

Włosy babci – trauma transgeneracyjna

Grandmother's hair – transgenerational trauma

¹ Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

Correspondence to: Izabela Łucka, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego GUMed, ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk, e-mail: izabelalucka@wp.pl

Streszczenie

Traumatyczne doświadczenia polskich rodzin z okresu II wojny światowej do dnia dzisiejszego rzutują na relacje i funkcjonowanie poszczególnych członków danego systemu. Dla osób wysiedlonych z Kresów Wschodnich, podobnie jak m.in. dla rdzennych mieszkańców Pomorza, dodatkowym utrudnieniem w radzeniu sobie z bolesnymi doświadczeniami była do niedawna konieczność zachowania milczenia, spowodowana początkowo strachem przed prześladowaniami w okresie stalinowskim, a następnie pozostawianiem 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 i trwają nadal, odciskając swoje piętno na wnukach. W pracy została przedstawiona historia pacjentki prezentującej różnorodne objawy psychopatologiczne, które – jak się pierwotnie wydawało – rozwinęły się na skutek doświadczonej traumy seksualnej. Dopiero długotrwała praca psychoterapeutyczna, wzbogacona techniką genogramową, umożliwiła odkrycie przekazów transgeneracyjnych warunkujących określone funkcjonowanie pacjentki oraz budowanie przez nią specyficznych relacji międzyludzkich. Odnalezienie odkrytych dotąd milczeniem historii rodzinnych pozwoliło pacjentce zapoczątkować proces prawdziwego zdrowienia. Umożliwiło jej nie tylko pracę nad osobistymi, traumatycznymi doświadczeniami, ale także odnalezienie się w roli wnuczki, córki, kobiety. Ponadto pozwoliło odnaleźć pacjentce swoje miejsce w drzewie genealogicznym – dotychczas czuła się osobą „bez korzeni”, jakby obcą, niepasującą i nieprzynależącą do systemu rodzinnego.

Słowa kluczowe: trauma transgeneracyjna, zespół stresu pourazowego, pokolenia powojenne, parentyfikacja, kazuistyka

Summary

Traumatic experiences of the World War II continuously affect interpersonal relations in Polish families as well as individual functioning of members of trauma – afflicted family. For persons displaced from former “Kresy” (“eastern borderlands”), also for native inhabitants of Pomerania, additional difficulty to cope with painful memories was obligation to keep silence. The reason was a great fear of persecutions of Stalinism era. Poland remained under Soviet influence for years. Grief over loss of closest relatives, harm related to forced displacement, loss of properties that belonged to previous generations, persecutions by Soviet soldiers and authorities were injuries that must had been kept secret even among closest family. Deeply hidden traumatic experiences of the grandparents, stigmatized parents, and still impress a stamp on the grandchildren. In this article authors report a case of a patient who presented various psychopathological symptoms, which – as primary expected – developed due to a sexual trauma. Long-term psychotherapeutic work, enriched by genogram interpretation, enabled discovery of transgenerational transmission that conditioned patient functioning, especially in relationships. Revelation of kept in secret family stories let the patient to initiate recovery. Patient identified with her role of granddaughter, daughter and woman. She found her place in the family tree. Before that she felt “rootless”, alien, separate from the family system.

Key words: transgenerational trauma, post-traumatic stress disorder, post-war generations, parentification, case reports

