

Havelka Judit

**A transzgenerációs traumaátvitel
egy lehetséges módja**

PHD disszertáció

Pécsi Tudományegyetem
Bölcsészettudományi Kar
Pszichológiai Doktori Iskola
Elméletpszichoanalízis Program

Témavezető: prof. dr. Erős Ferenc
dr. Koltai Mária

Pécs 2011

Tartalomjegyzék

Bevezetés	3
Köszönetnyilvánítás	7
I. rész: PTSD szindróma.....	8
A trauma történelme.....	9
A traumatikus élmény	17
A poszttraumatikus szindróma klinikai diagnózisa	29
Trauma és neurobiológia.....	36
Traumafeldolgozás.....	43
II. rész: Transzgenerációs trauma.....	65
Trauma és kötődés	66
A traumaszemontú megközelítés egy újszerű alkalmazása.....	75
A PRI elmélete és védekező mechanizmusai	76
A védekező mechanizmusok átadásának bemutatása terápiás esetek kapcsán	86
A vizsgálat	98
Összegzés és kitekintés.....	110
Irodalomjegyzék.....	113
Mellékletek (1-12).....	130

Bevezetés

A pszichotraumával napjainkban nagyon sokan és sokféle nézőpontból foglalkoznak. A téma népszerűségét mi sem bizonyítja jobban, mint az ezen a téren megjelent publikációk hatalmas mennyisége az utóbbi húsz-huszonöt év folyamán. Sok félreértés alakult ki a fogalom körül és elindult egyfajta hétköznapi fogalomvá válási folyamat is, melynek a hatását a médiumokban lehet a leginkább megfigyelni, ahol a „trauma” mindennapi fogyasztási cikké vált (Erős, 2007). Minden az életpályán bekövetkezett zökkenőt divat „traumatikusnak” nevezni és minden megrettent ember „traumatizált” ezen nomenklatúra alapján.

Mind a szenzációhajhászó figyelem, mind pedig az erre reagáló szarkasztikus, negatív attitűd nagy nehézségeket okoz azon segítő szándékú szakemberek számára, akik traumatizált emberekkel nap mint nap kapcsolatba kerülnek.

Napjainkban a különféle pszichés zavaroknál újra s újra felfedezik a trauma szerepét. Egyre többen foglalnak állást amellett, hogy ennek a szerepnek speciális figyelmet kell szentelni mind a diagnosztizálásnál mind pedig a pszichés segítségnyújtásnál.

Munkám során én magam is naponta találkozom traumák túlélőivel úgy individuális, mint családi kontextusban. Módomban áll a túlélők pszichés szenvedéseit, és azok gyermekeinek, sőt unokáinak a problémáit is kezelni.

Gyakorló terapeutaként azért kezdtem bele a (számomra eddig ismeretlen) tudományos munkába, hogy a terápiás munkám során szerzett tapasztalataimat összegezzem, és a pszichotraumáról, annak gyógyításáról alkotott saját elképzeléseimet megfogalmazzam.

Abból a nézőpontból indultam ki, hogy az emocionális, kognitív, viselkedésbeli vagy éppenséggel testi tünetek széles skálája traumatikus élmények következtében alakult ki. Más szóval: sok esetben a diszfunkcionális, vagy éppenséggel patológiás viselkedések, meggyőződések, vagy testi élmények, valójában feldolgozatlan emlékek manifesztációi, melyek traumatikus, gyakorta korai gyermekkori élményeken alapulnak.

A másik célom ezzel a dolgozattal, mint családi rendszerekkel is dolgozó családterapeutának, annak a megvizsgálása volt, milyen mechanizmusokon keresztül jelennek meg hasonló viselkedési minták a következő generáció(k)nál, azaz hogyan adódik át generációkon keresztül a trauma; és talán a legfontosabb kérdés: hogy hogyan lehet ezt a láncolatot megszakítani.¹

Disszertációm írásakor az a cél vezetett, hogy több irányból közelítsem meg pszichés trauma témáját.

¹ Ennek a szemléletnek Magyarországon jelentős képviselői voltak és vannak ma is. Virág Teréz, a Kút egyesület létrehozója, a zsidó Holokauszt túlélőinek és azok leszármazottainak kezelése kapcsán rámutatott a generációkon keresztül átadódó traumák jelenlétére a második, sőt harmadik generációnál is.....„hetedfízigen” (Virág, 200, 2001).

Dolgozatom két nagy részből áll. Az első rész a trauma főként individuális aspektusaival foglalkozik, míg a második részben kísérletet teszek a trauma generációkon keresztül való átadódása egy lehetséges módjának a bemutatására majd egy vizsgálattal megpróbálom a pszichés trauma és a védekező mechanizmusok közötti kapcsolatot megmutatni.

Az első rész első fejezete a pszichotrauma történelmét kíséri meg röviden összefoglalni. Ennek a megközelítésnek a történelem során rendkívül hányattatott sors jutott osztályrészül. A hisztéria körül kibontakozott heves szakmai vitáktól kezdve a háborús veteránokat elítélő bíróságokon keresztül a megerőszkolt, bántalmazott asszonyok szenvedéseinek el nem ismeréséig folyamatosan az áldozatot hibáztató („blaming the victim”) szemlélet győzedelmeskedett az újra és újra felbukkanó tudományos érdeklődés és emberi, szakmai szimpátia ellenében.

A második fejezetben, mely a traumatikus élményt veszi elemzés alá, arról esik szó, hogy nem minden megrázó esemény feltétlenül traumatikus az érintett személyek számára. Valami „félresiklik” azokban az esetekben mikor a megrázó esemény traumatikussá válik az átélő számára és ez a félresiklás állandósul akkor, ha nem sikerül ezt az eseményt a személyes élettörténetbe integrálni.

Ezzel ellentétben áll az úgynevezett „poszttraumás növekedés” jelensége, amikor egy átélt traumatikus esemény (vagy események sorozata) a túlélőt addig nem tapasztalt bölcsességgel ajándékozza meg (Tedeschi és Calhoun, 2004, Kulcsár, 2005).

Ezt követi a PTSD szindróma, és a koncentrációs táborok túlélőinél, háborús menekülteknél, családon belüli inceszt, vagy fizikai erőszak áldozatainál, diagnosztizálható komplex poszttraumatikus zavar leírása a harmadik részben.

A negyedik fejezetben a trauma neurológiai aspektusait vettem érintőlegesen sorra. Hogy a PTSD szindróma tünetegyüttesét jobban megértsük, segít a háttérben zajló idegéletteni folyamatok megfigyelése. Sok zavaró vagy éppenséggel megmagyarázhatatlan jelenség értelmezést kap, ha megértjük, hogy a traumatikus esemény milyen reakciókat provokál a különböző agyi területeken és milyen strukturális, neurofiziológiai, hormonális változásokat indukál.

Hogy a traumatikus állapotok mennyi szenvedéssel járnak, napjainkban egyre inkább a figyelem fókuszába került, és természetesen ezáltal a pszichés trauma transzformálásának lehetőségei is. A traumafeldolgozás azonban nem kis kihívást jelent a pszichoterápiával foglalkozó szakembereknek. Dolgozatomat ezért a traumafeldolgozás jelenlegi lehetőségeinek feltérképezésével folytatom. A traumatikus élmények feldolgozásával foglalkozó terapeuták rendszeresen ütköznek bizonyos nehézségekbe PTSD szindrómában szenvedő pácienseiknél. A poszttraumás állapotok sajátosságai napjainkban intenzív kutatások fókuszában állnak, mely kutatások eredményei a modern traumaterápiákba egyre inkább beépülve azok specializálódásához vezettek, s egyre adekvátabb terápiás megoldások jöttek létre a traumaterápiák területén. Dolgozatomban a

Janet, Horowitz, Van Der Hart, Herman, neveihez fűződő háromszakaszos traumaterápiás megközelítést próbáltam bemutatni. Ez a terápia elsőként stabilizációból és szimptómaredukcióból, majd a traumatikus élménnyel való konfrontációból, végezetül pedig mindezeknek a páciens életvitelébe való integrációjából áll. A konfrontációhoz felhasználható technikák közül kiválasztott EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) technikát esetismertetés segítségével igyekeztem bemutatni.

Dolgozatom második nagy részében, mely a transzgenerációs traumával foglalkozik, először a kötődési rendszer és a trauma viszonyát vizsgáltam.

Egy csecsemő csak nagyon korlátozott lehetőségekkel rendelkezik az önszabályozásban. Ezért azután az életbenmaradása egy külső, úgynevezett „elsődleges kötődési személy” általi interaktív szabályozástól függ. Így tanulja meg a túl erős, negatív arousal szintjét befolyásolni.

A korai élettapasztalatok a világ és az emberek „megbízhatóságáról” és „biztonságosságáról” alapvető hatással vannak a percepcióra és az érzelmekre a későbbiek során.

A korai kötődés fontosságát talán semmi nem mutatja jobban, mint azok az eredmények, melyek a kötődési minták „örökléséről” számolnak be. Erről íródott dolgozatom következő része.

Az egymást követő generációk kötődését vizsgálók jelentős egybeesést állapítottak meg a generációk között a kötődési mintázatokban. A családterápia rendszerszemléletű megközelítése és a kötődési elméletek osztják azt a nézőpontot, hogy a kötődési stílus és a személyek közötti viselkedési mód a családon belül, ha egyszer kialakult, akkor rendkívül stabilnak mutatkozik a változások tekintetében, saját magát megerősíti, sőt ez még a generációkon keresztül is megmutatkozik. Még jól funkcionáló családok is problematikus családi viszonyokat alakíthatnak ki traumatizáció hatására. A traumatizáció következményeként inadekvát gondoskodási minta alakulhat ki. Az olyan családokban ahol háború, erőszak, krónikus betegség, vagy hirtelen bekövetkező haláleset játszottak szerepet, a családban gyakorta diszfunkcionális interakciós minták jöttek létre. A szuicidium családon belüli ismétlődésében, illetve az előző generációkban történt szuicidium a túlélő családtagokra, leszármazottakra gyakorolt hatásában a családi kapcsolati dinamikának és rendszerhatásoknak intergenerációs transzmissziója figyelhető meg (Koltai, 2001). A generációkon keresztüli traumaátadásban több különböző faktor játszik szerepet. Közvetlen összefüggés a szülői PTSD és a gyermeki PTSD között csak nagyon korlátozott számú család esetében fordul elő, azonban az egymásközti verbális és nonverbális kommunikáción keresztül a traumatikus sémák átadódhatnak.

Az ezután következő részben előadott elképzelés, mely a traumák generációkon keresztül való átadásának egy lehetséges módját veti fel az a kiindulási pontja,² hogy a gyermek a valósá-

² Ez az elképzelés az egyik kiindulópontja az Ingeborg Bosch (2002) által kidolgozott PRI („Past Reality Integration”) terápiás módszerének

got – negatív esetekben – kénytelen elfojtani, és egy másik realitást, egy illúziót kell, hogy létrehozzanak, a valóság helyett. Ez az illúzió pedig az, hogy az egész az ő hibájukból történt, és nekik meg kell változniuk ahhoz, hogy minden jobb legyen. A gyermek a számára elviselhetetlen realitás ellen, úgy védekezik, hogy ezeket az élményeket külön próbálja tárolni az összes többi élménytől, hogy a létfontosságú biztonságérzés ezen kívül mégis megélhető legyen. Később védekező mechanizmusok fognak gondoskodni róla, hogy biztonságosan elszeparálva maradjanak a tudat egyéb részeitől, hogy ne törhessenek be és sodorhassák veszélybe a gyermeket, akinek semmi esélye nincs a probléma megoldására. A védekező mechanizmusok működését saját praxisomból vett példákkal próbáltam meg bemutatni. Ami a gyermek számára létfontosságú cselekedet volt, az a felnőtt korban is továbbélve a valóságtól eltávolodott, rossz alkalmazkodást, rosszabb esetben tüneteket eredményezhet. Úgy érzünk, gondolkodunk és cselekszünk, ahogyan azt a gyermek tette, akik valaha mi voltunk. (Bosch, 2002, 2003, 2007).

Ennek a jelenségnek bemutatására egyéni felnőtt-terápiáimból emeltem ki részleteket. A védekező mechanizmusok átadódását az egyik generációtól a másiknak, egy családterápiás esettel demonstráltam melyet ugyancsak a saját terápiás munkámból hoztam. Ezzel a családterápiás esettel szerettem volna illusztrálni, hogy milyen nagy esély van arra egy családi rendszeren belül, hogy a fel nem dolgozott „traumák”, a „kis t” traumák, generációkon keresztül átadódjanak a védekező mechanizmus rendszer használatán keresztül. Egy másik – pozitív – üzenete ennek a családterápiás ülésnek viszont az, hogy igenis meg lehet ezt a láncolatot szakítani – amennyiben a diszfunkcionális védekező mechanizmusok tudatossá válnak –, és megfelelő segítséggel helyette egy funkcionális viselkedési stratégiát lehet együttesen kidolgozni.

Ezt követően bemutatom az általam végzett vizsgálatot. A vizsgálat célja a PTSD tünetek mértékének a befolyásának vizsgálata volt a PRI-ben leírt védekező mechanizmusokra, azok erősségét és megoszlását illetően. Ebből a vizsgálatból is megnyilvánul, hogy a pszichés trauma milyen messzeható következményekkel jár nemcsak a személy, az individuum életében, hanem egy metaszinten is, nevezetesen a védekező mechanizmusok által a családi kapcsolatok rendszerének megváltozásán keresztül.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni a Pécsi Phd. iskolának s személy szerint külön is prof. dr. Erős Ferencnek azért, hogy engedélyezte és támogatta dolgozatom megírását s mint magántanuló felvételt nyerhettem a doktori iskolába.

Dolgozatom dr. Koltai Mária bábáskodta minden nehézségével együtt végig és szeretném fáradhatatlan javításait és előrevivő meglátásait, valamint irántam való rendíthetetlen bizalmát megköszönni.

Köszönet Mezőlaki Csabának (többek között) a PRI kérdőív magyarra fordításáért és Arday Petrának aki a kérdőívet holland nyelvre visszafordította, a „Bevezetés a pszichotraumába” workshopok lelkes résztvevőinek, valamint Csupor Zsuzsának és Havelka Zsófiának a vizsgálatban vizsgálatvezetőként való közreműködésükért.

Köszönet a PRI szervezetnek a kérdőív rendelkezésemre bocsátásáért és a korrekciókért, mely által a kérdőív magyar változata létrejöhett.

Dr. Tiringer Istvánnak az érdeme a statisztikai programok lefuttatása és nagyon sokat segített a kísérlet korrektségének megtartásában. Hálával tartozom a rengeteg rám fordított idejéért és energiájáért. Csupor Zsuzsának és Tillinger Péternek külön hálás köszönet jár szövegeim „magyarosításáért” is.

Végezetül szeretném köszönetemet kifejezni azoknak, akik saját terápiájuk írásbeli, és sokszor képi anyagait rendelkezésemre bocsátották azzal a meggyőződéssel, hogy ezzel hozzájárulnak a traumáról való tudásanyag minél szélesebb körű terjesztéséhez.

I. rész: PTSD szindróma

A trauma történelme

A pszichés trauma sajátos dialektikái

„A borzalmas események tagadásának vágya és a borzalmak hangos kimondásának vágya közötti konfliktus a pszichés trauma központi dialektikája”

Judit Herman (1992)

Az, hogy traumatikus tapasztalatok különféle pszichés zavarokhoz vezethetnek, lényegében már régóta elismert, a pszichológia, a pszichiátria és társtudományai azonban az idők folyamán meglehetősen váltakozó mértékű figyelmet szenteltek e ténynek. A pszichés trauma a társadalomtudományok egyik kulcsfogalmává vált, miközben eredeti jelentőségétől eltávolodva vagy azt újraértelmezve egyre inkább metaforikus jelleget öltött (Erős, 2007).

Voltak időszakok, amikor valamilyen esemény (egy természeti katasztrófa, vagy háború), kikényszerítették a figyelmet a traumatikus reakciók iránt, de a katasztrófa elmúlásával ez a kikényszerített figyelem ismét hamar eltűnt. A társadalomban uralkodó vélemények azt hangoztatták, hogy ezek a zavarok a személyes tűrőképesség hiányából fakadnak, vagyis az áldozat maga az oka saját szenvedésének. Ez az attitűd, az áldozat hibáztatása („blaming the victim”) azért igen vonzó a kívülálló számára, mivel megszabadul általa a felelősségérvéstől és a büntudattól. Az emberi sérülékenység tagadása és az a mélyről fakadó félelem, hogy bárki szembekerülhet ilyen helyzettel ugyancsak oka lehet annak, hogy a traumák következményeit hosszú ideig eltussolták (Aarts, 1990). Ha az áldozat legalább részben felelős a vele törtétekért, ráadásul nem eléggé erős a személyisége ahhoz, hogy úrrá tudjon lenni a vele törtéteken, az megerősíti annak az illúzióját, hogy „velünk” ilyesmi nem fordulhat elő.

Az olyan, zárt ajtók mögött történő traumák iránt, mint a gyermekek szexuális bántalmazása, melyek mindig szem előtt elrejtve játszódtak, sokáig egyszerűen nem volt érdeklődés (van der Kolk, Perry, Herrman, 1991).

Még a segítő foglalkozásuk köreiből is jellemzőnek mondható volt az a mai napig nehezen megmagyarázható vélekedés, hogy a pszichés traumákat jobb inkább elhallgatni (Aarts, 1990). Talán azért van ez így, mivel mindannyian hajlunk arra, hogy tagadjuk azt, hogy emberek egymással ilyen borzalmas dolgokat tesznek. Erkölcsei lehetetlenség semlegesnek maradni, de míg az áldozat arra kéri a kívülállót, hogy ossza meg vele fájdalma terhét, az elkövető mindössze annyit kér a kívülállótól, hogy ne tegyen semmit. Az elkövető általában minden eszközzel megpróbálja a tényeket eltitkolni és a felejtést elősegíteni, és ha ez nem sikerül, akkor megpróbálja elérni azt, hogy az áldozat szavahihetősége kétségbe vonódjon. Az áldozat „hazudik”, „túloz”,

végül is „ő provokálta ki az egészet”. A kívülálló könnyen enged a csábításnak és – főleg abban az esetben, ha nem áll mellette támogató társas környezet – szemet huny a történetek felett (Lerner, 1980).

A pszichés trauma kutatásának is folyamatosan küzdenie kellett a bevett gyakorlat ellen, amely az áldozatot hiteltelenné teszi és láthatatlanságra kárhóztatja, és dacára a hihetetlen mennyiségű szakirodalomnak, amely a jelenséget dokumentálja, a vita még mindig arról az alapvető kérdéstről folyik, hogy a jelenségek csakugyan „hitelesek” és valóságosak-e. Nemcsak a poszttraumás páciensek szavahihetősége kérdőjeleződik meg folyamatosan, hanem a velük foglalkozó szakembereké is (Herman, 1992).

Létező, vagy nem létező betegség?

„A pszichotrauma történelmében az elfojtás, teljes amnézia és ezzel ellentétesen, a lázas kutatás időszakai váltogatják egymást”

Judit Herman (1992, 20-22. o.)

Az utóbbi évtizedekben az érdeklődés a sokkoló események testi és lelki következményei iránt jelentősen megnövekedett. Ebben igen jelentős szerepe van annak a ténynek, hogy az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) diagnosztikai és statisztikai kézikönyvének (DSM) harmadik kiadása 1980-ban felvette a „poszttraumatikus stressz szindrómát” mint diagnosztikai kategóriát. Ehhez a lépéshez hosszú és körülményes út vezetett, amelynek különböző állomásai a trauma fogalom fókuszba emelésével, míg más szakaszai ennek az elhárításával, elhallgatásával vagy éppen tagadásával jellemezhetők.

A világháborúk veteránjainak, a katasztrófák, vasúti szerencsétlenségek túlélőinek, vagy a gyermekként szexuálisan abuzált felnőtt nőknek a furcsa, megmagyarázhatatlan, konverziós tünetei időről időre felkeltették a tudományos érdeklődést, ami többnyire igen gyorsan el is hamvadt.

Testi vagy lelki betegség?

A pszichotrauma történelmét egy másik fajta dialektika is végigkíséri: nevezetesen az arra a kérdésre adott válasz váltakozásai, hogy a furcsa tünetek vajon testi, vagy lelki betegség megnyilvánulásai-e?

„Pre-hisztéria”

Szomatikus traumahipotézisek

A Gilgames eposzoktól kezdve a görögökön és latinokon (Hérodotosz, Lukréciusz) át, a százéves háborúig többen leírták a harcokban megfáradt katonák különös pszichés manifesztációit, érzelmi reakcióit, furcsa magatartási megnyilvánulásait. A 16-17. században svájci orvosok foglalták össze a sajátos háborús tünetegyüttest és nevezték el „nosztalgia” szindrómának, amelynek fő tünetei a túlzott fáradtság, koncentrációs zavarok, jelentősen csökkent étvágy voltak. Az amerikai polgárháborúban résztvevő Jacob Mendes da Costa (1871) írta le először precízen a háború által okozott tüneti képet és azt „katonaszív”-nek („soldier’s heart”) nevezte el.

A nem háborús eredetű pszichotraumát leíró első hiteles beszámolókat egyike 1666-ból származik Samuel Pepys tollából, aki a nagy Londoni tűzvészről írt.

Az 1800-as évekig nem tettek különbséget testi és lelki betegségek közt. Egy nagy postakocsi-szerencsétlenség leírásánál 1766-ban, a szerencsétlenség után fellépő különös reakciókat úgy interpretálják mint a gerincvelő sérülésének a következményeit. 1866-ban egy brit sebész, John Eric Erichsen egy nagy vasúti szerencsétlenség áldozatánál leírt egy jellegzetes progresszív idegi rendellenességet, melyet „vasútgerincnek” („railway spin”) nevez majd később „Erichsen szindrómának” neveznek el róla (Erichsen, 1976, Caplan, 1995). A tünetjeit szerinte a perifériás idegrendszerre gyakorolt, a vasúti szerencsétlenség idején fellépő sokkhatás váltotta ki.

„Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten”, azaz a pszichés betegségek az agy betegségei, hangzik ez a híres, Griesingernek tulajdonított állítás (Wilhelm Griesinger, 1817–1868).

A német Oppenheim szomatikus traumahipotézise a „vasúti agy szindróma” („railway brain”) kialakulásáért, – azaz a traumatikus neurózisért – az agy károsodását teszi felelőssé a vasúti szerencsétlenségek túlélőinél. (Oppenheim, 1889).

A szomatikus traumafelfogások mellett azonban akadtak már ezekben az időkben is szerzők, akik a trauma másfajta olvasatát helyezték előtérbe. 1857-től 1878-ig hat kiadást ért meg Tardieu, egy francia igazságügyi orvosszakértő, egyetemi tanár könyve, aki szörnyű gyermekbántalmazások és szexuális visszaélések történeteit írta le. Természetesen ezzel maga ellen fordított sokakat kortársai közül, és igen hamar ellentámadások keresztútjában találta magát. Egy kortárs, Bourdin (1887) a könyvben megemlített gyermekeket egyenesen „hazudozó gyerekeknek” nevezte. 1909-ben Brouardel kórboncnok-orvos számol be autopsziák nyomán feltáruló szexuális visszaélések, kéjgyilkosságok rettenetes eredményeiről gyermekeknél. Ezzel megerősítette

Tardeu nézeteit a gyermekbántalmazások tényének létezését illetően. A hitetlenséget ennek ellenére sem sikerült eloszlatni a „hazudozó” gyermekekkel szemben....

A hisztéria „hőskorszaka”

A tizenkilencedik század végén a nők lelki rendellenességeinek „archetípusa”, a hisztéria vált vizsgálat tárgyává. Maga a hisztéria elnevezés is a görög „hystera” szóból ered, mely magyarul anyaméhet jelent. A hisztériakutatások ősatya Charcot Párizsban, a szegények kórházában figyelte meg nőbetegek hisztériás tüneteit a legapróbb részletekig. A hisztériát, melynek a „nagy neurózis” nevet adta, a taxonómia szemszögéből közelítette meg. Elsősorban a hisztéria azon tüneteire koncentrált, melyek a neurológiai károsodásokra emlékeztettek. Elképzelése szerint kétfajta epilepszia létezik, egy degeneratív forma, amely minden roham után egyre nagyobb leépülést eredményez és egy úgynevezett hisztero-epilepszia, mely ezzel szemben a rohamok utáni javuláshoz vezet.

Charcot követőinek ambíciója már ennél több is volt, ők – és itt nem kisebb személyekről beszélünk, mint Sigmund Freudról, Josef Breuer-ről és Pierre Janet-ről – a hisztéria okait is szeretnék volna feltárni.

Freud és Josef Breuer arra a megállapításra jutottak, hogy traumatikus események hozták létre azt a módosult tudatállapotot, amely a hisztériás tüneteket kiváltotta (Freud, Breuer, 1893-1895). Freud a „Zur Etiologie der Hysterie” című munkájában (1896) azt az állítást tette, miszerint minden hisztériás eset mélyén egy, vagy több, idő előtti szexuális élmény rejtőzik. Mind Janet, mind Freud felismerte, hogy a hisztéria szomatizációs tünetei olyan traumatikus események rejtett megnyilvánulásai, amelyek kitörölődtek az emlékezetből. Janet ezeket a lelki tartalmakat „tudatalatti fixa ideáknak” nevezte. Freud és Breuer interpretációjában a hisztériás betegek „emlékeiktől szenvednek”. A felfedezés, miszerint ezeknek az emlékeknek a kimondása és katartikus újra átélése útján a tünetek enyhíthetők, letette a „beszélgető-kúra” („talking cure”) alapjait, melyet Freud később pszichoanalízisnek nevezett el.

Nem sokkal később Freud megtagadta a hisztéria eredetének traumaelméletét, az úgynevezett „csábítási elméletet” és ettől kezdve azt hirdeti, hogy az analízisben felszínre került „csábítási események” csak a páciensek fantáziában történtek meg (Szummer, 1993, Erős, 2007). A hangsúly így az esemény valóságáról, – a tárgyi igazságról – a narratív igazságra tevődött át (Szummer, 1995). A hisztéria traumaelméletének elutasítása Freud részéről idővel különös módon dogmatikussá vált. Freud tanítványai és követői ezután a szexuális gyermekkori traumákról szóló beszámolókat gyermeki fantázia szüleményeiként értelmezték, tudattalan ödipális vágyak manifesztációiként.

Pierre Janet ezzel szemben kitartott a saját hisztériáról kialakított traumaelméleténél és megalkotta a disszociációról szóló saját elképzelését. Ez az elmélet hosszú időn keresztül feledésbe merült ugyan, de napjainkban újrafelfedezését éli. Elképzelése több mint egy évszázad távlatából tekintve is megállja a helyét és sok kutató munkájára megtermékenyítően hatott (van der Kolk, van der Hart, 1989). Janet traumafelfogására a későbbi fejezetek során még többször vissza fogok térni.

„Gránátsokk”

A pszichés trauma valóságát az első világháború katasztrófája kényszerítette újra a köztudatba. Az állóháború végeláthatatlan borzalmát megélt férfiak megdöbbentő arányban kezdtek összeomlani. Az idegösszeomlás tüneteit eleinte fizikai okoknak tudták be és a kialakuló betegséget „gránátsokknak” nevezték el (Leri, 1919, Herman, 1992). A traumát elszenvedett katona jobb esetben alkatilag alacsonyabb rendűnek, rosszabb esetben pedig gyávának és szimulánsnak minősült annak minden következményével (Yealland, 1918). Haladóbb szellemű orvosok, mint például W.H.R. Rivers (idézi Herman 1992) ezzel szemben úgy vélték, hogy a harctéri neurózis valós pszichiátriai kórállapot. A trauma fogalom fikcionalista értelmezése brutálisan megrendült ennek az első olyan modern tömeges háborúnak a valóságától, amely emberek sokaságát tette ki tagadhatatlanul valóságos traumatikus eseményeknek (Erős 2007).

A háború, a harctéri sokk, a háborús neurózis analízisének és terápiájának a feladatát állította a pszichiáterek, köztük a pszichoanalitikusok elé (Ferenczi, 1919).³

A háború befejezésekor írta meg az első világháborús veteránokat kezelő Abraham Kardiner, (Freud analizáltja) a háború traumás neurózisairól szóló munkáját, amelynek elméleti megfogalmazásai erősen hasonlítottak Janet hisztériával kapcsolatos megállapításaira. Felismerése szerint a háborús neurózis a hisztéria egyik formája (Kardiner, 1941). Az első világháború háború befejeztével újra beindulni látszott az „amnézia” szokásos folyamata.

„Túlélő szindróma”

A második világháború kitörésével az orvosi érdeklődés ismét feléledt a harctéri neurózis iránt. A katonai pszichiáterek első ízben ismerték fel a harctéri stresszreakciókat (Ginker és Spiegel,

³ Ferenczi Sándor, aki az első világháborúban katonai-pszichiátriai szakértő volt, éppen a háború tapasztalataiból okulva jutott el az aktív, szeretetteljes és együttérző terápia gondolatához. Ezután később újra felvetette a kisgyermekkorú szexuális traumák valódiságának Freud által „elejtett” témáját és a csábítás és trauma valódiságát a felnőttek és a gyermek közötti nyelvezavarban, megértés hiányban vélte felfedezni (Erős, 2004).

1945) és látták be, hogy a háborúban bárki összeomolhat. 200-240 bevetésben töltött nap elegendő ahhoz, hogy a legerősebb katonát is megtörje (Appel és Beebe, 1946).

Ebben a háborúban, mely körülbelül 52 millió ember életébe került, azonban nemcsak a „hazáért” estek el. Minden háború velejárója az erőszak és sokszor a polgári lakosság szenvedései is elkerülhetetlenek, de ebben a háborúban a terror nem másodlagos jelenségként fordult elő.

Egész népcsoportok teljes megsemmisítésére való törekedés („Endlösung”) mellett szisztematikus és szabályozott üldözése történt minden másképp gondolkodó embereknek. A koncentrációs táborokból visszatért túlélők fájdalma és szomorúsága a háborút követő első évtizedben mélységes hallgatásba merült. Nemcsak az utca embere nem beszélt erről, hanem maguk a túlélők sem, és a társadalomtudósok – a pszichológusokat is beleértve – is hallgattak. Csupán egy maréknyi kutató (Bettelheim, 1943, Tas, 1946, Cohen, 1952) – gyakran maguk is túlélők – próbálták meg az üldözés és erőszak szörnyű következményeit leírni és megmagyarázni, kétségtelenül azzal az indíttatással, hogy saját múltjukat meg tudják érteni. (Aarts, 1990).

Körülbelül a hatvanas évek vége körüli időszakban kezdtek el először komolyan foglalkozni a koncentrációs táborokból visszatértek, majd pedig azok gyermekeinek az ugyancsak rettenetesen súlyos pszichés problémáival. A „koncentrációs tábor szindrómát”, vagy „túlélőszindrómát” Krystal és Niederland 1968-ban írták le (Krystal, Niederland 1968).⁴ Ezek a tünetek pedig (félelem, alvászavarok, emocionális blokádnak, affektusintolerancia, büntudat, depresszió, emlékezeti éskoncentrációs zavarok, pszichoszomatikus zavarok) nagyrészt megegyeznek a mai DSM („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”) PTSD szindrómájának a felsorolásával.

„Vietnam szindróma”

Az elismerés felé vezető úton jelentős állomás volt a vietnami háború. Az Egyesült Államokba visszatérő háborús veteránokon hatalmas mennyiségben diagnosztizáltak súlyos pszichés zavarokat. Ezek a tünetek R. J. Lifton és Ch. Shatan pszichiáterek vizsgálatai szerint megegyeztek a Kardiner által két világháború közt leírt „háborús neurózis” tüneteivel (Lifton, 1973). A háborút ellenző veteránok megszervezték úgynevezett „rap-csoportjaikat” mely csoportokon elhangzó tanúvallomások a háború által okozott maradandó pszichés sérülésekre irányították a közfigyelmet. A veteránok nem hagyták, hogy megfélemlékezzenek róluk. A veteránmozgalmak hatásának tudható be, hogy 1980-ban, a tudományos pszichológia történetében először a pszichés trauma jellegzetes tünetegyüttese valódi diagnózissá változott, és felvételt nyert az Amerikai Pszichiátriai Tár-

⁴ Magyarországon a Virág Teréz által alapított Kút egyesület a nyolcvanas években kezdett el Holokauszt kutatásokkal és a túlélők terápiás támogatásával foglalkozni és mélyinterjúkban Erős Ferenc és munkatársai elemezték a második generáció identitását és családi miliójét (Erős, 1985, 1989, 1992; Erős-Ehmann, 1996).

szakos diagnosztikai kézikönyvébe PTSD („post-traumatic stress disorder”) néven. Elismerést nyert a tény, hogy a pszichés trauma a háborúk elkerülhetetlen következménye (Herman, 1992, 35-43. o.).

Szexuális erőszak és gyermekbántalmazás

Poszttraumás zavarokban leggyakrabban nem a háborúban harcoló férfiak szenvednek, hanem a civil életben élő nők. A nők életének valós körülményeit sokáig elrejtette a magánélet érintetlensége. A nőket évszázadokon keresztül elhallgattatta a félelem és a szégyenérzet. A 70-es évek feminista mozgalma, mely egyben öntudatébresztő folyamat is volt, hatalmas változást hozott ezen a téren. Tudományos kutatások indultak a szexuális erőszakkal kapcsolatban, melyek megdöbbentő eredményeket hoztak: a nők és gyermekek ellen elkövetett erőszak széles körben elterjedt és rendszeresen előforduló jelenség kultúránkban (Brownmiller, 1975, Schechter, 1982).

A nemi erőszak pszichés hatásainak feltárására 1972-ben Ann Burges és Lynda Holmstrom indítottak széleskörű vizsgálatot, melynek eredményeképpen megállapították, hogy a nemi erőszakra adott pszichés reakciók egyfajta speciális mintázatot követnek, melyet „nemi erőszak trauma-szindrómának” kereszteltek el. A leírt tünetek sok átfedést mutattak a háborús veteránoknál korábban leírt tünetekkel. A nők elleni nemi erőszak vizsgálatának hatásaként a figyelem óhatatlanul egyre inkább a családon belüli egyéb fizikai bántalmazásokra, többek között gyermekbántalmazásra és incestusra is irányult. A családon belüli erőszakkal és a gyerekkori szexuális visszaélésekkel foglalkozó kutatások a pszichés trauma tünetegyüttesének ismételt felfedezéséhez vezetett (Herman és Hirschman, 1977).

A DSM-be való felvétel

A poszttraumatikus szindróma diagnosztikus kategóriának a DSM-III-ba való, 1980-ban történt felvétele vezetett ahhoz, hogy ugyanezek az itt leírt szimptómák felismerhetővé váltak közúti szerencsétlenségek, természeti katasztrófák, szexuális, vagy más természetű erőszak áldozatainál is. Növekvő mértékben elismert a tény, hogy igen jelentős számú pszichiátriai páciens élettörténetében szexuális, vagy fizikai erőszak, illetve súlyos érzelmi elhanyagolás játszottak központi szerepet és, hogy az „újra felfedezett” disszociatív zavarok hátterében ezek nagy szerepet játszanak.

Egyre nagyobb számú kutatás indult gyermekkorban családtagjaik által szexuálisan bántalmazott felnőttekkel (főként nőkkel). Ezek olyan számadatokhoz vezettek, amelyeket addig

senki még csak elképzelni sem tudott. Ezek a kutatások adták azután indíttatást a gyors mértékben szerveződő női önszegélyező csoportoknak (Herman 1992, Draijer, 1990).

Elismerést nyert, hogy bizonyos „veszélyeztetett” munkahelyen dolgozók, akik gyakran maguk is erőszakos cselekményeknek vannak kitéve, (rendőrök, katonák, tűzoltók, mentősök), munkájuk során is traumatizálódhatnak.

Egyre több olyan terápiás technika látott napvilágot, amellyel a traumatikus állapotok hatásosabban megváltoztathatóak lettek.

A korábbi hajlandóság az áldozat felelőssé tételére, gyengeségének elmarasztalására ugyan nem tűnt el teljesen, de az áldozatok manapság mégis sokkal nagyobb figyelmet kapnak, és nagyobb mértékű szolidaritásra számíthatnak mint bármikor azelőtt.

A gyermekeket sem kezelik manapság szüleik egyfajta meghosszabbításaként, hanem egyre inkább mint jogokkal rendelkező önálló lényekként.

Ezeknek a tényeknek dacára azt kell, hogy lássuk, hogy a lelki segítségnyújtás területén azon zavaroknak a diagnosztizálása és kezelése, melyeknél pszichés trauma játszik központi szerepet, még csak nagyon kevésbé elterjedt és elfogadott. Csak nagyon ritkán explorálják módszeresen, hogy pszichés, vagy pszichoszomatikus zavarok esetében szó van-e traumatikus előtörténetről. Jakobson és Herald arról számolnak be, hogy az általuk megkérdezett pszichiátriai betegek 44%-a még sohasem beszélt traumatikus előtörténetéről a terapeutájának. Kevés terapeuta van kiképezve arra, hogy célirányos kezelést tudjon alkalmazni olyan eseteknél, ahol a panaszok traumával függenek össze (Jakobson, 1989, Jakobson és Herald, 1990). Másrészt igen gyakran a főleg koragyermekkorai, ismétlődő traumatikus élményekre való emlékezést sokszor amnézia teszi lehetetlenné.

A traumatikus élmény

A „traumatikus élmény” és „megrázó élmény” fogalmak közti összefüggéseket, átfedéseket, különbségeket a tudományos irodalomban sok fajta kiindulópontból és sokféle módon közelítették meg.

A traumatikus élmények felosztása

A leggyakrabban idézett felosztás a traumatikus élményeket súlyossági fokozatuk alapján különíti el egymástól. Ezek szerint megkülönböztethetünk:

– Egyszeri, társadalmi szintű traumatikus élményt

Természeti katasztrófák, tömegszerencsétlenségek, terrorcselekmények tartoznak ebbe a kategóriába és a közös bennük, hogy az eseményeket átélők minden további nélkül tudnak beszélni a történekről, mint bármely más közösségi élmény verbalizálhatók.

– Egyszeri, egyéni szintű traumatikus élményt

Ide sorolhatók a személy ellen elkövetett erőszakos cselekedetek, megerőszakolás, rabló-támadás, utcai agresszió. Ezeknek az élményeknek az a sajátossága, hogy nehezen verbalizálhatók, sokszor szégyenli az áldozat a vele történeteket másoknak elmesélni (különösen vonatkozik ez a nemi erőszak eseteire).

– Hosszantartó, ismétlődő, szukcesszív vagy kumulatív traumatikus élményt

Gyermekkori szexuális visszaélés, súlyos, hosszantartó fizikai bántalmazás, vagy elhanyagolás, családi, vagy társadalmi szintű erőszak, háború, fogság, munkatáborok túlélése tartoznak ebbe a kategóriába. Ezek az élmények nagyon nehezen, vagy egyáltalán nem verbalizálhatóak, sok esetben csupán testi szinten kommunikálható tapasztalások, melyek nehezen diagnosztizálható és igen változatos testi és pszichés tünetegyüttesek megjelenéséhez vezethetnek.

A traumatikus esemény definíciója

Igen nehéz megragadni és objektív módon meghatározni azt, hogy milyen események is azok amelyek „traumatikusak”, vagy „megrázók”, ugyanis egy esemény szubjektív jelentése igen erősen különbözhet az egyes személyeknél.

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság a traumatikus esemény definícióját a következőképpen adja meg:

„Egy esemény, mely az átlagos emberi tapasztaláson kívül esik, mely egyértelmű szenvedéshez vezet majdnem mindenkinél...” (APA 2000).

De milyen esemény esik az „átlagos” emberi tapasztaláson kívül? Hogyan lehet ezt eldönteni? És főleg kinek az átlagos tapasztalásán esik kívül? Mert ami az egyik embernek átlagos esemény (pl. vérző emberi test látványa egy mentősnek) az valaki másnak rendkívül sokkoló lehet.

Nem minden megrázó esemény feltétlenül traumatikus a bevonódott személyek számára. Valami félresiklik azokban az esetekben mikor a megrázó esemény traumatikussá válik az átélő számára és ez állandósul akkor ha nem sikerül ezt az eseményt a személyes élettörténetbe integrálni. Ahhoz, hogy ezt a félresiklást meg tudjuk ragadni először nézzük meg, hogyan dolgozzunk fel normális élményeket.

A normális élmények asszimilációja és integrációja

„...az emlékezés...voltaképpen nem más, mint egy történet elmondásának aktusa...”

Pierre Janet

Az emlékezet egy aktív folyamat. Az emberi agy folyamatosan újrarendszerezi a beérkezett információkat és a régebbi információkhoz igazítja azokat (Piaget 1962, Minsky 1980, Calvin 1990, Siegel, 1999). Az emlékek tehát az eseményeknek nem pontos visszatükrözései, hanem azok átalakítása történetekké melyek azután koherens „narratívumot” követnek a világról való egyéb tapasztalatainkkal harmonizálva, ahogyan azt magunknak megfogalmazzuk, vagy másoknak elmeséljük. Pierre Janet a „személyes történet újraírásáról” beszél (Janet, 1919,1929). Egy esemény sikeres integrációja két különböző fajta aktivitáson alapul: sikeres adaptív működésen az eseményt illetően, majd az esemény szavak segítségével történő autobiográfikus átírásán. Az új élmény felvétele a fennálló emlékezeti rendszerbe annak megváltozását eredményezi, vagyis a korábbi élmények újraértékelődnek, és a fennálló sémák megváltoznak. Ezzel a záróaktussal („liquidation”) fejeződik be a sikeres integráció, melyet megnyugvás és siker érzései kísérnek (Janet, 1904, 1909, 1919, van der Kolk és van der Hart, 1989).

A „megrázó” élmények asszimilációja és integrációja

A megrázó élmények integrációja már nehezebben történik, mivel ezekben a helyzetekben adaptív működés nem lehetséges. Ehelyett az ember erős tehetetlenséget élhet át. Siker érzéséről szó sem lehet, mégis az integrációs folyamatnak nyugvópontra kell jutnia, valamilyen formáját a nyugalomnak meg kell próbálni elérni. Egy ilyen esemény történetének a személyes történetbe

való beírása igen nagy kihívást jelent és sokszor saját erejéből az ember nem is képes rá. Ilyenkor beszélünk traumatizációról (Janet, 1935).

A megrázó élményeknek kitett felnőtt emberek sok esetben ahelyett, hogy teljes tehetetlenséget kelljen megélniük megpróbálnak egy olyan módon hozzáállni a történetekhez, hogy lehetőség maradjon a pozitív önértékelésük megőrzésére az élmény személyes élettörténetükbe való integrálásakor.

Ezek a helyzetek két különböző feldolgozási formához vezethetnek. Az egyik egy problémamegoldásra irányuló, akciós irányultságú „coping”, a másik pedig az emóciószabályozásra irányuló „coping”. E második fajta reakció alá sorolhatók be a különböző, kognitív túlélési stratégiák (Folkman, 1984, Folkman és Lazarus, 1985).

Kognitív stratégiák

Sikeres kognitív stratégiák alkalmazása abban segíti a megrázó eseményt átélt személyeket, hogy tovább tudjanak lépni a történeteken a tehetetlenség érzetének minimalizálásával és a fennálló kognitív sémáik lehető legkisebb megváltoztatásával. Ha valaki erőszakos cselekmény áldozatává vált nehezen tudja visszaállítani a saját sérthetlenségébe, önértékelésébe, a világ igazságosságába és az élet értelmébe vetett hitét. Más szóval azokat a legfontosabb belső sémákat tudja nehezen helyreállítani, melyek eddig mint alapvető értékek a saját létét igazgatták (Bulman és Wortman, 1977, Janoff -Bulman, 1982, 1985, Tennen, Afflax és Gershman, 1986). Nagyon fontos ebben a helyzetben a jelentésadás, az esemény okának a megfejtése: „Miért pont velem történik ilyesmi?” Sokszor nem is annyira a válasz tartalma fontos, mint a tény, hogy egyáltalán egy ilyen válasz létezik. Kísérletek bizonyítják, hogy azok, akik valamilyen okot voltak képesek találni az őket ért szerencsétlenség „miért?”-jére, jobban fel tudták dolgozni az eseményt (Taylor, Lichtman és Wood, 1983,1984). Valójában itt a kontroll érzetének megtartásáról van szó a teljes tehetetlenség átélése helyett. Egy speciális esete az effajta magyarázatoknak az önvád. Sok esetben a megerőszakolások, vagy más erőszakos cselekedetek áldozatai úgy vélik, hogy a velük történetekért saját maguk a felelősek, valamit rosszul csináltak, vagy „túlságosan kihívóan viselkedtek” (Janoff-Bullmann, 1985, Tennen és munkatársai, 1986). Az egyik lehetséges funkciója az önvádnak, hogy mintegy „biztosítja” a túlélőt afelől, hogy az esemény többé nem fog megtörténni, hiszen legközelebb másként fog viselkedni. Nagy különbség van aközött, hogy valaki a saját viselkedését, vagy a saját személyét tartja hibásnak. Terápiás szempontból az első hozzáállás sokkal kedvezőbb kilátásokkal kecsegtet, míg a második igen gyakran depresszió kialakulásához vezet (Janoff-Bullman,1985). Egy másfajta kognitív stratégia a saját élmény összevetése másokéval. Ezekben az esetekben az összehasonlítás „lefelé” történik, olyanokkal hasonlítjuk magun-

kat össze, akik sokkal szerencsétlenebbül jártak, mely által a saját szenvedés mértéke kisebbnek tűnik (Scheppelle és Bart, 1983). Az izoláció stratégiája már némileg irracionális jellegű kognitív stratégia (pl. a veszély csak arra a helyre vonatkozik ahol a szerencsétlenség történt).

