

Ocaleni. Kategoria ocalonego i jej wybrane formy

The survivors. The category of survivors and its selected forms

Jan Jankowski, Anna Awtuch, Beata Rusiecka

International Hope Alive Counsellors Association, France
Mount Joy College, Canada

Każdy z autorów w równym stopniu przyczynił się do powstania artykułu.

Psychoonkologia 2017, 21 (3): 113–134

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.77299>

Adres do korespondencji:

Jan Jankowski
International Hope Alive
Counsellors Association
e-mail: jasien.jankowski@gmail.com

Streszczenie

Zjawisko ocalenia znajduje swoje miejsce w literaturze psychiatrycznej XX w. i wiąże się początkowo ze skutkami doświadczenia masowej zagłady z okresu drugiej wojny światowej. Fakt przeżycia takich wydarzeń, jak Holokaust i obozy śmierci, pozwala na obserwację specyficznych objawów u osób, które ocalały: poczucie nadchodzącej zagłady, poczucie winy egzystencjalnej, stany depresyjne, zaburzenia poznania i pamięci, problemy psychosomatyczne. W 1980 r. do klasyfikacji DSM-III włączono syndrom ocalonego do zespołu stresu pourazowego, zwracając uwagę na czynnik spustowy, jakim jest doświadczenie zagrożenia życia lub jego integralności. W ten sposób doświadczenie traumatyczne jest zarazem doświadczeniem ocalenia. Pojęcie ocalenia z czasem rozszerzono i objęto nim doświadczenie osób z najbliższego otoczenia ocalonych, pośrednich świadków zagłady. Stąd mowa o zapośredniczonym przekazywaniu traumy czy wtórnym zespole stresu pourazowego. Współcześnie ocalenie wiąże się również z innymi wydarzeniami traumatycznymi, takimi jak katastrofy naturalne, wypadki drogowe, choroby nowotworowe i straty prenatalne (m.in. poronienie i aborcja). Zjawisko ocalenia w rodzinie dotyczy szczególnie rodzeństwa, które ocalało, podczas gdy inne dzieci zmarły lub zginęły. Można obserwować różnice między omawianymi formami ocalenia, ale również śledzić podobieństwa, np. pomiędzy ocaleniem z zagłady a ocaleniem w rodzinie, co szczegółowo omówiono na przykładzie skutków ocalenia związanych z aborcją. Publikacja prezentuje przegląd wyników badań i obserwacji klinicznych odnoszących się do różnych form ocalenia, pokazuje znaczenie stosowania terminu „ocalony” i podkreśla potrzebę rozwijania badań nad zjawiskiem ocalenia. Cierpienie ocalonych wskazuje na tę część natury człowieka, która nie pozwala czuć się dobrze kosztem życia innych, oraz na fakt, że ludzie czują się odpowiedzialni za śmierć innych i mają potrzebę przeciwdziałania zagładzie innych ludzi.

Abstract

The notion of survivor finds its place in literature in the 1960s and is associated initially with the effects of mass extermination during the Second World War. The fact of surviving extreme situations such as the Holocaust or war is linked to specific symptoms that may occur in persons who survived: a sense of impending doom, existential guilt, depression, isolation, identity and cognitive disorders, psychosomatic problems. In 1980 DSM-III includes the survivor syndrome into posttraumatic stress disorder (PTSD), underlining the triggering factor, which is the experience of life threatening event. The experience of trauma means also the experience of survival.

The category of survivor has been redefined including into its notion the experience of indirect witnesses (secondary post-traumatic stress disorder). Nowadays, the notion of survivor is associated with such events as natural disasters, road accidents, cancer and prenatal losses (miscarriage and abortion). Survival in family context concerns especially siblings who are alive, while other

children died or were killed. One can observe similarities and differences between various forms of survival what is discussed in detail in the case of abortion survivors. This paper presents an overview of research and clinical observations relating to various types of survivors indicating the theoretical significance of this category. The suffering of survivors highlights this part of human nature that does not allow anybody to feel good at the expense of another person's life and indicates that people feel responsible for death of others and want to counteract their destruction.

Słowa kluczowe: ocaleni, trauma, Holokaust, syndrom ocalonego, aborcja, ocalony od aborcji, ocalony od nowotworu.

Key words: survivors, trauma, Holocaust, survivor syndrome, abortion, abortion survivor, cancer survivor.

Wstęp

Wprowadzony do piśmiennictwa w latach 60. ubiegłego wieku termin „ocalony” wiąże się z prowadzonymi intensywnie badaniami nad traumą. Powstało wiele opracowań poświęconych ocalonym od wojen, Holokaustu, zamachów terrorystycznych, katastrof, a także ogólnie od nagłej, brutalnej i niespodziewanej śmierci. Ocaleni to osoby, które przetrwały śmiertelne wydarzenie. W językach: angielskim (*survivor*), niemieckim (*Überlebender*) czy francuskim (*survivant*) ocalony to ten, który uniknął, uciekł śmierci, ale też ten, kto stoi ponad życiem. Ocalały w języku polskim to ten, który pozostał cały mimo zagłady. Od początków historii człowiekowi towarzyszą przemoc i śmierć, wpływając na indywidualne życie jednostek i całych narodów, jednak dopiero w XX w. – kiedy wielu ludzi zostało świadkami dwóch wojen światowych – zwrócono uwagę na samo zjawisko ocalenia. Od lat 40. minionego wieku pisze się o doświadczeniu ofiar drugiej wojny światowej; o tych, którzy uszli cało z miejsc masowej zagłady. Druga wojna światowa jest źródłem silnych urazów dla mieszkańców Europy. Według historyków różniła się ona od pierwszej wojny światowej celami działań wojennych. Nie chodziło już o zdobycie terytorium czy dominację polityczną, ale o wyniszczanie narodów. Działania wojskowe zostały skierowane przeciwko cywilom, co doprowadziło do niespotykanego wcześniej na taką skalę rozpowszechnienia urazów i zaburzeń pourazowych. Cierpieli na nie już nie tylko żołnierze wracający z frontu, jak działo się to po pierwszej wojnie światowej, ale zwykli ludzie, także dzieci. Pojawiły się nieznane wcześniej sposoby eksterminacji ludności cywilnej. Wybudowano obozy koncentracyjne na obszarach okupowanych przez Niemców, które służyły jako miejsce eksterminacji osób uznanych za wrogów państwa i narodu niemieckiego [1]. Powstały getta, były uliczne łapanki i masowe egzekucje. Dwie wojny światowe nie zakończyły jednak łańcucha ataków i zabijania. Współcześnie również docho-

dzi do aktów przemocy skutkujących zagrożeniem życia, stąd zainteresowanie zaburzeniami pourazowymi po drugiej wojnie światowej.

Zjawisko ocalenia w ciągu ostatnich dziesięcioleci zdaje się poszerzać swoje znaczenie i nawiązywać do różnego rodzaju traum. Poza ocalonymi od wojny, zamachu terrorystycznego i innych wydarzeń bezpośrednio niosących śmierć, zaczęto mówić o ocalonych od przemocy, chorób terminalnych, niepełnosprawności, katastrof naturalnych. Potomkowie ocalonych także zdają się uczestniczyć w traumie swoich przodków. Szczególną kategorię ocalonych stanowią ocaleni od strat pre-, peri- i postnatalnych, takich jak poronienia, aborcja, martwe urodzenie, śmierć dziecka po porodzie, zamrożenie zarodków w procedurze *in vitro*. Do straty postnatalnej należy oddanie dziecka do adopcji.

Nie jest jednak łatwym zadaniem uzasadnienie stosowania kategorii ocalonych zarówno w nazewnictwie potocznym, jak i psychiatrycznym. W rozwoju myśli nad problematyką ocalonych wprowadzono kryterium diagnostyczne stresu pourazowego. Ocaleni stają się coraz liczniejsi – to ci, którzy doświadczyli urazu. Wojny, ataki bombowe i terrorystyczne, katastrofy lotnicze i naturalne, choroby terminalne, wypadki drogowe, przemoc i zaniedbanie wydają się wszechobecne. Czy więc całe społeczeństwa składają się z ocalonych? A jeśli tak, jakie są tego skutki? Czy mówimy o ocalonych, ponieważ chcemy wywołać u nich poczucie winy i zamknąć ich w koleinie diagnostycznej, która prowadzi donikąd [2]? Czy też może diagnoza ocalenia jest przydatna i pozwala na lepsze zrozumienie siebie?

Artykuł stanowi próbę przedstawienia piśmiennictwa na temat ocalonych, a wyszczególnienie typologii z nimi związanej ma się przyczynić do uporządkowania i pogłębienia refleksji nad tym zjawiskiem. Zyskuje ono najwyraźniej na wartości i zdaje się docierać do świadomości społecznej. Z jednej strony, do opinii publicznej przedostają się informacje o skutkach wojny, przeżyciach rodzeństwa dzieci zmarłych w wyniku choroby lub aborcji. Z drugiej, ocalonym

towarzyszy często niedowierzanie, zmowa milczenia lub wręcz rządowy nakaz milczenia. Powstają zatem pytania: Jak rozmawiać o ocaleniu? Jakie cechy charakterystyczne dla ocalenia można wyróżnić? Jak doświadczenie straty bliskiej osoby lub osób nieznanymi wpływa na człowieka i wywołuje charakterystyczne dla ocalenia symptomy? Jak odróżnić ocalonego od śmierci od osób, które przechodzą po prostu żalobę po stracie bliskiej osoby? Czy strata prenatalna wiąże się ze zjawiskiem ocalenia i charakterystycznymi dlań symptomami?

Artykuł nawiązuje do wybranych zagadnień dotyczących współcześnie ocalonych. Autorzy przedstawiają dane dotyczące ocalonych od aborcji, włączając ten syndrom w nurt refleksji o zespole ocalonego. Od lat 60. XX w. zjawisko aborcji zostało upowszechnione w Europie. Współcześnie mamy do czynienia z coraz większą liczbą osób pochodzących z rodzin, w których dokonano aborcji, a tym samym ze wzrastającą liczbą osób ocalonych, tzn. dotkniętych skutkami aborcji. W refleksji nad tym zagadnieniem szczególne miejsce zajmują obserwacje kliniczne i badania prof. Philipa Ney, kanadyjskiego psychiatry i psychologa dziecięcego, profesora i założyciela trzech oddziałów psychiatrycznych dla dzieci działających przy uniwersytetach medycznych oraz autora programów psychoterapeutycznych dla dzieci. Ney przez ponad 40 lat prowadził systematyczne badania nad przemocą wobec dziecka i stratami prenatalnymi i opublikował wiele artykułów na ten temat. Odkrył związki pomiędzy przemocą wobec dziecka a aborcją. W dalszej kolejności badał dzieci, które opisał jako ocalone od aborcji. Skonstruował i prowadził program terapeutyczny dla kobiet i mężczyzn cierpiących z powodu doświadczenia przemocy, zaniedbania i straty dziecka. Doświadczenia kliniczne z psychoterapii opisał w swoich publikacjach, np. *Ending the cycle of abuse* [3].

Zespół ocalonych od aborcji przedstawiony jest na tle doświadczenia różnych form ocalenia, a w szczególności na tle skutków innych strat pre- i perinatalnych (poronienie, prenatalna śmierć jednego z bliźniąt) oraz strat związanych z przewlekłą chorobą rodzeństwa. Niniejsza praca wpisuje się w ogólną refleksję nad psychologicznymi skutkami związanymi z ocaleniem od różnego rodzaju strat, w tym strat prenatalnych oraz strat rodzeństwa.

Zjawisko ocalenia

Ocaleni od zagłady

Od czasów drugiej wojny światowej psychiatria interesowała się skutkami doświadczeń osób ocalonych z jednostek internowania w systemie nie-

mieckich obozów koncentracyjnych przez ludność wielu narodowości. Na temat zagadnienia ocalenia istnieje również bogata literatura poświęcona psychologicznym i społecznym skutkom traumatycznych doświadczeń ludności pochodzenia żydowskiego (ocaleni z Holocaustu) [4–10]. Ocaleni z Holocaustu to ci, którzy przetrwali pobyt w obozie koncentracyjnym, ale również populacja narodu żydowskiego dotkniętego zaplanowaną całkowitą zagładą (tzw. *Endlösung der Judenfrage*).

Jednymi z pionierów badań osób, które przetrwały niemieckie obozy śmierci, byli polscy psychiatrzy, z których wielu miało za sobą doświadczenie obozowe (np. Kępiński, Kłodziński, Gałarski, Szymusik, Teutsch, Leśniak, Mitarski, Orwid, Póltawska). Już w latach 1959–1964 zajęli się oni opisem doświadczenia obozowego [11]. W ich opracowaniach najczęściej pojawiały się takie terminy, jak: astenia postępująca, choroba poobozowa, astenia poobozowa, chroniczna postępująca astenia poobozowa, KZ-syndrom, zespół poobozowy, zespół obozu koncentracyjnego [1]. W polskich badaniach doświadczenia poobozowego zauważono również następujące objawy u osób ocalonych: przedwczesne starzenie się, spadek wagi i zaburzenia naczyniowo-ruchowe, depresję o słabo zaznaczonym przebiegu cyklicznym, trudności adaptacyjne, dystymię, obniżone poczucie wartości, objawy dystonii autonomicznego układu nerwowego i zaburzenia snu. Całość tych symptomów opisywano w trzech fazach: męczliwość, tendencja do koncentrowania się na własnych dolegliwościach oraz napadowe stany przypominania sobie doznanych urazów [1].

W literaturze Europy Zachodniej francuski psychiatra Targowla, badając osoby deportowane do niemieckich obozów śmierci, użył w 1950 r. nazwy „zespół opóźnionej emocjonalnej hipermnemii napadowej” (*le syndrome d'hypermnésie emotionnelle paroxystique tardive*) objawiający się przez astenię, hipermnemję emocjonalną i zaburzenia funkcjonalne [12]. O zespole poobozowych doświadczeń pisał również norweski psychiatra Eitinger, używając nazwy: KZ-syndrom (*Konzentrationslager-syndrom*) [13].

W 1961 r. Niderland opisał zespół objawów charakteryzujących osoby ocalone z obozów, używając po raz pierwszy sformułowania syndrom ocalonego (*survivor syndrome*) [14]. Zaobserwowane przez Niderlanda symptomy wyróżniono jako specyficzną, kliniczną jednostkę różniącą się od innych form psychopatologii. Do zespołu ocalonego zaliczono następujące symptomy: silny niepokój i chroniczne stany depresyjne, tendencje do społecznej izolacji i wycofania, zmiany tożsamości, zaburzenia poznania i pamięci, psychotyczne i psychotyczno-

podobne zachowania, wygląd fizyczny przypominający „żywego trupa”, a także częste skargi na stan zdrowia i problemy psychosomatyczne, takie jak wrzody żołądka, dwunastnicy, zaburzenia układu naczyniowego, dysfunkcje układu hormonalnego, oraz tzw. triada ocalonego (ból głowy – nocne koszmary – chroniczna depresja) [15].

Psychologiczna refleksja nad ocalonymi od zagłady

Nurt refleksji nad problematyką ocalenia pogłębia się i wzbogaca o nowe badania. Kolejne światło na rozumienie doświadczenia ocalonych rzucają badania Liftona, który zajmował się ocalonymi po wybuchu bomby nuklearnej w Hiroszimie, ocalonymi z Holocaustu oraz weteranami wojny wietnamskiej [16–18]. Stwierdził on, że masowe zabijanie i psychologiczne konsekwencje wojny obalają dotychczasowy system symbolizacji, stąd w ocalonych powstaje ogromna potrzeba wyjaśniania, nazywania rzeczywistości na nowo, by zrozumieć, co się im przydarzyło, i móc kontynuować życie. Namysł nad ocaleniem z perspektywy psychologicznej i egzystencjalnej obejmującej continuum życia i śmierci jest kluczowy dla zrozumienia przeżycia traumy, jak również niezbędny dla zrozumienia doświadczenia człowieczeństwa w ekstremalnych warunkach. Człowiekowi nie chodzi bowiem jedynie o to, by przetrwać i istnieć w sensie biologicznym, ale również o to, by żyć jako osoba zdolna do wzrostu, rozwoju i zmiany w konfrontacji z następstwami traumatycznych doświadczeń.