WPROWADZENIE – SPECYFIKA MIASTA GDAŃSKA, POMORZA I KASZUB

*Tu w Gdańsku nic nie było proste,
ani jednoznaczne. Każdy swoje przeżył.⁽¹⁾*

Teren Wolnego Miasta Gdańska, Pomorze Zachodnie, Ziemia Lubuska i Prusy Wschodnie na skutek ustaleń jałtańskich przypadły Polsce jako tzw. Ziemie Odzyskane, w zamian za tereny utracone na rzecz ZSRR. Na miejsce wysiedlonych Niemców napływały rzesze repatriantów ze Wschodu, szczególnieznaczonych wojenną traumą. Ludzie ci utracili swoich najbliższych, swoją ziemię, dziedzictwo przodków, byli świadkami tragicznych zdarzeń związanych z dwukrotnym przejściem frontu wschodniego. Często mieli za sobą doświadczenia cierpienia związanych z zesłaniem na Sybir. Część z nich była również ofiarami wydarzeń na Wołyniu w 1943 roku. Wolne Miasto Gdańsk, Polski Korytarz, Kaszuby, Pomorze, Prusy Wschodnie już przed wojną stanowiły wielki tygiel etniczny, kulturowy i językowy, z zaznaczającą się dominacją Niemiec. Mniejszość żydowska była zdecydowanie mniej liczna niż w dużych miastach III Rzeszy, w Warszawie, Lwowie czy też w miasteczkach Galicji i Kresów. Żydzi zaczęli emigrować z tych terenów już na początku lat 30., szczególnie w 1933 roku, po dojściu NSDAP do władzy i włączeniu terenów Wolnego Miasta Gdańska do Rzeszy. Organizowano Kindertransporty żydowskich dzieci do Wielkiej Brytanii, co zostało upamiętnione pomnikiem przy Dworcu Głównym w Gdańsku⁽²⁾. W czasie wojny, w ramach tzw. ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej, w obozie koncentracyjnym Stutthof zginęło około 28 tys. Żydów⁽³⁾. Liczbę ocalałych żydowskich mieszkańców byłego Wolnego Miasta oraz Gdyni ocenia się na około 350 osób (dla porównania w 1939 roku odnotowano 1666 żydowskich mieszkańców Wolnego Miasta Gdańska oraz 1453 – Gdyni)⁽⁴⁾. W związku z tym można byłoby wnioskować, że doświadczenie związane z Holocaustem na tym terenie nie jest tak powszechne, jak na przykład w województwie małopolskim. Powstaje pytanie: czy trauma wojenna w jakiś inny, szczególnie sposób naznaczyła mieszkańców Pomorza? Kaszubi, Kociewiaczy oraz obywatele Wolnego Miasta Gdańska polskiego pochodzenia byli siłą wcielani do Wehrmachtu (casus „dziadka w Wehrmachcie”). Zostali oni skrzywdzeni wielokrotnie, zarówno wówczas, gdy zostali oddzieleni od swoich rodzin, wysłani na front (często byli to 16–18-letni chłopcy) i zmuszeni zabijać wbrew swoim przekonaniom, jak i po „wyzwoleniu”, gdy byli uważani przez Sowietów za Niemców, a przez rodaków za zdrajców. Często byli aresztowani i przesłuchiwani przez Urząd Bezpieczeństwa jako wrogowie narodu. Ich rodziny doświadczyły okrutnych represji, gwałtów, grabieży, morderstw. Fakt służby w siłach zbrojnych III Rzeszy, jako wyjątkowo trudny i wstydlivy, często pozostawał tematem tabu. Na terenie Pomorza i Kaszub na obecnych mieszkańców silniejszy wpływ niż trauma związana

z zagładą Żydów ma tzw. trauma wschodnia, czyli związana z działaniami Armii Czerwonej i partyzantki ukraińskiej, a potem aparatu represji dyktatury komunistycznej w postaci Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego i Urzędu Bezpieczeństwa. Podobne mechanizmy – parentyfikacja, zaburzenia procesów indywiduacji–separacji – funkcjonowały u rdzennych mieszkańców Pomorza i u repatriantów ze Wschodu. O przeszłości swoich rodziców czy dziadków młodsze pokolenia często nie wiedziały, na zadawane pytania udzielano wymijających odpowiedzi, często nie było w ogóle przyzwolenia na zadawanie pytań. Panowała zмова milczenia, powstawały rodzinne mity, utrzymujące co prawda homeostazę rodziny, ale i tworzące warunki do dalszej, transgeneracyjnej transmisji traumy (TTT)^(1,5–8). Mimo że wzorcowy model TTT wywodzi się z rodzin dotkniętych Holocaustem, ma on charakter uniwersalny. Potwierdziły to badania weteranów wojen koreańskich i wojny wietnamskiej, a także ofiar katastrof oraz kataklizmów^(5,6).

OPIS PRZYPADKU

Przeżyć... I co dalej?⁽⁹⁾

Pacjentka: Zosia, 19-letnia uczennica studium policealnego fizjoterapii; dodatkowo pracowała w sklepie spożywczym jako sprzedawczyni. Mieszkała w domu rodziców. Ma starszą o cztery lata siostrę, która ukończyła studia i przebywa za granicą. Ojciec – czynny zawodowo oficer wojska polskiego w randze majora, dominujący, despotyczny, w silnym konflikcie z córką; matka – z zawodu technik elektroradiologii, nie pracuje od czasu urodzenia dzieci, pobiera rentę z uwagi na komplikacje wynikające z dysplazji stawów biodrowych, porusza się przy pomocy kul, „nie ma nic do powiedzenia w domu”. Zosia czuje się w obowiązku pomagania jej, wyręczania i „niesprawy kłopotów”.

