

Terapia grupowa

TERAPIA GRUPOWA DLA OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH NASTĘPSTW PRZEMOCY, ZANIEDBANIA I STRATY CIĄŻY

GROUP THERAPY FOR PEOPLE DAMAGED BY CHILD ABUSE, NEGLECT AND PREGNANCY LOSS COMBINATION

Wydrukowano w: Psychiatria Polska 6 (36), 2002, str. 929-944,

Witold Simon

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,

kierownik: doc. dr hab. Maria Siwiak-Kobayashi

Marek Gajowy

II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie,

kierownik: prof. Andrzej Kokoszka

Autorzy dokonali przeglądu literatury dotyczącej grup terapeutycznych dla osób doświadczających następstw przemocy, zaniedbania i straty ciąży. Przedstawili także fazy terapii opracowanej dla osób doświadczających następstw kombinacji powyższych urazów. Krótkoterminowa terapia grupowa dla osób z doświadczeniem przemocy, zaniedbania i utraty ciąży została zaprojektowana w Institute of Pregnancy Loss Child Abuse Research and Recovery, w Kanadzie. Fazy terapii obejmują: analizowanie przyczyn i następstw traum, zajmowanie się wymówkami i mechanizmami obronnymi, radzenie sobie z winą, przeżywanie żalu po utraconym dzieciństwie, przechodzenie przez rozpacz, ponowne uczłowieczenie zmarłych dzieci, domykanie żałoby po poczętych, ale nieurodzonych dzieciach, pojednanie, negocjowanie realistycznych oczekiwań, osłabianie niekorzystnych więzi partnerskich z przeszłości, podejmowanie decyzji, świętowanie i dobre pożegnanie. W procesie terapii ważne jest zanalizowanie wzajemnych powiązań różnych form przemocy, zaniedbania, strat ciąży; przeżycie żałoby po nienarodzonych dzieciach; dostrzeżenie zmienności ról ofiar, krzywdzicieli i obserwatorów; zaangażowanie się w proces pojednania między osobami tragedii. Autorzy zaprezentowali również badania dotyczące efektywności tej terapii.

przemoc, zaniedbanie, utrata ciąży, terapia grupowa

The authors reviewed the literature focused on groups for people damaged by childhood mistreatment and pregnancy loss. They also presented therapy designed for those who suffer from sequel of abuse, neglect and pregnancy loss combination. Time limited group therapy for people damaged by abuse, neglect and pregnancy loss was designed at Institute of Pregnancy Loss Child Abuse Research and Recovery, Victoria, Canada. The phases of the program include e.g.: realizing mistreatment and damage; realizing excuses, denial and resistance; training of assertion; resisting manipulation; accepting partial responsibility; facing guilt, mourning the loss of childhood; passing through despair; dead babies rehumanization and mourning; reconciliation with victims, observers and perpetrators; negotiation of realistic expectations; attenuations of unnecessary pair bonding; learning to love; celebration; good good-byes. The study of therapy effectiveness is displayed as well.

abuse, neglect, pregnancy loss, group therapy

WPROWADZENIE

Z rozważań zawartych w artykule *Przemoc, zaniedbanie w dzieciństwie oraz straty ciąży - ich*

wzajemne powiązania oraz psychologiczne konsekwencje tych powiązań wynika, że osoby doświadczające wspomnianych urazów, narażone są na poważne następstwa, począwszy od zaburzenia obrazu samego siebie po ubogie relacje z otoczeniem. Konsekwencje te często doprowadzają do trwałych zaburzeń funkcjonowania i łatwo są przekazywane z pokolenia na pokolenie. Omówione zostaną wybrane formy pomocy tym osobom, w kontekście terapii opracowanej na początku lat 90-tych przez zespół Philipa Ney'a w The International Institute of Pregnancy Loss Child Abuse Research and Recovery (IIPLCARR) w Kanadzie. W Polsce prowadzą ją certyfikowani terapeuci, głównie w gabinetach prywatnych w kilku większych miastach.

PRZEGLĄD LITERATURY

Stosunkowo częstą formą pomocy są grupy terapeutyczne obejmujące wyłącznie ofiary przemocy seksualnej w dzieciństwie [1], przeważnie tylko kobiety [2,3,4,5]. Grupy takie pracują w tradycji psychoanalitycznej [2], jako grupy psychodramatyczne [6], lub grupy wsparcia prowadzone przez pracowników socjalnych [3]. Dla dzieci po przemocy seksualnej, u których diagnozuje się PTSD, istnieją programy poznawczo-behawioralne [7,8], czasami są to homogenne grupy chłopców molestowanych przez własne matki [9,10]. Dla rodziców [11] lub tylko dla samych matek [8], których dzieci doznały przemocy seksualnej, powstały grupy wsparcia. Mężczyźni w traumie przemocy seksualnej postrzegani są niemal wyłącznie jako sprawcy [12,13], a pomoc oferuje się im tylko wtedy, gdy są szczególnie zaburzonymi osobami [14,15]. Do rzadkości należą przypadki, gdy pomaga się zarówno obserwatorom, ofiarom jak i krzywdzicielom [16]. To, co jest wspólne dla większości wymienionych programów to fakt, że koncentrują się na jednym z uczestników tragedii - głównie ofierze, co przeważnie dotyczy to kobiet - oraz traktują przemoc seksualną jako izolowane zjawisko. Herman [17] dzieli grupy w zależności od tego na czym się koncentrują: na bezpieczeństwie, na rozpamiętywaniu i żałobie, czy na odbudowaniu związku. Według niej dla osób świeżo po urazie szczególnie przydatne są grupy skoncentrowane na bezpieczeństwie wynikającym z anonimowości i edukacyjnego charakteru grupy, gdzie pacjent uczy się troszczyć o siebie np. poprzez trening radzenia sobie ze stresem. W takich grupach jest niska tolerancja na konflikty interpersonalne w grupie, w związku z tym unika się pracy tu i teraz.

Przy pracy nad specyficznym problemem, jak np. odsłonięcie tajemnicy rodzinnej, Herman poleca grupy skoncentrowane na rozpamiętywaniu i żałobie. Mają one silną strukturę i są ściśle zorientowane na odsłanianie przeszłości, w tym i urazu, wymagają jasno sformułowanych behawioralnych zadań.