Refleksja Liftona nad psychicznymi skutkami ocalenia pozwoliła na opisanie pięciu charakterystycznych elementów składowych psychologicznego doświadczenia ocalenia, do których należą: zniewolenie piętnem śmierci (*death imprint*), wina ocalonego (*death guilt*), psychiczne odrętwienie (*psychic numbing*), trudność w przyjmowaniu troski i obawa przed zarażeniem innych piętnem śmierci (*counterfeit nurturance and fear of contagion*), zmagania wokół próby przeformułowania życia (*formulation*) [16].

Naznaczenie piętnem śmierci przejawia się poprzez gwałtowne intruzje obrazów śmierci oraz pojawiające się nagle lub narastające stopniowo poczucie nadchodzenia zagłady, która miałaby na nowo zagrozić życiu ocalonego. Zetknięcie się ze śmiercią ujawnia absurdalność i groteskowość śmierci, jest jednocześnie momentem skontaktowania się ze świadomością śmiertelności, nieuchronnością umierania, pytaniem o spełnienie. Piętno śmierci oznacza ból straty, ale może też rodzić poczucie wyjątkowości, niezniszczalności (*byłem tam, ale przetrwałem*), któremu towarzyszy rodzaj oświe-

cenia: *nie muszę już zachowywać iluzji nieśmiertelności, gdyż wiem, że umrę* [16]. Naznaczenie trudnym do zasymilowania piętnem śmierci upośledza często proces przeżywania straty, uniemożliwiając przejście żałoby. Brak ciała, które zostało spalone w piecu gazowym czy unicestwione w wybuchu, uniemożliwia dotknięcie zmarłego, pożegnanie fizycznego śladu istnienia drugiej osoby.

Wina ocalonego z powodu przetrwania wiąże się z kolei ze świadomością, że przetrwanie okupione zostało kosztem czyjśgo życia (*dłaczego ja przetrwałem?*). Samoobwinianie jako częsta reakcja ocalonych od traumy wiąże się również z poczuciem winy za nieudaną próbę podjęcia adekwatnego działania w sytuacji zagrożenia [18]. Gdy w chwili masowej tragedii drugi człowiek ginie obok, w ocalonym uruchamia się plan akcji, jaka powinna zostać podjęta, by zapobiec wydarzeniu, uśmierzyć czyjś ból lub zabrać kogoś z pola walki. Trauma jednak na ogół skutecznie blokuje możliwość właściwego reagowania. Z czasem osoba ocalona zostaje osaczona przez uruchomione w umyśle obrazy działania, którego nie udało jej się zrealizować. Obrazy te straszą, wywołując poczucie winy, gdyż realna odpowiedź na traumę była nieadekwatna [18].

Psychiczne wyłączenie się z charakterystycznym odrętwieniem, zamrożeniem obserwowano u ocalonych z Hiroszimy i z Holocaustu. Afektywna anestezja, zahamowanie wszelkich reakcji emocjonalnych w wyniku spotkania z masową śmiercią jawi się jako obrona (*jeśli nic nie czuję, to śmierć nie nadejdzie*) i przerwanie procesu identyfikacji (*widzę, jak umierają inni, ale nie jestem z nimi związany, dlatego ich śmierć nie może mnie dotknąć*) [16]. Unikanie emocjonalnego udziału w wydarzeniach, osłabianie spotkania z biologiczną lub symboliczną śmiercią przez ograniczenie psychicznego zaangażowania oznacza ograniczanie zachowań charakterystycznych dla człowieka. Ocalony ulega odwracalnej formie symbolicznej śmierci, by uniknąć definitywnej śmierci fizycznej czy psychicznej (czasowe zmniejszenie poczucia realności), a wewnętrznemu nakazowi – *nie waż się czuć ani zauważać tego, co się dzieje wokół* – towarzyszy dehumanizacja, depersonalizacja i automatyzacja ego [16]. Znieczulenie jest zatem szkodliwe psychicznie, z drugiej jednak strony w pewnym sensie można je uznać za adaptacyjne, gdyż odrętwienie pozwala na powstrzymanie gniewu i wściekłości w sytuacjach, kiedy jakakolwiek forma sprzeciwu oznacza zwiększenie ryzyka śmierci.

Ocalony odczuwa własną kruchość i potrzebę troski ze strony innych ludzi, ale jednocześnie niejednokrotnie czuje się urażony, gdy ofiarowana jest mu pomoc, ponieważ fakt ten odbiera

jako bolesne przypomnienie o słabości i zależności [16]. Przeżył wcześniej doświadczenie zawodności ludzi, którzy dopuścili do zaistnienia tragedii czy zagłady, i obawia się teraz fałszywych obietnic, zapewnień ochrony czy jakiegokolwiek formy wsparcia. Ostrożność pozwala mu wprawdzie odpierać potencjalne zagrożenia, ale gdy zamienia się w nieufność, przyczynia się do odrzucania wszelkich gestów pomocy i wyrazów miłości. Jednocześnie ocalony jako ofiara utożsamia się z całym systemem zabijania i śmierci, dlatego obawia się, że zbliżenie się do niego może być niebezpieczne dla innych ludzi. Obawy o bycie zagrożeniem dla innych wiążą się także z przeżywaniem trudnych emocji, szczególnie nieustannej złości i wściekłości. Ocaleni wydają się jednak potrzebować gniewu, aby podtrzymać się przy życiu, budzić własną witalność i zdolność życia. Jednocześnie bronią się w ten sposób przed powracającymi z przeszłości obrazami śmierci [18].

Trauma przetrwania zagłady lub wojny wiąże się z załamaniem dotychczasowego obrazu rzeczywistości, dlatego doświadczenie to wymaga odnalezienia sensu, przeformułowania celów oraz reanimowania życia dzięki odbudowaniu relacji z innymi ludźmi. Ocaleni od wybuchu bomby atomowej w Hiroszimie (*hibakusha*) angażowali się w działania na rzecz ruchu pokojowego, uznając, że jeśli przesłanie pokoju zbudowane na traumatycznym doświadczeniu może zostać przekazane innym, to bolesne wydarzenie nabierze głębszego sensu. Podobnie ocaleni z obozów koncentracyjnych angażowali się we wspieranie budowania państwa izraelskiego, w odnawianie więzi rodzinnych oraz zakładanie rodzin z licznym potomstwem.

Adaptacja ocalonych po doświadczeniu zagłady

U ocalonych po drugiej wojnie światowej adaptacja do życia po ekstremalnych doświadczeniach następowała w różny sposób. W populacji osób, które przeżyły Holokaust, odnotowano wysoki wskaźnik depresji i samobójstw. Co więcej, okazało się, że także u dzieci ocalonych – urodzonych w kolejnym pokoleniu – występowały poważne problemy psychiczne [19]. Danieli (1981) badająca losy osób, które przetrwały Holokaust, tworzy typologię rodzin ocalonych, posługując się kryterium ich powojennej adaptacji [20]. Wymienia rodziny odrętwiałe (*numb families*), rodziny ofiary (*victim families*), rodziny walczące (*fighter families*) oraz rodziny, które osiągnęły sukces (*families of those who made it*). Rodziny odrętwiałe to rodziny, w których życie pozbawione jest wyrazów uczuć i kontaktu fizycznego, co skutkuje biernością i emocjonalnym

zaniedbaniem. Rodzice chronią dzieci, a dzieci rodziców przed kontaktem z zagrażającymi emocjami, a przystosowanie dokonuje się przez postawę bierności i emocjonalnego wycofania. W rodzinie ofiary dominuje tożsamość wyrażająca się w świadomości bycia ofiarą. Jest to postawa nacechowana depresją. Towarzyszą jej akty zdręczania się i zwątpienia w swoją wartość. W rodzinach tego typu strach przed światem prowadzi do kurczowego trzymania się bliskich sobie osób, a dzieci są uczone nieufności wobec ludzi, zwłaszcza wobec autorytetów. Rodziny walczące, przeciwnie, chcą zerwać z obrazem Żyda postrzeganego jako ofiara. Atmosfera rodzinna przeniknięta jest chęcią osiągnięcia sukcesu, czemu towarzyszy kompulsywna aktywność. Dzieci kształtowane są na bohaterów i bojowników. Podobnie rodziny, które osiągnęły sukces, z wytrwałością i uporem zabiegają o wyższe wykształcenie, pozycję społeczną i polityczną, a także o sławę i bogactwo. Ta ostatnia grupa, pozornie najbardziej zaadaptowana, jest najbardziej skłonna do tragicznych rozwiązań, w tym samobójstw. Adaptacja dokonuje się w tym przypadku za cenę zaprzeczania bolesnym wydarzeniom z przeszłości [20].

Współcześnie opisuje się jeszcze jedno istotne zjawisko związane z adaptacją w życiu niektórych osób ocalonych z Holokaustu: całkowitą metamorfozę, czyli radykalną zmianę zainteresowań, zawodu czy miejsca i sposobu życia, nawet nagłe opuszczenie najbliższych (zespół metamorfozy) [21].

Ewolucja pojęcia ocalonego

Badania nad zjawiskiem ocalenia rozszerzono z czasem na doświadczenia zamachów bombowych, tortur, utopienia i sytuację życia w stałym zagrożeniu (np. w kraju objętym wojną). Ocaleni ci wykazywali objawy podobne do tych, jakie charakteryzowały ofiary Holokaustu. Można mówić ogólnie o ocalonych od traumy [22], ale i szczegółowo o ocalonych od molestowania seksualnego, ocalonych od kazirodztwa, ocalonych od samobójstwa, ocalonych od przemocy domowej czy ocalonych od choroby nowotworowej.

Powstają opracowania opisujące doświadczenie ocalenia z perspektywy egzystencjalnej, psychologicznej i społecznej. Zarówno wina ocalonego, jak i zespół ocalonego zostały na stałe włączone do literatury dotyczącej traumy. Obydwa określenia pojawiają się w *Encyklopedii traumy i zespołu stresu traumatycznego* (2010) jako osobne kategorie [23]. Zespół ocalonego został wpisany również do *Encyklopedii zdrowia emigranta* (2011). Obejmuje on osoby ocalone z katastrof naturalnych, wojen, ataków terrorystycznych, ocalonych z choroby

nowotworowej, AIDS, ale również ocalonych od aborcji i samobójstwa, a także osoby ocalałe ze zwolnień w korporacjach [14]. To ostatnie rozumienie ukształtowało się na terenie anglosaskim, gdzie zauważono trudności, z jakimi zmagają się osoby, które w wyniku redukcji zatrudnienia mogły być zwolnione, ale pozostały na swoim stanowisku [24].

Dzięki badaniom i staraniom psychologów i psychiatrów zajmujących się skutkami psychologicznymi przetrwania Holokaustu, Hiroszimy i wojny wietnamskiej, wydana w 1980 r. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ujmuje po raz pierwszy zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) [25] jako jednostkę chorobową, włączając do PTSD również syndrom ocalonego [26].

Przypominanie sobie traumatycznych przeżyć jest jednym z kluczowych objawów zespołu stresu pourazowego. Często przybiera ono formę nawracających, żywych wspomnień w postaci obrazów, snów, w których człowiek ponownie widzi traumatyczny epizod. Współcześnie, za DSM-V, przyjmuje się, że PTSD może wystąpić u osób, które doświadczyły bezpośrednio bodźca traumatyzującego, były naocznymi świadkami traumatyzujących zdarzeń lub zetknęły się z sytuacjami śmierci, zagrożenia życia, poważnego urazu albo groźby utraty fizycznej integralności własnej lub innych osób [27]. Oprócz odtwarzania wydarzenia traumatycznego zaburzenie to charakteryzuje się uporczywym unikaniem bodźców związanych z urazem (myśli, przedmiotów, czynności, sytuacji, rozmów, osób i miejsc), odrętwieniem, któremu towarzyszy poczucie obcości i odseparowania od innych, oraz wzrostem poziomu pobudzenia, co przejawia się we wzmożonej czujności, pobudzeniu, drażliwości, zaburzeniach snu. W terminologii polskiej w stosunku do PTSD używane są również nazwy: pourazowe zaburzenie stresowe lub zaburzenie po stresie traumatycznym. Pierwotnie PTSD klasyfikowano jako zaburzenie lękowe, jednak wraz z pojawieniem się DSM-V znalazło się ono w osobnej grupie zaburzeń wywołanych traumą lub stresem, co można wiązać z rozwojem badań nad długoletnim doświadczeniem traumatycznym, np. u weteranów wojennych [28].

Występowanie PTSD zależne jest od czynników obecnych przed wydarzeniem traumatycznym, takich jak płeć, uprzednie zaburzenia psychiczne i bycie narażonym na traumę w przeszłości, status socjoekonomiczny czy poziom wykształcenia. Znaczenie ma również rodzaj, intensywność i długość utrzymywania się zniszczeń wywołanych stresem (np. urazów fizycznych) [29]. Na

występowanie PTSD wpływają również czynniki potraumatyczne: wsparcie psychologiczne i społeczne pozwalające na odzyskanie poczucia kontroli nad życiem.

Od czasu wprowadzenia kategorii diagnostycznej zespołu stresu pourazowego w literaturze i badaniach na temat skutków ocalenia zaczęto używać opisu symptomatologii PTSD. W literaturze opisującej doświadczenia przetrwania sytuacji zagrożenia życia lub jego integralności z perspektywy psychologicznej i psychotherapeutycznej używa się terminu „trauma”, co pierwotnie oznacza uraz. Określenia „wydarzenie traumatyczne” i „uraz psychiczny” odwołują się do przeżycia traumy w rozumieniu jej jako stanu psychicznego wywołanego działaniem czynników zewnętrznych, zagrażających zdrowiu i życiu, prowadzącego do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka [30]. Tak więc trauma (uraz) i ocalenie są terminami, których obecnie używa się zamiennie.

Powstała bogata literatura opisująca skutki traumy oraz zróżnicowanie występowania objawów PTSD i ich nasilenia w wyniku różnego rodzaju wydarzeń traumatycznych. W powstawaniu objawów PTSD podstawowe znaczenie ma wystąpienie niespodziewanego stresora znajdującego się poza zakresem normalnych ludzkich przeżyć, o sile oddziaływania przekraczającej możliwości przetworzenia przez daną osobę informacji i emocji, które mu towarzyszą. Wśród takich stresorów szczególne miejsce zajmują katastrofy wywołane przez ludzi, takie jak bombardowanie, tortury, terroryzm, eksterminacja w obozach. Badania nad doświadczeniem ocalenia z zagłady w różnych populacjach (Holokaust i ludobójstwo w Rwandzie) [31] pokazują, że ekstremalne doświadczenie traumy podobnego rodzaju – niezależnie od kultury – jest przeżywane w zbliżony sposób.

Szczególne znaczenie czynnika ludzkiego w postaci przyczynienia się człowieka do powstania sytuacji zagrożenia życia widać również na przykładzie porównania skutków różnego rodzaju wydarzeń ekstremalnych. Badania populacji dotkniętych katastrofami naturalnymi wykazują np. częstsze występowanie PTSD w odpowiedzi na katastrofy spowodowane działaniem lub zaniedbaniem człowieka niż czynnikami naturalnymi. Wiąże się to z odczuciem możliwości uniknięcia katastrof: jeśli powodowane były jedynie żywiołem naturalnym, są postrzegane jako nieprzewidywalne, trudne do uniknięcia, ale w efekcie łatwiej się z nimi pogodzić [29]. W przypadku wypadków komunikacyjnych zauważono, że te ofiary kolizji drogowych, które uważały, że za wypadek mogą co najwyżej obwiniać siebie, szybciej dochodziły do pełni sił i miały mniej objawów PTSD niż osoby, które obwinięły

innych uczestników wypadku [32]. Z kolei u ofiar terroryzmu i wojny zaobserwowano intensywniejsze objawy unikania i wzmożonej czujności oraz kilkukrotne wydłużenie trwania objawów PTSD w porównaniu z osobami ocalonymi z katastrof naturalnych czy wypadków lokomocyjnych (do kilkudziesięciu lat trwania objawów PTSD u ocalonych z wojny i terroryzmu w porównaniu z maksimum kilka lat utrzymywania się podobnych objawów u osób po katastrofach naturalnych i wypadkach drogowych) [33].

