

---

EWA JACKOWSKA

## DEPORTACJA NA SYBIR – DOŚWIADCZENIE ŚMIERCI

### Wstęp

Niniejszy artykuł przedstawia najtrudniejsze do zintegrowania z nurtem życia psychicznego człowieka sytuacje, których doświadczyły osoby deportowane w czasie II wojny światowej w głąb Związku Sowieckiego. W skali nasilenia stresu psychospołecznego powszechnie przyjętej w psychopatologii wywołują one bardzo ciężki lub skrajny (ekstremalny) stres, przekraczający zdolności adaptacyjne człowieka.<sup>1</sup> Od strony czysto psychologicznej wywołują przeżycia psychiczne, które noszą wszelkie znamiona traumy czyli urazu psychicznego.<sup>2</sup> Omawiane sytuacje to nie tylko zdarzenia wyzwalające reakcje stresowe rozważane w kategoriach psychologii klinicznej, ale także, a może przede wszystkim, świadectwa z nieznaną szerzej historii II wojny światowej dokumentujące martyrologię Polaków pod okupacją sowiecką.

Podczas, gdy prace badawcze z psychologii klinicznej i psychopatologii prowadzone w Polsce nad ofiarami niemieckich obozów koncentracyjnych mają bogatą bibliografię (M. Lis-Turlejska, Z. Ryn, A. Szymusik i wiele innych opracowań)<sup>3</sup> badania dotyczące psychologicznych aspektów totalitaryzmu stalinowskiego nie są w Polsce liczne. Zauważa się ogromną lukę w rozpoznaniu odległych psychicznych następstw prześladowań stalinowskich zarówno w odniesieniu do osób, którym udało się wrócić z łagrów i więzień enkawudowskich, jak również więźniów politycznych odbywających „kary” w Polsce, a także ludności cywilnej deportowanej w głąb ZSRS w latach II wojny światowej. Praca badawcza przeprowadzona przez autorkę artykułu w latach 1999-2000 w jakiejś mierze wypełniła lukę w badaniach tej ostatniej z wymienionych grup.

---

<sup>1</sup> H. Kaplan, B. Sadock, *Psychiatria kliniczna*, Wrocław 1998.

<sup>2</sup> J. Herman, *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk 1999.

<sup>3</sup> M. Lis-Turlejska, *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Warszawa 1998; Z. Ryn, *Uwagi psychiatryczne o tzw. KZ-syndromie*. „Przegląd Lekarski”, 1981, nr 1, s. 26-29; A. Szymusik, *Badania byłych więźniów obozów koncentracyjnych w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej w latach 1959-1990*. „Przegląd Lekarski”, 1991, nr 1, s. 22-28.

Głównym celem poszukiwań badawczych przedstawionych w obszernej monografii było poznanie traumatycznych przeżyć Sybiraków i wpływu deportacji na ich kondycję psychiczną oraz przebieg historii życia.<sup>4</sup> Z bogatego materiału naukowego zebranego przez autorkę, przy opracowaniu niniejszego artykułu, wybrano fragmenty ilustrujące szczególne sytuacje ekstremalnego stresu doświadczanego przez badanych – ich bezpośrednie spotkania ze śmiercią. Omówieniu psychologicznych i klinicznych następstw traumatycznych przeżyć zostanie poświęcony następny artykuł, którego opublikowanie również planowane jest w „Zesłańcu”.

### Podstawy teoretyczne

Po zakończeniu II wojny światowej intensywnie rozpoczęto badania nad wpływem dramatycznych sytuacji życiowych, głównie wynikających z działań wojennych, na przebieg życia a przede wszystkim funkcjonowanie psychiczne osób, które takich sytuacji doświadczyły. Pojawiły się dziesiątki badań z dziedziny psychologii klinicznej i psychopatologii wskazujących na destrukcyjne dla zdrowia psychicznego skutki traumatycznych przeżyć. Wraz z rozwojem badań prowadzonych przez badaczy w różnych krajach, na bazie różnych koncepcji teoretycznych, pojawiła się też potrzeba ujednoczenia terminologii klinicznej obejmującej diagnozę psychopatologicznych objawów wywołanych ekstremalnym stresem. Przełom nastąpił po ukazaniu się w 1980 r. w USA trzeciej wersji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) czyli klasyfikacji zaburzeń psychicznych, opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.<sup>5</sup> Od tego roku w literaturze fachowej stopniowo eliminowano nazwy, którymi wcześniej określano zaburzenia psychiczne spowodowane stresem przeżywanym przez ofiary wojen, więzień, obozów jenieckich i koncentracyjnych, takie jak: nerwica wojenna, nerwica pourazowa, depresja reaktywna, astenia poobozowa, astenia postępująca, choroba drutów kolczastych i KZ-syndrom, zastępujące określeniem – zespół stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder, w skrócie PTSD) lub zaburzenie stresowe pourazowe. Nazwę tę stosowano bez względu na to czy psychopatologiczne skutki skrajnie silnych sytuacji stresowych powodowane były katastrofą w środowisku przyrodniczym, czy działaniem ludzi (przemocą, aktami terroru, wojną, represjami etnicznymi, politycznymi itp.). W DSM III objawy zostały nie tylko nazwane, ale również zoperacjonalizowane poprzez sformułowanie dokładnych kryteriów diagnostycznych.