Akciós stratégiák

Sokkoló eseményt sok esetben a kontroll érzés növelését célzó cselekedetek követhetnek, mint például a zár kicserélése a betörés után az ajtón, más, biztonságosabb környékre való elköltözés, önvédelmi sport elsajátítása.

Nagyon fontos akciós stratégia az érzelmi támasz keresése másoknál. Azok akik élményüket meg tudják másokkal osztani sokkal könnyebben képesek asszimilálni és integrálni az eseményeket. Az összetartozási szükséglet veszélyhelyzetekben fokozódó érvényesülése a poszt-traumás növekedés faktoraival is közvetlen kapcsolatba hozható (Kulcsár 2005). Taylor és munkatársai szembeállítottak egymással egy inkább a férfiakra jellemző támadási-menekülési (fight-flight) stresszválaszt és egyfajta, inkább a nőket jellemző gondozó-oltalmazó (tending-befriending) stressz választ. Kulcsár és Kökönyei (2004) párhuzamot találtak a gondozó-oltalmazó stresszválasz és a stressz által indukált összetartozási szükséglet között és ennek a frusztrációja és a funkcionális stressz betegségek között oki kapcsolatot feltételeztek, melyet a stresszt követő izoláció, magány vagy cserbenhagyás hatásaiból vezettek le.

A poszt-traumás növekedés jelensége

Bár a traumatikus élmények alapvetően destruktív természetűek, mégis fontos megemlítenünk, hogy azon pszichikus folyamatok melyek traumatikus esemény hatására kiváltódnak ugyanúgy pozitív változásokat is létrehozhatnak. A leges-legtraumatizálóbb körülmények sem mindenkinél vezetnek pszichés zavarokhoz (Rubonis és Bickman, 1991). A szenvedés pozitív változást is hozhat az emberi életbe, a gondolat, hogy a szenvedésben a fejlődés lehetősége rejlik nagyon régi. Ezt az álláspontot megtalálhatjuk az ókori zsidóság vagy görögség bölcseinél, de a legtöbb nagy világvallásnál is (Bowker, 1970, Kulcsár 2005).

Sok filozófiai irányzat és rengeteg író, költő, drámaíró munkájának középpontjában az emberi szenvedés értelmének és jelentőségének a keresése áll (Tedeschi és Calhoun, 1995).

Több huszadik századi klinikus az élet során felbukkanó krízisekről és traumákról úgy beszél, mint továbbfejlődési, növekedési lehetőségekről a személyiségfejlődésben (Caplan, 1964, Dohrenveld, 1978, Frankl, 1963, Maslow, 1971, Yalom, 1980). A legutóbbi időszakban ezt a szemléletet az úgynevezett pozitív pszichológiai irányzat viszi tovább (Csikszentmihályi, 1990

Cowen és Kilmer, 2002, Seligman és Csikszentmihályi, 2000). A „poszttraumatikus növekedés” fogalmát Tedeschi és Calhoun alkották meg. (Azelőtt több különböző elnevezést használtak, mint pl. „a trauma pozitív aspektusai”, vagy „feldolgozott trauma”). Ez a fogalom többet jelent, mint egy egyszerű visszatérést ahhoz az állapothoz, mely a traumatikus eseményt megelőzte, hanem alapvető változásokat (növekedést) implikál a túlélő személyiségét illetően. A szerzők a pszichés traumát földrengéshez hasonlítják. Ahogy a természeti katasztrófa szétrombolja a környező világot úgy teszi ezt a trauma a bennünk élő sémákkal a világgal és magunkkal kapcsolatban. Ahogy a földrengés után a romokból új épületek támadnak fel úgy keletkeznek új sémák, melyek a régieknél funkcionálisabbak, azok hiányosságaiból tanulva. A poszttraumás növekedés fő területei: az élet fokozottabb megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások; melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélése; a személyes erő fokozott érzete; új lehetőségek és életpályák felfedezése a személy életében valamint spirituális fejlődés (Tedeschi és Calhoun, 1996, Calhoun és Tedeschi, 2001, Kulcsár, 2005).

Amikor „valami félresiklik”

A traumatizációt elősegítő tényezők

Bizonyos megrázó események nagyobb eséllyel vezethetnek traumatizációhoz, mint mások. A traumatikus esemény természete nagyban befolyásolja a tünetek kialakulásának valószínűségét: a természeti katasztrófák áldozatainál például kisebb valószínűséggel alakulnak ki tünetek, ugyanakkor bűncselekmények áldozatainál jóval nagyobb valószínűséggel (Kilpatrick, Resick, Veronen, 1981). Minél inkább implikál egy esemény valódi életveszélyt, annál nagyobb a rizikója a traumatizálódásnak (Saunders, Kilpatrick, Amick-McMillan és munkatársai, 1989). Ugyanez vonatkozik a testi sérülésekre is.

Sok szerző azon az állásponton van, hogy a megrázó esemény traumatizáló hatásának esszenciáját annak szubjektív aspektusa jelenti (Krystal, 1978).

Janet azt gondolta, hogy a megrázó eseményekre való reakció mértéke öröklődés útján meghatározott. Ehhez kapcsolódóan beszélnek napjainkban genetikusan meghatározott sérülékenységéről, azaz a központi idegrendszer bizonyos struktúráinak a megemelkedett ingerelhetőségéről (van der Kolk, 1987).

A poszttraumatikus növekedés kutatói szerint két személyiségjellemző befolyásolja leginkább a traumatikus események pozitív utóhatásának hajlamát; az extraverzió és az élményekre való nyitottság. (Kulcsár, 2005, 48.o)

Valószínűleg két aspektus (szubjektív/objektív) kombinációja az, amely meghatározza azt, hogy mennyire traumatizáló egy esemény. Inceszt-túlélőknél pl. az objektív súlyosság, (a

bántalmazások hevessege, mértéke, gyakorisága) és a szubjektív aspektus (a megélt tehetetlenség mértéke) ugyanolyan súllyal esik latba (Draijer,1988,1990). A nyolcvanas évek stresszkutatói traumatikus eseményt egy olyan megrázó eseményként írták le, mely intenzív tehetetlenségérzést kelt az átélő személyben, (ezt a faktort találták a legfontosabbnak annak megítélésében, hogy mennyire súlyos egy helyzet a személy számára) létezésének folyamatosságából kiragadja s ezáltal megfosztja a jövő perspektívájától (Folkman és Lazarus, 1984).

Minél kevésbé kontrollálható a stresszhelyzet (ami a traumatikus eseményeknél jellemző) annál könnyebben lép működésbe az emóció-irányultságú coping. Vagyis, ha az elviselhetetlen realitást nem tudjuk megváltoztatni akkor megpróbáljuk érzéseinket, elképzeléseinket, sőt érzékeléseinket olyan módon megváltoztatni, hogy az elviselhetőbbé váljon számunkra.

Pszichoanalitikus traumaelméletek

Breuer és Freud véleménye szerint a traumatikus eseményekre (= szexuális csábítás) adott elviselhetetlen érzelmi reakciók olyan módosult tudatállapotot hoznak létre, mely azután hisztériás tüneteket vált ki (Breuer és Freud, 1893). A trauma lényege az ijedtség, vagy bármely lereagálatlan kellemetlen affektus, mely „olyan erős ingertöbbletet hoz a lelki életbe, hogy lehetetlen a szokásos módon elintézni, vagy feldolgozni, aminek eredményeképpen aztán tartós zavarok keletkeznek az energiaüzemben” (Freud, 1986, 226.o., idézi Csuhai, 2005). Egy másik traumakoncepció szerint „inkompatibilitás alakul ki az ego és valamilyen neki bemutatott idea között” (Breuer és Freud, 1893).

Később a háborús neurózisok kapcsán Freud egy második traumadefiníciót alkotott meg, mely szerint azok az izgalmak írhatók le traumatikusként, melyek elég erőteljesek ahhoz, hogy a lélek „védőernyőjét” áttörjék és ezáltal széles skálán zavart produkáljanak az organizmus energiájának funkcionálásában. E második trauma koncepciónál a hangsúly a meglepetés faktoron, a helyzet váratlanságán van (Freud, 1920). Freud háborús neurózisokkal kapcsolatos felfogása nyomán egyes interpretációk abból indulnak ki, hogy a megbetegítő tényező nem önmagában a traumatikus esemény, melyet különböző emberek különböző intenzitással élhetnek meg, hanem a patológia magának az élménynek a struktúrájában rejlik. Traumatizáltnak lenni ugyanis azt jelenti, hogy a személyt „megszállva tartják” az esemény képei (Freud,1919, Erős, 2007).

A traumatikus élmény meghatározásában fontos szerepet játszott Pierre Janet (1889) aki a hangsúlyt a pathogenitás tekintetében az extrém erős emóciók, pl. erős félelem, vagy agresszió jelenlétére helyezte. Minél erősebben vannak ezek az érzelmek jelen és/vagy minél hosszabb ideig állnak fenn annál valószínűbb a traumatizáció. Janet azon az állásponton volt, hogy a traumás tünetek hajlamosak megbontani az önvédelem normális esetben integráltan működő összetett rend-

szerét, leválni forrásukról és önálló életre kelni. Erre a jelenségre a „disszociáció” kifejezést használta, melyre bizonyos személyeknél egyfajta prediszpozíció létezését feltételezte. A traumatikus emlékek a mindennapi tudattól különválva, abnormális tudati tartalmak formájában („idees fixes”) őrződnek meg, melyek nem csupán emlékképek, hanem komplex érzékszervi, érzelmi, sőt cselekvéseket is magukban foglaló lelki tartalmak. Janet úgy gondolta, hogy az emlékezet, a tudás és az érzelmek közötti normális kapcsolatok felbomlását a traumatikus helyzetre adott erőteljes érzelmek szétbontó hatása okozza, mely megbénítja egyidejűleg az elme szintetizáló funkcióját (Janet, 1889, 1894, 1904, 1909).

A kettősreprezentáció és a strukturális disszociáció elmélete

Freud tehát azt állítja, hogy a személy a traumatikus emléket aktívan elfojtja, Janet pedig azt, hogy emléket annak erős érzelmi töltése miatt nem tudja integrálni az emlékezeti rendszerbe. Az elfojtás egy vertikális pszichés rendszert feltételez, melyben az elfojtott emléket a tudattalanba száműzzük, ahol a hozzáférés nem lehetséges; ezzel szemben disszociáció esetén egy horizontális pszichés apparátusról beszélünk, amelyben a traumatikus emlék csupán egy alternatív tudatágban van. A kettős emlékezeti tárolás elképzelése ugyancsak Janet-hoz vezethető vissza. Szerinte két párhuzamosan működő emlékezeti rendszer működik. Egy megrázó esemény emlékének a tárolása történhet a megszokott úton-módon, ám a valóban traumatikus helyzetek részben vagy egészen disszociálódnak s így nem is beszélhetünk valódi emlékekről, mivel ezekről nem képes a személy egy személyes történetet elbeszélni, sőt a legsúlyosabb esetekben, teljes disszociáció történhet, ahol egyáltalán nincsenek is emlékek az eseményről, viszont különféle tünetek jelentkeznek ebből kifolyólag. Ez utóbbi esetben – bár az adott személy nem emlékszik rá – az emlék spontán módon tudatossá válhat, ha valamely inger előhívja vagy a személy egy bizonyos énállapotba kerül (Van der Kolk és Van der Hart, 1995, idézi Békés 2008).

A kettősreprezentáció-elmélet szerint a traumatikus emlék alapvetően másképp reprezentálódik, mint egyéb emlékek (Van der Kolk és van der Hart, 1995, Van der Kolk és Fisler, 1995). Az elgondolás lényege az, hogy mivel a trauma kívül áll a hétköznapi tapasztalaton, átmenetileg a megszokott emlékezeti és reprezentációs folyamatokat is lerombolja. Mivel így nem jöhet létre az eseményről a szokásos emlékezeti reprezentáció, a trauma emléke a maga eredetileg észlelt formájában, kognitív feldolgozás nélkül tárolódik, így a tudatosság számára csak rémálmok és ismétlések formájában visszatérve lesz hozzáférhető.

A traumaemlékek regisztrálásának ez az alternatív módja elképzelhető úgy, hogy nem csupán két alternatív folyamatot feltételezünk, hanem az ezeknek megfelelő két különböző emlékezeti rendszer létezését is – ez alkotja a disszociált emlékek elképzelésének kiindulópontját.

A különlegesen fenyegető helyzetekben szinte automatikus reakcióként lép fel az élmény azonnali disszociációja, azaz a traumatikus élmény részleges vagy egészében vett szétkapcsolódása a személyes tudattól. Teljes disszociáció esetén mintegy „megszökik” a helyzetből a személy, és „máshol” találja magát, az eseményt pedig a személyiség egy másik része éli végig helyette. Ezt az aktust teljes amnézia követi azután az eseményt illetően. A másik lehetőséget részleges („partiális”) disszociációnak nevezik, amikor az esemény idején fellépő érzelmek, és/vagy testi élmények kapcsolódnak le a személyes tudatról. A disszociáció jelenléte a sokkoló helyzetekben az egyik legbiztosabb előjelzése a traumatizálódásnak (van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2006). A leválasztott részek disszociált emlékek formájában tovább élnek. A disszociáció nem folytonos, s így a leválasztott traumatikus emlékek rémálmodokként, „flash-back”-ekként, vagy ún. disszociatív epizódokban történő cselekvéssorozatok formájában időről időre visszatérnek és uralják a tudatot. Ezeket a megváltozott tudatállapotokat Charcot, Janet és Breuer is a hipnotikus állapotokkal tartotta megegyezőnek. Ezekben az állapotokban egyfajta speciális tanulási folyamat zajlik, melyet „állapot-függő tanulásnak” neveztek el, melynek sajátosságai közé tartozik, hogy az itt elsajátított anyag nem vihető át más tudatállapotokba – és viszont – a más tudatállapotokban elsajátított anyag nem vihető át ide (van der Hart és Horst, 1988, van der Kolk és van der Hart, 1989).

A strukturális disszociáció elmélete (van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2006) szerint a koragyermekkorai traumatizáció sokszor az én fragmentációjához vagy hasadásához vezet. A strukturális disszociáció a krónikus traumatizáció eredményeként jön létre. Minden helyzet, amely a túlélővel való szembekerülés élményét mozgósítja, hasadáshoz vezet egy, vagy több olyan látszólag normális személyiségrész (Apparently Normal Person, APN) között, melyek képesnek mutatkoznak a helyzetben funkcionálni, valamint az emocionális személyiségrészek (Emotional Person, EP) között.

Kognitív traumaelméletek

Horowitz (1976) „stresszválasz elmélete” a normál és patológiás gyászfolyamatok megfigyelésére alapozva írta le a veszteséget és a traumát követő pszichológiai folyamatokat. A traumatikus élmény feldolgozásának folyamatában az első reakciók, (felháborodás és fájdalom) után a személy megpróbálja az új, traumatikus tudást összeegyeztetni a korábbi, a világról és önmagáról alkotott ismereteivel, ám a traumával kapcsolatos érzések és gondolatok nem illeszthetők be a korábbi világképébe. Ez hatalmas feszültséget okoz, melyet azután pszichológiai elhárító mechanizmusok próbálnak csökkenteni, így biztosítva, hogy ne jusson a tudatba több információ mint ami feldolgozható. Azt feltételezi, hogy a megrázó események reprezentációi hosszabb ideig keringenek a rövidtávú, vagy aktív emlékezetben, mivel nem passzolnak bele a már meglévő kogni-

tív sémákba. Ezért ismétlések útján próbálnak újra és újra bejutni a hosszútávú emlékezetbe. Horowitz ezzel próbálta a rémálmok, „flash-back-ek” és kényszeres ismétlések miértjét értelmezni. Ami nem feldolgozó az kívül marad a kognitív rendszeren. Ugyanakkor alapvető pszichológiai szükségletünk az új és régi tudás összehangolása, illetve az új információk asszimilálása a korábbi emlérendszerbe. (lásd: Janet) Ezért a traumatikus információk újra és újra betörnek a tudatba. Az intruzív gondolatok, flashbackek és rémálmok a feldolgozást szolgálják. A két ellentétes tendencia hatására a hosszú távú emlékezet, illetve az énré és a jövőbeli célokra vonatkozó elképzelések úgy módosulnak, hogy konzisztensek legyenek az új adatokkal. Ha azonban a feldolgozási folyamatba hiba csúszik, a poszttraumás reakciók fennmaradnak.

Janoff-Bulman (1992) „megdőlt hiedelmek elmélete” alapvető fontosságot tulajdonít a világgal és a magunkkal kapcsolatos alaphiedelmeknek. Eszerint a traumára adott választ elsősorban három alaphiedelem határozza meg, a világ jóindulatába vetett hit, a világ értelmes működésébe vetett hit, és az abban való hit, hogy értékes, jó, erkölcsös emberek vagyunk. Bolton és Hill (1996) szerint még alapvetőbb hinni abban, hogy általában képesek vagyunk cselekedni, hogy a világ többnyire kiszámítható és képes kielégíteni vágyainkat. Ezeket az alaphiedelmeket csak szélsőséges körülmények vagy események ingathatják meg. A traumatikus élmények megrengetik ezeket a világról és önmagunkról alkotott feltevéseinket, a védettség érzése helyett pedig a sérülékenység és tehetetlenség hiedelmét keltik életre. Azzal kell szembesülnünk, hogy az események kiszámíthatatlanok, borzalmasak, mi magunk pedig tehetetlenek vagyunk velük szemben. A trauma feldolgozása a „megdőlt hiedelmek” helyett a traumatikus tapasztalatot is magába illeszteni képes hiedelemrendszer megalkotása. Az integráció folyamata a legtöbb esetben magától is megtörténik. Ehlers és Clark (2000) kognitív modellje szerint akkor alakul ki patológia, ha a személy a traumás élményt úgy dolgozza fel, hogy az a jelenben a fenyegetettség érzését idézi elő. Ezt maga a traumaemlék természete is okozhatja, illetve a trauma vagy a trauma következményeinek negatív értékelése.⁵

⁵ Aaron Antonovsky (1987) hasonló elv alapján, az alkalmazkodás három alapvető feltételének megszűnésével írja le a Holokauszt kezdeti időszakát. Megszűnt az értelmezhetőség, vagyis a környezet strukturált, konzisztens és kiszámíthatóként való megértésének lehetősége, megszűnt a kezelhetőség (az egyén eszközeinek alkalmassága a környezet befolyásolására), valamint az értelmesség (vagyis, hogy az életnek van valami olyan értelme, ami miatt érdemes elköteleződni, bevonódni és energiát befektetni egy-egy probléma megoldásába. (idézi Békés Vera, 2008, 52.o).

Behaviorista traumamodellek

A behaviorista traumamodellek elsősorban az instrumentális tanulás szerepét hangsúlyozzák.

Eszerint a félelemkeltő ingerrel együtt jelenlévő semleges inger a klasszikus kondicionáláson keresztül összekapcsolódik a félelemkeltő ingerrel, és ezután már önmagában is félelmi reakciót vált ki (Mórotz, 2006). A trauma esetében tehát az eredeti eseményhez asszociálódó ingerek szintén szorongást gerjesztenek, amely válasz akkor fog kioltódni, ha ezeket a feltételes ingereket önmagukban exponáljuk, mert ekkor a személy megtapasztalja, hogy a kapcsolat nem szükségyszerű (Eysenck és Keane, 1997). Ugyanakkor a PTSD-ben, csakúgy mint más szorongásos zavarok esetében, a kioltódás spontán módon nem történik meg, mert a személy legtöbbször szándékosan igyekszik nem gondolni a traumatikus emlékre. (idézi Békés, 2008, 53.o.).

A „tigris felébred”: a szomatikus traumaelméletek újraéledése

Az emberi test veszélyre adott normális válasza egy olyan integrált reakciórendszer, mely a fenyegetett személyt felkészíti arra, hogy képes legyen a küzdelemre, vagy a menekülésre. Ha sem a küzdelem, sem a menekülés nem lehetséges, az ember önvédelmi rendszere túlterhelődik és működése felborul. A szomatikus traumaelméletek, az életveszély esetén fellépő „három F” működést („fight, flight, freeze”, azaz támadás, menekülés illetve megbénulás) a stresszkutatások területéről vették elő újra, s használták fel mint magyarázóelvet a traumatikus reakciókat illetően. Ezek egyike a stressz biológiai elmélete volt, ami a stressz-választ egy normál kontinuum mentén helyezte el. Chemtob és mtsai (1988) szerint a PTSD-ben a trauma folyamatos újraélése, valamint az állandó emelkedett izgalmi szint azt jelenti, hogy a félelemháló folyamatosan mozgósítva van és emiatt a személy „túlélő üzemmódban” működik, ami eredetileg a trauma ideje alatt hasznosnak bizonyult, de később, a veszély elmúltával inadekváltá és diszfunkcionálissá válik. Peter Levine somatic experience elmélete szerint a traumatikus esemény idején mozgósított irtózatossági energiák mennyisége a megadás, megbénulás pillanatában „befagy” és a test addig nem képes a normális működését helyreállítani, míg ez az energia meg nem találja az elvezetési lehetőséget.⁶

„Egy impala legelészik a szavannán. Egyszer csak megrezzennek a lombok. Az impala fülel...veszély lehetőségét észleli. Most megvillan a lombok közt a sárga-fekete csíkos mintázatú bunda.... Egy másodperc töredéke elegendő hozzá, hogy az impala egy versenyautó sebességével száguldjon a tigris elöl.... Egész testét elárasztja az adrenalin, az életéért fut...”

⁶ Selye János elmélete a stressz-választ alapvetően biológiai tekintetű, a traumára adott pszichológiai reakciót természetes fiziológiai reakciók következményeként tüntette fel (Selye, 1973).

A tigris gyorsabb és utoléri. A következő pillanatban az impala mint egy elázott mosogatórongy csüng a tigris szájában, szemmel láthatólag máris halott. Vagy mégsem? Ha a tigris figyelme most elterelődne róla, ez a megbénult állat egy pillanat alatt újra felugrana és futna tovább, és egészen addig vágatna, míg a csorda biztonságába nem érne. És akkor valami érdekes dolog történik vele. Kisebb-nagyobb rázkódásokkal egy egész testét mindjobban elborító reszketés-rázkódás hullám indul el, amely egyre erősödik, majd a csúcstól elérve csökkenni kezd és egy idő múltán teljesen elenyésczik. Elernyednek az izmok és az impala nyugodalmasan legelészni kezd. A tigris nem létezik számára többé és semmi nem zavarja ezt a nyugalmat mindaddig amíg a lombok közül egyszer újra ki nem villan a sárga-fekete csíkos mintázat...” (Peter A. Levine: „Waking the tiger”, 1997, 25-31.o).

Információfeldolgozási elméletek

Az információfeldolgozási modellek inkább a traumatikus emlék jellegzetességeinek tulajdonítják a feldolgozás nehézségét, nem pedig a korábbi hiedelmekkel és feltevésekkel való konfliktusnak. Lang (1979) „bionformációs” elmélete szerint a félelemkeltő események az emlékezet asszociatív hálójában reprezentálódnak. A traumatikus emlék így nem csak a tapasztalt elemeket tartalmazza, hanem az ezek közötti kapcsolatot is: a fizikai ingerek, a tapasztalt érzelmek és testi, fiziológiai reakciók és a helyzet veszélyességével kapcsolatos tudás emlékei elválaszthatatlanul összefonódnak – az emlékek ezen szövedéke az úgynevezett félelemháló. Az eredeti emlék egyik elemének a jelenben való újraaktiválódásakor (pl. egy ismerős szag vagy érzés) a félelemháló az összes elemét mozgósítja.

Francine Shapiro (1999) fokozott információfeldolgozás modellje, az AIP („Accelerated Information Processing”) szerint az ember rendelkezik egy olyan veleszületett, neurobiológiailag meghatározott rendszerrel, mely az információkat feldolgozza és ezzel hozzájárul olyan adaptív megoldásokhoz, melyek biztosítják a lelki egészség állapotát. A trauma ugyanis gyakran kiváltja az információ feldolgozó rendszer egyensúlyzavarát, a traumatikus emlékanyag megreked az epizodikus memóriában, és különféle ingerek hatására ismételten beindul a sikertelen információfeldolgozás folyamata. (Ez nyilvánul meg a rémálmokban, újramegélésekben). Az információfeldolgozás-gátlás oka olyan traumatogén életesemény, mely meghaladja az individuum adaptációs kapacitását. A külső traumatogén tényező neurobiológiai és neuroendokrin diszfunkciót hoz létre, mely aztán hozzájárul a traumatogén életeseménnyel kapcsolatos információk sajátos megrekedéséhez az epizodikus memóriában és az emlékképekhez asszociálódva megrekednek az érzések, testérzetek, sajátos self-reprezentációk is. A megrekedt emlékanyagban dominálnak az érzetek és érzelmi állapotok, melyek önállósodhatnak a traumatikus emlékanyag más részeitől. Ez egyfajta

sajátos disszociáció, mely megnehezíti a traumatizált személy számára az emléktanyag időbeli és térbeli azonosítását. A traumatikus emléktanyag ezáltal beilleszthetlenné válik az individuum narratív élettörténetébe (Van der Kolk, 1994, Oravecz 1999).

Az adaptív megoldás kiemelni a traumatikus tapasztalatból mindazt, ami hasznos, és elvetni mindazt, ami alkalmatlan és önmegsemmisítő, megtapasztalni és kifejezni a traumával kapcsolatos érzelmeket és hatékonyan vezetni a jövőbeli cselekvéseket.

A poszttraumatikus szindróma klinikai diagnóza

„Traumás reakciók akkor alakulnak ki, amikor az egyéni cselekvés hatástalan. Amikor sem a küzdelem, sem a menekülés nem lehetséges, az ember önvédelmi rendszere túlterhelődik, és működése felborul.”

J. Herman

A DSM három olyan kategóriát ír le ahol traumatikus eseményt, vagy külső stressz-faktorokat nevez meg közvetlenül mint a zavar okát: a „PTSD”-t, az „Akut Stressz-Zavar”-t (ASD) és az „alkalmazkodási zavarok”-at. A „PTSD” és az „akut stressz-zavar” a félelemzavarok alkategóriáit képezik.

A pszichotrauma a DSM-IV meghatározása szerint:

„Az egyén olyan eseménynek elszenvedője, szemtanúja vagy involválódó alanya, amely halálos fenyegetettséggel, súlyos sérüléssel, a fizikális és pszichés integritás elvesztésével jár, az egyén pedig intenzív félelemmel, szorongással, rémülettel, tehetetlenséggel reagál.”

Itt két dolog játssza a főszerepet. Az egyik a stresszor extremitása, ami mind érzelmi, mind kognitív feldolgozhatóságát tekintve igénybe veszi az elszenvedő egyén pszichés energiáit. A másik faktor, a stresszor által kiváltott pszichés tünetek jelentkezése, mely inkább intraindividuális.

A PTSD definiálásához különböző szimptomákat használnak, melyeket a következő diagnosztikai kategóriába osztanak fel.

Fokozott készenlét

A vegetatív funkciók, a válaszkészség megváltozásának összességét foglaljuk össze ebben a tünetegyüttesben. (Herman J. „hyperarousal” tünetekként beszél ezekről a jelenségekről). Fokozódó alvászavar, koncentrációs problémák, ingerlékenység, düh reakciók, indokolatlanul bekövetkező „alarm reakciók” a jellemzők. Nagyon gyakran a kognitív kontroll alacsony szintje miatt további elemi érzelmi reakciók következhetnek be. Ami korábban semleges ingert jelentett, az most heves vészreakciót válthat ki az egyénből. Kardiner ezt a reakciót az elviselhetetlenül erős veszély miatt szétesett „küzdj, vagy menekülj” válaszreakció szervezetlen töredékeiként értelmezte. (Kardiner in Herman J. 53. o.)

Újraátélés

A traumatikus emlék felidéződése a trauma során átélt élménykomplexus egy az egyben való átélését eredményezheti, az ezzel járó szorongással, feszültséggel, diszfóriával, vagy beszűkült kognitív funkciókkal együtt, az egyén mintegy újra átéli a traumatizáló eseményt. Az újra átélés folyamata bekövetkezhet:

a, inger által

– a traumára emlékeztető szag, hang érzékelése, hasonló történés látványa akár a valóságban, akár pl. a tévében, a traumás eseménnyel megegyező szituációba kerülés stb.

b, inger nélkül

- rémálmok (az átélt trauma maga, vagy más, egyéb fenyegető tartalmú álmok)
- hallucinációk (bármelyik szenzoros területen)
- flashback (annak az átélése éber állapotban, hogy az esemény újra visszatér)
- traumával kapcsolatos gondolati tartalmak spontán felbukkanása

Herman Judit „emlékbetörésekről” beszél, amikor a traumatizáltak jóval a veszély elmúltával ugyanúgy átélik az eseményt, mintha az a jelenben történne velük. „Mintha a trauma pillanatában megállt volna az idő” (Herman, 1992, 55. o).

A traumatizáltak nemcsak gondolataikban és álmaikban élik újra a trauma pillanatát, hanem cselekedeteikben is. Gyakran éreznek kényszeres készletet, hogy a trauma pillanatát újra létrehozzák (akár változatlan, akár burkolt formában) néha azzal a fantáziával, hogy az esemény kimenetét megváltoztassák. Ezáltal sokszor további veszélyeknek teszik ki magukat.

A traumatikus élmény ismételt betörését Freud „ismétlési kényszernek” nevezte és olyan próbálkozásnak értelmezte mellyel a személy próbálja saját irányítása alá vonni a traumatikus eseményt (Freud, 1914, Csuha, 2003).

Elkerülés

A beteg gyakran elkerüli azokat a helyzeteket, melyek valamilyen módon emlékeztetik az elszenvedett pszichotraumára. Az esetek többségében ugyanis nemcsak az emlék idéződik fel, hanem a hozzá csatlakozó affektív tünetegyüttes, a distressz a tehetetlenségérzéssel, a reménytelenség érzésével, a vegetatív tünetekkel. Egy traumát elszenvedett egyén igyekszik elkerülni a trauma helyszínét és az arra emlékeztető helyzeteket is. Megpróbálja kognitív síkon is elhárítani azokat a

gondolatokat, amelyek kapcsolódnak az eseményhez, előfordulhat, hogy ilyen téma esetén befeljezi a beszélgetést, kilép a szituációból. Az elkerülés mechanizmusa felelős az úgynevezett „érzelmi merevség” kialakulásáért, amely az érdeklődés elvesztésével, a kapcsolatainak beszűkülésével, az affektivitás elszíntelenedésével jellemezhető. Mindezekből következik, hogy talán ez a tünetcsoport van leginkább összefüggésben az egyén funkcionálási zavaraiival, amelyet sokszor „másodlagos következmény”-ként említünk (Kovács, Péter, Kovács).

Kardiner is felismerte annak idején, hogy a traumatikus emlékeket egy beszűkülési folyamat rekeszti ki a normál tudatból és csak egy töredéküket engedi a felszínre emléketöréses formában. Herman Judit is „beszűkülésről” beszél, mely enyhíti ugyan az elviselhetetlen érzelmeket, de hosszútávon állandósítja a trauma hatásait. A jelenség eredetét a trauma pillanatában a teljes tehetetlenség állapotában fellépő a hipnotikus disszociációval hasonlítható módosult tudatállapotban látják, amikor is ennek adaptív, túlélést segítő szerepe volt, de a veszély elmúltával maladaptívvá válik.

Comorbiditás és differenciáldiagnosztika

A PTSD tünetei, mint ahogy az előzőekből is kiderül, rendkívül szerteágazóak. Depresszív, fóbiás, kényszeres, szorongásos tünetek egyaránt jelentkezhetnek, pánikrohamokhoz igen hasonló állapotok alakulhatnak ki. A diagnosztikát nehezítheti, hogy főleg krónikus fennállása esetén gyakori az egyéb pszichiátriai betegségekkel együttes előfordulása (comorbiditás).

A traumatizáló esemény és a tünetek kialakulásának, lefolyásának dinamikája, azaz az időfaktor figyelembe vétele elengedhetetlen. (Kovács, Péter, Kovács).

PTSD-t csak a pszichotrauma elszenvedése után egy hónappal lehet diagnosztizálni. A trauma után 1-2 nappal még csak egy nem differenciált tüneti kép, „akut stressz reakció” állapítható meg. Ez az átmeneti állapot az esetek nagy részében lezajlik, az egyén pszichésen reintegrálódik, racionálisan funkcionál, azaz visszaáll a homeosztázis. Az egyének másik részénél ugyanakkor a PTSD-nek megfelelő tüneti kép figyelhető meg a trauma időpontjától távolodva, nagyon gyakran disszociatív tünetekkel kísérve. Ebben az esetben beszélünk „akut stressz betegségről” (ASD), amely a trauma utáni egy hónapon belül diagnosztizálható, a szimptómák további perzisztálása esetén már PTSD-ről beszélhetünk. Nem egyértelműen használt terminológia azonban az „akut PTSD”. Vannak szerzők, akik az egy hónapon belül, disszociatív tünetek nélkül jelentkező, a kritériumokat kimerítő állapotot értik ez alatt, de vannak, akik a trauma utáni 2-4 hónapban manifesztálódó betegséggé összeálló szindrómákat.

Sajátos forma a késleltetetten induló PTSD. Előfordul ugyanis, hogy hónapokig semmiféle, vagy csak minimális tüneti kép észlelhető, majd fél-egy év múlva mutatja a beteg a PTSD minden kritériumát.

Az elszenvedett pszichotrauma nem csak stressz betegségeket (ASD, PTSD) manifesztálhat, hanem a pszichés kórfolyamatok széles skáláját. A leggyakrabban depressziót, de szorongásos betegségeket, paranoid kórformákat, alkalmazkodási zavart egyaránt. A lényeges különbség azonban az, hogy a nem „stressz betegségek” trauma nélkül is kialakulnak, az ASD és PTSD viszont pszichotrauma nélkül nem diagnosztizálható.

A klinikai képben gyakran egy-egy tünetegyüttes hangsúlyos megjelenésével találkozunk és ilyenkor könnyen helytelen diagnózist állíthatunk fel. Differenciáldiagnosztikailag problémát jelenthet a kényszerbetegségtől, a fóbiáktól, a depressziótól, a pánikbetegségtől való elkülönítése (Kovács, Péter, Kovács 2007, Hafkescheid, 2007).

Komplex traumatikus stressz, vagy 2-es típusú PTSD

A családi vagy a társadalmi szintű erőszak hosszantartó és súlyos traumatizációhoz vezethet. Terr (1991) az így kialakult tüneti képet, mely hosszantartó és ismétlődő traumatizáció hatására alakul ki nevezte második típusú traumáknak. Ehhez kapcsolódóan javasolta Judit Herman (1992) a komplex poszttraumatikus zavar elnevezést, melynél a hangsúlyt a második típusú traumák hosszú távú hatásaira helyezte. Komplex poszttraumatikus zavar diagnosztizálható hosszantartó, ismétlődő traumatikus események túlélőinél, pl. koncentrációs táborok túlélőinél, vallási szekták áldozatainál, megkínzott hadifoglyoknál, túsul ejtett raboknál, háborús menekülteknél, családon belüli fizikai erőszak áldozatainál, incest, gyermekkori szexuális abúzus, vagy szervezett szexuális bűncselekmények áldozatainál (Luxenberg, Spinazolla, Van der Kolk, 2001).

Az Amerikai Psichiátriai Társaság által elfogadott diagnosztikus kategória a „DESNOS” („disorder of extreme stress not otherwise specified”) azaz extrém stressz hatására kialakult, másképpen nem specifikálható zavar, melynek az alábbi jellemzői vannak:

1, A páciens élettörténetének valamely pontján hosszantartó-néhány hónaptól akár több évig terjedő-totalitárius hatalomnak való alávetettség.

2, Az érzelemszabályozás módosulásai:

- perzisztens diszfória
- krónikus öngyilkossági készletések
- önbántalmazás

- robbanékony, vagy nagyon gátolt düh (váltakozhat)
- kényszeres, vagy nagyon gátolt szexualitás (váltakozhat).

3, A tudat módosulásai:

- a traumatikus eseményekre vonatkozó amnézia vagy hiperamnézia
- átmeneti disszociatív epizódok
- deperszonalizáció, vagy derealizáció
- az élmények újraátélése akár a poszttraumás stressz zavar emléketörései tünete, akár az élményekről való kényszeres tépelődés formájában.

4, Az önészlelés módosulásai:

- tehetetlenségérzés, vagy a kezdeményezőkézség lebénulása
- szégyenérzés, büntudat és önvád
- tisztátalanság, vagy megbélyegezettség érzése
- másoktól való teljes különbözőség érzése

5, Az elkövető észlelésének módosulásai:

- az elkövetőhöz fűződő viszonyon való folyamatos tépelődés (pl. bosszúval való folyamatos foglalkozás)
- az elkövetőnek irreálisan tulajdonított totális hatalom
- az elkövető idealizálása, vagy az iránta érzett paradox hála
- az elkövetővel való kapcsolat „különlegességének”, vagy „természetfölöttiségének” érzése
- az elkövető hiedelemrendszerének vagy érvelésének elfogadása.

6, Az emberi kapcsolatok módosulásai:

- elszigetelődés és visszahúzódás
- az intim kapcsolatok megszakadása
- ismételt megmentőkeresés (elszigetelődéssel és visszahúzódással váltakozhat)
- állandósult bizalmatlanság
- az önvédelem ismételt elmulasztása

7, A jelentésrendszerek módosulásai:

- az élethez lelkiert nyújtó hit elvesztése
- reménytelenség és kétségbeesés érzése

Gyermekeknél az intrapszichikus zavarok mellett ezekben az esetekben súlyos károsodás következik be a szociális-emocionális fejlődés területein is (Harvey, 1996, Schore, 2003).

Egy gyermeknek minden tekintetben egy gondoskodó felnőttre van szüksége ahhoz, hogy életben maradjon. A normális stresszszabályozó mechanizmusok kialakításában eszenciális szerepe van a gondoskodó felnőttnek.

A modern technikák, melyek lehetővé teszik az agy neuronrendszerének és azok kapcsolatainak vizsgálatát kimutatják, hogy az időben-térben egyidejűleg aktív neuronrendszerek egy speciális ideghálózati térképet mutatnak. Születéskor nagyszámú gén kódolja a neuronhálózatok fejlődésének az időzítését, de kialakulnak új hálózatok (új szinapszisok kialakulása, vagy a meglévők megerősödése által) aktivitás hatására, vagyis a tapasztalat alapján (Perry, 2010).

A stressz-szabályozó rendszerek a fejlődő limbikus-autonóm rendszer neuronköreinek a produktumai és bebizonyítottan tapasztalatfüggők, vagyis rendkívül érzékenyek a kapcsolati traumatizációra (Spinazzola, és munkatársai, 2003). Más szóval az elhanyagolás, vagy bántalmazás a gyermekkorban közvetlen károsító hatással bír a gyermeki agy fejlődésére (Schore, 2003).

Kora gyermekkorban bántalmazott vagy abuzált gyermekeknél nagy szerepet játszik az emocionális fejlődésben az elárultatottság érzése. Mivel a bántalmazó személye ugyanaz mint akitől függőségben él, és akinek testileg-lelkileg ki van szolgáltatva, jobb vaknak, süketnek és tudatlannak lenni az ilyen gyermekeknek, mintsem hogy megéljék ezt a szörnyű áruulást. Ha sikerül nem átélni az áruulását, abban az esetben a gondoskodó személlyel való kapcsolat képes megmaradni. Ezek a gyermekek szükségből vezetettve tagadják a valóságot, vagy önmagukat teszik felelőssé a kínzásokért, az elkövetőt pedig felmentik a felelősség alól (Oravec, 2004). Ez a fajta túlélési stratégia még azt is lehetővé teszi (pl. inceszt-túlélőknél), hogy saját maguk gondoskodjanak később az elkövetőről, és megvédjék a külső támadásoktól.

(Ugyanez az életbenmaradási ösztön figyelhető meg a kínzásoknak, túszzdrámáknak vagy koncentrációs táboroknak a túlélőinél. Ezt a jelenséget „Stokholm szindrómának” nevezték el egy hatnapos túszzdráma nyomán, ahol egy bankban a fogvatartott túszzok szimpátiát mutattak a túszzulejtők iránt és megvédték őket (Auerbach, 1994)).

A túlélőknek ezért a stratégiáért drágán meg kell fizetniük.

Főként akkor ha az elkövető egy jelentős hatalmi pozícióval rendelkező, vagy nagyon közeli gondoskodó személy, megnövekedett esély tapasztalható a disszociatív személyiségzavarok kialakulására, (Nijenhuis, van der Hart, Kruger, Steele, 2004) és arra, hogy a túlélők a jövőben újra erőszak áldozatai legyenek. Mivel a másik személy megbízhatóságát nem képesek jól felbecsülni, választásaikban sokszor olyan partnert találnak maguknak, aki újra bántalmazza őket.

McCann és Pearlman (1990) szerint a korai és ismétlődő traumatizáció azoknak az alapvető sémáknak a károsodásához, vagy meggyengüléséhez vezet, melyek alapvető létszükségletekkel kapcsolatosak, mint pl.: a biztonság, a bizalom, a függetlenség, a kontrol, az önértékelés és az intimitás.

Ezek közül a sémák közül az önértékelés körüli meggyőződések azok, amelyek leginkább sérülnek a hosszantartó és ismétlődő traumatizáció hatására.

A túlélőkben sokszor az a meggyőződés alakul ki, hogy „értéktelenek”, s ezért nem kapnak gondoskodást, szeretetet és figyelmet. Szexuális, vagy súlyos fizikai bántalmazás arra tanítja őket, hogy nincsen joguk az élethez sem, mivel „rosszak”. Az efféle meggyőződések alapot adnak a későbbiekben kialakuló depresszióra, büntudatra, szégyenre és önsorsrontó, destruktív viselkedési formákra (McCann és Pearlman, 1990, Resick és Schnicke, 1992).

A „másik”-at illetően, a korai traumatizáció bizalmatlansághoz és egy olyan generalizát meggyőződéshez vezethet, hogy mindenki gonosz és rossz, és ez folyamatosan jelenlévő harag, bosszú, keserűség, érzésével járhat együtt, valamint félelemmel az intimitástól és néha antiszociális viselkedésformákkal. „Az embereket móresre kell tanítani mielőtt ők próbálnak kárt tenni bennem”.

A biztonság érzése sokszor egyáltalán nem tud kialakulni, ezért a túlélők soha, sehol és senkivel nem érzik magukat biztonságban. Nem bíznak abban, hogy meg tudják magukat védeni, ezért visszavonulnak és fóbiás elkerülő viselkedést alakítanak ki, vagy disszociatív módon reagálnak félelmet keltő helyzetekben (Beck és munkatársai, 1990).

Nem képesek bízni abban, hogy intim kapcsolatokban nem fogják őket elhagyni, elárulni, elhanyagolni, vagy szexuálisan kihasználni. A bizalmatlanság krónikus haraggal és az intim kapcsolatok kerülésével jár legtöbbször együtt.

Korai traumatizáció áldozatainál a kontrollal kapcsolatban is súlyos problémák alakulhatnak ki.

A gyerekkori bántalmazás túlélői számos eltérő diagnózist gyűjthetnek össze, míg fény derül a mögöttes komplex poszttraumás tünetegyüttesre. Különösen gyakorta kapják az alábbi három problematikus diagnózis valamelyikét: szomatizációs zavar, borderline személyiségzavar és multiplex személyiségzavar. E három diagnosztikai kategóriának számos közös vonása van, gyakran összecsúsznak és átfedik egymást. Több vizsgálat is bebizonyította, hogy eredetük valamilyen gyermekkori traumára vezethető vissza. Mindhárom a komplex poszttraumás tünetegyüttes különböző változataként értelmezhető, hiszen mindhárom jellemző vonásai a traumatikus környezethez való alkalmazkodási módok valamelyikéből erednek. A gyermekkori trauma fényében e három zavar legsúlyosabb jellemzőinek többsége is értelmezhetőbbé válik, ám még ennél is fontosabb, hogy e megközelítés révén a túlélők maguk is képessé válnak önmaguk értel-

mezésére, s többé nem kell pszichés problémáikat a saját hibájuknak, vagy rosszaságuknak tulajdonítaniuk (Herman, 1992, 156-157. o.).

Trauma és neurobiológia

A trauma által kiváltott reakciók pszichológiai hátterének kutatásai, mint látjuk, hosszabb előtörténetre néznek vissza. Tulajdonképpen csak az utolsó húsz esztendőben kezdődött azonban a figyelem arra irányulni, hogy az agy ezeket a folyamatokat hogyan szabályozza. Az erre irányuló kutatások sokban elősegítették a terápiás technikák kifinomodását a PTSD szindróma kezelésében.

Megnövekedett fiziológiai készenléti állapot, hyperarousal jelenségek

Az evolúció során az emberi agy három egymással összefüggő rendszert alakított ki az információ feldolgozására. Mindhárom rendszernek megvannak a saját anatómiai és neurokémiai sajátosságai. Az agytörzs és a hypothalamusz főként a belső homeosztázis regulációjáért, míg a limbikus rendszer (melynek az amygdala és a hippocampusz is részei) az emóciók szabályozásáért felelős, a neokortex pedig az események jelentését analizálja és az azokra való kívánatos és adekvát reakciókat programozza.

Az agytörzs és a hypothalamusz működéséről általában az az elképzelés, hogy azok viszonylag kevés változást mutatnak, míg a limbikus rendszer, de főleg a neokortex a környezeti hatásokra gyorsan reagálnak. Ebből kiindulva születtek azok az elképzelések, melyek szerint a traumatikus élményekre főleg a neokortex és a limbikus rendszer reagál, ezzel szemben úgy tűnik, hogy sokkal alapvetőbb szinten szabályozó neuronális rendszerekben is változások jönnek létre.

A traumatikus esemény hatására elsősorban olyan agyi struktúrák aktiválódnak melyek külső behatások esetén a homeosztázis visszaállításáért felelősek, azok amelyek korábbi traumatikus események idején voltak bevonódva, valamint azok a rendszerek ahol a beérkező információ jelentése meghatározódik (Siegel, 1999).