Ponadto czynnikiem, który może modyfikować nasilenie lub złagodzenie objawów pourazowych, jest stan zdrowia oraz wcześniejsze negatywne doświadczenia życiowe z udziałem innych ludzi, wśród których szczególne miejsce zajmuje doświadczenie przemocy lub zaniedbania. Zaniedbanie sprawia, że jednostki stają się wrażliwsze na kolejną traumę [34]. Prawdopodobieństwo utrwalenia się szkód psychicznych wzrasta, jeśli osobie ocalonej brakuje zdolności do refleksyjnego myślenia, która kształtowana jest na bazie doświadczenia bezpiecznego przywiązania w pierwszych latach życia [35].

Wtórne konsekwencje ocalenia

Z jednej strony wydarzenie traumatyczne naczeka bezpośrednich uczestników, którzy zarażeni tym doświadczeniem muszą sobie radzić z traumą, z drugiej zaś oddziałuje na różnego rodzaju obserwatorów, świadków ocalenia lub uczestników zmagania z kryzysem, jaki ocalenie wywołało. Można zatem mówić o zapośredniczonym przekazywaniu traumy (*secondary trauma*) na najbliższe otoczenie czy współocaleniu. W ślad za zaprezentowaniem przez Niemczech syndromu ocalonego z Holocaustu (1961) zaczęto opisywać przypadki kliniczne wpływu traumy na dzieci wychowujące się w rodzinach osób ocalonych, tzw. drugie pokolenie [36].

Aktualna klasyfikacja zaburzeń DSM-V [37] oraz ICD-10 [38] uwzględnia wtórne skutki oddziaływania traumy, której można doświadczyć zarówno w sposób bezpośredni, jak i pośredni. Wtórny zespół stresu pourazowego (*secondary traumatic stress disorder* – STSD) dotyczy przedstawicieli grup zawodowych niosących pomoc w wydarzeniach traumatycznych (służby ratownicze, pracownicy służby zdrowia i wsparcia psychologicznego) oraz rodziny i bliskich osób, które były wystawione na sytuację zagrożenia życia lub integralności fizycznej i psychicznej, np. partnerów weteranów wojennych, rodzin osób zgwałconych. Badania dotyczące traumy wewnątrzrodzinnej przyjęły nazwę traumatologii systemowej (*systemic traumatology*)

i wskazują, że życie w rodzinie z osobami, które doświadczyły PTSD, ma poważny wpływ na pozostałych członków, dynamikę i całościowy system rodzinny [39, 40]. Mówi się również o zastępczej traumie (*vicarious traumatization*) [41], która ma dotyczyć psychoterapeutów doświadczających traumy za pośrednictwem swoich pacjentów.

Współcześnie podkreśla się znaczenie uznania faktu wydarzenia, które spowodowało katastrofę lub zagładę, oraz wartość wsparcia, przyjęcia osób przeżywających traumę. Jednak często traumatyzujące wydarzenia budzą sprzeczne uczucia, uruchamiają w odbiorcach konflikty wewnętrzne, powodując, że odbiór wydarzeń bywa wykrzywiony, umniejszający skutki, zniekształcający powagę sytuacji. Wydarzenia bywają negowane. Ocalenie jako doświadczenie egzystencjalne związane ze współcierpieniem i współuczestniczeniem w wydarzeniu zabierającym komuś życie pozostawia często ofiary i świadków z uczuciem bezradności wobec przeżywanych emocji oraz trudnością w nazywaniu i rozumieniu odczuć. Dlatego częstą reakcją jest unikanie i milczenie na temat traumy. Grupy ocalonych po drugiej wojnie światowej często milczały przez wiele lat, a jeśli niektórzy decydowali się rozmawiać o problemach, to tylko między sobą, przeważnie nawet nie we własnej rodzinie. W Polsce milczeli więźniowie polityczni, ocaleni z Holocaustu, rodziny katyńskie. Przyczyny milczenia ocalonych były różne. Obawiano się niezrozumienia, ale też możliwych konsekwencji rozmawiania o niepoprawnym politycznie temacie. Milczenie było również podyktowane chęcią zapomnienia o cierpieniu związanym z dramatem wojny i chronienia własnych rodzin przed ostracyzmem ze strony innych [11].

Podobne milczenie opisuje Daniela wśród ocalonych z Holocaustu w Stanach Zjednoczonych i posuwa się do stwierdzenia, że istnienie społecznego i profesjonalnego przyzwolenia na milczenie o zagładzie i ocaleniu poważnie utrudnia niesienie pomocy ocalonym [42]. Zmowa milczenia występuje na kilku poziomach. Po pierwsze, wśród samych ocalonych, którzy często nie chcą rozmawiać na temat przeszłości, po wtóre, wśród społeczeństwa, które nie chce uwierzyć w zaistnienie sytuacji, zwłaszcza gdy chodzi o drastyczne okrucieństwo czy ludobójstwo, i w końcu zmowa milczenia występuje również wśród samych terapeutów, którzy w wyniku przeciwprzeniesienia okazują się niejednokrotnie niezdolni do pełnego wysłuchania opowieści ocalonych. Postholokaustowy ostateczny cios wymierzony w ocalonych nie tylko przez terapeutów, ale i społeczeństwo polega – zdaniem Daniela – na obojętności wobec doświadczenia ocalonych, a także na unikaniu, wypieraniu i zaprzeczaniu

temu doświadczeniu. W ten sposób jeszcze raz w swoim życiu osoby ocalone są odrzucane, opuszczane i zdradzone – tym razem przez otaczające ich osoby, które mogłyby nieść im pomoc, oraz przez całe społeczeństwo. Długofalowa zмова milczenia prowadzi, poprzez wtórną traumatyzację, do jeszcze większych zaburzeń psychicznych. Dzieje się tak dlatego, że niedowierzająca postawa społeczeństwa pogrąża ofiary w poczuciu jeszcze większej izolacji i wyobcowania oraz pogłębia ich nieufność wobec ludzi i uniemożliwia przejście żałoby.

Śmierć jest naczelnym tematem, którego się unika, o którym się milczy [43]. Podobne oddziaływanie mają wydarzenia wywołujące przeżycie wstydu i winy. Według Daniela reakcje ocalonych z Holocaustu, a także ich dzieci mogą rzucić światło na badania związane ze zmovą milczenia dotyczącą innych rodzajów ocalenia: z naturalnych katastrof, po doświadczeniu wykorzystania seksualnego, gwałtu, po przejściu choroby terminalnej czy nowotworowej [42]. Podobny nakaz milczenia obserwuje się u osób ocalonych od aborcji. Zмова milczenia obejmuje całą rodzinę, społeczeństwo, a nawet przybiera formę rządowego nakazu (jak we Francji) pod groźbą więzienia i wysokich kar pieniężnych.

Ocaleni od śmierci we własnej rodzinie

Zjawisko ocalenia od zagłady dotyka jednocześnie mniejszy system, jakim jest rodzina. Ci, którzy ocalili w czasie wojny, niosą na sobie również ciężar związany z odkryciem, że inni ich bliscy nie przeżyli. Jednak rodzina staje się również miejscem, gdzie mają miejsce tragiczne wydarzenia. Członkowie rodziny tworzą powiązany ze sobą system, dlatego strata jednego z nich jest odczuwana przez wszystkich pozostałych. Naturalna śmierć starszych członków rodziny bywa najczęściej przyjmowana w sposób naturalny. Ci, którzy zostali, przeżywają prostą żałobę. Inaczej jest, jeśli kolejność umierania się zmienia i śmierć dotyka najpierw młodszych członków rodziny, np. w wyniku nieuleczalnej choroby lub straty pre-, peri- lub postnatalnej. W rodzinie może również dochodzić do zaniedbania i przemocy, które są często doświadczeniem traumatycznym dla wszystkich jej członków. Ci, którzy pozostają od niej wolni, biernie obserwując przemoc stosowaną wobec innych w rodzinie, mogą przeżywać objawy charakterystyczne dla ocalenia. Zjawisko ocalenia dotyczy najbardziej rodziców, którzy tracą swoje dzieci, jak również rodzeństwa, które traci swoich braci i siostry. Możliwe, że symptomy ocalenia rodziców różnią się od symptomów ocalenia rodzeństwa z racji innych ról, jakie mają w systemie rodzinnym rodzi-

ce i dzieci. Dzieci są zależne od rodziców oraz nie ponoszą odpowiedzialności za ich decyzje. Mogą jednak w swoich fantazjach przypisywać sobie właściwości sprawcze nieszczęścia, które spowodowało śmierć ich rodzeństwa. Opisanie zjawiska ocalenia w rodzinie stanowi kontynuację refleksji nad ocaleniem. W Europie, gdzie od dziesięcioleci nie było działań wojennych, ocaleni w rodzinie stanowią grupę współcześnie ocalonych. Jednak ocalenie w rodzinie ma też nowe charakterystyki związane z faktem, że do straty – jak to się dzieje np. w przypadku aborcji – przyczyniają się rodzice, czyli bardzo bliskie osoby, które dla dzieci stanowią podstawę bezpieczeństwa.

Postawy rodziców wobec ocalonych dzieci

Trauma wynikająca ze strat prenatalnych, przede wszystkim aborcji, zostaje przekazana za pośrednictwem rodziców podobnie jak przekazywane są innego rodzaju traumy. Życie ze strau-matyzowanymi rodzicami oznacza dla dzieci konieczność przyjmowania ról narzuconych przez rodziców pragnących rozwiązać swoje wewnętrzne konflikty związane z traumą lub nierozwiązaną żałobą. Widać ten mechanizm w rodzinach, gdzie ocalone zostają jedne dzieci, a drugie giną. Po śmierci jednego z dzieci system rodzinny, aby zachować swoją względną równowagę, uruchamia liczne mechanizmy adaptacyjne, aby zapełnić puste miejsce po zmarłym. Rodzice mogą w swoich żyjących dzieciach umieszczać pragnienie odnalezienia utraconego dziecka, ale też utraconego wiele lat wcześniej własnego rodzeństwa – nieżyjącej siostry lub brata. Jeśli rodzice przeżyli tego rodzaju straty, kierują do żyjących dzieci pragnienia i oczekiwania, jakie wiązali ze zmarłym rodzeństwem lub potomkiem. Zaburzone reakcje ocalonych członków rodziny można zaobserwować na przykładzie dziecięcych reakcji rocznicowych [44] czy odtwarzania śmierci rodzeństwa w sposób symboliczny. Hilgard podaje przykład dziewczynki, która zbliżając się do wieku, w jakim umarła jej starsza siostra, przestała mówić, jeść i ruszać się [45]. Koelher, która zajmuje się dziećmi ocalonymi od różnych rodzajów śmierci rodzeństwa, pisze, że wiele z nich mówi: *Czuję, że muszę być dwojgiem ludzi naraz, sobą i moją zmarłą siostrą/zmarłym bratem. Z czasem osoby te nabierają nawet zwyczajów, przejmują sposób wyrażania się czy nawet zainteresowania swojego zmarłego rodzeństwa* [46].

Badania rodzeństwa ocalonego od różnych form śmierci pomogły wyróżnić trzy sposoby ujawniania się mechanizmu obronnego rodziców, którzy usiłują zastąpić utracone dziecko (*substitution for the lost child*) [47]. Mechanizm ten polega na przyznawaniu

przez rodziców różnych ról dziecka ocalonemu: żyjące, zastępcze dziecko, staje się substytutem dziecka zmarłego. *Dziecko nawiedzane (haunted child)* żyje życiem owianym tajemnicą i choć czuje, że wydarzyło się coś tragicznego, jest zbyt przerażone, aby zapytać o sekret, dlatego fantazjuje na ten temat [47]. Na ogół fantazje są gorsze niż rzeczywistość, dlatego wystraszone nimi dziecko zaczyna się wycofywać z życia. *Dziecko związane (bounded child)* jest ograniczane nadopiekuńczością i lękami rodziców, co uniemożliwia mu pełne uczestnictwo w życiu [47]. Nadopiekuńczość wynika z chęci uniknięcia kolejnej straty. Prowadzi ona do zahamowania wyrażania uczuć i skutecznie zapobiega odkrywaniu środowiska przez dziecko. Dzieci stają się wtedy nadmiernie zależne od rodziców, a jednocześnie czują złość, że nie mogą swobodnie obcować z innymi dziećmi. Dziecięca autonomiczna kontrola jedzenia, spania, pracy jelit czy pęcherza może być w takich wypadkach zaburzona. *Dziecko wskrzeszone (resurrected child)* staje się substytutem dziecka utraconego przez rodziców w ich rodzinie pochodzenia [47]. Rodzice związani ze swoim zmarłym rodzeństwem, np. ocaleni z Holocaustu, mogą usiłować przywrócić do życia brata lub siostrę, projektując na swoje własne żyjące dziecko obraz zmarłego [47].

Dziecko zastępcze jest dzieckiem urodzonym po wcześniejszej śmierci brata lub siostry w czasie, gdy rodzice nie przeszli jeszcze swojej żałoby. Będąc substytutem uprzednio zmarłego, żyje ono podwójnym życiem: dziecka utraconego i swoim własnym. Rodzice w ten sposób starają się podtrzymać (i dokończyć) relację ze zmarłym za pomocą relacji z dzieckiem, które je zastępuje. Rodzicielskie oczekiwania wobec dziecka zastępczego są nierealne – odnoszą się w części do dziecka poprzedniego i dlatego często powodują frustrację. Dzieci zastępcze, stale poprawiane i spotykające się z frustracją rodziców, na próżno usiłują dorównać idealnemu obrazowi zmarłego rodzeństwa [48–52].

Ocaleni od chorób nowotworowych

Choroby nowotworowe stanowią jedną z częstych przyczyn śmierci. Jednocześnie w ostatnich dziesięcioleciach dzięki postępowi medycyny i metod terapii kilkakrotnie wzrosła liczba osób, dla których diagnoza nie oznacza śmierci, a jedynie pewne zwiększone ryzyko, gdyż wraz z rozwojem metod terapii można skutecznie leczyć wiele nowotworów [53]. Obecnie można spodziewać się długoterminowych prognoz remisji w przypadku 80% dzieci i nastolatków ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową [53]. Jednocześnie badania dzieci chorych na raka (*Childhood Cancer Survivor*

Study – CCSS) wskazują, że u ocalonych od choroby nowotworowej w dzieciństwie występuje zwiększone ryzyko wystąpienia problemów dotyczących adaptacji psychologicznej, nawet wiele lat po zakończeniu terapii [54].

Według amerykańskiej organizacji *National Coalition for Cancer Survivorship* oraz *National Cancer Institute* ocaleni od choroby nowotworowej to osoby, które przeżyły pomimo otrzymania diagnozy [53]. Pojawiają się jednak różnice w sposobie definiowania ocalonego od choroby nowotworowej. Jedni autorzy twierdzą, że można nazywać ocalonymi osoby, które ukończyły początkowy etap leczenia. Inni są przekonani, że za ocalonego można uważać dopiero osobę, która przeżyła więcej niż pięć lat od chwili ustalenia rozpoznania. W końcu są i tacy autorzy, którzy odrzucają pojęcie ocalenia w kontekście raka, a wolą myśleć o osobach z nowotworem jako osobach walczących (*fighters*), odnoszących sukcesy (*thrivers*), mistrzach, pacjentach albo po prostu jednostkach, które przeszły chorobę zagrażającą ich życiu. Jednocześnie do grupy ocalonych włącza się również członków rodziny, przyjaciół i opiekunów chorych [53].