Kolejne, poprawione wersje klasyfikacji zaburzeń psychicznych, czyli DSM III R i DSM IV zachowują nazwę zespołu i podają 6 kryte-

---

<sup>4</sup> E. Jackowska, *Psychiczne następstwa deportacji w głąb ZSRR w czasie drugiej wojny światowej. Przyczyny, moderatory, uwarunkowania*, Szczecin 2004; E. Jackowska, *Psychiczne następstwa deportacji w głąb ZSRR w ocenie sybiraków*, „Psychiatria Polska”, 2005, nr 1, 89-102.

<sup>5</sup> D. Rosenhan, M. E. P. Seligman, *Psychopatologia*, Warszawa 1994,

riów diagnostycznych (A, B, C, D, E i F), które stanowią podstawę jego rozpoznania. Krótko zostaną one przedstawione:

- ❖ **Kryterium diagnostyczne A** precyzuje bezpośrednią przyczynę wystąpienia zespołu. Człowiek zetknął się ze śmiercią lub przeżył inne, traumatyczne wydarzenie zagrażające jemu lub innym ludziom utratą życia lub poważnym uszkodzeniem ciała. Odpowiedzią człowieka na to wydarzenie było przerażenie, lęk, poczucie bezradności.
- ❖ **Kryterium B** dotyczy wielokrotnego odtwarzania i przeżywania na nowo traumatycznego wydarzenia poprzez natrętne przykre wspomnienia obrazów i odczuć (na jawie i w czasie snu).
- ❖ **Kryterium C** odnosi się do uporczywego unikania bodźców przypominającym traumatyczne wydarzenie oraz zawężenia zainteresowań i zakresu uczuć (np. niezdolność do uczucia miłości).
- ❖ **Kryterium D** obejmuje liczne objawy podwyższonego poziomu pobudzenia takie jak np.: zaburzenia zasypiania, drażliwość, wybuchy gniewu, zaburzenia w koncentracji uwagi.
- ❖ **Kryterium E** ustala, że czas trwania zaburzeń przekracza 1 miesiąc.
- ❖ **Kryterium F** określa, że zaburzenie powoduje klinicznie istotne uszkodzenie w sferze społecznego funkcjonowania człowieka.<sup>6</sup>

Według epidemiologów częstotliwość zachorowania na PTSD w grupach ryzyka (weterani wojenni, dzieci „wojny”, ofiary czynów kryminalnych i katastrof naturalnych) jest zróżnicowana w zależności od takich zmiennych jak: wiek, płeć, poziom integracji osobowości przed wydarzeniem traumatycznym, cechy temperamentalne, styl radzenia sobie ze stresem, uzyskane wsparcie społeczne i szereg innych. Stąd rozpiętość współczynnika zachorowalności jest znaczna i wynosi od 3 do 58%.<sup>7</sup>

Zespół stresu pourazowego nie jest jedynym zespołem psychopatologicznym, który rozwija się pod wpływem ciężkiego stresu. Traumatyczne zdarzenia mogą generować takie zaburzenia jak: krótkotrwałą psychozę reaktywną czy zaburzenia adaptacyjne. Zespół stresu pourazowego może współwystępować z różnymi innymi zespołami psychopatologicznymi: zespołem lęku napadowego, fobiami, zespołem natręctw, zaburzeniami psychosomatycznymi, uzależnieniami. Szczególnie silne są zależności między PTSD a depresją. Wyniki badań wskazują, że ryzyko depresji wielkiej wzrasta dwa do czterech razy u osób cierpiących z powodu PTSD. Istnieje też zależność odwrotna. Depresja jest czynnikiem ryzyka dla pojawienia się objawów PTSD.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> *DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington 1994; K. Rutkowski, *Diagnoza porównawcza zaburzeń postresowych*, „Psychiatria Polska”, 2005, nr 1, s. 75-88.

<sup>7</sup> *DSM IV, Diagnostic ... op. cit.*, s. 426.

<sup>8</sup> D. J. Erickson, J. W. Wolfe, L. A. King, E. J. Sharansky, *Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in sample of Gulf War veterans: a prospective analysis*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”. 2001, nr 1, s. 41-49; B. Dudek, *Zaburzenia po stresie traumatycznym*, Gdańsk 2003.

Z dokonanej analizy wynika, że współczesna humanistyka i nauki medyczne w wydarzeniach ekstremalnych, których doświadcza człowiek, dopatrują się przede wszystkim źródła zagrożeń dla zdrowia psychicznego. Czy takie sytuacje mogą „hartować” psychikę człowieka i czynić ją silniejszą? Wątek dyskusji na ten temat pojawi się w kolejnym artykule. W tym – treść skupia się wokół zapowiedzianego we „Wstępie” tematu.

### **Technika badań, charakterystyka badanej grupy**

Podstawową techniką badawczą zastosowaną przez autorkę był ustrukturalizowany wywiad, którego kwestionariusz zawierał ponad 200 pytań obejmujących całą historię życia ze szczególnym uwzględnieniem warunków bytowych i wydarzeń z okresu deportacji. Szczegółowe zapisy przeprowadzonych wywiadów dokonane przez studentów kierunków pedagogicznych Uniwersytetu Szczecińskiego zaproszonych do współpracy przy realizacji zamierzeń badawczych, umożliwiły włączenie do analizy wyników badań dosłownych wypowiedzi badanych osób.

Badaniami objęto 100 osób (68 kobiet i 32 mężczyzn), deportowanych w wieku dziecięcym lub wczesnej młodości, urodzonych w latach 1928-1934, zamieszkujących zaanektowane przez Stalina we wrześniu 1939 roku terytorium Polski, którzy w latach 1940-41 zostali przesiedleni do azjatyckiej części Związku Sowieckiego i przebywali tam do roku 1946. Kontakt z osobami badanymi nawiązywano za pośrednictwem zarządów oddziałów i terenowych kół Związku Sybiraków. W badaniach uczestniczyły osoby sprawne umysłowo, które rozumiały treść pytań wywiadu i pamiętały okres deportacji. Należy podkreślić, że osoby badane były informowane o celu badań, o ich czasochłonności, a także o tym, że w wywiadzie zostaną poruszone problemy przypuszczalnie dla nich bolesne. Proponując udział w badaniu informowano, że w każdej chwili można się z niego wycofać.

