovornosti, odnosa do drugega kot do subjekta. Druge osebe ne doživljajo kot intencionalno bitje z lastno psihično strukturo, ampak bolj kot objekt v funkciji zadovoljitve potreb. Gre za pomanjkanje razmejitve med sabo in drugim, kar je Kohut opisal s terminom selfobjekt (Kohut, 1977). Misli, čustva in prepričanja niso povezana z delovanjem, pogosto so doživeta kot neresnična, nepomembna ali tuja in se zlahka »odvržejo«. Subjekt je odtujen od samega sebe pa tudi od drugih. To naj bi bile tudi značilnosti oseb z antisocialno motnjo, pri katerih je izražen manko v socialni kogniciji. Raziskava Blaira (po Fonagy, 1999) je npr. pokazala, da se ob slikah človeškega trpljenja, posamezniki z antisocialno motnjo osebnosti niso odzvali s šokom kot zdravi udeleženci. Funkcija nasilja je po Fonagyju dvojna: ponovno ustvarjanje in podoživljanje odtujenega občutka sebe v drugem in težnja po uničenju le-tega v upanju, da bo odšel za vedno. Eksternalizacija agresije je obramba, ki ponovno vzpostavlja krhko občutje sebe. Gre za obrambni mehanizem projektivne identifikacije, ki je dobro opisan v psihoanalizi in kaže na nezmožnost soočanja z lastnimi agresivnimi impulzi in samim seboj. Tako se lahko žrtev spremeni v agresorja. Nasilna kriminalna dejanja tako lahko razumemo tudi kot izraz agresije zaradi travmatskih izkušenj v otroštvu, kot so zanemarjanje, zavračanje, zloraba oz. nasilje nad otrokom.

Občutek kontrole je zelo pomemben element varnosti. Predvidljiv stres je lažje obvladovati kot nepredvidljiv. Otrok, ki je doživel nepredvidljivo izkušnjo zlorabe, se nauči, da če se zloraba že zgodi, je veliko boljše, da ve, kdaj se bo zgodila, kot pa da tega ne ve. Posledica tega je, da agresivno zlorabljeni otroci pogosto izživajo agresiven odgovor okolice in s tem na nek način nadzirajo nasilja na druge osebe. Iz psihoanalize je znano, da so primarni objekti (starši) pomemben otrokov model tudi kasneje v življenju, pri iskanju partnerja. Verjetno je, da otrok, ki ima izkušnjo agresivnih staršev, izbere tudi takšnega partnerja, saj je to način, s katerim skuša obvladovati svoja agresivna občutja. Fizično trpljenje je lažje prenesti in obvladovati kot psihično.

Seveda pa takšnega izhoda ne moremo pričakovati pri vseh žrtvah nasilja, človek je preveč kompleksno bitje, na katerega vplivajo mnogi dejavniki in agresija se lahko odraža na različne načine, ne nujno na nasilen, antisocialen. To je tudi kulturno

pogojeno. Vendar pa problem obvladovanja in predelovanja agresivnih impulzov ostaja. Pri nas največkrat srečamo primere obrata agresije proti samemu sebi v obliki najrazličnejših motenj. Tako lahko vidimo depresivne, psihosomatske, anksiozne motnje kot patološki izraz agresije, »krutosti« do sebe. Oglejmo si nekatere najbolj značilne motnje, ki jih povežemo s travmami.

Psihološke posledice spolnega in drugega nasilja v otroštvu

Številne študije poudarjajo zvezo med izkušnjo spolnega in drugega nasilja v otroštvu ter kasnejšimi različnimi psihosocialnimi težavami (glej npr. Kendler in dr., 2000; Nelson in dr., 2002). Pri ženskah, ki so poročale o spolni zlorabi v otroštvu, je večje tveganje za razvoj različnih psihiatričnih motenj, kot so depresija, anksiozne motnje, stresne in somatoformne motnje, zloraba ali odvisnost od alkohola in/ali drog, motnje hranjenja, motnje vedenja, motnje osebnosti, suicidalnost itd. Raziskava Kilpatricka in drugih (Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick in Best, 2003) potrjuje hipotezo, da je pri adolescentih, ki so bili izpostavljeni medosebnemu nasilju (fizični napad, spolni napad, priča nasilju), povečana možnost razvoja postravmatske stresne motnje, hude depresije, zlorabe oz. odvisnosti od drog in/ali alkohola ali pa se te motnje pojavljajo sočasno. Pri tem so za fante bolj značilne motnje odvisnosti, za dekleta pa stresne motnje in depresija. V Bostonu je imelo 10% otrok, ki so iskali ambulantno psihiatrično pomoč, izkušnjo nasilja v družini (bili so priče spopadom z nožem ali drugim orožjem) v prvih šestih letih življenja (Taylor, Zuckerman, Hank, Groves, 1994; po Fonagy, 1999). Raziskovalci ugotavljajo bolj obsežne travme pri tistih posameznikih, ki so bili deležni hujšega spolnega oz. fizičnega nasilja v otroštvu, prav tako pa je moč travme povezana s starostjo otrok pri njenem pojavu: zgodnejša travma prinaša hujše posledice (Nijenhuis in Van der Hart, 1999).