Szczególnym typem osób ocalonych od nowotworu jest rodzeństwo dzieci zmarłych w wyniku choroby nowotworowej. W takim rozszerzonym rozumieniu ocalenia osoba ocalona towarzyszyła chorobie brata lub siostry i przeżyła stratę rodzeństwa niezależnie od wieku, w jakim wtedy była. Badania z lat 60. XX w. dotyczące wpływu śmierci dziecka w wyniku choroby nowotworowej na pozostałe rodzeństwo podkreślają negatywne skutki takiej straty. Cain i wsp. [55] zauważają, że pozostałe przy życiu dzieci nawet pięć lat po tragicznej śmierci wykazują silne poczucie winy związane z przekonaniem, że przyczyniły się do śmierci swojego brata lub siostry. Prowadzi to – w zależności od indywidualnej struktury dziecka – do takich reakcji, jak: depresyjne wycofywanie się, narażanie się na wypadki, szukanie kary, notoryczne prowokacyjne zachowania, ekshibicjonistyczne posługiwanie się winą i żalobą, projektowanie oskarżeń na innych, impulsywne zachowanie, poczucie bycia kimś złym albo potencjalnym zabójcą [55]. Część ocalonych dzieci przeżywa trudności już w czasie choroby rodzeństwa, a symptomy wzmagają się po śmierci brata lub siostry i obejmują przeżywanie winy, poczucie odrzucenia, lęk, niepokój związany z separacją, problemy w szkole, depresję, bóle żołądka, mimowolne moczenie się, bóle głowy. Objawy te, powiązane później z przeżywaną żalobą, mogą prowadzić do trwałych symptomów zaburzających strukturę charakteru [56, 57]. Negatywne konsekwencje śmierci dziecka w wyniku nowotworu zaobserwowano

również u rodzeństwa, które doświadczyło straty w okresie dorastania. W badaniach Balka połowa nastolatków doświadczyła zamieszania, złości, depresji i winy, czemu towarzyszyły trudności psychologiczne oraz społeczne (np. w szkole), niemniej z upływem czasu problemy te się zmniejszały [58, 59]. Inne prace wskazywały jednak, że problemy rodzeństwa pozostającego przy życiu mogą trwać pomimo upływu czasu [60–62]. W ostatnich latach pojawiają się badania, według których dzieci po śmierci rodzeństwa w wyniku nowotworu (w okresie od kilku miesięcy do dziewięciu lat po śmierci) w większości dochodzą do siebie. Chociaż wszyscy są wciąż dotknięci stratą, niewiele dzieci ma trwale negatywne zachowania [63, 64].

W procesie radzenia sobie ze stratą brata lub siostry ważną rolę odgrywają sposoby komunikacji rodzinnej i spójność rodziny. W rodzinach komunikujących się ze sobą w sposób swobodny możliwe jest wyrażanie myśli, uczuć i fantazji, nawet na trudne tematy, takie jak śmierć. Z kolei rodziny o zamkniętym sposobie komunikowania charakteryzują się automatycznym odruchem chronienia swojego ja od niepokoju absorbującego inne osoby i postawą unikania trudnych tematów, aby nie zasnuć innych członków rodziny [43]. Im bardziej rodzina jest spójna, a komunikacja swobodna, tym lepiej radzą sobie dzieci w latach następujących po śmierci rodzeństwa. Wśród objawów dotyczących ostrych stanów żałoby po śmierci rodzeństwa wymienia się: trudności emocjonalne (depresja, rozpacz, niepokój, anhedonia, wina, złość, samotność, odrętwienie), problemy behawioralne (płacz, zmęczenie, społeczne wycofanie się, nadmierna czujność), trudności poznawcze (bycie zaprzętniętym osobą zmarłego, bezsilność, beznadzieja, problemy z pamięcią i koncentracją, samooskarżanie, poczucie nierealności), zdrowotne (zmiany apetytu, problemy ze snem, wysoki stopień pobudzenia, podatność na choroby, utrata energii) [65].

Ocaleni od poronienia

Uważa się, że strata dziecka, nawet jeśli ma to miejsce wcześniej, w okresie prenatalnym, jest dla rodziców źródłem bardzo dużego cierpienia. Rodzicom wydaje się naturalne, że ich dzieci powinny żyć dłużej aniżeli oni sami. Strata może być dużym zaskoczeniem, stając się traumą dla całej rodziny. Strata okołoporodowa jest odbierana przez członków rodziny jako tzw. niewidzialna strata (*invisible loss*). Zarówno rodzice, jak i żyjące dzieci rzadko widzą martwe ciało zmarłego dziecka (brata lub siostry). Niewiele się mówi na ten temat i nie ma na ogół potwierdzenia ze strony rodziców dotyczącego tego ważnego doświadczenia [66].

Dlatego strata okołoporodowa wiąże się z takim rodzajem żałoby, który silnie wpływa na całą rodzinę. Dopiero od niedawna docenia się znaczenie przechodzenia żałoby po stracie prenatalnej, która nieprzyjęta i nieprzepracowana może być dla rodziny traumą o potencjalnie poważnych konsekwencjach [66]. Rozczarowanie rodziców, którzy tracą swoje dziecko w wyniku poronienia, często odbija się na pozostałym rodzeństwie jako narcystyczna rana: żyjące dzieci odbierają negatywnie fakt, iż są dla rodziców niewystarczające. Pozostałe przy życiu dziecko jest nie tylko biernym odbiorcą zaburzonych relacji rodziców, lecz także stawia pytania, które często pozostają bez odpowiedzi. Ney, powołując się na badania Kent i wsp. [67], twierdzi, że nawet małe dzieci wiedzą o wczesnej ciąży swoich matek, a zatem również rejestrują straty w wyniku poronienia czy aborcji. Dzieci zauważają drobne zmiany w sposobie zachowania matki, np. w sposobie przytulania ich przez matkę [68]. Dziecko, podobnie jak rodzice, przeżywa złość, oskarża siebie za nieoczekiwaną śmierć i tęskni za utraconym rodzeństwem. Ocalone od poronienia dziecko potrzebuje okazywania mu uczuć, podczas gdy rodzice w żałobie, sami mając potrzebę wsparcia, nie zawsze są w stanie mu je okazać. Reakcje dziecka zderzają się z reakcjami rodziców, którzy często wolą przemilczeć albo wyprzeć bolesną stratę [69]. Przez brak informacji albo przez informacje nieadekwatne dotyczące tego rodzaju śmierci rodzice nieumyślnie zachęcają dzieci do rozwijania wykrzywionych teorii nie tylko na temat śmierci, ale też seksualności. Strata okołoporodowa domaga się konfrontacji prawdopodobnie z dwoma największymi tabu rodzinnymi, a mianowicie ze śmiercią i seksualnością [66]. Nic więc dziwnego, że w atmosferze zmowy milczenia dziecko po takiej stracie pozostaje często samo ze swoimi wyobrażeniami na temat tego, co się stało. Brak potwierdzenia ze strony rodziców uniemożliwia dziecku przejście żałoby oraz pogodzenie się ze stratą. Wyłączenie dziecka z żałoby może intensyfikować u niego nieufność wobec udających rodziców oraz prowokować poczucie bycia kimś nieważnym [66].

U rodzeństwa dzieci, które umarły w wyniku poronienia, zauważa się takie symptomy, jak: ataki lęku, nocne koszmary, gwałtowne napady agresji, jąkanie się, ucieczki, fobie związane ze śmiercią, przeżywany na nowo niepokój separacyjny, nagłe napady lęku i nienawiści wobec matki, depresja, próby samobójcze, fantazje na temat tego, że rodzeństwo zostało opuszczone, zabite czy oralnie uszkodzone, poczucie winy, że przyczyniło się do poronienia [69]. Takie doświadczenia w dzieciństwie budzą lęki w wieku dorosłym, związane

z własnym rodzicielstwem czy kobiecością. Wynikają one z identyfikacji z matką udręczoną przez poronienie. Cain i wsp. na podstawie obserwacji klinicznych podkreślają, że reakcje dziecka na poronienie zależą od jego struktury osobowości, od poziomu jego całkowitego rozwoju, od świadomości, czym jest poronienie, od nadziei i oczekiwań wobec nienarodzonego brata lub siostry, od reakcji na ciężę matki i od odpowiedzi rodziców na poronienie [69]. Ważne jest też to, co dziecko widziało, słyszało, co zostało mu powiedziane na temat straty, jak zareagowali rodzice na poronienie i wreszcie jaka była odpowiedź rodziców na pierwsze reakcje dziecka dowiadującego się o stracie. Konsekwencje poronienia u pozostałych dzieci mogą się układać od minimalnych do przechodzących w długotrwałe i głębokie, jeśli idzie o ich rozwój osobowościowy [69]. Ney na podstawie badań wskazuje jednak, że osoby ocalone od poronienia w przeciwieństwie do osób ocalonych od aborcji, choć odczuwają trudności związane ze stratą oraz przeżywają złość z powodu śmierci rodzeństwa, to jednak czują, że warto żyć i nie mają istotnych trudności w późniejszych relacjach [70].

Szczególną formą poronienia jest utrata jednego z dzieci z ciąży bliźniaczej. Hayton opisuje zespół osób ocalonych od śmierci bliźniaka jako zespół znikającego bliźniaka (*vanishing twin syndrome*) [71]. To pojęcie przedstawiono po raz pierwszy w 1980 r. na Trzecim Międzynarodowym Kongresie Badań Bliźniaków w Jerozolimie [72]. Przyjmuje się, że ciąża mnoga występuje w przypadku ok. 12% wszystkich naturalnych poczęć. Jedynie część poczęć bliźniaków (2%) oznacza urodzenie dwojga dzieci, niektóre (12%) kończą się porodem jednego dziecka [73]. Hayton, opisując doświadczenia osób, które ocalały z ciąży bliźniaczej, podkreśla m.in. złość związaną z pozostawianiem wśród żywych, podczas gdy rodzeństwo nie żyje [74]. Może ona popychać do prób połączenia się z rodzeństwem przez śmierć. Jednocześnie ocaleni chcą żyć, dlatego można zaobserwować u nich zarówno tendencje samobójcze (tragiczny przykład Sylvii Plath) [75], jak i silny instynkt przetrwania. Zdaniem Hayton różne formy uzależnień dobrze wyrażają ten nierozwiązywalny konflikt: z jednej strony ryzykuje się życiem, a z drugiej stara się jednak nie umrzeć [76]. Ten typ ocalonych to osoby samokrzywdzące się, anorektyczne, o tendencjach samobójczych. Według Hayton relacja, jaka istniała między bliźniętami jeszcze w łonie matki, a przed śmiercią jednego z nich, staje się wzorcem dla każdej późniejszej bliskiej relacji partnerskiej. Ocaleni usiłują odtwarzać w swoim życiu relację prenatalną [76]. Hayton widzi podobieństwa pomiędzy symptomami ocalonych od śmierci bliźnia-

ka i ocalonych od aborcji: to, co charakteryzuje oba typy ocalonych, to dyskomfort w ciele i trudności w nawiązywaniu relacji [76].

Ocaleni od aborcji

Aborcja należy do strat prenatalnych, ale różni się od pozostałych strat dziecka tym, że dochodzi do niej na skutek decyzji i działania ludzi. Jeśli uznamy, że aborcja jest prawdziwą stratą, czyli że w jej przebiegu traci życie konkretna jednostka, oraz że żyjące dzieci wiedzą o ciąży matki, wówczas możemy przypuszczać, że u tych dzieci rozwija się zespół ocalenia. Ney pod koniec lat 70. ubiegłego wieku, wkrótce po wprowadzeniu ustawy dopuszczającej aborcję w Kanadzie, obserwował u dzieci, których rodzeństwo zostało abortowane, symptomy wspólne z tymi, jakie występują u osób ocalonych z Holocaustu, katastrof, tragicznych wypadków lub śmierci osoby bliskiej w wyniku choroby. W 1979 r. opisał on swoje kliniczne obserwacje dotyczące wpływu aborcji na żyjące dzieci, zauważył depresję matek z doświadczeniem aborcji oraz zaburzenia więzi między matką a dzieckiem. Ney używa określenia zespół ocalonego, mówiąc o dziecku, które żyje i przeżywa charakterystyczne dla tego zespołu uczucia winy, złości i depresji [77–79]. W 1983 r. na podstawie poszerzonego doświadczenia klinicznego Ney wprowadził pojęcie syndrom ocalonego od aborcji (*post-abortion survivor syndrome* – PASS), pisząc o zespole objawów, jaki występuje u osób, które straciły brata lub siostrę w wyniku aborcji [79]. Dopiero w 2010 r. opublikował badania, które potwierdziły jego wcześniejsze kliniczne spostrzeżenia i hipotezy na temat kluczowego symptomu ocalonych od aborcji, jakim jest wina egzystencjalna [70]. Projekt badawczy zatwierdzony przez komisję etyki lekarskiej UBC dotyczył próby reprezentatywnej dla populacji Kanady – 293 osób dorosłych. Zastosowano 86-punktowy kwestionariusz (*self-report*) ze skalami analogowymi zbadanymi pod względem trafności i rzetelności. Potwierdzono hipotezę o istnieniu różnic między skutkami poronienia i aborcji (w przypadku poronienia brak winy egzystencjalnej). Stwierdzono u rodzeństwa, które doświadczyło aborcji w swojej rodzinie, symptomy odpowiadające – z pewnymi różnicami – objawom PTSD [70]. Obserwacje kliniczne oraz badania pokazały, że wspomniane symptomy PASS istnieją niezależnie od świadomej wiedzy ocalałych o zaistniałej stracie, która najczęściej zostaje objęta sekretem rodzinnym, oraz niezależnie od tego, czy osoby te urodziły się przed aborcją czy po aborcji [70–82]. W polskiej literaturze na określenie syndromu ocalonego od aborcji można spotkać rów-

niez tłumaczenie: zespół ocalańca od aborcji lub zespół ocalańca [83, 84].

Pojęcie ocalonego od aborcji jest jak do tej pory relatywnie mało zbadane. Jedyne systematyczne badania na temat osób ocalonych od aborcji prowadził Ney [34, 70, 79, 81, 82, 85]. Obserwuje się, że tak jak w przypadku kobiet, które ignorują znaczenie aborcji w swoim życiu, a mimo to mogą doświadczyć – niespodziewanie dla nich samych – różnych objawów stresu pourazowego, tak u żyjącego rodzeństwa występują objawy ocalenia, mimo że dzieciom nie powiedziano nic o stracie prenatalnej. Ney wyróżnia co najmniej dziesięć typów ocalonych od aborcji [82, 81]. Ocalonymi są ci, którzy: 1) urodzili się w kraju, w którym istnieje statystycznie wysokie prawdopodobieństwo, że mogli być abortowani (*statistical survivors*); 2) urodzili się w rodzinie, gdzie dzieci są chciane i zaplanowane, w przeciwnym wypadku mogą zostać abortowane (*wanted survivors*); 3) urodzili się w rodzinie, w której abortowano rodzeństwo – przed narodzinami lub po narodzinach żywego dziecka (*sibling survivors*); 4) urodzili się w rodzinie, w której rodzice dopuszczają aborcję i grozili nią dziecku w przypływie agresji (*threatened survivors*); 5) urodzili się w jakimś stopniu upośledzeni i są świadomi, że w dobie badań prenatalnych mogliby zostać zakwalifikowani do aborcji eugenicznej (*handicapped survivors*); 6) urodzili się w rodzinie, w której rodzice poszukiwali możliwości aborcji, ale nie udało im się jej przeprowadzić (*chance survivors*); 7) urodzili się w rodzinie, w której ambiwalentni wobec dziecka rodzice podejmowali zbyt długo decyzję o aborcji i ostatecznie było już na nią za późno (*ambivalent survivors*); 8) urodzili się z ciąży bliźniaczej i przetrwali aborcję bliźniaka (*twin survivors*); 9) urodzili się i przeżyli pomimo dokonanej na nich próbie aborcji (*attempted murder survivors*); 10) urodzili się żywi w trakcie procedury aborcji, ale zmarli lub zostali zabici wkrótce po narodzinach (*brief survivors*) [81, 82]. Podsumowując, wg Neya ocalonymi od aborcji są ci, których usiłowano abortować, których rodzeństwo zostało stracone albo co do których jedynie poważnie rozważano możliwość usunięcia ciąży.

