

A stylized silhouette of a city skyline with several rectangular windows, set against a dark background. The silhouette is composed of dark blue and black shapes, with some windows appearing as lighter, rectangular cutouts.

STRES WOJENNY

SKUTKI I ICH ŁAGODZENIE

Józef Szajna

*Jedni nie chcą pamiętać,
Inni nie mogą albo nie chcą zapomnieć!*

STRES WOJENNY

SKUTKI I ICH ŁAGODZENIE

Fundacja Moje Wojenne Dzieciństwo

Warszawa

Pomysł i realizacja:

Eulalia Rudak

Prac artystycznych użytych:

Józef Szajna

Opracowanie redakcyjne:

Joanna Bojarska i Maciej Kowalczyk

*Opracowanie graficzne
i przygotowanie do druku:*

Adrian Napiórkowski

Zdjęcia ćwiczeń:

Wojciech Mędrzak

Publikacja ukazała się dzięki wsparciu Finansowemu

- Urzędu ds. Kombatantów i Osób Represjonowanych
 - Związku Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych
- Warszawa Śródmieście

ISBN 83-918451-0-9

Druk i oprawa:

Drukarnia WN Alfa-Wero
ul. Piaskowa 6/10, 01-067 Warszawa

SPIS TREŚCI

Od Wydawcy . . . 5

Michał Chilczuk
WPROWADZENIE . . . 7

Dariusz Wasilewski
EPIDEMIA STRESU . . . 15

Louis Crocq
ZRUJNOWANE LOSY. PRZEKREŚLONE SZANSE
PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE KONSEKWENCJE WOJEN . . . 21

Radosław Tworus
PRZYCZYNY I NASTĘPSTWA STRESU WOJENNEGO
SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z NIM . . . 39

Materiały z pierwszej międzynarodowej konferencji
O PSYCHOSPOŁECZNYCH SKUTKACH WOJNY . . . 59

Radosław Tworus
KOSZMAR ŻYCIA W HITLEROWSKIM OBOZIE
KONCENTRACYJNYM I JEGO NASTĘPSTWA . . . 69

Bożena Krzywobłocka
ZWYCIĘŻYĆ STRES . . . 91

Anna Milewska-Młynik
BRZEMIEŃ SYBIRACKIEJ PRZESZŁOŚCI . . . 103

Janina Zielińska
SIEROTY WOJENNE . . . 115

Mieczysław Skonieczny
REMISCENCJE Z II WOJNY ŚWIATOWEJ
I LAT PÓŹNIEJSZYCH . . . 123

Elżbieta Brodowska
ŻYĆ ZE STRESEM – SPOSOBY NA STRES . . . 135

Jacek Kryg
WPLYW OTOCZENIA NA ZDROWIE . . . 149

W imieniu Fundacji Moje Wojenne Dzieciństwo serdecznie dziękuję i składam wyrazy szacunku:

Panu *dr Markowi Hagmajerowi* – Sekretarzowi Generalnemu Międzynarodowej Organizacji Kombatantkiej za udostępnienie do druku referatów z konferencji w Dubrowniku i w Paryżu.

Panu *Profesorowi Michałowi Chilczukowi*, który pierwszy przeniósł w środowisko kombatantkie materiały z międzynarodowych konferencji na temat stresu wojennego,

Panu *Profesorowi Józefowi Szajnie*, za użyczenie swoich prac artystycznych, które są wyrazem przeżyć w obozach koncentracyjnych, Panu *mgr Franciszkowi Skrzypkowi* Prezesowi Zarządu Dzielnicowego Związku Kombatantów RP i Byłych Więźniów Politycznych za współdziałanie na rzecz łagodzenia skutków stresu wojennego,

Autorom artykułów, którzy swoje prace przekazali honorowo, Autorom wierszy pisanych przeżyciami wojennymi, Panu *Janowi Niedźwieckiemu* kombatantowi za użyczenie swojego wizerunku do fotografii ćwiczeń jogi,

Redaktorom, Grafikowi, Fotografowi oraz Pani *Dyrektor Aleksandrze Napiórkowskiej* i Pracownikom Drukarni Alfa-Wero za gratisowe wykonanie części prac przygotowawczych.

Za serdeczne wspomaganie wszystkim Państwu jestem winna szczerą wdzięczność.

Eulalia Rudak
Prezes Zarządu Fundacji

*Człowiek na próżno obawia się snów,
najstraszniejszy sen jest niczym wobec życia.*
Stanisław Brzozowski (1878-1911)

Od zakończenia II Wojny Światowej minęło kilkadziesiąt lat, a wojenne doznania nieustannie dają o sobie znać. Sprawcy wojny obdarowali nas piętnem tak okrutnym, że odbijało się ono na naszych późniejszych losach i losach naszych rodzin. Chcieliśmy chronić rodziny, może ponad miarę, ale tkwiło w nas poczucie zagrożenia. Pisk opon na ulicy, głośnie kroki na schodach do dziś nas płoszą, niepokoją. My, dotknięci wojną, inaczej odbieramy normalne zjawiska, nasze układy z rodziną, przyjaciółmi są nieraz odmienne. Jesteśmy nadwrażliwi, a może drażliwi. Postępowanie nasze może być przyjmowane jako dziwaczne i drażniące. Wojenne przeżycia przytłoczyły nas na długie lata, na zawsze. Myślę, że nieraz popisywaliśmy się bohaterstwem, wielkimi czynami, medalami, żeby doceniono nas za patriotyzm, za opór wobec wroga, za walkę z nim. Pragnęliśmy mieć świadomość, potwierdzoną przez innych, że życie nasze było ważne, poświęcenie potrzebne. Musieliśmy zatrzeć w sobie odczucie doznawanego upodlenia. Trudno mówić o tym, że baliśmy się łapanek, okopów, obozów, że lęk o bliskich obezwładniał, trwał nieustannie w dzień i w nocy. „Nie honor” przyznać się że strach przeniósł się na późniejszy czas, narastał podczas „niespanych” nocy. Tak bardzo chcieliśmy, by koszmar wojny nie wrócił, by nikt już nie musiał żegnać odchodzących na wojnę, by nasze dzieci nigdy nie przeżywały tego co my.

Niegdyś role oczyszczającą pełniły opowieści w gronie najbliższych. Obrazek wnuczka siedzącego w ciepłym kominku u nóg dziadka snującego opowieść kołi duszę. W tej wojnie wnuk był równie narażony jak dziadek, czy ojciec. Dzieci chciały się bawić, uczyć, a musiały podejmować trudy wojenne na skalę dorosłego człowieka.

Moje życie w wieku od siedmiu do trzynastu lat to wojna. Warszawa i świat naokoło wydawał mi się szary, ponury, groźny. Słońce spostrzegłam gdy niemiłosiernie piekło w ogoloną, pokaleczoną głowę na placu apelowym w Auschwitz-Birkenau. Nie mogę sobie przypomnieć w pełni radosnych chwil, wszystko z czasu wojny kojarzy mi się tylko z nieszczęściem i trwogą. Nawet Powstanie Warszawskie po chwilach euforii zaważyło tragedią, stratą najbliższych.

Po wojnie z trudnością wydobywaliśmy się z cierpień, z biedy, z gruzów. Potrzeby niezaspokojone powodowały pęd życia, który zagłuszał to co w środku. Zagłuszał, ale nie likwidował. Powstawały relacje między ludźmi, a nawet w rodzinach, które nie były zgodne z naszymi zamierzeniami, wewnątrz nie godziliśmy się na nie, ale poradzić sobie z tym nie umieliśmy i pomocy też nie było. W różnych powojennych rozgrywkach zapomniano o człowieku. Do dziś niektórym się wydaje, że są lepsi i gorsi, a przecież bohaterom nie przystoi licytowanie się o patriotyzm, bo często najwartościowszych może spotkać najniższa ocena. I po co dodatkowo jeszcze stresować siebie i innych. A może to też trzeba zapisać na konto stresu wojennego. Nie każdy bowiem mógł nieść ten balast, nie każdy miał siłę go odrzucić, ani wykreślić na zawsze. Przecież nawet fizyczne dolegliwości leczyły się trudniej. Powstały pojęcia: choroba wojenna i syndrom poobozowy. Wszystkim chyba potrzebna była pomoc specjalistów, żeby nie gromadzić w sobie cierpień, nieszczęść, nienawiści.

Obecnie prowadzone są na świecie badania nad stresem wojennym i otacza się, na szczęście, opieką psychologiczną osoby i dzieci dotknięte wojną. Szkoda tylko, że te wojny ciągle są, choć nikt ich nie chce.

Przekazujemy kombatantom i ofiarom wojny książkę, która, jak nam się wydaje, w najbardziej przystępnej formie przedstawia różne poglądy i opracowania na temat stresu wojennego. Mamy nadzieję, iż książka ta ułatwi nam wyrwanie z siebie wojny, która w nas wrosła. Liczymy, że w jakimś stopniu będzie wspierać nasz program łagodzenia skutków stresu wojennego. Późno, bardzo późno, ale pomóżmy sobie, będzie nam trochę lżej.

Eulalia Rudak



WPROWADZENIE

prof. Michał Chilczuk

*Przewodniczący Grupy Roboczej ds.
Europy Środkowej i Wschodniej
Światowej Federacji Kombatantów (ŚFK)*

Witomiła Wołk Jezierska

OJCIEC... , TATO...

*Ojciec, Tato –
słowa nigdy nie wypowiedziane,
odstrzelone suchym strzałem
od dziecinnych ust...
powracają falą gorącą gdy –
w głębi Katyńskich Dołów
w stertach sprasowanych ciał
wśród tysięcy umęczonych
– nasi Ojcowie.*

*W rękach skrępowanych
drży jeszcze siła.*

*W czaszkach zdruzgotanych
pali się pamięć.*

*Na ustach –
nasze imiona.*

*Ich mózgi – przekazały nam mądrość,
serca – miłość
ręce – dobroć.*

*Męczeńskie, mogilne połączenie kości
dało nam siłę
czekania na sprawiedliwość.*

Badania nad stresem wojennym, jego następstwami oraz radzeniem sobie z nim, tak na dobre rozpoczęto stosunkowo późno, gdyż dopiero po drugiej wojnie światowej.

Z badań światowych wynika, że przeżycia wojenne zawsze wywołują uraz psychiczny i związane z tym następstwa. Nic też dziwnego, że w Stanach Zjednoczonych stres wojenny traktuje się jako chorobę społeczną.

Dopiero w roku 1980 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżniło nową jednostkę chorobową, nazwaną **zespołem zaburzeń po stresie pourazowym (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder)**, zaś w 1994 r. przedstawiono kryteria diagnostyczne, tj. przyczyny i objawy. Do tych ostatnich należą między innymi bezsenność, uczucie ciągłego zagrożenia, brak poczucia własnej wartości i trudności adaptacyjne. Choroba została uwzględniona w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – w punkcie F 43, pod nazwą „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne”.

O stopniu wpływu stresu wojennego na rozwój wspomnianej choroby u kombatantów, a także obowiązku niesienia im pomocy świadczą może powołanie w 1989 r. przez rząd Stanów Zjednoczonych, z inicjatywy Ministerstwa ds. Kombatantów (Department of Veterans), Narodowego Ośrodka ds. PTSD (National Center for PTSD). Rok później, w Australii, z inicjatywy Ministerstwa ds. Kombatantów współpracującego z Uniwersytetem w Melbourne, powołano Narodowy Ośrodek ds. PTSD, przemianowany następnie na Australijski Ośrodek ds. Pourazowego Zdrowia Psychicznego.

Problem stresu pourazowego, wywołanego przeżyciami wojennymi, staje się w świecie przedmiotem coraz to większego zainteresowania.

W ostatnich latach z inicjatywy Światowej Federacji Kombatantów odbyło się kilka międzynarodowych konferencji, poświęconych temu schorzeniu.

Między innymi w dniach 26-30 kwietnia 1998 r. przy poparciu Europejskiego Towarzystwa Studiów nad Stresem Urazowym (ESTSS) została zorganizowana w Dubrowniku w Chorwacji I Międzynarodowa Konferencja (przedstawiciele nauki, lekarzy, służb państwowo-administracyjnych i kombatantów) o Psychospołecznych Skutkach Wojny. Ogółem w konferencji wzięło udział 350 uczestników z 39 krajów, z pięciu kontynentów. Polskę reprezentowali przedstawiciele Związku Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych oraz Światowego Związku Żołnierzy Armii Krajowej.

Głównymi celami Konferencji były:

- szerokie międzynarodowe zrozumienie psychospołecznych problemów dotyczących kombatantów i ofiar wojny,
- przegląd obecnej wiedzy i jej rozwoju na temat zespołu zaburzeń po stresie pourazowym (PTSD) oraz innych psychospołecznych następstw wojny,
- stymulowanie rozwoju opieki socjalnej i zdrowotnej, prawodawstwa i programów rehabilitacyjnych opartych na pracach badawczych,
- określenie roli organizacji kombatantkich i ofiar wojny w relacjach pomiędzy byłymi stronami konfliktu.

Wielodyscyplinarna orientacja uczestników i geograficzna rozpiętość grupy roboczej umożliwiła wymianę poglądów pomiędzy pracownikami nauki, lekarzami szpitalnymi, ludźmi podejmującymi decyzje administracyjne i kombatantami. Stąd Konferencja miała unikalny i innowacyjny charakter.

Na posiedzeniach plenarnych i sympozjach poświęconych m.in.:

- dzieciom jako ofiarom wojny,
- urazom kobiet w czasie wojny,
- długotrwałej reakcji na stres wojenny u kombatantów,
- ponownemu przystosowaniu się kombatantów do życia cywilnego,
- rozwiązaniom rekompensującym niezdolność do pracy wywołane wojną,
- nowemu typowi kombatanta, czyli żołnierzowi uczestniczącemu w misjach pokojowych ONZ – reprezentanci z takich krajów jak: Anglia, Belgia, Bośnia i Hercegowina, Chorwacja, Finlandia, Francja, Holandia, Niemcy, Norwegia, Polska, Słowenia, Szwecja,

Australia, Izrael, Japonia, Kanada, Liban, Republika Południowej Afryki i Stany Zjednoczone Ameryki zaprezentowali 77 referatów.

Przedstawiciel Polski (prof. Michał Chilczuk) w referacie poświęconym kombatantom misji pokojowych ONZ w referacie pt. *Polish UN Peace-Keeping Operations Veterans* (polscy kombatanci misji pokojowych ONZ) przedstawił m.in. wyniki badań, przeprowadzonych przez Wydział Psychologii UW pod kierunkiem prof. M. Lis-Turlejskiej, nad stresem u polskich żołnierzy, biorących udział w siłach pokojowych ONZ w b. Jugosławii. W symposium tym występowali ze swymi referatami również przedstawiciele Belgii, Finlandii, Niemiec, Norwegii i Szwecji. Warto odnotować niektóre końcowe wnioski zapisane przez ŚFK – dotychczas w Polsce nie publikowane:

1. Istnieje wspólna podstawa zespołu zaburzeń po stresie pourazowym (PTSD) u kombatantów i ofiar wszystkich konfliktów zbrojnych i sytuacji pochodnych, bez względu na ich rodzaj i lokalizację. Pomimo istniejącej wiedzy wielu cierpiących na PTSD nadal nie korzysta z możliwości leczenia opartego na tej wiedzy lub nie stwarza warunków finansowego odszkodowania, do którego kombatanci powinni mieć prawo.
2. Wykazano, że istnieją również inne urazy, szczególnie widoczne w sferze psychospołecznej, które mogą różnić się odnośnie do rodzaju konfliktu, społeczno-politycznej struktury kraju i stosunku poszczególnych społeczeństw do kombatantów i ofiar wojny po ich powrocie do domu. Konsekwencje te wymagają dalszych badań i leczenia.
3. Uczestnicy Konferencji ze zdwojoną uwagą potraktowali urazy poniesione przez kobiety podczas konfliktów zbrojnych lub sytuacji pochodnych, w szczególności konsekwencje gwałtów i problem odpowiedzialności za nie. Odnotowano, że należy zdecydowanie wzmocnić starania, aby prace badawcze w tym zakresie prowadzić dalej.
4. Na Konferencji omówiono problemy dzieci i młodzieży, które były świadkami lub ofiarami zbrodni podczas konfliktów zbrojnych. Uczestnicy wyrazili pogląd, że specjalną uwagę należy poświęcić młodzieży z punktu widzenia nie tylko leczenia skutków doznanych urazów, ale również ustrzec społeczność dorosłą przed objawami frustracji dorastającego pokolenia.
5. Rozważono także szczególną sytuację tych osób, które brały udział w misjach pokojowych ONZ

6. Doceniono wysiłki Międzynarodowego Trybunału w Hadze i Aruszy w wymierzaniu sprawiedliwości za ludobójstwo, co łączyło konsekwencje syndromu PTSD oraz skonstatowano destrukcyjny wpływ bezkarności zbrodniarzy na poszkodowanych.

7. Wysoko oceniono działalność kombatantów i ofiar wojny, zwłaszcza wewnątrz ŚFK, zmierzającą do opanowania antagonizmów pomiędzy byłymi wrogami, a także związaną z konsekwencjami psychospołecznymi wojny oraz wysiłkami podejmowanymi na rzecz pokoju.

8. Przedstawione na konferencji materiały i dyskusja prowadzą do następujących ogólnych wniosków:

- psychospołeczne konsekwencje wojny wymagają badań i leczenia, co jest ważne nie tylko dla ofiar, lecz również dla przyszłości poszczególnych społeczności,
- takie badania wymagają współpracy specjalistów reprezentujących wiele dyscyplin wiedzy,
- celem określenia koniecznych uzupełnień dla zorganizowania II Międzynarodowej Konferencji na ten sam temat przy ŚFK powinna być powołana Rada Doradcza.

O wadze, jaką przywiązuje Światowa Federacja Kombatantów do stresu wywołanego wojną, świadczyć może również fakt włączenia go do programu jubileuszowego 23 Kongresu Federacji, który odbył się w grudniu 2000 r. z okazji pięćdziesięciolecia powołania do życia tej organizacji. Referat nt. Zrujnowane losy – przekreślone szanse: psychologiczne i społeczne konsekwencje wojen przedstawił znany francuski badacz tego problemu, profesor Uniwersytetu im. Kartezjusza w Paryżu i Naczelny Lekarz Psychiatrii Wojskowej, Louis Crocq.

W Polsce stresem wywołanym skutkami drugiej wojny światowej zainteresowano się dopiero po ponad 15 latach od jej zakończenia. Placówką, która podjęła się tego zadania, była Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Krakowie, która w latach 1959-1961 przeprowadziła badania na byłych więźniach obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. Główny wysiłek poświęcono tzw. „syndromowi obozów koncentracyjnych”. Znaczące miejsce w tych pracach poświęcono dzieciom. Wyniki badań zostały opublikowane przede wszystkim w „Przeglądzie Lekarskim” przez takich autorów jak: C. Kempisty, S. Kłodziński, W. Półtawska, czy A. Szymusik. Od 1994 r. przy Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego działa również ambulatorium dla ofiar okresu stalinowskiego.

W ostatnich latach powstało wiele prac poświęconych stresowi w ogóle, a zwłaszcza teoretycznym i metodologicznym badaniom nad nim. Prace te zawierają porady praktyczne, co robić w sytuacjach stresowych. Niestety, stresowi wojennemu, zwłaszcza u żyjącego jeszcze pokolenia, pamiętającego drugą wojnę światową (czy u żołnierzy misji pokojowych ONZ), nadal poświęca się niewiele uwagi.

Niestety, najbardziej poszkodowani są uczestnicy drugiej wojny światowej. Cierpią na wspomniane zaburzenia i mają obecnie trudności w udowodnieniu, że ich inwalidztwo ma związek z wojną, a zwłaszcza z pobytem w obozie, gułagu, zesłaniu czy więzieniu z tego tytułu należałoby im przyznać status inwalidy wojennego i płynące stąd finansowe zadośćuczynienie, jak to jest w wielu krajach świata.

Na szczególną uwagę zasługuje więc działalność na tym polu Eulalii Rudak, więzionej jako dwunastoletnie dziecko w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau, obecnie prezesa Fundacji Moje Wojenne Dzieciństwo, która, po otrzymaniu materiałów z I Międzynarodowej Konferencji o Psychospołecznych Skutkach Wojny zorganizowanej przez Światową Federację Kombatantów w Dubrowniku w 1998 r., rozpoczęła szerzenie wiedzy o stresie wywołanym skutkami wojny. Z inicjatywy Eulalii Rudak Zarząd Dzielnicy Śródmieście Związku Kombatantów Rzeczypospolitej Polskiej i Byłych Więźniów Politycznych, kierowany przez prezesa Franciszka Skrzypka, prowadzi program łagodzenia skutków długotrwałego stresu wojennego, pogłębionego odejściem z czynnego życia, a także starością. Program jest częściowo finansowany przez Wydziały Socjalny i Zdrowia oraz Kultury i Sportu Urzędu Dzielnicy Warszawa-Śródmieście. Odbywają się liczne spotkania kombatantów z różnego rodzaju specjalistami świata lekarskiego i naukowego na temat stresu, jego skutków oraz sposobów walki z nim

Swą działalnością poszerzania wiedzy o stresie wojennym Eulalia Rudak pragnęłaby objąć cały ruch kombatancki w Polsce. Służy temu między innymi niniejsza publikacja. Zawiera ona 11 pozycji omawiających różne zagadnienia związane ze stresem wojennym. Są tu zarówno materiały zaczerpnięte z odbytych międzynarodowych konferencji organizowanych przez Światową Federację Kombatantów i publikowanych za jej zgodą (np. „Dzieci jako ofiary wojny” z konferencji w Dubrowniku czy referat prof. Crocqa wygłoszony na 23 Kongresie ŚFK w Paryżu), jak i materiały autorów polskich, psychia-

trów i psychologów z Centrum Zdrowia Psychicznego w Warszawie, omawiające przyczyny powstawania stresu oraz sposoby radzenia sobie z nim. Inne prace zawierają relacje z własnych przeżyć, refleksje powojenne dotyczące dzieci i młodzieży. I chociaż nie są to materiały bazujące na wynikach badań o skutkach stresu wojennego jakiejś konkretnej polskiej placówki naukowo-badawczej, to w większości swą wiarygodnością pamiętnikarską wzbogacają naszą wiedzę o tej chorobie i jej skutkach. Dlatego publikacja ta jest bardzo cenna i potrzebna.

Należy oczekiwać, że, dzięki staraniom i wytrwałości Eulalii Rudak polskie placówki naukowo-badawcze docenią wagę poruszanego problemu, gdyż świadków wydarzeń, o których mowa jest w niniejszej pracy, jest już coraz to mniej.



EPIDEMIA STRESU

Dariusz Wasilewski

Doktor nauk medycznych. Psychiatra

Halina Golecz

IDAŃ CIENIE

Głos:

Ciężkim krokiem poranionych nóg odmierzają czas

Przez deszcz i przez mgłę,

Idą, idą – przez wichry i mróz, przez żar i słońca blask.

Przez noce i dni...

Idą cienie

Wiatr szarpie bez litości

Odzienie

Zwisłe z wychudłych kości.

Idą, idą cienie.

Opadły im puste ręce,

Jak brzemię.

Krzyk je gna: weiter!... Prędeży!

Idą cienie.

Powłóczą ciężko nogami.

Czy niosą jakie spojrzenie

Pod powiekami?

Zajrzycie pod powieki

Czerwone

W żółtych maskach twarzy

Myślicie: to kaleki

– z dusz okradzione?

Już mi w oczach żarzy...

Idą cienie ... Ludzkie cienie

Postulują suną piątkami –

...Aż nagle błysk spod powiek

To człowiek!

(Ravensbruck 1943 r.)

Na świecie panuje epidemia stresu. Nowoczesne społeczeństwa narzucają życiu gorączkowe tempo. Mamy coraz więcej spraw na głowie, wykonujemy frustrującą pracę lub w ogóle jej nie mamy i nie możemy zdobyć; żyjemy w ciasnych mieszkaniach, zatłoczonych miastach, mamy zbyt mało czasu dla siebie, rodziny i na przyjemności. Ogólna sytuacja na świecie również jest niepewna: powszechne są konflikty zbrojne, kataklizmy, kryzysy polityczne. Lista zagrożeń coraz bardziej wydłuża się, a każde z nich powoduje narastanie stresu, który staje się nieuniknioną częścią życia. Zaczyna się w łonie matki a kończy u schyłku życia. Jest obecny wszędzie: w szkole, w domu, w wojsku, w więzieniu, w urzędzie skarbowym. W obecnych czasach niewątpliwie stał się powszechniejszy. Współczesny człowiek jest stale narażony na utratę zdrowia, życia, własnego bezpieczeństwa. Straty spowodowane wypadkami, wojnami, niezdolnością do pracy są poważne. Koszty leczenia ofiar stresu nieustannie rosną. Problem traumy dotyczy zarówno jednostek, jak i całych społeczeństw.

Bodźcem, który wywołuje w człowieku uraz psychiczny, może być właściwie wszystko. Od bardzo dramatycznych wydarzeń, takich jak kataklizm, wojna, akt terroru, pożar, powódź, wypadek, śmierć bliskiej osoby, rozwód, utrata pracy, majątku, aż po czynniki środowiskowe – zła organizacja w szkole i w pracy, brud, hałas, korek uliczny, kłótnia w piaskownicy czy też brak pietruszki na straganie. Nawet rzeczy pozytywne, jak awans lub wygrana na loterii, mogą być przyczyną stresu, ponieważ wymagają poważnych zmian w naszym trybie życia. Zmiana może ubarwić nasze życie, ale gdy zmian jest za dużo lub są zbyt intensywne, a nasze mechanizmy radzenia sobie z nimi szwankują – dojść może do zrujnowania zdrowia.

Każdy człowiek reaguje na stres na poziomach fizycznym i psychicznym. Na ten pierwszy składa się reakcja fizjologiczna organizmu. Jest ona automatyczna i nie mamy nad nią kontroli. Podlega oddziaływaniu układu nerwowego, który reguluje czynności narządów wewnętrznych organizmu: oddychanie staje się szybsze i głębsze, rozszerzają się oskrzela, wzrasta tempo pracy serca, naczynia krwionośne zwężają się, rośnie ciśnienie krwi, rozszerzają się źrenice, szpik kostny produkuje więcej białych ciałek do zwalczania możliwej infekcji, wątroba uwalnia glukozę, żeby organizm miał do dyspozycji więcej energii; wydziela się adrenalina oraz inne hormony. Jednocześnie wstrzymane są funkcje organizmu nie związane z przygotowaniem do krytycznej sytuacji, jak np. trawienie. Jeden z wielkich badaczy stresu – Walter Cannon już w latach dwudziestych naszego stulecia nazwał opisane reakcje zespołem „walcz bądź uciekaj”, gdyż przygotowują organizm do walki lub ucieczki w bezpieczne miejsce.

Z kolei nasze reakcje psychiczne są wyuczone, zależą od sposobu spostrzegania i interpretowania świata, a także naszych zdolności obronnych. Widać je w naszym zachowaniu, stanie emocjonalnym oraz funkcjach intelektualnych. Zaczynamy objadać się słodyczami, pić alkohol, palić więcej papierosów, jesteśmy agresywni. Czasem jedynie kiwamy się, bębniemy palcami lub obgryzamy paznokcie. Silny stres może spowodować reakcję całkowitego znieruchomienia, tzw. osłupienia. Reakcje emocjonalne obejmują napięcie, niepokój, lęk, bezsenność, wahania nastroju. Trauma może spowodować zmniejszenie sprawności intelektualnej, wpływać ujemnie na pamięć. Wysoki poziom stresu wpływa ujemnie na rozwój intelektualny dzieci.

Wytrzymałość na stres zależy od wielu czynników, m.in. od typu bodźca, jego siły, czasu trwania oraz częstości z jaką się pojawia; a także od nas: tego, jakie mu nadajemy znaczenie, naszych możliwości fizycznych i psychicznych, umiejętności radzenia sobie, wsparcia otoczenia i osób bliskich, a czasem środków materialnych, na przykład pieniędzy. Są ludzie, którzy doświadczając nawet bardzo stresujących wydarzeń, potrafią przechodzić nad nimi do porządku dziennego, podczas gdy innych wytrącają z równowagi nawet drobne kłopoty. Bardzo ważny jest poziom zmęczenia i ogólny stan zdrowia – gdy się jest w dobrej formie łatwiej sobie poradzić z czynnikiem stresującym niż wtedy, gdy kondycja jest słaba.

Istotna jest także indywidualna ocena stresora – jeśli jesteś przekonany, że nie poradzisz sobie, to prawdopodobnie tak będzie, nawet,

gdy obiektywnie byłbyś w stanie uporać się. Stres, jeżeli działa wystarczająco długo, może doprowadzić do utrwalonych zmian w organizmie człowieka i w sposób istotny obniżyć odporność organizmu. Współczesne badania pokazują, że jest on jednym z głównych czynników, prowadzących do większości groźnych chorób cywilizacyjnych, będących głównymi przyczynami zgonów na świecie, takich jak choroba serca, nadciśnienie, udar mózgu czy nowotwór.

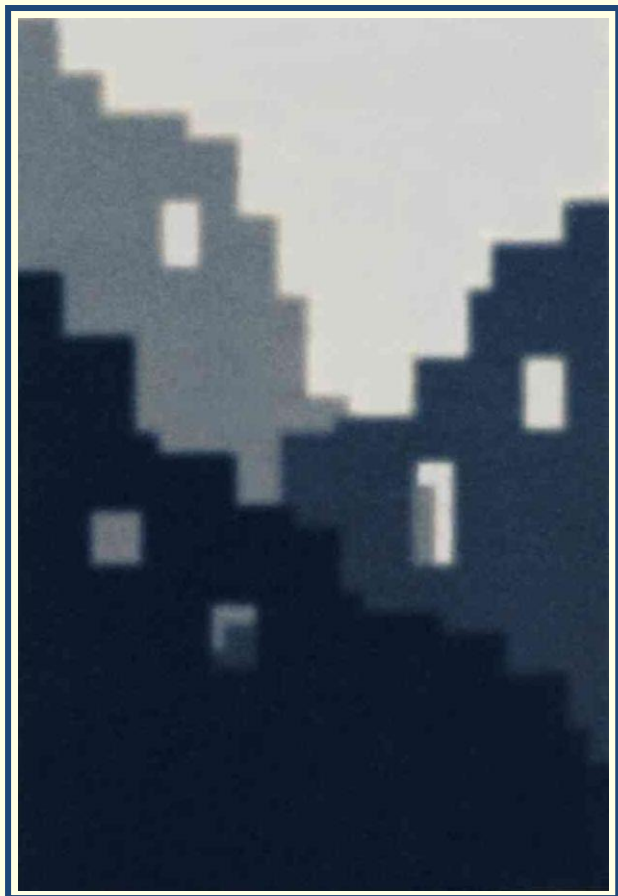
Konsekwencją stresu są także różne zaburzenia psychiczne: zachowanie nieprzystosowawcze, zwiększona drażliwość, zniecierpliwienie, zmniejszona wydajność, nerwice, depresje, alkoholizm i inne uzależnienia, a także patologie społeczne, na przykład przemoc w rodzinie. Jednak, życie bez stresu nie stawiałoby przed nami żadnych wymagań. Brak trudności do pokonania, nowych obszarów do zdobycia oznacza brak bodźca do rozwoju, doskonalenia swojej inteligencji i umiejętności. Człowiek, żeby przetrwać i prawidłowo funkcjonować staje w obliczu różnych wyzwań. Problem polega na tym, że o ile stres jako wyzwanie potrafi człowieka zmobilizować, o tyle stres jako zagrożenie działa destrukcyjnie. O ile hałas czy palenie papierosów zbiorą swoje żniwo w niezbyt sprecyzowanej przyszłości, to wojna bądź akty terroru wyniszczają ludzi zarówno podczas ich działań, jak i wiele lat później. Ludzie, którzy doświadczyli okrucieństwa i grozy wojennej pożogi, a którym udało się przeżyć, nawet po kilkudziesięciu latach mogą ponosić konsekwencje związane z kalectwem ciała lub duszy.

Sama II wojna światowa zabrała z tego świata kilkadziesiąt milionów osób. Pozostali musieli żyć z amputowanymi kończynami bądź innymi uszczerbkami na zdrowiu. Ilu ludzi rozpadło się psychicznie – tego nikt nie jest w stanie policzyć. Cierpienia duszy nie dają się przełożyć na liczby – pokolenia żyjące z urazami psychicznymi, cierpiące na napady rozpacz i paniki, żyjące w ciągłym lęku, nie mogą efektywnie pracować. Ludzi po przejściach wojennych często nic już nie cieszy, a swoją krzywdę przekazują dzieciom. Dzieciom, którym wojna zawsze wyrządza najwięcej szkody. Wojna jest piastunką okrutną. Sprawia, że dorasta się szybciej, bo często trzeba przejmować rolę dorosłych, ale dorosłość bez dzieciństwa nic nie jest warta, a bycie dorosłym nie zawsze oznacza bycie dojrzałym. Życie jest procesem, który ma swój porządek i którego przyspieszyć się nie da. Dzieci przeraża przemoc, wobec której są kompletnie bezradne i przed którą próbują się bronić agresją, spolegliwością, płaczem i nieufnością. Lęk, rozpacz, bezsen-

ność, bóle brzucha, moczenie nocne, zaburzenia mowy czy objawy sierocej choroby – to typowe reakcje na nadmierny stres. Z drugiej strony jednak całkowita ochrona przed stresem oznacza, że dziecko nie będzie miało możliwości nauczenia się radzenia sobie w nowych sytuacjach; konieczna jest swoista równowaga. Wojna taką równowagę zaburza. Proces wychowawczy zostaje zakłócony.

Wojna toczy się codziennie w różnych częściach świata. Ale wojna to też codzienne przeciwności losu, choroby, alkoholizm ojca lub fanatyzm religijny matki. Zwykle z tych potyczek wychodzi się wzbogaconym o nowe doświadczenia, ale często też dotkliwie poranionym. Czy można jakoś pomóc tym, którzy, doświadczając tego terroru, zostali poturbowani? W naszym kraju stresem zajmuje się jedynie wąska grupa specjalistów (psychiatrów i psychologów), zwykle kiedy już pojawiają się poważne zaburzenia psychiczne. Zwołuje się czasem rady kryzysowe, na przykład podczas powodzi. Pomoc taka jest zwykle niewystarczająca. Co zatem robić?

Z metodycznego punktu widzenia najważniejsza jest profilaktyka i leczenie we wczesnej fazie pojawienia się zaburzeń. Warto człowiekowi wpajać od małego, jak można sobie radzić ze stresem, jak dostosowywać swój sposób myślenia zarówno do drobnych, jak i dramatycznych zmian życiowych. Należałoby także stworzyć sieć ośrodków profilaktyki zaburzeń związanych ze stresem, finansować badania tychże zaburzeń, popularyzować temat w mediach. Wprawdzie wojna w naszym kraju skończyła się ponad pół wieku temu, ale wciąż żyją ludzie, którzy odczuwają jej skutki. Gdyby ktoś pomógł im w odpowiednim momencie, mogłoby być inaczej. Każdy stres jest do pokonania.



ZRUJNOWANE LOSY PRZEKRĘŚLONE SZANSE

PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE
KONSEKWENCJE WOJEN

Louis Crocq

Psychiatra wojskowy

Profesor na Uniwersytecie im. Kartezjusza w Paryżu (Francja)



Drang nach osten – drang nach westen (fragment) – 1987
Józef Szajna

Wiek XX – stulecie wojen

Wiek XX miał być wiekiem postępu, szczęścia i pokoju, wzrostu produkcji rolnej, dobrodziejstw elektryczności, rozwoju środków komunikacji i transportu, poprawy higieny i warunków mieszkania, poskromienia chorób epidemicznych, powszechnego dostępu do oświaty publicznej i upowszechniania ideałów pacyfistycznych. Zamiast tego okazał się wiekiem nieustających wojen i nieprzerwanego ciągu zniszczeń, masowych ofiar, okrucieństwa, nędzy i cierpienia.

Rozpoczął się wojną burską w Afryce Południowej (1899-1902), po której nastąpiły: wojna rosyjsko-japońska (1904-1905), włosko-turecka i bałkańska (1911-1912) oraz wojna 1914-1918, która objęła 35 narodów, zyskując nazwę I wojny światowej. W następnej kolejności nadeszły wojny okresu zwanego „międzywojennym” – w Turcji (1919-1922), w górach Rif w Maroku (1920-1926), w Syrii (1930), Chinach (1927-1940), Gran Chaco (między Boliwią a Paragwajem, 1932-1935), Etiopii (1935-1936) i Hiszpanii (1936-1939).

Także i po II wojnie światowej (1939-1945), zakończonej atomową apokalipsą w Hiroszimie i Nagasaki oraz przerażającym odkryciem hitlerowskich obozów zagłady, świat XX wieku nie zaznał wytchnienia pośród ponownie wywołanych walk między nacjonalistami a komunistami w Chinach (1945-1949), pożogi kolonialnych wojen wyzwolńczych – między innymi w Indochinach (1946-1954), Indonezji (1949-1950), Algierii (1954-1962), Angoli (1961-1974) – zaangażowania ONZ w obronę Korei Południowej przed inwazją sił komunistycznych (1950-1953), a następnie wysiłków Stanów Zjednoczonych, na próżno usiłujących uniemożliwić komunistom opanowanie Połud-

niowego Wietnamu, Laosu i Kambodży (1964-1975). Wiek ten był świadkiem regularnie wybuchających konfliktów na Bliskim Wschodzie – między Izraelem a jego arabskimi sąsiadami (1948, 1956, 1973, 1982), między społecznościami wyznaniowymi w Libanie (1975-1991), między Iranem a Irakiem (1982-1989) oraz między Irakiem a spieszącą na pomoc Kuwejtowi koalicją międzynarodową (1991). Widział zmagania wojsk sowieckich z afgańskimi mudżahedinami (1979-1989), następnie z bojownikami czeczeńskimi (1996-2000). W Ameryce Centralnej ciągnęły się rebelie partyzanckie (Kolumbia, Gwatemala, Peru, Salwador), a Argentyna i Anglia starty się w walce o Wyspy Falklandzkie (1982). Świat dawnych kolonii zalała kolejna fala okrutnych wojen, tym razem etnicznych, znaczonych rzeżami wiejskiej ludności i krwawymi zbrodniami nieletnich żołnierzy, przemocą wcielających w życie obłąkańcze sny o potędze w Nigerii (1968-1970), Angoli (1975-1990), Liberii (1980-1996), Mozambiku (1986-1990), Sierra Leone (1990-1998), Ruandzie (1994-1995) i Kongo (1997).

Jak na ironię, w ostatniej dekadzie XX wieku wojna odnawia się w Europie na Bałkanach, gdzie rozpoczęła się 28 lipca 1914 roku wojna światowa. Ziemia ta ponownie zaznała krwawego okrucieństwa, znaczonego czystkami etnicznymi, eksodusem rzesz uchodźców, przemocą, rabunkiem, rzeżami i gwałtami na ludności cywilnej. Broń przeciwko sobie nawzajem podnieśli Serbowie, Chorwaci, Bośniacy, a następnie mieszkańcy Kosowa, zmuszając najpierw ONZ do rozmieszczenia sił pokojowych, a następnie wojska NATO do interwencji.

Jakby tego nie było dość, w ostatnim ćwierćwieczu niemal po całym świecie – łącznie z wszechpotężnymi Stanami Zjednoczonymi – rozlewa się nowa forma wojny, jaką jest terroryzm międzynarodowy. Propagowany jako broń słabych przeciwko silnym i jako sposób nacisku na rządzących, sieje on grozę i żałobę wśród ludności cywilnej, która staje się jego celem.