Akutna reakcija na hud stres

Akutna reakcija na stres je skupek različnih psihičnih in vedenjskih motenj, ki se pojavijo zelo hitro po situaciji, v kateri je bil posameznik izpostavljen hudemu stresu, največkrat agresivne, nasilne narave, ki ogroža varnost, fizično integriteto osebe ali svojih bližnjih. Lahko pa sledi nenadni in nepričakovani spremembi socialnega položaja ali socialne mreže posameznika, kot so npr. rop, požig imetja (ICD-10, 1992). Ta reakcija je kratkotrajna, največkrat se zaključi v nekaj dneh, pri čemer najpogosteje opazamo disociativne simptome (npr. občutja odtujenosti od sveta ali delov samega sebe, motnje spomina), hitre spremembe v vedenju in čustvovanju. Oseba pogosto znova podoživlja travmatski dogodek (npr. v nočnih morah), strah jo je, žalostna je in izogiba se vsemu, kar spominja nanj. Takšna oseba je zmedena, včasih dezorientirana, pogoste so kaotične reakcije bežanja ali borbe. Pogosta je nesmiselna hiperaktivnost (npr.

brezciljna ponavljajoča dejanja) in povečano delovanje avtonomnega živčnega sistema (razbijanje srca, znojenje, prebavne motnje). V nekaterih primerih pa se dogaja ravno nasprotno, odsotnost vsakršnega reagiranja (mutizem, stupor, pasivnost). Te reakcije so poskus obrambe pred intenzivnimi in bolečimi dožitvi, s katerimi je bila oseba preplavljena. Takšna akutna reakcija se pojavlja pri 14-33 % oseb z izkušnjo težke travme (Starčević, 2002).

Potravmatska stresna motnja

Gre za sklop bolj ali manj specifičnih simptomov, ki se pojavljajo določen čas po preživetju težki travmi. Potravmatska motnja lahko pomeni nadaljevanje akutne stresne motnje. Značilni simptomi so različne oblike ponovnega podoživljanja travme, simptomi hiperaktivnega avtonomnega živčnega sistema, zožen obseg čustvovanja (otopelost), izogibanje situacijam, ki spominjajo na travmatski dogodek, spominske motnje in izkrivljanja realnosti v zvezi s to situacijo, tesnoba, občutja ogroženosti in razdražljivost. Pogosti so tudi simptomi depresije, kot so brezvoljnost, odtujenost, pesimizem, občutja krivde in nemoči. Prevalenca te motnje je med odraslimi prebivalci 7-8 %. Nekateri travme so bolj ogrožujoče kot druge. Epidemiološke raziskave kažejo, da obstaja večja verjetnost potravmatske motnje po ugrabitvah, nasilnem odvzemu prostosti, mučenju (53,8 %), posilstvih (49 %), kot po naravni katastrofi (3,8 %), prometni nezgodi (2,3 %) in odkritju mrtveca (0,2 %) (Starčević, 2002). Nadalje je možnost nastanka potravmatske motnje dvakrat večja pri ženskah kot pri moških, kar avtorji razlagajo z večjo ranljivostjo žensk (Starčević, 2002). Spola se razlikujeta tudi glede na vrsto travme, ki jo doživljata. Ženske so pogosteje žrtve spolnega nasilja in zanemarjanja v otroštvu, moški pa so bolj izpostavljeni travmatskim dogodkom v vojnah, fizičnih napadih, pa tudi v prometnih nesrečah in naravnih katastrofah. Moški so tudi večkrat priče umiranju ali težkim poškodbam. Podatki veljajo za odrasle osebe, kar kaže na to, da so otroci z izkušnjo nasilja še toliko bolj prizadeti.