Średnia wieku dla całej badanej grupy wynosiła 68,77, średnia wieku w momencie deportacji – 9,36.

W badaniach wzięło udział 88 osób zamieszkujących miasta i 12 mieszkańców wsi. Ze względu na wykształcenie charakterystyka osób badanych przedstawiała się następująco: wykształcenie wyższe miało 16 osób, wykształcenie średnie uzyskało 40 osób, zawodowe – 6, podstawowe lub niepełne podstawowe – 38 osób. Wszyscy badani utrzymywali się z emerytury lub renty. Zdecydowana większość osób pozostawała w związku małżeńskim (54), 25 było wdowami lub wdowcami, 18 było rozwiedzionych lub żyło w separacji, a 3 osoby pozostawały w stanie bezzennym.

Większość badanych (59) była deportowana z obydwojgiem rodziców, z matkami (bez ojców) – 38, w jednym przypadku – osoba badana była deportowana z rodzeństwem (bez rodziców), a dwie – z macochami.

### Wyniki badań – spotkania ze śmiercią

Istotą doświadczenia traumatycznego jest odczuwanie wielkiego cierpienia, które w języku psychologicznym jest opisywane w kategoriach niezwykle silnych negatywnych emocji.<sup>9</sup> Spośród tych emocji na plan pierwszy wysuwa się wszechogarniające poczucie lęku, którego objawy mają bogatą manifestację – od obronnego odrętwienia, poczucia bezradności, wycofania się czy apatii, do silnego pobudzenia, głośno demonstrowanego przerażenia i rozpacz. W przypadku cierpień, które powodowane są celowym działaniem innych ludzi do przeżyć lękowych dołącza się gniew, złość, nienawiść, pogarda, obrzydzenie itp.

Na podstawie wywiadów skategoryzowano i scharakteryzowano najważniejsze stresory (czynniki wywołujące stres) działające na badanych w czasie deportacji. Zaliczono do nich:

1. Nocne wtargnięcie uzbrojonych enkawudzistów – groźbami, wyzwiskami i trzymaniem pod bronią ojców zmuszające rodziny do opuszczenia miejsc zamieszkania.
2. Kilkutygodniowy transport do miejsc zesłania w warunkach urągających zasadom higieny i poszanowania godności osobistej (zamknięcie w zatłoczonych, brudnych bydłowych wagonach bez ogrzewania i toalet).
3. Warunki zamieszkania na deportacji (stłoczenie panujące w barakach, ziemiankach i lepiankach, brak wyposażenia w podstawowe sprzęty, niemożność ogrzania pomieszczeń, niskie temperatury, brak dopływu wody, brak toalet, robactwo, brud).
4. Zjawiska klimatyczne – niskie temperatury, burze śnieżne (burany), roztopy, powodzie, upały.
5. Brak podstawowych artykułów spożywczych – permanentne odczucie głodu, znamiona somatycznych i psychicznych objawów choroby głodowej.
6. Ciężka wyniszczająca organizm praca fizyczna.
7. Represje ze strony funkcjonariuszy władzy sowieckiej i nauczycieli w szkole.
8. Rozłączenie z rodziną (pobyty w domach dziecka).
9. Ciężkie zagrażające życiu choroby somatyczne i urazy.
10. Zagrożenie życia i śmierć osób bliskich.

Szczegółowy opis poszczególnych stresorów zamieszczony jest we wspomnianej wcześniej pracy.<sup>10</sup> Jak zaznaczono we wstępie, w niniejszym artykule przedstawiono jedynie ten wycinek badań, który odnosi się do wybranej grupy sytuacji trudnych, wyzwających najsilniejsze

<sup>9</sup> E. Trzebińska, *Negatywne uczucia: koszty i korzyści*. [w:] red. R. Jaworski, A. Rusak, W. Simon. *Wobec cierpienia*, Płock 2004, s. 85-98.

<sup>10</sup> E. Jackowska, *Psychiczne następstwa ....* op. cit.

negatywne emocje. Ich przyczyną było bezpośrednie zetknięcie się badanych osób ze śmiercią rodziców, rodzeństwa lub innych współzesłańców.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, że zdecydowana większość osób badanych odczuwała w czasie deportacji lęk o życie i zdrowie osób bliskich. W wywiadach powtarzają się wypowiedzi: „Wszyscy żyliśmy w ciągłym lęku o swoje i bliskich życie”. Przerazenie, lęk, rozpacz, smutek to najczęściej utrwalone wspomnienie dotyczące odczuć wtedy przeżywanych. Aż 81% interlokutorów potrafiło wskazać te konkretne sytuacje, które były źródłem ich największego niepokoju o członków rodziny. Należały do nich: ciężkie choroby somatyczne - tyfus, malaria, czerwonka, zatrucia pokarmowe, ostre i przewlekłe stany zapalne, wycieńczenie głodowe - urazy doznane w czasie pracy (np. przygniecenie drzewem, upadki z wysokości, pogryzienie przez zwierzęta) uwięzienie oraz pobicia w czasie przesłuchań. Biorąc pod uwagę niezwykle trudne doświadczenia w okresie zesłania, które były udziałem rodziców i rodzeństwa osób badanych, obawy udzielających wywiadów nie były płonne, a w licznych przypadkach zostały potwierdzone, gdyż ich bliscy zmarli. Oprócz lęku badani zapamiętali też poczucie bezradności, na którą wskazuje np. wypowiedź: „bezsilność, nie mogłem zrozumieć dlaczego to nas spotkało... (10 m).\*\* Również – złość, wściekłość, nienawiść, odrazę, która w niektórych przypadkach trwała latami: „Czuję odrazę i wstręt, pomimo, że ja przetrwałam, ale odszedł tam mój ojciec i wielu innych niewinnych ludzi...”(24 k).\*\*\* Zesłańcy odczuwali też poczucie krzywdy, niesprawiedliwości oraz bezsens sytuacji, w której się znaleźli. To poczucie bezsensu akcji deportacyjnej towarzyszy niektórym do dnia dzisiejszego: „Nie mogę zrozumieć – co były winne dzieci, które zesłano na takie wyniszczenie, poniżenie i śmiertelne wyniszczenie...” (1 m).

