

Żałoba zniekształcona a „syndrom ocalonego od aborcji”¹

Ks. dr Jan Jankowski,
Członek Stowarzyszenia doradców programu Żywa Nadzieja,
absolwent Szkoły Psychoterapii i Psychoanalizy w Aix-en-Provence

Śmierć wpisana jest w życie. Jest do zasymilowania. Jest w pewien sposób na naszą miarę, choć przekracza nas jako doświadczenie zupełnie inne, bo niepoznawalne, póki żyjemy. To śmierć własna. Podobnie jest ze śmiercią bliskich. Jest w naszym zasięgu zaakceptowanie także takiej śmierci. Zwłaszcza jeśli jest to osoba starsza, która przeżyła godnie swoje życie. Dużo gorzej akceptujemy śmierć osoby młodszej od nas, a szczególnie naszych dzieci. To jedna z najtrudniejszych, jeśli nie najtrudniejsza z ludzkich prób. Doświadczenie jednak pokazuje, że nawet i ona może być z czasem zasymilowana, przepracowana. Długi proces asymilowania, „absorbowania” doświadczenia śmierci osoby bliskiej jest żałobą. To proces trudny, bolesny, wymagający zgody na cierpienie, jakim jest strata, tym bardziej trudny, że dokonuje się bardzo powoli. Doświadczenie straty czy separacji towarzyszy nam od najmłodszych lat. Pierwszym tego typu doświadczeniem jest odstawienie dziecka od piersi matki. W podejściu psychoanalitycznym każda żałoba przywołuje tę pierwszą stratę, mówi się, że to ten utracony obiekt jest późniejszym, nieuświadomionym przedmiotem naszego ciągłego poszukiwania w miłości (Freud 1905).

Trudność żałoby wynika więc z tego, że przywołuje ona wszystkie wcześniejsze straty czy separacje. Dotyczy to nie tylko tej pierwszej, ale również tych późniejszych związanych z utratą bliskich, których nie odżałowaliśmy, nie przeboleliśmy. Słowo przeboleć w języku polskim dobrze oddaje, na czym polega żałoba. Trzeba przejść przez ból, prze-cierpieć, czyli w sposób dotkliwy, bo związany z bolesnymi uczuciami, odbyć wewnętrzną drogę (*Żałoba jest podróżą*, Doka 2017) odwiązywania się i pogodzenia się ze stratą, z pewnym oddzieleniem od osoby kochanej. To nie tylko ból, ale i gniew, a czasami głęboki smutek. Wydaje się, że żałoba, czyli powolna zgoda na trwanie, oddaje w pewien sposób naszą ludzką kondycję, która naznaczona jest stratą radykalną, czyli utratą własnego życia. Ale zdaje się, że jest tu i coś więcej. Posiadać paradoksalnie oznacza nie-mieć na własność czyli tak jakbyśmy nie posiadali (1 Kor 7, 30). Dotyczy to wszystkiego, co ważne: miłości, przyjaźni, ale nawet dóbr materialnych. Bez tej zgody na trwanie, okazuje się z czasem, że sami jesteśmy „posiadani” poprzez różne dobra materialne. Chcąc nie chcąc, przysposabiamy też innych, by nas opuścili, gdy próbujemy ich „mieć na własność”.

Żałoba jest więc bolesną i powoli dojrzewającą zgodą na rozstania, te czasowe, ale i te nieodwracalne, przynajmniej w wymiarze doczesnym. Przepracowana żałoba czyni nas bardziej wolnymi i bardziej dojrzałymi. Psychologia współczesna nazywa to wzrostem czy rozwojem osobistym. Cena tego wzrostu jest jednak wysoka. Nierzadko jednak dochodzi do zaburzenia procesu żałoby. U spodu tego wynaturzenia mamy do czynienia, jak się wydaje, z mniej lub bardziej świadomą nie-zgodą na ból, na rzeczenie się więzi ze zmarłym, na wszystkie trudne konsekwencje wiążące się z taką stratą (Rando). Wynikiem takiej niezgody jest rodzaj „zamrożenia” czy inaczej zniekształconej żałoby. W takim wypadku żałoba przestaje być naszym sprzymierzeńcem, a staje się złowrogą destrukcyjną siłą, prowadzącą do wielu zaburzeń psychicznych i fizycznych.

Celem tego artykułu jest próba ukazania przejawów żałoby zniekształconej, które z upływem czasu nie mają zbyt wiele wspólnego ze swoją przyczyną, jaką była nieodżałowana śmierć bliskiej osoby. W tym kontekście żałobnik przestaje z czasem rozumieć siebie, czuje się jeszcze bardziej

¹ Jankowski J. (2021), Żałoba zniekształcona a „syndrom ocalonego od aborcji”, Telefon Zaufania. Nasza Gazeta, 63: 16-27/ 64: 19-26.

zagubiony i skrzywdzony przez „wszystkie nieszczęścia jakie niezastępowanie spadają na niego”. Wydaje się, że podobny proces zachodzi w przypadku dzieci, które straciły rodzeństwo w wyniku aborcji. Osoby te przejawiają symptomy „syndromu ocalonych od aborcji”. Z uwagi na to, że aborcja na ogół jest tzw. sekretem rodzinnym, osoby z takich rodzin przejawiają wiele autodestrukcyjnych symptomów, których pochodzenie wydaje się im niezrozumiałe, bo nieznanne, a specjaliści niejednokrotnie zatrzymują się jedynie na objawach, nie sięgając przyczyn. Poniższy artykuł ma za zadanie wskazać, na ile żałoba zniekształcona łączy się z „syndromem ocalonego od aborcji”, podjąć próbę zidentyfikowania zależności między żałobą zniekształconą a symptomami dzieci, które pochodzą z rodzin postaborcyjnych.

1. Żałoba — naturalna reakcja na stratę

Żałoba jest procesem naturalnym, łączącym nas ze światem zwierząt (King), zwłaszcza tych naczelnych człekokształtnych (Bowlby 1961), ale nie tylko, bo badania Lorenza, twórcy współczesnej etologii, dotyczące gęsi szarych, wpłynęły na teorie przywiązania i żałoby Bowlby'ego (Shaver i wsp.). Żałoba prosta jest procesem uzdrowieńczym i wyzwalającym żałobnika (Pollock). Ostatecznie prowadzi on do wzrostu osobistego i do osiągnięcia pewnego „punktu zwrotnego” w życiu; analogicznie – zaburzony proces żałoby w konsekwencji zatrzymuje rozwój, zwłaszcza dziecka, czyniąc je „sztywnym” uczuciowo (Dygregrov 2013).

W optyce zjawiskowej żałobę można porównać do leczenia. Po poważnym oparzeniu czy złamaniu kości (Bowlby 1961) trzeba najpierw ją złożyć, co jest bolesne, potrzeba czasu na noszenie jej w gipsie i w końcu niezbędne są mozolne ćwiczenia, by ją przywrócić do sprawności. Bez procesu leczenia, a potem rehabilitacji, złamana ręka, pozostanie unieruchomiona, bezwładna, chora, co więcej, w miarę upływu czasu cały organizm będzie zdradzał objawy zapalenia. Żałoba jest właśnie takim procesem leczenia. Bez długiego czasu rehabilitacji, do roku (Horowitz) albo do dwóch lat (Volkan 1985), pozostanie w nas na zawsze „coś” unieruchomione, bezwładne, chore, a z czasem sami będziemy cierpieć na dokuczliwe choroby psychosomatyczne.

1.1. Dwa typy żałoby

Bowlby wyróżnia dwa rodzaje żałoby: normalną (albo zdrową) i patologiczną. Wydaje się, że paradygmatyczne dla niego jest zachowanie dzieci, a także gatunków zwierząt człekokształtnych, które przeżyły stratę (Bowlby 1961); przejawiają one gniew, który ma dodawać mocy do odnalezienia zagubionego obiektu i upominania go, aby taka sytuacja się już nigdy nie powtórzyła. Jest to zachowanie instynktowne, które co prawda jest przystosowaniem do straty czasowej, niemniej jako siła popędowa odgrywa ważną rolę także w żałobie, która dotyczy straty nieodwracalnej. W przypadku dziecka, jego gniew i napomnienia są znakiem rozpoznawczym pierwszego stadium żałoby, jakim jest protest (Bowlby 1961). Takie reakcje należą także do symptomów żałoby normalnej u osób dorosłych. Niemniej, zdaniem Bowlby'ego, problem zaczyna się, gdy ten gniew, tęsknota i wyrzuty z powodu opuszczenia, zostają wyparte ze sfery świadomej do nieświadomości. W tym momencie zaczyna się żałoba zniekształcona.

Tym, co wyróżnia żałobę normalną od patologicznej, jest fakt, że w zdrowej żałobie początek działania mechanizmu obronnego jest odłożony w czasie, co pozwala na to, że instynkt do przywrócenia straty ma szansę się wyrazić; a przez swoje wielokrotne, bezskuteczne powtórzenia powoli, naturalnie się wygasza. Natomiast w patologicznej — działanie mechanizmu obronnego jest przyspieszone, a ów instynkt nie może się wyrazić, ponieważ zostaje wyparty i pozostaje w nieświadomości. Ten całościowy proces obronny zawiera wspomniany już mechanizm wyparcia, fiksacji oraz rozszczepienia „ja”. Mechanizmy te czynią żałobnika bardziej podatnym na różne choroby psychiczne (Rando).

1.1.1. Żałoba prosta

Dopiero od niedawna przestano uważać żałobę za ważny element życia społecznego. Nie docenia się jej siły wyzwalającej, ale i niszczycielskiej w przypadku, gdy zostaje zaburzona. Jako dziecko — pamiętam — na początku lat siedemdziesiątych, intrygowało mnie, dlaczego niektóre osoby noszą czarne ubrania czy czarne opaski na przedramieniu, albo dlaczego pewna pani w czerni nosi na palcu dwie, a nie jedną obrączkę. Zwyczaje kulturowe osadzone w społecznych zachowaniach pomagały przejść żałobę. Było to mniej więcej dwadzieścia pięć lat po wojnie, wtedy prawie wszyscy byli w długiej żałobie po pokoleniu swoich dziadów, stąd żałoba była jeszcze prawie wszechobecna i to w sposób otwarty w całym społeczeństwie.

Tradycyjnie żałoba, poczynając od Freuda, jest rozumiana jako rodzaj „odwiązania się”, w sensie wycofania swojej energii (libidonalnej) zainwestowanej w osobę zmarłą. W wyniku żałoby „ja” ma być na powrót wolne i niezahamowane (Freud 1917). Bowlby wyróżnia u osób dorosłych cztery fazy żałoby: faza odrętwienia (trwająca zazwyczaj od kilku godzin do tygodnia, może być przerywana wybuchami skrajnego lęku albo/i złości), faza tęsknoty i poszukiwania osoby utraconej (może trwać od miesiąca do nawet kilku lat), faza dezorganizacji i rozpacz oraz w końcu faza większej lub mniejszej reorganizacji (Bowlby 1969). Kübler-Ross adaptująca między innymi teorię Bowlby’ego do chorych terminalnie, traktuje śmierć jako ostatnią fazę wzrostu i wyróżnia pięć etapów żałoby: zaprzeczenie - dysocjacja – izolacja; złość; targowanie się; depresja i w końcu akceptacja (Kübler-Ross). Volkan rozróżnia tylko dwie fazy żałoby. Pierwsza, trwająca od kilku tygodni do kilku miesięcy, to odrętwienie i szok towarzyszący zaprzeczaniu śmierci, bolesne emocje wraz z towarzyszącym im płaczem frustracji z powodu nieobecności. Ten etap kończy się gniewem wobec zmarłego, który oznacza, że „ja” osiągnęło jednak akceptację śmierci bliskiej osoby. Drugi okres (od roku do dwóch) zawiera spowolnione tempo przyglądania się relacji ze zmarłym, walka między zatrzymaniem lub odrzuceniem swego związku z reprezentacją psychiczną zmarłego, bolesna świadomość, że zmarły opuścił nas i już nigdy „nie wytłumaczy swojego odejścia” oraz regresywną dezorganizację, która powinna prowadzić do nowej wewnętrznej organizacji, czyli na przykład żałobnik identyfikuje się z wybranymi aspektami zmarłego i zamienia je na swoje funkcje życiowe, co prowadzi do ubogacenia jego osobowości (Volkan 2009).

Psychologowie nurtu postmodernistycznego rozumieją żałobę nie tyle jako fazy, ale jako pracę do wykonania: znalezienie sensu straty, rekonstrukcja swojej tożsamości jako ocalonego, usiłowanie odkrycia dla siebie czegoś pozytywnego w konsekwencjach wynikających ze straty osoby bliskiej i w końcu: kontynuowanie więzi ze zmarłym (Neimeyer). Worden, pisząc o żałobie, przywołuje słynnego psychologa rozwojowego Havinghursta, który twierdzi, że dziecko w swoim rozwoju posiada pewne zadania do wykonania: fizyczne, społeczne i emocjonalne. Jeśli dziecko ich nie wykona na niższym poziomie, będzie osłabione w pracy nad nimi na poziomie wyższym. Zachodzi tutaj pewna analogia z procesem żałoby, który wymaga wykonania kolejnych zadań, po to, aby osoba ją przeżywająca mogła lepiej się dostosować do samej straty. Nie da się pominąć któregoś z tych zadań, bez późniejszych komplikacji. Worden wymienia cztery zadania żałoby: akceptacja rzeczywistości straty, doświadczenie i przejście bólu żałoby, dostosowanie się do świata, w którym nie ma osoby zmarłej, znalezienie trwałego połączenia z osobą zmarłą na nowym etapie swego życia (Worden).