A PTSD-nél az általánosságban tapasztalható megnövekedett fiziológiai készenléti állapot (túlérzékenység) mellett egy specifikus kondicionált reakció észlelhető azokra az ingerekre melyek a traumatikus helyzettel összefüggésben vannak. Emellett fennáll egy túlzott reakció egyéb, a normálisnál erősebb környezeti ingerekre is. Ilyenkor a szívritmus erős fokozódása, a bőrellenállás és az izomfeszültség jelentős mértékben való növekedése lépnek fel. Ezek a reakciók az ismétlések hatására egyáltalán nem, vagy csak elhanyagolható mértékben csökkennek (Pittman 1987).

Ha az embereket sokkoló eseményeknek teszik ki az kiváltja belőlük a Selye professzor által 1956-ban leírt „akut stressz választ”. Ilyenkor a hypothalamusz-hypofízis-mellékvesekéreg

rendszer (HAP tengely) aktivációja bizonyos hormonok termelését megnöveli, melyek jelentős szerepet játszanak a támadó/védekező magatartás kiváltásában. Krónikussá vált PTSD eseteiben ennek a fent említett rendszernek a dekompenzációjáról beszélhetünk mely hosszú távon speciális változásokat hozhat létre az endokrin rendszerben is. Ezek a megváltozott hormonális állapotok képezhetik feltehetően a fiziológiás alapját a PTSD különböző szimptomáinak.

A hyperarousal jelenségeknek egyrészt a megnövekedett noradrenalin szint áll a háttérben (Pitman és munkatársai, 1987) másrészt a szerotonin kóros aktivációja mely ugyanakkor a trauma újraátélésében is szerepet játszik.

Deperszonalizációs, derealizációs és disszociatív élmények

A neurobiológiai megközelítés legismertebb képviselői Bessel Van der Kolk és Onno van der Hart (1995), a traumaemlékek disszociáltságát és a kettős emlékezeti feldolgozást is agyi folyamatokkal kapcsolatos kutatások eredményeivel támasztja alá. A hippokampális rendszer trauma alatti sérülése miatt az emlék idő és térbeli lokalizációja elveszhet, és a konkrét esemény emléke helyett csupán az emlékezetben másképpen tárolt, konkrét időhöz és helyhez nem kötött érzelmi töltet marad belőle. A flashback-ek magyarázata pedig az lehet, hogy az extrém magas izgalmi szinten létrejött neurális kapcsolatok különösen erősek, és emiatt az eredetire emlékeztető helyzetekben megismétlődik a repetitív, rögzített emlékezet sor. A dopamin magas szintje is felelős lehet a deperszonalizációs, derealizációs, disszociatív élményekért, a lecsökkent fájdalomérzékenység oka pedig elképzelhetően a megnövekedett endogén opiátok mennyiségének a növekedésével függ össze (Panksepp és munkatársai 1980, Pittmann 1990, Kulcsár és munkatársai, 1987).

Az erősen megnövekedett érzékenység mellett, – éppen az állandó ingerlékenység ki-
küszöbölése végett –, a PTSD páciensek a külső ingereket megpróbálják maguktól eltávolítani vagy éppenséggel azokat kizárni, s így nem képesek a szeretet, a hála, a csodálat, vagy az egymáshoz tartozás érzéseit sem a normális módon megtapasztalni. A normális emóciók átélésére való képtelenség okozhatja némely esetekben paradox módon az erős izgalmak átélésére való kész-
tetést/ kényszert. Veszélyes helyzetek keresése, megerőszővel fenyegető szexuális kapcsolatok ismétlése, vagy automutiláció lehetnek a sajnálatos következményei ennek az állapotnak (van der Kolk, Perry és Herrman, 1991, van der Kolk és Fishler, 1994).

A veszélyérzet megváltozása

A felfokozott állandó készenléti állapot, a félelem és fenyegetettség folyamatos érzése okozhatják, hogy a traumatizált emberek sokszor elveszítik a képességet a valódi veszélyhelyzet felismerésére. Valójában nem képesek érzelmeik irányítása szerint működni, mivel nem tudnak megbízni saját érzéseikben.

Weber és munkatársai (Weber, 2005) kísérletet végeztek, ahol traumatizált vizsgálati személyekből álló csoport tagjai és nem traumatizált kontroll csoport tagjai hirtelen veszélyt jelentő hangjelzést hallottak. A traumatizált csoport tagjainál sokkal kisebb aktivitást tapasztaltak a frontális és a parietális lebenyekben a kontrollcsoport tagjaihoz képest.

Ez összefüggésben lehet azokkal a megfigyeléssel, hogy a PTSD páciensek analitikus kapacitása erősen lecsökken a figyelmet kiváltó jelzésekkel kapcsolatban és csak nehezen képesek különbséget tenni a releváns és az irreleváns külső ingerek között.

A „triggerizáció” jelensége

A PTSD szindróma központi patológiája az, hogy bizonyos szenzációk (érzések, észlelések) és emóciók – melyek a traumával kapcsolatosak – érintetlen formában, akadály nélkül térhetnek vissza, és az idő múlásával az intenzitásuk nem változik. (Lang, 1985, Pitman és munkatársai, 1991, van der Kolk és van der Hart 1991, Siegel 1999). Úgy tűnik a PTSD-ben szenvedők esetében speciális agyi hálózatok aktiválódnak bizonyos – a traumatikus eseménnyel egybeesést mutató – események, szenzációk, vagy érzelmek hatására, melyek a trauma elszenvedésének pillanatában is aktívak voltak. A múltban ezeknek a hálózatoknak az aktiválása az abban a helyzetben releváns viselkedés kiváltását szolgálta – menekülést, vagy támadást elősegítve – de sem akkor, sem pedig a jelenben nem érhették el céljukat, mely a személy megvédése lenne a fájdalomtól félelemtől, vagy a tehetetlenség érzésétől (Kardiner 1949). Amikor egy traumát elszenvedett személy az eredeti traumaikus élmény bizonyos elemeivel (egy szag, vagy érzés, vagy vizuális inger) szembetalálkozik, akkor ugyanazok a biológiai rendszerek aktiválódnak, melyek a trauma pillanatában is aktívak voltak. Azon biológiai struktúrák egyike, melyek ilyenkor aktiválódnak, a limbikus rendszerben található amygdala, melynek az a szerepe, hogy egy élmény emocionális szignifikanciáját (meghatározó voltát) értelmezze.

Ez a struktúra, mint valamiféle riasztóberendezés működik és felismeri, ha egy beérkező inger veszélyes az emberre nézve. Az amygdalában érzelmileg telített emlékek őrződnek meg, mint például reakciók életveszélyes helyzetekre, mely emlékek (és a hozzá tartozó reakciók) aktiválódnak akkor, ha egy inger életveszéllyel asszociálódik. Az amygdala, amely a szubkortikális

motoros területekkel összeköttetésben áll a traumatulélőknél megnövekedett aktivitást mutat. (Rauch és munkatársai, 1999). A problémát az okozza, hogy ha egyszer bizonyos szenzoriális élményeket az amygdala „életveszélyesként” interpretált és megőrzött, akkor az ezekre adott választ igen nehéz kioltani, és a test úgy reagál minden ilyen ingerre, mintha az eredeti életveszélyes helyzet újrajátszódná. Ráadásul az amygdala érzékenysége nem túl nagy az ingerek kifinomult megkülönböztetésében. (LeDoux, 1996). Ez érthető is életveszély esetében (biztos ami biztos: fussunk!) A traumaterápiák számára ez az egyik legnagyobb kihívás: hogyan lehet az amygdalát „leszoktatni” arról, hogy ártalmatlan ingereket „halálos veszélyként” értelmezzon. (Vagy másképpen, hogyan érhető el a diszkrimináció újratanulása.) A hagyományos testi irányultságú pszichoterápiák megtanítják a pácienseket arra, hogy bizonyos érzelmi, vagy éppen séggel testi reakcióikat úgy értelmezzék, hogy azok a múlthoz tartoznak, és nem relevánsak a mostani élethelyzetükre vonatkozóan. Ahhoz azonban, hogy az automatikus fiziológiai reakciójukat is megváltoztathassák, valójában az agyi biztonsági rendszer „újrakonfigurálását” kellene elvégezniük.

Verbalizációs problémák

A traumatikus élmények egy másik tulajdonsága, hogy gyakran meglehetősen kevés (vagy egyáltalán semennyi) verbális kapacitás áll az elbeszélők rendelkezésére az élmény elbeszéléséhez. A traumát elszenvedettek sok esetben nem képesek a traumatikus élmény lényegét szavakba önteni, mintegy „blokkolva van” náluk ez a képesség. Szavak helyett szenzációk és percepciók formájában létezik a trauma lenyomata, mely valószínűleg nem rendelkezik verbális ekvivalenssel. PET vizsgálatok kimutatták, hogy egy traumatikus élmény újraátélésekor a Broca területen lecsökkent aktivitási szint észlelhető, ugyanakkor felfokozott az aktivitás a limbikus rendszerben. (Rauch és munkatársai 1996). Ezek a tények is azt sugallják, hogy a traumatikus élmény újraátélésekor annak szavakba foglalása nehézségeket okoz. Ezen kívül még kísérletekkel bizonyítható a cinguláris lebeny erős aktivitása is, mely az inzula aktivitás növekedésével együtt túlzott izgalmi szintet okozva interferál a beszédért felelős részekkel. A jobb agyfélteke csökkent aktivitása a bal féltekével szemben magyarázatot adhat arra, miért nem képesek a traumatikus élményt analizálni a traumát elszenvedettek, és mi az oka annak, hogy nehezen tudják azt időben és térben elhelyezni. Ezek a jelenségek játszhatnak szerepet abban, hogy a személy mintegy a traumatikus élménybe „beágyazódva” létezik annak felidézésekor. (van der Kolk 2000, Resick és Schincke, 1992, Siegel 1999).

A prefontális lebeny, mely majd minden agyi területtel kommunikál igen fontos filter a nem lényeges információk kiszűrésében és az azokra adandó válaszok letiltásában. Ez a struktúra

felülbírája és normális körülmények között elnyomja az amygdala aktivitását is. A hosszantartó traumatizációnak kitett (pl. szexuálisan bántalmazott) gyermekeknél a prefrontális lebeny deficitjét találták (Ford és Kidd, 1998). A hippocampus, mely azért felelős, hogy a tudatos emlékek a kívülről jövő ingerekkel asszociálódni tudjanak a trauma hatására ugyancsak csökkent aktivitást mutat. Hosszantartó traumatikus hatás eredményeként, pl. háborús veteránoknál, a hippocampus térfogata csökken.

A hippocampus térfogatának csökkenése a Wechler verbális emlékezet skálán mérhető, kifejezett verbális emlékezeti deficitet eredményez (Pittman, Orr és munkatársai, 1987).

Valószínűleg ez állhat többek között a trauma felidezésében való csökkent képesség, valamint az amnéziának és a disszociatív élményeknek hátterében (Siegel, 1999).

„Befagyva az időben”

PTSD szindróma kifejlődése esetén úgy tűnik agyunk elveszíti azt a rugalmasságát, mellyel a beérkező szenzoriális információkat nagyobb mennyiségű asszociációkhoz képes kapcsolni: a trauma így „fekete lyuk”-ként minden szenzációt összekapcsol „mint az esőcsatorna amely az tetőre pottyánó esőcseppeket összegyűjti” (Tank és Hopfield, 1987, Pittman és Orr, 1990). A traumatizált személy nincsen tudatában annak, hogy mely fizikai szenzációk voltak azok, amelyek reakcióját kiváltották, mint ahogyan annak sem, hogy érzései tulajdonképpen „emlékek” a múltból. Feltehető, hogy azok a központi rendező erők, melyek egy eseményt megfelelő idői és térbeli kontextusba helyeznek a traumatizált személyeknél, valamilyen módon le vannak blokkolva. Az érzések, melyek a traumával kapcsolatban állnak, úgy tűnik „be vannak fagyva az időben”, amitől a személy azt az érzést éli át, hogy soha sem lesz vége, és nem is tud semmit tenni annak érdekében, hogy véget vessen nekik. (Pittman és Orr, 1990). Ilyenkor előfordulhat, hogy azon erőfeszítésükben, hogy valamilyen jelentést próbáljanak adni a túlon túl erős érzelmi reakcióikra, hajlamosak az emberek az okokat a jelenlévő ingerek közt keresni és így jöhetnek létre téves elképzelések a kiváltó ingereket illetően.

Terápiás problémák a PTSD kezelésében

A tradicionális pszichoterápiák főként arra irányulnak, hogy létrehozzanak egy olyan „narratívumot”, mely képes arra, hogy megmagyarázza, miért érzi magát a személy bizonyos módon, és feltételezik, hogy a megértés hatására a szimptomák (emocionális reakciók, percepciók, és a testi szenzációk) csökkenni fognak. Vagy ahogyan ezt Freud megfogalmazza: a terápia célja, hogy amit a páciens reálisként és aktuálisként (itt és most) él meg, átfogalmazzuk számára a múlt ter-

minusaiban (Freud 1949). Freud és Breuer legfontosabb kérdése ezzel kapcsolatban az volt, hogy mi teszi a traumatikus emlékeket érzéketlenné a feldolgozás számára, úgy ahogyan az a normális emlékekkel történik? Megállapították, hogy normális körülmények között az emocionálisan terhelt élmények egy bizonyos fiziológiás reakciót váltanak ki izomreakciókkal egyetemben, (egy fajta „kisülést”), mely valamely módon elősegíti az élmény integrációját (Breuer, Freud, 1893). Ugyanúgy ahogyan Janet, ők is azt tartották a legfontosabbnak, hogy az emocionálisan terhelt élmény asszociációk segítségével helyet kapjon az autobiografikus emlékezet egy nagyobb egységében. Ha ez az integráció megtörténik, akkor ez az esemény a továbbiakban, mint egy a jövőbeli cselekvéseket irányító elképzelés működhetne ahelyett, hogy folyton újra- és újra át kelljen élni, különállóan minden egyéb élettapasztalattól. Munkájukban leszögezik, hogy abban az esetben, ha az élmény módot talál adekvát fizikai kifejeződésre, az emocionális zavar sokkal enyhébb lesz. Freud és Breuer nem csak a fizikai akciót tartották az egyetlen lehetséges eszköznek annak megelőzésében, hogy egy élmény traumatikussá váljon. Dolgozatukban kifejtették azon meggyőződésüket, hogy a traumatikus élmény emocionális és tényszerű elemeinek verbális kifejezése ugyanúgy felszabadíthatja a személyt a trauma hatása alól.

A traumák utáni állapotok sajátossága azonban, hogy a traumát elszenvedettek sok esetben nem képesek a traumatikus élmény lényegét szavakba önteni, mintegy „blokkolva van” náluk ez a képesség. Szavak helyett szenzációk és percepciók formájában létezik a trauma lenyomata, mely valószínűleg nem rendelkezik verbális ekvivalenssel. Hogy itt „szándékos felejtésről”, vagy „disszociációról”, vagy aktív „elfojtásról” van szó, nem sokat változtat azon a tényen, hogy a traumatizált személyek nem tudnak az őket leginkább zavaró tényekről beszélni (pont azokról amelyeket fel kellene dolgozniuk) hogy ezáltal helyet adhassanak élettörténetükben az eseménynek, majd azután folytathassák tovább az életüket (van der Kolk, 2000).

A következő fejezetben fogok kitérni arra, hogy napjainkban milyen terápiás megoldások jöttek létre többek között az itt felsorolt neurofiziológiai kutatások eredményeinek hatására. A feladat hatalmas: a traumafeldolgozás egy ideális formája úgy kell, hogy segítséget nyújtson a traumát elszenvedetteknek a múltbeli traumatikus események feldolgozásában, hogy eközben lehetőleg ne kelljen folyamatosan azt átélniük, mintha az esemény az „itt és most”-ban zajlana. Egy ilyen terápiának képesnek kell lennie az inadekvát testi reakciók kioltására, melyek a traumatikus esemény idején rögződtek, de a jelenlegi realitásban többé nem nevezhetők érvényesnek. Az erre napjainkig legalkalmasabbnak bizonyult terápiás metódusok legtöbbször az „alulról-felfelé” irányuló feldolgozási technikák, melyek lehetővé teszik, hogy kapcsolat alakulhasson ki az automatikus regulációk világa és az imaginációk világa között, melyek azután a szituációknak egy új, addig még nem létezett képét alkotják meg és ezáltal új, adaptív reakciók jöhetnek létre. Egy

ilyen technika, az EMDR („Eye Movement Desensitisation and Reprocessing”) bemutatására vállalkozom a következő fejezetben.

Traumafeldolgozás

Az előző fejezetekből világosan kitetszik, hogy a pszichés trauma messzeható következményekkel jár. Hogy a traumatikus állapotok mennyi szenvedéssel járnak, napjainkban egyre inkább a figyelem fókuszába került, és természetesen ezáltal a pszichés trauma transzformálásának lehetőségei is. A traumafeldolgozás azonban nem kis kihívást jelent a pszichoterápiával foglalkozó szakemberek számára.

A traumatikus élmények feldolgozásával foglalkozó terapeuták rendszeresen ütköznek bizonyos nehézségekbe PTSD szindrómában szenvedő pácienseiknél. Ezek a problémák több szinten jelentkeznek a terápiás munkában.

Mint az előző fejezetből kitűnik traumaterápiát rendkívül megnehezíti, hogy traumát elszenvedett páciensek gyakorta nem képesek szavakba foglalni a velük történeteket, a trauma újraátélése teljes pszichikus dekompenzációhoz és újratraumatizálódáshoz vezethet, és sok esetben akkor is ha kielégítő értelmezést nyert a páciens számára problémáinak oka, szenvedése nem múlik el az intenzív és nem csökkenő fiziológias reakciók miatt. Komoly nehézséget okoz az is, hogy a terápiás kapcsolatban igen nehéz bizalmi helyzetet teremteni és erőteljes áttételes jelenségek „robbantják szét” gyakorta a terápiás szövetséget.

A poszttraumás állapotok ezen sajátosságai napjainkban intenzív kutatások fókuszában állnak, mely kutatások eredményei a modern traumaterápiákba egyre inkább beépülve azok specializálódásához vezettek, s egyre adekvátabb terápiás megoldások jöttek létre a traumaterápiák területén.

Egy csupán beszélgetésből álló megközelítésnek kevés az esélye arra, hogy megküzdjön a traumatikus esemény pszichikus következményeivel. Megjegyzésre méltó tény ezzel szemben, hogy a terápiás gyakorlat még napjainkban is a beszélgető-terápiákat használja legfőképpen. Itt az a probléma, hogy a PTSD-től szenvedő páciens egy ilyen „beszélgető-terápia” ideje alatt könnyen meg tudja akadályozni hogy aktiválódjanak azok a neuronális hálózatok ahol a traumatikus emlék tárolódik. Ez logikus és érthető is ha figyelembe vesszük, hogy a traumatizált személy a lehető legkevesebb ideig sem szeretné hogy a történetekre visszaemlékeztesék. Ennek viszont az a hátrányos következménye, hogy a panaszok sem csökkennek. A szörnyű emlékképek továbbra is folytatják a tudatba való betöréseket és a velük együtt járó félelmek sem alusznak ki. Amikor egy traumát elszenvedett személy az eredeti traumaikus élmény bizonyos elemeivel (egy szag, vagy érzés, vagy vizuális inger) szembetalálkozik, akkor ugyanazok a biológiai rendszerek aktiválódnak, melyek a trauma pillanatában is aktívak voltak. A terápiás célkitűzéseket a következőképpen fogalmazhatjuk meg:

- A múlt feldolgozása anélkül, hogy azt folyton úgy kelljen megélnie a páciensnek mintha „itt és most” történe
- A trauma idején létrejött inadekvát fiziológiai reakciók, lecsökkentése (az amygdala „leszoktatása” arról, hogy ártalmatlan ingereket veszélyesnek minősítsen)
- Egy elfogadó terápiás környezetben elkerülni, hogy a terápiás kapcsolatban múltbeli szégyen, fájdalom, csalódás, megismétlődjön
- Minimálisra csökkenteni az újraátélés idejét
- Segíteni a páciensnek abban, hogy teljesen az „itt és mostban” tudjon funkcionálni

Az alulról felfelé irányuló folyamatok a pszichoterápiában

A legtöbb tradicionális pszichoterápia az emóciók és a felsőbb szintű gondolkodási folyamatok együttműködésére koncentrál. Ha a páciens érzelmileg túlfűtötten reagál egy helyzetben, a terapeuta megpróbálja értelmezni az érzelmet, és megérteni, hogy miért következett be ez a túlzott reakció? Ezzel egyidejűleg megvizsgálja a páciens élettörténetében a helyzettel érzelmileg szignifikáns eseményeket. A legtöbb esetben kevés figyelmet fordítanak a testi állapot változására, vagy az átélt testi érzetekre. Ezek a „felülről lefelé” folyamatokon alapuló terápiák a testi érzeteket zavaró elemként értékelik, mivel megzavarják a normális funkcionálást, melyet éppen helyreállítani igyekeznek.

Másfajta megközelítéssel dolgoznak azok a terápiás technikák, melyek az „alulról felfelé” irányuló folyamatokon alapulnak. Arra szólítják fel a páciens, hogy fizikai szenzációit és szenzomotoros folyamatait melyek a testében játszódnak,⁷ figyelmesen kövesse, és egyelőre ne foglalkozzon a felbukkanó érzelmekkel és gondolatokkal, amíg a fent említett folyamatok nyugvópontra nem jutnak, és nem stabilizálódnak. Egy saját terápiás munkámból hozott rövid beszélgetésrészlettel szeretném bemutatni ezt a fajta munkamódot:

Páciens (P): Ha a hátam mögött áll valaki, és egyszer csak megérinti a vállamat,... hát én nem is tudom mit csinállok akkor!

Terapeuta (T): Mi történik magával olyankor?

P.: Teljesen ledermedek, nem tudok még kiáltani sem... Utána meg szégyellem magam miatta, hogy olyan bután viselkedtem....

T.: Milyen érzés így.... ledermedve állni ...hogyan nem tud még kiáltani sem...? Most is érez valamit, ami ahhoz hasonlít? Most, hogy erről beszélgetünk... érzi egy kicsit most is?

⁷ Ilyen terápiás technika például a Gendlin által kidolgozott fókuszterápia (Gendlin, 1969,1979), illetve a Peter Levine „somatic experience” technikája is.

P.: Igen,...egy nagyon kellemetlen érzés...most is érzem...igen érzem..

T.: Aha... és mi az, amit pontosan érez most?

P.: A torkomban dobog a szívem... nem vicc, tényleg érzem hogy ott dobog...

T.: Teljesen világos... Valami mást is érez ezen kívül?

P.: A lábamban furcsa gyengeséget... mintha el akarnék ájulni...

T.: Igen... szokták azt is mondani, hogy „ földbe gyökerezik a lábam... valami ilyesmi amit érez?

P.: Ha már így beszélgetünk róla,... inkább egy olyan érzés, ... úgy mondanám inkább, hogy „ villámsújtott érzés...

Az a furcsa, hogy miközben beszéltem róla, szinte el is múlt majdnem az érzés...⁸

Ez a folyamat tulajdonképpen a nem feldolgozott szenzomotoros reakciók megfigyelésének az elsajátítása, mely reakciók – főként védekező reakciók és egy magas arousalszint megnyilvánulásai –, a traumatikus esemény pillanatában aktív állapotban voltak. Ez a fajta, alulról-felfelé irányuló munkamód ugyan önmagában nem oldja meg a trauma feldolgozását, de ha a páciens – a terapeuta által irányítva –, miközben figyelemmel követi felbukkanó szenzomotoros élményeit s közben tudatosan visszatartja interpretáló gondolkodását és érzelmeit, akkor a szenzomotoros élmény asszimilálódni lesz képes. A belső állapot tudatos követése – ellentétben annak elnyomásával – vezérfonal lehet a továbbiakban a cselekvésben, amely így a jelenlegi helyzet elvárásainak megfelelő, adaptív válaszokhoz vezet majd. (Odgen és Milton, 2002).

A tudatosság a testi szenzációkat illetően új lehetőségeket nyithat a problémák megoldásában, mivel lehetővé teszi, hogy ne egy reflektív, hanem egy másfajta, adaptív módon legyünk képesek reagálni.. „A tudatosság – írja Damasio (Damasino 1999, 258. o. idézi Havelka, 2008) kapcsolatot teremt az automatikus reguláció világa és az imaginációk világa között, és lehetőséget teremt arra, hogy különböző modalitások – úgymint gondolatok, érzelmek és testi szenzációk – képzetei egymással kombinálódva a szituációknak egy új képét alkothassák meg, amely eddig még nem létezett.”

Főként a korai traumatizációt szenvedett páciensek eseteinél javasolt a Janet-Horowitz-Van Der Hart-Herman neveikhez fűződő háromszakaszos traumaterápiás megközelítés.

Ez a terápia elsőként stabilizációból és szimptomaredukcióból, majd a traumatikus élménnyel való konfrontációból, végezetül pedig mindezeknek a páciens életvitelébe való integrációjából áll. Súlyos koragyermekkorai traumák esetén a hangsúly a stabilizáción és szimptomaredukción van amit a legkülönbözőbb terápiás irányzatokból (analitikus, hypnotherápiás, testi irányultságú,vagy

⁸ Ez a beszélgetésrészlet megjelent a Pszichoterápia 2008, 07, 4. számában.

kognitív-viselkedésterápiás irányzatból) átvett technikák segítségével sokszor évek hosszú munkájával lehet csak elérni.

Korai traumatizáció áldozataival való munka során nagyon fontos az egyéni és családterápia mellett pszichiátriai osztályokkal, háziorvosokkal, kineziológusokkal, mozgásterapeutákkal, szociális munkásokkal való együttműködés, mivel az ilyen páciensekkel való munka időnként átlépi a terápiás kereteket és interdiszciplinális együttműködést követel.

A korai traumatizáció áldozataival való munka nehézségei és a stabilizáció szerepe

A koragyermekkori traumatizáció (lásd: a kettes típusú PTSD-ről leírtakat a „PTSD klinikai diagnózisa” fejezetben) sokszor az én fragmentációjához vagy hasításához vezet, ahogyan azt a strukturális disszociáció elméletében láthatjuk (van der Hart, Steele, Nijenhuis, 2006). A strukturális disszociáció a krónikus traumatizáció eredményeként jön létre. A korai traumatizáció egy önbüntető, szadisztikus, Fónagy terminológiáját használva „idegen szelf” kialakulásához vezethet (Bateman, Fónagy, 2004). Ha a szülő folyamatosan inadekvát módon reagál a gyermekre, akkor nem jön létre az a diádikus regulációs rendszer, melyben a gyermek a biztonságosnak megítélt szelf-aspektusokat az anyába tudja projektálni. Fokozatosan eszkalálódó negatív interakciók során a szülők negatívként megélt aspektusai kinagyítódnak, hogy végezetül mint „nem én”-ként megélt belső hangok, olyan ítéleteket szuggeráljanak az énről, hogy az gyenge, bűnös, rossz és sérült.

Rendszeres, ismétlődő koragyermekkori traumatizáció esetén két egymással ellentétes autonóm reakció követi egymást. Először elárasztja a gyermeket a félelem (hyperarousal), majd ezt kompenzálva visszahúzódás és bénult passzivitás (disszociáció) következik be. A disszociált negatív érzelmi állapot a szubjektív megélésben később mint „vakfolt” marad vissza.

A korai rendszeres traumatizáció ezen következményei a terápiában olyan jellegzetes nehézségeket okozhatnak, melyek a terápiás folyamatot részben vagy teljes egészében blokkolhatják.

Egyik ilyen probléma az ismétlési kényszer, melynek különböző – destruktív vagy kevésbé destruktív – formái nem mások, mint a traumatikus helyzet ismétlései, más szóval sikertelen kísérletek arra nézve, hogy a passzív módon elszenvedett traumát páciensünk aktív módon uralni tudja (Freud, 1914, Csuha, 2003).

Másfajta problémát jelent, hogy a terápiás kapcsolatban a traumatikus interszubjektív kapcsolatok is ismétlődhetnek. Ilyen esetben destruktív áttételes jelenségekről beszélünk, azaz a gondolatok, érzések és fantáziák ismétléséről, melyek eredetileg a traumatizáló felnőttekre (legtöbbször a szülőkre) irányultak.

A harmadik probléma a terapeuta saját reakciója lehet a traumatizált páciensre vagy annak történetére, vagyis a destruktív viszontáttételes jelenségek (Nikolai, 2008).

A kora gyermekkorban traumatizált pácienseknél elkerülhetetlenek az erős viszontáttételes jelenségek. A korai kötődésében súlyosan zavart vagy kora gyermekkorában traumatizált páciensnél hiányzik az elkülönült, autonóm szelf, ezért olyan rossz érzések és gondolatok tartják megszállva, melyek részben belsővé tett üldözőktől származnak, és erős negatív emóciók, mint félelem, harag, szégyen vagy önvád kísérik. Ez megakadályozza a felnőtt módon való különbségtételt a szelf és az attól elkülönült másik között, aki saját szükségletekkel, gondolatokkal és kívánságokkal rendelkezik. Erős érzelmek vagy stressz hatására eltűnik a tér ahhoz, hogy a másik perspektívájából lehessen gondolkozni. A „hatalmas felnőtt által fenyegetett gyermek” képzele annyira meghatározó lehet a páciens saját magáról alkotott valóságérzékelésében, hogy a terapeutát nem képes olyan személyként érzékelni, akinek nincsen szándékában őt manipulálni vagy hatalmat gyakorolni felette. Akkor is, ha „tudja” hogy ez nincs így, mégis így érez, és eszerint is viselkedik: pl. megbénul vagy ellentámadásba lendül, esetleg megszakítja a kezelést. A mentalizációhoz szükséges tér eltűnik. Sok esetben projektív identifikáció jelenik meg a terápiás kapcsolatban.

Ezeket a jelenségeket, ha felismerjük, a terápia szolgálatába állíthatjuk. Hozzásegíthetnek a páciens jobb empátiás megértéséhez, de ugyanakkor meg is akadályozhatják a terapeuta empátiás választ.

Konfrontációs technikák és az EMDR technika bemutatása

Megfelelő stabilizáció esetén a traumatikus élménnyel való konfrontáció következhet, melyhez speciális konfrontációs technikákat lehet használni mindig szem előtt tartva a páciens állapotát. Kezdetben Freud hipnózist alkalmazott, de amikor a szuggesztibilitás problémájával találta magát szemben, megváltoztatta technikáját és a „szabad asszociációk” módszerével kezdett dolgozni. Azt remélte, hogy az elszólások, álmok, és más egyéb disszociatív folyamatok utat fognak mutatni a tudattalan mélyebb megértése felé. Eközben felfedezte, hogy az interperszonális élmények újraátélődnek az indulatáttételes helyzetben. Ettől kezdve a pszichoanalitikus terápia két pillérré kezdett támaszkodni: egyrészt a páciens gondolkodási folyamatainak megértésére, ahogy azok elárulják magukat a szabad asszociációkban és az álmokban, másrészt pedig a páciens korai „attachment” kapcsolatának, és annak derivátumainak megértésére, az áttételes helyzet segítségével. Sajnos ezen technikák közül egyik sem képes segíteni a disszociált traumatikus emlékek feldolgozásában (Van der Kolk 2000).

Sok terápiás módszer létezik a traumatikus emlékek transzformálására, de közülük csupán kettő az melynek a hatékonysága kellőképpen bebizonyított. Ezek közül az egyik a viselkedésterápiákhoz tartozó imaginális exposure, a másik pedig az EMDR avagy „Eye Movement Desensitisation and Reprocessing”. Ez az utóbbi az APA (Amerikai Pszichiátriai Társaság) által leginkább javasolt terápiás megközelítés, mert a legrövidebb ideig teszi ki az elszenvedett traumatikus élmény újraátélésének a túlélőt ezért a legkisebb az esélye az újratraumatizálódásnak. (Oravec, 1999, 2002, Havelka, 2002, 2010).

Az EMDR egy protokollizált kezelési módszer. Az úgynevezett EMDR bázisprotokoll mindig egy konkrét, a traumatikus eseményhez kapcsolódó emlékképből indul ki, és néhány egymást követő, rögzített sorrendű lépést tartalmaz.

Az EMDR procedúra különböző fázisai

- 1, Diagnózis. Általános diagnózis, indikációállítást, a megfelelő „cél” kiválasztása.
- 2, Előkészítés. A kliens felkészítése a kezelésre, többek között megfelelő informálása és amennyiben szükséges, megfelelő „coping” képességek kialakítása.
- 3, „Élesre állítás”. Az aktuálisan leginkább emocionálisan terhelt kép megtalálása a többi traumatikus eseményhez kapcsolódó emlékkép között.
- 4, Ezzel a képpel a szem előtt a kliens egy negatív diszfunkcionális elképzelésének megfogalmazása (mindig a saját a személyével kapcsolatban)
- 5, Egy pozitív, funkcionális kogníció megkeresése, mely majd a későbbiekben a negatív helyére léphet, és annak elbírálása, hogy mennyire hiteles ez a pozitív kogníció (egy-től-hétig) egy hétfokú skála segítségével. (VoC. azaz „validity of cognition” skála)
- 6, A kép és a negatív emóció által együttesen kiváltott emóció megnevezése, majd az emocionális terheltség megítélése egy tízfokú skálán (SUD-skála, azaz Subjectiv Units of Disturbance) és megállapítani a feszültség helyét a testben. (body scan)
- 7, Deszenzitizáció. Felkérjük kliensünket, hogy figyelme fókuszát a „cél-kép”-re, az ehhez tartozó negatív kognícióra, az ezekkel járó emóció(k)-ra és a testben lévő feszültségre irányítsa. Ekkor egy külső elterelő bilaterális ingerlést vezetünk be, például a terapeuta a kezét a szem előtt mozgatni kezdi és felkéri, hogy a szemével kövesse. Minden egyes felbukkanó új asszociáció (akár kép, akár hang, vagy érzés) a következő szet alapjául fog szolgálni. Időről időre ellenőrizzük a kép által kiváltott feszültség mértékének alakulását.
- 8, Installáció. Ha a képpel kapcsolatos feszültség kellőképpen lecsökkent (SUD=0) összekapcsoljuk a képet a pozitív kognícióval hogy azután most ezzel kezdjük újabb szet szemmozgásokat. Ezt addig ismétljük, míg a VoC skálán egy 6-7 körüli értéket nem kapunk.

9, Bodyscan. Megvizsgáljuk, hogy van-e még valahol feszültség a testben akkor ha a „cél-kép”-re és a hozzá tartozó negatív kognícióra gondol kliensünk. Ha szükséges, akkor ezzel még tovább dolgozunk.

10, Jövő templett (szükség esetén). Egy jövőbeli képet arról a helyzetről melyet elkerülni igyekszik kliensünk (pl. fóbiás eseteknél) összekapcsolunk egy standard pozitív kognícióval („el tudom viselni a dolgot”) Majd szemmozgásokat provokálunk és addig ismétljük a procedúrát míg a pozitív kogníció a lehető legmagasabb értéket el nem éri (VoC = 6-7).

11, Lezárás. Az ülés eredményeinek pozitív összefoglalása, hogy ily módon megerősítést kapjon kliensünk az előrehaladásról.

A fentieket egy esettel szeretném illusztrálni.⁹

Esetismertetés

EMDR -el történő traumafeldolgozás, egyszeri trauma hatására kialakult PTS-nél

„Szandra”¹⁰ alkalmazottként dolgozott egy szoláriumban, rendszerint egyedül szolgálva ki a vendégeket. Egy este nagydarab férfi rontott be maszkkal a fején és pisztolyt szegezett Szandra fejének. Üvöltve utasította, hogy nyissa ki a pénztárgépet, majd miután ő ezt megtette durván a földre lökte és belerúgott. Felmarkolva az aznapi bevételt még egyszer odalépett hozzá és ráfogta homlokára az élesre töltött revolvért. Szandra nem tudott uralkodni magán és a félelemtől bevizelt. Érezte ahogyan a tócsa nő alatta de nem mert mozdulni. „Micsoda undorító állat vagy te....” mondta a támadó, majd nekilökte a falnak támasztott virágállványnak, ami nagy csörömpöléssel összedőlt. Talán ettől a hangtól riadt meg, mert ekkor sarkon fordult és elhagyta a helyiséget.

Szandra sokáig nem tudott megmozdulni, csak kb. fél óra elmúltával lett képes arra, hogy rendőri segítséget hívjon.

A sebesülései nem bizonyultak súlyosnak, de a támadás utáni napokban többször rátörtek képek az eseménnyel kapcsolatban. (flashback) Az üzletbe nem mert visszamenni, beteget jelentett és nem ment dolgozni hetekig. Ijedőssé vált, este nem mert többé az utcán közlekedni, a városrészt ahol az üzlet állt pedig nappal is kerülte amennyire csak tudta. Alig tudott aludni, s ha el is aludt szörnyűséges rémálmok kínozták. Néhány hét elteltével a tünetek nem csökkentek, hanem úgy tűnt, mintha súlyosbodnának. Ismerősei azt mondták, hogy alig ismernek rá, mintha nem is önmaga volna. Kerülni kezdte barátait, egyre rosszabb állapotban ült otthon egyedül, és lassan a telefont sem volt már kedve felvenni. Ekkor szerencséjére háziorvosa, aki felismerte a

⁹ Ez az esetismertetés megjelent a *Psychiátria Hungarica* 2010, 25, 3. számában)

¹⁰ Az esetismertetéseknél kitalált neveket használlok.

PTSD tünetegyüttest Szandránál, továbbküldte őt traumafeldolgozásra. Így került Szandra a rendelőmbe.

Amikor visszagondolt a történetekre egy csomó kép bukkant fel benne, melyek igen nagy feszültséget okoztak. A támadó képe a maszkkal a fején, a fegyver képe, a zuhanó virágcserepek képe... Ezek ugyanazok a képek voltak melyek nappal flashback-ek formájában éjszaka pedig rémálmodokként üldözték őt.

Megkértem Szandrát, hogy próbáljon a legzavaróbb képre gondolni (a támadó képe) és azt a legnagyobb részletességgel leírni („cél-kép”). Ez szemmel láthatóan nagy nehézséget jelentett számára, mert ezek a képek újraélesztették benne a tehetetlenség érzést melye akkor és ott is érzett. A kép és a tehetetlenségérzés kombinációja félelmet ébresztett benne ugyanúgy ahogyan akkor volt. Hasa tájékán erős feszültséget érzett miközben ezekre a dolgokra gondolt. A pozitív kogníció (PC: „El tudom viselni, hogy rá gondolok”) nagyon alacsony (2), a megélt stressznívó pedig igen magas (SUD= 9)

Ekkor elkezdtem az EMDR procedúrát: A szemem előtt vízszintesen mozgatva kezemet gyors szemmozgásokat provokáltam. Gyors egymásutánban bukkantak fel képek, melyek közül néhány egyértelműen kapcsolatban volt az eseménnyel, mások viszont nem. Egy idő után (6-7 szet szemmozgás után) újra megkértem, hogy idézze fel a támadó képét. Mostanra a kép már sokat veszített a hatásából, nem volt annyira zavaró, mint először (SUD= 4) Újabb szet szemmozgások következtek, majd kb. húsz perc múlva egyáltalán nem volt számára zavaró a kép többé, inkább semlegesnek mondható. (SUD=0)

Ekkor újra megkérdezve, a pozitív kogníció („El tudom viselni, hogy rá gondolok”) teljesen hitelesnek hangzott a számára (VoC= 7) Ezt a procedúrát újra megismételtem a pisztoly képével is, majd miután teljesen deszenzitizáltuk azt is és a testben semmilyen feszültség nem érződött többé (bodyscan) lezártam az ülést.

Szandra rögtön ezután az ülés után sokkal jobban érezte magát. A flashback-ek teljesen megszűntek, tudott aludni. Még három ülés követte az elsőt, mikor Szandra PTSD tünetei teljesen elmúltak s ő „újra a régi” lett megint.

Most leírok néhány interakciót (szóról szóra egy videófelvétel alapján) melyek nagyobb rálátást adnak arra nézve hogyan is néz ki valójában egy EMDR ülés.

T (terapeuta): Mi történik most?

Sz (Szandra): Remegést érzek a kezemben.

(Szemmozgások)

T: És most mi történik?

Sz: Most forróság öntött el.

T: OK. Gondolj erre most és folytasd.

(Szemmozgások)

T: Mi történik?

Sz: Félek...

T: OK. Gondolj erre most és folytasd.

(Szemmozgások)

T: És most mi történik?

Sz: Őrült dühöt érzek!!!! Meg tudnám ölni!

(Szemmozgások, közben hosszú zokogás, mely csendesedik, majd elhal)

T: És most mi történik?

Sz: Nyugalmat érzek... nagy nyugalmat.

T: OK. Gondolj erre most és folytasd.

(Szemmozgások)

T: És most mi történik?

Sz: Maradt a nyugalom.

T: Jó, akkor most menjünk vissza az eredeti képhez és mondd meg, hogy mennyire zavaró számosra most?

Sz: Nem zavar most már annyira négyes.

T: Mi okozza most a feszültséget? Azt a négyest mi okozza?

Sz: Nem is tudom hogyan fejezzem ki magam... szégyen.. igen szégyenre hasonlít.

T: OK. Gondolj erre most és folytasd.

(Szemmozgások, sírás)

Sz: Reménytelenség....

T: Gondolj erre és folytasd.

(Szemmozgások)

Sz: Fáradtság.

T: OK. Folytasd

(Szemmozgások)

T: Mi történik?

Sz: Semmi.

T: Jó, akkor most menjünk vissza az eredeti képhez és mondd meg, hogy mennyire zavaró számosra most?

Sz: Nem is tudom szinte már felidézni...Nehézséget okoz, hogy felidézzem. Nem, egyáltalán nem zavar már, nulla, igen nulla...¹¹

¹¹ Ez az esetismertetés megjelent a Psychiatria Hungarica 25, 3. számában.

Esetismertetés

Komlex traumával való munka hosszútávú gyerekterápiában EMDR-el mint a terápia része

EMDR technika használata traumatizált gyermekeknél

Trauma, vagy veszteség gyermekeknél legalább olyan sűrűn fordul elő, mint felnőtteknél (Greenwald, 1998, Pynoos 1990). A kutatások azt bizonyítják, hogy ezek károsítónak hatnak a gyermek életminőségére és pszichoszociális fejlődésére (Terr, 1983,1991).A gyermekek reakciói a traumatikus eseményekre, vagy extrém történésekre hasonlóak a felnőttek reakcióihoz, nevezetesen: újraátélése az eseménynek, elkerülő viselkedés, rémálmok. (March & Amaya -Jackson, 1993). Gyermekeknél azonban a trauma mindig az aktuális fejlődési szint figyelembe vételével kell, hogy értelmezést nyerjen. Különleges figyelmet kell fordítani azoknak a területeknek a működésére melyek a traumatikus esemény következtében alulfejlettek maradnak, például a kognitív fejlődés, vagy a bizalmi kapcsolatok kialakításában jelentkező zavarok, a kezdeményező készség hanyatlása, az önértékelés csökkenése, vagy az interperszonális kapcsolatokban jelentkező zavarok (Pynoos, 1990).

Klinikai tapasztalatok és eseteírások azt tanúsítják, hogy az EMDR technika alkalmazása gyermekeknél és serdülőknél sokat ígérő eredményeket hoz. Úgy tűnik, gyermekeknél a technika még hatásosabban működik, mint felnőtteknél (Greenwald, 1993, Greenwald, Puffer, Elrod, 1998, Lovett,1999, Tinket és Wilson, 1999, De Roos és Beer, 2004).

Az itt következő esetismertetés megpróbálja megmutatni, hogyan lehet egy traumafeldolgozási szakaszt beépíteni egy (jelen esetben pszichodinamikus) hosszútávú gyerekterápiába.¹²

A jelentkezés oka

Egy 11 éves fiú (akit Jos-nak fogok nevezni) érkezett hozzám terápiára egy nevelőotthonból, ahol akkor két hónapja lakott.

Erőszakos viselkedés, dühkitörések, alacsony frusztrációs tolerancia képezték a panaszok listáját. A nevelők tehetetlenül álltak mindezzel szemben, ráadásul éjszakánként az egész otthont ébren tartotta visszatérő rémálmaival és nagyon rosszul aludt.

¹² Ez az eseteírás megjelent a „Serdülő és Gyermekpszichoterápia” című szakfolyóirat 2002, 2. számában, és hollandul a Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie 44. számában.

Anamnézis

Jos félévvel édesanyja halála után került állami gondozásba, aki egyedül nevelte őt addig. Először egy távolabbi családtag próbálta befogadni, de a fent említett problémák miatt nem tudták tovább maguknál tartani.

Jos édesanyja egyedülálló nő volt, váltakozó partnerkapcsolatokkal, melyeket sokszor erőszak jellemzett. Néha anya és fia együtt kellett, hogy menedéket keressenek anyaothonokban, és sokszor neki kellett anyját „megvédenie” annak erőszakos partnereitől. Jos valójában anyjával annak felnőtt életét élte és erősen parentifikált gyermek volt. Ellensúlyozásképpen játékokkal volt elárasztva, és alig voltak határok szabva számára. Édesanyja rákbeteg lett. A betegség előrehaladtával egyre erősebb gyógyszereket kapott, fájdalomcsillapítókat és nyugtatókat főként. Az orvosságok hatása alatt sokszor „nem volt önmaga”. Egyik ilyen állapotában történt, hogy magára rántott a konyhában egy fritőzt, melynek forró olaja pillanatokon belül ráolvasztotta testére műszálas pongyoláját. Jos, aki a szomszéd szobában játszott eközben a hangokra a konyhába rohant és egy kis homokozóvödörrel megpróbálta a tüzet eloltani, kevés sikerrel. Ekkor kétségbeesésében sikoltozni kezdett amivel a szomszédok figyelmét magukra hívta, akik azután segítségükre siettek. Édesanyját azonnal kórházba szállították, ahol súlyos égési sérüléseibe pár nap múlva belehalt.

