

Katarzyna Prot-Klinger

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej,
<https://orcid.org/0000-0002-5202-1511>
kasiaprot@gmail.com

Krzysztof Sz wajca

Uniwersytet Jagielloński
<https://orcid.org/0000-0002-9560-9796>
sz wajca.krzysztof@gmail.com

Psychoterapia ocalałych z Holocaustu w Polsce po trzydziestu latach

Streszczenie

W artykule autorzy podsumowują zmiany, jakie zachodziły podczas ich 30-letniego doświadczenia psychoterapii ocalałych z Holocaustu. Program zainicjowany przez profesor Marię Orwid jest jedynym programem psychoterapeutycznym adresowanym do tej grupy w Polsce. W artykule opisano, jak badania dotyczące udziału Polaków w Zagładzie wpłynęły na świat wewnętrzny uczestników terapii grupowej. Autorzy stawiają hipotezę, że ocalali przez lata żyli w rzeczywistości zdysocjowanej – z jednej strony ich osobistym doświadczeniem był wojenny lęk przed Polakami, z drugiej – Polakom zawdzięczali przeżycie. Te dwie rzeczywistości pozostawały w oddzieleniu. Tak jak osoba po traumatycznym wydarzeniu może mieć poczucie dwóch rzeczywistości – jednej, w której doświadczyła urazu, i drugiej, w której to zdarzenie nastąpiło, tak ocalali nie łączyli tych doświadczeń.

Przedmiotem opisu jest specyficzna grupa – tych, którzy po wojnie pozostali w Polsce, co zwykle nie było ich samodzielną decyzją, ale też nie wyjechali w kolejnych falach migracyjnych, włącznie z ostatnią, po 1968 r. Musieli odszczepiać wiedzę dotyczącą Polaków-prześladowców, żeby móc żyć, zakładać rodziny i czuć się bezpiecznie. I nagle ta rzeczywistość, której nie dotyczyli w swoich wspomnieniach, stała się przedmiotem debaty publicznej. Zdaniem autorów, zewnętrzne uznanie dla tej części ich doświadczenia pełniło rolę leczniczą, umożliwiło mówienie o, do tej pory, nieobecnych wspomnieniach.

Podejście prowadzących terapię ocalałych zmieniało się w miarę trwania programu. W tym czasie ukazało się na całym świecie dużo prac o konsekwencjach wydarzenia urazowego i psychoterapii traumy. W obszarze psychoanalizy dokonał się odwrót od myślenia w kategoriach wyparcia jako głównego mechanizmu obronnego, a na znaczeniu zyskały zapomniane teorie Ferencziego dotyczące dysocjacji. Zmiana akcentu z wyparcia na dysocjację prowadzi do zaakceptowania przez autorów zmiennego i wielopoziomowego dostępu do doświadczenia, co dotyczy także omawianych w czasie psychoterapii doświadczeń ocalałych.

Słowa kluczowe

ocalały, psychoterapia, dysocjacja

Abstract

In the article, the authors summarize the changes that occurred during their 30-year experience of psychotherapy for Holocaust survivors. The program initiated by Professor Maria Orwid is the only psychotherapy program addressed to this group in Poland. The article describes how research on Polish participation in the Holocaust affected the inner world of participants in group therapy. The authors hypothesize that the survivors lived for years in a disassociated reality – on the one hand their personal experience was the wartime fear of Poles, on the other – they owed their survival to Poles. These two realities remained separate. Just as a person after a traumatic event can have a sense of two realities – one in which he or she experienced the trauma and another in which the event did not occur, the survivors did not combine these experiences. The subject of the description is a specific group – those who remained in Poland after the war (which was usually not their independent decision) but also did not leave in successive waves of migration, including the last one, after 1968. They had to peel away the knowledge of the Polish persecutors in order to live, start families and feel safe. And suddenly this reality, which they had not touched in their memories, became the subject of public debate. According to the authors, the external recognition of this part of their experience played a healing role, making it possible to talk about, hitherto absent, memories.

The approach of the survivors' therapists changed as the program continued. During this time, a great deal of work was published worldwide on the consequences of the traumatic event and on trauma psychotherapy. The field of psychoanalysis saw a shift away from thinking in terms of denial as the main defense mechanism, and Ferenczi's forgotten theories on dissociation gained prominence. The change in emphasis from denial to dissociation leads to the authors' acceptance of variable and multi-level access to experience, which also applies to the survivors' experiences discussed in psychotherapy.

Keywords

survivor, psychotherapy, dissociation

Myślenie o psychologii i psychoterapii ocalałych z Holocaustu

Pierwsze doniesienia dotyczące długoterminowych problemów psychologicznych ocalałych z Holocaustu pochodzą z lat sześćdziesiątych¹, a pierwsze badania były przeprowadzone w latach siedemdziesiątych².

Długotrwały brak zainteresowania problemami tej populacji nazywany jest „zmową milczenia” (*conspiracy of silence*)³ – ocalali nie mówili o swoich do-

¹ Henry Krystal, *Massive psychic trauma*, New York: International University Press, 1968; William G. Niederland, *Clinical observation on the „survivor syndrome”*, „The International Journal of Psychoanalysis” 1968, nr 49; Paul Chodoff, *Late effect of the concentration camp syndrome*, „Archives Of General Psychiatry” 1963, nr 8; Leo Eitinger, *Concentration camp survivors in Norway and Israel*, Oslo, London: Universitetsforlaget; Allen & Unwin, 1964; The International Journal of Psychoanalysis The International Journal of Psychoanalysis” 1968, nr 49.

² Hans Keilson, Herman Sarphatie, *Sequential traumatization in children*, Jerusalem: The Magnes Press, 1992; Paul Matussek, *Late symptomatology among former concentration camp inmates* [w:] *The world biennial of psychiatry and psychotherapy*, red. Silvano Arieti, New York: Basic Books, 1971.

³ Yael Danieli, *Families and survivors of the Nazi Holocaust: Some long- and short-term effects* [w:] *Psychological stress and adjustment in time of war and peace*, red. Norman Milgram, New York: Brunner-Mazel, 1986.

świadчениach, bo czuli się upokorzeni, przestraszeni, chcieli zapomnieć. Świadkowie nie pytali, bo wstydzili się swojej obojętności bądź udziału w zbrodni.

Przedmiotem zainteresowania badaczy jest także udział terapeutów w tej zмовie milczenia⁴. Nie było przestrzeni na przepracowanie wojennych doświadczeń. Zarówno procesy społeczne, jak i potrzeby wewnątrzpsychiczne tych, którzy uratowali się z Zagłady, sprzyjały wycofaniu wspomnienia, zamrożeniu emocji, życiu, „jakby nic się nie stało”.

Pierwsze próby psychologicznego rozumienia ocalałych wywodzą się z klasycznego myślenia psychoanalitycznego. Duży wpływ na pierwsze prace, jak opublikowany jeszcze w czasie wojny artykuł Bruno Bettelheima⁵, wywarła teoria identyfikacji z agresorem Anny Freud⁶, która uznała ten mechanizm za jeden z najsilniejszych sposobów obrony w radzeniu sobie z zagrożeniem. Polega na nieświadomej inkorporacji, „wchłonięciu” agresywnej części prześladowcy podczas doświadczenia traumatycznego i jest próbą poradzenia sobie z poczuciem totalnej bezradności, ale długofalowo staje się źródłem poważnych problemów psychicznych. Ofiary nie tylko zaczynają obwiniać siebie za agresywne uczucia, które pojawiają się w odpowiedzi na doznaną krzywdę, ale także często odczuwają głęboki wstyd i upokorzenie z powodu swojej bierności lub niezdolności do obrony w obliczu zagrożenia.

Inaczej rozumiał identyfikację z agresorem Sandor Ferenczi, współczesny Freudowi psychoanalityk węgierski, który za najważniejszy mechanizm obrony pozwalający przetrwać maltretowanie uznał fragmentaryzację doświadczenia traumatycznego, czyli to co obecnie określamy jako dysocjację⁷.

Pojęcie to oznacza rozdzielenie elementów doświadczenia, myśli lub emocji, które zazwyczaj są ze sobą związane lub zintegrowane. Kiedy rzeczywistość staje się nie do zniesienia, możemy oddzielić się od wspomnień, uczuć, fragmentów tożsamości, a nawet krzywdzonego ciała.

Identyfikację z agresorem Ferenczi rozumiał nie tyle jako bierne przejęcie cech agresora i dostosowanie się do warunków narzuconych przez oprawcę, ile raczej jako desperacką próbę ochrony własnej tożsamości przed rozpadem. Na skutek introjkcji („wchłonięcia”) postaci agresora dochodzi do rozpadu osobowości na część „ofiary” z uczuciami winy, wstydu i niskiej samooceny i część agresora z uczuciami wściekłości. Brak empatycznego świadka może sprawić, że potrzeba empatii zostaje wyprojektowana na sprawcę, który staje się perwersyjnie „dobrym” obiektem, panem życia i śmierci. Obrony te umożliwiają przeży-

⁴ Yael Danieli, *Psychotherapists participation in the conspiracy of silence about the Holocaust*, „Psychoanalytic Psychology” 1984, nr 1.

⁵ Bruno Bettelheim, *Individual and mass behavior in extreme situation*, „The Journal of Abnormal and Social Psychology” 1943, nr 38.

⁶ Anna Freud, *Ego i mechanizmy obronne*, tłum. Małgorzata Ojrzyńska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.

⁷ Sándor Ferenczi, *Pomieszczenie języków w obcowaniu dorosłych z dzieckiem. Mowa czułości i pożądania*, tłum. Marek Chojnacki, „Czas Kultury” 2021, nr 4.

cie, ale powodują załamanie się zaufania do świata oraz trudności w odzyskaniu poczucia kontroli nad życiem po zakończeniu traumy. Koncepcje Ferencziego na długie lata zostały zapomniane, by powrócić w końcu XX w. wraz z wydaniem jego dzienników. Jego myślenie wpłynęło na współczesne rozumienie traumy i psychoterapii, do czego powrócimy w dalszej części naszego artykułu.