Pacjentka podjęła psychoterapię, którą zaproponowano jej podczas hospitalizacji na Oddziale Dziecięco-Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Bezpośrednim powodem leczenia szpitalnego było zatrucie lekami, które Zosia przyjęła w celach samobójczych. Była to jej trzecia w ciągu dwóch tygodni próba samobójcza. Pacjentka prezentowała objawy spełniające kryteria diagnostyczne (zgodne z ICD-10) epizodu depresyjnego umiarkowanego z towarzyszącymi zachowaniami autodestrukcyjnymi pod postacią okresowo nasilających się myśli i zamiarów samobójczych (z tendencjami do ich realizacji) oraz szkodliwego używania alkoholu i bulimicznych zaburzeń odżywiania się. Osobowość kształtowała się w kierunku chwiejnej emocjonalnie: z wahaniami nastroju, słabą kontrolą impulsów, impulsywnym stylem działania, silnymi konfliktami wewnętrznymi, głównie w zakresie potrzeby przynależności i autonomii, lęku przed emocjonalnym zaangażowaniem się w związki

z innymi ludźmi, lęku przed odrzuceniem, zaburzeń sfery seksualnej, niskiej samooceny. U podłoża prezentowanego obrazu klinicznego leżała przeżyta trauma seksualna w okresie dzieciństwa, która zapoczątkowała zaburzenia o charakterze zespołu stresu pourazowego. Funkcje intelektualne działały sprawnie, w normie.

Zosia już w gimnazjum korzystała z pomocy psychologa z powodu depresji i dokonywania samookaleczeń. Została objęta opieką psychiatryczną od maja 2007 roku. Zalecono farmakoterapię, którą stosowała nieregularnie lub niezgodnie z zaleceniami lekarza.

Pacjentka była osobą dość wysoką, postawną, ładnie zbudowaną, miała krótkie, jasne, awangardowo obstrzyżone włosy, ubierała się w stylu sportowym, raczej maskującym walory kobiece. Po uzyskaniu poprawy stanu psychicznego głośno, chętnie i obszernie wypowiadała się, z błyskotliwym poczuciem humoru, szczerym, zaraźliwym śmiechem. Była bardzo opiekuńcza w stosunku do innych pacjentów, zwłaszcza słabszych. W sytuacjach społecznych nastawiona zadaniowo, przyjmująca na siebie obowiązki mające na celu służyć innym, zazwyczaj bez szacowania swoich sił, często kosztem siebie i swoich potrzeb. Psychoterapia i leczenie farmakologiczne były kontynuowane po wypisaniu Zosi ze szpitala. Terapię prowadzono w podejściu integrującym, bazując głównie na nurcie humanistycznym i systemowym. Problemy pacjentki rozumiano następująco: w wyniku odrzucenia przez rodziców oraz przeżytej traumy seksualnej w dzieciństwie Zosia miała problem w nawiązywaniu satysfakcjonujących relacji z innymi ludźmi. Z jednej strony poprzez podejmowanie rozlicznych zadań, często ponad swoje siły, starała się zasłużyć na uwagę i uznanie ze strony innych ludzi, z drugiej w obawie przed odrzuceniem nie przyjmowała od nich pozytywnych komunikatów zwrotnych, dystansowała się, unikała wchodzenia w głębsze związki. Z powodu zaburzenia struktury, hierarchii, relacji i komunikacji w rodzinie Zosia zajęła miejsce pomiędzy rodzicami, walczyła z ojcem w zamian za matkę (alter ego matki), której uczucia wyrażała („tylko ja mogłam mu coś powiedzieć”). Przejęła także w znacznej większości obowiązki domowe matki, bo „ona ledwo chodzi, a on [ojciec] musi być obsłużony”. Sytuacja taka powodowała, że pacjentka, będąc uwikłana w relacje rodziców, nie była w stanie zaangażować się we własne życie, a tym samym separować się od nich. Odcinała się od swojej kobiecości, uważała za nieatrakcyjną, obawiała porzucenia w sytuacji, gdyby nie spełniała wszystkich stawianych jej wymagań (nawet tych niezgodnych z jej poglądami i samopoczuciem). Wynikało to z braku identyfikacji z prezentowanym przez jej matkę wzorcem kobiecości („anioł, święta, poświęcająca się dla innych, męczennica, nie może sama nic zrobić, nie ma nic do powiedzenia”) oraz z traumatycznych doświadczeń seksualnych. Jej stosunek do współżycia seksualnego był ambiwalentny: z jednej strony czerpała z niego satysfakcję, z drugiej pojmowała je jako środek jedynej, podstawowy i niezbędny do utrzymania bliskości z partnerem: „facet