Első benyomásaim Jos-ról a vele, és a nevelőivel folytatott beszélgetések után

Jos énképe nagyon negatív volt, nem tartotta magát szeretetre méltónak egyáltalán. Ezek az érzései álltak agresszív viselkedésének és vandalizmusának a háttérében. Az ilyen viselkedés azután megerősítette abban az érzésében, hogy „semmirevaló”, „rossz”.

A fent leírt nevelésének hatására nem volt képes a saját életkorának megfelelő viselkedésre, hol úgy viselkedett és beszélt mint egy kis felnőtt, hol pedig úgy, mint egy jóval fiatalabb kisgyerekek. Nem volt képes szükségleteinek korlátozására, és a frusztrációval szembeni toleranciája nagyon alacsony volt. Viselkedése impulzív volt és „acting out”-ok tarkították. Nagyon nehéz volt vele bizalmi viszonyt kiépíteni, bizalmatlan volt mindenkivel szemben.

Még nehezebbé tette a dolgot, hogy Jos a PTSD jellegzetes tüneteit mutatta a szörnyűséges események és anyja halála következtében. Rémálmai voltak, erős hangulati ingadozásai, dühkitörésekkel és néha erős levertséggel.

Első találkozásom Jossal; a bizalmi pozíció építése

Jos a vele történt dolgokról, anyja haláláról flottul, de emocionális bevonódás nélkül beszélt, mintha valaki másról, nem saját magáról beszélne. Annál inkább indulatba jött, mikor mostani életéről a nevelőotthonban esett szó. Úgy érezte, hogy ott mindenki igazságtalanul bánik vele, mérges volt a gyerekekre akik „csúfolták” és a nevelőkre akik „terrorizálták” őt. Mikor ezekről a dolgokról beszélt a hangja is megváltozott és, sokkal magasabb hangon beszélt. Az volt a benyomásom mintha egy sokkal fiatalabb gyerek ülne egyszer csak velem szemben.

Az anyjával együtt töltött idő elbeszélésében egy felhőtlenül boldog időszakként jelent meg, akár egy „elveszített paradicsom”. Óvatosan emlékeztettem rá, hogy néha azért nem volt annyira „felhőtlen” az az időszak, néha történtek dolgok amik nem voltak annyira jók.

Ezt Jos is hajlandó volt elismerni abban az értelemben, hogy a folytonos költözködés és amikor anyukája a gyógyszerek hatása alatt „furcsán” viselkedett, az nem volt olyan jó. Kérdésemre, hogy mennyire zavaróak számára ezek az emlékek gondolkodás nélkül kijelentette, hogy nagyon zavaróak. Ekkor felajánlottam neki, hogy kezdjünk el egy közös munkát amitől esetleg majd nem lesznek ezek az emlékek ennyire zavaróak. A válasza erre ez volt: „Az jó lenne, de nem hiszem, hogy lehetséges”.

Néhány ülés előkészítő munka után Jos készen állt arra, hogy velem együtt elkezdjen dolgozni azon, „hogyan ezek a dolgok ne legyenek olyan zavaróak többé”

Traumafeldolgozás EMDR-el

„target memory”

A következő alkalommal megkérdeztem tőle, melyik emléke a „legrosszabb” az összes közül az anyjával kapcsolatban. Az a jelenet volt számára a legfájdalmasabb, amikor nem engedték be a kórházban az anyja szobájába. Akkor hisztériás rohamot kapott, és „összevissza rugdosott mindent” Ezt az emléket használtam a traumafeldolgozásnál, mint „cél-emléket”

A negatív kogníció (NC) megtalálása

T: Milyennek látod magadat ott a kórházban? Mit tudsz elmondani Jos-ról ott- milyen ő most?
(NC)

J: Dühös ... rossz (NC = rossz vagyok)

A pozitív kogníció(PC) megkeresése, és a „VoC” skála (Validity of positive cognition) felállítása

T: Ez olyasvalami, amit senki sem gondol szívesen magáról. Biztosan te sem. Valami mást szeretnél gondolni ... mi az? Mit szeretnél magadról gondolni most, hogy ezekről a dolgokról beszélünk, és megint érzed egy kicsit azt, amit akkor éreztél ahelyett, hogy „dühös vagyok, rossz vagyok”?

J: Hogy nem vagyok dühös...

T: Hanem?

J: Csak úgy ... normális.

T: Ez azt jelenti, hogy jó lenne azt érezni, hogy pont úgy jó, amilyen vagy? (PC).....Ha most visszagondolsz a kórházra, és újra érzed azokat a rossz dolgokat, akkor mit gondolsz, mennyire igaz az, hogy „jó vagyok úgy, ahogy vagyok”?

J: kettős

Az érzelmek feltérképezése (Emotion/s) és a „Subjective Units of Disturbance”(SUD) skála felállítása, testi szenzációk megkeresése („Location/s of body sensation/s”)

T: És mit érzel, mikor visszagondolsz rá, milyen érzelmet vált ki belőled? Tudod, hogy mi az, hogy érzélem?

J: Igen. Harag meg szomorúság.

T: Ezek az érzések valahol a testünkben vannak, valahol van egy helyük. Gondolj egy kicsit most a testedre, Jos. Hol érzed őket?

J: Itt ... a szívére mutat. (Location of body sensation = szívtájéék.)

T: Milyen érzés?

J: Mintha nyomna valami...

T: Ezek olyan dolgok, amik az embert nagyon zavarják. Nem tud tőlük szabadulni, és akkor mindent megpróbálunk, hogy ne kelljen vele foglalkozni, szóval zavaró érzések és gondolatok ezek.

J: Nagyon.

T: Mennyire?

J: Nyolcas (SUD = 8)

T: Hát akkor ez nagyon zavar téged.

J: Igen.

Deszenzitizáció

T: Most valami olyasmit fogunk csinálni, ami segít neked abban, hogy ez ne legyen ennyire zavaró és rossz. Az a lényeg, hogy te megpróbálsz újra visszagondolni az egésze, akár egy filmre és újra érezni a dolgokat, amiket éreztél.¹³

T: Tudom, nem szívesen csinálod, hiszen az a legjobb, amikor nem gondolsz ezekre. De most mégis arra kérlek, hogy gondolj rá. Miközben te rágondolsz, én a kezemet a szemed előtt mozgatni fogom így; látod? Kövesd a szemeddel anélkül, hogy a fejed is mozogna. Mindenféle érzések, gondolatok, képek fognak majd jönni de az is lehet, hogy a testedben érzel valamit. Ha a kezem megáll, mondd majd el, mi történik éppen veled, jó?

J: Nem nagyon értem.

T: Most nehéz is megérteni de majd ha csináljuk, tudni fogod, miről beszéltem most. Kezdhetjük?

J: Jó.

T: Látod magad előtt, mi volt akkor?

J: Igen.

T: Mit látsz pontosan?

J: A széket a váróteremben, ami fel van borulva.

T: Te rúgtad fel?

J: Azt hiszem.

T: Jó. Akkor nézd ezt a képet, gondolj arra, hogy rossz vagy, és próbáld a dühödet meg a szomorúságodat felidézni, meg azt, amit a szíved tájékán érzel.

(Szemmozgások)

J. arca megmerevedik, miközben hipnotizáltan bámulja a kezemet, arcán apró remegések futnak át.

T: Mi történik most, Jos?

J: Gombóc lett a torkomban.¹⁴

T: Gondolj erre a gombócra, és folytatjuk; rendben?

J: Rendben.

(Szemmozgások)

Az arcon a rángatózás erősödik, a kéz is rángani kezd, a levegővétel felgyorsul

T: Mi történik most, Jos?

J: Sokkal nagyobb lett a gombóc.

¹³ Hogy bizonyos távolságot hozzunk létre a fájdalmas emlékképtől sokszor használunk az EMDR gyakorlatában metaforákat, például egy vonat imaginációját, melyen ülünk és „a dolgokat hagyjuk elsuhanni mellettünk”, vagy a fent említett film imaginációját.)

¹⁴ Az EMDR-protokoll szerint mindig az újonnan megjelenő dolgokkal kell tovább dolgozni (Shapiro, 2001)

T: Gondolj a gombócra megint, és nézzük, mi történik veled!

(Szemmozgások)

A levegővétel a hiperventillációhoz közeledik, az egész test rángatózik, a lábak reflexszerűen rugdosnak.¹⁵

J: Most kisebb lett.

T: Igen? Na, menjünk csak tovább, nézzük mi történik.

(Szemmozgások)

Még jó pár rángás, majd a lélegzetvétel lassúbbodik, és egy mély sóhaj tör fel Josból.

J: Elment a gombóc.

T: Teljesen?

J: Teljesen. Nincsen sehhol.

T: És most mi történik?

J: Semmi különös...

T: Látod a képet még?

J: Igen, de nem olyan jól...

J: És valami más?

T: Semmi... csak egy furcsa szag...

J: Igen? Akkor most próbálj erre a furcsa szagra koncentrálni, légy szíves.

(Szemmozgások)

Arcára undor ül ki, és egyre jobban elhatalmasodik.

T: Mi történik most?

J: Csak az a szag, de most sokkal erősebben.

T: Mire emlékeztet? Hol érezhetted ezt a szagot?

J: Az olaj. Amikor mama megégett. Az olaj, meg még valamilyen nagyon rossz mellette.

T: Figyelj, Jos, tudom, hogy ez nem kellemes, de ha most rágondolsz, és végigcsinálod, nem kell többet ezt a szagot érezni.

J: Az jó lenne...¹⁶

(Szemmozgások)

J. szabályosan öklendezik, közben arca teljesen eltorzul az undortól meg a félelemtől.

T: Ezt nagyon bátran csináltad. Mi történik most?

J: Most még rosszabb lett...

¹⁵ Ezt a jelenséget lereagálásnak („abreaction”) nevezzük, mely egy igen nagy mértékű feszültség megjelenését jelenti abban a pillanatban mikor páciensünk egy részét traumatikus élményének újraéli (Shapiro, 2001).

¹⁶ Hogy egy ilyen helyzetben tovább lehessen a deszenzitizálást folytatni egy valóban jó bizalmi kapcsolatnak kell lennie a terapeuta és páciense között. Jelen esetben szemmel láthatólag megvolt ez a kapcsolat, hiszen Jos készen állt tovább folytatni a munkát.

T: Akkor menjünk gyorsan tovább.

(Szemmozgások)

Folytatódnak a lereagálások, hosszasan.

J: Most már nem olyan erősen érzem.

T: De még érzed egy kicsit?

J: Igen.

T: Akkor gyerünk tovább.¹⁷

(Szemmozgások)

Lassan megnyugszik a levegővétel.

J: Elmúlt, nem tudom többet érezni.

T: És most mi történik? Hogy érzed most magad?

J: Furcsán, nem olyan jól.

T: Mi van veled?

J: Csak olyan rossz érzés...

T: Mintha?

J: Mintha gyáva lennék, olyan gyenge itt (a gyomrára mutat).

T: Jó, akkor most erre a gyáva érzésre gondolj egy kicsit.

(Szemmozgások)

Felgyorsul a lélegzetvétel, és egyszerre csak elkezd sírni.

J: Félek.

T: Próbálj továbbmenni.¹⁸

(Szemmozgások)

Hosszas zokogás, de közben a szemmozgások folytatódnak. Egészen addig folytatom az szemmozgások provokálását, míg csillapodni nem kezd a roham.

A deszenzitizálás ezután addig folytatódott míg a cél-képhez visszatérve a SUD skálán megállapított feszültség 0-ra nem csökkent. Ekkor a pozitív kogníció installációja következett.

Installációs fázis

T: Tudod, az elején, amikor elkezdtük, azt mondtad: azt gondold magadról, hogy rossz vagy. Szeretnéd azt gondolni, hogy jó vagy, de nem tudod. A hetes és az egyes között itt érezted magad (mutatom a VoC skálát) a kettesnél. Most hogy érzed, mennyire igaz az, hogy te jó vagy?

J: Az ötösre mutat.

¹⁷ Amennyiben ez lehetséges addig folytatnunk kell a deszenzitizálást (és lehetőség szerint egy és ugyanazon ülés keretén belül) míg a feszültség, melyet a kép (még) kivált, megfelelő mértékben nem csökkent (Shapiro, 2001).

¹⁸ Ebben a helyzetben nagyon fontos, hogy tovább folytassuk a deszenzitizálást, mivel a feszültség nagyon közel van a csúcsponthoz, ahonnan az elvárások szerint majd hamarosan csökkennie kell.)

T: Szóval még nem teljesen tudod azt gondolni, hogy jó vagy. Mi akadályoz meg benne?

J: Anyu jutott eszembe, ahogy a konyhában állt és... (zokogni kezd).

T: Jos, figyeld a kezemet, gyerünk csak... nagyon jó, folytasd tovább!

T: Mi történik most?

J: Rossz, nagyon rossz, nem tudom...

T: Mi olyan rossz Jos? Mit érzel pontosan?

J: Hogy ott áll az anyu és nem tudtam neki segíteni.

T: Mit is csináltál akkor?

J: Azt gondoltam el kell oltani a tüzet...

T: Hogyan?

J: Víz kellett volna.

T: Mit csináltál?

J: Valamit találtam... egy vödrot.

T: Mekkora vödrot?

J: Kicsit.

T: Mért pont a vödrot fogtad meg?

J: Nem volt semmi más... nem tudtam mit tenni... (zokog)

(Szemmozgásokat provokálok amíg a zokogás csillapodni nem kezd.)

T: Mondd, Jos, ha tűz van, ki az, aki el tudja oltani, kit hívunk?¹⁹

J: Nem tudom... a tűzoltókat, gondolom.

T: Igen azokat, és mit gondolsz miért?

J: Hát mert ők azt nagyon jól tudják csinálni.

T: Azt tanulták ugye?

J: Igen.

T: Jó, akkor most gondolj erre.

(Szemmozgások)

T: Jos, próbálj meg elképzelni egy tűzoltót. Megvan?

J: Aha.

T: Mekkora embert képzeltél el? Mutasd a keziddel!

J. A kezével felnyúl magasra.

T: Szóval egy nagy ember, ugye?

J: Aha.

¹⁹ A következő epizód egy EMDR-en belüli kognitív technika alkalmazása, melyet „cognitív interweave”-nak neveznek. Tulajdonképpen egy „in vivo” helyzetben történő értelmezés olyan állapotban, amikor a traumára való emlékezés teljesen aktív, és a traumát elszenvedett személy úgy érzi magát, mint akkor. Ilyenkor rendkívüli alkalom adódik arra, hogy az „itt és most-ból” megvizsgálva a múltbéli helyzetet az értékelő agyi struktúrákat bevonva belátást érjünk el páciensünknel.

T: Felnőtt?

J: Igen.

T: Jó, akkor most mutasd meg, mekkora vagy te egy tűzoltó mellett?

J: Kezével jóval alacsonyabbra megy.

T: Sokkal kisebb... mit gondolsz, miért? Miért vagy te kisebb, mint a tűzoltó? Mit is mondtál, hogy ő egy felnőtt ugye? És te? Mi vagy te?

J: Egy gyerek.

T: Most akkor erre próbálj koncentrálni, jó?

J: Arra, hogy én gyerek vagyok?

T: Igen arra.

Szemmozgások, miközben csak a gondolkodás feszültsége látszik az arcon.

T: Mit gondolsz, Jos, tudhat egy ilyen kis gyerek (kezemmel mutatom) egy dolgot úgy csinálni, mint egy ilyen nagy (kezemmel mutatom) felnőtt? Képes rá?

J: Nem, nem képes.

T: Maradj egy kicsit ennél a gondolatnál, jó?

(Szemmozgások)

T: És mit is csináltál, amikor láttad már, hogy nem tudsz olyasmit csinálni, mint egy felnőtt tűzoltó?

J: Kiabáltam.

T: És akkor mi történt?

J: Jöttek a szomszédból.

T: Felnőttek?

J: Igen.

T: Olyanok, akiknek több esélyük volt, hogy segítsenek? Akik tudták, hogy mit kell tenni?

J: Igen.

T: Mert ez a helyzet nem oldható meg egy gyerek számára, túl kicsi még ilyesmihez...

J: Igen.

T: De végül is te voltál az, aki őket odahívta segíteni.

J: Nem hívtam, csak kiabáltam.

T: De amiatt jöttek oda, mert kiabáltál nem?

J: De.

T: Tehát segítséget szerezteél, felnőtteket, akik tudták, hogy mit kell tenni.

J: Igen.

T: És pontosan ez volt, amire akkor anyunak szüksége volt, nem?

J: De.

T: Tehát te pontosan azt csináltad, amit kellett.

Csönd. Jos lehajtott fejjel ül, nem ad választ.

T: Így van Jos, vagy nem?

J: De.

T: Te megtettél mindent ami tőled tellett.

Csönd.

T: Így van?

Gondolkozik egy kicsit.

J: Igen.

T: Jó, akkor most gondolj erre, légy szíves.

(Szemmozgások)

Az arcon a gondolkodás feszültsége és apró rángások. Egyszer csak sírni kezd.²⁰

T: Mi bukkant fel benned most? Mi okozza a szomorúságot?

J: Anyu....meghalt a kórházban

Erős zokogásba kezd. Nem reagálok rá szavakkal most, hanem szemmozgásokat provokálok egészen addig amíg a sírás csillapodni nem kezd.

T: Igen, anyukád meghalt, mert nagyon beteg volt, és nagyon súlyosan megégett. De ha túlélte volna ezt az égést, akkor szerintem nagyon hálás lett volna neked, hogy olyan jól segítettél. Szerinted így van?

J: Nem tudom...

T: Gondolj anyura, es próbáld meg elképzelni, hogyan érez irántad, meg amit tettél.

J: Anyu szeret engem...

T: Maradj most ennél a gondolatnál egy kicsit.

(Szemmozgások)

Jos arca kisimul és mosolyogni kezd.

T: És ugye anyu nem gondolja azt, hogy te rossz vagy?

J: Nem, biztosan nem.

T: Van valaki a világon, aki jobban ismer téged, mint ő?

J: Nincsen.

T: És ő azt gondolja, hogy te jó vagy, és ha életben maradt volna, hálás lenne azért, amit tettél érte.

Jos szeme újra könnybe lábad.

T: Gondolj erre Jos és kövesd az ujjamat jó?

²⁰ A terápiás beavatkozás után ha lehetséges vissza kell térni az eredeti emlékhöz, és megvizsgálni, hogyan alakult a VoC. Ebben az esetben erre nem volt mód mivel hirtelen váltással újabb érzelmi töltés jelent meg amivel muszáj volt tovább dolgozni

(Szemmozgások)

Közben folynak a könnyei, csendesen sír, majd abbahagyja, és mosolyog megint; én magam is a könnyeimmel küzdök..

T: Jos, mi az, ami zavar most még? Mi történik most veled?

J: Szomorúság... az zavar, de nem olyan nagyon.

T: Szerintem az teljesen normális dolog, hogy szomorú vagy. Hiszen meghalt az anyukád. Nem is akarom ezt a szomorúságot elvenni tőled, mert ezt majd az idő segíti elmúlni. És ha most megkérdezem tőled mennyire igaz, hogy jó vagy úgy, ahogyan vagy, akkor melyik számra mutatsz a hetes és az egyes közt?

J: Hetes.(Voc:7)

T: Vagyis azt érzed hogy igaz: jó vagy.

J: Igen.

A feszültség mértékének ellenőrzése a testben („Body scan”)

T: Milyen érzés?

J: Jó.

T: Most egy furcsát kérdezek, de már megszokhattad tőlem. Hol érzed a testedben ezt az érzést?

J. Itt. (A szívére mutat.)

T: Milyen érzés?

J: Bizsergős.

T: Próbálj meg erre az érzésedre gondolni egy kicsit jó?

(Szemmozgások)²¹

T: Mi történt ?

J: Most még jobban érzem.

(Szemmozgások)

T: És most?

J: Ugyanolyan, nem változott.

T: Azt hiszem ma nagyon keményen dolgoztunk mindketten, biztosan jól el is fáradtál.

Ezzel lezárult a traumafeldolgozási, vagy konfrontációs fázis. Jos terápiája ezután még egy évig folytatódott. Josnak sikerült a gyászmunkát elvégeznie, majd a továbbiakban elkezdünk dolgozni agressziós problémaival. Mindez egy pszichodinamikus, analitikusan orientált terápia keretein belül történt. Jos közben egyre jobban megtalálta a helyét a nevelőotthon közösségében.

²¹ Ha egy pozitív érzés jelenlétekor szemmozgásokat provokálunk és nincs már zavaró feszültség jelen akkor ez az érzés felerősödik egy bizonyos fokig, majd stabillá válik.

Önsorsrontó, acting-out-os viselkedése nagymértékben csökkent, viselkedése sokkal inkább életkorának megfelelővé vált.

Integráció

A konfrontációt szükség esetén integráció követi, azaz az új viselkedési formák beágyazódása a mindennapi életbe egy segítő támogató terápiás háttérrel, időről időre esetlegesen – újabb traumatikus anyag felbukkanása esetén –, konfrontációs pillanatokkal tarkítva. Az integráció magában foglalja a traumatikus élmény asszimilációját, az élettörténetbe való integrálását, a kapcsolatok helyreállítását, az esetleges szégyen és bűntudat feldolgozását és a gyász munka elvégzését. A kialakított elkerülő viselkedés és egyéb diszfunkcionális viselkedésminták tudatosítása és megszüntetése is ebbe a fázisba tartozik. Sokszor „rituálék” kidolgozásával történik a feldolgozási folyamat lezárása. Speciális figyelmet kell szentelni az évfordulóknak, mert ilyen pillanatokban sokszor újraaktiválódik a traumatikus emlék.²²

²² Kiváló technika felnőtteknél az integráció eléréséhez a későbbi fejezetekben ismertetett PRI (Past Reality Integration)

II. rész: Transzgenerációs trauma

Trauma és kötődés

A kötődési rendszer

Egy csecsemő csak nagyon korlátozott lehetőségekkel rendelkezik az önszabályozásban. Ezért azután az életbenmaradása külső személy/ek általi interaktív szabályozástól függ. Így tanulja meg a túl erős, negatív arousal szintjét befolyásolni.

Bowlby²³ szerint velünk születik a késztetés a kötődésre és ennek megfelelő az újszülött viselkedési repertoárja is: sírás, nevetés, kapálózás... olyan viselkedések, melyek – optimális esetben – biztosítják a közelséget és elősegítik a kontaktust az anyával. Tehát egy kötődési rendszer bizonyos viselkedések rendszerét feltételezi, melyek veleszületett mintázatok. Hangsúlyozta továbbá az anya válaszkészségének fontosságát, mert a csecsemő kontaktuskereső viselkedése csak a párbeszéd egyik oldala, és csak megfelelő válasz esetén alakulhat ki a biztonságos kötődés. A gyerek életének korai szakaszában létezik egy érzékeny vagy kritikus szakasz, amikor ennek a kötődésnek ki kell alakulni. A kötődési rendszer kora gyermekkori kötődési élmények által meghatározott. Mary Ainsworth és munkatársai három kötődési mintázatot különböztettek meg egymástól: biztonságos kötődés, elkerülő kötődés, ambivalens kötődés.²⁴

A biztonságos kötődés, (akárcsak az Eriksoni ösbizalom) azt a biztonságérzetet jelenti a gyermeknél, hogy a gondoskodó személy, ha szüksége van rá jelen lesz. A biztonságosan kötődő gyermek el mer távolodni anyjától és amíg anyja látótávolságon belül van, nyugodtan fedezi fel a világot. Bízik édesanyjában, hogy veszélyhelyzet esetén segítségére siet, így bátran nekivág az ismeretlennek. Ezért aztán képes a világot biztonságosan explorálni, érzelmeit egyensúlyban tartani, és jelentőségteljes interperszonális kapcsolatokat létesíteni. A biztonságosan kötődő gyermek az évek során egyre inkább önmagába építi az anya által nyújtott biztonságot, így válik majd magabiztos és kihívásoktól nem féltő felnőtté.

Elkerülő kötődés a nem megfelelő anyai válaszkészség eredményeképpen alakul ki. Ezek az anyák sokszor nyíltan elutasítóak, nem szeretik a testi kontaktust, így a gyermek alapállása az lesz, hogy hiábavaló a gondoskodó segítségére várni kötődési szükségletei kielégítése végett, ezért az ezzel járó feszültséget saját maga kell, hogy belső világában levezesse. Az ilyen gyermek

²³ A kötődéelmélet „atyja”, John Bowlby, (a kötődés etológiai-evolúciós elmélete, 1969) akire nagy hatással voltak Lorenz akkoriban közzétett eredményei az imprinting jelenségével kapcsolatban. A kötődési rendszer valójában egy olyan biológiailag meghatározott viselkedési rendszer, mely a faj túlélését szolgálja. A kötődés egy láthatatlan, rugalmas kötelék anya és gyermeke között. Anyának és gyermekének közös evolúciós érdeke, hogy a gyermek egészségben felnőjön és ehhez meg kell teremteni a megfelelően biztonságos légkört (Péley, 2001).

²⁴ A Bowlby által megfogalmazott kötődési elmélet bizonyítására Mary Ainsworth és munkatársai kísérletükben megfigyeltek anya-gyermek párokat napközbeni tevékenységük során. A megfigyelések során világossá vált, hogy már a rövidebb ideig tartó szeparáció (anyától való távollét) is komoly stressz forrása. 1978-ban dolgozták ki az „Idegen Helyzet Tesztet”, mely alapján megállapították, a különböző kötődési mintázatok létezését (Ainsworth, 1978, 1982).

felnőttként érzelmileg távolságtartó lesz kapcsolataiban és a „másik” szükségletei számára elérhetetlen.

Ambivalens kötődés akkor alakul ki, ha a gyermek nem tekinti anyját biztonságos háttérnek mert az valóban képtelen gyermeke megnyugtatóására, többnyire kiszámíthatatlan viselkedés jellemzi, nem a gyermek jelzéseinek, mint inkább önmaga belső állapotának függvényében reagál. Ezeket a gyermekeket anyjuk távozása teljesen kiborítja és az anya visszatérése alig-alig tudja megnyugtani őket, egyszerre kapaszkodnak az anyába, illetve tolják el maguktól.

Az eddig ismertetett három kötődési mintázat (biztonságos, elkerülő, ambivalens) a sok eltérés mellett valamiben mégis hasonlít: mindegyik mögött egy határozott struktúra áll, a gyermekek speciális stratégiákat dolgoztak ki a stresszhelyzetek kezelésére. A biztonságosan kötődő a számára veszélyes helyzetben édesanyját hívja, az elkerülő nem vesz tudomást anyja távozásáról, az ambivalens pedig felfokozott érzelmi reakciót mutat, melyet nehéz lecsillapítani.

Majdnem tíz évvel az Ainsworth által kidolgozott „Idegen Helyzet Teszt” bevezetése után Judith Solomon és Mary Main egy új kötődési mintázatot fedeztek fel, olyan viselkedést tapasztaltak az IHT-k során, melyek nem illettek egyik kategóriába sem.. Ezek a gyermekek menekültek az anya elől vagy teljesen váratlan helyzetekben lemerevedtek, fejüket a falba dőngették stb. Ezt a csoportosíthatatlan viselkedést dezorganizált kötődés névvel látták el. Ezeknek a gyermekeknek az anya egyszerre a félelem és a megnyugvás forrása és ez az ellentmondás vezet a kötődési rendszer széteséséhez. A dezorganizált kötődésű gyermeknek nincs stratégiája, saját maga által kifejlesztett módszere az anya távozása okozta stresszhelyzet esetén, viselkedése szabálytalan, rendszertelen.

A kötődési mintázat tehát egy olyan faktor, mely a pszichikus rendellenességekre való érzékenységet (prediszpozíciót) csökkentheti, vagy növelheti.

A kötődési mintázat öröklődése

A korai kötődés fontosságát talán semmi nem mutatja jobban, mint azok az eredmények, melyek a kötődési minták örökléséről számolnak be. A szülők kötődési mintázata előre jelzi gyermekük kötődésének mintázatát. A szülő ezek szerint nem tudja azt nyújtani, amit maga sem tapasztalt meg. A kérdés talán az, hogy hol és miért törik meg az ördögi kör, melyik anya képes saját bizonytalan kötődése ellenére biztonságosan kötődő gyermeket nevelni, illetve hol fordul át ellenkezőjébe a folyamat.

Hogy a szülő biztonságos kötődést tudjon gyermekével kialakítani az nagyban függ attól is, hogy rendelkezik-e egy koherens narratívval saját élettörténetét illetően és múltbeli kapcsolati élményeit illetően.

Main és munkatársai kidolgoztak egy félig strukturált interjúmódszert felnőttekkel, (Georges, Kaplan és Mary Main, 1982: AAI - the Adult Attachment Interview) ahol a múltbeli kötődési kapcsolataikról való autobiografikus emlékeiket vizsgálták, mellyel a következő eredményeket kapták:

A biztonságos-autonóm mintázatú felnőttek gyermekeinél felnőttkorukban a gyermekkori emlékeik hozzáférhetőek voltak, (még a kellemetlen, rossz emlékek is), objektív módon tudták saját nevelésüket látni, gondolataik és elbeszélésük koherens egységet alkotott és nem alakították át a történetet egy kívánatosabb formába.

Az elkerülő kötődési mintázatú felnőttek gyermekei felnőttkorukban inkohereus, túlságosan rövid történeteket mondtak el, sok idealizált emlékekkel a szülőkkel kapcsolatban, vagy pedig nem emlékeztek dolgokra egyáltalán. Ugyancsak inkohereus volt tapasztalható a kapcsolatról alkotott elképzeléseik és a megélt tapasztalataik között.

Az ambivalens kötődési mintázatú felnőttek gyermekeinél felnőttkorukban a kötődési rendszer túlzott aktiválása volt tapasztalható, eltúlzott mennyiségű információnyújtás, (sokszor eltérően a témától), a távolságtartás és az objektivitás hiánya, gyakran gyermekes beszédstílus, vagy hosszú körülményes mondatok, sok homályos jelentésű szóval, szinte lehetetlenség volt egy általános benyomást kapni a kapcsolatokról.

A dezorganizált kötődési mintázatú felnőttek gyermekeinél felnőttkorukban a múlt „felszívódása” volt jellemző, sok csönddel a beszéd közben. Gyakran megszakadt a kapcsolat és egyfajta eltávolodás történt, ha veszteség, vagy traumatikus esemény került szóba és néha idő- és térbeli dezorientáció lépett fel.

Ezzel a módszerrel az egymást követő generációk kötődését vizsgálók (Hamilton, 1994, Main, 1997, Waters, 1995) 68-75 % -s egybeesést állapítottak meg a generációk között a kötődési mintázatokban. Más kutatók, pl. Grossmann és munkatársai, (1988), Van Ijzendoorn (1992) a kötődési mintázatoknak 70-80%-os generációkon keresztül való egybeesését állapították meg, Benot és Parker (1994) pedig három generáción keresztül talált ilyen mértékű egybeesést.

A kötődési viselkedéssel kapcsolatban is felmerül a kérdés: a tapasztalható különbségeket vajon mennyiben határozza meg a környezet, illetve mennyire alakítják génjeink? A dezorganizált kötődés kapcsán egy magyar kutatócsoport eredményei szerint (Lakatos és társai, 2000) az egyik dopamin receptor típus (D4) hosszúság-polimorfizmusa és pontmutációja összefüggésben lehet a dezorganizált kötődés kialakulásával. Egy holland kutatócsoport (Van Ijzendoorn és társai., 1999, 2006) nem kapott összefüggést a genetikai komponensek és a kötődés minősége kö-

zött, további kutatások pedig arról számoltak be, hogy a genetikai rizikófaktor abban az esetben kap csak szerepet, amennyiben az édesanya feldolgozatlan traumát hordoz, mely természetesen jelen van a babával való kommunikáció során is. A genetikai komponens jelenléte az anya viselkedésével együtt értelmezhető, a gének és a környezet interakciója együtt alakítja a kötődés minőségét.

A diszfunkcionális szülő-gyermek kapcsolat hatásai

A diszfunkcionális szülő-gyermek kapcsolat nemcsak a pszichológiai funkciókat, hanem a stresszrendszerek (pl. a HPA tengely) fiziológiai működését, valamint annak szabályozását is megváltoztathatja (McEwen, 1999). Elhanyagolt és bántalmazott gyermekek vizsgálataiból kiderült, hogy a HPA tengely működésének zavarai detektálhatók (Kulcsár és Kökönyei, 2004). Feltételezésük szerint, a korai kapcsolati problémák és traumák a gondoskodó-oltalmazó stresszválasz deficitjét okozzák. Stresszhelyzetekben a csecsemő számára az anyai közelség elérése mind biológiai, mind pszichológiai szempontból alapvető jelentőségű. Az anyai közelség elérése szavatolja a negatív érzelmi és testi állapotok szabályozását, s egyben megalapozza az önszabályozó funkciók alakulását. Ennek megfelelően a gondoskodó- oltalmazó válasz deficitje szükségszerűen érzelemszabályozási zavarokkal társul.

Winnicott szerint a biztonságos kötődést az anya-csecsemő összehangolódás alapozza meg már a legkorábbi újszülött kortól. Ha a csecsemő számára nem megfelelő a környezet, a személyiség kicsírázása félbemarad, megreked a lélektani időben, aminek hatását a hiányos környezettel kötött alkalmazkodási egyezés tompítja. Ezt az állapotot a hamis-én-zavar kifejezéssel jellemezte. A hamis én egy olyan álarc, mely a külvilágban harcol, teljesíti. Az ilyen ember élete folyamatos színjáték ugyan, de legalább biztosítja az életben maradást (Winnicott, 1971).

Fónagy (1997) szerint a gyermekkori kötődés alakulása során kulcsfontosságú szerepe van az anya azon képességének, mellyel gyermeke mentális állapotait, gondolatait, érzéseit próbálja megérteni, vagyis mentalizáló képességének (emberszabású majmoknál szintén leírták ezt a képességet). Ez a képesség kiemelt szerepet kap a kötődés alakulása során; a mentalizációt mérő teszten magas pontszámot elért édesanyákhoz biztonságosan kötődő gyermekek tartoztak, míg az alacsony pontszámú anyák gyermekei bizonytalanul kötődtek. Ezek szerint az a képesség, mellyel bele tudjuk élni magunkat gyermekünk helyzetébe, és ezáltal valóban őt látjuk, elősegíti egészséges fejlődését és megalapozza a következő generáció biztonságos kötődését is. Az interaktív szabályozás az úgynevezett „diádikus folyamaton” keresztül megy végbe, mely során két különálló személy (anya- gyermek) lelkiileg olyannyira együtt tudnak rezegni mintha egyetlen ru-

galmas adaptív rendszert képeznének együttesen.²⁵ Ezáltal az interakció által tanulja meg a csecsemő a túl magas arousal szintet csökkenteni, az úgynevezett „tolerancia-ablak” határai között maradni és ezáltal szerez tapasztalatot a biztonságról. Megfelelő anya-gyermek interakció egy szélesebb „tolerancia-ablak” kialakításához vezet, mely később segíthet a nehéz élményeket fejlődési lehetőségekké alakítani. A gondozó és a gyerek kommunikációs mintázata befolyással van a gyermek önszabályozó kapacitásának fejlődésére, az érzelmi egyensúly kialakítására, az interperszonális kapcsolati képesség kialakítására, és ezáltal a szelf-érzetre is, mivel az érzelmi szabályozás képessége az én-érzés alapja. A kötődési forma meghatározza a fejlődési vonalakat, a differenciációt, a szeparációt, az individualizációt és a belső tárgyállandóság kialakulását.

Időközben tudjuk már azt is a korai anya-gyerek interakciók kutatásaiból, hogy kezdetben minden egyes interakció a projektív identifikáción alapul. Ez a szociális kapcsolatok neurobiológiai gyökereiből ered, és ez az alapja empátiára való képességünknek (Schore, 2000, 2001). Az anyával való interakciók egy implicit kapcsolati tudásnak az alapját képezik arról, hogy hogyan kell viselkednünk, mi biztonságos és kellemes, és mi az, ami kellemetlen és fenyegető számunkra. Ebbe az implicit tudásrendszerbe tartozik a kötődési rendszer, a stressz-szabályozó rendszer és az explorációs magatartás szabályozása. Ebbe tartozik annak belátása is, hogy mi az, amit mi magunk vagyunk képesek szabályozni, és mi az, amihez egy másik emberre van szükségünk. Mindezek az interakciók a jobb féltekéhez vannak kötve, mely az élet első két évében az újra s újra visszatérő interakciók ritmusára növekedik és fejlődik. A jobbféltekei limbikus rendszer neuronjainak a kisülése, ha a dolog jól megy, akkor szinkronban történik az anya jobb agyféltekei limbikus rendszeri neuronjainak kisüléseivel. Az emóciók felismerését úgy tanuljuk, hogy az anyai arc mozgását nézve automatikusan aktiválódnak a tükroneuronok, mely által egy implicit képet nyerünk arról, hogy a másik hogyan is érzi magát. Az agynak ez a fajta élményfüggő érése vezet el oda, hogy idővel koherens, időbeli kontinuitással rendelkező érzés alakul ki saját magunkról. Ezáltal leszünk képesek saját érzelmeinket mint sajátot felismerni, izgatottságunkat csillapítani, ezáltal tanulunk meg kapcsolatba lépni saját biológiai ritmusunkkal és végül, de nem utolsósorban reflektálni mások érzéseire is. Ha az impulzusszabályozás és a szelfszabályozás nem jól működik (például traumatizáció hatására), a projektív identifikáció lesz az egyetlen módja a kommunikációnak.

A dezorganizáltan kötődő gyermekek történetében gyakori a súlyos érzelmi elhanyagolás és a szülői bántalmazás. Az ilyen gyermek az állandó félelem izgalmi állapotában van. Ilyenkor két ellentétes agyi mintázat egyszerre aktiválódik; „menj a szülőhöz, hogy biztonságban lehess” és „menj el a szülőtől, hogy biztonságban tudhasd magadat” vagyis a kötődési rendszer konflikt-

²⁵ Stern (1985) „FIT pillanatok”-nak nevezi amikor két individuum lelkileg egyesül, hogy egy rugalmas adaptív rendszert alkosson együtt. Egy megfelelő anya-gyermek kapcsolat esetén kb. percenként húsz esetben megfigyelhető.

tusban áll a védelmi rendszerrel. Néhány szerző ebből a paradox biológiai állapotból vezeti le a disszociáció megjelenését (Allen, 2001). A dezorganizált kötődési mintázattal rendelkező felnőttek vizsgálatakor gyakran fedeztek fel a háttérben erőszakot vagy szexuális visszaélést (Carlson, Cicchetti, Barnett és Braunwald, 1989, Hesse és Main, 1990). Sokszor a szülők saját megoldatlan traumatikus élményei okozzák, hogy viselkedésük a gyermek számára valamilyen módon ijesztővé válik. Pl. A szülők félelemkeltő magatartására gyermekkorban adott sokkreakció a felnőttkorban is megjelenik; az így felnőtt gyermekek második generációs hatásként gyakran félelmi reakciót mutatnak mint szülők (Lyons-Ruth és Block, 1996, Lyons-Ruth és Jabovitz, 1999, Hesse és Main, 1990, Main és Solomon, 1990).

Shapiro.F. (2001) „adaptív információfeldolgozási” modellje („Adaptive Information Processing”, AIP) osztja Bowlby azon nézetét miszerint a korai élettapasztalatok a világ és az emberek „megbízhatóságáról” és „biztonságosságáról” a későbbiek során alapvető hatással vannak a percepcióra és az érzelmekre. Shapiro azt állítja, hogy ha egy zavaró gyermekkori eseményt nem megfelelő módon dolgoztunk fel akkor az a emlékezeti hálózat, mely az eseménnyel kapcsolódó gondolatokat, képeket, érzelmeket és testi érzéseket tartalmazza „triggerizálódhat” olyan helyzetek hatására melyek valamilyen hasonlóságot mutatnak a korai gyermekkori eseménnyel. Az AIP modell leírja, hogyan vezethet a szülők megoldatlan zavaró traumatikus élménye(i), dezorganizált kötődéshez a gyermekeiknél. Ha a szülőben a gyermek közelsége saját traumatikus gyermekkori élményét aktiválja, és az ezzel kapcsolódó diszfunkcionális tartalmú gondolatokat, érzelmeket és testi érzeteket kelti életre, akkor ezek interferálnak a gondoskodó, gyengéd, dédelgető szülői attitűddel és nem lesz képes empátiásan, a gyermek szükségleteinek megfelelően reagálni. Valószínűleg a testtartásával, arckifejezéseivel, hangsúlyaival, vagy más egyéb módon ijesztő, zavarbaejtő hatást vált ki a gyermekből, mely dezorganizált kötődést eredményez.

Családi rendszer és trauma

A családterápia rendszerszemléletű megközelítése és a kötődési elméletek osztják azt a nézőpontot, hogy a kötődési stílus és a személyek közötti viselkedési mód a családon belül, ha egyszer kialakult akkor rendkívül stabilnak mutatkozik a változások tekintetében és saját magát megerősíti (Bowlby, 1989, P. Minuchin 1985, S. Minuchin, 1974). Ez a jelenség generációkon keresztül is megmutatkozik (Bowen, 1978, van Ijzendoorn, 1992).

Marvin (2003) és Stevenson-Hinde (1990) azt találták, hogy a négy kötődési stílus (biztonságos, távolságtartó, ambivalens és dezorganizált), egybeesést mutat a Salvador Minuchin (1985) által a családi kapcsolatok távolság-közelség, határok szempontjai alapján kidolgozott

négy családi kapcsolati mintázattal. A biztonságos kötődés az „adaptív” családi rendszerben jelenik meg, ahol a határok világosak és átjárhatók, a családtagok számára mind a kapcsolat, mind az autonómia elérhető. A határokat összerosó a családtagok közt túlzott közelséget feltételező családi rendszer ambivalens kötődési stílussal jár együtt, míg a rideg, merev határokkal rendelkező családoknál az elkerülő kötődési stílus alakul legkönnyebben ki. Végül a kaotikus határokkal rendelkező diffúz családi rendszer a dezorganizált kötődési mintázatot segíti leginkább megjeleníteni. Minuchin, megfigyelte, hogy az „egészséges” családokban ahol a hierarchia jól működik és a szülők pozíciója erős, a gyerekek respektálják a szülők helyzetét és úgy tekintenek rájuk mint biztonságos személyekre. Megzavart kötődés esetén a gyerek nem tudja a szülőt mint teljesen biztonságos személyt megélni.

Még jól funkcionáló családok is problematikus családi viszonyokat alakíthatnak ki traumatizáció hatására. Az olyan családokban ahol háború, erőszak, krónikus betegség, vagy hirtelen bekövetkező haláleset, vagy öngyilkosság játszottak szerepet, a családban gyakorta diszfunkcionális interakciós minták jöttek létre (Danielli, 1988, Koltai, 2001).

Másrészt viszont a szülők saját koragyermekkorai kapcsolati traumatizáltsága is hasonló problémákat hozhat létre. A traumatizáció következményeként inadekvát gondoskodási minta alakulhat ki, melynek egyik fontos oka a szülők korlátozott hozzáférhetősége. A szülő-gyermek viszonyban sokszor jelenik meg depresszió, félelem, ingerlékenység, vagy tehetetlenség.

A szülő nem képes magát gyermekébe helyezni így nem képes arra sem, hogy vigasztalni tudja, támaszt nyújtson számára vagy hogy határokat szabjon neki. Különösen a depresszió és elutasítás kombinációja okoz hosszú távon nagy károkat a gyermek pszichoszociális fejlődésében (Radke-Yarrow, 1998).

A traumatizált családokban nem kap a mindennapi élet, és ezzel együtt a felnövekvő gyermekek életkori fejlődési fázisai elegendő figyelmet. Sokszor tapasztalható bizalomhiány és csökkent bevonódás egymás iránt, más esetekben ezzel szemben, túlzott félelemteli bevonódás, nagyon erős összetartozás és túlzott védettség jellemző. A szülők gyakran nem képesek a vezető szerepet ellátni a családban ami a családi hierarchia zavarához vezet. Ez a gyerekeknél az intrapszichikus fejlődés megtorpanásához, vagy pont ellenkezőleg; egy nem kívánt, korai, felgyorsult fejlődéshez vezethet.

A kapcsolati traumatizáltság a családon belüli és a családon kívüli kommunikáció zavarához vezethet. Sok esetben a család teljesen elszigetelődik a külvilágtól. A családon belül kialakulhat egy olyan kommunikációs mintázat, hogy a fájdalmas dolgok egyáltalán soha ne kerülhessenek szóba, mely által a traumatikus eseménnyel való újrászembesülést próbálják a családtagok kiküszöbölni. Ez a jelenség melyet a „csönd összeesküvése” névvel is illetnek, nagy szerepet ját-

szik annak megakadályozásában, hogy a traumatikus események feldolgozást nyerhessenek. (Bentovim, 1995, Penn, 2001).

A gyermekek aktív résztvevői a családi történelemnek és részt vesznek a transzgenerációs jelentésadási folyamatban is. Megtanulják a családi mítoszokat, értékeket, meggyőződéseket, normarendszereket és lojalításokat. Megtanulnak úgy viselkedni és kommunikálni, ahogyan azt a szülei teszik, átveszik a szülei „coping” -mintázatait az identifikáció és az utánzás eszközeinek a segítségével. Természetes módon bevonódottságot éreznek egymás iránt és empátiásan átérzik az erőszaknak áldozatul esett családtag állapotát, mely másodlagos traumatizációhoz vezethet.

Pusztán a közelségében élni valakinek aki traumatizálódott már önmagában is bizonyos mennyiségű feszültséget hoz magával (Figley, 1989).

A generációkon keresztül traumaátadásban több különböző faktor játszik szerepet. PTSD akár szülőknél, vagy a gyermekeknél mindig rendkívüli szenvedéseket hoz magával az egész családi rendszerben.