Osebe s potravmatsko motnjo, ki so bile žrtve posilstva, obožnega roba ali kakšnega drugega nasilnega kriminalnega dejanja, pogosto postanejo nezaupljive do ljudi nasploh ali pa do tistih, ki jih spominjajo na to kriminalno dejanje. Temu je pridružen bes, včasih pa tudi želja po maščevanju. Značilen je intenziven strah, zlasti v situacijah, ki spominjajo na dogodek. Ta lahko preraste celo v fobijo. Žrtve posilstva so še bolj travmatizirane, saj posilstvo na grob način prizadene osebno integriteto in identiteto. Zato je zanje značilna izguba samospoštovanja, sram, občutek umazanosti in potreba, da se očistijo – simbolno in konkretno. Posilstvo včasih pri žrtvi trajno okvari medosebne odnose, posebno seksualno in partnersko življenje. Ženske, žrtve spolne zlorabe ali posilstva, pogosto razvijejo nezaupanje do moških in do ljudi nasploh, pojavi se strah pred intimnostjo, socialna izolacija. Pri teh ljudeh so pogostejše ločitve, izguba

interesa in odpor do spolnosti, nezmožnost doživljanja orgazma in druge motnje na spolnem področju. V nekaterih primerih žrtev menja spolno orientacijo ali pa pride do pretirane seksualizacije, nezmožnosti ločevanja spolnega vzburjenja od čustev, in promiskuitetnega vedenja. Raziskave kažejo, da je med prostitutkami veliko takšnih, ki so bile spolno zlorabljene (Sanderson, 1995). Za žrtve nasilja v družini je pogosto značilen neustrezen izbor partnerja, ki spominja na agresorja, kar privede do t. i. reviktimizacije. To je neustrezen poskus razrešitve konflikta iz otroštva. Pri ženskah, ki so bile spolno zlorabljene v otroštvu, je večja verjetnost posilstva v odrasli dobi (Fromuth, 1983, po Sanderson, 1995), kar je prav tako lahko rezultat nepredelane travme in z njo povezanega tveganega, avtoagresivnega vedenja.

Tej motnji se pogosto pridružijo tudi druge, različne depresivne, psihosomatske in anksiozne motnje, neredko pa tudi zloraba in odvisnost od drog, zdravil ali alkohola. Potravmatska motnja lahko postane kronična, kar pomeni, da se bolnik trajno srečuje z težavami pri delu in v medosebnih odnosih.

Mejni sindrom in mejna motnja osebnosti

Veliko avtorjev povezuje spolno zlorabo v otroštvu z razvojem mejne osebnostne motnje. Za to motnjo so značilni nestabilni in moteni medosebni odnosi, čustvovanje ter samopodoba, poleg tega pa še huda impulzivnost, kar se začne že zgodaj v odrasli dobi (seveda so motnje že prej, a jih opredeljuje druga diagnoza), vztraja in se odraža na različnih področjih življenja, tako pri delu kot v širših in ožjih socialnih skupnostih (DSM-IV, 1994). V osnovi teh težav je strah pred ločitvijo, zapustitvijo, oz. zavrnjenjem, ki ga pogosto doživljajo osebe s to motnjo. Izguba bližnje osebe povzroči pomembne spremembe v krhki psihični strukturi, kar se kaže v prizadetem občutku lastne vrednosti, motenem, zelo labilnem, anksioznem in depresivnem čustvovanju, neustreznih, pretirani jezi ter impulzivnem, avtoagresivnem vedenju (samopoškodbe ali poskusi suicida). Po podatkih ameriške klasifikacije mentalnih motenj DSM-IV (1994) od 8-10% teh bolnikov tudi stori samomor. Odnos do drugih ljudi je zelo spremenljiv in niha od pretiranih idealizacij do hitrih razvrednotenj, razočaranj, doživljanje je črno-belo, ekstremno. Motnje identitete se odražajo v nasprotujočih se občutkih sebe, hitrih nihanjih samovrednotenja (dober-slab), bolečih občutjih notranje praznine, dolgočasja, sramu, krivde in tesnobe. Take osebe hitro spreminjajo načrte, vrednote, stališča in družbo. Njihovo vedenje je pogosto tvegano, neodgovorno in impulzivno. To se kaže npr. v hazardiranju, prenašanju, tvegani, hitri vožnji, zlorabi drog in zdravil, popivanju, nezaščitenih spolnih odnosih z neznanimi osebami, udeležbi pri »nevarnih« športih in drugih dejavnostih. Motnja je pogosteje diagnosticirana pri ženskah (75%), v splošni populaciji se pojavlja pri 2% ljudi, med psihiatričnimi bolniki pa je pogostnost 20%. Tem motnjam so pogosto pridružene motnje odvisnosti, motnje hranjenja (posebno bulimija), postravmatski stresni sindrom, hiperaktivnost,