musi dostać to, czego chce, bo inaczej odejdzie”. Ponieważ często podejmowała współżycie bez osobistej potrzeby, czuła się traktowana instrumentalnie, wykorzystywana. Jej życie seksualne dodatkowo zostało zaburzone przez bolesne, perwersyjne praktyki seksualne, którym była poddawana jako dziecko. Powracającym motywem w terapii była odgrywana wciąż na nowo i rzutowana na relację terapeutyczną relacja kat i ofiara, myśliwy i zdobywca, mająca swe źródło w doświadczonej traumie seksualnej: terapeuta jako wszechpotężny myśliwy, który nieuchronnie wytropi ofiarę, czyli pacjenta, który jest bezbronny w tym starciu. Oferta pomocy w postaci terapii odbierana była ambiwalentnie (podobnie jak i sam terapeuta) – z jednej strony oczekiwana i pożądana, z drugiej postrzegana jako próba dominacji, kontroli, nawet z obawą ubezwłasnowolnienia pacjentki. Żadne zachowanie terapeuty nie było dobre: gdy pytał, szukał – odbierany był jako atakujący, gdy czekał, milczał – porzucał. Dostrzeżenie i nazwanie tego mechanizmu pozwoliło na zmianę podejścia Zosi do terapii, jej większe zaangażowanie i decyzyjność. Początkowo pacjentka skupiła się na swojej sytuacji rodzinnej w okresie gimnazjalnym. Swoje problemy łączyła ze zdradą ojca, o której wiedziała ona i jej siostra, jedynie matka zdawała się niczego nie podejrzewać, oczywiście kłamstwa ojca uznając za prawdę. Taki stan trwał dość długo, powodując znaczny niepokój i dyskomfort, bo mama, a zarazem dzieci były całkowicie zależne od ojca (mieszkanie należy do niego, on jest praktycznie jedynym żywicielem rodziny) i zdane na jego łaskę. Zosia mówiła o upokarzających, nocnych wyczekiwaniach na powrót ojca do domu: „każdy odgłos przynosił nadzieję”, „czekałam na niego jak dziecko na św. Mikołaja, nie mogąc nic zrobić, uczyć się, spać”. O swych uczuciach mówiła: „czułam się jak śmieć, jak niepotrzebna rzecz odłożona na półkę; ojca nie obchodziło, co my czujemy”. Czara goryczy przepelniała się, gdy ojciec zaczął zapraszać kochankę do domu, a matka im usługiwała – wówczas Zosia upiła się (po raz pierwszy) i wyrzuciła kochankę z domu („nikt inny nie mógł tego zrobić”). W tym momencie zdekompensowała się depresyjnie matka, a pacjentka praktycznie do tej pory „czuje się winna, że matka miała myśli samobójcze”. Przejęła większość jej obowiązków domowych, zaczęła toczyć regularne bitwy z ojcem w imieniu matki, a jej obraz wyidealizowała („to święta kobieta, prawdziwy anioł”, „wszystko zniesie, nigdy się nie skarży”), zastępowała ją także w wyrażaniu uczuć (bo „mama nic nie mówi”), głównie gniewu, złości za ojca zdrady. Siostra zajęła wygodną pozycję neutralną, bo była „zbyt słaba” dla ojca, realizowała swoje plany, choć i ona miała w tym czasie epizod zaburzeń odżywiania się, najprawdopodobniej o podłożu psychicznym, ograniczała przyjmowanie posiłków, znacznie straciła na wadze (problemy te zniknęły, gdy podjęła studia poza domem). W związku z zaistniałą sytuacją Zosia pogorszyła się w nauce, z rezydentnej i wesołej stała się smutna i przygaszona. Załamało się jej życie i plany osobiste. Do tej pory bardzo usportowiona, zaczęła cierpieć na dolegliwości bólowe ze strony stawów

