

Młody Polak po doświadczeniach wojennych. Siła transgeneracyjnej transmisji traumy

A young Pole after experiences of the war.

The might of transgenerational transmission of trauma

¹ Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

² Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Correspondence to: Paweł Nowak, Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych UCK, ul. Dębinki 7, bud. 25, 80-952 Gdańsk, tel.: 58 349 26 50, faks: 58 349 27 48, e-mail: paweln29@gumed.edu.pl

Streszczenie

Mimo blisko 70 lat, które minęły od zakończenia działań wojennych, trauma indywidualna i kolektywna pozostawiona w Polakach przez okrucieństwa II wojny światowej wciąż pozostaje żywa. Badania skutków psychicznych, jakich doświadczyły osoby uwolnione z obozów koncentracyjnych, ocalałe z Holocaustu, rozpoczęli Antoni Kępiński i Stanisław Kłodziński. Ośrodek krakowski, pod kierunkiem Marii Orwid, kontynuował badania, a także rozpoczął opiekę terapeutyczną nad dziećmi ocalałych, nazwanymi potem „II pokoleniem”. Z obserwacji wynika, że urazy psychiczne doznane przez rodziców czy dziadków najczęściej były i nadal są objęte milczeniem. Młodsze pokolenia często nie znają wojennych losów swoich przodków. Izraelskie badania nad transgeneracyjną transmisją traumy (TTT) pokazują wyraźnie, że wśród potomstwa ocalałych z Holocaustu (*offspring of Holocaust survivors*, OHS) częściej niż w populacji ogólnej występują objawy depresyjne, lękowe oraz psychosomatyczne. Analizy funkcjonowania systemów rodzinnych dotkniętych traumą opisują patologiczne mechanizmy ich działania. Dotyczy to zwłaszcza zjawiska parentyfikacji oraz zaburzeń procesu indywidualizacji-separacji, co powoduje traumatyzację kolejnych pokoleń. Nie bez znaczenia jest również kolektywna trauma Polaków, leżąca głównie w polu zainteresowań socjologów i psychologów społecznych. Autorzy w pracy przedstawiają rozważania na temat obecności cech traumy transgeneracyjnej wśród młodych Polaków („III pokolenie”).

Słowa kluczowe: PTSD, trauma transgeneracyjna, osobowość pourazowa, trauma wojenna, syndrom KZ, holocaust, parentyfikacja

Summary

Despite the 70 years that passed since the settlement of the warfare, collective and individual trauma of the World War II still has a vivid impact on Polish society. Research on psychological effects of incarceration in concentration camps was initiated by Antoni Kępiński i Stanisław Kłodziński. Department of Psychiatry in Cracow, under the leadership of Maria Orwid, continued the research taking care of the offspring of the concentration camp survivors (so-called “second generation”). Psychological trauma sustained by parents or grandparents is still covered by silence. Younger generation often don't know the war history of their ancestry. Israeli research of transgenerational transmission of trauma (TTT) reported significantly more frequent anxiety, depressive and psychosomatic symptoms among the offspring of Holocaust survivors (OHS). Analysis of trauma-afflicted families describe disturbed mechanisms of their functioning. Particularly parentification and troubles with individuation/separation, what leads to traumatization of next generations. Collective trauma of Polish nation is also very significant. It's a place of interests of sociologists and social psychologists. Authors present their reflections on presence of features of transgenerational trauma in young Poles (so-called “third generation”).

Key words: PTSD, transgenerational trauma, post-traumatic personality, war trauma, KZ-syndrome, Holocaust, parentification

WSTĘP

Polskie społeczeństwo dźwiga niezatarte znamię wojny i obozów koncentracyjnych. Żyje z nim jak z krwawiącą, lecz szlachetną blizną. Jeśli społeczeństwo próbuje tę bliznę wymazać, to dlatego, że ona boli. Jest ona polską historią i dziedzictwem, lecz również teraźniejszością i przyszłością⁽¹⁾.