W krajach zachodnich rodzice mogą dowiedzieć się na wczesnym etapie rozwoju prenatalnego o możliwej chorobie dziecka i w przypadku wykrycia prawdopodobieństwa upośledzenia zachęceni są do decyzji o zakończeniu ciąży. Dlatego też w tych krajach osoby z chorobami wykrywalnymi w badaniach prenatalnych, np. z zespołem Downa, są osobami ocalonymi. Mimo upośledzenia umysłowego lub choroby genetycznej boleśnie odczuwają społeczne odrzucenie z powodu niepełnosprawności. Dlatego podobnie jak ocaleni od zagłady anga-

żują się w publicznej wypowiedzi oraz świadectwa informujące opinię publiczną o tym, że ich życie ma sens. Inni ocaleni od aborcji chcą oddać hołd zmarłemu rodzeństwu i mają potrzebę poinformowania o nim. Tak jest w przypadku Claire Culwel, która opowiada o swoim ocaleniu i doświadczeniu utraty bliźniaka [87]. Mają też odwagę informować o własnej historii ci nieliczni, którzy przetrwali aborcję. Przykładem jest Gianna Jessen [88] czy Art Pepper, saksofonista jazzowy [89].

Refleksja nad symptomami ocalonych od aborcji

Jednym z głównych symptomów ocalonych od aborcji jest przeżywana przez nich wina egzystencjalna, która wyraża się często w stwierdzeniu: *czuję się winny, że żyję lub nie zasługuję na to, by żyć*. Ney wskazuje, że ocaleni żyją w głębokim smutku egzystencjalnym, który może być mylny z depresją, ale też do niej prowadzić (*życie nie jest warte tego, by je przeżyć*) oraz w wewnętrznym przekonaniu o zbliżającej się zagładzie (*mam wrażenie, że coś się stanie, że coś mnie zabije*) [70, 85]. Ocaleni od aborcji mają tendencje samobójcze, silnie autodestrukcyjne, co przejawia się czasami w samookaleczaniu. Ich kontakt z rzeczywistością jest niejednokrotnie słaby i przepełniony lękiem, że tracą zmysły. Poczucie wartości ocalonych jest zachwiane, nie czerpią radości z bycia tym, kim są. Mają tendencje dysocjacyjne, objawiające się wrażeniem, że otaczająca ich rzeczywistość nie jest do końca realna. Niejednokrotnie dręczeni są myślami obsesyjnymi, uskarżają się, że nie mogą ich kontrolować. Mają zachwianą zdolność do określenia swojej tożsamości [87]. Ocaleni od aborcji żyją w swoim świecie wewnętrznych konfliktów, np.: *chcę żyć, ale jednocześnie boję się życia, bo śmierć czał się za plecami jak odroczone wyrok; chcę być blisko moich rodziców, ale zbliżając się do nich, czuję się coraz gorzej; chcę wiedzieć, co się stało z moim rodzeństwem, ale boję się o to zapytać; chciałbym mieć głębokie relacje, ale nie jestem zdolny zaufać innym; aborcja jest czymś strasznym, ale wszyscy mówią, że to dobre, a więc może rzeczywistość to oni mają rację* [70]. Poczucie winy egzystencjalnej wyraża się w głębokiej i utrwalonej ambiwalencji wobec życia, a ta prowadzi do winy ontologicznej: *wiem, że mam wiele talentów, ale mam wrażenie, że nie dam rady wprowadzić ich w życie* [70].

Ocaleni od aborcji mają trudności w przyjęciu swego ciała (proces inkorporacji), w związku z czym charakteryzują się słabą integracją psychofizyczną [82]. Obserwuje się także wiele symptomów psychosomatycznych wspólnych dla ocalonych od aborcji i ocalonych od zagłady: zaburzenia snu i biorytmu, koszmary senne, zaburzenia odży-

wiania (anoreksja, bulimia), niekontrolowane napady płaczu czy gniewu, zmienność nastroju, biegunki, zaburzenia przewodu pokarmowego [82].

Pośród wymienionych symptomów ocalonych od aborcji najbardziej charakterystyczne są: zagrożenie śmiercią, wina egzystencjalna, nieufność i ambiwalencja. Ponadto występuje tendencja do identyfikowania się ze zmarłym rodzeństwem i poszukiwania go w relacjach.

Zagrożenie śmiercią

Z badań Neya wynika, że ocaleni od aborcji żyją w ciągłym lęku przed śmiercią. Jest ona czymś nieokreślonym, co im zagraża i może na nich spaść w każdej chwili. Chorobliwe poczucie nadchodzenia jakieś formy katastrofy to jedna z nękających ich obsesji – coś na kształt odroczonej kary śmierci wiszącej nad nimi nieustannie jak miecz Damoklesa [70]. Ocaleni od aborcji, próbując oswoić lęk przed zagładą, często wystawiają swoje życie na niebezpieczeństwo. To swego rodzaju gra, flirt czy „taniec ze śmiercią” [79] prowadzący do podejmowania działań na krawędzi dużego ryzyka, takich jak szybka jazda motocyklem czy sporty ekstremalne [81]. Ocaleni są rozrywani przez wewnętrzny konflikt wyrażony przez Szekspirowskiego Hamleta: „Być albo nie być” czy jeszcze celniej przez współczesnego nam Elie Wiesela: „Być i nie być” – jednocześnie [90]. Ów nierozwiązywalny konflikt może prowadzić wprost albo do samobójstw, albo do uzależnień typu narkotykowego czy alkoholowego.

Dążenie do śmierci wydaje się wiązać z pragnieniem ocalonych, by zająć miejsce umierającego rodzeństwa. Choć tak naprawdę nie chcą być martwi, czują jednak, że muszą zrozumieć, co się stało z ich bratem lub siostrą. Podobnie jak w przypadku innych ocalonych mamy tutaj do czynienia z ludzkim popędem do życia, który naznaczony jest zdolnością do tworzenia więzi z rodzeństwem, nawet jeśli nigdy nie było z nim fizycznego kontaktu [91].

Wina egzystencjalna

Ocaleni od aborcji przeżywają winę podobnie jak ocaleni z Holocaustu. Głęboka wina egzystencjalna wyraża się w pytaniu: *dlaczego jestem przy życiu, podczas gdy moi bliscy są martwi?* [70]. To przeświadczenie niekoniecznie pojawia się w tak jasnej i świadomej postaci. Wyraża ono jednak głębokie przekonanie ocalonych, że nie powinni żyć albo z pewnością na to nie zasługują. Czasami wewnętrzny świat ocalonych zaprzęta poczucie, że jakoś przyczynili się do śmierci swego rodzeństwa [55].

Crehan, badająca dzieci ocalone od chorób i katastrof, zauważa, że poczucie winy u dzieci paradoksalnie może być także sposobem na szukanie ulgi w doświadczanej tragedii. Przyjęcie na siebie winy oznacza dla dziecka poczucie, że miało ono jakiś wpływ na to, co w przeciwnym razie jawi się jako chaos [93]. Według Bowlby’ego samooskarżenia dotyczą straty czasowej i dlatego są źle zaadaptowaną strategią wobec żałoby dotyczącej straty nieodwracalnej. Mają za zadanie przywrócić utracony obiekt i wyrażać pragnienie, że nigdy więcej już nie zostanie utracony [93].

W przypadku ocalałych od aborcji wspomniane objawy są bardzo nasilone. Z powodu winy wysiłek życiowy ocalonych od aborcji używany jest głównie w celu uzasadnienia czy zaszczenia sobie na prawo do życia. Zajęci spełnianiem oczekiwań innych – rodziców, przełożonych czy osób bliskich, prowadzą życie zależne od bycia chcianym (*existence that depends on being wanted*) [79]. Wraz z wiekiem przekonują się coraz wyraźniej, że zostali wybrani i chciani, w przeciwieństwie do abortowanego rodzeństwa. Potrzebują więc stałej afirmacji i ciągłego potwierdzania własnej egzystencji, tak jakby ich los zależał od tego, czy są chciani. Ocaleni czują się bezpiecznie tylko wtedy, gdy rodzice są z nich zadowoleni, dlatego konsekwentnie starają się im przypodobać.

Ocaleni od aborcji mają tendencję do ochrony rodziców. Obwiniają siebie, gdy tylko w rodzinie panuje brak harmonii. Ostatecznie dużo tych osób staje się „niespokojnymi zaspokojaczami pragnień rodziców” (*overanxious parents pleasers*) aż do chwili, gdy już nie mają sił. Wówczas stają się albo osobami samoobwiniającymi się i depresyjnymi, albo wrogimi i zbuntowanymi wobec otoczenia [79]. Wśród ocalonych od aborcji Ney wyróżnia tzw. zespół Jakuba i zespół Kaina [81]. Jakub, jako młodszy brat Ezawa, wymusił na ojcu błogosławieństwo pierworództwa, czym pogwałcił klanowe prawo. Zespół Jakuba dotyczy dzieci urodzonych po aborcji. W tym wypadku ocalony ma poczucie, że nieprawnie zajął miejsce starszego rodzeństwa (*mój starszy brat nie żyje, bo ja jestem lepszy*). Z kolei Kain to brat, który z zazdrości zabił młodszego brata Abla. Zespół Kaina odnosi się do dzieci urodzonych przed aborcją. W tym przypadku ocalony jest skłonny uważać, że jego złe zachowanie doprowadziło rodziców do decyzji o aborcji kolejnego rodzeństwa [82].

Do winy ocalonych od aborcji dorzuca się prawdopodobnie wyparta wina rodziców, którzy nie przyjmując jej na siebie, przrzucają się nią wzajemnie [47]. Niechciana wina rodziców krąży w domowej atmosferze i obarcza dzieci, które jako najsłabsze ogniwa w rodzinie biorą ją na siebie

albo są obwiniane przez rodziców. W ten sposób przydzielana jest im w systemie rodzinnym rola kozła ofiarnego. Jest to jeden z mechanizmów obronnych systemu rodzinnego w celu zapewnienia mu względnej homeostazy [82, 92, 94–97].

Identyfikacja ze zmarłym rodzeństwem

Ney zauważa, że ocaleni od aborcji identyfikują się z tymi, których brakuje w rodzinie, usiłując nieświadomie żyć ich życiem. Tak jakby pragnęli ocalić swoje zmarłe rodzeństwo [81]. Zdaniem Bowlby'ego zniekształcenie procesu identyfikacji z utraconym obiektem to jeden z ważnych wariantów żałoby patologicznej (*pathological mourning*) [93]. Taka identyfikacja ze zmarłym prowadzi do błędnej identyfikacji (*mis-identification*) [55]. To dlatego ocaleni od aborcji mogą mieć czasami kilka zawodów i nie wiedzą, na który mają się zdecydować. Cain i wsp. w swoich badaniach dzieci ocalonych od innych rodzajów śmierci rodzeństwa zauważają, że u 40% badanych, dochodzi do błędnej identyfikacji z ważnymi cechami dziecka zmarłego [55]. Błędna identyfikacja wskazuje na nieświadomą więź w rodzinie między rodzeństwem. Wydaje się wynikać z przekonania ocalonych, że to raczej oni powinni umrzeć, a nie ich bracia czy siostry [55], lub raczej z pragnienia, aby zmarłe rodzeństwo powróciło do życia.

Z obserwacji klinicznych autorów niniejszej pracy wynika, że ocaleni od aborcji, identyfikując się z abortowanym rodzeństwem, używają fantazji, projektując na wyobrażone rodzeństwo cechy, które sami pragnęliby posiadać lub których się obawiają. Dzieje się tak, ponieważ jedynym środkiem do skontaktowania się ze zmarłym dzieckiem jest wyobraźnia i intuicja. Ocaleni od aborcji nie mieli kontaktu z abortowanym rodzeństwem takiego, jaki ma np. ocalony od choroby terminalnej. Jeżeli ten ostatni miał uprzedni kontakt ze zmarłym, nie ma potrzeby wyobrażać sobie jego osoby. Możliwość asystowania w chorobie, śmierci, a następnie w pogrzebie w przypadku chorych na raka ułatwia przeżycie straty, podczas gdy ocaleni od aborcji są tego pozbawieni. Pustka, jaka w związku z tym się pojawia, naturalnie zostaje zapełniona wyobrażeniami i fantazjami, a także winą.

Ambiwalencję i winę ontologiczną ocalonych od śmierci rodzeństwa oraz związane z nimi zablokowanie na poziomie pragnień i woli można tłumaczyć jako niechęć do dojrzewania. Crehan tłumaczy brak wewnętrznego dojrzewania u ocalonych introjekcją zmarłego rodzeństwa [92]. Ocalony zmusza się do pozostania w tym samym wieku, w którym został opuszczony przez rodzeństwo. W ten sposób zmarłe dziecko może dalej istnieć

i doświadczać szczęścia, jakiego doznawało przed śmiercią [92]. W związku z tym ocaleni nierzadko pozostają wewnętrznymi chłopcami czy dziewczynkami [98, 99]. Z obserwacji autorów niniejszej pracy wynika, że ocaleni od aborcji pragną powrócić do bezpiecznego łona, do okresu prenatalnego i tam odnaleźć swoje rodzeństwo. Poszukują też w ten sposób zaspokojenia potrzeby bycia przyjętym, potrzeby afirmacji i bezpieczeństwa. Dorośli ocaleni od aborcji często otrzymują diagnozę zaburzenia z pogranicza. Brak bezpieczeństwa sprawia, że nie chcą oni wiązać się z ludźmi, pozostają nieufni, bliskie więzi postrzegają jako zagrażające.

Ocaleni od śmierci rodzeństwa boją się posiadać dzieci. Zdaniem Pollocka zajmującego się ocalonymi od różnych form śmierci rodzeństwa w okresie dzieciństwa osoby takie nie wchodzą w związki małżeńskie, nie mają dzieci albo przeciwnie – pobierają się młodo, mają dużo dzieci i w sposób nadmiernie kompensują straty rodzeństwa [100]. Z kolei Ney zajmujący się szczególnie ocalonymi od aborcji niechęć do posiadania potomstwa łączy z brakiem zaufania do siebie samych, winą egzystencjalną, skomplikowaną żalobą po śmierci rodzeństwa. Ocaleni od aborcji jako osoby dorosłe po prostu nie wierzą, że mogliby być rodzicami [81]. Być może żywią też nieświadomą nadzieję, że zachowując w ten sposób swój status dziecka, otrzymają to, czego nigdy nie dostali w dzieciństwie [45].

Poszukiwanie rodzeństwa

Ocaleni od aborcji nieświadomie poszukują zmarłego rodzeństwa, a nie mając z nim rzeczywistego kontaktu z dużą łatwością pograżają się w świecie fantazji. Czasami odczuwają obecność brakującego rodzeństwa, co przyjmuje postać halucynacji czy pseudohalucynacji [101–103]. Mogą wówczas zostać zdiagnozowani jako schizofrenicy [81]. Rosenzweig i wsp. w badaniach klinicznych z lat 40. XX w. obserwowali pewną zależność między stratą rodzeństwa w dzieciństwie a objawami schizofrenicznymi [104, 105]. Z kolei współczesne badania Lianga i wsp. pokazują, że strata dziecka lub rodzica przeżywana przed 18. rokiem życia wiąże się ze wzrostem zachorowalności na schizofrenię w wieku dorosłym [106].

