

Bevezetés

Dolgozatomban elméleti és klinikai szempontból foglalkozom a trauma fogalmával, hatásmechanizmusával, következményeivel. A téma voltaképpen nem új, hiszen a probléma maga, egyidős a pszichológia kialakulásával. Számtalan elméleti és gyakorlati munka született e tárgyban, a pszichológia szinte minden területén. Dolgozatomban elsősorban a pszichoanalitikus elméletek áttekintésére törekszem – jelezve egyben elméleti és gyakorlati érdeklődésem fő irányát. A téma jobb megértéséhez bemutatok néhány kapcsolódó kognitív, szociálpszichológiai, pszichoneurológiai vizsgálati eredményt is. Nem térek ki ugyanakkor a mélyebb történeti és társadalompolitikai diskurzusok ismertetésére, és bármily csábító volna, nem vizsgálom a témával kapcsolatos irodalmi és művészeti reprezentációkat, elemzéseket sem.

A dolgozat két nagy egységből áll. Az első, elméleti részben a traumáról szóló analitikus elméletek történeti áttekintésére kerül sor. Bemutatom a trauma mechanizmusát leíró elméletek fejlődésének főbb állomásait, azt az ívet, amely a korai, Sigmund Freud által leírt modelltől Ferenczi Sándor kétlépcsős modelljéig, majd a Bálint Mihály által alkotott háromfázisú traumaelmélethez vezet. A modern pszichoanalitikus elméletekben már egyértelműen az interszubsztívitás került az érdeklődés előtérébe, nem véletlen tehát, hogy a trauma fogalma is új definíciókat kapott. A patológiás lelki struktúra kialakulásáért a kutatók ekkor már nemcsak a drámai eseményeket tették felelőssé, hanem a mindennapi interakciók minőségét is. Gondolatmenetem lezárásaként a modern pszichoanalitikus magyarázatokat mutatom be, melyek főbb megállapításai szerint, a trauma természetét az a történeti és társadalmi, s ezen belül is, az az interperszonális kontextus határozza meg, ahová az érintett személy tartozik.

Témám szempontjából megkerülhetetlenek a trauma szociálpszichológiai összefüggései. Az elméletalkotók miközben a társadalmi kontextus traumára gyakorolt hatását elemzik, kiemelik a retraumatizáció jelentőségét. Ebből a kérdéskörből elsősorban az elhallgatás, a társadalmi csend megbetegítő hatásaira szeretném felhívni a figyelmet.

A szociálpszichológiai és a pszichoanalitikus megközelítések mellett olyan kognitív, kísérleti és neurológiai modelleket mutatok be, amelyek szorosán véve is a traumára összpontosítanak. Azt tapasztaltam, hogy nemcsak a traumatikus helyzetek, hanem a megjelenő tünetek is igen sokfélék, szerteágazóak. Figyelemre méltó, hogy a neurológiai vizsgálatok változatos agyi mechanizmusokat azonosítottak a traumatizáció magyarázata során.

A dolgozat második részében empirikus vizsgálatom eredményeit mutatom be. Vizsgálatom során arra törekedtem, hogy a traumatizáló folyamatokat és az azokhoz kapcsolódó feldolgozási folyamatokat szisztematikusan elemezzem, különös tekintettel azok szociális és kollektív aspektusaira.

A trauma szociális kontextusba való ágyazottságát vizsgálva többek között arra kerestem választ, hogy mennyire lényegesek a traumatizáció és annak feldolgozása során a szociális, társadalmi és kollektív jellemzők, illetve ezen aspektusok megléte vagy hiánya mennyiben befolyásolja a traumatizáció mechanizmusát. Találunk-e olyan, az elbeszélések szintjén is megjelenő sajátosságokat, amelyekből a pszichikus komplexitásra, jelen esetben a trauma élettörténetbe való illeszkedésére következtethetünk?

A dolgozat témájával hosszú évek óta foglalkozom. Hasonlít ez a munka ahhoz, amit a szépirodalom úgy jellemez, hogy a legtöbb író, akárhány művet publikál, lényegében egész életében egy könyvet ír. Ezt a „könyvet” egyetemista korom óta írom, kutatom. Fordulatot hozott ebben a munkában több intellektuális találkozás, ami behatóbb, rendszeresebb vizsgálódásra ösztönzött, s egyben eldöntötte PhD témám sorsát is.

Köszönettel tartozom ezért elsősorban témavezetőmnek, Erős Ferencnek, aki szakmai tudásával, emberi elkötelezettségével és nem utolsósorban dogmáktól mentes, letisztult, interdiszciplináris gondolkodásával, szerteágazó látásmódjával segítette a munkámat.

Nagyon köszönöm dr. Ehmann Beának a dolgozat újraírásához szükséges elfogadást, emberséget, motivációt és biztos szakmai tudását.

Köszönöm a PTE BTK Pszichológiai Doktori Iskolája Elméleti pszichoanalízis programja oktatóinak és diáktársaimnak a közös gondolkodást, az inspiráló szakmai vitákat.

Köszönettel tartozom Dr. Hidas Györgynek és dr. Ajkay Klárának, akik hasznos tudással láttak el a pszichoanalízis elméleti és gyakorlati kérdéseit illetően, s fáradhatatlannak bizonyultak kérdéseim megválaszolásában. Emberi habitusuk, szakmai igényességük példaként szolgál számomra.

Az elmúlt tíz évben végzett közös gyakorlati és elméleti munkáért Bábolnayné dr. Orosz Szilviának, dr. Radoszáv Miklósnak és Zsámbéki Eszternek, valamint valamennyi kollégámnak, a Fővárosi TEGYESZ munkatársainak tartozom köszönettel.

Köszönet illeti továbbá prof. Dr. Bókay Antalt, dr. Kende Annát, Kovács Annát, dr. Lénárd Katát, dr. Romváry Fruzsínát, Takács Mónikát, valamint mindazokat, akik interjút adtak, megosztották velem életük legszemélyesebb történeteit.

Külön köszönet illeti Illés Anikót, aki az interjúk független és fáradságos kódolási műveletét végezte.

Köszönöm Kehl Dánielnek és Szepesi Lászlónak a lelkes és érdeklődő módszertani segítséget. Noha érdeklődésük középpontjában a módszertani kérdések álltak – tudományunk sodrása őket sem hagyta érintetlenül.

Külön köszönet családomnak, különösen férjemnek Szepesi Lászlónak, aki a dolgozat készítése során is társam és intellektuális partnerem volt, és köszönet szüleimnek, akik egész életem során támogattak – még intellektuális elkalandozásaimban is.

Édesanyámnak, dr. Bede Ritának külön köszönöm a dolgozat végső formába öntésekor elmondott észrevételeit, kritikai megjegyzéseit.

Szeretném, ha ez a dolgozat a trauma jobb megértését szolgálná. Nem volt hiábavaló az erőfeszitésem, ha kisfiaim, Andris és Dávid egy traumáktól és kirekesztésektől kevésbé sújtott világban nőhetnek fel.

I. A „vasútgerinc” elmélettől a hosszú huszadik századig A PTSD fogalmának kialakulása

A modern trauma-felfogás kezdetének John Erichsen brit pszichiáter munkásságát tekintik a szakirodalom. A brit szakember az 1860-as években a trauma-szindrómát azoknál az embereknél azonosította, akik vasúti balesetből származó félelmeik miatt szenvedtek. A trauma okaként Erichsen az elszenvedett sokkot ill. az agyrázkódást jelölte meg. Azt is megfigyelte, hogy a traumát követő pszichés reakció messze nincs arányban a baleset mértékével, amit a gerinc és a központi idegrendszer közvetlen károsodásával magyarázott. Így született meg a „vasútgerinc” elnevezés.

A későbbiekben a pszichés trauma kutatása időről-időre megjelent a tudományos közéletben, ám ritkán maradt tartósan annak fókuszában. A figyelem középpontjába rendszerint valamely társadalmi, politikai mozgalom hatására került. Voltak olyan időszakok is, amikor önmagában már az is politikai kérdésnek számított, hogy egyáltalán lehet-e ilyen kutatásokat folytatni, nyilvánosságra hozhatók-e az eredmények. A traumakutatást elsősorban azok a társadalmi, legfőképp civil mozgalmak segítették, amelyek elég erősek voltak ahhoz, hogy szembeszálljanak akár a hatalom, akár a társadalom elutasító, elhallgató reakcióival. Sokszor következett be az elmúlt másfél évszázad során, hogy az aktív tanúságtétel aktív hallgatásba, majd felejtésbe fordult, hiszen az elfojtás éppúgy jellemző a társadalomra, mint az egyénre. A tudósok a tizenkilencedik és a huszadik században három összefüggés kapcsán szenteltek kiemelt figyelmet a trauma kérdéskörének: a hisztéria okainak feltárásakor, a harctéri sokk megértésekor és a poszttraumás stressz-zavar (PTSD) diagnózisnak felállításakor.

I.1. A hisztéria története

Elsőként a hisztéria tanulmányozását említeném. A hangsúly ekkor a személyiségnek a szélsőséges félelemhelyzet nyomán bekövetkező hisztérikus megrázkódtatására helyeződött. A sokk fiziológiájával a kísérleti lélektan elkötelezett művelői is foglalkoztak, többek között George W. Crile, Walter B. Cannon és Ivan Pavlov. A trauma azonban akkor nyert valóban pszichológiai értelmet, amikor a századforduló meghatározó kutatói Jean-Martin Charcot, Pierre Janet, Alfred Binet, Morton Price, Josef Breuer, Sigmund Freud a traumát a tudat hirtelen, váratlan emocionális sokk okozta sérüléseként írták le.

A traumatizált pszichét a tudatosság területén kívüli rezdüléseket regisztráló „apparátusként” (vö: a freudi „lelki készülék” kifejezéssel) konceptualizálták. A hipnózist olyan pszichoterápiás módszerként használták, amellyel visszanyerhetőek az elfeledett, disszociált vagy elfojtott emléanyagok, mégpedig oly módon, hogy azok visszakerülnek a tudatosságba és a nyelviségbe. A hipnotikus katarzis, ebben a megközelítésben, olyan technikaként jelent meg, ami megoldotta a modernitás újszerű feszültségei közé került személyiség individuális integritását kikezdő „emlékezeti krízist”. Ezen elmélet követői szerint, a traumának a tudatra gyakorolt hatását a hisztériás nők emblematikus formában jelenítették meg.

A hisztériakutatás ősatyja Jean-Martin Charcot, akinek fő törekvése az volt, hogy a tüneteket a lehető legnagyobb precizitással megfigyelje és azonosítsa. Követői, Freud és Janet, azonban már az előidéző okokra is kíváncsiak voltak: a hisztéria szomatikus tüneteit az érintett személyt mélyen megrázó események lelki megnyilvánulásainak tekintették, amik törlődtek az emlékezetből. Janet azt írta pácienseiről, hogy tudatalatti fixa ideáik és traumatikus emlékeik vezérlik őket, Freud szerint, a neurotikusok főként az emlékeiktől szenvednek.

A századfordulót követően a trauma kutatása megtorpant. A kor tudományos vélekedése a hipnózist az okkultizmus területének nyilvánította, sőt magát a hisztériát mint betegségfogalmat is kezdték meghaladottnak tekinteni. A magyarázatot a korabeli szellemi és politikai változásokban találjuk. Anélkül, hogy részletes történeti áttekintést adnék, a kor szellemi-politikai áramlatai közül kettőt emelnék ki. Az új európai nemzetállamok a felvilágosodás korától erőteljes kampányt folytattak annak érdekében, hogy a világi eszmerendszernek, közte az „ész mindenhatóságának” a fölényét megmutassák. Ennek egyik megnyilvánulásként az olyan jelenségekre is tudományos magyarázatot kívántak adni, mint a boszorkányság, a megszállottság, az ördögűzés és a vallásos extázis. A ráció diadala elengedhetetlen része volt a köztársaság győztes eszmerendszerének. Charcot és követői a republikánus irányzathoz tartoztak, s ez a tény az általuk folytatott kutatásoknak is nagy lendületet és elismertséget hozott. A progresszív gondolkodás és a polgári haladás összefonódásának a huszadik század számos nagyszerű példáját adta.

A hisztéria kutatásának történetéből egy másik vonulatként emelném ki a feminista mozgalmak megerősödését. Amikor az angol és az amerikai nőmozgalmak eszméi

áttérjedtek az európai kontinensre, a francia feministák is határozottabbá váltak a női jogok követelésében. Néhányan közülük élesen kritizálták az alapító atyákat, és nemegyszer megkérdőjelezték a férfi tudósok jóindulatát. Kemény kritikával illették Charcot-t is, szemére vetve, hogy egy betegség tanulmányozásának ürügyén „élve boncolja a nőket” és ellenzi a nők orvosi pályára lépését. A feministáknak fontos szerepük volt abban, hogy a kutatók elvonatkoztassanak attól a sztereotípiától, ami a trauma és a női hisztéria korábbi összekapcsolásával keletkezett.

I.2. Harctéri sokk

A trauma valóságos súlyát az első világháború következményei idézték újra a köztudatba. A katonák soraiban oly gyakori idegösszeomlás tüneteit eleinte fizikai okoknak tudták be. Charles Myers (1940) a szimptomákat annak tulajdonította, hogy a gránátrobbanások következtében a katonák agyrázkódást szenvedtek, az így kialakult betegséget pedig „gránátsokk”-nak nevezte el. Az elnevezés ugyan fennmaradt, ám hamar nyilvánvalóvá vált, hogy a tünetek azoknál a katonáknál is jelentkeztek, akiket nem ért ilyen fizikai trauma.

Ferenczi Sándor így írt erről: „A háború tömegkísérlete sok igen súlyos neurózist hozott létre, amelyeknél pedig mechanikus befolyásolásról szó sem eshetett, és az orvosok mintegy rákényszerültek annak belátására, hogy számításaikból eddig következetesen kihagytak valamit, és ez a valami megint csak a »lélek« volt.” (Ferenczi, 1918, 1982a, 200).

Ferenczi megállapította továbbá, hogy a kor neurológus szaktekintélye, Hermann Oppenheim (1884) is sietett felhasználni a háborúban tapasztaltakat saját korábbi véleménye megerősítésére. Oppenheim szerint a neurózis tünetei mindig az idegközpontok fizikai elváltozásai folytán jönnek létre. A traumatikus szindrómát önálló betegség-entitásként határozta meg és azt „traumatikus neurózisnak” nevezte el. A tüneteket az agyban történt kideríthetetlen organikus elváltozásként írta le. „Az innervációs mechanizmus egyes tagjai »kiválnak«, a finomabb elemek »áthelyeződnek«, a pályák »elzártnak«, az összefüggések megszakíttatnak, vezetési akadályok emelődnek stb. Ilyen és ehhez hasonló hasonlatokkal szerkesztette Oppenheim a traumás neurózisok materiális kompozíciójának impozáns képét. (...) bár a nála megszokott pontossággal ír le karakterisztikus tünetcsoportokat, amiket éppen

ez a háború hozott létre elszomorító számban, és fel is ruházta őket terminológiákkal, ezek a kórképek egyáltalán nem szólnak meggyőzően az elméleti feltevés mellett.” (Ferenczi, 1918, 1982a, 202).

Oppenheim követői szintén úgy vélték, hogy a tünetek létrehozásában fizikai és lelki mozzanatok egyaránt közrejátszanak. Velük ellentétben ugyanakkor olyan szélsőséges vélemények is napvilágot láttak, amelyekben amellet érveltek, hogy a lélek és a pszichogén szavakat törölni kell az orvosi terminológiából, megkönnyítve ezzel a baleseti betegségek megértését és gyógyítását.

Oppenheimen kívül Ferenczi (1918, 1982a) két jelentős neurológust emelt ki a háborús neurózisokkal foglalkozó számos kutató közül. Az egyik, Adolf Strümpell (1888), aki az elsők között emelt szót a háborús neurózisok pusztán fizikai felfogása ellen. Azt a megfigyelést tette, hogy a vasúti katasztrófáknál főként olyan személyek betegedtek meg, akiknek érdekük volt az, hogy a trauma által létrehozott sérüléseiket kimutassák, például biztosításuk volt baleset ellen. Strümpell azt állította, hogy a rázkódásos neurózisok mindig másodlagosan, tisztán pszichogén úton, vágyakozásképzetek folytán fejlődnek ki. Ebben az értelemben vágyakozásneurózisnak vélte a betegséget.

Elméletének hatására később megszületett a járadékhisztéria fogalma, ám az ebben szenvedőket nem kezelték sokkal jobban, mintha szimulánsok lettek volna. Ferenczi Strümpell gondolatmenetét egyoldalúsággal vádolja: ”[...] egyrészt a patogén képzet hangsúlyozása és az affektivitás elhanyagolása, másrészt a tudattalan lelki folyamatok teljes mellőzése miatt [...]” (Ferenczi, 1918, 1982a, 205).

A másik, Ferenczi által idézett tudós, Max Nonne (1888). Ő volt az első olyan szerző, aki a háborús neurózisokat hisztériának nevezte, kizárólagos pszichogén eredet mellett téve le a voksot. Nonne a betegeit hipnózissal és szuggesztív terápiákkal sikeresen kezelte. Érvelése meggyőzően hatott a korabeli neurológusokra, akik elismerték a háborús neurózisok genézisének pszichés okait: „Hirtelen és ijesztő benyomások közvetlenül és a képzeleti kör asszociációs segítségével érzéseket hoznak létre, ennek az emlékezeti képnek ingerlékenység-fokozó és ingerlékenység-leszállító utókövetkezményei vannak. Ilyen az emóció, az ijedség, amely a traumának az ideges ingerületekkel való olyan elosztódását és rögzítődését hozza létre, amelyet a testi inger önmagában sohasem létesített volna.” (Ferenczi, 1918, 1982a, 209).

Az első világháború alatt „járványként” terjedő háborús neurózis megjelenése után aligha volt tagadható, hogy a traumatikus tünetek férfiak körében is léteznek, ezeket ugyan összefoglalóan a „harctéri sokk” névvel illették, azonban egyáltalán nem különböztek azoktól a tünetektől, amelyeket a hisztérikus nők körében figyeltek meg. Az orvosok többsége teljességgel közönyös volt a „harctéri sokkot” szenvedett katonák lelki szenvedéseit illetően. Sok katonát szimulációval vádoltak. Az a kisebbség viszont, amely nem így vélekedett, az Freud korai teóriájához és a Breuer – Freud-féle katartikus módszerhez fordult a harctéri sokk megértése és kezelés céljából.

„A legközelebbi analógiával szolgálnak ideges betegeink e viselkedéséhez a háború által okozott, mostanában különösen sűrűn fellépő megbetegedések, az úgynevezett traumás neurózisok. Ilyen esetek persze vasúti összeütközések és más megrendítő életveszedelmek alkalmával előfordultak a háború előtt is. A traumás neurózisok alapjában véve nem azonosak a spontán neurózisokkal, amelyeket analitikusan vizsgálni és kezelni szoktunk... A traumás neurózisok világos jeleit adják annak, hogy a traumás baleset mozzanatához való rögződés szolgáltatja az alapjukat. Ezek a betegek álmaikban rendszeresen megismétlik a traumás helyzetet: ha hisztériaszerű rohamok jelentkeznek, amelyek lehetővé teszik az analízist, megtudjuk, hogy a roham az ebbe a helyzetbe való tökéletes behelyezkedésnek felel meg. Úgy tűnik, mintha ezek a betegek nem végeztek volna a traumás helyzettel, mintha ez még teljesíthetetlen aktuális feladatként állna előttük...” (Freud, 1917, 1986, 226).

Az első világháború után a háborús neurózis kérdése fokozatosan kikerült a tudományos érdeklődés középpontjából. A két világháború között a traumás neurózisok tárgykörében Ferenczi nyúlt vissza a korai Freud-egondolásokhoz és foglalkozott a gyermekkori szexuális traumákkal. Freud munkásságának ez a része is sokáig vitatott maradt, de legalábbis nem volt képes a pszichoanalitikusok figyelmét visszairányítani a trauma problematikájára.

