

BADANIA NAD SKUTKAMI HOLOKAUSTU

THE STUDY ON THE DISTANT EFFECTS OF HOLOCAUST TRAUMA

Centrum Zdrowia Psychicznego, IPiN

Kierownik centrum: Katarzyna Prot

W artykule przedstawiona jest zmiana perspektywy w badaniach nad ocalałymi z Holocaustu — od koncentracji na objawach potraumatycznych, do odkrywania źródeł siły umożliwiającej przetrwanie. Autorka dokonuje skrótego, chronologicznego przeglądu badań nad ocalałymi z Holocaustu i wyróżnia występujące najczęściej problemy psychologiczne u ocalałych: nieakceptowanie separacji oraz lęk przed bliskością, trudności w określeniu tożsamości osobistej i społecznej, podatność na zranienie i poczucie winy.

Holocaust PTSD

Summary: Some time has to pass before any society is able to handle the subject of collective trauma and its consequences. Thus the Holocaust, despite relatively numerous studies devoted to this problem, remains a taboo issue to the professional community of psychologists and psychiatrists. This article presents the results of the study on the distant effects of Holocaust trauma and the change of focus in the research on the Holocaust survivors. While in early research, the emphasis was on pathology, i.e. post-traumatic symptoms presented by the survivors, at present more and more studies are concerned with survivor characteristics such as their strengths, ability to survive, and capability of returning to life after the trauma. The author discusses the PTSD model in the context of other possible consequences of trauma, such as the effects of trauma on the survivors' personal and social identity, on their family relations, survivor's vulnerability and „survivors guilt”.

Wstęp

Musi minąć pewien czas, żeby społeczeństwo było w stanie podjąć temat traumy zbiorowej oraz jej konsekwencji. Stąd też Holocaust, pomimo stosunkowo licznych badań, nadal jest tematem tabu, także dla społeczności profesjonalistów — psychologów i psychiatrów [1].

Problem psychologicznych skutków Zagłady jest ważny dla terapeutów pracujących zarówno z pierwszym, drugim, jak i trzecim już pokoleniem [2], ale ważna jest także pamiętać o niej w świadomości zbiorowej. Obecność „kompleksu Shoah” — poczucia winy i związanych z tym trudności z myśleniem i mówieniem o Holokauście [1] w kontekście społecznym — pokazała ostatnio w Polsce reakcja na książki Grossa [3, 4] o udziale polskiego społeczeństwa w Zagładzie. Być może, że tak jak dzieci ocalałych milczeniem chronią rodziców przed bólem, tak dzieci świadków Zagłady chronią swoich rodziców przed wstydem.

Celem pracy jest przedstawienie badań nad wpływem doświadczenia Holocaustu na stan psychiczny ocalałych. Interesująca jest zmiana perspektywy w podejmowaniu tego

tematu. Pierwsze badania podkreślały patologię, objawy potraumatyczne występujące u ocalałych. Obecnie coraz więcej mówi się o ich sile, zdolności przetrwania. Jest to także obecne w języku, z którego zniknęło słowo „ofiara”, a określenie „ocalony” zostało zmienne na „ocalały” w proteście przeciw myśleniu o bierności „ratowanych”.

Zjawisko to związane jest przede wszystkim ze zmianą w doborze badanych grup. Pierwsze prace pochodziły z okresu, kiedy ocalali zgłaszali się do psychiatrów szukając pomocy z powodu objawów chorobowych lub badani w celu uzyskania odszkodowań niemieckich [5, 6]. Kolejne prace opierają się na grupach wybranych z populacji zdrowej i pokazują, że skutki traumy mogą być różnorodne. Stawia to pytanie o źródła siły ułatwiającej przetrwanie.

Należy także wziąć pod uwagę przebieg zdrowienia osób doświadczonych traumą. Inny był stan ocalałych bezpośrednio po wojnie, inny jest teraz. Wielu badaczy wskazuje na proces zdrowienia ocalałych rozumiany nie jako brak objawów, ale dawanie sobie rady, pomimo obecności objawów, zdolność nadawania sensu swojemu życiu [7–9].

Także w obszarze badań nad rodzinami ocalałych z Holocaustu, po okresie koncentrowania się na patologii drugiego pokolenia, pojawiają się prace wskazujące na możliwość wbudowania historii Holocaustu w historię rodzinną, postrzegania jej w kategoriach mitu, wymagania dotyczącego przeżywania życia, a nie wyłącznie przypominania śmierci [10]. Mit Zagłady staje się częścią tożsamości, wpływa na postrzeganie życia, filozofię życiową. Jest to zgodne z obserwacjami dotyczącymi ocalałych — część z nich interpretuje ocalenie jako specjalne zobowiązanie nadania sensu swojemu życiu.

Historia badań nad skutkami Holocaustu

Pierwsze badania opisywały mechanizmy obronne używane przez osoby z traumą Holocaustu. I tak Bettelheim [11], analizując zachowania współwięźniów uznał, że — nie będąc w stanie kontynuować przedobozowych sposobów radzenia sobie — w obliczu przemocy stosują oni regresję. Nederland [12] podkreślał rolę zaprzeczenia, izolacji i somatyzacji. Obrony te, stosowane także po wojnie, zdaniem tych badaczy chroniły przed wystąpieniem objawów. Inni uważają, że powojenny „okres bezobjawowy” jest pozorny i należałoby raczej uznać, że ocalali „cierpieli w milczeniu” [13].

