

PRZEMOC, ZANIEDBANIE W DZIECIŃSTWIE ORAZ STRATY CIĄŻY ICH WZAJEMNE POWIĄZANIA ORAZ PSYCHOLOGICZNE KONSEKWENCJE TYCH POWIĄZAŃ

CHILD ABUSE, NEGLECT AND PREGNANCY LOSSES -
COMBINATION AND ITS PSYCHOLOGICAL SEQUEL

Wydrukowano w: Psychiatria Polska 6 (36), 2002, str. 911-927,

Marek Gajowy

II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie,
kierownik: prof. Andrzej Kokoszka

Witold Simon

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
kierownik: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

Autorzy opierając się na wybranej literaturze, w pierwszej części artykułu opisują różnorodne definicje i podejścia do następstw przemocy (słownej, emocjonalnej, seksualnej i fizycznej), zaniedbania (fizycznego i emocjonalno-intelektualnego) oraz straty ciąży (w szczególności poronienia i aborcji). Następnie przedstawiają prace wykazujące różnorakie powiązania pomiędzy przemocą i stratą ciąży. Przedstawione są także powiązania pomiędzy różnymi rodzajami przemocy i zaniedbania. Omawiane w artykule rodzaje strat ciąży mają podobne skutki psychologiczne, jednak mogą się one różnić specyfiką i nasileniem, co wynika głównie z faktu różnego stopnia przyczyniania się kobiety do straty. W oparciu o przedstawione powiązania w ostatniej części pracy prezentowane są psychologiczne skutki takich zależności. Obserwacje kliniczne wykazują, że doświadczenie przemocy i zaniedbania w dzieciństwie zwiększa wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia straty ciąży u dorosłej już osoby. Natomiast strata dziecka jest jednym ze źródeł przemocy lub zaniedbania wobec dzieci narodzonych.

przemoc, zaniedbanie, utraty ciąży, ich kombinacja

The authors surveyed the literature focused on childhood mistreatment and pregnancy loss. They present definitions and classifications of child abuse (emotional, verbal, physical, sexual), child neglect (physical, emotional-intellectual) and pregnancy losses (especially miscarriage and abortion). In the second part of the paper correlation between abuse and pregnancy loss is displayed as well as correlation between child abuse and neglect. The different kinds of pregnancy losses are viewed as similar in aspect of psychological sequel, though their intensity and particular character depends on mother's contribution to the loss of her child. In the last part, the consequences of the above correlation are discussed. The clinical observations suggest, that abuse and neglect experienced in childhood increases probability of pregnancy loss in adulthood. On the other hand, the loss of unborn child is one of the factors causing the child abuse and neglect.

abuse, neglect, pregnancy loss, their combination

WPROWADZENIE

Zdarzenia wywołujące uraz psychiczny to sytuacje, w których przekroczone są zwykłe zdolności adaptacyjne osoby. Dotyczy to zwłaszcza zagrożenia zdrowia lub życia, bądź osobistego zetknięcia się z przemocą czy śmiercią. Towarzyszą temu uczucia intensywnego strachu, bezradności, utraty kontroli. Zarówno przemoc, zaniedbanie jak i różne formy straty

cięży są przeżyciami, które w znaczący sposób obniżają jakość życia jednostki, zaburzając jej funkcjonowanie, co może doprowadzić do bezpośredniego lub potencjalnego zagrożenia istnienia danej osoby. Niektórzy badacze i psychoterapeuci często traktują te zjawiska jako nie powiązane ze sobą. Niemniej istnieją liczne doniesienia opisujące wzajemne powiązania zarówno pomiędzy przemocą i zaniedbaniem, przemocą i stratami ciąży jak i pomiędzy różnymi rodzajami straty ciąży. Autorzy w niniejszym artykule rozważają te wzajemne zależności oraz psychologiczne konsekwencje wymienionych traum.

Francuski neurolog Charcot [1] był pierwszym, który przy okazji pionierskich badań nad histerią, dostrzegł znaczenie lekceważonych uprzednio dysforycznych stanów emocjonalnych w tym zaburzeniu psychicznym kobiety. Kontynuatorzy tych badań - Breuer i Freud - szukając przyczyn hysterii spostrzegli, że "histryczki cierpią głównie z powodu wspomnień" [2]. Freud był przekonany, iż somatyczne objawy hysterii są wyrazem maskowanych i całkowicie wypartych z pamięci niebywale stresujących przeżyć. W 1896 roku w swojej "Etiologii hysterii" [3] stwierdził, że "każdy przypadek hysterii ma swoje źródło w pojedynczym bądź wielokrotnym przedwczesnym doświadczeniu seksualnym, które miało miejsce w dzieciństwie". Bowlby [4] poszerza koncepcję Freuda dowodząc, że zaburzenia psychiczne nie zawsze są rezultatem seksualnego uwiedzenia, fantazji bądź tajemnych pragnień. Twierdzi on, że konflikty są efektem niekorzystnych doświadczeń rozumianych bardzo szeroko, gromadzonych w czasie powstawania i utrwalania się wczesnych związków społecznych.

Współczesna nam Herman [1] analizuje rodzaje urazów psychicznych. Pisząc o syndromie gwałtu, syndromie kobiety maltretowanej oraz syndromie obserwowanym u ofiar przemocy i kazirodztwa, zauważa zbieżność ich symptomów z zaobserwowanym u weteranów zespołem stresu pourazowego. U ofiar długotrwałego, powtarzającego się urazu zachodzą głębokie zmiany osobowości łącznie z upośledzeniem zdolności do wchodzenia w trwałe i satysfakcjonujące związki społeczne. Występuje postawa nieufności, poczucie pustki i beznadziejności, poczucie stałego zagrożenia i wyobcowania. W ICD-10 [5] powyższy opis został ujęty jako trwała zmiana osobowości po katastrofie, po przeżyciu sytuacji ekstremalnej. Dochodzi do niej m.in. u osób doświadczających przemocy w życiu seksualnym i rodzinnym, łącznie z maltretowanymi kobietami, dziećmi maltretowanymi fizycznie lub wykorzystywanymi seksualnie jak również ofiarami zorganizowanego wyzysku seksualnego. Zdaniem Herman 50-60% pacjentów oddziału zamkniętego i 40-60% pacjentów oddziału dziennego relacjonuje fizyczne lub seksualne maltretowanie w dzieciństwie - sugeruje to, że uraz w dzieciństwie jest jednym z głównych czynników, które ostatecznie zmuszają jednostkę do szukania pomocy u psychiatry.