biodrowych (podobnie jak matka), co spowodowało odnięcie od sportu, będącego sensem jej życia (uprawiała siatkówkę, biegi, rzut oszczepem, dyskiem, pływanie, które trenowała z sukcesami). Przypadkowe zranienie kciuka pozwoliło jej odkryć ulgę, jaką w sytuacji frustracji i znacznego napięcia emocjonalnego przynoszą samookaleczenia. Z tego powodu przez półtora roku objęta była opieką psychologa. Zosia komentowała terapię: „niby to długo, ale nie zdążyłam o wszystkim powiedzieć... , wydarzyło się coś, co zmieniło mnie już na zawsze... , stałam się brudna”. Uzyskana w tamtym okresie objawowa poprawa okazała się w istocie zamianą jednych zachowań autoagresywnych na drugie. Pacjentka przestała się samookaleczać, ale zaczęła nadużywać alkoholu: „piłam, żeby nie pamiętać, ale koszmar z dnia na dzień stawał się wyraźniejszy”. Przełomowym momentem okazał się dzień, w którym Zosia w sklepie, w którym pracowała, zobaczyła mężczyznę, który ją zgwałcił: „Musiałam go obsłużyć. Jestem śmieciem, gównem, które nie zasługuje na życie. Wróciła mi pamięć, pamiętam wszystko – niestety to była moja wina”. Opoowiedziała o wykorzystywaniu seksualnym, które rozpoczęło się w 11. roku życia i trwało przez pięć lat. Sprawcą był 30-letni brat wychowawcy z obozu sportowego. Równoległe pacjentka opisywała sytuację powtórzonej traumy, jaką był gwałt w okresie poprzedzającym hospitalizację, gdy na imprezie upiła się, nie była w stanie wyrazić swego zdania i zostało to wykorzystane przez współbiedniaka, a także niemal równoczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego, z inicjatywy własnej, ze swoim partnerem. Wszystkie te informacje podawane były w stosunkowo krótkim czasie, niemal równoległe, z pomieszczeniem perspektywy czasowej, jakby działały się jednocześnie, były opowiadane fragmentami, jak kadry z różnych filmów, sklejonych w jedną całość, z ogromnym ładunkiem emocji, z których dominujące było poczucie winy i nienawiści do siebie. W tym też okresie dominowały w obrazie klinicznym zaburzenia odżywiania się połączone z wymiotami. Często też w trakcie spotkań terapeutycznych Zosia przerywała wypowiedzi, widać było bardzo żywą grę naczynioruchową, całe jej ciało wyrażało gwałtowne emocje, sprawiała wrażenie, że odczuwa nudności, ale nie płynęło ani jedno słowo. Na tym etapie wyraźnie zarysował się problem tworzenia relacji typu myśliwy – zwierzyna. Zostało to dostrzeżone, nazwane, umiejscowione przez Zosię w sytuacji traumy, gdy była tak osaczona przez sprawcę, że nie mogła mu „nigdzie uciec”. Raz jeszcze omówiono warunki proponowanej terapii, podkreślając decyzyjność pacjentki i co do samej terapii, i co do poruszanych na niej spraw. Przełomem okazał się sen Zosi, w którym odtworzyła sytuację trudności, jakich doświadczała podczas terapii, i w którym zwymiotowała. Zobaczyła wówczas, że tym, co zamykało jej usta i nie pozwalało mówić, były włosy babci, która do tej pory pojawiła się marginalnie w kontekście rodzinnym, jako zdegenerowana alkoholiczka, niezdolna do samodzielnego życia, marnująca wraz ze swym synem, także uzależnionym, majątek rodzinny. Dopiero praca genogramowa pozwoliła na