Badania ocalałych doprowadziły do opisanie „zespołu poobozowego” czy „zespołu ocalałych” [4, 12, 14–17]. Objawy opisywane w ramach tych zespołów to chroniczny lęk i depresja, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia funkcji poznawczych oraz pamięci (w tym hiperamnezja lub amnezja doświadczenia traumatycznego), anhedonia, nieadekwatne poczucie winy, pobudzenie psychomotoryczne, zaburzenia snu (koszmary senne) oraz zaburzenia tożsamości (obrazu ciała, poczucia przestrzeni i czasu).

Pierwsze badania większych grup ocalałych miały miejsce dopiero na przełomie lat 70. i 80. [18–19]. Ten długotrwały brak zainteresowania problemami osób, które ocalały z Holocaustu, związany jest z dwoma zjawiskami. Jednym z nich jest „zmowa milczenia” [20]. To określenie używane jest do opisu stosunku świata pohlolokaustowego do doświadczeń Holocaustu. Ci, co przeżyli Holocaust, nie chcą mówić o swoich doświadczeniach, a świat nie chce o nich słuchać. Z drugiej strony, przez lata, psychologia i psychiatria nie były zainteresowane problematyką traumy i próbowano „wcisnąć chorego w istniejące

szufladki diagnostyczne” [21]. Wszystkie badania, w związku z ich późnym rozpoczęciem, dotyczą osób, które przeżyły ekstremalną traumę w okresie dzieciństwa bądź adolescencji, a teraz są dorośli lub w wieku starszym. Hans Keilson [22], w badaniach przeprowadzonych w latach 70. [22], stwierdził u ocalałych nie zakończony proces żałoby, problemy związane z tożsamością, poczucie niepewności i trudności w kontaktach międzyludzkich. U części badanych osób zdiagnozował zaburzenia osobowości, ale większość była dobrze przystosowana społecznie.

Pomimo dobrego przystosowania społecznego ocalałych z Holokaustu [23–27], badania wykazują, że ich znaczna część nadal cierpi z powodu objawów psychologicznych związanych z traumą [28–35]. Objawy te od lat 80., na skutek badań nad weteranami wojny w Wietnamie, weszły do diagnostyki psychiatrycznej pod nazwą zespołu stresu pourazowego (PTSD).

Konsekwencje traumy Holokaustu a PTSD

Doświadczenie, wynikające z badań oraz psychoterapii osób ocalałych, pokazuje, że osoby, które doznały traumy Holokaustu, wykazują w wieku późniejszym przewlekłe objawy psychopatologiczne, wykraczające poza kryteria PTSD i w związku z tym większość autorów uważa takie rozpoznanie PTSD za niewystarczające do określenia stanu psychicznego ocalałych.

Badacze starają się brać pod uwagę, poza kryteriami zespołu stresu pourazowego, takie wymiary, jak „tożsamość”, „poczucie własnej wartości” [36], „subiektywne dobre samopoczucie” [37]. Także badania nad innymi grupami osób obciążonych traumą akcentują bardziej „spectrum objawów” niż same objawy PTSD [38]. Podnoszona jest konieczność odróżnienia ostrej traumy, gdy wydarzenie ma charakter jednorazowy, od chronicznej, gdy trauma ma charakter długotrwały lub powtarzający się [39–41].

Judith Herman [21, 42] proponuje określenie objawów stanowiących konsekwencję długotrwałego stresu jako „złożony zespół stresu pourazowego”. Objawy opisane przez nią nie mieszczą się w ramach PTSD, głównie w zakresie postrzegania własnej osoby — chodzi o poczucie winy, stygmatyzację, zaburzenia poczucia tożsamości. Uważa „prosty zespół stresu pourazowego” za konsekwencję jednostkowego wydarzenia traumatycznego, podczas gdy „złożony zespół stresu pourazowego” związany jest z przedłużoną lub powtarzającą się traumą, jak to jest w przypadku ofiar wojny lub przemocy rodzinnej.

W opisach dotyczących psychologicznych problemów ocalałych z Holokaustu powtarzającymi się zjawiskami jest nieakceptowanie separacji oraz lęk przed bliskością, zaburzenia tożsamości, podatność na zranienie oraz poczucie winy, że żyją.

Problemy ocalałych w relacjach z bliskimi

Według Hassa [43] separacja jest jedną z podstawowych przyczyn, dla których ocalali zgłaszają się w poszukiwaniu pomocy. Także badania polskie [24, 44, 45] oraz obserwacje poczynione podczas psychoterapii [46, 47] potwierdzają, że jest ona jednym z najważniejszych, bolesnych tematów [48–50]. Ocalali przeżywają odchodzenie dzieci z poczuciem krzywdy, lęku, przekonaniem, że tym samym odbierają im one swoją miłość. Jest to zgodne z badaniami Zilberfeina [51], który badając przekaz traumy stwierdził, że ocalali postrzegają

separację jako proces negatywny, interpretują ją w kategoriach odrzucenia i bardzo źle ją znoszą. Separacja może być traktowana jako jedna ze strat aktywujących objawy. Ocalali z Holocaustu często oddzielani byli od swoich bliskich w wyniku wydarzeń wojennych. Odchodzenie dzieci może być dla nich powtórzeniem tej separacyjnej traumy i tym samym wywoływać szczególnie silną reakcję [18].