Ruth Leys (2000) kivételként Abram Kardiner amerikai pszichiátert említi, aki bécsi tanulmányútján fellelkesülve, krónikus eseteiből nyert tapasztalataira alapozva, definiálni próbálta a traumatikus szindrómát. Később, az amerikai pszichiáterek többször igyekeztek meghatározni azokat a tényezőket, amelyek védelmet nyújthatnak a harcok során kialakuló

pszichés betegségekkel szemben. William Sargant, Roy Grinker és John Spiegel például, Kardinerhez hasonlóan, arra a következtetésre jutottak, hogy az emberfeletti rettegéssel szemben a leghatékonyabb védelmet a bajtársak és a katonai felettesek közötti kapcsolat nyújthatja. Hozzá tették ehhez azt is, hogy éppen ezért a katonákban gyakran alakul ki szélsőséges érzelmi függés.

A harctéri megrázkódtatások tartós pszichés hatásait sokáig semmilyen rendszerezett kutatás nem vizsgálta. Kezdetben még a holocaust-túlélők traumájának hosszú távon jelentkező hatásának szentelt, önálló pszichoanalitikus tanulmányok – amelyek a krónikus „koncentrációs tábor-szindróma” ill. „túlélő szindróma” létezése mellett foglaltak állást –, sem kaptak megfelelő szakmai és társadalmi figyelmet. Hasonlóképpen hallgatott a világ és a szakmai közvélemény más háborús traumákról, számos népcsoport ellen elkövetett kollektív erőszakról, a harmadik világ népirtásainak túlélőiről és azok traumáiról Kambodzsától Nigériáig, majd később a Balkánig és még tovább. A fordulat csak 1980-ban következett be, amikor a PTSD szindróma hivatalos diagnózissá vált, egészen pontosan a vietnami háború után. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság a vietnami veteránok követelésére állította fel a diagnózist. Ez abban az értelemben is rendkívüli esemény, hogy a civil szféra először avatkozott bele közvetlenül a pszichiátria munkájába. Ebben a törekvésükben támogatta őket a közvélemény, továbbá az is, hogy többen a holocaust túlélőkre hivatkoztak, akik körében ebben az időben kezdték felismerni a trauma hosszan tartó hatásait. Szomorú tény ugyanakkor, hogy éppen a vietnami veteránok voltak azok, akik nem vették igénybe a pszichiátriai segítséget, mert féltek a stigmatizációtól. A megbélyegzettségtől való félelem egy újabb példája, hogy csak 2006-ban került sor azoknak a brit katonáknak a rehabilitálására, akik sokkos állapotban, a trauma hatására dezertáltak a második világháborúban, és ezért kivégezték őket. A késői elégtételig családok, unokák viselték a megbélyegzettség terhét.

I.3. A Poszttraumás stressz-zavar (PTSD)

A „Mentális zavarok diagnosztikus és statisztikai kézikönyve” (DSM) első megfogalmazása szélsőséges és szokatlan fizikai sérüléssel, vagy emocionális stresszel járó trauma nyomán kialakult kórképeket rögzít és a jelenséget „gross stress reaction”-ként írja le. A DSM-II túlterhelő környezeti stresszre kialakuló akut reakcióként ábrázolja a „tranzisztens szituációs zavart” (id. Martényi 2000, 277).

A DSM-III-ban „poszttraumás stressz-zavar” néven diagnosztizált kórkép azokban az esetekben lép fel, ha a személy olyan traumás eseményt él át, amely az általános emberi tapasztaláson kívül esik, és szemmel láthatóan bárkinél stresszes állapotot idéz elő. Pszichésen traumatikusnak tekinthető az a tünetegyüttes, amit a személy a családjára, a barátjára közvetlen vagy közelgő veszélyt, súlyos sérülést, halálos fenyegetést jelentő eseményekre adott reakcióként alkot. A személy a trauma okozta stresszt nem képes közvetlenül feldolgozni, és ez vezet a megbetegedéshez. A tünetek között található többek között a trauma erőszakos újraélése, az elkerülő magatartás és az erős fiziológiai izgatottság miatt fellépő szimptómák csoportja (DSM III, 1991).

A traumatikus esemény fogalmát a DSM-IV tovább pontosítja:

Az érintett személy

„1. Olyan eseményt élt át, vagy olyannak volt tanúja, vagy olyannal szembesült, amelyben valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés vagy a saját vagy mások testi épségének veszélyeztetése valósul meg.

2. A személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagált. Megjegyzés: gyermekeknél ez dezorganizált vagy agitált magatartásban is kifejeződhet.” (DSM-IV 1995, 177).

Amint az a fentiekből kitűnik a DSM IV-ben nemcsak a traumatikus helyzet, hanem a felsorolt tünetek is megváltoztak az első, az 1980-ban leírt diagnózishoz képest. Az új definíció egyrészt az újabb empirikus kutatások eredményeit, másrészt a szakma azon törekvését is tükrözte, hogy a fogalom feleljen meg a különböző elméleti irányzatok által kötött kompromisszumoknak. Ennek példája, hogy az első változatban szereplő „túlélő-bűntudat” diagnosztikai kritérium a későbbiekben már nem kapott szerepet. Ez azonban nem jelenti azt, hogy lényegtelennek kezelnék az effajta szimptómákat. Sok páciensnél alakult ki bűntudat amiatt, hogy ő megmenekült, amíg mások meghaltak, vagy úgy érezték, hogy nem segítettek eléggé a többi áldozatot. A klinikai szakemberek feladata ezekben az esetekben az volt, hogy az ilyen lelki reakciókat figyelembe véve alakítsák a terápiás folyamatot.

Kutatásaim során az egyik legnagyobb paradoxont a PTSD definíciójában találtam. Az elméletek egy természetellenes eseményre, a háborúra és a gyilkosságokra adott emberi

választ természetes reakcióként írnak le, ugyanakkor az így reagáló embereket pszichiátriai betegeknek minősítik.

Ez az ellentmondás felhívta a figyelmem egy további problémakörre, a betegség diagnózisának bizonytalanságára. Fogalmazhatnék úgy is, hogy a normalitás és a patológia elválaszthatóságának dilemmája az orvostudománnyal egyidős. Különösen igaz ez a lelki betegségekre. Elég, ha csak arra gondolnunk, milyen bizonytalanság él ma a köztudatban az itt használt fogalmakkal kapcsolatban. „Ha abból indulunk ki, hogy a 19. század végén csupán hét lelki- és elmebetegséget tartottak számon, ma pedig több mint háromezernél is többet, akár biztonságban is éreznénk magunkat, mondván, az orvostudomány mindig pontos és részletes diagnózissal szolgálhat esetleges problémáinkra. Másfelől viszont logikusan adódik a feltevés: a betegségkategóriák ilyen mértékű elszaporodása akár a szakemberek bizonytalanságait és erőteljes patologizálási igényét jelenti. Így lesz az átmeneti alvásproblémából »depresszív zavar«, az egyedüllétből »schizoid személyiségzavar«, a szexuális érdeklődés csökkenéséből »hipoaktív szexuális zavar«, a szomorúság érzéséből »disztímiás zavar«, az aggodalmaskodásból pedig »generalizált szorongás zavar«. Becslések szerint bármikor vizsgálnánk, a nyugati társadalmakban a lakosság legalább 20%-a mindig besorolható lenne a pszichiátriai betegségkategóriák valamelyikébe.” (Csabai 2003, 63).

Megítélésem szerint a diagnózis, a betegség azonosításának itt felsorolt nehézségei csak a jéghegy csúcsát jelentik. A klinikum oldaláról ugyanakkor igen komoly a helyzet, ha a fent közölt statisztikákat mértékadónak tekintjük, s miért tennénk másként?

A jelenleg elfogadott mértékadó pszichiátriai álláspont szerint, betegségnek nevezzük a váratlan stresszre vagy korlátozottságra adott, az átlagostól eltérő reakciókat. Ugyanakkor, mint azt a PTSD esetében láthattuk, ez a definíció számos ponton megkérdőjelezhető. Az igazi gyakorlati nehézséget azonban mégis azok az eltérések adják, amelyek a szakemberek nemzeti kultúrája, képzettsége és elméleti beállítódása közötti eltérésként jelennek meg. A fogalommal kapcsolatos elméleti bizonytalanság rávetül a gyakorlati alkalmazásra, s az eredmény: parttalanná válik a fogalom, ami a szubjektív alkalmazás függvényében tovább tágul.

A klasszifikáció nehézségét fokozza, hogy a PTSD-ben szenvedő betegek köre a második világháború után megváltozott. Érdekes eredménnyel jártak a hetvenes években, az amerikai

feminista mozgalom hatására megkezdett vizsgálatok, a nők ellen elkövetett szexuális erőszak kutatási témában. Megállapították többek között azt is, hogy a nemi erőszakot a nők életveszélyként élik meg, akik általában attól félnek, hogy támadójuk megcsonkítja, vagy megöli őket. Az utóhatások közül a szerzők az álmatlanságot, a hányingert, a megriadási reakciókat, a rémálmokat, valamint a disszociációs tüneteket emelték ki. Azt is megjegyezték, hogy az áldozatok egyes tünetei emlékeztetnek a háborús veteránok tüneteire. Ahogy a nemi erőszakra való tudás bővült, úgy helyeződött át a kutatások hangsúlya a „klasszikus” - ismeretlen által elkövetett - erőszakra az ismerős vagy házastárs által elkövetett bántalmazásra. Ennek egyenes következményeként a vizsgálatok egyre gyakrabban a családon belüli erőszak kérdéseire keresték a választ. 1980 után vált nyilvánvalóvá, hogy a nemi erőszak, a családon belüli bántalmazás és az incestus áldozatainál tapasztalt pszichés tünetegyüttesek gyakorlatilag megegyeznek a háborús túlélők szimptomáival, és szintén a poszttraumás zavarok közé sorolhatók.

Láthattuk, hogy a PTSD mai definíciója nagy utat tett meg az eredeti trauma-definíciótól. Megváltoztak a kiváltó okok, a tünetek, kibővültek és gazdagodtak a tudományos értelmezési keretek. Megítélésem szerint a felhalmozott tudásanyag ma már olyan összevetésekre is módot ad, ami a múlt század első évtizedeiben elképzelhetetlen lett volna. Hasonlóan pozitív fejlemény, hogy finomodott és differenciáltabbá vált a kutatás módszertana. Ezzel együtt számos, az előzőekben már jelzett bizonytalansággal együtt kell élnünk. Az elméleti megközelítés számára a legnagyobb probléma az, hogy a trauma fogalmát olyan széles körben használja mind a tudományos, mind pedig a köznyelv, hogy maga a definíció válik bizonytalanná.

II. Többfázisú elméletek

II.1. A trauma szerepe Sigmund Freud neurózis-elméletében

A trauma évezredek óta használt kifejezés az orvostudományban. Jelentése a seb, illetve a szövetállomány felszakadásából származó sérülés. Mai értelemben valamely külső behatás során keletkezett fizikai, lelki sérülést jelenti. A köznyelv is ebben az értelemben használja. A fogalom jelentésének igazi változását a pszichoanalízis hozta magával, egészen pontosan annak felismerése, hogy számos szomatikus betegségnek nem szervi, sokkal inkább lelki, traumás eredete van. A pszichoanalízis Jean Laplanche és Jean-Bertrand Pontalis által megalkotott szótárában az alábbi leírást olvashatjuk: "A trauma a szubjektum életének az az eseménye, amelyet ereje, valamint az jellemez, hogy a szubjektum nem képes válaszolni az őt ért megrázkódtatásra és arra a patogén hatásra, amelyet az a lelki szerveződésben előhív. Ökonómiai értelemben véve a traumát az ingerek olyan áradata jellemzi, amely ingerek meghaladják a szubjektum tűrőképességét, valamint ezen ingerek legyőzésére és feldolgozására való képességét." (Laplanche – Pontalis, 1994, 486).

Freud korai neuróziselméletének gyökereit keresve két kortárs tudós nevét kell feltétlenül megemlítenünk. Az egyik, Freud egykori „mestere”, a már említett, Párizsban élő Charcot, aki hisztériás bénulásokat tanulmányozott, a másik, Josef Breuer, aki a pszichoterápia katartikus módszerét dolgozta ki.

Charcot esetleírásai szerint a traumatikus hisztéria olyan fizikai trauma következtében alakult ki, ami elég súlyos volt ahhoz, hogy a személyben az életveszély érzetét keltse, neurológiai szempontból azonban a bénulás nem volt alátámasztva. Álláspontja szerint, a szóban forgó tüneteket nem fizikai sokk idézte elő, hanem a hozzájuk kapcsolódó képzetek. Véleményét alátámasztandó, Charcot egyszerű szuggesztív kísérleteket végzett. Hipnózis segítségével kimutatta, hogy a traumás bénulás számos tünete nem egyezik a szervi bénulás tüneteivel.

Freud később „Önéletrajz”-ában emlékezett meg arról, hogy Charcot hisztériával kapcsolatos munkájában számos dolog megragadta: „A Charcot-nál tapasztaltak közül a legnagyobb benyomást tették rám a hisztériára vonatkozó vizsgálatait, melyek részben még szemem előtt folytak le. Így a hisztérikus jelenségek valódiságának és törvényszerűségének bebizonyítása (...), a hisztériának férfiaknál való gyakori előfordulása, hisztérikus bénulások és görcsök előidézése hipnotikus befolyásolás által, az az eredmény, hogy a mesterséges úton előidézett

jelenségek a legapróbb részletekig ugyanazt a jelleget mutatják, mint a spontán előálló, sokszor trauma által okozott esetek.” (Freud, 1925, 1989a, 19).

„Továbbá igen meggyőző számára a hipnózis révén kiváltott bénulás analógiája mint a hisztériás diszfunkciók kulcsa: ezek az állapotrosszabbodások nem mindig manifesztálódnak azonnal, a beteg hazatérhet anélkül, hogy valamely rémítő élmény látszólag ártott volna neki, s csupán több nap vagy akár hét múlva jelenik meg a diszfunkció.”(Freud id. mű, uo.).

Freud nemcsak a hisztéria pszichogén természetére lett figyelmes, hanem a későbbi traumaelmélet másik alapgondolata is megjelent nála: a látencia-koncepció, a korai traumatikus élmény felnőttkori manifesztációjának lehetősége.

Freud traumaelméletének kidolgozásában a másik fontos lépcsőfok a katartikus elmélettel való találkozás volt. A katartikus módszer Josef Breuer nevéhez fűződik. Lényege, hogy a kívánt terápiás hatás a megtisztulásból, a patogén affektusok levezetéséből jön létre. Később, összefoglalva a katarzis-elméletet, a következőket írta: „Feltételezték, hogy a hisztérikus tünet úgy keletkezik, hogy egy lelki folyamat energiája nem tud eljutni a tudatos feldolgozásig, és a testi beidegződés felé terelődik (konverzió). [...] A gyógyulás a tévútra került affektus felszabadulása és normális módon való levezetése révén következik be (lereagálás).” (Freud 1898, id. Laplanche és Pontalis 1994, 249).

Freud a katartikus terápiát az 1880-as évektől használta az analitikus módszer alapjainak kidolgozásáig. Nagyjából a „Tanulmányok a hisztériáról” (1895) című, Breuerrel közösen publikált hisztériaelméletük megírásáig terjedt ez a korszak, ahol már a szabad asszociáció módszere mellett érvelt. A klinikai megfigyelések nyomán felállított modellje pszichofizikai alapokon nyugszik, s három korábbi tudományos elméletből eredeztethető: Breuer katarzis elméletéből, Hermann von Helmholtz, Gustav T. Fechner, Johann F. Herbart pszichofiziológiai hagyományaiból és a kortárs hisztéria-kutatásokból.

A korai pszichoanalízis (1890 és 1897 között) a neurózisok kórtanát dolgozta ki: kialakulásukat traumatikus élményekhez köti, s ezek keletkezésének időpontjai – a kezelések tapasztalatai nyomán - a felnőttkorból egyre inkább a gyermekkorba kerültek. Abszolút traumatikus eseményről nem lehet beszélni anélkül, hogy figyelembe ne vennénk az egyén fogékonyságát és az olyan sajátos körülményeket, mint például a különös pszichológiai

feltételek, melyeket a személy átél az esemény bekövetkeztekor. A trauma keletkezésének feltétele, hogy a személy képtelen legyen az esemény lereagálására, amely így mint idegen test marad meg a pszichikumban. Freud főként olyan pszichés konfliktusokra helyezte a hangsúlyt, amelyek az egyén számára lehetetlenné teszik az esemény integrációját a tudatba. Technikai síkon a kezelés akkor tekinthető sikeresnek, ha a páciens képes a traumatikus élményt lereagálni ill. megmunkálni. A hangsúly tehát a lereagálatlan affektusokra kerül, így az elmélet tisztán ökonómiai. Definíciónak tekinthető leírása a Bevezetés a pszichoanalízisbe című munkájának 18. előadásában található: „...a traumatikus kifejezésnek nincs is az ilyen ökonomikusnál egyéb értelme. Így nevezzük azt az élményt, amely rövid időn belül olyan erős ingertöbbletet hoz létre a lelki életben, hogy lehetetlen a szokásos módon elintézni vagy feldolgozni, aminek eredményeképpen aztán tartós zavarok keletkeznek az energiaüzemben” (Freud, 1917, 1986, 226).

Az ökonómiai modell szerint az emberi elme lelki energiák mentén működik. Lelki apparátusunk arra törekszik, hogy egy állandó, alacsony szinten tartsa pszichikus energiánkat. Breuer és Freud ezt nevezte a „konstancia-elvének”. A hisztéria az előbbi elvből következően nem más, mint az energiaszint megnövekedése és a szomatikus csatornákra való konvertálódása. Az állandóság elvéből vezetik le az „öröm – kín” elvet: a kín nem más, mint az idegrendszer izgalmi szintjének hirtelen megemelkedése, az öröm pedig a felesleges feszültség levezetése.

Freud az emberi szervezet és környezete között védőpajzsot tételezett fel, melynek az a feladata, hogy csak – a lelki készüléknek – elviselhető mennyiségű információt engedjen át. Az olyan kívülről eredő ingerületeket, amelyek elég erősek ahhoz, hogy áttörjék az inger elleni védőpajzsot, traumásoknak nevezi. A külső trauma zavart idéz elő a szervezet energiaüzemében, és mozgásba hozza a pszichikus elhárításokat. (Freud, 1920, 1991).

A Breuer – Freud elmélet második metapszichológiai megközelítése, amely a lelki jelenségeket a pszichikus erők összjátékának tekintette, a dinamikai megközelítés volt. A dinamikai szempont arra vonatkozott, hogy miként jöhet létre a lélek kettéhasadása a hisztériás tünetképződéssel párhuzamban. Három mechanizmust feltételezett a szerzőpáros: elsőként, erős affektusok átélését, elsősorban hipnotikus állapotban. A második helyzet, amikor az egyén nem képes az erős affektus azonnali levezetésére, illetve a harmadik szerint,

– Freud számára ez tűnt a legizgalmasabbnak - a hasadás akkor jön létre, amikor az én nem képes védekezni bizonyos gondolatokkal szemben.

Freud és Breuer elhidegülésének egyik oka éppen az előbb említett hisztériás tünetképződés eltérő magyarázata volt. Breuer a lélek hasadását a hipnoid állapotok fizioiogiájának, míg Freud a pszichés védekezésnek tulajdonította. A másik véleménykülönbség a szexualitás fontosságának megítélése kapcsán alakult ki köztük. Freud -klinikai tapasztalatai alapján egyre inkább arra a meggyőződésre jutott, hogy az elhárításos neuropszichózisok háttérében a betegek szexuális élete áll.

A korabeli orvosi elméletek szerint a betegségnek két forrása lehet: külső tényezők okozta ártalmak, ill. örökletes hajlam által okozott betegségek. Ezt a képletet Freud az arisztotelészi alapok segítségével tovább árnyalta. Megkülönböztetett "feltételt", ami szerzett vagy veleszületett diszpozíció, "specifikus okot", pl. gyermekkori trauma, "együttjáró okot", ezek a stressz, a kimerültség és "előidéző okot", azaz a neurózis tünetét fenntartó eseményt.