PRZEMOC, ZANIEDBANIE W DZIECIŃSTWIE ORAZ STRATY CIAŻY

PRZEMOC W DZIECIŃSTWIE I JEJ SKUTKI

Spośród wielu definicji przemocy szczególną uwagę zwraca stanowisko przyjęte przez Radę Europy [6] w 1986 roku, określające ją jako "każde działanie lub zaniedbanie jednego z członków rodziny, które zagrażają życiu, cielesnej i psychicznej integralności lub wolności innego członka tej samej rodziny bądź poważnie szkodzą rozwojowi jego osobowości." Lipowska-Teutsch [7] definiuje przemoc w bliskich związkach jako zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy. Natomiast "Słownik Psychologiczny" [8] definiuje molestowanie dziecka jako każdą formę fizycznego lub psychicznego złego traktowania dziecka przez rodziców lub opiekunów. Najczęściej oznacza to poważne i

powtarzające się zranienia fizyczne (kontuzje, złamania), choć zalicza się tu także inne formy znęcania się: głodzenie, zamykanie w ciasnych pomieszczeniach, przypalanie papierosami i innymi gorącymi przedmiotami, napastowanie seksualne oraz deprawację emocjonalną i psychiczną.

Pieterse [9] dokonał podziału przemocy na emocjonalną, fizyczną i seksualną. Lipowska-Teutsch [10] patrzy na przemoc akcentując społeczny i polityczny aspekt zagadnienia. W tym kontekście pojawia się przemoc ekonomiczna. Browne i Herbert [11] przemoc emocjonalną rozumieją jako szkodliwe oddziaływanie na emocjonalny i behawioralny rozwój dziecka, spowodowane odrzuceniem lub ignorowaniem emocjonalnych potrzeb dziecka.

Reber [8] definiuje wykorzystywanie seksualne jako zmuszanie (fizyczne lub psychiczne) drugiej osoby do stosunków seksualnych. Termin ten według niego prawie zawsze odnosi się do sytuacji, gdy osobą wykorzystywaną jest dziecko, a wykorzystującą dorosły. Kempe [12], rozwijając tę myśl, charakteryzuje dziecko jako osobę zależną i niedojrzałą, która nie rozumie w całej pełni aktywności seksualnej, na którą nie jest w stanie wyrazić zgody i która to aktywność narusza społeczne tabu związane z rolami w rodzinie. Carnes [13] dostrzega, że skutkiem przemocy seksualnej, emocjonalnej i fizycznej w dzieciństwie często jest zaburzenie stresowe pourazowe, które zakłóca radzenie sobie ze stresem i może doprowadzić do powstania uzależnień. Przeprowadzone przez niego badania na osobach uzależnionych od seksu pokazują zależność pomiędzy nasileniem przemocy w dzieciństwie a różnorodnością uzależnień. Podkreśla on też fakt, że u osób uzależnionych od seksu podstawową formą nadużycia emocjonalnego w dzieciństwie jest brak podstawowego wyżywienia, ochrony i opieki. Najbardziej dotkliwy jest brak kontaktu fizycznego oraz zmuszanie dziecka do brania na siebie odpowiedzialności przypisanej dorosłym.

Browne [11] stworzył dwuczynnikową klasyfikację przemocy, rozróżniającą aspekt aktywnego nadużycia i biernego zaniedbania.

przykłady aktywnego nadużycia:

w przemocy fizycznej: obrażenia, które nie są skutkiem wypadku, zniewolenie siłą i uwięzienie

w przemocy psychicznej: poniżanie, nadużycia emocjonalne, pozbawienie środków materialnych

w przemocy seksualnej: kazirodztwo, napad i gwałt.

przykłady biernego zaniedbania:

- przemocy fizycznej: brak opieki zdrowotnej i lekceważenie potrzeb materialnych;

przemocy psychicznej: nieokazywanie uczuć, lekceważenie emocjonalne

- przemocy seksualnej: brak należytej opieki i prostytucja rodziców.

Ney [14] natomiast uszeregował rodzaje przemocy i zaniedbania, według stopnia destrukcji jednostki, rozumianego jako brak radości z życia, pesymistyczne postrzeganie przyszłości własnej i dzieci, oczekiwanie nagłej i gwałtownej śmierci, przekonanie o nadciągającej katastrofie, brak stabilnych więzi emocjonalnych z otoczeniem. Najbardziej traumatyczne formy przemocy to:

- przemoc fizyczna: uderzenia w twarz, duszenie, bicie paskiem, potrząsanie, oparzenia, złamania kości.

- przemoc słowna: zastraszanie, obwinianie, zawstydzanie, krytykanctwo, dyskryminację.

- przemoc seksualna: gwałt zbiorowy, seks oralny, przymuszanie do masturbacji, przymuszanie do stosunku, użycie do pornografii.

Badając różne rodzaje przemocy Ney [15] stwierdził, że przemoc słowna bardziej niż inne rodzaje przemocy wpływa na zmianę obrazu samego siebie i świata u badanych dzieci.

Przemoc słowna wywołuje u dzieci objawy lęku przed porzuceniem, zaburzenia nastroju, trudności w tworzeniu i utrzymywaniu relacji, poczucie winy oraz zachowania autodestrukcyjne [16,17,18]. Dzieci doświadczające przemocy fizycznej są bardziej

agresywne [3,19,20], mają niskie poczucie własnej wartości [19], upośledzoną zdolność do cieszenia się życiem [21], trudności z empatią [22], a w wypadku długotrwałej przemocy pojawia się związek między przemocą fizyczną a opóźnieniem rozwoju intelektualnego [23], chorobą psychiczną [24] i agresywnymi zachowaniami [20]. Pierce [25] stwierdził, że dzieci wykorzystywane do pornografii mają poczucie zaniedbania, zdrady, bezwartościowości oraz przeżywają wściekłość. U dziewczynek po doświadczeniach kazirodczych [26,27,28] pojawiają się objawy nerwicowe, pobudzenie psychoruchowe, zachowania kompulsywne, moczenie, nadmierne zainteresowanie seksem oraz możliwość, że w przyszłości będą się trudnić prostytutką. Egeland [3] dostrzegł, że przemoc fizyczna ze strony matki wywołuje w dziecku agresję i brak nadziei, zaś przemoc słowna wzbudza wrogość i złość. Browne [11] twierdzi, że alkohol nie jest przyczyną przemocy w rodzinie, lecz raczej usprawiedliwieniem dla jej stosowania. Picie alkoholu może uwalniać mężczyznę od odpowiedzialności za swoje zachowanie agresywne, zaś kobiecie daje uzasadnienie dla pozostawania w krzywdzącym związku w nadziei, że w momencie, gdy mężczyzna zacznie kontrolować picie, to przestanie być agresywny. Kobieta maltretowana przez mężczyznę, a z drugiej strony skupiona na nim, może mieć niewystarczająco siły i uwagi, aby adekwatnie zaopiekować się sobą i dziećmi.