Historia naszego kraju, przepelniona cierpieniem związanym ze śmiercią osób najbliższych, utratą mienia, całego dziedzictwa przodków, predysponuje jego obywateli do występowania u nich, zbiorowo i indywidualnie, cech zespołu stresu pourazowego⁽²⁾. Cechy te są przekazywane za pomocą różnych mechanizmów z pokolenia na pokolenie. Wybitni krakowscy profesorowie psychiatrii Eugeniusz Brzeziński i Antoni Kępiński próbowali opisać ogólne cechy osobowości Polaków. Brzeziński zdefiniował tzw. typ skirto-tymiczny – gwałtowny, zmienny, brawurowy, próżny, lekkomyślny w okresach zwycięstw, jednak altruistyczny, zwarty, wytrwały, cierpliwy w sytuacjach kryzysu. Z kolei Kępiński opisał dwa typy: typ histeryczny (szlachecki), zbliżony cechami do skirto-tymika, wzbogacony psychopatologicznie o *pseudologia phantastica* (zniekształcanie obrazu rzeczywistości) i *la belle indifference* (beztroska, bagatelizowanie tragicznego położenia), oraz typ psychasteniczny (chłopski): uparty, twardy, spokojny, cichy i pracowity, jednak skłonny do psychopatycznych dekomensacji. Mógłby świadczyć o tym przypadek Jakuba Szeli, chłopca pańszczyźnianego żyjącego na przełomie XVIII i XIX wieku, który w 1846 roku w okolicach Jasła kierował „rzezią galicyjską”, skierowaną głównie przeciwko właścicielom majątków ziemskich⁽³⁾.

Oba te typy osobowości, ze względu na niedojrzałe mechanizmy obronne, mają skłonność do rozwoju objawów zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) czy pourazowych zmian osobowości. Do tych symptomów należą: przeżywanie urazu na nowo (remini-scencje) w natrętnych wspomnieniach lub snach, poczucie „odrętwienia” i ośpienia uczuciowego, anhedonia, unikanie sytuacji i działań, które mogłyby przypominać uraz, wybuchy agresji, napady paniki wyzwalane przez bodźce przypominające ten uraz. Towarzyszą temu przewlekłe pobudzenie układu autonomicznego, wzmożona reakcja zaskoczenia, oczekiwanie katastrofy, epizody depresji, kojenie napięcia alkoholem lub lekami. Dodatkowymi cechami trwałej zmiany osobowości są wroga i nieufna postawa wobec świata, stałe poczucie zagrożenia, pustka, bezna-dziejność, wyobcowanie, przesadne reakcje na obiektywnie obojętne bodźce⁽⁴⁾.

SYTUACJA POWOJENNA

*Nas nauczono. Nie ma litości.
Po nocach śni się brat, który zginął,
Któremu oczy żywcem wykluto,
Któremu kości kijem złamano [...].*

*Nas nauczono. Nie ma sumienia.
W jamach żyjemy strachem zaryci [...].
Nas nauczono. Nie ma miłości.
Jakże nam jeszcze uciekać w mrok
Przed żaglem nozdrzy węszącym nas,
Przed siecią wzdętą kijów i rąk,
Kiedy nie wrócą matki ni dzieci
W pustego serca rozpruty strąk.
Nas nauczono. Trzeba zapomnieć,
Żeby nie umrzeć rojąc to wszystko.⁽⁵⁾*

Podczas II wojny światowej przez tereny dawnej II Rzeczypospolitej przewijały się kolejne fronty, miliony żołnierzy, miliony ofiar. To na tych ziemiach naziści dokonali zagłady europejskich Żydów. Wraz z sowieckim „wyzwoleniem” nadeszły – na niespotykaną dotąd skalę – grabieże i przemoc seksualna wobec rdzennych mieszkańców. Polska stała się cmentarzyskiem Europy.