„A hisztéria etiológiája” (1896) című tanulmányában, a neurózisok kialakulásában már egyértelműen a trauma szerepe mellett érvelt. „A neuróziist tehát mindig felnőttek alapozzák meg a gyermekkorban, és a hisztériás megbetegedésre való hajlandóságot később maguk a gyermekek adják át egymásnak ... feltéve, hogy aztán tíz-tizenöt évvel később a család fiatalabb generációjának több tagja megbetegszik, a családi neurózis jelensége ilyenkor tévesen arra enged következtetni, hogy a hajlandóság örökletes, pedig valójában csak pszeudo-örökletes” (id. Rand – Török, 1999, 92).

Ebben a munkájában Freud nemcsak a trauma szerzett jellege mellett tette le a voksot, hanem a gyermekkori szexuális élmények traumatizáló hatását is kiemelte. A hisztériások – felnőttek, vagy idősebb gyerekek által - elcsábításának időpontját az első négy életévre tette, és az ezzel járó élményeket kellemetlennek, vagy passzívnak tételezte fel. Noha csak néhány esettanulmány állt a rendelkezésére, mégis biztosra vette, hogy a neurózisok nem-szexuális formái egyszerűen nem léteznek. A szexualitás és a pszeudo-öröklődés fogalmainak egyidejű használata Freud azon törekvését tükrözi, hogy a hisztériás megbetegedések magyarázatát egyidejűleg fizioiogiás és pszichés keretekbe illessze. A szexualitás mindig jelenlévő volta azt biztosította, hogy az ökonómiai és a dinamikai meta-pszichológiai elméleteiben szereplő affektus végre testet ölthessen.

„A tanulmányok a hisztériáról” (1895) című, Breuerrel közösen írt munkájában Freud azzal érvelt, hogy a gyermekkori szexuális csábítások késleltetett hatást fejtenek ki a gyermek idegrendszerére. Ennek oka, hogy ebben a korban még hiányzik a szexuális ösztön, amely patológiás reakciót váltana ki az idegrendszerből. Így az esemény emlékké alakul, és csak a megfelelő érettség elérésével éled újra. A trauma lényegében nem más, mint egy emléknym újraélése, mely szigorúan ökonómiai értelemben, ezt a jelentését csak utólagosan nyeri el. Az első jelenet csak utólagosan válik patogénné, amennyiben belső ingerhullámot vált ki. Ebben az értelmezési keretben válik érthetővé Freud híres megfogalmazása miszerint, „a hisztérikusok főleg az emléktöredékektől szenvednek”. (id. Laplanche - Pontalis 1994, 488).

Látjuk, hogy Freud neuróziselmélete több, egymástól jól elkülöníthető fejlődési szakaszon keresztül alakult ki. Az előzőekben felvázolt első, ill. munkásságának utolsó szakasza foglalkozik a traumák által kiváltott neurózisokkal. Freud az elcsábítási elméletet később feladta, s erre négy okot sorolt fel magyarázatként. Elsőként azt, hogy a terápiákban csupán ezzel a magyarázattal nem ért el kellő eredményeket. Belátta továbbá, hogy a felnőtt zaklatások nem lehettek ilyen gyakoriak, ill. hogy az igazságot rendkívül nehéz elválasztani a fantáziától. Végül pedig – szintén tapasztalatai alapján – lehetetlennek tartotta az ellenállás teljes legyőzését, amellyel a gyermekkori traumákhoz közelebb hozhatta volna a betegeit. „A pszichoanalitikai mozgalom történetéhez” című írásában ugyanezekre így emlékszik vissza: „Az odavezető úton egy tévedéssel kellett megküzdeni, mely a fiatal tudomány számára könnyen végzetessé válhatott volna. A hisztéria Charcot nevéhez fűződő traumaelméletének hatása alatt szívesen hajlottunk arra, hogy reálisnak és kórtanilag jelentősnek vegyük azoknak a betegeknek a közléseit, akik a tüneteiket az első gyermekévben átélt passzív nemi élményekre vezették vissza. Mikor ez az etiológia a maga valószínűtlensége és kétségtelenül megállapítható viszonyokkal való ellentmondása folytán összeomlott, azt közvetlenül teljes tanácstalanság követte. Az analízis logikus úton vezetett ilyen infantilis nemi traumákhoz és ezek mégsem feleltek meg a valóságnak. (...) Végre ráeszméltem, hogy hiszen az embernek nincs joga elcsüggedni, ha éppen csak a várakozásaiban csalódott; akkor most ezeket a várakozásokat kell újra megvizsgálni. Ha a hisztériások tüneteiket kifundált traumákra vezetik vissza, akkor épp azzal kell, mint új ténnyel számolnunk, hogy ők ilyen jeleneteket fantáziálnak és ez a lelki realitás az, ami a gyakorlati realitás mellett méltatást követel.” (Freud, 1914, 1989b, 96).

A következő húsz évben Freud libidóelmélete is megváltozott: a trauma szerepét kevésbé hangsúlyozta. Összefüggésbe hozta viszont az elfojtott libidókésztetéseket, ill. ezeknek a fantáziaéletbe való szublimációját a neurotikus tünetképződéssel. Ezek nyomán egészítette ki etiológiai elvét: a gyermekkori élmény meghatározó jellege mellé beiktatta a nemi alkat fogalmát, s e kettőt tekintette a traumára való hajlam alapjának. A neurózis megjelenését végül, eredeti elméletének megfelelően, valamely felnőttkori traumatikus hatásnak tulajdonította. Freud ezzel betegei fantáziájának, a külső valóság mellett, önálló jelentőséget tulajdonított. Az elfojtás ebben az elméletben tehát már nem az emlékekre irányul, hanem a belső késztetésekre. A gondolat folytatása magában hordja Freud azon elképzelését is, hogy az ösztönkésztetések pszichés termékei ugyanolyan pszichés valóságok, mint az objektív események, történések valósága. Freud később sem zárta ki a traumák jelentőségét a felnőttkori neurózisok kialakulásában, sőt, a gyermekkori traumák szerepét továbbra is elismerte.

A trauma fogalma az I. világháború után újraéledt munkásságában a háborús neurózisok kapcsán. Az újabb definíció a „Túl az örömelven” (1920) című munkájában található, melyben a központi fogalom a szervezetet óvó „védőernyő”. Ezt egy hólyag példáján keresztül mutatta be: élettelen külső része – mely a hasonlat szerint, a lélek perceptuális, tudatos része – védi a mélyebb rétegeket. A traumatikus mennyiségű izgalom így nem hagy nyomot a külső rétegben. Emléknyomot, s ennek kapcsán energetikai változásokat is csak a mélyebb rétegekben okoz.

A neurózis traumatikus elméletét lassanként a traumatikus neurózisok klinikai problematikája váltotta fel Freud érdeklődésében. A traumatikus neurózis Laplanche és Pontalis megfogalmazásában: „A neurózisnak az a típusa, amelynél a tünetek valamely érzelmi megrázkódtatás következményeként jelennek meg, általában olyan helyzethez kapcsolódva, amelyben az egyén életveszélyben érezte magát. A neurózis a sokk pillanatában paroxizmás roham formájában nyilvánul meg, amely izgalmi állapotot, stuport vagy akár mentális zavart is okozhat. Utólagos következményeiként – legtöbbször egy tünetmentes időszak után – nagyjából két esetet különböztethetünk meg:

A. A traumát kiváltó tényezőként, vagyis egy, már előzetesen is létező neurotikus struktúrára derít fényt.

B. A trauma meghatározó szerepet játszik magában a tünet tartalmában (a traumát kiváltó esemény megismétlése, visszatérő lidérces álmok, alvási zavarok), s ez a trauma megkötésére és lereagálására tett ismételt kísérletként jelenik meg. Egy ilyen traumához való fixálódást az egyén aktivitásában beálló, többé-kevésbé általános gátlás kíséri.” (Laplanche – Pontalis, 1994, 491).

A második trauma-koncepcióban a hangsúly a szomatikus – a szervezetben bekövetkezett ingerfelhalmozás okán létrejött - megrázkódtatáson és a pszichés sokkon, ijedtségen van. Az ijedtség annak az eredménye, hogy hiányzik az előkészület a szorongásra, beleértve a perceptuális apparátus túlzott megszállását is. A traumás neurózis meghatározó tényezőjét Freud a rémületben látta, „abban az állapotban, amelybe olyan veszedelem támadásának esetében jutunk, amelyre előkészülve nem voltunk.” (Freud 1920, id. Laplanche – Pontalis, 1994, 493).

A trauma fogalma végül a „Gátlás, tünet, szorongás” (Freud 1926, 2003) elméletében újul meg. Freud a traumatikus helyzetet olyan tehetetlenségi helyzetként írta le, amiben az eredeti szorongás elárasztja az egyént. Ezt különböztette meg azoktól a helyzetektől, ahol a korábbi tapasztalatok nyomán kialakult szorongás jelzőértékkel bírt. Ez utóbbi esetben az ismétlés formája a korábbi traumatikus események gyengített felidézését jelenti, az egyén így védett a váratlan helyzetekben kialakuló tehetetlenségtől, rémülettől. Így vált teljessé a második trauma-koncepció, amit Freud szerint a jelző szorongás hiánya, a váratlan helyzet, a tehetetlenség, a rémület és a felettes én elhagyatottsága jellemez.

II.2. Ferenczi Sándor kétlépcsős traumaelmélete

Ferenczi Sándor egész életén át kutatta a pszichoanalitikus technikát. Ezzel együtt nyitott maradt más elméleti megközelítésekre is. Jól tükrözi az elmélet és a technika közötti szoros kapcsolatot az a tény, hogy rengeteget foglalkozott a traumával. Ferenczi klinikai megfigyelései alapján alkotta meg traumaelméletét. Az 1929-ben megjelent „A nem kívánt gyermek és halálösztöne” című írásában olyan páciensek eseteit mutatta be, akik a család „nem kívánatos vendége”-ként jöttek a világra. Rámutatott, hogy azok a gyermekek, akiket durván és szeretetlően fogadott a családjuk, könnyen és önszántukból halnak meg. „A gyermeket végtelen szeretettel, gyengédséggel és gondoskodással arra kell készíteni, hogy megbocsássa szüleinek, hogy a világra hozták anélkül, hogy neki magának bármilyen ilyen

szándéka lett volna, különben azonnal fellobbannak a destruktív ösztönkésztetések. Ez persze nem meglepő, hiszen a gyermek még mindig sokkal közelebb van az individuális nemléthez...” (Ferenczi, 1929, 2000, 123).

Későbbi írásaiban – „A relaxáció elve és a neokatarzis” (1930, 1997a), „Felnőttek gyermekanalízise” (1997b), „Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között” (1933, 1997c) – bontakozott ki kétfázisos trauma koncepciója. Úgy vélte, hogy a traumatizáció folyamata két elemre bontható: a trauma nem önmagában patogén, hanem egy későbbi pillanatban történő negligenciája teszi azzá. Ha a traumatikus esemény után a gyermek elutasításban részesül anyja, vagy más hozzá közelálló, érte felelős személytől, az ilyen reakció meglepetést vált ki a gyermekből. A felnőtt elutasító reakciójának váratlansága, a korábbi biztonságérzetben való megrendülés nehezen feldolgozható csalódást okoz a gyermeknek.

Ferenczi tapasztalatai alapján azt állította, hogy a szexuális trauma gyakori és még a legjobb családokban is előfordul. „Mindenekelőtt igazolódott a gyanúm, hogy a traumáknak, különösképpen a szexuális traumáknak mint betegségkeltő tényezőknek a jelentőségét, nem lehet eléggé hangsúlyozni. Még tekintélyes, puritán szellemtől átitatott családok gyermekei is gyakrabban esnek megerőszakolás áldozatául, mint ahogy eddig gondoltuk. Vagy maguk a szülők, akik kielégületlenségüknek ilyen kóros módon keresik pótlását, vagy különböző bizalmi személyek (nagybácsik, nagynénik, nagyszülők), házitanítók vagy szolgaszemélyzet azok, akik visszaélnek a gyermek tudatlanságával és ártatlanságával. Azt a kézenfekvő ellenvetést, hogy itt csupán magának a gyermeknek szexuális fantáziájáról, tehát hisztériás hazugságokról van szó, sajnos gyengíti az ilyen jellegű beismerések nagy száma, melyeket az analízisben lévő betegek tesznek arról, hogy maguk is elkövettek ilyesmit gyermekeikkel.” (Ferenczi, 1933, 1997c, 106).

Megjegyzendő, hogy amikor Ferenczi a gyermek ártatlanságáról beszélt, nem azt mondta, hogy a gyermeki szexualitás nem létezik, hanem azt állította, hogy az a gyermeki büntudattól mentes. Ferenczi azt is hangsúlyozta, hogy az elégtelen stimuláció, másképpen a szeretethiány éppúgy traumatikus, mint a túlingerlés.

„Nemcsak a traumás lelki megrázkódtatás vezethet lelki összeomláshoz, hanem egy cselekvésnek vagy emóciónak állandó kikényszerítése az élvezeti irány ellen, vagy élvezetes

törekvések állandó elnyomása is. A trauma hirtelen hat, és hirtelen váltja ki az összeomlást...” (Ferenczi, 1934, 1982b, 439).

A hirtelen sokkra adott első reakció felfogható rövid „pszichózisként”, a valóságtól való elszakadásként. Ebben az értelemben a pszichés sokk nem más, mint egy passzív lelki állapot, melyben az észlelés és a gondolkodás leáll: „1. Az érző ingerületek lefolyásának állandó megszakítása és megszakítva maradása; 2. Minden mechanikai és lelki ellenállás nélküli felvétele ez idő alatt; 3. Az, hogy ezekből a benyomásokból nem marad vissza emléknym, még csak a tudattalanban sem, úgyhogy a megrázkódtatás okai az emlékezés útján meg nem találhatók.” (Ferenczi 1982b, 445).

A traumatizált gyermek kétféle utat járhat be. Egyrészt, az agresszorral való azonosulása révén jó képet próbál fenntartani az őt bántalmazó felnőttől, akitől teljes mértékben függ. Az agresszív szülő introjekciója lehetővé teszi, hogy a gyengédség legalább a fantáziában fennmaradjon. Ezzel párhuzamosan a felnőtt büntudata is belsővé válik, így hasadás jön létre: a gyermek egyszerre ártatlan és bűnös, aki már nem bíz saját érzéseiben.

A traumára adott másik reakciót Ferenczi „traumatikus progresszió”-nak nevezte. Ferenczi kései írásaiból tudjuk, hogy a trauma következtében az én kettéhasad; a gyermek érzelmileg embrionálissá, intellektuálisan koraéretté válik. Ez a „progresszív értelmű menekülés” írja Ferenczi, amikor „az érzelmi élet eltűnik a tudattalanságban... az intelligencia hatalmas érzelem nélküli fejlődésen megy keresztül ...ez a fejlődés nem más, mint alkalmazkodás... a trauma érzelmileg embrionálissá, intellektuálisan azonban bölcsé tette” (Ferenczi, 1932, 1996, 206). A traumatizált gyermek mintegy pszichiáterévé válik szüleinek, s eddigi tárgykapcsolata nárcisztikus kapcsolattá alakul: személyiségének egyik része őrangyalukká válik, s ezzel egyszerre másik én-része felett is gyámködik.

Az álom traumatikus szerepéről mondottakat Ferenczi Freudhoz képest „A trauma a pszichoanalízisben” (1934) című munkájában fejlesztette tovább. Az álom kísérlet a traumatikus események „jó befejezésére”. Ám amennyiben a kísérlet kudarcot vall, az álom rémálommá válik. Ferenczi bátorította betegeit a regresszióra, amit relaxációs módszer segítségével ért el. Ezekben az állapotokban a beteg újraélhette az eredeti traumát, s olyan torzításokat alkalmazhatott, melyekkel a trauma tudatképessé válhatott. Ferenczi úgy vélte, hogy a transzba esett beteg és a való világ közötti egyetlen híd az analitikus személye lehet.

Elismerte, hogy noha nem részesítheti pácienseit mindabban, amit megérdemeltek volna, mégis lökést adhat egy új élethez, „amelyben a visszahozhatatlannak aktái lezárulnak és megtörténik az első lépés ahhoz, hogy beérje a sorstól sújtott azzal, amit az élet nyújthat neki, és hogy ne kelljen neki mindent, még az értékeset is eldobnia.” (Ferenczi, 1934, 1982b, 452).

II.3. Freud és Ferenczi traumaelméletének összevetése

Freud elutasítása a késői Ferenczi írásokat illetően csak az utóbbi évtizedekben vált a tudományos kutatások témájává. Közismert, hogy Freud határozottan elvetette Ferenczinek a traumával kapcsolatos tapasztalatait és az ezekből fakadó elméleti elképzeléseit. A képet, az azóta már magyarul is kiadott, Freud és Ferenczi levelezés személyes vonatkozásai tovább árnyalják, egyben betekintést nyújtanak egyéni motivációikba is: „Apró epizódok döbbszentik rá őket személyiségük, alkatuk, világlátásuk különbségeire...a különféle elvárások, Ferenczi gyermeki viszonyulása, apaképe, szeretetigénye, a gyermekpozícióból való emancipálódási törekvése – és ugyanakkor Freud személyiségének zártsága.” (Erős, 2000, 27).

Jelen dolgozat keretein messze túlmutatna az álláspontok részletes elemzése. Annyit mindenképpen itt is meg kell említeni, hogy Freud határozottan elvetette, sőt, megpróbálta megakadályozni Ferenczi utolsó tanulmányának a „Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve” (Ferenczi, 1933, 1997c) megjelenését.

Rand Miklós és Török Mária „A trauma problémája Freudnál és Ferenczinél” című munkájukban (1999) azt az izgalmas kérdést vizsgálják, hogy miért érvényesül cenzúra a pszichoanalízis anyagain. Miért van az, hogy noha a freudi pszichoanalízis elsődleges célja, hogy a mentális cenzúra formáit felderítse és elűzze, a pszichoanalízis intézményes történetében mégis felszámolhatatlan falakat emel? „Freud egyfelől a pszichés elfojtás és a cenzúra felderítésére alkotott meg klinikai és elméleti eszközöket, másrészt viszont, és gyakran ezzel egy időben, maga és tanítványai olyan tereket is létrehozott, amelyeket a hallgatás tett hozzáférhetetlenné és zárt el bármiféle feltárástól és kutatástól” (Rand - Török, 1999, 84).

Freud korai írásainak fényében, meglehetősen sajátosak és ellentmondásosak Ferenczi kései írásait érintő kritikai megjegyzései. A szerzők összevetették Ferenczinek a „Nyelvezavar a felnőttek és a gyermekek között”, továbbá „A relaxáció elve és a neokatarzis” (1930), valamint a „Felnőttek gyermekanalízise” (1931), illetve Freud „A hisztéria etiológiája” (1896)

című tanulmányának leglényegesebb bekezdéseit, és amellet érvelnek, hogy erőteljes párhuzamosság van kettejük nézetei között. Ennek nyomán a kutatók felteszik, hogy Freud elutasító magatartása mögött nem Ferenczi állításai, hanem sokkal inkább saját – a valódi és a fantáziált trauma kapcsán felmerülő – elméleti bizonytalanságai állnak.

Rand és Török arra hívják fel a figyelmet, hogy a freudi elméletek teljes megértéséhez a pszichoanalízis történetén keresztül vezet az út. „Így a pszichoanalízis valamelyest homályos történetét – amelyekben egyéb anomáliák mellett az emlékek megsemmisítése, a Titkos Bizottság, a belső kritika szervezett kirekesztése és az elsődleges dokumentumok cenzúrázása is előfordult – arra használhatnánk fel, hogy pszichés titkok problémájának már meglevő, az egyénre, családra vonatkozó elméleteit a társadalmi csoportokra és a társadalmi szervezetekre is kiterjesszük.” (Rand - Török 1999, 98).