W wyjaśnianiu traumatycznych skutków separacji oraz innych objawów występujących u ocalałych szczególną rolę przypisuje się teorii przywiązania [52]. Według tej teorii niemowlę tworzy relację przywiązania, która stanowi podstawę późniejszych interakcji społecznych i ważnych relacji [53, 54]. Separacja we wczesnym okresie, której często doznawali ocalali z Holocaustu, prowadzić mogła do powstania przywiązania lękowo-unikającego lub lękowo-ambivalentnego, prowadzącego do lęku przed bliskością [55, 56]. Potrzeba bliskości trwa przez całe życie i często rozumiana jest jako powrót do symbiozy okresu wczesnodziecięcego. Odmowa takiej bliskości przez partnerów lub dzieci powoduje zalew chaotycznych uczuć, przede wszystkim złości i agresji. Uczucia te ocalali za wszelką cenę starają się skontrolować — gdyż kontakt ze swoją częścią agresywną jest szczególnie trudny — poprzez skojarzenie z realnym prześladowcą.

Tak więc problemy związane z separacją są bardzo złożone — odnoszą się zarówno do obawy przed odrzuceniem, jak i lęku przed bliskością.

Zaburzenia tożsamości osobistej i społecznej u ocalałych

Osobisty wymiar tożsamości to poczucie ciągłości „ja” podczas całego życia [57] oraz nabywania doświadczenia osobistego [58]. Istotną rolę tożsamości jest integrowanie doświadczeń jednostki. Pytanie stawiane już przez Freuda dotyczyło zmian tożsamości w sytuacji, w której intensywność bodźca jest „dostatecznie silna, aby przełamać barierę ochronną” [59]. Zgodnie z psychoformacyjną teorią Liftona [60] trauma uszkadza strukturę „ja”, co w następstwie powoduje objawy zespołu stresu pourazowego, takie jak odrętwienie psychiczne, poczucie winy, rozszczepienie, dysocjacja. Lifton uważa, że ocalali stoją wobec zadania powtórnego zintegrowania „ja” poprzez stworzenie nowych form wewnętrznych, które obejmują traumatyczne wydarzenie. Mają oni poczucie naruszenia tożsamości osobistej, ciągłości „ja” — mówią o wrażeniu jej przerywania, o trudności integrowania przeszłości i teraźniejszości [61].

Tożsamość społeczna może być zdefiniowana jako poczucie przynależności do grupy społecznej związane z przeżyciem emocjonalnym [62]. Na trudności w określeniu tożsamości społecznej wpływała sytuacja życiowa ocalałych — ukrywanie się w rodzinach katolickich, w niektórych sytuacjach poznanie prawdy o swojej żydowskiej rodzinie dopiero w wieku dorosłym.

Ekstremalna trauma powoduje załamanie się linii życiowej i utratę poczucia sensowności świata. Według Janoff-Bulman [63] właśnie utrata poczucia sensu jest podstawowym efektem traumy.

Podatność ocalałych na zranienie

Już Niederland [64] zauważył okresy bezobjawowe u ocalałych z Holocaustu. Uznał to za ich cechę charakterystyczną, szczególnie zaś tych, którzy byli jedynymi ocalałymi

z rodziny. Uważał, że nadzieja na cudowne odnalezienie członków rodziny chroni ich przed objawami, szczególnie samooskarżeniami i poczuciem winy, że ocalili. Niektórzy badacze stwierdzają nawrót objawów związanych z traumą w wieku późniejszym [65, 66]. Zwiększająca się z wiekiem podatność na zranienie jest podnoszona w wielu badaniach oraz odnotowywana w obserwacjach klinicznych [20, 33, 67–70].

Wspomniano już o reaktywacji traumy na skutek doznawanych strat, ze szczególnym uwzględnieniem traumy separacji. Także inne wydarzenia wywołują wystąpienie u ocalałych objawów PTSD — zagrożenie życia chorobą [71, 72] czy wojną [31, 73], nasilenie się antysemityzmu [24, 44, 74]. Ważne jest rozumienie problemów ocalałych w kontekście ich doświadczeń z przeszłości. Choroba może być dla nich powtórzeniem sytuacji, w której niesprawność oznaczała pewną śmierć [68]. Hospitalizacja może być powtórzeniem doświadczenia zamknięcia w obozie i prowadzić do zaburzeń o charakterze zbliżonym do psychozy [75]. Inwazyjne procedury medyczne, w których pacjent traci kontrolę nad wydarzeniami, mogą także prowokować retraumatyzację [68]. Podobnie zmiana związana z większą zależnością od innych może dawać poczucie utraty kontroli nad swoim życiem i stać się przyczyną wystąpienia objawów PTSD [76]. Także w diagnozowaniu cięższych zaburzeń, takich jak psychozy [77] czy pseudodemencja [78], należy brać pod uwagę związek z wczesną traumą.

Poczucie winy u ocalałych

Za jeden z zasadniczych objawów u ocalałych zostało uznane poczucie winy [12, 64]. Hipoteza „winy ocalałego” początkowo zbudowana była na teorii identyfikacji z agresorem, sformułowanej przez Annę Freud. Uważała ona identyfikację z agresorem za jedną z najsilniejszych obron w radzeniu sobie z zagrożeniem [79]. Teoria ta w odniesieniu do ocalałych [11, 12, 80] zakłada, że w momencie traumy upokorzona ofiara nieświadomie inkorporuje część agresywną prześladowcy. W sytuacji całkowitej bezradności ofiary agresja ta nie może zostać z powrotem projektowana na prześladowcę, co prowadzi do zwrócenia się jej przeciw ofierze w formie poczucia winy.

