

PSYCHOTERAPIA 1 (152) 2010

strony: 25–35

Katarzyna Prot<sup>1</sup>, Łukasz Biedka<sup>2</sup>, Krzysztof Sz wajca<sup>3</sup>, Kazimierz Bierzyński<sup>4</sup>,  
Ewa Domagalska<sup>5</sup>, Ryszard Izdebski<sup>6</sup>

## PSYCHOTERAPIA GRUPOWA OCALAŁYCH Z HOLOCAUSTU — DOŚWIADCZENIA WŁASNE\*

### GROUP PSYCHOTHERAPY OF HOLOCAUST SURVIVORS — AUTHORS' OWN EXPERIENCE

<sup>1</sup>Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN

Kierownik: dr med. Katarzyna Prot

<sup>2</sup>Praktyka prywatna

<sup>4</sup>Katedra Psychoterapii UJ CM

p. o. kierownika: doc. dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

<sup>5</sup>Zespół Szkół Specjalnych nr 2 w Krakowie

Dyrektor: mgr Ewa Domagalska

<sup>3</sup>Katedra Psychiatrii UJ CM

<sup>6</sup>Zespół Hospitalizacji Domowej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

*Autorzy artykułu, w oparciu o ponad 14-letnie doświadczenia pracy z grupami ocalałych z Holocaustu, prezentują szeroki zakres zagadnień obecnych w procesie psychoterapii tych osób. Realizowany program ma swój początek w badaniach naukowych dotyczących następstw Holocaustu u ocalałych i ich dzieci prowadzonych przez zespół pod kierownictwem prof. Marii Orwid, która była również inicjatorką terapii indywidualnej i grupowej osób ocalałych z Holocaustu.*

#### **Holocaust group psychotherapy**

**Summary:** The psychotherapy of children of survivors of the Holocaust is conducted in Poland within the framework of a programme led by professor Maria Orwid. Such group psychotherapy is conducted in intensive courses of 3 days, 6 hours a day in meetings held two or three times a year, and takes in around 60 people. One of the basic goals of psychotherapy is to restore the destroyed connection between the present and the past and make the survivors aware of their strengths allowing them to survive. These people need psychotherapeutic intervention helping them to change their self-perception, and replace their self-image of a weak and helpless person into that of someone strong who managed to survive the worst. The power of group psychotherapy lies in survivors' common experiences giving them a sense of being understood, and facilitating their acceptance of interpretations proposed by other group members. Besides, it is the reverse of the trauma situation where the survivors were in isolation. In survivor psychotherapy the therapist is painfully confronted with a sense of helplessness and with questions about possibilities and boundaries of psychotherapy, with existential problems — possibility of a life after the loss of one's world and leaving the world regained.

---

\* Poprzednia (krótsza) wersja tego artykułu pt. „Psychoterapia grupowa ocalałych z Holocaustu” ukazała się w Biuletynie Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów” 2009; 9: 17–24.

## Wstęp

Pierwsze doniesienia dotyczące problemów psychologicznych ocalałych z Holocaustu pochodzą z lat 60. [1–5], a pierwsze badania nad ocalałymi były przeprowadzone w latach 70. i 80. [6, 7]. Dostrzeżenie ocalałych z Holocaustu jako odrębnej grupy potrzebującej pomocy terapeutycznej dało impuls do opracowania w latach 80. trzech podstawowych antologii zawierających doświadczenia pracy indywidualnej i grupowej z ocalałymi oraz z ich rodzinami [8, 9, 10]. Pierwsze dwie oparte były przede wszystkim na paradygmacie psychoanalitycznym, trzecia włącza inne podejścia terapeutyczne i odnosi się do problemów specyficznie związanych z katastrofą Holocaustu. Pierwsze badania nad ocalałymi podkreślały przede wszystkim patologię, kolejne natomiast opisują ocalałych od strony ich siły, zdolności przetrwania oraz możliwości powrotu do życia po traumie. Odnosi się to także do poszczególnych objawów. Na przykład złość ocalałego można widzieć w kategoriach patologicznej wybuchowości związanej z PTSD lub, jak Ornstein [11], jako adaptacyjną obronę przed bezradnością. Podobna ewolucja dotyczy myślenia na temat poczucia winy ocalałego — od kompulsywnej, samooskarżającej się winy neurotyków do kreatywnego uczucia prowadzącego do zmiany — poczucia winy, które może zmieniać ból w odpowiedzialność [12]. „Moralna wina” jest doświadczeniem adaptacyjnym, której przepracowanie pozwala zobaczyć swoje ograniczenia [13].

Podobnie zmieniało się podejście terapeutyczne do ocalałych. Zwolennicy „zespołu ocalałego” nie wierzyli w możliwość psychoanalitycznej terapii, uważając, że trauma spowodowała nieodwracalne zmiany w osobowości ocalałych, a także, że bronią się oni przed bólem powtórzenia w terapii regresji z okresu Holocaustu [14]. Rozumienie ocalałych w kontekście psychologii self, widzenie ich nie jako odrębnych „uszkodzonych” jednostek, ale w szerszym kontekście rodzinnym i społecznym, dostrzeżenie roli „narracji” zmieniło cele i oczekiwania wobec ich terapii, dając im od końca lat 70. także możliwość korzystania z psychoterapii grupowej.