Konsekwencje doświadczenia urazowego u ocalałych początkowo ujmowane były przede wszystkim w kategoriach psychopatologii tak zwanego zespołu ocalałego (*survivor syndrom*). Tych, którzy przeżyli, opisywano jako cierpiących na poważne zaburzenia psychiczne i nieradzących sobie w wielu obszarach. Obraz ten mógł wyostrzyć kontekst badań, które często przeprowadzano w związku z reparacjami wojennymi, a wczesne opisy dotyczyły tak zwanej populacji klinicznej – ludzi, którzy z powodu swojego cierpienia zwracali się o pomoc, czasami byli leczeni w szpitalach psychiatrycznych. Przytłaczająca większość ocalałych pomocy nie szukała. Dostrzeżeniu cierpienia tych, którzy przetrwali Zagładę, towarzyszył pesymizm co do możliwości pomocy – dominująca wtedy wśród szkół psychoterapeutycznych psychoanaliza nie wypracowała jeszcze skutecznych metod pomagania tym, którzy na skutek traumy doświadczyli poważnych zmian osobowości. Zauważono także, że opowiadanie o doświadczeniach urazowych niesie ryzyko pogorszenia stanu psychicznego poprzez odtworzenie tych przeżyć tak, jakby były doświadczane teraz⁸. Taki sposób myślenia budził protest psychoterapeutów, również tych, którzy sami przetrwali Zagładę. Zwracali oni uwagę na siłę, zdolność przetrwania ocalałych oraz możliwości powrotu do aktywnego życia po traumie⁹.

Współczesny naukowy konsensus dotyczący konsekwencji urazu dla ocalałych jest bardziej zniuansowany. Ocalali nie są grupą jednorodną, zarówno jeżeli chodzi o samo doświadczenie, jak jego następstwa. Głębokie urazy i próby poradzenia sobie z nimi uruchamiają złożone, zindywidualizowane procesy, których efekty trudno jest generalizować. W badaniach na dużych grupach (populacyjnych) ocalali w wielu obszarach radzili sobie zaskakująco dobrze, choć starzenie się wyraźnie pogarszało ich kondycję. Równocześnie, częściej w porównaniu z Żydami, którzy nie doświadczyli Zagłady, cierpią na zespół stresu pourazowego i inne zaburzenia lękowe, depresję, zaburzenia somatyzacyjne. Niektórzy z nich (ale nie wszyscy) gorzej funkcjonowali w bliskich relacjach – w związkach i jako rodzice, trudniej radzili sobie z emocjami, mieli destrukcyjne przekonania o sobie i świecie. Równocześnie często świetnie funkcjonowali zawodowo, głęboko zaangażowani w aktywności prospołeczne. Wykazywali też i wykazują tak

⁸ Arlene Steinberg, *Holocaust survivors and their children: review of clinical literature* [w:] *Healing their wounds: psychotherapy with Holocaust survivors and their families*, red. Paul Marcus, Alan Rosenberg, New York: Praeger, 1989.

⁹ Paul Marcus, Alan Rosenberg, *Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families*, New York: Praeger, 1989; Anna Ornstein, *Survival and recovery*, „Psychoanalytic Inquiry” 1985, nr 5.

zwaną latentną podatność na zranienie, co oznacza, że gorzej reagują na przeciwności losu, które ich spotykają. Szczególnie w ostatnich latach, gdyż starzenie się zwiększa ryzyko posttraumatycznego funkcjonowania. Bieżące utraty (pracy, zdrowia, bliskich, pozycji społecznej, śmierci wokół i zbliżająca się własna śmierć) „przypominają” dramatyczne utraty wojenne, tak że typowe dla późnego wieku doświadczenia chorowania, kruchości, zależności, izolacji czy utraty bliskich przeżywane są trudniej. Wraz ze starzeniem się słabną siły psychiczne, potrzebne do obrony przed następstwami traumy (np. przez utrzymywanie urazowych wspomnień poza świadomością), więc „napada” ona starzejących się ocalałych. Na przykład u starzejących się i gorzej funkcjonujących poznawczo ocalałych powszechnie odnotowywano powrót do wspomnień, koszmarów sennych, lęków z czasów Zagłady¹⁰. W związku z tym rośnie zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną. Izraelska organizacja wspierająca terapeutycznie ocalałych – AMCHA (Narodowe Izraelskie Centrum Wsparcia Psychospołecznego Ocalałych z Holokaustu i Drugiego Pokolenia) obejmowała wsparciem 10 600 ocalałych w 2007 r. i prawie 20 700 dziesięć lat później¹¹.

Ocalali postrzegani są jako ludzie o wyjątkowej mozaice siły i kruchości, którzy nadludzkim wysiłkiem przewyżniają obciążenie tragicznymi doświadczeniami Zagłady. Ich zmieniające się w ciągu życia charakterystyki dużo mówią o falującym, zmiennym i zależnym od jakości życia, procesów biologicznych (starzenie się) czy kontekstów polityczno-społecznych, charakterze następstw poważnych traum.

W obszarze społecznym obserwujemy zmieniający się, ambiwalentny stosunek społeczeństw do doświadczenia urazowego i tych, którzy go doświadczyli. Dyskurs akademicki podąża za zmianami kulturowymi. Dwadzieścia lat po odkryciu, że trauma może długofalowo i poważnie wpływać na życie, nastąpiła jej „normalizacja” i skupienie się na sile i możliwościach poradzenia sobie (opisuje to psychologia pozytywna i badania z obszaru sprężystości psychicznej)¹². Także w obszarze psychoterapii, w której rozwój psychologii self, przełom narracyjny (dostrzeżenie znaczenia opowiedzenia o sobie i tego, że narracje nas konstruują), myślenie systemowe (z docenieniem kontekstów rodzinnych i społecznych), czy wreszcie rewolucja poznawczo-behawioralna, dały terapeutom narzędzia i zmieniły cele i oczekiwania terapeutyczne.

¹⁰ Sonia Letzter-Pouw, Perla Werner, *Correlates of intrusive memories and avoidance of memories of the Holocaust*, „Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences” 2005, nr 42; Rachel Yehuda, James Schmeidler, Larry J. Siever, Binder-Brynes Karen, Elkin Abbie, *Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding*, „Journal of Traumatic Stress” 1997, nr 10.

¹¹ Sarah Zimmermann, Elisheva van der Hal, Martin Auerbach, Danny Brom, Liron Ben-Ezra, Randy Tischler, Liora Cassif-Weissberg, Reut Nof, Simon Forstmeier, *Life review therapy for holocaust survivors: Two systematic case studies*, „Psychotherapy” 2022, t. 59, nr 4.

¹² Krzysztof Sz wajca, *Psychiatria a trauma [w:] Konteksty psychiatrii*, red. Bogdan de Barbaro, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.

Szczególną rolę zaczęła odgrywać terapia grupowa, pozwalająca na odwrócenie sytuacji samotności doświadczanej w obliczu traumy i często nadającej ton dalszemu życiu. Ocalali, którzy szukali wsparcia, to osoby z poczuciem wyobcowania i wyjątkowości swych doświadczeń, z trudnościami w konstruowaniu tożsamości, bez rodzin, bez poczucia ciągłości życia, wreszcie bez języka do adekwatnego opisu ich doświadczeń. Przy takich problemach wpływ różnorodnych doświadczeń grupowych, także przynależności do organizacji, uczestniczenia w publicznych upamiętnieniach czy społecznych rytuałach, wreszcie terapia grupowa, dają największe szanse na reintegrację ze światem¹³. Osobom o podobnych losach łatwiej jest opowiedzieć o sobie, uzyskać i przyjąć wsparcie, podjąć ryzyko, dać i otrzymać informację zwrotną, tak jak między rodzeństwem, w rodzinie. Trudniej o to wszystko, kiedy siedzimy twarzą w twarz z terapeutą indywidualnym¹⁴.

Psychoterapia ocalałych w Polsce

W Polsce już w latach 1959–1963 grupa psychiatrów z Krakowa pod patronatem Antoniego Kępińskiego przeprowadziła pierwsze w Europie Środkowej i jedno z pierwszych w świecie badania nad chronicznymi następstwami urazów wojennych, robiąc ustrukturyzowane wywiady ze stu byłymi więźniami obozu koncentracyjnego Auschwitz¹⁵. Studia krakowskie wyprzedzały swoją epokę, miały charakter holistyczny, opisywały kontekst i sposoby radzenia sobie z traumą, zwłaszcza praca Marii Orwid poświęcona „przystosowaniu do życia poobozowego”¹⁶, która wykraczała poza wąskie, skupione na symptomatologii psychiatrycznej rozumienie następstw wojny, lecz interesowała się poszukiwaniem sensu życia wśród tych, którzy przeżyli Auschwitz, ich relacjami z bliskimi, radzeniem sobie w życiu zawodowym. Efektem badań była długoterminowa pomoc terapeutyczna dla byłych więźniów obozów koncentracyjnych i ich rodzin.

Problematyka żydowska pojawiła się w badaniach w Polsce w latach 1989–1992, w okresie radykalnej zmiany polityczno-społecznej, przełamania tabu związanego z Holocaustem i problematyką żydowską. Zespół krakowskiej Kliniki Psychiatrii pod kierownictwem Marii Orwid zbadał dwadzieścia osób ocalałych z Zagłady i taką samą grupę tak zwanego drugiego pokolenia – dzieci

¹³ Eva Fogelman, Helene Bass-Wichelhaus, *The role of group experiences in the healing process of massive childhood Holocaust trauma*, „Journal of Applied Psychoanalytic Studies” 2002, t. 4, nr 1.