Twórca psychoformacyjnej teorii zespołu stresu pourazowego — Lifton — badając ocalałych z Hiroszimy [81] uznał za źródło ich poczucia winy identyfikację ze zmarłymi. Lifton nie wiąże winy ocalałych z teorią identyfikacji z agresorem, ale uważa, że wina ocalałego spowodowana jest poczuciem uczestniczenia w totalnym załamaniu wartości i sensu [82]. Tak więc ocalali czują się winni ze względu na swoją identyfikację ze zmarłymi, a nie ze względu na psychiczną koluzję z przemocą.

Podobnie Niederland [64] w swoich późniejszych pracach nie wiąże już poczucia winy ocalałych z popędami agresywnymi, lecz podkreśla ich identyfikowanie się z ukochanymi zmarłymi. Uważa, że ocalenie nieświadomie postrzegane jest przez ocalałego jako zdrada zamordowanych bliskich. Wina ocalałego bywa też określana w tym kontekście jako wyobrażona wina [60, 83] oparta na fantazji o możliwości działania.

Poczucie winy u ocalałych jest interpretowane jako wyrzut sumienia, że przeżyli, kiedy cały świat żydowski zginął. Postawa społeczeństwa, które nie chciało słuchać o obozach, Holokauście, potęgowała izolację. Czynnikiem wzmagającym poczucie winy u ocalałych było podejrzenie ich o niemoralne czyny mające umożliwić im przetrwanie. Obecnie,

pomimo wspomnianego na początku zaostrzenia się objawów zespołu stresu pourazowego, poczucie winy u ocalałych zmniejszyło się w stosunku do okresu powojennego [84]. Można to wiązać między innymi ze zmianami w postawach społecznych wobec ocalałych.

Zastosowanie obowiązujących kryteriów diagnostycznych wobec ocalałych z Holocaustu

Wszystkie te obserwacje prowadzą do pytania, czy obowiązujące kryteria diagnostyczne w sposób wystarczający określają stan psychiczny osób, które doznały ekstremalnej traumy w dzieciństwie, a obecnie są w wieku starszym. Dane z literatury oraz doświadczenie terapeutyczne wskazuje, że kryteria PTSD są niewystarczające do określenia występujących u nich zaburzeń. Pewną próbę w tym zakresie stanowi wprowadzenie do międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 kategorii: „trwała zmiana osobowości po katastrofach (po przeżyciu sytuacji ekstremalnej)”. Jednakże kryteria takiej osobowości w dużym stopniu pokrywają się z kryteriami PTSD wg klasyfikacji DSM-III-R i DSM-IV. Opis zmian w osobowości zawiera w sobie objawy z grupy wycofania się, uczucia stałego zagrożenia oraz wyobcowania. Tak więc „osobowość potraumatyczna” pokrywa się w dużym stopniu z opisem przewlekłego zespołu stresu pourazowego.

Interesująca jest historia znikania kryterium „poczucia winy”, objawu uznanego w pewnym momencie za główny u ocalałych. Był on obecny w kryteriach PTSD w momencie wprowadzenia tego zespołu do diagnostyki w 1980 roku (DSM-III). W kolejnej edycji (DSM-III-R z 1987 roku) „poczucie winy” mieściło się w kategorii „skojarzone”, aby w końcu zniknąć z kryteriów PTSD w DSM-IV.

Jak już wspominałam, w pracach dotyczących ocalałych widoczna jest potrzeba opisu ich osobowości w kategoriach szerszych niż PTSD. I tak, Tauber [85] daje propozycję „osobowości złożonej” podkreślając obecność zranionego dziecka w osobowości dorosłego ocalałego.

Siła ocala

Innym kierunkiem jest krytyka podejścia „psychopatologicznego” ujmującego deficyty ocalałych. Podstawowym zarzutem jest pomijanie dynamiki objawów oraz koncentrowanie się na zaburzeniach, a nie na umiejętnościach przetrwania [86, 87]. Lomranz [87] proponuje uzupełnić pojęcie PTSD terminem PTSR (posttraumatic stress reaction) uwzględniającym nie tylko deficyty, ale także przystosowanie, możliwość rozwoju, mechanizmy radzenia sobie [86]. Jest to związane z wykazywaną w wielu badaniach grup nieklinicznych dobrą adaptacją ocalałych z Holocaustu, bez zaburzeń w zakresie funkcjonowania społecznego i zawodowego. Badania polskie pokazują, że ocalali funkcjonują często wyjątkowo dobrze, zdobywają wysokie wykształcenie i pozycję zawodową [24, 44]. Także w innych pracach dotyczących ocalałych podkreślany jest ich sukces w adaptacji do życia po Holokauście [23, 25, 26, 88–92]. W badaniach ocalali wykazują wysoką motywację do osiągnięcia sukcesu, interpretowaną czasami jako lęk przed porażką [93]. Inną interpretacją dużych sukcesów społecznych ocalałych jest widzenie ich w kontekście mechanizmu radzenia sobie z poczuciem winy — wypełnianie testamentu tych, którzy zginęli [94], nadawanie sensu swojemu życiu, gdy inni nie przeżyli [30]. Ocalali w porównaniu z innymi grupami

mają wyjątkowe zdolności dawania sobie rady oraz są wyjątkowo dobrze przystosowani społecznie [95].

