

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

Marek Gajowy¹, Witold Simon²

¹Z II Kliniki Psychiatrii AM w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

²Z Kliniki Nerwic IPiN w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. M. Siwiak-Kobayashi

Summary: 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 a correlation between abuse and pregnancy loss is displayed as well as a 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 the 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 the probability of pregnancy loss in adulthood. On the other hand, the loss of on unborn child is one of the factors causing child abuse and neglect.

Słowa kluczowe: przemoc, zaniedbanie, utraty ciąży, ich kombinacja

Key words: abuse, neglect, pregnancy loss, their combination

Wprowadzenie

Zdarzenia wywołujące uraz psychiczny to sytuacje, w których przekroczone są zwykłe zdolności adaptacyjne człowieka. Dotyczy to zwłaszcza zagrożenia dla 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 ciąży 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 [za: 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 „histeryczki 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* [za: 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, 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 ciąży

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 [za: 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 i van Urk [9] dokonali 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 jego emocjonalnych potrzeb.

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 osób uzależnionych od seksu pokazują zależność pomiędzy nasileniem przemocy w dzieciństwie a różnorodnością uzależnień. Podkreśla on też fakt, że u osób uzależnionych od seksu główną formą nadużycia emocjonalnego w dzieciństwie był brak podstawowego wyżywienia, ochrony i opieki. Najbardziej dotkliwy był 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:
 - w przemocy fizycznej: brak opieki zdrowotnej i lekceważenie potrzeb materialnych
 - w przemocy psychicznej: nieokazywanie uczuć, lekceważenie emocjonalne

- w przemocy seksualnej: brak należytej opieki i prostytutka rodziców.

Ney i wsp. [14] natomiast uszeregowali rodzaje przemocy i zaniedbania według stopnia destrukcji jednostki, rozumianej 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, dyskryminacja
- przemoc seksualna: gwałt zbiorowy, seks oralny, przymuszanie do masturbacji, przymuszanie do stosunku, wykorzystanie do pornografii.

Badając różne rodzaje przemocy Ney [15] stwierdził, że przemoc słowna, bardziej niż inne rodzaje, 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 się, 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, przemoc zaś 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 zachowania agresywne, kobiecie zaś daje uzasadnienie pozostawania w krzywdzącym związku w nadziei, że w momencie, gdy mężczyzna zacznie kontrolować picie, 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 jego złego traktowania, 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 i wsp. [14] wyszczególnili 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 demonstrowują objawy użalania się nad sobą. Carnes [13] opisuje różne formy zaniedbania i porzucenia: nieadekwatne żywienie, brak wsparcia dziecka przechodzącego 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

i wsp. [32], porównując ciąży kończące się w różny sposób, ułożyli 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 J. i Willke B. [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 Rys [36] podkreśla, że doświadczanie 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 i 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 niedośzłego 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 [30, 32, 44], gorsze wiązanie się emocjonalne i fizyczne z kolejnym dzieckiem [45, 46, 47], patologiczne poczucie winy [30, 32, 40], nierealistyczne oczekiwania [32, 45, 48], postawa nadopiekuńczości [30, 40, 48], zaburzony sen [30, 32, 40], lęk [30, 32, 49], niemożność obdarzenia zaufaniem [30, 32], ponowne odtwarzanie tragedii [30, 32], choroby psychosomatyczne [46, 50, 51], choroby psychiczne [53, 54, 55], następstwa somatyczne [30, 32, 50], zaburzenia sfery seksualnej [30, 32, 51], 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 [za: 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, 57] 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, z wyjątkiem objawów somatycznych. Ponadto 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 mężczyźni 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 chcieliby przekazać komuś swoje doświadczenia życiowe i wartości, zaczynają 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 ta 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 ta urodziła się w kraju o statystycznie wysokim prawdopodobieństwie aborcji, np. w Chinach,
- mimo zaplanowania nie doszło do aborcji tej osoby, np. z powodów finansowych.

Mimo że nie w każdym przypadku zdarzyła się aborcja, 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 [60, 61, 62], 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 rodziców, ich nierealistycznymi oczekiwaniami i fantazjami związanymi z nie dokończoną 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 się dziecka martwego pojawia się u żyjącego dziecka silne poczucie winy za fakt, że 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].

Vance i wsp. [65] badali 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, u mężczyzn zaś depresja była mniej nasiloną. Vance i wsp. twierdzą, że 50% kobiet po stracie okołoporodowej ma małe lub poważne zmiany zdrowotne określane jako: nerwowość, bezsenność, zmęczenie, koszmary senne, lęki, depresja.