inne spojrzenie na historię całej rodziny Zosi. Główną osobą dla rodu okazała się prababcia – silna, zaradna i bogata kobieta, właścicielka kamienicy we Lwowie. Tragedia rozpoczęła się po 17 września 1939 roku, gdy władze sowieckie chciały aresztować jej męża, którego bardzo kochała. Pradziadek ukrył się. Wobec początkowej odmowy ujawnienia miejsca jego pobytu komuniści uwięzili córkę, żądając – w zamian za jej uwolnienie – wydania mężczyzny. Zgodnie z ustnym przekazem wówczas nastoletnia dziewczynka uciekła wraz z koleżanką z więzienia i wróciła do domu w takim stanie, że „przez trzy miesiące nie mogła w ogóle chodzić”. Wówczas znów przyszli Sowieci – wobec groźby ponownego uwięzienia córki prababcia wydała męża. Szukała go później bezskutecznie, nawet w miejscach „zakazanych”, w których – jak wieść głosiła – rozstrzeliwano Polaków. Tam znalazła jedynie kapelusze męża, który podczas repatriacji zabrała ze sobą wraz ze skromnym dobytkiem na Ziemię Odzyskane. Prababcia w zamian za utracone dobra otrzymała gospodarstwo rolne, na którym osiedliła się wraz z córką. Dziewczyna jednak nie wróciła do zdrowia, była osobą nieporadną, wylęknioną i jak się prababci wydawało – niezdolną do zatroszczenia się o własne potrzeby. Mąż prababci zginął, syn wcielony do wojska zaginął bez wieści. Prababcia zdecydowała się wydać córkę za męża za człowieka, który w czasie wojny „swoje przeszedł i też nie miał nikogo”. Był co prawda zamknięty w sobie, surowy i wymagający, ale bardzo pracowity i zaradny. Potrafił tak zmobilizować żonę, że z lęku przed nim wywiązywała się z podstawowych obowiązków. Mieli dwoje dzieci: córkę, która urodziła się z dysplazją stawów biodrowych, i syna. Z opieką nad dziećmi babcia pacjentki nie radziła sobie zbyt dobrze, „wszystkiego, co mama umie, nauczyła ją ciocia” (syn prababci odnalazł się, założył rodzinę i zamieszkał w pobliżu). Dziadek, jak się wydaje, także nie był zdolny do nawiązania bliskiej relacji ze swoimi dziećmi; pracował długo w polu, gdy wracał, wymagał określonych świadczeń i spokoju. Babcia nie wyraziła zgody na proponowaną jej przez lekarzy operację bioder córki w momencie, kiedy na pytanie „czy to będzie ją bolało?” usłyszała odpowiedź twierdzącą. Zgadzała się natomiast na jej wyjazd do szpitala na rehabilitację – tam mama pacjentki spędzała długie miesiące. Prawdopodobnie dzięki temu zdołała osiągnąć średnie wykształcenie i podjąć pracę w wyuczonym zawodzie. Po śmierci dziadka babcia i brat matki Zosi uzależnili się od alkoholu, stopniowo tracąc majątek i zdrowie. Mama wyszła za męża, prawie nie wierząc we własne szczęście – „zechciał ją, kalekę” przystojny i jak na owe czasy dobrze sytuowany mężczyzna. Zaznaczyła się sylwetka ojca, człowieka o cechach „typowo męskich”: dominującego, kontrolującego, nieliczącego się z uczuciami i potrzebami innych, traktującego ludzi instrumentalnie, skupionego na zaspokajaniu swoich potrzeb, w tym głównie seksualnych. Pojawiły się wspomnienia poniżania matki, kończące się głośno uprawianym seksem, scenami odbieranymi przez pacjentkę jako gwałty na matce. Dzieciństwo pacjentki

upłynęło pod znakiem zaniedbania emocjonalnego i samotności: „nie było dla mnie miejsca nawet w kuchni”. Rodzice byli skoncentrowani na swoich kłótniach, skupieni na starszej córce, wymagającej wsparcia i pomocy w nauce. Siostra była „oczkiem w głowie”, zwłaszcza taty – chwalono ją, podziwiano, stawiano za wzór. Zosia była pozostawiona w sytuacji, w której ze wszystkim „musiała sobie radzić”. Urodzona jako wcześniak, oczekiwana zwłaszcza przez matkę, która wbrew zaleceniom lekarskim postanowiła mieć jeszcze jedno dziecko, nie była nigdy kłopotliwa, nawet jako dziecko nie płakała, „zajmowała się sobą”. Zosia wspominała, że nawet sama się kołysała, czym wzbudziła niepokój lekarza, a w reakcji na zwrócenie przez niego uwagi – gniew matki. Pojawiły się opowieści dotyczące podejmowania różnych, często niebezpiecznych działań (np. wyprawa 5-latki poprzez skutą wczesnym lodem zatokę czy nocne wyjścia 11-, 12-latki, zupełnie niezauważane przez rodziców, a zwłaszcza przez matkę). Zdarzały się też momenty, kiedy pacjentka przeżywała ogromny strach związany z powrotem ze szkoły do pustego, zamkniętego domu. Matka wychodziła, nie dając kluczy i nie informując, kiedy wróci. Pacjentka siedziała samotnie na schodach, z ukrycia (wstydziła się zaistniałej sytuacji wobec sąsiadów) obserwując drzwi mieszkania, prosząc w duchu o bezpieczny powrót matki i obiecując bycie jeszcze lepszą córką, żeby tylko matka się pojawiła. Zosia skupiła się na dążeniu do sukcesów w nauce i w sporcie, jednakże i to okazało się próżną nadzieją na uznanie. Od 13. roku życia podejmowała różne dorywcze prace, aby odciążyć finansowo rodziców i samej mieć „kieszonkowe”. Złakniona uwagi, akceptacji i bliskości, pozbawiona praktycznie rodzicielskiej opieki, stała się łatwym celem dla pedofila, który „ofiarował jej prawdziwą miłość”. Rozpoczęła się długa praca terapeutyczna nad doświadczoną traumą. Była ona możliwa dopiero po ugrośnieniu historii babci, brutalnie i prawdopodobnie wielokrotnie zgwałconej w więzieniu sowieckim, cierpiącej w związku z tym na zaburzenia stanu psychicznego, początkowo głównie natury lękowej, prowadzące do jej nieporadności życiowej oraz uzależnienia od alkoholu. Taka sekwencja wydarzeń pozwoliła zobaczyć Zosi inny obraz babci, nie tylko zdegenerowanej alkoholiczki, ale także pozbawionej właściwej pomocy ofiary przestępstwa seksualnego, ze wszystkimi konsekwencjami, jakie może nieść ze sobą doświadczenie brutalnej przemocy: „ona była biedna”, „nie miała tyle szczęścia, co ja”. Oglądanie zdjęć z dzieciństwa pacjentki, z okresu traumy, na których utrwalone były obrazy radosnego, „słonecznego” dziecka w wieku 10 lat i smutnej, ubranej w workowate rzeczy, zasłoniętej ciemnymi okularami 11-latki w objęciach dojrzałego mężczyzny, pozwoliły dostrzec ogrom dysproporcji zawartych w deklaracjach słownych i czynach przestępcy. Pojawiły się wygłaszane żartobliwie fantazje dotyczące zemsty na sprawcy molestowania. Zaczęły pojawiać się wątki rozliczeń emocjonalnych z rodziną, głównie z matką i siostrą, które zostawiły ją samą sobie i nie zauważały niebezpiecznych