Myślenie o „sile ocalałych” z Holocaustu zbiega się z podejściem terapeutycznym grup doświadczających innego rodzaju traumy — podejściem od strony zdrowia, a nie choroby (teoria salutogenezy), a także z dostrzeganiem „zdrowej części” osób chorujących. Teoria „umacniania” znajduje zastosowanie zarówno wobec osób narażonych na traumę, jak i wobec osób z doświadczeniem psychozy.

Celem tej pracy jest opis wieloletnich doświadczeń autorów prowadzących psychoterapię grupową ocalałych z Holocaustu.

## Opis grupy

Osoby objęte przez nas terapią stanowią pod względem identyfikacji społecznej specyficzną grupę. Pochodzą z reguły z zasymilowanych rodzin żydowskich i kontaktom swoich rodzin z Polakami zawdzięczają przetrwanie. Posiadanie podwójnej, polsko-żydowskiej, tożsamości powstrzymało ich przed emigracją po wojnie oraz w 1968 roku. Będąc często jedynymi ocalałymi z rodziny szukają osób o podobnych doświadczeniach. Potrzeba ta doprowadziła do powstania w 1991 roku Stowarzyszenia „Dzieci Holocaustu”. „Dzieci Holocaustu” to osoby pochodzenia żydowskiego, które w wieku dziecięcym przeżyły przynajmniej część wojny na terenach objętych Zagładą.

Program dotyczący leczenia następstw traumy Holocaustu rozpoczął się w 1990 r. i był, po długiej przerwie, kontynuacją wcześniejszego programu poświęconego syndromowi poobozowemu u byłych więźniów Oświęcimia prowadzonego przez klinikę krakowską [15–19]. Początek programu dotyczącego następstw Holocaustu u ocalałych i ich dzieci stanowią badania naukowe krakowskiej części zespołu pod kierownictwem prof. Marii Orwid [20, 21]. Od 1995 r. z inicjatywy prof. Marii Orwid rozpoczęliśmy terapię indywidualną, a następnie grupową osób ocalałych z Holocaustu.

Psychoterapia grupowa odbywa się w trybie maratonowym — 3 dni, 6 godzin terapii dziennie, w czasie spotkań wyjazdowych dwa, trzy razy w roku. Jest nią objętych około 80 osób. Każdorazowo na spotkaniu jest 50–60 osób pracujących w czterech grupach. Nie było żadnej kwalifikacji do grup. W okresie formowania się pierwszych grup ówczesny prezes Stowarzyszenia „Dzieci Holocaustu” uznał, że każdy członek stowarzyszenia ma prawo korzystać z psychoterapii. Ideę tę poparła Maria Orwid. Wydaje się, że było to związane z niemożliwością, po doświadczeniu wojny, przeprowadzania wśród ocalałych „selekcji” lub „wyłączania” kogoś z grupy. Rezultatem jest skład grup — są osoby stanowiące stałą część grupy, obecne na prawie każdym spotkaniu, ale na prawie każdym spotkaniu są też nowe osoby. Także pod względem poziomu zaburzeń członkowie grup reprezentują pełne spectrum — od poziomu psychotycznego, poprzez częsty w grupie osób straumatyzowanych poziom borderline do poziomu neurotycznego. Zdarza się, że uczestnicy grup z różnych przyczyn rezygnują z terapii, coraz częściej ktoś z grupy umiera. Na przestrzeni 14 lat terapii grupowej jeden terapeuta odszedł z zespołu, trzy osoby dołączyły. W 2009 roku zmarła profesor Maria Orwid i jej grupę przejął psychoterapeuta prowadzący poprzednio superwizję zespołu.

### **Problemy psychologiczne ocalałych na podstawie doświadczeń pracy grupowej**

Problemy psychologiczne ocalałych, wynikające z badań, zostały opisane w oddzielnym opracowaniu [22]. Te, z którymi zetknęliśmy się w naszej pracy terapeutycznej są zgodne z opisywanymi przez badaczy i terapeutów zajmujących się psychologicznymi konsekwencjami Zagłady. Tematy poruszane przez uczestników w grupach to samotność, poczucie izolacji i trudność w kontaktach z innymi ludźmi, w tym także z najbliższymi. W odniesieniu do bliskich problemy stwarzają nie tylko zaburzenia w komunikacji, ale także poczucie „zamrożenia” emocjonalnego — trudności w dawaniu i przyjmowaniu uczuć. Uczucie samotności związane jest z niemożnością wypełnienia pustki po stratach doznanych podczas Zagłady.

Ważnym tematem są lęki o bliskich, o zdrowie, o dzieci oraz specyficzne dla tej grupy lęki związane z reaktywowaniem traumy. Czasem z pozoru błahe wydarzenia polityczne czy wypowiedzi publiczne bądź prywatne o charakterze antysemitycznym budzą uczucie paniki i pogłębiają poczucie izolacji. Innym czynnikiem powodującym aktywację traumatycznych wspomnień są naturalne dla wieku ocalałych uczestniczących w terapii straty życiowe (śmierć bliskich, emerytura, utrata sprawności, zdrowia). Ten właśnie czynnik — wchodzenie w wiek strat reaktywujących traumę — uważany jest za decydujący dla podejmowania przez ocalałych psychoterapii [23].

Kolejny ważny temat to tajemnica żydowskiego pochodzenia oraz tajemnica Holocaustu. Pod tym względem grupy nie są jednorodne, podobnie jeśli chodzi o wiek uczestników.