¹⁴ Nathan Durst, *Child-survivors of the Holocaust: Age-specific traumatization and the consequences for therapy*, „American Journal of Psychotherapy” 2003, t. 57, nr 4.

¹⁵ Krzysztof Rutkowski, Edyta Dembińska, *Powojenne badania stresu pourazowego w Krakowie. Część I. Badania do 1989 roku*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 21.

¹⁶ Maria Orwid, *Socjopsychiatryczne następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym Oświęcim-Brzezinka*, „Przegląd Lekarski” 1964, nr 1.

osób ocalałych z Holokaustu¹⁷. Badania te ukazały strauumatyzowaną populację, której członkowie borykali się z problemami samotności, pytaniami dotyczącymi tożsamości, źle oceniali swoją rolę w rodzinach. Ich funkcjonowanie i stan psychiczny były gorsze niż w porównywalnych populacjach badanych w USA czy Izraelu. W wyniku działań profesor Marii Orwid w 1995 r. rozpoczął się program obejmujący terapię indywidualną, a od 1997 także terapię grupową osób ocalałych z Zagłady¹⁸. Jest to jedyny program psychoterapeutyczny adresowany do ocalałych z Holokaustu w Polsce, ale też, według wiedzy autorów, jedyny w ogóle o tak długoterminowym charakterze – grupy terapeutyczne funkcjonują nieprzerwanie do dzisiaj.

Psychoterapia grupowa – tworzenie grup

Psychoterapia grupowa odbywa się od początku w trybie wyjazdowym. Ten system pracy daje możliwość udziału w terapii osobom z całej Polski. Zaczynaliśmy z grupą około 80 osób, w podziale na trzy, cztery grupy. Aktualnie, po ponad trzydziestu latach, wielu uczestników terapii zmarło, część z nich nie jest na tyle sprawna, żeby uczestniczyć w spotkaniach i grupa osób uczestniczących zmalała do 10–20 osób.

Propozycja psychoterapii padła w czasie zjazdu organizacji Stowarzyszenie Dzieci Holocaustu¹⁹. Uczestnicy określili, nad jakimi problemami chcieliby pracować w czasie terapii. Powstały więc grupy tematyczne – „problemy z dziećmi”, „problemy z tożsamością”, „trudności w dawaniu i braniu”. Przytaczamy te wybrane przez ocalałych nazwy grup, gdyż pokazują, jak oni sami nazywali swoje problemy w tym okresie. Oczywiście, już po paru spotkaniach uczestnicy zauważyli, że mówią o podobnych sprawach, niezależnie od „tematu” grupy, a dzisiaj wspominają ten okres jako „mit założycielski” i historię tego wspólnego doświadczenia.

Początkowy okres terapii

Pierwsze spotkania we wszystkich grupach miały podobną, zbudowaną spontanicznie strukturę. Jedna z osób opowiadała swoją historię wojenną, czasami także przedwojenną, o ile pamiętała te czasy. Reszta słuchała w skupieniu, czasami padały pytania, rzadko odniesienia do własnych doświadczeń. Obecne

¹⁷ Maria Orwid, Ewa Domagalska-Kurdziel, Kazimierz Pietruszewski, Ewa Czaplak, Ryszard Izdebski, Maria Kamińska, *Psychospołeczne następstwa Holocaustu u osób ocalałych i żyjących w Polsce*, „Psychiatria Polska” 1994, nr 1.

¹⁸ W tym programie uczestniczyli poza autorami i Marią Orwid – Kazimierz Bierzyński, Ewa Domagalska-Kurdziel, Ryszard Izdebski, Maria Kamińska, Łukasz Biedka.

¹⁹ Do Stowarzyszenia należą Żydzi, którzy przeżyli przynajmniej część wojny na terenach objętych Zagładą i w momencie ukończenia wojny mieli mniej niż 16 lat.

życie pojawiało się głównie w kontekście przeżyć z okresu Holokaustu – kto z rodziny i w jakim stopniu zna tę historię, jak bardzo pacjenci „ukrywają się” przed znajomymi. Ocalali używali w opisie ich aktualnej sytuacji społecznej określeń nawiązujących do okresu wojny – „ukrywanie”, „wychodzenie z szafy”, „aryjskie papiery”. Z punktu widzenia techniki psychoterapii podstawową funkcję terapeutyczną pełniło w tym okresie „pomieszczanie” (*contaiment*). Jest to termin angielskiego psychoanalityka Wilfreda Biona odnoszący się do roli psychologicznej matki opiekującej się niemowlęciem²⁰, która przyjmuje uczucia i lęki dziecka i oddaje mu je w możliwej do przyjęcia formie. W praktyce oznacza to wyczuwanie stanu dziecka i spokojne, odpowiednie reagowanie na jego potrzeby fizjologiczne lub niepokój psychiczny. Podobny proces zachodzi w psychoterapii, kiedy przyjmujemy trudne uczucia pacjentów i zwracamy w formie interpretacji, która może być wypowiedziana albo pomyślana przez terapeutę lub grupę. W pierwszym etapie pracy interpretacje słowne nie były możliwe ani oczekiwane. Uczestnicy mówili wprost, że potrzebują wysłuchania. Swoje wypowiedzi, trwające niekiedy godzinę lub dłużej, kończyli słowami: „dziękuję, że mnie wysłuchaliście”, dodając często: „po raz pierwszy opowiadam swoją historię”. Nie znaczy to, że ocalali nie mówili do tego czasu, ale wydaje się, że na siłę tej właśnie opowieści miało wpływ unikatowe doświadczenie opowiedzenia swoich losów osobom, które miały podobne doświadczenia, jak również możliwość opowiedzenia „wszystkiego”, próba stworzenia spójnej historii z pofragmentowanego doświadczenia. Terapeuci i członkowie grupy stawali się tymi, których zabrakło w czasie Zagłady – „empatycznymi świadkami”²¹ wydarzenia. Przebieg tych sesji był inny niż w „zwykłych” grupach terapeutycznych, gdzie kluczowa jest wymiana, komentarze innych uczestników czy interpretacje terapeutów. Tu wybrzmiewały historie, które przez 50 lat czekały na możliwość opowiedzenia. Jak pisze Laub: „świadectwo jest apelem narracji, aby jej wysłuchać: bo tylko kiedy ocalały wie, że jest słuchany, zatrzyma się, aby usłyszeć – i posłuchać – siebie”²². Terapeutycznie ważna była możliwość usłyszenia przez innych, ale także przez samego ocalałego jego własnej historii.

Tematyka pracy grupowej

Problemy ocalałych, z którymi zetknęliśmy się w naszej pracy terapeutycznej, są zgodne z opisami badaczy i terapeutów zajmujących się psychologicznymi konsekwencjami Holokaustu. Członkowie grupy skarżyli się na samotność,

²⁰ Wilfred R. Bion, *Uczenie się na podstawie doświadczenia*, tłum. Danuta Golec, Warszawa: Oficyna Ingenium, 2011.

²¹ Dori Laub, *Zdarzenie bez świadka: prawda, świadectwo oraz ocalenie*, tłum. Tomasz Łysak, „Teksty Drugie” 2007, nr 5.

²² Dori Laub, *Bearing Witness or the Vicissitudes of Listening [w:] Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*, red. Shoshana Felman, Dori Laub, New York – London: Routledge, 1992.

poczucie izolacji i trudności w kontaktach interpersonalnych, również z najbliższymi. Ważne były zmiany związane ze starzeniem się, chorowaniem, także przechodzenie na emeryturę w sytuacji, kiedy zaangażowanie w pracę i sukcesy zawodowe były jedną z najważniejszych cech Dzieci Holocaustu. Także obawy związane z reaktywacją traumy. Pozornie błahe wydarzenia polityczne czy antysemickie wypowiedzi (publiczne czy „prywatne”) mogły wywołać panikę i pogłębić poczucie izolacji u uczestników terapii. Z czasem coraz większego znaczenia nabierała problematyka śmierci, chorowania, odchodzenia bliskich i narastającej zależności od wsparcia innych, w sytuacji kiedy bycie zależnym (zdanym na pomoc czy zwracającym się o nią) było dla nich szczególnie trudnym doświadczeniem. Uczenie się zwracania o pomoc to jedno z ważnych wspólnych doświadczeń w procesie terapii.

Co było specyficznego dla tych grup? Silniejsze niż u ocalałych uczestniczących w terapii w innych krajach poczucie osamotnienia, „nieprzynależenia”, wyjątkowości doświadczeń. Ci ludzie naprawdę bywali ostatnimi, jedynymi Żydami w swoich miejscowościach. Najczęściej zresztą mieli trudność z określeniem swojej tożsamości narodowej. Często pochodzili z rodzin asymilujących się do polskości już przed wojną, nie żyli „żydowskim” życiem, którego w większości nie znali (religii, rytuałów, zwyczajów, języka), wiązali się z nieżydowskimi partnerami. Niektórzy stracili w Zagładzie całą rodzinę i dosłownie nic o sobie nie wiedzieli – nie znali swoich przedwojennych imion, nazwisk, daty urodzenia ani okoliczności przetrwania. Żyli bez grup odniesienia, jako fragment małej i rozproszonej społeczności żydowskiej, a właściwie – poza nią, nie przynależąc do żadnych żydowskich organizacji poza Stowarzyszeniem. Jednoznaczność tożsamość utrudniało poczucie złożonej lojalności – wobec rodziny, która zginęła, i tej, która ratowała, a często i rodziny partnera, która „przygarnęła” wojenną sierotę. Jako żydowskie dzieci mieli zginąć, dla nich żydowskość była piętnem. Własnym dzieciom, a tym bardziej „obcym”, z reguły nie tylko nie opowiadali o swoich wojennych doświadczeniach, ale także – o swoim żydowskim pochodzeniu. Fenomen ten nazwano „podwójnym tabu”²³. Przeważnie „pozostawali w szafie” przez całe dotychczasowe życie. W toku terapii większość uczestników zdecydowała się na *coming out*, przynajmniej na forum rodzinnym, niektórzy publikowali swoje wojenne wspomnienia czy edukowali o Zagładzie, chodząc do szkół w swoich miejscowościach i opowiadając o sobie. Terapia grupowa wpłynęła na gotowość do „opowiedzenia” i konstruowanie tożsamości – niektórzy zidentyfikowali się jako Żydzi, większość uzyskała grupowe wsparcie w konstruowaniu bardzo zindywidualizowanych, często złożonych tożsamości ludzi „pogranicza”. Rozmowy o efektach ujawnienia, porównywanie postaw, opowiadanie o swoich wyborach czy wreszcie uznanie odrębności i podstawowego zna-

²³ Maria Orwid, Ewa Domagalska-Kurdziel, Kazimierz Pietruszewski, Ewa Czaplak, Ryszard Izdebski, Maria Kamińska, *Psychospołeczne następstwa Holocaustu u osób ocalałych i żyjących w Polsce*, „Psychiatria Polska” 1994, nr 1.

czenia dla spajającej grupę tożsamości Dziecka Holokaustu bardzo pomogły. Pytanie, „kim jestem”, powraca jednak w różnych kontekstach do dzisiaj, ostatnio także jako namysł: „Na jakim cmentarzu zostanę pochowany/a?”