1.1.2. Żałoba zniekształcona

Najczęstszą formą żałoby zniekształconej jest zaburzenie przedłużającej się żałoby (PGD, *Prolonged Grief Disorder*), które charakteryzuje się tzw. Chroniczną dolegliwością związaną z separacją (uporczywe szukanie zmarłego i tęsknota za nim), samotnością, zaabsorbowaniem myślami o zmarłym, a także innymi traumatycznymi dolegliwościami: uczuciami niedowierzania, nieufności, szoku, „odcięciem się” od innych i somatyzacją (Prigerson i wsp). Mówi się też o zaburzeniu zniekształcenia żałoby traumatycznej (CGD, *Complicated Grief Disorder*), w którym stwierdza się obecność symptomów zespołu zaburzenia pourazowego (PTSD, *Post Traumatic Stress*

Disorder). Trzy główne okoliczności powodują zaistnienie reakcji PTSD: (1) osobiste spotkanie ze śmiercią, gdzie doszło do poważnego zagrożenia dotyczącego własnego przeżycia; (2) masowa, wstrząsająca i nagła konfrontacja ze śmiercią albo okaleczeniem innych osób czy w końcu (3) konfrontacja z traumatyczną śmiercią albo/i okaleczającą śmiercią osoby bliskiej. W przypadku zniekształconej żałoby najczęściej obserwujemy się trzy kategorie symptomów PTSD: (1) ponowne przeżywanie traumatycznego wydarzenia, (2) unikanie bodźca skojarzonego z tym wydarzeniem albo odrętwienie ogólnej reaktywności i w końcu, (3) wzrost pobudzenia fizjologicznego (Rando).

Można wyróżnić przynajmniej osiem syndromów żałoby zniekształconej: brak żałoby, odłożona żałoba, zahamowana żałoba, zniekształcona żałoba, konfliktowa żałoba, nieoczekiwana żałoba, chroniczna żałoba. Żałoba zniekształcona prowadzi w swoich konsekwencjach do zaburzeń psychicznych (rozwoju, jedzenia, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, schizofrenicznych, paranoidalnych, nastroju, dwubiegunowych, depresyjnych, niepokoju, psychosomatycznych, dysocjacyjnych, seksualnych, snu, tzw. „zaburzeń fikcyjnych”, kontroli impulsów, dostosowania się, osobowości), a także zaburzeń fizycznych (np. zaostrzenie istniejącego już zaburzenia układu naczyniowo-sercowego, podatność na niektóre zaburzenia infekcyjne, przyspieszenie depresji prowadzącej do samobójstw, zmiany zachowania uszkadzające zdrowie) czy w końcu do śmierci jako takiej (samobójstwa, wypadki, alkoholizm i wynikające z niego choroby) (Rando). Żałoba zniekształcona ma znaczący wpływ na jakość późniejszych relacji osobowych. Nieprzepracowanie żałoby prowadzi nierzadko do podjęcia mniej lub bardziej świadomej decyzji: nigdy więcej nie będę kochał (Worden).

1.1.2.1. Przejawy żałoby zniekształconej

Według Bowlby'ego czynnikami, które predysponują do żałoby zniekształconej, są: skłonność do tworzenia relacji lękowych i ambiwalentnych, skłonność do kompulsywnego opiekowania się innymi oraz skłonność do wyrażania swojej niezależności wobec więzi uczuciowych (Rando). Zdaniem Freuda jednym z kluczowych czynników wyróżniających żałobę patologiczną jest przede wszystkim poczucie winy (Freud 1917). Klinicznie wina może pochodzić z wielu przyczyn, na przykład: niedorównanie do obrazu siebie, przekroczenie osobistych standardów, ambiwalencja we wcześniejszej relacji ze zmarłym, niedoskonałości tej relacji, przetrwanie, gdy inni zginęli, czy wreszcie — poczucie, że przyczyniło się jakoś do śmierci drugiej osoby (Rando). Wina jest szczególnie powiązana z dającymi się wyodrębnić rodzajami śmierci: samobójstwo, śmierć po długiej, przewlekłej chorobie, śmierć, podczas której żałobnik mógł umrzeć albo ją spowodować, śmierć dziecka oraz śmierć nagła i niespodziewana (Rando). Lifton rozróżnia „winę nieuzasadnioną” (neurotyczną) i „winę uzasadnioną”. Poza tym rozróżnia także „winę statyczną”, wynikającą z przytępionego i unieruchomionego „ja”, ta dzieli się na „winę samookaleczającą” (trwałe samopotępienie) i „winę odrętwiającą” (znieczulanie „ja” w celu uniknięcia winy). W przeciwieństwie do nich wyróżnia „winę ożywiającą”, która ma przechodzić od czystego samopotępienia do odnowy i zmiany w życiu (Lifton 1979). To właśnie wina może przyczynić się do zdeorganizowanego przywiązania. Niechęć do przywiązania podszyta jest czasami u ocalonych lękiem przed byciem odpowiedzialnym za śmierć kolejnej bliskiej osoby (Charles i wsp.).

Gniew w żałobie jest z jednej strony normalną reakcją na stratę, niemniej ekstremalna złość jest znakiem rozpoznawczym żałoby zniekształconej, a wynika z wcześniejszej relacji skrajnie zależnej, łączącej żałobnika ze zmarłym. Tutaj gniew jest znakiem protestu i wyraża poczucie opuszczenia, które jest odbierane jako zagrażające przetrwaniu (Raphael). Gniew jest wówczas często przenoszony na innych, na zmarłego czy na siebie samego. Śmierć osoby kochanej przywołuje poczucie braku bezpieczeństwa, tego doświadczanego jeszcze w dzieciństwie, powodowanego przez różnego rodzaju straty. Istnieje wiele form gniewu: negatywne wypowiedzi, agresja, sarkazm, nietolerancja, negatywna postawa wobec wszystkiego, irytacja, niepokój, upór, wojowniczość, krytycyzm, samooskarżanie, agresja bierna, bycie napiętym, wycofywanie się, zazdrość i wiele innych (Rando). Gniew występujący w żałobie w wyniku traumy może przechodzić w morderczą wściekłość.

Okazuje się, że traumatyczna bezsilność czy/i naruszenie sprawiedliwości, mogą być zapowiedzią intensywnego gniewu (Nader). Szczególnie po zabójstwie gniew staje się bezgraniczny, a intensywność uczucia złości oraz myśli o odwecie przerażają nawet samego ocalonego. Rodzaje śmierci, które prowokują ekstremalną złość, to: śmierć dziecka, zabójstwo, samobójstwo, śmierć będąca wynikiem wypadków albo katastrof, śmierć podczas wojny, śmierć możliwa do zapobieżenia, śmierć w wyniku katastrof, których spowodowania zmarły jest winny przez zaniedbanie czy przez jakiś swój akt (Rando). Kiedy do zabójstwa dochodzi w ramach rodziny, a więc jest ono popełnione przez jednego z jej członków, żałoba staje się wyjątkowo trudna do zasymilowania, gdyż u ocalonego zachodzi podwójna identyfikacja: z ofiarą i z mordercą. W takiej sytuacji uczucia wściekłości i pragnienie zemsty istnieją obok siebie, a ten rodzaj identyfikacji jeszcze bardziej utrudnia proces żałoby. Gniew współwystępuje z uczuciami winy i samooskarżenia (Rando). Poczucie winy może służyć także jako obronne przeniesienie gniewu wobec innych, zwłaszcza wobec bliskich — ocalony, bojąc się wyrażać swój gniew, kieruje go wobec siebie i tak staje się on winą (Bowlby 1963).

Zdaniem Bowlby'ego zniekształcenie procesu identyfikacji z utraconym obiektem to jeden z ważnych wariantów żałoby patologicznej (Bowlby 1963). Freud mówi o „identyfikacji narcystycznej” wynikłej z melancholii, czyli tak naprawdę niezgody na opuszczenie utraconego obiektu (Freud 1917). Normalnie identyfikacja pomaga w żałobie, ponieważ zamiast trwać w niekończącej się bólu z powodu nieobecności drogiej osoby, jej niektóre cechy stają się częścią naszej osobowości (Volkan 1993). Proces żałoby w aspekcie identyfikacji składa się z dwóch aktów: pierwszy to ustanowienie introjeksi, a drugi to rozluźnienie związania z introjektowanym obiektem (Fenichel). Identyfikacja za pomocą introjeksi jest konieczna w pierwszym etapie, następnym krokiem jest jednak stopniowe się z niej wycofywanie. Wydaje się, że brak tego drugiego etapu może prowadzić do wynaturzenia identyfikacji. Błędna identyfikacja polega na internalizacji nie jakiegoś aspektu reprezentacji osoby zmarłej, ale wszystkich jej cech (*in toto identification*), nawet tych zniechęcających. Żałobnik w ten sposób gubi granice między sobą a zmarłym. Taka identyfikacja kończy się na ogół depresją (Volkan 1993). Identyfikacja w żałobie zniekształconej dokonuje się czasami za pomocą introjektu zmarłego (twarz, głowa, głos zmarłego), który umiejscawia się w piersi albo w głowie żałobnika i daje iluzję kontaktu czy dominowania nad utraconą osobą (Volkan 1981).

Do zakłócenia tożsamości dziecka, które dokonuje błędnej identyfikacji, może dochodzić w wyniku przynajmniej trzech sposobów jego traktowania przez rodziców po śmierci rodzeństwa. „Dziecko zastępcze” albo inaczej „wskrzeszone” — jest substytutem dla rodziców dziecka zmarłego, „dziecko nawiedzane” — przeczuwa tragedię domową, ale jest zbyt przestraszone, by o nią pytać, stąd żyje w swoich najczarniejszych fantazjach, i wreszcie „dziecko związane”, czyli ograniczone nadopiekuńczością i lękami rodziców (Krell i wsp.). Błędna identyfikacja, a przez to zaburzenia tożsamości, mogą prowadzić do trwałego zatrzymania się na poziomie rozwoju emocjonalnego przedwcześnie zmarłego rodzeństwa (Hilgard). To przykład twórcy postaci Piotrusia Pana, czyli James'a Barriego, który miał za zadanie zastąpić w życiu matki swego zmarłego tragicznie brata Davida. Został więc chłopcem obwieszającym wszem wobec: Nie chcę chodzić do szkoły i uczyć się; nikt mnie nie usidli, żadna kobieta nie uczyni mnie mężczyzną; chcę na zawsze być małym chłopcem i bawić się (Rowe, Kulish). Ocaleni na ogół nie żenią się, nie wychodzą za mąż i nie mają dzieci, a jeśli jest rzeczywiście przeciwnie, to pobierają się bardzo młodo i mają dużo dzieci, w sposób nadmiernie rekompensujący (Pollock). Niechęć do posiadania dzieci może wynikać z lęku, że w domu rodzinnym cięża oznaczała na ogół śmierć (O'Leary i wsp.). Kaplan przytacza wypowiedź kobiety, która jako ośmioletnia dziewczynka ocalała z Holocaustu, a jako dorosła osoba wykrzychała terapii: „Dokonałam dwa razy aborcji, bo sama byłam dzieckiem” (Kaplan).

Osoby, które utkwily w żałobie zniekształconej, mogą doświadczać zaburzeń halucynacyjnych czy pseudohalucynacyjnych (Sedman), samobójstw jako tzw. reakcji rocznicowych, objawów psychotycznych czy odtwarzania symbolicznie śmierci zmarłego rodzeństwa (Hilgard). Obserwuje się też pewną zależność między stratą rodzeństwa w dzieciństwie a objawami schizofrenicznymi (Rosenzweig i wsp.), a także między stratą dziecka lub rodzica przed osiemnastym rokiem życia a wzrostem zachorowalności na schizofrenię w wieku dorosłym (Liang i wsp.).