Także „odczuwanie pustki lub beznadziejności”, stanowiące jedno z kryteriów zmiany osobowości według ICD-10, a w DSM „poczucie braku perspektyw na przyszłość”, nie znajduje potwierdzenia w badaniach nad ocalałymi. Wg badań [25] ocalali bardziej niż grupa porównawcza wierzą, że istnieje sprawiedliwość na świecie, człowiek może wpływać i kontrolować rzeczywistość, szczęście odgrywa ważną rolę w życiu. Można to interpretować jako przejaw kompensacji poważnie naruszonego poczucia bezpieczeństwa albo jako rzeczywisty proces zdrowienia ocalałych z Holokaustu.

Podsumowanie

Reasumując, wydaje się, że kryteria PTSD są dobrze przystosowane do oceny „świeżej” traumy. Wskazuje na to np. niższy poziom PTSD u ocalałych w porównaniu z psychiatrycznie leczonymi pacjentami, którzy doznali traumy w ostatnim okresie [25]. W traumie dawnej podstawową rolę wydają się pełnić czynniki związane z jej specyfiką (np. problemy separacyjne i dotyczące tożsamości, z którymi borykają się ocalali z Holokaustu), retraumatyzacja rozumiana jako pojawianie się objawów PTSD w sytuacji stresu oraz poczucie winy. Interesujące jest, że te cechy zbliżają ocalałych do profilu psychopatologicznego ich dzieci, którego cechami jest: predyspozycja do PTSD, trudność w procesie separacji-indywiduacji, mieszanina elastyczności i nadwrażliwości w radzeniu sobie ze stresem [96–98].

Obowiązujące kryteria diagnostyczne nie są wystarczające nie tylko wobec ocalałych z Holokaustu. Wspomniana już Judith Herman [42] na podstawie doświadczeń pracy terapeutycznej z ofiarami przemocy rodzinnej także podkreśla konieczność poszerzenia definicji PTSD. Pomimo kolejnych zmian nazewnictwa i wyraźnych prób rozwiązania tego problemu, jak wprowadzenie do klasyfikacji przewlekłego zespołu stresu pourazowego czy osobowości potraumatycznej, kryteria diagnostyczne nie oddają rzeczywistej „złożoności” efektów traumy. Ta nieadekwatność obowiązujących kryteriów diagnostycznych w szczególności dotyczy osób, które doznały ekstremalnej traumy we wczesnych okresach rozwojowych, a obecnie są osobami dorosłymi.

Dyskusja nad traumą toczy się pomiędzy biologiczną teorią, traktującą efekt wydarzenia traumatycznego jako rzeczywisty ślad w mózgu, a teorią humanistyczną, w której istotny jest możliwie pełny — społeczny i osobisty, kontekst doświadczenia [99].

Próby wyjaśnienia zjawisk psychicznych u osób narażonych na traumę Holokaustu, jak na przykład „wina ocalałego”, pomagają zrozumieć dynamikę przeżyć u innych, obarczonych traumą [100]. Badania nad ocalałymi z Holokaustu pozwalają także zrozumieć potrzeby innych grup doświadczających prześladowań rasowych bądź politycznych. Wskazują na kierunki właściwej interwencji wobec poszkodowanych. Kluczowe okazuje się wsparcie społeczne, dostęp do opieki psychiatrycznej i psychologicznej, uwzględnianie różnic związanych z płcią oraz specjalna troska o dzieci [101, 102].

Trauma dotyka różnych obszarów życia tak więc interwencja także musi być kompleksowa [76]. Osobom, u których spowodowała ona zaburzenia psychiczne, konieczne jest udzielanie opieki psychologicznej i psychiatrycznej. Należy uwzględnić tożsamość

ocalałych — różnice kulturowe, różnice związane z płcią. Ze względu na wpływ traumy na relacje rodzinne konieczna jest ocena i interwencja uwzględniająca kontekst systemowy i międzypokoleniowy. Istotne jest myślenie o poszkodowanych jako o osobach mających mocne strony, zachęcanie ich do uczestnictwa w życiu społecznym i przejmowania kontroli nad swoim życiem („empowerment”). Doświadczenie Holokaustu uczy także, że — aby uniknąć „zmowy milczenia” — ważne jest upublicznianie tej zbrodni, danie głosu tym, którzy przeżyli.