Polacy doczekali końca wojny z wielkimi stratami osobistymi, poczuciem osamotnienia i zdradzenia przez zachodnich aliantów, ze zmiecioną z powierzchni ziemi stolicą, utraconym Wilnem, Lwowem i resztą Kresów Wschodnich oraz „zadośćuczynieniem” w postaci Ziemi Odzyskanych. Wyzwolenie było utopijne, de facto przeżywalimy kolejną okupację, do roku 1948 trwała właściwie wojna domowa; represje sowieckie były porównywalne z nazistowskimi. Zmowa milczenia dotycząca zbrodni popełnionych na Polakach w latach 1939–1941 (Katyń, masowe wysiedlenia, morderstwa, przestępstwa seksualne, grabież mienia) oraz późniejszych prześladowań związanych z utrwalaniem władzy komunistycznej panowała praktycznie aż do upadku ZSRR w 1991 roku. Działo się to wszystko w atmosferze „wielkiej trwogi” przed wybuchem kolejnego, globalnego, tym razem już atomowego i apokaliptycznego konfliktu. Z takim bagażem emocjonalnym, wyczerpane trwającym blisko sześć lat lękiem o życie własne i najbliższych wojenne pokolenie młodych Polaków zabrało się do odbudowy infrastrukturalnej i demograficznej swojego kraju. Mitem, lansowanym przez władze proradzieckie, był powszechny entuzjazm panujący wśród młodego pokolenia. Kondycja psychiczna Polaków bliższa była raczej poobozowej apatii i marazmowi. Towarzyszyło im „zmęczenie posttraumatyczne”⁽⁶⁾. Dostrzeżono to zjawisko jako występujące powszechnie w powojennej Europie i nazwano *astenia progressiva gravis*⁽¹⁾. Przewlekła ekspozycja na ogrom lęku i cierpienia sprawiła, że konieczne do tego, by w ogóle przeżyć, było swoiste znieczulenie emocjonalne, „anestezja emocjonalna”⁽²⁾. Powszechnie stosowanym środkiem „znieczulającym emocje” był alkohol⁽⁶⁾.

Z badań Stefana Baleya, przeprowadzonych wśród młodzieży w 1945 roku, wynika, iż blisko 65% osób obserwo-wało u siebie (31%) lub wśród bliskich krewnych (69%) zaburzenia nerwowe⁽⁷⁾. Szacuje się, że 1,5 mln polskich dzieci po II wojnie światowej było sierotami, półsierotami, a także dziećmi opuszczonymi – stanowiło to 22% całego

młodego pokolenia Polaków⁽⁸⁾. Baley pisał: „Zbiorowa dusza młodzieży jest zarażona kompleksem wojny”. Kompleks ten objawiał się jako: „poczucie winy wobec tych, którzy zginęli, skłonność do płaczu i ogólna drażliwość, afrozja (mówienie bardzo ciche, względnie ograniczone do kilku tylko osób), sny koszmarne, lękowe, ogólna lęklivość, onieśmienie oraz podejrzliwość dzieci w stosunku do obcych osób, zdominowanie słownictwa dzieci przez wyrazy opisujące wojnę i towarzyszące jej zjawiska, jak np. głód, alkoholizm, prostytutka”⁽⁷⁾. Typowe dla „kompleksu wojennego” były także wzrost przestępczości dzieci i młodzieży, przedwczesne usamodzielnienie się dzieci, które wkroczyły w dorosłe życie bez odpowiedniego przygotowania, brak opieki domowej i ogólna atmosfera wojny. Wszystko to, wraz z dominującym poczuciem nienawiści wobec wroga, którego tożsamość w tak skomplikowanych warunkach trudno było dokładnie zdefiniować, rodziło agresję i chęć zemsty. Negatywne skutki niosły także obniżenie autorytetu prawa, możliwość nielegalnego wzbogacenia się, swoboda seksualna oraz nadużywanie alkoholu. Na tym gruncie wytworzył się „nawyk okrucieństwa” (*atrocitas habitus*), będący efektem obserwowania zachowań oraz bezpośredniego oddziaływania osób dorosłych. Batawia w 1948 roku wysunął jedyny słuszny wobec powyższych faktów wniosek: „Uzdrowienie moralne młodzieży jest ściśle związane z regeneracją oblicza moralnego starszego społeczeństwa oraz unormowaniem całokształtu warunków życia – a jest to proces powolny i skomplikowany”⁽⁹⁾.