Zdaniem Bowlby'ego szukanie rodzeństwa jest jedną z cech żałoby patologicznej i wynika z zaprzeczenia, że obiekt został utracony w sposób nieodwracalny [93]. Parkers wskazuje, że poszukiwanie obiektu utraconego w wyniku śmierci przejawia się w hiperaktywności motorycznej, zaabsorbowaniu wspomnieniami o utraconej osobie, nastawieniu postrzeżeniowym na odnalezienie

zmarłego (poszukiwaniu go w tłumie), przywołaniu zmarłego oraz poszukiwaniu go w sposób świadomy. Przymus poszukiwania osoby utraconej – zdaniem Parkers – zakłada istnienie jakiegoś aparatu sensoryczno-motorycznego czy popędu budzącego się u osoby dotkniętej stratą [107]. Jak już wspomniano, ocaleni introjektują osoby, które zginęły. Brak świadomej więzi z nimi, brak wiedzy o nich może być powodem przymusu poszukiwania ich.

Ocaleni od aborcji zdają się rozpoznawać nawzajem i przyciągać do siebie [76, 108]. Możliwe jest, że rozpoznają się instynktownie w nadziei odtworzenia utraconej bliskości braterskiej czy siostrzanej. Ney zauważa, że zaburzona tożsamość ocalonych od aborcji zakłóca poważnie proces dojrzewania i tworzenia więzi partnerskich i może prowadzić do relacji homoseksualnych czy transseksualizmu [82]. Relacje pseudopedofilskie polegają na zbliżaniu się do dzieci w zastępstwie brata czy siostry, natomiast zamieszanie pseudoseksualne polega na promiskuityzmie, czyli przechodzeniu od jednej relacji do drugiej, bez zainteresowania relacją seksualną jako taką [86]. Zdaniem Bowlby'ego, poszukiwanie wynikające z pragnienia odnalezienia utraconych, bliskich osób ma często charakter długotrwały [109]. Strata doświadczona w dzieciństwie wpływa znacząco na jakość relacji w życiu dorosłym [110–112].

Nieufność i ambiwalencja

Fakt, że o aborcji zdecydowali rodzice, zdaje się wpływać na postawę zasadniczej, głębokiej nieufności ocalonych wobec ludzi, siebie samych, świata, autorytetów, np. wobec Boga [81]. Tragiczne doświadczenie, które rozegrało się w łonie rodziny, prowadzi do zamieszania w związku z definiowaniem i przeżywaniem miłości. Jeśli rodzice potrafili zdecydować się na aborcję rodzeństwa, to czym w takim razie jest miłość? W konsekwencji ocaleni nie wchodzą w relacje intymne i pozostają nierzadko widzami swego własnego życia. W relacjach partnerskich przyjmują postawę uległą albo nadopiekuńczą. Mogą też w ambiwalentny sposób szukać bliskości i jednocześnie stawiać jej opór. Postawy te są wynikiem schematu przywiązania ambiwalentnego i lękowego wobec strauatyzowanych matek. Te schematy są następnie nieświadomie powielane w życiu dorosłym ocalonych, zwłaszcza w relacjach związanych z miłością [86].

Wobec swoich rodziców ocaleni mają postawę ambiwalentną. Są zagubieni, gdyż z jednej strony są do nich przywiązani, nieświadomie też chronią ich przed winą związaną z aborcją, a z drugiej czują

do nich złość. To jeden z przejawów mechanizmu zwanego podwójnym wiązaniem [113]. Wyraża się on m.in. w konflikcie wewnętrznym: walczyć czy uciekać wobec zagrażającego niebezpieczeństwa. Nie mogąc się zdecydować, bo każdy wybór jest problematyczny, ocaleni pozostają przy rodzicach, nierzadko wewnętrznym rozdarcie. Wewnętrzny, kluczowy konflikt owocuje w życiu codziennym trudnościami w podejmowaniu czasem najprostszych decyzji. Ocaleni, bojąc się opuszczenia czy odrzucenia przez rodziców, relatywnie długo nie odchodzą z domu do własnego życia: pozostają przy rodzicach, troszcząc się o nich nadmiernie. Zdarza się, że popadają w panikę przy każdej próbie rozłąki, zwłaszcza z matką, z którą najczęściej są w relacji fuzjonalnej. Matka z powodu lęku o żyjące dzieci oraz z powodu winy za przyczynienie się do śmierci innych dzieci, staje się nadopiekuńczą, co skutkuje relacją symbiotyczną. Zdaniem Cain i wsp. zachowania rodziców po śmierci jednego z dzieci zmieniają się, stając się restryktywne, nadopiekuńcze i infantyilizujące ocalone dzieci [55]. Lękowa czujność rodziców rodzi fobie przed śmiercią u dzieci żyjących, które w konsekwencji stają się niedojrzałe, pasywnozależne, lękowe, nadwrażliwe i czujące się nieadekwatnie we wciąż zagrażającym świecie [55].

Nadopiekuńczy rodzice z doświadczeniem aborcji mają też uzasadnione powody, aby bać się własnej zdolności do unicestwienia swojego potomstwa. Wypierają więc swoje agresywne odruchy wobec dzieci ocalonych od aborcji, przez co te ostatnie żyją w atmosferze wypartej złości. Złamany w wyniku aborcji mechanizm kontroli agresji zamienia rodziców w winnych, kontrolujących impulsy złości swoje własne oraz dziecka. Rodzice nie chcą kontaktować się ze złością swoich dzieci. Tymczasem ocaleni od aborcji odczuwają dużo złości wobec rodziców. Staje się to powodem samooskarżania i autoagresji. Obawa o bycie niedobrym albo niewdzięcznym dzieckiem sprawia, że usiłują oni kontrolować swoją złość i agresję. Ney wskazuje, że istnieje znacząca zależność między agresją a chęcią zabicia siebie [85]. Inni, np. Van der Kolk, także podkreślają istnienie takiego związku [114, 115].

Według Neya szczególnie mężczyźni z rodzin postaborcyjnych przejawiają częściej takie symptomy, jak: stosowanie przemocy, tendencje autodestrukcyjne oraz lęki związane z poczuciem bliskiej zagłady [70]. Można tu mówić o międzypokoleniowej spirali agresji, gdyż ocaleni od aborcji jako ci, którzy zostali wybrani, aby żyć, czując, że nie mają istotnej wartości sami w sobie, pragną coraz więcej opieki i stają się coraz bardziej wymagający wobec rodziców. To zaś w konsekwencji rodzi wrogą reakcję rodzicielską. Dzieci złością się, że nie mogą

liczyć na rodziców, a z drugiej strony muszą się im jednak przypodobać. Rodzice zaś złością się na dzieci, które postrzegają jako niewdzięczne i egoistyczne [79].

Jednym ze sposobów radzenia sobie z wewnętrzną agresją jest skierowanie jej przeciwko innym, w formie przemocy. Według Neya złość, nieufność wobec autorytetów i chęć zyskania aprobaty rówieśników może prowadzić ocalonych do przyłączania się do agresywnych gangów angażujących się w przypadkowe akty przemocy [81, 82]. Sonne stawia hipotezę, że jedno z największych masowych zabójstw na terenie szkolnym w historii Stanów Zjednoczonych (Columbine High School, 1999) jest dziełem chłopców, których profil psychologiczny jest „skrajnym przykładem obserwowanego w praktyce klinicznej kompleksu ocalonych od aborcji” [115]. Według Liftona u osób ocalonych z ataku na Hiroszimę i innych katastrof gniew i idące w ślad za agresją stosowanie przemocy są związane bezpośrednio z poczuciem wewnętrznej śmierci i desperackim wysiłkiem, by żyć. Złość i wściekłość, a przede wszystkim przemoc – to alternatywa dla życia w przestrzeni wewnętrznego unicestwienia [18].

Błędne koło powtórzeń

Ważnym odkryciem Neya jest zaobserwowanie i zbadanie zależności pomiędzy aborcją a przemocą i zaniedbaniami wobec dzieci [34, 117–119]. Ocaleni pochodzą najczęściej z rodzin, w których rodzice jako dzieci sami byli najpierw zaniedbywani, maltretowani lub ocaleni od aborcji. Mamy tu do czynienia z odtwarzaniem traumy oraz spiralą nierozwiązanych konfliktów [82]. Ocaleni od aborcji, jako osoby dorosłe, stając wobec podobnych problemów jak ich rodzice, reagują podobnie, jak miało to miejsce w ich własnym domu. Mogą zdecydować się na aborcję, ponieważ chcą rozwiązać swój własny, nieświadomy konflikt związany z ocaleniem od aborcji, przechodząc przez to samo doświadczenie. Ponadto ocaleni jako osoby zaniedbane, z doświadczeniem przemocy, mają trudność w obronieniu własnego potomstwa w sytuacji kryzysu, jakim jest ciąża. Jako osoby zaniedbane często wybierają partnerów, którzy również są zaniedbani. Zaniedbany partner na wieść o dziecku ma większą tendencję do odczuwania straty, zazdrości i lęku przed byciem opuszczonym. Trudniej mu tym samym wspierać matkę. Jak pokazują badania, brak wsparcia partnera w czasie ciąży jest jednym z głównych powodów aborcji [34, 120]. Osoby ocalone z doświadczeniem przemocy podobnie w większym stopniu mają skłonność do odtworzenia swojej traumy zarówno z partnerem,

jak i poczętym dzieckiem, kierując przeciwko niemu swe projekcje, fantazje i uczucia [82].

Rozpacзлиwa próba rozwiązania wewnętrznych konfliktów kończy się najczęściej powtórzeniem tej samej traumy, która wystąpiła w poprzednim pokoleniu [67, 79, 117]. W ten sposób zostaje odtworzona trauma z dzieciństwa, a błędne koło rodzinnych dramatów zamyka się, by powtórzyć się na nowo w kolejnej generacji. Ocaleni, którzy chcą przerwać cykl odtwarzania, to często osoby należące do trzeciego czy nawet czwartego pokolenia tej samej rodziny, w której zaniedbanie, zwłaszcza emocjonalne, czy też przemoc w swoich różnych postaciach wciąż na nowo powraca [122, 123]. W tym obracającym się kole powtórzeń dorastające dzieci, które doświadczyły przemocy i zaniedbania w dzieciństwie, ku swemu własnemu zaskoczeniu stają się agresorami – tym razem wobec własnego potomstwa [115, 124, 125]. Według Van der Kolk ofiary przemocy kompulsywnie wystawiają się na powtórzenie traumy, co przejawia się co najmniej na trzy sposoby: w ranieniu innych, zachowaniach autodestruktywnych oraz własnej rewiktylizacji [126].

Ney uważa, że aborcja stanowi najtrudniejszy do rozwiązania rodzaj traumy, jakiej może doświadczyć człowiek. Rodzi najbardziej intensywne wewnętrzne konflikty, które bardzo trudno rozwiązać. Z tego powodu są one często odtwarzane w podobnej tragedii [82]. Nierozwiązane konflikty rodziców – jak zauważa Volkan – są wypierane, a następnie spychane do podświadomości dzieci jak do rezerwuaru. Utożsamiając się z tymi konfliktami, dzieci z czasem zaczynają traktować je jako swoje własne [127].

Strata okołoporodowa, obok takich wydarzeń jak rozstanie z osobami w śpiączce, chorymi na Alzheimera, zaginionymi, należy do strat ambiwalentnych (*ambiguous loss*) [128–131] i przyczynia się do skomplikowania procesu żałoby. Mówi się w tym przypadku o żałobie nierozwiązanej (*unresolved grief*) [132] lub żałobie zamrożonej (*frozen grief*). Im mniej jest potwierdzenia co do samej straty, tym bardziej staje się ona ambiwalentna, przez co zwiększa się prawdopodobieństwo zamrożenia żałoby, a tym samym zatrzymania procesu, który mogłby pomóc w rozwiązaniu konfliktów, jakich doświadcza osoba ocalona. Im młodsza jest osoba, która straciła brata lub siostrę, tym większa jest ambiwalencja wobec straty i większa tendencja do zamrożenia żałoby [133]. Lazare wśród modelowych czynników, które przyczyniają się do nierozwiązanej żałoby, wymienia społeczną negację straty związanej z aborcją czy poronieniem oraz takie czynniki psychiczne, jak wcześniejsze straty, które zostają przywołane, jeśli poprzednia żałoba

nie została doprowadzona do końca [134]. Według Neya żaloba u dziecka ocalonego od aborcji jest utrudniona również z tego powodu, że śmierć rodzeństwa jest skutkiem decyzji przynajmniej jednego z rodziców [79] oraz że ani rodzice, ani ocalone rodzeństwo nie widzieli ciała dziecka i nie mogli w związku z tym rozpocząć żaloby [81, 91, 135]. Speckhard upatruje trudności w przejściu żaloby u rodziców po aborcji w jednoczesnym występowaniu u nich symptomów zespołu stresu pourazowego i w społecznym negowaniu tej straty [136–139]. Wydaje się, że żalobę ocalonych od aborcji, można wpisać w to, co Doka nazywa żalobą pozbawioną swych praw (*disenfranchised grief*) [137, 140]. Oznacza to, że nie została uznana relacja ze zmarłym albo sama strata czy też w końcu nie został uszanowany ten, który przechodzi żalobę [141, 142, 143].

Podsumowanie i dyskusja

Przedstawione badania na temat ocalonych obfitują w bogatą symptomatologię. Ocaleni cierpią zarówno fizycznie, psychicznie, jak i duchowo. Nie znajdują sensu w życiu, ponieważ się nim nie cieszą, mimo że mieliby ku temu podstawy z racji ocalenia. Osiove objawy ocalenia, jakimi są: poczucie bliskiej śmierci, poczucie winy egzystencjalnej i ontologicznej, ambiwalencja, brak zaufania, zaburzenia tożsamości, charakteryzują obecnie wielu pacjentów, co zauważalne jest również w życiu publicznym oraz w sztuce. Objawy psychosomatyczne (wrzody żołądka i dwunastnicy, zaburzenia układu naczyniowego, dysfunkcje układu hormonalnego, bóle głowy), nocne koszmary, chroniczna depresja, tendencje do społecznej izolacji i wycofania [15] stanowią problem zdrowotny całych społeczeństw. Powstają nowe rodzaje sportu, gdzie młodzi podejmują wysoki stopień ryzyka, igrając ze śmiercią. Często też giną – już nie w obronie ojczyzny czy innego autorytetu, ale raczej dla samego ryzyka, przy okazji zaspokajania potrzeby oswojenia śmierci, której się tak naprawdę lękają. Rodziny, które starają się zaadaptować do życia po Holokauście, wojnie lub wygnaniu, albo pozostają odrętwiałe, skrzywdzone, masochistyczne, albo cechują się zdysocjowanym obrazem świata, w którym z jednej strony walczy się o życie, odnosząc sukces i przyjmując konsumpcyjną postawę wobec życia, z drugiej odbiera się sobie (lub innym) prawo do życia. Obserwuje się wzrost liczby samobójstw coraz młodszych ludzi. Z wysokim wskaźnikiem depresji społeczeństwa zdają się sobie radzić głównie za pomocą refundowanych środków antydepresyjnych, które tłumią zdolność do przeżywania żaloby i pojednania mię-

dzy sprawcami a ofiarami. Rozdzielenie przeżycia traumatycznego od uczuć powoduje dysocjację, której przejawem są m.in. takie zjawiska, jak przemoc, znieczulenie emocjonalne dzieci i dorosłych.

Osoby, które doświadczyły traumy, mogły bezpośrednio brać w niej udział, albo przeżyć ją za pośrednictwem innych – ofiar, sprawców czy obserwatorów. W przypadku dzieci ofiar Holokaustu czy osób, które straciły rodzeństwo w wyniku strat prenatalnych, ocaleni mogli nic nie wiedzieć o traumie. Często jednak winę przypisują sobie. Możliwe jest przekazanie traumy przez bezpośredni kontakt z tymi, którzy jej doświadczyli. Dzieci mają silną potrzebę wiązania się z rodzicami i odpowiadając na ich oczekiwania, przyjmują na siebie ich uczucia i potrzeby. Biorą tym samym udział w zмовie milczenia. Nieświadomie usiłują wybadać, jak poszczególne bliskie im osoby przyczyniły się do tragicznej śmierci, odtwarzając nieświadomie traumę.