Direkt összefüggés a szülői PTSD és a gyermeki PTSD között csak nagyon korlátozott számú család esetében fordul elő. Annak a mértéke és a módja ahogyan bevonódott a szülők traumatikus élményeibe határozzák meg a szülői trauma átvitelét a gyermekekre, de ez vice versa ugyanúgy vonatkozik a traumatizált gyermekek szüleiére is. Az egymásközi verbális és nonverbális kommunikáción keresztül a traumatikus sémák adódnak át. Ezeknek a sémáknak a belső tartalma pedig: meggyőzések a világról, másokról, saját magukról, a biztonságról, bizalomról, a függetlenségről és az önértékelésről.

Mivel a gyermekek nagyon érzékenyek a szülők érzelmi állapotára, önkéntelenül átvehetik azok félelmét, vagy szomorúságát.

A gyerekek félhetnek és nem tudják, hogy mi az oka félelmüknek, vagy álmodhatnak szülei traumatikus élményeiről. Megérezhetik, hogy mi az ami szüleiüknek fáj, és megtanulják elkerülni azt amit szüleiük elkerülni próbálnak. Néha nekik kell dolgokat jóvátenni amit szüleiük nem tudtak, néha pedig helyettesíteni kell valakit aki meghalt....

Némelyik gyerek akaratlanul triggerként funkcionál és a szüleiből traumatikus emlékeket vált ki, vagy projekciós felületként a szülők szégyenét vagy tehetetlenségét tükrözi és önti formába (Zahn-Waxler, Robinson, 1995, Virág, 2001).

Érzelmi bevonódottságuk miatt a gyermekek számára természetes, hogy a gondoskodó szerepét átvegyék szüleikről, és ez sokszor maladaptív sőt néha destruktív parentifikációhoz vezet. Azokban a családokban ahol korai kapcsolati traumatizáció történt sokszor figyelhető meg az interakciókban trianguláció. Inceszt és családon belüli erőszak esetén igen gyakori a burkolt koalíció ahol – legtöbbször elkövetővel szemben – két másik családtag szövetségre lépnek (Jurkovic, 1998). Békés Vera Holokausztról írt doktori dolgozatában (2009) megemlíti, hogy „a túlélő szü-

lők számára a Holokauszt után született gyermek gyakran a családi újjászületést és a reményt képviseli, „emlékmécses-szerepet” kell betölteniük, vagyis a Holokauszt okozta fájdalmakat kell enyhíteniük... A gyermekkel szembeni kimondott vagy kimondatlan elvárás, hogy új jelentést adjon a szülők életének: kárpótolja őket az elvesztett célokért, ideáikért... A szülők a gyermektől várják el a saját tudatos vagy tudattalan vágyaik beteljesítését, A családi légkört gyakran a szorongás, depresszió, az elhúzódó gyász, valamint a bűntudat jellemzi. A gyermekkel való kapcsolatban leggyakrabban a túlvást, túlféltést, valamint ehhez kapcsolódóan a szeparáció nehézségeit, az attól való túlzott félelem jeleit figyelték meg.

Magyarországon a Holokauszt okozta traumáról Virág Teréz írja, hogy annak legszörnyűbb következménye, hogy felnőtt egy generáció, mely elpusztult vagy meghurcolt szülőtől származik. A túlélő, akitől elszakították, majd meggyilkolták apját, anyját, gyermekeit, élettársát nagyon nehéz helyzetbe kerül. Az újonnan alapított házasságban született gyermek mögött állandóan ott lebeg az elvesztett család árnyképe, a szülői szerep betöltésekor pedig az elvesztett szülő hiánya miatt nincs követhető viselkedési modell (Virág, 2001).

A traumaszemponú megközelítés egy újszerű alkalmazása

A PRI elmélete és védekező mechanizmusai

„Az egyén olyan eseménynek elszenvedője, szemtanúja vagy involválódó alanya, amely halálos fenyegetettséggel, súlyos sérüléssel, a fizikális és pszichés integritás elvesztésével jár, az egyén pedig intenzív félelemmel, szorongással, rémülettel, tehetetlenséggel reagál.”

A traumatikus esemény definíciója a DSM IV szerint

Az általam, a következőkben előadott elképzelés Ingeborg Bosch nevéhez fűződik. PRI, (Past Raelity Integration) egy viszonylag fiatal terápiás módszer, mely 1999-el kezdődően kapott egyértelmű formát, de azóta is egyre tovább fejlődik. A PRI eklektikus terápiás forma, mely különböző forrásokból táplálkozik. Közvetlen előzménye a Janov (1970) által kidolgozott „öskiáltás-terápia”, („primal therapy”) melyből Bosch (Jean Jenson, 1995 hatására) többek között a regresziós technikát vette át és fejlesztette komplex terápiás módszerré. Az elhárító mechanizmusok rendszerének kidolgozására hatottak Freud és a pszichoanalitikus elméletek és Alice Miller (1979) munkássága is megtermékenyítőleg hatott a PRI gondolatmenetére. Átfedéseket találhatunk kognitív, viselkedésterápiás, személyközpontú és szomatikus terápiás technikákkal is. Gyakran hangzik el a „pszichoanalitikus viselkedésterápia” elnevezés. A PRI nagy jelentőséget tulajdonít Freud tudattalanról, az elfojtásról és az élet első évének jelentőségéről szóló meglátásainak. Ezeknek az elképzeléseknek neurológiai és fiziológiai történésekkel való alátámasztása többek között LeDoux neurológiai vizsgálataiban történt amelyben megmutatta hogyan lehetséges az, hogy tudattalan emlékek irányítanak érzelmeket, gondolatokat sőt cselekedeteket is. Azon emlékek létezése nem tudatosul, melyek veszélyhelyzetekben születtek és a limbikus rendszerben tárolódnak, mivel nincsenek a neokortexel összeköttetésben. Miközben létezésükről nincs semmilyen tudásunk igen nagy befolyással lehetnek hétköznapi cselekedeteinkre.(LeDoux, 1998). Az ember úgy éli meg saját magát, mint tudatos lényt, akinek a cselekedeteit saját tudatos döntései kormányoznak, ám ez csupán illúzió. Valójában erősen korlátozott az a terület amely tudatos irányítás alatt áll.

A PRI elméletének rendszere

Az osztatlan tudat

A PRI kiindulási pontja, hogy egy gyermek születésekor egységes, osztatlan tudattal rendelkezik. Ez azt jelenti, hogy az érzékszerveken keresztül felfogott ingerek, képek, hangok, szagok, ízek, akadály nélkül jutnak el a tudathoz. Ugyanígy eljutnak a tudathoz a saját test által adott ingerek, mint például éhség, fájdalom, szomjúság ahol azok a gyermek fejlődési szintjétől függően feldolgozásra kerülnek. Egy csecsemő egészen másképp fog reagálni az éhségre mint egy óvodáskorú gyermek. Az egyik sírással képes még csak reagálni, míg a másik már tud kérni enni valót magának. Mindkét reakció célszerű és adekvát. Azonban már nagyon korán történnek olyan események melyek életveszélyt jelentenek a gyermek számára. Legelsősorban azokat sorolhatjuk ide, ahol valódi életveszélyről van szó kiszáradás, éhhalál, vagy fizikai bántalmazás formájában. Léteznek azonban olyan események, melyek nem szószerint életveszélyesek, ám a jelentésük mégis életveszélyt hordoz magában. Ahhoz, hogy életben maradjon egy gyermek nem csupán a fizikai szükségleteinek, hanem alapvető érzelmi szükségleteinek, (mint melegség, biztonság, kiszámíthatóság, szeretetteljes érintés) a kielégülése is szükségeltetik. Az ilyen életet fenyegető események a korai csecsemőkorban eljutnak a tudat küszöbéig, és stresszhormonok milliárdjait mozgósítva, intenzív félelem élményével párosulnak. Ez az állapot a tudatba jutva rettenetesen fájdalmas élmény, ami ellen a tudat már nagyon korán úgy védekezik, hogy ezeket az élményeket külön próbálja tárolni az összes többi élménytől, hogy a létfontosságú biztonságérzés ezen kívül mégis megélhető legyen.

A megosztott tudat

Egy gyermek alapvetően képtelen annak belátására, hogy a szüleivel való kapcsolat számára veszélyes lenne, és hogy szükségleteinek kielégülése nem lehetséges. Ha erre képesek lennének (ami későbbi életkorban már megtörténik) igen nagy veszélynek tennék ki magukat: a szülői szeretet (pontosabban annak illúziója) elvesztésének. Ez pedig életveszélyes, és halálfélelmet vált ki a függőségben élő gyermekben. Hogyan éli túl a gyermek a számára elviselhetetlen realitást, ami nem más, mint hogy a számára legszükségesebb nem adatik meg neki, vagyis hogy alapvető szükségleteinek kielégülése veszélyben forog (azaz nem lehetséges, mert azokat szülei nem tudják, vagy nem akarják számára megadni)? A túlélés érdekében a tudat kettévál, gyermek a valóságot (a fájdalmat és annak okát), mely fenyegető számára kénytelen elfojtani. Ez a kettéválás, mely néha már igen korai gyermekkorban megtörténik abban a pillanatban kerül sorra, amikor a

sérülékeny gyermek olyan élménynek van kitéve, melynek hatására stresszhormonok hatalmas mennyisége árasztja el érzékeny, fejlődő agyát, amely katasztrófával fenyegeti és a halálfélelem érzését okozza. (lásd: traumatikus élmény fejezet). Csecsemőknél, akiket menetrend szerint etetnek, és nem a saját szükségletei szerint, és emiatt nagyon intenzíven és sokáig kell, hogy sírjanak anélkül, hogy valaki jönne segíteni rajtuk olyan hatalmas mennyiségű stresszhormon szabadul fel, mely elegendő okot adhat már ilyen korai csecsemőkorban a tudat kettéválására. De még ennél korábban is kerülhet egy csecsemő súlyosan életveszélyes helyzetbe, például mint újszülött egy komplikált, nehéz szülés kapcsán. Ezeket a tényeket egyre több kutatás eredményei bizonyítják (Verny, 2002). A tudat megosztása hasonlítható a fizikai védekező rendszerekkel melyek beteggé tevő betolakodókkal szemben nyújtanak védelmet. Bosch megfogalmazása szerint, rendelkezünk egy pszichikus védelmi rendszerrel is, mely az érzelmileg beteggé tevő betolakodókkal szemben véd minket. Sajnos, hogy a veszélyes pszichikus élmények nem távolítódnak el – ahhoz hasonlóan, ahogyan a betegséget okozó baktériumok – a szervezetből. Ezek az élmények léteznek, megmaradnak és a veszélyeztető helyzetből sincsen menekvés a gyermek számára (Bosch, 2003, 25-30. o.). A megosztás eredményeképpen az életveszélyes valóság elfojtódik. A két részre osztott tudat egyik felében ezentúl a megrázó élmények és a velük járó fájdalom lesz elraktározva, míg a másik részben ezek az élmények vagy egyáltalán nem lesznek jelen, mintha nem történt volna semmi, vagy ha mégis olyan módon, mintha nem lett volna igazán fájdalmas. Az elfojtását a törtéteknek a tagadás segítségével tesszük biztonságossá. Mintha azt mondanánk: az egészet söpörjük a szőnyeg alá, majd tegyük úgy – ráadásul – mintha a szőnyeg maga sem létezne (Bosch, 2002, 30-32. o.).

Ennek köszönhető, hogy a legszörnyűbb körülmények között létező gyermekek, akiket szexuális visszaéléseknek tettek ki, vagy életveszélyesen elhanyagoltak, esetleg súlyosan megvertek, mégis képesek nevetni, játszani és úgy tenni, mintha mi sem történt volna.

A védekező mechanizmusok rendszerének kialakulása

Nem fogadhatja el gyermek azt a realitást, ahol a biztonság, elfogadás, érintés, vezetés-irányítás hiányával kell léteznie, és nem adhatja fel a reményt, hogy ezeket valamilyen úton-módon megkaphassa. A valóságnak az elfojtása, amelyben nem kaphatjuk meg a számunkra életbevágóan szükséges dolgokat életfontosságú cselekedet. Ezért a tudat megosztottsága mely ilyen módon létrejött továbbra is fennmarad és védekező mechanizmusok fognak később gondoskodni róla, hogy biztonságosan elszeparálva maradjanak a tudat egyéb részeitől, hogy ne törhessenek be és sodorhassák veszélybe a gyermeket, akinek semmi esélye nincs a probléma megoldására. Ezekből a védekező mechanizmusokból egy fal épül, mely megvédi a gyermeket a veszélyes tartalmak

tudatba való betörésétől. Ennek különféle módjai vannak melyek mindegyike a valóság elferdítését okozza, úgy is mondhatjuk a valóság helyett egy illúziót hoznak létre.

A védelem fala három réteget képező öt különböző védekező mechanizmusból áll. A legelső a tagadás („Ez nem igaz, ez nem történik meg”) mely alatt valójában egy elsőprő erejű emóció munkál, melyről ez a védekező mechanizmus a nevét kapta: a félelem.

Félelem

A legelső fal, – vagyis inkább elektromos szögesdróthoz lehetne hasonlítani – a félelem. A félelem még nem nevezhető pszichikus védelemnek, sokkal inkább fiziológiai természetű. Ez valószínűleg az egyetlen védekező mechanizmus mely nagyon kis gyermekek esetében fellép amikor igen erős stressznek vannak kitéve. Ennek segítségével képesek a valóságot elfojtani. A félelem egy olyan érzés, mely normális esetben arra kényszerít minket, hogy meneküljünk és mentsük meg magunkat. A félelem abban az esetben működik védekező mechanizmusként, vagyis illúzióként, ha valójában nincsen erre mód. A félelem hozza létre azt az illúziót, hogy még meg tudunk menekülni, van még remény, amíg félünk nem történt meg az amitől félünk. A félelem teljesen felesleges érzés abban az esetben, amikor egy régi fájdalom átélésétől próbál megvédeni. Valamitől, ami már megtörtént. A fájdalmat, hogy nem kaptuk meg amire szükségünk volt, bármilyen kontextusban is történt, már átéltük, már nem szükséges menekülni előle.

A félelem védekező mechanizmusát illusztráló eset

„Veerle” 32 éves és élete csupa rettegésből áll attól, hogy esetleg nyilvános helyen nem tud uralkodni a hólyagján. Ezért folyton óvintézkedéseket kell tennie amiktől életük (két óvodáskorú gyerekekkel) lassan teljesen ellehetetlenült. A terápia során felszínre bukkan egy emléke apjáról, aki erősen agresszív beállítottságú, perfekcionista ember volt. Veerlének egy autótúrtjuk során egyszerre hányingere támadt. Kérte apját, hogy álljanak meg, mert rosszul érzi magát. A nemleges válasz után még megpróbálta visszatartani magát, de olyan erővel tört rá az inger, hogy előtte ülő apját nyakon hányta. A reakció rettenetes volt. Kiszállították az autóból, sok ember jelenlétében megalázták, testvérei apjuk beleegyezésével hangosan kinevették és egész nap a hányásszagú nedves ruhában kellett maradnia.... Ezt az emléket, mint más traumatikus emlékeket többnyire, EMDR technikával dolgoztuk fel. Amint a feszültség elmúlt melyet ez az emlékkép váltott ki, Veerle új belátáshoz jutott el, nevezetesen: „Hiszen még csak pici gyerek voltam, hogyan is tudtam volna uralkodni magamon!” A félelem a hólyagkontrollal kapcsolatban megszűnt ezek után.

A valódi stresszhelyzet a múltban volt, az, amitől félt akkor bekövetkezett, most pedig már csak emlék.

Az elsődleges, vagy primer védekező mechanizmus (PV)

Az első kognitívnek nevezhető védekező mechanizmus, mely kb. 1,5 éves kortól lép működésbe Ingeborg Bosch nomenklaturájában az „elsődleges, vagy primer védekező mechanizmus” nevet kapta. A primer védekező mechanizmus (PV) lényege, hogy amikor ebben az állapotban vagyunk, akkor úgy gondoljuk, hogy azért nem kapjuk meg azt, amire szükségünk van (figyelmet, törődést, szeretetet, megbecsülést stb.), mert nem érdemeljük meg, ugyanis bennünk van a hiba.. Valamit rosszul teszünk vagy csak egyszerűen rosszak vagyunk. A primer védekező mechanizmus gondolatkörei három csoportba sorolhatóak:

„Azért nem szeretnek, figyelnek rám, törődnek velem, mert:

Nem vagyok jó” (kövér vagyok, nem vagyok kedves, nem vagyok szép stb.) ezekkel a gondolatokkal főként szégyenérzés jár együtt és sokszor egybehangzanak a szülők által hangoztatott megjegyzésekkel.

„Nem tudok semmit” (valamit, amit kérnek tőlem). Főleg olyan gyerekeknél használatos, akiket idejekorán magukra hagytak olyan helyzetekben, melyekre nem voltak felkészülve. Nem tudták egyedül megoldani. Pl. nem félni a sötétben, pedig azt nem szabad.

„Bűnös vagyok” (én tehetek róla, az én hibám az, ami történik) Az ezzel járó teljes reményvesztettség érzés annak a következménye (ha illúzióról van szó) hogy a gyermek direkt, vagy indirekt módon hibáztatva volt dolgokért.

A primer védekező mechanizmust illusztráló eset

„Betty” asztrológiai profilokat készít megrendelésre. Rettentő lelkiismeretesen készíti elő a horoszkópokat, sokszor éjfél után még mindig az íróasztalnál ül és dolgozik. Éjszaka felébred és pánikszerű félelem fogja el, hogy a megrendelő nem lesz megelégedve a munkájával, nem jó az egész és ezért ő pénzt nem fogadhat el. Másnap megérkező kliensével öt óra hosszat beszélget majd egy óra munkát számol fel. Nem mer az órára pillantani, nehogy azt higgye kliense, hogy ki akarja őt rúgni. Férje szemére veti ezután, hogy az egész napot eltöltötte és semmire sincsen ideje. Betty romokban hever. „Semmi sem jó amit csinálok. Sem asztrológusnak nem vagyok jó sem anyának sem feleségnek. Nem is tudom kinek van rám szüksége még. Talán legjobb lenne, ha végetvetnék az egésznek....”

A primer védekező mechanizmus egy nagyon fájdalmas védelmi rendszer, szinte elviselhetetlen. Bár tökéletesen megvéd a szörnyű valósággal szemben (ami az, hogy a szülők nem képesek, vagy nem akarják kielégíteni a gyermek alapvető szükségletét) az általa okozott fájdalom olyan erős, hogy azzal szemben is meg kell védenie magát a gyermeknek. Ezért aztán erre a mechanizmusra ráépülnek másodlagos védelmi rendszerek, melyek közül az elsőt a „hamis reménynek” nevezzük.

A hamis remény védekező mechanizmus

A hamis remény (HR) lényege, hogy majd biztosan megadják nekünk azt, amire szükségünk van, hogyha sokkal jobban igyekszünk minden tőlünk telhetőt megtenni (jobban tanulni, kevesebb zajt csapni, soványabbnak lenni, vigyázni, hogy ne legyen veszekedés... gazdagabbnak, sikeresebbnek lenni, megvenni azt az autót, megszerezni a tudományos fokozatot). Ez a lista kimeríthetetlen. Mindenki ki tudna találni egy csomó variációt a témára: mit kellene „sokkal jobban csinálnom”, hogy megkaphassam azt „amire szükségem van” (a megbecsülést, a figyelmet, a többiek elismerését, szeretetet).

A hamis remény védekező mechanizmust illusztráló esetek

1, „Aliz” vendégeket várt a hétvégére. Már hét elején elkezdte a készülődést. A takarítás ablakmosással kezdődött, a függönyöket is kimosta. A szekrények el lettek húzva és a szőnyegek kiporolva. A hentesnél válogatott finomságokat rendelt és a pék külön neki sütötte a süteményeket. A hét vége felé közeledve pillantása az erkélyablakon keresztül a kertre esett. „Ó nem, ez nem lehet igaz! Rettenetes állapotban van a kert!” Neki látott a kert rendberakásának. Sajnos a kert székéi kissé megfakultak a télen, ezért gyorsan átkente őket diófapáccal. Az utolsó napon még virágokat vett és feldíszítette a nappalit. Szombaton nem tudott aludni. Ezer dolog jutott az eszébe amit meg kell még csinálnia... A vendégek nagyon élvezték a finom falatokat és dicsérő szavakkal illették a ház asszonyát, aki mindezt nem is hallotta szinte. Fáradt volt és teljesen kimerült.

2, A következő idézet egy naplórészlet melyet egy hozzám terápiára járó páciensem a rendelkezésemre bocsátott, jó példát látunk arra, hogyan váltja egymást a hamis remény és a primer védekező mechanizmus tovább egy felnőtt életében.

„Az érzés, aminél megálltam egy kellemetlenül uszító érzés volt, mintha azt akarta volna tőlem, hogy egyetlen pillanatra se ülhessek nyugodtan. Ha mégis megpróbáltam, telespiccelte az agyamat mindenféle gondolatokkal el nem végzett teendőimről, hogy mint a rugó pattanjak fel a székről, és kezdjek el valamit csinálni. A szobában rendet, ... esetleg a könyvelést... Nem mintha ezek nem hasznos dolgok lennének, de bármelyiket el lehet napolni közülük. Más napokon, ha engedek ennek az érzésnek, elkezdek kapkodni teendőim között és semmit sem csinálok igazán, csak az idő múlik és a rossz érzés növekszik bennem. Néha eljutottam ilyen pillanatokban az önutálat legeslegutolsó bugyraiba, utálkozva magamon amiért ilyen hasznavehetetlen, kelekótya, szétszórt lény vagyok. Ha sikerült beletemetkezni valami munkába mégis, és jó tempóban, sokat tudtam belőle elvégezni, egy időre alábbhagyott az üldözés. Pár napig is eltartott, hogy ülhettem a babérjaimon, ami teljesítményem jutalma volt. De lassan, mint a fűrt kutak homokfalán keresztül, újra elkezdett mindig a nyugtalanság lelkembe visszaszivárogni.”

A hamis hatalom védekező mechanizmus

A „hamis hatalom” (HH) ugyanúgy ahogyan a hamis remény szintén a primer védekező mechanizmus fájdalmas élménye elleni védelemként szolgál. A központi magja ennek a védekező mechanizmusnak – akárcsak a hamis remény esetében – az, hogy végül is én megkapnám azt, amire szükségem van, ha a másik megváltozna. Ezzel együtt egy fensőbbiségérzés a másikkal szemben és sokszor intenzív harag párosul, mely az irritáltságtól egészen a dühkitörésekig fokozódhat.

A hamis hatalom védekező mechanizmust illusztráló eset

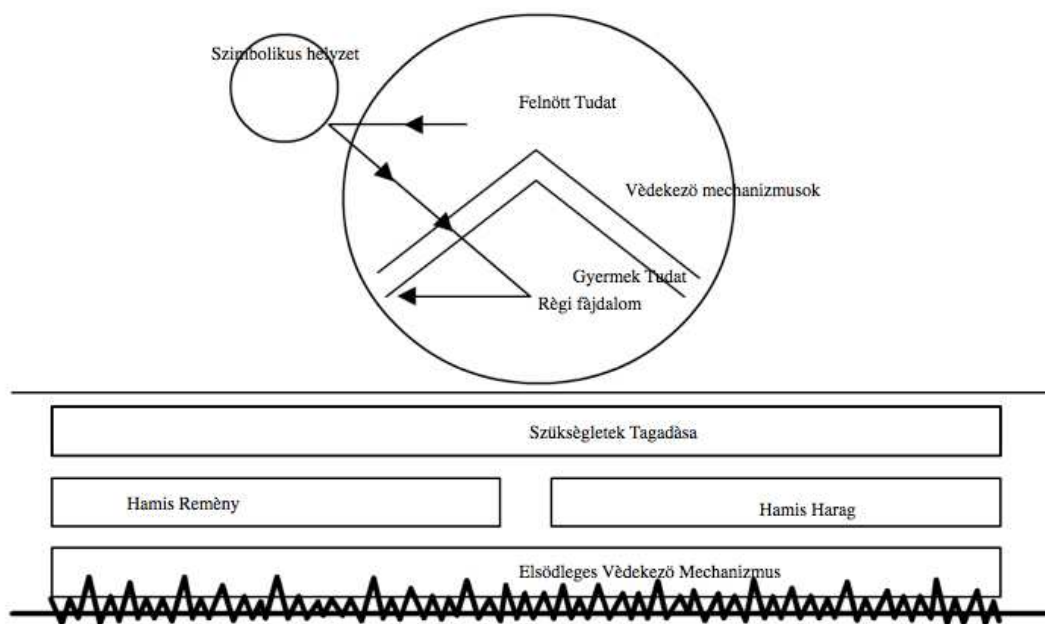
„Péter” filmrendező. Forgatásról esik be késve a terápiás órára. Elnézéskérés helyett azonnal elkezdi elmesélni milyen borzalmas hihetetlen kétbalkezes, sötétagyú társaság akikkel dolgozik és hogy milyen hihetetlenül irritálja őt az, hogy egyszerűen képtelenek azt csinálni amit ő kér tőlük. A titkárnője is debil, ráadásul a menopauza elvette még azt a kis koncentrációs képességét is ami volt neki. Ha holnap nem kezdik el végre a dolgokat megfogni akkor ő majd megmutatja nekik mivel van dolguk, nem lesz mézesmázos aranyos kisfiú. A hosszas kirohanásra így reagálok: „Így nagyon nehéz lehet úgy éreznie magát, mint egy sikeres filmrendező, hiszen ezek az emberek folyton megakadályozzák benne, hogy elérje amit akar...”

A szükségletek tagadása védekező mechanizmus

Ezeken másodlagos védelmi rendszereken (HR, HH) felül létezik még egy harmadik szint, egy ötödik védekező mechanizmus is. Ezt a védekező mechanizmust a „szükségletek tagadásának” (SzT) nevezzük, melynek a lényege az, hogy egyáltalán nem olyan nagy baj, hogy nem kapjuk meg, amire szükségünk van, ugyanis nincs is szükségünk rá. Jól vagyunk így is, nem vagyunk követelők, nekünk az nem baj, bennünket nem sértenek a dolgok, amik másokat igen, mi erősek vagyunk és nem nyafogunk. Ez a fajta védekező mechanizmus bizonyosfajta érzelemnélküliséget hoz magával, a szenvedés érzete teljesen hiányzik ebben az állapotban. Ezt akkor kezdi a gyermek, mint végső menedéket használni, ha sem a hamis remény, sem a hamis hatalom, nem tudtak még átmenetileg sem esélyt adni, hogy higgyen benne: szükségletei ki lesznek elégítve ha...

A szükségletek tagadása védekező mechanizmust illusztráló eset

„Petra” rettenetesen elhízott, alig bírja több mint százhusz kilóját felcipelni a lépcsőn. A lépcsőfordulónál megállok és megkérdezem nem akar e egyet szusszanni. Alig kap levegőt, de azt mondja, hogy „nem, nem dehogyis” A szobámba érve leül a székre és a délutáni éles napfény pont a szemébe süt, elvakítja, hunyorognia kell tőle. Felajánlom, hogy elhúzom a függönyt, de hevesen tiltakozni kezd: „ugyan már ne fáradjak”. A terápiás ülés nagyon mélyen megrázó gyermekkori emlékeket hoz felszínre mostohaapjáról, aki szinte állati sorban tartotta és szexuálisan is abuzálta hosszú éveken keresztül. Az emlékek egy kicsi felhősödést hoznak a homlokára merev tekintettel a sarokba kezd el nézni és elveszíti a kapcsolatot velem és az egész külvilággal. (diszociáció jelensége). Az ülés befejeztével megkérdezem hogy érzi magát, nincsen-e szüksége egy kis pihenésre a várószoba kanapéján. Szinte vidáman felkacag „Ugyan dehogy, minden rendben van!” Kérem, hogy hívja fel egy barátnőjét, amire azt a választ kapom, hogy butaságokkal nem akarja őt zavarni....



1.ábra; a védekező mechanizmusok rendszere és a szimbólumok működése az Illúziók című könyvből

A szimbólumok működése

Ami a gyermek számára létfontosságú cselekedet volt az a felnőtt korban is továbbélve – valódi szükségességüket immár elveszítve, – hiszen egy felnőtt szükségletei nagyon különböznek a gyermek sürgető, halálfélelemmel színezett szükségállapotától – a valóságtól eltávolodott, rossz alkalmazkodást, rosszabb esetben tüneteket eredményezhet.

Vajon mi az ami ezt a védekező mechanizmust kiváltja, hiszen egy felnőtt életében a sürgető szükség nagyon ritkán jelenik meg, s a rettegés, hogy nem jutunk hozzá ahhoz ami számunkra olyannyira fontos, ezáltal sürgős kellene, hogy váljon?

Ha visszakanyarodunk a traumaelméletekhez akkor láthatjuk, hogy a traumát elszenvedett személy a traumatikus anyagról szóló információcsomagot az összes többi „normális” emléktől különböző módon, mintegy azoktól biztonságosan elszigetelve tárolja. Hogy egy információ veszélyes a személyre nézve annak eldöntésében szubkortikális, limbikus rendszeri strukturák játszószerepet. A legfontosabb ezek közül az amygdala, ami azért felelős, hogy a veszélyes helyzetekre adott reakció minden felsőbb elbírálás nélkül, azonnal kiváltódjon. (lásd: Trauma és neurofiziológia fejezet) Ez életveszély esetén természetesen jogos és nagyon hasznos lehet. Nem így van azonban akkor, ha az információ valójában neutrális, de sajnos szignifikáns egybeeséseket mutat egy másikkal, ahol viszont életveszély élménye volt jelen. Az amygdala nagyon érzé-

keny a veszély legkisebb jeleinek felismerésében, és kiváltja a nagy „riadót”, és olyankor valami olyat csinálunk, amit valaha egy régi veszélyhelyzetben is tettünk, mert úgy gondoltuk az segíthet. Mint amikor a fűben csavarodó slag látványától ugrunk egy nagyot, mert kígyóra emlékeztet.

Ingeborg Bosch a „szimbólum” fogalmát használja e jelenség interpretálásához. Feltételezése szerint a felnőtt életében bizonyos személyek, vagy helyzetek, egyfajta egybeesést mutatnak tipikus gyermekkori „életveszély”-helyzetekkel, vagyis olyan pillanatokkal, amikor a gyermek kénytelen volt megélni azt, hogy nem tudja szükségleteit kielégíteni, hogy a szülei nem adják azt meg neki, ami számára fontos, és hogy ennek a hiánya elviselhetetlen fájdalmat okoz. Tehát a mában előforduló helyzetek/személyek (lásd 1. ábrán a szimbólum működése) melyek a felnőtt percepciójában megjelennek nem a felnőtt tudatállapotból válaszolódnak meg, hanem aktiválják a gyermeki tudatállapotot s benne az elfojtott fájdalmat, és azzal együtt rögtön a fájdalomra adott reakciómintázatokat is, nevezetesen a védekező mechanizmusokat. Ilyenkor azzal a fajta védekező reakcióval válaszolunk, melyet gyermekkorunkban is használtunk, és hasonló erősségű érzelmeket élünk át, mint az eredeti helyzetben. Úgy is mondhatnánk, egy pillanat alatt felcserélődik a felnőtt tudatállapot egy régebbi, gyermeki tudatállapotra. Ebben a nomenklatúrában a gyermeki tudatállapot szóhasználat értelme, hogy úgy érzünk, gondolkodunk és cselekszünk, ahogyan azt a gyermek tette, akik valaha mi voltunk. Akkor nem volt más lehetőség, most viszont ezernyi másfajta, sokkal adekvátabb viselkedés lenne lehetséges, ha nem úgy élnék meg a helyzetet mint ahogyan akkor (nincs választásunk, azt kell tenni amit teszünk, és így elkerülhetjük a „legrosszabbat”).

A gyermeki tudatállapot és a felnőtt tudatállapot közti különbség, valamint a szimbólum működésének az illusztrációja terápiás eset kapcsán.

Anna (nevezzük így) negyven évesen, szomatikus panaszokkal érkezik hozzám terápiába (hátfájás, erős izomfájdalmak). A terápia során kiderül, hogy a legerősebb fájdalmak összekapcsolhatók bizonyos helyzetekkel, ahol számára ismeretlen helyen kísérője magára hagyja. Ilyenkor pánikszerű félelemmel reagál. Elmondhatjuk tehát, hogy számára ezek a helyzetek erős szimbolikus töltéssel rendelkeznek. Ha egy helyzet ilyen erős kontrollálatlan reakciót vált ki, feltételezhetjük, hogy a reakció egy másik helyzetben igenis adekvát, csak a helyzetre való emlékezés nem hozzáférhető. Hozzáférhető viszont az összes reakció amit a jelenben produkál, és az érzelmek is hozzáférhetőek, ugyanis amikor a terápiás helyzetben az eseményről beszél, ezek aktívan jelen vannak. Ha páciensünk fel van készítve annak belátására, hogy ez a reakció nem adekvát itt és most, de valaha az volt, el lehet jutni az érzelem átélése segítségével (megélhető, mivel most biztonságos helyzetben vagyunk) bizonyos technikák segítségével az eredeti élményhez (vagy élmé-

nyek sorozatához, illetve prototípusához). Első dolgunk az, hogy a szimbolikus helyzetet nagyon alapos elemzésnek tegyük ki, hogy annak a részletei közül rátaláljunk a „trigger”-re. Vagyis megtaláljuk az élménynek azt a mozzanatát, ami a reakciót kiváltotta. (Ez lehet valakinek egy arcmozdulata, vagy a ruhájának a színe, esetleg a viselkedésének valamilyen elhanyagolható részlete). Anna esetében az „egyedül vagyok hirtelen” élmény képezte a szimbólumot, mely heves reakcióját kiváltotta. Amikor erre az érzésére koncentrált (ahelyett, hogy felugrott volna székből és elrohan) visszatért egy emléke a gyermekkorából, amelyben egy strandon egyedül hagyták szülei. „Ott ültem egy szikla árnyékában és nem mertem megmozdulni sem. Közben szomjas és éhes lettem...pisilnem kellett...nem tudom mennyi ideig tartott mire visszajöttek, úgy éreztem végtelen sokáig tartott” Akkor megkérdeztem tőle: „Mit csinálna most, ha egy strandon megszomjazna? Mit tenne most ha WC-re kellene mennie?” A válasz magától értetődően az volt, hogy saját maga gondoskodna szükségleteiről, elmenne venni valami innivalót, és megkeresné a WC-t. Csupa olyan megoldás, ami egy felnőtt számára hozzáférhető, de a gyermeknek lehetetlen.

Ez az eset pontosan leírja hogyan éli meg a világot a függőségben élő kisgyermek, aki nem tud saját szükségleteiről gondoskodni, és nincs belátása az idő perspektívájába. Közösén Annával így értettük meg, hogy mire is reagál Anna, és mi az értelme annak amit a jelenben csinál, olyan helyzetekben, melyek hasonlítanak arra a régi – nyugodtan mondhatjuk így – traumatikus helyzetre.

A védekező mechanizmusok átadásának bemutatása terápiás esetek kapcsán

Szeretném az itt következő részben egy családterápiás esettel illusztrálni, hogy hogyan élhetnek tovább a gyermekkorban kialakult védekező mechanizmusok majd pedig azt, hogy hogyan adódhatnak át az egyik generációtól a másiknak.

Családterápiás esetismertetés²⁶

Mivel a védekező mechanizmusok nagyon frappánsan megmutatják magukat az emberi kapcsolatok problémáiban ezért ez egy rendkívüli alkalom arra is, hogy terápiás segítséget lehessen nyújtani. Ingeborg egyéni terápiás módszerétől inspirálva ezért elkezdtem a módszert pár és családterápiában is alkalmazni. Most szeretnék egy családterápiás esetet saját terápiás munkámból bemutatni.

A Van Damme család – (nevezzük így őket) – élete teljesen a nagyobbik fiú, Marten, iskolai teljesítménye körül forgott abban az időszakban, amikor a nevelési tanácsadó javaslatára családterápiába jöttem hozzá.

Az apa, Erik, élénk, domináns személyiség, műszakvezető egy vegyi üzemben, három műszakos munkája mellett magára vállalta a szerepet, hogy fiával együtt tanulva „megoldja a problémákat”. Az együtt-tanulás egy rémálommá vált az egész család számára. A legrövidebb idő elegendő volt ahhoz, hogy apa és fia egymással szemben ordítva ágáljanak a tankönyvek fölött. Erik azzal fenyegette fiát, hogy utcaseprő lesz belőle, felesége pedig kétségbeesetten próbálta Martent az apai karmok közül kiszabadítani. A kisebbik fiú, Lars, a fenti szoba menedékében írta egyre- másra a kitűnő dolgozatait, de ezzel semmi eredményt nem ért el, sem azt, hogy a béke helyreállt, sem pedig egy kis dicséretet a szorgalmáért, mivel a figyelem teljesen a nagyobbik fiún összpontosult.

A beszélgetés során mindenki elmondta érzéseit és személyes problémáját a helyzettel kapcsolatban. A családdal együttesen azt a következtetést vontuk le, hogy a probléma az általuk próbált megoldási kísérletek hatására csak egyre nagyobbá válik és ez azt jelenti, hogy valami teljesen más megoldást kell keresnünk.

De ehhez először is tudnunk kell, hogy ki, miért használja azt a stratégiát, amelyet választott, és mi az amit vár tőle személy szerint?

Az ülések előrehaladtával a következő elképzelésünk alakult ki:

Erik dührohamai tehetetlenségérezésből fakadnak, mivel nem tudja fiát a tanulásban segíteni, vagy ahogyan ő fogalmaz: a fiú „nem hagyja magát segíteni”.

Marten szintén tehetetlen, mert apja üzenete számára egyértelműen az, hogy semmit sem csinál jól. Ez elviselhetetlen Martennek. Haragja kétségbeeséséből fakad.

Nelli, az anya, úgy érzi, hogy a legfontosabb dolog a béke helyreállítása. Számára elviselhetetlen a feszültség, és ezért aztán mindent megtesz – vállalja azt is, hogy férje haragját magára vonja –, hogy a „tanulási helyzet” megszűnjön.

²⁶ Az esetismertetés elhangzott egy workshopon a Családterápiás Vándorgyűlésen Gödöllőn, 2007-ben).

Laars segíteni szeretne apjának abban, hogy ne érezze azt, hogy semmi eredménye erőfeszítéseinek nincsen, hiszen az ő jó eredménye a bizonyíték arra, hogy igenis van. Ráadásul retteg attól, hogy ő maga is az apai harag fókuszába kerülhet. Mint édesanyja, úgy ő is a békét szeretné a családban helyreállítani és bátyját megmenteni a kínzástól, de szembeszegülni, mint Nelli teszi, ő nem mer.

Ha megvizsgáljuk ezeket a motívumokat a PRI szemszögéből, meg kell értenünk a viselkedés hajtóerejeként működő védekező mechanizmust, és annak eredeti okait a múltban. Azt feltételezzük, hogy a fájdalom, ami a motorja a nem adekvát viselkedéseknek, egy kielégítetlen szükséglet nyomásából fakad.

Nézzük meg ezért alaposabban a családtagok inadekvát viselkedését!

Erik (E)

Terapeuta (T): Szóval... Marten leül a könyvhöz...

E: Neeem! Leültetem! Ha látom, hogy esze ágában sincsen tanulni, akkor szólok neki, hogy: na gyerünk, mi lesz már?

T: Mi lenne, ha nem szólna?

E: Az egész napot eltöltené játékkal...

T: Szóval... akkor nem lenne tanulás... Magán múlik, hogy itt lesz-e tanulás vagy sem....

E: Így van.

T: Akkor ez a maga felelőssége.

E: Igen.

T: Tegyük fel, hogy nem szól rá, akkor mi történik?

E: Semmi!!!!

T: Úgy értem, magával mi történik akkor? Mit érez akkor, ha látja, hogy Marten nem tanul? De most képzelje azt el, hogy nem csinálhat semmit, csak a saját érzéseit figyelje!

E: Felrobbanok!

T: Próbáljon megmaradni ennél az érzésénél!...nem tud semmit tenni.... nem lesz ebből tanulás...nem sikerül... Mi történik most magával?

E. Kétségbeesés... (szemei könnybe lábadnak)

T: Mitől esett kétségbe? Mi olyan szörnyű, elviselhetetlen magának? Mi a legrosszabb abban, ami most következik?

E: Kirúgják, megbukik....

T: És akkor maga?... Mi történik magával akkor? Mit fog érezni? Mit érez most?

E: Elbuktam....nem sikerült...(a könnyei egyre folynak)

T: Hogyan bukott el? Miben? Mi az, ami nem sikerült? Magának, személy szerint, mi az, ami nem sikerült?

E: Mint apa... megbuktam...

T: Hát ez az, amit szeretett volna? Jó apának érezni magát? Ha Marten jól tanulna....ha maga segíteni tudna neki.....akkor jó apának érezhetné magát?

E: Valahogy úgy...

T: És Marten nem adja meg ezt az érzést magának, mert nem hagyja, hogy maga segítsen neki..... Ez az oka annak, hogy olyan nagyon mérges rá?

E:(eltűnődve a dolgon, kissé meghökkenve) Milyen furcsa így látni a dolgot, de tényleg így van.... Azt várom a fiamtól, hogy segítsen jó apának érezni magamat!

Nelli (N)

T: Ha látja, hogy balul üt ki a dolog (tanulás) akkor mit csinál?

N: Semmit... várok, hogy mi lesz...

N: De közben mindenféle dolgok futhatnak át az agyán, miközben áll és figyel.

N: Szabályosan ledermedek...Imádkozom, hogy ne legyen balhé...

T: Mert az (a veszekedés) valami nagyon szörnyű dolog ezek szerint a maga számára...

N: A legrosszabb ami történhet!

T: De megtörténik mégis...

N: Legtöbbször igen.

T: És akkor maga? Mi történik akkor magával?

N: Valamit mondok Eriknek, hogy: jól van. elég már, vagy ilyesmit...

T: És az használ?

N: Dehogyan, csak olaj a tűzre...

T: Hogyhogy olaj a tűzre?

N: Erik belekezd a szokásos nótába, hogy én vagyok az oka, mert elkényeztettem...

T: Hogy éli meg a dolgot?

N: Borzasztóan.... Megpróbálom elmagyarázni, de nem lehet...Nem is tudom olyankor jól kifejezni magamat...

T: Mit szeretne, minek kellene, hogy történjen akkor?

N: Hagyják abba!!!!

T: Olyan kétségbeesetten hangzott ez most nekem.... mint egy segélykiáltás...

N: (Zokogni kezd).

T: Mit szeretne Nelli... minek kellene történnie?

N: Békességet szeretnék otthon...

T: Mi az oka annak, hogy nincsen békesség?

N: Erik...Erik az oka.. a folytonos dühkitörései... Nem érti meg, hogy ez egy gyerek!

T: Erik nem adja meg azt az érzést magának, hogy béke van otthon, pedig ez nagyon fontos lenne úgy érzi...

Marten(M)

T: Szóval, hazaértél, leraktad a cuccodat, és akkor mi történik?

M: Eszem, egy kicsit lazítanék... komputerjátékot játszom...

T: Milyen a hangulat?

M: O.K., csak ha a papa megjön, vagy felébred akkor lesz balhé majd...

T: De te tudod, hogy ez előbb-utóbb bekövetkezik, mi?

M: Persze, hogy tudom...

T: Annyira akkor nem O.K., ha közben résen kell lenned folyton...várni, hogy valami rossz történik majd...

M: Ez stimmel végülis... tényleg nem relax teljesen.... Anya az nem csinál balhét.

T: Végül is, csak el kell majd kezdeni a tanulást egyszer, nem?

M: Persze, hogy el kell, de majd később akarok csak ...

T: Melyiken van a hangsúly, a később-ön, vagy az akarok-on?

M: (elmosolyodik) Hát.... a később-ön inkább.

T: Szóval, minél később, annál jobb?

M: Hát úgy, valahogy...

T: Mi van akkor, ha most kell, ha azonnal kell?

M: Útálom, de nagyon...

T: Mit? A most azonnal-t vagy a tanulást?

M: Hát, mind a kettőt, őszintén szólva...

T: Mégis melyiket utálsz jobban?

M: A most azonnal-t.... azt.

T: Mi történik veled tőle? Figyelj, most azt fogom mondani neked én, hogy : Most azonnal!

Mi történik tőle?Milyen érzést okoz?

M: Jaaj ne már.... olyan rossz már így is ez az érzés...

T: Milyen rossz? Mihez hasonlítható?

M: Mint egy ütés...

T: Ütés? Ez elég keményen hangzik hallod! Hogyan próbálsz kivédeni ezt az érzést...

M: Játsszom tovább... nem gondolok rá.

T: De egyszer úgymint megtörténik, nem?

M: Ha apa lejön...

T: Mit szeretnél, hogy mit csináljon az apukád, ha lejön?

M: Ha békén hagyna...

T: Hogyan képzeld el a “ békén hagyást úgy, hogy ő is ott van a szobában? Mit szeretnél, hogy a papa csináljon amitől te jól éreznéd magadat?

M: Semmi különöset..... nem szólna rám.

T: Nem csak azzal mondunk egymásnak valamit, ha szólunk, hanem azzal is, ha csendben vagyunk. Mit kellene apunak mondania azzal, hogy jelen van, de nem szól...

M: Na ezt nehéz elképzelni... Valami jót,..... például mosolyoghatna, vagy ilyesmi... mint, amikor viccelünk egymással...

T: Mit jelentene ez neked? Képzeld el...: ülsz a számítógépnél, apa bejön, viccel, mosolyog...

M: Hát olyasmit, hogy minden rendben van, semmi baj...

T: És ebben a jó hangulatban, ha magadra gondolsz, hogy milyen fiú is vagy te, milyennek érzed magadat? Hasonlítsd össze azzal a pillanattal, amikor apa dühös rád... mi a különbség a két kép között saját magadról?... Az egyik ilyen vagy, a másikon meg másmilyen... Milyen az egyik, és milyen a másik kép magadról?