Véleményem szerint Bálint Mihály járt a legközelebb az igazsághoz, amikor azt írta, hogy a Freud és Ferenczi közötti ellentét traumaként hatott az analitikus világra (Bálint 1994), és olyan hallgatást eredményezett, ami elfojtotta az elméleti probléma feltárását. Bálint, mintegy a pszichoanalízist analizálva, a trauma aktusában meghúzódó hallgatásra hívta fel a figyelmet, amit mind Freud látencia koncepciójában, mind pedig Ferenczi kétfázisos trauma elméletében megtalálhatunk. Bálint ezzel nem tett mást, mint az örök visszatérő témát, a traumát, beemelte a pszichoanalízis hétköznapijaiba.

A Freud–Ferenczi vita gyökerét feltáró elemzéseket Haynal André (1996, 2003) ismerteti. Az egyik álláspontot Jeffrey M. Masson (1984) képviseli, aki szerint az ellentétek nem annyira Ferenczi regressziós technikai kísérleteiből eredtek, mint inkább a gyermekkori traumákkal kapcsolatos nézeteiből. Ferenczit kétségtelenül a regresszióban lévő páciensek analízise juttatta a trauma mélyebb megértéséhez.

Ferenczi 1929. december 25-én kelt levele Freudhoz szintén ezt támasztja ezt alá:

1. Minden olyan esetben, amikor lehetőségem volt elég mélyre hatolni, a betegség hisztériás traumatikus gyökereit fedeztem fel.
2. Amikor a páciens meg én sikerre jutottunk, a terápiás hatás megnövekedett.
3. Az ez idő alatt fokozatosan kialakuló kritikai véleményem azt sugallja, hogy a pszichoanalízis egyoldalúan gyakorolja a kényszerneurózisok analízisét vagy a karakteranalízist, vagyis az egó pszichológiáját, s eközben figyelmen kívül hagyja az analízis

organo-hisztérikus alapját, ennek oka abban rejlik, hogy túlbecsüli a fantázia szerepét, és alábecsüli a traumatikus realitást a patogenezisben.

4. Bár ezek általában archaikus élményekre vonatkoznak, az újonnan szerzett tapasztalatok ugyancsak természetszerű hatással vannak a technika bizonyos sajátosságaira” (Haynal, 1996, 31).

Massonnal ellentétben Haynal (1996) a Freud - Ferenczi konfliktus ütközőpontjának a trauma és a regresszió általános problematikáján túl, a pszichoanalitikus kezelés kereteinek Ferenczi által történő kiterjesztését tekinti. „Kétségtelen, hogy amikor Freud parttalan kísérletezésről beszélt (Freud 1933a,) akkor Ferenczire utalt, és figyelmeztetni kívánta mindazokat, akik Ferenczi nyomdokába szegődnének. Szerinte az analitikus ezzel kockáztatja, hogy eltávolodik az analízistől, és belesodródik a kísérletezés végtelen áramába. Mégis, Freud Ferenczi halála után úgy nyilatkozott: nem hihető, hogy tudományunk története meg fog feledkezni róla (Freud 1933c, 1993, 8). Ez Freud részéről azt is jelenthette, hogy Ferenczire a kísérletezései miatt, vagy hogy éppen annak ellenére fognak örökké emlékezni.” (Haynal, 1996, 31).

Milyen tanulságot vont le Ferenczi kettejük konfliktusából? Haynal idézi Ferenczi Joneshoz írott leveléből a következőket: „Azt a tanulságot kell levonnunk mindebből, hogy a pszichoanalitikusok, ellentétben azzal a helyzettel, ami ma van, nem engedhetik meg maguknak azt, hogy tudományos és módszertani sokféleségüket személyes támadásokig engedjék fajulni.” (Ferenczi 1930, id. Haynal, 2003, 66).

Haynal újabban megjelent könyvében megfordította a mester-tanítvány viszonyt: „Freud mindig is írni akart egy olyan könyvet, amely A pszichoanalízis módszere címet viselte volna. Ezt a mindmáig megíratlan könyvet implicit módon Ferenczi egész életműve, oeuvre-je tartalmazza. Ferenczi egész életével, összes tapasztalatával írta, javítgatta, újraírta ezt a képzeletbeli könyvet. A mai pszichoanalitikus technika, az áttételnek és a viszontáttételnek tulajdonított fontosság, az analitikus személyének hatása, az anya és a trauma szerepe – ez mind-mind Ferenczitől ered és nem Freudtól. Az egész pszichoanalitikus közösség ezekre a fogalmakra támaszkodik, ám csupán részben ismerik el Ferenczi örökségét.” (Haynal, 2003, 147).

II.4 Bálint Mihály háromfázisú traumaelmélete

Bálint Mihály Ferenczi tanítványa és elkötelezett követője volt. „A borzongások és regressziók világa” (1959, 1997) című könyvében behatóan tanulmányozta a traumát és annak hatásait.

Saját pácienseit, és általában az embereket szemlélve két beállítódást különböztetett meg: az oknofiliát és a filobatizmust. „A filobata mély benyomást keltő jellemzője az, hogy ő az önmagában álló, a minden segítséget visszautasító és saját forrásaira hagyatkozó ember.” (Bálint, 1959, 1997, 22). Az emberek másik típusának leírására az oknofil jelzöt javasolta, „azt a személyt, aki nem kedveli a hintát és a hullámvasutakat, aki jobban szeret megkapaszkodni valami szilárdban, amint biztonsága veszélybe kerül.” (Bálint, 1959, 1997, 19). Az oknofília eredeti jelentése kapaszkodást, megtorpanást, vonakodást és habozást jelent. A pszichoanalitikus gyakorlatban a tárgykapcsolat feltétel és félelem nélküli elfogadást jelenti. A szó jelentéstartományába tartozik az is, hogy mindez a tárggyal kapcsolatos félelem, szégyen, vagy szégyen miatt történik így.

A traumatikus helyzetekre adott reakciók eltérőek a két típus esetében. Az oknofil autoplasztikus módon küzd meg a traumatikus helyzettel: önmagát változtatja meg, ha nem tartják, ő tart másokat. Később, az introjekció révén, elkerüli az elhagyatottság érzését. Ugyanígy, kezdetben a filobata is az adaptáció autoplasztikus formájával reagál, ám ekkor olyan képességeket fejleszt, melyeket később segítségül hívhat a világ megváltoztatásához. Ez pedig már az alloplasztikus alkalmazkodás egyik formája.

Az oknofília a traumára adott válasz fixációjaként fogható fel oly módon, hogy saját tárgyai függetlenségét ismeri fel. Ezen felismerés első reakciója, a tagadás: a kapaszkodással az oknofil meggyőzi magát arról, hogy tárgyával még mindig szétválaszthatatlan egységet alkot. Bár a trauma a filobata számára is fájdalmas, de ő a lerombolt világ helyén képes új, harmonikus kapcsolatot teremteni.

Ferenczit követve Bálint is a regresszió fogalmát használta és kétféle típusát különböztette meg. A jóindulatú regresszió – véleménye szerint - képessé teszi a beteget arra, hogy regressziós állapotban újraélje a traumát és újakezdje az életét. Ezzel szemben a

rosszindulatú regresszió teljesíthetetlen kérések sorozatát indítja el, s nem vezet megoldáshoz a beteg életében.

„Trauma és tárgykapcsolat” című tanulmányában (1969) Bálint a trauma eredetéről és szerkezetéről írt. Klinikai tapasztalatai alapján három olyan sajátosságot jelöl meg, amelyek mindig jellemzik a traumát:

1. A patogenetikusan legjelentősebb traumák kora gyermekkorban történnek.
2. Olyan személyek váltják ki, akik közeli, intim kapcsolatban vannak a gyermekkel. Ezeket a személyeket a gyermek szereti, függ tőlük.
3. Ide tartoznak a szülők, a nevelők, de elsősorban az anya.

Ehhez kapcsolódóan három fázisban képzelte el a traumát:

1. A gyermek és a felnőtt között bizalom és függőség viszonya áll fenn.
2. A felnőtt valamely izgalmas, félelmetes vagy fájdalmas dolgot tesz váratlanul, vagy ismétlődően. A gyermek, aki érzi a felnőtt szükségletét vagy szenvedését, szeretné őt megvigasztalni. Ez vezet a kölcsönös csábításhoz, amit szükségszerűen elutasítás követ.
3. A gyerek újra közeledik partneréhez, hogy az elutasítást elkerülje és folytassa a játékot, ám ekkor a történetek letagadásával találkozik.

Bálint szerint, a trauma csak a tárgykapcsolat kontextusában értelmezhető, és ezzel a gondolatával előfutára lett a modern tárgykapcsolat elméleteknek.

Az előzőekben tárgyalt korai pszichoanalitikus elméletek trauma felfogása számos pontban összevethető. Ez teszi lehetővé, hogy a jól ismert és itt is említett Freud- Ferenczi vitán túl, feltáruljon egy másik, kézenfekvő különbségük a traumatizáció mechanizmusának felosztásában. Míg Freud egy ütemben, addig Ferenczi és Bálint több fázisban ábrázolta a traumatizációt. Utóbbi szerzők arra is felhívták a figyelmet, hogy a traumák értelmezése csak tárgykapcsolati kontextusban értelmezhető. (Némi fantáziával természetesen, már a freudi látencia koncepcióban is felfedezhető, hogy a traumatizáció nem csak az objektív eseményekben, hanem más tényezőkben is keresendő).

A traumatizáció mechanizmusának tárgyalásakor kikerülhetetlenül vizsgálandók a kötődéselméletek. Fontos szakirodalmi leírások hívják fel a figyelmet arra, hogy jelentős különbségek lehetnek fejlődéslélektani és pszichopatológiai következményeikben egyazon esemény kapcsán, attól függően, hogy a személy korábban milyen kötődéseket alakított ki.

Ezek az elméletek egyúttal azt is megfogalmazzák, hogy a traumatizáló hatások - legalábbis a gyermekek esetében - nem önmagukban megbetegítőek. Anna Freud például így fogalmazott: „A traumatikus eseményeket nem szabad közvetlenül értelmezni, hanem le kell fordítani őket az adott gyermekre vonatkozó specifikus jelentésükre. Az olyan tulajdonságokat, mint a bátorság, a gyávaság, jószívűség vagy mohóság, ésszerűség vagy ésszerűtlenség, az egyes egyéneknél különféleképpen kell érteni, tehát a felszínre hozott elemek – elnevezésük azonossága ellenére – különböző személyiségeknél teljesen más értelemmel bírhatnak. Ugyanúgy, mint ahogy ezek a tényezők nem alkalmasak a más egyének állítólag azonos jellemzőivel való összehasonlításra, összefüggéseikből kiemelve.” (A. Freud, 1966, 1993, 82).

III. Többszereplős elméletek – Trauma a korai tárgykapcsolati elméletekben

III.1 Kisgyermek- és csecsemő-megfigyelések

Az elmúlt évtizedek kisgyermek- és csecsemő-megfigyelései alapjaiban járultak hozzá a kognitív fejlődéslélektani elméletek, az analitikus elméletek és a kötődés elméletek fogalmainak újradefiniálásához. Ennek köszönhetően a korábbiaknál egységesebb csecsemőkép rajzolódott ki, ami túlmutat azon a törekvésen, hogy egységes keretbe foglalja a klasszikus analitikus és kognitív irányzatok hatására szétszabdalt csecsemőképet, sokkal inkább azt célozta meg, hogy más tudományterületek – többek között az idegtudományok kutatási eredményeit is integrálja. Az új megközelítésnek köszönhetően megtörténhetett a trauma fogalmának újradefiniálása is.

A pszichoanalízis képviselői igen későn – csak a nyolcvanasok években - kapcsolódtak be a szisztematikus csecsemő-megfigyelések eredményeinek vizsgálatába. A pszichoanalízisben használt számos fogalom sajátossága, hogy nem a megfigyelésre alapoz, hanem rekonstrukció útján keletkezett. Freud például kiemelte a genetikai nézőpontot, jóllehet maga csak véletlenszerűen használta a közvetlen kisgyermek-megfigyelést. Ennek ellenére nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy a pszichoanalitikus elmélet gazdag fejlődéslélektani hagyományokkal rendelkezik a közvetlen megfigyelést illetően. A negyvenes évek elejétől Anna Freud és munkatársai, René Spitz, John Bowlby – hogy csak a legismertebbeket említsük - saját vizsgálatokat, megfigyeléseket is alkalmaztak kutatásaik során.

Anna Freud és Dorothy Burlingham (1943) igen érdekes vizsgálatokat végeztek a kötődési zavarok feltárására. A második világháború után szüleiktől elszakított gyermekeket figyeltek meg árvaházi környezetben. Megállapították, hogy szinte lehetetlen pótolni az elvesztett anyát. Amikor az árvaházat szakmai szempontok miatt újjászervezték, arra törekedtek, hogy kis létszámú csoportokat hozzanak létre. Abban az esetben, amikor a kis létszámú csoportok miatt, adott volt a tényleges kapcsolattartás lehetősége, a gyerekek erős regressziót mutattak: kisgyermekekre jellemző féltékenységgel és erős birtoklási vágyal viszonyultak nevelőjükhöz.

René Spitz (1945) hospitalizmusról írt munkájában az emberi kapcsolatok személyiségfejlődésben betöltött szerepére hívta fel a figyelmet. Míg Freud a deprivációt az énefejlődés serkentőjének tekinti, ami mintegy kikényszeríti a valóság felé fordulást, Spitz ennek az ellenkezőjét bizonyította be. Olyan – szüleiktől elhagyott gyermekeket vizsgált, akiknek fizikai szükségleteit kielégítették, ám pszichés gondozásukat elhanyagolták. Spitz több mint négyszáz gyermeket figyelt meg. Megállapította, hogy minél hosszabb ideig tartott az anyától való elválás, annál nagyobb mértékben csökkent a gyermek fejlődési mutatója. A gyermekek kezdetben nyomott hangulatúvá, betegessé váltak, később visszamaradtak mozgásfejlődésben, mozgáskoordináció terén is. Spitz ennél árulkodóbbnak tartotta azt a megfigyelési eredményt, hogy az édesanyjukhoz visszakerült gyermekek állapota látványos javulást mutatott. Felhívta arra is a figyelmet, hogy ezek a megállapítások csak akkor érvényesek, ha a gyermek jó kapcsolatban állt anyjával az elválasztás előtt is. A korábban édesanyjukkal rossz kapcsolatban élő gyermekek más zavarban szenvedtek, amit közepes depressziónak nevezett el.

Spitz szerint, az anyjuktól elválasztott csecsemők úgynevezett anaklitikus depresszióban szenvednek, ami nem azonos a gyermekkori depresszióval. Noha nagy a hasonlóság a gyermekkori és a felnőttkori depresszió között – véli Spitz – a struktúra és a dinamika szempontjából mégsem összevethetők. A felnőttkori depresszió dinamikája szadista szuperegót tételez fel, míg a gyermekkori betegségben ennek előjele sincsen. Annak ellenére, hogy a szimptomák hasonlóak, a mögöttes folyamatok teljesen eltérnek.

Gyömrői Edit (1963, 1994) az anya nélkül felnőtt gyermekek patológiáját vizsgálta. Kérdésfeltevése az volt, hogy rekonstruálható-e az én, valamint a libidó fejlődése akkor, ha csak a jelen személyiségjegyeket ismerhetjük, mert semmilyen korai emlék nem merül fel. Munkája során, olyan a holocaustot túlélő gyermekeket analizált, akiknek tárgykapcsolati fejlődése megakadt a kora csecsemőkor azonosulásainak idején. Úgy találta, hogy az analitikus technika alkalmas arra, hogy egy újfajta pszichés valóságot konstruáljon, még akkor is, ha az ödipális tárgyak hiányoznak a gyermek életéből és a valóság szélsőségesen kegyetlen. Véleménye szerint, a sorozatos traumatikus események egyedi történések, amelyek a szilárd valóságot jelentik az áldozatok számára. Az igazi traumát ezekben a helyzetekben a tárgyvesztés (anya, családi veszteségek) okozza, amihez az ellenséges környezet „csak” hozzájárul.

Anna Freud (1966, 1993) a szülőktől való elszakítottság következményeinek tárgyalásakor arra hívta fel a figyelmet, hogy az eseményektől függetlenül, az életkornak kitüntetett szerepe van a traumatikus reakcióban. „...a gyermekeknek az anyától, a szülőktől vagy az otthontól való elválásának sokat vitatott következményeit illeti, a fejlődési vonalra vetett egyetlen pillantás meggyőzően megmutatja, miért olyan változatosak (követve a különböző szinten lévő gyermekek változó pszichikai valóságát) az ilyen eseményekre adott reakciók illetve kóros következmények. Az anya-csecsemő biológiai kapcsolat megsértése (1.fázis), bármilyen okból is történjen, eszerint szeparációs szorongást fog okozni (Bowlby, 1960). Az anya sikertelensége a vágyteljesítő és kényelmet adó szerepben (2. fázis) vagy az individualizálódás megszakadását fogja okozni (Mahler, 1952), vagy anaklitikus depressziót (Spitz, 1946), vagy a depriváció más manifesztációit (Alpert, 1959), vagy praecoxos én-fejlődését (James, 1960), vagy amit false-self-nek (hamis ének) nevezünk. (Winnicott, 1955). Nem stabil, vagy egyébként nem megfelelő tárgyakkal való nem kielégítő libidinális kapcsolatok az anál-szadista fázisban (4. fázis) zavart okoznak a libidó és az agresszió kiegyenlített fúziójában, és ellenőrizhetetlen agresszivitást, destruktivitást stb. idéznek elő (A. Freud, 1949). Csak a tárgyállandóság (3. fázis) elérése után helyettesíti -legalább részben- a tárgy külső hiányát egy belső kép, amely stabil marad: ennek erejére alapítva hosszabbíthatók meg az ideiglenes elválások, arányosan a tárgy állandóság előrehaladásával. Így, még ha továbbra is lehetetlen olyan életkort megjelölni, amikor az elválások tolerálhatók, a fejlődési vonal alapján megállapítható, mikor válnak azok fázis-specifikussá és nem traumatikussá...” (Freud, A., 1966, 1993, 42).

Míg a fejlődéslélektani kutatók az anya hiányának traumatizáló hatásaira hívták fel a figyelmet, a korai tárgykapcsolat elméletekkel foglalkozó szakemberek az anyával való együttlét formáival és ezek hatásaival foglalkoztak. Melanie Klein munkássága több szempontból is jelentős a tárgykapcsolati elméletek alakulásának szempontjából. Klein elméletének köszönhető, hogy az anya önálló helyet kapott a tárgykapcsolat-elméletekben, ami jelentős hangsúlyeltolódást idézett elő, és a kasztrációs komplexusról az anya centralitásának irányába terelte a figyelmet. Mindemellet, Klein észrevett valamit, amit Freud nem dolgozott ki elég alaposan: a belső reprezentációk fejlődését, mégpedig elsősorban az anya reprezentációját. A freudi elgondoláshoz képest Klein elméletében az első, alapvető eltérés az, hogy már kezdetektől a tárgykapcsolatokon keresztül értelmezi az újszülött állapotát, tehát nála nincs tárgykapcsolat előtti időszak. A csecsemő születése pillanatától valamennyi szükséglete kielégítését anyjától várja, s ez a kapcsolat már a tárgykapcsolat

minden lehetséges elemét tartalmazza. A gyermek fejlődésében az anyai test, illetve az ezzel kapcsolatos tudattalan fantáziák rejtik magukba a tárgykapcsolati ambivalenciát.

A csecsemő élményvilága eszerint elkerülhetetlenül töredezett, ijesztő és szorongást keltő, s mindez a veleszületett szükségletekből és az alkati agresszióból fakad. Kleinnél a gyermekkor feladata nem a szocializáció, hanem hogy ezeket az elkerülhetetlen és rémisztő érzéseket enyhítse. „Az ember pszichotikus szorongással születik és kedvező feltételek között a lelki egészséget fejlődési teljesítményként éri el. A csecsemő ösztönei, bár az emberi környezetbe való beilleszkedés is beléjük van kódolva, Klein felfogása szerint elkerülhetetlen és tetemes lelki fájdalmat okoznak, amelyet kedvező körülmények között a jó szülői gondozás képes féken tartani, átszervezni és csillapítani.”(Mitchell - Black 2000, 152).