Gdy traumatyczna przeszłość upośledza zdolność kontaktowania się z innymi ludźmi, korzystna jest praca nad związkami interpersonalnymi w grupach o wysokiej tolerancji na konflikty, pozbawionych struktury, gdzie ważne staje się analiza i rozwiązywanie konfliktów między pacjentami w grupie w oparciu o wymiary tu i teraz. Tego rodzaju grupy mają charakter półotwarty i uczestniczą w nich osoby z różnego rodzaju urazami. Ponieważ terapia skoncentrowana jest zarówno na bezpieczeństwie, na rozpamiętywaniu i żałobie jak i na odbudowaniu związku, dlatego opisane poniżej jej etapy zawierają wszystkie wymienione przez Herman elementy. Jednocześnie, zgadzając się z tezą Herman, że terapia grupowa rzadko jest pomocna bezpośrednio po ostrym urazie, terapia IIPLCARR nie jest adresowana do osób na bieżąco doświadczających ostrego urazu lub będących tuż po nim.

W Ośrodkach Interwencji Kryzysowej [13] oraz w ramach Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie [18], oprócz pomocy terapeutycznej, oferuje się też materialną i prawną oraz

edukację nt. przemocy. Podobnie są zorganizowane centra pomocy kobietom po stracie ciąży [19], szczególnie popularne w USA. Coraz częstsze są też interwencje oraz terapia dla osób starszych, będących ofiarami przemocy [20]. Istnieją grupy dla mężczyzn, poświęcone kontroli przemocy fizycznej i zmianie sztywnego zestawu przekonań, łączone z treningiem umiejętności interpersonalnych oraz treningiem relaksacyjnym [21].

Bardzo trudno napotkać w literaturze formy terapii skoncentrowanej na leczeniu skutków zaniedbania w dzieciństwie. Przeważnie ograniczają się one do dbania o higienę, żywienie, bezpieczeństwo w domu, stymulacji intelektualno-emocjonalnej i nauki zdrowych umiejętności, np. asertywnego mówienia o swoich potrzebach [22].

Pomoc kobietom z doświadczeniem aborcji rozumiana jest bardzo różnie. Niektórzy traktują ją jako zachęcanie do antykoncepcji i sterylizacji [23]. Niektórzy terapeuci [24,25,26], oprócz docierania do uczuć doświadczanych podczas straty, koncentrują się na duchowym aspekcie zdrowienia, pracując w oparciu o rekolekcje lub w ramach grup wsparcia opartych na Biblii. Spotyka się też podejścia [27] posługujące się medytacjami zakorzenionymi w New Age, gdzie dąży się do nawiązania kontaktu z duszą dziecka, a następnie uznania, że abortowane dziecko jest aniołem czuwającym nad bezpieczeństwem kobiety oraz niosącym jej uzdrowienie. Lewis i Bourne [19] zwracając uwagę, że trudno zaangażować w terapię kobietę tuż po stracie ciąży, proponują terapię skoncentrowaną na empatii i odreagowaniu, a nie na wglądzie, który mógłby nasilić lęk i opór.

Znane są też ustrukturalizowane metody pracy z mężczyznami, których partnerki dokonały aborcji [28]. Gordon [29] prowadził grupy dla mężczyzn towarzyszących kobietom w klinikach gdzie dokonuje się aborcji, ponieważ prezentowali oni znaczne nasilenie lęku. W USA istnieje wiele grup dla osób ocalonych. Większość z nich skierowana jest do weteranów wojny wietnamskiej. Czasami są to grupy homogeniczne weteranów z PTSD, którzy także byli molestowani w dzieciństwie [30]. Po trzęsieniu ziemi w Armenii prowadzono terapię dla osób, które przeżyły [31]. Wielu terapeutów [32,33,34,35] pracuje z osobami ocalonymi po Holocauście, bądź z ich dziećmi.

Z dostępnej literatury wynika, że nie ma terapii kompleksowo podchodzącej do złożonego problemu, jakim jest współwystępowanie przemocy, zaniedbania i straty ciąży. Większość z wymienionych powyżej podejść zajmuje się albo tylko jednym rodzajem urazu. Często pracuje się wyłącznie z ofiarami albo krzywdzicielami zgodnie z założeniem, że te role są sztywno przypisane. Traktowanie wymienionych traum jako izolowanych zjawisk z jednej strony daje szansę na szczegółowy wgląd, z drugiej jednak może doprowadzić do utraty pełnego kontekstu i w konsekwencji utrudnić proces zdrowienia.

Dobór formy pracy - grupowej a nie indywidualnej - jest uzasadniony. Brytyjski psychiatra Maxwell Jones [36], pracujący w czasie ostatniej wojny światowej z żołnierzami z nerwicą frontową, jako pierwszy odkrył, że praca w grupie przynosi zadawalająco dobre rezultaty. Wspomniana już Herman [17] podkreśla, że uczestnictwo w grupie terapeutycznej jest bezcenne dla osób po przeżyciach ekstremalnych takich jak wojna, gwałt, prześladowania, maltretowanie i wykorzystanie seksualne. Cytując Danieliego [37] stwierdza, że rokowania dla ofiar Holocaustu są lepsze w terapii grupowej niż indywidualnej. Także Westbury [38] zwraca uwagę, że grupa jest o wiele bardziej skuteczna niż terapia indywidualna, szczególnie wobec depresji i lęku. Saunders [4] wprost zaleca terapię grupową po przemocy seksualnej w dzieciństwie, co ma zredukować poczucie odizolowania i wstydu.

Terapia IIPLCARR czerpie z podejść behawioralno-poznawczego i psychodynamicznego oraz zawiera własne oryginalne elementy. Grupy są zamknięte i przeznaczone dla osób dorosłych obu płci. Podejście behawioralno-poznawcze zostało uznane w pracy z ofiarami przemocy za skuteczniejsze niż niedyrektywna terapia wspierająca [8,39]. Terapia IIPLCARR zawiera elementy podejścia behawioralnego według Rimm i Masters [40]:

zakłada, że szkodliwe wzorce zachowań zostały wyuczone i pracuje nad reorientacją;

w celu zmiany szkodliwych wzorców zachowań, zadawane są specyficzne zadania, często modyfikowane w zależności od problemu pacjenta. Ważę jasno sformułowanych zadań na poszczególnych etapach podkreślają także zarówno Herman [17] jak i Lazarus [41]. empirycznie bada się efekt terapii, przez odpowiednio zaprojektowane kwestionariusze. Terapia IIPLCARR zawiera również niektóre elementy terapii poznawczej w ujęciu Fennell [42]:

zakłada współpracę z pacjentem przy wyznaczaniu dużych i etapowych celów oraz sposobów, jakimi sam może sobie pomóc;

jest krótka i ograniczona w czasie;

jest ustrukturalizowana i dyrektywna;

jest zorientowana na problem i skoncentrowana na czynnikach utrzymujących patologiczną sytuację;

prowadzi do odkryć nie poprzez wykłady lub perswazję, lecz poprzez konfrontację z wydarzeniami i uczuciami z przeszłości;

w oparciu o metodę indukcji pacjent uczy się postrzegać myśli i przekonania oraz je testować; zawiera naukę nowych sposobów radzenia sobie, jak asertywność i negocjowanie realistycznych oczekiwań.