Zapoznane lub bagatelizowane następstwa psychiczne

Wszystkie te wojny spowodowały śmierć milionów ludzi: 14 milionów zabitych – w tym 6 milionów cywili – w I wojnie światowej; 38 milionów – w tym 17 milionów ludności cywilnej – podczas II wojny, półtora miliona cywili armeńskich zmasakrowanych przez Turków w 1915 roku; siedem milionów Żydów zgładzonych w obozach hitlerowskich w ramach „ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej”

między 1942 a 1945 rokiem; 2 miliony Kambodżan – czyli trzecia część ludności kraju – wymordowanych w latach 1975-1976 przez swych współobywateli pod wodzą marksistowskiego dyktatora Pol Pota, którego dojście do władzy z lekkomyślnym entuzjazmem witała część złaamuconej zachodniej prasy. Oto kolejne przykłady: 80 tysięcy zabitych w bombardowaniu Hamburga 21 sierpnia 1943 roku, 135 tysięcy w Dreźnie 11 lutego 1945 roku, 200 tysięcy w Tokio 9 marca 1945 roku oraz ponad 140 tysięcy ofiar dwóch bomb atomowych zrzuconych na Hiroszimę i Nagasaki 6 i 9 sierpnia 1945 roku¹.

Wojny te pozostawiły po sobie również miliony rannych, inwalidów z amputowanymi nogami lub rękami, pozbawionych wzroku, oszpeconych, zagazowanych w pierwszej wojnie światowej, ofiar min przeciwpiechotnych rozsianych tysiącami po polach bitewnych i siejących zniszczenie wśród ludności cywilnej na długi czas po ustaniu działań wojennych.

Gorsze jednak od samych ran i strat fizycznych są urazy psychiczne i ich następstwa, które na długo naznaczyły ofiary wstrząsów psychicznych powodowanych wojną zarówno pośród walczących, jak i ludności cywilnej. Poza samym wstrząsem emocjonalnym cierpią oni na cały szereg chronicznych następstw psychicznych, które są ciężkie do zniesienia dla samych poszkodowanych i dla otoczenia, utrudniają aktywność zawodową i poważnie redukują szanse rozwoju osobowości i udziału w życiu społecznym.

Stulecie wojen pozostawia więc po sobie skutki rujnujące miliony jednostkowych losów. Niosą one swym ofiarom ciągłe cierpienie, a społeczeństwu koszty związane z ich leczeniem i deficytem produkcji. Początkowo były one znane jedynie wąskim kręgom psychiatrów wojskowych, dziś jednak wreszcie istnienie ich uznaje ogół lekarzy, opinia publiczna, a siłą rzeczy i rządzący, którzy skąpo wydzielają środki na ich likwidację.

Przez długi czas nie dostrzegano i nie doceniano psychicznych następstw wojny. Bezpośrednio po obu wojnach światowych ludność powracała do swych pokojowych zajęć i do odbudowy domów. W atmosferze radości z odzyskanego pokoju każdy starał się zapomnieć o przemocy i nędzy, ignorując psychicznie okaleczone ofiary wojny. Te z kolei, wstydząc się swych niewidzialnych dolegliwości, uważanych za wyraz słabości lub tchórzostwa, nie ośmielały się na nie

¹ Powyższe dane, podane przez autora, należy traktować jako przybliżone. (Przypis red.)

skarżyć w obliczu rzeszy bohaterów, powracających z wojny z okaleczeniami fizycznymi. W przepisach regulujących renty inwalidzkie przyznawane rannym lub chorym weteranom nerwice wojenne pomijano lub piętnowano je jako histerię. Uznano jedynie cierpienia psychiczne więźniów obozów hitlerowskich, nadając im nazwę syndromu deportowanych [27], a następnie syndromu obozów koncentracyjnych – KZ *syndrome* [9].

Wielu weteranów i cywilnych ofiar wojny cierpiało na zaburzenia psychotraumatyczne, które przejawiają się bezsennością, lękami, brakiem sił życiowych. Sami jednak nie chcą zwracać się do psychiatrów. Zgłaszają się więc do swych lekarzy ogólnych, którzy – słabo znając się na psychiatrii, a jeszcze mniej na psychiatrii wojennej – zadowalają się łagodzeniem objawów z pomocą leków nasennych, uspokajających i antydepresyjnych. W diagnozach wykazuje się typowe stany lękowe, depresyjne lub asteniczno-depresyjne i takie rozwiązanie zdaje się wszystkim odpowiadać. Wielu poszkodowanych przez wojny przyzwyczajają się do swych zaburzeń, które po tym, co przeżyli, uważają za normalne.

W ciągu 48 lat praktyki psychiatrii wojskowej (od 1952 do 2000 roku) niejednokrotnie zdarzało mi się badać weteranów I wojny światowej, którzy z własnej inicjatywy nigdy nie zgłosiliby się do lekarza ze swymi zaburzeniami psychotraumatycznymi. Zwykle poddawali się oni hospitalizacji na oddziałach chirurgicznych w związku z leczeniem dawnych ran (zwłaszcza w celu wydobycia odłamków pocisków, które przemieszczały się przez tkankę mięśniową pod skórę). Ludzie ci nocą w swych salach przeżywali we śnie koszmary bitew, krzyczeli i miotali się, niekiedy nawet spadając z łóżek. Dyżurujące nocą pielęgniarki sygnalizowały te wypadki chirurgom, którzy kierowali wówczas chorych do nas na konsultacje. Pacjenci ci zwierali się nam, że koszmarne sny nawiedzają ich niemal każdej nocy, dręczą uporczywe przypomnienia i nawroty obrazów przeżytych walk, napady lęku i depresji. Uważając je jednak za oczywisty koszt swych wojennych przeżyć, nie zwierali się z nich nikomu. Ich żony, odpowiadając na nasze pytania, potwierdzały ich nocne cierpienia i niepokój, dodając: „wie pan, odkąd mąż wrócił z wojny, już nie jest tym samym człowiekiem; stał się smutny, ponury, nerwowy i zamknięty w sobie; zupełnie go nie poznaję”.

Uporczywość nerwic wojennych niepokoiła jedynie psychiatrów wojskowych. Przeprowadzone przez N.Q. Brilla i G.W. Beebe wkrótce po II wojnie światowej (i opublikowane w 1955 r.) badanie dalszych

losów 1475 przypadków nerwic wojennych zgłoszonych do amerykańskich szpitali wojskowych w 1944 r. wykazało, że w pięć lat po hospitalizacji 45% ankietowanych uznano za wolnych od schorzeń, ale zaledwie 10% nie zdradzało żadnych objawów, natomiast 17% potrzebowało pomocy psychiatrycznej.

W kolejnym badaniu, przeprowadzonym w 20 lat po wojnie przez H Archibalda, porównano ze sobą dwie grupy weteranów wojennych: jedną złożoną z osób, które na polu walki wykazywały ostrą reakcję psychiczną (nazwaną *combat fatigue* – zespołem wyczerpania walką, ZWW) oraz drugą – dotyczącą osób, u których takich reakcji nie wykryto. Badanie to wykazało w grupie dawnych pacjentów z ZWW obecność identycznego, uporczywego syndromu (mniej więcej odpowiadającego nerwicy wojennej – obejmującego lęki, roztargnienie, zaburzenia snu, koszmary senne o treści wojennej i różnicowane somatyzacje), ale i w grupie bez ZWW stwierdzono pojedyncze objawy pourazowe, takie jak lęki i koszmary. Autor badania wnioskuje, że stan pacjentów z ZWW należało obserwować dłużej oraz że również w grupie badanych bez rozpoznanego ZWW występowały jednostki, które doznały urazów, lecz ich zaburzenia rozwinęły się z opóźnieniem. Badania, prowadzone wśród dawnych jeńców wojennych, którzy doznali szczególnie niehumanitarnego traktowania – głównie Anglików i Amerykanów w niewoli japońskiej i Alzatzcyków w niewoli sowieckiej – oraz wśród osób deportowanych do obozów, wykazały występowanie uporczywych zaburzeń psychotraumatycznych w 80% przypadków nawet w 40 do 50 lat po uwolnieniu [6, 16, 20]. Szeroko zakrojone badanie (na dziesięciotysięcznej próbie) przeprowadzone przez Bransena w Holandii wśród ludności cywilnej, która ze względu na swój wiek mogła ucieść w czasie wojny i okupacji niemieckiej w latach 1939-1945 (respondenci urodzeni między 1922 a 1929 rokiem), w 39% przypadków wykazało utrzymywanie się objawów urazu psychicznego, przy czym jednak zaledwie co trzeci z respondentów w tej grupie poddał się jakimkolwiek leczeniu.

Wojna wietnamska i rozpoznanie zespołu stresu pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD)

Właściwie dopiero wojna wietnamska uświadomiła opinii publicznej wszechobecność psychicznych następstw wojny. Służba zdrowia armii

amerykańskiej miała nadzieję uniknąć ich, wprowadzając już w sierpniu 1964 r. system przyfrontowej opieki psychiatrycznej. System ten wydawał się sprawdzony – zastosowano go już w wojnie rosyjsko-japońskiej (wprowadził go rosyjski psychiatra Autokratow, mając na względzie trudności transportowe – kolej transsyberyjska nie była bowiem jeszcze ukończona), a następnie pod koniec I wojny światowej (zarówno na froncie angielskim, gdzie powstały tzw. *casualties clearing stations*, czyli punkty rehabilitacji ofiar, jak i na froncie francuskim, gdzie w 1916 r. wprowadzili go Damaye, Roussy i Lhermitte) [7, 22]. Uruchomiono go także podczas II wojny światowej (po instrukcji Bradleya z 26 kwietnia 1943 r., nakazującej tygodniową obserwację i leczenie na miejscu wszystkich pacjentów z urazami psychicznymi, a dopiero potem ewakuację na tyły przypadków opornych), a także podczas wojny koreańskiej (A. Glass).

W 1917 r. psychiatra amerykański T. Salmon sformułował pięć zasad obowiązujących w psychiatrii przyfrontowej [23]:

1. Natychmiastowość (*immediacy*), czyli zasada leczenia możliwie najwcześniej, by nie dać pacjentowi czasu na zgłębianie szkodliwych myśli,
2. Bliskość pola walki (*proximity*), czyli leczenie jak najbliżej linii frontu, aby utrzymać pacjenta w atmosferze pola walki i w przekonaniu o bliskim dołączeniu do jednostki i towarzyszy,
3. Nastawienie na wyleczenie (*expectancy*), czyli przekonanie pacjenta, że jego zaburzenia psychiczne spowodowane są jedynie emocjami, są odwracalne i powinny zniknąć,
4. Prostota terapii (*simplicity*), czyli oparcie psychoterapii na likwidowaniu objawów lęku przed udziałem w walce, bez zagłębiania się w konflikty z okresu dzieciństwa,
5. Centralizacja (*centrality*), czyli jednolita doktryna, inspirująca jednakowym entuzjazmem wszystkich uczestników systemu oraz organizacja w postaci scentralizowanej sieci, ułatwiającej regulację selekcji i leczenia zależnie od skali napływu żołnierzy z urazami psychicznymi.

System opieki psychiatrycznej w Wietnamie rozpoczął się na poziomie batalionu (na którym funkcjonowały zespoły składające się z lekarza, psychologa i pracownika socjalnego), a kończył na szczeblu dywizyjnym MHCS (*Mental Hygiene Consultation Service* – konsultacyjnego oddziału higieny psychicznej), dysponującego psychiatrą i szeregiem pielęgniarzy, psychologów i pracowników socjalnych. Sys-

tem obejmował także szpitale polowe i szpitale pływające ze stacjonarnymi oddziałami psychiatrycznymi, gdzie leczono przypadki odporne, starając się przygotować chorych do powrotu do swych macierzystych jednostek liniowych lub do przeniesienia do jednostek logistycznych.

Według F. Jonesa, który był w Wietnamie psychiatrą dywizyjnym, realne straty psychiatryczne – czyli liczebność chorych, niezdolnych do powrotu do służby – ograniczały się do 9% w fazie narastania amerykańskiej pomocy wojskowej (1964-1967) i 12% w fazie intensywnych walk (1968-1969). W okresie wycofywania wojsk (styczeń 1970-styczeń 1973 r.) stwierdzono paradoksalny wzrost strat do 2%, podczas gdy liczby żołnierzy zgłaszających się na leczenie w tych trzech fazach wynosiły odpowiednio 7,5, 9 i 16 % [15].

Prowizoryczne zredukowanie nerwic wojennych dzięki energicznej polityce przyfrontowej opieki psychiatrycznej nie rozwiązało jednak bynajmniej problemu urazów, co miało później przynieść psychiatrii amerykańskiej gorzkie rozczarowania. Wielu zdemobilizowanych żołnierzy po powrocie do kraju nie potrafiło się uwolnić od dręczących wspomnień, miało kłopoty z ponownym podjęciem poprzedniego zajęcia i z odnalezieniem się w rodzinie. Przede wszystkim czuli się oni krańcowo odmienieni, wyczuci ze swej dawnej osobowości. Niektórzy wynieśli z wojny skłonności do przemocy i postawy antyspołeczne. Uwagę publiczną zwrócił artykuł z rubryki kryminalnej *New York Timesa* z 26 maja 1971 r., donoszący o tragicznym zdarzeniu, w którym dawny bohater z Wietnamu, odznaczony za męstwo wojenne, został zastrzelony przez policję podczas napadu rabunkowego.

Rok później psychiatra i psychoanalityk C. Shatan zaalarmował kręgi specjalistów od zdrowia psychicznego oraz opinię publiczną swym artykułem w *New York Timesie* z 6 maja 1972 r., w którym dowodził istnienia i bardzo liczego występowania przypadków „zespołu powietnamskiego” (*post-Vietnam syndrome*) [24]. Zespół ten ujawniał się po dość długim okresie utajenia (od kilku miesięcy do wielu lat) od chwili powrotu do ojczyzny i przejawiał się odżywaniem wspomnień z przeszłości, koszmarami sennymi, uporczywie powracającymi rozmyślaniami o zabitych towarzyszach broni, mimowolnymi nagłymi ruchami, stanami nieuzasadnionego niepokoju (np. postrzeganiem każdego napotkanego przechodnia jako potencjalnego wroga), agresją, poczuciem przekształcenia w maszynę do nienawidzenia i zabijania, a przede wszystkim wrażeniem utracenia swej dawnej osobo-

wości (przeistoczenie osobowości). Efektem badań przeprowadzonych przez Shatana była propozycja diagnozy zespołu, który w roku 1980 znalazł swe miejsce w nosografii amerykańskiej w systemie DSM (*Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders* – podręcznik diagnostyki i statystyki zaburzeń psychicznych) pod nazwą PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder* – zespół stresu pourazowego).

Obraz kliniczny

System DSM (a wraz z nim i rozpoznanie PTSD), odniósł zdumiewający sukces w światowej psychiatrii, znużonej dwuznacznościami i brakiem wyraźnych rozgraniczeń w tradycyjnych nosografiach. Nie bez znaczenia była tu także światowa hegemonia języka angielskiego. A przecież PTSD powtarza (tylko w innym porządku) objawy nerwicy urazowej Oppenheima (1888), Charcota, Pierre'a Janeta (1889) i Z. Freuda (1893), nerwica wojenna stanowi jedynie jej odmianę etiologiczną. Zresztą w kolejnych wersjach DSM (DSM-III R, 1987 r., i DSM-IV, 1994 r.), ku wielkiej satysfakcji naukowców europejskich, opis PTSD zbliżył się do rozpoznania nerwicy urazowej. Przypomnijmy, że twórcy systemu DSM głosili jego „ateoretyczność” i dlatego właśnie wzbraniali się przed użyciem w swej klasyfikacji terminu „nerwica”, uznając go za naznaczony skojarzeniami freudowskimi [8,11,13,21].

Zaletą DSM jest to, że dostarcza on bardzo precyzyjnych kryteriów, w rozmaitych kombinacjach, pozwalających na stawianie diagnoz (w tym PTSD) aprobowanych przez ogół klinicystów oraz na prowadzenie badań porównawczych. Niedogodnością jest natomiast to, że wielu urazów psychicznych, będących konsekwencjami przeżyć wojennych, niekiedy uciążliwych i utrudniających życie, nie da się podciągnąć pod etykietę PTSD, gdyż nie spełniają one wszystkich wymaganych warunków. W praktyce występuje szeroki wachlarz przypadków – począwszy od poważnych i trwałych, bliskich niekiedy psychozy oraz kompletnych przypadków PTSD czy też nerwicy wojennej, po przypadki o charakterze umiarkowanym i czasowym, klasyfikowane jako „elementy PTSD” lub „niepełne PTSD”.

Tak czy inaczej, wymieńmy te kryteria, a odnajdziemy w nich obraz kliniczny psychicznych cierpień weteranów i cywilnych ofiar wojen.

Kryterium **A** stanowi przeżycie zdarzenia traumatycznego (jako ofiara, świadek, sprawca), któremu towarzyszył strach, poczucie bezrad-

ności lub odrazy. Przyjmuje się, że jedno i to samo wydarzenie dla jednego żołnierza może mieć charakter traumatyczny, a dla drugiego nie lub też, że u tego samego żołnierza może ono jednego dnia spowodować uraz, chociaż poprzedniego dnia nie miałyby takich skutków.

Kryterium **B** obejmuje mimowolne i powtarzające się odradzanie wydarzenia w świadomości w jednej lub kilku z poniższych postaci: halucynacje wzrokowe, słuchowe i węchowe; natrętne przypomnienia; nagłe subiektywne odczucie zbliżania się zdarzenia (w tym napady depersonalizacji, tzw. dysocjacyjne); nagłe niekontrolowane ruchy, tiki nerwowe oraz zachowania, jakby wydarzenie się powtarzało – wielokrotne odgrywanie zdarzenia w zabawie (u dzieci), koszmary senne. Wszystkim tym nawrotom przeszłości towarzyszy poczucie rozpaczy i burza objawów neurowegetatywnych (potliwość, bledość, kołatanie serca, ucisk w piersiach, skurcze jelit).

Kryterium **C** to unikanie bodźców kojarzących się z urazem oraz przytępienie ogólnej reaktywności: usilne unikanie wszystkiego, co przypomina uraz, kojarzących się z nim miejsc i osób, spadek zainteresowania dawnymi sposobami spędzania czasu wolnego i udziałem w istotnych dla pacjenta sferach życia, odczucie braku perspektyw, zawężenie emocjonalne, poczucie wyobcowania wśród ludzi. Dla orzeczenia PTSD niezbędne jest łączne występowanie co najmniej trzech z powyższych podkryteriów.

Kryterium **D** to występowanie co najmniej dwóch objawów zwiększonego pobudzenia i niepokoju: trudności z zaśnięciem i budzenie się w nocy, drażliwość, wzmożona czujność, nadmierne reakcje przestrochu.

Czas występowania objawów B, C i D musi być nie krótszy niż jeden miesiąc (kryterium E). W ostatniej wersji DSM (DSMIV, 1991 r.) słusznie uwzględniono dodatkowe kryterium F, wymagające, by objawy te pociągały za sobą klinicznie istotne dolegliwości lub pogorszenie funkcjonowania społecznego (zawodowego, rodzinnego, towarzyskiego itp.). Zdaniem autora kryterium F ma decydujące znaczenie dla uznania psychicznych następstw wojny za przyczynę złamania szans życiowych pacjentów [8].

Przekreślone szanse życiowe

Nietrudno się domyślić, że przy takich dolegliwościach – nawet jeśli

nie występują one w komplecie – dochodzi do zaburzenia psychiki pacjentów, ograniczenia ich aktywności, pogorszenia ich relacji społecznych, itp.

Nawroty zdarzeń z przeszłości są uciążliwe, gdyż budzą lęk, ich uparczywa powtarzalność w ciągu całego życia staje się obsesją, która burzy równowagę emocjonalną pacjenta. Za każdym razem na chwilę staje on ponownie w obliczu nieuchronnej śmierci lub budzącego grozę wydarzenia; wszystkie te nawroty i koszmary przeżywa niezwykle głęboko – krzyczy przez sen, rzuca się, spada z łóżka. Widziałem weteranów I wojny światowej dręczonych w ten sposób sześćdziesiąt lat po demobilizacji, a także żołnierzy i cywilów z II wojny przeżywających ponownie swe okropne doznania po przeszło pięćdziesięciu latach, szczególnie w czasie uroczystości rocznicowych lądowania alianatów 6 czerwca 1944 r. i zawieszenia broni 8 maja 1945 r. [5]

Unikanie wszystkiego, co przypomina uraz, w połączeniu z wycofaniem z kontaktów i zubożeniem emocjonalnym, odpowiada częściowo temu, co C. Shtatan nazwał u weteranów z Wietnamu „przeistoczeniem osobowości”, a co przed nim (w 1918 r.) E. Simmel określił terminami „pogrzebanie osobowości” (u żołnierzy przysypanych ziemią wskutek wybuchu pocisku lub miny) i „odmiana duszy”, a co ja sam (1969) nazwałem „osobowością traumato-neurotyczną”. Nie jest to typ osobowości określony przez jej konstytucję lub nabyty w trakcie rozwoju emocjonalnego w dzieciństwie (jak to opisano dla innych nerwic – neurastenii, nerwicy lękowej, histerycznej, fobijnej i natręctw), lecz to, czym osobowość staje się w wyniku urazu; osobowość niespokojna, w ciągłym napięciu, trwożliwa, pozbawiona motywacji, rozmachu życiowego i przedsiębiorczości, w równym stopniu niezdolna zrozumieć i pokochać głęboko innych, jak przekonana, że i oni jej nie rozumieją ani nie kochają [10].

W 1945 r. psychoanalityk O. Fenichel zdefiniował zaburzenia osobowości u osób cierpiących na nerwicę urazową jako potrójną blokadę funkcji ego: funkcji przesiewania otoczenia, gdyż pacjent odczuwa każdy bodziec jako zagrożenie; funkcji obecności, gdyż ofiara urazu jest „złamana” i nie ma już ochoty zaznaczać swej obecności w świecie oraz funkcji miłości, gdyż ofierze w kluczowym momencie tak bardzo zabrakło oparcia, że cała jej zdolność do miłości została skierowana na narcystyczne chronienie własnej, zagrożonej jaźni [10]. Do tej ostatniej cechy osobowości trudno się przyznać – pacjenci usil-

nie zapewniają o swej woli kochania bliskich – a jednak wyziera ona z ich zachowań, z ich popędliwości, z napadów złości, ze swego rodzaju „otępienia uczuciowego”, które zaobserwował E. Minkowski u deportowanych do obozów [19], a które ja nazwałem „pustynią afektywną”. Występuje ono u dorosłych, którzy w dzieciństwie przeżyli bombardowania lub grabieże wojenne i sporządzili sobie pancierz chroniący przed uczuciami, a o swoich urazach mówią, jakby dotyczyły kogoś innego.

Zmianę osobowości pod wpływem urazu potwierdzają sami poszkodowani. Niektórzy mówią, że nie poznają sami siebie, że są całkowicie odmienieni, że stali się kimś innym. Przyjęli oni na stałe niepotrzebnie utrwalony tryb postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych, czyniąc z niego nowy sposób postrzegania, myślenia, kochania, kierowania wolą i działania. Mają całkowicie odmieniony stosunek do świata, do innych i do siebie samych. Ich otoczenie, niczym lustro, dostrzega tę zmianę, a niekiedy nawet ją umacnia – początkowo przez nadmiar litości, który uniemożliwia choremu odbudowanie swej niezależności, a następnie przez demonstrowanie znużenia i odrzucenia, które z kolei chory odbiera jako drugi szok czy drugą śmierć i które utwierdzają go w jego gorzkim odosobnieniu.

Wróćmy do wyżej wspomnianych kryteriów, odnoszących się do przeżyć i reagowania na PTSD. Objawy opisane w ramach kryterium D (zwiększone pobudzenie i niepokój) mogą się częściowo wiązać ze zmianami osobowości (nadpobudliwość i trudności z zasypianiem). Jednak dwa z tych objawów – trudności z koncentracją i napady złości – należą do trzeciego aspektu semiologicznego nerwicy urazowej, który określa się mianem objawów nieswoistych (tj. występujących także w innych nerwicach). DSM szereguje je pośród „objawów towarzyszących” [8]. Chodzi mianowicie o:

1. Potrójną astenię (fizyczną, psychiczną i seksualną); trudności z koncentracją są zaledwie drobnym aspektem tego objawu,
2. Ciągły niepokój (chorzy stają się nerwowi, wykazują stany lęku międzynaładowego i miewają napady lęku psychicznego i somatycznego),
3. Psychogenne objawy neurotyczne o charakterze historycznym (kryzysy nerwowe, tiki i dygotanie, objawy konwersji w postaci rzekomej utraty wzroku, słuchu, rzekomej znieczulicy i paraliżu), fobijnym (lęk przed przejściem przez plac, lęk przed nożami) lub obsesyjnym (obronne rytuały sprawdzające),

4. Zaburzenia psychosomatyczne (astma, nadciśnienie, wrzody żołądka, egzema, łuszczyca, łysienie, siwienie, wole, cukrzyca) stanowiące pierwotny sposób przekazywania emocji, których nie można wyrazić mową, gestem ani w drodze wyobrażenia intelektualnego,

5. Zaburzenia zachowania (takie jak: bulimia czy anoreksja, nikotynizm, alkoholizm lub narkomania, fugi, próby samobójcze, zachowania agresywne i przestępcze). Po wojnie wietnamskiej te patologiczne zachowania – między innymi alkoholizm, narkomania i przemoc (syndrom Rambo) – występowały na taką skalę, że niektórzy klinicyści amerykańscy (J. Lipkin i A. Blank), w 1985 r. wyrazili żal, że, objawy towarzyszące nie zostały ujęte w kryteriach PTSD jako symptomy kluczowe (*core symptoms*) [18].

Praktycznym skutkiem tych objawów jest zrujnowane życie jednostek: chorzy tracą motywację do pracy i nadzieję na zrobienie kariery, dlatego DSM uwzględnił wśród pod kryteriów poczucie braku perspektyw. Pacjenci zatruwają życie swym rodzinom lub zazdrośnie strzegą traumatycznej części swego życia, czyniąc z niej przedmiot chorobliwej fascynacji. W towarzystwie są drażliwi i łatwo wpadają w gniew, z jednej strony sami unikają kontaktów towarzyskich, a z drugiej zaczynają ich unikać dawni przyjaciele. Inni muszą się z kolei leczyć w nieskończoność, niekiedy zgłaszając się do szpitali lub do sanatoriów, gdyż pragną tylko uwolnić się od bezsenności, lęków i depresji, a nie umieją stawić czoła najważniejszemu, choć ukrytemu problemowi, jakim jest doznany uraz psychiczny.

Z drugiej strony ci, którym udało się zmierzyć z tym problemem przy wsparciu psychoterapeuty, znającego się na zagadnieniach zaburzeń psychotraumatycznych, potrafili wziąć sprawę w swoje ręce (zamiast biernie czekać aż psychiatra uwolni ich od urazu psychicznego) i nadać sens (który przecież tylko sami mogą odnaleźć) przeżytym doznaniom, których stresujący charakter polegał przecież nie tylko na przełamaniu ich systemu obrony psychicznej, lecz przede wszystkim na naruszeniu ich systemu tworzenia znaczeń.

Wnioski

Przeżycie traumatyczne – nieoczekiwana konfrontacja z rzeczywistością śmierci i nicości – to krótkie spięcie w łonie signifiant, to absurd w czystej postaci. Każdy z nas żyje we własnej rzeczywistości –

jakość złagodzonej, obdarzonej sensem, przekształconej przez fantazje i ukołysanej marzeniami. Tymczasem w momencie zdarzenia traumatycznego stajemy nagle w obliczu śmierci rzeczywistej, a nie tej oswojonej przez nasze wyobrażenia, nasze słowa i nasze intelektualne obrazy trupa i pogrzebu. Stajemy wobec nicości, na zaprzeczaniu której z uporem budowaliśmy afirmację naszego życia, albowiem żyć to nie tylko afirmować swoje życie, ale i negować nicość: jesteśmy nie tylko „czymś”, ale właśnie „czymś, a nie niczym”. Proces terapeutyczny polegać ma na przekształcaniu abreakcji (w postaci przeżywanych nawrotów emocjonalnych), w katharsis, czyli w oświecenie i ukojenie duszy.

Weterani i ofiary wojny, świadomi ostatecznego sensu, którym jest poszanowanie ideałów pacyfistycznych oraz potępienie wojen i przemocy, mogą rozpoczynać życie na nowo, otwierając się na świat i odwracając się od obsesyjnego wspomnienia przeszłych nieszczęść. Niosąc świadectwo woli pojednania, braterstwa i miłości, ci, którzy powracają z tak daleka, mogą dać przykład przywiązania do życia i pokoju.

Piśmiennictwo

1. Archibald H., Studenham C.: Persistent Stress Reaction After Combat. A 20-year follow-up. Arch. Gen. Psychiatry, 1965, 12, p. 475-481.
2. Barrois C.: Les névroses traumatiques. Dunod. Paris 1988.
3. Bramsen L.: The Long Adjustment of World War II Survivors in the Netherlands. Eburon Press, Delft 1995.
4. Brill N.Q. et Beebe G.W.: A Follow-up Study of War Neuroses. VA Medical Monograf, US Government Printing Office, Washington 1956.
5. Crocq L.: Les traumatismes psychiques de guerre. Editions Odile Jacob, Paris 1999.

6. Crocq M.A. Macher P.P., Barros-Beck J. et al.: Posttraumatic Stress Disorders in World War II Prisoners of War Alsace-Lorraine who Survived Captivity in the USSR. [In] Wilson J.P., Raphael B.: International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Plenum Press, New York 1993, p. 253-261.
7. Damaye H.: Foctionnement d'un Centra Psychiatrique d'Arrnee. Progres Medical, 1917,27 (32), p. 362-364.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSMIV. American Psychiatrie Association, Washington 1994.
9. Eitinger L.: Pathology of the Concentration Camp Syndrome. Arch. Gen. Psychiatr., 1961,4 (5), p. 371-379.
10. Fenichel O.: La théorie psychanalviique des nervoses. PUF, Paris 1953,2 vol.
11. Freud S., Breuer J.: Etudes sur l'hystérie, Précédés de "Communication Préliminaire". PUF, Paris 1953, 1 vol.
12. Gabriel R.A.: Il n'y a plus de héros. Albin Michael, Paris 1987.
13. Janet P.: L'automatisme psychologique. Alcan, Paris 1889.
14. Jones F.D.: Experiences of a Division Psychiatrist in Vietnam. Military Medicine, 1967, 12 (132), p. 1003-1008.
15. Jenes F.D., Sparacino L. Wilcox V. et al.: War Psychiatry, Textbook of Military Medicine. Part I. Office of the Surgeon General USA, Washington 1995, 1 vol.
16. Kluznick J.C., Speed N., van Valkenburg G. et al.: Forty Years Follow-up of United States Prisoners of War. Am. Jal. Psychiatry, 1986, 143, p. 1443-1445.
17. Kulka R.A., Schlenger W. Fairbanks R.M.: Trauma and the Vietnam War Generation. Brunner et Mazel, New York 1990, 1 vol.
18. Lipkin O.J., Blank A.S. Scurfield R.M.: Forensic assessment of post-traumatic stress disorders in Vietnam veterans. [In] S. Sonnenberg et al.: The Trauma of War. Am. Psychiatric Press, Washington 1985, p. 439-445.
19. Minkowski E.: L'anesthésie affective. Ann. Med.-Psychol., 1946,1, p. 80-88.
20. Oboler S.: American Prisoners of War. An Overview. [In] Williams T.: Post-Traumatic Stress Dossorders. A Handbook for Clinicians. Disabled American Veterans ed., Cincinati 1987, p. 131-143.
21. Oppenheim H. (1888): Die traumatischen Neurosen. V. Von August Hirschwald ed., Berlin 1892 (2eme édition), 1 vol.
22. Roussy G., Lhermitte J.: Psychonérve de guerre. Masson, Paris 1917, 1 vol.
23. Salmon T.W.: Care and Treatment of Mental Discases and War Neuroses (shell shock) in the British Army. Mental Hygiene, 1917, I, p. 509-547.
24. Shatan C.F.: Post-Vietnam Syndrome. The New York Times, 1972, mai 6.

25. Shatan C.F.: The Grief of Solders. Vietnam Combat Veteran's self-help Movement. Am. Jnl. Orthopsychiat., 1973,43 (4), p. 640-653.
26. Simmel E.: Krieg-Neurosen und Psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargesidellt auf Grund psycho-analytischer. Hypnotischer studien. Otto Nemnich, Munchen-Leipzig 1918, 1 vol.
27. Targowla R.: La pathologie neuro-psychique post-concentrationnaire. Rapport de psychiatrie. Congres International La pathologie des deportés. RMF, Paris 4-5 octobre 1954, p. 177-189

Barbara Przybylska

*były więzień Oświęcimia
Nr 85076. Miała wtedy 13 lat*

*Gdy zasypiam wieczorem boję się spojrzeć w okno
aby nie zobaczyć języków ognia
które nad Auschwitz-Birkenau
z kominów krematoriów w niebo się wzbijają
jakby prosząc o przebaczenie dla tych,
którym szatan rozum odebrał
i tak okrutnie paląc ludzi
Narody wyniszczają.*

*Gdy Dzieci wystraszone, ogolone, gołe
za mamą i domem cichutko płakały
to sztubowa Maria S.
bijąc nas gałęzią umaczaną w kiblu
„ruche” tak głośno krzyczała:
"Wasza droga do domu przez komin
wy będziecie białym dymem
nad Polską latały!!!"*

*Gdy zasypiam wieczorem nawet gdy zamknę oczy –
oglądam języki ognia,
które nad Oświęcimiem w górę się wzbijają:
Ten zaduch palących się ciał i włosów...
To prawie pół wieku minęło –
a życia w spokoju
w zgodzie z samym sobą i światem,
te wspomnienia wcale nam nie ułatwiają.*

*Gdy ze strachem się ocknę
z mego zasypiania
i nieprzytomnym ogarnę pokój mój spojrzeniem
– to, te dziecięce obozowe noce
i koszmar tamtych dni
jest tylko okrutnym wspomnieniem.*

*To koszmar Auschwitz-Birkenau
koszmar który,
przez lata całe – wcale się nie zaciera.
Tylko czym jestem starsza, tym mocniej
tam głęboko gdzieś w środku
tak bardzo mi doskwiera.*

(1995 r.)



**PRZYCZYNY I NASTĘPSTWA
STRESU WOJENNEGO
SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z NIM**

Radosław Tworus
Lekarz psychiatra

Witomiła Wołk Jezierska

COFNAĆ CZAS!

*Nie żyjesz!
to śmierć wykrzyczała mi
Twoje imię
i numer:
dwa tysiące pięćset
sześćdziesiąt cztery!*

*A ja –
i tak
cofam czas jedynym
słowem –*

TATO

*i... przychodzisz
gdy myślę –*

KATYŃ

*miłością chroniony
wbrew katom.*

Termin stres stał się w XX wieku bardzo popularny. Każdego dnia słyszymy go w naszym otoczeniu. Pojęcia używają nasi znajomi, lekarz, który się nami opiekuje, dziennikarz z programu telewizyjnego czy audycji radiowej. Jakże często słyszymy wypowiedzi typu: „pracuję w wielkim stresie”, „pani dolegliwości to skutki stresu”, „jestem taki zestresowany”. Jednak kiedy zastanowimy się nad znaczeniem tego jakże popularnego słowa, pojawi się szereg dodatkowych pytań. Czym tak naprawdę jest stres? Czy stres i nerwica to te same pojęcia? Czy stres to choroba psychiczna? Skąd się bierze stres? Jak odróżnić, czy nasze dolegliwości są związane ze stresem, czy może z innymi problemami? Pytania tego typu można by mnożyć w nieskończoność. Spróbujmy więc usystematyzować wiedzę dotyczącą tego zagadnienia.

Definicje i trochę historii

Pojęcie stresu jest młodym terminem. Powstało ono w drugiej połowie lat trzydziestych XX wieku. W literaturze fachowej z zakresu psychologii i psychiatrii wystąpiło po raz pierwszy w 1945 r. w książce Grinkera i Spiegela pt. *Men Under Stress*. Dotyczy ona reakcji pilotów amerykańskich podczas walk II wojny światowej. Za twórcę koncepcji stresu należy uznać kanadyjskiego endokrynologa i fizjologa Hansa Selyego żyjącego w latach 1907-1982. W roku 1936 stworzył on teorię adaptacji organizmu, czyli walki o utrzymanie stałości środowiska wewnętrznego (homeostazy) w warunkach stresu. W 1945 roku wprowadził pojęcie chorób adaptacyjnych, których podłożem jest

stres. Według jego teorii reakcja stresowa jest formą walki z obciążeniem organizmu i przebiega w trzech fazach. Pierwszą jest faza alarmowa, w której następuje ogólna mobilizacja organizmu, potem następuje faza adaptacji, gdy organizm koncentruje swoją obronę w miejscu uszkodzenia i wytwarza pewną odporność. Gdy jednak przystosowanie nie jest możliwe, następuje faza wyczerpania.

Według polskiego badacza stresu, Janusza Reykowskiego, zachowanie człowieka w warunkach stresu psychologicznego można opisać w trzech fazach. Faza pierwsza – mobilizacji, charakteryzuje się wzrostem intensywności reakcji: ruchy stają się bardziej energiczne i zamaszyste, tempo działań zwiększa się, podwyższa się sprawność procesów intelektualno-poznawczych, szybciej przebiegają procesy myślowe, poprawia się pamięć i wzrasta zdolność dokonywania swobodnych skojarzeń. Wzrasta też oryginalność myślenia i zwiększa się wrażliwość na bodźce otoczenia. Jeśli sytuacja stresu nasila się lub trwa zbyt długo organizm z fazy mobilizacji przechodzi do fazy rozstrojenia. Charakteryzuje się ona dezorganizacją zachowania: mowa staje się szybka i niewyraźna, ruchy są mało precyzyjne, a działania chaotyczne. Znacznie zaburzona zostaje zdolność logicznego myślenia, jeśli nadal znajdujemy się w sytuacji stresu, faza rozstrojenia może przejść w fazę destrukcji. Charakteryzuje się ona zaburzeniem organizacji działań i możliwości ich kontrolowania. Człowiek traci zdolność do poprawnego, realistycznego spostrzegania sytuacji. Zaczyna myśleć chaotycznie albo stereotypowo. Krańcowa forma dezorganizacji działań może przybierać różne formy, jednak zawsze wiąże się z utratą kontroli nad emocjami i zachowaniami. Może przebiegać ona jako postać lękowego zahamowania – np. dobrze przygotowany student nie jest w stanie nic powiedzieć w czasie egzaminu. Znacznie częściej jednak przejawia się niekontrolowanymi zachowaniami. Może to być desperacki bezpośredni atak na źródło stresu. Może to być agresja skierowana na neutralne elementy otoczenia – żywe lub martwe (np. kopnięcie psa, uderzenie dziecka, uderzenie pięścią w stół, rozbicie o podłogę talerza, itp.) albo autoagresja (np. samouszkodzenie lub próba samobójcza).

To, co Reykowski ujął opisowo, zostało przez Yerkesa i Dodsona zapisane w postaci praw psychologicznych. Pierwsze prawo mówi, że: „w miarę wzrostu poziomu aktywacji poprawia się wykonywanie zadań, jednak po przekroczeniu pewnego optimum występuje pogorszenie sprawności operacyjno-wykonawczej”. Według drugiego pra-

wa tych autorów „im zadanie jest trudniejsze, tym mniejszy przyrost aktywacji wystarcza do wywołania dezorganizacji zachowania”.