Klinicyści są zgodni, że dzieci szczególnie dramatycznie odczuwają śmierć rodzica. Wraz ze śmiercią ojca lub matki dziecko traci najważniejsze źródło poczucia bezpieczeństwa i zakotwiczenia emocjonalnego. Osierocone dzieci niezwykle intensywnie odczuwają rozpacz, żal, złość, lęk, poczucie winy. Reakcje lękowe na zagrożenie życia osób bliskich nasilają się po 6 roku życia dziecka, kiedy jest ono zdolne do spostrzegania śmierci jako nieodwracalnej rozłąki, z osobami które zmarły.<sup>11</sup>

Niezwykle głęboko utrwaloną w pamięci sytuacją deprivacji i zagrożenia była dla badanych bezpośrednia obserwacja aktów zgonu lub kolejnych etapów procesu umierania osób bliskich. Oprócz ogromnego cierpienia, które wynikało ze świadomości ostatecznego rozstania z osobą, którą się kochało, śmierć osób bliskich, tak jak każda śmierć, która wydarza się blisko nasilała lęk tanatyczny opisany między innymi przez

\*\* Oznaczenie protokołu badania mężczyzny.

\*\*\* Oznaczenie protokołu badania kobiety.

<sup>11</sup> D. Adams, *Wpływ śmierci osób znaczących na osierocone dzieci*. [w:] red. B. Block, W. Otrębski, *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin 1997, s. 96-103.

De Walden-Gałuszko.<sup>12</sup> Lęk ten składa się z różnych treści, wśród których można wyróżnić:

- ❖ lęk przed umieraniem rozumiany jako lęk przed konkretnymi objawami poprzedzającymi śmierć np. duszeniem się, bólem, utratą kontroli nad funkcjami ciała, widocznymi zmianami fizycznymi np. opuchliznami występującymi u umierających z powodu śmierci głodowej,
- ❖ lęk przed „byciem umarłym” czyli nieistnieniem fizycznym, które szczególnie dla dzieci jest czymś zupełnie nie do zrozumienia,
- ❖ lęk przed skutkami jakie wynikają ze śmierci, a więc niepewności co do dalszych losów osoby umarłej, np. co odczuwa?, czy dalej cierpi?, czy staje przed sądem Bożym?
- ❖ lęk przed konsekwencjami śmierci dla osób osieroconych np. jak poradzę sobie bez matki?

W trakcie deportacji, często w obecności swoich dzieci zmarło 34 rodziców:

- ❖ Śmierć matki przeżyło 14 osób,
- ❖ śmierć ojca przeżyło 20 osób,
- ❖ w tym śmierć obydwójga rodziców w czasie zesłania przeżyło 7 osób.

W badanej zbiorowości 19 ojców zostało po aresztowaniu w Polsce zamordowanych przez NKWD. Badani pamiętali brutalne traktowanie ojców w czasie aresztowania, ale w czasie deportacji nie byli świadomi ich śmierci, stąd w dalszej analizie nie uwzględniono ich wypowiedzi.

Spośród 34 rodziców, z którymi badani zostali deportowani i którzy zmarli, w większości przyczyną zgonu był głód i spowodowane nim wycieńczenie głodowe oraz choroby, głównie tyfus i zapalenie płuc (23 przypadki). W 11 przypadkach bezpośrednia przyczyna zgonu była inna. Trzech rodziców zmarło w więzieniu, jeden ojciec został postrzelony w niewyjaśnionych okolicznościach, troje rodziców zmarło, dwóch ojców zmarło w drodze do armii generała Andersa, dwaj w wyniku działań wojennych. Warto podsumować, że wyłączając ojców, którzy zginęli w trakcie pełnienia służby wojskowej, w wyniku bezpośrednich represji sowieckich lub warunków życia na zesłaniu, w populacji stu badanych rodzin – zmarło lub zostało zamordowanych 51 rodziców pozostawiając swoje dzieci półsierotami bądź sierotami.

Wraz ze śmiercią obydwójga rodziców dzieci traciły nie tylko osoby, które kochały, ale też opiekunów, dzięki którym pracy i staraniom mogły przeżyć. Protokoły badań osieroconych osób zawierają liczne wypowiedzi świadczące o wielkich cierpieniach, nędzy, głodzie i poniewierce, której te osoby doznały. Np.:

---

<sup>12</sup> K. De Walden-Gałuszko, *Wybrane zagadnienia z psychoonkologii i psychotematologii*, Gdańsk 1992, s. 55.