ZANIEDBANIE W DZIECIŃSTWIE I JEGO SKUTKI

Istnieje niewiele prac poświęconych zaniedbywaniu, a ponadto zdania na temat niekorzystnego wpływu zaniedbania na rozwój psychiczny dziecka są podzielone. Brytyjskie Ministerstwo Zdrowia [11] wydało w 1989 roku dokument, w którym zdefiniowano nadużycia wobec dzieci i podano kryteria, które należy uwzględnić przy wprowadzaniu do rejestru dzieci wymagających pomocy. Zaniedbanie zdefiniowano jako brak odpowiedniej opieki i narażanie dziecka na niebezpieczeństwo, w tym na zimno i głód, albo krańcowe ignorowanie obowiązków opiekuńczych, co prowadzi do znacznego pogorszenia stanu zdrowia dziecka lub zakłócenia jego rozwoju, w tym do opóźnienia rozwoju fizycznego bez uwarunkowań organicznych.

W odróżnieniu od terminu "molestowanie dziecka", które zwykle oznacza poważne uszkodzenia fizyczne, Reber [8] definiuje "zaniedbanie dziecka" jako inne, mniej oczywiste formy złego traktowania dziecka, jak np. zaniechanie opieki zdrowotnej, prawidłowego odżywiania, ubrania, edukacji, socjalizacji. Termin ten odnosi do złego traktowania, wynikającego raczej z niedostatecznej opieki nad dzieckiem niż z aktywnych działań na szkodę dziecka.

Ney [14] wyszczególnił różne formy i nasilenia zaniedbania szeregując je od najbardziej niszczących:

emocjonalno-intelektualne: brak zrozumienia, brak fizycznego wyrażania uczuć, brak słownego wyrażania uczuć, brak wsparcia emocjonalnego, brak stymulacji.

fizyczne: brak ochrony, niski status ekonomiczny, niewystarczające jedzenie, niewystarczające warunki mieszkaniowe, nieadekwatna higiena i brak opieki medycznej.

Także Kent [29] dostrzega daleko idące skutki zaniedbania opisując znaczące wycofanie emocjonalne i opóźnienie intelektualne u zaniedbanych dzieci w porównaniu z dziećmi, które doznały przemocy fizycznej. Podobnie Egeland [3] zauważa, że dzieci zaniedbane częściej demonstrują objawy użalania się nad sobą. Carnes [13] opisuje różne formy zaniedbania i porzucenia: nieadekwatne żywienie, brak wsparcia dziecka przechodzącego przez kryzys, skupienie całej uwagi rodziców na jednym wybranym dziecku, permanentne zostawianie dziecka pod opieką zmieniających się i nieodpowiednich osób. Wspólnym mianownikiem różnych form zaniedbania jest poczucie, jakiego doświadcza dziecko - "jestem dla rodziców nieważne, moje potrzeby nie będą zaspokojone".

Ney [30] pokazuje, jak bardzo dewastującym przeżyciem dla dziecka jest zaniedbanie i jego psychologiczne konsekwencje. Po doświadczeniu niezaspokojenia swoich podstawowych potrzeb niezbędnych do pełnego rozwoju, dzieci w dużym stopniu mają trudność w zaakceptowaniu straty dzieciństwa, jakie powinny były mieć. W okresie adolescencji i dorosłości osoby takie nie zaprzestają szukać tego, czego nie otrzymały w dzieciństwie. Jednak takie poszukiwania kończą się najczęściej frustracją lub doświadczeniem przemocy. Aragona [31] natomiast stwierdza, że nie było znaczących różnic pomiędzy dziećmi z doświadczeniem zaniedbania a grupą kontrolną.

STRATY CIĄŻY I ICH SKUTKI

Wyróżnić można następujące rodzaje straty ciąży: poronienie, urodzenie martwego dziecka, aborcja, wczesna śmierć noworodka, ciąża pozamaciczna, redukcja zarodków ludzkich w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego. Powyższe rodzaje mają podobne skutki psychologiczne, choć mogą się one różnić specyfiką i nasileniem., co wynika głównie z faktu różnego stopnia przyczyniania się kobiety do straty. Ney [32], porównując ciążę kończącą się w różny sposób, ułożył je w kontinuum od "poród o czasie, prawidłowa waga urodzeniowa" poprzez między innymi "poród przedwczesny", "ciąża ektopowa", aż do "poronienie", "aborcja", "urodzenie martwego dziecka". Okazuje się, że konsekwencje procedury aborcyjnej wywierają najbardziej niekorzystny wpływ na zdrowie matki. Dlatego poniżej omówiono głównie psychologiczne konsekwencje aborcji.

Aborcja wywołuje wiele dylematów etycznych. Tę problematykę poruszają między innymi Willke [33], Gałkowski [34], Kis [35]. Nie wszyscy podzielają pogląd, że aborcja może powodować poważne psychologiczne urazy. Różnice wynikają często nie tylko z odmiennych założeń teoretycznych, ale także z różnych światopoglądów badaczy. To sprawia, że porównywanie tych prac jest trudne. Jednocześnie Ryś [36] podkreśla, że doświadczenie Zespołu Poaborcyjnego nie zależy od światopoglądu, wyznania czy wrażliwości moralnej kobiety. Jego przyczyny mają charakter fizjologiczno-psychologiczny wynikający z gwałtownego przerwania przemian zachodzących w organizmie matki po poczęciu dziecka. Kaplan & Sadock w swym podręczniku [37] piszą, że większość kobiet, które dokonały aborcji przed 12 tygodniem ciąży nie cierpi z powodu znaczących psychologicznych następstw - nie cytują jednak żadnych badań na potwierdzenie tej tezy. Handy [38] stawia hipotezę, że jakkolwiek wiele kobiet doświadcza negatywnych konsekwencji aborcji, to nie dotyczy to wszystkich kobiet. Według różnych autorów silne poczucie winy występuje u 37% [39] przez 73% [40] do 92% [41] kobiet po aborcji. Warto szczególnie zwrócić uwagę na dane z Japonii [39], gdzie dostęp do aborcji jest bardzo ułatwiony i akceptowany religijnie. Można więc wysnuć wniosek, że przeżywanie poczucia winy po aborcji nie zależy od stanu prawnego ani od rodzaju wyznawanej religii.

Rue [40] dokonał przeglądu literatury dotyczącej aborcji. Cytuje Majora [42], który choć dostrzega ulgę u 85% kobiet po aborcji w 3 godziny i 3 tygodnie po zabiegu, przyznaje, że nie badał ich w 6 miesięcy po zabiegu, czyli mniej więcej w czasie niedoszłego porodu, ani w rocznicę zabiegu. Ponadto 60% respondentek odpowiedziało tylko na ankietę po 3 godzinach. Rue cytuje też Russo [43], który choć dowodzi zależności pomiędzy aborcją a większym całościowym poczuciem własnej wartości, to przyznaje jednak, że kobiety po więcej niż jednej aborcji mają znacząco niskie poczucie wartości i identyfikują się ze zdaniem: "Nie mam z czego być dumna."