Piśmiennictwo:

1. Wieland-Burston J. The deception of Holocaust research in the word of psychology. *J. Analyt. Psychol.* 2005; 50: 503–519.
2. Fossion P, Rejas MC, Servias L, Pelc I, Hirsch S. Family approach with grandchildren of Holocaust survivors. *Am. J. Psychother.* 2003; 57: 519–527.
3. Gross JT. Strach. Antysemityzm w Polsce tuż po wojnie. Historia moralnej zapaści. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2008.
4. Gross JT. Sąsiedzi. Historia zagłady żydowskiego miasteczka. Sejny: Pogranicze; 2000.
5. Krystal H. Massive psychic trauma. New York: International Universities Press; 1968.
6. Kestenberg M. Discriminatory aspects of the German indemnification policy: a continuation of persecution. W: Bergman MS, Jucovy ME, red. *Generations of the Holocaust*. New York: Basic Books; 1982, s. 63–77.
7. Kahana B, Harel Z, Kahana E. Clinical and gerontological issues facing survivors of the Nazi Holocaust. W: Marcus P, Rosenberg A, red. *Healing their wounds: psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. Westport: Praeger; 1989, s. 197–211.
8. Almagor M, Leon GR. Transgenerational effects of the concentration camp experience. W: Marcus P, Rosenberg A, red. *Healing their wounds: psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. Westport: CT: Praeger; 1989, s. 183–195.
9. Orenstein A. Survival and recovery. *Psychoanal. Inq.* 1985; 5: 99–130.
10. Hogman F. Trauma and identity through two generations of the Holocaust. *Psychoanal. Rev.* 1998; 85: 551–578.
11. Bettelheim B. Individual and mass behavior in extreme situation. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 1943; 38: 417–451.
12. Niederland W. Clinical observation on the „survivor syndrome”. *Int. J. Psycho-Anal.* 1968; 49: 313–315.
13. Kijak M, Funtowicz S. The syndrome of survivor of extreme situation: definitions, difficulties, hypotheses. *Int. Rev. Psychoanal.* 1982; 9: 25–33.
14. Chodoff P. Late effect of the concentration camp syndrome. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1963; 8: 323–333.
15. Eitinger L. *Concentration camp survivors in Norway and Israel*. Oslo: Oslo University Press; 1964.
16. Simenauer E. Late psychic sequels of man-made disaster. *Inter. J. Psychoanal.* 1968; 49: 306–309.
17. Matussek P. Late symptomatology among former concentration camp inmates. W: Arieti S, red. *The world biennial of psychiatry and psychotherapy*. New York: Basic Books; 1971.
18. Dasberg H. Child survivors of the Holocaust reach middle age: psychotherapy of late grief reactions. *J. Soc. Work Policy Israel* 1992; 5–6: 71–83.

19. Lempp R. Delayed and long-term effects of persecution suffered childhood and youth. *Echoes Hol.* 1995; 4: 30–35.
20. Danieli Y. *Therapists' difficulties in treating survivors of the Nazi Holocaust and their children.* New York: New York University; 1981.
21. Herman J. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J. Traum. Stress* 1992; 5: 377–391.
22. Keilson H. *Sequential traumatization in children.* Jerusalem: Magnes Press; 1979/1992.
23. Krell R. Child survivors of the Holocaust — strategies of adaptation. *Can. J. Psychiatr.* 1993; 38: 384–389.
24. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Pietruszewski K. Psychospołeczne następstwa Holokaustu u osób ocalonych i żyjących w Polsce. *Psychiatr. Pol.* 1994; 1: 91–112.
25. Cohen M, Brom D, Dasberg H. Child survivors of the Holocaust: symptoms and coping after fifty years. *Isr. J. Psychiatr. Relat. Sc.* 2001; 38: 3–12.
26. Robinson S, Rebaudengo-Rosca P, Rapaport M. Late effects of massive psychic trauma. Holocaust survivors 50 years later. *Minerva Psychiatr.* 1993; 34: 57–63.
27. Suedfeld P, Paterson H, Krell R. Holocaust survivors and the world of work. *J. Gen. Res.* 2005; 7: 243–254.
28. Breiner SJ. Children in and outside the concentration camp. *J. Psychohist.* 1996; 23: 415–426.
29. Mazor A, Mendelsohn Y. Spouse bereavement processes of Holocaust child survivors: Can one differentiate a black frame from a black background? *Contem. Fam. Ther. Intern. J.* 1998; 20: 79–91.
30. Moskovitz S, Krell R. Child survivors of the Holocaust: Psychological adaptation to survival. *Isr. J. Psychiatr. Rel. Sc.* 1990; 27: 81–91.
31. Robinson S, Rapaport-Bar-Sever M, Rapaport J. The present state of people who survived the Holocaust as children. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89: 242–245.
32. Tauber Y, van der Hal E. Transformation of perception of trauma by child survivors of the Holocaust in group therapy. *J. Cont. Psychother.* 1997; 27: 157–171.
33. Dasberg H. Adult child survivor syndrome on deprived childhoods of aging Holocaust Survivors. *Isr. J. Psychiatr. Relat. Sci.* 2001; 38: 13–26.
34. Amir M, Lev-Wiesel R. Time does not heal all wounds: quality of life and psychological distress of people who survived the Holocaust as children 55 years later. *J. Trauma Stress* 2003; 16: 295–299.
35. Trappler B, Cohen C, Tullo R. Impact of early life trauma in later life: depression among Holocaust survivors 60 years after liberation of Auschwitz. *Am. J. Ger. Psychiatr.* 2007; 15: 79–83.
36. Lev-Wiesel R, Amir M. Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, personal resources, and quality of life in four groups of Holocaust child survivors. *Fam. Process* 2000; 39: 445–459.
37. Shmotkin D, Lomranz J. Subjective well-being among Holocaust survivors: an examination of overlooked differentiations. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1998; 75: 141–155.
38. Van der Kolk BA. *The body keeps the score: approaches to the psychobiology of post traumatic stress disorder.* W: Van der Kolk B, Mc. **Farlane A, Weisaeth L, red. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society.** New York: Guilford Press; 1996, s. 214–242.
39. Terr LC. Childhood traumas: An outline and overview. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 10–20.