Inaczej mówiąc, stres to niespecyficzna reakcja fizjologiczna i psychiczna jednostki na wszelkie wymagania środowiska zewnętrznego lub zagrożenie jej integralności. Jej niespecyficzność wynika z tego, że każdy organizm indywidualnie reaguje na bodźce zewnętrzne, czyli stresory. To, co dla jednego organizmu jest czynnikiem wywołującym poczucie zagrożenia, dla drugiego może być bodźcem niezauważalnym. Odpowiedź organizmu na zagrożenie dotyczy sfery emocjonalnej, tj. poczucia lęku, złości, agresji, poprawy lub pogorszenia uwagi itp. oraz objawów fizycznych, takich jak przyspieszenie oddechu i czynności serca, nadmiernego pocenia się itp. To, czy w naszej reakcji przeważa komponent fizyczny czy psychiczny, jest również sprawą indywidualną organizmu.

Bodźcem lub bodźcami wywołującymi stres, czyli stresorem, może być każdy czynnik potencjalnie szkodliwy dla organizmu, czy to fizycznie czy psychicznie wystawiający na próbę jego zdolności adaptacyjne. Najprostsze stresory, to bodźce przeciążające narządy zmysłów człowieka, takie jak: hałas, zanieczyszczenia, brak tlenu, zbyt silne lub zbyt słabe światło, zbyt niska temperatura. Najczęściej stresory dzieli się według kryterium funkcjonalnego, tzn. w zależności od tego, w jaki sposób zakłócają system regulacji psychicznej człowieka. Stresory jako obiektywne elementy sytuacji trudnej najczęściej dzieli się na: braki (deprywacje), przeszkody, sygnały niebezpieczeństwa, bodźce uszkadzające, straty oraz sytuacje konfliktowe. W sytuacjach życiowych stresory oddziałują na organizm człowieka nie pojedynczo, ale w różnych kombinacjach. Szczególnie niebezpieczne dla organizmu są stresory działające długotrwale i stanowiące stały element życia lub pracy.

Kiedy mówimy o stresorach, konieczny wydaje się powrót do niespecyficzności reakcji na stres. Zależy ona od subiektywnej interpretacji stresora. Nasze reakcje psychologiczne i powiązane z nimi reakcje somatyczne w dużym stopniu zależą od naszego doświadczenia i, co za tym idzie, rozumienia oraz interpretacji świata społecznego. Dwoje ludzi może doświadczyć tego samego wydarzenia – jak np. śmierć kogoś bliskiego czy wypadek i wynikające z niego trwałe kalectwo – w sposób całkowicie odmienny.

Wielu badaczy zastanawiało się, co powoduje, że niektóre sytuacje życiowe zagrażają naszemu zdrowiu bardziej niż inne. Amerykański

psychiatra Thomas Holmes i jego współpracownicy wskazują, że stres jest to stopień, w jakim ludzie muszą zmienić i przystosować swoje życie do wydarzenia zewnętrznego – większa zmiana wyzwała silniejszy stres (np. śmierć współmałżonka zaburza prawie każdy obszar życia danej osoby, co prowadzi do powstania potężnego stresu). Definicja Holmesa stosuje się również do szczęśliwych wydarzeń, które zmuszają nas do zmiany codziennego trybu życia. Na przykład zdanie egzaminów wstępnych na wymarzony kierunek studiów jest wydarzeniem szczęśliwym. Może ono być jednak również bardzo stresujące, gdyż pociąga za sobą szereg zmian w życiu. Wiąże się z wyjazdem do innego miasta i separacją od rodziny, koniecznością poznania nowych ludzi, sprośaniem wymaganiom nauczycieli akademickich itp. Holmes skonstruował skalę określającą wielkość stresu mierzonego w jednostkach zmian życiowych (LCU – Life Change Units). Na podstawie badań ustalił, że ryzyko rozwinięcia się poważnej choroby somatycznej występuje u ludzi, którzy w wyniku rozmaitych przeżyć w ciągu dwóch lat uzyskali 300 punktów w skali LCU

Oto przykłady punktacji poszczególnych, badanych przez Holmesa stresów [1]:

- śmierć współmałżonka – 100
- rozwód – 73
- separacja – 65
- kara więzienia – 63
- śmierć bliskiego członka rodziny – 63
- własna choroba lub uszkodzenie ciała – 53
- małżeństwo – 50
- utrata pracy – 47
- pogodzenie się ze współmałżonkiem – 45
- odejście na emeryturę – 45
- choroba w rodzinie – 44
- ciąża – 40
- kłopoty seksualne – 39
- pojawienie się nowego członka rodziny – 39
- reorganizacja zakładu pracy – 39
- zmiana stanu finansowego – 38
- śmierć bliskiego przyjaciela – 37
- zmiana pracy – 36
- konflikty małżeńskie – 35
- kredyt na 10.000 \$ – 31

- odmowa udzielenia kredytu – 30
- zmiana zakresu obowiązków w pracy – 29
- opuszczenie domu przez syna lub córkę – 29
- kłopoty z teściową – 29
- wybitne osiągnięcie osobiste – 28
- rozpoczęcie lub zakończenie pracy przez współmałżonka – 26
- zmiana warunków życia – 25
- zmiana osobistych nawyków – 24
- zatargi z przełożonym – 23
- zmiana godzin lub warunków pracy – 20
- zmiana miejsca zamieszkania – 20
- zmiana szkoły – 20
- zmiana sposobu spędzania wolnego czasu – 19
- zmiana praktyk religijnych – 19
- zmiana w życiu towarzyskim – 18
- zmiana nawyków związanych ze snem – 16
- zmiana liczby rodzinnych spotkań – 15
- zmiana nawyków żywieniowych – 15
- wakacje – 13
- święta – 12
- wykroczenie drogowe – 11

Analizując badania Holmesa, można zarzucić mu, że jest to jedynie pomiar obiektywny, a jak już mówiliśmy, odczucia subiektywne mają większy wpływ na ludzi niż sytuacje obiektywne. Ważne jest by ustalić, jak spostrzegamy i interpretujemy dane zdarzenie. „Niektórzy spostrzegają mandat (wykroczenie drogowe) jako bolesne wydarzenie, podczas gdy inni traktują to jako drobny incydent. Są tacy, którzy określają rozwód jako oswobodzającą ucieczkę od niewłaściwego związku, podczas gdy dla innych jest to niszczące osobiste niepowodzenie” [1]. Richard S. Lazarus w swojej pracy z 1966 r. stwierdził, że jakieś wydarzenie jest tylko wtedy stresujące, gdy sami zinterpretujemy je w ten sposób. Zdarza się to zawsze, gdy czujemy, że nie potrafimy stawić czoła wymaganiom środowiska. Wiemy już, że to subiektywny, a nie obiektywny stres prowadzi do kłopotów z funkcjonowaniem naszego organizmu. Jednak rodzi się pytanie, co sprawia, że jedna osoba radzi sobie z jakimś zdarzeniem, podczas gdy dla innej jest ono stresujące. Zasadniczy wpływ na to, jak radzimy sobie z danym zdarzeniem, mają dwa zjawiska, tj. kontrola spostrzegana i sposób, w jaki wyjaśniamy przyczyny zdarzenia. Kontrola spostrze-

gana dotyczy naszego przekonania, że możemy wywierać wpływ na nasze środowisko w sposób, który decyduje o tym, czy doświadczamy pozytywnych czy negatywnych wyników. Czyli im większy odczuwamy stopień kontroli nad stresującym wydarzeniem, tym skuteczniej bronimy się przed jego wpływem na nasz organizm. Podobnie jest z wyjaśnianiem przyczyn sytuacji, w jakiej się znaleźliśmy. Im bardziej pesymistycznie tłumaczymy zdarzenie, tym bardziej niekorzystnie wpływa ono na nasze funkcjonowanie psychofizyczne.

Badania nad stresem wojennym i jego konsekwencjami

Katedra Psychiatrii Centrum Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, która od 1959 roku prowadzi badania nad stanem zdrowia byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych, w swoim raporcie wydanym dla Zarządu Głównego Związku Sybiraków wyraźnie podkreśla wpływ stresorów wojennych na stan zdrowia: „Wszystkie badania wskazują, iż długotrwałe przebywanie w stanie stresu, w lęku, w fatalnych warunkach higienicznych, często w głodzie i zimnie, poczuciu stałego zagrożenia, wywołuje nieodwracalne zmiany psychiczne i fizyczne. W stanie psychicznym tych osób górują: depresja, przedwczesne starzenie się i stany lękowe. Wiele z tych osób cierpi również na gruźlicę, choroby układu krążenia, choroby przewodu pokarmowego, gościec stawowy, choroby endokryne. Typowe są również zmiany psychoorganiczne wywołane urazami czaszkowo-mózgowymi, zatruciami, chorobami zakaźnymi czy też głodem i zimnem”.

Prowadzone dotychczas badania nad zaburzeniami psychicznymi związanymi z II wojną światową, skupiały się na ofiarach obozów koncentracyjnych. Opiswane w literaturze charakterystyki typowych reakcji ludzi, mających za sobą przeżycia obozowe, obejmują następujące zespoły zaburzeń:

I Zespół astenii poobozowej. Charakteryzuje się on stanami wyczerpania aktywności, okresowymi stanami depresyjnymi, poczuciem niższej wartości, skłonnością do nadmiernej samokrytyki, myślami samobójczymi, częstymi wahaniem nastroju, drażliwością, dysforią, brakiem opanowania, chwiejnością afektywną, osłabieniem życia uczuciowego, niezdolnością do entuzjazmu, unikaniem ludzi, szukaniem samotności. Poza tymi dolegliwościami neuropsychicznymi występują także liczne dolegliwości somatyczne. Obejmują one układ

sercowo-naczyniowy, pokarmowy, hormonalny oraz ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy.

II KZ-syndrom, czyli syndrom obozu koncentracyjnego. Można go traktować jako równoznaczny z pojęciem astenii poobozowej postępującej. E. A. Cohen (psychoterapeuta i były więzień obozu w Oświęcimiu), jako jeden z autorów zajmujących się badaniem KZ-syndromu, zwrócił uwagę na odroczenie (czasem wieloletnie) objawów oraz zjawisko spychania przeżyć obozowych. Sam pisał: „My, byli więźniowie, z reguły nie analizujemy tych urazów, lecz spychamy je. Pozornie zachowujemy się całkiem normalnie, ale w istocie jest to zjawisko góry lodowej; tylko drobna część następstw pobytu w obozie wydobywa się na wierzch. Obecnie jednak starzejemy się i spychanie przeżyć wymaga coraz więcej energii” [2]. W swoich charakterystykach objawów KZ-syndromu Cohen wymienia przedwczesne starzenie się, zaburzenia snu, emocjonalną chwiejność, paniczne reakcje, sny o kacie i więzieniu, natrętne myśli o zagazowaniu całej rodziny [2].

III Syndrom ocalałego, opisany przez Williama Niederlanda, charakteryzuje się chronicznym stanem napięcia, podwyższoną czujnością, drażliwością, depresją i lękiem w połączeniu z zaburzeniami snu, snami o treści lękowej i koszmarami sennymi. Efekty przeżyć obozowych według tego autora można opisać jako:

1. Poczucie winy ocalałego – często nieświadome, jako siła patogenna zdolna do produkowania depresji lub lęku i wynikających z tego różnych zespołów klinicznych
2. Chroniczny lęk – związany z zakłóceniem różnicowania teraźniejszości i przeszłości, opartym na niemożliwej do zniesienia naturze przeszłości. Kiedykolwiek były więzień doznaje lęku z dowolnego powodu, powracają przesycone lekiem sny o tematyce obozowej wraz z utrzymywaniem się stanów napięcia i nasilonej reakcji przestachu.
3. Zmiany fizjologiczne uwidaczniające się w stanach chronicznego napięcia i różnych typach dystonii wegetatywnej.
4. Zakłócenia funkcji intelektualnych pod postacią różnych zaburzeń pamięci.

Spojrzenie na stres i jego objawy z perspektywy współczesnej psychiatrii

W roku 1980 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wyróżniło nową jednostkę chorobową nazwaną zespołem stresu pourazowego (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder). Według aktualnie obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, wprowadzonej przez to towarzystwo w 1994 roku, kryteria diagnostyczne PTSD przedstawiają się następująco [4]:

- Przyczyny:
 - ekspozycja na doświadczenia zagrożenia życia, ciężkiego uszkodzenia ciała, poważnego zagrożenia bezpieczeństwa własnego lub innych,
 - intensywny subiektywny dystres (silny strach, poczucie przerażenia lub bezradności) podczas tej ekspozycji .
- Objawy:
 - ponowne odtwarzanie traumy (ponowne przeżywanie przeżytych sytuacji),
 - powracające uporczywe wspomnienia lub powtarzające się zabawy (dzieci),
 - powracające sny na temat zdarzenia,
 - nagłe działanie lub czucie się tak, jak gdyby traumatyczne zdarzenie nastąpiło ponownie,
 - intensywny dystres podczas ponownego kontaktu ze zdarzeniem przypominającym traumę,
 - fizjologiczna reaktywność podczas ponownej ekspozycji na sygnały symbolizujące lub przypominające zdarzenie,
 - uporczywe unikanie lub zmniejszenie ogólnej reaktywności,
 - usiłowanie unikania myśli lub uczuć skojarzonych z traumą,
 - usiłowanie unikania aktywności,
 - psychogenna amnezja,
 - zmniejszone zainteresowanie ważnymi czynnościami,
 - uczucie obojętności lub chłodu,
 - poczucie braku perspektywy,
 - utrzymujące się objawy zwiększonego pobudzenia,
 - trudności z zasypianiem lub snem,
 - drażliwość lub wybuchy gniewu,
 - trudności w koncentrowaniu się,
 - nadmierna czujność,
 - nasilony przestach.

O PTSD można mówić, gdy objawy utrzymują się przynajmniej przez miesiąc i występuje wyraźny związek czasowy między wystąpieniem

objawów a przeżytym urazem psychicznym bądź fizycznym. Wyróżnia się kilka postaci PTSD:

1. ostrą – gdy objawy trwają krócej niż 3 miesiące,
2. przewlekłą – gdy objawy utrzymują się przez wiele lat,
3. odroczoną – gdy objawy pojawiają się przynajmniej w sześć miesięcy po urazie [4].

Obok PTSD, jako związane ze stresem traumatycznym, traktuje się także zaburzenia depresyjne i dystymiczne, zaburzenia lękowe, zachowania impulsywne, uzależnienia, zaburzenia somatyzacyjne. W tym miejscu konieczne jest wyjaśnienie, że dystymią określamy stany przewlekłego obniżenia nastroju, nie osiągające dużego nasilenia i trwające ponad dwa lata. Ponadto w dystymii stwierdzamy trwałą niezdolność do przeżywania uczuć szczęścia i radości, stałe poczucie znużenia i bezpodstawnego zmęczenia oraz pogorszenie sprawności fizycznej i psychicznej. Zaburzenie somatyzacyjne to takie choroby, w których powstawaniu i przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne, a głównie stres. Do typowych chorób psychosomatycznych zalicza się chorobę wrzodową, zespół jelita nadwrażliwego, chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, migrenowe bóle głowy, łuszczycę, trądzik różowaty, łysienie plackowate i wiele innych.

W Polsce i pozostałych krajach Europy obowiązują kryteria Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja 10. W dziale tej klasyfikacji, dotyczącym zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, stres jest umieszczony w grupie „zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną”.

Wojna i stres

Okrucieństwa wojny musiały pozostawić jakiś ślad u każdej osoby żyjącej w tamtym okresie. Niezależnie od płci, wieku, pochodzenia społecznego itp., każdy człowiek żyjący w czasie wojny przeżywał różne stany emocjonalne związane z zagrożeniem życia. W świetle teorii stresu bezpodstawnym jest licytowanie się, kto bardziej cierpiał w okresie wojny. Jak mówi teoria Lazarusa stres jest subiektywnym odczuciem i siła jego przeżywania zależy od indywidualnej oceny bodźca. Tym bodźcem była wojna. To ona powodowała, że najbardziej podstawowe wartości, jak życie i bezpieczeństwo, były zagrożone. To okoliczności wojny i okupacji stawiały przed ludźmi nowe niezwykle

wysokie wymagania, którym nie można było podołać, opierając się na dotychczasowych doświadczeniach życiowych. Takim wydarzeniem była zarówno izolacja w obozie koncentracyjnym, udział w akcjach podziemnej organizacji zbrojnej, jak i emigracja do kraju nie objętego wojną. Z całą pewnością izolacja w obozie koncentracyjnym, gdzie człowiek był zupełnie zniewolony, zależny od esesmana i praktycznie nie mógł o sobie decydować, była czynnikiem bardziej urazowym niż czynna walka z okupantem. Posiadanie broni w rękę stwarzało pozorną możliwość decydowania o własnym losie, jednak każda z tych sytuacji wiązała się z możliwością utraty życia. Wydarzenia okresu wojny, takie jak łapanka, bombardowanie, pacyfikacja itp. pojawiały się bez ostrzeżenia i były zupełnie nieprzewidywalne. To zaskoczenie powodowało całkowitą dezorganizację ludzkich działań i nasilało uczucie lęku przed śmiercią. Mówiąc o wojnie jako czynniku stresogennym, konieczne należy uwzględnić chroniczność jego oddziaływania na organizm ludzki. Na przykład wybuch II wojny światowej był tylko pierwszym epizodem urazowym. Jednak po zakończeniu kampanii wrześniowej rozpoczął się wieloletni okres okupacji. Obejmował on wszystkich ludzi na ogromnym obszarze świata. Hasło „wojna” kryje pod sobą sekwencję, ciąg wydarzeń stresowych, z których jedno pociąga za sobą następne. Każde z tych wydarzeń pozostawiło po sobie potężny ślad, który jest reaktywowany, ilekroć pojawi się bodziec, który może być skojarzony z trudnym wydarzeniem. Takim bodźcem może być wszystko: sny, wspomnienia, odwiedziny w miejscach związanych z przeżyciami wojennymi.

Wojna i dzieci

Każde dziecko rodzi się w jakiejś rodzinie. Wspomnienia po zmarłych członkach wielopokoleniowej rodziny są utrwalane w tradycji rodzinnej i sposobach jej zachowania przekazywanych z pokolenia na pokolenie. W zależności od momentu życiowego rodzina zmienia się i dostosowuje swoje formy funkcjonowania oraz wewnętrzne relacje między członkami do nowych wymagań.

Wojna i jej okrucieństwa spowodowały, że porządek narodzin i życia rodzinnego został całkowicie zniszczony. Dzieci nie zawsze mogły cieszyć się widokiem swoich rodziców. Nie było wiadomo gdzie są bliscy, czy żyją, a jeśli zmarli, to gdzie są ich groby. Rodzina i jej członkowie nie mogli wypełniać swoich podstawowych funkcji. Wszystkie zacho-

wania były w okresie wojny nastawione na jeden cel – przeżyć.

Należy stwierdzić, że wojna właśnie dzieciom wyrządziła największą krzywdę. Dorośli przeżywali różne stany emocjonalne związane z aktualną sytuacją, jaka ich otaczała. Wiedzieli, że huk wystrzałów zwiastuje niebezpieczeństwo śmierci. Widok żołnierza niemieckiego, esesmana, tajniaka też kojarzył się z jednym – niebezpieczeństwem utraty życia. Uczucie głodu, tak powszechne w czasie okupacji, dorośli potrafili sobie wytłumaczyć. Dziecko nie rozumiało nic lub prawie nic z tego, co działo się w otaczającej je rzeczywistości. Nie wiedziało, dlaczego trzeba uciekać, dlaczego nie może dostać jeść kiedy jest głodne, dlaczego ma unikać uśmiechniętego pana w mundurze z ptaszkiem lub czaszką na czapce.

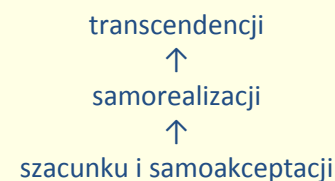
Niektórzy uważają, że sytuacja wojny i okupacji powodowała, że dzieci szybciej dorastały i bardzo wczesnie wchodziły w role dorosłych. Jednak w przyrodzie nic nie może dziać się szybciej, niż przewidziała to natura. Wprawdzie współczesna nauka, w tym i medycyna, potrafi zmienić wiele rzeczy w życiu człowieka, jednak nie potrafi wpłynąć na wszystko. Cięża musi trwać około 9 miesięcy i zarówno przyspieszenie terminu porodu, jak i jego opóźnienie odbija się niekorzystnie na rozwoju dziecka. Dziecko powinno po narodzeniu się przebywać pod opieką kochających rodziców, bo to zapewnia mu prawidłowy rozwój. Dzieci odizolowane od rodziny, przebywające w domach dziecka, często cierpią na tzw. chorobę sierocą.

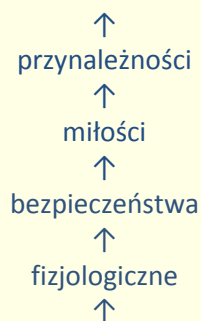
Do szkoły podstawowej dziecko idzie w wieku 7 lat, maturę zdaje gdy ma 18 lat, rodzinę powinno założyć, gdy osiągnie tzw. wiek dojrzałości społecznej i emocjonalnej – w Polsce 18 lat dla kobiety i 21 lat dla mężczyzny. Ktoś może powiedzieć, że są dzieci, które wcześniej rozpoczynają naukę, szybciej zostają rodzicami itp. Jednak nie pozostaje to bez wpływu na ich dalsze życie. Media prawie codziennie donoszą o małych geniuszach nauki, których tak naprawdę rodzice dla własnej sławy i pieniędzy posłali wcześniej do szkoły i stymulowali do nauki. Rodzice ci nie zauważali, że odebrali własnemu dziecku czas bez trosk sielanki, która wpływa na kształtowanie w umyśle dziecka o wiele ważniejszych prawd niż wzory matematyczno-fizyczne. Uczuć: miłości, przyjaźni, radości, szczęścia nie można nauczyć się nawet z najmądrzejszych książek. To właśnie dzieciństwo, przebiegające w atmosferze zgodnej i kochającej się rodziny może te uczucia wykształcić.

Podobnie wygląda sytuacja z rodzicami młodocianymi. Fizjologicznie zdolności rozrodcze człowiek osiąga już w wieku 12 lat. Jednak fizyczne zdolności prokreacyjne to nie wszystko. Niezmiernie ważna jest dojrzałość emocjonalna. Młodzi, niedojrzali rodzice, którzy mają jeszcze nieukształtowaną strukturę osobowości, nie będą w stanie prawidłowo wychowywać swoich dzieci. Sytuacja młodocianego rodzica jest podobna do sytuacji ucznia piątej klasy szkoły podstawowej, który zostaje nauczycielem pierwszoklasistów. Z całą pewnością ma on już jakieś podstawy wiedzy, ale nie jest jeszcze dostatecznie przygotowany do bycia nauczycielem. Wchodzenie w role życiowe i zawodowe jest ściśle uzależnione od wieku i przyspieszenie tego procesu lub jego opóźnienie może niekorzystnie odbijać się na dalszym życiu. Szczególnie ważne w rozwoju dziecka są procesy psychologiczne kształtujące jego osobowość.

Każdy człowiek ma pewien zasób utrwalonych postaw lub sposobów postępowania, dzięki którym potrafi utrzymywać równowagę pomiędzy wewnętrznymi popędami a otaczającą go rzeczywistością. Tym zasobem swoistych dyspozycji jest osobowość – zespół cech określających zachowanie, myśli i emocje jednostki. Są to cechy silnie wpojone, które wyznaczają styl życia człowieka. Cechy osobowości powstają w czasie procesu rozwojowego poddanego wpływom kulturowym, społecznym oraz zwyczajom wychowawczym w rodzinie. W przebiegu rozwoju osobowości bardzo ważne są również czynniki temperamentalne, uwarunkowane genetycznie. Pewne cechy genetyczne zwiększają możliwość ujawnienia się zindywidualizowanych sposobów zachowania. Wszyscy dobrze znają popularne przysłowia: „czego Jaś się nie nauczy, tego Jan nie będzie umiał” i „niedaleko pada jabłko od jabłoni”. Treści w nich zawarte to nic innego jak hasła psychologów humanistycznych, którzy mówią, że przyszłość człowieka tkwi w teraźniejszości.

Według psychologa Abrahama H. Maslowa każdy człowiek rodzi się z określonymi potrzebami, które tworzą hierarchię ważności. Wyróżnił on następujące główne klasy potrzeb:





Gdy człowiek zaspokoi potrzeby niższego rzędu, zaczyna dążyć do zaspokojenia kolejnych, znajdujących się na wyższych poziomach. Potrzeby z niższych poziomów dominują tak długo, dopóki nie zostaną całkowicie zaspokojone.

Kiedy spojrzymy na przedstawioną przez Masłowa hierarchię potrzeb, rodzą się w nas wątpliwości dotyczące zaspokajania potrzeb dzieci, których narodziny i dzieciństwo przypadają na okres wojny i okupacji. Nie można mówić o prawidłowym rozwoju człowieka, któremu wojna uniemożliwiała zaspokajanie podstawowych potrzeb fizjologicznych, tj. głodu i pragnienia. Warto jednocześnie zwrócić uwagę, że gdy wojna się skończyła, „dzieci wojny” nie były już dziećmi, jeśli brać pod uwagę ich wiek kalendarzowy oraz rozwój fizyczny. Jednak – od strony psychicznej – były one emocjonalnymi kalekami. Ich rozwój psychiczny, ich proces zaspokajania potrzeb zaczynał się od zera. Pojawia się jednak pytanie, czy można te deficyty nadrobić, a jeżeli tak to w jakim stopniu?

Według Erika H. Eriksona, psychologa należącego do nurtu neopsychoanalizy, „wszystko co się rozwija ma podłoże i z tego podłoża wyłaniają się poszczególne części, przy czym każda część ma swój czas szczególnej dominacji, dopóki nie wyłonią się wszystkie części, tworząc funkcjonalną całość”. Erikson na podstawie swych klinicznych obserwacji nad dziećmi, dorastającą młodzieżą, studentami wyższych uczelni oraz osobami starszymi stwierdził, że stadia życia człowieka ukształtowane są przez wpływy społeczne. Zidentyfikował on osiem stadiów rozwoju psychospołecznego, określających cykl ludzkiego życia od niemowlęctwa do starości. Warto zwrócić uwagę, że pierwsze cztery stadia występują w niemowlęctwie i dzieciństwie, a piąte w okresie dojrzewania. Na wiek dojrzały i starość (zdecydowanie najdłuższy okres życia człowieka) przypadają tylko trzy stadia. W każdym stadium najważniejsze znaczenie ma pewien konflikt. Konflikt ten

musi być rozwiązany w takim stopniu, aby dana jednostka mogła skutecznie uporać się z konfliktami następującymi w późniejszych okresach życia.

Stadia rozwojowe według Eriksona:

I Zaufanie – nieufność – faza ta przypada na pierwszy rok życia człowieka. Jest ona ściśle zależna od opieki, jaką otrzymuje niemowlę od swojego otoczenia. W tym okresie ma ono uczyć się ufności wobec otoczenia, spostrzegania świata jako uporządkowanego i przewidywalnego. Jeśli otoczenie nie stwarza odpowiednich warunków dla prawidłowego rozwoju, to dziecko uczy się być podejrzliwym, lęklwym i nieufnym wobec chaosu i nieprzewidywalności otoczenia.

II Autonomia czy zwątpienie – faza ta przypada na drugi i trzeci rok życia człowieka. Jest ona ściśle uzależniona od rozwoju zdolności umysłowych i ruchowych dziecka oraz od tego, czy dziecko ma stwarzane okazje do swobodnego wykorzystywania tych umiejętności w badaniu otaczającego je świata. Prawidłowy przebieg tej fazy powoduje wykształcenie u dziecka poczucia samodzielności, zdolności do kontrolowania otoczenia i rozumienia sytuacji w nim zachodzących. Jednak nadmierny krytycyzm wobec dziecka oraz ograniczanie swobody jego zachowań w kontaktach z otoczeniem sprawia, że staje się ono nieśmiałe i wątpi we własne możliwości.

III Inicjatywa a poczucie winy – faza ta przypada na czwarty i piąty rok życia. Jest ona ściśle związana ze sposobem reagowania rodziców na spontanicznie ujawnianą przez dziecko aktywność intelektualną i ruchową. Oceny otoczenia, dotyczące tych zachowań decydują o tym, czy dziecko będzie samodzielne i przedsiębiorcze. Dezaprobaty i karcenie dziecka za takie zachowania spowoduje, że będzie ono pełne poczucia winy i przekonane, że jest niepożądaną istotą w świecie ludzi dorosłych.

IV Pracowitość czy poczucie niższości – faza ta odpowiada okresowi od szóstego do jedenastego roku życia. W tej fazie rozwoju dziecko pragnie zrozumieć, jak działają wszelkie urządzenia i jak działa jego własny organizm. Poprzez odkrywanie prawidłowości otaczającego świata oraz ich porządkowanie kształtuje u siebie pracowitość i pilność. Negowanie wysiłków i działań dziecka jako niemądrych, szkodliwych lub złośliwych powoduje kształtowanie u niego uczucia niższości.

V Tożsamość czy przemieszczenie ról – okres od dwunastego do osiemnastego roku życia. Jest to jeden z ważniejszych okresów roz-

wojowych. W tym czasie człowiek zaczyna rozwijać umiejętność spostrzegania świata w różnoraki sposób. Potrafi on patrzeć na różne zjawiska i sytuacje, oceniać je oraz zachowywać się różnie w zależności od sytuacji i jej oceny. Jednostka zaczyna odgrywać różne role społeczne, kształtuje postawy, które odróżniają ją od otoczenia, jednocześnie integrując się z nim. Ma poczucie własnej samodzielności i odrębności, ale jednocześnie żyje tak, aby być akceptowaną przez otoczenie. Nieprawidłowy przebieg tej fazy powoduje, że jednostka ma trudności z identyfikacją w społeczeństwie albo przybiera tzw. negatywną tożsamość, czyli rolę społecznie nieakceptowaną, tzn. funkcjonuje jako dziwak, narkoman, alkoholik itp.

VI Intymność czy izolacja – faza przypadająca na okres dojrzałej młodości. Po osiągnięciu pełnej dojrzałości psychicznej i fizycznej jednostka podejmuje działania mające na celu nawiązanie trwałych związków – o charakterze seksualnym (małżeństwo), emocjonalnym (przyjaźnie), moralnym (grupy zainteresowań) – z innymi ludźmi. Przeciwnością tego stanu jest izolacja społeczna, czyli brak bliskich stosunków z innymi ludźmi.

VII Wielkoduszność czy zaabsorbowanie sobą – faza przypadająca na wiek średni. Okres ten charakteryzuje się znacznym rozszerzeniem zainteresowań jednostki: przestaje ona być skoncentrowana na sobie i swoich relacjach z otoczeniem, jej zainteresowania wybiegają w przyszłość, a uwaga skupia się wokół rodziny i społeczeństwa. Odmienny rozwój tej fazy charakteryzuje się silną koncentracją jednostki na sprawach własnych, szczególnie na dobrach materialnych.

VIII Poczucie spełnienia czy rozpacz – faza przypadająca na wiek starczy. Charakteryzuje się analizą wydarzeń minionych oraz patrzeniem w przyszłość ku nieuchronnej i niewiadomej śmierci. W zależności od przebiegu poprzednich faz życia człowiek może się cieszyć spełnieniem życia i mieć poczucie zadowolenia z siebie lub poczucie rozpaczliwej związanej ze zmarnowanym życiem. Jest jednak zbyt późno, by patrzeć z gniewem w przeszłość lub z nadzieją w przyszłość.

Na podstawie teorii Eriksona widać również, że okres wojny jest czynnikiem, który zakłóca prawidłowy rozwój osób, których narodziny, dzieciństwo oraz okres dojrzewania przypadły na ten trudny czas. Szczególny wpływ wojna wywiera na cztery pierwsze fazy rozwoju. Realia wojny nie mogą zagwarantować uporządkowanego i przewidywalnego spostrzegania otoczenia. Nie pozwalają również na swobod-

ny rozwój zdolności ruchowych i umysłowych, nie stwarzają warunków do samodzielności oraz nie pozwalają na porządkowanie otaczającego świata według jakichś reguł i prawidłowości. Wojna sprawia, że wiele osób swój życiowy bilans ocenia negatywnie.

Reasumując, można stwierdzić, że okres wojny jest szczególnie traumatyzujący dla dzieci. Osoba dorosła, chociaż częściowo rozumiała wydarzenia zachodzące wokół niej – budziły one w niej lęk oraz poczucie zagrożenia życia – może kierować swoim postępowaniem na tyle, na ile pozwalała sytuacja. Dziecko zawsze było bezradne i zależne. Wojna kształtowała w nim stały, wysoki poziom lęku. Uniemożliwiała prawidłowy rozwój emocjonalny. Jednym słowem: kształtowała nieprawidłowo jedną z najważniejszych części ludzkiej psychiki – osobowość.

Terapia osób z zespołem stresu pourazowego

Mamy tu do czynienia ze stosunkowo nową dziedziną wiedzy. Wynika to z dwóch powodów: po pierwsze, zaburzenia związane ze stresem pourazowym są w kręgu badań dopiero od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku, po drugie, większość osób, która przeżyła trudne wydarzenia, nie chce szukać pomocy. Unikanie wspomnień, poczucie wstydu, niechęć do okazywania słabości to jedne z głównych przyczyn, dla których poszkodowani nie eksponują swoich problemów.

Leczenie zespołu stresu pourazowego polega na omawianiu z chorym tematu wydarzenia traumatyzującego, co ma na celu osiągnięcie przez niego właściwego dystansu do wydarzenia. Czasami pomocne są konfrontacje z udziałem innych osób, uczestniczących w tym wydarzeniu, lub krótkoterminowa terapia grupowa.

W przypadkach, gdy występują znacznie nasilone zaburzenia depresyjne lub lękowe, konieczne jest leczenie farmakologiczne. Współczesne leki przeciwdepresyjne i przeciwłękowe są całkowicie bezpieczne. Nie powodują uzależnienia, mają niewielką liczbę działań niepożądanych, można je stosować razem z innymi lekami, przyjmowanymi z powodu innych schorzeń. Lekarz psychiatra może po badaniu dobrać lek indywidualnie dla danego pacjenta, uwzględniając jego dolegliwości, inne schorzenia, wiek itp.

Na skorzystanie z pomocy psychologa lub lekarza psychiatry nigdy nie jest zbyt późno, niezależnie od czasu, jaki upłynął od trudnego wydarzenia w naszym życiu, od tego ile mamy lat, jak długo mamy dole-

gliwości, które przeszkadzają nam w funkcjonowaniu. Aktualnie w naszym kraju korzystanie z fachowej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej jest bezpłatne i nie wymaga skierowania od lekarza rodzinnego

12. Sheridan C.L., Radmacher S.A.: Psychologia zdrowia – wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1998.
13. Zimbardo P.G., Ruch F.L.: Psychologia i życie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.

Piśmiennictwo

1. Aronson E., Wilson T.O., Akert R.M.: Psychologia społeczna. Wydawnictwo Zys i S-ka, Poznań 1997.
2. Cohen E.A.: Uwagi o tzw. KZ-syndromie. Przegląd Lekarski, 1972,1,21-23.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III. American Psychiatric Association, Washington 1980.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III-R. American Psychiatric Association, Washington 1987.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. American Psychiatric Association, Washington 1994.
6. ICD – 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków-Warszawa 1998.
7. Kaplan H.J., Sadock B.J. (red.): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore 1995.
8. Kaplan H.J. (red.): Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1995.
9. Lis-Turlejska M.: Traumatyczny stres – koncepcje i badania. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
10. Strelau J. (red.): Psychologia – podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
11. Pużyński S. (red.): Leksykon psychiatrii. PZWL, Warszawa 1993.



O PSYCHOSPOŁECZNYCH SKUTKACH WOJNY

MATERIAŁY Z I MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI DUBROWNIK 1998

*Symposium
Dzieci jako ofiary wojny
Przewodniczący R. Pynoos (USA), W Yule (Wielka Brytania)*

Alina Nowak

ORATORIUM OŚWIĘCIMSKIE

POŁOŻNA:

*W ciągu dwóch lat pracy na sztabie położniczej
odebrałam ponad trzy tysiące porodów.
Wszystkie dzieci urodziły się żywe.
Ich celem było żyć.
Obóz przeżyło – trzydzieści.*

CHÓR:

*Cieniom zdmuchniętym
jak płomień na wietrze
pieśń prostą śpiewa
ptak...
Ponad ich śladem
chylą się drzewa
wiatr małym cieniem
kotysankę gra...
Śpijcie spokojnie
śpijcie cienie małe
nikt nie zakłóci waszego snu
W nas przetrwa pamięć
tego co się stało
daremnym nie będzie
małych cieni ból!
Śpijcie spokojnie
śpijcie cienie małe
kojącym cichym
śpijcie snem
Śpijcie spokojnie...
śpijcie spokojnie...*

G. Kuterovac Jagodić, V. Vizek-Vidović, L. Arambašić
Zakład Psychologii Wydziału Filozofii
Uniwersytet w Zagrzebiu (Chorwacja)

POURAZOWE I WSPÓŁISTNIEJĄCE REAKCJE STRESOWE U DZIECI Z RÓŻNYM STOPNIEM URAZU DOZANEGO W CZASIE WOJNY

Studium przedstawia analizę symptomatologii afektywnej i behawioralnej u dwóch grup dzieci, które wielokrotnie doznały urazów o różnym stopniu ciężkości podczas działań wojennych prowadzonych przeciwko Chorwacji. Grupa z poważniejszymi urazami obejmowała 387 dzieci, które doświadczyły podczas wojny dziewięciu i więcej traumatycznych zdarzeń. Grupa dzieci z mniejszymi urazami składała się z osób, które przeżyły osiem i mniej takich zdarzeń (N=647). Cała próba liczyła 573 dziewczynki i 497 chłopców z klas od drugiej do ósmej szkoły podstawowej (8-16 lat). Dzieci z klas od drugiej do piątej tworzyły grupę dzieci młodszych (N=567). Do oszacowania liczby i typu przeżytych doświadczeń wojennych, symptomów pourazowego zaburzenia stresowego, lęków, depresji, objawów psychosomatycznych oraz przystosowania psychospołecznego zastosowano sześć rodzajów kwestionariuszy. Po przeprowadzeniu kanonicznej analizy dyskryminacyjnej uzyskano istotną funkcję rozróżniającą, wskazującą na istnienie umiarkowanych różnic pomiędzy obiema grupami dzieci, zależnie od badanych objawów. Wyniki analizy wariancji 2x2x2 (płeć x wiek x intensywność przeżycia traumatycznego) wskazują, że reakcje dzieci na ciężkie przeżycia wojenne różnicują się zależnie od tych wszystkich czynników oraz ich interakcji. Rezultaty świadczą również

o tym, że różnice uwarunkowane płcią są wyraźniejsze u dzieci starszych. Starsze dziewczęta wykazują więcej pourazowych reakcji stresowych, lęków i depresji, ale jednocześnie wydaje się, że mają one lepsze zdolności przystosowawcze niż chłopcy. U młodszych dzieci, zwłaszcza tych, które doświadczyły większej liczby wydarzeń wojennych, stwierdzono więcej objawów pourazowego zaburzenia stresowego niż u dzieci starszych.