Część z nich przeżyła wojnę świadomie — zdawała sobie sprawę z zagrożenia, czasami czuła się odpowiedzialna za innych. Ci, którzy w czasie wojny byli małymi dziećmi, mają często fragmentaryczne wspomnienia. Dowiedzieli się o historii własnej i swojej rodziny w wieku późniejszym, czasem już jako dorośli. Powtarzającym się wątkiem jest zestawienie doświadczeń traumy osób, które pamiętają Zagładę, z tęsknotą za bliskimi tych, którzy nie mają nawet wspomnień.

W początkowym etapie terapii obserwowaliśmy rodzaj konkurencji w cierpieniu pomiędzy osobami, które urodzone przed wojną, pamiętały ten okres, i tymi, które, urodzone tuż przed wojną lub podczas niej, takich wspomnień nie miały. W tej drugiej grupie są także osoby, które straciwszy całą rodzinę nie są w stanie odtworzyć ani okoliczności przetrwania, ani przedwojennego życia rodziny. Wydaje się, że na początku uczestnicy ulegali stereotypowej opinii, że jak ktoś nie pamięta, to „ma lepiej”. Z czasem zobaczyli trudność życia bez wielopokoleniowych wspomnień rodzinnych, trudność bycia „znikąd”. Ważnym tematem są problemy z tożsamością — w różnych kontekstach powraca pytanie „kim jestem?”, ostatnio także w tym ostatecznym: „na jakim cmentarzu będę pochowany?”.

### **Cel psychoterapii**

Główny cel psychoterapii ocalałych ujmowany jest często jako odtworzenie ciągłości pomiędzy przedwojenną przeszłością a teraźniejszością. Część terapeutów pracujących z ocalałymi uważa, że są oni w stanie powrócić do swojego przedwojennego poziomu funkcjonowania ego. Trudność w psychoterapii osób „bez przeszłości” polega na niemożności odbudowania takiej ciągłości [11].

We wspomnieniach osób ocalałych częsty jest motyw przedwczesnej odpowiedzialności za swoje życie. Podjęcie tej odpowiedzialności, radzenie sobie w ekstremalnie trudnych sytuacjach daje możliwość przetrwania. Jest to siła ocalałych, której często nie dostrzegają. Zewnętrzny wyraz tej siły, na przykład sukcesy w sytuacjach społecznych, traktują jako coś pozornego, czasami barierę, która ma ich chronić przed światem. Natomiast swoje rzeczywiste „ja” widzą jako słabe i nieporadne. Jednym z zasadniczych celów psychoterapii jest odbudowa self — przeformułowanie negatywnej wizji życia, pokazanie zarówno tego dobrego, co w życiu ocalałego się wydarzyło, jak i siły, która umożliwiła przetrwanie. Osoby te wymagają pomocy psychoterapeutycznej, ukierunkowanej na zmianę obrazu siebie z osoby słabej i bezradnej na osobę silną, która przetrwała najgorsze.

### **Żydowskie pochodzenie i trauma jako tajemnica i tabu**

Prawie wszyscy poddani terapii ukrywali żydowską historię rodziny przed swoimi dziećmi aż do osiągnięcia przez nie wieku, który uznali za „odpowiedni”, według nich to wiek, w którym dziecko będzie umiało samo się ukrywać. Rodzice boją się, że poczują się ono „inne” — upokorzone, odrzucone, projektują swoje lęki i obawy czasem w formie ekstremalnej, związanej z doświadczeniem wojennym. Część uczestników terapii rozpoczynając swój udział w spotkaniach ukrywała nadal swoje pochodzenie przed dorosłymi już dziećmi. W innych rodzinach, w których mówi się o żydowskich korzeniach, nadal panuje milczenie dotyczące przeżyć okresu wojny. Można przyjąć, że zgodnie z klasyfikacją Danielego [24] ich funkcjonowanie reprezentuje typ „rodzin ofiar”, w których

atmosferę rodzinną charakteryzuje depresja, zamartwianie się, brak ufności i lęk przed światem zewnętrznym oraz symbiotyczne przywiązanie do rodziny. Rodziny żyją w lęku przed kolejnym Holocaustem, co powoduje katastroficzną reakcję na zwykłe wydarzenia dnia codziennego. Somatyzacja stanowi nieświadomą ekspresję żałoby i złości, sprzyja także kontrolowaniu członków rodziny i manipulowaniu nimi. Świat zewnętrzny jest niebezpieczny, a w wewnętrznym świecie nie ma granic. Nadopiekuńczość dzieci wobec rodziców i nadmierne włączanie się rodziców w życie dzieci ograniczają ich relacje z osobami spoza rodziny.

Milczenie w polskich rodzinach żydowskich można uznać także za część ciszy wokół Holocaustu panującej przez wiele lat na całym świecie — tzw. zmowy milczenia [25]. Większość uczestników w toku terapii podjęła decyzję o „ujawnieniu się”, przynajmniej na gruncie rodzinnym. Mogły na to wpłynąć relacje innych członków grupy na temat tego, jak ich dzieci przyjęły informację o swoim pochodzeniu. Reakcje były różne, ale nie sprawdziły się obawy przed odrzuceniem w ramach rodziny i prześladowaniem przez świat zewnętrzny.