Ważnym aspektem początku terapii była rywalizacja między tymi, którzy jako urodzeni w czasie wojny nic nie pamiętali, a więc i „nic nie przeżyli”, a tymi, którzy zachowali traumatyczne wspomnienia z Zagłady, często nawracające w postaci flashbacków (nagłe i dramatyczne „wtargnięcie” traumy z przeszłości do bieżącego życia) czy koszmarów sennych. Ci starsi postrzegali siebie jako „prawdziwe” ofiary. Szybko okazało się, że realia nie odpowiadają wcześniejszym założeniom. Gorzej radziły sobie młodsze Dzieci Holokaustu, u których zmiany w życiu, szczególnie jeśli przeżyły rozdzielanie ze swoimi matkami, okazały się bardzo wielowymiarowe, dotyczące wielu obszarów funkcjonowania. Tak działa wczesna trauma – im wcześniejsza, tym silniej i bardziej kompleksowo wpływa na życie. Grupa szybko to dostrzegła, a przykład dzieci zbyt młodych, by pamiętać, ukazał znaczenie osadzenia w świecie i znaczenie pamięci. Ci, którzy pamiętali Zagładę, często pamiętali też swoje przedwojenne rodziny, zachowali jakieś dobre, przedwojenne wspomnienia, coś o sobie wiedzieli. Nawet dzięki okrucinom wspomnień łatwiej mogli stworzyć swój konstrukt tożsamościowy, mieli się do czego odnieść. Wielu uczestników terapii za wszelką cenę próbowało się czegoś o sobie dowiedzieć, usłyszeć jakieś o sobie historie, ze strzępków danych odtworzyć swoje drzewo genealogiczne. Bywało, że mimo upływu lat „cudem” udawało im się znaleźć o sobie jakieś informacje, a nawet odkryć kogoś z rodziny.

W jakich jeszcze obszarach dokonywały się zmiany? Powoli zmieniały się dysfunkcjonalne, zanurzone w dzieciństwie schematy wchodzenia w relacje. Ocalali podzielają ukrytą i zarazem ekstremalnie silną, niemożliwą do realizacji fantazję o idealnej opiece, a równocześnie lęk przed bliskością. Napięcia w relacjach szczególnie dotyczą tak zwanych relacji pionowych – z nieżyjącymi rodzicami, jako tymi którzy z reguły „porzucili” ocalałych, decydując się na ich ratowanie, i z dziećmi, które nieuchronnie ich „porzucają”, budując swoje życie. Rodziny po Holokauście nie bez racji nazywane są tymi, które „nie wspierają procesu indywiduacji i separacji”²⁴ związanego z rozwojem i budowaniem własnego życia poprzez opuszczenie rodziny pochodzenia. Znaczna część pracy terapeutycznej dotyczyła napięć wokół tych zagadnień. Zarazem tematyka relacji z dziećmi była tak istotna, że szybko do jednej z grup zaproszono potomków ocalałych z Zagłady (niekoniecznie były to dzieci jej uczestników), a z czasem to tak zwane drugie pokolenie stworzyło osobną grupę terapeutyczną, która powstała w 1998 r. Początkowo ocalali z nieufnością przyjmowali usamodzielniające się drugie pokolenie jako konkurentów do cierpienia. Bronili się również przed niewypowiedzianym oskarżeniem, że oni sami okazali się „toksyczni” jako rodzice

²⁴ Danny Brom, Revital Kfir, Haim Dasberg, *A controlled double-blind study on children of Holocaust survivors*, „Israel Journal of Psychiatry” 2001, t. 38, nr 1.

i przekazali swoim dzieciom problemy psychologiczne. Godzenie się także z tym aspektem relacji z dziećmi było ważnym osiągnięciem pracy grupowej.

Trudnym zadaniem było oswojenie się ze zmianą i jej normalizacja. Wczesne doświadczenia uczestników terapii to zmiany, które są równoznaczne z katastrofą. Zmiany obecne, jak starzenie się, przechodzenie na emerytury, utraty bliskich, zbliżająca się śmierć aktywują stare lęki. Jesteśmy przekonani, że doświadczenie terapeutyczne pozwala im lepiej znosić nieuchronne zmiany życiowe.

Uczestnicy terapii rozpoczęli ją jako mili, wdzięczni za wszystko, pokorni ludzkie. Tak jakby zawsze byli „gośćmi”, nie do końca u siebie (w Polsce, w świecie, w rodzinie), nie do końca w prawie, aby czegoś żądać czy oczekiwać. Gość musi „dobrze się zachowywać”, niewiele oczekiwać, zabiegać o przychyłność innych czy „nie wychylać się”. Przy takiej postawie trudno żyć pełnią życia i dbać o siebie, ale także trudno spotkać się ze swoimi agresywnymi emocjami – gniewem, złością, resentymentem. Te uczucia są silniejsze u ofiar traum, a muszą być blokowane, oddzielone czy rzutowane na zewnątrz. „Spotkanie się” z nimi i powolne godzenie się ze swoją agresywną częścią jest rozwojowe. Z czasem grupa stawała się miejscem omawiania konfliktów, zarówno między uczestnikami, jak i w Stowarzyszeniu Dzieci Holocaustu, dojrzała też do wyrażania niezadowolenia z terapeutów albo dotychczas obowiązujących reguł (np. wyrażali zdecydowany opór przed przyjmowaniem nowych członków).

Uczestnicy terapii na wiele sposobów zmieniali postrzeganie siebie. Od typowej dla ofiar traum surowej i krytycznej samooceny, poprzez uczenie się pobłażliwości i współczucia wobec siebie. Najważniejsza jednak zmiana wymaga powiedzenia sobie: „nie jestem ofiarą”: „Jestem tym, który się ocalił – wtedy, z nadludzkim hartem ducha w czasie Zagłady i potem, często nadspodziewanie dobrze radząc sobie w dorosłości”. Nawet malutkie, przygarnięte przez ratujących dziecko aktywnie się ratowało – dostosowywało się do oczekiwań ratujących czy do często dramatycznych okoliczności, tłumilo żalobę po utraconych bliskich, rezygnowało ze swoich potrzeb. Mocną stroną Dzieci Holocaustu było nierzadko dobre wykształcenie, sukcesy zawodowe, aktywność na rzecz innych. Nie cenili oni jednak swoich osiągnięć, uznając je za rodzaj bariery chroniącej ich przed światem. Postrzegali swoje prawdziwe „ja” jako słabe i bezradne. Jednym z głównych celów terapii jest rekonstrukcja „ja”, aby ocalali mogli pomieścić w sobie i dramat, którego doświadczyli u progu życia, i dobro, które wydarzyło się w ich życiu. A więc nie ofiara, lecz silna, zwycięska jednostka, która z nadludzkim wysiłkiem przewyciężała trudy skumulowanych urazów z dzieciństwa. Stąd znaczenie semantycznej zmiany, która dokonała się na oczach grupy – angielskie słowo *survivor* przez lata funkcjonowało w polszczyźnie jako „ocalony”, a słowo to kojarzy się z biernością – ocalony przez kogo, w jaki sposób? W polszczyźnie słowo „ocalały” znacznie lepiej oddaje sens angielskiego pierwowzoru.

Historie ocalałych a kontekst społeczny

Ocalali żyli w kraju, w którym nie tylko nie istniała pamięć Zagłady, lecz także ich indywidualne, traumatyczne doświadczenia pozostawały w kontraście do obowiązujących „Wielkich Narracji”. Daniela²⁵ nazwała to doświadczenie „wtórnym urazem” i nadawała mu olbrzymie znaczenie. Umowa społeczna wykluczająca z pamięci zbiorowej doświadczenie ocalałych wpływa na każdy poziom funkcjonowania i potęguje skutki wojny. W milczeniu nie można przepracować traum.

Zajmujemy się specyficzną grupą ocalałych, którzy po wojnie pozostali w Polsce, więc musieli odszczepić wiedzę dotyczącą Polaków-prześladowców, żeby móc zakładać rodziny i czuć się bezpiecznie. Nasi pacjenci pozostali w kraju pochodzenia, nie zdecydowali się na emigrację. Świadczy to z reguły o znacznym stopniu asymilacji jeszcze przed 1939 r., ale także o przewadze dobrych doświadczeń okresu wojny. Ci, którzy zaznali wielu krzywd od ludności miejscowej wyjeżdżali, często gdy tylko zapanował pokój nie widząc możliwości pozostawania wśród wrogich sobie współobywateli. W historiach uczestników terapii stałym wątkiem był lęk przed „sąsiadami”, którzy mogli donieść, ale nie tworzyło to spójnej narracji o Polakach wydających Żydów. Tak podsumowywała swoje badania dotyczące tożsamości ocalałych w Polsce współautorka niniejszego artykułu:

Zarówno badania ilościowe, jak i jakościowe pokazują, że budowanie tożsamości po traumie jest skomplikowanym procesem egzystencjalnym. Ważnym elementem jest poczucie lojalności wobec „dwóch matek” – tej, która urodziła, i tej, która ratowała. Nawet jeżeli doświadczenia ze społecznością lokalną, „sąsiadami” budzą uczucie zagrożenia, nie zmienia to identyfikacji z osobami, które pomagały w ocaleniu²⁶.