Młodzi Polacy chcieli jednak żyć, zakładać rodziny, odbudowywać ruiny, wykształcili szereg umiejętności, dzięki którym stało się to możliwe. Osoby dorastające w okresie wojennym prezentowały niezwykle zapał do nauki i zdobywania zawodu, samodzielność, zaradność, pewnego rodzaju „spryt życiowy”, który pozwalał im radzić sobie w bardzo trudnych sytuacjach⁽⁸⁾. Na tym polegał ich fenomen *resilience*^(10,11).

MIĘDZYPOKOLENIOWY PRZEKAZ TRAUMY

Usystematyzowane badania nad psychopatologiczną spuścizną wojny (a dokładniej badania nad życiem psychicznym i jego leczeniem u osób ocalałych z Holocaustu) rozpoczęto w Polsce, w Krakowie, w 1959 roku. Kierownictwa badań podjął się prof. Antoni Kępiński z inspiracji dra Stanisława Kłodzińskiego, który spędził w obozie koncentracyjnym Auschwitz 5 lat. Opisano „zespół obozu koncentracyjnego”, znany szerzej w świecie jako syndrom KZ. Objawy tego zespołu w większości pokrywały się z tym, co później (w połowie lat 70.) nazwano zespołem stresu pourazowego^(12,13). Profesor Maria Orwid, członek, a później przewodnicząca zespołu badającego ocalałych z Holocaustu, stwierdziła: „Przełamaliśmy wówczas panujący w kraju i na świecie *conspiracy of silence*⁽¹⁴⁾. Zmowa milczenia, panująca nie tylko w świecie wielkiej polityki, lecz także między członkami rodzin ocalałych, odegrała

zasadniczą rolę w przekazywaniu traumy kolejnym pokoleniom. Potomkowie ocalałych także zostali objęci opieką terapeutyczną przez zespół krakowski. Spotkania, w postaci trzydniowych maratonów, kontynuowane są po dziś dzień, odbywają się 2–3 razy w roku (Stowarzyszenie »Dzieci Holocaustu«)⁽¹⁵⁾.