M: Ha apa mérges rám, akkor nem tudok semmilyen jót gondolni magamról... Nem is gondolok semmit....Inkább nem gondolkozom akkor...

T: Mert olyan rosszak amiket gondolsz, hogy inkább nem akarod, hogy azok a gondolatok közelebb kerüljenek hozzád?

M: Valami olyasmi...

T: De ha mégis kimondod azt, amit akkor gondolsz magadról, hogy hangzik? Milyennek látod magadat?

M: Nem jónak...

T: Ha viszont jókedvű és mosolyog, akkor jónak?

M: Akkor igen.

T: Szóval, papa tudja benned azt az érzést kelteni, hogy jó vagy... Ha elfogad téged, akkor jónak érzed magadat...

M: Igen.

Laars(L)

T: Hogy is van szerinted amikor apa és Marten próbálnak együtt tanulni?

L: Nem tudom, nem szoktam ott lenni akkor...

T: Hol szoktál lenni?

L: Fent, a szobámban.

T: Mit csinálsz fent?

L: Zenét hallgatok, és tanulok.

T: Úgy szoktál tanulni, hogy szól a zene? Nem zavar a zene a tanulásban?

L: Megszoktam, hogy úgy tanulok, hogy szól a zene.

T: Ez úgy hangzik mintha erre rá kellett volna szoknod... Zene nélkül is menne?

L: Az sokkal jobban zavar, ha hallom, mi történik odalent.

T: Szóval a zene azért szükséges, hogy ne halljad azt, ami lent történik?

L: Pontosan.

T: Ha mégis hallod, akkor mi történik veled?

L: Ideges leszek tőle.

T: Ez egy jó szó, hogy ideges ... úgy értem sok mindent kifejez, sokféle érzést lehet vele megnevezni. Lehet félelmet idegességnek hívni, vagy haragot, ingerültséget, irritációt.. mindegyikre passzol.. Nálad egyébként melyiket takarja?

L: Ingerültség.

T: Mit csinálnál szívesebben, elmenni onnan, vagy éppenséggel odamenni és csinálni valamit?

L: Szívesen csinálnék valamit, de úgysem lehet semmit tenni...

T: Akkor ez inkább tehetetlenség... a feszültséget a tehetetlenség is okozhatja..

L: Hát az nálam úgy is van.

T: Ha valamit tehetnél, mi lenne az?...Mit szeretnél elérni azzal, amit tennél?

L: Hogy hagyják abba a veszekedést..

T: Kinek kellene ezt mondani?

L: Martennek egyszerűen a dolgát kellene csinálnia, és akkor nem lenne balhé...

T: Szóval szerinted ez Martenen múlik akkor... Ha csinálná a dolgát, nem lenne balhé és akkor... akkor te mit csinálnál másképp?

L: Nagyon nem lenne akkor sem másképpen...akkor is tanulnék..

T: Igen, azt látom, hogy te a tanulást nagyon komolyan veszed... De például a zene akkor nem kellene, nem?

L: Azt talán kikapcsolnám...

T: Akkor jobban hallanád mi történik lent.. miket beszélgetnek például.. Ha nem lennél tőle ideges, akkor nem zavarna annyira, nem?

L: Valószínűleg.

T: Lehet, hogy a szobádból is könnyebben lemennél esetleg?

L: Ha lenne miért...

T: Ha lenne valami lent, ami vonzana... apa, anya, Marten is lent vannak... beszélgetnek, vagy nevetgélnek.

L: Lehet, hogy lemennék.

T: El tudod képzelni, hogy milyen lenne, hogy hogyan éreznéd magadat?

L: Jól szerintem....

T: Te is elmondanál akkor dolgokat például...?

L: Elképzelhető...

T: Erre máskor amúgy mikor kerül sor? Mikor szoktál beszélgetni a szüleiddel vagy a testvéreddel magadról?

L: Hát nem sokszor.. nálunk folyton csak Marten van műsoron... Jobb is ha nem én, legalábbis nem úgy ahogyan ő....

T: De hát az szerinted azért van, mert Marten nem csinálja a dolgát rendesen... de te viszont nagyon rendesen csinálod nem igaz? Akkor te egészen másképp lennél műsoron szerintem... ezért inkább elismerést érdemelnél nem gondolod?

L: Az úgysem számít, hogy én mit csinállok, csak Marten a fontos...

T: Szerintem ez egy nagyon szomorú gondolat...; hogy te nem számítasz...; hogy te nem vagy fontos...

Ezeket a részleteket a családi beszélgetésből annak illusztrálására szántam, hogy bemutathassam: hogyan okoz egy kielégítetlen gyermeki szükséglet a családi kommunikációban súlyos zavarokat.

Nézzük ezért most egyenként végig, milyen fájdalom mozgatja a családi interakciókat.

Erik, az apa ki is mondja, mint egy felismerést, hogy a fő motivációt nála az jelenti, hogy jó apának érezhesse magát. Mivel ezt nem kaphatja meg, kétségbeesik.

Ha tovább foglalkozunk ezzel a kétségbeesés érzéssel, és megpróbáljuk a saját fiától függetleníteni, érdekes dolgokat tudunk meg Erik múltjáról a következő beszélgetésben mely Erik és én közöttem zajlott.

T: Erik, azt szeretném most kérni, hogy ezt az érzést, hogy nem sikerült, hogy elbukott,... próbálja meg közelebb engedni magához. Tudom, hogy általában véve ez ellen hadakozni szoktunk, de most szeretnék megvizsgálni az érzést... Kísérletképpen közelebb hagyjuk jönni, hogy megvizsgálhassuk.

E: Nem kell semmit tennem, elég erősen jelen van most is.

T: Ha koncentrálok erre a nagyon kellemetlen érzésre és megpróbálom megvizsgálni, hogy más helyzetekben, – tehát nem Martennel kapcsolatban – éreztem-e már valaha ilyesmit, és hogy mikor? Honnan lehet ez az érzés ismerős? Nem sikerült, elbukott...kétségbe van esve miattam...

E: Hajaj... Az egész gyerekkorom tele van ezzel az érzéssel.

T: Ha egy konkrét személyhez lehetne kapcsolni, ki jutna először az eszébe? Kivel tudná ezt az érzést leginkább összekapcsolni?

E: Az apámmal... Egész gyerekkorom azzal telt, hogy az ő elismerését megszerezze.

T: De ezek szerint nem sikerült, vagy legalábbis sokszor úgy érezte, hogy nem sikerült.

E: Az apám olyan volt mint az időjárás... teljesen kiszámíthatatlan... Sokszor nem lehetett tudni hogyan fog reagálni... néha a legjobb volt, ha eltűntünk a szeme elől, mert mindenbe belekötött... igazságtalanul...

T: Akkor is, ha maga mindent megtett, hogy elégedett legyen és jókedvű?

E: Nem számított neki semmi...; főleg ha ivott... márpedig állandóan ivott. Anyámmal balhéztam mindenért....

T: És maga, mint gyerek hogyan próbált ebben a helyzetben boldogulni?

E: Mindent megpróbáltam... Sokszor már hazafelé menet azon gondolkodtam, hogy mivel fogom meglepni... mindenféle terveket szövögettem... dolgozni kezdtem, hogy pénzt vigyek haza.. dolgoztam a kertben...

T: És az apja értékelte az erőfeszítéseit? Meg lett dicsérve ezekért a dolgokért?

E: Ha épp jó napja volt, akkor igen...

T: De ha nem volt jó napja akkor...

E: Akkor semmi nem számított neki...

T: Az borzalmas lehetett akkor...úgy érezhette, hogy annak ellenére, hogy mindent megtesz, semmi elismerést nem érhet el... akárhogyan is próbálja...

E: Még most is ökölbe szorul tőle a kezem...

T: Még most is mérges, ha rágondol, pedig már olyan régen nem számít igazán, hogy az apja mit gondol magáról nem?

E: Őszintén szólva le van ejtve, hogy mit gondol,... nem tartom vele a kapcsolatot... leszerepelt mint férj, mint apa, mint ember...

T: Hát igen, most már más a helyzet, most már ezt is megteheti éppenséggel, hogy nem törődik vele, mert nincs befolyása az életére.. felnőtt ember, nem hiszem, hogy az apai elismerés most is ugyanazt eredményezné, mint akkor, amikor annyira szerette volna elnyerni, hogy az egész világon az volt a legfontosabb... Furcsa viszont az, hogy az az érzés, apja nem értékelte erőfeszítéseit, – pedig mindent megtett, amit csak tudott –, mennyire hasonlít arra, amit Martennel kapcsolatban megél. Hogy maga mennyire itt is a legjobbat próbálja tenni, és mintha

ugyanúgy semmi eredménye nem lenne annak amit tesz, ...és a harag.. az is hasonlít,... ahogyan a keze ökölbe szorul amikor az apjára gondol, hogy miatta nem érezhette magát jónak, hiába tett meg érte mindent... ez a harag van itt is jelen amikor arról beszél, hogy Marten nem hagyja magát megsegíteni a tanulásban...

Az eset elemzése a PRI védekező mechanizmusok szempontjából; hogyan adódnak át a védekező mechanizmusok a generációkon keresztül?

Ha végiggondoljuk a PRI védekező mechanizmusainak a szempontjából a beszélgetést, elmondhatjuk, hogy Erik számára Marten szimbolikus személy, aki megérinti benne a régi fájdalmat, azzal, hogy nem engedi Eriknek azt az érzést megélni, hogy ő jó, és jól csinálja a dolgokat. Eriknek a kétségbeesett próbálkozása, hogy megoldja a fia tanulási problémáit, ugyanazzal a hajtóerővel működik, mint a gyermek Erik hasztalan erőfeszítései, melyek az apai elismerés eléréseért folytak. Felismerhetjük a „hamis remény” működését mind a két helyzetben, és az elbukás pillanataiban a „hamis harag”-ra való átváltást: Ez a két magas szintű védekező mechanizmus pedig a „primer védekező mechanizmus” fájdalmas állapotát (elbuktam, nem vagyok jó apa /nem vagyok jó gyerek), mely az elbukás pillanatában lép fel, próbálja megszüntetni.

A terápia szempontjából elsődleges, hogy Erik maga is megtegye ezt a felismerést. Felismerje azt, hogy fia rossz eredménye, őt magát, egy sokkal régebbi fájdalom felélesztésével, olyan megoldásra készíti, amilyent a gyermek Erik fejlesztett ki, mint védelmet az apai elismerés hiánya miatt, (azaz: egy kétségbeesett próbálkozás hogy a legjobbat tegye, amit csak tud). Ez a viselkedés azonban Martennél nem azt éri el, hogy jobban teljesít, mivel ő ebből az egészből csak az apai elégedetlenséget, és később, amikor ettől teljesen „leblokkolva”, egyre rosszabbul megy a tanulás, az apai haragot éli meg. Tehát Marten sem kapja meg az elismerést az apjától, ugyanúgy, ahogyan Erik sem kapta meg. Marten pedig semmire nem vágyik jobban, mint egy elfogadó, megértő apára, aki őt szereti és értékeli, olyannak amilyen ő a valóságban. Ha ezt megkaphatná, talán az önbizalma helyreállhatna, ami valószínűleg majd az iskolai teljesítményében is jelentkezne később. Ha nem történik meg, akkor Marten ezzel az énképpel válik majd felnőtté, és nagy esélye van arra, hogy majd annak idején a saját gyerekeiben próbálja ő maga is az igazolást megtalálni arra, hogy „jól csinálja a dolgokat”. Így adódhat át generációkon keresztül, egy traumatikus helyzetek által létrehozott patron, mely újabb traumatizációt eredményez.

Nelli „dermedtsége” a konfliktus pillanatában, szintén megismétlődése egy jól ismert gyermekkori reakciójának, mikor is saját szülei gyakorta „egymás torkának estek”, majd végül elváltak, mikor Nelli tíz éves lehetett.

Hogyan lehet a védekezőmechanizmusok átadásának láncolatát megszakítani?

Ha a láncolatot meg akarjuk szakítani, meg kell próbálni azt a viselkedést megváltoztatni, melyet a védekező mechanizmusok diktálnak.

A változtatás lehetősége jelen esetben a felnőttek kezében van, mivel az ő szükségleteik melyeket olyan sürgetőnek éreznek, valójában kielégítetlen gyermekkori szükségletek, (míg a gyerekek esetében valódi szükségletekről van szó). Martennek a fejlődéséhez valóban szükséges az apai bizalom és elismerés! Laarsnak pedig ugyancsak elismerésre volna szüksége, de nem pusztán tanulási teljesítménye miatt, hiszen így egyre erősebbé válik benne majd az az érzés, hogy ő csak a teljesítményei jogán számíthat elismerésre. (a „hamis remény” megszületése!)

Erik a saját elismerés utáni vágyát más módon kell hogy kielégítse, mint a saját gyermeke által. Nelli is sokkal hatékonyabban léphetne fel gyermekei érdekében, ha saját bénultsága és félelme nem akadályozná meg.

A terápia további állomásai

A (számszerint négy) családi beszélgetéseket követően, a szülőkkel ültem le együtt tovább elemezni a problémákat. A beszélgetések fókuszában a kettőjük egymásra adott reakcióinak megbeszélése állt. Arra kerestünk választ, hogy mennyiben szimbolikus a házaspár számára a másik viselkedése, és ezáltal hogyan váltanak ki egymásból inadekvát reakciókat? Milyen kielégítetlen gyermekkori szükségletek húzódnak a háttérben, melyek kielégítését egymástól várják (itt és most).

Ezek által a beszélgetések által bukkantak felszínre a „házaspári alrendszerben” lappangó, kimondatlan feszültségek, melyek központjában Erik házasságon kívüli kapcsolata állt, mely évekkal azelőtt lezárult ugyan, de a nyomait erősen hátrahagyta és Nelli „bizalmi válságában” nyilvánult meg. Ahogy egyre érthetőbbé vált Nelli számára, hogy mi volt a mozgatórugója Erik „félrelépésének (bizonyíték szerzése, hogy „mint férfi” ér valamit), úgy lett Erik számára is egyre érthetőbb Nelli „nem megbocsátó”, bizalmatlan viselkedése. Ennek háttérében az az elhagyási trauma állt melyet apja cserbenhagyása hagyott hátra benne. A fájdalom, amit akkor átélt (és elfojtott, mivel anyja nem tűrte volna a gyászolást) újjáéledt a megcsalás hatására és a fájdalmas „primer védekező mechanizmus”, (mely azt a gondolatot súgta a fülébe, hogy „nem vagyok elég fontos neki, nem vagyok elég jó”) újjáéledve a „hamis harag”-ot aktiválta benne („Te vagy az oka mindennek!”).

Erik nem tudhatta meggyőzni Nellit arról, hogy félrelépése nem fog megismétlődni, mert Nelli fájdalma a saját múltjából fakadt és azt sugalmazta neki, hogy előbb-utóbb el fogják hagyni, és saját viselkedésével majdnem sikerült is elérnie, hogy a régi történet a jelenben újrajátszódjon.

Erik, aki pedig mind reménytelenebb vállalkozásként élte meg, hogy felesége őt elfogadja, és amit csinál jónak tartsa, egyre frusztráltabb lett...

Az együttes beszélgetések nyílt légkörében világossá vált a házaspár számára, hogy bizonyos dolgokat melyeket, mint gyerekek nem kaphattak meg, nem tudnak, mint felnőttek egymástól megkapni. Előtérbe kerülhettek a kettőjük felnőtt kapcsolatának előnyei, erősségei, elkezdhettek adekvát megoldási mintákat kialakítani a gyerekek nevelésében is, mint „szülőpár”.

Erre a változásra egy rövid részletet végezetül még példának felhoznék az egyik utolsó terápiás ülés végéről:

N: Ja, és még valami fontos! ...Martennel és Erikkal kapcsolatban.... Hogy, a múltkor megint elkezdődött, hogy nem akar, meg így, meg úgy...és Erik teljesen nyugodtan odament és a háta mögé állt.... Így rátette a kezét a vállára és mondta neki:... Gyere fiam, védd le azt a játékot és kezdjük el....

T: Mi volt más most?

N: Hát... a hangja... Olyan nyugodtan mondta, el sem tudtam hinni...

T: Szóval nyugodtan mondta...

N: De olyan hangon... szóval nem volt ott apelláta, ezt megérthette Marten rögtön...

T: És mi történt aztán?

N: (Erikhez fordul: nem akarod ezt te elmesélni?)

E: Szóval leültünk tanulni... matekot... az megy a legrosszabbul...egyenletek... Szóval nekem is kicsit magas volt egyszerre..

T: És mit csinált?

E: Ránéztem a feleségemre... Olyan ijedt arcot vágott,...

N: Nem tehetek róla, egyszerűen ez egy reflex!(de közben nevetnek)

T: Kezd izgalmas lenni, hogy volt tovább?

N: Szóval, Erik egyszer csak megkért, hogy segítsék.. Leültünk hárman és próbálgattuk így, úgy,.... nem ment... kacagtunk, hogy két mafla felnőtt nem tud egy egyenletet levezetni..

T: És Marten mit csinált?

E: Hát ez jó! (annyira nevet, hogy alig jut szóhoz) Marten végül rájött egyedül!!!! A nagy segítség mellett!

T: Hát ez remek!.. Szerintem Marten most igazi segítséget kapott a szüleitől!....

Még szóba került Laars is, aki sajnos még mindig fennt ül a szobájában és zene mellett tanul, de remélhetőleg a konyhából felhallatszó kacagás előbb-utóbb lecsalogatja majd.....

Ezzel a családterápiás esettel szerettem volna illusztrálni, hogy milyen nagy esély van arra egy családi rendszeren belül, hogy a fel nem dolgozott „traumák”, a „kis t” traumák, generációkon keresztül átadódjanak egy speciális védekező mechanizmusrendszer használatán keresztül. Egy másik, pozitív, üzenete ennek a családterápiás ülésnek viszont az, hogy igenis meg lehet ezt a láncolatot szakítani amennyiben a diszfunkcionális védekező mechanizmusok tudatossá válnak, és megfelelő segítséggel helyette egy funkcionális viselkedési stratégiát lehet együttesen kidolgozni. Természetesen, ha a trauma nem „kisbetűs”, hanem „nagy T-vel írt” (a PTSD egyes, és kettős típusú formáiról van szó) akkor ezzel speciálisan külön is kell foglalkozni és a személyt aki a traumát átélte adekvát terápiás segítségben részesíteni, mely szükségszerűen ezekben az esetekben traumafeldolgozást is kell, hogy jelentsen.

Elszakadva szülői környezetünktől új, saját magunk által választott személyekkel, teljesen más körülmények közt kezdjük el fiatal felnőttként az életünket. Számos lehetőség közül választhatunk – és választunk is. A régi fájdalom eltemetve, elfelejtve mégis ott él bennünk tovább, a fájdalom, hogy nem kaptunk meg valamit amire olyan nagyon nagy szükségünk lett volna... a gyermeki létezés traumatikus élményei... A fájdalom a felnőtt tudatunk alatti titkos szigeteket alkotva tovább motivál minket afelé, hogy valamit mégiscsak megkapjunk amiről úgy érezzük még most is, hogy az életünk függ tőle (pedig nem így van) És ezeket a dolgokat elkezdjük megpróbálni megszerezni, „álmainkat” megvalósítani, („ha a világsikerűl út sikerül akkor majd...”) hogy valaki lesz belőlünk – kerül amibe kerül (nem probléma, hogy tizenhat órát kell dolgozni a cégnél) – elérjük amiről azt gondoljuk végre bizonyosságot hoz nekünk, hogy valakik vagyunk, („egy Porsche!”) Vagy pedig azoktól a személyektől próbáljuk kicsikarni akikkel – most már felnőtt – életünket szorosan összekötöttük, férjeinktől, feleségeinktől és bármilyen furcsán hangzik is: saját gyermekeinktől. Olyanoktól akiknek semmiképpen sem áll hatalmukban mindezt nekünk megadni még akkor sem hogyha a legjobban igyekeznének is. Sokszor egy párkapcsolatban az egyik partner kielégítetlen gyermeki szükségletei („azt akarom, hogy elismerd: igazam van”) kőkeményen ütköznek a másik partner ugyancsak kielégítetlen gyermeki szükségleteivel („azt akarom, hogy elismerd, hogy jól csinálom”). A saját gyermekeink... az ő valódi kielégítetlen szükségletei („szeress engem úgy ahogy vagyok!”) soha nem kapnak adekvát szülői reakciót lévén, hogy szüleik tőlük várják azt, hogy az ő saját gyermeki szükségleteik kielégülhessenek („tudod kicsim milyen szégyen az nekem, ha te így viselkedsz és mennyire szomorú vagyok? Miért nem vagy olyan, hogy büszke lehessenek rád?”)... Ők ennek a továbbvitt láncolatnak az igazi szenvedő alanyai.

A vizsgálat

A vizsgálat célja

Célkitűzésünk annak a vizsgálatára volt, hogyan függ össze a traumatizáció mértéke a PRI-ben leírt védekező mechanizmusok erősségével és megoszlásával. A trauma-klinikai kutatása egy medikalizált modellben dolgozik, amelyben a traumatizáltság ismérvei a PTSD tünetek. Ez lehetővé teszi a vizsgálatok kvantifikációját, továbbá az eredmények összehasonlíthatóságát és könnyű kezelhetőségét de az ára egy némileg szimplifikált megközelítés lesz. A téma (többnyire angol-szász) kutatásaiban a PTSD-t jobbra a traumatizáltság szinonimájaként kezelik, (Békés, 2009, 71. o.) így tettünk mi is. A fent említett célhoz a PTSD (későbbiekben „tünet”) és a PRI-ben leírt védekező mechanizmusok, összefüggésének a vizsgálatát végeztük el, melyhez két kérdőívet használtunk.

Mérőeszközök

1, PDS kérdőív

Az egyik a Foa és munkatársai által kidolgozott „The Posttraumatic Diagnostic Scale” (Foa, Cashman, Jaycox és Perry 1997) önkitöltős kérdőív volt melyet Perczel Forintos Dóra és munkatársai adaptáltak Magyarországi használatra.

A „Posttraumatic Diagnostic Scale”, röviden PDS, (1. melléklet) egy 49 kérdésből álló önkitöltős kérdőív melyet klinikai és tudományos kutatásokra dolgoztak ki, és az egyszeri traumatikus történések kapcsán kialakult PTSD szimptomák erősségét méri. Elméleti háttere főleg a kognitív és viselkedésterápiás irányzatoknál kereshető. A PDS abban egyedülálló hogy a PTSD tüneteket az összes DSM-IV kritérium (A-tól F-ig) alapján bírálja el, az elmúlt hónap időszakát figyelembe véve (Ez az időkeret megváltozhat különböző felhasználási esetekben. A magyar változat például egyhetes intervallumot használ). Amellett, hogy a PTSD tünetek erősségét méri (B, C és D kritériumok) megvizsgálja a traumatikus eseménnyel kapcsolatos élményt (A kritérium) a tünetek fennállásának hozzávetőleges intervallumát (E kritérium) és a szimptomák hatását a hétköznapi életben való funkcionálásra (F kritérium).

A PDS a leginkább zavaró traumatikus esemény leírására kéri a vizsgálati személyeket, különös figyelmet szentelve a bizonyítottan leginkább traumatizáló eseményeknek, mint pl. testi sértés, az életet fenyegető veszély, a terror, vagy teljes tehetetlenség jelenlétének. (lásd: A traumatizációt elősegítő tényezők a traumatikus élmény fejezetből)

17 PTSD tünetet vizsgál meg (az újraátélés, az elkerülés és a hiperarousal szimptomák szerint csoportosítva). A vizsgálati személyeknek 0-tól 3-ig el kell bírálniuk, hogy az adott szimptóma milyen gyakorisággal van jelen.

Pl.: „Megpróbálta elkerülni azokat a tevékenységeket, embereket, vagy helyeket, amelyek a traumát okozó eseményre emlékeztetik?”

Milyen gyakran történt?

0= egyáltalán nem, vagy csak egyszer,

1= egyszer egy héten, (néha)

2= hetente többször is (gyakran)

3= ötször a héten (szinte állandóan)

Ezután el kell bírálniuk, hogy mennyire volt mindez nyugtalanító számukra (distressz)

0= egyáltalán nem nyugtalanító

3= nagyon nyugtalanító

Ezt követően a szimptomák interferenciáját vizsgálja meg.

A PDS összesített eredménye (tünet) a tünetek súlyosságát illetően 0 és 51 között változik, mely nagyjából a 17 PTSD tünet frekvenciáját tükrözi.

Egyértelműen akkor diagnosztizálható PTSD, ha a válaszok a következő kritériumoknak eleget tesznek:

– A traumatikus esemény életveszélyt, vagy testi sértést hordozott magában

– a személy tehetetlenséget élt át az esemény ideje alatt

– legalább egy újraátélési szimptóma,

– három elkerülési szimptóma,

– kettő hiperarousal szimptóma volt jelen az elmúlt hónap során, –

és ez az élet legalább egy funkcionálási területén (munka, család, vagy a társas kapcsolatok terén) zavart okozott.

2, PRI kérdőív

A PRI védekező mechanizmusok vizsgálatához nem állt rendelkezésünkre magyar nyelvű tesztanyag. Így azután Ingeborg Bosch „Illúziók” című könyvében található védekező mechanizmusokat vizsgáló önkitöltős kérdőívét használtuk, melyhez először engedélyt kértünk a PRI szervezettől. Ez egy holland nyelvű kérdőív volt, melyet először le kellett magyarra fordítani. Ebben a munkában Rózsa Sándor “A pszichológiai mérés alapjai” című munkájának a pszichológiai tesztek kultúrközi adaptációjáról szóló fejezetében leírt irányelveit tekintettük mérvadónak. A tesztadaptáció érvényességét befolyásoló technikai tényezőket az alábbi területekre lehet felosztani: a

teszt, a fordítók kiválasztása és felkészítése, a fordítás folyamata, az adaptált mérőeszköz ekvivalenciájának megítélési szempontjai, valamint a teszt és a tételek ekvivalenciáját bizonyító adatgyűjtési módszer és elemzés. Az adaptált teszt két különböző fordítási és ellenőrzési módszeren keresztül mehet át. Az egyik változatban a fordító vagy a fordítást végző csoport átülteti a tesztet idegen nyelvre, amit egy másik fordítócsoporthoz újra áttekint, ellenőrizve a két teszt ekvivalenciáját. Gyakran előfordul, hogy utolsó lépésként egy szakember (nem feltétlenül fordító: pl. pszichológus, nyelvész) átnézi és véglegesíti a tesztet. Ebben a fázisban már csak az apróbb stiláris dolgok javítása, a szöveg gördülékennyé tétele történik.

A visszafordításos, vagy angol nevén back-translation módszer a legismertebb és leggyakrabban alkalmazott tesztfordítói eljárás. Az eljárás első fázisában egy fordítócsoporthoz elvégzi a teszt tételeinek átültetését az adott nyelvre. Ezt követően egy másik fordító vagy fordítócsoporthoz elkészíti a teszt visszafordítását anélkül, hogy az eredeti változatot ismerné. Ezután kerülhet sor az eredeti és a visszafordított tesztek ekvivalenciájának megítélésére. Ez az elrendezés igen népszerű a kutatók körében, mert lehetőséget biztosít arra, hogy az eredeti mérőeszköz kidolgozója akár az adaptált nyelv ismerete nélkül is meg tudja ítélni a nyelvi adaptáció érvényességét. (Rózsa, Nagyabányai, Oláh, 2006, 167-179. o).

Ezt a módszert választottuk mi is a kérdőív magyar változatának elkészítésekor.

A kérdőív adaptációjának lépései

A holland nyelvű kérdőívet (2. melléklet) először le kellett magyarra fordítani. Ebben a munkában két fordító vett részt.

A magyar fordítást (3. melléklet) azután egy Hollandiában élő, a két nyelvet egyaránt tökéletesen beszélő fordító (aki semmilyen előzetes információval nem rendelkezett a szöveg természetét illetően) visszafordította újból holland nyelvre (4. melléklet).

Ezt a fordítást eljuttattuk a PRI szervezethez ellenőrzés végett, amit jóváhagytak miután az általuk félreérthetőnek vélt tételeket korrigálták és így született meg a magyar változata a PRI védőkező mechanizmusait vizsgáló kérdőívnek (5. melléklet).

Ezután a magyarra lefordított PRI kérdőív megbízhatóságának Cronbach alfa vizsgálata következett egy előzetes kismintás (N=32) vizsgálat alapján. Ebben Dr. Tiringner István, az AOK. PTE munkatársa segített az SPSS statisztikai program lefutásával. A Cronbach alfa vizsgálat (6. melléklet) megfelelő megbízhatóságot mutatott a kérdőívnel.

A PRI kérdőív bemutatása

Ezzel a kérdőívvel, melyet Ingeborg Bosch Bonomo, a PRI („Past Reality Integration”) terápia megalkotója dolgozott ki, meghatározható, hogy melyik elhárító mechanizmusokat használjuk a legsűrűbben. A kérdőív elméleti háttere az előző fejezetben bemutatott PRI teória. Mindenki használja az összes öt védekező mechanizmust de különbség mutatkozik abban, hogy milyen sűrűn használjuk az egyes stratégiákat. Ez a kérdőív azt vizsgálja, hogy mely forma, vagy formák vannak elsődlegesen igénybe véve.

Általánosságban megállapítható, hogy minél erőteljesebben vesszük használatba a védekező mechanizmusokat annál kevésbé jól funkcionálunk mindennapi életünk során, hiszen a védekező mechanizmusok egyfajta „illúziót” hoznak létre, amikor a múltbéli realitás elfedi a jelen realitását. Az egyes védekező mechanizmusok erőteljesebb használata jellegzetesen inadekvát viselkedést, speciális tüneteket okozhat.

Az első tíz kérdés (1-10) a „hamis remény” védekező mechanizmusra kérdez. A második tíz (11-20), a „hamis hatalom”, majd a „szükségletek tagadása” (21-30) s azután az „elsődleges védekező mechanizmus”(31-40) jönnek. Legvégül a „félelem” következik a sorban (41-50-ig).

A kérdésekre adott pontszámokat összeadjuk, majd mind az öt kiszámolt eredményt elosztjuk tízzel. A legmagasabb érték adja meg, hogy melyik a leggyakrabban használt védekező mechanizmus, a legalacsonyabb pontszám pedig a legkevésbé használt.

Vizsgálatvezetők

A vizsgálatvezetők mindannyian pszichoterápiában jártas szakemberek voltak, akik többnyire résztvettek az általam tartott „Bevezetés a pszichotraumatológiába” workshopokon s így maguk is megfelelő tudásanyaggal rendelkeztek a pszichotraumatikus problémák tekintetében. A workshopokat 2008 nyarán kezdtem el szervezni és 2011-ig szám szerint tízet rendeztünk meg. Ezeknek a szemléletformáló workshopoknak az elsődleges célja az volt, hogy a traumafókuszú nézőpontot népszerűsítse a pszichikus problémák keletkezését és kezelését illetően. A tesztfelvételi instrukciók mellékletben láthatóak (7. melléklet).

A tesztfelvételeket követően a teljes mintán (N= 78) elvégeztük a Chronbach alfa vizsgálatot mind a PRI kérdőívvel (8.melléklet), mind a PDS kérdőívvel. (9. melléklet)

A vizsgálati minta

Kérésünk szerint a tesztfelvételt a vizsgálatvezetők random módon végezték, így egyaránt kerültek sine morbo, és különböző mértékben traumatizált vizsgálati személyek a vizsgált csoportba. A személyi adatok védelmében nem írt rá senki teljes nevet a kérdőívekre, csak a nevek kezdőbetűi és a születési dátum szolgál azonosításul azon az általam szerkesztett vizsgálati kérdőíven, amivel a legfontosabb nyers adatokat vettem fel vizsgálati személyekről (10. melléklet).

A vizsgálat 78 vizsgálati személlyel történt (továbbiakban vsz.) ebből 63 nő és 15 férfi volt. Közülük 50-nek felsőfokú, 23-nak középfokú és 5-nek általános iskolai végzettsége volt. (11. melléklet) A sine morbo csoport 34 vsz.-ből állt, és a másik csoport pszichés problémái a következő megoszlást mutatták:

1, ábra: pszichés problémák megoszlása a vizsgálati csoportban

nincs	34
szorongás	8
kapcsolati problémák	8
depresszió	11
bipoláris	1
fóbia	3
öngyilkosság	1
tanulási zavarok	1
szex problémák	1
anorexia	1
ptsd	2
pánik	1
kényszer	2
személyiségzavarok	1
addikció	1
pszichózis	1
burn out	1
Összesen:	78

A vizsgált személyek 20%-a nem volt tudatában annak, hogy valaha is traumatikus eseményt élt volna át, 38,5% egyszeri traumatikus élményről számolt be és 41,5% ismétlődő, vagy hosszantartó traumatikus eseményeket tudott az élete folyamán felidézni.

Vizsgálati eredmények

Megvizsgáltuk a PTSD tünetek erőssége és a védekező mechanizmusok erőssége közötti kapcsolat szorosságát (12. melléklet)

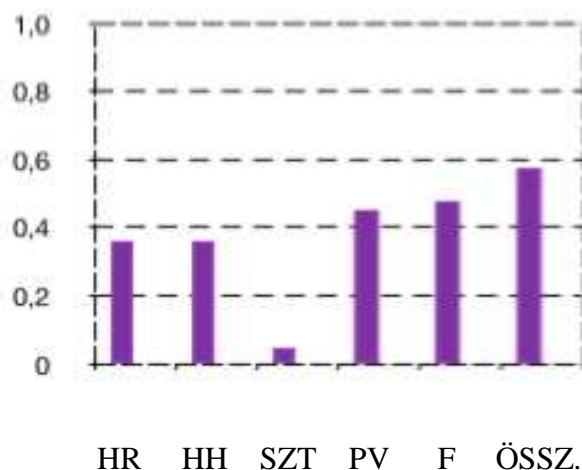
Megvizsgáltuk, hogy a PTSD szindróma össztüneteinek (elkerülés, feszültség, és újra-átélés) erőssége és a:

- 1, PRI védekező mechanizmusok erőssége összességében,
- 2, az egyes védekező mechanizmusok erőssége, külön-külön, milyen korrelációt mutatnak?

Ez a vizsgálat a következő eredményeket hozta magával:

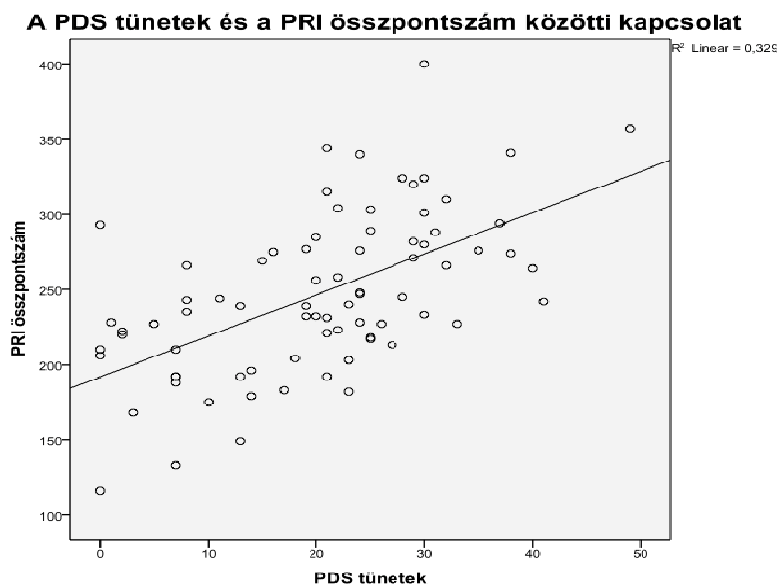
A védekező mechanizmusoknak az összessége (tehát az öt skála együtt) a PTSD tünetekkel 0,547, azaz szignifikáns korrelációt mutat. A védekező mechanizmusok egyesével való vizsgálata azt az eredményt hozta, miszerint a legérzékenyebb védekező mechanizmus, a PTSD-re a félelem (F), mely 0,480-as eredménnyel a legmagasabb korrelációt mutatja, majd ezt követi nem sokkal kevesebb szignifikanciával a primer védekező mechanizmus (PV). A hamis hatalom (HH) 0,362-es és a hamis remény (HR) 0,362-es korrelációval, szintén szignifikáns összefüggést mutatnak, azonban a szükségletek tagadása (Szt) 0,045-ös korrelációval nem bizonyult szignifikánsnak a PTSD tünetek összességét illetően.

2, ábra: Az PRI védekező mechanizmusok erőssége a PTSD tünetek összefüggésében



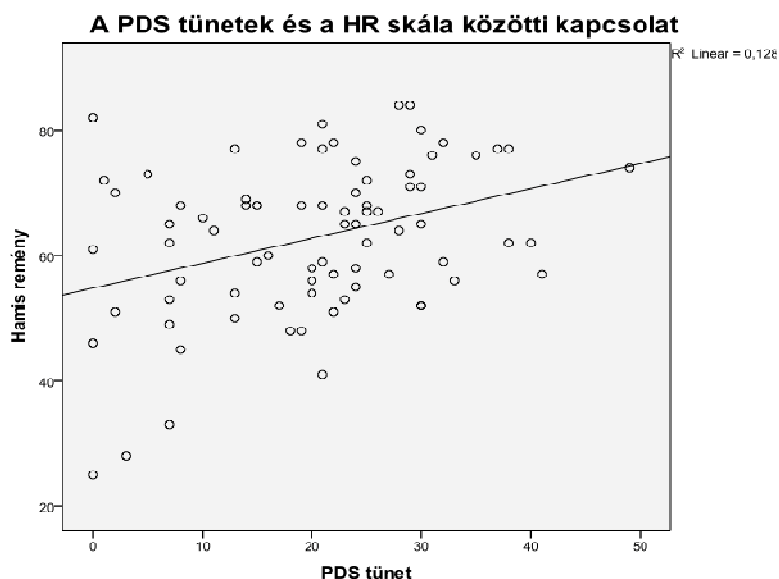
Ezután a PRI védekező mechanizmusok és a PTSD tünetek egymáshoz való kapcsolatát vizsgáltuk meg pontfelhő diagram segítségével is, mellyel a következő eredményeket kaptuk: (10. melléklet)

3, ábra: A PTSD tünetek és a PRI összpontszám közötti kapcsolat pontfelhő diagramja.



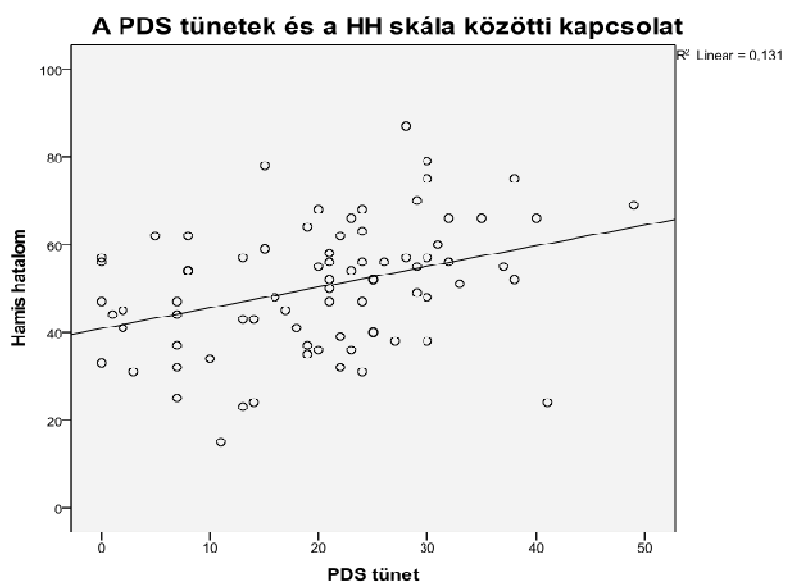
Ezen az ábrán az látható, hogy a két változó között egyértelmű lineáris összefüggés (0,329) található, tehát a PTSD tünetek erősödése a PRI elhárító mechanizmusok összességének a megnövekedését hozza magával.

4. ábra: A PTSD tünetek és a hamis remény védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja.



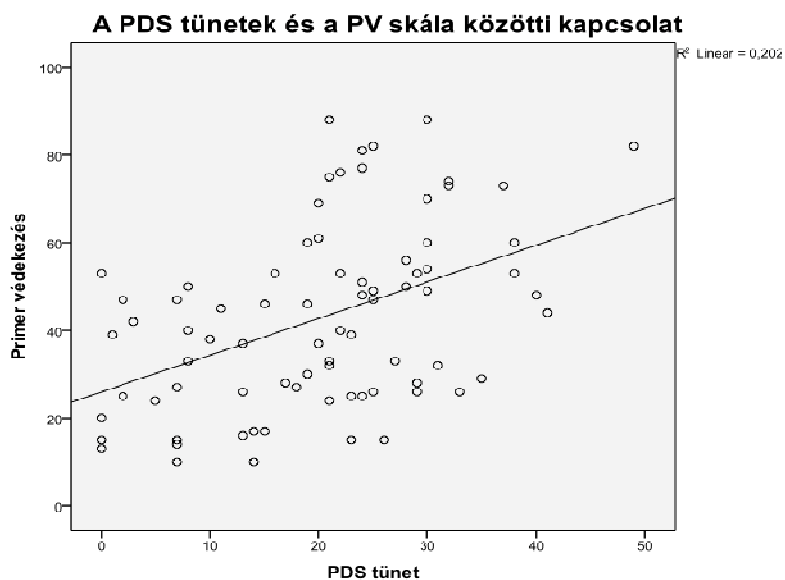
Ezek alapján azt állapíthatjuk meg, hogy a hamis remény (0,128) lineáris összefüggést mutat a PTSD tünetekkel.

5. ábra. A PTSD tünetek és a hamis hatalom védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja.



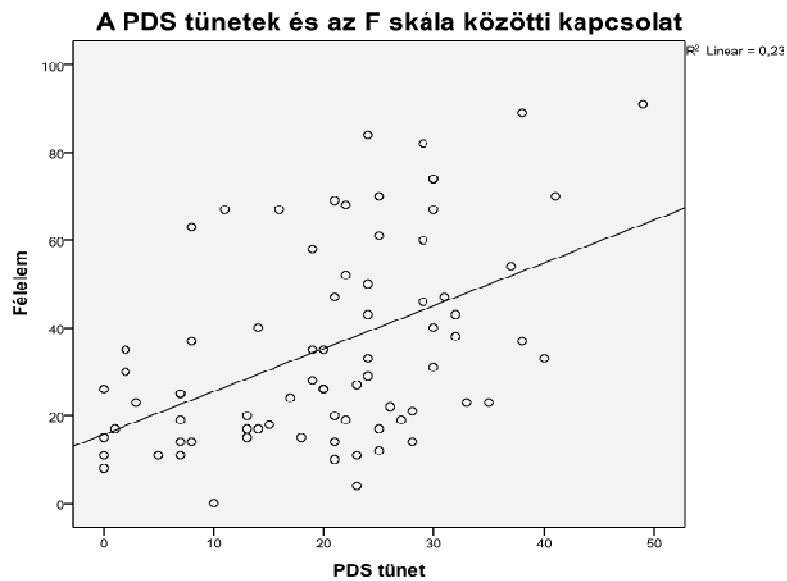
A PTSD tünetek és a hamis hatalom védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja szintén lineáris összefüggést ($R=0,131$) mutat.

6. ábra. A PTSD tünetek és a primer védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja.



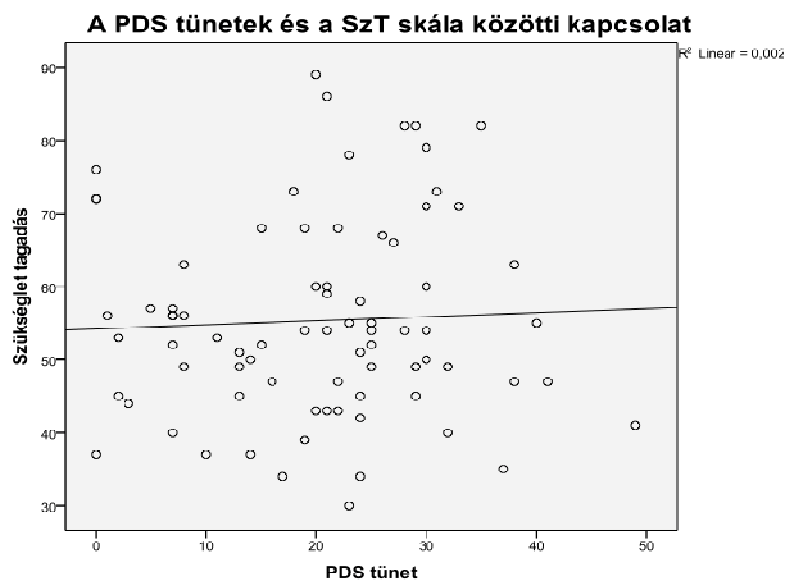
A PTSD tünetek és a primer védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja szintén lineáris összefüggést ($0,202$) mutat.

7, ábra. A PTSD tünetek és a félelem védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja.



A PTSD tünetek és a félelem védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja jelentősebb lineáris összefüggést (0,23) mutat.

8, ábra. A PTSD tünetek és a Szükségletek tagadása védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja.



A PTSD tünetek és a szükségletek tagadása védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja a többi védekező mechanizmussal ellentétben nem mutat lineáris összefüggést (0,002).

Az eredmények értelmezése

A vizsgálat célja a PTSD tünetek és a PRI-ben leírt védekező mechanizmusok, összefüggésének a vizsgálata volt.