40. Krupnick JL, Green BL, Stockton P, Goodman L, Corcoran C, Petty R. Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: Exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry* 2004; 67: 264–279.
41. Zlotnick C, Zakirski AL, Shea MT, Costello E, Begin A, Pearlstein T. The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *J. Traum. Stress* 1996; 9: 195–205.
42. Herman JL. Podatność na zranienie i odporność. W: *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998, s. 68–72.
43. Hass A. Survivor Guilt in Holocaust Survivors. W: Lemberger J, red. *A global perspective on working with Holocaust survivors and the second generation*. Jerusalem: JDC; 1995, s. 163–184.
44. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Pietruszewski K, Czaplak E, Izdebski R, Kamińska M. Psychosocial effects of the Holocaust on survivors and the second generation in Poland: preliminary report W: Lemberger J, red. *A global perspective on working with Holocaust survivors and the second generation*. Jerusalem: JDC; 1995, s. 205–242.
45. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Pietruszewski K, Czaplak E, Izdebski R, Kamińska M. The psychosocial effects of the Holocaust on Jewish survivors living in Poland. *Echoes Holoc.* 1997, 5: 3–13.
46. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Kamińska M. Refleksje nad psychoterapią ocalałych z Holocaustu. *Psychoter.* 1997; 2: 71–74.
47. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Kamińska M, Szwajca K, Prot K, Biedka Ł. Die Therapie der Folgen des Holocaust-Traumas. *Sozialpsychiatr. Inform.* 2004; 1: 22–24.
48. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Kamińska M, Szwajca K, Prot K, Biedka Ł. Holocaust w piśmiennictwie polskim. W: Bilikiewicz A, Rybakowski J, red. *Psychiatria w Polsce*. Gdańsk: Via Medica; 2002, s. 83–110.
49. Prot-Herczyńska K. Problemy psychologiczne osób ocalałych z Holocaustu i ich dzieci. *Psychoter.* 1997; 3: 27–32.
50. Prot K. Późne skutki wczesnej traumy — podobieństwa i różnice pomiędzy „dziećmi Holocaustu” a „Sybirakami”. *Psychoter.* 1999; 1: 5–10.
51. Zilberfein F. Children of Holocaust survivors: separation, obstacles, attachments and anxiety. *Soc. Work. Health Care* 1996; 23: 35–55.
52. Bowlby J. Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanal. Study Child* 1960; 6: 9–52.
53. Bowlby J. Attachment and loss. Vol.1; Attachment. London: Hogarth Press; 1969/1982.
54. Bowlby J. Attachment and loss. Vol.2; Separation and Anger. New York: Basic Books; 1973.
55. Cohen E, Dekel R, Solomon Z. Long-term adjustment and the role of attachment among Holocaust child survivors. *Person. Individ. Differ.* 2002; 33: 299–310.
56. Cohen E, Dekel R, Solomon Z, Lavie T. Posttraumatic stress symptoms and fear of intimacy among treated and non-treated survivors who were children during the Holocaust. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2003; 38: 611–617.
57. Westin C. Self-reference, consciousness and time. W: Jacobson-Widding A, red. *Identity. Personal and socio-cultural*. New York: Academiae Upsaliensis Humanities Press; 1983, s. 93–110.
58. Harre R. Identity projects. W: Breakwell GM, red. *Threatened identities*. London: John Wiley and Sons Ltd; 1983, s. 31–51.
59. Freud Z. *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: PWN; 1920/1976.
60. Lifton RJ. From Hiroshima to the Nazi doctors: The evaluation of psychoformative approaches to understanding traumatic stress syndromes. W: Wilson JP, Raphael B, red. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press; 1993, s. 11–24.