Psychodynamiczny aspekt w terapii IIPLCARR obejmuje [20]:

badanie zależności między przeszłością a teraźniejszością i wskazywanie na nieświadome siły wpływające na zachowanie;

założenie, że przeniesienie obserwowane w relacjach z terapeutą i innymi członkami grupy odzwierciedla wcześniejsze trudności rodzinne;

uznanie, że zachowania nieadekwatne do bieżącej sytuacji przyczyniają się do aktualnych problemów emocjonalnych;

dostrzeganie, że osoby prowadzące grupę mogą być traktowane jako rodzice, zaś osoby będące w grupie traktują się jak rodzeństwo;

ujawnianie i interpretowanie zjawisk wewnątrzpsychicznych (nieświadome motywy, konflikty, mechanizmy obronne ego, opór i przeniesienie), wykorzystanie analizy snów;

umożliwienie odreagowania;

dążenie do wglądu i rozwiązania problemu.

Podejście IIPLCARR jest terapią kroków, szczegółowo opisaną w podręczniku "Hope Alive" [43]. Można oczywiście dyskutować, czy tego typu terapia jest wystarczająco elastyczna, czy nie wtrąca pacjenta w sztywny gorset technik, zasad i oczekiwań ze strony terapeuty. Jak jednak zauważa Free [36], jeżeli terapia jest opisana jasno w podręczniku, to łatwo i precyzyjnie można ją ewaluować, co jest znaczące przy ocenie jej skuteczności.

Ustrukturalizowanie terapii może być korzystne dla osób, które takiej struktury potrzebują - z zaburzeniami osobowości, doświadczeniem zaniedbania czy przemocy w dzieciństwie.

Zwracają zresztą na to uwagę van Zessen [15] prowadzący bardzo wysoce ustrukturalizowany program terapii grupowej dla pedofili, a także Coyle [28] czy Corder [7] w pracy z dziećmi po przemocy seksualnej. Longstreth [3] z kolei dowodzi, że terapia o silnej strukturze daje dużą poprawę szczególnie w leczeniu somatyzacji u kobiet po przemocy seksualnej.

Opierając się nie na diagnozie, lecz na rodzaju doznanej traumy, przyjmuje się do grupy kobiety i mężczyźni, którzy doświadczyli w swoim życiu co najmniej jednej z wymienionych traum: przemocy (słownej, fizycznej, seksualnej), zaniedbania (emocjonalnego, intelektualnego, fizycznego), straty ciąży (poronienia, aborcji, wczesnej śmierci noworodka, urodzenia martwego dziecka, zgody na redukcję własnych zarodków w ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego). Rozpatrując kwestię straty ciąży, kwalifikuje się do grup nie tylko kobietę, która doświadczyła tej straty, lecz także ojca dziecka [44,45,46], dorosłe żyjące dzieci tej kobiety [47,48], personel medyczny - lekarzy i pielęgniarki - uczestniczący w wykonywaniu tej procedury [49,50], rodzinę [44,51] i wszystkie osoby, które przyczyniły się

do tego, że to wydarzenie miało miejsce.

Natomiast przyjmując kryteria diagnostyczne ICD-10, terapia IIPLCARR adresowana jest do osób cierpiących z powodu zaburzeń i chorób z kręgu: afektywnych (łagodny i umiarkowany epizod depresji, dystymia, cyklotymia), nerwicowych oraz związanych ze stresem i występujących pod postacią somatyczną (fobia społeczna, napady paniki, nerwica natręctw, reakcja na ciężki stres, zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane, niektóre zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia somatyzacyjne i hipochondryczne), uzależnień (uzależnienie z aktualnym utrzymywaniem abstynencji - min. od 3 lat - w środowisku ochraniającym), snu (koszmary sennie), osobowości (dysocjalna, chwiejna emocjonalnie, histrioniczna, unikająca, zależna).

Ney i Gajowy [52] w badaniu pilotażowym określali przyczyny podawane przez pacjentów jako powód rozpoczęcia terapii. 26,3% pacjentów podawało chroniczną depresję. Po 15,8% zarówno lęk jak i rozpad związku. Wśród przyczyn oscylujących w okolicy 5% znajdują się: zła komunikacja, niedostatek umiejętności społecznych, brak celu w życiu, przemoc i zaniedbanie, zaburzenia psychiczne.

Jest to intensywna terapia, a pacjenci są często pierwszymi osobami z rodziny, które podejmują próbę przerwania międzypokoleniowego koła maltretowania i aborcji. I jako takie potrzebują wsparcia także między sesjami. Stąd ważna rola sponsora, czyli byłego pacjenta mającego za zadanie wspierać jedną, wybraną osobę między sesjami. Dużą rolę edukacyjną i wspierającą odgrywają spotkania z osobami ważnymi dla pacjentów. W sesjach grupy może również brać udział były pacjent, który dzieli się swym doświadczeniem.