S. Perrin
Instytut Psychiatrii, Londyn (Wielka Brytania)
D. Husremović
UNICEF, Sarajewo (Bośnia i Hercegowina)

OPRACOWANIE PROGRAMU SZKOLEŃ DLA NAUCZYCIELI ORAZ LEKARZY-SPECJALISTÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO PRACUJĄCYCH Z DZIEĆMI DOŚWIADCZONYMI PRZEZ WOJNĘ

Przedmiot referatu stanowiło powstanie podręcznika przeznaczonego dla powszechnego szkolenia nauczycieli szkół podstawowych oraz lekarzy-specjalistów zdrowia psychicznego w Bośni i Hercegowinie. W pracach nad nim praktyczne metody opracowane przez miejscowych terapeutów i nauczycieli pracujących z dziećmi doświadczonymi przez wojnę połączono z najnowszymi informacjami zawartymi w literaturze z dziedziny psychologii, tworząc z tego materiału spójny podręcznik do stosowania w kilkudniowych seminariach. Poświęcono w nim uwagę różnorodnym zagadnieniom, w tym: roli, jaką powinni odgrywać nauczyciele i lekarze pomagający dzieciom; rozpoznaniu i leczeniu pourazowych reakcji stresowych; technikom pracy w klasie; sposobom radzenia sobie z trudnym zachowaniem, a także wypaleniu zawodowemu nauczycieli. W oparciu o podręcznik zorganizowano seminaria dla ponad 2 tysięcy nauczycieli i lekarzy ze środkowej Bośni. Okazał się on użytecznym narzędziem dla poprawy zrozumienia potrzeb dzieci doświadczonych przez wojnę oraz dla rozwoju umiejętności pomagania im. Referat omawia także możliwość zastosowania tego podejścia do innych sytuacji wojennych, a także ko-

nieczność stałego monitorowania skuteczności seminariów szkoleniowych.

P.A. Smith

Instytut Psychiatrii, Londyn (Wielka Brytania)

BADANIE POTRZEB DZIECI Z MOSTARU DOŚWIADCZONYCH PRZEZ WOJNĘ

Referat przedstawia wyniki badań epidemiologicznych, przeprowadzonych na szeroką skalę wśród dzieci ze szkół podstawowych w Mostarze. W badaniach skoncentrowano się na działaniu stresorów, jakim były poddane dzieci podczas wojny, a także na ich konsekwencjach. Niemal trzy tysiące dzieci wypełniło ankiety mierzące i określające stopień przeżytego stresu traumatycznego, poziom pourazowego zaburzenia stresowego, lęku, depresji i uczucia rozpacz. Wyniki wskazują na wysokie natężenie zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich doświadczeń związanych z walkami, ostrzałem oraz śmiercią lub obrażeniami. Pourazowe reakcje stresowe i symptomy internalizacji miały charakter powszechny, uporczywy i skorelowany ze stopniem narażenia na urazy psychiczne. Bardzo niewiele dzieci zostało poddanych jakiegokolwiek terapii psychospołecznej, która oddziaływałaby na objawy, a większość z nich, w czasie gdy prowadzone były badania, nadal mieszkała w okolicach wywołujących częste reminiscencje zdarzeń traumatycznych. Przebadano również matki mniejszej grupy dzieci z próby pod kątem reakcji na uraz. Dane pochodzące z tego badania wskazują na istnienie znacznej kowariancji między poziomem przeżyć traumatycznych matki i dziecka a następującego w efekcie urazu psychicznego. W omawianiu wyników nacisk położono na konieczność wdrożenia długofalowych programów terapii psychospołecznej, których celem byłoby udzielanie pomocy potrzebującym dzieciom doświadczonym przez wojnę

W Yule

Instytut Psychiatrii, Londyn (Wielka Brytania)

ROZWÓJ OPIEKI PSYCHOSPÓŁECZNEJ W RAMACH PROGRAMU URUCHOMIONEGO PRZEZ UNICEF

Uważa się dziś, że przyczyną pourazowego zaburzenia stresowego u dzieci i młodzieży może być zarówno przeżycie pojedynczego, intensywnego zdarzenia traumatycznego, jak i działanie długotrwałych i wielokrotnych stresorów, jakie występują podczas wojen. U dzieci wciągniętych w wir działań wojennych mogą rozwinąć się także inne problemy natury psychologicznej. Referat przedstawia zarys bieżących problemów w tej dziedzinie.

W 1993 roku autor referatu został poproszony o przyjęcie roli konsultanta UNICEF-u w byłej Jugosławii. W toku spotkań wstępnych, których celem było określenie strategii, okazało się, że udzielenie pomocy możliwie największej liczbie dzieci z urazami spowodowanymi wojną będzie wymagało prowadzenia terapii w ramach systemu szkolnictwa. Referat opisuje sposób, w jaki urzeczywistniano tę strategię w Mostarze, począwszy od 1994 roku. Kieruje również uwagę na niektóre kwestie i problemy, jakie pojawiły się podczas partnerskiej współpracy pomiędzy resortami rządowymi, agendami ONZ i organizacjami pozarządowymi.

H. Berman

Wydział Nauk Medycznych
Uniwersytetu Zachodniego Ontario (Kanada)

DZIECI WOJNY W RELACJACH I LICZBACH

W ciągu ostatnich dziesięciu lat przemoc głęboko zakorzeniła się w naszym społeczeństwie. W związku z tym coraz większa liczba dzieci na całym świecie dorasta w środowiskach, w których konflikt i agresja są na porządku dziennym. Choć dzieci nie zawsze muszą być aktywnie zaangażowane w działania wojenne, nie ulega wątpliwości, że życie w takich warunkach jest szkodliwe dla ich zdrowia i ogólnej pomyślności. Nadrzędnym celem studium było zbadanie, jaki sens na-

dają swym przeżyciom dzieci, które dorastały podczas wojny. W badaniu wykorzystano zarówno dane jakościowe, jak i ilościowe – czyli relacje i liczby. Ramy teoretyczne i metodologiczne wyznacza synteza idei zaczerpniętych z teorii krytycznej, teorii feminizmu oraz technik analizy relacji. Przeprowadzono pogłębione wywiady z zamieszkałymi w Kanadzie 16 młodymi uchodźcami (w wieku od 10 do 17 lat), którzy przyjechali z czterech krajów – Bośni, Burundi, Somalii i Liberii. Wywiady przybrały formę dialogu i umożliwiły dzieciom krytyczną refleksję nad ich doświadczeniami z okresu przed i po migracji. Ponadto zebrano dane liczbowe dotyczące pourazowego zaburzenia stresowego (wskaźnik pourazowych reakcji stresowych u dzieci). Analiza danych ilościowych i jakościowych wskazuje, że żadne z tych źródeł danych nie tworzy pełnego obrazu adaptacji u dzieci oraz że, posługując się standardowymi instrumentami, niewiele można dowiedzieć się o znaczeniach, jakie dzieci przypisują swoim doświadczeniom i o kontekście, w którym owe doświadczenia miały miejsce. Referat stawia tezę, że łączne badanie osobistych relacji i danych liczbowych pozwala lepiej zrozumieć dzieci, które dorastają w środowiskach pełnych przemocy.

V. Danes

Oddział Psychiatrii Dziecięcej
Kliniki Uniwersyteckiej w Sarajewie (Bośnia i Hercegowina)

WOJNA W SARAJEWIE A ZDROWIE PSYCHICZNE DZIECI I MŁODZIEŻY

Autorka opowiada o doświadczeniach, jakie wyniosła z praktyki klinicznej, prowadzonej podczas wojny w Bośni i Hercegowinie w latach 1992-1995. Opisuje warunki życiowe, w jakich przyszło rozwijać się dzieciom i młodzieży w Sarajewie, które wówczas było miastem oblężonym i odciętym od świata zewnętrznego zarówno pod względem fizycznym, jak i informacyjnym. Autorka poddaje szczegółowej analizie wyniki badań dotyczących psychospołecznych aspektów wojny i odnosi je do zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Sarajewie.

W referacie przedstawiony jest także opis symptomów urazu psychicznego spowodowanego wojną u pojedynczych pacjentów.

Podsumowując, autorka przewiduje potencjalny wpływ stresu wywołanego wojną na pokolenie dzieci, które dorastały i rozwijały się w warunkach wojennych.

E.A. Delale

Towarzystwo Pomocy Psychologicznej, Zagrzeb (Chorwacja)

PRACA Z DZIEĆMI-OFIARAMI WIELOKROTNYCH URAZÓW

Procesowi ponownego osiedlania się chorwackich uchodźców towarzyszy radykalna zmiana sytuacji życiowej oraz cierpienie. Odbudowa społeczna wspólnot ludzkich w okresie powojennym polega między innymi na organizacji współżycia między ludźmi, którzy pierwotnie nie mieszkali w danym miejscu, a także z przybyszami oraz rodzinami wysiedlonymi z innych części Chorwacji lub Bośni. Jednostki i rodziny tworzące taką społeczność znajdują się w ciężkiej sytuacji socjalnej. Społeczna marginalizacja, traumatyczne doświadczenia, bezrobocie, różnice kulturowe i nieuregulowany status prawny przybyszów – to czynniki, których działanie kumuluje się w okresie powojennej adaptacji. Aby jak najszybciej przywrócić poziom funkcjonowania z okresu przed kryzysem, konieczne jest zapewnienie opieki psychospołecznej tym, którzy z trudem radzą sobie w sytuacji, w jakiej się znaleźli, i których zdrowie psychiczne jest mocno zagrożone.

Dzieci stanowią grupę wysokiego ryzyka zarówno w okresie wojennych migracji ludności, jak i po ich zakończeniu. Oczekuje się od nich stawiania czoła zadaniom rozwojowym, niesionym przez proces dojrzewania oraz przystosowania się do nowego otoczenia w procesie ponownego osiedlania się, a także do doznanych w przeszłości urazów i strat.

W ramach projektu „Pomoc psychologiczna dla dzieci w procesie ponownego osiedlania”, uruchomionego przez Towarzystwo Pomocy Psychologicznej, w miejscowości Hrvatska Kostajnica zidentyfikowano pewną liczbę dzieci potrzebujących intensywnej pomocy. Programem leczenia pourazowego objęto wskazaną przez nauczycieli szkolnych

i terapeutów z Towarzystwa grupę 22 dzieci, które doznały głębokiego urazu. Program został zrealizowany na obozie letnim, który zorganizowano z dala od ich obecnego środowiska społecznego. Wiedząc o wszelkich niedomogach i trudnościach związanych z pourazowym leczeniem dzieci w nadmorskim otoczeniu, zaplanowano dwutygodniowy program z dwoma głównymi zadaniami:

1. ocena potrzeb i określenie rozmiarów urazów oraz opracowanie długofalowego planu leczenia dzieci dopasowanego do ich potrzeb,
2. podjęcie pracy nad przeżyciami traumatycznymi, normalizacja doświadczeń, a także podejmowanie innych działań interwencyjnych wobec indywidualnych problemów u dzieci. W toku realizacji programu okazało się, że szczególną uwagę należy poświęcić następującym zagadnieniom:
 - potrzeba odpowiedniego wycucia u terapeuty wobec bólu związanego z procesem otwierania zablźnionych ran,
 - ocena zasadności pracy grupowej na początku terapii pourazowej,
 - ułatwianie pacjentom zwierzenia się ze swych przeżyć poprzez zapewnienie wsparcia i budowę zaufania wewnątrz grupy oraz w stosunkach pomiędzy dzieckiem a terapeutą,
 - świadomość zróżnicowania potrzeb u dzieci w różnych grupach wiekowych,
 - szczególne wymogi dotyczące pracy z młodzieżą,
 - odpowiadanie na potrzeby dzieci o różnorodnych doświadczeniach,
 - wycucie w sytuacji, kiedy dzieci nie chcą rozmawiać, ponieważ wciąż nie czują się bezpiecznie, mówiąc o swoich traumatycznych przeżyciach,
 - znaczenie nauczania o reakcjach wywołanych urazem, pokazywanie różnych sposobów radzenia sobie z urazem (np. techniki relaksacji),
 - znaczenie wspólnej odpowiedzialności za terapię,
 - planowanie czasu wolnego,
 - dostosowanie i zmiana celów terapii pod kątem bieżących potrzeb dzieci i warunków pracy,
 - problemy organizacyjne i warunki pracy,
 - zaspokajanie najpilniejszych potrzeb przed przystąpieniem do leczenia urazu,

– świadomość tego, że praca z dziećmi odbywa się z dala od ich codziennego środowiska społecznego.

B. Hacam

Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny, Mostar (Bośnia i Hercegowina)

LOS Y "TRUDNYCH PRZYPADKÓW" W CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO DZIECI W MOSTARZE

Referat przedstawia wielopoziomowy model terapii dla dzieci i rodzin żyjących w Mostarze – rozdartym wzdłuż linii podziałów etnicznych mieście w byłej Jugosławii. Mostar był miejscem jednych z najcięższych walk podczas wojny w Bośni. Większość szkół i szpitali uległa zniszczeniu lub uszkodzeniu, doszło do masowych migracji ludności. Prowadzone na szeroką skalę badania dzieci ujawniły duży stopień narażenia na zdarzenia traumatyczne, a także odpowiednio wysokie poziomy zaburzeń psychologicznych. Ta ogromna liczba dzieci znajdujących się w potrzebie nie miała jednak niemal żadnego dostępu do opieki psychologicznej lub psychiatrycznej. W porozumieniu z lokalnym środowiskiem lekarskim oraz UNICEF-em Uniwersytet Londyński powołał do życia lokalny ośrodek leczniczy, który nawiązał ścisłe kontakty z okolicznymi szkołami podstawowymi. Aby pomóc potrzebującym dzieciom i ich rodzinom wdrożono system skierowań. W lokalnej klinice zdrowia rodzinnego otworzono placówkę leczniczą, która pełni również funkcję ośrodka szkoleniowego dla miejscowych środowisk nauczycielskich i lekarskich. Pomimo zaprzestania działań wojennych wiele dzieci nadal cierpi z powodu urazów doznanych podczas wojny i przez następstwa, jakie ona wywołała. W referacie zostało omówionych kilka przypadków z kliniki.



**KOSZMAR ŻYCIA
W HITLEROWSKIM OBOZIE
KONCENTRACYJNYM
I JEGO NASTĘPSTWA**

Radosław Tworus
Lekarz psychiatra



Numer, technika mieszana, 180 x 180 cm, 1991 – Józef Szajna

Podejmując się pisania o hitlerowskich obozach koncentracyjnych, ludziach w nich przebywających i dokonywanych na nich zbrodniach nie zdawałem sobie sprawy, jak trudne będzie to zadanie. Chciałem w swojej pracy opisać realia obozowego życia oraz omówić następstwa fizyczne i psychiczne, jakie to życie pozostawiło na uwolnionych więźniach. W trakcie pracy zorientowałem się, że jestem tylko marnym teoretykiem posiłkującym się dostępną literaturą. Zrozumiałem, że ktoś, kto urodził się po wojnie, nie przeżył tego piekła, przypomina mężczyznę, który próbuje opisać trudy ciąży i porodu. Mam jednak nadzieję, że moja praca chociaż częściowo odda to, co czuli i czują ludzie, którzy przebywali w stworzonych przez III Rzeszę miejscach masowej zagłady.

Wprowadzenie

Obozy hitlerowskie, jako miejsca więzienia i odosobnienia, przymusowej i niewolniczej pracy oraz masowej zagłady ludzi, stanowiły kluczową rolę w realizacji polityki wyniszczenia wszystkiego, co nie zgadzało się z ideałem germańskiego nadczłowieka. Według tego założenia świat miał być pełen ludzi pięknych, silnych, zdrowych. W świecie tym nie było miejsca dla ludzi chorych, kalek, zaburzonych psychicznie, skażonych krwią żydowską, cygańską, słowiańską [5].

Ze względu na ogromną liczbę obozów i ich różnorodność powstał cały system, obejmujący obozy koncentracyjne, ośrodki zagłady, obozy pracy przymusowej, obozy przesiedleńcze i przejściowe, obozy jenieckie i więzienia policyjne. System obozów miał na celu eksterminację ludności, szerzenie terroru i zapewnienie darmowej siły roboczej dla pracującej na rzecz wojska gospodarki III Rzeszy. Podstawę systemu stanowiły obozy koncentracyjne, tworzone na terytorium Rzeszy od 1933 roku. Były one początkowo przeznaczone dla niemieckich antyfaszystów, a po przyłączeniu Austrii i aneksji Czechosłowacji byli w nich więzieni także obywatele tych państw.

Pierwszymi tworzonymi od roku 1933 na terytorium Niemiec obozami koncentracyjnymi były obozy w Dachau, Oranienburgu, Berlinie, Papenburgu, Sachsenburgu, Lichtenbergu, Esterwegen, Dürrgoy, Kennath i Sonnenburgu. Później wybudowano następne, m.in. w Sachsenhausen, Buchenwaldzie, Mauthausen, Flossenbürgu i obóz kobiecy w Ravensbrück. W latach 1933-1939 przez wymienione obozy koncentracyjne przeszło około 170 tysięcy więźniów.

Od 1940 roku system różnego rodzaju obozów rozwijano na ziemiach krajów okupowanych, szczególnie na ziemiach polskich. Powstało ich tutaj ponad 2 tysiące. Przeszło przez nie około 5 milionów więźniów, z których zginęło 3,5 miliona. Najbardziej znanymi obozami koncentracyjnymi zbudowanymi na terytorium Polski były Stutthof, Oświęcim-Brzezinka, Gross-Rosen, Bergen-Belsen i Majdanek.

Zbliżone charakterem do obozów koncentracyjnych były obozy dla dzieci i młodzieży funkcjonujące w Łodzi i Potulicach. Więziono w nich dzieci polskie, czechosłowackie, radzieckie, jugosłowiańskie i francuskie. Tworzono także specjalne obozy germanizacyjne dla dzieci przeznaczonych, na podstawie specjalnych badań rasowych, do germanizacji i przekazywanych rodzinom w Rzeszy.

Do największych i najokrutniejszych miejsc należy zaliczyć następujące obozy:

Dachau – miasto położone w Bawarii, w południowej części Niemiec. W 1933 roku założono tu pierwszy obóz koncentracyjny, przez który do 1945 roku przeszło około 250 tysięcy więźniów, z czego zginęło około 150 tysięcy osób różnych narodowości. Początkowo więziono tu niemieckich działaczy politycznych, przeciwników Hitlera. Po wybuchu II wojny światowej było to miejsce kaźni polskich działaczy politycznych i samorządowych oraz około 1780 księży.

Sachsenhausen-Oranienburg – założony w 1936 roku w pobliżu wsi Sachsenhausen, około 3 km na północ od Oranienburga. Obecnie w Brandenburgii we wschodniej części Niemiec. W 1938 roku, po wydarzeniach nocy kryształowej, osadzono tu 10 tysięcy Żydów. Podczas II wojny światowej w obozie przetrzymywano około 25-30 tysięcy osób. Ogółem przez obóz Sachsenhausen-Oranienburg i kilkadziesiąt podobozów przeszło około 200 tysięcy więźniów, z których połowa zmarła. Osadzono tu m.in. 184 profesorów i innych pracowników Uniwersytetu Jagiellońskiego. Był to jeden z pierwszych obozów, w których dokonywano eksperymentów lekarskich na ludziach.

Buchenwald – założony w 1937 roku na północ od Weimaru. Początkowo był znany pod nazwą Ettersberg. Miał 136 podobozów. Przez obóz przeszło około 240 tysięcy więźniów różnych narodowości, w tym także wielu Polaków. Zginęło około 50 tysięcy osób. Więźniowie, na których dokonywano zbrodniczych eksperymentów medycznych, wokoło 90% zmarli.

Ravensbrück – założony w 1939 roku w pobliżu miasta Fürstberg, największy obóz koncentracyjny dla kobiet. Projektowany był dla 6 tysięcy więźniów, jednak pod koniec wojny przebywało w nim ponad 36 tysięcy kobiet i dzieci. Posiadał 25 podobozów. Do 1945 roku przez obóz przeszło około 135 tysięcy osób, w tym 30 tysięcy Polek. Według szacunków w obozie śmierć poniosły 92 tysiące osób. Na więźniarkach przeprowadzono liczne eksperymenty pseudomedyczne.

Stutthof – obóz zbudowany w 1939 roku we wsi Sztutowo w województwie pomorskim, w pobliżu Zatoki Gdańskiej na Żuławach Wiślanych. Do września 1941 roku funkcjonował jako obóz dla jeńców cywilnych. Do stycznia 1942 roku był obozem specjalnym i obozem pracy. Następnie został przekształcony w obóz koncentracyjny. W latach 1939-1945 przez obóz przeszło 110 tysięcy osób, głównie Polaków, z których 85 tysięcy zginęło.

Auschwitz-Birkenau – największy hitlerowski obóz koncentracyjny i zagłady, zbudowany w 1940 roku pierwotnie na Zasolu – przedmieściu Oświęcimia. Od marca 1941 roku obóz był rozbudowywany. Ostatecznie obejmował: obóz macierzysty w Oświęcimiu, obóz w Brzezince, obóz w Monowicach i ponad 40 podobozów, głównie na Śląsku. We wrześniu 1941 roku w obozie w Auschwitz dokonano pierwszej próby masowego uśmiercania ludzi za pomocą gazu – cyklonu B. W 1942 roku hitlerowcy przekształcili obóz w ośrodek masowej eksterminacji. W Brzezince zbudowano 4 komory gazowe

i 4 krematoria. Masowo mordowano Żydów w ramach tzw. ostatecznego rozwiązania kwestii żydowskiej. Większość z nich bezpośrednio z transportów, bez rejestracji i ewidencji, kierowano do komór gazowych. W okresie gdy do Oświęcimia i Brzezinki przybywało najwięcej transportów, mordowano, a następnie palono około 20 tysięcy ludzi na dobę. W latach 1940-1945 przez obóz oświęcimski przeszło około 405 tysięcy zarejestrowanych więźniów, połowę z nich stanowili Żydzi. Drugą pod względem liczebności grupą byli Polacy (około 140 tys.), z których połowa zginęła. Najwyższy Trybunał Narodowy – m.in. na podstawie zeznań komendanta obozu Rudolfa Hossa – ustalił, że w obozie zginęło 2,8 miliona więźniów z 30 krajów świata. Późniejsze badania ograniczyły liczbę ofiar do 1,5 miliona. Ustalenie faktycznych danych dotyczących rozmiarów zbrodni jest niemożliwe, głównie ze względu na zniszczenie większości dokumentów przez zacierających ślady Niemców, a także przez wywiezienia ocalałej dokumentacji przez wojska radzieckie. Dnia 18 stycznia 1945 rozpoczęto pospieszną ewakuację około 58 tysięcy pozostałych przy życiu więźniów. Podczas tzw. marszu śmierci zginęły tysiące więźniów. W wyzwolonym 18 stycznia 1945 roku obozie zastano 7,5 tysiąca osób.

Gross-Rosen – stworzony we wsi Rogoźnica w województwie Dolnośląskim na Przedgórzu Sudeckim, początkowo jako filia obozu z Sachsenhausen. Od sierpnia 1941 roku funkcjonował jako samodzielny obóz. W następnych latach rozbudowano sieć podobozów, z których 81 znajdowało się na ziemiach dzisiejszej Polski, 15 w Czechosłowacji i 10 w Niemczech. Przez obóz główny i podobozy przeszło około 125 tysięcy więźniów, z czego około 40 tysięcy zginęło.

Majdanek – obóz zbudowany jesienią 1941 roku w północno-wschodniej części Lublina, na powierzchni 270 hektarów. Początkowo obóz planowano dla 25-50 tysięcy więźniów, ale w trakcie budowy plany te korygowano, ustalając ostateczną pojemność na 250 tysięcy więźniów. Obóz w Majdanku posiadał 6 podobozów: w Bliżynie, Budzynie, Puławach, Radomiu i Warszawie. Na terenie obozu macierzystego w Majdanku znajdowało się krematorium i 7 komór gazowych, gdzie mordowano więźniów cyklonem B i tlenkiem węgla. Przez obóz przeszło ogółem 500 tysięcy osób z 26 państw. Zginęło 360 tysięcy osób, w tym wiele małych dzieci, uśmiercanych bezpośrednio po przywoźce [10].

Realia obozu koncentracyjnego

Regulamin obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu-Brzezince zawierał dokładny opis opieki sanitarno-zdrowotnej nad więźniami. W *Lagerordnung für die Konzentrationslager*, (t. 21 od str. 54) zapisano:

Nowo przybywających do obozu należy jak najdokładniej badać, podejrzanych natychmiast umieszczać w szpitalu obozowym i poddać obserwacji. Zajęci w kuchni obozowej oraz kuchni dla SS-manów więźniowie mają podlegać stałej lekarskiej obserwacji w kierunku chorób zakaźnych. Lekarz obozowy ma się od czasu do czasu przekonywać o czystości więźniów. Więźniowie zgłaszający się jako chorzy mają być codziennie przedstawiani lekarzowi obozowemu do badania. W razie potrzeby przekazuje on chorych więźniów do szpitala celem fachowego leczenia. O symulantach, którzy chcą się w ten sposób uchylać od pracy, ma zgłaszać władzy w celu ich ukarania. Do leczenia dentystrycznego więźniów jest do dyspozycji lekarz dentysta. Lekarz obozowy ma potwierdzić konieczność leczenia dentystrycznego. Lekarz obozowy ma stale sprawdzać sposób przyrządzania i jakość pożywienia w kuchniach. O ewentualnych brakach ma natychmiast zgłaszać komendantowi obozu. Szczególnie troskliwie należy leczyć nieszczęśliwe wypadki, aby pełna zdolność zarobkowa więźnia nie ucierpiała. Więźniów, którzy mają być zwolnieni lub przeniesieni z obozu należy przedstawić lekarzowi obozowemu celem ich badania. Lekarzowi obozowemu podlegają przydzieleni mu lekarze, lekarz dentysta i SOG², tudzież więźniowie pielęgniarze szpitala obozowego. Lekarz obozowy jest doradcą komendanta obozu we wszystkich lekarskich, sanitarnych i higienicznych sprawach. O wszystkich znanych mu uchybieniach w obozie ma on natychmiast zawiadamiać komendanta obozu. Wysyłane przez lekarza obozowego sprawozdania lekarskie do jego władz przełożonych ma przedkładać do wiadomości komendanta obozu.

Nie znalazłem informacji dotyczących regulaminów obowiązujących w innych niemieckich obozach koncentracyjnych. Jednak, znając niemieckie zamiłowanie do porządku i przepisów administracyjno-praw-

² Sanitariusze SS nazywani Sanitätsdienstgrad. (Przyp. aut.)

nych, z pewnością wszędzie były one tak szczegółowe i "ludzkie". Osoby, które przeżyły koszmar obozu oświęcimskiego, dobrze jednak wiedzą, jaką fikcją były te przepisy. Również ci, którzy urodzili się po wojnie i okupacji, ale choć raz odwiedzili muzeum ludzkiej zagłady w Oświęcimiu-Brzezince lub inny podobny obóz, muszą zdawać sobie sprawę, że regulamin ten był tylko martwym zapisem.

Powszechnie wiadomo, że lekarze SS, odpowiedzialni za leczenie chorych w obozach koncentracyjnych oraz za profilaktykę zdrowotną, wcale się tymi zadaniami nie zajmowali. Analiza postępowania tych tzw. lekarzy stała w jawnej sprzeczności z zasadami etyki tego szlachetnego zawodu. Jak można nazwać lekarzem człowieka, który fałszuje dokumentację medyczną w celu zatajenia przyczyny i daty zgonu człowieka. Dla wszystkich zamordowanych więźniów była odpowiednio preparowana dokumentacja medyczna. Jako przyczynę zgonu można było wpisać jedną z kilkunastu chorób, których szablon ustalał lekarz obozowy. Wiele czynności, w których brali udział pseudolekarze SS, nie miało nic wspólnego z medycyną. Byli oni obecni przy rozstrzeliwaniu więźniów, przy wstrzykiwaniu im trucizny, nadzorowali zabijanie w komorach gazowych. Pod tym fachowym nadzorem były mordowane nawet kobiety w ciąży i małe dzieci. Służący do zabijania ludzi w komorach gazowych cyklon B był przywożony do obozu w Oświęcimiu-Brzezince przez tych pseudolekarzy. Był on transportowany samochodami sanitarnymi oznaczonymi międzynarodowym znakiem czerwonego krzyża [11].

Osobnego omówienia wymagają pseudoeksperymenty medyczne, prowadzone przez lekarzy SS, które były wykonywane bez zgody więźnia. Chociaż wyglądały odmiennie w różnych obozach zagłady, zawsze były jednakowo okrutne i niemoralne.

W Oświęcimiu kobietom wstrzykiwano różne płyny do jajowodów w celu spowodowania ich niedrożności. Były to eksperymenty mające na celu zniszczenie zdolności rozrodczych. Miała to być najtańsza i najszybsza droga do wyniszczenia narodów, traktowanych jako niższe. Zabiegi sterylizacyjne prowadzono również poprzez kilkunastominutowe naświetlanie okolicy narządów rozrodczych promieniami Roentgena. Tę metodę stosowano zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Więzionym kobietom wycinano duże części szyjki macicy lub wszczepiano do macicy tkankę nowotworową. Działania te miały być badaniami nad rakiem. Na wielu więźniach przeprowadzano operacje chirurgiczne, chociaż nie było takich wskazań lekarskich. Były to zabiegi,

które powodowały trwałe kalectwo lub kończyły się śmiercią. Prowadzono badania dotyczące zmian w organizmie ludzkim podczas choroby głodowej. Wybrani więźniowie byli fotografowani, a następnie uśmierceni zastrzykiem z fenolu. Po zabiciu wycinano im wątrobę, śledzionę, trzustkę do dalszych badań. Prowadzono szereg eksperymentów z podawaniem różnymi drogami bakterii chorobotwórczych i środków farmakologicznych.

W Ravensbruck przeprowadzono na więźniarkach operacje (na niektórych nawet kilkakrotnie), w celu badań nad zakażeniami chirurgicznymi. W tych eksperymentach wprowadzono do celowo zrobionej rany zarazki chorobotwórcze. Czasami do takich ran wsypywano trociny, strzępki tkanin, szkło, aby bardziej przypominały one rany z pola bitwy. Duża część zabiegów chirurgicznych polegała na łamaniu kości i ponownym ich zestawianiu, na przeszczepianiu kości, na wycinaniu dużych fragmentów mięśni uda i podudzia. Były to zabiegi nieludzkie i z góry skazane na niepowodzenie. Przykładem może być odcięcie łopatki i przeszczepienie jej innej osobie, usunięcie bez powodu całej kończyny dolnej wraz ze stawem biodrowym lub całej kończyny górnej razem z łopatką. Zabiegi te odbywały się pod przemocą, kobietom kneblowano usta, przytrzymywano za ręce i nogi. Nie były one rozbierane i myte do tych zabiegów.

W Dachau poddawano więźniów obserwacji na wpływ zmiany ciśnienia. W tym celu umieszczano ich w specjalnych kabinach, obniżając lub podwyższając ciśnienie. Prowadziło to do zmian zachowania i wylewów krwi do różnych narządów, a w rezultacie do śmierci. Więźniów tych poddawano sekcji w celu obserwacji zaistniałych zmian narządowych. Sekcje przeprowadzano często na żyjących jeszcze ludziach. Przeprowadzono również eksperymenty dotyczące wpływu niskich temperatur na organizm ludzki. Polegały on na zanurzeniu więźniów w zimnej wodzie i mierzeniu im temperatury. Czas trwania takich eksperymentów trwał nawet do 36 godzin. Więźniowie często w czasie trwania eksperymentu tracili przytomność, lecz nie powodowało to przerwania badania. Kolejnym eksperymentem było zamrażanie więźniów na wolnym powietrzu. Wieczorem wynoszono ich nago na noszach i pozostawiano na 15 godzin na dwudziestopięciostopniowym mrozie. Co godzinę polewano ich zimną wodą i mierzono temperaturę ciała. Przeprowadzono również badania nad zakażeniami ropnymi. W tym celu więźniom wstrzykiwano dożylnie

ropę uzyskaną z ropiejących ran i wrzodów, co w większości wypadków prowadziło do śmierci.

W celu poszukiwania skutecznych metod leczenia w Sachsenhausen-Oranienburg dokonywano poparzeń ciała więźniów bojowymi środkami chemicznymi [2].

Obszerny spis publikacji zawierających opisy nieludzkich eksperymentów prowadzonych na więźniach obozów hitlerowskich zawiera publikacja A. Jakubika i Z. Ryna *Eksperymenty pseudomedyczne w obozach hitlerowskich. Bibliografia polska 1945-1971*, zamieszczona w nr 1 Wiadomości Lekarskich z roku 1973.

Powróćmy jednak do warunków sanitarnych w obozie w Oświęcimiu, nad którymi nadzór mieli sprawować lekarze. Tu też jest duża sprzeczność pomiędzy obowiązującymi przepisami a rzeczywistością. Bloki mieszkalne miały mieścić około 400 więźniów, a słażano w nich do 1200 osób. Z wyliczeń wynika, że przy takim zagęszczeniu na jednego więźnia przypadało 2 m³ powietrza. W filii tego obozu w Brzezince było jeszcze ciasniej. Na jednego więźnia przypadało 0,28 m³ powietrza [11].

Dla porównania warto podać, że w obowiązujących przepisach, dotyczących warunków bytowych w zakładach karnych, znajduje się zapis, że powierzchnia celi mieszkalnej, przypadająca na jednego skazanego powinna wynosić nie mniej niż 3 m². W celach wieloosobowych powierzchnia ta może być zmniejszona nie więcej niż o 0,5 m² na skazanego, łącznie nie więcej niż o 3 m² powierzchni celi. Uwzględniając minimalną wysokość pomieszczenia celi 2,5 m, daje to nie mniej niż 7,5 m³ powietrza przypadającego na jednego więźnia.

Jak nisko była traktowana godność ludzka w Oświęcimiu, najlepiej obrazuje fakt, że przy przebudowie jednego z baraków mieszkalnych na szpital dla psów, Niemcy postanowili wprowadzić szereg zmian i ulepszeń [11].

Więźniowie otrzymywali odzienie, które nie chroniło dostatecznie przed zimnem i wilgocią. Nie było różnic w ubiorze więźniów pracujących na powietrzu i w pomieszczeniach zamkniętych. Drewniaki, które były podstawowym rodzajem obuwia, powodowały otarcia stóp. Przy niskim stanie higieny w obozie skutkowało to licznymi zmianami ropnymi. Zarówno odzież, jak i bielizna były prane rzadko, nieregularnie i niedokładnie. Niejednokrotnie więzień otrzymywał do zmiany odzież zawieszoną [11].

Pożywienie wydawane więźniom zawierało głównie węglowodany, a jego wartość energetyczna wynosiła około 1150 kalorii dziennie. Warto zaznaczyć, że wartość dziennego pożywienia dla mężczyzny pracującego fizycznie w normalnych warunkach powinna wynosić min. około 4000 kalorii. Niedobór białka w oświęcimskiej diecie był jednak znacznie niższy, niż to wynika z normy kalorycznej. Działo się tak, ponieważ w diecie dominowały produkty roślinne. Białko roślinne jest słabo przyswajalne przez człowieka i wydalane w formie niezmienniczej. Niska zawartość białka zwierzęcego w pożywieniu prowadziła w krótkim czasie do choroby głodowej. Przeprowadzone doświadczenia wykazały, że gdyby szczerom sporządzić pokarm według diety obozowej i zupełnie nie ograniczać im dostępu do tego pokarmu, to po upływie trzech miesięcy pojawią się u nich objawy choroby głodowej [11].

Według Olbrychta "Choroba głodowa w obozach zagłady występowała w dwóch postaciach. Albo w postaci obrzęków ogólnych, zaczynających się od kończyn dolnych i posuwających się ku górze, albo w postaci suchej, w której głodujący wyglądał jak szkielet kostny z naciągniętą nań skórą. U osób tych zanikała podściółka tłuszczowa, mięśnie wiotczały i cieńczały, występowało coraz znaczniejsze osłabienie, twarz przybierała wyraz maskowaty, oczy w dal wpatrzone, o żrenicach rozszerzonych, apatia i senność, zwolnienie i osłabienie wszystkich czynności życiowych, a zwłaszcza psychicznych. Wszelkie reakcje były tak zwolnione, że choremu nadawano nazwę muzułmana" [11].

Z oficjalnych dokumentów wynika, że mięso dostarczane do kuchni więziennej było zepsute, pokryte pęcherzami, gnijące, w wielu wypadkach ostemplowane jako niezdatne do spożycia. Ziemniaki, jakie otrzymywała kuchnia, były zgniłe i nie nadawały się do gotowania. Po oddzieleniu od nich odpadków do spożycia nadawało się około 90-100 g z ustawowo przysługujących 250 g. Badania bakteriologiczne wykazały, że więzienna pasztetówka była zanieczyszczona bakteriami kałowymi z grupy Coli i Proteus. Przeprowadzone w pracowni chemicznej badania oświęcimskiej zupy wykazały, że jej kwasota odpowiadała kwasocie octu stołowego, a woda nie nadawała się nawet do płukania ust [11].

Przystosowanie do życia obozowego

Indywidualność jest cechą przyrody ożywionej. Stanowi ona o jej bogactwie i kolorycie, odróżnia świat przyrody nieożywionej i świata technicznego, który jest monotony i szary, od świata ożywionego. W przyrodzie ożywionej najważniejszy jest człowiek, bowiem on tworzy świat techniczny. Każdy człowiek jest inny, każdy ma swój własny świat, własne emocje, przeżycia i marzenia. Więzień obozu miał być pozbawiony tych cech. Został zamieniony w numer bez nazwiska i imienia. Ubrany w podarte, brudne i zawzione łachmany, pozbawiony włosów nie różnił się od innych więźniów. Stał się automatem bez indywidualnego oblicza, który miał posłusznie wypełniać polecenia oprawców. Zmasowane bestialstwa, szczególnie nasilone w pierwszym okresie pobytu w obozie, miały na celu jak najszybsze zdeindywidualizowanie więźnia. Działał tu mechanizm walca obozowego: więźniowie mieli być zmiażdżeni, zmienieni w bezkształtną masę numerów. Głównym celem obozowej polityki SS było zdeptanie godności człowieka [7].

Jako czynniki wpływające najbardziej ujemnie na przystosowanie do warunków życia obozowego w pierwszym rzędzie należy wymienić powszechne maltretowanie, selekcje i apele, które powodowały stałe poczucie zagrożenia biologicznego. Następnie wymieniano niepokój o los najbliższych i tęsknotę za nimi. W dalszej kolejności – głód i anty-sanitarne warunki higieniczne, stały widok kaźni i poniżania człowieka oraz obawę przed własnym moralnym załamaniem. Byli więźniowie obozów koncentracyjnych podkreślali, że czynnikami najbardziej niekorzystnie wpływającymi na ich samopoczucie nie były różne codzienne dokuczliwości i braki materialne, lecz cierpienia psychiczno-moralne. Najważniejszym z nich był stały lęk przed śmiercią [15].

Z drugiej jednak strony lęk ten miał też oddziaływanie pozytywne. Bezustanne obcowanie ze śmiercią, oswojenie się z widokiem zabijanych i torturowanych doprowadzało ostatecznie do stępienia strachu przed śmiercią oraz do stępienia uczuć altruistycznych. Po pewnym czasie przebywania w warunkach obozowych obawa przed torturami była na ogół większa niż widmo śmierci. To stępienie stwarzało pancerz chroniący psychikę więźnia. Większość więźniów cechowała się stałym obniżeniem nastroju i dominującym uczuciem niepewności, co

powodowało niemal całkowity zanik popędu seksualnego i ustanie menstruacji u kobiet. Istotne znaczenie dla możliwości przetrwania miało poczucie więzi z grupą, jaką stanowiła dla więźnia społeczność obozowa. Czynnikiem dającym siłę przeżycia było wsparcie ze strony innych więźniów, poczucie, że wszyscy przeżywają te same cierpienia, drobne gesty przyjaźni, na które w warunkach wolności nikt nie zwraca uwagi. Jednocześnie ta więź grupowa była przyczyną wielu dylematów moralnych pojedynczego więźnia. Jak bowiem można było podjąć ucieczkę czy inne nieregularne działania, wiedząc, że za takie postępowanie całą społeczność czekają liczne represje.