Nieprzypadkowe wydaje się rozpowszechnienie aborcji po drugiej wojnie światowej. Doświadczenie Holokaustu i masowej zagłady wielu narodów, cywili i dzieci, mogło wpłynąć na wzrost liczby ocalonych oraz na zmianę stosunku do prokreacji. Ocalonym trudno planować narodziny dzieci, gdyż odcinają się od uczuć i bliskich więzi, obarczeni są poczuciem winy za fakt istnienia i spodziewają się szybkiej śmierci. Powiązanie ze zmarłymi utrudnia im nawiązanie więzi z żywymi, np. z partnerem czy dziećmi. Badania Neya nad ocalonymi od aborcji świadczą o istniejącej więzi pomiędzy rodzeństwem żyjącym i martwym i potwierdzają, że nawet małe dzieci są świadome ciąży swojej matki [79]. Z doświadczeń klinicznych autorów wynika, że pacjenci często pamiętają dzień, w którym matka miała aborcję, nawet jeśli byli wtedy tylko kilkuletnimi dziećmi. Zjawiskiem, które wymaga pogłębionego opisu, są reakcje dzieci, które zdają się świadczyć o więzi psychicznej między rodzeństwem. Dzieci, którym nie powiedziano o stratach prenatalnych w rodzinie, przeżywają te więzi w sposób nieświadomy, w snach lub wyimaginowanych relacjach z przyjaciółmi. Znane są autorom przypadki, w których ocaleni otrzymywali diagnozę schizofrenii po tym, jak przyznali się do istnienia takiego bliskiego, wyobrażonego przyjaciela. Zwraca uwagę fakt, że potomkowie ocalonych od zagłady wojny, np. od Holokaustu, w kolejnych pokoleniach często stają się ocalonymi od innych tragicznych wydarzeń, np. od aborcji. Ocaleni zdają się wiązać między sobą, aby odtworzyć traumę i ją zrozumieć.

Inne straty prenatalne, takie jak poronienie, również mogą być trudne do przeżycia, jednak objawy i nasilenie traumy u dzieci ocalonych zależą

w tym przypadku od stopnia przyjęcia poczętego dziecka w reakcji na pojawienie się ciąży. Odrzucenie dziecka poprzedzające poronienie będzie skutkowało trudniejszym do rozwiązania konfliktem aniżeli w sytuacji, gdy dziecko zostało przyjęte i zaakceptowane. Poczucie ocalenia mają również dzieci, których rodzeństwo urodziło się niepełnosprawne lub zachorowało na chorobę terminalną, np. chorobę nowotworową. Niespójne wyniki badań nad ocalonymi od tego rodzaju strat – co do trwałości negatywnych skutków – mogą świadczyć o niezbadanych jeszcze zmiennych wpływających na reakcje dzieci w obliczu straty. Ney wskazuje, że jedną z kluczowych zmiennych jest fakt przyczynienia się do straty [82]. W tym kontekście aborcja jawi się jako najtrudniejszy do przyjęcia rodzaj straty, ponieważ rodzice i inne autorytety, np. lekarz, przyczyniły się do niej. Również uprzednia złość, zazdrość np. wobec rodzeństwa zmarłego na chorobę nowotworową, a także brak możliwości wyrażenia uczuć po jego stracie mogą spowodować wyobrażone poczucie przyczynienia się do śmierci i utrudnić poradzenie sobie ze stratą.

Istnieje związek pomiędzy PTSD a zespołem ocalenia. Zespół stresu pourazowego to zespół zaburzeń powstałych w wyniku wydarzenia traumatycznego. Ocaleni również doświadczyli urazu, bezpośrednio lub pośrednio (jako obserwatorzy), i z tego powodu można mówić o możliwości wystąpienia u nich stresu pourazowego. Uraz ten nie musi jednak osiągać rozmiarów PTSD. Zjawisko ocalenia podkreśla ten aspekt ludzkiej natury, który odpowiada za to, że człowiek nie może czuć się szczęśliwy kosztem życia lub szczęścia innych. Traumą ocalonego jest więc nie tylko fakt zagrożenia własnego życia czy życia kogoś z bliskich, ale także sam fakt, że ocaleli, podczas gdy inni zginęli. Skierowanie uwagi na tych, którzy zginęli, ma wartość terapeutyczną. Pozwala zrozumieć pochodzenie objawów powodujących cierpienie oraz dążyć do przekroczenia ich wpływu, np. poprzez pojednanie między sprawcami a ofiarami. Na tym założeniu opiera się program terapii Neya dla osób ocalonych z doświadczeniem różnych strat, w tym straty prenatalnej.

Mówiąc o ocalonych, zwraca się uwagę na tych, którzy nie ocaleli, na okres życia (dzieciństwo, wiek dorosły), w jakim miała miejsce strata, czas trwania i okoliczności wystąpienia zdarzenia, które było powodem śmierci innych. Ocalony zadaje sobie pytanie o udział drugiego, o świadomość sprawcy, o to, czy on sam lub ktoś inny mógł przeciwdziałać śmierci ofiar. Te wszystkie czynniki pozwalają przypuszczać, że istnieje continuum (nasilenia i skomplikowania symptomów), na którym można umieścić ocalonych. Człowiek może

przeżyć wiele tragicznych wydarzeń związanych z ocaleniem. Mogą się one nakładać na siebie oraz być przekazywane przez bliskie osoby. Doświadczenie przemocy i zaniedbania osłabia instynkt ochrony potomstwa.

Rodzaj i nasilenie objawów u ocalonych mogą się zmieniać wraz z upływem czasu. Należałoby więc mierzyć symptomy w czasie, aby zbadać, w jakich sytuacjach są one trwałe, a w jakich przejściowe. Objawy występujące zaraz po stracie mogą być podobne u różnego rodzaju ocalonych, jednak z upływem czasu mogą się różnicować. Tam, gdzie człowiek może swobodnie przejść żalobę po stracie, symptomy maleją i dochodzi do akceptacji i adaptacji. Należałoby więc badać czynniki, które ułatwiają (lub utrudniają) żalobę. Od nich zależy trwałość zaburzeń związanych z ocaleniem (żałoba patologiczna). Są więc ocaleni, którzy mogą przejść prostą żalobę po stracie bliskich, są i tacy, którzy nie mogą jej przejść bez pomocy osób trzecich – z racji przyczynienia się do traumy, negatywnych relacji z ofiarami, braku możliwości komunikacji w rodzinie lub społeczeństwie.

Diagnoza bycia ocalonym opisuje w prosty i egzystencjalny sposób przyczynę cierpienia – doświadczenie śmierci drugiego. Diagnoza ta jest przydatna, gdyż pozwala na lepsze zrozumienie siebie, pozostawienie za sobą sekretów i pseudosekretów, tabu, niedomówień. Dostarcza informacji, która może prowadzić do uświadomienia sobie własnej historii i pojednania się z nią. Niezależnie od faktu, czy ocaleni zareagują na diagnozę ulgą (gdyż wreszcie wiedzą, skąd pochodzą ich problemy), czy zaprzeczeniem i chęcią kontynuowania milczenia, czy jeszcze inną formą obrony przed własną historią i stratą – we wszystkich przypadkach mówienie o ocaleniu pozwala na otwarcie drogi w stronę poznania siebie i zdrowienia dla każdej jednostki w możliwym dla niej czasie. Wydaje się, że to nie tyle diagnoza, co charakterystyczne symptomy, takie jak zniewolenie piętnem śmierci, nękające poczucie winy z powodu pozostania przy życiu, psychiczne odrętwienie, obawy przed zarażeniem innych piętnem śmierci, zmagania wokół budowania tożsamości lub próby przeformułowania życia, zamykają ocalonych w ich wewnętrznym hamletowskim konflikcie: żyć albo nie żyć. Z kolei uświadomienie sobie faktu, że jest się ocalonym, staje się informacją znaczącą, z którą dana osoba będzie musiała sobie poradzić poprzez wewnętrzną pracę nad zrozumieniem motywów własnych i innych, którzy doprowadzili do śmierci.

Podjęta próba przedstawienia piśmiennictwa na temat ocalonych ma się przyczynić do pogłębienia refleksji nad tym zjawiskiem. Wydaje się ono wiązać z naturą człowieka, w którą (w odróżnieniu od natury zwierząt) nierozzerwalnie wpisana

na jest zdolność do uznania równej wartości życia drugiej jednostki. To dlatego ocaleni tak negatywnie odbierają śmierć drugiego człowieka, niezależnie od osobistych przekonań i uprzedniej więzi. Ocalony w pewnym sensie przyjmuje na siebie egzystencjalny ciężar śmierci drugiej osoby, jeśli sam mógł zginąć zamiast niej. Śmierć drugiego człowieka może być zaakceptowana, o ile możliwe jest przeżycie żałoby po stracie. Uprzednia dobra relacja ze zmarłym, otwarty styl komunikowania się w rodzinie, brak przyczynienia się do śmierci ułatwiają zaakceptowanie straty i pomagają w zachowaniu więzi ze zmarłym, a następnie w naturalnym oddzieleniu się od niego.

Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Rutkowski K, Dembińska E. Powojenne badania stresu pourazowego w Krakowie. Część I. Badania do 1989 roku. *Psychiatr Pol* 2015; 21: 1-15.
- James JW, Friedman R. *The Grief Recovery Handbook*. Harper-Collins. New York 2009; 20.
- Ney PG, Peters A. Ending the cycle of abuse: The stories of women abused as children and the group therapy techniques that helped them heal. Brunner/Mazel Publishers, New York 1995.
- Survivors, Victims and Perpetrators. Dimsdale J (red.). Hemisphere, Washington, 1980.
- Krell R, Eitinger L. Psychological and Medical Effects of Concentration Camps and Related Persecutions on Survivors of Holocaust. University of British Columbia Press, Vancouver 1985.
- Krystal H, Niederland W. Clinical observations on the survivor syndrome. W: Krystal H. *Massive Psychic Trauma*. International Universities Press, New York 1968.
- Epstein H. *Children of the Holocaust. Conversations with sons and daughters of survivors*. Penguin Books, New York 1979.
- Hass A. *In the Shadow of the Holocaust. The Second Generation*. Cambridge University Press, Cambridge 1996.
- Surviving Persecution. An International Study of Trauma and Healing. Kestenberg JS, Kahn Ch (red.). Children Praeger, Westport, Connecticut, London 1998.
- Prot K. Research on consequences of the Holocaust. *Arch Psychiatr Psychother* 2010; 2: 61-69.
- Orwid M. Krakowskie badania nad PTSD. *Dialog* 2002; 11: 168-170.
- Koch L. Intérêt de la prise en compte du concept de résilience par le médecin généraliste d'unité dans la prise en charge du patient traumatisé psychique. *Médecine humaine et pathologie* 2013; 25.
- Eitinger L. Pathology of Concentration Camp Syndrome. *Arch General Psychiatr* 1961; 5: 371-379.
- Cerny CA. Survivor syndrome. W: Loue S, Sajatovic M (red.). *Encyclopedia of Immigrant Health*, New York 2012; 1398. Coleman AE (red.). *Oxford Dictionary of Psychology*. Oxford University Press, Oxford 2000; 703.
- Niederland WG. Clinical observations on the "survivor syndrome". *Int J Psychoanal* 1968; 49: 313-315.
- Lifton RJ. *Broken Connection. On death and Continuity of Life*, Simon and Schuster, New York 1979.
- Lifton RJ. *Death in life. Survivors of Hiroshima*, North Carolina Press Edition, New York 1991.
- Lifton RJ. Understanding the traumatised self: imagery, symbolisation and transformation. W: *Human Adaptation to Extreme Stress. From Holocaust to Vietnam*. Wilson JP, Harel Z, Kahan B (red.). Springer Science + Business, New York 1988; 18-26.
- Des Pres T. *The Survivors. An anatomy of life in the Death Camps*. Oxford University Press, Oxford, New York, Toronto, Melbourne 1980.
- Danieli Y. *The Battle for Memory. Conspiracy of Silence*. Focus 2009; 24: 51.
- De Levita D. Syndrome metamorphic. Child Holocaust survivors – the consequences of massive psychologic trauma and the adaptive response. Panel held at the Child Survivor Gathering. Berlin, August 26, 2014. Krell R (red.) <https://www.holocaustchild.org/wp-content/uploads/2015/03/Mishpocha-submission-February-2015-Berlin-Robert-Krell.pdf> (dostęp 13.03.2018).
- McFarlane AC, Golier J, Yehuda R. Treatment Planning for Trauma Survivors with PTSD. W: Yehuda R (red.). *Treating Trauma Survivors with PTSD*, American Psychiatric Publishing Inc. Washington 2002; 1-19.
- Doctor RM, Shiromoto FN. *The Encyclopedia of Trauma and Traumatic Stress Disorders, Facts on File*. New York 2010; 263-264.
- Kupec AJ. Overcoming the survivor's syndrome: Current theories and practices. College of Liberal Arts and Social Sciences Theses and Dissertations 2010; 11: 1-29.
- DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. American Psychiatric Association, 1980.
- Yarvis JS. Transgenerational Transmission of Trauma. W: *Encyclopedia of Trauma. An Interdisciplinary Guide*. Figley CF (red.). Sage Publications. Inc, New York 2012; 672.
- DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. American Psychiatric Association. Washington, London 2013.
- Zawadzki B, Popiel A. Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka* 2014; 4: 69-86.
- Stępień A, Małyszczak K. Psychiczne następstwa kataklizmów. *Przeł Lek* 2008; 65: 145-149.
- Zawadzki B, Strelau J. Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka* 2008; 2: 47-55.
- Kaplan S. Children in genocide: Extreme traumatization and affect regulation. International Psychoanalysis Library and Karnac Books, London 2008.
- Hickling EJ. Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping, and recovery over six months. *Journal of Traumatic Stress* 1999; 12: 345-353.
- Bossini L, Casolaro I, Koukouna D i wsp. Zespół stresu pourazowego u ofiar zamachów terrorystycznych – studium porównawcze wpływu wydarzeń traumatycznych na życie pacjentów. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 907-921.
- Ney PG, Fung T, Wickett AR. Relationship between induced abortion and child abuse and neglect: four studies. *Prenatal Perinatal Psychol J* 1993; 8: 43-63.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Karnac, London 2002 za: Kaplan S. Child survivors of the 1994 Rwandan genocide and trauma-related affect. *J Soc Issues* 2013; 69: 92-110.