Bowlby wskazuje na jeszcze jeden symptom żałoby patologicznej: wewnętrzny przymus szukania zmarłego rodzeństwa. Wynika on z zaprzeczenia, że „obiekt” został utracony w sposób nieodwracalny (Bowlby 1963). Odkrycia Lorenza dotyczące gęsi szarych (lata trzydzieste XX wieku) wykazywały, że ich zachowania po śmierci współtowarzysza są bardzo podobne w tym względzie do ludzkiej żałoby (Shaver i wsp.). U zwierząt mechanizm ten wynika prawdopodobnie z „przekonania”, że współtowarzysz zaginął tylko czasowo, a więc strata jest możliwa do przywrócenia. To rodzaj instynktu, który pcha zwierzęta do odnalezienia zaginionego. Jak się wydaje, u ludzi zupełnie nieracjonalne szukanie osoby zmarłej zakłada także istnienie jakiegoś aparatu sensoryczno-motorycznego, czy raczej popędu, budzącego się w momencie straty bliskiej osoby (Parkes 1970). Szukanie zmarłego niejednokrotnie łączy się jednocześnie z przerażeniem, że ten jednak mógłby wrócić do życia; lęk ten odzwierciedla wcześniejszą, ambiwalentną relację ze zmarłym (Volkan 1981). Zdarza się, że osoby w żałobie „szukają” swych zmarłych w późniejszych relacjach uczuciowych. Są oni popychani nieuświadomionym pragnieniem odtworzenia brakującej relacji. Na przykład młoda kobieta, która uporczywie wchodziła w kolejne intymne związki z dużo starszymi od siebie mężczyznami, jak się okazało, czyniła tak w celu „odnalezienia” swego zmarłego w dzieciństwie ojca (Volkan 1981, Bowlby 1963). Wyniki badań wskazują, że młode kobiety, które straciły osobę ważną, są, zwłaszcza w trzech pierwszych miesiącach żałoby, bardziej skłonne do podejmowania wczesnych relacji seksualnych, w celu zajścia w ciążę jako formy odzyskania poniesionej straty (Greenberg). Inne badania demonstrują zależność między stratą w dzieciństwie (zwłaszcza ojca) a zaburzeniami tożsamości seksualnej w okresie dorastania czy wczesnej dorosłości (Bernstein). U ocalonego od śmierci rodzeństwa może też dochodzić do przeniesienia ze zmarłego rodzeństwa na partnera tej samej płci, co może prowadzić do zachowań homoseksualnych (Pollock, Pinhero).

Wśród wielu symptomów żałoby zniekształconej można wyróżnić także zachowania autodestrukcyjne. To na przykład brawurowe podejmowanie czynów wysokiego ryzyka (Rando), które w powiązaniu z winą mają na celu ukaranie żałobnika (Szanto), aż do popełnienia samobójstwa włącznie, szczególnie w żałobie po samobójstwie (Latham, Young). Samobójstwo w żałobie zniekształconej jest reakcją na pragnienie „magicznego połączenia się” ze zmarłym (Volkan 1981). Wiliam Styron, autor książki *Wybór Zofii*, w roku 1990 publikuje autobiografię *Darkness Visible* dotyczącą własnej depresji o tendencjach samobójczych. Opisuje w niej jak śmierć jego matki, gdy miał jedenaście lat, naznaczyła całe jego życie, choć przez bardzo długi czas nie miał tego świadomości. Po pięćdziesięciu latach dopadła go ciężka depresja wynikała z nierozwiązanej i zapomnianej żałoby po matce (Volkan 1993). Inną formą zachowań autodestrukcyjnych jest tzw. samoleczenie (*self-medication*), czyli branie środków uspakajających czy substancji psychoaktywnych, np. narkotyków (Raphael). „Pragnienie” substancji uzależniającej może mieć charakter symboliczny, może reprezentować pragnienie lub tęsknotę za utraconą osobą — substancja uzależniająca jest brana po to, aby uśmierzyć to pragnienie i tęsknotę. W ten sposób powstaje chroniczny i psychologiczny głód oraz niepoahamowane pragnienie przywrócenia na nowo narcystycznych i emocjonalnych strat dotyczących wcześniejszych etapów rozwoju. Strata wyzwała psychiczną nierównowagę, a ta szuka ulgi w uzależnieniach (Skolnick). Zauważa się zależność między stratą w okresie dzieciństwa, zwłaszcza ojca czy matki, a późniejszym uzależnieniem od narkotyków czy alkoholu (Jackson). W badaniach dostrzega się także podobną zależność między żałobą patologiczną a zaburzeniami jedzenia. Pustka po kochanej osobie „chce” być wypełniona, osoby w żałobie czynią to za pomocą jedzenia. Zaspokojenie głodu łączy się też symbolicznie z poczuciem bycia zaopiekowanym i kochanym (Rando).

Volkan nazywa ludzi tkwiących w żałobie zniekształconej „wiecznymi żałobnikami” (*perinial mourners*). Są oni „zamknięci” w chronicznym przyglądaniu się swojej skomplikowanej relacji ze zmarłym, na próżno szukając rozwiązania. Miewają halucynacje, np. widzą swoich bliskich w niewielkich rozmiarach, najczęściej jest to jednak wrażenie jakby „obecności” w klatce piersiowej albo poczucie bycia wołanym przez jakiś „bezcielesny głos” (symptomy łudząco podobne do symptomów psychotycznych czy schizofrenicznych). „Wieczni żałobnicy” kompulsywnie czytają nekrologii, robią często aluzje dotyczące śmierci albo cmentarzy, prowokują grę w „gubienie

i szukanie” przedmiotów (np. znajdowanie kluczy w najmniej spodziewanym miejscu), kryje się za tym uparte szukanie bliskich wśród żywych (np. w tłumie). „Wieczni żałobnicy” śnią również tzw. „zamrożone sny” (sny pozbawione ruchu, albo w których zmarły jest uwikłany w walkę o życie, a śniący usiłuje go uratować) czy też sny odzwierciedlające iluzję, jakoby śmierć była odwracalna, konsekwentnie o zmarłym mówią w czasie teraźniejszym, pamiątki po zmarłych mają dla nich znaczenie „magiczne”, stając się tzw. „przedmiotami łączącymi” (czasami może to być pies albo kot), które wyrażają ambiwalentną relację ze zmarłym (z jednej strony pragnienie wskrzeszenia go, a jednocześnie przerażenie z tym związane). „Wieczni żałobnicy” przeżywają nawracające depresje mogące prowadzić do samobójstw, a ponadto są bardziej niż inni skłonni do chorób psychosomatycznych, a także chorób psychicznych (Volkan 1985, 1993).

1.1.2.2. Wybrane czynniki przyczyniające się do zaburzenia procesu żałoby

Wyzwalający i zdrowiejący proces żałoby komplikuje się w sposób radykalny z czterech zasadniczych powodów. Po pierwsze, komplikacje mogą być wywołane przez śmierć, która stała się tabu, czyli sekretem rodzinnym. Po wtóre, proces żałoby doznaje zniekształcenia, gdy strata ma miejsce w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy to aparat psychologiczny dziecka jest jeszcze niedojrzały. Do tego wszystkiego może dochodzić trzeci element, a mianowicie brak ciała zmarłej osoby i w związku z tym brak obiektu, wokół którego mógłby uruchomić się proces żałoby. W końcu, element czwarty, to traumatyczny sposób śmierci: tragiczny wypadek, katastrofa naturalna, bycie świadkiem albo bycie zaangażowanym w śmierć osoby bliskiej, morderstwo, samobójstwo, wojna, a także straty okołoporodowe: poronienie, śmierć jednego z bliźniąt w łonie matki, aborcja.

Oprócz tych czterech elementów są oczywiście i inne, które wynaturzają żałobę. Na przykład żałoba jest znoszona w miarę dobrze, o ile relacja ze zmarłym była dobra, natomiast ambiwalentność relacji (miłość–nienawiść) mocno komplikuje żałobę. Innym elementem przyczyniającym się bardzo często do zaburzeń jest sytuacja, gdy ostatnia strata przywołuje w pamięci wszystkie dotychczasowe, niedokończone żałoby. Wówczas żałoba jawi się jako coś zupełnie nie do wykonania, jako kompletna katastrofa. W końcu inny element utrudniający żałobę to społeczna negacja straty, nie przyznanie jej w ramach społecznych zachowań statusu straty, to tzw. żałoba pozbawiona swoich praw (*Disenfranchised Grief*, Doka 1989).

Wszystkie te elementy, lista nie jest wyczerpująca, mogą powodować taką „mieszankę wybuchową”, że śmierć osoby kochanej jest właściwie niemożliwa do zasymilowania w ramach zwykłej, prostej żałoby. Niemniej strata, a właściwie jej konsekwencje, nie „wyparowują”, nawet po latach. Co więcej, właśnie po latach, okazuje się czasami, że jesteśmy ofiarami żałoby zniekształconej czy tzw. „zamrożonej żałoby”. Przy czym to ostatnie porównanie nie do końca jest celne, „zamrożenie” zakłada jakąś niezmiennność, statyczność tego, co zamrożone, tymczasem żałoba nawet „zamrożona” nie jest czymś statycznym. Ona się rozwija, ale inaczej, nie wprost. Nie znalazłszy swego ujścia w sposób dla siebie naturalny (etapy, zadania) „wynaturza się” w postaci zaburzeń psychosomatycznych czy zaburzeń zachowania. Problem w tym, że po latach trudno połączyć te objawy z niedokończoną kiedyś żałobą, choć z drugiej strony jasnym jest, że nie zawsze owe symptomy muszą mieć tylko tę jedną przyczynę (S. Horowitz).

1.1.2.2.1. Śmierć jako sekret rodzinny

Wbrew obiegowej opinii to nie seks, ale właśnie śmierć jest naczelnym tematem tabu w rodzinie. Tam, gdzie osoby są wolne w komunikowaniu swoich myśli, uczuć czy fantazji wobec innych, możemy mówić o „otwartym” systemie relacji. W tzw. „zamkniętym” systemie istnieje pewien automatyczny odruch chronienia siebie samego przed niepokojem płynącym od innej osoby, ale komunikat jest dokładnie odwrotny: unikam tematów tabu, aby nie zasmucać i nie niepokoić innych (Bowen). Nawet jeśli fakt śmierci nie jest ukrywany, to jednak w okresie żałoby jest ona często traktowana jak sekret, po prostu nie rozmawia się na temat zmarłego (Rosen).

Sekrety w sensie ścisłym dotyczące faktu śmierci, to znaczy ukrywanie jego zajścia, mają charakter szczególnie destrukcyjny dla całej rodziny, a zwłaszcza dla dzieci. Te z jednej strony „coś” wiedzą i przez to czują się niekomfortowo w rodzinie, ale z drugiej dostają komunikat ze strony rodziców, że nic się nie stało. Jest to forma tzw. „podwójnego związania” (podwójny i sprzeczny komunikat), które jest jednym z elementów przyczyniających się do rozwoju schizofrenii w rodzinie (Weakland). W ten też sposób żałoba zostaje skutecznie zablokowana i przechodzi w żałobę zniekształconą. To, że dzieci nie wiedzą w sposób świadomy o śmierci rodzeństwa, nie oznacza, że ona ich poważnie nie dotyka (Rowe). W intuicyjny sposób czują, że jakby „muszą żyć za dwoje”, że „zajmują nie swoje miejsce” (Hermenjat), że „kogoś brakuje w rodzinie”, a ich sny czy koszmary, rysunki, zabawy, czy w końcu symptomy chorobowe wyrażają ich „nieświadomą wiedzę” na temat usilnie skrywanych sekretów rodzinnych. Taką „nieświadomą wiedzę” zdradzają dzieci kolejnych pokoleń ocalonych od Holocaustu (Virag). Podobna sytuacja zachodzi u dzieci, które przeżyły w łonie swoich matek śmierć swego bliźniaka. Hayton, która bada tzw. „syndrom zniknięcia bliźniaka” (*vanishing twin syndrome*) twierdzi, że proces psychoterapii w tym wypadku, polega między innymi na rozwikłaniu niejasnego wrażenia nazywanego „snem z łona”. Taką wiedzę przejawia rodzeństwo dzieci abortowanych (Weiner, Ney 2010). Ney przytacza sen pewnej dziewczynki, która śniła zabawę z trójką innych dzieci. Wykopały tunel w piasku, który się w końcu zawalił i ostatecznie wszyscy jej towarzysze zabawy zginęli. Psychiatra w rozmowie z jej matką dowiedział się, że ta miała trzy inne ciążę, które nie skończyły się porodem, a córka, która miała ten sen, nie mogła o tym w żaden sposób wiedzieć (Ney 2006, 2010).

Proces okrywania sekretem niektórych strat, ma też zasięg szerszy i dotyczy czasami całych społeczeństw — mamy wówczas do czynienia ze swego rodzaju społeczną złąką milczenia. Zachodzi to w przypadku katastrof, które ludzie bezpośrednio wywołują (Holocaust) albo się do nich przyczyniają (katastrofy naturalne), dotyczy to także przypadków wykorzystywania seksualnego czy strat prenatalnych. Owa „złąka milczenia” ma wówczas miejsce na trzech płaszczyznach: sami ocaleni nie chcą mówić o tym, co przeżyli, po wtóre społeczeństwo nie dowierza w to, co się stało, a w końcu nawet terapeuci są na tyle przerażeni, że nie są w stanie do końca wysłuchać makabrycznych opowieści swoich pacjentów (Danieli). Takie sprzysiężenia milczenia poważnie utrudniają proces żałoby, gdyż w wyniku społecznej autocenzury, czyli niepisanej, społecznej zgody, nie mówi się o pewnych stratach, a tym samym neguje się je w przestrzeni społecznej. Wśród modelowych czynników, które przyczyniają się do tzw. „nierozwiązanej żałoby”, wymienia się społeczną negację strat związanych z poronieniem i aborcją (Lazare).