A kleini elmélet a traumát elkerülhetetlennek, a fejlődés szerves részének tekinti. A külvilág, az anya jelenléte az általa kifejtett elmélet szerint, csak a szükségletek kielégítésének szintjén létezik, úgy is csak a gyermeki fantázián belül. Ebből adódóan a traumatizáció folyamatát nem a külvilág okozza, legfeljebb csak befolyásolhatja azt. Jóllehet Klein hatalmas lépést tett a tárgykapcsolati elméletek terén, figyelmét elsősorban a tudattalan fantáziában létező „Másikra” fókuszálta.

Margaret Mahler volt az első, aki a fejlődési rekonstrukciókat az anya-gyermek kapcsolat megfigyelésével társította. Jóllehet Klein elméletéből indul ki és nézeteik számos hasonlóságot mutatnak, valójában mindvégig Klein rekonstruált gyermekképeivel vitáznak. Míg Klein a felnőttkori skizofréniára jellemző mechanizmusokból próbál visszakövetkeztetni a csecsemő fejlődésére, Mahler közelebbi analógiákat keres a gyermekkori pszichózisokban. Véleménye szerint a gyermekkori pszichózisokban a tárgyi és a személyi világ nem válik ketté, az újszülöttnél homályállapot uralkodik. Ennek nyomán az élet legkorábbi periódusát egy álom-közeli, autisztikus szakasznak képzelel el, amelyben csak a második hónaptól alakul ki egy szimbiotikus egység.

„Jelentős eltérés mutatkozik azonban a két pszichoanalitikus elmék között a tekintetben, hogy (i) mely fejlődési fázisban vélik felfedezni a patológikus funkció eredetét, és hogy (ii) milyen viselkedéses jelenségeket értelmeznek a csecsemőnél úgy, mint védekezéses hasítás és a projekció eredeti manifesztációit.” (Gergely 1993, 122).

A modern tárgykapcsolati elméletekkel foglalkozó szakirodalom leginkább Mahler nevéhez fűz kritikus megjegyzéseket. Gergely (1996) például az ingerpajzs fogalmát és az ingerekre való érzékenység kérdését vitatja a csecsemők megfigyelése kapcsán: „Kiderült, hogy az újszülött nem csak, hogy nem vak a külvilág ingereire, hanem az ún. csendes éberség állapotában aktívan orientálódik feléjük, és feldolgozza azokat, specifikus veleszületett elvárásokat és preferenciákat mutatva a külvilág bizonyos ingertípusaira vonatkozóan. Hogy csak néhány példát említsünk: erre utal az emberi arcra (Franz 1963, Johnson és Morton 1991), a női hangra (Friedlander 1970) való igen korai figyelem, egyes arcgesztusok (Melzoff és Moore 1977, 1989) illetve érzelemkifejezések utánzása újszülötteknél (Field, Woodson, Cohen, Gracia és Greenberg 1983), a tárgymozgás korai vizuális követése, vagy az intermodális információ-áttétel jelensége (Melzoff és Borton 1979 Melzoff 1990 és Bower 1982). Az empirikus irodalomban arra sem találunk meggyőző evidenciát, hogy a csecsemő tényleg érzékenyebb lenne a belső, testi ingerekre, mint az exteroceptív, külső ingerlésre (lásd Rovee-Collier 1987)” (Gergely 1996, 20).

Gergely másik fontos kritikai megjegyzése, hogy Mahler alábecsülte a veleszületett ego-apparátus információ feldolgozó mechanizmusának a hatékonyságát. John S. Watson (1985) ingerkontingencia kísérletére hivatkozva megállapítja, hogy már az első hónapokban is rendelkezik a csecsemő egy igen hatékony perceptuális differenciációs mechanizmussal, mely nemcsak az én és a külvilág elkülönítésére szolgál, hanem alapját képezi a szociális világgal való kapcsolatok kialakításának.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a normál autizmus fogalma elsősorban metapszichológiai síkon értelmezhető. Ennek ellenére, akadnak szerzők, akik Mahlerre támaszkodva, relatív autizmusról beszélnek. Szerintük a fogalom relativitása a csecsemő „időnkénti reakciókészségére” alapoz. Ugyanakkor Martin Dornes (2002) két okból nem tartja ezt az érvelést meggyőzőnek. Egyrészt, a csecsemő válaszkészsége állandó a külvilág ingereire. Másrészt, a „relatív” fogalmának megtartásával, minden nem - autisztikus megnyilvánulást figyelembe vehetünk, anélkül, hogy magát az autizmus elméletet feladnánk.

Dornes másik figyelemreméltó gondolata Mahler szimbióziselméletének tarthatatlanságát hangsúlyozza: „A csecsemő abban az értelemben, hogy a környezetet csak összemosódottan észleli, nem szimbiotikus. Nem szimbiotikus abban az értelemben, hogy az anyjával folytatott interakciója túlnyomórészt differenciálatlan vagy passzív (szimbiózis, mint kapcsolat). És

nem szimbiotikus abban az értelemben, hogy fantáziái lehetnek az anyjával való összeolvadásról (szimbiózis, mint fantázia)” (Dornes 2002, 62).

A szimbiózis, mint kapcsolati forma – Dornes (2002) megfogalmazása szerint- nem létezik. Az anya-gyermek kapcsolat nem passzív és nem regresszív boldog összeolvadás, hanem a csecsemő által is aktívan előállított interakció: kölcsönös szemkontaktus, tekintet elfordítása, kölcsönös vokalizálás stb. A szimbiózist fantáziaként vizsgálva leszögezi: „gyakorlatilag minden csecsemőkutató explicite vagy impliciten azt a felfogást képviseli, hogy az első másfél életévben nincsenek fantáziák, és ezzel kapcsolatban Jean Piaget szenzomotoros fejlődési elméletére támaszkodnak. Ebben Piaget azt bizonyítja be, hogy a szimbólumfunkció csak ezidőtájt keletkezik.” (Dornes 2002, 56).

Gergely a szimbiózis kapcsán szintén kritikai szempontokat vet fel: „A szimbiózis klasszikus értelme olyan együttélésre utal, amelyben az egyik résztvevő bizonyos életfunkcióinak ellátását a másik tevékenysége elősegíti. A szimbiózis eme eredeti értelmének megfelelően Mahler elméletének egyik központi felismerése az volt, hogy a csecsemő belső állapotai homeosztatisz egyensúlyának fenntartása szempontjából alapvetően függ az anyai környezettől. Amikor a külvilág ingereitől a csecsemő affektív egyensúlya felborul, a gyermek csupán az elég jó anya adaptív beavatkozásának segítségével képes helyreállítani belső fiziológiai egyensúlyát. E korai „szimbiotikus” függés idején az anya még „kiegészítő egóként” látja el azokat a belső állapot-szabályzó és kontroll-funkciókat, amelyeket a gyermek a pszichés strukturalizáció folyamán az anyai környezetből idővel sikeresen interiorizál. Úgy gondolom, hogy a szeparációs-individualizációs folyamatok kiindulópontjául szolgáló kapcsolat valódi területként a korai anyai környezet homeosztatisz szabályzó funkcióját azonosíthatjuk, mely egy nyitott, interaktív rendszerben valósítja meg a csecsemő affektív állapotainak kontrollját.” (Gergely 1996, 21-22).

A kötődéelméletek, a kognitív csecsemő kutatások nyomán alapvetően megváltoztak a csecsemőről alkotott nézetek. A szubjektív, klinikai, rekonstruált csecsemő képét felváltotta az objektív, megfigyelt és konstruált csecsemőkép. „A korábbi elképzelésekkel szemben – primer nárcizmus, ingerpajzs, autisztikus fázis, diffúz és differenciálatlan csecsemő, a kortárs elméletek szerint, a csecsemő kompetens, differenciált, a világról ismeretekkel és naiv elméletekkel bíró, kapcsolatokban aktívan résztvevő lény. A kutatások során a figyelem a kapcsolatban rejlő szervező erőre irányult. E szerint, az interakció során, a »másikkal való

együttlét minőségének« tapasztalatán alapulnak és szerveződnek a szelf- és tárgyrepresentációk.” (Lénárd 2003, 10).

A szelf interszubjektív eredete ma már a legtöbb fejlődéskutató által elfogadott elképzelés. A következőkben két olyan szerző gondolataiból idézek, akik jelentős szerepet játszottak az interszubjektív gondolkodás kialakulásában.

III.2. Interszubjektív elméletek: Fairbairn és Winnicott

Fairbairn (1952) klinikai tapasztalataira alapozva – a kegyetlen bánásmódban részesülő gyermekekkel végzett munkája során - Freud örömelv-elméletét bírálta mélyrehatóan. Azt tapasztalta, hogy e gyermekek szüleikhez való ragaszkodását nem gyengítette a durva bánásmód. Az öröm és kielégülés hiánya nem a kapcsolat lazulását eredményezte, sokkal inkább azt, hogy ennek a kapcsolatnak a mintájára építették fel többi kapcsolatukat. Fairbairn szerint, ahogy az állatvilágban bevesődik az első gondoskodó tárgy képe, az embereknél éppúgy megfigyelhető az első tárgykapcsolati minták rögzülése.

Fairbairn az egészséges gyermeki gondolkodás alapjainak a külvilág felé fordulást tartja. Azok a belső tárgyak, melyek Klein leírásában szerepelnek, véleménye szerint a helytelen szülői gondoskodás eredményei. Amennyiben a gyermek függőségi- és bizalomigénye kielégítetlen marad, elfordul a külvilágtól és belső tárgyakat alakít ki. A belső tárgyak szerinte nem az élmények lényegi és elkerülhetetlen kísérői, sokkal inkább kompenzációs mechanizmusok.

Fairbairn felfogása az elfojtásról a korábbiakétól eltérő utat jár be. Míg Freud korai elméleteiben az elfojtás középpontjában valamilyen aktuális, traumatikus élmény húzódott meg, addig Fairbairn elgondolásában nem emlékképek vagy készletések, hanem olyan – a szülőkhöz fűződő - kapcsolatok állnak, amelyek integrálhatatlanok más kapcsolati rendszerekbe. Ennek értelmében nem az énrészek (én – felettes én) ösztönkésztetései csapnak össze az elfojtás mechanizmusában, hanem a szülővel kialakított kapcsolatok képei. Az elfojtott ebben az esetben az én azon része, amely a szülők elfogadhatatlan belső képeit tartalmazza. A gyermek ennek hatására hasítani kezd, és egyszersmind hasonlítani a szülőhöz. Csak így érheti el, hogy kapcsolata legyen a szülővel – véli a szerző - s magatartását depresszió, elszigeteltség, agresszió jellemzi. Fairbairn úgy látott bennünket, mint akik egy

adott pillanatban többszörös, finoman megszakított én-szerveződésekké struktúráldunk át, önmagunk különféle, sajátos jellemzőkkel és nézőponttal rendelkező változatát mutatjuk. (Mitchell – Black, 2000).

A tárgykapcsolatok brit iskolájának képviselője, Donald Woods Winnicott (1971, 1999) elmélete témám szempontjából számos fontos megállapítást tartalmaz. Winnicott leírásaiban az újszülött integrálatlan, ám nem dezintegrált lelkiállapotot él meg. A csecsemő tapasztalatainak minősége az első hónapoktól kezdve kulcsszerepet játszik személyisége fejlődésében. A hangsúly – Winnicott véleménye szerint- az anya által nyújtott környezetben van, nem pedig az ösztönkonfliktusokon. Ennek nyomán definiálta az átmeneti tárgy fogalmát, ami az első kapcsolati tárgyat jelenti, s legfőbb sajátossága, hogy a relativitás vizsgálatot megelőzve, a vele való kapcsolat egy mágikus kontrolltól halad a manipuláción alapuló kontroll gyakorlása felé.

„Érdekes összevetnünk az átmeneti tárgy koncepcióját Melanie Klein belső tárgy fogalmával (1934). Az átmeneti tárgy nem azonos a belső tárggyal (ez utóbbi mentális koncepció) – egy birtoktárgy, és (a csecsemő szemében) még csak nem is külső tárgy. ..A csecsemő csak akkor alkalmazhat egy átmeneti tárgyat, ha a belső tárgy életteli, valós és elég jó (azaz nem túlságosan üldöző). Ennek a belső tárgynak a minősége azonban a külső tárgy részétől, viselkedésétől és életteliségétől függ. Ha a külső tárgy lényeges funkcióiban sikertelen, akkor ez közvetve a belső tárgy életteleniségéhez vagy üldöző jellegéhez vezet. A külső tárgy alkalmatlansága után a belső tárgy elveszíti jelentését a csecsemő számára, és akkor, csakis akkor az átmeneti tárgy is jelentés nélkülivé válik.” (Winnicott, 1971, 1999, 9-10).

Winnicott érdeme, hogy megkülönbözteti a tárgykapcsolat és a tárgyhasználat fogalmát. Míg a tárgykapcsolatban az egyén megengedi, hogy bizonyos eltérések keletkezzenek a szelfben a külvilág valósága és a csecsemő kívánságai között, addig a tárgyhasználat megköveteli a valóságot, ami nem projekciók összessége, hanem része egy megosztott közös realitásnak. Ennek értelmében a csecsemő idővel különválasztja magát az anyától, s válaszként az anya is csökkenti a vele kapcsolatos aktivitása mértékét. Az ezt megelőzően létrejött bizalom érzése, biztonsága teszi lehetővé a gyermek nem-én érzésének kialakulását, a szeparáció érzésének elkerülését. Az anyáról való leválás, az alkalmazkodás potenciális teret hoz létre a gyermek és anyja között: a játék, a kreativitás, a szimbólumok használatának helye ez. A gyermeknek nem kell a realitással szembesülnie, mégis megtapasztalhatja azt. A körülötte lévő tárgyakat

egyszerre „fogadhatja örökbe” és „alkothatja meg”, vagyis környezetéhez reaktivitással viszonyulhat.

Mi történik, ha a gyermek deprivációt él át? „A deprivált gyermek folyton nyugtalan, képtelen játszani és kulturális élményszerző képessége elszegényedett. Ez a megfigyelés a megbízhatónak elfogadott tárgy elvesztésekor átélt depriváció hatásának tanulmányozásához vezet. Bármely korai szakaszban történt veszteség hatásának a vizsgálata arra készítet, hogy figyeljünk erre a köztes vagy potenciális területre az alany és a tárgy között. Hiányosság a függőségben vagy tárgyvesztés a gyermeknek a játéktér és a jelentésbeli szimbólum elvesztését jelenti.” (Winnicott, 1971, 1999, 102).

A traumatikus esemény – Winnicott értelmezésében – a létélmény személyes folytonosságában való törést jelenti. Amennyiben korábban kialakult az anyával egy bizalmi kapcsolat, a potenciális tér lehetőséget teremt arra, hogy a szeparációból a gyermek fokozatosan meggyógyuljon, sőt annak megtapasztalását is elősegíti, hogy a szeparációt az egység egy formájának élje meg a gyermek. Szerencsétlenebb esetben, a potenciális térnek nincs jelentősége, mivel sosem volt megbízhatósággal összekapcsolva, ennél fogva a gyermek nem képes az önmegvalósításra sem.

Winnicott elméletét több szempontból is újítónak tartom. A tárgykapcsolatok azon összefüggésére helyezi a hangsúlyt, ami a másik személyt szubjektumként tételezi fel. Lényeges továbbá, hogy a gyermek aktívan vesz részt szubjektuma kialakításában: a folyamat nem egyirányú, hiszen nem egy szubjektum és egy tárgy statikus viszonyáról van szó.

Munkásságának köszönhetően a traumaelméletek összevetése egy újabb szemponttal bővíthetett. Míg a korai elméletek az egyéni tapasztalatokra összpontosítanak, addig a tárgykapcsolat-elméletek - ahogy nevükből is kitűnik – az egyént társas közegében, szociális kontextusában szemlélik. Az egyéni traumát leíró esetek ezekben a megközelítésekben átalakulnak interperszonális folyamattá. Szorosan ide kapcsolódnak a hétköznapi versus különleges események traumatizáló hatásai. Ahogy az elméletekben egyre inkább a diszfunkcionális interakció kerül a középpontba, úgy a trauma veszíti el a trauma különleges jellegét. Ebben az esetben ugyanis nem egy normál életvitelen kívül eső, különleges esemény megtapasztalásáról van szó, hanem annak a hétköznapi kapcsolatok belső reprezentációjának szerkezetében bekövetkezett torzulásairól.

Mint ismeretes, a pszichoanalízisben először a különösen fontos eseményeket, élményeket tekintették traumatikus hatásúnak. Egyre többen ismerik azonban fel, hogy nemcsak a drámai események és azoknak a fantáziában történő feldolgozása lehet patogén hatású, hanem az interakciók krónikus, szubtilis, az első pillantásra alig észrevehető torzulásai is. Gaensbauer úgy gondolja, „hogy az úgynevezett traumatikus élmények, mint olyanok, sokkal kisebb szerepet játszanak a patológiás lelki struktúrák képződésében, mint azok a zavarminták, amik naponta ismétlődő tapasztalatokból keletkeznek, és amelyek természetükből adódóan kevésbé dramatikusak, viszont makacsabbak” (Gaensbauer 1982, id. Dornes 2002, 59).

Az előbbiek ismeretében ki kell emelni, hogy a freudi fixáció és regresszió fogalma az ilyen patológiákra csak korlátozottan alkalmazható. Dornes véleménye szerint, a konfliktus-modell relativizálódásának együtt kell járnia az ösztönelméletnek, mint a pszichoanalízis alapvető motivációs paradigmájának a relativizálódásával. Az ösztönelmélet a tárgykapcsolatok analitikus természetéből indul ki, és alap gondolatként azt tartalmazza, hogy az emberi kapcsolatok a létfontosságú (orális) szükségletek kielégítése nyomán fejlődnek ki. „A hiány űzi a szubjektumot a tárgyhoz, és az öröm köti hozzá. Mindkét megállapítás kétes. A szubjektumot nem (csak) a hiány űzi a tárgyhoz, hanem önkéntesen megy oda, és nem (csak) az öröm köti oda, hanem a biztonság.” (Dornes 2002, 62).

A traumaelméletek csoportosításának egyik legkézenfekvőbb dimenziója, a traumatikus események jellegének megítélése. A korai freudi elméletek a külső esemény szerepét húzzák alá. Az ezt követő, vele vitázó analitikus elképzelések a belső reakciók fontosságát hangsúlyozzák. A trauma a freudi irányvonal követői szerint az esemény objektív természetéből ered, és annak feldolgozatlansága jelent gondot, addig a későbbiekben a többszereplős elméletek képviselői a traumát az arra adott szubjektív válasszal azonosítják. Míg az előbbi esetekben a trauma elválik annak feldolgozásától és a vele való megküzdéstől, addig a tárgykapcsolati-elméletekben az élmények feldolgozatlansága maga a trauma. A következő fejezetekben – eltérve a dolgozat fő irányvonalától - a kognitív és kísérleti pszichológiai megközelítéseket fogom bemutatni, azokat, amelyek szándékuk szerint az objektív trauma felfogást képviselik.

IV. A PTSD kognitív magyarázatai

Előljáróban jelezném, hogy e ponton letérek dolgozatom eddig követett fő logikai útovanaláról, és a következő három fejezetben a kognitív, a kísérleti pszichológiai és a neurofiziológiai vizsgálatok eredményeit ismertetem áttekintő jelleggel. A bemutatásra kerülő vizsgálatok mozaikszerűségét az magyarázza, hogy a hozzájuk kapcsolódó elméletekben kevésbé vagy egyáltalán nincsenek jelen magyarázó paradigmák, metateóriák. Bár a traumatizációs folyamatok jobb megértését elsősorban az újabb pszichoanalitikus elméletek támasztják alá, de számos fontos és érdekes eredménnyel szolgáltak az általános lélektan tudósai is.

A poszttraumatikus stressz-zavar kialakulását és fennmaradását magyarázó, klinikai alapokon nyugvó kognitív elméletek annak az ellentétnek a leírására törekedtek, ami a trauma átélése és az egyén önmagáról, illetve a világról alkotott képe között áll fenn. Közös vonásuk, hogy mindegyik elmélet azt feltételezi, hogy a személy a traumát megelőző élményeinek mentális reprezentációival vesz részt a traumatikus helyzetben. Ezek nem jelenthetnek mást, mint az embernek önmagáról, másokról és a világról kialakult hiedelmeit, sémáit és attitűdjeit.