Terapia grupowa IIPLCARR jest ograniczona w czasie. Takie podejście jest częste w programach zajmujących się przemocą [3,7,17,30]. Herman [17] zauważa, że jasno określony limit czasowy sprzyja dużemu wysiłkowi emocjonalnemu i daje pewność, że napięcie nie będzie trwało bez końca. Sugeruje, by takie grupy trwały od 12 tygodni do 9 miesięcy. Jej zdaniem otwarte grupy długoterminowe nierzadko przyjmują charakter grup wsparcia z naciskiem na edukację. Terapia przy założeniu, że sesje odbywają się raz w tygodniu, trwa około 8 miesięcy. Program terapii obejmuje 30 sesji oraz trzy sesje w 3, 6 i 12 miesięcy po zakończeniu terapii. W zależności od tempa procesu grupowego jak i poszczególnych osób, materiał jednej sesji może być rozłożony na kilka spotkań. Sesje pogrupowane są w fazy. Do kluczowych etapów należą:

ETAPY TERAPII

A. WPROWADZENIE I ZOBOWIĄZANIE

Wprowadzenie obejmuje zgodę pacjenta na leczenie po udzieleniu informacji nt. terapii oraz zobowiązanie w formie precyzyjnego kontraktu, którego wagę u osób z doświadczeniem przemocy podkreśla np. Herman [17]. Zobowiązanie zawierają wszyscy uczestnicy grupy, wliczając w to także terapeutów. Daje to szansę na zbudowanie początkowego zaufania i wzajemnego bezpieczeństwa oraz określenie tych obszarów, gdzie pacjent nie ufa lub ma silne obawy. Szczególnie ważne wydają się te punkty zobowiązania, które odnoszą się do decyzji o nie stosowaniu przemocy, o szczerości, o zawieszeniu podejmowania ważnych decyzji życiowych w trakcie terapii, o ukończeniu terapii, o zachowywaniu tajemnicy, o gotowości do zmiany. Niektóre z tych punktów mogą być szczególnie trudne do przyjęcia dla osób, które doświadczyły wcześniej zaniedbania, przemocy, opuszczenia, oszukania. Sesje w ramach tej fazy obejmują również analizę mechanizmów obronnych oraz oporu ze strony pacjentów.

B. ROZPOZNAWANIE PSYCHICZNYCH NASTĘPSTW URAZU

W sytuacji przemocy mamy do czynienia z krzywdzicielem - osobą zadającą ból; ofiarą -

osobą krzywdzoną oraz obserwatorem - osobą stojącą z boku, która wie i widzi co się dzieje lub powinna wiedzieć i widzieć, lecz z różnych powodów woli uchodzić za nieświadomą. Role te zmieniają się w czasie i w zależności od zewnętrznych okoliczności. Takie stanowisko jak w terapii IPLCARR jest rzadko spotykane, w literaturze można znaleźć raczej podejścia utożsamiające kobietę z ofiarą, mężczyznę ze sprawcą [2,12,13,18,21,34]. Niektórzy jednak, jak Nicholas [53], zauważają wagę obserwatora oraz przyczynienia się ofiary do tragedii. Zamanian [10] dostrzega, że ofiara może przyczynić się do powstania urazu w wyniku agresywnej identyfikacji z agresorem bądź poprzez postawę pasywnej emocjonalnej izolacji.

Przykładem jak zmieniają się role ofiary, krzywdziciela i obserwatora może być rodzina, w której dziecko jest molestowane seksualnie przez ojczyzna. W tym przypadku rolę obserwatora pełni matka udająca, że nic nie widzi lub bagatelizująca problem. W istocie ofiara może być najbardziej wściekła właśnie na matkę. W późniejszym okresie ofiara, kiedy dorośnie, może obrócić się zarówno przeciwko obserwatorom jak i krzywdzicielom - np. dokonując napaści fizycznej, sama stając się w danym momencie krzywdzicielem. Krzywdziciel molestujący seksualnie może trafić do więzienia, gdzie sam może doznać przemocy jako ofiara. Matka będąca kiedyś obserwatorem, może być też ofiarą swego męża, jak i może go krzywdzić np. poprzez fałszywe zeznania lub obmawianie go. Ten proces nosi nazwę tragicznego trójkąta przemocy [54].

Przeanalizowanie swego życia pod tym kątem może przyczynić się do tego, że pacjent przestanie postrzegać świat i swoją osobę czarno-biało, na zasadzie "jestem zawsze ofiarą" albo "jestem zawsze krzywdzicielem". Ma to doprowadzić do wzięcia na siebie adekwatnej części odpowiedzialności za fakt, że dana tragedia miała miejsce. Umożliwia to również dostrzeżenie w swym krzywdzicielu, obserwatorem lub ofierze człowieka, na którego wpływa złożony ciąg wydarzeń. W efekcie daje to szansę na przebaczenie i pojednanie. Zanim jednak pacjenci dostrzegą dynamikę ról w tragediach swego życia, powinni sobie przypomnieć traumatyczne wydarzenia. Docieranie do bólu, strachu i poczucia zamętu wynikających z przemocy, utraty ciąży lub zaniedbania odbywa się na wiele sposobów - między innymi poprzez życiorys, analizę genogramu, psychorysunek i scenki psychodramatyczne oraz tabelkę zbierającą wydarzenia pozytywne i negatywne w pierwszych 17 latach życia pacjenta. Ważne jest, by pacjent zinternalizował prawo do poznania prawdy, do bycia wysłuchanym, do zadbania o siebie. Pacjent zdeterminowany, by poznać prawdę, ma szansę zrozumienia siebie oraz może poznać mechanizmy funkcjonowania w rodzinie pochodzenia i prokreacyjnej. Pozwala to też przełamać poczucie wyobcowania i prześladowania przez fatum.

C. SPRZECIWIANIE SIĘ ZŁOŚCI I BIERNOŚCI

Badanie przyczyn i początków mechanizmów wyzwających silne reakcje emocjonalne na stosunkowo słabo nasilone bodźce jest jednym z kluczowych kroków w terapii. Pozwala to pacjentowi dostrzec podobne sytuacje, które mogły znacząco zaważyć na jego teraźniejszym oraz przeszłym funkcjonowaniu. W ramach tej fazy pacjenci ćwiczą zachowania asertywne, w tym uczą opierać się obwinianiu i subtelnej manipulacji wobec siebie i innych.

Osoby zaniedbane i doświadczające przemocy często przeżywają stłumioną złość oraz paraliżującą bezradność, co sprawia, że stają się bezwolnymi ofiarami lub zapamiętałymi krzywdzicielami. Asertywność oraz umiejętność analizy swych emocji i postępowania mogą przyczynić się do zdrowszego i bardziej dojrzałego życia pacjentów. W fazie tej ważne jest rozpoczęcie procesu analizowania kluczowych konfliktów w życiu pacjenta, które polegają na nasilonych wewnętrznych dylematach (np. "Wychowywać dzieci czy robić karierę?").