Zespół Poaborcyjny będący jednym z rodzajów Zespołu Straty Ciąży, jest pojęciem dyskusyjnym, ale dobrze opisuje symptomy psychopatologiczne. Jego objawy oraz ich nasilenie zależą między innymi od rodzaju straty, zaawansowania ciąży, liczby strat. Do najczęstszych symptomów należą: patologiczna żaloba [30,32], depresja [44,30,32], gorsze

wiązanie się emocjonalne i fizyczne z kolejnym dzieckiem [45,46], patologiczne poczucie winy [30,32,40], nierealistyczne oczekiwania [45,48,32], postawa nadopiekuńczości [48,30,40], zaburzony sen [30,32,40], lęk [49,30,32], niemożność obdarzenia zaufaniem [30,32], ponowne odtwarzanie tragedii [30,32], choroby psychosomatyczne [50,46,51], choroby psychiczne [53,54,55], następstwa somatyczne [50,30,32], zaburzenia sfery seksualnej [51,30,32], osłabienie mechanizmu kontrolującego agresję [30,40], nietrwałość związków [30], gorsza pamięć [40]. Aborcja przyczynia się do powstawania depresji, nerwic, bezsenności i uzależnień [44,32]. Kobiety, które straciły swoje pierwsze dziecko poprzez aborcję, pięciokrotnie częściej zgłaszały następujące po sobie różne uzależnienia niż kobiety, które urodziły dzieci oraz czterokrotnie częściej zgłaszały uzależnienie od substancji niż te, które straciły swe dzieci w sposób naturalny [55].

Odrębnym zagadnieniem jest korelacja samobójstw i aborcji. Kaplan i Sadock [37] uważają, że część kobiet, które nie decydują się na aborcję, wybiera samobójstwo jeżeli ciąża jest niechciana. Z badań Hilgersa [26] skupionych na związku aborcji i samobójstwa wynika, że kobiety w ciąży (w tym i te nie radzące sobie z kryzysem przez nią wywołanym) są znacząco statystycznie mniej skłonne dokonać samobójstwa niż kobiety, które nie są w ciąży. Może to prowadzić do konkluzji, że ciąża jest w pewnym sensie zabezpieczeniem przed samobójstwem. Gdy w 1987 roku Reardon [56] badał grupę kobiet z doświadczeniem aborcji, okazało się, że w ciągu 5 lat po aborcji, 60% miało myśli samobójcze, 28% podjęło próby samobójcze, a 18% podjęło próby samobójcze więcej niż raz, często wiele lat po dokonaniu aborcji.

Gordon [58] sugeruje, że aborcja jest przeżyciem traumatycznym także dla wielu mężczyzn, którzy doświadczają wtedy lęku, bezsilności, poczucia winy, rozżalenia i wewnętrznego zamieszania - czyli symptomów podobnych jak u kobiet po aborcji za wyjątkiem objawów somatycznych. Ponadto mężczyźni odczuwają olbrzymią frustrację tracąc poczucie męskości, gdyż nie zdołali ochronić swej rodziny i swego dziecka w sytuacji trudnej, kryzysowej.

Obawa, że każde współżycie doprowadzić może do poczęcia oraz jeszcze jednego koszmaru podejmowania decyzji, może przyczynić się do powstania impotencji. Z kolei Kornas-Biela [59] twierdzi, że ojcowie po aborcji swych dzieci często nie pozwalają sobie na przeżywanie żalu, złości i rozpacz w obawie o bycie uznanym za nienormalnych. Dopiero po latach, gdy mężczyzna chciałby przekazać komuś swoje doświadczenia życiowe i wartości, zaczyna odczuwać brak dziecka. Jako traumatyczne doświadczenie dla mężczyzn uznają aborcję także Kaplan i Sadock [37], szczególnie gdy mężczyzna chciał, by dziecko się urodziło.

Następstwa aborcji doświadczane są także przez żyjące dzieci kobiety, która poddała się zabiegowi. Ney opisał kilka rodzajów Zespołu Osoby Ocalonej od Aborcji [30,60], występujących w sytuacji gdy:

osoba przeżyła próbę dokonania na niej aborcji,

osoba poczęta w ciąży bliźniaczej przeżyła aborcję swego bliźniaka,

matka osoby, która się urodziła dokonała aborcji przed lub po jej urodzeniu,

osoba urodziła się w kraju o statystycznie wysokim prawdopodobieństwie aborcji, np. w Chinach,

mimo zaplanowania nie doszło do aborcji osoby, np. z powodów finansowych.

Mimo że nie w każdym przypadku zdarzyła się aborcja, jednak wszędzie mamy do czynienia z jakąś formą nieprzyjęcia dziecka, zagrożeniem jego egzystencji przed urodzeniem lub podważeniem sensu istnienia. Osoba ocalona została skazana na działanie sił, które kompletnie poza nią decydowały o jej życiu lub śmierci. Doprowadza to do symptomów takich jak patologiczne poczucie winy, lęk [15,14,51], koszmary senne, których częstym motywem jest nadciągająca katastrofa [61,62,60], pesymizm, zaburzenie tożsamości własnej osoby [6]. Ryś [36] podkreśla, że dzieci, które wiedzą o aborcji dokonanej przez swoich rodziców izolują się od nich emocjonalnie.

Dziecko urodzone po poronieniu obciążone jest ryzykiem bycia dzieckiem zastępczym [6]. Jego dzieciństwo może być naznaczone lękiem i depresją ze strony rodziców, ich nierealistycznymi oczekiwaniami i fantazjami związanymi z niedokończoną żałobą. Późniejsze kłopoty takiego dziecka to: zaburzona tożsamość, niepewność co do własnej seksualności, nierealistyczna ocena własnych możliwości, długotrwałe poczucie winy i odczucie jakby życia za kogoś. Zdaniem autorów szczególnie po urodzeniu dziecka martwego pojawia się u żyjącego dziecka silne poczucie winy za fakt, że się żyje. Jest to szczególnie obciążające, gdy dziecko rodzi się koło rocznicy urodzin poprzedniego martwego. Niektórzy [6,63] uważają, że czasami członkowie personelu medycznego dokonującego aborcji mogą odczuwać różnego rodzaju problemy psychologiczne. Kolejnym rodzajem utraty ciąży jest poronienie. Jego psychologiczne konsekwencje są w dużym stopniu analogiczne do następstw aborcji: poczucie winy, poczucie porażki, nieadekwatności, wątpliwości co do swej kobiecości, złość na siebie i otoczenie, depresja, poczucie pustki i smutek oraz opóźniona, niewłaściwie przeżyta, przedłużona i chroniczna żałoba [64].

Zespół Vance [65] badał kobiety po utracie ciąży poprzez urodzenie martwego dziecka, śmierć tuż po urodzeniu lub nagłą śmierć noworodka. W 8 miesięcy po stracie kobiety wciąż przejawiały wysoki poziom lęku i depresji, zaś u mężczyzn depresja była mniej nasiloną. Vance twierdzi, że 50% kobiet po stracie okołoporodowej ma małe lub poważne zmiany zdrowotne określane jako: nerwowość, bezsenność, zmęczenie, koszmary senne, lęki, depresja.