Po śmierci rodziców i dwojga rodzeństwa, zostaliśmy w czwórkę w nędzy, zimnie i głodzie. Aż wierzyć się nie chce, że od stycznia 42 roku do kwietnia 46 roku żyliśmy sami bez opieki starszej osoby. To cud Boży ... (7 k).

Śmierci rodzeństwa doświadczyło 21 osób badanych. Ogółem zmarło 32 braci i sióstr. Liczba ta nie jest pełna, gdyż do zestawienia włączono tylko rodzeństwo, z którym badani przebywali w czasie deportacji. Pominęto analizę losów braci i sióstr, którzy zostali wcieleni do wojska i ginęli w wyniku działań wojennych lub też usamodzielnili się i zamieszkiwali osobno. Rodzeństwo umierało z powodu wycieńczenia głodowego i chorób, a w trzech przypadkach przyczyną były nieszczęśliwe wypadki (utonienia i zaccadzenie), w dwóch – śmierć nastąpiła w więzieniu. Trzeba jeszcze raz zaznaczyć, że w analizie uwzględniono te wypowiedzi osób badanych, w których wyraźnie wskazuje się, że o śmierci osób bliskich dowiedziano się na zesłaniu, a nie po powrocie do Polski.

Umierali też inni członkowie rodziny, do których badani byli przywiązani i których stratę boleśnie odczuwali. I tak biorąc pod uwagę tylko członków rodziny, z którymi przynajmniej przez pewien okres czasu wspólnie zamieszkiwano na zesłaniu badani m. in. stracili: 6 babć i 7 dziadków oraz trójkę ciotecznego rodzeństwa.

Przy omawianiu problematyki śmierci wymowa liczb nie jest wystarczająca, a żadna statystyka nie odzwierciedla jej tragizmu. Dlatego poniżej zamieszczono autentyczne wypowiedzi badanych, które najlepiej ilustrują faktyczne cierpienia, które były ich udziałem. Niektóre z opisów są krótkie i rzeczowe, inne – odtwarzają zapamiętane odczucia deportowanych. Oczywiście jest, że po uzyskaniu informacji od osoby badanej o śmierci osób bliskich zbierający wywiad nie stawiali dodatkowych pytań. A oto fragmenty wywiadów:

Ojciec zachorował na zapalenie płuc. Zmarł. Leżał w tym samym pomieszczeniu, co my mieszkaliśmy przez 4 dni... (57 k).

Kiedy mama była chora przez 5 dni ojciec nie mógł dostać furmanki, żeby mamę zawieźć do szpitala. Kiedy dostał i zawiózł było już za późno i mama zmarła (36 k).

Matka i kilka innych kobiet zamarzło, gdy szły na wymianę... Młodszy brat zmarł z wycieńczenia... Mówili też, że to gruźlica krowia... (29 m).

Głód był wciąż... Brat zmarł z głodu... Ojciec i matka zmarli na zapalenie płuc. Siostra spuchła i zmarła... (7 k).

W niektórych przypadkach śmierć osoby bliskiej była bezpośrednim następstwem represji i przemocy wobec której zesłańcy byli zupełnie bezradni:

Funkcjonariusz NKWD przyszedł po matkę i siłą wywłócił ją spod pryczy, skopał, ubliżał i ledwie trzymająca się na nogach (właśnie urodziła dziecko – uzup. EJ) wypędził do pracy do lasu, na mróz, nakazując zostawić niemowlę, które z zimna i niedożywienia niedługo potem zmarło... (3 m).

Niektórzy badani dokładnie zapamiętali cechy wyglądu zewnętrznego umierających członków rodziny. Znaki wyniszczenia fizycznego utrwalone w ich pamięci stanowiły szczególnie silny bodziec lękotwórczy. Np.:

Bardzo głęboko utkwiał mi w pamięci obraz umierającego z głodu mojego dziadka. Dziadek słabł z dnia na dzień. Nogi miał bardzo opuchnięte i duże brzuch. Któregoś ranka pochyliłem się nad nim, aby przykryć go dokładnie szmatami i kufajką... Był przeraźliwie chudy... Złapał mnie za nadgarstek i wyszeptał, abym nie zapomniał kim jestem.... (6 m).

Ojciec zmarł z głodu i morderczej, katorżniczej pracy... Mama, najstarsza siostra ciężko chorowały... Najmłodsza siostra 1 rok i brat 2 lata ciężko chorowali. Poza kurzą ślepotą, niedożywieniem była krzywica. Strasznie wyglądali jak pająki z powykrzywionymi rękami.... To było straszne... (16 m).

Siostra, która się urodziła na Syberii nie chodziła do 2 roku życia. Schodziła jej skóra... i nogi były źle rozwinięte. (31 k).

Objawy szczególnego wyniszczenia dostrzegali badani u rodziców, którzy przebywali w więzieniu lub łagrze, a po „amnestii” udało im się dołączyć do rodzin. Stan jednego z ojców, który krótko po odnalezieniu rodziny zmarł został opisany przez córkę w następujących słowach:

Ojciec wrócił do nas na początku września 1941r. Przyjechał do nas do K. Był bardzo zaniedbany, wycieńczony i okropnie wychudzony. Przy wzroście 180 centymetrów ważył niewiele ponad 40 kg. Ubrany był w starą, zniszczoną koszulę. Na rękach miał naciągnięte, ucięte nogawki ze spodni, które były przywiązane do jego ramion. Na nogach miał jakieś spodnie. Nie miał chyba jednak żadnej bielizny. Na stopach miał ubrane samodzielnie zrobione „buty” z gumy, z dętki, które były specyficznym poskładane i obwiązane drutem. Drut ten utrzymywał dętkę przy nodze. Pamiętam te jego „buty” bardzo dokładnie. Pamiętam także pokaleczone stopy ojca. Pamiętam jego umęczoną twarz i ciało. Był bardzo zaniedbany, brudny, głodny i schorowany. Odnalazł nas po opuszczeniu łagru. Przyjechał do nas bez biletu, bez pieniędzy, bez dokumentów. Udało mu się jednak i nas znalazł. bo był przecież oficerem policji. Pamiętam, że cieszyłam się bardzo z jego powrotu lecz byłam także przerażona jego wyglądem. Mój ojciec był przed deportacją bardzo eleganckim, przystojnym człowiekiem i takim go pamiętałam. Po półtorarocznej rozłące zobaczyłam zaś kogoś zupełnie innego. Inaczej tato wyglądał i inaczej się także zachowywał. Był zniszczony fizycznie i psychicznie... (34 k).

Tragiczny obraz ojca pozostał też we wspomnieniach innej badanej, której ojciec skierowany został do pracy w „terenie”.

Mój tata złapany na modlitwie za karę został wywieziony w las. Nie było tam żadnych budynków. Były wtedy ulewy, spali na ziemi w wodzie. Po kilku tygodniach, gdy wrócił był chudy, brudny, niepodobny do istoty ludzkiej ... potem zmarł z powodu chorych nerek... (24 k).

Można przypuszczać, że w sytuacji deprywacji podstawowych potrzeb bytowych, realnego zagrożenia własnego życia i życia pozostałych przy życiu osób bliskich, konieczność stykania się z aktami śmierci innych osób żyjących w sąsiedztwie, a więc mieszkających w podobnych

warunkach jak osoby badane, stanowiła dla nich również niezwykle silne źródło stresu. Osoby umierające to często przyjaciele, rodzice przyjaciół, a więc osoby dobrze znane, co wzmacniało poczucie straty i generowało lęk tanatyczny.

We wszystkich badanych protokołach znajdują się wypowiedzi wskazujące na to, że badani stykali się ze śmiercią współzesłańców i zwłaszcza w pierwszych miesiącach zesłania byli nią głęboko poruszeni. Lękotwórcze oddziaływanie śmierci było wzmacniane przez jej fizyczną bliskość, trudności z pochówkiem, które powodowały, że niektórzy badani przez kilka dni mieszkali w sąsiedztwie zwłok. Nie bez znaczenia było, że śmierć innych spowodowana była przez okoliczności i wydarzenia, które były obecne nie tylko w życiu osób zmarłych, ale także osób badanych. Podkreślić trzeba, że śmierć towarzyszyła badanym przez cały okres deportacji. Pierwszymi ofiarami deportacji byli ci, którzy zmarli w czasie transportu. W trakcie pobytu na zesłaniu śmierć dopadała zesłańców przede wszystkim w miesiącach zimowych, w czasie których pierwszoplanowymi przyczynami jej bogatego żniwa były: głód i zamarznięcie.

Z obszernej dokumentacji ilustrującej wspomnienia badanych wybrano w pierwszej kolejności te, które dotyczą zaprzyjaźnionych z badanymi rówieśników.

Bardzo przeżyłam śmierć młodych ludzi. Było ich 5 od 15 do 18 lat. Wracaliśmy z roboty. W czasie drogi powrotnej zaskoczyła nas zamieć śnieżna. Rozdzieliliśmy się. Chłopcy poszli w jedną stronę, a ja sama w drugą (życie uratował badanej pies Buran – uzupełn. EJ). Zamarzli, nie odnajdując drogi do domu. Odnaleziono ciała 3 chłopców. Dwóm z całej piątki udało się przeżyć. Pochowano ich w śniegu. Na wiosnę kiedy śnieg stopniał zabrano ich ciała i zakopali w skrzynkach... Na wiosnę zawsze było widać ile ludzi pochłonęła zima. Póki nie pochowano ciał stada wron obsiadywały zwłoki. Było to straszne... (1 k).

Do tej pory mam przed oczami pogrzeb mojej najlepszej koleżanki. Ona zmarła z wychłodzenia, miała tylko 10 lat. Ojciec jej niósł trumnę sam, nikomu nie pozwalał jej dotknąć... Jej śmierć mną bardzo wstrząsnęła. Później przyzwyczaiłem się do śmierci. Na zesłaniu ludzie umierali po 4-10 osób dziennie, szczególnie w pierwszym roku pobytu. Pamiętam kobietę z dzieckiem, zamarzła, jej oczy były białe, a ona mocno tuliła swoje dziecko... (9 m).

Mama wraz z sąsiadką poszły wymieniać na żywność towary do sąsiedniej miejscowości. W drodze powrotnej rozpętała się zamieć śnieżna więc kobiety musiały odłożyć powrót do domu na tydzień. My w tym czasie czekaliśmy na mamę i jedzenie. Prawie cały czas leżeliśmy, ja tylko paliłem w piecu, żeby było ciepło. W tym czasie nie mieliśmy co jeść. Dzieci sąsiadki – 2 dziewczynki 5 i 6 lat zmarły z głodu czekając na powrót matki z jedzeniem.(11 m).

Mieszkając w jednej ziemiance byliśmy wszyscy bardzo zżyci ze sobą. Rysiek miał 6 lat, był moim kolegą. Zmarł z głodu. Pierwszy raz widziałem wtedy, że ktoś umiera. Był cały opuchnięty, jakby nalany wodą, to od wody z solą, która zaspakajała uczucie głodu. Nie cierpiał umierając, nawet nie płakał. (12 m).