Nieskuteczne próby ich rozwiązywania powodują utrwalenie i odtwarzanie ich w relacjach z

ważnymi osobami, co przyczynia się do zaburzonego funkcjonowania osoby.

D. ZAJMOWANIE SIĘ WINĄ

Osoby z doświadczeniem przemocy, zaniedbania czy utraty ciąży często przeżywają olbrzymie poczucie winy, są obwiniane nieadekwatnie do faktów lub uważają, że w żaden sposób nie przyczyniają się do tragedii. Mogą one wypierać, projektować, racjonalizować winę, nierzadko zagłuszając ją poprzez kompulsywny, intensywny, hałaśliwy styl życia. Korzystnym jest więc dla pacjenta rozróżnienie pomiędzy winą a obwinianiem, odpowiedzialnością a przyczynieniem się. W praktyce oznacza to uznanie stopnia własnego przyczynienia się do tragedii oraz wzięcie za to odpowiedzialności.

E. ODRZUCANIE FAŁSZYWYCH MASEK

Maltretowane lub zaniedbywane dziecko doświadcza rozdarcia: ma nadzieję, że rodzice okażą mu odpowiednie zainteresowanie i przeżywa rozczarowane, gdy tak się nie dzieje. W konsekwencji obwinia siebie, tłumi radość i spontaniczność. Starając się tego uniknąć i chcąc przetrwać za każdą cenę, wytwarza stopniowo mechanizmy obronne, metaforycznie nazwane przez Ney'a maskami lub fałszywymi twarzami. Zamiast pełnej integracji osobowości, rozszczepia się ona na trzy składniki: dwie maski (Tancerza i Biduli) [43,55] oraz centralną, starającą się utrzymać integralność osoby postać zwaną Pielgrzymem (czyli autentyczne Ja). Istotę obu stanowi zachowywanie się nieadekwatne do przeżywanych emocji.

Osoba w masce Tancerza prezentuje siebie jako człowieka zawsze szczęśliwego, omnipotentnego, zdolnego zadowolić wszystkich i pełnego energii bez względu na sytuację. Za taką fasadą jest jednak zgorzkniała, manipulująca i cyniczna, skupiona na sobie.

Utrzymanie tej maski wymaga zbyt dużego nakładu energii i po pewnym czasie Tancerz przeistacza się w Bidulę, która przeciwnie - na zewnątrz użala się nad sobą i jest pesymistyczna. By otrzymać uwagę wyolbrzymia i symuluje objawy chorobowe. Oczekuje odrzucenia, po to by uzasadnić narzekanie. Nie widząc rezultatów takiego zachowania, przemienia się w Tancerza. Im bardziej dziecko jest zaniedbywane lub maltretowane, tym wyraźniej identyfikuje się z Tancerzem i Bidulą, a tym samym większe ma trudności z określeniem swego prawdziwego Ja. Ludzie noszą maski chcąc uniknąć strachu, chaosu, depresji. Równocześnie rozpaczliwie oczekują, że pociągną ku sobie kogoś, kto zaspokoi ich zaniedbane potrzeby. Doprowadza to jednak do powstania fałszywych związków i owocuje generalnie fałszywym życiem. Dlatego tak ważne jest, by te maski zidentyfikować a następnie odrzucić.

F. PRZEŻYWANIE ŻAŁOBY

Aby pacjent miał szansę na zintegrowanie i dojrzewanie, a w konsekwencji na odkrycie swego prawdziwego Ja, powinien przeżyć: żałobę po stracie szczęśliwego dzieciństwa oraz dbających rodziców, głęboki żal po niezaspokojonych potrzebach, a w szczególności żal po nieodwracalnej stracie siebie jako osoby, którą powinno się było stać. Lewis [56], Ney [48,55] i Parkers [57] zgodnie podkreślają, jak ważna jest praca nad stratą w kontekście tego, czego nigdy dana osoba nie osiągnęła.

G. PRZEŻYWANIE ŻAŁOBY PO WŁASNYCH STRATACH

Wielu terapeutów dostrzegało potrzebę pracy z żalem po śmierci bliskich osób, czy to w przypadku osób ocalonych po trzęsieniu ziemi [31] czy w okresie żałoby po śmierci dziecka w hospicjum [58]. Istnieją nawet grupy specjalnie zaprojektowane na przeżywanie żalu po stracie [57], niektóre z nich o charakterze grup wsparcia [59].

W przypadku straty ciąży prawidłowy proces przebiegu żałoby jest kluczowy dla tego, by następna ciąża mogła być spełnieniem, by niosła obojgu rodzicom satysfakcję i by powstała uczuciowa więź między nimi a dzieckiem. Brak pomocy w przeżywaniu żałoby po

utraconych dzieciach może przy kolejnych ciążach doprowadzić do psychozy połogowej, z urojeniami na temat dziecka [19]. Bowlby [60] opisuje zjawisko dziecka zastępczego, które zostało poczęte i urodzone zanim kobieta rozwiązała konflikty dotyczące wcześniejszego zmarłego dziecka. Podkreśla on gorsze wiązanie się dziecka zastępczego z matką i zauważa, że zdrowa żałoba oznacza odłączenie się od utraconego obiektu, by móc nawiązać relację z nowym obiektem. Nieukończony lub nierozpoczęty proces żałoby może doprowadzić do depresji, a w ostateczności do samobójstwa.