A vizsgálatból, mely 78 vizsgálati személlyel történt a következő következtetéseket vonhatjuk le:

A PTSD szindróma tünetegyüttesének az erőssége a vizsgált mintán egyértelmű összefüggést mutat a PRI-ben leírt védekező mechanizmusok összességének az erősségével. Ezt az eredményt interpretálhatjuk oly módon, hogy a traumatizáció erősödésével a védekező mechanizmusok általános felerősödése várható.

Úgy tűnik, hogy a legérzékenyebb védekező mechanizmus a PTSD-re a **félelem**. Természetesen ez azért is lehet, mert a PDS skála hyperarousal tüneteket vizsgáló kérdései tartalmukat illetően erős hasonlóságot mutatnak a PRI 41-50-ig terjedő kérdéseivel, melyek a félelem védekező mechanizmusára kérdeznek. Bosch (2003) az általa kidolgozott védekező mechanizmusok leírásakor nyomatékosan kijelenti, hogy a félelem, mely az „első védelmi vonal a fenyegető valóság észlelésével szemben” nem kognitív, neokortikális, hanem egy alacsonyabb, fiziológias szinten nyújt védelmet (egy elektromos szögesdróthoz hasonlítja). A félelem esetében akkor beszélhetünk védekező mechanizmusról, melyet a szerző „illúzióknak” nevez, amikor a jelenben nincs valódi kiváltó oka, viszont egy régebbi, múltbeli időpontban igenis van, csak hogy az esemény már valójában megtörtént így tőle félni nem adekvát viselkedés.

Visszatérve az összefüggés értelmezésére a hyperarousal tünetek és a félelem védekező mechanizmusa között megállapíthatjuk, hogy a hasonlóság oka az is lehet, hogy ugyanazokat a fiziológias reakciókat nevezi meg a két kérdőív.

Ezt az **elsődleges védekező** mechanizmus követi.

A PRI nómenklatúrájában használt elsődleges védekező mechanizmus már magasabb szintű agystruktúrák működését feltételezi. Ez az első kognitív védekező mechanizmus, mely segítségével a félelem valójában önmarcangoló gondolatokká változik át. Ezek a gondolatok mindig súlyos negatív érzelmi töltetet hordoznak, tehetetlenséget, kilátástalanságot, apátiát implikálnak. Ezek az emóciók vannak jelen legtöbbször traumák esetén a küzdelem feladása után, és ezek azok az emóciók, melyek a passzivitást elősegítő hormonrendszert aktiválják (főleg kortikoszteroidok, mint pl. kortizol) depresszióhoz²⁸ vagy disszociációhoz vezethetnek.

A hamis hatalom és a hamis remény védekező mechanizmusok esetében is egyértelmű, de nem olyan jelentős a korreláció, és mindkettő körülbelül hasonló szintű érzékenységet mutat.

²⁸ Nagyon frappáns az egybeesés a DSM-IV-ben leírt klinikai depresszió leírása és az elsődleges védekező mechanizmus leírása között. A PTSD szindróma klinikai diagnózisa fejezetben is már utalás történik a depresszióra mint gyakran előforduló komorbid klinikai kép megjelenésére a trauma utáni állapotokban.

A két védekező mechanizmus hasonló szintű érzékenységének lehetséges oka, hogy mindkét védekező mechanizmus magas szintű fizikai izgalmi állapotot, erőteljesen sőt, esetenként túlzottan aktív magatartást eredményez. A hamis reménynél magas feszültséget, hiperaktivitást esetenként eufóriát tapasztalhatunk, a hamis harag ezzel szemben bosszúságot irritációt esetenként dührohamokat hozhat magával mint érzelmeket. A hormonháztartás szintjén bőséges katekolamin (főleg adrenalin) felszabadulás tapasztalható. Ezek a reakciók felismerhetőek a veszélyhelyzetben adott támadási-védekezési magatartásnál is. (lásd II. fejezet: „a tigris felébred” rész) Abban az esetben ha nem valódi veszélyről van szó, mégis ezt, az életveszélyre adott reakciómintát mutatjuk és az ennek megfelelő magatartásformákat alkalmazzuk, beszélhetünk védekező mechanizmusról, azaz „illúzióról”. Általánosságban elmondható, hogy ezeknek a megküzdési stratégiáknak a jelenléte, addig ameddig folytathatóak, az „elbukást” (mely óhatatlanul bekövetkezik, innen származik a „hamis” szó a neveikben) megelőzően védelmet nyújtanak valamilyen szinten a traumatizálódással szemben. Más kérdés az, hogy milyen egyéb pszichés és testi betegségek alakulnak ki a hatalmas mennyiségű stresszhormon hatására. Leginkább kimerüléssel „burn out”-szerű állapotok, depressziók, és a stresszel összefüggő pszichoszomatikus tünetek alakulnak ki azoknál akik ezt a két védekező mechanizmust túlzott mértékben alkalmazzák.

Az egyetlen védekező mechanizmus, mely egyáltalán nem mutat összefüggést a PTSD tünetek erősségével a *szükségletek tagadása*. Ennek a védekező mechanizmusnak azonban pontosan az a sajátossága, hogy a zavaró érzéseket nem engedi élményszinten megjelenni ezért azután azok a vizsgálati személyek akik ezt a védekező mechanizmust előnyben részesítik valószínűleg nehezebben élnek át szenvedést. A szükségletek tagadása egyébként sem az a védekezési stratégia, mely egyszeri traumatikus élmény hatására alakul ki, hanem inkább hosszantartó, ismétlődő traumatizáció, illetve depriváció hatására. Inkább az úgynevezett kettes típusú PTSD szimptomái hasonlíthatók ezzel a védekező mechanizmussal össze. Ennek a védelemnek az alkalmazása a stresszjelenségeket ugyan nem engedi tudatosulni, viszont nem is szünteti meg azokat, így hosszútávon leginkább pszichoszomatikus zavarok kialakulásához vezethet nagy valószínűséggel.

Az előző fejezetekből és e vizsgálatból is megnyilvánul, hogy a pszichés trauma milyen messze ható következményekkel járhat nemcsak a személy, az individuum életében, hanem egy metaszinten is, nevezetesen a védekező mechanizmusok által a családi kapcsolatok rendszerének megváltozásán keresztül. Ezért olyan fontos a trauma következményeit amennyire csak lehetséges felismerni és megfelelően kezelni, mert ezzel esetlegesen megelőzhetjük a következő generációknak traumatizálódását, és ezáltal a pszichés szenvedés transzgenerációs láncolatát megszakíthatjuk. A traumákhoz kapcsolódó szimptomák felismerését már a házi orvosoknak is meg kellene tanulni, mivel sokszor ők azok akik ezekkel először találkoznak és számos félrekezelést, ide-oda

küldözgetést lehetne megspórolni az adekvát továbbküldéssel egy arra kiképzett pszichoterapeutához. Természetesen ehhez számos jól képzett pszichotraumával foglalkozó terapeutára lenne szükség, ami sajnos jelenleg nem áll még rendelkezésre. Talán az érdeklődés lassan felerősödik a pszichés problémák traumafókuszú megközelítése iránt. Ez volt a célom a „Bevezetés a pszichotraumatológiába” workshopok megszervezésével és ez a cél vezetett ennek a dolgozatnak a megírásában is.

Összegzés és kitekintés

Disszertációm témájának kiválasztásakor az a cél vezetett, hogy több irányból való megközelítéssel mutassam be a pszichés traumát.

A pszichés trauma tanulmányozása mindig élénk vitáktól övezett terület volt, ám a poszttraumatikus stressz szindróma létezésének ténye ma már nem képezi vita tárgyát. Az e területen végzett kutatások, melyek technikailag egyre kidolgozottabbá váltak azt eredményezték, hogy a traumatikus események hatásaira vonatkozó értelmezések köre kitágult.

A PTSD biológiai aspektusaival is egyre több kutatás foglalkozik, melyek során nyilvánvalóvá vált, hogy a trauma tartós vegetatív és központi idegrendszeri, valamint endokrin rendszerbeli elváltozásokat hozhat létre és az agy specifikus területeinek funkciója és szerkezete is módosulhat általa. Ezen változásokban fontos szerepe van az amygdalának és a hippocampusnak, mely struktúrák az úgynevezett félelem hálózat működését szabályozzák s szerepet játszanak a félelem és az emlékezet összekapcsolásában is. A tudományos kutatások eredményeképpen a traumaterápiák egyre adekvátabb megoldásokat dolgoznak ki. Herman J. azonban felhívja arra a figyelmünket ezzel kapcsolatban, hogy miközben egyre specifikusabb és pontosabb tudás birtokába jutunk, félő, hogy elvesz a pszichés trauma integratív koncepciója és átfogó értelmezése. (Herman, 1992, 283. o.)

Ez az értelmezés azt implikálja, hogy az emocionális, kognitív, viselkedésszerű vagy éppenséggel testi tünetek széles skálája traumatikus élmények következtében alakult ki.

Dolgozatomban a pszichotrauma egy újszerű értelmezésére tettem kísérletet a PRI („Past Reality Integration”) elméletének segítségével. Megpróbáltam a transzgenerációs traumátvitelnek egy speciális aspektusát megvizsgálni, nevezetesen azt, hogy milyen mechanizmusokon keresztül lehetséges a traumatikus helyzetekben kialakított – akkor megfelelő, de a későbbiekben diszfunkcionálissá váló – viselkedési mintázatokat továbbadni generációkon keresztül.

Feltételezésem szerint a kisgyermek azokban a helyzetekben mikor alapvető szükségleteinek a kielégítését veszélyben érzi voltaképpen az életét érzi veszélyben (egyik legtraumatizálóbb aspektusa a sokkoló eseményeknek, lásd „Traumatikus élmény” fejezet), azaz egy traumatikus élményt él át annak minden főbb jellegzetességét beleértve. Ezekben a pillanatokban az egész repertoárját nyújtja azoknak a veszélyhelyzetben adható testi és pszichés reakcióknak melyeket részletesen igyekeztem dolgozatomban sorra venni és elemezni. A félelem, hogy ez az állapot bekövetkezik voltaképpen az első védekezés az ellen a tapasztalat ellen, hogy ez már megtörtént és folyamatosan történik. Az életveszély nem múlik el, mivel a szülők valószínűleg a továbbiakban sem fogják ezeket a szükségleteket kielégíteni (mert nem tudják, vagy nem akarják), ezért az első reakció, a félelem helyett magasabb szintű, kognitív védekező mechanizmusokat alakítanak

ki a maguk számára, melyek segítségével a realitást képesek lesznek eltüntetni és egy illúziót helyette létrehozni. Saját személyüket teszik felelőssé az elmaradt kielégülés okát keresve, és ezzel megmentik szüleiket saját maguknak és megtartják a velük szembeni lojalitást. Ez azért nagyon fontos, mert szülők-gondozók nélkül a gyermekek nem képesek életben maradni, egészen hosszú időn keresztül teljes függőségben élnek a felnőtt, gondoskodó környezettől. (Az állatvilágban alig van példa arra, hogy egy utód olyan sokáig a szülői gondolkodástól függjön, mint a „koraszülött” embergyererek). Amikorra ez a gyermeki realitás a valós életben megváltozik a felnőttkorba érve ezek a védekező mechanizmusok már olyan erősen rögzülnek, hogy minden a gyermekkori életveszélyhez hasonló „veszélyhelyzet” percepciójától azonnal kiváltják a rájuk jellemző cselekvések sorozatát sőt az ezzel járó érzelmi és testi reakciókat is. Ez a jelenség erősen emlékeztet a PTSD páciensek automatikus cselekvéseire, triggererek által kiváltott emocionális és testi reakcióira. A triggererek, melyek ezt kiváltják a PRI nómenklatúrájában a szimbolikus helyzetek, illetve személyek. Mivel a jelenben valódi veszélyhelyzet nem áll fenn ezért ezeket a reakciókat és cselekvéssorozatokot nyugodt szívvel nevezhetjük hibásnak, inadekvátnak, melyek hatására sajnos sok esetben a külvilág olyan válaszreakciókkal szolgálhat, mely megerősíti abban a felnőttet, hogy nem lehetett volna másképpen cselekedni, amit csinált az elkerülhetetlen volt. Így valójában újra létrehozhatjuk a gyermekkori realitás nagy részét. Hosszadalmas terápiás munkával lehet csak elérni azt, hogy a jelen realitása tisztázódjon bizonyos vádak alól (például hogy veszélyes) és a felnőtt megtanuljon egy adekvát problémamegoldást az itt és most-ban. Ezért nagyon fontos a jelenben nyújtott inadekvát cselekvési módokat feltérképezni, és mint „normális cselekedeteket egy múltbeli abnormális helyzetre” megpróbálni megérteni (például, veszély esetén normális reakció a félelem, de nem normális az a felnőtt környezet amelyben egy gyermeknek állandóan rettegnie kell szükségletei kielégítéséért) és ha szükséges mint traumatikus élményt feldolgozni. A feldolgozás azt szolgálja, hogy a feszültség, mely a régi gyermeki fájdalom (melyet akkor elfojtott, hiszem a fájdalom átélése is már áruulás lett volna és veszélybe sodorta volna a lojalitását) folyamatos nyomásától származik, végre szabad folyást kapjon és eltávozhasson a szervezetből. Más elméletek úgy fogalmazzák ezt meg, hogy az információfeldolgozást akadályozó blokádot elmozdításával szabad folyást kapjon az információáramlás és így a feldolgozás is. Erre szolgálnak az alulról felfelé dolgozó terápiás technikák, a trauma-konfrontációs technikák, mint az általam leírt EMDR technika vagy a szisztematikus deszenzitizálás, a regressziós technikák, mint a hipnózis vagy akár a PRI regressziós technikája. Ezeken kívül is sok száz és száz módszert lehetne felsorolni melyek lehetővé teszik hogy a jelen és múlt közé érzelmekből hidat kovácsolva a múltbeli élmények bekerülhessenek a felnőtt tudat rendezett könyvtárszobájába, bár lehet hogy ehhez a „könyvtárosnak” egy egész új szárnyat kell építeni a már meglévő épülethez. Sokszor azonban

ez az új épület szebb lesz mint a régi volt, legalábbis ezt tanítja számunkra a poszttraumatikus növekedés jelensége.

A traumák feldolgozása, a múlt realitásának újraélése és megértése egy fájdalmas és sokszor veszélyes utazás. Azok a terapeuták akik erre az útra kísérik el pácienseiket komoly terápiás felkészültséggel kell hogy rendelkezzenek, mert rendkívül sok a buktató ezen az úton.

Arra is kell, hogy gondoljunk néha, hogy a pszichoterapeuta az egyike azoknak a foglalkozásoknak melyek legveszélyeztetettebbek a traumatizálódásra nézve.

Amiről dolgozatomban eddig nem esett szó az az, hogy a trauma ennél tágabb értelmezésben is felfogható: szisztematikus politikai erőszak utóhatásaként teljes közösségek is mutatják a PTSD tüneteit, mutat rá Herman J., és Latin-Amerika, Afrika és Kelet Európa demokratizálódó országainak tapasztalatai által ezt az elképzelését igazolni látja. Felhívja a figyelmet arra, hogy úgy, mint a PTSD individuális formájánál, ugyanúgy társadalmi szinten is a tompultság, és az emléketörések, illetve a némaság és az újraátélés ciklikus váltakozása megfigyelhető. (Herman, 1992, 285-287.o)

A gyógyulás emlékezést és gyászt kíván. A társadalmi közösség érzésének a helyreállításához olyan fórum szükséges, ahol az áldozatok kimondhatják az igazságot és ahol szenvedéseiket formálisan is elismerik. Szükségesnek tartja a bűnösök, legalábbis a legsúlyosabb atrocitásokért felelősek személyes felelősségre vonását is és ezt azzal indokolja, hogy az igazságtétel reménye nélkül az áldozatok tehetetlen dühe az idő múlásától függetlenül egyre erősebb lesz. A demagóg politikai vezetők jól ismerik e düh erejét, amit nem egyszer arra használnak fel, hogy egy meghurcolt népet a kollektív megtorlás ígéretével áltassák. Összefoglalva az erről mondottakat: ahogyan a traumatizált emberek, úgy a traumatizált országok is igénylik a traumafeldolgozást: az emlékezést, a gyászt és a bűnökért való vezeklést ahhoz, hogy elkerülhessék a traumák újraélését...

Ebben a dolgozatban sajnos ezzel az aspektusával a pszichés traumának nem tudtam kellőképpen foglalkozni, de fontosnak tartom ezt a nézőpontot is képbe hozni és úgy érzem Herman Judit gondolatai méltó lezárását és keretét adják ennek a rendkívül szétágazó és összetett gondolatmenetnek, melyet dolgozatomban követni próbáltam.

Irodalomjegyzék

- Aarts, P.G.H. (1990): De kunst van het verwerken. in: D.H. Schram, C. Geljon (szerk.) Overall sporen. De verwerking van de tweede wereldoorlog in literatuur en kunst. Amsterdam, VU- Uitgeverij, 297-325.
- Aarts, P.G.H. (2007): De geschiedenis van het trauma. in: Petra G.H. Aarts en Wim D. Visser (szerk.) Trauma, diagnostiek en behandeling. Van Loghum, Houten
- Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E. and Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillside, NK: Lawrence Erlbaum
- Ainsworth, M.D. (1989): Attachments beyond intimacy. American Psychologist, 44, 709-716.
- Allen, J. G. (2001): Traumatic relationships and serious mental disorders. Chichester, UK: John Wiley & Sons
- Allen J., Fonagy, P. (szerk.) (2006): Handbook of mentalization based treatment. New York, Wiley
- A módosított DSM-IV. (2001): BNO-10. WHO 1995
Budapest, Animula
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, Jossey-Bass
- Appel, J.W., Beebe, G.W. (1946): Preventive psychiatry: An epidemiological approach. Journal of the American Medical Association, 131, 1468-1471
- Auerbach, S. (1994): Interpersonal impacts and adjustment to the stress of simulated captivity: an empirical test of the Stockholm syndrome. Journal of social and clinical psychology, 13, 207-221.
- Baltes, P. B., and Staudinger, U. M. (2000): Bölcsesség: útban az értelem és az érdem összehangolása felé. Metaheurisztikai (pragmatikai) megközelítés. in: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Budapest, Trefort
- Bateman A., Fonagy P. (2004): Psychotherapy for borderline personality disorder. Oxford, Oxford University Press
- Baumeister, R. F., and Leary, M. R. (1995): The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117, 497–529.
- Beck, A.T., Freeman, A.E.(1990): Cognitive therapy of personality disorders. New York, Guilford Press

Békés V. A. (2008): A trauma reprezentációjának változásai Holokauszt-narratívákban
Pécs, PhD Disszertáció

Bentovim, A., Bentovim, M., Vizard, E., Wiseman, M. (1995): Facilitating interviews with children who may have been sexually abused
Child Abuse Review, 4, 4, 246–262.

Benoit, D., & Parker, KC. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations.
Child Development, 65,1444-1456.

Bettelheim, B. (1943): Individual and mass behaviour in extreme situations.
Journal of abnormal Sosial Psychology, 38, 417-452.

Bolton, D. és Hill, J. (1996): Mind, meaning and mental disorder.
Oxford, Oxford University Press

Bosch, B. I. (2002): Herontdekking van het ware zelf. (Rediscovering the True Self)`
Utrecht, LJ Veen

Bosch, B. I. (2003): Illusies.
Utrecht, L.J. Veen

Bosch, B. I. (2007): De onschuldige gevangene.
Utrecht, LJ Veen

Bourdin, C.E.(1887): Les enfants menteurs.
Annales médico-psychologiques, 6, 374-386.

Bowen, N. (1978): Family therapy in clinical practice.
New York, Aronson

Bowker. J. (1970): Problems of saffering in religions of the world.
New York, Cambridge University Press

Bowlby, J. (1969): Attachment and loss: Vol 1. Attachment.
New York: Basic Books

Bowlby, J. (1988): A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.
New York: Basic Books

Breuer, J., Freud, S. (1893): On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication. In: J. Strachey (szerk.) Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud Vol. 2:1-181.
London: Hogarth

Brouardel, P. (1879):Nécrologie a Tardieu.
Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale, 3,3: 187–192.

Brownmiller, S. (1975): Against our will: Men, women and rape.
New York, Simon and Schuster

- Bulman, R., Wortman, C. B. (1977): Attributions of blame and coping in the “real world”: Severe accident victims react to their lot.
Journal of Personality and Social Psychology, 35, 351-363.
- Burgess, A. W., Holmstrom, L. L. (1974): Rape trauma syndrome.
American Psychiatry, 131: 981-986.
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2001): Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In: Neimeyer (szerk.) Meaning reconstruction and the experience of loss. 157-172.o.
Washington DC, American Psychological Association
- Caplan, E.M. (1995): Trains, brains and sprains: railway spine and the origin of psychoneurose.
Bull.Hist. Med. 69, 3: 387-419.
- Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry.
New York, Basic Books
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K., G. (1989):
Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants.
Developmental Psychology, 25: 525-531.
- Cassidy, J., Shaver, P. (1969): Handboek of attachment.
Gilford, London
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G. és Twentyman, C. T (1988): A cognitive-action theory of post-traumatic stress disorder.
Journal of Anxiety Disorders, 2, 253–275.
- Cohen, E. A., (1952): Het duitse concentratiecamp: een medische en psychologische studie.
Amsterdam, Paris.
- Da Costa, JM (1871): On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences.
American Journal of Medical Science, 61, 17-52.
- Cowen, E.L., Kilmer, R.P. (2002): “Positive psychology”: Some pluses and some open issues.
Journal of Community Psychology, 30, 449-460.
- Csikszentmihályi, M.(1990): Flow: The psychology of optimal experience.
New York, Harper and Row.
- Csuhai Cs, K. (2003): Trauma és ismétlés. A poszttraumás stresszbetegség pszichoanalitikus szemmel.
Pszichoterápia, 12, 3.
- Dalenberg C.J. (2000): Countertransference and the treatment of trauma.
Washington DC, American Psychological Association

Danieli, Y. (1988c): Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust. In: F. M. Ochberg (szerk.): Post-traumatic therapy and victims of violence: 278-294
New York: Brunner/Maze

Danieli Y. (1994): Countertransference, trauma and training. In: Wilson J.P., Lindy J.D. (szerk.): Countertransference in the treatment of PTSD.
New York, Guilford Press, 368-388.

Davis, C. G.; Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J (1998): Veszteségélmény, jelentéstulajdonítás és előnykovácsolás. A jelentés két megközelítése. in: Kulcsár, (szerk.) (2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.
Budapest, Trefort

De Roos, C., Beer, R. (2003): EMDR bij kinderen en adolescenten. De klinische praktijk. Kind en Adolescent Praktijk, 2, 12-18.

Dohrenwend, B.S. (1987): Social stress and community psychology. American Journal of Community Psychology, 6, 1-15.

Draaijer, P.J. (1990): Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten.
Amsterdam, SUA Academisch proefschrift

Ehlers, A. és Clark, D. M. (2000): A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Psychiatria Hungarica, 15, 3, 249-75.

Erichsen, J. E. (1876): On concussion of the spine: nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects.
London, Longman's, Green & Co.

Erős, F. (2001): Az identitás labirintusai. Narratív konstrukciók és identitás-stratégiák.
Budapest, Osiris Kiadó

Erős, F. (1996): Azonosság és különbözőség. Tanulmányok az identitásról és az előítéletről.
Budapest, Scientia Humana Társulás

Erős, F. (2007): Trauma és történelem : Szociálpszichológiai és pszichoanalitikus tanulmányok.
Budapest, József Műhely

Erős, F. (2001): Az identitás labirintusai. Narratív konstrukciók és identitás-stratégiák.
Budapest, Osiris Kiadó

Erős, F. (1996): Azonosság és különbözőség. Tanulmányok az identitásról és az előítéletről.
Budapest, Scientia Humana Társulás

Erős, F. (2007): Trauma és történelem : Szociálpszichológiai és pszichoanalitikus tanulmányok.
Budapest, József Műhely

Erős F. (2007): Lélekgyógyászat a háború szolgálatában. Freud, Ferenczi és a „háborús neurózisok”. In: Erős F. (szerk.): Trauma és történelem. Szociológiai és pszichoanalitikus tanulmányok.

Budapest, József Műhely Kiadó, 104-120.

Ferenczi, S. (1916): Előzetes megjegyzések a háborús neurózis némely típusáról. Gyógyászat 56,11: 124-125, 18: 160-161.

Ferenczi, S. (1934): A trauma a pszichoanalízisben Gyógyászat 74, 20:310-312.

Ferenczi, S. (1932): Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve. In: Buda Béla (szerk)(1971): A pszichoanalízis modern irányzatai Budapest, Gondolat, 215-226.

Figley, C. R. (1989): Treating stress in families
Philadelphia, Brunner/Mazel

Folkman, S. (1984): Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis.

Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852.

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985): If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination.

Journal of Personality and Social Psychology, 48, 150-170.

Fonagy, P., Target, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in self-organization.

Development and Psychopathology, 9, 679-700.

Fonagy, P., Gergely, Gy. (2002): Affectregulation mentalisation and the development of the self

New York, Other press

Fonagy, P., Target, M. (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében.

Thalassa 9.1. 5-43.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. (1991): The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment.

Infant Mental Health Journal, 13, 700-717.

Ford, J., Kidd, M. (1998): Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder.

Journal of Traumatic Stress, 11, 4, 743-761.

Forward, S. (1990): Toxic parents.

Bantam, New York

Frank, A. W. (1995): A sebzett mesélő. Betegség és erkölcs. A kereső narratívum. in: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.

Budapest, Trefort

Frankl, V. E. (1963): Man's search for meaning.

New York, Pocket Books

Freud, S. (1914/1959): Remembering, repeating and working-through. In: J. Stachey (szerk.): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. 12: 145).

London, Hogarth Press

Freud, S.(1919/1959): Psychoanalysis and the war neuroses.

In: J. Stachey (szerk.): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. 17:).

London, Hogarth Press

Freud, S.(1896): The aetiology of hysteria. In: J. Stachey (szerk.): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. 3: 203).

London, Hogarth Press

Freud, S., Breuer, J. (1893-1895): Studis on hysteria. In: J. Stachey (szerk.): The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (vol. 2).

London, Hogarth Press

Freud, S. (1986): A traumához való rögződés. A tudattalan. In: Bevezetés a pszichoanalízisbe. 18. előadás.

Budapest, Gondolat

Gendlin, E. T. (1969): Focusing.

Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 6, 1, . 4-15.

Gendlin, E.T. (1979). The difference between focusing and self-hypnosis.

Amersfoort: Acco

Grinker, R.R., Spiegel, H. (1945): Men under stress.

Phiadelphia, Blakeston

Greenwald, R. Puffer, M.K., Elrod, D. E. (1998): A single-session study of EMDR with children and adolescents distressed by a traumatic memory.

Traumatology, 3, 2.

Greenwald, R. (1993). Using EMDR with children.

Pacific Grove, CA: EMDR Institute

Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., Grossmann, K. E. (1988): Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In: R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (szerk.), Relationships within families: 241-260.

Oxford: Oxford Science Publications

Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1991): Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In: C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (szerk.), Attachment across the life cycle: 93- 114
London:Tavistock, NewYork: Routledge

Hafkescheid, A., (2007): Klinische diagnostiek van posttraumatische stressproblematiek
Psychopraxis, 10, 3, 114-119

Hambleton, R.K., Merenda, P.F., Spielberger, C. D., (2005): Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment.
Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum

Hart O. van der (szerk.) (1991): Trauma, dissociatie en hypnose.
Lisse, Swets & Zeitlinger

Hart O. van der, Nijenhuis E.R.S., Steele K. (2006): The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization.
New York, Norton

Harvey, M.(1996): An ecological view of psychological trauma and trauma recovery.
Journal of Traumatic Stress, 9, 1, 3-23.

Havelka J. (2002): A traumafeldolgozás egy technikája: szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és feldolgozás (EMDR)
Serdülő- és gyermekpszichoterápia 2, 1, 50-61.

Havelka J. (2006): Hoe groot ben je naast een brandweerman? Traumaverwerking met EMDR als een episode in een kindtherapie („Milyen nagy vagy egy tűzoltó mellett? Alcím: Traumafeldolgozás EMDR-el mint epizód egy gyerekerápiában”)
Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie, 44, 3, 191-208.
De Tijdstroom

Havelka J. (2008): A poszttraumás állapotok jellegzetességei, a traumatikus élmények feldolgozásának terápiás nehézségei és a traumafeldolgozás új terápiás megközelítései.
Pszichoterápia, 17, 4, 242-250.

Havelka J. (2010): EMDR :Egy protokollizált kezelési módszer a pszichotrauma következményeire
Psychiatria Hungarica 25, 3, 243-250.

Herman, J. L., Hirschman, L. (1977): Father-daughter incest.
Journal of Women in Culture and Society, 2, 735-756.

Herman J.L. (1992):Trauma and recovery.
New York, Basic Books

Herman, J. L. (1992): Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma.
Journal of Traumatic Stress, 5, 377-391.

- Hinde, R. A., Stevenson-Hinde, J.(1990): Relationships Within Families: Mutual Influence
Psychological Medicine, 20:1002-1002.
- Horowitz, M.J. (1976): Stress response syndromes.
New York, Aronson
- Ijzendoorn, van M.H., Juffer, F., Duyvesteyn, M.: (1992): Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment
Doctoral Dissertation. Lund University
- Ijzendoorn, van M. H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae.
Development and Psychopathology, 11, 225 – 250.
- Ijzendoorn, van M. H., Bakermans-Kranenburg, M. (2006): DRD4 7-repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization.
Attachment & Human Development, 8, 291 – 307.
- Jakobson, A. (1989): Psychical and sexual assault histories among psychiatric outpatients.
American Journal of Psychiatry, 146, 390-395.
- Jacobson, A., Herald, C. (1990): The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care.
Hospital and Community Psychiatry, 41,4, 154–158.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique.
Paris, Alcan.
- Janet, P. (1894): Histoire d'une idee fixe.
Revue Philosophique, 37, 121-163.
- Janet, P. (1904): L'Amnésie et la dissociation des souvenirs par l'emotion.
Journal de Psychologie, 1, 417-453.
- Janet, P. (1909): Problemes psychologiques de l'emotion.
Revue Neurologique, 17, 1551-1687.
- Janet, P. (1919): Les Medications Psychologiques
Paris, Alcan
- Janet, P. (1935): Réalisation et interpretation.
Annales Medico-Psychologiques, 93, 2, 329-366.
- Janoff - Bulman, R. (1982): Esteem and control bases of blame: „Adaptive” strategies for victims versus observers.
Journal of Personality, 39, 1-17.
- Janoff - Bulman, R. (1985): The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In. Figley, R, (szerk.): Trauma and its wake, vol.1., 14-35.
New York, Brunner-Mazel

Janov, A. (1970): The primal scream.
New York, G.P. Putman's Sons

Jenson, J. (1995): Reclaiming your life.
New York, Penguin Books

Jurkovic, G. J. (1998): Destructive parentification in families: Causes and consequences.
In: L. L'Abate (szerk.) Family psychopathology: 237–255
New York, The Guilford Press

Kaplan, G., C., Main, M. (1985): The Berkeley Adult Attachment Interview. Unpublished
Protocol. Dept. of Psychology,
University of California, Berkeley CA

Kardiner, A. (1941): The traumatic neuroses of war.
New York, Hoeber

Kernberg O. (1999): Acute and chronic countertransference reactions. In: Fonagy P.,
Cooper A.M., Kolk van der B. van der Hart, O. (szerk). The intrusive past: The flexibility of
memory and the engraving of trauma.
Imago, 48, 425-454.

Kilpatrick, D. G., P. A. Resick, L. J. Veronen. (1981): Effects of a Rape Experience: A
Longitudinal Study.
Journal of Social Issues. 37, 4, 105-122.

Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hansen, R.F., Resnick, H.S., & Walker, M.E. (1999):
Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among
women: A national survey.
Child Maltreatment, 4, 187-200.

Kolk, van der B. A., Hart, van der O. (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation
in psychological trauma.
American Journal of Psychiatry, 146, 1530-1540.

Kolk, van der B. A., Perry, J.C., Herrman, J. L. (1991): Childhood origin of self-
destructive behavior.
American Journal of Psychiatry, 148, 1665-1671.

Kolk, van der B. A., Fishler, R.E. (1994): Childhood abuse and neglect and loss of
selfregulation.
Bulletin of the Menninger Clinic, 43, 311-320.

Kolk, van der B. A. (2000): Beyond the talking cure: Somatic Experience and Subcortical
Inprints in the Treatment of Trauma. In: Shapiro, F. (szerk.): EMDR as an Integrative
Psychotherapy approach- Experts of diverse orientations Explore the Paradigm Prism.
Washington, DC., American Psychological Association

Koltai, M. (2001): Szuicidium a családban: A transzgenerációs hatások elemzése.
Phd disszertáció, Témavezető: dr. Kézdi Balázs
Pécs, PTE Pszichológia Intézet

- Kovács, G., Péter, L., Kovács L. (2007): A poszttraumás stressz betegség (PTSD) klinikuma. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 9, 1.
- Krystal, H., Niedeland, W.G. (szerk.)(1968): *Massive psychic trauma*. New York, International Universities Press
- Krystal, H. (1978): *Trauma and Affects*. *Psychoanal. Study. Child.* 23:81-116.
- Kulcsár, Zs., Frecska, E., Varga, I. (1987): *Endogenous opioid functions and personality*. *European Journal of Personality*, 1. 45-58.
- Kulcsár, Zs., Kökönyi, Gy. (2004): *A szomatizáció biológiai modelljei. Összefoglaló*. In: Kulcsár, Zs., Rózsa S., Kökönyi Gy. (szerk). *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek. Szöveggyűjtemény*. Budapest, ELTE, Eötvös Kiadó. 697-751.
- Lakatos, K., Toth, I., Nemoda, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M., & Gervai, J.(2000): *Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants*. *Molecular Psychiatry*, 5, 633 – 637.
- Lakatos, K., Nemoda, Z., Toth, I., Ronai, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M., et al. (2002): *Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: Interaction of the exon III 48-bp repeat and the 7521 C/T promoter polymorphisms*. *Molecular Psychiatry*, 7, 27 – 31.
- Lang, P. J. (1985): *The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety*. In: Tuma, A.H., Maser, P. (szerk): *Anxiety and the anxiety disorders: 131-170*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing
- LeDoux, J.E. (1996): *The Emotional Brain*. New York: Simon and Schuster
- Leri, A. (1919): *Shell shock: Commotional and emotional aspects*. London, University Press
- Lerner, M. J. (1980): *The belief in a just world*. New York: Plenum
- Lifton, R. J. (1973): *Home from the war. Vietnam veterans: Neither victims nor executioners*. New York, Simon and Schuster, 31.
- Lovett, J. (1999): *Small Wonders: Healing Childhood Trauma with EMDR*. New York, The Free Press

Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A. (2001): Complex Trauma and Disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part one: Assessment. *Diarections in psychiatry*.

www.Hatherleigh.com

Lyons-Ruth, K., Block, D. (1996): The disturbed caregiving system: The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment.

Infant Mental Health Journal, 17:157-275.

Lyons-Ruth, K., Jacobvitz D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver P, (szerk). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*.

New York: Guilford; 520-554.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M., Bianchi, I. (2006): From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? in: R. Chevetz, (szerk). *Dissociative Disorders*.

Psychiatric Clinics of North America 29, 63-86.

Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006): Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap.

Attachment and Human Development, 8, 89-111.

Main, M., Hesse, E. (1990): Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (szerk.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*.

Chicago, University of Chicago Press. 161-182

Main, M., Solomon, J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: M. T. Greenberg, D. Cicchetti, és E. M. Cummings (szerk.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*.

Chicago, University of Chicago Press. 121-160.

March, J., Amaya-Jackson, L. (1993): Post-traumatic stress disorder in children and adolescents.

PTSD Research Quarterly, 4,4, 1-7.

Marvin, R.S., Whelan, W.F. (2003): Disordered attachments: toward evidence-based clinical practice.

Attach. Hum. Dev., 5, 3.

Maslow, A.H. (1971): *The farther resource of human nature*.

New York, Viking

McCann, I.L., Pearlman, L.A., (1990): *Psychological trauma and the adult survivor. Theory, therapy and transformation*.

New York, Brunner-Mazel

- McEwen, B. (1999): Development of the cerebral cortex: XIII: stress and brain development.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38, 101-103.
- Miller, A. (1979): The Drama of the Gifted Child.
Basic books
- Miller, A. (2005): The Body Never Lies.
Norton
- Miller, A. (1983): For Your Own Good.
Farrar Straus Giroux
- Minuchin, P. (1985): Families and individual development: Provocations from the field of family therapy.
Child Development, 56, 289-302.
- Minuchin, S. (1974): Families and family therapy.
Cambridge, MA: Harvard University Press
- Mórotz K.(2006): A viselkedésterápia alapelvei és módszerei. In: Mórotz K. és Perczel Forintos D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*.
Budapest. Medicina, 59-182.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., Kruger, K., Steele, K.(2004): Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions.
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38, 678-686.
- Nikolai N. (2008): Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering.
Tijdschrift voor Psychotherapie, 34:6-25.
- Nikolai N. (szerk).(2008): Handboek psychotherapie na sexueel misbruik. 2^e druk.
Utrecht, De Tijdstroom
- O'Connor, T.G., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T., Britner, P.A. (2003): English and Romanian Adoptees Study Team: Child-parent attachment following early institutional deprivation.
Dev. Psychopathol.15, 1,19-38.
- Oppenheim, H. (1889): Für und wider die traumatische neurose.
Neurologisches Centralblatt, 35, 227.
- Oravetz, R. (2004): A gyermekkori szexuális abúzus kezelése és következményei.
Addiktológia, 3, 4, 495-514.
- Panksepp, J., Herman, B.H., Vilberg, T., Bishop, P., DeEskinazi, F.G. (1980): Endogenous opioids and social behavior.
Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 4, 473-487.

Park, C. L., Folkman, S.(1997).: Jelentés a stressz és a megküzdés kontextusában.in: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.

Budapest, Trefort Kiadó

Perry, B., Szalavitz, M. (2010): Het liefdevolle brein.

Utrecht, Spectrum.

Pepys, S. (1666): The diary of Samuel Pepys in: Schama, Simon (szerk.) A History of Britain vol. II (2001); Weiss, David, The Great Fire of London (1968)

Péley B. 2004 (szerk. és bevezetők): Winnicott: A kapcsolatban bontakozó lélek.

Budapest, Új Mandátum Kiadó

Péley, B. (2001): Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődés modelljeiben. In.: Pléh-Csányi-Bereczkei (szerk.): Lélek és evolúció. Az evolúciós szemlélet és a pszichológia.

Budapest, Osiris, 167-194.

Penn, P., (200): Trauma, Language, and Writing: Breaking the Silence,

Family Process, 40, 1: 33–52.

Pitman, R.K., Orr, S., Fogue, D., de Jong, J., Claiborn, J. (1987): Physiological Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans.

Archives of General Psychiatry, 44:970-975.

Pitman, R.K., Orr, S. P. (1990): The black hole of trauma.

Biological Psychiatry, 27:469-71.

Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poire, R.E., Steketee, G.S. (1991): Psychiatric complications during flooding therapy for Posttraumatic Stress Disorder.

Journal of Clinical Psychiatry, 52:17-20.

Pittman, R.K., Kolk, B.A. van der, Orr, S.P., Greenberg, M.S. (1990). Naloxon-reversible analgetic respons to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder.

Archieves of General Psychiatry, 47, 541-544.

Pittman, R.K., Orr, S.P., Fogue, D.F., de Jong, J.B., Claiborn, J.M. (1987): Psychofisiologic assessment of posttraumatic disorder imaginery in Vietnam combat veterans.

Archieves of General Psychiatry, 17, 970-975.

Pynoos, R.S. (1990). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In: B.D. Garfinkel, G.A. Carlson & E.B. Weller (szerk.) *Psychiatric disorders in Children and Adolescents* (48-64. o.)

Philadelphia: WB Saunders

Radke-Yarrow, M. Ronsaville, D., Mayfield, A., Martinez, P.(1998): Children of Depressed Mothers: From Early Childhood to Maturity

Cambridge, University Press

Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E. A., Nathaniel, M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996): A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53:80-387.

Rauch, S.L., Zawisky, M., Stellmach, Ch., Geltenbort, P. (1999): Giant Absorption Cross Section of Ultracold Neutrons in Gadolinium *Physical Review Letters*, 83:4955-4958.

Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1992): Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60:748-756.

Roche, A. J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J. & Chadwick, D. (2005): The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29: 325-334.

Rózsa, S., Nagybányai Nagy O., Oláh, A.(szerk.) (2006):A pszichológiai mérés alapjai: Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás. Budapest, Bölcsész Konzorcium

Rubonis, A.V., Birckman, L. (1991): Psychological impairment in the wake of disaster. The disaster pathology relationship. *Psychological Bulletin*. 109, 384-399.

Schechter, S. (1982): Women and male violence: The visions and struggles of the battered women's movement. Boston, South End Press

Scheppele, K.L., Bart, P.B. (1983): Through women's eyes: Defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues*, 39, 63-80.

Schore, A.N. (1994): Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Schore, A.N. (2000): The self-organisation of the right brain and the neurobiology of emotional development. In: Lewis M.D., Granic I. (szerk.): Emotion, development, and self-organization. New York, Cambridge University Press, 155-185.

Schore, A.N. (2001): Neurobiology, developmental psychology and psychoanalysis: convergent findings on the subject of projective identification. In: Edwards J. (szerk.): Being Alive. London, Brunner/Routledge

Schore, A., (2003): Affect Dysregulation and disorders of the self. New York, Norton

Selye, H. (1956): The stress of life. McGraw-Hill, New York.

- Shapiro, F. (1989): Efficacy of the eye movement desensitisation procedure in the treatment of traumatic memories.
Journal of Traumatic Stress Studies, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (2001): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.).
New York: The Guilford Press
- Shapiro, F. (2002): EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach
Washington, DC., American Psychological Association Books
- Siegel, D.J. (1999): The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience.
New York: Guilford Press
- Spinazzola, J., Ford, J., Van der Kolk, B.A., Blaustein, M., Brymer, M., Gardner, L., Silva, S., Smith, S. (2003): Complex Trauma Network Survey.
The National Child Traumatic Stress Network
- Stern, M. (1964): Prototypes of defences.
Int. J. Psycho-Anal., 4, 296-298.
- Stern, D.N. (1985): The interpersonal world of the infant.
New York: Basic Books
(A csecsemő személyközi világa. Budapest, Animula)
- Sternberg, R. J. (1998): A bölcsesség egyensúlyelmélete. In: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.
Budapest, Trefort Kiadó
- Linley, P. A. (2003): Trauma és pozitív alkalmazkodás. A bölcsesség mint folyamat és mint eredmény. in: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.
Budapest, Trefort Kiadó
- Szumner, Cs. (1993a): Freud nyelvjátéka: A pszichoanalízis mint hermeneutika és narráció,
Budapest, Cserépfalvi Kiadó
- Szumner, Cs. (1993b): Freud, „az alvajáró filozófus” in: Szumner Csaba és Erős Ferenc (szerk.) (1993): Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről,
Budapest, Cserépfalvi Kiadó, 9–25.
- Tardieu, A.(1857): Les attentats aux moeurs.
Paris, Millon
- Tas, J. (1946): Psychische stoornissen in concentratiecampen en bij teruggekeerden.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 6, 143-150.
- Taylor, S.E., Wood, J.W., Lichtman, R.R. (1983): It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization.
Journal of Social issues, 39, 19-40.

Taylor, S.E., Wood, J.W., Lichtman, R.R. (1984): Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer.
Journal of Personality and Socialpsychology, 46, 489-502.

Taylor, S.E., Klein, L.C., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A.R., Updegraff, J.A. (2000): Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight en flight.
Psychological Review, 107, 411-429.

Tennen, H., Affleck, G., Gershman, K.(1986): Self blame among parents of infans with perinatal complications: The role of self-protective motives.
Journal of Personality and Socialpsychology, 50, 690-696.

Terr, L. A. (1983): Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping.
American Journal of Psychiatry, 140, 1543-1550.

Terr, L. (1991): Childhoed traumas: An outline and overview.
American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.

Tedeschi, R., G., Calhoun, L. W. (2004): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés.
Budapest, Trefort

Tinker, R.H., Wilson, S. A. (1999): Through the eyes of a child.
New York: Norton & Co. .

Yalom, I. (1980): Existential therapy.
New York, Basic Books

Yealland, L. (1918): Hysterical disorders of Warfare.
London, University Press

Verny, Th. (2002). Tomorrow's baby.
New York: Simon&Schuster

Virág, T. (1996):Emlékezés egy szederfára
Budapest, Animula

Virág, T. (szerk). (1998): A társadalmi traumatizáció hatásai és pszichoterápiájának tapasztalatai
Budapest, Animula

Virág, T. (2001): „Mély kútba tekinték...” Válogatott tanulmányok Bárdos K., Kardos P. (szerk).
Budapest, Animula

Virág,T. (2001): A vészorszak hatása a holokauszt-túlélők második generációjának magatartására
Budapest, Múlt és Jövő

Weber, D.L., Clarck, C.R., McFarlane, A.C., Moores, K.A., Morris, P.L.P., Garry, F. (2005): Abnormal frontal and parietal activity during working memory updating in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 140, 27-44.

Wilson J.P., Lindy J.D. (szerk.) (1994): *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York, Guilford Press

Winnicott, D. (1971): *Playing and Reality*. London: Tavistock Publication

Wren-Lewis, J. (2004).: A halál közeli élmények és a poszttraumás növekedés összefüggései. in: Kulcsár, (szerk.)(2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort

Zahn-Waxler, C., Robinson, J. (1995): Empathy and guilt: Early origins of feelings of responsibility. In: Tangney, J. P., Fischer, K. W. (szerk.), (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: The Guilford Press

Poszttraumás Stressz Betegség Diagnosztikai Skála

Név: _____ Dátum: _____

A következőkben olyan problémák listáját láthatjuk, amelyeket az emberek néha traumát okozó események átélése után tapasztalnak meg. Kérjük, figyelmesen olvasson el minden állítást és emlékezzen vissza az elmúlt hétre. Először válassza ki azt a választ (0–3), amelyik a legjobban leírja, hogy **milyen gyakran** zavarta Önt ez a probléma az **elmúlt héten**, és jelölje a tételek **bal oldalán**.