motnje pozornosti, občasna stanja paranoidnosti, disociacije ipd. S starostjo naj bi se mejne motnje osebnosti nekoliko ublažile.

Od 50-70% pacientov s to motnjo naj bi bilo spolno zlorabljenih, če se lahko zanesemo na subjektivna poročila (Paris, 2001). To velja za ženske, pri moških je ta odstotek za polovico nižji. Kljub metodološkim pomanjkljivostim, saj pri tej bolnikih obstaja nevarnost po pristranskem ocenjevanju, pretiranem poudarjanju svojih težav in negativnih izkušenj, pa ne moremo mimo dejstva o pogosti povezanosti mejne motnje s spolno zlorabo, posebno hudo zlorabo (Paris, 1996). Nekateri raziskovalci zato opredeljujejo travmatična doživetja kot glavni vzročni dejavnik pri mejni (borderline) patologiji in so jo zato preimenovali v kronično in kompleksno obliko postravmatske stresne motnje. Vendar, kot smo rekli, ni mogoče postavljati enostavnih zaključkov. Mejne motnje se lahko pojavijo tudi pri osebah, ki niso doživele spolnega nasilja, prav tako vse osebe z izkušnjo spolne zlorabe ne razvijejo (ta tip) motnje. Dejstvo pa je, da je spolna zloraba močan dejavnik tveganja za pojav te motnje.

Druge motnje, povezane s travmatskimi izkušnjami

Motnje odvisnosti še ena možna posledica zlorabe in nasilja v otroštvu. V raziskavi Ballona in drugih v Kanadi (Ballon, Coubasson in Smith, 2001) je polovica deklet, ki zlorablajo droge in alkohol oz. so iskale pomoč zaradi teh težav, poročala o spolni zlorabi, medtem ko je bil pri fantih takšen delež 10%. Podobno, polovica deklet in 26% fantov poroča tudi o fizični zlorabi. 64% deklet in 38% fantov, ki so potrdili spolno zlorabo, uporabljajo drogo kot poskus ublažitve travme. Vse to so pomembno večji deleži, kot pa jih srečujemo med zdravimi posamezniki. Tudi drugi avtorji poročajo o pomembni zvezi med spolnim nasiljem in kasnejšimi težavami z drogami (Hanyay, 1994; Beitchman, 1992; po Ballon in dr., 2001). Osebe, odvisne od drog, imajo specifično strukturo osebnosti (Benedik, 2002, 2003), ki je lahko nastala tudi pod vplivom izpostavljenosti travmatskim dogodkom v otroštvu.

Za disociativne motnje je značilna delna ali popolna izguba integracije starega spomina, samoidentitete, neposrednih občutkov in kontrole nad telesnimi gibi. Stopnja delnega in selektivnega zavedanja sebe se lahko hitro spreminja (ICD-10, 1992). Disociativna amnezija pomeni delno izgubo spomina, predvsem tistega, ki je povezan s travmatskim dogodkom. Ta motnja spomina je psihogena - z izrinjanjem ogrožajočih dogodkov iz zavesti se posameznik poskuša obvarovati pred bolečimi občutki. To je t. i. potlačevanje, horizontalni razcep sistema zavesti. Podobno je pri nenadni spremembi identitete, le da gre tu za vertikalni razcep v zavesti. Staro identiteto posameznik pozabi in prevzame novo, lahko pa prevzame hkrati več identitet, paralelne zavesti, ki se med seboj menjavajo, kot je to primer pri motnjah multiple identitete. Lahko se pojavijo motnje na telesnem nivoju – različne pareze, paralize, anestezije, nezaželeni

telesni gibi, stupor in druge motnje senzornega in motoričnega sistema, ki niso posledice somatske motnje, ampak so izraz psihičnega konflikta. Po psihoanalitičnih teorijah ima »oboleli« del telesa simboli pomen, simptom predstavlja poskus razrešitve konflikta na telesnem nivoju. Ko žrtev obmolkne, spregovori njeno telo. Med psihiatri prevladuje mnenje, da so disociativne motnje predvsem posledice travme (Eric, 2002). V splošni populaciji naj bi imelo te motnje 5-10% ljudi, pogosteje ženske.