A trauma olyan esemény, ami egyrészt nem ignorálható, másrészt nem kompatibilis a korábbi belső reprezentációkkal, azaz a személy nem képes saját korábbi élményei közé beilleszteni. Míg a nem szignifikáns információkat a kognitív rendszer könnyen kirekeszti, addig a kompatibilis tudások asszimilálódnak a rendszerbe. Azokkal az inkompatibilis információkkal azonban, amelyek nagy értékű információt hordoznak, a kognitív rendszer nem járhat el az előbb említett módon: a pszichés káosz megelőzése érdekében mégis megkísérli az integrációt. Ennek a normalizáló szemléletnek a fényében a kognitív pszichológia a PTSD-t nagymértékben funkcionálisnak tekinti, próbálkozásnak a traumatikus élmények feldolgozására. Véleményem szerint, az egyes kognitív elméletek elsősorban abban különböznek, hogy hogyan magyarázzák a korábbi mentális reprezentációk és az új, traumával kapcsolatos információk különbségét, valamint abban, hogy miként képzelik el ezek mentális reprezentációját.

IV.1. Egyszintű mentális reprezentációs elméletek

Anke Ehlers és David M. Clark (2000) szerint a perzisztáló PTSD csak akkor jön létre, ha az áldozatok a traumatizáló eseményt oly módon dolgozzák fel, hogy az súlyos, jelen idejű fenyegetettség érzéséhez vezet. Két, kulcsfontosságú mechanizmust emeltek ki: egyrészt a trauma és következményeinek értékelését, másrészt a traumatikus emlékek és az önéletrajzi emlékezetnek a kapcsolatát.

Álláspontjuk szerint, azok a személyek a veszélyeztetettebbek a betegség kialakulását illetően, akikre a trauma és következményeinek idioszinkratikus negatív értékelése a jellemző. Ilyen például a túlzott általánosítás, vagy a következmények felnagyítása. Ezek az értékelések nemcsak helyzeti félelmet okoznak, hanem elkerülő magatartáshoz is vezetnek.

Feltételezték továbbá, hogy a zavar egyik fő oka a trauma-émlék feldolgozásának alacsony szintje és inadekvát integrációja, mégpedig az idő, a hely, a követő és megelőző információk, valamint a többi élettörténeti emlékek összefüggésében. Ez adhat magyarázatot az akaratlagos felidézés nehézségére a gyenge szemantikus kapcsolat felidézése miatt; a tudatba betörő emlékek „itt és most” jellegére; a további információkhoz való kapcsolódás hiányára és a fizikailag hasonló ingerek általi könnyű kiválthatóságra.

További zavart okozhat az S-S és az S-R asszociációk különös erőssége a traumatikus eseményre vonatkozóan. Egyfelől, a tanuláshoz ez a formája segít abban, hogy előfeltevéseket alkothassunk arra vonatkozóan, hogy mi történik a közeljövőben. Egyes stimulusok, amelyek közvetlenül a traumatizáló élményt megelőzően, vagy annak során jelentkeztek, asszociálódnak az egyénre vonatkozó súlyos veszély hibás előrejelzésével. Másfelől, az asszociatív memóriából történő emlékelőhívás kulcsélmény-vezérelt és akaratlan kívüli, így lehetséges az, hogy az egyénben nem mindig tudatosul az emlékek újbóli átélése. Lényegében ezzel magyarázható a PTSD-ben előforduló erős perceptuális készenlét.

A trauma természete – jellege és erőssége - és a trauma kognitív értékelése között reciprok viszonyt tételeznek fel a szerzők. Amikor a traumatizáló eseményt PTSD-ben szenvedő betegek idézik fel, emlékezetükből olyan részleteket hívnak elő, amelyek korábbi értékeléseikkel konzisztensek. A szelektív emlékezet azonban gátolja a trauma teljes

felidézését, így az a trauma átértékelésének is határt szab, a fenyegetettség érzése pedig ebből adódóan fennmarad.

A betegek a súlyos, akut fenyegetettséget észelve, stratégiát dolgoznak ki tüneteik kontrollálására. Példa erre a gondolatelnyomás, ami azonban gyakran megnöveli az intruzív visszaemlékezések számát és intenzitását. Ezek a stratégiák többnyire maladaptívak, meggátolják a trauma és következményeinek átértékelését, sőt, maguk is a tünetek fenntartásához vezetnek.

A traumatizáció során történő kognitív információfeldolgozás egyik jellegzetessége a konceptuális vagy az adatvezetett feldolgozás dominanciája. Az áldozatok gyakran számolnak be arról, hogy zavart, mindent elárasztó benyomásokat éltek át a traumatikus esemény során. Ez arra utal, hogy nem alakult ki a konceptuális feldolgozás szintje, helyette elsősorban adatvezérelt, vagyis szenzoros információk mentén szervezett feldolgozás történt. Ez a későbbiekben az akaratlagos felidézés nehézségeihez vezet, ugyanakkor erős perceptuális készenlét jön létre az együttesen felmerülő stimulusok tekintetében, ami integrálatlan emlékrészletek felmerülését teszi lehetővé. A kognitív elméletnek ez a feltételezése néhány ponton átfedést mutat az analitikus teóriák disszociáció fogalmával. Ilyen például a konceptuális versus adatvezérelt információfeldolgozás, a szelf referenciális prespektíva hiánya és az érzelmi dermedtség.

IV.2 Többszintű mentális reprezentációs elmélet: SPAARS

A többszintű mentális reprezentáció elmélete Mick Dalglish és Tim Power (1997, id. Yule, 1999) nevéhez fűződik, akik komplex, négyszintű információ-reprezentációs rendszert írtak le, s azt SPAARS (sematikus, propozicionális, asszociatív és reprezentációs rendszer) elméletnek nevezték el. A bejövő ingerek először analóg (akusztikus, vizuális, olfaktorikus, proprioceptív) módon tárolódnak. Ezzel szemben a propozicionális reprezentációk verbális formában tárolják a hiedelmeket, elgondolásokat és tárgyakat. Emellett létezik egy magasan szervezett, nonverbális séma-reprezentáció is. A szerzők álláspontja szerint, az én koherenciáját ez a legmagasabb szinten szervezett jelentésrendszer adja, melynek elsődleges célja a domináns séma-reprezentációk konfigurációjának fenntartása. A trauma éppen ennek az egységét fenyegeti.

Az elmélet hívei feltételezik továbbá, hogy a verbális propozicionális szint és a sémamód között asszociatív kapcsolat áll fenn, s ezen a szinten keletkeznek az érzelmeink. A traumatikus esemény kiértékelése a sémamódban történik, és a fenyegetettség érzéséhez, illetve intenzív félelemhez vezet. A SPAARS modell szerint a traumával kapcsolatos valamennyi információ az analóg, a propozicionális és a sémaszinten is reprezentálódik, így a traumához kötődő képek, hangok, szagok mind befolyásolják a személy önmagáról és a világról alkotott képét. Mivel a traumatikus információk alig, vagy egyáltalán nem képesek integrálódni a reprezentációs sémákba, az emiatt kialakult diszkrepancia felelős a PTSD-t jellemző tünetekért.

Dalgleish és Power (1997, id. Perczel-Forntos, 2000) szerint, a modell segítségével könnyen magyarázhatók az olyan tünetek is, melyek a folyamatos kognitív kiértékelés nyomán jönnek létre. A trauma inkompatibilis jellege félelmet, szorongást vált ki, és ez aktiválja az intruzív gondolatokat és rémálmokat. A tünetek nyomán számos védekező mechanizmus indul be, a személy óvakodik a traumára emlékeztető helyszínektől, jelektől, nem gondol rá, nem beszél róla. Társas kapcsolatai is beszűkülnek, hogy csökkentsék a traumára emlékeztető ingereket. A félelem fiziológiai szinten is megjelenhet, mégpedig fokozott éberségi szint formájában.

IV.3. Kognitív terápiás lehetőségek

A traumatikus élmény integrációja emocionális szinten megy végbe. Terápiás keretek között általában expozíció formájában segítenek a betegeknek. Az expozíció lehet az esemény szisztematikus végiggondolása, a helyszínre való visszatérés, vagy az élmények megosztása másokkal. Az expozíció jól értelmezhető a szerzők elméleti keretében, s kétféleképpen eredményezheti a poszttraumatikus tünetek csökkenését: egyrészt lehetővé teszi, hogy a személy biztonságos, kiszámítható környezetben újraélje és újraértékelje a traumát. Másrészt, az ingerexpozíciós helyzetben a cél a traumával kapcsolatos információk és a félelem-automatizmus közötti asszociatív kapcsolatok gyengítése: ha a félelem gyengül, akkor a személy a traumával kapcsolatos információkat be tudja illeszteni a memóriájába. A fentiekből következik, hogy a PTSD kezelésében, a kognitív szemlélet szerint, nagy szerepet kap az expozíció, s annak különféle formái (in vivo, in vitro, imaginatív, reális). A probléma felmérését és feltérképezését, illetve a terápiás célkitűzések megfogalmazását követően a pszichoedukáció a következő fontos lépés. A beteget informálják a betegség jellegéről, valamint arról, hogy panaszai teljesen érthetőek. Ezt pszichoterápiás intervenciók követik,

melyek célja a hétköznapi életbe való visszatérés elősegítése. A negyedik szakaszban végzik az ismételt, fokozatos inger-expozíciót: ez a trauma ismételt megbeszélése, az elkerült helyzetekkel, érzésekkel, szagokkal való találkozás, imaginatív vagy reális formában. Végül, a terápia utolsó szakasza, a kognitív átstrukturálás, a lege artis kognitív terápia módszereivel. A terapeuta célja, hogy megtalálja a páciens számára legkényesebb pontot és annak jelentését, ami fenntartja az elkerülést. Ekkor megkérdőjelezzük, majd átkeretezzük a helyzet jelentését, végül újra felidéztek a traumát az új ismeretek fényében.

Az expozíciós technika új eljárásai közé tartozik a szemmozgásos deszenzitizáció és újrafeldolgozás. A kezelés során a páciensek szakkadikus, azaz ritmikus szemmozgást végeznek, szemüket egyik oldalról a másikra irányítva, miközben fóbiájuk tárgyainak és az általuk rettegett helyzeteknek a képeivel árasztják el őket. (Shapiro, 1989, 1991, idézi Comer, 2000). Az esettanulmányok kiugró javulásról számolnak be a különböző pszichés betegségekkel kapcsolatban – többek között a poszttraumás félelmek és emlékképek esetében. A kontrollált vizsgálatok azonban nem hoztak ilyen kedvező eredményeket, sem a kezelések számát, sem eredményességüket illetően.

Noha a gyógyszeres és az expozíciós terápiák a tünetek általános csökkenését és a közérzet javulását eredményezik, a legtöbb klinikus arra figyelmeztet, hogy a poszttraumás stressz-zavarban szenvedő páciensek addig nem gyógyulnak meg teljesen, amíg lelkileg nem sikerül feldolgozniuk a traumát, és nincsenek tisztában életük további alakulására gyakorolt következményeivel. (Marmar és mtsai, 1993 Weiss és Marmar, 1993, id. Comer, 2000). James Pennebaker (1990, id. Comer, 2000) véleménye szerint, a gyógyulás csak akkor következhet be, ha az áldozatok szembesülnek mélyen rejtőzködő érzéseikkel, elfogadják tetteiket és a velük történt dolgokat, képesek újra bízni önmagukban és a külvilágban. Mindez csak akkor valósulhat meg, ha visszafojtott traumatikus élményeikről képesek beszélgetni, mert a narratíva jelentősen befolyásolhatja a szabadon lebegő szorongást és feszültséget.

V. Kísérleti pszichológiai megközelítés

A kísérleti pszichológia egyik legnagyobb kihívása és egyben nehézsége, hogy laboratóriumi keretek között vizsgálja a hétköznapi életben előforduló eseményeket, jelenségeket. Különösen igaz ez a PTSD-vel kapcsolatban, ahol a tünetek oly sokfélék és szerteágazóak. Egyáltalán nem meglepő, hogy a betegség természetéről meglehetősen ellentmondásos eredmények, következtetések születtek. Furcsa módon a megjelenő tünetek jelentős része nem kapcsolódik szignifikánsan a traumatikus eseményhez. Látni fogjuk, hogy a még az oly tipikusnak tartott tünetek, mint például a valóságot leképző rémálmok sem kapnak egyértelmű magyarázatot, sőt, hatalmas vitát kavarnak a tudósok között. További nehézséget jelent, hogy maguk a traumatikus helyzetek is igen sokfélék, nehezen kontrollálhatóak kísérleti feltételek között.

V.1. A PTSD tüneteinek vizsgálatai

A PTSD definíciója szerint a traumára való visszaemlékezés olyan, mintha a páciensek újraélnék azt. A múlt eseményeit olyan élénken, olyan emocionális intenzitással élik meg, mintha a trauma éppen megtörténne. Ez különböző módon történhet: tolakodó emlékek, rémálmok, flashback-ek és pszichofiziológiai reakciók formájában.

V.1.1. Tolakodó emlékek

A tolakodó emlékek leggyakoribb megjelenési módja az akarattalan visszaemlékezés, ami gátolja a kialakult mindennapi életritmust is. Megfigyelték például, hogy a kambodzsai Pol Pot rezsimet túlélte gyermekek, évekkel a történetek után, az iskolai tanórákon még mindig a szörnyű mészárlás képeit látták. Ennek ellenére, az az egyetlen prospektív vizsgálat, melyet Eve Bernstein 1996 és 1998 között végzett (id. McNally, 2003) arra a következtetésre jutott, hogy nincs speciális összefüggés a tolakodó emlékek és a trauma között. Kísérletében főiskolás hallgatókat arra kért meg, hogy jegyezzék fel önkéntelen emlékeiket egy speciális naplóba. Meglepő módon ezek legtöbbször egy viszonylag friss, érzelmileg pozitív eseményre vonatkoztak, például egy új kapcsolat kezdetére.

Bernstein legfrissebb vizsgálatában (2003, id. McNally, 2003) 12 PTSD-ben szenvedő dán főiskolás jegyezte fel az első 50 önkéntelen emlékét. Összesen 600 emléket rögzítettek, ebből 31 függött össze közvetlenül a traumával (5,2%) és ezek közül 11 volt flashback. A trauma időpontja és az emlékek hevéssége között nem talált összefüggést. Az emlékek 61%-a pozitív vagy semleges dolgokra irányult, míg a többi témája a traumával függött össze. Bernstein arra

a megállapításra jutott, hogy a flashback-ek nem a trauma következményei, valamint, hogy az önkéntelen emlékek nem a traumatikus élmények felelevenítései és a legtöbb flashback nem a trauma visszajátszása.

V.1.2. Álom, rémálom

A pszichoanalitikusok által „gyógykísérletként” definiált szorongásos álmokat a neurológia neurofiziológiai funkciózavarnak tartja. Kardiner már az első világháború idején rámutatott a traumatikus rémálmok jellegzetességeire, azaz, hogy hiányoznak belőlük az álom szokásos jellemzői: a szimbolikus transzpozíció, az áttétel, a behelyettesíthetőség, az elaboráció, ezért azok a traumatikus eredet pontos „visszajátszásaiként” értelmezhetőek. Ezzel együtt még a nyolcvanas évek elején sem került sor módszeres vizsgálatokra a traumatikus rémálmoktól szenvedők körében.

A rémálmok vizsgálatokor a kutatók azt találták, hogy azok gyakran előfordulnak a stresszes eseményeket követően, de gyakoriságuk az idő előrehaladtával csökken. A fennmaradó rémálmok a PTSD specifikus tünetének tekinthetők. Vietnami veteránoknál például PTSD esetén a rémálmok előfordulása 52,4%, PTSD nélkül 4,8%, míg olyan veteránoknál, akik abban az időben nem Vietnamban szolgáltak 5,7%, civileknél pedig 3,4% (Neylan és mtsai, 1998, id. McNally, 2003).

Alváslaborban a rémálmok nagyon ritkán figyelhetők meg. Ennek oka vagy az, hogy a laboratóriumi környezet elnyomja a rémálmokat, vagy pedig a gyakoriságuk mégsem olyan nagy, mint azt a páciensek gondolják.

Peretz Lavie alváskutató 2001-es vizsgálata szerint a PTSD páciensek ritkábban álmodnak. Míg a kontroll csoport 60-90%-ban számolt be álmokról a REM-ben történő ébresztés után, velük ellentétben a PTSD páciensek csak 20-60%-ban.

Ezt a megfigyelést támasztja alá az a laboratóriumi tapasztalat is, hogy a holocaust túlélőinél nagyon ritkák az álmok. (Lavie és mtsai, 2001, id. McNally, 2003). A vizsgálat szerint általánosságban a panaszokat (mély alvás hiánya, álmatlanság, gyakori rémálmok) a PTSD pácienseknél nem támasztják alá a megfigyelt eredmények. A betegek nagy része sokkal jobban alszik, mint hiszi.

A kísérleti pszichológia képviselőinek többsége szerint a szokványos rémálmok nem a mindennapi történések visszajátszásai. Ezzel szemben sok túlélő (háborús veteránoktól az elrabolt gyermekekig) arra panaszkodik, hogy rémálmaik pontos másai a traumatikus eseményeknek. Ezek a beszámolók arra engednek következtetni, hogy a traumatikus rémálmom az önéletrajzi memória egyik formájának tekinthető.

1984-ben Bessel Van der Kolk és munkatársai közzétették hiánypótlónak számító kutatási eredményeiket. Azt vizsgálták, hogy a harctéri szolgálatból visszatérő, traumatikus rémálmoktól gyötört páciensek álmai mennyiben különböznek az olyan, szintén élethosszig tartó rémálmoktól szenvedő betegektől, akik semmilyen harctéri élménnyel nem rendelkeztek. A szerzők úgy vélték, hogy a traumatikus rémálmom a két leggyakrabban leírt álomjelenség: az álom korai szakaszában megjelenő úgynevezett „éjszakai terror” álom és a szorongásos álom közötti átmeneti jelenséget képviseli. Feltételezésük szerint a traumatikus rémálmok ugyanis bár korai, REM nélküli szakaszban, önkéntelen testmozgásoktól kísérve történnek (és eszerint az „éjszakai terror” álmokhoz hasonlítanak), ugyanakkor azonban kidolgozott tartalommal is rendelkeznek, ami viszont a szorongásos REM-álmok sajátossága.

A vizsgálatok során ennek megfelelően szembeállították egymással a „harcos” és a „nem harcos” rémálmokat. Feltételezték, hogy a nem-harcos rémálmoktól szenvedők álmai a szorongásos REM-álmok jellegzetes vonásaival rendelkeznek. Ezek az alvás késői szakaszában következnek be, ritkán ismétlődnek, „álomszerű” tartalmuk van, és nem társulnak testmozgással. Ellenben a harctéri áldozatok álmai inkább az alvás korai szakaszában jelentkeznek, és ha van tartalmuk, akkor azok gyakran a harctéri események egészen pontos felidézései, amit minden esetben testmozgás is kísér. A laboratóriumi eredmények megerősíteni látszottak a hipotézist.

Még ugyanabban az évben Milton Kramer (1984) alváskutató Van der Kolk eredményeivel ellentétes következtetésre jutott. Kramer és munkatársai a vietnami veteránok két csoportját hasonlították össze: az egyik csoport tagjai PTSD-ben szenvedtek és rémálmokról számoltak be, míg a másik csoportban egyetlen veteránnál diagnosztizáltak PTSD-t, és egyetlen egyénél sem jelentkezett alvászavar. Van der Kolk előzőleg ismertetett vizsgálatához hasonlóan számos pszichiátriai tesztet végeztek a kísérleti személyekkel, az alvásvizsgálat viszont különbözött a korábbtól. A vizsgált személyek hat egymást követő éjszakát töltöttek a laboratóriumban. Az első négy éjszaka során ahányszor csak egy percnél hosszabb időre

felébredtek, a kutatók kikérdezték őket álmaik tartalmáról, az ötödik éjjelen pedig minden egyes alvási fázisban kétszer felébresztették és kikérdezték őket. Az álmokra vonatkozó információkat ekkor rögzítették, és a hatodik éjszakát végre átaludhatták. Ezt követően arra kérték őket, hogy 1-5-ig terjedő skálán értékeljék az álom átéléséhez kapcsolódó szorongást és félelmet. Minden éjjel és minden reggel további információkat gyűjtöttek az élményeikre vonatkozóan, többek között a személyes érzéseket és a stresszt illetően is.