Schreiner-Engel i wsp. [66] podają, 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 i wsp. [14] stawiają 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 Neya i wsp. [46], w którym 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 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 nad nim i zaniedbania. 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 dodatni związek między dokonywaniem aborcji a przemocą rodziców nad żyjącymi dziećmi – Ney i wsp. [32] i Lieh-Mak [7]. Ney i wsp. w swych badaniach wskazują na fakt, że doświadczenie straty ciąży (szczególnie aborcji) wpływa na osłabienie więzi rodzic-dziecko, co w konsekwencji może prowadzić do przemocy. 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 własnych dzieci i przemocy. 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 nad dzieckiem 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, 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 swoich żyjących dzieci. Dotyczy to także reakcji na płacz dziecka. Złość doświadczana przez kobietę koreluje z przemocą słowną, na równi z przemocą fizyczną, natomiast lęk – z zaniedbaniem fizycznym dzieci [69].
- Im więcej strat ciąży doświadczy kobieta, tym więcej zgłasza dolegliwości somatycznych. Zły stan zdrowia matki może sprzyjać zaniedbaniu dzieci, które są pod jej opieką [69].
- Depresja poporodowa, często spotęgowana przez wcześniejszą aborcję, jest powodem gorszej więzi matki z dzieckiem, więzi opartej na lęku. Może to doprowadzić do zaniedbania dziecka oraz przemocy wynikającej z niespełnienia przez nie nie realistycznych 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 przyczy-nienia się do czyjejś śmierci), nie powstrzymuje rodziców od wybuchu złości, co może mieć dla dziecka nawet skutki śmiertelne.
- Kobieta po aborcji czuje wiele złości do 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 nie narodzone 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 nowo narodzone 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, są przenoszone na dziecko nienarodzone, czyni się z niego kozła ofiarnego, co może doprowadzić do aborcji.
- Ludzie dokonują projekcji wobec nie narodzonych 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 przez partnerkę 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 odrzucając rolę rodzica, co może doprowadzić do aborcji dziecka, które stałoby się przeszkodą na drodze do zaspokajania 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 – czasami w dziejach całej rodziny. W dokonaniu głębokiej i trwałej zmiany pomocna okazała się terapia grupowa skupiona na leczeniu następstw powyższej kombinacji urazów. Szczegółowo jest ona opisana w artykule *Terapia grupowa IIPLCARR 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 – wystali ją do innego miasta do szkoły z internatem. W licznej klasie nie była nalezycie, 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, przyznała się, że biła swego syna, gdy za dużo płakał. W trakcie terapii zmagła się z wglądem, bała się konfrontacji z rodzicami. Dużym odkryciem był dla niej genogram, w którym 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 żałobę 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 córkę twierdząc, że gdyby czas się cofnął, wszystko by powtórzyło. Anna pojednała się też z synem, stara się mu zrekompensować doznane krzywdy. Obecnie z trudem dojrzewa 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. Na podstawie tego założenia 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.

Írñčēčl, ĩñóññāčl óóĩār çř ālnūēč, ráidñú – čó āçřčēĩā'čũ
č d'ñčóĩēĩāč=ld'ñčēčl d'ñēlāññāč' ýñčó ñññĩ'íčē

Ńiāłčēřlčl

Rañidũ ĩř ĩñĩārĩčē ēčñłdřñóđĩúó āřĩĩúó ā d'łdāřē +řñč ññřñūč ĩd'čñũāřřñ đřčĩđĩāĩũł ĩđ'đĩāłēłč' č đ'ĩāóĩāũ ē đ'ñēlāññāč' ē ĩrñčēč' (ñēĩāłñĩāĩ, ýēĩóčĩřēũĩāĩ, ñłēñóřēũĩāĩ č óččē=łñēĩāĩ), ĩññóññāč' óóĩār çř ālnūēč (óččē=łñēĩāĩ č ýēĩóčĩřēũĩāĩ-čĩñłēēłēñóřēũĩāĩ), ř ñřčēł řāidñú (ā ĩñĩāłĩĩĩñč ĩřñóđřēũĩũł č čñēóññāłĩũł). B đ'ñēlāóđũłē +řñč đřāĩñũ Aañidũ đ'đlāññfāē' řñ āřĩũł ĩ đřčĩđĩāĩē ñā' çē ēłčāó ĩrñčēčlē č řāidñē. Đđlāññfāēłĩũł ñřčēł ñā' çē ēłčāó đřčēč=ĩũēč ñčđřēč ĩrñčēč' č ĩññóññāč' óóĩār çř ālnūēč.