1.1.2.2.2. Przeżycie straty w okresie dzieciństwa

Zdaniem Anny Freud dziecko jest niezdolne do przejścia żałoby, ponieważ jego aparat psychiczny nie jest wystarczająco dojrzały do podtrzymywania wewnętrznej reprezentacji drugiego, a tylko w ten sposób jest ono zdolne rozwinąć tzw. „stałość obiektu” (dziecko jest zdolne zostać samo, bo potrafi utworzyć w sobie jakby „odcisk” matki). Według Wolfenstein dopiero przejście przez okres dorastania, w którym dziecko musi zmodyfikować albo opuścić obraz rodziców z dzieciństwa, jest tym okresem, który pozwala na doświadczenie całego procesu żałoby (Wolfenstein). Tymczasem Bowlby twierdzi, że już sześciomiesięczne dziecko doświadcza żałoby tak samo jak osoba dorosła.

Wyróżnia on u dzieci (między 6. miesiącem a 3. rokiem życia) trzy fazy żałoby: protest, rozpacz i w końcu odwiązanie. Przy czym jest to odwiązanie czysto obronne, mające na celu ukaranie tzw. figury przywiązania albo wyraża ono niepewność dziecka w jednoczesnym pragnieniu komfortu i wyrażenia swego gniewu. (Bowlby 1969). Furman uważa podobnie, że dziecko jest zdolne do żałoby, ale, co ciekawe, stawia jednocześnie tyle zastrzeżeń i warunków koniecznych do tego, by dziecko mogło się skonfrontować z żałobą, że tylko nieliczne dzieci zdają się być zdolne do przejścia tego procesu.

Zwłaszcza w przypadku, gdy śmierć i jej okoliczności są traumatyczne, dzieci nie są w stanie na pewno przejść całej żałoby, a szczególnie wypełnić zadania pojednania się z osobą zmarłą, gdyż za każdym razem usiłowanie przypominania jej sobie staje się „przypominaniem traumatycznym”. Dziecko pozostaje więc „uwięzione”, bo zaabsorbowane traumatycznymi okolicznościami śmierci (Dyregrov 2013). Wyniki badań klinicznych Volkana wskazują, że wszystkie badane przez niego dzieci, które straciły ojców w czasie II wojny światowej, urodzone przed lub po stracie, stały się ostatecznie „wiecznymi żałobnikami” (Volkan 2009). Jego zdaniem wynikało to przynajmniej z dwóch powodów. Dziecko nie znalazło osoby, która byłaby substytutem zmarłego, po wtóre nie miało kogoś, przed kim mogłoby się wypłakać i przejść swoją żałobę (Volkan 1993).

Niezdolność dziecka do przejścia całej żałoby w sytuacji doświadczenia straty w okresie dzieciństwa może mieć też inne przyczyny. Śmierć jest trudna dla dziecka do skonceptualizowania. Nie potrafiąc też przeżywać przykrości przez dłuższy czas, dziecko zmusza się do uczuć i myśli przeciwnych, stąd występuje u niego zaprzeczanie, a w konsekwencji zachodzi możliwość rozszczepienia „ja”. Dziecko boi się też utracić kontrolę nad sobą, a jednocześnie internalizuje prośby rodziców o powstrzymanie uczuć, a w końcu identyfikuje się z rodzicielskimi sposobami radzenia sobie z uczuciami (Crehan). Bowlby, opisując patologiczną żałobę u dzieci, wymienia następujące jej przejawy: nadaktywność z występującymi atakami agresji i destrukcji, kompulsywne opiekowanie się innymi i dużą zaradność, zachowania euforyczne połączone z depersonalizacją, symptomy zniekształconej identyfikacji oraz skłonność do wypadków (Bowlby 1980). Helene Deutsch w swoim klasycznym artykule z roku 1937 *Brak żałoby* stawia hipotezę, że niezdolność do żałoby w wieku dorosłym, wynika z nierozwiązanej żałoby z okresu dzieciństwa.

1.1.2.2.3. Brak kontaktu z ciałem zmarłego

Realność śmierci osoby zmarłej jest zawsze trudna do przyjęcia w przypadkach nagłej śmierci, ale zwłaszcza wtedy, gdy członkowie rodziny nie widzieli ciała zmarłego. Właśnie z tego powodu zostaje wprowadzone pojęcie „niewidzialnej straty” dotyczącej śmierci okołoporodowej dzieci. Nic nie można tu zobaczyć, mało się słyszy o tym wydarzeniu w rodzinie i w końcu rodzice nie mówią o tym, co się stało, pozostałemu rodzeństwu, które jest przecież dotknięte tą stratą (Leon). Boss wprowadza też inne, pokrewne pojęcie: „strata ambiwalentna”. W wyniku różnych dramatycznych sytuacji, w systemie rodzinnym panuje zamieszanie, co do tego, kto należy, a kto nie, do tego systemu. Chodzi tutaj mianowicie o osoby zaginione w czasie operacji wojskowych, o przewlekle chorych na Alzheimera, pozostających w długotrwałej śpiączce, zaginionych w bliżej niewyjaśnionych okolicznościach, a także o straty związane z poronieniem, porodem martwego dziecka czy aborcją, a więc wszystkie te wypadki, w których nie ma możliwości kontaktu z ciałem zmarłego (Boss). Elisabeth de Vita-Raeburn w wieku czternastu lat traci starszego brata. W swojej książce *Pusty pokój* wspomina o telefonicznej rozmowie ze wspomnianą Pauliną Boss. W rezultacie tej rozmowy tworzy prawo ambiwalencji strat: im mniej potwierdzenia, co do zajścia straty, tym bardziej strata staje się ambiwalentna i tym większe zamrożenie żałoby. Im młodsza jest osoba, która straciła brata lub siostrę, tym występuje większa ambiwalencja co do straty i większa tendencja do „zamrożenia” żałoby.

1.1.2.2.4. Traumatyczne okoliczności śmierci

Mówi się dziś o „doświadczeniu traumy międzyosobowej”, do której zalicza się: przemoc w rodzinie, maltretowanie dzieci czy traumatyczną śmierć. Taka trauma prowadzi do tego, że dzieci nie tylko rozwijają typowe reakcje PTSD, między innymi objawiające się nadmiernym lękiem wobec wszelkich wydarzeń, zaburzeniami funkcji poznawczych, ogólnym pobudzeniem, ale także zmagają się z utratą pierwotnej figury przywiązania oraz swojej własnej, określonej roli w rodzinie (Cohen). Tragiczne okoliczności śmierci w sposób poważny komplikują żałobę. Ludzkie „ja”, pochłonięte niepokojącymi okolicznościami śmierci, nie jest w stanie przejść efektywnej żałoby, dlatego jest ona albo przerwana albo odroczone. Traumatyczna śmierć to taka, która przychodzi w sposób nagły, w wyniku przemocy czy w sposób zaplanowany. Ważny jest tu także stopień wystawienia na taką śmierć. Takie okoliczności śmierci prowadzą do „zaburzenia traumatycznej żałoby”. Choć procesy traumy i żałoby są niezależne, to okazuje się, że posiadają pewne wspólne cechy, takie jak występowanie intruzywnych myśli, bolesnych uczuć i lęku przed byciem zalany ucuciami (Eth). Do traumatycznych śmierci zalicza się te spowodowane przez wypadki, katastrofy, wojny, a także samobójstwa i zabójstwa. Traumatyczna jest również śmierć dziecka (Rando), również przed jego narodzeniem, zwłaszcza jeśli nastąpiło przywiązanie rodziców do niego (zaczyna się ono krótko po poczęciu, często nieświadomie), a ciąża miała swoje specyficzne znaczenie dla rodziny. Z powodu wszechobecności takich strat można je porównać do katastrof czy wojny (Speckhard 1997).

Traumatyczne okoliczności śmierci zaburzają żałobę na wiele sposobów. Między innymi napływ natrętnych, niepokojących wspomnień może przeszkadzać w uruchomieniu procesu żałoby albo odkładać go w czasie. Podobnie czynią nawracające, niespokojne sny dotyczące traumatycznych okoliczności śmierci. Innym czynnikiem może być psychologiczna reaktywacja w wyniku kontaktu z przedmiotami czy symbolami związanymi z traumatycznym wydarzeniem. Przedmioty przypominające zmarłego mogą prowadzić do zaburzeń somatycznych: palpacja serca, głęboki wewnętrzny ból, wzdychania, poczucie dławienia, zaś u dzieci notuje się dodatkowo nadczynność tarczycy, reumatyczne zapalenie stawów czy cukrzycę. Ponadto przeżywanie przez rodziców traumatycznej śmierci wciąż na nowo wpływa negatywnie na żałobę ich dzieci (Nader).

O dzieciach, które doświadczyły traumatycznej śmierci, mówi się jako o „ocalonych w dzieciństwie od traumatycznej śmierci” (Speckhard 1997), a o ich przeżyciach jako „traumatycznej żałobie dzieciństwa” (CTG, *Childhood Traumatic Grief*). Ta ostatnia jest skutkiem bolesnego przeżycia śmierci rodziców, rodzeństwa oraz innej ważnej „figury przywiązania” i jest kombinacją stresu traumatycznego oraz żałoby. W tym przypadku symptomy traumy kolidują z reakcjami żałoby zwykłej i prowadzą do żałoby zniekształconej. To, co wyróżnia CTG od zwykłej żałoby, to przynajmniej dwa elementy: okoliczności śmierci oraz obecność symptomów PTSD czyli na nowo przeżywanie śmierci bliskiej osoby, unikanie przypominania sobie zmarłego, nadpobudliwość objawiająca się w wybuchach złości (Mannarino i wsp.).

2. „Syndrom ocalonego od aborcji”

Philip Gordon Ney, kanadyjski psychiatra dziecięcy (twórca programu terapeutycznego „Żywa Nadzieja” dla osób z rodzin postaborcyjnych), wprowadza w roku 1979 (Peeters-Ney) pojęcie „syndrom ocalonego od aborcji” (PASS, *post-abortion survivor syndrome*). Na podstawie badań klinicznych, a potem statystycznych, dochodzi do wniosku, że dzieci z rodzin postaborcyjnych mają symptomy wspólne z tymi, którzy doświadczyli katastrof naturalnych, tragicznych wypadków czy śmierci kogoś bliskiego w wyniku choroby (Ney, 1983, 2010). Pojęcie „syndrom ocalonego od aborcji” Ney formułuje więc w analogii do symptomów „syndromu ocalonego”. Ten ostatni syndrom w roku 1961 artykułuje Nederland, opisując symptomy osób, które przetrwały obozy koncentracyjne. Badania takich osób zaczęły się jednak wcześniej. Już pod koniec lat 40. XX wieku francuski psychiatra Targowla posługuje się pojęciem „syndrom opóźnionej emocjonalnej hipermnemzji napadowej” dotyczącej więźniów obozów koncentracyjnych. Następnie w latach 1959-

1964 polscy psychiatry (m.in. Kępiński, Kłodziński, Gąterski, Szymusik, Teutsch, Leśniak, Mitarski, Orwid, Półtawska) piszą w kontekście swoich badań o „chorobie poobozowej”, „chronicznej postępującej astenii poobozowej”, „zespolu poobozowym”, „zespolu obozu koncentracyjnego” (Orwid), zaś termin KZ syndrom (*Konzentrationslagersyndrom*) przedstawia w roku 1961 norweski psychiatra Leo Eitinger.

2.1. „Syndrom ocalonego”

William Guglielmo Niederland — Żyd niemieckiego pochodzenia, psychiatra i psychoanalityk — ucieka w 1940 roku przed nazistami z Sępola do Nowego Jorku, gdzie przez prawie 35 lat prowadzi praktykę psychiatryczną, lecząc ponad dwa tysiące ocalonych, szczególnie z Holocaustu. Wyniki jego zabiegów terapeutycznych nie są optymistyczne. Osoby te, pomimo że ocalały z niemieckiego piekła, nie są zdolne do cieszenia się życiem. Niederland wylicza specyficzne i dotkliwe symptomy tego, co nazywa jako pierwszy „syndromem ocalonego”: nawracające i chroniczne depresje skrywane pod somatyczną „maską” bóli głowy i pleców, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, osłabienia mięśni i ogólnego osłabienia; skłonność do izolacji przerywana wybuchami wściekłości; anhedonia (niezdolność do przeżywania przyjemności); niepokój wraz ze strachem przed ponownymi prześladowaniami; niespokojny sen i koszmary; hipermnezja dotycząca wydarzeń z czasu prześladowań; zmiany w poczuciu tożsamości („jestem inną osobą” albo w skrajnych przypadkach: „nie jestem osobą”); zaburzenia psychosomatyczne (wrzody przewodu trawiennego, choroby naczyniowe i nadczynność tarczycy, astma, bezsenność, napięcie, bóle głowy); poczucie winy ocalonego i nierozwiązana żałoba.