### Dynamika procesu grupowego

W pierwszym etapie terapii grupy miały w dużej mierze charakter „narracyjny”. Członkowie grupy opowiadali o swoich doświadczeniach wojennych. Towarzyszyły temu bardzo silne emocje. Często powtarzały się sformułowania: „nigdy nie mówiłem tego w ten sposób”, „po raz pierwszy opowiadałem w całości moją historię”. Na tym etapie podstawową funkcją terapeuty i grupy było kontenerowanie bardzo intensywnych uczuć bólu, wstydu, złości. Podobnie jak ujął to Danieli w koncepcji „zmowy milczenia”, osoby mające za sobą leczenie psychiatryczne bądź psychoterapię często nie odważały się mówić o swoich doświadczeniach wojennych z obawy, że nie zostaną zrozumiane [25]. Obecnie coraz częściej problemem poruszonym podczas spotkań jest starość, obawa przed niesprawnością, śmierć. W tle jednak jest cień Holocaustu, który sprawia, że śmierci nie postrzega się w kategoriach naturalnego odchodzenia, ale brutalnej separacji.

Tradycją grup jest rozpoczynanie spotkań „rundki” — każdy uczestnik ma okazję powiedzieć, co wydarzyło się ostatnio, „z czym przyjechał”. Ze względu na długie przerwy pomiędzy spotkaniami i stosunkowo krótki okres samej terapii istotne jest zminimalizowanie ryzyka pominięcia istotnego wydarzenia w życiu członka grupy. Często są to straty i ujawnienie ich w „rundce” daje możliwość odniesienia się do nich oraz zmiany dotychczasowego doświadczenia i nastawienia członków grupy, że z bólem trzeba pozostać samemu, bo i tak nie ma nikogo, kto go pomieści.

Wydaje się, że główną metodą leczenia w grupie jest uważne słuchanie, dawanie sobie przestrzeni. Po latach uczestnictwa w tej samej grupie ocalali znają swoje historie wojenne. Pomimo tego słuchają ich od nowa. Często opowiadane są one w różny sposób. Czasami opowiadający dystansuje się od przerażających doświadczeń, czasem decyduje się ujawnić fragmenty, które pominął poprzednio. Fakty przedstawiane są teraz w innym kontekście — początkowo mówienie o nich wiązało się z oczekiwaniem, że ktoś pomieści/zrozumie ich cierpienie, teraz uczestnicy grup starają się łączyć doświadczenia swego dzieciństwa z późniejszą i obecną historią ich życia. Ocalali zauważają wpływ braku pozytywnych

doświadczeń w dzieciństwie na stosunek do własnych dzieci czy przebywania w świecie, któremu nie można było zaufać, na ich aktualne trudności w korzystaniu z czyjejś opieki. Można powiedzieć, że rozumienie wpływu doświadczenia życiowego na emocje i aktualne postawy jest częścią każdej terapii, ale w grupach ocalałych łączenie przeszłości z terażniejszością (pozycja depresyjna Klein lub „historyczna” Ogdena) jest szczególnie ważne ze względu na umożliwianie odbycia żałoby.

Cechą wspólną grup ocalałych, różniącą je od innych grup, jest to, że zajmują one pozycję pośrednią pomiędzy grupą społeczną a rodzinną. Z jednej strony jest to osadzone w rzeczywistości — są członkami tego samego stowarzyszenia, kontaktują się ze sobą intensywnie, także poza grupą. Z drugiej — nawet jeżeli się nie znają, mają podobne doświadczenia, chcą odtworzyć wyidealizowaną „rodzinę”. Oczekiwania idealnego związku niosą ze sobą bardzo silne uczucia przeniesieniowe wobec terapeutów i innych uczestników grupy. Szczególna trudność w ich analizowaniu związana jest z rzeczywistą bliskością członków grupy w ramach stowarzyszenia i grup przyjacielskich. Tak więc, ten typ grupy, chociaż jest trudnym „miejscem” do analizowania głębszych procesów intrapsychicznych, spełnia niezwykle ważną rolę w dzieleniu się doświadczeniami i tworzeniu warunków do zbiorowej żałoby [24, 26].

Dynamikę procesu grupowego dobrze oddaje stosunek do nowych członków grupy. Na początku, w okresie zależności, przyjmowani oni byli biernie, grupa nie odczuwała swojej siły i polegała na decyzjach terapeutów. Po zintegrowaniu się grup i wykształceniu granic grupowych, pojawił się opór względem przyjmowania nowych członków. Sytuacja ta zawsze była wyjątkowo trudna — ani członkowie grupy, ani terapeuci nie wiedzieli z wyprzedzeniem, że pojawi się „rodzeństwo”. Wydaje się, że możliwość wyrażenia złości zapoczątkowała proces wyjścia poza sytuację zawiści i dostrzeżenia swoich możliwości „karmienia”. Uczestnicy zaczęli widzieć swoją siłę w okazywaniu „nowym” swojego zainteresowania i zrozumienia.

Siła psychoterapii grupowej wiąże się ze wspólnotą doświadczeń ocalałych. Daje to poczucie zrozumienia, ułatwia przyjęcie interpretacji innych uczestników grupy. Jest także odwróceniem sytuacji traumy, w której ocalali byli w izolacji, uważanej za jedną z przyczyn „zespołu ocalałego” [27]. Uczestnictwo w grupie przeżywane jest jako odtworzenie rodziny, „powrót do domu” [28].