Telo je pomembno polje, na katerem se zrcali psihično do-gajanje. Po drugi strani je za razvoj osebne identitete ključnega pomena predstava oz. doživljanje lastnega telesa. Zdrav razvoj predstave o telesu je pomemben za integracijo ega in emocional-nih vsebin, fizično koordinacijo, občutek telesnega ugodja, reali-tetno kontrolo, učinkovito samoobvladovanje in druge osnovne kognitivne funkcije (Fisher in Cleveland, 1958; po Attias in Go-dwin, 1999). Telesne meje razmejujejo med jazom in ostalim svetom, zaokrožujejo enotnost in skladnost individuuma, kljub nenehnim senzornim dražljajem, ki jih prejema iz okolja. Telo nas povezuje z okoljem in obenem ločuje. Otrok je v najzgodnejši fazi razvoja eno z drugim telesom (materjo), svoje skrbnike doživlja kot podaljšek svojega telesa. Travmatska izkušnja pomeni za otroka vdor v telo, rušenje telesnih in psihičnih meja, kar ima za posledico prekinitev psiho-fizične povezanosti s svetom in samim seboj. Otrok doživlja telo kot prizadeto, umazano, zastru-pljeno in celo izdajalsko. Rezultat so različne motnje telesne she-me, kot so psihosomatske in konverzivne motnje, motnje hranjenja, depersonalizacija, spolne motnje, samopoškodbe ipd., kar pot-rjuje tudi raziskava Armswortha in drugih (Armsworth, Stronck in Carlson, 1999). Skupina žensk, ki je bila zlorabljen v otroštvu, poroča o bistveno večjem nezadovoljstvu s svojim telesom in nasploh s samo seboj, močnejšem občutku pomanjkanja nadzora in brezvrednosti kot ostale udeleženke raziskave.

Raziskave kažejo na pogostejše somatske težave in bolezni pri ljudeh, ki so doživeli spolno in drugo nasilje. Življenje in vedenje teh posameznikov je tudi bolj tvegano za njihovo zdravje. Springs in Friedrich (po Loewenstein in Goodwin, 1999) poročata o različnih oblikah tveganega vedenja pri ženskah, ki so bile v otroštvu spolno zlorabljene. Pri teh je bilo v primerjavi z ostalimi udeleženkami več kajenja, zlorabe alkohola ali drog, zgodnejše spolne izkušnje z večjim številom spolnih partnerjev, zgodnejša nosečnost ... Med njimi je tudi opaziti večje število poskusov samomora, čezmerno telesno težo, večje število operacij, infekcij, bolezni in motenj (glavoboli, gastrointestinalne, genitourinarne, muskuloskeletalne težave itd). To potrjuje znano dejstvo, da je možnost oz. dovzetnost za pojav tudi na videz povsem somatskih bolezni večja pri ljudeh s psihičnimi težavami.

Zaključek

Zlo je v pogledu, je pisal Hegel (Hegel, 2001). Zlo je v tistem, ki vidi zlo. Srečanje z zlom, agresijo, sovraštvom na nek način ni