sytuacji, w które wchodziła, lub nawet widząc – nie reagowały na nie. Zosia odczuła i nazwała uczucie rozczalenia i złości do matki, przywołała sceny swoich różnych dolegliwości, objawów, w tym także sierociego „kiwania się”, opacznie interpretowanych przez matkę. Zamiast okazać bliskość, matka na nią krzyczała i odsuwała się jeszcze bardziej. Pojawiła się pogarda w reakcji na przyzwolenie matki na agresywne zachowania ojca. „Tak jak ona mnie nie chciała, tak teraz ja ją zostawię, wyprowadzę się i już nie wrócę” – pojawiła się tendencja do powtórzenia rodzinnego modelu separacji poprzez zerwanie więzi. W trakcie pracy zaproponowano „rozmowę z mamą” w konwencji psychodramy, co pozwoliło zarówno zgłębić motywy postępowania mamy i Zosi, jak i doznać różnych emocji, którymi nacechowana była relacja matki i córki. W konsekwencji Zosia odkryła wiele podobieństw łączących ją z matką, jak choćby model postępowania, „służenie” innym bez względu na swoje własne potrzeby i możliwości, pomimo bycia poniżaną i wykorzystywaną, w obawie przed porzuceniem, i przekonanie o tym, że „sama sobie nie poradzi”. Zostały wypowiedziane zasady obowiązujące w rodzinie: „kobieta ma służyć mężczyźnie”, „facet i tak dostanie to, czego chce”, więc trzeba się podporządkować, „takie jest życie, musi boleć”, „jeżeli nie boli, to człowiek nie żyje”. Pozwoliło to także na ujście oraz zrozumienie zachowań i wyborów rodziców w kontekście ich rodzin generacyjnych, z obydwu stron głęboko dysfunkcyjnych, z problemami uzależnienia, porzucenia (i partnera, i dzieci), zdrady, biedy i wreszcie – samobójczej śmierci. Pojawiły się inne uczucia do matki – zrozumienia, współczucia, nawet podziwu za zdobycie wykształcenia, założenie „w miarę normalnej” rodziny, „wyrwanie się” z tak patologicznego środowiska. Jasna stała się także delegacja rodziców kierowana do obydwu córek dotycząca wykształcenia jako drogi do lepszego życia. Zmienił się też obraz prababci, funkcjonującej w przekazach jako – eufemistycznie mówiąc – nierozsądna kobieta, która w czasie repatriacji zamiast aktów notarialnych nieruchomości zabrała ze sobą kapelusz pradiadka. Teraz pokazała się ona jako niezwykle osoba, postawiona w sytuacji niewyobrażalnie dramatycznego wyboru, jakiego zmuszona była dokonać. Oddała zabójcom męża w zamian za życie córki. Wybrała powinność i miłość matki, kosztem miłości i obowiązku wobec partnera. Do końca starała się ochronić i zabezpieczyć przyszłość dziecka, dokonując kolejnych, w jej ocenie słusznych dla dobra dziecka, wyborów. Pokazała się jako kobieta silna i radząca sobie nawet w skrajnie trudnych i niebezpiecznych sytuacjach. Dzięki temu Zosia zyskała inny, niż panujący w jej rodzinie nuklearnej, model kobiecości, bliski jej własnemu, dotychczas mało przez nią akceptowanemu.