Ĩāñóčārłēũł ā ññřñũł ñčđ'ũ řāidñĩā ĩł ĩñēč=řññ' ēłčāó ñĩāřē ñ đ'ñčóĩēĩāč=łñēĩē ñĩ=ēč čđłč' ĩāĩřēł, ĩč ēĩāóñ ĩñēč=řñũ ñđ'łčēóčēó č đ'ñēlāññāčł, =ñĩ, ā.ĩ. čññłēřłñ čē óřēñř đřčēč=ĩē ññłđ'łč' ó=řñč' ā ýñē ĩřēĩē čłĩũčĩũ.

Ĩř ĩñĩārĩčē đ'đlāññfāēłĩũł ñā' člē ā đ'ñēlāłēłē +řñč đřāĩñũ đ'đčēĩčłũ āřĩũł ĩ đ'ñčóĩēĩāč=łñē-čó đ'ñēlāññāč' ó ñřčēó çřāčñčēĩñłē. Ęčēčlč=łñēčł ĩřāēřāłēč' óēřčũāřřñ ĩř óřēñ, =ñĩ đ'łđłłłłłũł ĩrñčēč' č ĩññóññāčł óóĩār ā āłññāł óāłēč=čāřřñ āēč' ĩčł ĩř đ'đřāĩđ'řāĩāĩřññũ řāidñř ó óčł āçđĩñēĩē čłĩũčĩũ. Ń āđóāĩē ññđĩũł đ'ñłđ' đłā ĩēř' āē' łñā' ĩāĩčē čē čññĩ=ĩčēřā ĩrñčēč' čēč ĩññóññāč' óóĩār çř đłā ĩēřē đř ĩāĩĩřłłčł ē ččāó=ũčē āłñ' ē.

Gewalt, Vernachlässigung in der Kindheit und Abort – gegenseitige Zusammenhänge und psychologische Konsequenzen dieser Zusammenhänge

Zusammenfassung

Die Autoren stützten sich auf die ausgewählte Literatur und beschreiben in dem ersten Teil des Artikels unterschiedliche Definitionen und Einstellungen zu den Folgen der Gewalt (wörtliche, emotionelle, sexuelle und physische Gewalt), Vernachlässigung (physische und emotionell-intellektuelle Vernachlässigung) und Abortes (Abort und Schwangerschaftsunterbrechung). Dann beschreiben sie die Arbeiten, die unterschiedliche Zusammenhänge zwischen der Gewalt und dem Abort aufweisen. Es werden auch die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Arten der Gewalt und Vernachlässigung beschrieben. Die in dem Artikel besprochenen Arten des Abortes haben ähnliche psychologische Folgen, können sich aber in ihrer Spezifik und

Intensität unterscheiden, was hauptsächlich daraus resultiert, in welchem Grade die Frau zum Verlust beiträgt. Nach den geschilderten Zusammenhängen werden auch in dem letzten Teil der Arbeit psychologische Folgen dieser Abhängigkeit besprochen. Die klinischen Beobachtungen weisen auf, dass die Gewalt und die Vernachlässigung in der Kindheit den Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Abortes bei der schon erwachsenen Person vergrößert. Dagegen ist der Verlust eines Kindes eine der Hauptquellen der Gewalt oder Vernachlässigung gegenüber den schon geborenen Kinder.

**La violence et la négligence au cours de l'enfance et la perte de la grossesse
– leurs connexions et leurs conséquences psychologiques**

Résumé

En basant sur la littérature en question les auteurs de ce travail décrivent plusieurs définitions et classifications de la violence au cours de l'enfance (violence émotionnelle, verbale, physique, sexuelle), de la négligence (physique, émotionnelle intellectuelle) et de la perte de la grossesse (surtout avortement et avortement naturel). Ensuite ils présentent les connexions mutuelles de diverses formes de la violence et de la négligence et de la perte de la grossesse. Leurs conséquences psychologiques sont pareilles mais elles diffèrent de l'intensité et de certains aspects car dans la perte de la grossesse le rôle actif ou passif de la femme reste important. La dernière partie de l'article analyse ces conséquences et leurs mutuelles connexions. Les observations cliniques suggèrent que la violence et la négligence au cours de l'enfance augmentent la probabilité de la perte de la grossesse de la femme adulte. Par contre la perte de l'enfant constitue une des sources de la violence et de la négligence adressées aux enfants vivants.