Kramer és kollégái úgy találták, hogy a traumatikus rémálmok egyaránt előfordultak a REM és a REM nélküli fázisokban. Megoszlottak továbbá aszerint, hogy előzőleg az „éjszakai terror” álmokkal vagy a szorongásos álmokkal együtt jelentkeztek. Ennél fogva a traumatikus álom véleményük szerint is az előbbi két álmofajtától eltérő jelenség.

Kramerék egyik legfontosabb megfigyelése az volt, hogy a rémálmoktól szenvedő csoport tagjainál az álmaik tartalmáról alkotott benyomásaik eltértek attól a pontos álmotartalomtól, amiről később, ellenőrzött laboratóriumi körülmények között beszámoltak. Noha a vizsgált személyek arra hajlottak, hogy álmaikat teljes mértékben a harctéri élményekkel összefüggőnek véljék, a laboratóriumi vizsgálatok azt bizonyították, hogy az álmoknak csupán a fele volt ilyen. A szerzők szerint a páciensek álmai az élet más, a háborútól eltérő területeire is vonatkoztak, például családjukra, és ezeket a tartalmakat hozták összefüggésbe a háborúban szerzett traumatikus emlékeikkel. A szerzők azt a végkövetkeztetést vonták le, hogy a múlt és a jelen, a katonai illetve a civil élmények között interakció van, és ezt lényeges szempontként kell figyelembe venni a PTSD-ben szenvedők kezelésekor.

Leys (2000) kritikája szerint Van der Kolk és munkatársainak vizsgálati módszerei megkérdőjelezhetőek: visszamenőleg végezték a vizsgálatot, csak rákérdeztek, hogy a rémálmok visszaidéztek-e konkrét csataeseményeket, ahelyett, hogy feljegyeztették volna az álmokat. Továbbá, nem kérdeztek meg szemtanúkat, hogy pontosan hogyan is zajlottak a háborús események. Ezen kifogások, illetve Kramer vizsgálatai alapján nem igazolható Van der Kolkék azon feltételezése, miszerint a traumatikus álmok a traumás események pontos lenyomatai, visszajátszásai volnának, megfosztva minden további látens tartalomtól.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a túlélők kis része úgy érzékeli, valóban pontosan éli újra álmaiban a vele történt eseményeket. Felmerülhet azonban a kérdés, hogy milyen pszichés mechanizmusok alapján megy végbe a folyamat. A pontos visszajátszás egy kvázi-

fotografikus folyamatot feltételezne, amely feljegyez minden eseményt egy mentális „videoszalagra”, ami aztán a betegek álmában lejátszásra kerül. Ezzel szemben régóta ismert, hogy az önéletrajzi memória nem úgy működik, mint egy videomagnó. Ha az ébrenlét során az emlékezés nem a mentális videoszalag lejátszása, miért lenne az álomban másképpen? Miért lennének a traumatikus rémálmok kivételek azok alól a rekonstruktív folyamatok alól, amelyek minden emlékezetet jellemeznek, ideértve a traumatikus eseményekre való emlékezést is?

V.1.3. Túlérzékenység és flashback

A PTSD kapcsán foglalkoznunk kell a túlérzékenység kérdésével is. Ferenczi már 1918-ban, az 5. Nemzetközi Pszichoanalitikus Kongresszuson felhívta a figyelmet arra, hogy a traumás neurózisban szenvedők között sokkal gyakoribb az érzékszervek túlérzékenysége: „A traumás neurózisoknak kevésbé méltatott tüneteként említem még az összes érzékszerv túlérzékenységét (fényiszony, hang iránti túlérzékenység, igen kifejezett csiklandósság) és a szorongásos álmokat.” (Ferenczi, 1918, 1982a, 224). Az opioid rendszer érintettségét mutatják azok a vizsgálatok, melyek a PTSD-ben a fájdalomküszöb csökkenését igazolták. A vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a nyugalmi állapotban csökkent opioid-aktivitás a traumás esemény expozíciójára drámaian emelkedni kezd.

Tekintetbe véve a PTSD-re jellemző „szuperszupresszor” jelenséget és a neurofiziológiai válaszkészséget az akut stresszt követően, mindez az izgalmi szint szabályozásának képtelenségét tükrözi. A kóros ébrenléti szint kialakulása neuroanatómiailag a limbikus rendszer működéséhez köthető: az amygdala és a hippokampusz érintettségére utal. Számos adat szól még a noradrenalin, dopamin és glutamát lehetséges szerepéről is, továbbá PTSD-ben szenvedő betegeknél yohimbinnel kínzó élményként lehet felidézni (Martényi, 2000).

A flashback fogalmán a hirtelen betörő, emocionálisan intenzív szenzoros érzeteket (pl. vizuális képek vagy szagok) értjük, amelyek visszaidézik a trauma során észlelt szenzoros érzeteket. Általában egy percig tartanak, egyúttal pánikroham tünetei is fellépnek. Laboratóriumi körülmények között a flashback tanulmányozása biztonságos kémiai anyagok, leggyakrabban yohimbin segítségével történik. A vizsgálatok többsége kimutatta, hogy yohimbin adását követően a PTSD-ben szenvedő pácienseknél flashback, illetve gyakran pánikroham lépett fel, míg a kontrollcsoport tagjainál ezek a hatások nem voltak megfigyelhetőek (Southwick, 1993, Bremner, 1997, Krystal, 1997 id. McNally, 2003).

Ennek ellenére néhány kutató arra is rámutatott, hogy flashback olyan emberek között is előfordul, akik elvesztették valamelyik családtagjukat, mégpedig úgy, hogy ők maguk nem voltak jelen, amikor a traumatikus esemény megtörtént. (Rynearson és McCreery, 1993 id. McNally, 2003)

Összefoglalásként elmondható, hogy a kísérleti pszichológia azon törekvése, hogy egységes fiziológiai válaszokat mutasson ki a PTSD betegeknél, csak részben valósult meg. A pszichoanalitikus elméletek értelmében, a tünetek megjelenésének hátterében az elfojtás mechanizmusa áll. A következő részben az elfojtás fogalmának kísérleti pszichológiai szempontú vizsgálatait mutatom be Alan Baddeley (2003) és Daniel L.Schacter (1998) nyomán.

V.2. Az elfojtás kísérleti pszichológiai megközelítései

Az analitikus szakirodalom korábban bemutatott klasszikus traumaelméleteit a kísérleti pszichológia erőteljesen bírálja. Daniel L. Schacter (1998) például megállapította, hogy „Korai munkáiban Freud az elfojtást a tudatos ént túlságosan igénybevevő gondolatok és emlékek tudatos megzabolázásaként határozza meg. Elgondolása azonban az idő múlásával némileg változott. Lassanként általánosabb érvényben kezdte használni e terminust, kiterjesztette minden olyan elhárító mechanizmusra, amely a szubjektum tudatosságának határán túl működik, és automatikusan kizárja a tudatot fenyegető információkat. Freud végső soron alapos zűrzavart teremtett, hiszen nem lehet tudni, mi a különbség a tudattalan elhárítás és a szándékos elfojtás között.”(Schacter 1998, 351).

Számtalan próbálkozás történt annak érdekében, hogy a kísérleti pszichológiát összekapcsolják a pszichoanalízissel. E kapcsolatteremtési kísérletek egyik válfaját azok a vizsgálatok jelentették, amelyek a hétköznapi élet, a természetes helyzetek megfigyelésén alapultak. Érdekes példa erre Marigold Linton 1975-ös munkája (id. Baddeley, 2003), aki szisztematikusan tanulmányozta saját magát. Egészen pontosan azt vizsgálta, hogy mennyire képes mindennapi életének eseményeit felidézni. A kutató beszámolt arról az ellentmondásról, hogy bár érzései szerint élete akkoriban elég boldogan telt, a feljegyzett események nagy hányadáról kiderült, hogy negatív érzelmeket élt át velük kapcsolatban.

Számos kísérletet végeztek arra vonatkozóan is, hogy megfigyeljék az emlékezet szelektív működését, mely révén inkább a kellemes emlékekre emlékszünk vissza, illetve, hogy kísérleti úton modellezzék azt. Joan Waldfogel (id. Baddeley, 2003) egyik vizsgálatában arra kérte a kísérleti személyeket, hogy minél több eseményt idézzenek fel életük korai szakaszából, majd osztályozzák ezeket aszerint, hogy kellemesek vagy kellemetlenek voltak a számukra. Az eredmény szerint, az emlékek 50 százalékát a személyek kellemesnek, 20 százalékát semlegesnek találták és csak 30 százalékot jelöltek meg kellemetlen emlékként. Ez és az ehhez hasonló kísérletek azonban nem szükségszerűen utalnak az elfojtásra. Elképzelhető például, hogy kellemesebb élményeinket gyakrabban emlegetjük barátainknak, ismerőseinknek, megerősítve a felidézéssel a pozitív hangulatú emléknymokat, vagy ezzel ellentétben, a kínos vagy fájdalmas dolgainkat nem szívesen osztjuk meg nyilvánosan.

Az a tapasztalat, mely szerint komoly nehézségeket jelenthet a természetes helyzetekből származó megfigyelések értelmezése, arra ösztönözte a kutatók egy részét, hogy laboratóriumi körülmények között próbálják előidézni az elfojtás jelenségét.

Az egyik kísérletet az elfojtási hipotézis tesztelésére Georg Levinger és John Clark végezte (1961, id. Baddeley, 2003). Kísérleteik továbbfejlesztették Carl G. Jung (1961) asszociációs vizsgálatát. Jung azt tapasztalta, hogy bizonyos szavak olyan szorongásokkal teli komplexusokhoz kapcsolódnak, amelyeket a személy vonakodik feltárni. Levinger és Clark továbbfejlesztették az eredeti kísérleti szituációt. Arra kérték a kísérleti személyeket, hogy olyan szavakra asszociáljanak, melyek érzelmileg színezettek. Jung elméletével összhangban, a kutatók azt az eredményt kapták, hogy az érzelmileg telítettebb szavakra, az érzelmileg telítettebb ingerek válaszként hosszabb látenciával következtek. A szó-asszociációs feladat teljesítése után megismételték a kísérleti személyeknek ugyanazokat a hívószavakat, és arra kérték őket, hogy próbálják felidézni korábbi asszociációikat. Ekkor azt az eredményt kapták, hogy a vizsgált személyek az érzelmileg telített szavakra adott korábbi asszociációikat különösen gyengén tudták felidézni. Levinger és Clark a freudi elfojtás elmélettel magyarázták az eredményeket: elképzelésük szerint a szorongáskeltő komplexusokhoz kapcsolódó hívószavakat a személyek elfojtották, legalábbis a semleges kontroll-szavakhoz képest.

Lewis J. Kleinsmith és Stephen Kaplan (1963, id. Baddeley, 2003) a kísérletükben részt vevő személyeknek nyolc ingerszót mutattak, majd mindegyik után egy számjegy következett. A szavakat úgy válogatták össze, hogy azok erős vagy semleges érzelmi választ váltssanak ki. A szavak érzelemkiváltó jellegét galvános bőrreakció alapján állapították meg. A kísérleti tapasztalatok szerint rövid késleltetés után a magas érzelemkiváltó erejű szavak előhívása gyengébb volt. Hosszabb késleltetés után azonban ez a tendencia megfordult, és emlékezetükből éppen ezeket a szavakat tudták jobban előhívni a vizsgált személyek.

Kleinsmith és Kaplan a kapott eredményeket Lenore Walker (1958, id. Baddeley, 2003) akcióveszteség elvével magyarázták. Ez az elmélet azt feltételezi, hogy minden emléknym kiépülése alatt egy felidézést gátló folyamat lép működésbe, ami segíti az emléknym megszilárdulását. Walker elképzelése szerint magasabb arousal-szint esetén erősebb a kezdeti gátlás, ami ahhoz vezet, hogy az adott elemet rövidtávon nehezebb felidézni, ugyanez viszont elősegíti a konszolidációt, azaz a késleltetés utáni biztosabb felidézést.

Alan Baddeley (2003) megismételte a fent már ismertetett, Levinger és Clark által végzett elfojtást demonstráló kísérletet, mégpedig úgy, hogy előrelátóan pozitív és negatív érzelmeket keltő szavakat egyaránt használtak. Célja az volt, hogy elkülönítse az elfojtás hatását (ami elvileg csak a negatív érzelmet keltő szavak esetén jelentkezik) az arousal-szint hatásától, ami viszont mindkét, eltérő típusú felidezésénél jelentkezik. Azt tapasztalta, hogy kezdetben mind a kellemes, mind a kellemetlen érzelmi feszültséget keltő szavakat rosszul idézték fel a kísérleti személyek, ami megítélése szerint az arousal elméletet támasztja alá az elfojtás elmélettel szemben.

Schacter (1998) gondolatmenete azt igyekezett igazolni, hogy az elfojtás mellett szóló bizonyítékok tudományos ereje a fogalom meghatározásán múlik. Amennyiben szűken értelmezzük, és a tapasztalatok szándékos figyelmen kívül hagyását értjük rajta, elfogadható a terminus. Ennél tágabb értelemben azonban kétséges a magyarázó ereje. A részleges emlékezetkiesések – amikor valaki nagy lelki megrázkódtatást okozó eseményre nem emlékszik – mértéktelen alkoholfogyasztásra, agysérülésre, eszméletvesztésre vagy szemérmetlen csalásra vezethetők vissza. A szerző az amnézia okának – ritka kivételként – az erős, ismétlődő traumák okozta megrázkódtatásokat ismeri el kizárólag. Ennek magyarázataként az egyes események ismertető jegyei közötti határok elmosódását említi, ez a jelenség azonban a hétköznapi emlékek kapcsán is felmerül.

Számos szakember hasonló álláspontot képvisel. Lenore Terr (1994, id. Schacter, 1998) osztályozása nyomán a traumák két csoportját különíthetjük el. Megfigyelték, hogy egyszeri drámai eseményekre általában pontosan emlékeznek az áldozatok. A traumáknak ezt a csoportját Terr „I. típusú traumáknak”-nak nevezte el. A „II. típusú traumák” csoportjába azokat a csapásokat sorolta, amelyek ismétlődő események formájában jelennek meg, és a vizsgálatok tanúsága szerint gyakran elfojtás alá kerülnek. Terr ide sorolja a gyermekek többszörös szexuális zaklatását is, amit a gyermekek gyakran a tudattalanjukba süllyesztenek. Fokozottan igaz ez, ha a gyermekhez közelálló személy a bántalmazó: a gyermek ilyenkor a túlélés érdekében negligálja a szülő vagy gondoskodó agresszióját.

Michael Anderson (1995, id. Schacter, 2002) úgy vélte, hogy ha emlékeinket csak egy bizonyos jelzőingerre szelektív módon hívjuk válaszul, mindig megjelenik a nem felidézett információkra vonatkozó gátlás. Feltételezi, hogy ez az elképzelés megvilágítja a szexuális zaklatásokkal kapcsolatos emlékek és felejtések ellentmondásos jelenségét. Azok a vizsgálatok, amelyeket olyan emberekkel készítettek, akik azt állítják magukról, hogy gyermekkorukban szexuális zaklatásnak voltak áldozatai, elég meglepő módon azt valószínűsítik, hogy a zaklatás elfojtása gyakoribb, ha az elkövető családtag. E jelenségek Anderson elméletének egyik lehetséges értelmezését adják. Amikor a zaklató valamilyen családtag, vagy közelálló gondozó, a gyermek fizikailag és érzelmileg függ tőle, ezért érdekében áll a funkcionális kapcsolat fenntartása. A zaklatás emlékei megzavarnák ezt a kapcsolatot, erős szorongást és bizonytalanságot keltve a gyermekben. Ezért a gyermekek abban érdekeltek, hogy a zaklató szülőkhöz, rokonokhoz fűződő nem-traumatikus élményeiket hívják elő gyakrabban. Ez a helyzet elősegítheti a gyakori előhívások okozta gátlás kifejlődését, amikor bizonyos jelzőingerre – adott esetben a zaklató családtag megjelenésére – válaszul a gyermek inkább pozitív emléket hív elő, mint negatívát.

Szintén az elfojtás elméletet emelte ki Robert Bjork (1996, id. Schacter, 2002) elképzelése. Véleménye szerint, a folyamatban az „irányított felejtés fogalma” is szerepet játszik. A kutatók kimutatták, hogy ha a vizsgált személyeket úgy instruálták, hogy felejtessenek el frissen megtanult szavakat, később, egy meglepetésszerű memóriavizsgálatban kevesebbre emlékeztek, mint amikor kapcsolatban azt az instrukciót kapták, hogy jegyezzék meg őket. Ezt a hatást nevezte Bjork visszahívási gátlásnak, és ezt alkalmazta a szexuális zaklatások áldozatainak esetében az eltűnő emlékeik megértésére. Hozzátette, hogy az ilyen gátlások

kioldódhatnak, ha olyan hatásos jelzőingerrel találkozik az áldozat, ami elősegíti, hogy újra átélje az eseményt.

Az elfojtások vizsgálatát továbbra is fontos területnek tartom, ugyanakkor ezek az elméletek önmagukban meglehetősen leegyszerűsítének a trauma működésének megértését. Saját érvényességi körükben is számtalan tényezőt figyelmen kívül hagynak: így például nem számolnak az egyéni érzékenységgel. Elgondolkodtató az is, hogy a viselkedés – jelen esetben az elfojtás - egyetlen számottevő motivációja az adaptivitás és a túlélés lenne. Végül pedig, ezek az elgondolások éppen a kísérleti pszichológia alapvető tapasztalatainak mondanak ellent, miszerint az ismétlődések hatására erősödnek az emléknymok.

VI. Emlékek az agyban

A biológiai szemléletű kutatók egyre több bizonyítékot találnak arra, hogy bizonyos traumatikus események képesek olyan változásokat előidézni az agyban, amelyek később súlyos stressz-válaszokhoz vezetnek. A változások hátterében elsősorban endokrin, vegetatív idegrendszeri és az agy egyes struktúráinak aktivitás-változásai állnak. A különösen heves biokémiai reakciókat mutató emberek nagy valószínűséggel az átlagosnál jobban ki vannak téve a poszttraumás stressz-zavar veszélyeinek, az igazi kérdés mégis az, hogy miért reagálnak egyes személyek az átélt stresszre a másokénál erősebb reakciókkal. A klinikusok egy része az öröklött genetikai predispozíciókban keresi a választ.

A PTSD-vel foglalkozó neurológusok számára az egyik legizgalmasabb feladat a trauma és az emlékezeti deficitek összefüggéseinek megértése. Az érzelmi traumáról származó emlékek alapvetően különböznek hétköznapi emlékeinktől: erejük és pontosságuk messze felülmúlja azokat. „Egy élmény olyan fokú érzelmi izgatottságot válthat ki, hogy csaknem heget hagy az agyszöveten” – írta igen találóan William James 1890-ben (id. Schacter, 1998, 277). Annak megértéséhez, hogy a traumatikus élmények miért okoznak erőteljes érzelmi „makacsságot”, meg kell ismerkedünk azokkal az idegrendszeri struktúrákkal, amelyek működése szerepet játszik a folyamatban.

Bevezetőként elmondhatjuk, hogy a laboratóriumi vizsgálatok során nyilvánvalóvá vált, hogy a traumának való kitettség tartós endokrin, vegetatív és központi idegrendszeri változásokat hozhat létre. A kutatások a stresszhormon-szabályozás komplex változásainak körvonalazásához vezettek, valamint kimutatták, hogy trauma, vagy tartós stressz hatására az agy specifikus területeinek funkciója és szerkezete is módosul. A változásokban különösen az amygdala és a hippokampusz bizonyultak érintettnek, illetve azok az agyi struktúrák, amelyeknek a feladata a félelem összekapcsolása az emlékezettel.