Schreiner-Engel [66] podaje, że psychologiczne reakcje kobiet, które wyrażają zgodę na redukcję swoich zarodków w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego, są zbliżone do reakcji po poronieniu czy aborcji. 65% kobiet doświadcza głębokiego bólu, stresu i lęku w trakcie samej procedury. Mimo utrzymujących się symptomów słabej depresji, głębokiego smutku i poczucia winy, aż 93% kobiet podjęłoby ponownie taką samą decyzję. Ogromna większość matek godzi się ze stratą wielu zarodków, która jest ceną utrzymania przy życiu kilku pozostałych, często tylko jednego. Kobiety, które po redukcji zarodków tracą dodatkowo te wyselekcjonowane w wyniku poronienia, również przeżywają proces żałoby podobnie jak kobiety po poronieniu.

W wyniku urodzenia martwego dziecka rodzice czują się gorsi, mają poczucie winy, przeżywają pustkę, wstyd, konflikt miłości i nienawiści, smutek oraz poczucie niezrozumienia ze strony otoczenia, oczekującego od nich, że będą sobie radzić nie oglądając się wstecz [6].

WZAJEMNE POWIĄZANIA

ZWIĄZEK POMIĘDZY ZANIEDBANIEM A PRZEMOCĄ W DZIECIŃSTWIE

Ney [14] stawia hipotezę, że różne rodzaje maltretowania rzadko występują oddzielnie i pojedynczo, niektóre kombinacje są bardziej destrukcyjne niż pozostałe oraz, że kolejność występowania po sobie form zaniedbania i przemocy jest istotna. Tylko 5% badanych miało do czynienia z pojedynczymi, wyizolowanymi przykładami przemocy czy zaniedbania, co oznacza, że błędem jest traktowanie dziecka jako ofiary jednego tylko rodzaju maltretowania, np. tylko przemocy fizycznej lub seksualnej. Najbardziej niszczącą kombinacją maltretowania okazało się doświadczanie fizycznego zaniedbania, przemocy fizycznej i słownej. Ta ostatnia ma największy wpływ na to, jak dziecko postrzega swoje obecne i przyszłe życie. Często bagatelizowane zaniedbania emocjonalno-intelektualne i fizyczne występują w 9 z 10 najbardziej niszczących kombinacji. Przemoc seksualna pojawia się w jednej kombinacji. Badanie pokazało również, że gdy przemoc jest poprzedzona zaniedbaniem, to wtedy jej skutki są poważniejsze. Obserwacje Carnesa [13] są zbliżone do powyższych. 71% grupy

badanych przez niego zarówno kobiet jak i mężczyzn uzależnionych od seksu doświadczało w dzieciństwie zaniedbania, a 44% mężczyzn i 47% kobiet porzucenia.

Z badania Ney'a i Gajowego [46], gdzie analizowano korelacje przemocy fizycznej, seksualnej i słownej, zaniedbania fizycznego i emocjonalnego oraz ich wpływ na życie pacjenta wynika, że w aspekcie współwystępowania przemocy i zaniedbania najbardziej prawdopodobny jest związek pomiędzy przemocą słowną i fizyczną, a w dalszej kolejności - związek pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a przemocą słowną oraz zaniedbaniem emocjonalnym a fizycznym. Natomiast analizując wpływ przemocy i zaniedbania na życie pacjenta (np. rodzaj oczekiwanej śmierci, szanse na udane rodzicielstwo itp.) widać, że najbardziej traumatyzujący wpływ ma zaniedbanie emocjonalne, a w dalszej kolejności przemoc słowna i zaniedbanie fizyczne.

Ciężarne nastolatki, które jednocześnie przed 18 rokiem życia doświadczyły przemocy fizycznej czy seksualnej wykazują wysokie zagrożenie samouszkodzeniami i tendencjami autodestrukcyjnymi [67].

Zaniedbane osoby dorosłe czują zazdrość, gdy ich dziecko dostaje to, czego im nie dano w dzieciństwie. W poczuciu rozżalenia z powodu doznanej niesprawiedliwości rodzice zaczynają zaniedbywać swe dziecko np. kupując zabawki zamiast spędzać z nim czas. Może to wynikać również z faktu, że ich zaniedbanie w dzieciństwie polegało na braku zdrowego wzorca relacji rodzic-dziecko i w konsekwencji nie wiedzą, jak się zachować wobec swojego dziecka.

ZWIĄZEK POMIĘDZY ZANIEDBANIEM I PRZEMOCĄ W DZIECIŃSTWIE A STRATAMI CIĄŻY

Mówienie o związku przemocy i zaniedbania w dzieciństwie a stratami ciąży jest uprawomocnione, jeżeli weźmiemy pod uwagę występujące w literaturze przykłady hipotez czy wniosków odnoszących się do tej zależności. Istnieją prace wskazujące zarówno na korelację dodatnią (im więcej przemocy tym więcej aborcji i vice versa) jak i ujemną (im więcej aborcji tym mniej przemocy). Jednakże bez względu na znak tej korelacji autorzy poniższych prac traktują tę zależność jako punkt wyjścia do swych rozważań.

W obliczu narastania zjawiska przemocy w rodzinach szukano sposobów na zmniejszenie skutków tej traumy. Kaplan i Sadock [37] twierdzą, że jeśli kobieta donosi niechciane dziecko do terminu porodu, to istnieje duże prawdopodobieństwo przemocy i zaniedbania wobec tego dziecka. Pojawiły się również głosy [68] sugerujące, że selektywne aborcje dokonywane na niechcianych dzieciach przyczynią się do zmniejszenia liczby maltretowanych dzieci, gdyż pozostaną przy życiu tylko te pożądane. Tezy, że wzrost liczby aborcji zmniejszy nasilenie przemocy dotychczas nie poparto jednak empirycznie.

Są natomiast dowody na to, że istnieje pozytywny związek między dokonywaniem aborcji a przemocą rodziców wobec żyjących dzieci - Ney [32] i Lieh-Mak [7]. Ney w swych badaniach wskazuje na fakt, że doświadczenie straty ciąży (szczególnie aborcji) wpływa na osłabienie więzi rodzic-dziecko, co w konsekwencji może prowadzić do przemocy wobec dziecka. Kluczowe jest niepełne przeżycie żałoby po np. urodzeniu martwego dziecka czy aborcji. W konsekwencji nie w pełni przeżyty żal po stracie bliskiej osoby będzie utrudniał związanie się z kolejną osobą.