Symptomy syndromu ocalonych od Holocaustu wyliczone przez Niederlanda są na tyle specyficzne, że tworzą kliniczną jednostkę różniącą się od innych form patologii (Cerny). Z upływem czasu pojęcie „syndrom ocalonego” zaczęto stosować do opisu zaburzeń u osób, które przeżyły jakąkolwiek poważną traumę. Dlatego stało się ono zakresowo na tyle szerokie, że można być „ocalonym od traumy” (McFarlane), ale także bardziej szczegółowo: „ocalonym od molestowania seksualnego”, „ocalonym od kazirodztwa”, „ocalonym od samobójstwa”, „ocalonym od tortur”, „ocalonym od zaniechania”, „ocalonym od wojny” czy „ocalonym od raka” i tym podobne. Inaczej mówiąc, syndrom ocalonego od aborcji jest szczególnym przypadkiem syndromu ocalonego. W roku 1980 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wykreśla „syndrom ocalonego” jako osobną jednostkę chorobową i włącza go do zespołu stresu pourazowego czyli PTSD (*post-traumatic stress disorder*) (Figley).

Lifton w latach 70. XX wieku bada nie tylko osoby ocalone od Holocaustu, ale także od bomby w Hiroszimie czy wojny w Wietnamie. Badani przez Liftona mają dość podobny profil traumatyzacji, charakteryzujący się pięcioma cechami: (a) zniewolenie „piętnem śmierci” — gwałtowne intruzje obrazów śmierci; (b) „śmiertelna wina” — poczucie winy: dlaczego ja przeżyłem? Wina jest tu związana z przekonaniem, że jak długo nie dokona się „odtworzenie” (*enactment*) sytuacji, w której w końcu zapobiegnie się śmierci współtowarzysza, ocalony nie ma prawa do życia; (c) „psychiczne skurczenie” — dysocjacja jako rodzaj obrony przed śmiercią fizyczną czy psychiczną; (d) kłopoty z przyjmowaniem troski, duża nieufność w relacjach oraz lęk przed możliwością „zarażenia” innych śmiercią — kryje się za tym obawa przed własną agresją i gniewem (ocaleni żyją w permanentnym gniewie); (e) i w końcu zmagania w poszukiwaniu sensu życia — okazuje się, że bez jakiejś formy „symbolicznej nieśmiertelności” (np. zaangażowanie się na rzecz pokoju) ocaleni będą wciąż pogrążeni w chorobowych objawach (Lifton, 1988). Wiele symptomów w „syndromie ocalonych” wiąże się z upośledzeniem żałoby albo z tym, co Mitscherlich nazywa „niezdolnością do żałoby” (Lifton, 1979). Lifton definiuje ocalonego jako tego, kto wszedł w kontakt ze śmiercią, w sposób cielesny albo psychiczny, i jednak pozostał żywy (Lifton, 1967). Tak więc pojęcie ocalonego zostaje rozszerzone, chodzi nie tylko o osoby bezpośrednio zagrożone, gdyż „kontakt psychiczny” może zaistnieć za pośrednictwem innych osób. Niemniej na użytek tego artykułu, w celu bardziej ostrego

definiowania podkreślam raczej, że ocalony w „syndromie ocalonego” to ten, który był bezpośrednio zagrożony śmiercią.

Trauma jest „zaraźliwa” w rodzinie. Świadczą o tym w literaturze przedmiotu takie określenia, odnoszące się do zaburzeń, jak: „drugorzędna traumatyzacja”, „drugorzędny stres traumatyczny”, „zaburzenia drugorzędnego stresu traumatycznego”. Wszystkie te zaburzenia dotyczą osób bliskich tym, którzy sami byli bezpośrednio wystawieni na traumę. Badania empiryczne wskazują, że życie w rodzinie z członkami, którzy doświadczyli PTSD, ma poważny wpływ na pozostałe osoby, na całościową dynamikę systemu rodzinnego (Klarić i wsp.).

2.2. Aborcja jako szczególny rodzaj śmierci

Traumatyczność śmierci przez aborcję wyraża się w tym, że życie kobiety lub jej integralność, a także jej dziecka, są zagrożone, a ona sama reaguje na to wydarzenie silnym uczuciem lęku, bezsilności i przerażenia (Speckhard, 2012). Potencjalna traumatyczność aborcji wzrasta wraz z przywiązaniem rodziców do poczętego dziecka oraz z przypisaniem mu specyficznego znaczenia dla każdego z rodziców (Speckhard, 1997). Dochodzi tu także element woli rodziców, czyli tych, którzy z natury bronią integralności swego potomstwa (Ney, 1983). Trauma doświadczenia aborcji w rodzinie odpowiada w swoich następstwach, z pewnymi różnicami, objawom PTSD (Ney, 2010). W obu przypadkach pacjenci mają poczucie „zagrożającego wyroku” oraz przeżywają nocne koszmary. Przy czym osoby z PTSD cierpią bardziej z powodu obrazów traumy (widzianych na nowo), natomiast osoby ocalone od aborcji widzą wyodrębnione sceny, które symbolicznie wyrażają ich wewnętrzne konflikty. Pacjenci z PTSD byli jednak ich pozbawieni przed traumą, zaś pacjenci z PASS cierpią na nie niemal od zawsze, czyli od bardzo wczesnego dzieciństwa. Obie grupy unikają tego, co wywołało traumę, w przypadku osób z PASS są to rodzice. Ocaleni od aborcji myślą o śmierci, szukają jej w zachowaniach ryzykownych, ale z drugiej strony ta tendencja nie jest u nich aż tak samobójcza jak u pacjentów z PTSD (Ney, 2010).

2.3. Konstelacja symptomów tworzących „syndrom ocalonego do aborcji”

Syndrom ten zawiera konstelację przynajmniej dwunastu powtarzających się symptomów: „Czuję, że nie zasługuję, aby żyć” (wina egzystencjalna); „Nie jestem szczęśliwy, że żyję” (żał egzystencjalny); „Czuję, że coś mi się stanie” (poczucie zbliżającej się zagłady); „Próbowałem już odebrać sobie życie” („ja” destrukcyjne); „Boję się, że zwiariuję” (słabe poczucie rzeczywistości); „Okaleczałem się” (zachowania autodestrukcyjne, w tym również lekkomyślne zachowania seksualne); „Czuję się smutny”; „Czuję, że rzeczy nie są realne” (dysocjacja); „Nie jestem zadowolony z tego, kim jestem” (niskie poczucie własnej wartości); „Zadręczam się myślami, których nie potrafię kontrolować” (obsesyjność); „Życie nie jest warte tego, aby je przeżyć” (depresja); „Nie wiem, kim jestem” (zaburzone poczucie tożsamości) (Ney, 2001). Tak więc określenie „ocalony od aborcji” jest stosowane przez Neya nie tylko w stosunku do tych, którzy sami byli bezpośrednio zagrożeni śmiercią, ale przede wszystkim do tych zagrożonych pośrednio, czyli do pozostałego przy życiu rodzeństwa. Otóż dzieci z rodzin postaborcyjnych mają symptomy wspólne z tymi, którzy sami bezpośrednio doświadczyli katastrof naturalnych, tragicznych wypadków czy śmierci kogoś bliskiego w wyniku choroby (Ney, 1983, 2010). Z tego to powodu pojęcie „ocalony od aborcji” odnosi do rodzeństwa, które co prawda jest żywe, ale w rodzinie postaborcyjnej. Obserwacje kliniczne, a także badania statystyczne wykazały, że symptomy PASS pojawiają się nawet niezależnie od świadomej wiedzy ocalonych o zaistniałej stracie oraz niezależnie od tego, czy osoby te urodziły się przed czy po aborcji (Ney, 1983, 1998, 2010). Co więcej tym syndromem dotknięci są również ci, wobec których poważnie rozważano aborcję, choć ta ostatecznie się nie dokonała. W tym przypadku „syndrom ocalonego od aborcji” pokrywa się z „syndromem ocalonego”, gdyż chodzi o bezpośrednie zagrożenie życia. To słynny *casus* Cristiano Ronaldo, jednego z najlepszych piłkarzy (Media-Press-

Info, 24.06.2018). Film dokumentalny „Ronaldo” (2015) w reżyserii Anthony Wonke dość dobrze ukazuje gwiazdę futbolu wraz z relacjami wewnątrzrodzinnymi.

3. Przejawy żałoby zniekształconej u ocalonych od aborcji

Czynnikami, które przyczyniają się do zachodzenia żałoby zniekształconej są wcześniej omówione przynajmniej cztery elementy, to znaczy: (a) okrycie tak zwanym „sekretem rodzinnym” samego faktu śmierci, po wtóre (b) przeżycie owej straty w okresie dzieciństwa, (c) niemożność skontaktowania się z ciałem zmarłego i w końcu (d) traumatyczne okoliczności samej śmierci. Wszystkie one współwystępują w rodzinie postaborcyjnej. W ich wyniku żałoba u ocalonych od aborcji destabilizuje się i przechodzi w żałobę zniekształconą. Przejawia się między innymi w takich symptomach jak: przeżywanie tak zwanej „skróconej przeszłości”, zachowania autodestrukcyjne, wina egzystencjalna, która może dezorganizować przywiązanie. Inne symptomy to permanentna złość przenoszona łatwo na innych i kończąca się wybuchami agresji, wewnętrzny, nieuświadomiony na ogół, przymus poszukiwania zmarłego rodzeństwa w relacjach związanych z miłością, zaburzenie procesu identyfikacji, który może zakłócać tożsamość płciową oraz prowadzić do zahamowania procesu dojrzewania na poziomie emocjonalnym.

3.1. Wina egzystencjalna

Ocaleni od aborcji żyją w głębokiej „winie egzystencjalnej” czyli w poczuciu, że nie powinni żyć, albo z pewnością, że na to nie zasługują (Ney 2006). Konsekwencją jest ciągła głęboka ambiwalencja wobec życia oraz próby uzasadnienia prawa do życia przez usilne przypodobywanie się rodzicom, a następnie innym autorytetom. Ocaleni pogłębiają w sobie także winę ontologiczną, czyli winę z powodu nierozwinięcia swoich naturalnych uzdolnień, które rzeczywiście zostały zaniedbane przez ich rodziców w dzieciństwie (Ney 2010). Czasami wewnętrzny świat myśli ocalonych zaprzęta poczucie, że przyczynili się do śmierci swego rodzeństwa (Ney 2010). To ich wina moralna, choć jest ona nieadekwatna, to jednak łatwo jest reaktywowana przez zewnętrzne czy wewnętrzne oskarżenia. Chociaż te trzy rodzaje win (egzystencjalna, ontologiczna, moralna) występują często razem, to jednak wina z powodu bycia żywym jest tutaj zasadniczą i napędza inne rodzaje win. Źródłowo samooskarżenia dotyczą straty czasowej, mają pomóc w przywróceniu utraconego obiektu, wyrażają pragnienie, że nigdy więcej nie zostanie on utracony (Bowlby 1963). Otóż właśnie, ocaleni od aborcji, pogrążeni w zniekształconej żałobie, dużą ilość swojej wewnętrznej energii wykorzystują na obronę przed samooskarżeniami i próby uzasadnienia swego prawa do życia. Nierzadko się zdarza, że ocaleni, zresztą nie tylko od aborcji, wybierają, być może właśnie z tego powodu, zawody związane z pomocą innym, jako formę odkupienia swojej ukrytej winy egzystencjalnej (O’Leary, Mc Hugh). Z drugiej strony poczucie winy u dzieci może też być sposobem na szukanie ulgi w doświadczanej tragedii. Dla dziecka bowiem myśleć „to moja wina” oznacza, że miało ono jakiś wpływ na to, co w przeciwnym razie jawi się jako kompletny chaos (Crehan). Zdaniem Cain poczucie winy u ocalonego rodzeństwa nie tyle wynika — jak to mówiła psychoanaliza lat 20. XX wieku — z reprezentacji zmarłego rodzeństwa jako rywala czy przedmiotu seksualnych pragnień, ale raczej z doświadczenia śmierci rodzeństwa (Cain i wsp.).

3.2. Gniew i agresja

Ocaleni są osobami, które łatwo się irytują i bez większej przyczyny popadają w gniew. Jednym ze sposobów radzenia sobie z ich wewnętrzną samoagresją jest skierowanie jej przeciwko innym w formie przemocy. Gniew i nieufność wobec autorytetów oraz chęć zyskania aprobaty rówieśników mogą prowadzić ocalonych do przyłączania się do agresywnych gangów angażujących się w przypadkowe akty przemocy (Ney 2011).

Sonne stawia hipotezę, że jedno z największych masowych zabójstw na terenie szkolnym w historii Stanów Zjednoczonych, w Columbine High School w roku 1999, jest dziełem chłopców, których profil psychologiczny jest „przykładem obserwowanego w praktyce klinicznej syndromu ocalonego od aborcji”. Przy czym Sonne rozumie „ocalonych od aborcji” jako tych, którzy urodzili się po takim doświadczeniu prenatalnym, kiedy to bezpośrednio usiłowano ich abortować albo ocaleni w ambiwalentnym środowisku prenatalnym, co znaczy, że rodzice lub lekarze rozważali możliwość ich abortowania. W takim sensie „ocalony od aborcji” jest ocalonym od bezpośredniego zagrożenia życia i pokrywa się z „syndromem ocalonego”. Eric Davies Harris i Dylan Bennett Klebold, 17 i 18 lat, przy użyciu broni maszynowej zabili dwunastu swoich kolegów, jednego nauczyciela, raniąc kolejne dwadzieścia cztery osoby, a w końcu sami się zabijając.