### **Drugie pokolenie**

Po kilku spotkaniach okazało się, że wszystkie grupy mają jeden wspólny mianownik, poza już opisanymi problemami i objawami. Jest to stosunek do własnych dzieci. Praca w grupach potwierdziła wyniki wspomnianych badań polskich oraz przeprowadzonych w innych krajach [29, 30], pokazujące silny, lękowy związek ocalałych ze swoimi dziećmi, uniemożliwiający im proces separacji–indywidualizacji. W związku z tym, w trakcie jednego z pierwszych maratonów, na kończącej spotkanie sesji dużej grupy zostało zaproszone, tzw. drugie pokolenie, co spowodowało powstanie oddzielnej grupy składającej się z rodziców i ich dzieci. Tematami istotnymi w tej grupie stał się problem wolności osobistej dzieci i ich poczucie winy, że się o tę wolność starają. Rodzice wyrażali poczucie krzywdy, że dzieci odchodzą, i lęk, że odbierają im w ten sposób swoją miłość [31]. Jest to zgodne

z doniesieniami Zilberfeina [29], który badając przekaz traumy stwierdził, że ocalali postrzegają separację jako proces negatywny, interpretując ją w kategoriach odrzucenia i bardzo źle ją znoszą. Drugie pokolenie podczas spotkań grupowych prezentowało postawy, które Dasberg [32] opisywał jako nasilenie odpowiedzialności międzypokoleniowej — lęk dzieci o rodziców, poczucie wzmożonej odpowiedzialności za życie rodziców, za ich szczęście, chęć zrehabilitowania im tego, co przeżyli, zapewnienia im opieki. Potrzeba separacji oraz przejęcia odpowiedzialności za życie rodziców w większości przypadków były ze sobą w dramatycznym konflikcie stając się źródłem poczucia winy, które rodzice wzmagali reagując na potrzebę wolności dzieci poczuciem krzywdy i lękiem. Psychoterapia tej grupy skoncentrowana była na klaryfikacji i interpretacji procesu separacji.

### **Przeniesienie i przeciwprzeniesienie w grupie**

Terapeuci często przyjmowani są jako „członkowie rodziny”, co może odgrywać też rolę chroniącą ich przed złością czy brakiem zaufania grupy. Uczucia te w grupach ocalałych przeżywane są niekiedy ze znaczną intensywnością. Poczucie opuszczenia, samotności, braku dostatecznej opieki są ważnym elementem świata wewnętrznego „dzieci Holocaustu”. Terapeuci często postrzegani są jako wyidealizowany obiekt, na który projektowane są regresywne fantazje ocalałych o fuzji, harmonii i bezpieczeństwie, ale tym łatwiej stają się obiektami prześladowczymi, niechroniącymi przed zranieniem w sytuacjach konfliktu w grupie lub na zewnątrz grupy. Można powiedzieć, że podobne procesy zdarzają się w każdej grupie terapeutycznej. W fazie „oczarowania” grupa postrzegana jest jako rodzina; utrata nadziei na symbiozę prowadzi do „rozczarowania i rozpacz” [33]. To, co wyróżnia grupy ocalałych, to oscylowanie pomiędzy symboliką, metaforą pracy w grupie a realną sytuacją, co Herzog [34] określa jako pracę „poza metaforą”. Grupa czuje się jak rodzina, fantazjuje o możliwościach pokrewieństwa; w stowarzyszeniach ocalałych rzeczywiście zdarzają się odnalezienia biologicznej rodziny wiele lat po wojnie. Ocalali odtwarzają przeszłość, ale też realnie odnajdują ślady rodziny. Jedna z uczestniczek spotkań grupowych, która nie wiedziała nic o swojej rodzinie, snuła opowieść o skomplikowanych relacjach rodzinnych, pokazywała odzyskane zdjęcia ojca zamordowanego podczas Holocaustu. Inna relacjonowała odnalezienie dużej rodziny w Izraelu.

Psychoterapia ocalałych boleśnie konfrontuje terapeutę z poczuciem bezsilności. Stawia pytania o jej możliwości i granice — w jakim stopniu jesteśmy w stanie leczyć, w jakim też stopniu towarzyszymy w procesie żałoby. Wardi [35] zadaje pytanie, czy poczucie ograniczeń w terapii ocalałych jest kliniczną obserwacją, czy jest związane ze zbiorowym przeciwprzeniesieniem, w którym Holocaust jest postrzegany jako silny i agresywny obiekt, a terapeuta czuje się bezsilną ofiarą. Danieli [36] określił następujące reakcje przeciwprzeniesieniowe obecne w terapii ocalałych z Holocaustu — wina świadka, złość, lęk, wstyd, widzenie ocalałego jako ofiary lub jako bohatera, uważanie też siebie za ocalałego, konflikty wokół żydowskiej identyfikacji, trudność myślenia o ofiarach jako o zamordowanych, a nie zmarłych, postrzeganie siebie jako uprzywilejowanego obserwatora. Danieli uważa, że te reakcje są bardziej związane z reakcją na Holocaust projektowaną na ocalałych niż wynikają z samej sytuacji terapii.

Terapia ocalałych stawia terapeutę wobec istotnych problemów egzystencjalnych — możliwości życia po utracie świata, a także — z czasem — z koniecznością odejścia ze świata z trudem odzyskanego. Jak pisze Rubinfeld [37] — w odniesieniu do psychoterapii grupowej z osobami, które doznały traumy — „podróżujemy z członkami grupy tą samą drogą”.