W psychoterapii traumy szczególnie istotny jest element przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowy – w jaki sposób widzą i wyobrażają sobie nas pacjenci i jak my czujemy relację z nimi. W kontekście polsko-żydowskim istotne też stają się historie nasze i naszych rodzin.

Zespół terapeutyczny reprezentował od początku różnorodnie doświadczona związane z Holocaustem – oboje rodzice części psychoterapeutów byli nieżydowskimi Polakami, część pochodziła z mieszanych polsko-żydowskich małżeństw. Zespół tworzyła i do swojej śmierci w 2009 r. współprowadziła terapię ocalała z Zagłady Maria Orwid.

Wydaje się, że szczególną wartość stanowi obecność terapeutów nieżydowskiego pochodzenia. Grupy narażone są na ryzyko projekcji złości na otoczenie

²⁵ Yael Daniela, *Healing components: The right to reparation for victims of gross violations of human rights and humanitarian law* [w:] *Hearing the Voices. Teaching the Holocaust to Future Generations*, red. Didier Pollefeyt, Michael Hayse, Jan Colijn, Marcia Sachs Little, Westfield International Press, 2000.

²⁶ Katarzyna Prot, *Życie po Zagładzie. Skutki traumy u ocalałych z Holocaustu. Świadectwa z Polski i Rumunii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2019, s. 86.

zewnątrzne²⁷. Obecność nieżydowskich terapeutów nie pozwala uczestnikom na zamknięcie się w żydowskiej specyfice i umożliwia uniwersalizację oraz obiektywizację sytuacji, postaw, wyborów. Wnosi do tego grona część świata, który jest na zewnątrz. Reprezentuje także polską część identyfikacji (tożsamości) całej grupy oraz każdego z jej członków z osobna. Prawie wszyscy uczestnicy pochodzą z rodzin, w których kultura polska była pierwszą i dominującą. W okresach kiedy pacjenci intensywnie pracowali nad tematami „żydowskimi”, „polscy” terapeuci czuli się w pozycji Innego, w „mniejszości”. Można to rozumieć także jako identyfikację projekcyjną²⁸ uczuć uczestników terapii doświadczających bycia w „mniejszości” w swoim życiu społecznym.

Niezależnie od pochodzenia rodzinnego wszyscy przez lata byliśmy zanurzeni w dominującej narracji o „Polakach ratujących Żydów”, zarówno my, jak i nasi pacjenci. Działo się tak, mimo że w każdej indywidualnej historii wybrzmiewał lęk przed „sąsiadami”, a terapeuci, których rodzice ocalili z Zagłady, słyszeli od nich – „nie bałem się Niemców, bo oni nie poznawali Żydów, miałem lęk przed Polakami”. To masywne zaprzeczanie możemy rozumieć jako działanie mechanizmu dysonocjacji, co pozwala na pozostawanie równocześnie w stanie „wiedzy” i „niewiedzy”. Ocalali przez lata żyli w rzeczywistości zdysocjowanej – z jednej strony ich osobistym doświadczeniem był wojenny lęk przed Polakami, z drugiej Polakom zawdzięczali przeżycie. Te dwie rzeczywistości pozostawały w oddzieleniu. Tak jak osoba po wydarzeniu traumatycznym może mieć poczucie dwóch rzeczywistości – jednej, w której doświadczyła traumy, i drugiej, w której doświadczenie traumatyczne nie nastąpiło, tak ocalali nie łączyli tych doświadczeń.

Świadomość pojedynczych wydarzeń związanych z Polakami w roli prześladowców obecna była w świecie wewnętrznym ocalałych, ale rozumienie, że ich doświadczenie jest częścią większej całości, pojawiało się razem z badaniami dotyczącymi Zagłady. Nagle ta rzeczywistość, której nie dotykali w swoich wspomnieniach, stała się częścią debaty publicznej. Uważamy, że zewnętrzne uznanie dla tej części ich doświadczenia pełniło funkcję leczniczą, umożliwiało mówienie o – do tej pory – nieobecnych wspomnieniach.

Przykład z terapii grupowej²⁹

W kwietniu 2018 r. odbyło się kolejne maratonowe spotkanie ocalałych. We wszystkich pracujących równolegle grupach pojawiał się tym czasie temat wzrostu nastrojów antysemickich na skutek propozycji wprowadzenia poprawek

²⁷ Projekcja to mechanizm obronny polegający na przypisywaniu innym własnych niepożądanych uczuć.

²⁸ Identyfikacja projekcyjna jest przeżywaniem przez terapeutę uczuć pacjenta, często z poczuciem, że są to uczucia własne (inaczej niż w przypadku empatii).

²⁹ Przykład z rozdziału: Katarzyna Prot-Klinger, Krzysztof Sz wajca, *Późne skutki wczesnej traumy. Psychoterapia Ocalałych z Holokaustu* [w:] *Psychoanaliza w cieniu wojny i Zagłady*, red. Ewa Kobylińska-Dehe, Kraków: Universitas, 2020.

do ustawy o IPN³⁰. Interesujące jest, że sytuacja ta nie wzbudzała lęku u osób dłużej uczestniczących w psychoterapii. W czasie sesji jedna z pacjentek nagle przypomina sobie historię wywiadu udzielonego parę lat wcześniej popularnej gazecie. Mówi o swoim ówczesnym strachu przed odsłonięciem się i o sile, jaką dało jej jego przewyciężenie i zgoda na opublikowanie wywiadu. Nie odczuwa lęku w związku z obecną sytuacją w kraju. Być może w związku z kontekstem społecznym, który uaktywnił dyskusję o udziale Polaków w Holokauście, członkowie grupy z większą otwartością mówią o zagrożeniu doznawanym ze strony Polaków, czasem nawet ich polskich rodzin, w czasie wojny. Pomimo tych wspomnień nie czują się zagrożeni aktualnie – podkreślają różnicę w stosunku do Marca '68. Bardzo wyraźnie utożsamiają się ze zwolennikami lewicowo-centrowych partii, a zagrożenie widzą nie w „Polakach”, ale w partiach i ruchach nacjonalistycznych. Jedyną osobą reprezentującą inny pogląd jest ocalała, która do tej pory nie uczestniczyła w psychoterapii i trzymała się na uboczu Stowarzyszenia Dzieci Holocaustu. Mówi o tym, że aktualna sytuacja budzi w niej lęk, myśli o powrocie „do szafy”.

Może to oznaczać, że długotrwała terapia ocalałych prowadzi do wzrostu odporności (*resilience*) w sytuacjach traumatycznych. Obecność terapeutów czy grupy, poczucie, że nie jest się samemu, inaczej niż w czasie wojny i w Marcu '68, sprawia, że uczucia mogą zostać nazwane i przepracowane.

Dynamika pracy grupowej

Tradycyjnie sesja zaczyna się „rundką”, podczas której każdy członek grupy ma okazję powiedzieć, co się ostatnio wydarzyło i co chciałby wnieść na spotkanie. Ponieważ przerwy między nimi są długie, a sama sesja terapeutyczna – dość krótka, istotne jest zminimalizowanie ryzyka pominięcia istotnych zdarzeń w życiu pacjentów. Dotyczą one bardzo często straty i rozmowa o nich w trakcie „rundki” stwarza okazję do odniesienia się do nich w dalszej części sesji.

Wydaje się, że główną metodą leczenia jest tu uważne słuchanie i wspólna refleksja nad emocjonalnym znaczeniem doświadczeń. Po latach uczestnictwa w tej samej grupie członkowie bardzo dobrze znają swoje wojenne historie, ale nadal ich słuchają. Często historie są opowiadane inaczej. Czasami narrator dystansuje się od przerażających doświadczeń, czasami ujawniane są nowe, dotychczas pomijane albo niepamiętane fragmenty historii. Fakty są teraz przedstawiane w innym kontekście. Początkowo opowiedzeniu o traumie towarzyszyło oczekiwanie, że ktoś „pomieści” ich cierpienie. Z czasem członkowie grupy potrafili powiązać swoje doświadczenia z dzieciństwa z późniejszą i obecną historią swojego życia. Zauważają ich wpływ na stosunek do własnych

³⁰ Odnosimy się tu do propozycji wprowadzenia poprawki do prawa dotyczącego karania osób oskarżających „Naród Polski” o współwinę w zbrodniach niemieckich. Dyskusje nad tym prawem spowodowały wyraźny wzrost nastrojów antysemitycznych w Polsce.

dzieci czy trudności z przyjęciem opieki³¹. Oczywiście, poza początkową fazą terapii albo pojawieniem się na terapii nowych osób wspomnianie przeszłości nie dominuje sesji. Są one różnorodne, meandrujące, pragmatyczne, poświęcone przede wszystkim omówieniu bieżących trudności.