Z relacji ich kolegów wynika, że sprawiali wrażenie, jakby byli małowartościowi albo że należeli do grupy wyrzutków społecznych. Byli postrzegani jako „na wpół żywi i na wpół martwi”, nie byli obecni w relacjach społecznych. Byli wyśmiewani przez kolegów z klasy, którzy opisywali ich obu jako takich, których nie dawało się poznać. Popełnili samobójstwo, rodzaj „autoaborcji” na sobie samych, w momencie, gdy mieli skończyć swoje liceum i symbolicznie „urodzić się” z „łona matki”. Na dzień tragedii wybrali dzień urodzin Hitlera, co sugeruje identyfikację z jednym z najbardziej nienawidzonych ludzi w historii. Angażowali się w ryzykowne działania, takie jak kradzieże, przedstawianie brutalnych treści w Internecie, prezentowanie w szkole destrukcyjnych filmów amatorskich. Wykazali morderczą rywalizację wobec swego rodzeństwa, przenoszoną na innych, zwłaszcza na tych, którzy przypominali ich fizycznie, szczególnie brata jednego z nich, albo byli zupełnie inni (rasowo, etnicznie czy religijnie) jako rodzaj „rodzeństwa symbolicznego”. Mordercza wrogość wobec rodziców wyrażała się w ich działaniach przeciwko autorytetom i w końcu zabiciu jednego z nauczycieli — „ojca”. Agresja wobec matki znalazła odzwierciedlenie w próbie wysadzenia w powietrze szkoły — ich „Alma Mater”, a także w morderczej nienawiści zwłaszcza wobec matki Klebolda, która była Żydówką. W tym kontekście identyfikacja jej syna z Hitlerem jest znacząca.

3.3. Nieufność w relacjach i zdeorganizowane przywiązanie

Tragiczne doświadczenie aborcji w rodzinie prowadzi ocalonych do fundamentalnego zamieszania w dziedzinie miłości i zaufania. Jeśli rodzice, od których należało się ich spodziewać, potrafili zdecydować się na aborcję, to czym w takim razie jest miłość? Ocaleni nie ufają więc szczególnie ojcom, ale także matkom (Ney 2006). Są naznaczeni konfliktem przyciągająco-odpychającym (miłość-nienawiść) wobec własnych rodziców. Ten rodzaj przywiązania powoduje, że nie potrafią opuścić swego domu rodzinnego, są często w fuzyjnej relacji szczególnie z matką, która po stracie staje się wobec nich nadopiekuńcza, przez co wiąże ze sobą dzieci w sposób nadmierny. W swoich późniejszych relacjach intymnych związanych z miłością ocaleni od aborcji mają postawę kogoś, kto na przemian szuka bliskości i stawia opór albo kogoś, kto jest nadmiernie uległy. To postawy będące także wynikiem schematu przywiązania lękowego i ambiwalentnego, które otrzymali od swoich traumatyzowanych matek. Dlatego, między innymi, ich relacje uczuciowe często kończą się porażką, co ostatecznie umacnia ich w przekonaniu, że to, co się liczy w takiej relacji, to jedynie przyjemność seksualna. W ten sposób ujawniają się ich tendencje narcystyczne i cyniczne (Ney 2006).

3.4. Błędna identyfikacja, niechęć do dojrzewania i posiadania dzieci

„Błędna identyfikacja” czy też „identyfikacja histeryczna” polega na identyfikacji z ważnymi cechami dziecka zmarłego (Cain i wsp.). Do takiej identyfikacji dochodzi niejednokrotnie, gdy dziecko poczęte jest po śmierci poprzedzającego je rodzeństwa, a rodzice nie przeszli żałoby związanej z tą śmiercią. Fakt, że rodzice, a szczególnie matka, nie są zdolni do żałoby, prowadzi do tego, że deponują (eksternalizują) w rozwijającym się „ja” dziecka swoje zinternalizowane obrazy zmarłego potomstwa; następnie „wyznaczają” (nieświadomie) żyjącemu dziecku specyficzne zadanie, a mianowicie ochronę i podtrzymanie w sobie owych obrazów. W wyniku tego „dziecko zastępcze” jest zaabsorbowane zintegrowaniem owych projekcji rodziców ze swoją własną reprezentacją „ja”. Jeśli to zadanie się udaje, wówczas dziecko nie przejawia patologii. W przeciwnym razie może ono rozwinąć w sobie osobowość chwiejną emocjonalnie typu granicznego (borderline) albo osobowość narcystyczną czy nawet psychotyczną (Volkan 2007). Jest to konsekwencją tego, co nazywa się „identyfikacją za dwóch” czy „zastępczą identyfikacją”, czy też — jeszcze inaczej — „tożsamością projektowaną” (Spekhard 1997). Takie dzieci stają się w sposób nieświadomy substytutem zmarłego rodzeństwa, jest to tak zwany „syndrom dziecka zastępczego” (Schelinski, Porot). Jeśli włączymy w ten mechanizm historię wielu poronień i aborcji, to okaże się, że to zjawisko jest bardzo rozpowszechnione (Crehan). Z problemem identyfikacji wydaje się, że można łączyć, występujące czasami u ludzi ocalonych od aborcji, poczucie jakiejś obecności zmarłego brata czy siostry. Stąd ocaleni mogą przejawiać objawy halucynacji, diagnozowane niejednokrotnie przez specjalistów jako schizofreniczne. Jako dzieci nierzadko mają wyobrażonych, nieistniejących realnie, towarzyszy swoich zabaw, ale takich, których mogą bardzo precyzyjnie opisać (Ney 2006).

Ludzie ocaleni (nie tylko od aborcji) nierzadko przejawiają niechęć do dojrzewania (Ney 2011). Być może jest to związane z introjektowanym obrazem zmarłego rodzeństwa, które w ten sposób nie może „rosnąć”. Ocalony niejako „zmusza się” do pozostania w tym samym wieku, w którym został opuszczony przez swoje rodzeństwo. W ten sposób, jak mu się wydaje, zmarły brat czy siostra mogą dalej „istnieć” i doświadczać szczęścia, jakiego doznawali przed śmiercią (Crehan). Być może ocaleni są powodowani nieświadomą nadzieją, że zachowując w ten sposób swój status dziecka, otrzymają w końcu to, czego nigdy nie dostali w dzieciństwie (Ney 2011). Nie wierzą też, aby mogli być rodzicami, stąd obawiają się mieć własne dzieci (Ney 2006).

3.5. Poszukiwanie rodzeństwa w relacjach intymnych

Reakcja szukania zmarłego przez osobę w żałobie wyraża się przez stan alarmu organizmu, napięcia i pobudzenia, niespokojny ruch, pochłonięcie myślami o zmarłym, postawie postrzeniowej nakierowanej na utraconą osobę, utratę zainteresowania swoim wyglądem i rzeczami, które wcześniej zajmowały żałobnika, skierowanie całej uwagi na tę część środowiska, gdzie zmarły mogłyby przebywać i w końcu — przywoływanie utraconej osoby (Parkes 1998). Problem jest w tym, że świadomie można akceptować stratę, a jednak nieświadomy mechanizm może dalej pchać do poszukiwania utraconej osoby. Takie zachowania dotyczą także strat prenatalnych (Spekhard 1997).

Wydaje się, że ta postawa ma swoje przedłużenie w relacjach uczuciowych. Ocaleni szukają zmarłego brata czy siostry w swoich miłosnych relacjach z innymi osobami. Chodzi tu o nieświadomione pragnienie odtworzenia utraconej bliskości. W ten właśnie sposób — jak się wydaje — można tłumaczyć fakt, że na przykład ocalony od śmierci bliźniak świetnie rozpoznaje innego ocalonego w ten sposób, a następnie Igną oni do siebie nawzajem z niezwykłą siłą emocji. Jeśli rzecz dotyczy psychoterapeuty, który jest dotknięty tym syndromem, to spotkanie z inną osobą w ten sposób ocaloną jest w stanie zafundować nim uczuciowo do tego stopnia, że może obudzić w nim potrzebę zlania się ze swoim „bliźniakiem”, czyli w tym wypadku ze swoim pacjentem (Hayton). Wydaje się, że także ocaleni od aborcji rozpoznają się wzajemnie instynktownie, czy może raczej intuicyjnie, prawdopodobnie popychani nieświadomym pragnieniem odegrania bliskiej relacji

z utraconą siostrą czy bratem. Mogą mieć tendencje homoseksualne oraz identyfikacje z płcią przeciwną czy też niesatysfakcjonujące związki małżeńskie, w których szukają tak naprawdę relacji braterskich (Ney 2006, 2011). Poszukiwanie utraconego rodzeństwa w relacjach intymnych może pociągać za sobą związki „pseudopedofilskie” (zbliżanie się do dzieci w zastępstwie swojego brata czy siostry) czy „zamieszanie pseudoseksualne”, czyli przechodzenie od jednej do drugiej relacji, bez zainteresowania dla samej relacji seksualnej (Ney 2006).

Cain na podstawie swoich badań dotyczących reakcji dziecka na stratę doznaną przez matkę na skutek poronienia dochodzi do wniosku, że taka strata ma dla pozostałego przy życiu rodzeństwa istotne cechy zgubionego obiektu per se (Cain i wsp. 1964 a), czyli nie tyle utracona pierś matki, ale szczególnie śmierć brata czy siostry są „utraconym obiektem” w sensie ścisłym. Szczególnie taka strata uruchamia, jak się wydaje, ciągle nienasycone, czasami melancholijne poszukiwanie owego utraconego obiektu. Jeśli ta hipoteza jest prawdziwa, to nic dziwnego, że poszukiwanie obiektu zgubionego, które według Freuda napędza życie seksualne, odgrywa tak ważną rolę w późniejszym życiu intymnym ocalonego rodzeństwa. Wtedy rzeczywiście każde znalezienie obiektu jest właściwie — tak jak chce Freud — swoistym odnalezieniem tego obiektu na nowo (Freud 1905).

3.6. Lęk przed zagładą i zachowania autodestrukcyjne

Ocaleni od aborcji żyją w lęku przed śmiercią, ich perspektywa przyszłości jest wyraźnie skrócona. Są przekonani, że coś się im stanie w najbliższym czasie. Próbuąc oswoić ten lęk, wystawiają swoje życie na niebezpieczeństwo śmierci. To swego rodzaju gra, flirt czy „taniec ze śmiercią” (Ney 1983). Chodzi o podejmowanie różnych działań na krawędzi dużego ryzykowania swoim życiem. Może być to szybka jazda motocyklem, samochodem, sporty ekstremalne i tym podobne (Ney 2006 a). Ocaleni są szamotani przez wewnętrzny konflikt wyrażony przez Szekspirowskiego Hamleta: Być czy nie być. Celniej, zdaje się, wyraził to, ocalony od Holocaustu, Elie Wiesel: Być i nie być, i to jednocześnie (Bolkosky). Pragnienie śmierci u ocalonych wynika prawdopodobnie z bolesnej i nieuświadomionej tęsknoty za zmarłym rodzeństwem i chęcią połączenia się z nim (Cain i wsp.) czy też z pragnienia zajęcia ich miejsca, aby w ten sposób zrozumieć, co się tak naprawdę stało z ich bratem czy siostrą (Ney i wsp. 1983). Tak więc z jednej strony pragnienie połączenia się ze zmarłym, z drugiej — obecny instynkt przetrwania, który jest na tyle silny, że choć ocaleni próbują umrzeć, to jednocześnie chcą żyć. W związku z tym uzależnienia (alkohol, narkotyki) stają się „najlepszymi” sposobami wyrażenia tego konfliktu: ryzykujesz życiem, a jednocześnie starasz się nie umrzeć (Hayton). Ocaleni od aborcji mają tendencję do jedzenia za dużo, do spania za dużo, do picia za dużo alkoholu. W przypadkach skrajnych są albo anorektykami, albo bulimikami (Ney 2006).

4. Żałoba zniekształcona jako jedna z przyczyn „syndromu ocalonego od aborcji”

Żałoba zniekształcona nie jest jedyną przyczyną i nie wszystkich symptomów syndromu ocalonego od aborcji. Na przykład międzypokoleniowe przekazywanie traumy związane jest, jak się wydaje, bardziej z syndromem ocalonego niż z syndromem ocalonego od aborcji. Trudno też powiedzieć, czy agresja jest wynikiem wyłącznie syndromu ocalonego od aborcji, czy też wynika z samego faktu bezpośredniego zagrożenia życia, jakim charakteryzuje się syndrom ocalonego. W praktyce oba pojęcia nie są ostre, dlatego syndromy zachodzą na siebie. W przypadku zamiaru czy usiłowania abortowania dziecka, które się jednak nie dokonało lub skończyło się żywym narodzeniem, oba syndromy, jak się wydaje, pokrywają się. Ten problem pojęciowy Ney rozwiązuje przez wyróżnienie dziesięciu rodzajów ocalonych od aborcji, między innymi od zamierzonej aborcji (Ney 2006).