W warunkach obozowych nie obserwowano u więźniów poważnych chorób psychicznych czy reakcji histerycznych. Przelotne myśli samobójcze i pragnienie śmierci były zjawiskiem dość częstym, natomiast aktywne poszukiwanie śmierci było sporadyczne. Częste były natomiast zaburzenia psychiczne wynikające ze stanu somatycznego, głównie wygłodzenia oraz chorób, takich jak dur plamisty. Ciekawy był fakt, że w ciężkich warunkach obozowego życia ustępowały dolegliwości nerwicowe, które były poważnym problemem przed uwięzieniem [15].

Następstwa pobytu w obozie koncentracyjnym

Według danych statystycznych po zakończeniu II wojny z obozów koncentracyjnych zostało uwolnionych około 400 tysięcy Polaków. W roku 1969 na terenie Polski żyło już tylko około 155 tysięcy byłych więźniów. Głód, zimno, anty-sanitarne warunki, częste urazy, wyniszczenie psychiczne spowodowały, że byli więźniowie są bardziej podatni na choroby niż ludzie, którzy nie przebywali w obozach. Najbardziej znanymi schorzeniami są przewlekła astenia postępująca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze i choroby gośćcowe oraz gruźlica. Wszystkie te schorzenia powodują przyspieszony proces starzenia się [8].

Byli więźniowie obozów koncentracyjnych, w porównaniu z grupą osób, które nie przebywały w obozach, chorowali znacznie częściej. Okresy trwania ich choroby były dłuższe, a często konieczna była ich dłuższa hospitalizacja. Zwraca uwagę, że wśród byłych więźniów nie

tylko przeważają choroby somatyczne, ale również zaburzenia psychiczne, takie jak nerwice, alkoholizm, nadużywanie leków [13].

Wykazano, że pobyt w obozie koncentracyjnym wywarł trwałe piętno na rodziny, a głównie dzieci tych osób. Stwierdzono, że zachorowalność dzieci byłych więźniów dwu- trzykrotnie przekracza zachorowalność u innych dzieci, a w zakresie chorób psychicznych aż dziesięciokrotnie [4].

W rozważaniach powiązań pomiędzy pobyt w obozie koncentracyjnym a aktualnym stanem zdrowia nie powinno się ostro odgraniczać czynników fizycznych od psychicznych. Ich oddzielanie jest sztuczne i powoduje podział człowieka na części. Prowadzi to do szukania chorego elementu, teoretycznie odpowiedzialnego za cierpienie człowieka. Tego cierpienia nie wywołuje jednak jeden chory element, bo człowiek to jakby wielki, skomplikowany i jednocześnie niezwykle doskonały mechanizm. Funkcjonuje nienagannie, jeśli nie zakłóca się jego pracy poprzez nieprawidłowe żywienie, nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu itp. Nie zawsze jednak możemy mieć wpływ na nasze zdrowie i życie. Czasami znajdujemy się w sytuacjach zagrażających zdrowiu, nie mając możliwości ich zmiany. Musimy wtedy liczyć na doskonałość mechanizmów adaptacyjnych organizmu.

Wstąpienie do piekła obozu było wstrząsem przekraczającym zwykłe stresy ludzkiego życia. Więzień musiał w ciągu kilku tygodni lub miesięcy przystosować się do życia w obozie, inaczej zginął. Najważniejsze w tej adaptacji były dwie sprawy. Po pierwsze, musiał on znieczulić się na to, co się dzieje wokół niego, zamknąć się w sobie i zobojętnieć, nie przechodząc jednak w stan mużułmaństwa, tj. całkowitego zobojętnienia. Tę obronną znieczulicę określano pojęciem autyzm obozowy. Z drugiej strony musiał on znaleźć w piekle obozu swego anioła, tj. człowieka lub grupę ludzi, którzy zachowali wobec niego ludzką postawę, pozwalającą ocalić resztkę dawnego świata. W warunkach obozowych rozpadał się dotychczasowy świat człowieka z jego wartościami, ideami, sprawami ważnymi i błahymi. Ten świat stawał się nierealny i jedynie czasami powracał w snach. Gdy wali się dotychczasowy świat, człowiek czuje się zagubiony, ogarnia go lęk, ma poczucie beznadziejności, nie jest w stanie myśleć o przyszłości. W takiej sytuacji uśmiech drugiego człowieka, życzliwe słowo, nieraz drobna pomoc były wyjątkowo istotne. Takie zachowania dawały perspektywę na przyszłość, przywracały wiarę w człowieczeństwo własne i innych ludzi. Ludzie, którzy przeżyli obóz,

wiedzą, że żaden kontakt z człowiekiem, ani przedobozowy, ani poobozowy, nie dorównywał temu swoistemu olśnieniu, jakim było spotkanie się z człowiekiem w obozowym piekle. W zwykłych warunkach życia kontakty z ludźmi stają się mniej lub bardziej zdawkowe. Człowiek jest fizycznie obecny w społeczeństwie, ale nie ma kontaktu emocjonalnego pomiędzy nim a otaczającymi go ludźmi. Może dla tego tak wiele osób czuje się samotnie, chociaż pozornie ich kontakty towarzyskie są prawidłowe.

Byli więźniowie obozów są bardzo uczuleni na autentyczność kontaktów między ludźmi. Najlepiej czują się wśród innych byłych więźniów, gdyż tylko z nimi mają wspólny język, wśród nich znika poczucie osamotnienia i niezrozumienia. Wobec innych ludzi są trochę nieufni i zdystansowani. Wynika to z tego, że w obozie poznali oni prawdziwy smak zetknięcia się z drugim człowiekiem. Zetknięcie to często ratowało życie, z numerów zmieniało ich z powrotem w ludzi. Często byli więźniowie stwierdzają, że w obozie byli mniej samotni niż w życiu poobozowym, do którego trudno było im się zaadaptować. Wynika to z niespełnionych oczekiwań i zawiedzionych nadziei. Nie zawsze doceniano bohaterstwo i cierpienia tych ludzi. Sprawy codziennego życia wydają się im banalne, w porównaniu z tym, co przeszli w obozie. Formy ludzkiego współżycia rażą ich obłudą i małostkowością.

Wspomniana maksymalna mobilizacja ustroju, która była warunkiem przeżycia obozu, nie pozostała bez następstw. U części więźniów objawy długotrwałego stresu o znacznym nasileniu, który wywoływał obóz koncentracyjny, przez wiele lat mogły nie dawać żadnych negatywnych objawów. Jednak pod wpływem kolejnych trudnych wydarzeń i stresów dnia codziennego ujawniały się utajone wcześniej reakcje.

Prowadzone w okresie powojennym badania, dotyczące następstw psychicznych uwięzienia w obozie koncentracyjnym, objęły tylko niewielką grupę byłych więźniów. Wynikało to z faktu, że wielu z nich przedwcześnie zmarło, część nie wyraziła zgody na takie badania, a pewna grupa od chwili uwolnienia nie chciała się przyznawać do swojej obozowej przeszłości. Na podstawie przeprowadzonych badań wyodrębniono objawy chorobowe, które nazwano astenią postępującą lub KZ-syndromem, tzn. syndromem obozu koncentracyjnego. Główne objawy tego zespołu chorobowego to zmęczenie, wyczerpanie, osłabienie, drażliwość, wybuchowość, smutek, przygnębienie,

płaczliwość, nadmierne pocenie się, kołatanie serca, koszmarne sny o przeszłości oraz uczucie lęku i zagrożenia. Jak już wcześniej wspomniano, wśród osób z tego typu objawami występuje charakterystyczna dla tego zespołu zwiększona zapadalność na gruźlicę, choroby układu krążenia, układu pokarmowego i różne postaci schorzeń reumatycznych. Sami autorzy terminu KZ-syndrom dostrzegają jego niedoskonałość. Wyliczone objawy nie są charakterystyczne dla każdego uwięzionego w obozie, nie obrazują one problemów z codziennym funkcjonowaniem takich osób, nie mówiąc już o ich emocjach [1, 6, 8, 14].

Lekarze z Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Krakowie w latach 1959-1961 prowadzili badania byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. Badania te wykazały, że większość badanych odczuwa istotną różnicę w sposobie przeżywania, myślenia i zachowania się, ma zatem poczucie zmian osobowości. Wyodrębniono cztery grupy poobozowych zmian osobowości oraz grupę piątą, w skład której weszły osoby, które ani w subiektywnej, ani w obiektywnej ocenie nie wykazały zmian w funkcjonowaniu.

Grupa pierwsza (tzw. przygnębieni) była najliczniejsza. Zaliczono do niej 33% badanych. Osoby te cechuje stałe i wyraźne obniżenie podstawowego nastroju, pesymistyczna postawa z przekonaniem o bezcelowości życia, a także płaczliwość, lęk, niepokój, rozgoryczenie, załamanie i kompleks niższości.

Grupa druga (tzw. nieufni), do której zaliczono 19% badanych, charakteryzuje się nieufnością, stroniem od ludzi, wyraźnie zmniejszoną kontaktywnością z innymi osobami oraz podejrzliwością wobec innych. Ponadto grupę tę cechuje negatywna ocena ludzi, nastawienia lękowe wobec otoczenia, poczucie krzywdy, popadanie w konflikty z otoczeniem.

Do grupy trzeciej (tzw. wybuchowi) zaliczono 16% badanych. Cechowała ich drażliwość, wybuchowość, nerwowość, nadmierne reakcje emocjonalne na błahe nawet podniety, wzrost pewności siebie, samodzielności i aktywności, cyniczny stosunek do życia. Wymienione cechy osobowości tych osób, stawały się częstą przyczyną konfliktów w rodzinie i miejscu pracy.

Grupa czwarta (tzw. nieufni i przygnębieni), do której zaliczono 23% badanych, posiadała cechy osobowości charakterystyczne zarówno dla grupy pierwszej, jak i drugiej.

Grupa piąta to osoby, u których pobyt w obozie nie wpłynął na trwałe zmiany osobowości. Zwraca uwagę, że średni czas uwięzienia był w tej grupie najdłuższy i chociaż większość z tych osób uległa w obozie poważnym urazom i, tak jak w innych grupach, obciążeniom psychicznym, to jednak nie stwierdzono u tych więźniów trwałych poobozowych zmian osobowości.

Kilka osób z badanej grupy przyznało, że odczuwało różne ujemne następstwa ciężkich przeżyć obozowych, jednakże są one dla nich mniej istotne aniżeli „korzyści”, jakie wynieśli z obozu. Korzyści te polegały na pogłębieniu znajomości samego siebie i innych ludzi, skryształowaniu poglądu na świat, ogólnym zahartowaniu, nawiązaniu głębszych kontaktów z ludźmi, z czym przed pobytem w obozie mieli duże trudności. Niektórzy wyzbyli się objawów nerwicowych, które wcześniej utrudniały im życie w społeczeństwie, takich jak lęklliwość, nieśmiałość oraz skłonność do zamykania się w sobie [9].

Z całą pewnością rozważania dotyczące następstw zdrowotnych pobytu w obozie można prowadzić długo. Jednak bez wątplenia należy stwierdzić, że warunki przewlekłego stresu, głód, zimno, brak higieny, liczne urazy mechaniczne pozostawiły trwałe zmiany w stanie psychofizycznym byłych więźniów obozów koncentracyjnych. Wszystkie przedstawione powyżej wyniki badań są tylko próbą naukowego podsumowania i uporządkowania tego tematu. Jednak nie ma możliwości, aby ból i cierpienie żywego człowieka oddać za pomocą naukowej terminologii.

Obozowe dzieciństwo i jego następstwa

W wyniku niemieckich działań eksterminacyjnych w okresie II wojny światowej zginęło 2.225 tysięcy dzieci, co stanowi przeszło 35% ogólnych strat. Małoletni ginęli wraz z dorosłymi we wszystkich hitlerowskich więzieniach i obozach koncentracyjnych [16].

Zabranie dzieci z ich rodzinnego domu w okresie intensywnego rozwoju i umieszczenie ich w środowisku urągającym podstawowym wymaganiom higieny, a także obciążenie nieletnich więźniów wyczerpującą pracą, wykraczającą poza ich możliwości fizyczne, przy głodowych racjach żywnościowych, nie mogło pozostać bez następstw. Nie

można porównywać obozowego dzieciństwa do wpływu podobnych obciążeń na fizycznie i psychicznie rozwiniętych więźniów dorosłych.

Obóz łódzki nie miał szpitala. Do drugiej połowy 1943 roku nie było tam również żadnego lekarza. Lekarz, Polak zatrudniony na stałe w lecie 1943 roku, nie miał do swojej dyspozycji prawie żadnych leków i środków opatrunkowych. Nie miał też swobodnego dostępu do chorych dzieci. Mógł leczyć tylko tych, którzy byli do niego dopuszczani. O sprawach leczniczych w obozie decydowała jego kierowniczka – kobieta, która nie była nawet pielęgniarką. Nadzorowała ona wszystkie procedury leczniczo-sanitarne. Bez jej zgody lekarz nie mógł wchodzić do sal izby chorych, gdzie leżały chore dzieci. Dostanie się do izby chorych też nie było proste. O tym, kto jest chory i może iść do izby, decydowali SS-mani. Zanim pozwolili choremu iść do ambulatorium, najczęściej bili go, żeby sprawdzić, czy nie symuluje choroby. W ambulatorium wspomniana wcześniej kierowniczka obozu, decydowała z batem w rękę, kto jest zdrowy, a kto chory. Każdemu zgłaszającemu się po zarejestrowaniu aplikowała "zastrzyk". Zastrzykiem określała bicie batem lub mokrym ręcznikiem. Batem nadawała nazwy od imion dzieci, które pierwsze zostały nim zbite. Rany, okaleczenia i owrzodzenia "leczyła" lizolem i był to jedyny środek, którego nie ograniczała. Nie cierpiała dzieci, leżących beczynnym w izbie chorych. Podczas wizytacji biła je lub kazała robić to innym. Swoistym jej wynalazkiem było wywlekanie chorych dzieci na śnieg i polewanie ich zimną wodą. Dzieci więzione w obozie w Łodzi masowo chorowały na jaglicę (wirusowa choroba oczu), świerzb, owrzodzenia skóry i dury, przy czym dur wysypkowy z powodu zawszenia miał rozmiar epidemii.

W raportach z obozu łódzkiego brakuje informacji, aby chore dzieci były hospitalizowane. Jedynie w okresie epidemii duru chorzy trafiali do szpitala w getcie. Wynika z tego, że wszelkie pozostałe choroby, takie jak gruźlica, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, błonica, choroby biegunkowe itp. były leczone w warunkach izby chorych. Efekty tego leczenia były oczywiste.

W obozie łódzkim istniał specjalny blok dla dzieci mimowolnie oddających mocz, blok ten zorganizowano w starej, drewnianej ruderze, którą wcześniej zamierzano rozebrać. Jedynym wyposażeniem tego bloku była drewniana prycza pozbawiona siennika i stare, zniszczone koce. Dzieci były pozbawione jakiegokolwiek opieki lekarskiej. Razem z dziećmi nie trzymającymi moczu leżały dzieci chore na gruźlicę, co

dotatkowo zwiększało umieralność w tej grupie. Warunki w tym pawilonie były tragiczne. Z daleka było czuć wydzielający się stamtąd fetor. Moczono prycze gniły. W okresie zimowym moczono ubrania dzieci przymarzały do prycz. W takich ubraniach wychodziły one do pracy. Ponieważ zalatywały moczem, zatrudniane były przy najcięższych pracach na otwartym powietrzu. Były zawszone, owrzodzone, a w ranach często miały robaki. Jedne były skrajnie wychudzone, inne opuchnięte tak, że z trudem mieściły się w ubraniach.

O ujemnych następstwach pobytu w łódzkim obozie najlepiej świadczą liczby. Spośród 900 byłych małoletnich ocalałych więźniów, około 600 zmarło wkrótce po wojnie i w latach następnych. Z tych, którzy przeżyli i weszli w dorosłe życie, 25% zostało uznanych za niezdolnych do pracy [17].

Przeprowadzone badania byłych więźniów obozu w Łodzi wykazały, że rozkład podstawowych grup chorób w tej populacji odbiega od wyników uzyskanych w badaniach więźniów dorosłych i osób, które nie przebywały w obozie. Stwierdzono zwiększoną liczbę schorzeń przewodu pokarmowego, kości i narządu ruchu, zaburzeń typu nerwicowego, chorób układu krążenia, oddechowego i moczowego. Na duży odsetek chorób przewodu pokarmowego u badanych miały wpływ przebyte w obozie ostre nieżyty żołądkowo-jelitowe, wywołane bakteriami i różnymi substancjami toksycznymi zawartymi w pożywieniu, a także zmęczenie, zimno i stres. Stwierdzane zmiany kostne dotyczyły głównie zwyrodnienia kręgosłupa i miały charakter pourazowy, powstały z powodu nadmiernego obciążenia ciężką pracą fizyczną, karami cielesnymi i urazami [3].

Podobne badania przeprowadzono na byłych małoletnich więźniach obozu w Oświęcimiu. Badane dzieci uważały się za zdrowe, jednak w każdym wypadku znaleziono szereg objawów, które pozwalały na klasyfikację psychiatryczną. Subiektywne skargi, uszeregowane według częstości występowania, przedstawiały się następująco:

1. nerwowość, wybuchowość, impulsywność,
2. bóle głowy,
3. zaburzenia snu pod postacią całkowitej bezsenności, koszmarów sennych, trudności w zasypianiu, senności w czasie dnia,
4. lęki,
5. objawy nerwicowe pod postacią bólów serca, wątroby, żołądka,
6. bóle stawów,
7. złe samopoczucie.

Przy czym objawy oznaczone numerami 1-3 były charakterystyczne we wszystkich grupach wiekowych dzieci, natomiast objawy oznaczone numerami 4-7 występowały częściej u starszych dzieci.

Rozpoznanie psychiatryczne, ustalone po zakończeniu badań, podzielono na trzy grupy. Grupa pierwsza to tzw. zespoły psychoorganiczne (zaburzenia związane z uszkodzeniami komórek nerwowych mózgu). Objawy charakterystyczne dla tego zespołu to bóle i zawroty głowy z towarzyszącymi nudnościami i omdleniami, napady drgawkowe, osłabienie pamięci, pogorszenie sprawności intelektualnej, zmienność nastrojów z tendencją do drażliwości.

Grupa druga obejmuje zaburzenia osobowości. Osoby te charakteryzuje impulsywność działań z tendencją do wchodzenia w konflikty międzyludzkie, uczucie smutku, przygnębienia, myśli samobójcze, nadmierna wrażliwość na niepowodzenia, tendencja do izolowania się od ludzi.

Grupa trzecia to badani z tzw. niedojrzałością emocjonalną. Charakterystyczne cechy tych osób to niedojrzałość uczuć, skłonność do rozważań i wątpliwości, drobiazgowość, gubienie się w szczegółach, liczne obawy i lęki, trudności w podjęciu decyzji, poczucie braku energii i zdecydowania w myśleniu i działaniu [12]. Podsumowując, należy stwierdzić, że małoletnim więźniom obozów koncentracyjnych wyrządzono dużo więcej krzywdy niż osobom dorosłym. Po pierwsze, głód, zimno, strach i anty-sanitarne warunki uniemożliwiały im prawidłowy rozwój biologiczny i psychiczny. Po drugie, pozbawiono ich dzieciństwa, czyli najpiękniejszego i najbardziej beztroskiego okresu w życiu człowieka. Po trzecie, od najmłodszych lat narażono je na widok śmierci i innych okrucieństw, przed jakimi chroni się dzieci. Podobne wyliczenia można prowadzić jeszcze długo, ale wyrządzonej krzywdy nie da się opisać słowami.

Podsumowanie

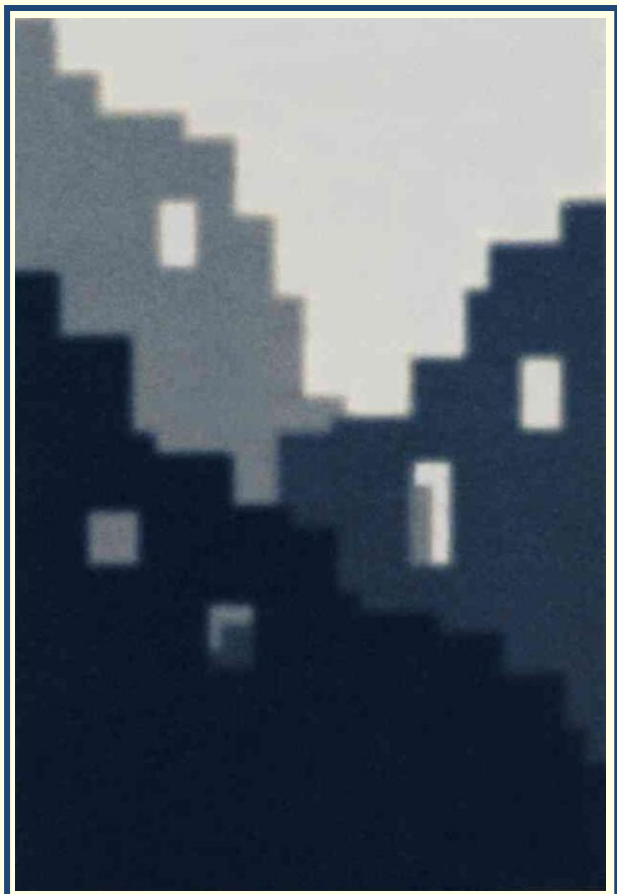
Ofiary niemieckich obozów koncentracyjnych stanowią systematycznie malejącą grupę naszego społeczeństwa. Coraz mniej jest też publikacji dotyczących II wojny światowej i zbrodni, jakiej dopuszczał się człowiek wobec człowieka. Młode pokolenie ma coraz mniejszą

wiedzę o wojnie i jej okrucieństwach, a cały ten koszmar odchodzi w zapomnienie. Nie można jednak zapominać o tamtych wydarzeniach, szczególnie teraz, gdy od zakończenia wojny minęło kilkadziesiąt lat, a ludzkim bytem rządzi pieniądz i to, co można za niego kupić. Są bowiem większe wartości od dóbr materialnych i są cierpienia, których nie zrekompensuje się żadnymi pieniędzmi.

Piśmiennictwo

1. Cohen E.A. Uwagi o tzw. KZ-syndromie. *Przegląd Lekarski*, 1972, 1, 21-23.
2. Jakubik A., Ryn Z.: Eksperymenty pseudomedyczne w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1973, 1, 64-72.
3. Kempisty C.: Wyniki badań lekarskich byłych więźniów obozu dla dzieci w Łodzi. *Przegląd Lekarski*, 1970, 1, 24-27.
4. Kempisty C.: Wyniki socjomedycznych badań potomstwa byłych więźniów obozów hitlerowskich. *Przegląd Lekarski*, 1973, 1, 12-20.
5. Kępiński A.: *Rytm życia*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 1978.
6. Kępiński A.: Tzw. KZ-syndrom, próba syntezy. *Przegląd lekarski*, 1970, 1, 18-23.
7. Kępiński A., Kłodziński S.: O dodatniej aktywności psychicznej więźniów. *Przegląd Lekarski*, 1973, 1, 81-84.
8. Kłodziński S.: Swoisty stan chorobowy po przebyciu obozów hitlerowskich. *Przegląd Lekarski*, 1972, 1, 15-21.
9. Leśniak R.: Poobozowe zmiany osobowości byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka. *Przegląd Lekarski*, 1965, 1, 13-20.
10. *Multimedialna Encyklopedia Powszechna – edycja 2001*. Onet.pl S.A. 2000.
11. Olbrycht J.: Sprawy zdrowotne w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu. *Przegląd Lekarski*, 1962, 1a, 37-49.

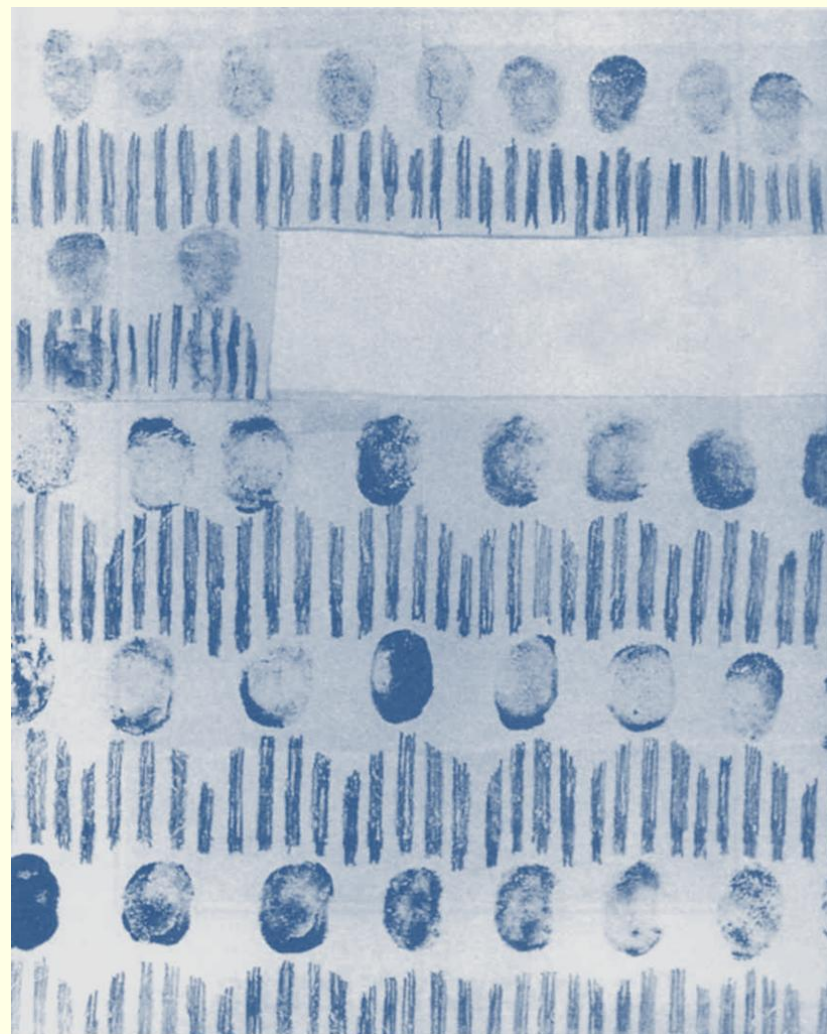
12. Póltawska W. i wsp.: Wyniki badań psychiatrycznych osób urodzonych lub więzionych w dzieciństwie w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1966, 1, 21-36.
13. Ryn Z.: Z badań nad zachorowalnością i śmiertelnością byłych więźniów obozów koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1977, 1, 229-233.
14. Szymusik A.: Poobozowe zaburzenia psychiczne u byłych więźniów obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. *Przegląd Lekarski*, 1962, 1a, 98-102.
15. Teutsch A.: Próba analizy procesu przystosowania do warunków obozowych osób osadzonych w czasie II wojny światowej w hitlerowskich obozach koncentracyjnych. *Przegląd Lekarski*, 1962, 1 a, 90-97.
16. Witkowski J.: Małoletni więźniowie Gross-Rosen. *Przegląd Lekarski*, 1980, 1, 118-128.
17. Witkowski J.: Sytuacja sanitarna w hitlerowskim obozie dla dzieci w Łodzi. *Przegląd Lekarski*, 1972, 1, 140-151.



ZWYCIĘŻYĆ STRES

doc. dr Bożena Krzywobłocka

*Były więzień Auschwitz-Birkenau.
Prezes Stowarzyszenia Więźniów –
Byłych Dzieci Hitlerowskich Obozów Zagłady*



Nasze życiorysy, rysunek – tusz, ołówek, 34 x 29,8 cm Buchenwald 1944
Józef Szajna

Fundacja „Moje Wojenne Dzieciństwo” postawiła przed sobą niezwykle ambitne zadanie: próbuje łagodzić skutki wojennego stresu. Jak wiadomo – sam problem tkwi nie tylko w pokoleniu czasów wojny światowej, przeniósł się także na dzieci, dotyczy nawet generacji wnuków.

W tak zwanej powszechnej świadomości istnieją niestety dyżurne tematy, nagłaśniane publicznie zarówno przez przedstawicieli nauki, jak i środki masowego przekazu (złośliwi nazywają je bez kozery środkami masowego rażenia). Rzeczywiście, wiele z nich może przyczynić się do powstawania uszczerbków w psychice jednostek, łatwo poddających się wszelkim zewnętrznym sugestiom. Generalnie dotyczy to osobników o słabszej strukturze psychicznej lub tych, którzy akurat przeżywają załamania, wynikające z takich wydarzeń losowych jak śmierć bliskiej osoby, głęboko przeżyte rozstanie, ciężka choroba lub niespodziewana konieczność radykalnej zmiany dotychczasowego trybu życia. Inaczej ma się rzecz z czynnikami niezależnymi od najbliższego otoczenia człowieka, szczególnie jeśli są to czynniki wojenne. Załamanie poczucia bezpieczeństwa i bezustanny lęk przed groźnymi niebezpieczeństwami, wynikającymi zarówno z działań zbrojnych, jak i realiów okupacji – nalotów, wysiedleń, rewizji, łapanek, blokad policyjnych – żeby wymienić tylko te najbardziej pospolite – stają się dla ogółu jedynie obowiązującą najbliższą rzeczywistością. To właśnie lęk, opanowujący większe społeczności, stwarzał panikę, doprowadzającą niekiedy do samozagłady – przykładem mogą być zwykłe dramaty zapisane podczas wycofywania się wielkich oddziałów wojska, zbiegających się w czasie z ewakuacją ludności cywilnej. Znamy zapisy najszybszych wrześniejących wędrowek, utrwalone choćby w literaturze pięk-

nej przez pisarzy formatu Zofii Nałkowskiej czy Jarosława Iwaszkiewicza.

Narzucane przez świat wszechobecnych mediów sugestie bezustannie wzmagają lęki, doprowadzając je do stanu, zdefiniowanego jako *stres* już w latach trzydziestych ubiegłego wieku. O ile jednak początkowe prace uczonego kanadyjskiego, Hansa Selye’go, nie uzyskały sobie szerszego uznania specjalistów – to jednak część badaczy, powodowana uczciwością odnośnie do omawianej tu patologii, okazała swą fascynację nowymi odkryciami. Stres, jak Selye w parciu o swe doświadczenia, przeprowadzane na zwierzętach, zdefiniował stan organizmu poddanego działaniu tzw. stersorów – gdy atakowana przez nie przysadka mózgowa wydziela większe ilości hormonu ACTH – przebiega w trzech fazach, będących częściami składowymi reakcji alarmowej organizmu na to, co dzieje się z nim i wokół niego. Na początku odnotowuje się stan pogotowia, jest to ogólne pobudzenie organizmu. Po nim następuje stan oporu, a potem wyczerpania. Szczególnie ta ostatnia faza może doprowadzić do ciężkiej choroby, kończącej się niekiedy śmiercią.

Okres II wojny światowej niejako w sposób naturalny pogłębił zainteresowanie naukowców tą tematyką. Pojawiły się tysiące ludzi, ciężko doświadczonych przez okupację, inwalidów, więźniów obozów koncentracyjnych, w tym ofiar pseudomedycznych eksperymentów zbrodniczej hitlerowskiej czy japońskiej medycyny. Zapisy owych eksperymentów jak też akta procesów przeciwko zbrodniarzom wojennym stały się materiałem wyjściowym dla dalszych badań nad stopniem stresu oraz próbom jego przewyciężania. W latach powojennych powstawały (głównie w Europie) specjalne ośrodki, które leczyły więźniów kacetów. Szczególną popularnością cieszyła się fundacja Sue Ryder.

W naszym kraju badaniami populacji obozowej zajęła się grupa wybitnych przedstawicieli nauk medycznych, związanych z „ośrodkiem krakowskim”. Pracowało tam sporo byłych więźniów, mających do dyspozycji także własne notatki z okresu przebywania „za drutami”, a także wyniki badań, które były prowadzone tuż po wyzwoleniu. Rezultaty tych prac przedstawiono na specjalnych sympozjach naukowych i publikowano raz do roku, w styczniowych numerach Przeglądu Lekarskiego. Wspominam o tym nie tylko z poczucia obowiązku badawczego, ale także z powodu własnych wyrzutów sumienia. Swego czasu bowiem brałam udział w konferencjach naukowych z cyklu *Le-*

karze i humaniści. Podczas rozmów z prof. Boguszem zobowiązałam się do napisania wspomnienia o rewirze w Birkenau (przebywałam na nim ponad dwa miesiące) i, jak to zdarza się w życiu, ze swej obietnicy nie wywiązałam się do dzisiaj.

W wielu krajach badania powojenne, obejmujące najszersze kręgi więźniów, którzy przeżyli okres zamknięcia w gettach i kacetach prowadziły dysponujące ogromnymi funduszami organizacje żydowskie. To właśnie mniej więcej na ten czas datuje się powstanie pojęcia *syndrom KZ*. Mimo wielu osiągnięć w zakresie leczenia byłych więźniów (kilka ośrodków przeprowadzało szczegółowe badania na wybranych przez siebie – niekiedy jednak w dość dowolny sposób – jednostkach), sukcesy te związane były głównie z gruźlicą, chorobami zakaźnymi, a w szczególności z problemem tzw. nosicielstwa. Prof. Salye zwracał uwagę już w pierwszych swoich ustaleniach, dotyczących przyczyn stresu, że szkodliwym dla organizmu bodźcem mogą być, poza negatywnymi bodźcami psychicznymi, urazy a wraz z nimi niebezpieczeństwo wtargnięcia bakterii chorobotwórczych.

Badania jednak nad skutkami psychicznymi pobytu w obozach miały niestety znacznie skromniejszy zasięg. We właściwym czasie nie dotarły do zainteresowanych obiektywne informacje na temat chemicznych dodatków do pożywienia więźniów. Powszechnie wiadano tylko o dosypywanym do pożywienia bromie, nie ujawniono natomiast składu tzw. zagęszczacza do zup, czyli tajemniczej mączki Avo – środka działającego na hormony. Być może dodatkowym skutkiem stosowania owego specyfiku miała być nie tylko niechęć do pożycia płciowego ale i całkowita bezpłodność. Nie jest bowiem tajemnicą na przykład to, że czasowe zahamowanie menstruacji u dojrzałych kobiet pozostawiło trwałe ślady w ich organizmach. Część z nich, mimo długotrwałego leczenia, nie odzyskało już miesiączki, a co za tym idzie możliwości rodzenia dzieci. Jeżeli dodamy do tego impotencję czy wręcz bezpłodność mężczyzn (byłych więźniów – ze względu na drastyczność tematyki nie są to sprawy szerzej omawiane w publikacjach) powstaje pytanie, dlaczego tym osobliwym problemem nie zajęto się odpowiednio wcześniej, chociaż – jak mi nie mam – materiały na ten temat nadal znajdują się w archiwach po SS. Moje osobiste starania o ujawnienie składu dodawanych do jedzenia specyfików nie przyniosły jak dotąd efektów. Trudno mi wy tłumaczyć tajemnicę, która otacza tę część hitlerowskiej nauki. Nawet w publikacjach niemieckich z ostatnich lat autorzy nie podnoszą kwe-

stii tajemniczych chemikaliów, aplikowanych więźniom w codziennej strawie. Za ten stan zresztą ponoszą odpowiedzialność również niektórzy spośród lekarzy, którzy, sami będąc więźniami obozów, nadal lekceważąco podchodzą do swego zdrowia. Odbyłam na ten temat wiele rozmów ze starszymi kolegami. Uważają oni, że, nie przyjmując do wiadomości faktu systematycznego zatruwania organizmu, oddalają od siebie skutki pozostałości dodawanych do obozowego jedzenia toksyn.

Na podstawie już wczesnych badań nad stresem ustalono, że powoduje on nadciśnienie samoistne, guzkowe zapalenie tętnic, choroby reumatyczne, a napięcia emocjonalne i lęki prowadzą do długotrwałych przemian osobowości. Na szczęście od czasów Selye'go nikt już nie podważa szkodliwych wpływów stresu na organizm ludzki. Nie znaczy to jednak, że wszyscy respektują udokumentowane naukowo tezy medyczne, odnoszące się przede wszystkim do problemu stresu wojennego. Niestety uwaga ta dotyczy również lekarzy orzekających w specjalistycznych państwowych komisjach. Znamienną cechą naszych czasów jest na przykład to, że zespoły psychologów więcej uwagi poświęcają psychicznym skutkom kłęski żywiolowej niżli wieloletniemu i wielopokoleniowej problematyce ukrywanego w podświadomości wielu z nas stresu wojennego i negatywnym jego skutkom, zbierającym zapewne w wielu aspektach naszego życia społecznego odpowiednie szkodliwe żniwo.

W naukowym piśmiennictwie światowym na temat stresu wojennego omawia się m.in. jego wpływ na układ krążenia, trawienny i oddechowy. Stwierdzono, że wraz z narastaniem nacisku stresora we krwi wzrasta poziom kortyzolu. U jednych zjawisko to, pobudzając produkcję cukru, powoduje wzrost apetytu, u innych obniża poziom serotoniny. Stres obozowy, sprzyjając rozwojowi bakterii *helicobacter pylori*, powodował wrzody trawienne, niszczył komórki odpornościowe, czynił organizm bardziej podatnym na infekcję; zaburzenia krążenia powodowały, że do serca wpływa mniej krwi; niedotlenienie bywało przyczyną zawałów; wysokie stężenie kortyzolu, produkowanego przez nadnercze, prowadziło do wypłukania wapnia z organizmu, co sprzyjało rozwojowi osteoporozy.

Zupełnie odmiennym problemem wydają się sny, w których uaktywniają się schowane głęboko w podświadomości stany lękowe. Generalnie w czasie pobytu w kacie ludzkie śnili o wolności – przebudzenie w rzeczywistości obozowej powodowało chwilowy szok i roz-

chwianie. Teraz, po wielu latach śni im się obóz, co wzmaga bóle serca i migreny. (Osobiście miewam taki sen: jestem w obozie, a całe moje życie na wolności było złudzeniem, sennym marzeniem; zwykle budzę się zeń wystraszona własnym krzykiem.)

Te wszystkie skutki stresu wojennego doskonale możemy obserwować w naszym środowisku – środowisku *dzieci wojny*. Od samego początku działań wojennych dzieci narażone były na identyczny los, co dorośli. Przy czym lęki choćby podczas bombardowania, trudów pospiesznej ewakuacji po zniszczonych szosach itp. łatwiej przenikały do podświadomości i stały się pożywką dla wyobraźni w późniejszym wieku. Przyczyną traumy wojennej było też całkowite załamanie dotychczasowego porządku życiowego: utrata domu, często nieobecność żywiciela rodziny, akcja wysiedleńcza, brutalnie realizowana przez Niemców najpierw na zachodzie, potem także choćby na Zamojszczyźnie, a także zmiany strukturalne miast podczas tworzenia dzielnic niemieckich i gett. Zniszczono system szkolny, zabrano gmachy i zawieszano naukę nawet w dozwolonych z początku przez okupanta placówkach oświatowych. Dzieciom i młodzieży miały dotąd towarzyszyć głód i bezustanny lęk o losy najbliższych. Niebawem nawet czternastolatki podlegali przymusowi niewolniczej pracy, będąc często wywożonymi w głąb Niemiec. Młodsze zaś dzieci zabierano rodzicom w celu ich germanizacji albo w celu wykorzystania ich jako narzędzia nacisku, na przykład by rodzice podpisywali niemieckie listy narodowościowe.