Silne wsparcie udzielane sobie wzajemnie przez uczestników, raczej dawanie rad i pocieszanie niż konfrontacja, wreszcie poczucie wspólnoty i kontakty utrzymywane poza sesjami, widoczne szczególnie na początku terapii, upodobały te grupy do grup wsparcia. Z czasem zwiększała się „kultura psychoterapeutyczna” – umiejętność mówienia wprost, gotowość do dawania i przyjmowania trudnych informacji zwrotnych, umiejętność łączenia przeszłości z teraźniejszością, skłonność do odważnego pytania o przeżycia wojenne i bieżące problemy, zainteresowanie emocjami i umiejętność mówienia o nich, w tym także zauważanie i gotowość pracy z konfliktami między członkami grupy. Ewolucja ta jest zgodna z modelem leczenia głęboko strauumatyzowanych pacjentów, w którym bardziej intensywną (eksploratywną) terapię poprzedza faza „bezpieczeństwa i stabilizacji”. Z jedną ważną różnicą – zwykle doświadczenia urazowe omawiane są i opracowywane później, w drugim etapie terapii, tak zwanej fazie skoncentrowanej na traumie. W naszej grupie Zagłada zdominowała początkowe fazy grupy, jakby „pękły tamy”, a ocalali tylko czekali, żeby opowiedzieć o swoim nieszczęściu członkom świeżo odzyskanej „rodziny”. Ta grupa jest „rodziną”. Interakcje wewnątrzgrupowe są małym fragmentem złożonej sieci relacji między uczestnikami, którzy należą do tego samego stowarzyszenia, przyjaźnią się i kłócą, utrzymują intensywny kontakt ze sobą, także poza spotkaniami grupowymi. Ich potrzeba odtworzenia w tej grupie i w tych relacjach utraconej idealnej rodziny silnie wpływała na klimat pracy, ale frustracja tej fantazji stała się czynnikiem rozwoju.

Grupa dla tak strauumatyzowanych pacjentów zrezygnowała z ostatniego etapu terapii – wspierania separacji od procesu terapeutycznego, współuczestników i psychoterapeutów. Skonstruowana jest wokół idei: „będziemy tu zawsze, jeśli tylko będziesz nas potrzebował, aż do twojej śmierci”... I tak jest w rzeczywistości. Pracujemy ze starymi ludźmi, którzy nie tyle myślą o swojej śmierci, ile realnie umierają. To oni chcieli takiej „grupy-matki” dla siebie, dlatego walczą o jej utrzymanie i finansowanie, mimo sceptycyzmu części otoczenia i decydentów, a swój udział w sesjach nazywają swoim „ładowaniem baterii”.

Gdyby terapia grupowa rozpoczęła się wcześniej, ocalali byliby młodszy, ich trauma mniej dotkliwa, a osamotnienie mniejsze (jak w Izraelu czy Stanach Zjednoczonych, gdzie stanowią część kilkumilionowych społeczności żydowskich, a ich status i cierpienie zyskały uznanie w dominujących narracjach społecznych), zaprojektowanie terapii jako ograniczonej czasowo byłoby łatwiejsze.

³¹ Katarzyna Prot-Klinger, Krzysztof Sz wajca, Łukasz Biedka, Kazimierz Bierzyński, Ewa Domagalska, Ryszard Izdebski, *Psychotherapy of Holocaust survivors–integration of traumatic experiences?*, „Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences” 2019, t. 56, nr 1.

Zmiany w myśleniu o psychoterapii

W naszym zespole terapeutycznym reprezentowane są różne podejścia psychoterapeutyczne: psychodynamiczne, systemowe i grupowo-analityczne. Nie staramy się ich „integrować”, ale raczej wykorzystywać różne perspektywy. Jesteśmy przekonani, że praca z poważnymi traumami, szczególnie tymi, które dotyczą dzieci, wymaga użycia różnych instrumentów i myślenia zaczerpniętego z różnych modeli terapeutycznych, także z niewymienionej wcześniej szkoły poznawczo-behawioralnej, jako że błędy poznawcze i nieprawidłowe założenia u ocalałych są realnym problemem, wpływającym na jakość ich życia. Jak wspomniano wcześniej, zarówno postrzeganie „patologii” ocalałych, jak i cele terapii zmieniają się z czasem – od maksymalistycznego podejścia dążącego do rekonstrukcji osobowości, do bardziej realistycznych idei psychologii ja. W procesie zdrowienia ostatecznym celem nie jest „bycie wolnym od objawów”, ale raczej skuteczne, pomimo trudności, radzenie sobie i nadawanie sensu swojemu życiu. A obecnie – wspieranie umierających ocalałych.

Maria Orwid (a za nią zespół terapeutów) od początku nie koncentrowała się na psychopatologii (konstrukt PTSD uznawała za dalece niewystarczający do opisu doświadczeń posttraumatycznych). Rzeczywiście okazało się, że typowe „psychiatryczne” następstwa (jak właśnie zespół stresu pourazowego czy depresja) nie są najważniejsze. Zresztą krótkoterminowo objawy te często łatwo ustępowały, a długoterminowo – falowały w zależności od sytuacji życiowej. Nigdy nie stały się dla uczestników terapii dominującym tematem pracy. Ciężar pracy grupowej szybko przeniósł się na problemy życiowe i opisane wcześniej tematy.

W czasie trwania programu ukazało się na całym świecie dużo prac dotyczących konsekwencji wydarzenia traumatycznego i psychoterapii traumy. W obszarze psychoanalizy dokonał się odwrót od myślenia w kategoriach wyparcia jako głównego mechanizmu obronnego, a powrót do zapomnianych teorii Ferenczego dotyczących dysocjacji. Tak zwany zwrot relacyjny był związany właśnie z leczeniem pacjentów z doświadczeniem traumatycznym. Kluczowe znaczenie ma w tym wypadku analiza relacji pacjent–terapeuta–grupa. W związku z tym istotne staje się badanie tego co dzieje się „tu i teraz”, a dla postępu leczenia ważniejszy jest sposób bycia z pacjentem niż interpretacje. Dla uczestnika terapia jest okazją do nowego doświadczenia, innego niż to, które doprowadziło do zakłóceń w jego/jej życiu psychicznym. Freud uważał, że w sytuacji traumy zapominamy, wypieramy wydarzenie, którego pamięć w toku terapii może zostać odzyskana. Ferenczi zauważył, że zniekształcamy, pamiętamy część lub mamy dostęp do niektórych aspektów doświadczenia urazowego. Zmiana nacisku z wyparcia na dysocjację oznacza, że w psychoterapii nie próbujemy wydobyć z pamięci ukrytej, „prawdziwej” traumy, w nadziei że jej „opracowanie” przyniesie nam ulgę (a jest to częsta fantazja podzielana przez pacjentów i psychoterapeutów), ale akceptujemy zmienny i wielopoziomowy dostęp do doświadczenia. Dotyczy to także doświadczeń ocalałych.

W ciągu trzydziestu lat te same historie opisywane są w różny sposób: przypominane są zapomniane fragmenty, nadawane są im nowe znaczenia i rozumienia. Wyrazem przepracowania doświadczenia urazowego jest umiejętność opowiedzenia o nim, a ważnym zadaniem psychoterapii osób cierpiących na następstwa pourazowe jest wspieranie tworzenia spójnej narracji i narracyjnej kompetencji. Odtworzenie historii traumy u ocalałych to zarazem oplakanie strat i przeżycie żałoby. Nie tylko po rodzicach i innych członkach rodziny, ale i po utraconym podstawowym poczuciu zaufania i bezpieczeństwa, po pozytywnym obrazie siebie, po poczuciu, że świat jest sprawiedliwy i przewidywalny, po utraconym dzieciństwie. Ci którzy doświadczyli tragedii, intuicyjnie próbują od niej uciec, nie wracać, nie pamiętać, żyć, jakby „tamto” się nie wydarzyło. Ale paradoksalnie, ta metoda rzadko jest skuteczna. Leczące jest wbudowanie traumy do tożsamości, uczynienie jej fragmentem własnej biografii, uznanie jej znaczenia.

Na nasze myślenie o psychoterapii ocalałych duży wpływ wywarł rozwój wiedzy i praktyk związany z modelami przywiązaniowo-mentalizacyjnymi, pogłębiająca się wiedza na temat zaburzonej regulacji emocji, szczególnie istotnej u ofiar bardzo wczesnych urazów. Nie używaliśmy klasycznego narzędzia terapii poznawczo-behawioralnej do pracy z traumą – terapii przedłużonej ekspozycji, która konsekwentnie zanurza ocalałego w doświadczeniu urazowym. Zostawialiśmy samym członkom grupy decyzję o głębokości i charakterze wyobrażeniowego powrotu do dramatycznej przeszłości. Okazuje się, że efekty przedłużonej ekspozycji w populacji geriatrycznej są wątpliwe³². Nie włączaliśmy do terapii elementów pracy z ciałem, mimo niewątpliwej użyteczności tych technik.

Towarzyszmy naszym pacjentom przez wiele lat. To raczej wyjątkowa sytuacja. Grupy terapeutyczne dla ocalałych często korzystają z modelu krótkoterminowej terapii psychodynamicznej (np. w Izraelu)³³. Takie grupy są skupione na objawach uruchamianych przez świeży uraz, separację czy stratę. Inną propozycją krótkoterminową jest Life Review Therapy (LRT-HS) – Terapia Przeglądu Życia dla Ocalałych z Holokaustu³⁴. Wywodzi się z terapii poznawczo-behawioralnej (CBT). W ciągu 20–25 ustrukturyzowanych sesji uczestnicy skupiają się na uporządkowaniu doświadczeń urazowych z intencją stworzenia spójnej o nich narracji.

³² Steven R. Thorp, Lisa H. Glassman, Stephanie Y. Wells, Kristen H. Walter, Heather Gebhardt, Elizabeth Twamley, Shahrokh Golshan i in., *A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD*, „Journal of Anxiety Disorders” 2019, nr 64.

³³ Natan PF Kellermann, *The long-term psychological effects and treatment of Holocaust trauma*, „Journal of Loss & Trauma” 2001, t. 6, nr 3.