0	1	2	3
Egyáltalán nem vagy csak egyszer	Egyszer egy héten (néha)	2-4 alkalommal a héten (gyakran)	öttször a héten (szinte mindig)

Következőleg, kérjük, becsülje meg, hogy mennyire találta **nyugtalanító** az adott dolgot, az elmúlt hét tapasztalata alapján. Kérjük, ehhez az alábbi 0–3-ig terjedő skálát használja, és az eredményt jelölje a tételek **jobb oldalán**.

0	1	2	3
Egyáltalán nem nyugtalanító			Nagyon nyugtalanító

Milyen gyakran?					Mennyire volt nyugtalanító?			
0	1	2	3		0	1	2	3
				1. Nyugtalanító gondolatai vagy emlékképei voltak a traumát okozó eseményről, amelyek akarata ellenére jutottak az eszébe.				
				2. Rossz álmai, rémálmai voltak a traumát okozó eseményről.				
				3. Újra átélte a traumát okozó eseményt, tettet vagy érzést, mintha újra megtörtént volna.				
				4. Zaklatottnak érezte magát, amikor a traumát okozó eseményre emlékezett (pl. megijedt, dühös volt, szomorú volt, bűnsnek érezte magát stb.).				
				5. Testi reakciókat élt át, amikor a traumát okozó eseményre emlékezett (pl. leizzadt, felgyorsult a szívverése).				
				6. Megpróbált nem gondolni a traumát okozó eseményre, nem beszélni róla vagy nem átérezni azt.				
				7. Megpróbálta elkerülni azokat a tevékenységeket, embereket vagy helyeket, amelyek a traumát okozó eseményre emlékeztetik.				
				8. Nem tudott visszaemlékezni a traumát okozó esemény egy fontos részletére.				
				9. Kevésbé érdeklődött fontos tevékenységek iránt vagy ritkábban vett részt azokban.				
				10. Távolinak vagy elzárva érezte magát a körülötte lévő emberektől.				
				11. Érzelmileg tompultnak érezte magát (pl. nem tudott sírni vagy nem tudott szeretettel fordulni mások felé).				
				12. Úgy érezte, hogy a jövőt tervei vagy reményei nem valósulnak meg (pl. nem fog karriert építeni, nem házasodik meg, nem lesznek gyerekei vagy nem lesz hosszú élete).				
				13. Nehézségei voltak az elalvással vagy magával az alvással.				
				14. Ingerlékenynek érezte magát vagy dühkitörései voltak.				
				15. Nehézségei voltak a koncentrációval (pl. nehézségei voltak egy beszélgetés elkezdésével vagy befejezésével, nem tudta követni a tévéfilmeket, elfelejtette, amit olvasott).				
				16. Túlzottan elővigyázatos volt (pl. figyelte, hogy ki van maga körül, az ajtónak háttal kényelmetlenül érezte magát stb.).				
				17. Megijedt vagy könnyen megrémült (pl. amikor valaki maga mögé lépett).				

Elért pontszám: _____

PTSD 1

2. melléklet:

A magyarra fordított kérdőív:

Kérem, hogy határozza meg számokkal egytől tízig, minden egyes mondat, illetve állítás után, hogy érzése szerint mennyire illenek magára ezek az állítások! 1 pontot adjon, ha egyáltalán nem vonatkozik az állítás önre, és tíz pontot amennyiben tökéletesen passzol az állítás önre nézve!

- 1, Azt veszem észre, hogy sokszor olyasvalamit próbálok elérni, ami így, vagy úgy sikertelenséggel végződik.
- 2, A barátaim úgy gondolják, hogy egy ideges típus vagyok, olyasvalaki, aki mindent megtesz azért, hogy ne kövessen el hibákat.
- 3, Hogyha valami új dologba vágom a fejszémet, tele vagyok energiával az elején, néha úgy érzem, mintha újra egy célja lenne az életemnek.
- 4, Nagyon erős szükségem van intimitásra a kapcsolatomban.
- 5, Nagyon sok figyelemre van szükségem az érzéseim iránt a partneremtől.
- 6, A kollegáim tudják, hogy mindig számíthatnak rám, ahol csak segítségre van szükségük, készen állok segíteni nekik kivéve, ha ez túl nehéz nekem.
- 7, Nagyon feszült tudok lenni, ha valamit teljesítenem kell.
- 8, Akárhányszor sikertelenség ér, nem adom fel egykönnyen, legtöbbször úgy gondolom, hogy megéri a fáradságot, hogy még egyszer megpróbáljam.
- 9, Legtöbbször az az érzésem, hogy jobban tudnám. Perfekcionista vagyok magam.
- 10, Nem esik nehezemre az emocionális fájdalmat beismerni és érezni.
- 11, Sok ember nem felel meg az elvárásaimnak.
- 12, Barátaim azt mondják, hogy nagy benyomást teszek rájuk és néha egyszerűen intimidálom őket.
- 13, Ha egy mód van rá a kezemben tartom az irányítást.
- 14, Egy jó érzéssel tud eltölteni ha az embereknek a valóságot mondom, akkor is, ha azt egy haragos hangnemből teszem.
- 15, Ha a partnerem nem tartja be a megállapodásokat, nem hagyom szó nélkül a dolgot.
- 16, Sok felelősséget vállalok magamra, de nagyon nem szeretem, ha mások a felelősségüket nem vállalják. Zokon veszem tőlük, ha segítenem kell, mert problémába keverték magukat.
- 17, Legtöbbször kompetensebbnek tartom magamat a többiekénél.
- 18, Gyorsan irritált leszek, ha az emberek valamit nem jól csinálnak.
- 19, Néha azt mondják az emberek rólam, hogy időnként gyerekként kezelem őket.
- 20, Nem sűrűn érzek kellemetlen érzelmeket, csak néha mérges vagyok és irritált.

- 21, Ha nem is sok mindent hoztam létre, mégis sikeresnek érzem magam az életben.
- 22, Mindenki kedvel engem, de sokszor azt mondják az emberek, hogy nem igazán ismernek.
- 23, Végül is jól vagyok, nem fantasztikusan, de elmegy.
- 24, Szeretek egyedül lenni.
- 25 Nincs különösebben szükségem erős érzelmekre, sokkal kellemesebb dolgokat csinálni.
- 26, Segítek másoknak ha segítséget kérnek, nem érzem magamat túl gyorsan kihasználnak.
- 27, Nem túl gyorsan leszek mérges, általában véve egyforma a kedélyem.
- 28, Nincs sok mindenre szükségem.
- 29, Nincs(nincs sok) közeli barátom.
- 30, Nehezemre esik meghatározni mi mindent érzek. Általában véve rendbenlévőnek érzem magam.
31. Sokszor kisebbségi érzésem van.
- 32, Mélyen magamban azt érzem, hogy én rossz vagyok.
- 33, Akármennyi sikert is érek el, értéktelennek érzem magam végül is.
- 34, Sűrűn az az érzésem, hogy túl sok felelősség nehezedik rám.
- 35, Őszintén szólva mindig az az érzésem, ha mások megismernek, hogy nem fognak engem kedvelni. Mindig meglep, hogy mégis kedvelnek.
- 36, Valahogy mindig az az érzésem, hogy nem igazán érdemlem meg hogy szeressenek.
- 37, Végül is egy csomó olyan dolgot csináltam amiért szégyellem magam.
- 38, Attól félek, ha terápiába megyek, hogy a terapeuta ki fogja deríteni, hogy végül is én nem vagyok jó.
- 39, Sűrűn van az az érzésem, hogy az én hibám, ha valami nem sikerül.
- 40, Akármennyire igyekszem sosem lesz elég jó...
- 41, Félek egy csoport előtt beszélni.
- 42, Tartok tőle, hogy egyedül utazzam.
- 43, Néha hirtelen erős szívdobogás fog el.
- 44, Rendszeresen kiver a hideg veríték.
- 45, Gyorsan hagyom magam elveszni nagyszájú típusok által akik intimidálnak engem.
- 46, Van egy fóbiám.
- 47, Néha elfog a pánik.
- 48, Sűrűn vannak remegéseim.
- 49, A lélegzésem néha pillanatok alatt rendszertelenné válik.
- 50, Sűrűn van hasmenésem.

3. melléklet:

Magyarról hollandra visszafordított kérdőív és felvételi instrukciók:

Met deze test kunt u in kaart brengen welke afweer mechanisme u het meest gebruikt. Iedereen gebruikt de vijf bekende afweermechanismen – waaronder angst – , het verschil ligt in hoe wij het toepassen. Met deze test kunt u nagaan welke vorm(en) u het meest toepast. Geeft u na elke zin aan, met nummers van 1-10, welke bewering het meest bij u past.

het gaat niet over mij,

10 – ik herken mij volledig

Sommige vragen bestaan uit twee delen, ofwel twee beweringen. In het geval dat enkel het ene of het andere deel van de zin bij u past, dus u herkent uzelf niet in de hele zin, krijgt de zin een lage score.

Laten we naar bewering 22 kijken:

“ Iedereen vindt mij aardig, maar mensen zeggen vaak dat ze mij niet echt goed kennen.”

Als u ook door anderen aardig gevonden wordt, maar nooit hoort dat ze u niet echt goed kennen dan geldt deze bewering niet voor u.

Als u zich in de bewering herkent, kunt u het met hoge score beoordelen (8,9).

Als u zichzelf alleen min of meer herkent in de bewering dan moet u het een midden hoge score geven (5,6). Hiervoor moet u kiezen als u vindt dat “, mensen u aardig vinden, maar soms zeggen dat ze u niet helemaal kunnen doorgronden.’

Als u zichzelf niet of alleen gedeeltelijk herkent in de bewering dan moet u het een lage score geven (1,2)

Voorbeeld: ‘U vindt dan dus ‘dat mensen u aardig vinden, maar ze zeggen nooit dat ze het gevoel hebben dat ze u niet kennen.’ Of: ‘ Mensen vinden mij niet gauw aardig maar ze zeggen eigenlijk nooit dat ze mij niet echt goed kennen.’

Kort gezegd: U moet de samengestelde zinnen een score geven afhankelijk van hoever het geheel van de bewering (beide delen, of beide beweringen) tot uzelf kunt betrekken.

Probeer eerlijk te zijn. U moet weten dat u over u antwoorden, of over deze test met niemand hoeft te praten. Het is niet gemakkelijk om eerlijk over onze afweer mechanismes te vertellen, want deze laten ons niet echt van onze mooiste kant zien!

Laten we diep in onszelf kijken en eerlijke antwoorden geven ook in het geval dat we de werkelijkheid moeilijk onder ogen kunnen zien, zelfs bij onszelf...

Denkt u aan dat u nu hele belangrijke stappen maakt naar uw genezing toe.

Als u ervaart dat u mooiere (ook als het een klein beetje mooiere zijn) score geeft, dan zou moeten, dan moet u beseffen dat dit wijst naar het werken van het afweer mechanisme.

1, Ik heb gemerkt dat ik vaak iets probeer te bereiken, dat op de een of andere manier niet lukt. Mijn vrienden denken, dat ik een nerveus type ben, iemand, die alles voor over heeft om geen fouten te maken.

Als ik aan iets nieuws begin, dan ben ik vol energie en heb het gevoel alsof mijn leven weer een doel heeft.

4. Ik heb sterke behoefte aan intimiteit in mijn relatie.

5. Ik heb veel aandacht nodig van mijn partner voor mijn gevoelens.

Mijn collega's weten dat ze op mijn kunnen rekenen, in alles waarbij ze hulp nodig hebben, ik sta voor hen klaar behalve als het te zwaar voor mij is.

7. Ik kan heel gespannen zijn als ik moet presteren.

Elke keer als iets niet lukt, geef ik het niet gemakkelijk op, meestal denk ik dat het de moeite waard is om het nogmaals te proberen.

9. Meestal denk ik dat ik het beter zou kunnen. Ik vind mijzelf een perfectionist.

10. Het kost mij geen moeite om emotionele pijn te erkennen en te voelen.

11. Veel mensen voldoen niet aan mijn verwachtingen.

12. Mijn vrienden zeggen dat ik grote indruk op hen maak en soms intimideer ik hen simpelweg.

13. Als het kan hou ik de leiding in eigen hand.

14. Het voelt goed om mensen de waarheid te vertellen zelfs als dat op een boze manier moet.

15. Als mijn partner zich niet houdt aan wat afgesproken is, laat ik dat niet onopgemerkt.

Ik neem veel verantwoordelijkheid op mij, maar ik erger mijn heel erg als mensen hun verantwoordelijkheden niet nemen. Ik neem hen kwalijk als ik helpen moet omdat zij zich in de problemen hebben gewerkt.

17. Meestal vind ik mij meer competent dan anderen.

18. Ik wordt gauw geïrriteerd als mensen iets niet goed doen.

19. Soms zeggen mensen dat ik ze van tijd tot tijd als kinderen behandel.

Ik heb niet vaak onaangename gevoelens, alleen als ik soms boos ben en geïrriteerd.

21. Ook al heb ik niet veel in mijn leven bereikt, toch voel ik mij succesvol in het leven.

22. Iedereen vind mij aardig, maar mensen zeggen vaak dat ze mij niet echt goed kennen.

23. Eigenlijk voel ik mij goed, niet fantastisch, maar het gaat wel.

24. Ik hou van alleen zijn.

25. Ik heb eigenlijk geen behoefte aan sterke emoties, het is veel aangenamer om dingen te doen.

26. Ik help anderen als ze om hulp vragen, ik voel mij niet gauw gebruikt.

27. Ik word niet gauw boos, ik ben over het algemeen in dezelfde stemming.

28. Ik heb niet veel dingen nodig.

29. Ik heb geen (niet veel) goede vrienden.
30. Ik kan moeilijk definiëren wat ik voel. Over het algemeen voel ik mij opgeruimd.
31. Ik heb vaak minderwaardigheidsgevoelens.
32. Diep in mijzelf voel ik dat ik slecht ben.
33. Maakt niet uit hoeveel succes ik bereik, uiteindelijk voel ik mij toch waardeloos.
34. Ik voel vaak dat er teveel verantwoordelijkheid op mij drukt.
Ik heb eerlijk gezegd altijd het gevoel als anderen mij leren kenen dat ze mij niet leuk gaan vinden. Ik ben altijd verrast als ze mij toch leuk vinden.
36. Op de een of andere manier heb ik het idee dat ik het niet echt waard ben om geliefd te zijn.
37. Uiteindelijk heb ik een heleboel dingen gedaan waarvoor ik mij schaam.
Ik ben bang dat als ik in therapie ga dat dan de therapeut achter gaat komen dat ik eigenlijk niet goed ben.
39. Ik heb vaak het gevoel dat het mijn schuld is als iets niet lukt.
40. Het maakt niet uit hoe goed ik mijn best doe, het wordt nooit goed
41. Ik ben bang om voor een groep te spreken.
42. Ik vind het eng om alleen te reizen.
43. Soms heb ik abrupt hevige hartkloppingen.
44. Regelmatig breekt mij het koude zweet uit.
45. Ik raak mijzelf snel kwijt door mondige types die mij intimideren.
46. Ik heb een fobie.
47. soms raak ik in paniek.
48. Ik beef vaak.
49. Mijn ademhaling wordt soms ineens onregelmatig.
50. Ik heb vaak diarree.(1)

Fordította: Ar dai Petra, Amsterdam

1, Ez az utolsó kérdés később lett hozzátéve, mert valahogy lemaradt először...

4. melléklet:

A hollandra visszafordított szöveg a PRI szervezet által javasolt javításokkal:

Met deze test kunt u in kaart brengen welke afweer mechanisme u het meest gebruikt. Iedereen gebruikt de vijf bekende afweermechanismen – waaronder angst – , het verschil ligt in hoe wij het toepassen. Met deze test kunt u nagaan welke vorm(en) u het meest toepast. Geeft u na elke zin aan, met nummers van 1-10, welke bewering het meest bij u past.

6. het gaat niet over mij,

10 – ik herken mij volledig

Sommige vragen bestaan uit twee delen, ofwel twee beweringen. In het geval dat enkel het ene of het andere deel van de zin bij u past, dus u herkent uzelf niet in de hele zin, krijgt de zin een lage score.

Laten we naar bewering 22 kijken:

“ Iedereen vindt mij aardig, maar mensen zeggen vaak dat ze mij niet echt goed kennen.”

Als u ook door anderen aardig gevonden wordt, maar nooit hoort dat ze u niet echt goed kennen dan geldt deze bewering niet voor u.

Als u zich in de bewering herkent, kunt u het met hoge score beoordelen (8,9).

Als u zichzelf alleen min of meer herkent in de bewering dan moet u het een midden hoge score geven (5,6). Hiervoor moet u kiezen als u vindt dat “, mensen u aardig vinden, maar soms zeggen dat ze u niet helemaal kunnen doorgronden.’

Als u zichzelf niet of alleen gedeeltelijk herkent in de bewering dan moet u het een lage score geven (1,2)

Voorbeeld: ‘U vindt dan dus ‘dat mensen u aardig vinden, maar ze zeggen nooit dat ze het gevoel hebben dat ze u niet kennen.’ Of: ‘ Mensen vinden mij niet gauw aardig maar ze zeggen eigenlijk nooit dat ze mij niet echt goed kennen.’

Kort gezegd: U moet de samengestelde zinnen een score geven afhankelijk van hoever het geheel van de bewering (beide delen, of beide beweringen) tot uzelf kunt betrekken. Probeer eerlijk te zijn. U moet weten dat u over u antwoorden, of over deze test met niemand hoeft te praten. Het is niet gemakkelijk om eerlijk over onze afweer mechanismes te vertellen, want deze laten ons niet echt van onze mooiste kant zien!

Laten we diep in onszelf kijken en eerlijke antwoorden geven ook in het geval dat we de werkelijkheid moeilijk onder ogen kunnen zien, zelfs bij onszelf...

Denkt u aan dat u nu hele belangrijke stappen maakt naar uw genezing (liever: **heelwording**) toe. Als u ervaart dat u mooiere (ook als het een klein beetje mooiere zijn) score geeft, dan zou moeten, dan moet u beseffen dat dit wijst naar het werken (liever: **de werking**) van het afweer mechanisme.

1, Ik heb gemerkt dat ik vaak iets probeer te bereiken, dat op de een of andere manier niet lukt.

2. Mijn vrienden denken, dat ik een nerveus type ben, iemand, die alles voor over heeft om geen fouten te maken.
3. Als ik aan iets nieuws begin, dan ben ik vol energie en heb het gevoel alsof mijn leven weer een doel heeft.
4. Ik heb sterke behoefte aan intimiteit in mijn relatie.
5. Ik heb veel aandacht nodig van mijn partner voor mijn gevoelens.
6. Mijn collega's weten dat ze op mijn (mij /spelfout) kunnen rekenen, in alles waarbij ze hulp nodig hebben, ik sta voor hen klaar behalve als het te zwaar voor mij is.
7. Ik kan heel gespannen zijn als ik moet presteren.
8. Elke keer als iets niet lukt, geef ik het niet gemakkelijk op, meestal denk ik dat het de moeite waard is om het nogmaals te proberen.
9. Meestal denk ik (liever: heb ik het gevoel) dat ik het beter zou kunnen. Ik vind mijzelf een perfectionist.
10. Het kost mij geen moeite om emotionele pijn te erkennen en te voelen.
11. Veel mensen voldoen niet aan mijn verwachtingen.
12. Mijn vrienden zeggen dat ik grote indruk op hen maak (liever: imponeer: indruk maken op is voor meerdere uitleg vatbaar) en soms intimideer ik hen simpelweg.
13. Als het kan hou ik de leiding in eigen hand.
14. Het voelt goed om mensen de waarheid te vertellen zelfs als dat op een boze manier moet.
15. Als mijn partner zich niet houdt aan wat afgesproken is, laat ik dat niet onopgemerkt.
16. Ik neem veel verantwoordelijkheid op mij, maar ik erger mijn (mij: seplfout) heel erg als mensen hun verantwoordelijkheden niet nemen. Ik neem (het) hen kwalijk als ik helpen moet omdat zij zich in de problemen hebben gewerkt.
17. Meestal vind ik mij meer competent dan anderen.
18. Ik wordt gauw geïrriteerd als mensen iets niet goed doen.
19. Soms zeggen mensen dat ik ze van tijd tot tijd als kinderen (als kind) behandel.
20. Ik heb niet vaak onaangename gevoelens, alleen als ik soms boos ben en geïrriteerd.
21. Ook al heb ik niet veel in mijn leven bereikt, toch voel ik mij succesvol in het leven.
22. Iedereen vind mij aardig, maar mensen zeggen vaak dat ze mij niet echt goed kennen.
23. Eigenlijk voel ik mij goed (het gaat doorgaans best met mij/ maak er ev. van; wel goed (ipv goed!)), niet fantastisch, maar het gaat wel.

24. Ik hou van alleen zijn.
25. Ik heb eigenlijk geen behoefte aan sterke emoties, het is veel aangenamer om dingen te doen.
26. Ik help anderen als ze om hulp vragen, ik voel mij niet gauw gebruikt.
27. Ik word niet gauw boos, ik ben over het algemeen in dezelfde stemming. (liever: **nogal gelijkmatig**).
28. Ik heb niet veel dingen nodig.
29. Ik heb geen (niet veel) goede vrienden.
30. Ik kan moeilijk definiëren wat ik voel. Over het algemeen voel ik mij opgeruimd. (liever! **Gewoon oke (niet goed, niet slecht)**).
31. Ik heb vaak minderwaardigheidsgevoelens.
32. Diep in mijzelf voel ik dat ik slecht ben. (liever: **heb ik het gevoel dat ik eigenlijk...**)
33. Maakt niet uit hoeveel succes ik bereik, uiteindelijk voel ik mij toch waardeloos.
34. Ik voel vaak dat er teveel verantwoordelijkheid op mij drukt.
35. Ik heb eerlijk gezegd altijd het gevoel als anderen mij leren kennen dat ze mij niet leuk gaan vinden. Ik ben altijd verrast als ze mij toch leuk vinden.
36. Op de een of andere manier heb ik het idee dat ik het niet echt waard ben om geliefd te zijn.
37. Uiteindelijk heb ik een heleboel dingen gedaan waarvoor ik mij schaam. (liever: **Ik heb best veel dingen...**)
38. Ik ben bang dat als ik in therapie ga dat dan de therapeut (**er**) achter gaat komen dat ik eigenlijk niet goed ben.
39. Ik heb vaak het gevoel dat het mijn schuld is als iets niet lukt.
40. Het maakt niet uit hoe goed ik mijn best doe, het wordt nooit goed. (liever; **goed genoeg**)
41. Ik ben bang om voor een groep te spreken.
42. Ik vind het eng om alleen te reizen.
43. Soms heb ik abrupt hevige hartkloppingen. (liever: **hevige weglaten**)
44. Regelmatig breekt mij het koude zweet uit.
45. Ik raak mijzelf snel kwijt door mondige types die mij intimideren.
46. Ik heb een fobie.

47. soms raak ik in paniek.

48. Ik beef vaak.

49. Mijn ademhaling wordt soms ineens onregelmatig.

Item 50 mist!

Chronbach Alfa vizsgálat a PRI kérdőívvel

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,575	0,566	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Hamis remény1	3,12	2,579	78
Hamis remény2	4,67	3,206	78
Hamis remény3	6,28	2,993	78
Hamis remény4	7,28	2,588	78
Hamis remény5	7,22	2,899	78
Hamis remény6	7,41	2,287	78
Hamis remény7	6,55	2,607	78
Hamis remény8	6,85	2,569	78
Hamis remény9	6,31	2,493	78
Hamis remény10	7,13	2,722	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hamis remény1	59,69	131,385	0,234	0,289	0,555
Hamis remény2	58,14	117,681	0,343	0,492	0,523
Hamis remény3	56,53	129,214	0,201	0,229	0,565
Hamis remény4	55,53	127,447	0,303	0,585	0,538
Hamis remény5	55,59	112,791	0,498	0,615	0,478
Hamis remény6	55,40	140,009	0,122	0,196	0,579
Hamis remény7	56,26	128,557	0,279	0,483	0,544
Hamis remény8	55,96	140,843	0,072	0,084	0,593
Hamis remény9	56,50	130,747	0,261	0,148	0,548

Hamis remény10	55,68	129,337	0,244	0,183	0,552	
----------------	-------	---------	-------	-------	-------	--

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,718	0,723	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Hamis hatalom1	5,14	2,836	78
Hamis hatalom2	3,54	2,822	78
Hamis hatalom3	6,42	2,656	78
Hamis hatalom4	5,87	2,857	78
Hamis hatalom5	6,83	2,611	78
Hamis hatalom6	5,38	2,570	78
Hamis hatalom7	4,68	2,616	78
Hamis hatalom8	4,87	2,844	78
Hamis hatalom9	2,72	2,374	78
Hamis hatalom10	4,87	2,920	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hamis hatalom1	45,19	160,235	0,562	0,426	0,664
Hamis hatalom2	46,79	177,750	0,304	0,313	0,709
Hamis hatalom3	43,91	180,784	0,291	0,321	0,710
Hamis hatalom4	44,46	168,200	0,435	0,349	0,686
Hamis hatalom5	43,50	177,448	0,350	0,376	0,701
Hamis hatalom6	44,95	166,932	0,528	0,476	0,673
Hamis hatalom7	45,65	171,892	0,436	0,526	0,687
Hamis hatalom8	45,46	165,732	0,475	0,581	0,679
Hamis hatalom9	47,62	176,915	0,413	0,291	0,692

Hamis hatalom10	45,46	196,771	0,040	0,187	0,752
-----------------	-------	---------	-------	-------	-------

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,636	0,649	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Szükségletek tagadása1	5,10	2,921	78
Szükségletek tagadása2	5,46	2,671	78
Szükségletek tagadása3	5,67	2,632	78
Szükségletek tagadása4	6,22	3,078	78
Szükségletek tagadása5	4,50	2,743	78
Szükségletek tagadása6	7,31	2,320	78
Szükségletek tagadása7	4,99	2,660	78
Szükségletek tagadása8	5,24	2,693	78
Szükségletek tagadása9	5,54	3,294	78
Szükségletek tagadása10	5,29	2,815	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Szükségletek tagadása1	50,22	161,316	0,171	0,159	0,640
Szükségletek tagadása2	49,86	150,980	0,372	0,186	0,596
Szükségletek tagadása3	49,65	153,736	0,335	0,245	0,604
Szükségletek tagadása4	49,10	146,821	0,351	0,192	0,599
Szükségletek tagadása5	50,82	153,188	0,321	0,227	0,607
Szükségletek tagadása6	48,01	157,182	0,343	0,247	0,605
Szükségletek tagadása7	50,33	142,485	0,519	0,329	0,564
Szükségletek tagadása8	50,08	160,488	0,216	0,135	0,628
Szükségletek tagadása9	49,78	166,536	0,060	0,131	0,671

Szükségletek tagadása10	50,03	145,402	0,430	0,323	0,582	
-------------------------	-------	---------	-------	-------	-------	--

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,878	0,880	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Primer védekezés1	5,87	3,320	78
Primer védekezés2	3,81	2,897	78
Primer védekezés3	4,04	3,004	78
Primer védekezés4	5,74	3,043	78
Primer védekezés5	4,37	3,220	78
Primer védekezés6	3,17	2,499	78
Primer védekezés7	2,92	2,547	78
Primer védekezés8	2,69	2,703	78
Primer védekezés9	5,23	3,145	78
Primer védekezés10	4,96	3,394	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Primer védekezés1	36,94	352,087	0,508	0,398	0,874
Primer védekezés2	39,00	344,260	0,686	0,587	0,860
Primer védekezés3	38,77	339,556	0,703	0,576	0,858
Primer védekezés4	37,06	361,983	0,477	0,387	0,876
Primer védekezés5	38,44	349,002	0,558	0,441	0,870
Primer védekezés6	39,64	357,506	0,663	0,615	0,863
Primer védekezés7	39,88	369,870	0,511	0,415	0,872
Primer védekezés8	40,12	358,207	0,595	0,462	0,867
Primer védekezés9	37,58	340,039	0,660	0,603	0,862

Primer védekezés10	37,85	328,547	0,702	0,681	0,858	

Type to enter text

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
0,868	0,880	10

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Félelem, 1	4,78	4,792	77
Félelem, 2	3,00	2,791	77
Félelem, 3	3,96	3,393	77
Félelem, 4	3,05	2,982	77
Félelem, 5	3,87	3,338	77
Félelem, 6	4,31	3,833	77
Félelem, 7	4,30	3,587	77
Félelem, 8	2,74	2,623	77
Félelem, 9	3,04	3,019	77
Félelem, 10	2,40	2,637	77

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Félelem, 1	30,68	425,406	0,344	0,250	0,887
Félelem, 2	32,45	443,988	0,550	0,399	0,859
Félelem, 3	31,49	403,253	0,746	0,768	0,842
Félelem, 4	32,40	434,033	0,591	0,437	0,856
Félelem, 5	31,58	419,220	0,630	0,458	0,852
Félelem, 6	31,14	411,571	0,580	0,640	0,857
Félelem, 7	31,16	388,686	0,812	0,776	0,836
Félelem, 8	32,71	429,996	0,731	0,693	0,848
Félelem, 9	32,42	418,036	0,723	0,686	0,846

Félelem, 10	33,05	469,892	0,346	0,241	0,872	

Chronbach Alfa vizsgálat a PTSD kérdőívvel

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,843	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PDS1_1 Újraélés	1,46	0,989	78
PDS2_1 Újraélés	0,86	1,016	78
PDS3_1 Újraélés	1,04	0,973	78
PDS4_1 Újraélés	1,55	1,002	78
PDS5_1 Újraélés	1,28	1,056	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PDS1_1 Újraélés	4,73	10,069	0,723	0,791
PDS2_1 Újraélés	5,33	10,874	0,549	0,838
PDS3_1 Újraélés	5,15	10,521	0,652	0,810
PDS4_1 Újraélés	4,64	9,947	0,733	0,788
PDS5_1 Újraélés	4,91	10,420	0,594	0,826

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,793	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PDS6_1 Elkerülés	1,25	1,090	77
PDS7_1 Elkerülés	1,26	1,163	77
PDS8_1 Elkerülés	0,71	0,944	77
PDS9_1 Elkerülés	0,94	0,937	77

PDS10_1 Elkerülés	1,14	1,073	77
PDS11_1 Elkerülés	1,12	0,932	77
PDS12_1 Elkerülés	1,36	1,050	77

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PDS6_1 Elkerülés	6,53	17,515	0,490	0,772
PDS7_1 Elkerülés	6,52	16,700	0,539	0,763
PDS8_1 Elkerülés	7,06	19,430	0,343	0,796
PDS9_1 Elkerülés	6,84	18,028	0,537	0,764
PDS10_1 Elkerülés	6,64	16,550	0,627	0,745
PDS11_1 Elkerülés	6,66	17,911	0,558	0,760
PDS12_1 Elkerülés	6,42	17,167	0,564	0,758

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,825	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PDS13_1 Feszültség	1,51	1,192	78
PDS14_1 Feszültség	1,33	1,040	78
PDS15_1 Feszültség	1,19	1,020	78
PDS16_1 Feszültség	0,87	0,998	78
PDS17_1 Feszültség	1,04	1,012	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PDS13_1 Feszültség	4,44	10,379	0,597	0,801
PDS14_1 Feszültség	4,62	11,409	0,554	0,809

PDS15_1 Feszültség	4,76	11,070	0,630	0,788
PDS16_1 Feszültség	5,08	10,851	0,690	0,772
PDS17_1 Feszültség	4,91	11,018	0,647	0,784

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,793	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PDS6_1 Elkerülés	1,25	1,090	77
PDS7_1 Elkerülés	1,26	1,163	77
PDS8_1 Elkerülés	0,71	0,944	77
PDS9_1 Elkerülés	0,94	0,937	77
PDS10_1 Elkerülés	1,14	1,073	77
PDS11_1 Elkerülés	1,12	0,932	77
PDS12_1 Elkerülés	1,36	1,050	77

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PDS6_1 Elkerülés	6,53	17,515	0,490	0,772
PDS7_1 Elkerülés	6,52	16,700	0,539	0,763
PDS8_1 Elkerülés	7,06	19,430	0,343	0,796
PDS9_1 Elkerülés	6,84	18,028	0,537	0,764
PDS10_1 Elkerülés	6,64	16,550	0,627	0,745
PDS11_1 Elkerülés	6,66	17,911	0,558	0,760

PDS12_1 Elkerülés	6,42	17,167	0,564	0,758
-------------------	------	--------	-------	-------

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,825	5

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PDS13_1 Feszültség	1,51	1,192	78
PDS14_1 Feszültség	1,33	1,040	78
PDS15_1 Feszültség	1,19	1,020	78
PDS16_1 Feszültség	0,87	0,998	78
PDS17_1 Feszültség	1,04	1,012	78

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PDS13_1 Feszültség	4,44	10,379	0,597	0,801
PDS14_1 Feszültség	4,62	11,409	0,554	0,809
PDS15_1 Feszültség	4,76	11,070	0,630	0,788
PDS16_1 Feszültség	5,08	10,851	0,690	0,772
PDS17_1 Feszültség	4,91	11,018	0,647	0,784
PDS11_1 Elkerülés	1,12	0,932	0,77	
PDS12_1 Elkerülés	1,36	1,050	0,77	

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PDS6_1 Elkerülés	6,53	17,515	0,490	0,772
PDS7_1 Elkerülés	6,52	16,700	0,539	0,763
PDS8_1 Elkerülés	7,06	19,430	0,343	0,796
PDS9_1 Elkerülés	6,84	18,028	0,537	0,764
PDS10_1 Elkerülés	6,64	16,550	0,627	0,745
PDS11_1 Elkerülés	6,66	17,911	0,558	0,760
PDS12_1 Elkerülés	6,42	17,167	0,564	0,758

Instrukciók a vizsgálatvezetőknek a tesztfelvételhez:

Kedves Kollega,

Ezzel a teszttel, melyet Ingeborg Bosch Bonomo, a PRI (Past Reality Integration) terápia megalkotója dolgozott ki, meghatározható, hogy melyik elhárító mechanizmusokat használja kliense a legsűrűbben.

*Mindenki használja az összes elhárító mechanizmust (a félelmet is beleértve) de különbség mutatkozik abban, hogy milyen sűrűn vannak egyes elhárító stratégiák igénybevéve. Ez a teszt kimutatja, hogy mely forma, vagy formák vannak **elsődlegesen** igénybevéve.*

A teszt felvételénél a következő instrukciókat kell kliensének elmondania.

Kérem, hogy határozza meg számokkal egytől tízig, minden egyes mondat, illetve állítás után, hogy érzése szerint mennyire illenek magára ezek az állítások!

1 pontot adjon, ha egyáltalán nem vonatkozik az állítás önre, és tíz pontot amennyiben tökéletesen passzol az állítás önre nézve!

Felhívom a figyelmét, hogy némelyik állítás két részből, vagyis két különálló kijelentésből áll. Ha csak a kijelentés egyik, vagy másik része vonatkoztatható önre, abban az esetben a mondat egészében nem ismeri fel magát, s így természetesen a pontszám is alacsony lesz majd amellyel a kijelentést értékelni fogja.

Példának okáért nézze meg mondjuk a 22 számú kijelentést:

“ Mindenki kedvel engem, de sokszor azt mondják az emberek, hogy nem ismernek igazán”

Ha mindkét kijelentés igaz önre nézve, vagyis saját meglátása szerint az emberek szívesen látják önt és az is sokszor elhangzik, hogy nem igazán ismerik önt, akkor ez az item egy magas pontszámmal értékelhető. (8, 9, vagy 10)

Amennyiben önmagát úgy-ahogy felismeri az egész állításban (vagyis mind a két állítás valamennyire valósnak érződik önre nézve) az esetben közepes pontozásban részesítheti önmagát. (5,6, vagy 7) Ez a helyzet akkor van például, ha azt gondolja: “ Igen, az emberek legtöbbszörre kedvelnek, de néha azt hallom, hogy az az érzésük, hogy nem igazándiból ismernek”

Ha nem ismeri fel magát az állítás egészében, vagy csak egy részében akkor alacsony pontszámot kell, hogy adjon (1,2).

Például: “ Az emberek kedvelnek engem, de végülis sohasem mondják, hogy az az érzésük, hogy engem valójában nem ismernek”, vagy: “ Az emberek nem túl gyorsan kedvelnek meg, és sűrűn hallom, hogy az az érzésük, hogy engem nem igazán ismernek”, vagy: “ Az emberek nem igazán kedvelnek meg gyorsan, de sosem hallom, hogy az lenne az érzésük velem kapcsolatban, hogy nem ismernek.”

Röviden: Pontozza az összevont mondatokat az alapján, mennyire vonatkozik az állításnak az **egésze**, (mindkét része, vagy kijelentése) magára.

Hivja fel kliense figyelmét, hogy próbáljon minél őszintébb lenni!

Gondoljon arra, hogy válaszairól senkivel sem kell, hogy beszéljen, sőt erről a tesztéről sem.

Mondja el nekik, hogy nem könnyű őszintén nyilatkozni az elhárító mechanizmusainkról, mert ezek minket nem éppen a legszebb oldalunkról mutatnak meg! Nézzünk ezért hát mélyen magunkba és adjunk őszinte válaszokat akkor is, ha a valóságot nem szívesen akarjuk látni még magunkban sem....

(Gondoljon arra, hogy most nagyon fontos lépéseket tesz a gyógyulása felé, ha terápiás helyzetben veszi fel a tesztet!)

Ha azt tapasztalja, hogy a pontozást mégis (ha csak egy kicsit is) szebbé akarja tenni, mint amilyen, gondoljon arra, hogy ez az elhárítás működésére mutat.

Kiértékelés.

A kérdésekre adott pontszámokat adja össze 1-től 10-ig, 11-től 20-ig, 21-től 30-ig, 31-től 40-ig és 41-től 50-ig, majd mind az öt kiszámolt eredményt ossza el tízzel. A legmagasabb érték adja meg, hogy melyik a leggyakrabban használt védekező mechanizmus, a legalacsonyabb pontszám pedig a legkevésbé használt és így tovább.

Az első tíz kérdés (1-10) a „ hamis remény” védekező mechanizmusra kérdez. A második tíz(11-20), a „ hamis hatalom”, majd a „szükségletek tagadása „(21-30) s azután az „elsődleges védekező mechanizmus”(31-40) következnek. Legvégül a „félelem” következik a sorban (41-50-ig)

Kérem küldje el a felvett anyagot egy **rövid ismertetéssel a kliense problémáját** illetően (névre nincs szükségem, de az életkor, családi állapot, iskolázottság és a szociális helyzet fontos a vizsgálat szempontjából).

A vizsgálat célja egy traumatizáltságot mérő kérdőív eredményeinek összevetése az ezáltal a teszt által meghatározott elhárító mechanizmusok struktúrájával. A vizsgálat kerete egy, a pécsi tudományegyetem doktori iskolájának keretei közt íródó doktori disszertáció.

Szíves közreműködését köszönöm,

üdvözlettel,

Havelka Judit, doktorandusz

Vizsgálati kérdőív

<p>v.sz. nevének kezdőbetűi:</p> <p>Tesztfelvétel dátuma:</p> <p>Születési dátum:</p> <p>:</p> <p>7. férfi</p> <p>8. nő</p> <p>születési hely:</p> <p>9. Magyarország</p> <p>10. Más ország:</p> <p>Iskolai végzettség:</p> <p>11. nincs</p> <p>12. általános iskola</p> <p>13. középiskola</p> <p>14. magasabb szintű (nem egyetemi) egyetemi diploma</p> <p>Édesanyja születési helye:</p> <p>15. Magyarország</p> <p>16. Más ország:</p> <p>Édesapa születési helye:</p> <p>17. Magyarország</p> <p>18. Más ország:</p> <p>Hány testvére van? :</p> <p>Szülők képzettsége:</p> <p>Anya:</p> <p>19. nincs</p> <p>20. általános iskola</p> <p>21. középiskola</p> <p>22. magasabb szintű (nem egyetemi)</p> <p>23. egyetemi diploma</p> <p>Apa:</p> <p>24. nincs</p> <p>25. általános iskola</p> <p>26. középiskola</p> <p>27. magasabb szintű (nem egyetemi)</p> <p>28. egyetemi diploma</p>	<p>Munkahely <input type="checkbox"/></p> <p>Krónikus betegség: <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen</p> <p>mégpedig:</p> <p>Medikáció: <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen</p> <p>mégpedig</p> <p>pszichiátriai kezelés alatt áll/állt <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen</p> <p>milyen problémával? <input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> krónikus</p> <p>terápiába jár <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen</p> <p>milyen problémával?</p> <p>traumatikus eseményről a múltban vagy a közel múltban tud/ <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> igen</p> <p>milyen típusu trauma? <input type="checkbox"/> 1-es (egyszeri történés) <input type="checkbox"/> 2-es (ismétlődő, hosszantartó traumatizáltság illetve elhanyagoltság)</p> <p>2-es esetén Milyen időszakot ölel fel?</p>
---	---

nem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ffi	15	19,2	19,2	19,2
	nő	63	80,8	80,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

iskola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	általános	5	6,4	6,4	6,4
	középfokú	23	29,5	29,5	35,9
	felsőfokú	50	64,1	64,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

probléma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nincs	34	43,6	43,6	43,6
	szorongás	8	10,3	10,3	53,8
	kapcsolati problémák	8	10,3	10,3	64,1
	depresszió	11	14,1	14,1	78,2
	bipoláris	1	1,3	1,3	79,5
	fóbia	3	3,8	3,8	83,3
	öngyilkosság	1	1,3	1,3	84,6
	tanulási zavarok	1	1,3	1,3	85,9
	szex problémák	1	1,3	1,3	87,2
	anorexia	1	1,3	1,3	88,5
	ptsd	2	2,6	2,6	91,0
	pánik	1	1,3	1,3	92,3
	kényszer	2	2,6	2,6	94,9
	személyiségzavarok	1	1,3	1,3	96,2
	addikció	1	1,3	1,3	97,4
	pszichózis	1	1,3	1,3	98,7
	burn out	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

trauma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	egyes típus	30	38,5	38,5	38,5
	kettes típus	32	41,0	41,0	79,5
	nincs tudatában	16	20,5	20,5	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

A PTSD tünetek erőssége és a védekező mechanizmusok erőssége közötti kapcsolat szorosságának a vizsgálata

		Correlations										
		Hamisemé- ny	Hamishatalom	Szükséglettagadás	Primervéde- kezés	Félelem	Össz hártás (5 skála együtt)	Tünet	Distressz	Újraélmé- s	Elkerülé- s	Feszültség
Hamisemé- ny	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 0,000 78	,462* 0,000 78	0,032 0,784 78	,335* 0,033 78	,301* 0,006 77	,600* 0,000 77	,357* 0,001 78	,418* 0,000 78	,292* 0,041 78	,432* 0,000 78	,278* 0,015 78
Hamishatalom	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,462* 0,000 78	1 0,000 78	,295 0,011 78	,226 0,047 78	0,166 0,150 77	,617* 0,000 77	,362* 0,001 78	,318* 0,005 78	,316* 0,005 78	,295* 0,024 78	,296* 0,009 78
Szükséglettagadás	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	0,032 0,784 78	,295 0,011 78	1 0,000 78	-0,122 0,287 78	-0,023 0,841 77	,283* 0,013 77	0,045 0,699 78	0,051 0,657 78	0,135 0,238 78	-0,111 0,332 78	0,126 0,273 78
Primervéde- kezés	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,335* 0,003 78	,226* 0,047 78	-0,122 0,287 78	1 0,000 78	,571* 0,000 77	,744* 0,000 77	,490* 0,000 78	,492* 0,000 78	,250* 0,027 78	,490* 0,000 78	,371* 0,001 78
Félelem	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,301* 0,006 77	0,166 0,150 77	-0,023 0,841 77	,571* 0,000 77	1 0,000 77	,758* 0,000 77	,480* 0,000 77	,568* 0,000 77	,294* 0,010 77	,458* 0,006 77	,487* 0,000 77
Össz hártás (5 skála együtt)	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,600* 0,000 77	,617* 0,000 77	,283* 0,013 77	,744* 0,000 77	,758* 0,000 77	1 0,000 77	,574* 0,000 77	,633* 0,000 77	,399* 0,000 77	,525* 0,000 77	,529* 0,000 77
Tünet	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,357* 0,001 78	,418* 0,001 78	0,045 0,699 78	,450* 0,000 78	,480* 0,000 77	,574* 0,000 77	1 0,000 78	,399* 0,000 78	,826* 0,000 78	,859* 0,000 78	,701* 0,000 78
Distressz	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,418* 0,000 78	,318* 0,005 78	0,051 0,657 78	,492* 0,000 78	,568* 0,000 77	,633* 0,000 77	,900* 0,000 78	1 0,000 78	,769* 0,000 78	,828* 0,000 78	,748* 0,000 78
Újraélmé- s	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,292* 0,041 78	,316* 0,005 78	0,135 0,238 78	,250* 0,027 78	,294* 0,010 77	,399* 0,000 77	,826* 0,000 78	,769* 0,000 78	1 0,000 78	,837* 0,000 78	,528* 0,000 78
Elkerülé- s	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,432* 0,000 78	,295* 0,024 78	-0,111 0,332 78	,490* 0,000 78	,459* 0,000 77	,525* 0,000 77	,859* 0,000 79	,828* 0,000 78	,837* 0,000 78	1 0,000 78	,538* 0,000 78
Feszültség	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,278* 0,015 78	,296* 0,006 78	0,126 0,273 78	,371* 0,001 78	,487* 0,000 77	,529* 0,000 77	,701* 0,000 78	,748* 0,000 78	,528* 0,000 78	,538* 0,000 78	1 0,000 78