Dzieci, które doświadczyły przemocy i zaniedbania, w życiu dorosłym częściej doświadczają straty ciąży, szczególnie poronienia i aborcji. Ci, którzy mają nierozwiązane konflikty towarzyszące utracie ciąży są bardziej skłonni, by się przyczynić do zaniedbania i przemocy wobec własnych dzieci. Lieh-Mak [7] badała korelacje pomiędzy nieszczęśliwym dzieciństwem (rozumianym między innymi jako brak wsparcia, bezpieczeństwa, afirmacji i akceptacji) a decyzją o przerwaniu ciąży. Wśród rodzin, które podjęły decyzję o aborcji

nieszczęśliwe dzieciństwo występowało u 20% badanych. Spośród tych, którzy nigdy na aborcję się nie zdecydowali tylko u 5%. Istnieje zależność pomiędzy nasileniem przemocy wobec dziecka a tym, czy matka doświadczyła straty ciąży (w rozumieniu tego pojęcia jako poronienie, aborcja lub urodzenie martwego dziecka). 64,75% kobiet z doświadczeniem straty stosuje bardzo nasiloną przemoc wobec swego dziecka, podczas gdy spośród kobiet bez tej traumy tylko 35,25% [45].

PSYCHOLOGICZNE NASTĘPSTWA POWIĄZAŃ STRATY CIĄŻY ORAZ PRZEMOCY I ZANIEDBANIA W DZIECIŃSTWIE

DOŚWIADCZENIE STRATY CIĄŻY POTĘGUJE PRZEMOC I ZANIEDBANIE

Pojawienie się przemocy i zaniedbania na skutek wcześniejszej aborcji można prześledzić na następujących przykładach:

- Złość, smutek, lęk itp. są częstsze u kobiet po aborcji niż u tych, które jej nie przeszły. Reakcja smutku jest najbardziej skorelowana z zaniedbaniem emocjonalnym kobiety wobec swoich żyjących dzieci. Dotyczy to także jej reakcji na płacz dziecka. Złość doświadczana przez kobietę koreluje z przemocą słowną wobec kolejnych dzieci, na równi z przemocą fizyczną, natomiast lęk z zaniedbaniem fizycznym [69].
- Im więcej strat ciąży doświadczy kobieta, tym więcej dolegliwości somatycznych zgłasza. Zły stan zdrowia matki może sprzyjać zaniedbaniu dzieci, które są pod jej opieką [69]
- Depresja poporodowa, często spotęgowana przez wcześniejszą aborcję, doprowadza do gorszej więzi matki z dzieckiem, więzi opartej na lęku. Może to doprowadzić do zaniedbania dziecka oraz przemocy wynikającej z niespełnienia przez nie nierealistycznych oczekiwań.
- Stany depresyjne występujące u matki po dokonaniu aborcji mogą powodować, że żyjące dzieci będą sobie przypisywać winę za zły stan samopoczucia matki.
- Kobieta po dokonaniu aborcji przeżywa skomplikowaną żalobę po stracie, co czyni ją mniej świadomą potrzeb swoich dzieci i mniej zdolną, aby je adekwatnie zaspokajać.
- Dokonanie aborcji powoduje rzadsze dotykanie dziecka oraz szybszą rezygnację z karmienia piersią, co prowadzi do zaniedbania.
- Odcięcie się od uczuć złości, winy i bólu po aborcji, powoduje zahamowanie asertywności własnej oraz hamuje asertywność dzieci, co czyni je łatwymi ofiarami przemocy.
- Nadmierna nieustanna kontrola swego gniewu (mająca miejsce w sytuacji osłabienia instynktownego mechanizmu kontrolującego własną agresję w wyniku przyczynienia się do czyjejś śmierci), nie powstrzymuje rodziców od wybuchu złości, co może mieć dla dziecka nawet skutki śmiertelne.
- Kobieta po aborcji czuje wiele złości wobec mężczyzn. Gdyby partner był dojrzały i wsparł ją, prawdopodobnie nie zabiłaby swego dziecka. Wyraża również podświadomą złość w stosunku do rodziców. Ponieważ traktowali ją źle w dzieciństwie, była bardziej skłonna nieodpowiednio potraktować swe poczęte dziecko. Agresja wynikająca z tej podświadomej złości jest często kierowana na dzieci nienarodzone i te już urodzone. Wszystko to może prowadzić do gorszego wiązania się emocjonalnego i fizycznego z żyjącymi dziećmi [45]. Można to zaobserwować u kobiet, którym trudno przytulać nowonarodzone dzieci, które wykorzystują pierwszą okazję do odstawienia noworodka od piersi.

DOŚWIADCZENIA PRZEMOCY I ZANIEDBANIA PRZYCZYNIAJĄ SIĘ DO STRATY CIĄŻY

Zarówno przemoc jak i zaniedbanie w dzieciństwie przyczyniają się do wzrostu ryzyka strat

ciąży w wieku dorosłym. Taka prawidłowość niesie za sobą różnorakie konsekwencje psychologiczne:

- Kobiety, które w dzieciństwie doświadczyły przemocy seksualnej z większym prawdopodobieństwem niż pozostałe są skłonne dokonać aborcji w trudnej sytuacji [52].
- Kobiety, które doświadczyły przemocy seksualnej mogą chcieć dokonać aborcji, by odzyskać kontrolę nad swym ciałem ("To moje ciało, nic mu do tego").
- Osoba zaniedbana i doświadczona przemocą w dzieciństwie, chce przed tym samym ustrzec swe dzieci i decyduje się na aborcję.
- Agresja i poczucie skrzywdzenia wynikające z doznanego zaniedbania czy przemocy ze strony własnych rodziców, jest przenoszona na dziecko nienarodzone, czyni się z niego kozła ofiarnego, co może doprowadzić do aborcji.
- Ludzie dokonują projekcji wobec nienarodzonych dzieci, widzą w nich cechy seksualnych partnerów "Nie chcę, by był zły jak on."
- Zaniedbani ludzie są bardziej wrażliwi na opuszczenie przez partnera — zwiększa to prawdopodobieństwo podjęcia decyzji o aborcji w obliczu takiego zagrożenia. Mężczyzna opuszczony i zaniedbany przez rodziców w dzieciństwie, przeżywa lęk przed odrzuceniem ze strony partnerki i często sam odchodzi lub straszy opuszczeniem, jeżeli kobieta nie dokona aborcji. Odczuwając brak zabawy w dzieciństwie, matka lub ojciec przejawia chęć zabawy za wszelką cenę np. poprzez podróże, odrzucając rolę rodzica, co może doprowadzić do aborcji dziecka, które stało się przeszkodą na drodze do zaspokojenia zaniedbanych potrzeb.
- Zaniedbanie emocjonalno-intelektualne powoduje gorszy rozwój intelektualny oraz bardziej pesymistyczne spojrzenie w przyszłość, stąd większe prawdopodobieństwo aborcji z tzw. przyczyn społecznych.

OPIS PRZYPADKU

Historia 40-letniej obecnie Anny dobrze pokazuje wzajemne powiązania pomiędzy przemocą, zaniedbaniem i aborcją, choć ich błędne koło chorobowe funkcjonuje niekoniecznie w życiu jednej osoby, a czasami w dziejach całej rodziny. Aby dokonać głębokiej i trwałej zmiany pomocna okazała się terapia grupowa skupiona na leczeniu następstw powyższej kombinacji urazów. Szczegółowo jest ona opisana w artykule *Terapia grupowa dla osób doświadczających następstw przemocy, zaniedbania i straty ciąży*.