Traumatyczne okoliczności śmierci, które przyczyniają się w sposób wyraźny do zniekształconej żałoby, są elementami kluczowymi w powodowaniu syndromu ocalonego od aborcji. Podobnie więc jak w syndromie ocalonego, gdzie wiele symptomów wynika z zaburzenia żałoby, tak i w syndromie

ocalonego od aborcji upośledzona czy „zamrożona” żałoba daje takie objawy, które z czasem trudno powiązać z zaistniałą aborcją, a które w dużej mierze konstytuują konstelację symptomów tego syndromu.

Oba syndromy wskazują, że zakres „rażenia” traumy jest szeroki, bo z czasem w praktyce klinicznej pojęcie „syndrom ocalonego” zaczęto stosować nie tylko w odniesieniu do osób bezpośrednio zagrożonych, ale także do ich najbliższej rodziny, a także przyjaciół i opiekunów (Hewitt). Co więcej syndrom ocalonego dosięga również personelu medycznego, choć nie w tym samym stopniu (Peschel). Oba syndromy nie wprost uwiadcniają głęboką prawdę o człowieku, a mianowicie, że nie jesteśmy wyizolowanymi jednostkami czy Leibnizowskimi zamkniętymi monadami, ale czułymi na zmiany u innych „naczyniami połączonymi” (psychologia systemowa). Tak więc oba syndromy odkrywają ważny aspekt bytu ludzkiego, jakim jest „bycie z innymi”, „bycie dla innych”, bez którego nie sposób zrozumieć natury człowieka.

W obu syndromach występują symptomy PTSD, a czasem nawet tego, co nazywane jest „kompleksem PTSD”. Według Klasyfikacji zaburzeń psychicznych, DSM IV 1994, są to *disorders of extreme stress* (DESNOS), czyli zaburzenia stresu ekstremalnego, związane z długotrwałą i powtarzającą się traumą, która dotyczy zwłaszcza więźniów obozów koncentracyjnych, więźniów politycznych, zakładników, bitych kobiet, członków sekt religijnych, maltretowanych dzieci. Tutaj przywiązanie ocalonych naznaczone jest silnym konfliktem przyciągająco-odpychającym. Typ przywiązania, reprezentowany przez ocalonych od aborcji, jest charakterystyczny dla „kompleksu PTSD”. Miłość wobec rodziców jako figura przywiązania jest wymieszana ze złością, którą ocaleni od aborcji z czasem nie potrafią ukrywać (Ney 2010). Dla dzieci bycie przy rodzicach jest sprawą życia i śmierci, ale z drugiej strony tragiczne wydarzenie rodzinne wywołuje u nich przerażenie. Stąd mamy tu do czynienia z oscylowaniem między intensywnym przywiązaniem a pełnym trwogi wycofaniem (Herman). Jeśli w dzieciach wykształci się pod wpływem traumy osobowość z pogranicza (borderline), wówczas będą się bały zostać samotne, ale jednocześnie staną się nieufne wobec rodziców. Prowadzi to do konfliktu: z jednej strony strach przed byciem opuszczonym, a z drugiej — lęk przed byciem zdominowanym. W konsekwencji przywiązanie ocalonych od aborcji będzie się cechować skrajnościami, podobnie jak w „kompleksie PTSD” (Herman), które będą dotyczyć nie tylko rodziców, ale każdej ważnej relacji: bezwolne poddanie się albo gniewny bunt. Ney diagnozuje takie zachowanie jako mechanizm wynikający z tak zwanego podwójnego związania: dziecko jest uwięzione między wyborem — uciekać albo pozostać z rodzicami, a ponieważ każde z tych rozwiązań jest obarczone dużą trudnością, dziecko pozostaje, ale wewnętrznie unieruchomione, przez co staje się jeszcze łatwiejszą ofiarą kolejnych nadużyć czy zaniedbań (Ney 2001, 2006 a).

W syndromie ocalonego od aborcji istotne są jeszcze trzy elementy, które dodatkowo utrudniają żałobę. Ocaleni z powodu traumy i zaniedbania nie mogli się stać tym, kim być powinni, stąd potrzeba im konfrontacji z tym poważnym brakiem osobowym, co domaga się oddzielnej żałoby (Ney 2006, 2011). Po wtóre zmagają się oni z niesioną od lat, nierozwiązaną żałobą swoich rodziców (Speckhard 1997), a także z wolitywnym zaangażowaniem rodziców w śmierć ich rodzeństwa (Ney 1983, 2011). Żałoba ocalonych od aborcji jawi się więc jako jedna z najtrudniejszych (Ney i wsp. 1983, Ney 2006, 2011). Co ciekawe, Ney zakłada też pewną chronologię żałób związanych z aborcją. Według niego nie sposób w pełni przeżyć żałoby dotyczącej swoich własnych dzieci, jeśli wcześniej nie przeżyło się żałoby swego własnego rodzeństwa, które zginęło w wyniku poronienia, aborcji czy innej śmierci okołoporodowej (Ney 2011).

5. Podsumowanie

Żałoba jest procesem, który ma prowadzić ostatecznie do zdrowienia żałobnika. Ilekroć jednak zachodzi przerwanie tego procesu czy innego rodzaju jego wynaturzenie, tylekroć jesteśmy świadkami żałoby zniekształconej, która nosi znamiona żałoby patologicznej, a przez to prowadzi do poważnych skutków dewastacyjnych na poziomie fizycznym, psychicznym i duchowym. Wskazane zostały tutaj szczególnie cztery elementy, przyczyniające się w znacznym stopniu do zniekształcenia żałoby. Pierwszy z nich to okrycie sekretem faktu śmierci w rodzinie, drugi to doświadczenie śmierci w okresie dzieciństwa, trzecim jest brak kontaktu z ciałem zmarłego, a czwartym — traumatyczne okoliczności śmierci. W syndromie ocalonego od aborcji zachodzą wszystkie cztery wymienione czynniki.

Aborcja jest na ogół tak zwanym sekretem rodzinnym, zachodzi najczęściej we wczesnym dzieciństwie, poza tym rodzeństwo nie ma kontaktu z ciałem swego brata czy siostry, i w końcu sama śmierć jest traumatyczna dla wszystkich członków rodziny. W związku z tym syndrom ocalonego od aborcji, którego wiele z objawów jest współdzielone z innymi formami ocalenia (Jankowski i wsp.), przejawia cechy żałoby zniekształconej, objawiającej się między innymi: lękiem przed zagładą i zachowaniami autodestrukcyjnymi, uporczywym zmaganiem się z winą egzystencjalną, wściekłością przenoszoną na innych, dużą nieufnością, zwłaszcza w bliższych relacjach, a także przywiązaniem lękowym, błędną identyfikacją ze zmarłym rodzeństwem, niechęcią do dojrzewiania, a co za tym idzie także do rozmnażania, nieustannym poszukiwaniem rodzeństwa w relacjach intymnych. Tak więc nieświadomionej czy „zamrożonej” żałobie ocalonych od aborcji, wzmocnionej dodatkowo przez nierozwiązaną żałobę ich rodziców, towarzyszą w późniejszym wieku symptomy, które wydają się niezrozumiałe, bo oderwane czasowo od tragicznego wydarzenia w rodzinie, zwłaszcza jeśli aborcja jest okryta rodzinną tajemnicą. Pozornie niepowiązane ze swoją główną przyczyną objawy mogą przybierać, wraz z upływem czasu, kształt zaburzeń umysłowych, uczuciowych, zaburzeń zachowania czy psychofizycznych. Wiele z symptomów ocalonego od aborcji wynika z upośledzenia samego procesu żałoby. Syndrom ocalonego od aborcji pokrywa się też, z pewnymi różnicami, z PTSD, a nawet z jego cięższą formą, jaką jest „kompleks PTSD”, zwłaszcza w aspekcie zdeorganizowanego przywiązania.

Zdaniem Volkana, społeczeństwa dotknięte tak zwaną wybraną traumą przekazują następnemu pokoleniu niewykonalne zadanie dokończenia żałoby. Setki tysięcy ludzi, należących do tej samej grupy (etnicznej, religijnej czy narodowej) deponują podobne traumatyczne obrazy w swoich dzieciach i chociaż te mają swoją odrębną tożsamość, to jednak są powiązane między sobą podobnymi reprezentacjami psychicznymi, bo dotyczącymi tej samej traumy rodziców. W wyniku tworzy to niewidzialną, potężną sieć, czasami milionów ludzi, którzy mają wspólne zadanie: zachować „pamięć” swoich rodziców o traumie, opłakiwać ich straty, odwrócić ich upokorzenia lub zemścić się w ich imieniu (Volkan 2000). W wyniku tego procesu mamy do czynienia nie tylko z żałobą tej lub tamtej grupy, ale ostatecznie żałobą całych społeczeństw. Takie społeczeństwa „wiecznych żałobników” są łatwo podatne na reaktywację ich „chorej” żałoby przez różne ideologie. Dobrze obrazuje to przykład Bałkanów. Milošević w latach 90. XX wieku wykorzystał zniekształconą żałobę Serbów (bitwa o Kosowo z 1389 roku) do okrutnej wojny domowej (Volkan 2009, 2011). Podobnie negatywnie widzą brak żałoby społecznej lub jej zniekształcenie Alexander i Margarete Mitscherlich. Upatrują oni przyczynę psychospołecznego unieruchomienia współczesnych Niemców (z wyjątkiem ekonomii) w tym, co nazywają „niezdolnością do żałoby” całego narodu. Philip Ney szacuje, że co roku około dwieście milionów osób jest dotkniętych przez aborcję we własnej rodzinie (Ney 2006). Stąd, jak się wydaje, wiele społeczeństw wraz z upływem czasu stało się społeczeństwami o profilu psychologicznym „ocalonych od aborcji” — „wiecznych żałobników” swojego nigdy niepoznanego rodzeństwa.

Bibliografia

- Bernstein S.M. (1981), Steiner B.W., Glasiter J.T., Changes in patients with gender-identity problems after parental death. *The American Journal of Psychiatry*, 1:41-45.
- Bolkosky S. M., (2010), *The Victims who survived*. w: Dobkowski M.N., Walliman I. *Genocide in our time. An Annotated Bibliography with Analytical Introductions*. Pierian Press. Michigan.
- Boss P., (1991), *Ambiguous Loss, w: Living Beyond Loss Death in the Family*, ed. F. Walsh, M. McGoldrick, W.W. Norton & Company, New York, London.
- Bowen J., (1978), *Family reaction to Death*, in: M. Bowen *Family Therapy in Clinical Practice*, New York.
- Bowlby J. (1961), Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis* 42 : 317-340.
- Bowlby J., (1961a), Childhood mourning and its implications for psychiatry, *The American Journal of Psychiatry*, 118: 481-498.
- Bowlby J. (1963), Pathological Mourning and Childhood Mourning, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 11: 500-504.
- Bowlby J., (1969), *Attachment and Loss*, vol. 1 w : *Attachement and Loss*. London. New York.
- Bowlby J. (1980), *Loss: Sadness and Depression*. Vol. 3 w : *Attachment and Loss*. London. New York.
- Cain A.C, Fast I., Erickson M.E. (1964) Children's Disturbed Reactions to the Death of the Siblings, *American Journal of Orthopsychiatry*. 34: 741-752.
- Cain A.C. (1964 a), Erickson M.E., Fast I., Vaughan R. A, Children's Disturbed reactions to their Mother's Miscarriage, *Psychosomatic Medicine*, 1 : 58-66.
- Cerny C.A. (2012), *Survivor syndrome*, w : *Encyclopedia of Immigrant Health* ed. Loue S. Sajatovic, New York.
- Charles D.R., Charles M.,(2006) Sibling Loss and Attachment Style. An Exploratory Study, *Psychoanalytic Psychology*. 23: 72-90
- Cohen A. J., Mannarino A.P., Deblinger E., (2017), *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, New York.
- Crehan G.,(2004), *The Surviving Sibling: The effects of Sibling Death in Childhood*, *Psychoanalytic Psychotherapy*. 18 : 202-219.
- Danieli Y. (1980), Countertransference in the treatment and study of Nazi Holocaust survivors and their children. *Victimology*, 5 : 355-367
- De Vita-Raeburn E., (2004), *The Empty Room. Surviving the loss of brother or sister at any age*. New York.
- Doka J.K. (1989), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. New York.
- Doka J.K., (2017), *Żałoba jest podróżą. Jak zmagać się ze stratą*. Kielce.
- Dyregrov A., Dyregrov K. (2013), Complicated Grief in Children The Perspectives of Experienced Professionals, *Omega – Journal of Death and Dying*. 3 :291-303.
- Eth S., Pynoos R.S. (1985), *Interaction of Trauma and Grief in Childhood*, w : *Post Traumatic Stress Disorder in Children*, ed .S. Eth, R.S. Pynoos, Washington.
- Fanos J.H., Nickerson B.G. (1991), Long-Term Effects of Sibling Death During Adolescence, *Journal of Adolescent Research*, January 1991, 6: 70-82.
- Fenichel O. (1945), *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, London.
- Figley C.F., (2012) (red.), *Encyclopedia of Trauma. An Interdisciplinary Guide*, New York.
- Freud S., (1905), *Trzy rozprawy z teorii seksualnej* w: Freud S., *Zycie seksualne* Warszawa 2009.
- Freud S., (1917), *Żałoba i melancholia*, w: Freud S., *Psychologia nieświadomości*, Warszawa 2009.
- Freud A. (1960), A Discussion of Dr. John Bowlby's Paper "Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood". *Psychoanalytic Study Child* 15: 167-186.
- Furman R.(1973), *A Child Capacity for Mourning*, w: *The Child in His Family*, ed; E. J. Anthony, C. Koupernik, New York.
- Greenberg N.H., Loesh J.G, Lakin M., (1959), Life Situations Associated with the Onset of Pregnancy. The Role of Separation in a Group of Unmarried Pregnant Wome. *Psychosomatic Medicine*, 4 : 296-310
- Hayton A.,(2014), *Ripples from the womb. How therapists can help the sole survivor when a twin dies before birth*. Wren Publications, Po Box 396 St. Albans, Herts AL3 6NE, published as an ebook.
- Hermenjat M. (2012), *Cet enfant qui m'a manqué. Parole d'homme face à l'avortement*. Paris.
- Hewitt M. (2001), *Greenfield S., Stovall E (red). From Cancer Patient to Cancer Survivor. Lost in Transition*. The National Academies Press. Washington D. C.
- Hilgard J.R., (1969) Depressive and Psychotic States as Anniversaries to Sibling Death in Childhood, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 6: 197-211.
- Horowitz M. J, (1997) Siegel B., Holen A., Bonanno G.A., Milbrath C, Stinson Ch. H., Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder, *American Journal Psychiatry*, 154: 904-910
- Horowitz M. J, (1997) Siegel B., Holen A., Bonanno G.A., Milbrath C, Stinson Ch. H., Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder, *American Journal Psychiatry*, 154: 904-910
- Horowitz S. H. (1997), *Treating Families with Traumatic Loss : Transitional Family Therapy w: Death and Trauma. The Traumatology of Grief* (red) Figley R.Ch. Bride E. B. Mazza, Bristol.
- Jackson, P. (1993) Dewart D.B., Roemer R.A., Cornwell A. Early Childhood Losses as a Gateway to Addictions, w : *College on Problems of Drug Dependence (U.S.). Scientific Meeting*, 2.
- Jankowski J. Awtuch A., Rusiecka B. (2017), *Ocaleni. Kategoria ocalonego i jej wbrane formy*, *Psychoonkologia* 21 :113-134.
- Kaplan S. (2006,) *Children in genocide. Extreme traumatization and the "affect propeller"*, *The International Journal of Psychoanalysis*, 87: 725-746.