Głębokie ślady pamięciowe wyzłobiła też śmierć innych dzieci mniejszych osobom badanym, która po niemal 60 latach od czasu, w którym się wydarzyła opisywana była z silnym przydźwiękiem emocjonalnym.

Pierwszy opis dotyczy obrazu śmierci, z którą badana zetknęła się w pierwszych tygodniach zesłania, w nieprzystosowanym do przewozu ludzi brudnym, nie ogrzonym eszelonie, kolejne – rejestrują przypadki śmierci ludzi wycieńczonych miesiącami egzystencji w miejscach zesłania.

Największym szokiem była dla mnie śmierć dwóch osób w naszym wagonie. Umarła starsza kobieta i dziewięciomiesięczne niemowlę. Ciała tych osób przetrzymywano w wagonie aż 2 dni. Potem jednak ktoś zdradził obydwie rodziny i ciała umarłych wyniesiono gdzieś na trasie. Rozpacz była ogromna. Rodziny zmarłych nie chciały wynieść ciał ze względu na to, że nie znalazłyby miejsca ich pochówku, jeżeliby w ogóle do tego doszło... Pamiętam, że kiedy jeszcze ta dziewięciomiesięczna dziewczynka żyła, brałam ją od jej mamy i układałam pod swoją pierzyną, by w ten sposób ogrzać jej i swoje ciało... Temperatura spadała do  $-40$  stopni Celsjusza. (1 k).

Pan W. miał rodzinę dużą (nie pamiętam ile osób). Na wiosnę wymarło wszystko. Dzieci, pamiętam, leżały nieżywe pod drzewem. (23 m).

Była taka rodzina w tych pierwszych barakach... To była taka pani... Tam było 7-ro dzieci. To tam była straszna bieda. Jeszcze gorzej niż my... Bo ta pani nigdy nie miała pieniędzy, żeby kupić chleba... To ta pani gotowała ten czosnek i taki kawałek chleba, to była cała okrasa. Ten chleb wrzucała do tego gara i to było wszystko... Pamiętam te dzieci. Był najmłodszy Kazio, bardzo mały był. On miał 3 lata i nie chodził. Nogi miał takie długie, a takie chude, jak mój palec. Te jego nogi zapamiętałam. I ta pani prosiła ciągle Boga, żeby ten dzieciak umarł, bo ona już nie może na niego patrzeć. Czworo tych starszych zmarło, a ten Kazio przeżył. Taka bieda i ten mały przeżył. Ta pani to tylko dla niego trzymała kawałek chleba. A te starsze to chleba nie widziały. Tylko ta trawa i okruszki na okrasę. (56 k).

Pamiętam dziewczynkę, która spaliła się jak żywa pochodnia, właśnie przez gotowanie posiłków na stepie bez opieki dorosłych. Zapaliła się jej sukienka, uciekała szybko... Kiedy dopędził ją jakiś tubylec, żeby pomóc było za późno... Umarła, to była tragedia (66 k).

Mieszkając w wieloosobowych barakach badani przebywali w bezpośrednim sąsiedztwie umierających. Obraz pogrzebów i zmarłych osób został głęboko wryty w ich pamięci. Np.:

Byłam świadkiem śmierci młodego mężczyzny umierającego z głodu. Jest to straszna śmierć. To były straszne widoki ludzi, którzy umierali zimą przy  $40$  stopniach mrozu... ich pogrzeby... Na sankach zбитych z desek pudełko zasypane śniegiem... (63k).

Przeżyłam straszny lęk jak ludzie umierali z głodu, szczególnie Niemcy przywiezieni z granicy od Wołgi. Wrzucani do jednego dołu bez trumny, troszkę przykryci... zakopani na wiosnę. Jedni zjadali drugich. Niemka zjadła swoją córkę, która zmarła z głodu, potem jadła inne ciała zmarłych, potem sama zmarła... (28 k).

Jedna z badanych wiosną pomagała matce, wykonując czynności, których wspomnienia pozostaną u niej na całe życie:

Mama pracowała przy wywożeniu zwłok, a ja jej przy tym pomagałam. Moment wyrzucania nieboszczyków do dołu prześladowuje mnie do dziś. Słyszę dźwięk upadania zwłok... (52 k).

W „domu”, w którym mieszkaliśmy był bardzo wąski korytarz. Pewnej Białorusince trójka dzieci zachorowała na dyfteryt i zmarła. Ułożyła je więc w małe trumienki, a że trwała burza śniegowa, nie można było ich pochować. Stały one

w tym wąskim korytarzyku. Rozkładając się wszędzie unosił się straszliwy zapach, który czuję do dzisiaj. Jednak najgorsze było to, że trumny te stały na drodze do ubikacji. Najgorszą rzeczą wiążącą się ze strachem było dojść w nocy do ubikacji... (27 k).

Analizując kolejne protokoły badań można przytaczać wiele jeszcze innych obrazów dotyczących śmierci. Kontakt z osobami umierającymi, a także ze zwłokami był powszechnym elementem środowiska, w którym żyli deportowani. Podstawową odpowiedzią badanych na te bodźce był lęk. Ciężkie warunki życia na zesłaniu, ustawiczna walka o przetrwanie nie pozwalały na naturalne odreagowanie napięcia i przeżyć lękowych. U wielu badanych te negatywne odczucia zostały „zamrożone” zepchnięte do podświadomości i stamtąd odciskały swoje piętno na procesach rozwoju osobowości, a szczególnie sferze życia emocjonalnego. W trakcie prowadzenia wywiadów obserwowaliśmy, że odtwarzanie tragicznych zdarzeń z okresu deportacji wywoływało bardzo silną ekspresję emocjonalną, głównie pod postacią płaczu. Odczuwany po niemal 60 latach głęboki żal po stracie osób bliskich sugerował syndrom opisywany w literaturze jako tzw. nie dokończona żałoba. Krótko zostanie on naszkicowany.