Pierwsze wspomnienie z dzieciństwa Anny to głód. Rodzice nie byli biedni, ale pływali dużo na jachtach, zostawiając dzieci pod opieką niesumiennej niańki. Chłopak tej opiekunki molestował seksualnie Annę, gdy była ośmioletnią dziewczynką. Kiedy powiedziała o tym rodzicom, ci - po zrobieniu jej awantury - wysłali ją do innego miasta do szkoły z internatem. W licznej klasie nie była należycie, indywidualnie stymulowana intelektualnie. Rodzice nie interesowali się zbytnio jej nauką ani życiem poza szkołą. Pierwszej aborcji dokonała bez ich wiedzy w 14 roku życia. Uciekła z domu w wieku 17 lat. Przez następnych kilkanaście lat miała, jak mówi, 300 partnerów seksualnych, którzy często płacili jej za seks. Nie miała stałego zatrudnienia. Sporadycznie brała narkotyki, nadużywała alkoholu. Dokonała jeszcze dwóch aborcji. Urodziła jedno dziecko - chłopca. Na terapię zgłosiła się, gdy odrzucono jej kolejne podanie o pracę w charakterze sekretarki. Jednocześnie mówiła o braku sensu w życiu, poczuciu krzywdy i osamotnienia, skarżyła się na liczne napady lęku uniemożliwiające jej wyjście z domu, brak satysfakcji z seksu oraz fakt, że biła swego syna, gdy on za dużo płakał. W trakcie terapii zmagala się z wglądem, bała się konfrontacji z rodzicami. Dużym odkryciem był dla niej genogram, gdzie zobaczyła czarno na białym, że prawie nic nie wie o dziadkach ze strony matki, jako że matka zerwała z nimi kontakt, też mając poczucie krzywdy i zaniedbania przez swych rodziców. Anna przeżyła żalobę po zmarłych dzieciach - ma dwa

symboliczne groby w lesie w pobliżu jej domu. Rozpoczęła trudny proces pojednania. Z ojcem zaowocował on zadośćuczynieniem i przebaczeniem, matka odrzuciła pacjentkę twierdząc, że gdyby czas się cofnął, wszystko by powtórzyło. Anna pojednała się też z synem, stara się mu zrekompenzować doznane krzywdy. Obecnie z trudem dojrzuje do decyzji o rozpoczęciu pracy nad pojednaniem z chłopakiem niańki. Z początkowych objawów ustąpiły: napady lęku, może już sama wychodzić z domu, dziecka nie bije. Czasami jeszcze ma tendencje do przyjmowania na siebie winy za innych. Nawiązała satysfakcjonujący związek z mężczyzną, wyszła za niego za mąż. I wreszcie skończyła kurs księgowych oraz znalazła pracę.

PODSUMOWANIE

Znacząca liczba kobiet i mężczyzn doświadcza psychologicznych następstw urazów wynikających z zaniedbania i przemocy w dzieciństwie oraz utraty ciąży. Kombinacja tych doświadczeń w znaczący sposób zaburza funkcjonowanie jednostki. Należy więc sądzić, że w procesie uzyskiwania wglądu oraz reorientacji postaw i zachowań, trwalsze rezultaty są osiągnięte, gdy terapia w kompleksowy sposób podchodzi do tych splecionych ze sobą zjawisk. W oparciu o to założenie w The International Institute of Pregnancy Loss and Child Abuse Research and Recovery (IIPLCARR) w Kanadzie opracowano program grupowej, ograniczonej w czasie psychoterapii, którego prezentacja jest tematem osobnego artykułu. Opisane powyżej zagadnienia wymagają zarówno dalszych obserwacji klinicznych jak i kontynuacji badań na ten temat.

PIŚMIENNICTWO

- Herman JL. *Przemoc - uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000
- Freud Z. *The Aetiology of Hysteria*. [1896] Standard Edition, tom 3, London, Hogarth Press 1962
- Egeland B, Sroufe LA. *Development sequelae of maltreatment in infancy*; New Directions for Child Development 1981; 11: 77-92
- Bowlby J. *Attachment and Loss*; vol. 1, *Attachment*, London, Hogarth Press 1969
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD - 10*, Kraków-Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius" 2000
- Bourne S, Lewis E. *Pregnancy after stillbirth or neonatal death: pathological risks and management*. W: Raphael-Leff J.: *Spilt milk, perinatal loss and breakdown*; Institute of Psychoanalysis, London 2000 s. 53-59
- Lieh-Mak F. *Husbands of Abortion Applicants: a Comparison with Husbands of Women who Complete their Pregnancies*. Social Psych. 1979; 14: 59-64; cyt. w: Ryś M. 1999: "Natura nie wybaczta nigdy"; Służba Życiu 9: 12-16
- Reber A. *Słownik Psychologiczny* Warszawa, Wyd. Naukowe Scholar 2000
- Pieterse JJ, van Urk H. *Maltreatment of children in the Netherlands: An update after ten years*. Child Abuse and Neglect 1989; 13: 193-200
- Lipowska-Teutsch A. *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, Warszawa, PARPA 1998
- Browne K, Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa, PARPA 1999
- Kempe TS, Kempe CH. *Child Abuse* London, Fontana/Open Books 1978
- Carnes P. *Don't Call It Love. Recovery From Sexual Addiction*. New York, Bantam Books 1991
- Ney PG, Fung T, Wickett AR. *Child Neglect: The Precursor to Child Abuse* Pre- and Perinatal Psychology J of PANA 1993; 8(2): 95-112