Te drastyczne konsekwencje mają miejsce szczególnie w sytuacji żałoby patologicznej, która znacznie różni się od żałoby o naturalnym przebiegu. Żywi ludzie nie widzą ciała zmarłej osoby, nie mogą go dotknąć ani wziąć udziału w ceremonii pogrzebowej. Często ma miejsce - uzasadnione lub nie - przekonanie o przyczynieniu się do śmierci. Pozostawia to człowieka rozdartego, nie osiągnącego reorientacji, z pozornym tylko pogodzeniem i znikomą adaptacją do nowej sytuacji. Obserwuje się u tych osób pogrążenie w chaosie i rozpacz, odrętwienie i sprzeciw, silną tęsknotę za zmarłym. Przebieg żałoby staje się jeszcze trudniejszy, jeżeli osoba zmarła została przed lub po śmierci odczłowieczona. Np. poprzez określanie poczętych dzieci skądinąd medycznymi terminami - płód, embrión, zarodek lub zlepek komórek. Trudno jest opłakać kogoś bliskiego, jeżeli się nie wie, jak miał na imię albo nawet jakiej był płci. Ważne jest więc przyjęcie straconych dzieci do rodziny, ponowne uczłowieczenie i nadanie imienia każdemu dziecku z utraconej ciąży, a następnie przeżycie symbolicznego pogrzebu. Nadanie nienarodzonemu dziecku imienia oraz rytualne przeżycie pogrzebu we własnej tradycji religijnej sugeruje także McAll [25]. Pomagając rodzinie po urodzeniu martwego dziecka Bourne i Lewis [19] uważają, że gdy ciało dziecka leży w nieznanym grobie przyczynia się to do większego poczucia winy, porzucenia, wstydu, poczucia bycia gorszą. Olders [61] dostrzega żal i żalobę patologiczną jako szczególnie trudne i wymagające terapii, gdy nie było rytualnego pogrzebu. Na tym etapie ważne jest również dostrzeżenie jak było się samemu odczłowieczonym i jak się odczłowieczało innych. Daje to szansę na zamknięcie procesu żałoby.

Kryteria postępowania w sytuacji żałoby zagrożonej patologicznym przebiegiem proponowane przez pracującą w hospicjum Winch [58], są często zbieżne z kryteriami w terapii IIPLCARR:

- ekspresja żalu, rozpacz i lęku,
- przeżywanie poczucia osamotnienia,
- poradzenie sobie z poczuciem winy,
- szukanie wsparcia zewnętrznego,
- przeżywanie poczucia krzywdy,
- radzenie sobie z bezradnością,
- przeżywanie złości i gniewu,
- uporządkowanie myśli o sensie i bezsensie życia,
- akceptacja realności śmierci,
- przeżycie idealizacji osoby zmarłej,
- dla wierzących dojście do źródeł wiary,
- poruszenie osobistych motywacji do życia.

W praktyce okazuje się, że osoba, której matka doświadczyła straty okołoporodowej, a która sama także straciła poczęte dziecko, najpierw powinna przeżyć żal po stracie rodzeństwa, a dopiero potem własnego potomstwa.

H. POJEDNANIE

73% kobiet z doświadczeniem aborcji nie może sobie przebaczyć [62]. Można przypuszczać, że uniemożliwia to również pojednanie z krzywdzicielami i ofiarami. Pojednanie w rozumieniu IIPLCARR zakłada obustronne przebaczenie. Nie oznacza, że dwie osoby muszą zostać przyjaciółmi, lecz to, że będą się ze sobą kontaktować bez manipulacji i bez lęku przed

rewanżem lub ponownym zranieniem. Do pełnego pojednania dochodzi, gdy każda osoba zda sobie sprawę z tego, jak raniła i jak była raniąca, uzna własne przyczynienie się, przeprosi, zaproponuje zadośćuczynienie oraz obieca, że to się już nie powtórzy. Osoba tym pełniej zdrowieje, z im większą liczbą własnych ofiar, krzywdzicieli i obserwatorów się pojedna, wliczając w to samą siebie oraz Boga lub Siłę Wyższą.

Hunter [63] zauważa, że osobom, które nie przebaczą grozi - w skrajnej formie - pograżenie w paranoicznym lęku przed karą lub rewanżem. Także Madanes [16] zaznacza, że żyć bez załamania nerwowego potrafią tylko ci, którzy potrafią przebaczać innym i sobie oraz puszczać w niepamięć. Wtedy jest szansa na obniżenie poczucia winy i depresji. Wśród wielu kroków prowadzących do zadośćuczynienia w przypadkach nadużyć seksualnych podkreśla szczególną wagę:

oceny charakteru i rozmiaru nadużyć seksualnych;

wykazania, że i sprawca doznał szkód;

zadośćuczynienia, które może być symboliczne, ale ofiara powinna wynieść z niego realne - psychologiczne i/lub materialne - korzyści;

wybaczenia sobie samemu.

Ney zaznacza, że jeśli ofiara skrzywdziła sprawcę, np. obmawiając go publicznie, to i ona powinna prosić o przebaczenie. Coyle [28] pracując z mężczyznami, których partnerki dokonały aborcji zauważa, że przebaczenie zmniejsza lęk i depresję, a powoduje wzrost nadziei i poczucia wartości.

I. PRACA NAD NOWYMI RELACJAMI Z OTOCZENIEM, OSŁABIANIE NIEKORZYSTNYCH WIĘZI Z PRZESZŁOŚCI

Ważne jest by pacjent uczył się nowych strategii radzenia sobie, reagowania na atak, manipulację, a z drugiej strony okazywania radości, świętowania i wdzięczności. Aby uniknąć traumatycznych wydarzeń w przyszłości, pacjenci uczą się również negocjować realistyczne oczekiwania.

Ludzie zaniedbani w dzieciństwie często mają wielu partnerów seksualnych. W pewnym stopniu dlatego, że mają oni złudną nadzieję, że ktoś może dać im to wszystko, czego nie dali rodzice. Rozczarowani odchodzą do następnego partnera. Gdy już wejdą w związek małżeński, często projektują cechy byłych partnerów na obecnego, co odbija się na ich pożyciu seksualnym i codziennym funkcjonowaniu. Konieczne staje się więc osłabianie zbędnych i niekorzystnych więzi partnerskich z poprzednich i patologicznych relacji.

J. REHABILITACJA

Przez większą część terapii pacjenci koncentrują się na sobie, co jest konieczne do osiągnięcia wglądu. Trwanie w takiej postawie po zakończeniu terapii, może przyczynić się do egocentryzmu. Aby tego uniknąć, pacjenci mają za zadanie zastanowić się nad tym, co sami mogą zrobić, by uchronić inne osoby przed urazami, których sami doświadczyli.

K. PODEJMOWANIE WAŻNYCH DECYZJI I POŻEGNANIA

Pod koniec terapii przychodzi czas, by pacjenci, w oparciu o analizę kluczowych konfliktów podejmowali pewne trudne i ważne dla siebie decyzje życiowe. Dochodzi też do tzw. dobrych pożegnań, gdy po wyrażeniu wszystkich zaległych pretensji czy wdzięczności, ludzie składają sobie życzenia, błogosławią, ewentualnie wręczają symboliczny podarunek, jak wiersz czy pocztówka. Jest to szczególnie istotne dla osób, które wiele razy doświadczały złych pożegnań, pełnych niedomówień i gróźb. Takie sformalizowane zakończenie, rytualne pożegnania, wręczenie wyobrażeniowego prezentu, podzielenie się informacjami zwrotnymi są niezmiernie ważne także według Herman [17].