mogoče, je destruktivno samo po sebi. Skupna značilnost nasi-lja, spolnih, fizičnih in čustvenih zlorab je agresija, ki deluje uničujoče. Agresija, ki jo žrtev ne more predelati brez pomoči drugih. Agresija ima destruktiven vpliv na razvoj osebnosti otro-ka, ki se ni zmožen soočiti z dejstvom, da ga osebe, na katere je navezan in je od njih odvisen, ogrožajo. Zato se mora zaščititi in to na način, ki zmanjšuje možnost uspešne in kakovostne pril-a-goditve okolici. Zaščiti se na način, ki ustvarja različne motnje na delavnem, socialnem, telesnem in psihičnem področju, te pa lahko vztrajajo še mnogo let potem, ko je prvotna nevarnost minila. Vse te motnje lahko razumemo kot patološki izraz ne-obvladane agresije, ki se pojavlja v žrtvi nasilja, pa naj bo ta usmerjena navzven, proti drugim ljudem, živalim ali stvarim, kot je to primer pri nasilniškem, delinkventnem vedenju, antisoc-ialnih motnjah osebnosti oz. t. i. psihopatskih osebnostih. Največkrat pa je ta agresija obrnjena navznoter, pri čemur je posameznik agresiven do samega sebe. To je najbolj očitno pri t. i. avtodestruktivnem vedenju, kot so samopoškodbe, poskusi samomora, zloraba drog in alkohola, promiskuiteta in drugo, za zdravje tvegano vedenje. To vedenje kljub grozovitosti, pomeni neko začasno sprostitev, olajšanje, obvladovanje notranje nape-tosti. Manj očitni izrazi agresije pa so npr. depresivne, stresne in somatoformne motnje. Tudi te motnje predstavljajo nasilje nad samim seboj, a to se izraža v posredni obliki, kot so občutja krivde, tesnoba, sram, samokritika, nizka samopodoba itd. Agre-sija do drugih se posredno izraža v občutjih nezaupanja, zavisti, ljubosumja, prezira, sovraštva... Impulzi agresije pa so pri psiho-somatskih motnjah usmerjeni neposredno v telo, mimo sistema zavedanja, tako, da posameznik le težka sprejme zvezo med psihičnimi težavami in telesno bolečino oz. motnjo.

Otroci z izkušnjo nasilja imajo težave z obvladovanjem agre-sije, ki jo gojijo predvsem do ljudi, ki so jim prizadejali bolečino. Ker pa so to večinoma ljudje iz najožjega okolja, s katerimi so psihično povezani in so zanje »primarni objekt razvoja«, so prisiljeni agresijo preusmeriti predvsem nase. Omenili smo, da te motnje lahko vztrajajo tudi vse življenje, zato bi bila nujna strokovna pomoč ob vsaki takšni izpostavljenosti. Samo v psiho-terapevtskem procesu, ki nudi pozitivno, korektivno izkušnjo, ki podpira psihični razvoj na točkah, kjer se je ta zaradi travme ustavil, lahko posameznik predela travmatske izkušnje in se sooči s svojo neobvladano agresijo. V nasprotnem primeru ta ostane in še več – z naučenimi vzorci se prenaša naprej na nove generacije.

Literatura

1. APA. (1994). **DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. Washington DC: APA.
2. Armsworth, M. T., Stronck, K., Carlson, C. D. (1999). Body image and self-perception in women with histories of incest. V J. M. Goodwin in R. Attias (ur.) **Splintered reflections – Images of the body in trauma**. New York: Basic Books, 137-154.