³⁴ Simon Forstmeier, Elisheva van der Hal, Martin Auerbach, Andreas Maercker, Danny Brom, *Life review therapy for Holocaust survivors (LRT-HS): study protocol for a randomised controlled trial*, „BMC Psychiatry” 2020, nr 20; Simon Forstmeier, Sarah Zimmermann, Elisheva van der Hal, Martin Auerbach, Kristian Kleinke, Andreas Maercker, Danny Brom, *Effect of life review therapy for Holocaust survivors: a randomized controlled trial*, „Journal of Traumatic Stress” 2023, t. 36, nr 3.

Jak widać, w pracy ze strauumatyzowanymi populacjami mimo różnych wstępnych założeń różne podejścia prowadzą do podobnych wniosków – ten o kluczowej roli narracji powtarza się najczęściej. W sytuacji ograniczonych środków, nacisku na ekonomiczną efektywność i wzrastających potrzeb opracowanie metod krótkoterminowych jest ważne. Przedłużająca się długość życia stawia przed systemami ochrony zdrowia problem coraz liczniejszych starzejących się ofiar poważnych urazów psychicznych doświadczanych w młodym wieku (dzieci krzywdzone w rodzinach czy uchodźcy wojenni). Jednak nasze doświadczenie wskazuje, że w przypadku silnie i wcześnie strauumatyzowanych pacjentów krótkoterminowe oddziaływania mogą nie wystarczać. Można to łączyć z dwoma zjawiskami. Po pierwsze, terapia zaczynała się w zupełnie innej sytuacji niż w Izraelu, gdzie ocalali nie mówili o swoich doświadczeniach, ale było oczywiste dla nich i innych, że są Żydami. W Polsce zaczynaliśmy i nadal, w pewnym stopniu, mamy do czynienia z „podwójnym tabu” (na przykład ocalali rozważają „komu powiedzieć”). Po drugie, jak wspominaliśmy, grupa „naszych” ocalałych jest społecznie samotna. W krajach, gdzie populacje żydowskie są większe, pacjenci poza terapią uczestniczą w wielu innych oddziaływaniach psychospołecznych, które dla „jedynego Żyda w miasteczku” są niedostępne. Tak więc spotkania terapeutyczne w Polsce pełnią także funkcję integracyjną.

W badaniach i terapii ocalałych z Holocaustu „przegapiono” ludzi, z którymi pracujemy – młodych albo bardzo młodych ocalałych. Nie było ich dużo w krajach migracji (bo dzieci prawie nie miały szans aby przeżyć), na przykład w Izraelu w 2015 r. ludzie urodzeni w roku 1940 lub później mieli stanowić zaledwie 3 procent populacji ocalałych z Zagłady³⁵. Nie do końca uznawano ich za ocalałych, szczególnie ukrywane dzieci, bo przecież „nie cierpiały tak jak te, które przeżyły obozy”. Ich problemy i związane z większymi obciążeniami funkcjonowanie były mało obecne w literaturze o psychicznych następstwach Zagłady. „Zauważeni” w latach osiemdziesiątych, nie byli intensywnie badani³⁶, wydawało się bowiem, że wszystko już o ocalałych wiadomo, dane o ich funkcjonowaniu były raczej uspokajające, a interesowano się wtedy kolejnymi pokoleniami i zjawiskiem międzygeneracyjnego przekazu traumy. Nazwano ich pokoleniem 1,5 – dotyczyła ich zarówno doświadczona w bardzo młodym wieku trauma Zagłady, jak i bycie pod opieką „nieoptymalnych” opiekunów – ocalałych z Zagłady rodziny albo przybranych rodzin ratujących – a więc zjawiska międzypokoleniowe takie jak w drugim pokoleniu. Podobnie jak dla tych ostatnich, Zagłada dla pokolenia 1,5 nie jest doświadczeniem biograficznym, bo nie utrwaliła się w ich pamięci jawnej – nie mają własnych wspomnień Holocaustu. Jednak perspektywa psychologii rozwojowej, wsparta badaniami neuroobra-

³⁵ Jenny Brodsky, Assaf Sharon, Yaron King, Shmuel Be’er, Yitschak Shnoor, *Holocaust survivors in Israel: Population estimates, demographic, health and social characteristics, and needs*, Jerusalem, Israel: Myers-JDC-Brookdale Institute, 2010.

³⁶ Nathan Durst, *Child-survivors of the Holocaust: Age-specific traumatization and the consequences for therapy*, „American Journal of Psychotherapy” 2003, t. 57, nr 4.

zowymi³⁷ wyraźnie pokazuje, że wczesne doświadczenia nie są wymazywane, a nic nie jest w życiu człowieka ważniejsze niż opieka, jaką otrzymał, przede wszystkim we wczesnym dzieciństwie. Dzieci Holocaustu funkcjonują gorzej niż ci, którzy w momencie Zagłady byli starsi. Żyjący w Polsce – gorzej niż ci, którzy wyemigrowali. Badania porównawcze na dużych grupach ocalałych żyjących w Izraelu i Stanach Zjednoczonych ukazały lepszy dobrostan tych pierwszych. Wiązane jest to z ochronnym wpływem społeczeństwa, w którym ocalali mogli poczuć się „u siebie”. Powszechnie przyjmuje się, że społeczne „umowy” mówiące o tym, jak radzić sobie z urazami, mogą mniej lub bardziej sprzyjać powrotowi do zdrowia, że traumy „przyjęte” w kulturze i przez nią uznane są łatwiejsze do przezwyciężenia, że poczucie przynależności jest najważniejsze w zdrowieniu. I odwrotnie, odrzucenie społeczne i opresja polityczna upośledzają mechanizmy przystosowawcze. Wyraźne naznaczone traumą funkcjonowanie polskich ocalałych jest więc w pewnym sensie recenzją wystawioną polskiemu społeczeństwu.

Postęp w terapii traumy w ostatnich dekadach dotyczył przede wszystkim terapii dzieci, młodzieży i dorosłych w średnim wieku³⁸. Praca z pacjentami w podeszłym wieku jest zaniedbanym obszarem badawczym, z bardzo niewielką liczbą badań spełniających współczesne kryteria poprawności (kontrolowane randomizowane badania RCT) i dosłownie jednym dotyczącym terapii ocalałych z Holocaustu³⁹. Skądinąd, bardzo trudno jest odzwierciedlić w kwestionariuszach badawczych i diagnozach różnorodne problemy życiowe występujące u starzejących się ocalałych. Liczne i obejmujące wiele sfer życia trudności związane z przewlekłymi traumami, których źródłem jest człowiek, trudno ująć w proste kategorie diagnostyczne. Problem jest tak poważny, że dopiero ostatni, właśnie wdrażany system klasyfikacyjny poszerzył zbyt zawężającą kategorię zespołu stresu pourazowego o objawy opisane jako uporczywe, wszechogarniające i upośledzające funkcjonowanie zaburzenie organizacji ja. Kategorię tę tworzą „problemy z regulacją emocji, trwałe przekonanie o sobie jako osobie słabej, pokonanej lub bezwartościowej, wraz z głębokim i wszechobecnym poczuciem wstydu, winy lub porażki związanej z traumatycznym wydarzeniem oraz uporczywe trudności w podtrzymywaniu relacji i poczuciu bliskości z innymi (rozumiane jako lęk przed bliskością)”⁴⁰.

Właśnie te problemy są w centrum naszej pracy terapeutycznej.

³⁷ Monika Fňašková, Pavel Říha, Marek Preiss, Petr Bob, Markéta Nečasová, Eva Koritáková, Ivan Rektor, *Lifelong impact of extreme stress on the human brain: Holocaust survivors study*, „Neurobiology of Stress” 2021, nr 14.

³⁸ Maria Böttche, Philipp Kuwert, Christine Knaevelsrud, *Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches*, „International Journal of Geriatric Psychiatry” 2012, t. 27, nr 3.

³⁹ Simon Forstmeier, Elisheva van der Hal, Martin Auerbach, Andreas Maercker, Danny Brom, *Life review therapy for Holocaust survivors (LRT-HS): study protocol for a randomised controlled trial*, „BMC Psychiatry” 2020, nr 20.

⁴⁰ World Health Organization, *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*, 2019.

Podsumowanie

Nie jest łatwo opisać 30-letni proces psychoterapii. W tym artykule chcieliśmy zwrócić uwagę na zmianę w postrzeganiu własnej historii przez ocalałych. W czasie terapii udało im się połączyć rozszczerzone i zdysocjowane doświadczenie wojenne i stworzyć spójną narrację.

Proces społeczny, w którym opowieści ocalałych stały się ważne, wysłuchiwanie oraz uzupełnianie badaniami, dał im szansę na stworzenie ram dla ich historii.

Pomocna w rozumieniu tej zmiany była dla nas praca Doriego Lauba i Johanny Bodenstab. Psychoanalicy odnaleźli po 25 latach grupę ocalałych, z którymi Laub przeprowadził wywiady pod koniec lat siedemdziesiątych i w latach osiemdziesiątych XX w. Powtórzone po latach rozmowy znacząco się różniły. Autorzy uważają, że wzrost świadomości społecznej na temat Zagłady wpłynął korzystnie na zdolność dawania świadectwa przez rozmówców, potwierdzając ich tożsamość jako ocalałych i jako świadków historii. Z podobnym procesem mamy do czynienia w narracjach Dzieci Holokaustu – większa wiedza na temat Zagłady, w tym otwarte mówienie o udziale w niej Polaków, tworzenie stowarzyszeń, upamiętnianie ofiar, uczestniczenie w edukacji szkolnej przyczyniają się do samookreślenia się jako ocalałego z Holokaustu. Laub pisze także o różnicy w sposobie przeprowadzania wywiadu po 25 latach. Uważa, że w tym czasie wykrystalizowało się rozumienie „świadectwa” jako narracyjnej formy przyjętej przez rozmówcę. Laub pisze:

w tych pierwszych wywiadach unosi mnie strumień, intensywność, bezpośredniość, prawie namacalność fragmentów pamięci moich rozmówców. Nie miałem wówczas pytań, które pomogłyby spowolnić ich narrację lub wzbogacić i pogłębić opis ich doświadczenia. [...] Jestem niezdolny do ingerencji, do bycia obecnym, do zdecydowanego tworzenia bezpiecznej przestrzeni dla ich świadectwa. Aż nadto często jestem owładnięty poczuciem bliskości wydarzeń, które opisują. Niewiele jest chwil ciszy, niewiele podejść do wewnętrznego „ja”, niewiele enklaw autorefleksji. Nie chcąc i wbrew własnym intencjom prowadzącego wywiad, współdziałałam ze zranieniem i bezbronnością Ocalałych. [...] Potrzebowałbym miesięcy, jeśli nie lat, aby powstał we mnie jakiś empatyczny fundament, dzięki któremu mógłbym zbudować roboczą więź, pomagać otwierać perspektywy i stworzyć ramę, która pomieści introspekcję i autorefleksję⁴¹.