### Wyleczenie czy adaptacja

Jak pisaliśmy na wstępie, zmieniają się cele terapii — od maksymalistycznego podejścia klasycznej psychoanalizy dążącej do rekonstrukcji osobowości do bardziej realistycznego widzenia poprzez psychologię self. W procesie zdrowienia ważny staje się nie brak objawów, ale dawanie sobie rady, zdolność nadawania sensu swojemu życiu pomimo obecności objawów [11, 38, 39].

To, co wydaje się ważne i do czego dążymy w psychoterapii, to widzenie Holocaustu w kontekście całości doświadczeń życiowych. Ornstein — w rozmowie z Marcusem i Rosenbergiem [40] — ostrzega przed postrzeganiem przez terapeutów wydarzeń okresu Holocaustu jako gigantycznego magnes, który powoduje, że wszystkie problemy życiowe rozumiane są w kontekście tej traumy z pominięciem innych przeżyć pacjenta. Uważa, że ocalali mogą podobnie jak inni pacjenci uzyskiwać pełne wyleczenie poprzez odnalezienie nowych obiektów self, które umożliwią zakończenie żałoby. Ornstein rozumie „adaptację” jako wewnętrzny kompromis umożliwiający zachowanie harmonii z otoczeniem. Lomranz [41] z kolei proponuje konstrukt „aintegracji” jako możliwość poczucia integralności bez konieczności integrowania wszystkich doświadczeń i uczuć [41]. Aintegracja może zachodzić w różnym stopniu i specjalnie odnosi się do konfliktów, stresu i doświadczeń wieku starszego. Koncepcja aintegracji zakłada możliwość dobrego samopoczucia bez konieczności zintegrowania różnych poziomów biopsychospołecznych lub różnych wymiarów (poznawczego, afektywnego, wartości) w ramach określonego poziomu. Aintegracja pozwala na przyjęcie niespójności, relatywizmu, braku koordynacji, paradoksu, ambiwalencji, niejasności i absurdu. Umożliwia świadome życie w takiej wieloznaczności, z zachowaniem jednocześnie dobrego samopoczucia, doświadczania pełni lub integralności. Szczególnie osoby starsze mogą rozwinąć umiejętność znoszenia myśli, emocji, wydarzeń i zachowań, które wydają się niespójne w wymiarze osobistym bądź kulturowym, zachowując stan równowagi, bez poczucia dyskomfortu czy fragmentacji. Aintegracja pozwala na doświadczanie przeciwieństw oddzielnie, bez konieczności integracji, nie zmienia to także poczucia kontynuacji w obrębie „ja”.

Nasze obserwacje zmian, które dokonują się u poszczególnych członków grup, potwierdzają teorię Lomranza: ocalali mówią o swoim zadowoleniu z obecnego życia, angażują się w różnego rodzaju działalność — twórczą, społeczną, samokształceniową, co nie oznacza braku objawów czy poczucia pełnej integralności. Sami nazywają spotkania grupowe „ładowaniem akumulatorów”, co chyba można rozumieć jako poczucie większej siły i sprawczości. Część widzi związek między poczuciem bezpieczeństwa i akceptacją otrzymywaną w grupie a relacjami w rodzinie i ze światem zewnętrznym. Terapeutycznym doświadczeniem dla wielu ocalałych okazuje się spisywanie wspomnień i inne sposoby upamiętniania Zagłady. Efekt ten związany jest z możliwością wyrażenia stłumionej złości,



a także znalezienia języka do opisu niemożliwych do opisania doświadczeń, odnalezienia możliwości narracji [42]. Do przywrócenia narracji o tym okresie życia prowadzą zarówno terapia, jak i nieformalne rozmowy z bliskimi, w grupach ocalałych oraz wywiady, jakich udzielają nt. swoich przeżyć. Badania potwierdzają, że otwieranie traumatycznej przeszłości wpływa na poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego — motywacją jest poczucie zobowiązania oraz potrzeba nadania sensu doświadczeniom życiowym [43]. Dla ocalałych ważne jest, aby opowiedane przez nich historie o traumatycznych przeżyciach były przez innych wysłuchane. Jaką przywiązują do tego wagę — oddaje relacja Primo Leviego [44. s. 81], w której mówi on o swoim śnie powtarzającym się w czasie pobytu w obozie. Sen dotyczy próby opowiedzenia w domu rodzinnym swoich doświadczeń obozowych. Jednak nikt go nie słucha. *Wówczas ogarnia mnie rozpaczliwy smutek, taki jak na pół zapomniane smutki wczesnego dzieciństwa: jest to ból w stanie czystym, nie złagodzony poczuciem rzeczywistości ani zewnętrznymi okolicznościami, podobny do bólu, jaki sprawia, że dzieci płaczą.* Podobne sny, ukazujące scenę niewysłuchanego opowiadania, opisują mu inni więźniowie obozu [44].