Największe jednak nieszczęścia dotknęły dzieci, które znalazły się z hitlerowskich obozach zagłady. O miejscu młodocianego więźnia i jego roli w obozie decydowały rozmaite czynniki. Niestety, w ślad za kapitulacją nie powstał żaden system opieki nad najmłodszymi więźniami kacetów, chociaż na przykład środowisko żydowskie starania o powstanie takiego systemu podejmowało bezzwłocznie po wyzwoleniu obozów.

Przez wiele lat w naszym kraju niechętnie przyznawano prawa kombatanckie najmłodszym więźniom. U najbardziej zainteresowanych w przełamaniu tej bariery sytuacja ta stwarzała poczucie jakoby powrotu do „przeżyć obozowych” – tzw. starzy więźniowie pełnili w nich rozmaite funkcje, na przykład sprawowali nadzór wobec młodszych i mogli decydować w ich sprawach.

Jeden z największych polskich specjalistów od stresu poobozowego, prof. A. Kępiński, prowadził następujące badania nad psychiką byłych

więźniów: Bardzo obszerne ankiety miały zostać uzupełnione badaniem elektroencefalografem (EEG). Niestety, ciężka choroba Kępińskiego, a także zmiany planów naukowych Akademii Medycznej spowodowały, że naukowiec ten nie doprowadził do końca swego projektu. Z własnego doświadczenia mogę jednak stwierdzić, że na przykład w Warszawie ochotnicy mieli spore kłopoty ze zrobieniem badań EEG. Współpracownicy placówki krakowskiej Kępińskiego nie stanęli wówczas na wysokości zadania. W opublikowanych pracach badacza znajdujemy przeto wiele przemyśleń na temat postaw więźniów oraz sposobów walki z przemocą „za drutami”. Wśród jego odkryć znajdziemy m.in. zdefiniowany jako „warunek przeżycia” stan umysłu, powstały jako przeciwstawienie się ofiary niesamowitej absurdalności sytuacji obozowej, bezsilności, biologicznemu zagrożeniu i automatyzmowi.

W ostatnich latach zmarli nie tylko lekarze-więźniowie obozów jak dr S. Kłodziński czy wspomniany Kępiński (Miranda del Ebro) ale także i ci, których wyjątkowo serdeczny stosunek do ofiar hitleryzmu nie podlegał dyskusji. Takim człowiekiem był prof. Adam Szymusik, który przewodniczył Komisji do spraw Inwalidztwa Wojennego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Komisja ta pracowała nad ustawą, dotyczącą dzieci wojny oraz trwałych zasad przyznawania uprawnień inwalidy wojennego. Prace te prowadzone były pod koniec 1994 roku, w atmosferze zbliżających się rocznic pięćdziesięciolecia wyzwolenia obozów koncentracyjnych i zwycięstwa nad faszyzmem. Rocznicę przeminęły, a odpowiednia ustawa nigdy nie ujrzała światła dziennego; podobno leży gdzieś w Sejmie, oczekując zapewne na naturalne, biologiczne rozwiązanie wszelkich problemów dzieci wojny. Przy okazji kłopotów z budżetem odebrano część zniżek i ulg, nie przeprowadzając żadnej symulacji zysków i strat, i to nie tylko natury finansowej, ale przede wszystkim moralnej. Ostatnie decyzje, odbierające niektóre tzw. przywileje kombatanom oraz inwalidom wojennym, z całą pewnością wyrządzają szkodę nie tylko zainteresowanym. Ci, którzy stykają się ze środowiskami kombatanckimi na Zachodzie, wiedzą jaką poświęcają uwagę oraz jaką okazują pomoc temu środowisku zarówno tamtejsze czynniki państwowe, jak i organizacje pozarządowe. Podczas moich podróży mogłam zaobserwować różne formy skutecznej opieki nad kombatanami. Warto tu też przypomnieć o specjalnych sanatoriach i domach opieki, które, choć wydają się tak

potrzebne i niezastąpione, w naszym kraju zostają skutecznie likwidowane w ramach „demokratycznej przebudowy”.

Bardzo przykre dla naszego środowiska jest też upowszechniający się ostatnio zły obyczaj niszczenia tablic pamiątkowych, nagrobnych itp. Stowarzyszenie Więźniów-byłych Dzieci Hitlerowskich Obozów Koncentracyjnych bezskutecznie próbowało interweniować w sprawach niejednokrotnie niesłusznie zmienianych treści tablic pamiątkowych. Nadmierna gorliwość niektórych urzędników w tej mierze przybiera formy absurda. Zmianom ulegają nazwy ulic czy patronowie szkół, zupełnie na takie decyzje nie zasługujący. Zamiast służyć utrwalaniu tradycji historycznej działalność taka świadczyć może i o ignorancji decydentów, i o braku szacunku wobec środowisk kombatanckich.

Inną zupełnie sprawą, która wydaje się efektem ostatnich mód w badaniach nad historią najnowszą, jest kwestionowanie faktu pobytu dzieci polskich w niemieckich obozach koncentracyjnych. Zmniejsza się liczbę ofiar Oświęcimia. Podobne przykłady można mnożyć bez końca.

* * *

Na koniec pozostaje do omówienia sprawa pomocy ludziom, ulegającym wymienionym i nie wymienionym wyżej patologiom. Na pierwszym planie należy postawić wszelkie formy pomocy lekarskiej i leczenia farmakologicznego, sanatoriów, domów dziennego pobytu etc. Ludzie ulegający stresowi związanemu z wojenną przeszłością powinni mieć możliwość:

- zrzeszenia się w różnego typu stowarzyszeniach i związkach, dbających o różne formy pomocy socjalnej dla swych członków oraz dających także możliwości zwykłych towarzyskich spotkań i samopomocy koleżeńskiej,
- twórczości pisarskiej, bądź innych form ekspresji artystycznej, dopomagającej przezwyciężyć wszelkie formy stresu,
- terapii, polegającej na oswojeniu lęku przez powrót do sytuacji stresogennych, znanych z okrutnej przeszłości, oglądanych teraz pod zupełnie nowym kątem.

Na terenach obozu po latach przyszło się nam spotykać z młodzieżą polską i niemiecką. Rozmowy z nimi mają dla obydwu stron nieocenioną wartość. Niezwykle pożyteczną funkcję mają także okresowe spotkania (na przykład organizowane przez Fundację „Moje Wojenne Dzieciństwo”), ponieważ poza elementem czysto towarzyskim (spotkanie w miłym gronie, wspólna herbata, rozmowy) ważne jest także i to, że organizatorzy tych przedsięwzięć dbają o praktyczną ich stronę – jak choćby nauka systemu ćwiczeń odprężających.

Należy przy tej okazji zdementować teorię, że należy wpływać na ludzi, by starali się zapominać wszystko to, co w przeszłości powodowało silne stresy. Ostatnie badania psychologów z Uniwersytetu w Harvardzie dowodzą, że wprawdzie strach wypala wspomnienia, ale z drugiej strony owe traumatyczne przeżycia łączą się z tak silnymi emocjami, że wbrew wszelkim terapiom pozostają utrwalone. Dlatego dobrze jest o tym wiedzieć, by móc realnie pomagać w przezwyciężaniu stresu.

Pismienictwo

1. Birenbaum H.: Nadzieja umiera ostatnia. Warszawa, 1967.
2. Ciesielski E.: Wspomnienia oświęcimskie. Kraków, 1968.
3. Czubak C.: Alles in Ordnung? Warszawa, 1970.
4. Gaucher J.: Camps de mort. Paris, 1946.
5. Gawalewicz A.: Refleksje z poczekalni do gazu. Ze wspomnień muzułmana. Kraków, 1968.
6. Jagoda Z., Kłodziński S., Masłowski J.: Więźniowie Oświęcimia. Kraków, 1984.
7. Jakubik A.: Histeria. Metodologie, teorie, psychopatologie. Warszawa, 1979.
8. Kępiński A.: KZ-syndrom, próba syntezy. Przegląd Lekarski, 1970, 1, 18-23.

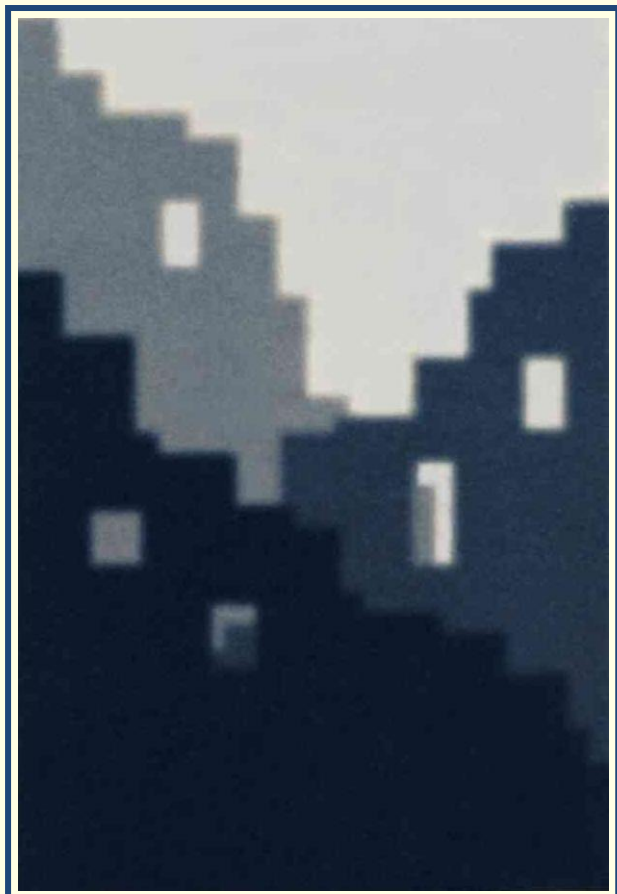
9. Kępiński A.: Rytm życia. Kraków 1984.
10. Kiedrzyńska W.: Ravensbrück. Kobiety obóz koncentracyjny. Warszawa, 1961.
11. Kielar W.: Anus mundi. Wspomnienia oświęcimskie. Kraków, 1972.
12. Kosiński J., Sobczyk W. (red.): Niemieckie obozy koncentracyjne i ich filie. Stephans Kirchen 1999.
13. Krzywobłocka B.: Die erste Tage des Krieges. [w:] Wach auf, es ist Krieg. Die Polen und Deutsche dem 1 September 1939 erlebten. Bichfeld, 1989.
14. Krzywobłocka B. (red.): My, dzieci z łagrów. Warszawa 1998
15. Langbein H.: Ludzie z Auschwitz. Oświęcim, 1994.
16. Los Cyganów w KL Auschwitz-Birkenau. Oświęcim, 1994.
17. Obozowy świat snów. [In] Jagoda Z., Kłodziński S., Maślowski J.: Oświęcim nieznanym. Kraków, 1981.
18. Pawełczyńska A.: Wartości a przemoc. Zarys socjologii problematyki Oświęcimia. Warszawa, 1973.
19. Ptakowski J.: Oświęcim bez cenzury i legend. Nowy Jork, 1985.
20. Półtawska W.: Ja boję się snów. Warszawa, 1969.
21. Steger B., Thiele G.: Der dunkle Schatten. Leben mit Auschwitz. Erinnerungen an Obli Reichert Wald. Marburg, 1989.

Halina Birenbaum

DZIEWCZYŃKA Z LAT ZAGŁADY

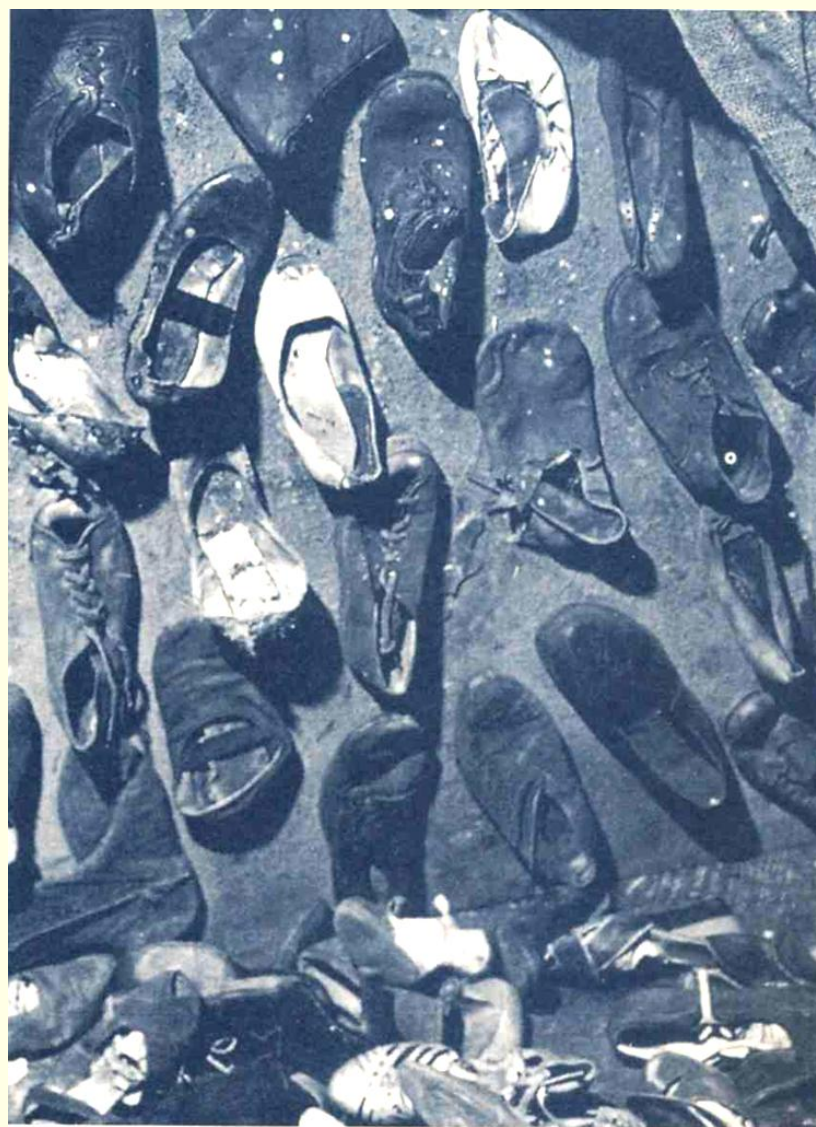
*Zawsze widzę siebie jako
ową małą dziewczynkę
z lat zagłady
Czuję ją w sobie niepoprawnie
również na progu starości, ją tylko pamiętam
utożsamiam się z jej postacią
wszystko inne oddalam od siebie, zapominam
Wielka jest we mnie ta wieczna dziewczynka
z lat zagłady
ona nie chce utonąć w cieniu lat i odmiennych
zdarzeń
pędzi za mną szlakiem moich wszystkich dróg
nie pozwala mi otrząsnąć się – stać się
dorosłą
wciąż zmartwychwstaje od nowa z tej
przeszłości czarnej
i dyktuje mi, podpowiada, prowadzi
Nie mogę oswobodzić się z jej postaci
piszę o niej, poprzez nią –
nie ma końca jej opowieściom, nie ma końca
Ona nie zniknie nigdy
nie umrze
ta mała-wielka dziewczynka staruszka
z lat zagłady*

6 października 1985



BRZEMIEŃ SYBIRACKIEJ PRZESZŁOŚCI

dr Anna Milewska-Młynik
Historyk



Replika III, fragment spektaklu (teatr Studio w Warszawie), 1973
Józef Szajna

Ludzie obarczeni balastem zesańczych przeżyć, po powrocie do kraju nie byli już tacy jak dawniej. Walka o przetrwanie, o zachowanie własnej godności, rozłąka z rodziną lub śmierć bliskich wytworzyły w nich specyficzny rodzaj wrażliwości, często niezrozumiały dla tych, którzy nie mieli podobnych doświadczeń. Jedynie dla osób posiadających pewną wiedzę historyczną o zesłaniach, reakcje Sybiraków wydają się dość oczywiste. Stosunkowo łatwo zrozumieć, dlaczego ludzie, którzy zostali wygnani z własnych domostw, zaznali wiele nie zasłużonego zła i uważają, że ocaleli cudem, cechuje głęboki uraz do systemów totalitarnych, bezkompromisowość w wydawaniu ocen, patriotyzm, religijność, czasem skrytość. Czym jednak tłumaczyć ich obojętność wobec dóbr materialnych przy jednoczesnym nadmiernym poszanowaniu czy przywiązaniu do innych rzeczy? Dlaczego mają łzy w oczach, gdy wspominają rozmaite fakty ze swojego życia, które dla przygodnych osób wydają się mało znaczące? Czy nie wydaje się dziwne, że dojrzały ludzie ciągle mówią o swoich rodzicach, używając słów „mamusia” i „tatuś” lub z uczuciem wspominają nauczycieli sprzed kilkudziesięciu lat? Czemu przejawiają tendencję do przykładania uwagi do poprawnego wystawiania się?

Odpowiedzi należy szukać w ich przeszłości. W syberyjskich wspomnieniach jawią się matki bohaterki dokonujące heroicznych wysiłków, by uratować dzieci, pedagodzy otaczający swoich podopiecznych wszechstronną opieką, obcy ludzie świadczący potrzebującym bezinteresowną pomoc. Spotkamy w nich także informacje o wszechobecnym głodzie, materialnej nędzy, deptaniu godności, próbach pozbawienia Polaków ich języka i kultury.

Najczarniejsze scenariusze pisało życie łagierników. W sowieckich obozach pracy wielu więźniów dotarło do granicy wytrzymałości. Tych, którzy ją przekroczyli, czekała śmierć, utrata zdrowia lub psychiczne okaleczenie.

W pamiętnikarskiej literaturze łagrowej destrukcyjne działanie obozowej rzeczywistości na psychikę przedstawiane bywa podobnie; w pierwszym okresie po zniewoleniu Polacy bardzo wyraźnie rozróżniali dobro od zła, działali według własnych wzorów postępowania, próbowali przeciwstawiać się nieprawościom. Reakcją otoczenia, złożonego w dużej mierze z kryminalistów, była drwina, politowanie lub znęcanie się. Obeznani w obozowych realiach więźniowie mieli zresztą pewność, że wkrótce różnice między nimi a „polskimi panami” zatrą się. W ekstremalnych warunkach ceną za uratowanie własnego życia niejednokrotnie było sprzeniewierzenie się ideałom. Ich przewidywania częściowo się sprawdziły – poniżany, głodny i chory polski łagiernik stopniowo tracił dawną osobowość, minimalizował działania i myśli do szukania sposobów fizycznego przetrwania.

Były więzień obozu w Borowiczach widział następujące zdarzenie w tamtejszym lazarecie. Jeden z chorych znajdował się w krytycznym stanie, miał wysoką gorączkę i biegunkę. Sanitariusz ściągnął zabrudzoną przez niego pościel i ubranie, nie dając mu żadnego innego nakrycia, mimo że było wtedy bardzo zimno. Umierający, choć nieprzytomny, instynktownie próbował się ratować i dowlóknął się do łóżka innego chorego. Ten jednak zrzucił go na podłogę – obawiał się, że jego pościel też zostanie zabrudzona, przez co również straci okrycie i może umrzeć z zimna. Tej samej nocy chory na biegunkę, pozbawiony jakiegokolwiek pomocy ze strony lekarza i więźniów, zakończył życie.

Opowiadając po latach zaistniałe zdarzenie, mój rozmówca uznał, że zachowanie ludzi w lazarecie było okrutne, ale nie mogli postąpić inaczej. Potem musieli żyć ze świadomością tego zła.

Paweł Zworski w opracowaniu *Deportacja – zesłanie – powrót* zrekapitulował nastawienie osób represjonowanych na Wschodzie następująco: „podstawową i jedyną treścią życia wszystkich Polaków, którzy zostali zmuszeni do węgetacji w zupełnie odmiennych niż w Polsce trudnych warunkach, była walka o byt, o fizyczne przetrwanie”.³

³ Paweł Zworski, *Deportacja – zesłanie – powrót. Refleksje osobiste* [w:] J. Ciesielski (red.), S. Kuczyński (red.), *Polacy w Kazachstanie* Wrocław 1996, s. 449.

Z kolei Ewa Kowalska pisze, „że wszystkie normy obowiązujące w kraju stały się na zesłaniu dysfunkcyjne”⁴ Wiele w tym racji, gdyż represjonowani musieli nauczyć się kłamać, kraść, prawić pochlebstwa ciemiężycielom, a niekiedy taić również własne pochodzenie.

Jest prawdopodobne, że na zesłaniu najgorszym wrogiem polskości był upływ czasu i tak zwana stabilizacja sytuacji. Lata pobytu w ZSRR odciskały na ludziach osobliwe piętno, przez co nie zawsze udawało się im wygrać z przytłaczającą rzeczywistością. Niektórzy zwątpili, że będą mogli wyrwać się z kraju niewoli i, by polepszyć swój los, zawierali związki małżeńskie z miejscowymi, odcinając sobie w ten sposób możliwość powrotu. Z kolei ludzie starzy, chorzy, pozbawieni rodzin czasem nie byli w stanie zmobilizować się do długich, żmudnych i kosztownych starań o wyjazd. Musieli pogodzić się z losem i na zawsze pozostać na obcej ziemi. Podkreślić należy, że prawie zawsze pocztywaliby to sobie za osobistą klęskę a nie wolny wybór.

Szczególnie podatne na obce wpływy były polskie dzieci, uczące się w rosyjskich szkołach na zesłaniu; często traciły umiejętność swobodnego komunikowania się w ojczystym języku. Co gorsze, zdarzało się, że przejmowały wówczas obce wzorce i traciły więź z własnym krajem.

Oto jeden z przykładów. Irena Andrzejewska została zesłana z rodziną do osady Ozierki w obwodzie swierdłowskim, gdzie zmarła jej matka. Z początku przygarnęła ją Rosjanka, która obchodziła się z nią źle, później została oddana do domu dziecka. Przez kilka lat wychowywała się wyłącznie w rosyjskim otoczeniu. Pisała o tym w liście do przyjaciółki: „W pierwszej klasie szło mi bardzo dobrze dostawałam premie. Nikt nie wiedział, że jestem polka Bałam się mówić myślałam że mnie znów wywiozą gdzieś. Mnie traktowano jak swoją”.

List, pisany wkrótce po powrocie do kraju w 1960 roku, roi się od błędów i rusycyzmów. Można przypuszczać, że we własnej ojczyźnie widywała na ustach swoich rozmówców złośliwe uśmieszki. Nie wydaje się też, by była akceptowana, gdyż po latach spędzonych wśród obcych różniła się od polskiego otoczenia nawykami i mentalnością. Chyba przez całe życie nie mogła odnaleźć swojej „spokojnej przystani”.

⁴ Ewa Kowalska, „Przystosować się lub zginąć”. Uwagi do problemu adaptacji Polaków w miejscach przymusowego osiedlenia w Kazachstanie [w:] Op. cit., s. 315.

Łatwiej udawało się zachować własną tożsamość ludziom, którzy trafili na zesłanie w dojrzałym wieku. Ale i w tym przypadku wieloletni pobyt w obcym środowisku nie pozostawał bez śladu. Były nauczyciel, Stanisław Cisek, więzień obozów i osiedleńców pisał do swojej żony Anieli: „A gody prochodiat, wsie łuczszije gody ... Już 13 lat wnet, jak żyję w obcym kraju. Już wnet 7 lat, jak wojna się ukończyła, a ja ciągle w obcym kraju. Tak mi żal, że ostatnie młode lata tak marnie przepadają, ostatnie młode lata. Mnie już dzisiaj 48 rok! Żeby ty znała, jak ja strasznie chcę wyjechać!” (Jekaterinowka, 2 marca 1951 r.).

Odseparowanie od własnego środowiska w przypadku Stanisława Ciska nie potrafiło zniszczyć więzi z przeszłością, choć kruszyło niektóre zewnętrzne oznaki polskości. Pozostawało uczucie osamotnienia, niechęć do świata, w którym przyszło mu żyć i wielka tęsknota za bliskimi. Z całej zachowanej do dziś korespondencji Stanisława Ciska przebija poczucie doznanej krzywdy.

Jednak ten udręczony (bardziej psychicznie niż fizycznie) człowiek, zachował jeszcze możliwości i siły, by dzielić się swoimi problemami z żoną, do której często słał listy. Niektórym i to nie było dane. Irena Bernatkowa, pisząc do swojego ojca, przeproszała go za długie milczenie. W liście argumentowała przyczynę takiego stanu rzeczy następująco: „Proszę się nie gniewać, że nie pisze mama, bo wszyscy tak pomęczeni, że ręce się nie podnoszą, ja korzystam, że w nocy nie ma pracy” (Ostrówka, 29 maja 1945 r.).

Przygnębienie, walka z głodem, dziesiątki problemów, z którymi trzeba było zmagać się na co dzień – oto treść życia zesłańców z lat czterdziestych. Nieliczne zajęcia intelektualne, przede wszystkim czytanie przywiezionych ze sobą książek czy nadsyłanej prasy, stanowiły nie tylko ucieczkę od rzeczywistości, ale też pomagały zrealizować praktyczny cel, którym było zachowanie łączności z innym światem i pielęgnowanie własnej tożsamości.

Mimo usilnych prób obrony przed sowietyzacją długoletnia niewola wywierała jednak piętno na psychice ludzkiej. Obce środowisko, indoktrynacja, często brak nadziei zaciemniały tak odległy już obraz przedwojennego świata. Aktualna rzeczywistość przestawała być zupełnie obca. Stare wzorce mieszały się z nowymi. Nadal było jasne, że trzeba wszelkimi siłami dążyć do powrotu. Ale czy uświadamiano sobie, do jakiej Polski chce się wrócić?

Wiara Bujalska, mądra, wykształcona kobieta, przez blisko 10 lat więziona w obozie Dolinka (obwód karagandyjski), pisała do córek po

zgonie Bolesława Bieruta: „Dziś po radio usłyszałam żalobną wieść o śmierci Prezydenta. Cześć Jego pamięci. Kraj i Naród i ja razem z Wami przeżywamy tę smutną chwilę z bólem i trwogą”.

Wiara Bujalska zapewne szczerze pisała te słowa. Nową polską rzeczywistość poznała dopiero po powrocie, kiedy PRL liczyła już sobie 10 lat.

Historia zesłań nie skończyła się wraz z powrotem do Polski ludzi ze Wschodu. Sybiraków, uznawanych w kraju za wrogów nowego porządku, zmuszano przez dziesiątki lat do skrywania swoich przeżyć. Bezlitosny los sprawił, że wielu krzywd i zaniedbań nie udało się już naprawić. Ludziom, którzy powrócili z zesłania w średnim lub późnym wieku, nigdy nie dana była nadzieja jakiegokolwiek (choćby tylko moralnego) zadośćuczynienia i odeszli z piętnem podejrzanych obywateli drugiej kategorii. Pozostali noszą w sercu bolesne zadry, bo zbyt długo musieli cierpieć w milczeniu.

Zła przeszłość potrafi zniewolić człowieka na zawsze. Poznałam wielu Sybiraków, których spotkał taki los. Jednym z nich był Igor Pietkiewicz. Przez 16 lat więziono go w ciężkich obozach na północy; po powrocie nie potrafił zniszczyć w sobie łagiernika. Kiedy okres zasądzonej mu kary zakończył się i wyszedł za bramę obozu, poczuł paraliżujące przerażenie. Pozostawił świat, który znał, na zewnątrz wszystko było obce. Zdążył się przyzwyczaić do głodu, zimna, samotności, odmierzania czasu pracą, snem i jedzeniem. Na wolności musiał od nowa uczyć się żyć. Na naukę było już chyba za późno. Przez lata spędzone wśród kryminalistów stracił potrzebę kontaktu z ludźmi. W obozie jego jedynym przyjacielem był kaleki kot, a po powrocie do kraju wybrał życie samotnika. Gdy znajomi próbowali go nakłonić, by spędził z nimi święta, odmawiał grzecznie lecz stanowczo. Tłumaczył im, że uczi te dni po swojemu – ugotuje kartofli, włączy muzykę, tak jak to czynił w Workucie.

W obozie nabawił się ciężkiego inwalidztwa, w Polsce żył więc z renty. Dni wypełniało mu pisanie wspomnień, które urosły do kilku opasłych tomów. Nieustannie coś w nich zmieniał, dodawał nowe fakty i komentarze. Myśлами nadal pozostał w Workucie, a dzień dzisiejszy dlań nie istniał.

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę, która świadczy o jego głębokiej więzi z przeszłością. Igor Pietkiewicz, wracając do kraju, zabrał ze sobą używane w Workucie prześcieradło i czapkę uszatkę. Kilka lat temu po długich namowach zgodził się przekazać te

rzeczy muzeum. Kiedy go odwiedziłam z prowadzącą pertraktację Sybiraczką, podtrzymał swoją decyzję, zastrzegając się jednak, że w tym roku nie może ich oddać, gdyż nadal je wykorzystuje. Dla potwierdzenia swoich słów odsłonił pościelone na łóżku prześcieradło i pokazał na nim stempel z napisem „Workuta”. Potem otworzył szafę, gdzie na półce obok kilku zimowych nakryć głowy znajdowała się również stara uszatka. Następnie zażyczył sobie, abyśmy wszyscy sфотографowali się w tej czapce, choć po dziesiątkach lat używania była już mocno sfatygowana. W nagrodę obiecał, że jak tylko skończy się zima, na pewno ją odda. Minął jeden rok, potem drugi, a czapka nadal służyła właścicielowi. Próby przekonania go, że muzeum będzie dla niej godnym miejscem, spełzły na niczym. W końcu umarł, a czapkę wyrzucono na śmietnik. Dodam jeszcze, że Igor Pietkiewicz otrzymywał wysoką rentę i mógł sobie pozwolić na kupno rzeczy nowych, dobrych jakościowo. Odniosłam jednak wrażenie, iż pamiętki z Workuty traktował jak część siebie.

Igora Pietkiewicza cechowała życiowa bierność. Należał do gatunku ludzi bardzo energicznych, aktywnych, a jednocześnie dosyć obojętnych wobec teraźniejszości. Przeważnie są to osoby koncentrujące swoje wysiłki na dokumentowaniu zesłańczej przeszłości, w ich postępowaniu została zachwiana równowaga w dzieleniu własnego czasu na sprawy dawne i bieżące.

Takim właśnie człowiekiem był nieżyjący już Henryk Witrylak. Ten żołnierz AK, więzień sowieckich łagrów i zesłaniec na Kołymę wydał wszystkie oszczędności na podróż niegdyś przebyłym szlakiem i poszukiwanie świadectw represjonowania Polaków. Zgromadzone pamiętki eksponował później na wystawie autorskiej, z którą jeździł po całym kraju. Często inicjował też spotkania z różnymi środowiskami, by opowiadać o własnych sybirackich doświadczeniach. Dodam jeszcze, że Henryk Witrylak po powrocie do kraju przez wiele lat był aktywny zawodowo. Za swoją pracę i działalność społeczną otrzymał szereg odznaczeń, lecz po przejściu na emeryturę po prostu zamknął tamten etap życia. Uznał, że godzien upamiętnienia jest tylko okres zesłania. Inną formą koncentrowania działań na dokumentowaniu losów Polaków na Wschodzie jest twórczość artystów, posiadających sybiracką przeszłość. W swoich pracach próbują ukazać osobiste doświadczenia, odtworzyć stany emocjonalne, takie jak strach, rozpacz czy cierpienie. Są nie tylko świadectwem realnych warunków życia, ale też ukazują wewnętrzny dramat skrzywdzonego człowieka.

Do najciekawszych, znanych mi prac o tematyce sybirackiej należą obrazy Feliksa Mostowicza i Stefana Centomirskiego. Obydwaj są potomkami zesańców i większość swojego życia spędzili w ZSRR. Od kilku lat mieszkają w Polsce, jednak złowrogie widmo przeszłości dręczy ich nadal, czego dowodzi dramatyczna treść tworzonych przez nich obrazów, poświęconych zbrodniom totalitaryzmu. Dużą wartość poznawczą mają też prace malarek Janiny Boguszowej, Janiny Czuchnickiej, Anny i Janusza Tłomakowskich oraz rysunki Aliny Maliszewskiej, ukazujące w graficznej formie jej własne przeżycia, historie opowiadane przez innych zesańców czy wydarzenia opisywane w książkach.

Pierwsza z wymienionych tu pań, Janina Boguszowa, na odwrocie swoich prac podaje komentarze objaśniające przedstawione sytuacje. Opisy te stanowią integralną część obrazów i są dla autorki równie ważne jak samo malowidło.

Ze sferą przeżywania sybirackiej przeszłości wiąże się też twórczość literacka byłych zesańców. Utwory poetyckie, pamiętniki, zbeletryzowane wspomnienia przywołują obraz dawnych wydarzeń, są wyrazem hołdu dla niewinnych ofiar, oskarżeniem prześladowców, próbą zbilansowania doznanych krzywd. Stanowią więc swoistą formę rozrachunku z przeszłością.

Niektóre dzieła poetyckie mają charakter moralizatorski i wytyczają młodszemu pokoleniom drogi właściwego postępowania. Takim właśnie utworem jest wiersz Mariana Jonkajtysa „Wnukowie Sybiraków”. Oto jego fragment:

*Nie dopuśćmy by mierni
Modnych dóbr konsumenci
I narkotyk dyskotek
Uzależnił nasz los...
Bądźmy – w razie potrzeby –
Wierni Dziadów pamięci,
Tak – jak Oni – gotowi
Życie rzucić na stos...*

Żywiona przez część Sybiraków nadzieja, że ich cierpienie może dziś zaowocować wymiernym dobrem zapewne przynosi im ulgę. Dlatego przykładają dużą wagę do edukacji młodego pokolenia i chcą mieć wpływ na dzisiejszy model kształcenia. By to osiągnąć, uczestniczą

w spotkaniach z nauczycielami, ich wychowankami i harcerzami, w czasie których prezentują swoje poglądy na tematy historyczne i etyczne.

Reakcją na dawne przeżycia bywa też milczenie. Niektórzy Sybiracy usiłują bowiem wyrzucić złe wspomnienia z własnej świadomości lub nie mogą o nich mówić. Część z nich próbuje uciec od przeszłości i nie angażuje się w działalność związaną z obchodzeniem rocznic, popularyzacją wiedzy o deportacjach oraz unika spotkań towarzyskich, organizowanych przez koła Związku Sybiraków. Swoją postawę ludzie ci tłumaczą przeważnie tym, że wiele wycierpieli i nie chcą uczestniczyć w niczym, co przypomina im najgorsze lata ich życia.

Nieco inne przyczyny powodują, że Sybiracy zamykają się w sobie. Choć nie stronią od towarzystwa ludzi obarczonych podobnymi doświadczeniami, w czasie tych spotkań są raczej obserwatorami i słuchaczami; rozmowa o dręczących ich do dziś wspomnieniach wiąże się z wielkim stresem. Jedną z znanych mi pań jako kilkunastoletnia dziewczyna została odłączona od grupy deportowanych z nią Polaków i trafiła do omskiego więzienia, gdzie panowały bardzo ciężkie warunki. Dzisiaj zajmuje się dziennikarstwem, lecz mimo łatwości w posługiwaniu się piórem, nie potrafi podzielić się z czytelnikami przeżyciami, a nawet wspominać o nich. Dopiero po długich prośbach udało się ją namówić do opowiedzenia swojej historii. Na spotkanie przyszła bardzo spięta, nie wiedziała, od czego zacząć relację. Mówienie wiele ją kosztowało; zaś wspominając, płakała.

Swoistą reakcją na doznane krzywdy jest też specyficzny stosunek Sybiraków do miejsc zesań. Ludzie represjonowani na Wschodzie często nie traktują obszarów, takich jak Syberia, Ural czy Kazachstan w kategoriach geograficzno-kulturowych, tylko realno-bytowych. Bezmierna tajga to miejsce przymusowego pobytu, w którym wykonuje się ciężką pracę, żywi „orzeszkami cedrowymi”, traci kontakt z cywilizacją; równinne pustkowia kazachstańskie – to obszar jałowy, zwany przez zesańców „głodnym stepem”; daleka północ – to lodowa pustynia, żądna ludzkich ofiar. Z kolei sama, powszechnie stosowana, nazwa „Sybir” również nie oznacza konkretnej krainy geograficznej, lecz jest symbolem cierpienia wielu pokoleń Polaków.

Lepsze czy gorsze warunki klimatyczne poszczególnych obszarów, urodzajność ziem czy stopień industrializacji terenu stanowiły główne wyznaczniki wydawanych ocen, gdyż wiązały się z możliwościami zaspokojenia podstawowych potrzeb. Probierzem realiów życia w róż-

nych częściach „Sybiru” była natomiast częstotliwość zgonów czy kondycja fizyczna przebywających tam zesłańców.

Bilans własnych doświadczeń nakazał Sybirakom nazwać obszar ich przymusowego pobytu „Golgotą Wschodu”, „ziemią przeklętą”, „łodowym piekłem” czy „więzieniem bez krat”. Nic więc dziwnego, że opuściwszy niegdyś te miejsca, pragnęli odejść z nich na zawsze. Jednak dziś coraz częściej się zdarza, że Sybiracy wyruszają w podróż, określaną przez nich jako pielgrzymka na „Golgotę Wschodu”.

Była zesłanka, Barbara Piotrowska-Dubik, jadąc do Kazachstanu, zadała sobie pytanie: „Rozmyślam ... dlaczego pomimo tylu cierpień, pomimo morza cierpień, chcę powrócić do miejsc, z których, po ludzku sądząc, nie było powrotu?”⁵

Pytanie jest warte zastanowienia, bowiem nie wszyscy, którzy doświadczyli represji na Wschodzie, chcą lub potrafią powtórzyć przebycie niegdyś drogę. Rozmowy z Sybirakami uświadomiły mi bowiem, że spotkanie z cieniami przeszłości byłoby dla wielu przeżyciem zbyt ciężkim.

Wydaje się, że dla większości osób, które decydują się na taką podróż, wyprawa ma w pewnym sensie charakter ekspiacyjny. Na obcej ziemi pozostały groby ich bliskich i miejsca o szczególnym znaczeniu. Ocaleni chcą zbliżyć się do tych, którym zabrakło szczęścia; pragną zapalić znicze na zapadających się grobach, podążyć drogami przemierzonymi niegdyś z matką, siostrą czy bratem, wspominać przeszłość z dawnymi sąsiadami. Pewną ulgę przynosi im świadomość, że na mogiłach bliskich sercu osób nie pleni się zielsko, a widok miejsc związanych z ich losami powoduje, iż obraz tych, którzy odeszli, staje się niemal realny.

Niektórzy Sybiracy wracają, by lepiej zrozumieć samych siebie. Po dziesiątkach lat spędzonych we względnie stabilnych polskich realiach, trudno im uwierzyć, że mogli kiedyś żyć i pracować w ekstremalnie trudnych warunkach. Widok lepianki, pozostałości starych kopalnianych wyrobisk czy „głodnego stepu” wywołuje refleksję nad determinacją człowieka, który postanowił przetrwać.