Badania nad osobami ocalałymi z zagłady (*Holocaust survivors*, HS) prowadzono również w Izraelu. Pierwsza publikacja dotycząca tej tematyki (*offspring of Holocaust survivors*, OHS) ukazała się w 1966 roku⁽¹⁶⁾. Kolejni psychiatrzy i psycholodzy prezentowali opisy przypadków, dochodząc do wniosku, że cechy „zespołu ocalałego” są przekazywane następnemu pokoleniu. Przeprowadzono badania kliniczne, które pomogły doprecyzować te cechy. Wyszczególniono między innymi: nieufność wobec świata, upośledzone funkcjonowanie rodzicielskie, przewlekły smutek, brak umiejętności wyrażania emocji, nieustające poczucie zagrożenia, nacisk na osiągnięcia edukacyjne, lęk separacyjny, ograniczenia, niejasne granice, nadopiekuńczość zwaną z tzw. „narcystycznym systemem rodzinnym”. W ten sposób stworzono pojęcie międzypokoleniowej transmisji traumy (*transgenerational transmission of trauma*, TTT)⁽¹⁷⁾. Badania nad tym zjawiskiem pozwoliły opisać jego podstawowe mechanizmy. Wydaje się, iż głównym jest „zmowa milczenia”, komunikacja „nie wprost”, „podwójna ściana”, obserwowana wówczas, kiedy starsi nie chcą mówić, a młodszy nie chcą słuchać, nie pytają, „w tej ciszy przekazują rany, ale nie wspomnienia”⁽¹⁸⁾. Dzieci absorbują smutek, napięcie, które jest kumulowane lub rozładowywane przez dorosłych w eksplozywny i destrukcyjny sposób (napady hysterii bądź agresji). Dzieje się to wszystko w panującej w domu atmosferze oczekiwania na nieuchronną katastrofę. Dzieci nie rozumieją przeżyć rodziców, więc starają się chronić ich przed smutkiem i złością. Role w systemie rodzinnym zacierają się. Dzieci przejmują role rodziców, zarówno te związane z prowadzeniem domu, jak i te emocjonalne, często stają się powiernikami, pocieszycielami. W ten sposób wytwarza się bardzo szkodliwe zjawisko parentyfikacji⁽¹⁹⁾. Potrzeby emocjonalne dziecka są bagatelizowane bądź w ogóle niezauważane. Rodzice bywają wprawdzie bardzo wymagający, nadopiekuńczy, jednak to dzieci stają się wobec nich odpowiedzialne i opiekuńcze („nie chcą przysparzać im dalszych zmartwień”). Jest to tak zwane rodzicielstwo obronne bądź narcystyczne⁽¹⁸⁾. Dodatkowo w fantazjach dziadków, którzy doświadczyli traumy utraty bliskich, oraz rodziców, którym trauma ta została przekazana, separacja od rodziny oznacza śmierć. Dzieci także mają poczucie, że nie mogą oddalić się od domu bez całkowitej utraty obiektu. Wyżej opisane mechanizmy sprawiają, że zakłócony zostaje proces indywidualizacji-separacji. Skutkuje to trudnościami w dorosłym życiu, szczególnie w tworzeniu satysfakcjonujących związków, sprzyja transmisji zaburzenia na kolejne pokolenia. Zjawisko przekazywania traumy zachodzi tak długo, aż znajdzie się osoba zdolna do przerwania tego fenomenu.

Obowiązek zakończenia TTT spoczywa na dziecku, nawet wówczas, gdy ono samo zostanie już rodzicem. Można tego dokonać w procesie terapeutycznym, przez nabycie wglądu intelektualnego, a następnie odreagowanie emocjonalne. Praca ta została nazwana „spłacaniem długu”, który u swoich dzieci zaciągnęli rodzice poprzez zaniedbywanie ich potrzeb, utrudnianie (świadome lub nie) procesu indywidualizacji-separacji, zmuszanie do wychodzenia z roli dziecka w systemie rodzinnym⁽¹⁹⁾. Podobne zjawisko transmisji traumy zachodzi w rodzinach z problemem alkoholowym, który często jest rodzinną spuścizną wojenną. Jedną z dysfunkcyjnych ról, które dzieci przyjmują, jest rola „bohatera-opiekuna”, z wyraźnie zarysowanym procesem parentyfikacji⁽²⁰⁾.

W związku z panującym przez 45 lat po wojnie ustrojem socjalistycznym, zależnością polityczną, ekonomiczną i militarną od ZSRR, krzywdy zaznane od Sowietów były okryte niemal całkowitym milczeniem. W powszechnej świadomości traumy tych ludzi nie istniały. Pozostawało to w dużym kontraście do przeżyć wojennych Żydów czy więźniów nazistowskich obozów koncentracyjnych. O tych doświadczeniach nauczano w zdoktrynalizowanych szkołach. W komunistycznej rzeczywistości Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej nie było przestrzeni do ujawnienia cierpień doświadczonych od Sowietów, nie było możliwości otoczenia osób pokrzywdzonych skuteczną opieką psychologiczno-psychiatryczną. Powstał swoisty kontrast z ocalałymi z obozów koncentracyjnych. Nie stwarzano nawet szansy „przepracowania” terapeutycznego objawów traumy. Każdy radził sobie zatem tak, jak umiał, na ile wydolne były jego mechanizmy obronne. Powszechne były nadużywanie alkoholu, objawy „nerwicowe”, psychosomatyczne, zaburzenia więzi, czyli to, co zostało tak dobrze opisane u ocalałych więźniów obozów koncentracyjnych przez zespół krakowski. Działywały wszystkie drogi transmisji traumy na następne pokolenia^(19,21).