Ocalali wracają do swoich wspomnień, często po wielu latach, co daje im szansę psychologicznego przepracowania traumy [45—47]. Perspektywa rozwojowa, dotycząca zdrowienia i adaptacji ocalałych z Holocaustu, zakłada, że różne mechanizmy sprzyjały adaptacji na różnych etapach życia [48]. Po zakończeniu wojny przeważał mechanizm zaprzeczenia, umożliwiający wykonanie zadań związanych z odbudową rodziny i społeczności. W drugim etapie widoczna jest reakcja żałoby. Obecnie duża część ocalałych przechodzi proces analizowania doświadczeń z przeszłości. Psychoterapia grupowa daje szansę wspólnej refleksji nad tymi doświadczeniami i ich wpływem na życie ocalałych z Holocaustu.

### Piśmiennictwo

1. Krystal H. Massive psychic trauma. New York: International Universities Press; 1968.
2. Niederland W. Clinical observation on the „survivor syndrome”. Int. J. Psycho-Anal. 1968; 49: 313–315.
3. Chodoff P. Late effect of the concentration camp syndrome. Arch. Gen. Psychiatry 1963; 8: 323–333.
4. Eitinger L. Concentration camp survivors in Norway and Israel. Oslo: Oslo University Press; 1964.
5. Simenauer E. Late psychic sequels of man-made disaster. Int. J. Psychoanal. 1968; 49: 306–309.
6. Dasberg H. Child survivors of the Holocaust reach middle age: psychotherapy of late grief reactions. J. Soc. Work Policy Isr. 1992; 5–6: 71–83.
7. Lempp R. Delayed and long-term effects of persecution suffered childhood and youth. Echoes Holoc. 1995; 4: 30–35.
8. Bergmann MS, Jucovy ME. Generations of the Holocaust. New York: Basic Books; 1982.
9. Luel SA, Marcus P. Psychoanalytic reflection on the Holocaust: selected essays. New York: Univeristy of Denver and KTAV; 1984.
10. Marcus P, Rosenberg A. Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families. Westport, CT: Praeger; 1989.

11. Ornstein A. Survival and recovery. *Psychoanal. Inquiry* 1985; 5: 99–130.
12. Caruth C. An interview with Robert Lifton. W: Caruth C, red. *Trauma: explorations in memory*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1995; s. 138.
13. Lifton RJ. *The broken connection*. New York: Simon and Shuster; 1979.
14. Steinberg A. Holocaust survivors and their children: review of clinical literature. W: Marcus P, Rosenberg A, red. *Healing their wounds: psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. New York: Praeger; 1989, s. 23–48.
15. Kępiński A. „KZ-syndrom”. W: Kępiński A, red. *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1978.
16. Leśniak R. Poobozowe zmiany osobowości byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. *Przegl. Lek.* 1964; 1: 13–20.
17. Orwid M. Socjopsychiatryczne następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym Oświęcim-Brzezinka. *Przegl. Lek.* 1964; 1: 17–23.
18. Szymusik A. Astenia poobozowa byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. *Przegl. Lek.* 1964; 1: 23–29.
19. Teutsch A. Reakcje psychiczne w czasie działania psychofizycznego stresu 100 byłych więźniów w obozie koncentracyjnym Oświęcim-Brzezinka. *Przegl. Lek.* 1964; 1: 12–17.
20. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Pietruszewski K. Psychospołeczne następstwa Holocaustu osób ocalałych żyjących w Polsce. *Psychiatr. Pol.* 1994; 191–112.
21. Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Pietruszewski K. Psychospołeczne następstwa Holocaustu w drugim pokoleniu ofiar Holocaustu ocalałych w Polsce. *Psychiatr. Pol.* 1994; 1: 113–130.
22. Prot K. Badania nad skutkami Holocaustu. *Psychoter.* 2009; 4: 65–76.
23. Cohen M, Brom D, Dasberg H. Child survivors of the Holocaust: symptoms and coping after fifty years. *Isr. J. Psychiatr. Relat. Sc.* 2001; 19; 38: 3–12.
24. Danieli Y. Differing adaptational styles in families of survivors of the Nazi Holocaust. *Child Today* 1991; 10: 6–10.
25. Danieli Y. Psychotherapists participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanal. Psychol.* 1984; 1: 23–42.
26. Danieli Y. The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: lesson from Holocaust survivors and their children. W: Figley C, red. *Trauma and its wake*, vol. 1. New York: Brunner Mazel; 1985, s. 295–313.
27. Bettelheim B. *Surviving and other essays*. New York: Knopf; 1979.
28. Dasberg H, Bartura J, Amit Y. Narrative group therapy with aging child survivors of the Holocaust. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2001;38:27-35.
29. Zilberfein F. Children of Holocaust survivors: separation, obstacles, attachments and anxiety. *Soc. Work Health Care* 1996; 23: 35–55.
30. Kellerman NP. Psychopathology in children of Holocaust survivors: review of the research literature. *Isr. J. Psychiatry. Relat. Sc.* 2001; 38: 36–46.
31. Kamińska M, Orwid M, Domagalska-Kurdziel E, Prot K, Biedka Ł. Przegląd piśmiennictwa na temat problemów psychologicznych drugiego pokolenia osób ocalałych z Holocaustu oraz wstępne refleksje na temat powstania grupy terapeutycznej dla tych osób. *Psychoter.* 2000; 1: 5–13.
32. Dasberg H. Psychiatrische und psychosoziale Folgen des Holocaust. *Epidemiologische Studien in Israel*. W: Stoffels H, red. *Schicksale der Verfolgten: Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft*. Berlin: Springer Verlag; 2001, s. 160–172.
33. Agazarian I, Peters R. *The visible and invisible group*. London: Routledge & Kegan; 1981.