Czasem kierują się potrzebą spełnienia określonej misji. Celem ich wyprawy może być umieszczenie tablicy pamiątkowej czy krzyża w miejscach związanych z martyrologią zesłańców lub przywiezienie do kraju urny z pobraną tam ziemią. Niektórzy chcą udzielić material-

⁵ Barbara Piotrowska-Dubik, *Ślady na stepie*, „Nasz Dziennik”, 28.11.2001

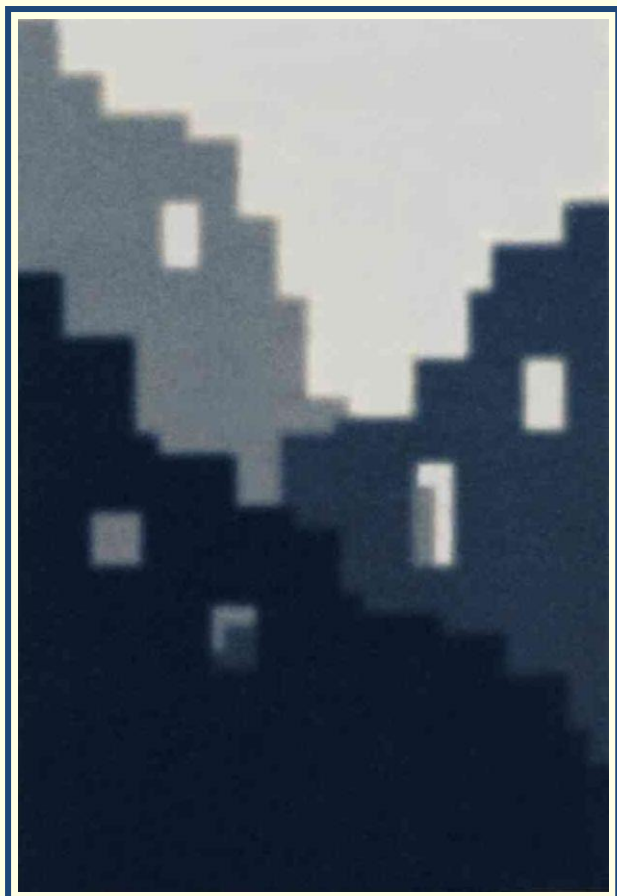
nej pomocy Polakom, którzy nadal przebywają na obczyźnie lub wesprzeć finansowo działającą tam katolicką wspólnotę.

Zdarza się również, że osoby niegdyś represjonowane podróżują w celach poznawczych. Ci, których wywieziono, gdy byli małymi dziećmi, chcą sami się przekonać, jak wygląda kraj znany im głównie z relacji bliskich.

Podróż śladami przeszłości jednym przynosi ukojenie, innym gorycz. Ludzie, którym udało się zrealizować założony cel, zachowują się tak, jakby zrzucili z siebie uciążliwy balast.

W ubiegłym roku towarzyszyłam grupie Sybiraków w podróży do Kazachstanu, mogłam więc zaobserwować zmiany w ich zachowaniach. Początkowo część osób była milcząca lub wręcz przeciwnie – przesadnie elokwentna czy drażliwa. Niektórzy podróżnicy mieli łzy w oczach i stronili od towarzystwa. W miarę upływu dni zaczynali też postrzegać Kazachstan oczami turystów i przeszłość, przynajmniej częściowo, przestała rządzić ich zachowaniem. Tylko jeden uczestnik, gdy nie udało mu się dotrzeć pod Semipalatyńsk, gdzie został pochowany jego brat, wkrótce pożegnał się z grupą, by samotnie powrócić do Polski.

Trzeba jednak podkreślić, że od obrazu dawnego Kazachstanu ludzie ci zapewne nigdy się nie uwolnią i, jak myślę, nawet tego nie chcą. W obecnym, szybko zmieniającym się świecie czują się strażnikami prawd, o których inni woleliby zapomnieć.



SIEROTY WOJENNE

**Przyczynek do poznania choroby sieroczej
na podstawie losów osieroconej rodziny
czterech sióstr Malcówien
oraz doświadczenia z życia i z pracy
z sierotami naturalnymi i społecznymi**

Janina Zielińska

Witomiła Wołk Jezierska

RÓŻNICA BÓLU

*Las
na zapadliskach dołów
konarami
dźga niebo.*

*Niech boli
jak nas sieroce rany.*

*Wam – żonom
i nam – dzieciom
żółć sączą kosogorskie doły*

*i pijemy
po kropli*

dzień po dniu

*rok po roku
– do dna.*

Obraz choroby sierocej obejmuje zespół charakterystycznych dla niej symptomów, objawów. Władysław Kopaliński tłumaczy „syndrom” jako zbieganie się, połączenie różnych czynników.⁶

W przypadku sierot wojennych, na chorobę sierocą ma wpływ stres związany z wysiedleniem z własnego domu, rozłąkę z rodzicami, a nawet utratą ich. Nakłada się na to niedostatek spowodowany brakiem opieki rodziców i związane z tym liczne, trudne sytuacje życiowe.

Późną jesienią 1942 roku, Niemcy rozpoczęli wysiedlanie powiatu zamojskiego. Ludność kierowano do obozu w Zamościu lub Zwierzyńcu. W Zamościu dokonywano segregacji. Dla starców i dzieci miały powstać tzw. wsie rentowe, ale nigdy nie powstały. Najbardziej bezbronnych wywożono „donikąd”.

Nasza rodzina składała się z dwojga rodziców i czterech córek: Marianny (13 lat), Genowefy (9 lat), Julianny (7 lat) i Janiny (4 lata). Byliśmy wysiedleni w pierwszej kolejności.

Wysiedlenie przeważnie przebiegało jednakowo. Bardzo wczesnym rankiem Niemcy wraz z Ukraińcami otaczali wieś i budzili ludność waleniem w drzwi kolbami karabinów. Dawano mało czasu do zabrania czegokolwiek do obozu. Nikt nie mógł uciec, groziło to rozstrzelaniem. Mama ubrała dzieci zerwane ze snu, mogła zabrać niewiele żywności na drogę. Ojcu kazano nakarmić zwierzęta domowe. Wszędzie chodził za nim Ukrainiec z bronią gotową do strzału.

⁶ Więcej o tym w *Słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z Almanachem*, W. Kopaliński (red.) Wiedza Powszechna, Warszawa 1994, Wyd. 22, s. 490.

Po wygnaniu z domu, pędzono nas w stronę lasu. Część osób czekała w leśniczówce, a część dzieci i starców można było posadzić na saniach, bo chłopom zarekwirowano konie i sanie do wysiedleń. Tak czekaliśmy do zmroku, potem utworzono kolumnę i pieszo pognano ją do obozu w Zamościu, „za druty” – jak mówili tutejsi. Wszystko to odbywało się w atmosferze strachu: Niemcy krzyczeli, poganiali ludzi, bili kolbami. Opornych rozstrzeliwano na miejscu, nawet na progu własnego domu.

Obóz w Zamościu był zorganizowany na końskim targu. W baraku przejściowym była duża hala: tu przed selekcją gromadzono wszystkich wysiedlonych – staruszków, ludzi w sile wieku (przeznaczeni na roboty) i dzieci. Wszyscy opatuleni w zimowe palta, wielkie chusty byli stłoczeni tak, że trudno było się poruszać, nie było miejsca do spania. Rodzina mogła wygospodarować miejsce do leżenia zaledwie dla jednej osoby, przeważnie dla dziecka, reszta musiała stać. Ludziom puchły nogi. W takich warunkach nasz Ojciec, jakby żegnając się z dziećmi, uczył najstarszą Marysię dat urodzenia sióstr, dawał rady na przyszłe życie „gdyby zabrakło rodziców”. W obozie w Zamościu przebywaliśmy dwie doby.

W tej hali odbywała się pierwsza selekcja. Przyniesiono stoły i krzesła dla Niemców. Wyczytywano nazwiska i kolejno podchodziła do stołu cała rodzina. Oddzielano dzieci od rodziców – nas też rozdzielono. Rozpacz z powodu rozłąki była wielka. Marysia kurczowo trzymała rękę Mamy i nie dawała się oderwać. Niemiec uderzył Mamę kolbą karabinu, twarz zalała się krwią – na fotografii obozowej z Oświęcimia widać tę zabliznioną ranę. Z chwilą rozstania ciężar odpowiedzialności za młodsze siostry spadł na Marysię.

W obozie panowały epidemie czerwonki i duru brzuszego. W czasie epidemii duru wyrzucono nas z baraku na plac obozowy i tam staliśmy na mrozie około 5 godzin, aż z baraku wyrzucili całą słomę do spania. Potem już nie było słomy. Raz „odwiedził” nas Ojciec. Przedostał się pod drutami ogrodzenia, przyniósł rondel z zamrażoną gotowaną fasolą. Ubranie miał całe w strzępach, a przecież była zima.

Mama też dostała się do nas jeden raz i przyniosła kostki cukru zawinięte w chustkę. Potem zobaczyłyśmy rodziców dopiero wtedy, gdy grupę dzieci gnano drogą pomiędzy barakami. Wszyscy rodzice stłoczyli się w oknach. Marysia niosła mnie chorą na rękach i pokazała, gdzie stoją rodzice. Tatę zobaczyłam i tak go zapamiętałam. Mamy nie pamiętam. Nie mogłam odnaleźć jej wzrokiem wśród tyłu głów.

Jej obraz odtworzyłam sobie później, kiedy dostałam fotografię z Oświęcimia.

Wywożono nas z Zamościa „widmowymi” pociągami – dzieci i starcy byli wycieńczeni. Na czas transportu rzucono chleb po jednym na rodzinę, ale Marysia nie złapała – na podróż niczego nie miałyśmy. Głód i mróz powodowały zgony w transportach. Śmierć była codziennością.

Nasz transport dotarł do Siedlec. Ludzie zabierali chore, zawszone dzieci do swoich rodzin. Część prosto z rampy kolejowej wożono do szpitali, dla pozostałych tworzone doraźne domy opieki, gdzie razem z dziećmi przebywały starszki.

Mnie (Jasię) zawieziono do szpitala jako jedną z pierwszych. Byłam sina, miałam szczękościsk i duży głodowy brzuszek. Na całym ciele były guzy z odmrożenia i odleżyny z choroby w obozie. Właśnie skończyłam 4 rok życia.

Dziewięcioletnią Genię odizolowano od reszty dzieci. Miała wysoką temperaturę i silnie kasłała, lekarz stwierdził gruźlicę.

Siedmioletnią Julcię chciało wziąć kilka rodzin, ale Marysia zdecydowała się oddać ją dopiero wtedy, kiedy dwie siostry obiecały opiekę nad Jasią i Genią. Marysię wzięto do opieki nad dwoma chłopcami i mieszkała na tej samej ulicy, naprzeciwko siostry, tak że mogły widywać się codziennie. Po miesiącach leczenia zabrano mnie do tej samej „cioci Kasi”, u której była Julcia. Od nowa trzeba było mnie uczyć chodzić.

Gdy rozstrzelano wujka, Julcię, jako ładniejszą, wzięła następna rodzina, a mnie oddano do ochronki, w której dzieci traktowane były jak dopust boży i bite za błahe przewinienia.

Czasami cały dzień zbierałyśmy chleb, aby najeść się raz do syta, ale ten chleb nie nadawał się do spożycia. Wystukiwałyśmy robaki z pajdek, moczyłyśmy i jednak jadły.

Nie docierały do nas paczki UNRA. Jeśli gdzieś w mieście zepsuły się śledzie lub inna żywność, oddawano ją sierotom. Tak trafiała do nas zarobaczyniona mąka, fasola czy groch, beczki nadpsutych śledzi.

Zamiast sukienek nosiłyśmy męskie koszule założone „tył na przód”. Na co dzień miałyśmy granatowe fartuszki szkolne z podszewki, które latami cerowało się na łokciach, czyściło czarną kawą i prasowało na uroczystości szkolne. Całe lato biegałyśmy na bosaka. Buty zimowe nosiła jedna po drugiej.

Nie było książek do szkoły, a zeszyty robiłyśmy same z szarego pakowego papieru, liniując je lub kratkując.

Front wojenny zastał nas w Siedlcach w lipcu 1944 r. Było upalne lato, na polach żęte zboże ustawiono już w kopki. Nasz sierociniec został ewakuowany do Stoku Lackiego, gdzie w obawie przed nalotami lotniczymi wykopano olbrzymi dół, zabezpieczono od góry deskami i zamaskowano snopkami. Tam miałyśmy siedzieć w czasie nalotów.

Po przejściu frontu wróciłyśmy do swojego sierocińca. Trafią do nas coraz więcej dzieci. We wrześniu do mojego sierocińca trafiła też Julcia.

Genia, będąc w sanatorium, wychowywała się z dala od sióstr, prawie wcale ich nie znając. Kiedyś jedna z jej wychowawczyń, wiedząc, że Genia ma rodzeństwo w Siedlcach, przywiozła ją do naszego sierocińca, żeby spotkała się z siostrami. Ona nie poznawała nas, a my jej. Dopiero Marysia rozpoznała Genię.

Marysia po powstaniu warszawskim została zabrana do obozu w Pruszkowie, skąd pielęgniarki udało się ją wyprowadzić. Po wyzwoleniu wróciła do swoich sióstr do Siedlec.

To prawda, że linia życiowa kształtuje się w dzieciństwie. Dziś wiem, że stres, silne napięcie, może spowodować chorobę sierocą. Każdy inaczej radzi sobie z urazem psychicznym, są to różnice indywidualne.

Moja siostra Marysia miała nerwicę i wewnętrzny opór do uczenia się języka niemieckiego w szkole średniej. Na lekcjach tak płakała, że właściwie zwolniono ją z nauki tego przedmiotu. Był to stres incydentalny.

Z ochronki pamiętam, jak niedawno osierocone dzieci rozpaczliwie chciały kogoś mieć, jak bezkrytycznie polegały na swoich kolegach-przyjaciółkach, czasami wszystko dla nich poświęcając i narażając się.

Gdy stracono moich Rodziców, zaczęłam 5 rok życia. Wszystkie niepowodzenia przypisywałam sieroctwu, w każdej trudnej chwili myślałam: „gdyby Mama żyła, byłoby lepiej”. Nie miałam pewności siebie, nie miałam oparcia – jak moje rówieśnice. Nie byłam: „dobra, zdolna, podziwiana”, a tylko krytykowana i upominana za wszystko. Ciężar nieudanego dzieciństwa wlecze się nawet za człowiekiem dorosłym i trudno samemu się z tym uporać. Jest to stres chroniczny.

Na postawy życiowe składają się nawyki, przyzwyczajenia, poglądy, czyli normy postępowania, przekonania i postępowanie człowieka. Wszystko to zaczyna się w dzieciństwie, radosnym i pogodnym lub

samotnym i smutnym; stąd popularne stwierdzenie, że radosne dzieciństwo – to radosne, łatwiejsze życie dorosłe.

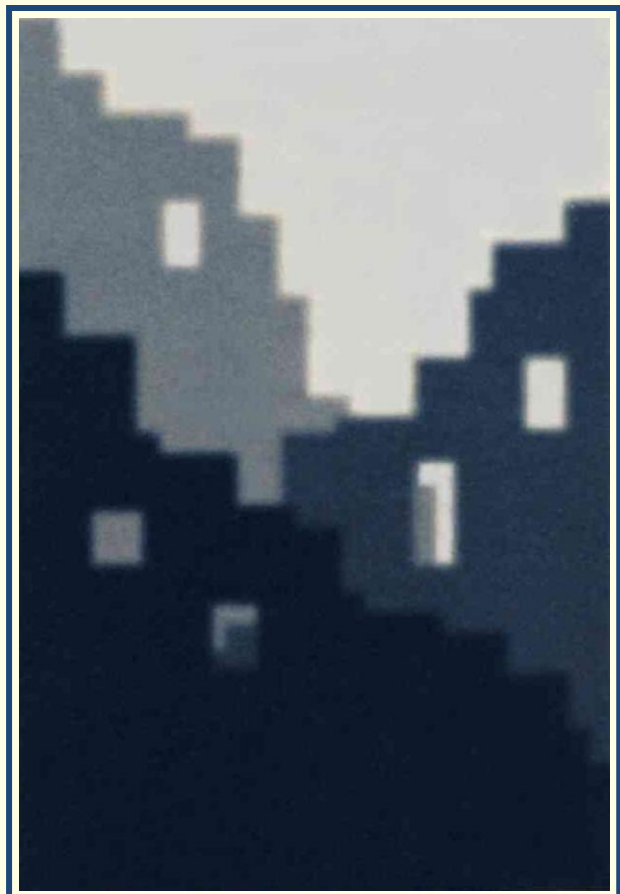
Halina Birenbaum

JAKĄ JA JESTEM MATKĄ

*Zawsze poważna
nie potrafię się cieszyć
nie znam się na żartach
często płaczę
boję się niepotrzebnie
wspominam wciąż lata zagłady*

jakaż to matka!

(17 sierpnia 1984)



REMINISCENCJE Z II WOJNY ŚWIATOWEJ

Mieczysław Skonieczny

Wolontariusz Fundacji Moje Wojenne Dzieciństwo

Henryk Włodzimierz Klimek

PO WOJNIE

*Po latach uwięzienia
gdy nastał koniec złego
wróciliśmy z niewoli
do domu rodzinnego.*

*Wróciła nasza Matka
stamtąd gdzie los nas rzucił
siostra i bracia także
lecz Ojciec już nie wrócił...*

*Zagroda ograbiona
stodoła w zgliszczach leży
a w domu często chleba
nie starcza do wieczery.*

*Skąd zresztą czerpać mąkę
gdy ziarna brak w zagrodzie
trza było wpierw się zabrać
do pracy, choć o głodzie.*

*Z rodzeństwem starszym wtedy
w wąbrzeskiej średniej szkole
ucząc się, każdy odczuł
młodzieńczych lat niedolę.*

*Po lekcjach trzeba było
wracać na wieś do domu
by naszej Matce w pracy
na gospodarstwie pomóc.*

*Złe czasy bez dzieciństwa
i chmurne dni młodości
jak rany tkwią w pamięci
w głębi osobowości...*

W pierwszych dniach wojny w mojej rodzinnej Wrześni Niemcy agresorzy totalnie zbombardowali dworzec kolejowy i jego okolicę. Przebiegającą obok Wrześni drogą z Poznania do Warszawy ciągnęły na wschód rzesze uciekinierów. Po nalocie niemieckich bombowców pozostały na asfalcie okrwawione i poszarpane zwłoki ofiar – kilkudziesięciorga dorosłych i kilkanaścioro małych dzieci – niektóre z nich w lejach bombowych lub w wyrwach nawierzchni asfaltowej. Wstrząsające i niezapomniane wrażenie zrobiła na mnie ocalała z tej masakry młoda matka, z obłędem w przerażonych oczach, kurczowo trzymająca potargane strzępy jakiegoś dobytku. Z nieskładnych jej słów, wykrzykiwanych wśród szlochu, domyśliłem się, że tu zginęło dwoje jej dzieci, wiedzionych przez nią jak najdalej od wojny. Gdzie one teraz są? Jak ich szukać? Co ma począć? Wtedy jeszcze nie wiedziałem, że ulega ona stresowi w najstraszliwszej odmianie PTSD, niszczącej człowieka poprzez całkowite załamanie psychiczne i fizyczne.

Rok szkolny 1939/1940 dla polskiej młodzieży nie rozpoczął się. W budynku naszego gimnazjum i liceum najeźdźcy umieścili szkołę gospodarczą z internatem dla Związku Niemieckich Dziewcząt *BDM*. Męska młodzież niemiecka dojeżdżała do szkoły średniej w pobliskim Gnieźnie. Młodzi Polacy nie mogli się kształcić. Od poniedziałku do soboty hitlerowcy z paramilitarnej *SA* wyłapywali na ulicy polskich nastolatków i pędzili do ciężkich robót przy usuwaniu szkód po bombardowaniu, następnie, w ramach represji, zatrzymywano ich na noc w prymitywnie urządzonych pomieszczeniach, byle jak odżywiano

i wypuszczano dopiero w sobotę po pracy. W poniedziałek Niemcy ponownie zaczęli „polowanie” na przymusowych robotników. Szybko i wyraźnie najeźdźca ustalił podział na Niemców – nadludzi i Polaków – podludzi. Narastała frustracja, a potęgowała ją świadomość, że w „naszej” szkole uczą się dzieci wroga. Późną jesienią 1939 roku Niemcy aresztowali i uwięzili w cytadeli poznańskiej siedemnastoletniego Józia, osiemnastoletniego Kazia i dziewiętnastoletniego Florka oraz dziewiętnastoletniego Mietka. Byli oni harcerzami lub należeli do szkolnej organizacji patriotycznej Straż Przednia. Po kilku miesiącach deportowano ich do obozu koncentracyjnego. Ich winą było to, że należeli do tajnej grupy oporu przeciwko niemieckiej agresji.

Udokumentowane badania Instytutu Zachodniego wykazały, że w Wielkopolsce istniały tajne grupy wolnościowe, liczące z końcem września 1939 roku już około 500 konspiracyjnych uczestników i liczba ta wzrastała.

Te szybko powstałe tajne grupy wolnościowe Wielkopolan, jak i konspiracyjne działania młodych Wrześnian, to objaw stresu pobudzającego do wysiłków obronnych. Podobny stres zrodził się, wzrastał, potęgował i w sierpniu 1944 roku doprowadził Dzieci Warszawy do zrywu powstańczego przeciwko okupantowi.

Oblężenie Warszawy i jej kapitulację w końcu września 1939 roku przeżyli bracia cioteczni Genek ze Śródmieścia i Tadek z Żoliborza, wówczas dwunastolatki. Ich wojenne dzieciństwo wypełniał stres wzbudzający w nich przekorne nastawienie „nie dać się Szkopom, a nawet im przyłożyć”. Podczas powstania warszawskiego, obaj już siedemnastoletni, o dobrej kondycji fizycznej, za punkt honoru uznali współdziałanie z owianym sławą zgrupowaniem Jerzyki i zdecydowali się przedrzeć z nimi do Kampinosu. Genek poległ gdzieś po drodze, a Tadek wrócił na Żoliborz. Jego stres się wzmacniał, a sam Tadek popadał w depresję, stawał się coraz mniej komunikatywny, nadużywał alkoholu, zapadł na gruźlicę. Zmarł w trakcie leczenia w zakładzie psychiatrycznym jako trzydziestoparoletni mężczyzna, a wyglądał niczym cień człowieka. Starszy brat Genka, Jurek (podchorąży AK), wyjaśnił mi, że Genek i Tadek oraz ich rówieśnicy w powstaniu, pomagali sobie alkoholem w opanowaniu stresowych stanów lękowych i strachu. Niestety, w młodzieńczym wieku alkohol pozornie tłumi stany lękowe, zaś jego spożywanie staje się dodatkowym stresem.

Znamienne dzieciństwo wojenne i wynikiły zeń stres przeżył Tadek⁷. Wyszedł z powstania warszawskiego jako dwunastoletni doszczętny sierota. Utracił rodziców, nie miał rodzeństwa ani dalszej rodziny. Jako szesnastolatek ochotniczo stanął do poboru wojskowego. Wcielił go do marynarki wojennej, gdzie przez trzy lata miał „dom z wiktem i opierunkiem”. Po wojsku odchodzący do cywila koledzy z Poznania zabrali go ze sobą. Stres mobilizował go do zmagania z życiem. Koledzy pomogli znaleźć jakiś kątek mieszkalny i Tadek zarabiał skromne pieniądze jako roznosiciel mleka po domach między 5 a 7 rano, zaś na 8 chodził do szkoły. Kiedy we wrześniu 1951 roku wszedłem na lekcję w I licealnej, wstało na powitanie kilkudziesięcioro szesnasto- i siedemnastolatków, a w pierwszej ławce zobaczyłem wyniosłą i barczystą postać w marynarskim mundurze bez dystynkcji (był podoficerem rezerwy). Nie mógł jeszcze kupić sobie cywilnego ubrania. Zajął pierwszą ławkę jak najbliżej „źródła wiedzy”. Chłonał ją skwapliwie. Górował nad kolegami nie tylko wzrostem i barami, ale zdecydowanie wynikami w nauce. Wytworzył w sobie stosowne mechanizmy przystosowawcze, by radzić sobie w warunkach stresowych swego wojennego dzieciństwa, swej sieroczej młodości i samotniczego dojrzewania. W zmaganiach ze stresem mobilizował się z wielce pozytywnym skutkiem. Spotkałem go po kilku latach. Osiągnął znaczące stanowisko w zawodzie i kończył wyższe studia. Zrozumiałem, że zwalczając dziecięcy i młodzieńczy stres, rozbudził swe ambicje, które poniosły go ku sukcesom.

Inne dzieciństwo ze stresem wojennym miał Tolek. Do jego rodzinnego Krotoszyna w 1940 roku przyjechał furmanką niemiecki „bauer” spod Milicza i po prostu „zgarnął” czternastoletniego Tolka z ulicy, zabierając go do swojego gospodarstwa rolnego. Tam zmuszał Tomka do wyczerpującej pracy, co – w połączeniu z izolacją od bliskich – doprowadziło chłopca do podjęcia decyzji o ucieczce z Milicza do rodzinnego Krotoszyna. W pociągu został złapany przez policję kolejową. Mimo młodego wieku – miał wtedy szesnaście lat – Tomek został uwięziony w obozie Strafkolonnie w Siemianowicach, gdzie pracował w kopalni węgla. Uzbrojeni strażnicy eskortowali karną kolumnę więźniów do kopalni, a po pracy do więzienia. W roku 1946 był pracownikiem torowym PKP i uczęszczał do gimnazjum dla pracujących. Objawy stresu wojennego były u Tomka bardzo widoczne, jed-

⁷ Adam – Adek? (Przyp. aut.)

nakże nie poddawał się. Zdał tzw. małą maturę, a w półtora roku później zobaczyłem go w mundurze, gdyż – jak się okazało – studiował we wrocławskiej szkole oficerskiej. Z zadowoleniem stwierdziłem, że ambitny młody człowiek już pokonał traumę swego wojennego dzieciństwa. Gdy Tolek miał około 30 lat, przypadkowo znalazłem się w jednym przedziale z paroma żołnierzami jadącymi na urlop. Bardzo pochlebnie i z uznaniem mówili między sobą o swoim dowódcy kompanii, poruczniku Sz., „najlepszym z oficerów naszej jednostki wojskowej”. Pomyślałem, że mimo iż w wieku sześciu lat Tolek stracił ojca, miał bardzo dramatyczne wojenne dzieciństwo, to dzięki swemu uporowi zwalczył w sobie dokuczliwy stan udręki, zwanej dziś stresem.

Wrześnianin Stasio złożył w czerwcu 1939 roku egzamin wstępny do gimnazjum, lecz nauki nie mógł podjąć, a poczucie frustracji nieopstrzeżenie przeradzało się w stres. Bronił się przed nim, bo musiał zdobywać żywność dla mamy i rodzeństwa, a ojciec był na wojnie. W 1941 roku, kiedy miał piętnaście lat, skierowano go do robót w rolnictwie. Jednocześnie *Kreisleiter des Landwirtschafts* we Wrześni przydzielił go sobie do czyszczenia samochodu służbowego. Ta poniżająca robota podniecała jego ambicję. Po wyzwoleniu Wrześni, chociaż jeszcze toczyła się wojna, on już zawzięcie uczył się. Po maturze przyjęto go do Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Pracował w klinice macierzystej Akademii, a jako wczesny emeryt wojskowy przeszedł do społecznej służby zdrowia. Mimo iż ma już przeszło siedemdziesiąt lat, pełni nadal bardzo sumiennie i skrupulatnie obowiązki lekarza, a szeroka społeczność miejscowa i jego liczni pacjenci z uznaniem, entuzjazmem i szacunkiem mówią o wyjątkowej obowiązkowości i o mądrości życiowej pana doktora R. To dobry przykład na to, że trudne dzieciństwo ze stresem wojennym może pobudzić do upartej walki z nim i zakończyć się zwycięstwem.

Owdowiała mama Józia otrzymała późną wiosną 1944 roku z obozu koncentracyjnego urnę z prochami syna. Wywołało to u niej potężny uraz psychiczny. Opowiadano o niesamowitym rozbieganiu jej oczu, a także o jej dramatycznych reakcjach na widok kolegów szkolnych swego dziecka. Z opisu tych objawów można uznać, że nieszczęśliwa matka uległa stresowi „trzeciego stopnia”.

Latem 1945 roku wrócił z obozu koncentracyjnego Florek. Przed aresztowaniem przez Gestapo był wysokim młodzieńcem, o żywych ruchach i wadze około 90 kilogramów, stosownej do wzrostu. Po woj-

nie zobaczyłem go wychudzonego, z wyrazem rezygnacji w przyciśniętym wzroku i wyraźną depresją w niewidzącym spojrzeniu. Poznał mnie, lecz rozmawiał z obojętnym obliczem i jakby odrętwiałymi ustami. Wyjaśnił, że waży 37 kilogramów. Poruszał się z trudem, nieudolnie, powoli i ostrożnie. Niezwłocznie jednak podjął naukę w klasie maturalnej. Dzięki rodzeństwu, a później także dzięki bardzo oddanej mu żonie, stał się pożytecznym członkiem społeczeństwa i jako technik telekomunikacji odszedł na emeryturę z kierowniczego stanowiska, po pełnej wysłudze lat. Jego stres złagodniał i z poziomu depresyjnego przeszedł na poziom aktywizujący.

W wyzwolonej już Wrześni zauważyłem, jak z wnętrza wejściowej pewnego domu wychylał się z ostrożnym zaciekawieniem czternastoletni chłopiec i smutno spoglądał na pobliską „małą aleję”, gdzie jego rówieśnicy z zapałem kopali piłkę. Widać było, że bardzo im tego zazdrościł. Gdy dostrzegł mnie, cofnął się zawstydzony w głąb wnęki. Poruszał się o kuli. Był ubrany w spodnie z długimi nogawkami, ażeby ukryć kikut urwanej nogi. Był ofiarą niemieckiego bombardowania z pierwszego dnia wojny. Inni czternastolatki nosili wówczas krótkie spodenki. Jak on im zazdrościł, że mogli grać w piłkę nożną! Bał się jednak przyglądać ich zabawie z bliska. Wszak dzieci bywają bezwzględne i okrutne wobec niepełnosprawnych, a on chciał uniknąć ich szyderstw. Pamiętam to okaleczone teraz dziecko, gdy jako wesoły i ruchliwy ośmiolatek bawił się przed wojną na tejże „małej alei”. Oto smutne dzieciństwo wojenne i zespolony z nim nader dokuczliwy stres traumatyczny, spotęgowany chronicznymi stanami lękowymi.

W roku 1946 przepłynęła przez Wielkopolską fala repatriantów z Buga. Niektórzy z nich zatrzymali się we Wrześni. W pierwszej klasie gimnazjalnej znalazł się trzynastoletni chłopiec z Wołynia. Z dość licznej rodziny został tylko on z ojcem. Pod nieobecność ojca do ich domu włamali się „rezuny”. On, najstarszy z rodzeństwa, schował się sprytnie pod łóżko, na którym bandyci gwałcili potem jego matkę i zarżnęli ją, a jej krew ściekała na przerażonego chłopca. Gdy ojciec wrócił, zastał w domu zamordowaną żonę i martwe dzieci. Nie mogąc się doliczyć wszystkich, przeszukał dom i znalazł pod łóżkiem zalane krwią i nieprzytomne ze strachu, ale żywe, dziecko. Z trudem ocucił je i wywiódł z szoku. Ojciec opowiedział wychowawczyni klasy we wrzesińskim gimnazjum o tragedii rodzinnej i wtedy zrozumiała dziwne zachowanie, zamknięcie w sobie i postawę odludka u swojego zabużańskiego ucznia. Z jej opowieści pojąłem, że straszne dzieciństwo

wojenne było dla chłopca zdarzeniem silnie traumatyzującym. Wrażliwa na uczniowską niedolę wychowawczyni przejęta tragedią dziecka, dostrzegła jego wyobcowanie społeczne i wytworzyła w swojej klasie atmosferę życzliwości dla małego repatrianta, a jego stres powoli lecz wyraźnie łagodniał. Intuicyjnie wyczuła, że przesiedlenie stanowiło dodatkowy bodziec stresujący, który należało kompensować poprzez poprawę więzi społecznej repatriowanego dziecka z nowym środowiskiem.

Jako student, w latach 1946-1948, nauczałem w poznańskim gimnazjum i liceum męskim im. Karola Marcinkowskiego. Ówczesni uczniowie tej szkoły byli we wrześniu 1939 roku dziećmi trzynastoletnimi lub nawet młodszymi, które za niemieckiej okupacji nie mogły uczyć się w szkołach, a większość z nich objęły roboty przymusowe. Takie na ogół było ich wojenne dzieciństwo, któremu towarzyszyły stresujące stany lękowe. Toteż u większości moich uczniów w tej szkole dostrzegałem dość wyraźne jeszcze wówczas objawy stresu wojennego. Jak to zatem się stało, że uczniowie poznańskiego „Marcinka” z tego okresu wyrosli na wartościowych członków społeczeństwa? W tym bowiem czasie uczniami szkoły było sześciu późniejszych profesorów akademickich, trzech rektorów wyższych uczelni, dwóch ministrów i kilkunastu parlamentarzystów III RP, z marszałkiem senatu włącznie. Znałem ich jako uczniów i wówczas jeszcze obecne były w ich zachowaniach ślady stresu wojennego, już jednak zdecydowanie zacierające się. Ten zanikający stres to chwalebna zasługa mądrych działań dydaktyczno-wychowawczych grona pedagogicznego. Szczęśliwie tak się złożyło, że po wojnie wróciła do „Marcinka” prawie cała przedwojenna kadra profesorska, wraz z doświadczonym dyrektorem. On wszakże szybko awansował na kuratora okręgu szkolnego. Jako kurator nadal dbał troskliwie o „swoją szkołę”. Tajemnicą sukcesu mądrych pedagogów z „Marcinka” w zwalczaniu dziecięcego i młodzieńczego stresu wojennego było to, że zręcznie wykorzystywali aktywizujące działanie traumy do mobilizowania ambicji i woli twórczej u młodzieży. Jednocześnie w przemyślny sposób zapobiegali destrukcyjnemu działaniu stresu. Te dwie właściwości frustracji trafnie wyczuł poprzez psychologiczno-pedagogiczną intuicję, bo wówczas jeszcze tematyka stresu była obca nauce polskiej.

Już z końcem lutego 1945 roku na Uniwersytecie Poznańskim pojawił się profesor Władysław Orlicz i objął wakujące kierownictwo Instytutu Matematyki. W czasie okupacji przebywał we Lwowie, gdzie

w niekonwencjonalny sposób prowadził tajne wykłady uniwersyteckie. Otóż on sam oraz jego studenci i asystenci byli oficjalnie „karmicielami wszy”. Należy tu wyjaśnić, że wszy karmione „na tucz” ludzką krwią były potrzebne Niemcom do masowej produkcji szczepionek przeciwepidemiologicznych. Studenci tego tajnego uniwersytetu przeżywali wcześniej swoje dzieciństwo wojenne. Gdy we wrześniu 1939 roku do Lwowa weszła armia sowiecka mieli oni od czternastu do siedemnastu lat. Hitlerowska okupacja Lwowa zaczęła się w czerwcu 1941 roku od mordowania polskiej inteligencji i holokaustu Żydów oraz od zamknięcia Uniwersytetu. Toteż wśród lwowian pojawiały się stany lękowe i psychoza strachu, wzbudzające i potęgujące stres. Jednak „karmicielstwo wszy” chroniło przed hitlerowskimi represjami, zamaskowane karmicielstwem tajne studia zmniejszały syndrom traumy wojennej. Lwowski Uniwersytet i Politechnika odrodziły się po wojnie we Wrocławiu, lecz studenci i asystenci profesora Orlicza z tajnych studiów lwowskich zgłaszali się do swego Mistrza na Uniwersytet Poznański. Jego obecność, zaufanie do niego i dalsze studia pod jego kierunkiem, całkowicie zniwelowały w nich uraz przesiedleńczy.

Z nowym roku akademickim 1946/1947 obowiązki na Uniwersytecie Poznańskim objął profesor Szczepan Szczeniowski. Tuż za nim dość licznie pojawiali się studenci z Wilna, jakkolwiek Uniwersytet Wileński przesiedlono do Torunia i tam trafiali studenci wileńscy. Dlaczego więc niektórzy z nich miast do Torunia udali się do Poznania? Zrozumiałem to po rozmowie z pewnym wilnianinem, który po studiach w Poznaniu pracował w jednym z poznańskich instytutów naukowo-badawczych, a obecnie jest emerytem. Gdy wybuchła II wojna światowa był czternastoletnim dzieckiem, a na początku hitlerowskiej okupacji Wilna – szesnastoletnim. Niezwłocznie zapanował terror i zaczęła się eksterminacja ludności, zginęło około 60 tysięcy wilnian. Zamknięto szkoły i Uniwersytet, uwięziono profesorów, wśród nich i profesora Szczeniowskiego. Aresztowanych wywożono do obozów koncentracyjnych. Strach i beznadzieja budziły i rozwijały stres. Takie było dzieciństwo wojenne mojego rozmówcy i jego rówieśników w Wilnie. Część profesorów zginęła w niemieckich kazamatach, a część z profesorem Szczeniowskim – zwolniono. Reakcją obronną na traumę był powstający ruch oporu. Było nią też organizowanie tajnego szkolnictwa i tajnych studiów. Przeprowadzano akcje sabotażowe i zamachy na hitlerowców. Rosły szeregi Armii Krajowej. Działa-

ło prołondyńskie podziemie. Angielskojęzyczne audycje *BBC* konspiracyjnym słuchaczom symultanicznie na polski tłumaczył profesor Szczeniowski. Czynił to po mistrzowsku i bardzo imponował tym młodzieży. Zachęcał do nauki, służył dobrą radą.

Wspomniany wilnianin – student profesora Szczeniowskiego – na krótko przed wyparciem Niemców z Wilna zdał tajną maturę. Wraz z wieloma swoimi rówieśnikami wstąpił w szeregi AK. Jako jeden z niewielu uniknął aresztowania przez Sowietów i zbiegł do Polski. Był bez jakichkolwiek dokumentów i nie mógł ani udowodnić, kim jest, ani tego że zdał maturę. Gdy odnalazł w Poznaniu profesora Szczeniowskiego, ten zaświadczył, że przesiedleńca bez dokumentów ma i personalia, i maturę. To wystarczyło do jego immatrykulacji na studia i przyczyniło się do zmniejszenia stresu przesiedleńczego. W podobnej sytuacji znajdowali się inni AK-owcy z Wilna, którzy zamiast w Toruniu, wstępowali na uniwersytet w Poznaniu. Intuicyjnie wyczuwali, że w obecności profesora Szczeniowskiego poczują się pewniej, lepiej.

Sierpień 2000 roku, w niedzielnym Magazynie Wojskowym Polskiego Radia dowódca jednostki przygotowującej żołnierzy do służby w siłach ONZ informuje radiosłuchaczy, że żołnierzy „chętnych do wyjazdu na misje pokojowe jest dużo więcej, niż ich tam potrzeba” i nie mamy z tym kłopotu. Dowódca mówi o wiedzy wojskowej żołnierzy, ich wyposażeniu w sprzęt potrzebny do pracy w oddziałach pokojowych. Niestety nie wspominał nawet o wpływie tego rodzaju służby na psychikę żołnierzy, o związanym z nią stresie. Czyżby zapomniał? Czy może nie zna się na tym? Nie! Ani jedno, ani drugie. Raczej nie widział on potrzeby mówienia o zagrożeniu stresowym. Chyba mocom dowódcy wojskowym wystarcza po prostu to, iż młodzież wojskową wabi te „500 dolarów [miesięcznego żołdu] na misji pokojowej”? Może lepiej zatem nie gasić młodzieńczego zapału opowieściami o stresie? Może faktycznie „Polak potrafi nie mieć kłopotu” ze stresem?