PODSUMOWANIE

Traumatyczne doświadczenia polskich rodzin z okresu II wojny światowej do dnia dzisiejszego rzutują na relacje i funkcjonowanie poszczególnych członków danego systemu rodzinnego. Dla osób wysiedlonych z dawnych Kresów Wschodnich dodatkowym utrudnieniem w radzeniu sobie z bolesnymi doświadczeniami była konieczność zachowania milczenia, spowodowana początkowo strachem przed prześladowaniami w okresie stalinowskim, a następnie pozostawaniem Polski w strefie wpływów radzieckich. Żaloba po utracie bliskich, krzywda związana z przymusowymi wysiedleniami, utrata dorobku poprzednich pokoleń, a także prześladowania ze strony żołnierzy oraz władz radzieckich – to krzywdy, o których nie można było rozmawiać nawet w gronie najbliższych. Głęboko skrywane, traumatyczne przeżycia dziadków ukształtowały rodziców, trwają nadal, odciskając swoje piętno na wnukach.

Pokolenie Polaków powojennych wyraźnie wpływa na współczesne nowe pokolenie. Kontaktuje się z nim poprzez relacje rodzinne, historię, literaturę, reakcję dojrzałych już pokoleń na bieżące wydarzenia polityczne i ekonomiczne. Poprzez wszystko to, co nazywamy „spuścizną narodową”, narodowym charakterem czy „osobowością” Polaków. Jednakże dzieci i młodzież prezentująca zaburzenia zachowania, emocji, nadużywająca substancji psychoaktywnych czy prezentująca jakiegokolwiek inne zaburzenia psychiczne coraz szybciej trafiają do odpowiednich placówek. Psychiatria wieku rozwojowego nabiera coraz większego znaczenia, rozwija się, a do jej podstawowych narzędzi należą oddziaływania psychoterapeutyczne. Psychoterapia, zwłaszcza ta oparta na pracy systemowej, pozwala dotrzeć do dysfunkcji i deficytów panujących w rodzinie, umożliwia nazwanie traumatycznych doświadczeń i ich przepracowanie. Tym samym daje szansę na przerwanie transgeneracyjnej transmisji traumy.

Współczesny młody Polak jest innym człowiekiem niż młody Polak bezpośrednio po wojnie. Żyje w innych warunkach geopolitycznych, ekonomicznych, kulturowych. Mimo dość powszechnych dysfunkcji systemu rodzinnego (w tym alkoholizmu, przemocy, trudności, jakie wynikają z życia w tak zwanych rodzinach patchworkowych) nie jest osierocony. Ponadto obecnie opieka psychiatryczno-psychologiczna stopniowo pozbywa się negatywnych konotacji, staje się usługą medyczną, z której coraz powszechniej korzysta się w razie potrzeby. Z pacjentów zdjęto odium „wariata”. W internecie można znaleźć wiele informacji dotyczących zaburzeń psychicznych, co często zachęca pacjentów do autodiagnozy, a dzięki temu do korzystania z opieki psychiatrycznej i podjęcia psychoterapii. Niemniej jednak nadal otwarte pozostaje pytanie: jak głęboko został „zainfekowany” okrucieństwami wojennymi współczesny młody Polak? Pytanie to jest znakomitym punktem wyjścia do przeprowadzenia rzetelnych badań naukowych z użyciem odpowiednich narzędzi i ankiet, zwłaszcza na takich terenach, jak Pomorze czy Ziemia Odzyskana.