34. Herzog J. World beyond metaphor. Thoughts of the transmission of trauma. W: Bergmann MS, Jucovy ME, red. *Generations of the Holocaust*. New York: Basic Books; 1982, s. 103–119.
35. Wardi D. Therapists' responses in Holocaust survivors and second generation psychotherapy. *Croat. Med. J.* 1999; 40: 479–85.
36. Danieli Y. Countertransference in the treatment and study of Nazi Holocaust survivors and their children. *Vicim. Int. J.* 1980; 5: 355–367.
37. Rubenfeld S. Relational perspectives regarding countertransference in group and trauma. *Int. J. Group Psychother.* 2005, 55: 115–135.
38. Kahana B, Harel Z, Kahana E. Clinical and gerontological issues facing survivors of the Nazi Holocaust. W: Marcus P, Rosenberg A. *Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. Westport, CT: Praeger; 1989, s. 197–211.
39. 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, s. 183–195.
40. Marcus P, Rosenberg A. Treatment issues with survivors and their offspring: an interview with Anna Ornstein. W: Marcus P, Rosenberg A, red. *Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. Westport, CT: Praeger; 1989, s. 105–116.
41. Lomranz J. An image of aging and the concept of integration: coping and mental health implications. W: Lomranz J, red. *Handbook of aging and mental health: an integrative approach*. New York: Plenum Publishing Corp.; 1998.
42. Krell R. Alternative therapeutic approaches to Holocaust survivors. W: Marcus P, Rosenberg A, red. *Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families*. Westport, CT: Praeger; 1989, s. 215–226.
43. Finkelstein LE, Levy BR. Disclosure of Holocaust experiences: reasons, attributions and health implications. *J. Soc. Clin. Psychol.* 2006; 25: 117–140.
44. Levi P. *Czy to jest człowiek*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2008.
45. Rachmann S. Emotional processing. *Beh. Res. Ther.* 1980; 18: 51–60.
46. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumption. W: Figley CR, red. *In trauma and its wake: the study and treatment of post traumatic stress disorder*, vol 1. New York: Brunner Mazel; 1985, s. 15–35.
47. Horowitz MJ. *Stress response syndrome*, wyd. II. New York: Northvale, Jason Aronson; 1986.
48. Ayalon L. Challenges associated with the study of resilience to trauma in Holocaust survivors. *J. Loss Trauma* 2005; 10: 347–358.

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

# PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO  
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA  
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

ROK 2010 MAJ–CZERWIEC XLIV NR 3

*Indeksowane w: Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica,  
Science Citation Index Expanded (SciSearch) i Journal Citation Reports/Science Edition,  
PsycINFO I.C. (9,00 pkt), 6 pkt MNIŚW, SJR (Scopus) 9 pkt*

## SPIS TREŚCI

- Głęboka stymulacja mózgu – najnowszą fizykalną metodą leczenia depresji**  
Tomasz Zyss, Andrzej Zięba, Robert T. Hese, Dominika Dudek, Bartosz Grabski 301
- Różnice w przebiegu depresji między kobietami a mężczyznami stwierdzone na podstawie testu MMPI-2**  
Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski, Piotr Gałęcki 319
- Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie własnej atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategię autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze**  
Eugenia Mandal, Karolina Zalewska 329
- Struktura czynnikowa Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30)**  
Dorota Frydecka, Krzysztof Małyszczak, Angelika Chachaj, Andrzej Kiejna 341
- Badanie neuropsychologiczne pacjentów z przejściową amnezją globalną**  
Monika Talarowska, Antoni Florkowski, Krzysztof Zboralski, Piotr Gałęcki 361
- Pourazowy zespół Klüvera–Bucy’ego – opis i porównanie dwóch przypadków klinicznych**  
Stanisław Kwiatkowski, Anna Starowicz, Olga Milczarek, A. Kułaga 371
- Prospektywna ocena wpływu czasu nie leczonej psychozy na przebieg schizofrenii**  
Andrzej Cechnicki, Igor Hanuszkiewicz, Romuald Polczyk, Anna Bielańska 381
- Czy osoczowe stężenia glicyny mogą być czynnikiem rokowniczym skuteczności jej stosowania u chorych na schizofrenię?**  
Dominik Strzelecki, Jolanta Rabe-Jabłońska 395
- Asocjacyjne badania rodzinne polimorfizmów genów DRD1, DRD2, DRD3, DRD4, DAT, COMT w schizofrenii**  
Paweł Kapelski, Joanna Hauser, Maria Skibińska, Aleksandra Szczepankiewicz, Monika Dmitrzak-Węglarz, Karolina Gorzkowska, Joanna Pawlak, Piotr M. Czerski 405
- Wpływ leków antypsychotycznych atypowych na funkcjonowanie mózgu w schizofrenii w obrazie spektroskopii protonowej rezonansu magnetycznego**  
Agata Szulc, Beata Galińska, Eugeniusz Tarasów, Wojciech Dzienis, Bożena Kubas, Beata Konarzewska, Napoleon Waszkiewicz, Regina Popławska 415
- Perazyna w leczeniu zaburzeń psychotycznych – przegląd badań**  
Andrzej Kiejna 427
- Depresja a ból: ogólnopolskie badania epidemiologiczne**  
Dariusz Wasilewski, Marcin Wojnar, Joanna Chatizow 435