Kellermann P.F. (2001), Transmission of Holocaust Trauma, *Psychiatry*, 64 : 256-67

Klarić M., Kvesic A., Mandic V., Petrov B., Franciskovic T., (2013) Secondary Traumatization and Systemic Traumatic Stress, *Medicina Academica Mostariensia*, 1: 29-36

Krell R., (1979), Rabkin L. The Effects of Siblings Death on the Surviving Child: A family Perspective, *Family Process*, 18: 471-477.

King J.B.,(2013), Jak zwierzęta przeżywają żałobę, Lutyń.

Kulish N.M. (1989), Mourning a lost childhood: The problem of Peter Pan, w: *The Problem of loss and mourning. Psychoanalytic Perspectives.* ed. Dietrich D.R., Shabad P.C, Connecticut.

Kübler-Ross E. (1969), *On Death and Dying.* New York, NY: Macmillan.

Klarić M., Kvesic A., Mandic V., Petrov B., Franciskovic T., (2013) Secondary Traumatization and Systemic Traumatic Stress, *Medicina Academica Mostariensia*, 1: 29-36.

Leon I.G. (1990), *When a Baby dies. Psychotherapy for Pregnancy and Newborn Loss*, Yale University Press, New Haven and London.

Latham A.E., Prigerson H.G. (2004) Suicidality and Bereavement: Complicated Grief As Psychiatric Disorder Presenting Greatest Risk For Suicidality, *Suicide Life Threat Behav.* 34 : 350–362 .

Lazare A. (1989), *Bereavement and Unresolved Grief*, W: Lazare A (red.). *Outpatient Psychiatry. Diagnosis and treatment.* Baltimore.

Liang H., (2016), Olsen J, Yuan W, Cnattingus S, Vestergaard M, Obel C, Gissler M, Li J. Early Life Bereavement and Schizophrenia. *Medicine*, 95: 1-8.

Lifton R. J., (1988), *Understanding the Traumatized Self: Imagery, Symbolisation and Transformation.* w: Wilson JP, Harel Z, Kahan B (red.). *Human Adaptation to Extreme Stress. From Holocaust to Vietnam*, New York.

Lifton R. J. (1979), *Broken Connection. On death and Continuity of Life.* Simon and Schuster, New York.

Lifton R. J., (1967), *Death in Life. The Survivors of Hiroshima*, London.

Mannarino A. P., Cohen J. A., (2011) Traumatic Loss in Children and Adolescents, *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4:1, 22-33.

McFarlane A.C. (2002), Golier J., Yehuda R., *Treatment Planning for Trauma Survivors with PTSD*, W: Yehuda R (red.). *Treating Trauma Survivors with PTSD*, Washington.

Mc Hugh J. (2012), *L'influence d'un deuil pendant l'enfance sur les choix de vie des adultes qui l'ont vécu*, Ecole de service social, faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.

Mitscherlich A. M. (1975), *The Inability to Mourn: Principles of Collective Behavior*, New York. Neimeyer R.A, Baldwin S.A, Gillies J.(2006), *Continuing Bonds and Reconstructing Meaning: Mitigating Complications in Bereavement*, *Death Studies*, 30: 715-738.

Nader K.O. (1997), *Childhood Traumatic Loss: The Interaction of Trauma and Grief*, w: Figley Ch.R., Bride B.E, Mazza N (red.). *Death and Trauma. The Traumatology of Grieving*, Washington D. C

Ney P.G., (1983) A consideration of abortion survivors, *Child Psychiatry and Human Development*, 13: 168-179.

Ney P.G., Barry J.E. (1983), *The Child and Death. Children, who survive*, *New Zealand Medical Journal*, February 96 :127-129

Ney P.G, Fung T., Wickett A.R., (1993), *Relationship Between Induced Abortion and Child Abuse and Neglect: Four Studies*, *Pre-and Perinatal Psychology Journal.* 8: 58-61

Ney P.G. (1988), *Transgenerational Child Abuse*, *Child Psychiatry and Human Development.* 18: 151-168.

Ney P.G., (1997) *Deeply damaged: An explanation for the profound problems arising from aborting babies and abusing children.* Pioneer Publishing, Victoria BC.

Ney P.G, Peeters-Ney M. (1998), *Abortion survivors.* International Institute for Pregnancy Loss and Child Abuse Research and Recovery. Pioneer Publishing Ltd.

Ney P.G.,(2001), *Children in Aborted Families*, Presented at: Delaware Pro-Life Coalition Convention, USA, April 6 - 8, 2001, http://www.messengers2.com/articles/political/children_in_aborted.htm

Ney P.G., Peeters M., (2006), *Les survivants d'avortement.* The International Hope Alive Counsellor Association (IHACA), Ethos Diffusion, Strasbourg.

Ney P. G., Peeters M., (2006 A), *Hope Alive.* The International Hope Alive Counselor Association (IHACA), Edition française, Ethos Diffusion. Strasbourg

Ney P. G., Sheils K. H., Gajowy M. (2010), *Post-abortion Survivor Syndrome: signs and symptoms*, *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health.* 25: 107-129

Ney P.G., (2011), *Une humanité profondément blessée. Une approche des conflits intérieurs liés à l'avortement et aux abus dans l'enfance*, Ethos Diffusion. Strasbourg.

Ney P.G, Sheils C. K., (2012) *Post-Abortion Survivor Syndrome : Signs and Symptoms Revisited.* <http://www.abortionrisks.org/Ney2012/PASS.pdf> 2012.

Niederland W. G., (1981), *The Survivor Syndrome: The Further Observations and Dimensions*, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29/2 : 413-425

O'Leary J.M., Gaziano C., Thorwick C., (2006), *Born after Loss: The Invisible Child in Adulthood*, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21:16-17.

Orwid M. (2002), *Krętkowskie badania nad PTSD*, *Dialog* 11:168-170.

Parkes C. M., (1970), "Seeking" and "Finding" a lost object. Evidence from recent Studies of the reaction to bereavement, *Social science & Medicine*, 4: 189-192

Parkes C.M. (1998), *Bereavement. Studies of grief in adult life.* Connecticut

Peeters-Ney M. (2003), Ney P.G., *Harry Potter: Archetype of an Abortion Survivor.* *Catholic Insight.* December.

Peschel R.E. (1986), *Peschel E. R., When a doctor hates a patient. And other chapter's in young physician's life*, Berkeley.

- Pinhero C. (2008), The Prenatal loss of my twin siblings. My own experience of prenatal feelings and sensorial-memory, *International Journal Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 20 : 200-201.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A Franka E., Domana J., Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65–79.
- Pollock G.H. *The Mourning - Liberation Process*, Connecticut 1989.
- Porot M., (2014), *L'enfant de remplacement*, Paris.
- Portney Ch (2003), Intergenerational Transmission of Trauma: An Introduction for the Clinician, *Psychiatric Times*, 4: 1-3.
- Rando T., (1993), *Treatment of complicated Mourning*, Illinois.
- Raphael B., (1983), *The Anatomy of Bereavement*. New York.
- Rosen H., (1984-1985), Prohibition against mourning in childhood siblings lost, *Omega* 15: 307-316.
- Rosenheck R. (1985), Nathan P., Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36: 538–539.
- Rosenzweig S., (1943) Sibling death as a psychological experience with special reference to schizophrenia. *Psychoanalytic Review*, 43: 177-186.
- Schelinski K., (2004), Life after death: The replacement Child search for Self, 04.09.2009, Geneva, Switzerland Association of Graduate Analytical Psychologists, Barcelona.
- Sedman G. (1966), A phenomenological study of pseudohallucination, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42:35-70.
- Shaver, P. R., Fraley, R. C. (2008). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views and current controversies. w : J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York.
- Skolnick V., (1979), The addictions as pathological mourning: An attempt of restitution of early losses. *Am J Psychother* 33:281-290.
- Sonne J.C., (2000), Abortion Survivors at Columbine, *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. 15:3-22.
- Speckhard A. (1997) Traumatic death in Pregnancy: The Significance of Meaning and Attachment. w : Figley Ch.R., Bride B.E, Mazza N (red.). *Death and Trauma. The Traumatology of Grieving*, Washington D. C.
- Speckhard A., Rue V.M. (2012), Abortion trauma, w: ed. Figley Ch.R., *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*, London
- Szanto K., (2006) Shear K., Houck P.R. Indirect Self-Destructive Behavior and Overt Suicidality in Patients With Complicated Grief *The Journal of Clinical Psychiatry* 67 :233-239.
- van IJzendoorn M.H. (2003), Bakermans-Kranenburg M.J, Sagi-Schwartz A., Are Children of Holocaust Survivors Less Well-Adapted? A Meta-Analytic Investigation of Secondary Traumatization, *Journal of Traumatic Stress*, 5: 459–469.
- Virag T.,(1984), Children of the Holocaust and Their Children's Children: Working Through Current Trauma in the Psychotherapeutic Process, *Dynamic Psychotherapy* 2: 47-60.
- Wolfenstein M. (1966), How is Mourning Possible ? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21: 93-123
- Volkan V.D. (1981), *Linking Objects and Linking Phenomena. A study of the forms, symptoms, metapsychology, and therapy of complicated mourning*, New York.
- Volkan V.D, (1985), *Psychotherapy of Complicated Mourning*, w: Depressive states and their treatment, ed. V. Volkan, Nortvale, New Jersey, London.
- Volkan V.D. Zintl E. (1993), *Life after Loss. The lesson of grief*. New York.
- Volkan, V. D. (2000), Traumatized societies and psychological care: Expanding the concept of preventive medicine. *Mind and Human Interaction*, 11: 177-194.
- Volkan V.D., Greer W.F, (2007) Transgenerational transmission and deposited representations: psychological burdens visited by generation upon another, W: Volkan V.D, Greer W.F. *Sukupolvien Perintö: sukupolvien Psykologiset Taakat*. In Vieraiden Aania: Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistyksen 30-vuotisjuhlakirja. (Eds.), Irja Kantanen, and Veikko Aalberg. Helsinki: Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistys Ry
- Volkan V.D, (2009) Not letting go: from individual perennial mourners to societies with entitlement ideologies w: On Freud's Mourning and Melancholia, London.
- Volkan V.D. (2011), Unending Mourning and its Consequences, *Psychotherapie Wissenschaft*, 2.
- Weakland J.H. (1960), The “Double-Bind” hypothesis of schizophrenia and tree-party interaction w: *The Etiology of schizophrenia* ed .D. D. Jackson. New York.
- Weiner A.H., Weiner E.C.,(1984) The aborted sibling factor: A case study, *Clinical Social Work Journal* , 12 :209–215.
- Worden J.W., (2009), *Grief Consuling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*, New York.
- Young I.T (2012), Iglewicz A., Glorioso D., Lanouette N., Seay K, Ilapakurti M., Zisook S.,Suicide bereavement and complicated grief, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14: 177-186