L. SPOTKANIA KATAMNESTYCZNE PO TERAPII

W trzy, sześć i dwanaście miesięcy po zakończeniu terapii grupa spotyka się po to, by wzajemnie się wesprzeć. Jeżeli pacjent potrzebuje po ostatniej takiej sesji spotkań indywidualnych, ma taką możliwość.

BADANIA KATAMNESTYCZNE

W badaniu pilotażowym Ney i Gajowy [52] analizowali zmiany w nasileniu objawów w wyniku udziału w terapii IIPLCARR. Spośród objawów, analizowanych za pomocą kwestionariuszy przed i po terapii, znacząco statystycznie ($p < .005$) zmniejszył się smutek, zwiększył szacunek wobec siebie, zmniejszyło się obsesyjne myślenie i lęk. Zmianę, choć statystycznie nieistotną ($p < .050$) uzyskano dla nasilenia symptomów: dystans w relacji z partnerem, pesymizm, bezradność, samotność, poczucie osaczenia, ranienie innych. Zmianie istotnej statystycznie nie uległy: złość, dysocjacje, relacja z ojcem, koszmary senne. Niewątpliwie potrzebne są dalsze badania, które zweryfikują skuteczność terapii IIPLCARR w leczeniu osób prezentujących poszczególne objawy.

PODSUMOWANIE

Grupowa i ograniczona w czasie psychoterapia IIPLCARR, spośród wielu innych terapii, jawi się jako propozycja uwzględniająca:

powiązania przemocy (słownej, fizycznej, seksualnej), zaniedbania (fizycznego, emocjonalnego, intelektualnego), utraty ciąży (poronienia, aborcji, urodzenia martwego dziecka, śmierci dziecka tuż po urodzeniu, redukcji zarodków ludzkich, itp.); konieczność przeżycia żałoby po nienarodzonych dzieciach; zmienność ról ofiar, krzywdzicieli i obserwatorów w zależności od czasu i okoliczności; wagę pojednania między osobami tragedii.

Yalom [63] opracował kryteria sprzyjające efektywności terapii niezależnie od orientacji teoretycznej: nadzieja, uniwersalizacja, informacja, altruizm, krytyczne podsumowanie doświadczeń z domu rodzinnego, rozwój umiejętności społecznych, zachowania naśladowcze, uczenie się w relacjach interpersonalnych, spójność grupy, odreagowanie napięć i czynniki egzystencjalne - w terapii IIPLCARR są one spełnione. Stanowi więc szansę na skuteczne leczenie wielu cierpiących osób.

PIŚMIENNICTWO

Mennen FE, Meadow D. *Process to recovery: in support of long-term groups for sexual abuse survivors*. Int J Group Psychother 1993; 43, 1:29-44

Fawley-O'Dea MG. *Transference paradigms at play in psychoanalytically oriented group therapy with female adult survivors of childhood sexual abuse*. Int J Group Psychother 1997; 47, 4: 427-441

Longstreth GF, Mason C, Schreiber IG, Tsao-Wei D. *Group psychotherapy for women molested in childhood: psychological and somatic symptoms and medical visits*. Int J Group Psychother 1998; 48, 4: 533-541

Saunders EA, Edelson JA. *Attachment style, traumatic bonding, and developing relational capacities in a long-term trauma group for women*. Int J Group Psychother 1999; 49, 4: 465-86

Tyson AA, Goodman M. *Group treatment for adult women who experienced childhood sexual trauma: is telling the story enough?* Int J Group Psychother 1996; 46, 4: 535-542

Carbonell DM, Partelano-Barehmi C. *Psychodrama groups for girls coping with trauma*. Int J

- Group Psychother 1999; 49, 3: 285-306
- Corder BF, Haizlip T, DeBoer P. *A pilot study for a structured, time-limited therapy group for sexually abused pre-adolescent children.* Child Abuse Negl 1990; 14, 2: 243-51
- Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. *Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms.* Child Abuse Negl 1999; 23, 12: 1371-8
- Schacht AJ, Kerlinsky D, Carlson C. *Group treatment with sexually abused boys: leadership, projective identification and countertransference issues.* Int J Group Psychother 1990; 40, 4: 401-17
- Zamanian K, Adams C. *Group psychotherapy with sexually abused boys: dynamics in interventions.* Int J Group Psychother 1997; 47, 1: 109-26
- Winton MA. *An evaluation of a support group for parents who have a sexually abused child.* Child Abuse Negl 1990; 14, 3: 397-405
- Cahill C, Llewelyn SP, Pearson C. *Treatment of sexual abuse which occurred in childhood: a review.* Br J Clin Psychol 1991; 30, 1: 1-12
- Lipowska-Teutsch A. *Wychować, wyleczyć, wyzwolić.* Warszawa, PARPA 1998
- Hilton MR, Mezey GC. *Victims and perpetrators of child sexual abuse.* Br J Psychiatry 1996; 169, 4: 408-15
- Zessen van G. *A model for group counseling with male pedophiles.* J Homosex 1990; 20, 1-2: 189-98
- Madanes C. *Seks, miłość, przemoc. Psychoterapia sprawców i ofiar.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 1999
- Herman JL. *Przemoc - uraz psychiczny i powrót do równowagi.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000
- Nowakowska AM. *Grupy pomocy psychologicznej.* Remedium 1998; 9: 10-12
- Lewis E, Bourne S. *Pregnancy after stillbirth or neonatal death: psychological risks and management.* W: Raphael-Leff JR. (red): *Spilt milk. Perinatal loss & breakdown.* London, The Institute of Psychoanalysis 2000, s. 53-59
- Browne K, Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie.* Warszawa, PARPA 1999
- Hall R, Ryan L. *Therapy with men who are violent to their spouses.* Aust J Fam Therap, 1984; 4: 281-282, cyt. w: Browne K, Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie.* Warszawa, PARPA 1999.
- Lutzker JR. *Behavioral treatment of child neglect.* Behav Modif 1990; 14, 3: 301-15
- Osler M, Morgall JM, Jensen B. *Repeat abortion in Denmark.* Dan Med Bull 1992; 39, 1: 89-91
- Freed L, Salazar PY. *A season to heal. Help and hope for those working through Post-Abortion Stress.* Nashville, Cumberland House Publishing 1996
- McAll K, Wilson WP. *Ritual morning for unresolved grief after abortion.* South Med J 1987; 80, 7: 817-821
- Stelmaszczyk A, Pleskaczyński J. *Gdzie rozlał się grzech.* List 1998; 3: 6-8
- Borysenko J. *Księga życia kobiety.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 1999
- Coyle CT, Enright RD. *Forgiveness intervention with postabortion men.* J Consult Clinic Psychol 1997; 65, 6: 1042-1046
- 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
- Goodman M, Wiess D. *Double trauma: a group therapy approach for Vietnam Veterans suffering from war and childhood trauma.* Int J Group Psychother 1998; 48, 1: 39-54
- Goenjian A, Karayan I, Pynoos R, Minassian D, Najarian LM, Steinberg AM, Fairbanks LA. *Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma.* Am J Psychiatry 1997; 154, 4: 536-542