* * *

Towarzystwo Studiów nad Stresem patronowało I Międzynarodowej Konferencji o Psychospołecznych Skutkach Wojny, która odbyła się w 1998 roku w Dubrowniku. Znamienne, że stres jako psycho-

społeczny skutek wojny stał się problemem naukowym i jako taki wymaga studiów i badań. Wstępne wyniki przedstawili reprezentanci 18 państw w 73 referatach sprawozdawczych. Sporo miejsca poświęcono stresowi związanemu z dzieciństwem przeżywanym podczas wojny. Poza tym sporo uwagi poświęcono konfliktom w rodzinach, gdzie jedno z małżonków (np. którejś z rodziców) przeżyło trudne dzieciństwo wojenne. Dla dobra ogółu wspomniane studia i badania wydają się konieczne.

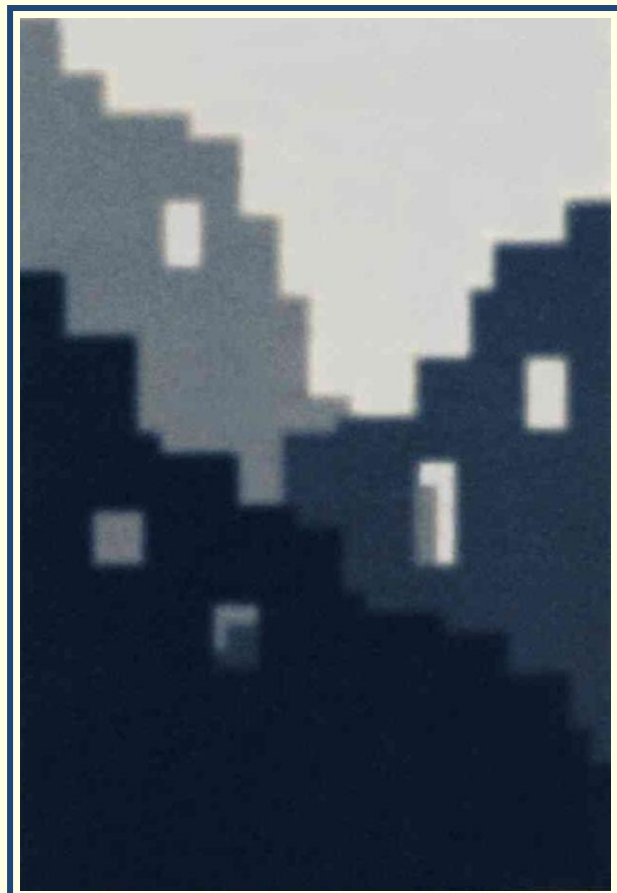
Jeśli już o tym mowa, jaka szkoda, że tak niewiele poświęca się uwagi temu zagadnieniu w naszym kraju. Dlaczego polityka pro-rodzinną znana jest nam wyłącznie z nazwy, a konkretne działania zastępowane są obietnicami kolejnych rządów? Dlaczego formalne oratorstwo wypiera praktyczne przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i poszukiwanie jego podłoża. Czyżby problem ten nie dotyczył naszego kraju? Czy nastawienie rządzących wobec rodzin opiera się wyłącznie na przekonaniu, że polska rodzina jest bezkonfliktowa? *Periculum in mora!* – jak mawiali starożytni. Zwlekanie grozi niebezpieczeństwem! Czas najwyższy, żeby zmienić ten stan wiedzy i mentalności.

Warto zauważyć, że materiały z konferencji w Dubrowniku stanowią cenną wskazówkę, jakie dyscypliny naukowe oraz które instytucje społeczne i specjalności kliniczne należałoby wytypować, planując rozwiązanie omawianego tutaj problemu.

Maria Rutkowska

U WEJSCIA B.

*Odarli nas ze wszystkiego
Z sukien, z ostatniej koszuli i wyzuli
Z prawa do ciała własnego
Wychudłe i sine od batów
Stanęłyśmy tłumem bezbronnym
W hali ogromnej
Niby zwierzęta za kratą na widowisko
Jak symbol nędzy zupełnej
Zgolone głowy nam ciężą
A myśli krążą
Czarne znędzniałe i senne
 Trafione w skrzydła...
Oczy spuszczone tak niebo
Widzą już tylko, jak nogi
 szlakiem ubogim
Wstępują w nowe siedlisko
Ciasne jak sidła
A piersi, uda i brzuchy
Palą się wstydem daremnym
 Chichot nikczemny
Taksuje za każdym ruchem
 Co było twoje
Takiej parady – no, szkoda
Nie widzieć czci mej obrońco!
 Nagą i drżącą
Poznasz? Już ręk ci nie podam
 – One nie moje
Za wszystko co mi dziś kradną
Dostanę ciemny strój z płótna
 Biedna i smutna
Z twarzą jak maska układną
 Odejdę w tłumie
Choćbyś mnie ujrzał przez dale
Nie poznasz – takam zmieniona
 Gwiazda strącona
Kopany kamyk, co wcale
 czuć już nie umie*



**ŻYĆ ZE STRESEM
– SPOSOBY NA STRES**

Elżbieta Brodowska
Psycholog terapeuta



Ludzie, akryl, 100 x 70 cm, 1983 – Józef Szajna

O stresie, jego przyczynach i objawach napisano wiele pozycji książkowych i poradników. Niestety wielu aspektów stresu i realnie przeżywanej trudnej rzeczywistości nie jesteśmy w stanie zmienić. Choroby, hałas i tempo życia związane z cywilizacją i koniecznością odbioru nadmiernej ilości informacji są już na trwałe wpisane w nasze życie. Z badań nad stresem wynika, że jednym z jego podstawowych ujemnych skutków jest chroniczne zmęczenie.

W ujęciu psychologicznym zmęczenie jako reakcja na stres codzienny jest sygnałem ostrzegawczym przed nadmiernym przeciążeniem organizmu, prowadzącym do znacznych zaburzeń funkcjonowania. Przedłużające się zmęczenie prowadzi do trudności z koncentracją uwagi, pamięcią, a także objawia się ciągłym rozdrażnieniem. Kolejnym następstwem tego stanu może być choroba psychosomatyczna, nerwica lub depresja.

W przypadku stresu wojennego osoby najczęściej narażane były na utrzymujący się przez długi czas stres o charakterze zarówno ostrym jak i chronicznym (lęk o życie, poczucie stałego zagrożenia, izolacja od najbliższych, np. w przypadku więźniów obozów koncentracyjnych). Wiele osób, które doświadczyły, szczególnie jako dzieci, ekstremalnego i chronicznego napięcia, musiały później ponieść w życiu skutki swych doświadczeń. Większość z nich to reakcje lękowe, trudności adaptacyjne, choroby z zakresu psychosomatyki.

W jaki sposób dana osoba radziła sobie w ekstremalnym stresie czy jak funkcjonuje w obecnie przeżywanej rzeczywistości, zależy od odporności na stresor oraz odporności na stres. Uwarunkowania te należy traktować indywidualnie.

Odporność na stresor przejawia się względnie małą reaktywnością emocjonalną na sytuacje trudne, natomiast odporność na stres – nie zdezorganizowanym funkcjonowaniem mimo pobudzenia emocjonalnego.

Wraz z rozwojem człowiek uczy się, jak eliminować źródła urazu psychicznego lub minimalizować jego skutki. W monografii Klause i Baileya poświęconej indywidualnym sposobom redukcji traumy wymienia się 15 wzorców radzenia sobie ze stresem:

1. ćwiczenia fizyczne – różnego typu ćwiczenia, mające na celu usprawnienie kondycji fizycznej oraz będące skutecznym antidotum na kumulujące się napięcie psychiczne,
2. dbałość o zdrowie – racjonalne żywienie, właściwy sen, brak używek,
3. relaksacja – unikanie napięcia mięśniowego i psychicznego oraz korzystanie z treningów: relaksacyjnych i autogennych, medytacji, ćwiczeń oddechowych, jogi,
4. masaż – klasyczny, podwodny, bicze wodne,
5. umiejętności komunikowania się,
6. pewność siebie,
7. umiejętność współżycia w grupie,
8. rozładowywanie konfliktów,
9. łagodzenie skutków kryzysu,
10. rozwiązywanie problemów,
11. redukcja lęku przed śmiercią poprzez godne umieranie,
12. nowa koncepcja zdrowia psychicznego Selye'go oparta na etyce według reguły „integracja ciała, rozumu i ducha”,
13. właściwa organizacja pracy,
14. usunięcie nieadekwatności występującej między wymaganiami i własnymi możliwościami,
15. dbałość o swoje fizyczne środowisko (w tym środowisko pracy).

Powyższe wzorce można podzielić na trzy grupy:

- trening fizyczny,
- trening pedagogiczny,
- trening psychologiczny.

Nowoczesne badania nad stresem rozróżniają dwie jego formy: *estres*, który jest nieodzowny do utrzymania zdrowego organizmu i *dystres* – długotrwały stres zakłócający równowagę psychofizyczną, który może prowadzić do zaburzeń psychosomatycznych. Według Selye'go – znany badacz stresu mówił: „...Stres jest nie tylko naszym

stałym towarzyszem, lecz również solą życia. Jedynie dystres jest wrogiem każdego”.

Christopher Schenk w swojej książce *Relaksacja, sposób na stres* opracował gotowe schematy działania przy rozpoznawaniu rodzaju frustracji, której ulegamy w warunkach stresu. I tak wyróżniamy trzy poziomy objawiania się tej patologii: fizyczny, emocjonalny i psychiczny. Metoda Schenka polega na przeprowadzeniu psychotestów, których pytania zostały rozdzielone na trzy grupy odpowiadające poziomowi ewentualnego objawiania się stresu. Poniżej pozwoliłam sobie przytoczyć opracowane przez Schenka pytania testowe. Ta pozorną psychozabawę może mieć dla nas poważne pozytywne konsekwencje – jest to jeden ze sposobów oceny charakteru odczuwanej traumy. Jeśli któreś z poniższych twierdzeń jest w naszym indywidualnym przypadku prawdziwe, przyznajemy sobie jeden punkt [1:]

Poziom fizyczny

1. Cierpię na zaburzenia zasypiania i snu.
2. W ciągu dnia jestem często zmęczony i napięty.
3. Często mam zaburzenia trawienia (rozwołnienia, zaparcie)
4. Kreci mi się w głowie bez powodu.
5. Często mam przyspieszone tętno.
6. Mam trudności w oddychaniu.
7. Oblewam się potem.
8. Czuję ucisk w żołądku.
9. Często reaguję bólami głowy.
10. Moje ciśnienie krwi jest podniesione.

Poziom emocjonalny

1. Cierpię. Często czuje się samotny, opuszczony i wyobcowany.
2. Jestem często zdeprymowany, także bez specjalnego powodu.
3. Najchętniej zapadłbym się pod ziemię.
4. Mam mało okazji do wyrażania i odreagowywania moich uczuć.
5. Ostatnio często tracę panowanie nad sobą.
6. Czuję się zagrożony, jestem bardziej lękliwy niż kiedyś.
7. Często nie mam żadnego planu ani celu.

8. W ostatnim czasie brakuje mi motywacji do rozwiązywania problemów.
9. Moje reakcje są często nieadekwatnie gwałtowne.
10. Jestem bardziej nerwowy i zablokowany niż kiedyś.

Poziom psychiczny

1. Moja zdolność koncentracji w sytuacjach stresowych jest dużo gorsza niż kiedyś.
2. Nie interesuje mnie mój zawód, nie robię też nic w czasie wolnym.
3. Moja samokontrola i samodyscyplina obniżyły się znacznie w ostatnim czasie.
4. Częściej niż kiedyś zapominam o ważnych sprawach.
5. Z trudnością przychodzi mi nauczenie się nowych rzeczy.
6. Czuję się często obojętny i niezdolny do podejmowania decyzji.
7. Często czuję, że nie mam nic ważnego do powiedzenia.
8. Wiele spraw zaczyna mnie przerastać.
9. Mogę załatwić dużo mniej spraw po kolei i spokojnie niż kiedyś.
10. W rozmowie często tracę wątek.

Dalsze działanie wydaje się bardzo proste. Po podliczeniu punktów należy samemu ustalić, który poziom stresu jest w naszym przypadku dominujący.

I tak jeśli będzie to poziom fizyczny napięcia należy rozładowywać poprzez szeroko pojętą fizykoterapię (masaże, uprawianie ćwiczeń fizycznych, spacer), relaksację (w tym trening autogenny), a także jogę i zmianę nawyków żywieniowych. Zaś przy wysokim poziomie emocjonalnym oraz psychicznym środek ciężkości należy przesunąć na trening autogenny (nie można wszelako zapominać o innych wspomnianych tu metodach relaksacji) [1].

Zainteresowanych tym problemem, z konieczności pobieżnie tu zresztą potraktowanym, odsyłam do piśmiennictwa popularno-naukowego. Niemniej pozwolę sobie przedstawić poniżej kilka podstawowych zasad, niezbędnych przy wykonywaniu jakiegokolwiek techniki relaksacji. Przede wszystkim przy nauce tego typu ćwiczeń (prócz silnej woli) potrzebny jest czas i spokojne, nie narażone na ingerencje zewnętrzne miejsce. Według Edmunda Jacobsena najważniejszą rolę odgrywa tu nie psychologia, ale fizjologia. Systematyczna

relaksacja osiągnięta jest poprzez napinanie i rozluźnianie pod wpływem woli kolejnych grup mięśniowych. Podobnie ma się rzecz w przypadku treningu autogennego. Nie mogą bowiem nie poruszyć szerzej tego tematu.

Na początku ubiegłego stulecia berliński psychiatra i neurolog prof. Johannes Heinrich Schultz, zajmując się problemami samoregulacji organizmu za pomocą ćwiczeń koncentracyjnych, opracował szczegółowy program treningu autogennego, który stał się jedną z najważniejszych metod samorelaksacji. Zgodnie z obowiązującą praktyką – jak pisze w swej pracy cytowany wyżej Schenk – na drodze autosugestii (a więc wywoływanej wewnątrznie przez siebie) zostają przeprowadzone krok po kroku ćwiczenia koncentracji. Ulegają wtedy zmianie podstawowe funkcje organizmu, takie jak napięcie mięśniowe. Prowadzi to do obniżenia wegetatywnego poziomu pobudzenia i do zrównoważenia stanów napięcia, zmniejszenia lub nawet całkowitego zaniku bólu i zaburzeń snu.

Możliwość duchowej samoregulacji wzajemnego oddziaływania psychosomatycznego profesor Schultz nazwał „zanurzeniem się w stan hipoidalny”. Trening ma na celu uwewnętrznienie przypisanych ćwiczeń, aby osiągnąć idące od wewnątrz przestawienie całego organizmu, pozwoli to wzmocnić to, co zdrowe, a zminimalizować lub wykluczyć to, co chore [1].

Trening autogenny składa się głównie z ćwiczeń koncentracji. Istnieją dwie szczególnie godne polecenia pozycje ciała – na leżąco oraz pozycja „woźnicy dorożki” [1].

Najprościej jest ćwiczyć na leżąco, przy czym nie można przyjmować zwykłej pozycji do snu. Mogłoby to bowiem zakłócić koncentrację. Ramiona leżą wzdłuż ciała, dłonie zwrócone są do wewnątrz. Czubki stóp powinny lekko opadać na zewnątrz. Pod głowę można podłożyć poduszkę. Drugą możliwością jest wygodne siedzenie („pozycja woźnicy dorożki”). Przedramiona leżą na udach, ręce opadają na wewnątrz. Głowa i ramiona pochylone są do przodu. Pozycja ta może być stosowana wszędzie. Ważne jest, aby nogi mocno opierały się o podłogę. Z tak pochyloną głową i wygiętymi plecami należy mocno oprzeć się o podłogę, w taki sposób, aby nasze ciało nie osuwało się ani do przodu, ani do tyłu. Pozycji tej nie należy polecać osobom cierpiącym na sztywność karku (zespół szyjno-kregowy). Należy zauważyć, że prawidłowa jest każda wygodna pozycja, przy której odprężona jest jak największa liczba grup mięśniowych [1].

Christopher Schenk wyróżnił kilkanaście zasad, których należy przestrzegać podczas nauki techniki treningu autogennego. Należy przeprowadzać go co najmniej raz dziennie (przerwa obiadowa, odpoczynek po pracy). Ćwiczenia przeprowadzamy w samotności, najlepiej w ulubionej, sprawdzonej pozycji. Bardzo ważna jest faza przygotowawcza, podczas której wyłączamy wszystkie niepotrzebne myśli. Każde ćwiczenie trwa trzy-cztery minuty. Fazę nauki najlepiej zresztą wykonać w grupie terapeutycznej. W ten sposób nabywa się potrzebnego później doświadczenia. Absolutnie nie należy zrażać się pierwszymi porażkami. Relaksacja powinna przyjść sama. Bardzo istotna jest faza tak zwanego zabrania, które osiąga się poprzez silne napięcie dłoni, ramion przy jednoczesnym głębokim wdechu [1].

Jeśli z jakiegoś powodu przystąpienie do grupy terapeutycznej okaże się niemożliwe poniżej podaję za Schenkem jedno ze sztandarowych ćwiczeń.

Zaczynamy od ramion i nóg. Powtarzamy w duchu: *Moje ramiona i nogi są bardzo ciężkie*. Wyobrażamy sobie, że zapadamy się coraz głębiej w podłogę. Uczymy się sami rozluźniać mięśnie. Wystarczy trochę wytrwałości, żeby po pewnym czasie zacząć odczuwać i ociążałość, i idącą za tym relaksację. Pamiętamy, że do niczego się nie zmuszamy, ale jednocześnie staramy się nie dopuszczać do siebie negatywnych myśli typu: *czy rzeczywiście moje ramiona i nogi są bardzo ciężkie... ?* Jeśli to pomoże, ćwiczenie można podzielić na podgrupy, na przykład najpierw ćwiczymy jedno ramię, potem drugie i tak dalej... Po pewnym okresie wytrwałej pracy – efekty będą przychodziły same, niejako automatycznie [1].

Jednym z pozytywnych skutków treningu jest polepszenie krążenia krwi w organizmie. W praktyce objawia się to jako uczucie mrowienia i podniesienie temperatury ciała bądź jego fragmentów. Oczywiście samo ciepło nie jest oczekiwanym efektem samym w sobie, ale świadczy o pewnym stopniu zaawansowania ćwiczącego w treningu autogennym. A ponieważ dla chcącego nie ma nic trudnego, polecam tę metodę wszystkim, którym stres szczególnie daje się we znaki.

Joga – sposób na pełnię życia

Kolejnym sposobem przełamywania stresu jest joga, na którą nigdy nie jest za późno. W każdej chwili swojego życia możemy rozwijać się

zarówno fizycznie, jak i duchowo. Wiele naszych niedomagań bierze się z czynników, na które, jeśli tylko będziemy chcieli, możemy mieć poważny wpływ. W ciele każdego człowieka drzemią potężne możliwości. Zaczynamy ćwiczyć powoli i ostrożnie. Asany⁸ podstawowe włączamy po upływie pewnego czasu [2].

Osoby zainteresowane tą nie tyle metodą uwalniania się od stresu, co filozofią życia odsyłam do bogatej literatury na jej temat. W niniejszym opracowaniu musimy zadowolić się opisem kilku podstawowych ćwiczeń, które mogłyby być odskocznią dla naszego dalszego zgłębiania owej dalekowschodniej sztuki. Zanim przejdziemy do konkretnych, chciałabym podać niżej kilka kardynalnych zasad, do których należy się stosować przy wyborze jogi jako techniki antystresowej.

Przed każdą sesją należy się zrelaksować. Podobnie jak w przypadku treningu autogennego nie możemy się do czegoś przymuszać, choć z drugiej strony potrzebna nam będzie silna wola.

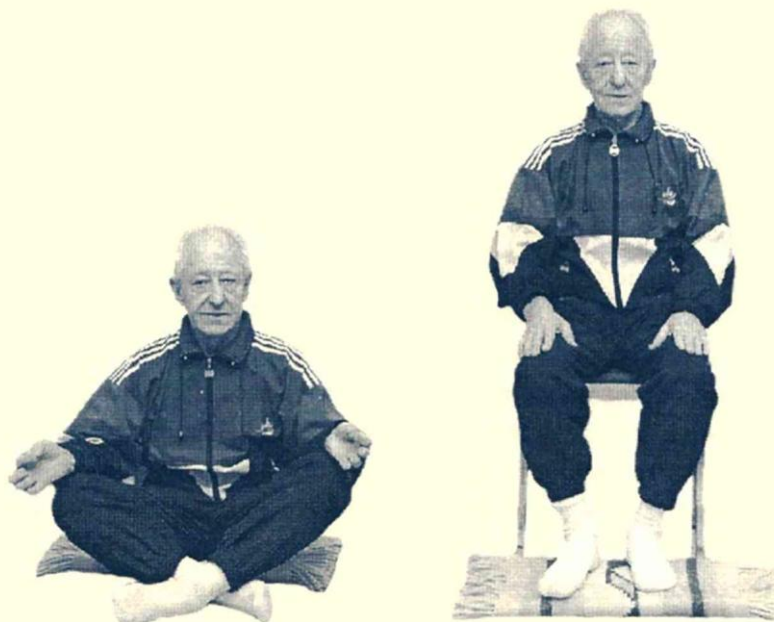
Jeżeli rano nasze ciało jest zbyt sztywne, pomoże ciepła kąpiel lub ćwiczenia asan po południu, kiedy ciało będzie rozruszane. Starajmy się oddychać głęboko, ponieważ właściwe oddychanie jest niezwykle istotne w starszym wieku.

Przejdźmy do konkretnych.

Paranayama według Sivanandy. Owo proste ćwiczenie oddechowe, które świetnie wycisza umysł, poprawia krążenie, zapewnia poczucie spokoju i harmonii. Powtarzamy je codziennie w wybranej pozycji siedzącej, a nawet leżąc w łóżku. Robimy wolny wdech przez nos, na chwilę zatrzymujemy powietrze i wolno wydychamy. Wdech, zatrzymanie i wydech są tak długie, jak to dla nas wygodne. Powtarzamy dziesięć razy [2].

⁸ Assany podstawowe to: stanie na głowie, świeca, pług

Siadamy na poduszce lub krześle, kręgosłup wyprostowany. Można też oprzeć na czymś stopy, aby nie zwiślały beładnie [2]:



Kładziemy się. Jedna noga zgięta, stopa leży płasko na podłodze, unosimy drugą nogę. Taka pozycja wyjściowa wymaga mniejszego zaangażowania mięśni brzucha i pleców [2]:



Półskręty kręgosłupa na leżąco. Ćwicząc z jedną nogą wyprostowaną, łatwiej jest utrzymać równowagę. Jeśli to konieczne, podczas wykonywania skrętu, odchylamy się nieco do tyłu [2]:



Wiele korzyści dadzą nam skłony do przodu, które będziemy wykonywać siedząc na krześle. Ćwiczenia rozkładamy na dwa etapy. Pierwszy to skłon do przodu – plecy tak proste, jak to możliwe, dłonie leżą na podłodze, obok stóp. Następnie prostujemy nogę do przodu, cały czas trzymając stopę rękoma, podnosimy ją jak najwyżej. Druga noga utrzymuje równowagę [2]:



Ćwiczenia rozgrzewające. Mogą to być ćwiczenia przygotowujące do asan lub trening wstępny, umożliwiający późniejsze ich wykorzystanie. Polegają one na rozruszaniu całego ciała, usuwają ewentualną sztywność stawów, poprawiają krążenie – głównie w kończynach. Ćwiczenia wykonujemy w pozycji stojącej lub siedzącej. Starajmy się skoordynować ruch z oddechem i ćwiczyć płynnie. Każde ćwiczenie powtarzamy kilka razy [2]:

Na początek wyciągamy przed siebie wyprostowane ręce. Wydech ze skrętem głowy w prawo. Wdech i wracamy do pozycji wyjściowej. Wydech ze skrętem głowy w lewo. Wdech i powrót do pozycji wyjściowej [2]:



Stajemy w rozkroku, ręce do boku. Wydech z wypchnięciem bioder w prawo. Wdech i biodra wracają do środka pozycji wyjściowej. Powtarzamy, wypychając biodra w lewo [2]:

Ręce w górę. Wydech ze skłonem w prawo. Wdech, wracamy do pozycji pionowej. Powtarzamy ze skłonem w lewo. Można ułatwić sobie to ćwiczenie, kładąc dłoń na biodrze w czasie skłonu [2]:



Ćwiczenie nadgarstków – obrót w prawo w lewo. Następnie wykonujemy obroty palcami dłoni [2]:



Obroty ramion od barków najpierw w tył, potem w przód. Następnie obracamy przedramiona od łokci w tył i w przód [2]:

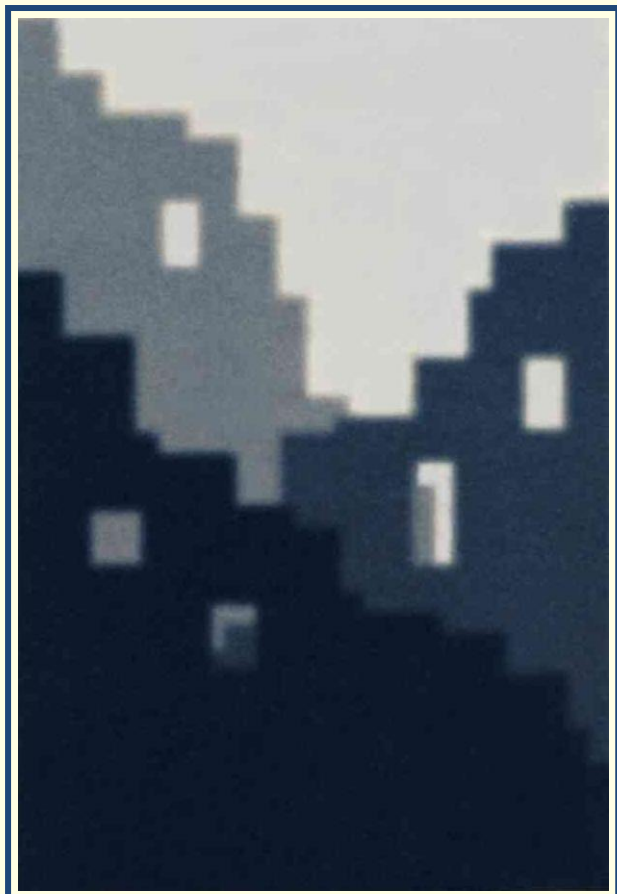


Siadamy. Jedną nogę zginamy w kolanie i kładziemy ją na udzie nogi przeciwnej. Kręcimy stopą, początkowo pomagając sobie ręką w obie strony, później powtarzamy obroty bez pomocy ręki. Następnie wykonujemy obroty w obie strony [2]:



Piśmiennictwo

1. Schenk C.: Relaksacja, sposób na stres. Warszawa, J&BF, 1996.
2. Joga. Ilustrowany przewodnik. Warszawa, Delta W-Z, br.



WPŁYW OTOCZENIA NA ZDROWIE

Jacek Kryg

Halina Birenbaum

NAWET GDY SIĘ ŚMIEJĘ

*Nawet gdy się śmieję
(czy warto się przyznać?)
Ktoś się we mnie zjawia
podsuwa mi zapach i
odwraca mój wzrok
tam
gdzie ła się stała kamieniem a
dziś
oceanem*

(W Rzeszowie. 17 marca 1990)

Już dawno temu, przed pięcioma tysiącami lat, Chińczycy odkryli, że na zdrowie, a także ogólne powodzenie człowieka wpływ ma otoczenie – zarówno bliższe, jak i dalsze. Opracowali nawet paranaukowy system, który zawiera zasady niejako uzależniające człowieka od otoczenia. Ów system naukowy, będący też swoiście rozumianą sztuką urządzenia wnętrza, nazywa się *feng shui* i święci ostatnio wielki tryumf na Zachodzie. W ramach *feng shui* wyróżnia się wiele metod i technik wpływania na lepsze samopoczucie człowieka, z których kilka wydaje się bardzo interesujących. Jedną z nich jest obdarzona niezwykłą mocą, technika *Pa Chai* – zwana także po polsku systemem *Ośmiu Pałaców* lub *Ośmiu Pawilonów*. Zakłada on, że ludzie, podobnie jak rośliny, skłaniają się ku określonym kierunkom geograficznym, od innych zaś stronią, i że każdy z nas ma swoje korzystne i niekorzystne regiony. Poznanie ich pozwala na takie uporządkowanie najbliższego otoczenia, by spożytkować to wszystko, co najlepsze, a uniknąć tego, co człowiekowi nie służy. Aby żyć szczęśliwie, być zdrowym, radosnym, wieść dostatnie życie, należy wiedzieć, w którą stronę kierować wezgiłowie łóżka, gdzie umieścić gabinet czy osadzić *piec kuchenny*. Technika ta wiąże się z określoną procedurą postępowania przy osławaniu swojej najbliższej przestrzeni – swojego domu, biura, miejsca pracy itp.

Na początku trzeba sprawdzić, czy należy się do grupy Wschód czy Zachód. Podstawowymi danymi do obliczeń będą płeć i rok urodzenia interesującej nas osoby. Sumuje się ostatnie dwie cyfry roku urodzenia. Cyfry z uzyskanego wyniku znów sumujemy i czynimy to dotąd, dokąd nie otrzymamy rezultatu jednocyfrowego. U mężczyzny należy go odjąć od dziesięciu, u kobiety dodać do pięciu. Uzyskaną liczbę

konsekwentnie redukujemy do postaci jednocyfrowej. Na przykład; osoba urodziła się w 1969 r.: $6 + 9 = 15$, dalej: 15 to $1 + 5 = 6$. Jeżeli to kobieta, liczbą wyjściową jest 2 ($5 + 6 = 11$, $1 + 1 = 2$). W przypadku mężczyzny liczba ta wyniesie 4 ($10 - 6 = 4$).

U podstaw większości technik i formuł leży magiczny kwadrat *Lou Shu* – wykres, który każdą analizowaną przestrzeń, a więc dom, mieszkanie czy miejsce pracy, pozwala podzielić na wspomnianych na początku *Dziewięć Pawilonów*, czyli dziewięć rejonów osławanej przestrzeni. Każdemu z tych rejonów przypisano liczbę i to w taki sposób, że suma tych liczb, jakkolwiek się je dodaje (poziomo, pionowo czy po skosie), zawsze wynosi piętnaście. To właśnie dzięki tej właściwości opisywany kwadrat nazywa się *kwadratem magicznym*. Wspomnieć przy tym należy, że zasada magicznego kwadratu wykorzystywana jest w geometrii konwencjonalnej, która nawiązuje do Pitagorasa.

POŁUDNIOWY WSCHÓD MAŁE DRZEWO 4	POŁUDNIE OGIEŃ 9	POŁUDNIOWY ZACHÓD 2
WSCHÓD WIELKIE DRZEWO 3	CENTRUM ZIEMIA 5	ZACHÓD MAŁY METAL 7
PÓŁNOCNY WSCHÓD MAŁA ZIEMIA 8	PÓŁNOC WODA 1	PÓŁNOCNY ZACHÓD WIELKI METAL 6

MAGICZNY KWADRAT LUO SHU

Każde z pól kwadratu magicznego nosi miano *gua*, co w wolnym tłumaczeniu znaczy „przyczyna powstania świata”. System wyróżnia osiem *Przyczyn*: **Niebo, Ziemię, Górę, Wodę, Wiatr, Błyskawicę, Ogień oraz Jezioro**. Można im przypisać nie tylko liczby i nazwy, ale przede wszystkim rozmaite trygramy, czyli kombinacje trzech kresek ciągłych i przerywanych. Taki zapis mówi, że pochodzenia Ośmiu Trygramów *Pa Kua* (plus centrum) należy szukać w jednym z najstarszych dzieł literatury powszechnej, w *Księdze przemian (Yi-ling lub I Ching)*. Kto przynależy do *gua*: 1, 2, 3, 4 i 9, jest *człowiekiem Wschodu*, natomiast kto należy do *gua*: 2, 5, 6, 7 i 8 – *człowiekiem Zachodu*.

Kwadrat magiczny o dziewięciu polach trzeba zorientować geograficznie: *gua* 1 to N (północ), *gua* 2 SW (południowy zachód), *gua* 3 to E (wschód), *gua* 4 SE (południowy wschód), *gua* 6 to NW (północny zachód), *gua* 7 W (zachód), *gua* 8 to NE (północny wschód), *gua* 9 S (południe). Ponieważ *gua* 5 to centrum, któremu nie przypisuje się kierunku geograficznego, mężczyźni, którym w obliczeniach wyszło, że przynależą do tej właśnie *gua*, postępują tak, jakby przynależeli do *gua* 2, a kobiety – do *gua* 8.

Dla ludzi grupy Zachód korzystne są kierunki: W, SW, NW oraz NE, a dla grupy Wschód: S, E, SE oraz N. Kierunki, które odpowiadają jednej grupie, nie sprzyjają drugiej; *ludzie Zachodu* powinni unikać kierunków S, E, SE i N, podczas gdy *ludzie Wschodu* powinni unikać W, SW, NW i NE.

Oczywiście, są kierunki bardziej i mniej szkodliwe oraz bardziej i mniej korzystne. Każdy z nas ma cztery kierunki sprzyjające. Najważniejszy to *Sheng Chi*, kolejny to *Niebiański Lekarz*, potem – *Życia Emocjonalnego i wreszcie Rozwoju*. Najgorszy jest kierunek *Totalnego Zagubienia*, choć niewiele ustępuje mu *Sześć Śmierci i kierunek Pięciu Duchów*, a najmniej kierunek *Ogólnego Osłabienia*. Kierunki te przedstawiono w tabeli w kolejności od najkorzystniejszego do niosącego największe zagrożenie. Człowiek powinien postępować tak, żeby kierować się ku własnemu *Sheng Chi*, to znaczy unikać skierowania się ku *Totalnemu Zagubieniu i Sześciu Śmierciom*.

Poszczególne pola kwadratu magicznego Luo Shu przypisywano nie tylko liczby i kierunki geograficzne, lecz także żywioły. I tak N (północ) to **Woda**, S (południe) **Ogień**, E i SE (wschód i południowy

GRUPA ZACHÓD

Nr <i>gua</i>	5 mężczyzna	5 kobieta	2	6	7	8
Najlepszy kierunek <i>Sheng Chi</i>	NE	SW	NE	W	NW	SW
Kierunek zdrowia <i>Tien Yi</i>	W	NW	W	NE	SW	NW
Kierunek romansu <i>Yen Nien</i>	NW	W	NW	SW	NE	W
Kierunek <i>Fu Wei</i>	SW	NE	SW	NW	W	NE
Ogólnie niekorzystny <i>Wo Hai</i>	E	S	E	SE	N	SE
Kierunek 5 duchów <i>Wu Gwei</i>	SE	N	SE	E	SE	N
Kierunek 6 śmierci <i>Lui Sha</i>	S	N	S	N	SE	E
Kierunek totalnego zagubienia <i>Cueh Ming</i>	N	SE	N	S	E	SE

GRUPA WSCHÓD

Nr <i>gua</i>	1	3	4	9
Najlepszy kierunek <i>Sheng Chi</i>	SE	S	N	E
Kierunek zdrowia <i>Tien Yi</i>	E	N	S	SE
Kierunek romansu <i>Yen Nien</i>	S	SE	E	N
Kierunek <i>Fu Wei</i>	N	E	SE	S
Ogólnie niekorzystny <i>Wo Hai</i>	W	SW	NW	NE
Kierunek 5 duchów <i>Wu Gwei</i>	NE	NW	SW	W
Kierunek 6 śmierci <i>Lui Sha</i>	NW	NE	W	SW
Kierunek totalnego zagubienia <i>Cueh Ming</i>	SW	W	NE	NW

wschód) **Drzewo**, W i NW (zachód i północny zachód) **Metal** oraz NE, SW (północny wschód, południowy zachód) oraz Centrum to **Ziemia**. Przynależność żywiołowa każdego *gua* jest jedną z najważniejszych wartości *feng shui*, zaraz po kierunku geograficznym. Żywioł uwzględnia się przy podejmowaniu działań osłabiających lub wzmacniających dany region działania – w domu lub w biurze. Trzeba także wiedzieć, jakie zależności występują pomiędzy nimi.

Jak w wielu technikach, w metodzie Ośmiu Pawilonów za najważniejsze uważa się skierowanie drzwi frontowych domu lub mieszkania w stronę korzystną dla głównego żywiciela rodziny. Od jego szczęścia bowiem zależy szczęście pozostałych członków. Niemal tak samo ważne jest ustawienie pieca w kuchni. Stare teksty głoszą, że „usta ognia” (w naszych czasach: pokręta w kuchni) powinny kierować się ku *Sheng Chi* głowy rodziny. Bardzo ważne jest, aby wezgiem łóżka skierować w stronę korzystną dla śpiącej w nim osoby; aby, siedząc za biurkiem, być zwróconym w swoim możliwie najlepszym kierunku, a przy stole zajmować takie miejsce, by w czasie posiłku być skierowany w stronę zdrowia.

To, w którą stronę zlokalizujemy łóżko lub biurko (w kierunku zdrowia czy rozwoju), zależy wyłącznie od nas, a właściwie od tego, co chcemy poprawić w życiu. Wiedza *feng shui* podpowiada nam, w jakich regionach domu powinna się znajdować sypialnia czy gabinet. Prawie każda konsultacja ze specjalistą w tym zakresie polega na tym, że zamienia się domownikom pokoje i węzłowa łóżka, tak by każdy znalazł się w korzystnym dla siebie rejonie i działał w odpowiednim kierunku. Tych korzyści nie jest w stanie zastąpić powieszenie choćby tysiąca kokardek, dzwonek, fletów i ciętych kryształków. Kto nie wierzy, niech spróbuje. Bez nawiązania do kierunków geograficznych nie może być mowy o poprawie stanu energetycznego badanej przestrzeni. Głównym narzędziem konsultanta jest zawsze *Luo Pan*, czyli kompas geomantyczny. Niemniej, starając się wpłynąć na zdrowie osoby zamieszkującej badaną przestrzeń, pod uwagę bierze się nie tylko dane geograficzne. Konieczne jest, by węzłowie łóżka skierowane było w najlepszym kierunku, np. w kierunku *zdrowie*. Nie można zapominać, by łóżko nie stało w przestrzale drzwi – okno, by za głową znajdowało się wsparcie, np. lita ściana, by nad łóżkiem nie przechodziła belka stropowa, czy też by w miejsce naszego spania nie było wycelowane naroże potężnej szafy. Dla zdrowia śpiącego nie jest obojętne zarówno to, co znajduje się w tym samym miejscu u sąsiada na górze, jak i za ścianą u węzłowa łóżka. Z całą pewnością możemy stwierdzić, że, jeśli we wspomnianych miejscach znajdzie się woda, stan naszego zdrowia ulegnie pogorszeniu.

Zalecając na zakończenie przede wszystkim poprawne ustawienie łoża (np. w kierunku *zdrowie*), muszę skonstatować, że choć nie łatwo jest dbać o siebie, organizując na swój sposób dookolną przestrzeń, to jest to jednak i możliwe, i konieczne.

Marian Hemar

PRZECHADZKA

...

*Jakże mi znaleźć moją drogę,
Gdym sam jak liść na ziemię spadł,
A czarna mgła zalała świat,
A w górze znaleźć gwiazd nie mogę?*



FUNDACJA
Moje Wojenne Dzieciństwo

ISBN 83-918451-0-9