Przeżywanie żałoby po śmierci najbliższych jest procesem złożonym i indywidualnie zróżnicowanym. Obserwacje badaczy zajmujących się wspieraniem osób osieroconych umożliwiają wgląd w dynamikę tego procesu i powtarzające się u wielu ludzi fazy przebiegu żałoby.<sup>13</sup> Typowy przebieg żałoby kończy się względnym powrotem do stanu psychicznej równowagi, nietypowy – znacznie przedłuża czasookres odczuwania cierpienia i może trwale zaburzać przystosowanie emocjonalne. W typowym procesie wyróżnia się cztery podstawowe fazy, które nie są od siebie wyraźnie oddzielone i których elementy zazwyczaj się przeplatają. Są to:

1. **Faza szoku**, „uczuciowej anestezji” lub gwałtownie wyrażanej rozpacz i protestu, często powiązana z zaprzeczaniem faktu śmierci, złudzeniem, że nieobecność bliskiej osoby jest tylko chwilowa, a czas da się cofnąć. Przygotowania do ceremonii pogrzebowej konfrontują człowieka z realnością śmierci i w sposób naturalny mogą zakończyć tę fazę.
2. **Faza intensywnych negatywnych emocji**, w której ból, rozpacz, żal, tęsknota za osobą zmarłą i odczucie jej braku wyraża się poprzez płacz, napływ myśli, skojarzeń i wspomnień z nią związanych. Poszukuje się bliskości osoby utraconej przez przeglądanie jej rzeczy, oglądanie zdjęć, rozmowy na jej temat, odwiedzanie grobu. W tej fazie obwinia się tych, którzy faktycznie lub tylko w wyobrażeniach osób osieroconych, przyczynili się do śmierci. Często takim przeżyciom towarzyszą zaburzenia snu, apetytu i inne dolegliwości soma-

<sup>13</sup> K. Ostoja-Zawadzka, *Żałoba w rodzinie*. [w:] B. De Barbaro, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków 1997, s. 91-96; H. Kaplan, B. Sadock, *Psychiatria ...op. cit.*, s. 235-237.

tyczne. Spontaniczna, intensywna ekspresja negatywnych emocji ma istotne znaczenie terapeutyczne. Tłumienie, świadome wyciszanie rozpacz i żalu przedłuża czas żałoby.

3. **Faza depresji**, „zmęczenia” cierpieniem i smutkiem. W tym okresie obserwuje się także zmniejszenie zainteresowań, osłabienie aktywności zawodowej, towarzyskiej, intelektualnej, itp. Silne negatywne emocje ustępują pozostawiając poczucie pustki i osamotnienia.
4. **Faza zdrowienia**, w której człowiek stopniowo podejmuje dawniej pełnione role i działania. Przejmuje odpowiedzialność za swoje życie, robi plany na przyszłość, docenia wartość związków emocjonalnych, często też odnajduje poczucie sensu w zadaniach, które przypada mu wypełniać. Niekiedy kontynuuje prace, których nie zdołał zrealizować zmarły.

Trudno byłoby ściśle ustalić granice czasowe żałoby. Przyjmuje się jednak, że 12-18 miesięcy, to okres po którym następuje wyzdrowienie.

Jak wspomniano przeżycia z kolejnych faz mogą się przeplatać i kumulować. Jednak ich kompletność decyduje o tym, że stan emocjonalny osoby osieroconej poprawia się.

W warunkach deportacji, przy masowo występujących zgonach, zagrożeniu własnego życia, stałej stymulacji bodźcami lękotwórczymi przeżywanie kolejnych faz żałoby było niemożliwe. Musiało to mieć wpływ na sferę emocjonalną badanych. Z jednej strony stawali się „twardzi”, ale z drugiej – zranienie wywołane bolesną stratą nie mogło się zagoić. Rana pozostała, a stłumiony żal dawał o sobie znać okazjonalnie, również w trakcie prowadzonych wywiadów.

### Zakończenie

Dokonany przegląd aktywnych stresorów działających na badaną grupę Sybiraków w czasie pobytu na zesłaniu nasuwa wniosek o przechowywaniu w pamięci zdarzeń wskazujących na doświadczenie ekstremalnego stresu. Biorąc pod uwagę młodzińczy wiek badanych skutki przeżywanego stresu musiały rzutować na przebieg rozwoju psychicznego, sprzyjały pojawianiu się zmian w emocjonalności deportowanych. Kierunek tych zmian był określony. Badani stawali się lękliwi, nieufni, smutni. Rozwijały się u nich symptomy charakterystyczne dla zespołu stresu pourazowego. Pozostawiali dziecięce zabawy podejmując wspólnie z dorosłymi walkę o przetrwanie. Szybko też sami stawali się dorośli. W wywiadach powtarzały się stwierdzenia:

Z dziecka pogodnego stałam się lękliwym, przedwcześnie dojrzałym. – Obawa o bliskich sprawiła, że szybko stałam się dojrzała... (53 k).

Nie można jednak zaprzeczyć, że zesłanie wywarło także pozytywny wpływ na ich osobowość kształtując siłę woli, zaradność, samodzielność, współczucie dla biedniejszych. Jak zasygnalizowano wyżej, problematyka psychologicznych następstw deportacji zostanie opisana w odrębnym artykule.