Piśmiennictwo

1. Herman JL. *Przemoc – uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
2. Freud Z. *The aetiology of hysteria*. [1896] Standard Edition, tom 3. London: Hogarth Press; 1962.
3. Egeland B, Sroufe LA. *Development sequelae of maltreatment in infancy*. New Direct. Child Develop. 1981; 11: 77–92.
4. Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 1: *Attachment*. London: Hogarth Press; 1969.
5. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” 2000.
6. Bourne S, Lewis E. *Pregnancy after stillbirth or neonatal death: pathological risks and management*. W: Raphael-Leff JH, red. *Spilt milk, perinatal loss and breakdown*. London: Institute of Psychoanalysis; 2000, s. 53–59.
7. Lieh-Mak F. *Husbands of abortion applicants: a comparison with husbands of women who complete their pregnancies*. Soc. Psychiatr. 1979; 14: 59–64. Cyt. w: Ryś M. *Natura nie wybacz nigdy*. Służba Życiu 1999; 9: 12–16.
8. Reber A. *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar; 2000.
9. Pieterse JJ, van Urk H. *Maltreatment of children in the Netherlands: An update after ten years*. Child Ab. Negl. 1989; 13: 193–200.
10. Lipowska-Teutsch A. *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*. Warszawa: PARPA; 1998.
11. Browne K, Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. Warszawa: PARPA; 1999.
12. Kempe TS, Kempe CH. *Child abuse*. London: Fontana/Open Books; 1978.
13. Carnes P. *Don't call it love. Recovery from sexual addiction*. New York: Bantam Books; 1991.
14. Ney PG, Fung T, Wickett AR. *Child neglect: the precursor to child abuse*. Pre-Perinat. Psychol. J. PANA 1993; 8(2): 95–112.

15. Ney PG. *Does verbal abuse leave deeper scars: a study of children and parents*. Can. J. Psych. 1987; 32 (1): 371–377
16. Cabrio J. *The elusive crime of emotional abuse*. Child Abuse Negl. 1978; 2: 89–99.
17. 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.
18. Rossman 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.
19. Oates RK, Forrest D, Peakock A. *Self-esteem of abused children*. Child Abuse Negl. 1985; 9: 159–163.
20. Reidy TJ. *The aggressive characteristics of abused and neglected children*. J. Clin. Psychol. 1977; 33: 1140–1145.
21. Martin HP, Breezley P. *Behavioural observations of abused children*. Child Abuse Negl. 1977; 9: 373–387.
22. Straker G, Jacobson RS. *Emotional maladjustment and empathy in the abused child*. Dev. Psychol. 1981; 17: 762–765.
23. Perry MA, Doran LD, Wells EA. *Development and behavioural characteristics of the physically abused child*. J. Clin. Child Psychol. 1983; 12: 320–324.
24. Carmen E, Reider PP, Mills T. *Victims of violence and psychiatric illnesses*. Am. J. Psychiatry 1984; 141: 378–383.
25. Pierce RL. *Child pornography: a hidden dimension of child abuse*. Child Abuse Negl. 1985; 9: 483–493.
26. Brooks B. *Sexually abuses children and adolescent identity development*. Am. J. Psychother. 1985; 39: 401–410.
27. James J, Meyerding J. *Early sexual experiences and prostitution*. Am. J. Psychiatry 1977; 134: 1381–1385.
28. Swanson L, Biaggio MK. *Therapeutic perspective on father-daughter incest*. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 667–674.
29. Kent JA. *A follow-up study of abused children*. J. Pediatr. Psychol. 1976; 1: 25–31.
30. Ney PG. *Deeply damaged*. Victoria: Pioneer Publishing; 1997.
31. Aragona JA, Eyberg S.M. *Neglected children: mothers' reports of child behaviour problems and observed verbal behaviour*. Child. Dev. 1984; 8: 343–351.
32. Ney PG, Wickett AR, Beaman-Dodd C. *The effects of pregnancy loss on women's health*. Soc. Sc. Med. 1994; 38: 1193–1200.
33. Willke J, Willke B. *Aboreja. Pytania i odpowiedzi*. Gdańsk: Wydawnictwo Stella Maris; 1991.
34. Gałkowski JW. *W imieniu dziecka poczętego*. Rzym–Lublin: Wydawnictwo KUL; 1991.
35. Kis J. *Aboreja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1993.
36. Ryś M. *Natura nie wybacza nigdy*. Służba Życiu 1999; 9: 12–16.
37. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.
38. Handy JA. *Psychological and social aspects of induced abortion*. Brit. J. Clin. Psychol. 1982; 1: 29–41.
39. Minoro M., red. *Japan's experience in family planning – past and presence*. Tokyo, Family Planning Federation of Japan 1967. W: Babikian HN. *Abortion*. W: Kaplan H, Freedman AM, red. *Comprehensive textbook of psychiatry*.
40. Rue V. *Trauma symptoms postabortion: a preliminary analysis of U.S. and Russian data*. Third International Congress: „Psychological effects of abortion”, Rome 1996.
41. Speckhard A, Rue V. *Postabortion syndrome: An emerging public health concern*. J. Soc. Issues 1992; 42 (3), 95–119. W: Reardon DC, red. *Psychological reactions reported after abortion*.