- Danieli Y. *Odległe następstwa prześladowań hitlerowskich w rodzinach ocalałych ofiar*. Przeg Lek 1985; 1: 34-41
- Fogelman E. *Intergenerational group therapy: child survivors of the Holocaust and offsprings of survivors*. Psychoanal Rev 1988; 75, 4: 619-640
- Hal van der E, Tauber Y, Gottesfeld J. *Open groups for children of Holocaust survivors*. Int J Group Psychother 1996; 46, 2: 193-208
- Kamińska M, Domagalska-Kurdziel E, Orwid M, Prot K, Biedka Ł. *Przegląd piśmiennictwa na temat problemów psychologicznych drugiego pokolenia ocalałych z Holocaustu oraz wstępne refleksje na temat powstania grupy terapeutycznej dla tych osób*. Psychoterapia 2000; 112, 1: 5-13
- Free ML. *Cognitive therapy in groups. Guidelines and resources for practice*. Baltimore, John Wiley and Sons Ltd. 1999
- Danieli Y. *Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust.*, New York, Brunner and Mazel 1988, cyt. w: Herman JL. *Przemoc - uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000
- Westbury E, Tutty LM. *The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse*. Child Abuse Negl Jan 1999; 23, 1: 31-44
- Cohen JA, Mannarino AP. *A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36, 9: 1228-35
- Rimm DC, Masters JC. *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. New York, Academic Press 1979, cyt. w: Free ML. *Cognitive therapy in groups. Guidelines and resources for practice*. Baltimore, John Wiley and Sons Ltd. 1999
- Lazarus AA. *Behaviour therapy in groups*. w: Gazda GM. (red): *Basic approaches to group psychotherapy and counseling*. Springfield, Elliot Institute 1968
- Fennell MJ. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide.*, Oxford, Oxford University Press 1989, cyt. w: Free ML. *Cognitive therapy in groups. Guidelines and resources for practice*. Baltimore, John Wiley and Sons Ltd. 1999
- Ney PG. *Hope Alive*. Victoria, Pioneer Publishing 1998
- Krell R, Rabkin L. *Effects of Sibling Death on The Surviving Child, A Family Perspective*. Fam Process 1979; 18: 471-477
- Lamb E. *Paternal Influence And The Father's Role: A Personal Perspective*. Am Psychol 1979; 34: 938-943
- Swett C, Surrey J, Cohen C. *Sexual and Physical Abuse Histories and Psychiatric Symptoms Among Male Psychiatric Outpatients*. Am Jour of Psychiat 1990; 147: 632-636
- Ney PG, Fung T, Wickett AD. *The Worst Combinations of Child Abuse and Neglect Child Abuse and Neglect* 1994; 18, 9: 705-714
- Ney PG, Peeters MA. *Abortion Survivors* Victoria, Pioneer Publishing 1993
- Fabbri M. *Burn-out Syndrome On Health Workers*. Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996
- Ney PG, Peeters MA. *The Centurion's Pathway* Victoria, Pioneer Publishing 1997
- Borg S, Lasker J. *When Pregnancy Fails: Families Coping with Miscarriage, Stillbirth and Infant Death*. Boston, Beacon Press 1981
- Ney PG, Gajowy M, Sheils C. *Group therapy for those damaged by a combination of childhood mistreatment and pregnancy loss*. (w druku).
- Nicholas M, Forrester A. *Advantages of heterogeneous therapy group in the psychotherapy of the traumatically abused: treating the problem as well as the person*. Inter J Group Psychother 1999; 49, 3: 323- 342
- Ney PG. *Triangles of Abuse: A Model of Maltreatment*. Child Abuse and Neglect 1988; 12: 363-373
- Ney PG. *Deeply Damaged*. Victoria, Pioneer Publishing 1997

Lewis E. *Failure To Mourn A Stillbirth: An Overlooked Catastrophe*. Brit. J. Med. Psychol. 1978; 51: 237-241

Parkers CM. *Bereavement as a psychosocial transition: processes of adaptation to change*. W: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO. *Handbook of bereavement*. Cambridge, Cambridge University Press 1994, s. 91-101

Winch B. *Praca z rodziną w okresie żałoby*. W: Materiały III Kursu CMKP: "Leczenie bólu i opieka paliatywna u dzieci." Instytut Matki Dziecka oraz Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, 1997

Lieberman MA. *Bereavement self-groups: a review of conceptual and methodological issues*. w: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO. *Handbook of bereavement*. Cambridge, Cambridge University Press 1994, s. 411-426

Bowlby J. *Attachment and Loss*; vol. 1, *Attachment*, London, Hogarth Press 1969

Olders H. *Mourning and grief as healing processes in psychotherapy*. Can J Psychiatry 1989; 34, 5: 271-277

Rue V. *Trauma symptoms postabortion: a preliminary analysis of U.S. and Russian data*. Third International Congress: "Psychological Effects of Abortion", Rome 1996

Hunter RCA. *Forgiveness, retaliation and paranoid reactions*. Can Psychiatr. Assoc. J 1978; 23: 167- 173

Yalom I. *Group Psychotherapy*. New York, Brunner and Mazel 1990, cyt. w: Herman JL. *Przemoc - uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000

adres do korespondencji:

Witold Simon, Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii,
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, wsimon@ipin.edu.pl