36. Rakoff V, Sigal JJ, Epstein NB. Children and families of concentration camp survivors. *Canada's Mental Health* 1996; 14: 24-26.
37. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, American Psychiatric Association, Washington, London England 2013.
38. ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization 1992.
39. Klarić M, Kvesic A, Mandic V i wsp. Secondary Traumatization and Systemic Traumatic Stress. *Medicina Academica Mostariensia* 2013; 1: 29-36.
40. Johnson SM. Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: strengthening attachment bonds. The Guilford Press, New York, London 2002.
41. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: The emotional costs of working with survivors. *Treating Abuse Today* 1991; 3: 28-31. Za: Klarić M, Kvesic A, Mandic V i wsp. Secondary Traumatization and Systemic Traumatic Stress. *Medicina Academica Mostariensia* 2013; 1: 29-36.
42. Danieli Y. Countertransference in the treatment and study of Nazi Holocaust survivors and their children. *Victimology: An International Journal* 1980; 5: 355-367.
43. Bowen M. Family reaction to Death. W: Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. Aronson, New York 1978: 336.
44. Bowlby-West L. The impact of death on the family system. *J Fam Ther* 1983; 5: 279-294.
45. Hilgard JR. Depressive and psychotic states as anniversaries to sibling death in childhood. *Int Psychiatry Clin* 1969; 6: 197-211.
46. Koelher K. Sibling bereavement in childhood. W: Children's Encounters with Death, Bereavement and Coping. Corr ChA, Balk DE (red.). Springer Publishing Company, New York 2010; 196-217.
47. Krell R, Rabkin L. The effects of siblings death on the surviving child: a family perspective. *Fam Process* 1979; 18: 471-477.
48. Schelinski K. Life after death: The replacement child search for Self, 4.09.2009, Geneva, Switzerland Association of Graduate Analytical Psychologists, Congresses 2004 Barcelona.
49. O'Leary JM, Gaziano C, Thorwick C. Born after loss: the invisible child in adulthood. *J Prenatal Perinatal Psychol Health* 2006; 21: 20.
50. Anisfeld L, Richards AD. The replacement child: variations on the theme in history and psychoanalysis. *Psychoanalytic Study of the Child* 2000; 55: 301-318.
51. Cain CA, Cain SB. On replacing a child. *J Am Acad Child Psychiatr* 1964; 3: 443-456.
52. Poznanski OE. The replacement child: A saga of unresolved parental grief. *Behavioral Pediatrics* 1972; 81: 1190-1193.
53. From cancer patient to cancer survivor. Lost in transition. Hewitt M, Greenfield S, Stovall E (red). The National Academies Press. Washington 2001; 23-24.
54. Zeltzer LK, Reklitis C, Buchbinder D i wsp. Psychological status in childhood cancer survivors: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol* 2009; 14: 2396-2404.
55. Cain AC, Fast I, Erickson ME. Children's disturbed reactions to the death of the siblings. *Am J Orthopsychiatr* 1964; 34: 741-752.
56. Binger CM. Childhood leukemia: emotional impact on the siblings. W: The Child and his family: Impact of Disease and Death. Anthony EJ, Koupornik C (red.). Vol. 2. Wiley. New York 1972; 195-210.
57. Binger CM, Albin AR, Feuerstein RC i wsp. Childhood leukemia. Emotional impact on patient and family. *N Eng J Med* 1969; 280: 414-418. Za: Spinetta JJ. The Sibling of the child with cancer. W: Living with childhood cancer. Spinetta JJ, Deasy-Spinetta P (red.). The C.V. Mosby Company, St. Louis, Toronto, London 1981; 133-141.
58. Balk D. Adolescents' grief reactions and self-concept perceptions following sibling death. A study of 33 teenagers. *J Youth Adolesc* 1983; 12: 137-161.
59. Balk D. Effects of sibling death on teenagers. *J Public Health* 1983; 53: 14-18.
60. Hogan NS. The effects of time on the adolescent sibling bereavement process. *Pediatr Nurs* 1988; 14: 333-335.
61. Pettle Michel SA, Lansdown RG. Adjustment to the death of sibling. *Arch Dis Child* 1986; 61: 278-283.
62. McCown DE. Selected factors related to children's adjustment following sibling death. A thesis submitted to Oregon State University 1982.
63. Rosenberg AR, Postier A, Osenga K i wsp. Long-term psychosocial outcomes among bereaved siblings of children with cancer. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49: 55-65.
64. Gerhardt CA, Fairclough DL, Grossenbacher JC i wsp. Peer relationships of bereaved siblings and comparison classmates after a child's death from cancer. *J Pediatr Psychol* 2011; 37: 216-217.
65. Breyer J, Sanfeliz A, Cieuzo CE i wsp. Loss and grief. W: Comprehensive Handbook of Childhood Cancer and Sickle Cell Disease: A Biopsychosocial Approach. Brown RT (red.). Oxford University Press, Oxford, New York 2006; 370.
66. Leon IG. When a baby dies. Psychotherapy for pregnancy and newborn loss. Yale University Press, New Haven, London 1990.
67. Kent I, Greenwood RD, Nicholls W. Emotional sequelae of elective abortion. *Br Med J* 1978; 20: 118-119. Za: Ney PG. A consideration of abortion survivors. *Child Psychiatr Hum Dev* 1983; 13: 168-179.
68. Kestenberg J. Personal communication, 1980. Za: Ney PG. A consideration of abortion survivors. *Child Psychiatr Hum Dev* 1983; 13: 168-179.
69. Cain AC, Erickson ME, Fast I, Vaughan RA. Children's disturbed reactions to their mother's miscarriage. *Psychosom Med* 1964; 26: 61-64.
70. Ney PG, Sheils KH, Gajowy M. Post-abortion survivor syndrome: signs and symptoms. *J Prenatal Perinatal Psychol Health* 2010; 25: 107-129.
71. Perspectives on the death of a twin before birth. Hayton A (red.). Untwinned. Wren Publication, UK, USA 2007.
72. Boklage Ch. Frequency and Survival Probability of Natural Twin Conceptions. W: Untwinned. Perspectives on the death of a twin before birth. Hayton AM (red.). Wren Publication, UK, USA 2007; 95.
73. Boklage Ch. Survival probability of human conceptions from fertilization to term. *Int J Fertil* 1990; 35: 75-94.
74. Hayton A. A risk of misdiagnosis of borderline personality disorder? <http://www.wombtwin.com/wtsarticles-borderline/4580514969> (dostęp 13.03.2018).
75. Owen N. The origins of Creativity and Destructiveness in the Life and Work of Sylvia Plath. *Plath Profiles: An Interdisciplinary Journal for Sylvia Plath Studies* 2008; 1: 103-114.
76. Hayton A. Ripples from the womb. How therapists can help the sole survivor when a twin dies before birth. Wren Publications 2014.
77. Ney PG. Relationship between abortion and child abuse. *Can J Psychiatr* 1979; 24: 610-620.
78. Peeters-Ney M, Ney PG. Harry Potter: Archetype of an Abortion Survivor. *News Life Site* 2007; 5.
79. Ney PG. A consideration of abortion survivors. *Child Psychiatr Hum Dev* 1983; 13: 168-179.
80. Ney PG, Peeters-Ney M. Abortion survivors. International Institute for Pregnancy Loss and Child Abuse Research and Recovery. Pioneer Publishing Ltd. 1998.

81. Ney PG, Peeters M. Hope Alive. The International Hope Alive Counsellors Association (IHACA). Ethos Diffusion. Strasbourg 2006; 242.
82. Ney PG. Deeply damaged: An explanation for the profound problems arising from aborting babies and abusing children. Pioneer Publishing, Victoria BC 1997.
83. Winkler A. Doświadczenia bycia „ocalenim” od aborcji. W: Psychologiczne następstwa straty dziecka. Dzierżanowski J (red.). Uniwersytet Opolski, Opole 2000; 131-136.
84. Dzierżanowska-Peszko J. Aborcja. Przyczyny i konsekwencje. Uniwersytet Opolski, Opole 2005.
85. Ney PG. Children in Aborted Families, Delaware Pro-Life Coalition Convention, USA, 6-8.04.2001 http://www.messengers2.com/articles/political/children_in_aborted.htm. (dostęp 13.03.2018).
86. Ney PG, Peeters M. Les survivants d'avortement. The International Hope Alive Counsellor Association (IHACA), Ethos Diffusion. Strasbourg 2006.
87. YouTube: A Twin Lives Through an Abortion CBN.com; <https://www.youtube.com/watch?v=7sRYz7IDru0>; Dostęp 13.03.2018.
88. Youtube: Gianna Jessen Abortion Survivor in Australia Part 1; <https://www.youtube.com/watch?v=kPF1FhCMPuQ> (dostęp 13.03.2018). Film fabularny oparty na podstawie historii Gianny Jessen: October baby, 2011, reżyseria: J. Erwin, A. Erwin.
89. Pepper A. Straight Life. The Story of Art Pepper, Art & Laurie Pepper. Mojo, Edinburgh 2000.
90. Bolkosky SM. The Victims who survived. W: Genocide in our time. An annotated bibliography with analytical introductions. Dobkowski MN, Walliman I (red.). Pierian Press, Michigan 2010; 67.
91. Ney PG, Barry JE. The child and death. Children, who survive. New Zealand Med J 1983; 23: 127-129.
92. Crehan G. The surviving sibling: the effects of sibling death in childhood. Psychoanal Psychother 2004; 18: 202-219.
93. Bowlby J. Pathological mourning and childhood mourning. J Am Psychoanal Assoc 1963; 11: 500-528.
94. Berman E. Scapegoat: the impact of death-fear on an American family. University of Michigan Press, Ann Arbor, Michigan 1973.
95. Vogel EF, Bell NE. The Emotionally Disturbed Child as the Family Scapegoat. W: A Modern Introduction to Family. Vogel EV, Bell BE (red.). The free Press of Glencoe, New York 1960.
96. Boszormenyi-Nagy I, Spark GM. Invisible loyalty. Reciprocity in intergenerational family therapy. Harper & How, Publishers Inc. New York 1973.
97. Tooley K. The choice of a surviving siblings as „scapegoat” in some cases of maternal bereavement – a case report. J Child Psychol Psychiatr 1975; 16: 331-339.
98. Rowe D. My dearest enemy. My dangerous friend. making and breaking sibling bonds. Routledge, London and New York 2007; 193-195.
99. O'Leary JM, Ganziano C. Sibling grief after perinatal loss. J Prenatal Perinatal Psychol Health 2011; 25: 173-193.
100. Pollock GH. Mourning-Liberation Process. Universities press INC, Madison Connecticut 1989.
101. Volkan VD. Unending mourning and its consequences. Psychotherapie-Wissenschaft 2011; 1 (2). <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/228/416> (dostęp: 22.03.2018).
102. Volkan VD, Zintl E. Life after loss. The lessons of grief. Charles Scribner's Sons, New York 1993; 45-76.
103. Sedman G. A phenomenological study of pseudohallucination. Acta Psychiatr Scand 1966; 42: 64-65.
104. Rosenzweig S. Sibling death as a psychological experience with special reference to schizophrenia. Psychoanal Rev 1943; 43: 177-186.
105. Rosenzweig S, Bray D. Sibling deaths in the anamneses of schizophrenic patients. Arch Neurol Psychiatr 1943; 49: 71-92.
106. Liang H, Olsen J, Yuan W i wsp. Early life bereavement and schizophrenia. Medicine 2016; 95: 1-8.
107. Parkers CM. “Seeking” and “Finding” a lost object. Evidence from recent Studies of the reaction to bereavement. Soc Sci Med 1970; 4: 187-201.
108. Hermenjat M. Cet enfant qui m'a manqué. Parole d'homme face à l'avortement, Édition Première Partie. Paris 2012.
109. Bowlby R, Introduction. W: The making and breaking of affectional bonds. Bowlby J (red.). Routledge. New York 2005; VI-VII. Za: Shavery PR, Fraley RCh. Attachment, Loss, and Grief. Bowlby's Views and Current and Controversies; 48, W: Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications. Cassidy J, Shaver PR (red.). The Guilford Press, London, New York 2008.
110. Charles DR, Charles M. Sibling loss and attachment style. An Exploratory Study, Psychoanalytic Psychology 2006; 23: 72-90.
111. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991; 2: 226-244. Za: Charles DR, Charles M. Sibling Loss and Attachment Style. An Exploratory Study, Psychoanalytic Psychology 2006; 23: 77.
112. Rosen H. Unspoken grief. Coping with childhood siblings loss. Lexington Books, Massachusetts, Toronto 1987; 69.
113. Guttman HA. Systems theory, cybernetics and epistemology. W: Handbook of Family Therapy. Gurman AS, Kniskern DP (red.). Vol. II, Routledge, New York 1991; 46.
114. Van der Kolk BA, Perry JCh, Herman JL. Childhood, the Origins the Self-destructive behaviors. Am J Psychiatr 1991; 148; 1655-1671.
115. Van der Kolk B. The compulsion to repeat the trauma. re-enactment, revictimization, and masochism. Psychiatr Clin North Am 1989; 12: 389-411.
116. Sonne JC. Abortion Survivors at Columbine. Int J Prenatal Perinatal Psychol Med 2000; 15: 3-22.
117. Ney PG, Sheils CK. Post-abortion survivor syndrome: signs and symptoms revisited. <http://www.abortionrisks.org/Ney2012/PASS.pdf> 2012 (dostęp: 28.02.2013).
118. Ney PG. Child mistreatment: possible reasons for its transgenerational transmission. Can J Psychiatr 1989; 34: 594-601.
119. Ney PG. Transgenerational child abuse. Child Psychiatry Hum Dev 1988; 18: 151-168.
120. Ney P, Peeters-Ney MA, Fung T, Sheils C. Ho Partner Support of an Adolescent Affects Her Pregnancy Outcome. <http://www.webmcentral.com> (dostęp: 28.02.2013).
121. Ney PG. Child Mistreatment: Possible Reasons for its Transgenerational Transmission. Can J Psychiatr 1989; 34: 594-601.
122. Webb J, Musello Ch. Running on Empty. Overcome Your Childhood Emotional Neglect, Morgan James Publishing. New York 2013; 72.
123. Perry BD, Colwell K, Schick S. Child neglect. W: Encyclopedia of Crime and Punishment. Levinson D (red.). Vol. 1. Sage Publications. London, New Delhi 2002; 192-196.
124. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghost in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant – mother relationships. J Am Acad Child Psychiatry 1975; 14: 388.
125. Kaplan S. Children in genocide. Extreme traumatization and the “affect propeller”. Int J Psychoanal 2006; 87: 725-746.
126. Van der Kolk BA, McFarlane AC. The Black Hole of Trauma. W: Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaet L (red.). The Guilford Press. New York, London 2007; 11.
127. Volkan VD, Greer WF, Transgenerational transmission and deposited representations: psychological burdens visited by

- generation upon another, W: Volkan VD, Greer WF. Sukupolvien Perintö: sukupolvien Psykologiset Taakat. In Vieraiden Aania: Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistyksen 30-vuotisjuhlakirja. Kantanen I, Aalberg V (red.). Helsinki: Suomen Nuorisopsykiatrisen Yhdistys Ry 2007.
128. Boss P. Ambiguous loss. W: Living Beyond Loss Death in the Family. Walsh F, McGoldrick M (red.). W.W. Norton & Company, New York, London 1991.
 129. Boss P. Ambiguous Loss. Learning to Live with Unresolved Grief, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London 1991.
 130. Heustis J, Jenkins M. Companioning at the time of perinatal loss. A guide for Nurses, Physicians, Social workers, Chaplains and Other Bedside Caregivers. Companion Press 2005.
 131. Volkan VD, Zintl E. Life after Loss. The lessons of grief. Charles Scribner's Sons, New York 1993.
 132. Rando T. Unresolved Grief. W: Death. Current Perspectives. Williamson JB, Shneidman ES (red.). Mayfield Publishing Company, Mountain View, California, London, Toronto 1995; 205-207.
 133. DeVita-Raeburn E. The empty room. Surviving the loss of brother or sister at any age. Scribner, New York 2004.
 134. Lazare A. Bereavement and unresolved grief. W: Outpatient Psychiatry. Diagnosis and Treatment. Lazare A (red.). Williams & Wilkins, Baltimore 1989; 385: 389-392.
 135. Lewis E. Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. Arch Dis Childhood 1979; 54: 303-306.
 136. Speckhard A, Rue VM. Abortion. W: Encyclopedia of Trauma. An Interdisciplinary Guide. Figley ChR (red.). Tulane University, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington 2012; 6.
 137. Speckhard A, Rue VM. Complicated mourning: dynamics of impacted post abortion grief. Prenatal and Perinatal Psychology Journal 1993; 8: 5-31.
 138. De Veber LL, Aizenstat J, Chisholm D. Postabortion grief: psychological sequelae of induced abortion. Humane Med 1991; 7: 203-209.
 139. Burke T, Reardon DC. Forbidden grief. The Unspoken Pain of Abortion, Acorn Books, Springfield 2002.
 140. Corr C. Revisiting the concept of disenfranchised grief. W: Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice. Doka KJ (red.). Champaign, Research Press, New York 2002; 39-60. Za: O'Leary JM, Gonziano C. Sibling Grief After Perinatal Loss, Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health 2011; 25: 189.
 141. Doka JK. Disenfranchised grief. W: Death. Current Perspectives. Williamson JB, Shneidman ES (red.). Mayfield Publishing Company. Mountain View, California, London, Toronto 1995; 217-220.
 142. Doka JK. Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. Lexington Books, New York 1989. Doka JK. Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice. Research Press, New York 2002.
 143. Attig T. Disenfranchised grief revisited: Discounting hope and love. Omega 2004; 49: 197-215.