Zosia dzięki swej ogromnej pracy uzyskała poprawę w zakresie wszystkich prezentowanych uprzednio objawów. Jest osobą prawidłowo funkcjonującą, zdolną do nawiązywania prawdziwie głębokich relacji z innymi ludźmi, prowadzącą normatywne życie intymne. Zdała z wynikiem

celującym końcowe egzaminy w studium policealnym, ukończyła studia magisterskie z wynikiem bardzo dobrym, ma satysfakcjonującą pracę zawodową, dalej rozwija się jako osoba, kobieta.

OMÓWIENIE

Ludzie ludziom zgotowali ten los.⁽¹⁰⁾

Psychoterapia pacjentki prezentującej różnorodne objawy psychopatologiczne, które pierwotnie wiązano z doświadczoną traumą seksualną, w trakcie długotrwałej pracy, wzbogaconej techniką genogramową, umożliwiła odkrycie przekazów transgeneracyjnych warunkujących określone funkcjonowanie pacjentki oraz budowanie przez nią specyficznych relacji międzyludzkich. Odnalezienie okrytych dotąd milczeniem historii rodzinnych pozwoliło Zosi zapoczątkować proces prawdziwego zdrowienia. Umożliwiło jej nie tylko pracę nad osobistymi, traumatycznymi doświadczeniami, ale także odnalezienie się w roli wnuczki, córki, kobiety. Ponadto pozwoliło odnaleźć pacjentce swoje miejsce w drzewie genealogicznym – dotychczas czuła się osobą „bez korzeni”, jakby obcą, niepasującą i nieprzynależącą do systemu rodzinnego. Siła tabu podtrzymującego międzygeneracyjny przekaz traumy zgasła, nadszedł czas zdrowienia i budowania życia kierowanego samodzielnie wyborami osoby wolnej od bolesnego bagażu przodków. Wyrazem podobnej do opisywanej w części kazuistycznej gotowości potomków Polaków doświadczonych zbrodniami żołnierzy sowieckich do ujawniania doznanych krzywd była praca studenta gdańskiej Akademii Sztuk Pięknych. Jesienią 2013 roku obok czołgu radzieckiego, będącego symbolem „wyzwolenia”, ustawił rzeźbę przedstawiającą ciężarną kobietę gwałconą przez żołnierza Armii Czerwonej^(11,12). Czołg stoi naprzeciw budynku byłego Instytutu Anatomii, w którym naziści przetwarzali zwłoki więźniów obozów koncentracyjnych i chorych z pobliskiego szpitala psychiatrycznego, o czym wspomniano w ogólnopolskiej literaturze powojennej⁽¹⁰⁾, jak również późniejszej, opisującej w formie sfabularyzowanej historię Gdańska^(13,14). W ten symboliczny sposób krzywdy Polaków wyrządzone przez obydwu agresorów ukazały się całemu światu. Teraz nie można już o nich nie mówić, udając, że nic się nie zdarzyło.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Szczepuła B.: Dziadek w Wehrmachcie. Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk 2007.
2. Echt S.: Dzieje Żydów gdańskich. Maszoperia Literacka i Wydawnictwo Oskar, Gdańsk 2012.
3. <http://stutthof.org/historia>.
4. W.S.: Żydzi na Pomorzu. Adres: <http://gdansk.jewish.org.pl>.
5. Makara-Studzińska M., Partyka I., Ziemecki P.: Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. Curr. Probl. Psychiatrii 2012; 13: 109–114.
6. Dekel R., Goldblatt H.: Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. Am. J. Orthopsychiatry 2008; 78: 281–289.
7. 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. Wydawnictwo Kontekst, Kraków 2012: 39–53.
8. Prot K.: Życie po zagładzie. Skutki traumy u ocalałych z Holocaustu: świadectwa z Polski i Rumunii. Wydawnictwo IPiN, Warszawa 2009: 85.
9. Orwid M.: Przeżyć... I co dalej? Wydawnictwo Literackie, Kraków 2006.
10. Nałkowska Z.: Profesor Spanner. W: Medaliony. Wydawnictwo Greg, Kraków 2010.
11. Kontrowersyjna rzeźba stanęła na Al. Zwycięstwa. Interweniowała policja. Gazeta Wyborcza, 13.10.2013 r. Adres: <http://trojmiasto.gazeta.pl>.
12. Włodkowska K.: Rzeźba z radzieckim żołnierzem gwałcącym kobietę. Sąd: „To nie był wybryk”. Gazeta Wyborcza, 04.03.2014 r.
13. Chwin S.: Hanemann. Wydawnictwo Marabut, Gdańsk 1995.
14. Huelle P.: Mercedes-Benz. Z listów do Hrabala. Znak, Kraków 2001.