- Ney PG. *Does Verbal Abuse Leave Deeper Scars: A Study of Children and Parents* Can. J. Psych. 1987; 32 (1): 371-377
- Cabrio J. *The elusive crime of emotional abuse* Child Abuse Negl 1978; 2: 89-99
- Kavanagh C. *Emotional abuse and mental injury: a critique of the concepts and a recommendation for practice.*; J. Am. Acad. Child Psychiatry 1982; 21(2): 171-177
- Rossmann PG. *The aftermath of abuse and abandonment: a treatment approach for ego disturbance in female adolescence* J Am. Acad. Child. Psychiatry 1985; 24: 345-352
- Oates RK, Forrest D, Peakock A. *Self-esteem of abused children* Child Abuse Negl 1985; 9: 159-163
- Reidy TJ. *The aggressive characteristics of abused and neglected children* J.Clin Psychol 1977; 33: 1140-1145
- Martin HP, Breezley P. *Behavioural observations of abused children.* Child Abuse Negl 1977; 9: 373-387
- Straker G, Jacobson RS. *Emotional maladjustment and empathy in the abused child.* Dev Psychol 1981; 17: 762-765
- Perry MA, Doran LD, Wells EA. *Development and behavioural characteristics of the physically abused child;* J. Clin. Child Psychol 1983; 12: 320-324
- Carmen E, Reider PP, Mills T. *Victims of violence and psychiatric illnesses;* Am. J. Psychiatry 1984; 141: 378-383
- Pierce RL. *Child pornography: a hidden dimension of child abuse;* Child Abuse Negl 1985; 9: 483-493
- Brooks B. *Sexually abuses children and adolescent identity development;* Am. J. Psychother 1985; 39: 401-410
- James J, Meyerding J. *Early sexual experiences and prostitution.* Am. J. Psychiatry 1977; 134: 1381-1385
- Swanson L, Biaggio MK. *Therapeutic perspective on father-daughter incest.* Am J Psychiat 1985; 142: 667-674
- Kent JA. *A follow-up study of abused children.* J Pediatr Psychol 1976; 1: 25-31
- Ney PG. *Deeply Damaged* Victoria, Pioneer Publishing 1997
- Aragona J.A., Eyberg S.M.: *Neglected children: mothers' reports of child behaviour problems and observed verbal behaviour.* Child. Dev. 1984; 8; 343-351
- Ney PG, Wickett AR, Beaman-Dodd C. *The Effects of Pregnancy Loss on Women's Health* Soc.Sci.Med. 1994; 38: 1193-1200
- Willke J, Willke B. *Aborcja. Pytania i odpowiedzi.* Gdańsk, Wydawnictwo Stella Maris 1991
- Gałkowski JW. *W imieniu dziecka poczętego.* Rzym-Lublin, Wydawnictwo KUL 1991
- Kis J. *Aborcja* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN 1993
- Ryś M. *Natura nie wybacza nigdy.* Służba Życiu 1999; 9: 12-16
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry;* Baltimore, Williams and Wilkins 1998
- Handy J.A.: *Psychological and social aspects of induced abortion.* Br J Clin Psychol 1982; 1: 29-41
- Minoru M.(ed): *Japan's Experience in Family Planning - Past and Presence.* Tokyo, Family Planning Federation of Japan 1967, w: Babikian HN. *Abortion.* in Kaplan H, Freedman AM.(Eds.): *Comprehensive Textbook of Psychiatry.*
- Rue V. *Trauma symptoms postabortion: a preliminary analysis of U.S. and Russian data.* Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996
- Speckhard A., Rue V. *Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern.* J Soc Issues 1992, 42 (3), 95-119, w: w: Reardon DC. *Psychological Reactions Reported After Abortion* The Post-Abort. Review 1994, 2 (3), 4-8
- Major B. *Attributions, expectations and coping with abortion.* J Person Social Psychol 1985; 48: 585-599; cyt w: Rue V. *Trauma symptoms postabortion: a preliminary analysis of U.S.*

and Russian data. Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996

Russo N, Zierck K. *Abortion, childbearing and women well-being*. *Psychol Res Pract*, 1992; 23 (4): 269-280; cyt. w: Rue V. *Trauma symptoms postabortion: a preliminary analysis of U.S. and Russian data*. Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996

Kumar R, Robson K. *Previous Induced Abortion and Ante-natal Depression in Primiparae: A Preliminary Report of Survey of Mental Health in Pregnancy.*, *Psychol Med* 1990; 8: 711-715

Colman AD, Colman LL. *Pregnancy: The Psychological Experience*. New York, Herder and Herder 1971

Ney PG, Gajowy M, Sheils C. *Group therapy for those damaged by a combination of childhood mistreatment and pregnancy loss*. (w druku)

Ney PG, Fung T, Wickett AR. *Relationship Between Induced Abortion and Child Abuse and Neglect: Four Studies*; *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 1993; 8(1): 43-63

Forrest GC, Standish E, Baum JD. *Support After Perinatal Death: A Study of Support and Counselling After Perinatal Bereavement*. *Br. Med. J.* 1982; 285: 1474-1479

Bradley C.F.: *Abortion and Subsequent Pregnancy*, *Can. J. Psychiatr.* 1984; 49: 494-498

Broome A.: *Termination of Pregnancy. Psychology and Gynaecological Problems*. London, Tavistock 1984

Yager J. *Childhood Sexual, Physical and Psychological Abuse in Bulimia Nervosa*. *Amer Jour of Psych* 1994; 6: 128-131

Ashton JR. *Psychological Outcome of Induced Abortion.*, *Br. J. Obstet. Gynecol.* 1980; 15 (87): 1115-1122

Klaus MH, Kennell JH. *Maternal-Infant Bonding* St.Louis, Mosby 1976

Melbye M, Wolhfartj, Olsen JH. *Induced abortion and risk of breast cancer*. *New Eng J of Med.* 1983; 336: 127-128

M, Wolhfart J, Olsen JH. *Induced abortion and risk of breast cancer*. *New Eng J of Med* 1983; 336: 127-128

Reardon DC, Ney PG. *Abortion and Subsequent Substance Abuse* *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2000; 26(1): 61-75

Reardon DC. *A Survey of Psychological Reactions* Springfield, Elliot Institute 1987

Gordon RA, Kilpatrick C. *A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions*. *Community Mental Health Journal*, 1978; 13: 291-95

Kornas-Biela D. *Psychospołeczne konsekwencje aborcji u ojców*. *Głos dla Życia* 1999; 11-12: 16-19

Ney PG, Peeters MA. *Abortion Survivors* Victoria, Pioneer Publishing 1993

Cavenar JO, Spaulding JG, Sullivan JL. *Child's Reaction to Mothers Abortion, Case Report*, *Military Med* 1979; 144: 412-413

Jocelyn Y, Hattab MD. *Abortion Fantasies*. Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996

Ney PG, Peeters MA. *The Centurion's Pathway* Victoria, Pioneer Publishing 1997

Witzel PA, Chartler BM. *The Unrecognized Psychological Impact of Miscarriage* *Canada's Mental Health*, 1989; 3: 17-20

Vance JC, Najman BA, Thearle MJ, Embelton G, Foster WJ, Boyle FM. *Psychological Changes in Parents Eight Months After the Loss of an Infant From Stillbirth, Neonatal Death or Sudden Infant Death Syndrome - A Longitudinal Study*. *Pediatrics* 1995; 96 (5): 933-938

Schreiner-Engel P, Walther V, Mindes J, Lynch L, Berkowitz RL. *First-trimester multifetal pregnancy reduction: Acute and persistent psychological reactions*. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 172 (2): 541-547

Bayatpour M. *Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among*

pregnant teenagers J-Adolesc-Health 1992; 13 (2): 128-32

Calef V. *Hostility of parents of children: some notes on fertility, child abuse and abortion. Int J Psychanal Psychother 1972; 1: 79-96*

McDermott JF, Char EF. *Abortion repeal in Hawaii: an unexpected crisis in health care. Am J Orthopsychiatry 1971, 41, 620-626*

adres do korespondencji:

Witold Simon

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 1/9

02-957 Warszawa

wsimon@ipin.edu.pl