Laub uczy się tworzyć ramę zdolną pomieścić doświadczenie traumatyczne. Mamy wrażenie, że także dla nas, terapeutów, psychoterapia ocalałych była procesem, w którym uczyli nas, jak mamy ich słuchać. Jednym z najważniejszych doświadczeń terapeutycznych i życiowych.

⁴¹ Dori Laub, Johanna Bodenstab, *Dwadzieścia pięć lat później. Powrót do świadectw ocalałych z Holokaustu*, „Wrocławski Rocznik Historii Mówionej” 2018, nr 8.

BIBLIOGRAFIA

- Bettelheim Bruno, *Individual and mass behavior in extreme situation*, „The Journal of Abnormal and Social Psychology” 1943, nr 38.
- Bion Wilfred R., *Uczenie się na podstawie doświadczenia*, tłum. Danuta Golec, Warszawa: Oficyna Ingenium, 2011.
- Böttche Maria, Kuwert Philipp, Knaevelsrud Christine, *Posttraumatic stress disorder in older adults: An overview of characteristics and treatment approaches*, „International journal of geriatric psychiatry” 2012, t. 27, nr 3.
- Brodsky Jenny, Sharon Assaf, King Yaron, Be’er Shmuel, Shnoor Yitschak, *Holocaust survivors in Israel: Population estimates, demographic, health and social characteristics, and needs*, Jerusalem, Israel: Myers-JDC-Brookdale Institute, 2010.
- Brom Danny, Kfir Revital, Dasberg Haim, *A controlled double-blind study on children of Holocaust survivors*, „Israel Journal of Psychiatry” 2001, t. 38, nr 1.
- Chodoff Paul, *Late effect of the concentration camp syndrome*, „Archives Of General Psychiatry” 1963, nr 8.
- Danieli Yael, *Families and survivors of the Nazi Holocaust: Some long- and short-term effects [w:] Psychological stress and adjustment in time of war and peace*, red. Norman Milgram, New York: Brunner-Mazel, 1986.
- Danieli Yael, *Psychotherapists participation in the conspiracy of silence about the Holocaust*, „Psychoanalytic Psychology” 1984, nr 1.
- Danieli Yael, *Healing components: The right to reparation for victims of gross violations of human rights and humanitarian law [w:] Hearing the Voices. Teaching the Holocaust to Future Generations*, red. Didier Pollefeyt, Michael Hayse, Jan Colijn, Marcia Sachs Little, Westfield International Press, 2000.
- Durst Nathan, *Child-survivors of the Holocaust: Age-specific traumatization and the consequences for therapy*, „American Journal of Psychotherapy” 2003, t. 57, nr 4.
- Eitinger Leo, *Concentration camp survivors in Norway and Israel*, Oslo-London: Universitetsforlaget; Allen & Unwin, 1964.
- Ferenczi Sándor, *Pomieszanie języków w obcowaniu dorosłych z dzieckiem. Mowa czułości i pożądania*, tłum. Marek Chojnacki, „Czas Kultury” 2021, nr 4.
- Fřnařková Monika, Řřha Pavel, Preiss Marek, Bob Petr, Nečasová Markéta, Koritřáková Eva, Rektor Ivan, *Lifelong impact of extreme stress on the human brain: Holocaust survivors study*, „Neurobiology of Stress” 2021, nr 14.
- Fogelman Eva, Bass-Wichelhaus Helene, *The role of group experiences in the healing process of massive childhood Holocaust trauma*, „Journal of Applied Psychoanalytic Studies” 2002, t. 4, nr 1.
- Forstmeier Simon, van der Hal Elisheva, Auerbach Martin, Maercker Andreas, Brom Danny, *Life review therapy for Holocaust survivors (LRT-HS): study protocol for a randomized controlled trial*, „BMC Psychiatry” 2020, nr 20.
- Forstmeier Simon, Zimmermann Sarah, van der Hal Elisheva, Auerbach Martin, Kleinke Kristian, Maercker Andreas, Brom Danny, *Effect of life review therapy for Holocaust survivors: a randomized controlled trial*, „Journal of Traumatic Stress” 2023, t. 36, nr 3.
- Freud Anna, *Ego i mechanizmy obronne*, tłum. Małgorzata Ojrzyńska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Keilson Hans, Sarphatie Herman, *Sequential traumatization in children*, Jerusalem: The Magnes Press, 1992.
- Kellermann Natan PF, *The long-term psychological effects and treatment of Holocaust trauma*, „Journal of Loss & Trauma” 2001, t. 6, nr 3.
- Krystal Henry, *Massive psychic trauma*, New York: International University Press, 1968.
- Laub Dori, *Zdarzenie bez świadka: prawda, świadectwo oraz ocalenie*, tłum. Tomasz Łysak, „Teksty Drugie” 2007, nr 5.

- World Health Organization, *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*, 2019.
- Laub Dori, *Bearing Witness or the Vicissitudes of Listening* [w:] *Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis, and History*, red. Shoshana Felman, Dori Laub, New York–London: Routledge, 1992.
- Laub Dori, Bodenstab Johanna, *Dwadzieścia pięć lat później. Powrót do świadectw ocalałych z Holokaustu*, „Wrocławski Rocznik Historii Mówionej” 2018, nr 8.
- Letzter-Pouw Sonia, Werner Perla, *Correlates of intrusive memories and avoidance of memories of the Holocaust*, „Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences” 2005, nr 42.
- Marcus Paul, Rosenberg Alan, *Healing their wounds: Psychotherapy with Holocaust survivors and their families*, New York: Praeger, 1989.
- Matussek Paul, *Late symptomatology among former concentration camp inmates* [w:] *The world biennial of psychiatry and psychotherapy*, red. Silvano Arieti, New York: Basic Books, 1971.
- Niederland William G., *Clinical observation on the „survivor syndrome”*, „The International Journal of Psychoanalysis” 1968, nr 49.
- Ornstein Anna, *Survival and recovery*, „Psychoanalytic Inquiry” 1985, nr 5.
- Orwid Maria, *Socjopsychiatryczne następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym Oświęcim-Brzezinka*, „Przegląd Lekarski” 1964, nr 1.
- Orwid Maria, Domagalska-Kurdziel Ewa, Pietruszewski Kazimierz, Czaplak Ewa, Izdebski Ryszard, Kamińska Maria, *Psychospołeczne następstwa Holokaustu u osób ocalałych i żyjących w Polsce*, „Psychiatria Polska” 1994, nr 1.
- Prot Katarzyna, *Życie po Zagładzie. Skutki traumy u ocalałych z Holokaustu. Świadectwa z Polski i Rumunii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2019.
- Prot-Klinger Katarzyna, Sz wajca Krzysztof, *Późne skutki wczesnej traumy. Psychoterapia Ocalałych z Holokaustu* [w:] *Psychoanaliza w cieniu wojny i Zagłady*, red. Ewa Kobylińska-Dehe, Kraków: Universitas, 2020.
- Prot-Klinger Katarzyna, Sz wajca Krzysztof, Biedka Łukasz, Bierzyński Kazimierz, Domagalska Ewa, Izdebski Ryszard, *Psychotherapy of Holocaust survivors–integration of traumatic experiences?*, „Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences” 2019, t. 56, nr 1.
- Rutkowski Krzysztof, Dembińska Edyta, *Powojenne badania stresu pourazowego w Krakowie. Część I. Badania do 1989 roku*, „Psychiatria Polska” 2015, nr 21.
- Simenauer Erich, *Late psychic sequels of man-made disaster*, „The International Journal of Psychoanalysis” 1968, nr 49.
- Steinberg Arlene, *Holocaust survivors and their children: review of clinical literature* [w:] *Healing their wounds: psychotherapy with Holocaust survivors and their families*, red. Paul Marcus, Alan Rosenberg, New York: Praeger, 1989.
- Sz wajca Krzysztof, *Psychiatria a trauma* [w:] *Konteksty psychiatrii*, red. Bogdan de Barbaro, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014.
- Thorp Steven R., Glassman Lisa H., Wells Stephanie Y., Walter Kristen H., Gebhardt Heather, Twamley Elizabeth, Golshan Shahrokh i in., *A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD*, „Journal of Anxiety Disorders” 2019, nr 64.
- Yehuda Rachel, Schmeidler James, Siever Larry J., Binder-Brynes Karen, Elkin Abbie, *Individual differences in posttraumatic stress disorder symptom profiles in Holocaust survivors in concentration camps or in hiding*, „Journal of Traumatic Stress” 1997, nr 10.
- Zimmermann Sarah, van der Hal Elisheva, Auerbach Martin, Brom Danny, Ben-Ezra Liron, Tischler Randy, Cassif-Weissberg Liora, Nof Reut, Forstmeier Simon, *Life review therapy for Holocaust survivors: Two systematic case studies*, „Psychotherapy” 2022, t. 59, nr 4.