- Post-Abort. Rev. 1994; 2 (3), 4–8.
42. 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.
 43. Russo N, Zierck K. *Abortion, childbearing and women well-being*. Profess. 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.
 44. 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.
 45. Colman AD, Colman LL. *Pregnancy: The psychological experience*. New York: Herder and Herder; 1971.
 46. Ney PG, Gajowy M, Sheils C. *Group therapy for those damaged by a combination of childhood mistreatment and pregnancy loss* [w druku].
 47. Ney PG, Fung T, Wickett AR. *Relationship between induced abortion and child abuse and neglect: Four studies*. Pre- Perin. Psychol. J. 1993; 8(1): 43–63.
 48. Forrest GC, Standish E, Baum JD. *Support after perinatal death: A study of support and counselling after perinatal bereavement*. Brit. Med. J. 1982; 285: 1474–1479.
 49. Bradley CF. *Abortion and subsequent pregnancy*. Can. J. Psychiatry 1984; 49: 494–498.
 50. Broome A. *Termination of pregnancy. Psychology and gynaecological problems*. London: Tavistock; 1984.
 51. Yager J. *Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa*. Am. J. Psychiatr. 1994; 6: 128–131.
 52. Ashton JR. *Psychological outcome of induced abortion*. Brit. J. Obstet. Gynecol. 1980; 15 (87): 1115–1122.
 53. Klaus MH, Kennell JH. *Maternal-infant bonding*. St. Louis: Mosby; 1976.
 54. Melbye M, Wolhfarth J, Olsen JH. *Induced abortion and risk of breast cancer*. New Engl. J. Med. 1983; 336: 127–128.
 55. Melbye M, Wolhfarth J, Olsen JH. *Induced abortion and risk of breast cancer*. New Engl. J. Med. 1983; 336: 127–128.
 56. Reardon DC, Ney PG. *Abortion and subsequent substance abuse*. Am. J. Drug Alcohol Abuse 2000; 26(1): 61–75.
 57. Reardon DC. *A survey of psychological reactions*. Springfield: Elliot Institute; 1987.
 58. Gordon RA, Kilpatrick C. *A program of group counseling for men who accompany women seeking legal abortions*. Comm. Mental Health J. 1978; 13: 291–295.
 59. Kornas-Biela D. *Psychospołeczne konsekwencje aborcji u ojców*. Głos dla Życia 1999; 11–12: 16–19.
 60. Ney PG, Peeters MA. *Abortion survivors*. Victoria: Pioneer Publishing; 1993.
 61. Cavenar JO, Spaulding JG, Sullivan JL. *Child's reaction to mothers abortion. Case report*. Military Med. 1979; 144: 412–413.
 62. Jocelyn Y, Hattab MD. *Abortion fantasies*. Third International Congress: „Psychological effects of abortion”, Rome 1996.
 63. Ney PG, Peeters MA. *The centurion's pathway*. Victoria: Pioneer Publishing; 1997.
 64. Witzel PA, Chartler BM. *The unrecognized psychological impact of miscarriage*. Can. Ment. Health 1989; 3: 17–20.
 65. 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*. Pediatri. 1995; 96 (5): 933–938.

66. Schreiner-Engel P, Walther V, Mindes J, Lynch L, Berkowitz RL. *First-trimester multifetal pregnancy reduction: Acute and persistent psychologic reactions*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1995; 172 (2): 541–547.
67. Bayatpour M. *Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers*. J. Adolesc. Health 1992; 13 (2): 128–132.
68. Calef V. *Hostility of parents of children: some notes on fertility, child abuse and abortion*. Int. J. Psychoanal. Psychother. 1972; 1: 79–96.
69. McDermott JF, Char EF. *Abortion repeal in Hawaii: an unexpected crisis in health care*. Am. J. Orthopsychiatry 1971; 41: 620–626

Otrzymano: 9.07.2001

Zrecenzowano: 29.07.2002

Przyjęto do druku: 11.08.2002

Adres: Witold Simon
Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa
ul. Sobieskiego 1/9
wsimon@ipin.edu.pl
Marek Gajowy
II Klinika Psychiatrii AM
03-242 Warszawa