61. Langer L. Holocaust testimonies. The ruins of memory. New Haven and London: Yale University Press; 1991.
62. Tajfel H, Turner JC. The social identity theory of intergroup behavior W: Worchel S, Austin WG, red. Psychology of intergroup relations. Chicago: Nelson-Hall; 1986.
63. Janoff-Bulman R. The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. *J. Soc. Clin. Psychol.* 1989; 8: 158–175.
64. Niederland W. The survivors syndrome: further observations and dimensions. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1981; 29: 413–425.
65. Kahana B. Later-life adaptation in the aftermath of extreme stress. W: Wykle ML, Kahana E, Kowal J, red. Stress and health among the elderly. New York: Springer; 1992, s. 151–171.
66. Nadler A, Ben-Shushan D. Forty years later: long-term consequences of massive traumatization as manifested by Holocaust survivors from the city and the kibbutz. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1989; 57: 287–293.
67. Safford F. Aging stressors for Holocaust survivors and their families. *J. Gerontol. Soc. Work* 1995; 24: 131–153.
68. Danieli Y. As survivors age: an overview. *J. Geriatr. Psychiatry* 1997; 30: 9–26.
69. Dasberg H, Bartura J, Amit Y. Narrative group therapy with aging child survivors of the Holocaust. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sc.* 2001; 38: 27–35.
70. Grossman AB, Levin BE, Katzen HL, Lechner S. PTSD symptoms and onset of neurologic disease in elderly trauma survivors. *J. Clin. Experim. Neuropsychol.* 2004; 26: 698–705.
71. Baider L, Peretz T, Kaplan DeNour A. Effect of the Holocaust on coping with cancer. *Soc. Sc. Med.* 1992; 34: 11–15.
72. Hantman S, Solomon Z. Recurrent trauma: Holocaust survivors cope with aging and cancer. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2007; 42: 396–402.
73. Solomon Z, Prager E. Elderly Israeli Holocaust survivors during the Persian gulf war: a study of psychological distress. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 1707–1710.
74. Eaton W, Sigal J, Weinfeld M. Impairment in Holocaust survivors after 33 years: data from an unbiased community sample. *Am. J. Psychiatry* 1982; 139: 773–777.
75. Levine J. Working with victims of persecution: lessons from Holocaust survivors. *Soc. Work* 2001; 46: 350–360.
76. Busuttill W. Presentation and management of post traumatic stress disorder and the elderly: a need for investigation. *Int. J. Geriatr. Psychiatr.* 2004; 19: 429–439.
77. Gurian BS, Wexler D, Baker EH. Late-life paranoia: possible association with early trauma and infertility. *Int. J. Geriatr. Psychiatr.* 1992; 7: 277–284.
78. Yehuda R, Elkin A, Binder-Brynes K, Kahana B, Southwick S.M, Schmeidler J. Dissociation in aging Holocaust survivors. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 935–940.
79. Freud A. Ego i mechanizmy obronne. Warszawa: PWN; 1936/ 2004.
80. Krystal H, Niederland W. Clinical observation on the survivors syndrome. W: Krystal H, red. Massive psychic trauma. New York: International Universities Press; 1968.
81. Lifton RJ. Death in life: survivors of Hiroshima. New York: Simon and Shuster; 1967
82. Lifton RJ. The broken connection. New York: Simon and Shuster; 1979.
83. Danieli Y. Psychotherapists participation in the conspiracy of silence about the holocaust. *Psychoanal. Psychol.* 1984; 1: 23–42.
84. Robinson S, Adler I, Metzger SA. Comparison between elderly Holocaust survivors and people who survived the Holocaust as children. *Echoes Holoc.* 1995; 4: www.holocaustechoes.com

85. Tauber Y. The traumatized child and the adult: compound personality in child survivors of the Holocaust. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sc.* 1996; 33: 228–37
86. Berger D. The survivor syndrome: A problem of nosology and treatment. *Am. J. Psychother.* 1977; 31: 238–251.
87. Lomranz J. The skewed image of the Holocaust survivor and the vicissitudes of psychological research. *Echoes of the Holocaust* 2000; 6: www.holocaustechoes.com
88. Leon GR, Butcher JN, Kleinman M, Goldberg A, Almagor M. Survivors of the Holocaust and their children: Current status and adjustment. *J. Person. Soc. Psychol.* 1981; 41: 503–516.
89. Kestenberg J. Child survivors of the Holocaust — 40 years later. *J. Amer. Acad. Child Psychiatr.* 1985; 24: 408–409.
90. Shanan J. Surviving the survivors: Late personality development of Jewish Holocaust survivors. *Int. J. Ment. Health* 1989; 17: 42–71.
91. Harel Z, Kahana B, Kahana E. Psychological well-being among Holocaust survivors and immigrants in Israel. *J. Traum. Stress* 1993; 1: 413–429.
92. Joffe CF, Brodaty H, Luscombe G, Ehrlich F. The Sydney Holocaust study: posttraumatic stress disorder and other psychosocial morbidity in an aged community sample. *J. Traum. Stress* 2003; 16: 39–47.
93. Cohen M, Brom D, Dasberg H. Child survivors of the Holocaust: symptoms and coping after fifty years. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sc.* 2001; 38: 3–12.
94. Robinson S, Rapaport J, Durst R, Rapaport M, Rosca P, Metzger S, Zilberman L. The late effects of Nazi persecution among elderly Holocaust survivors. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 82: 311–315.
95. Carmil D, Brenzintz S. Personal trauma and world view; Are extremely stressful experiences related to political attitudes, religious beliefs and future orientations? *JTS* 1991; 4: 393–405.
96. Baider L, Peretz T, Hadani PE, Perry S, Avramov R, deNour AK. Transmission of response to trauma? Second-generation Holocaust survivors' reaction to cancer. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 904–910.
97. Baider L, Goldzweig G, Ever-Hadani P, Peretz T. Breast cancer and psychological distress: mothers' and daughters' traumatic experiences. *Supportive Care In Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2008; 16: 407–414.
98. Kellerman NP. Psychopathology in children of Holocaust survivors: a review of the research literature. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sc.* 2001; 38: 36–46.
99. Leys R. *Trauma: A genealogy*. Chicago: The University of Chicago Press; 2000.
100. Hill JL, Zadura AJ. Self blame attribution and unique vulnerability as predictors of post rape demoralization. *J. Soc. Clin. Psychol.* 1989; 8: 368–375.
101. De Zulueta F. The treatment of psychological trauma from the perspective of attachment research. *J. Fam. Ther.* 2006; 28: 334–351.
102. Sternberg M, Rosenbloom M. „Lost childhood” — lessons from the Holocaust: Implications for adult adjustment. *Child Adolesc. Soc. Work J.* 2000; 17: 5–17.

Adres: Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN
02-957 Warszawa, Sobieskiego 9
kprot@ipin.edu.pl