Dzięki przemianie ustrojowej, która dokonała się w Polsce, przełamano tabu II wojny światowej i powojennego porządku świata. Wiele wydarzeń i faktów odmitologizowano. Można było o swoich wojennych przeżyciach opowiadać, zaczęły ukazywać się publikacje naukowe i książki, zawierające osobiste relacje osób pokrzywdzonych. Ujawniono zbrodnie katyńskie, represje stalinowskie, można było przyznać się do działalności w powojennym podziemiu niepodległościowym. Na Pomorzu i Śląsku dziadkowie zaczęli opowiadać wnukom o swojej służbie w Wehrmachcie, dramatach związanych z podpisaniem volkslisty bądź represjami związanymi z odmową. Siła tabu podtrzymującego międzygeneracyjny przekaz traumy słabnie, nadszedł optymalny czas na rozpoczęcie procesu społecznego zdrowienia.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Ryn Z.J.: Long-term psychological morbidity of incarceration in Auschwitz. *Echoes of Holocaust* 2000; Issue No. 6.
2. Orwid M.: Trauma. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2009.
3. Lewandowski E.: Oto Polak. *Polityka*, 19 kwietnia 2007. Adres: www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/216105,1,co-wiemy-o-charakterze-polakow.read.
4. Pużyński S., Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Wyd. 2, Vesalius, Kraków 2000: 1–287.
5. Baczyński K.K.: Pokolenie (Wiatr drzewa spienia. Ziemia dojrzała). W: Sen w granicy kuty. Wybór poezji. Wyd. Tower Press, Gdańsk 2000.
6. Zaremba M.: Wielka trwoga. Polska 1944–1947. Wydawnictwo Znak, Kraków 2012: 1–700.
7. Baley S.: Psychiczne wpływy drugiej wojny światowej. *Psychologia Wychowawcza* 1948; 1–2: 6–10.
8. Theiss W.: Sieroctwo wojenne polskich dzieci (1939–1945). *Zarys problematyki. Przegląd Pedagogiczny* 2012; 1: 79–95.
9. Batawja S.: Wpływ ostatniej wojny na przestępczość nieletnich. *Psychologia Wychowawcza* 1948: 1–2.
10. Szwajca K.: Dyskurs na temat resiliency – konteksty i aspekty praktyczne. *Psychoterapia* 2014; 1: 99–107.
11. Betancourt T.S., Khan K.T.: The mental health of children affected by armed conflict: protective processes and pathways to resilience. *Int. Rev. Psychiatry* 2008; 20: 317–328.
12. Orwid M.: Krakowskie badania nad PTSD. *Dialog* 2002; 11 (Mit i Tabu): 168–170.
13. Makara-Studzińska M., Partyka I., Ziemecki P.: Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Curr. Probl. Psychiatry* 2012; 13: 109–114.
14. Orwid M.: Psychospołeczna perspektywa ocalałych z Holocaustu. *Dialog* 2002; 11 (Mit i Tabu): 28–32.
15. Prot K., Biedka Ł., Szwajca K. i wsp.: Psychoterapia grupowa ocalałych z Holocaustu. Doświadczenia własne. *Psychoterapia* 2010; 1: 25–35.
16. Braga L.L., Mello M.F., Fiks J.P.: Transgenerational transmission of trauma and resilience: a qualitative study with Brazilian offspring of Holocaust survivors. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 134.
17. Kellermann N.P.F.: Epigenetic transmission of Holocaust trauma: can nightmares be inherited? *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2013; 50: 33–39.
18. Prot K.: Życie po zagładzie. Skutki traumy u ocalałych z Holocaustu. Świadectwa z Polski i Rumunii. Wyd. IPiN, Warszawa 2009: 1–165.
19. Wasilewska M.: Parentification as a result of transgenerational trauma legacy. W: Jasiocka D., Kuleta M. (red.): *Reflection on Psychological Mechanisms of Trauma and Posttraumatic Development*. Wyd. Kontekst, Kraków 2012: 39–53.
20. Kucińska M.: DDA, czyli Dorosłe Dzieci Alkoholików. Gdzie się podziało moje dzieciństwo. O Dorosłych Dzieciach alkoholików. Wyd. „Charaktery”, Kielce 2003: 23–70.
21. Rostowska T.: Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995: 1–272.