3. Attias, R. in Goodwin, J. (1999). Body-image distortion and childhood sexual abuse. V J. M. Goodwin in R. Attias (ur.) **Splintered reflections – Images of the body in trauma**. New York: Basic Books, 155-166.
4. Attias, R. in Goodwin, J. (1999). Traumatic disruption of bodily experience and memory. V J. M. Goodwin in R. Attias (ur.) **Splintered reflections – Images of the body in trauma**. New York: Basic Books, 223-238.
5. Bandura, A. (1986). **Social learning theory**. Englewood Cliffs, New York: Prentice-Hall.
6. Benedik, E. (2002). Osebnostne značilnosti uživalcev prepovedanih drog. **Revija za kriminalistiko in kriminologijo**. 53 (3): 240-248.
7. Benedik, E. (2003). Antisocialne značilnosti osebnosti uživalcev opiatnih drog. **Revija za kriminalistiko in kriminologijo**. 54 (2): 172-178.
8. Ballon, B. C., Coubasson, C. M., Smith, P. D. (2001). Physical and sexual abuse issues among youths with substance use problems. **Canadian Journal of Psychiatry**; 46: 617-621 .
9. Bowlby, J. (1973). **Attachment and loss, Vol. 2: Separation anxiety and anger**. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
10. Carson, R. C., Butcher, J. N., Mineka, S. (1998). **Abnormal psychology and modern life –10th Edition**. New York: Addison Wesley Longman.
11. Erić, L. (2002). Disocijativni (konverzivni) poremečaji. V L. Erić (ur.) **Neuroze**. Beograd: Medicinski fakultet, 357-400.
12. Erikson, E. H. (1963). **Childhood and society**. New York: Norton & Company.
13. Fonagy, P. (1999). Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. **Journal of Applied Psychoanalytic Studies** 1, 7-27.
14. Fonagy, P. (2001). The psychoanalysis of violence. **Psyche matters**. Dallas: Society for Psychoanalytic Psychotherapy.
15. Hegel, G. W. F. (2001). Predavanja o filozofiji religije. **Problemi**, 39, 3-4, 31-51.
16. Kendler, K. S. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. **Archives of General Psychiatry**; 57: 953-959.
17. Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National survey of adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**; 71, 4 :692-700.
18. Kohut, H. (1977). The analysis of the self. New York: International University Press. Lamovec, T. in Rojnik, A. (1978). **Agresivnost**. Ljubljana: DDU Univerzum.
19. Loewenstein, R. J. & Goodwin, J. (1999). Assessment and management of somatoform symptoms in traumatized patients. V J. M. Goodwin in R. Attias (ur.) **Splintered reflections – Images of the body in trauma**. New York: Basic Books, 67-88.
20. Milivojević, Z. (1993). **Psihoterapija i razumevanje emocija**. Novi Sad: Prometej.
21. Nelson, E. C. in dr. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes. **Archives of General Psychiatry**; 59: 139-145.
22. Nijenhuis, E. R. & Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma. V J. M. Goodwin in R. Attias (ur.) **Splintered reflections – Images of the body in trauma**. New York: Basic Books, 39-66.
23. Paris, J. (1996). **Social Factors in the Personality Disorders. A biopsychosocial approach to etiology and treatment**. Cambridge: University Press.
24. Paris, J. (2001). Psychosocial adversity. V W. J. Livesley (ur.) **Handbook of personality disorders**. New York: Guilford Press, 231-241.
25. Praper, P. (1993). Libido, aggression and aggressiveness. **Psihološka obzorja**, 2 (1): 81-88.
26. Rutter, M. & Maughan, B. (1997). Psychosocial adversities in psychopathology. **Journal of Personality Disorders**; 11: 4-18.
27. Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalized in childhood. **British Journal of Developmental Psychology**; 18: 225-234.
28. Sanderson, C. (1995). **Counselling adult survivors of child sexual abuse**. London: Jessica Kingsley Publishers.
29. Starčević, V. (2002). Reakcije na težak stres i poremečaji prilagođavanja. V L. Erić (ur.) **Neuroze**. Beograd: Medicinski fakultet, 295-353.
30. WHO. (1992). **ICD-10. The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders**. Geneva: WHO.

Psychology of aggression - mental disorders as the effect of exposure to childhood violence

Emil Benedik, Ph.D., Specialist of Clinical Psychology, Psychiatric Hospital Begunje 55, 4725 Begunje na Gorenjskem, Slovenia

Problems related to violence against children, whether abuses or any other aggressive acts, have become the focus of professional attention in the recent years. Many reports indicate that various forms of abuse are much more frequent than had been assumed; on the other hand, research and clinical practice confirm the association between experiencing aggression in childhood and later mental disorders, which may remain many years after the traumatic experiences, and without any therapy, even the whole life. In studying traumas, it is necessary to consider psychological, social and biological aspects, the nature of stressful events, as well as the characteristics of establishing or measuring the effects of stress. Traumatic experiences have an impact on mental and social functioning and are reflected in the form of various disorders. The most frequent among them are post-traumatic stress disorders, borderline syndrome or personality disorder, substance abuse disorders, nutritional disorders, sexual disorders, psychosomatic disorders, depression and a number of others. Considered from the psychosocial point of view, these disorders result in poorer quality of private and public life, disturbed interpersonal relations and diminished job performance. All these disorders can be understood as a pathological expression of aggression caused by traumatic events. The aforementioned disorders thus represent a method of coping and defence against destructive forces, since aggression does not bring only physical disruption and destruction of exterior objects and people, but also destruction of the victim's personality and mental life. Even more, the experience of violence triggers aggression which is not limited only to an individual and to given behaviour, but uncontrollable and "unsatisfied" as it is, it tends to be transmitted to other persons, often to those who are closest. A victim thus turns into an aggressor. All victims of violence must therefore be enabled psychotherapeutic treatment.

Key words: sexual abuse, physical abuse, aggression, transmission of aggression, experiences of violence in childhood, mental disorders as consequences of violence, personality disorders

UDC: 179.2