VI.1. Az amygdala szerepe a PTSD-ben

Ahhoz, hogy az érzelmileg jelentős eseményekre terelődjön a figyelmünk, illetve ezek feldolgozásával foglalkozzon emlékezeti apparátusunk, az amygdala aktivációjára van szükség. Az amygdala az érzelmeket irányító agyi idegpályák szempontjából kritikus struktúra. Nélkülözhetetlen érzelmi töltetű emlékeink megőrzésében és felidézésében. Állatkísérletek utalnak arra (Miskin, 1978, Zola-Morgan és mtsai, 1991, id. Schacter, 1998),

hogyan az amygdala eltávolítása után nem általános amnézia lép fel, hanem a kísérletben résztvevő állatok egyszerűen nem tanulnak meg félni és emlékezni a félelemre.

Antonio Damasio (1994, id. Schacter, 1998) és munkatársai újabban az emberi érzelmek kondicionálásával kapcsolatban is kimutatták az amygdala szerepét. Joseph E. LeDeux, (1994, id. Schacter, 1998) Damasiohoz hasonlóan úgy véli, hogy az amygdala éppen megfelelő helyen van ahhoz, hogy fontos szerepet játszhasson az érzelmi memóriában: hozzáfér az elsődleges perceptuális feldolgozó állomásokról érkező, viszonylag primitív szenzoros információkhoz. (Ennek alapján gyorsan eldönthető, hogy elég ijesztő-e a helyzet ahhoz, hogy a „minden vagy semmi” reakció induljon be.) Amellett, az amygdala finomabb és bonyolultabb információkat is felhasznál, a mindenkori helyzetet ezeknek – a már feldolgozott tapasztalatoknak – a fényében értékeli is, illetve segít a megfelelő viselkedés kiválasztásában.

Az amygdala erősen befolyásolja továbbá a hormonális rendszert is, ami – ha félelemkeltő vagy más érzelmileg felkavaró helyzettel kerülünk szembe – aktivál bennünket. Módosító szerepe azzal a funkciójával áll kapcsolatban, hogy eldönti, milyen hormonok befolyásolják a memória működését. Patkányokkal és más állatokkal végzett kísérletek bebizonyították, hogy a stresszkiváltó hormonok – ilyen például az epinephrin – felszabadulása az emlékek erősebb rögzüléséhez vezet. Kényszeres visszaemlékezésektől szenvedő vietnami veteránok és más traumát elszenvedett stressz-betegek vizsgálata során megemelkedett katecholamin szintet találtak.

További érv az elmélet helyessége mellett, hogy az amygdala sérülése esetén önmagukban a stresszhormonok nem segítik elő a memóriánövekedést. Ennek ismeretében megállapítható, hogy az amygdala szabályozza és modulálja az emlékezeti tárolást: bekapcsolja azokat a hormonokat, amelyek lehetővé teszik, hogy reagáljunk és élénkebben emlékezzünk a fenyegető vagy traumatikus emlékekre.

A stresszkiváltó hormonok a még a nem traumatizált emberek memóriáját is befolyásolhatják. Larry Cahill és munkatársai (1994, 1995, id. Schacter, 1998) kísérleteik során arra a megállapításra jutottak, hogy a stresszkiváltó hormonok termelését akadályozó gyógyszerek megszüntethetik a fokozott érzelmi reakciók emlékezetre kifejtett, normális esetben pozitív hatását.

A traumatizált emberekkel végzett vizsgálatok, a stresszhormonok szerepét taglaló állatkísérletek eredményeivel összhangban, azt mutatták, hogy a stresszhormonok a makacsul betolakodó emlékekkel kapcsolatban is szerephez jutnak. Az agy érzelmi számítógépe – az amygdala – által felszabadított stresszhormonok részben magyarázatot adnak arra, hogy miért élnek bennünk olyan rendkívüli erővel és olyan sokáig az erős érzelmi töltetű emlékeink.

VI.2. A hippokampusz és a glükokortikoidok hatásai a PTSD-ben

A traumát elszenvedett páciensek problémája nemcsak az lehet, hogy szörnyű emlékek kínozzák őket, hanem ennek ellenkezője is: a megtörtént eseményeket gyakran letagadják fantáziájukban. Nem véletlen, hogy a traumával és a memóriával kapcsolatos kutatások alapvető kérdése, hogy miért és hogyan reagálnak egyes emberek a stresszre élettörténetük egyes részeinek elfeledésével. A pontos választ mindeddig még senki sem tudja. Mindazonáltal a neurológia új felfedezései segítséget nyújthatnak a probléma megoldásában. Az egyik legígéretesebb lehetőséget a szteroid hormonok egyik fajtája kínálja, amit a mellékvese választ ki és glükokortikoid néven ismert. Működésüket fizikai vagy pszichés stressz váltja ki, funkciójuk pedig az, hogy segítenek mozgósítani és eljuttatni a szervezet energiáit a kritikus helyekre. Fokozzák a kardiovaszkuláris aktivitást és elfojtják azokat a folyamatokat, amelyek a krízishelyzetben feleslegesek.

Ám amennyire fontosak a glükokortikoidok a hatékony stresszkezelésben, annyi veszélyt is hordoznak magukban. Robert Sapolsky és munkatársai (1992, id. Schacter, 1998) meggyőzően bizonyították, hogy a glükokortikoidok túlzott jelenléte súlyosan károsíthatja az idegsejteket, elsősorban a hippokampusz területén. „Túlstresszelt” majmoknál például extrém magas glükokortikoid szintet találtak: számos olyan alárendelt majom agyát vizsgálták meg, amelyek a hosszú távú stressz miatt pusztultak el, és azt találták, hogy erősen degenerálódott a hippokampuszuk. Egy másik kísérletük szerint, a stresszelt majmoknál már a stressz kezdete után néhány héttel jelentkezik ez a hatás.

Érvényesek-e a stressz, a glükokortikoidok és a hippokampusz károsodása közötti összefüggések az emberre is? Az ezzel a kérdéssel foglalkozó tanulmányok igenlő választ adtak. Poszttraumás stresszbetegségben szenvedő vietnami veteránok, illetve azoknak a

nőknek az esetében, akiket gyermekkorukban szexuálisan és fizikailag bántalmaztak, az agyuk mágneses rezonanciavizsgálata kimutatta, hogy hippocampuszuk térfogata jelentősen kisebb, mint a kontrollcsoport tagjaié. (Bremner 1995, Gurvits, 1996, id. Schacter, 1998).

A traumára adott idegrendszeri válaszok kutatói újabban már képet alkotnak azokról a mechanizmusokról is, amelyek részt vesznek az epizodikus memória rövidzárlatának előidézésében. PET vizsgálatokkal kimutatták, hogy amikor egészséges emberek múltjukra vonatkozó szövegeket hallgatnak, az emocionálisan fontos élmények felidézésénél a jobb nagyagyú félteke bizonyos részein aktivitásnövekedés figyelhető meg, különösen a frontális lebeny hátsó része felé eső területeken, illetve a temporális lebeny elülső részein. Agysérülésből származó amnéziás betegeknél, valamint több érzelmi traumán átesett betegek esetében a kutatók azt találták, hogy ezek a területek nem aktiválódnak ennél kísérletnél. A két betegcsoport között eltérést tapasztaltak abban a tekintetben, hogy míg az agysérültek általában nem reagáltak az ingerekre, saját élettörténetükre, addig a traumatizált páciensek esetében ez a reakció csak a kellemetlen életesemények meghallgatásakor jelentkezett. Úgy tűnik tehát, hogy azok a negatív érzelmek, amelyek az epizodikus emlékezethez kapcsolódnak, arra készítetik a páciensek idegrendszerét, hogy megkezdje az önéletrajzi események emlékezeti visszahívását. Ezt a változást az előhívás korai szakaszában a praecuneus aktivitása okozza, ami viszont a frontális lebeny kikapcsolásához vezet.

VI.3. Az elfojtott visszatér

Éppúgy, mint a kísérleti pszichológiai képviselőit, a neurológusokat is foglalkoztatja az elfojtás mechanizmusának magyarázata. Legújabb munkájukban Michael Anderson és munkatársai (2004) szenzációnak számító bejelentést tettek: bebizonyították, hogy a Freud és az őt követő pszichoanalitikusok által leírt tudatos elfojtás létezik, és bizonyos neurológiai folyamatokhoz köthető.

Vizsgálatokkal támasztották alá, hogy szignifikáns összefüggés mutatható ki a felejtési folyamatok agyi mechanizmusai és a gyengébb emlékezeti teljesítmény között. A kutatók ezért úgy foglaltak állást, hogy a Freud által említett tudatos emlékezeti elfojtás létező emberi reakció. További vizsgálatukból az is kiderült, hogy a gyengébb emlékezeti teljesítmény nem annak az eredménye, hogy a vizsgált személyek valóban felejtjenének, sokkal inkább a felidézés inhibíciójáról van szó.

A kutatók azt is megfigyelték, hogy az elfojtáskor a hippocampusz aktivációja kisebb a szokottnál, miközben a dorsolaterális prefrontális aktiváció magasabb. Mind a prefrontális kortikális lebeny, mind a jobboldali hippocampusz aktivációja előre jelezték a várható emlékezetromlást.

„Az továbbra is kérdéses, hogy ez a fajta szupresszió eredményezheti-e a nem kívánt emlékek tartós és teljes amnéziáját. Mindenesetre ez a tanulmány bebizonyítja, hogy létezik egy aktív folyamat, aminek révén az emberek képesek megakadályozni egy nem kívánt emlék tudatossá válását és bemutatja az ezt lehetővé tevő neurológiai rendszert. Így a most bemutatott eredmények a Freud által javasolt szándékos represszió első neurobiológiai modelljét alapozzák meg, egy olyan modellét, amely integrálja ezt az egyébként meglehetősen vitatott freudi elméletet egy általánosan elfogadott és alapvető viselkedésbefolyásolási mechanizmusba.” (Anderson és mtsai, 2004, 235).

Számos olyan vizsgálat is született, ami óvatosságra inti a kutatókat a PTSD neurológiai hátterét illetően. Ingrid Agartz és munkatársai (1999, id. McNally, 2003) úgy találták, hogy az alkoholizmus szorosabb összefüggést mutat a hippocampusz méretének csökkenésével, mint a PTSD. Omer Bonne (2001, id. McNally, 2003) traumatizált pácienseket MRI vizsgálatnak vetett alá a kórházból való távozáskor és 6 hónappal később. Eredményként azt kapta, hogy a PTSD páciensek hippocampusz mérete nem változott a 6 hónap során. Mark Gilbertson és munkatársai (2002, id. McNally, 2003) ikervizsgálatukban, súlyos PTSD páciensek egészséges egypetéjű ikertestvéreinek zsugorodott hippocampuszt találtak. Véleményük szerint a hippocampusz mérete valószínűleg genetikailag kódolt és a kis hippocampusz rizikófaktort jelent a PTSD megjelenésében.

A vizsgálati eredmények ellentmondásossága, a módszertani nehézségeken túl, arra hívja fel a figyelmet, hogy eltérő agyi mechanizmusok azonosíthatóak ugyanannak a betegségnek a hátterében. Ez azonban fakadhat abból is, hogy többféle betegséget, traumás reakciót sorolnak ugyanabba a betegségkategóriába, nevezetesen a PTSD kategóriájába.

Végezetül Bessel A. Van der Kolk (1966) elméletét tekintem át vázlatosan. Témám szempontjából ez azért különösen érdekes, mert a traumás emlékezettről vallott felfogása sok tekintetben egyezik a modern pszichoanalitikus elméletekkel.

VI.4. Van der Kolk elmélete

Az elmélet szerint a traumás emlékek vagy egyáltalán nem idézhetőek fel, vagy éppen ellenkezőleg: tökéletes pontossággal, rendkívül élénken emlékeznek rá a traumatizált személyek. Ennek az a magyarázata, hogy a traumás eseményt az agy nem a szokásos módon menti el. A traumás eseményt a maga „literalitásában”, azaz szó szerintiességében, egy az egyben rögzíti az agy, nem pedig az önéletrajzi emlékezetbe integrálva. A traumás esemény így kívül esik a tudaton, nem érhető el a szokásos reprezentációs eljárás számára, ami egyébként lehetővé tenné a trauma feldolgozását, kontextusba való helyezését. A traumatikus betegség egyszerre a felejtés és az emlékezet rendellenessége: a traumatikus „inger” az agyban páratlan élénkséggel rögzül, ugyanakkor az esemény annyira ijesztő, hogy a trauma emlékezte radikálisan disszociálódik a szimbolizációtól, jelentéstől. Ebben az értelemben egyfajta acting-out-ként is értelmezhető.

Mivel a traumás emlékezet, Van der Kolk szerint, nem deklaratív és nem explicit, a szinte fényképszerűen tárolt esemény szükségszerűen nem is módosítható. Ezzel egyfajta „ikon” státuszra tesz szert: megkérdőjelezhetetlen „szent” képpé válik, ami abszolút igaz, és az implicit vagy nondeklaratív memóriához kapcsolódik.

A szerző hipotézise az volt, hogy minden implicit memória-működés az agy meghatározott területéhez kapcsolódik. Kiindulópontnak a szervezet külső környezetre adott közönséges válaszát tekintette. Normális körülmények között az emberi szervezet az őt ért ingerekre különböző neurotranszmitterek és hormonok kiválasztásával reagál. Fenyegető helyzetben ezek „riadóztatják” az ideg- és a keringési rendszereket, annak érdekében, hogy a szervezetet felkészítsék a „megküzdés-menekülés” reakcióra. Az agyban lévő locus coeruleus (LC) nevű terület, aminek hatása nemcsak az agytörzsre, hanem döntően a limbikus rendszerre illetve a hypothalamus, hippocampusz és amygdala tengelyre is kiterjed, szabályozza az egyén környezeti ingerekre adott válaszait.

A traumát magyarázó biológiai elmélet részeként az elkerülhetetlen sokkra adott válasz modelljét szokás idézni, ami szerint szélsőséges stressz esetén abnormális mennyiség szabadul fel a norepinefrin (NOR) néven ismert neurotranszmitterből. Van der Kolk a PTSD minden tünetét ezzel magyarázta: a rémálmok, a flashback-ek alapja a locus coeruleus

hippokampuszhoz és amygdalához vezető pályájának megnövekedése és az ennek kapcsán fellépő NOR-áramlás felgyorsulása. Ez lehet a felelős az álmok eidetikus minőségéért, ami az álom szokásos szimbolikus álomszerűség jellege helyett jelenik meg.

Ezzel szemben Van der Kolk a motivátlanságot, az örömtelenséget, a kilátástalanság-érzetet, valamint a kondicionált ingerekre való hiperérzékenységet a trauma idején abnormális mértékű felszabadulás miatti NOR utánpótlás kimerülésével indokolta. Ez pedig örögi kört indít be: a NOR forrás kimerülése kilátástalanságot produkál, ami még jobban kimeríti a NOR-t. Ehhez kapcsolódó feltevés, hogy a betegek alvászavarokban, szorongásban és egyéb tünetekben manifesztálódó hiperreaktivitása fokozza az endogén opiátok ill. endorfinok termelését, ami ugyan enyhüléshez vezet, de ezt a forrás kimerülése követi, és az egész kezdődik előlről. A szerző véleménye szerint, ez az enyhülés-érzet mintegy „addiktálja” a pácienseket a traumához, és ez a magyarázata annak is, hogy a szexuális zaklatások áldozatai újra és újra hasonló abuzív szituációkat keresnek.

Van der Kolk a traumás emlékek különleges tárolását azzal magyarázta, hogy a trauma egy szerkezeti deficitet, sebet vagy „lyukat” üt az elme azon pontjába, ahol a reprezentációnak meg kellene történnie. Számára ez az érvelés kompatibilis azzal a másik feltételezéssel, miszerint a traumás esemény örökre bevésődik az agyba, mint egy eidetikus lenyomat. A traumás esemény ezzel egyrészt kikerül a normális reprezentáció köréből, másrészt bizonyos szempontból kontrollálhatatlan marad: az emlékek nem fakulnak és előhívásuk nem a traumatizált egyén akaratán múlik (éjszakai rémálmok, nappali flashback-ek).

Egy újabb kísérletben a kutatók azt igyekeztek kimutatni, hogy a traumatikus emlékek ill. flashback-ek hatására a PTSD-ben szenvedő pácienseknél fokozottan aktiválódik az agy vizuális területe. Hipotézisük szerint ez a terület az ikonikus, traumatikus emlékezet székhelye. Ezzel párhuzamosan a Broca-area aktivációjának csökkenését tételezik fel, amit a narratív memória neurológiai alapjának tartanak. A kísérletben a pácienseket arra kérték, hogy traumatikus élményeikről írjanak történetet, készítsenek „forgatókönyvet”. Ezeket a kísérletvezetők semleges hangon magnóra vették és visszajátszották a pácienseknek. Van der Kolk és munkatársai úgy találták, hogy a traumatikus események forgatókönyvének felolvasásakor a páciensek csak a jobb féltekében – ahol a limbikus rendszer az amygdalához kapcsolódik – mutattak magas aktivitást, míg a Broca-area „kikapcsolt”. Ebből az a

következtetést vonták le, hogy a poszttraumás betegségben létezik egy olyan tendencia, ami az érzelmeket inkább fizikai állapotként, mintsem verbálisan kódolt élményként jeleníti meg.

A kísérlet kritikájaként gyakran elhangzott, hogy éppen azt feltételezi, amit bizonyítani kellene. A kísérletben résztvevők hallgató pozícióban vannak, míg a beszélő szerepét az kapja, aki a leírt történetet magnóra rögzíti. Maga a kísérlet technikai kivitelezése (pl. maszkot tesznek a páciensre, ami minimalizálja a fej mozgását a PET-felvétel közben) is kontraindikálja, ha éppen nem teszi lehetetlenné a beszédet. A bírálók szerint így nem csoda, ha a kísérlet értékelői a Broca-area „kikapcsolásáról” számolnak be.

Bár sokan (többek között Leys, 2000, Young 1995) felhívták a figyelmet Van der Kolk és követőinek elmélete mögött meghúzódó kísérletek módszertani hibáira, illetve az elmélet egyik másikatjának erősen megkérdőjelezhető voltára, mindeközül ez az egyetlen olyan elmélet, amely egységes keretbe igyekszik foglalni a traumáról szerzett empirikus és elméleti tudásunkat. A szerző traumás emlékezetéről vallott nézetei - nem deklaratív és nem explicit, fényképszerűen tárolt események – szervesen kapcsolódnak a modern irodalomelméleti és pszichoanalitikus elméletekhez, amikben a trauma „hiány”-ként, „pszichikus lyuk”-ként jelent meg. Szakirodalmi kitekintésem befejezve, a következőkben a trauma újabban keletkezett pszichoanalitikus elméleteivel foglalkozom.

VII. Újabb traumaelméletek

Mind a modern neurobiológia, mind az újabb pszichoanalitikus elméletek traumamegközelítésében vita folyik arról, hogy a trauma az esemény valóságos reprezentációja, vagy az esemény „szószzerű” másolata, s mint ilyen, a reprezentáción kívül esik. A kérdés úgy is feltehető, hogy a traumát egy, a tudatban bekövetkező szerkezeti deficit, egy „pszichikus lyuk” alkotja-e, ami pszichoanalitikus értelemben az élettörténet rekonstruálhatatlanságához, inkohereciájához vezet, vagy a belső reprezentációk torzulásai. A kérdés a mai napig nem megválaszolt.

Korai munkáikban Freud és Ferenczi a tudattalan szerepét hangsúlyozva amellyel érveltek, hogy a trauma nem épül be a tudatba az esemény elszenvedésekor, hanem csak később, az ismétlési kényszer által kerül oda. Ebben az értelemben pszichikus űrt hagy maga után. Ezzel szemben a modern tárgykapcsolat elméletek (Mahler, Klein, Winnicott és követőik) a reprezentációk torzulását emelik ki a traumatizáció folyamatában. Ide kapcsolódnak a traumatizáció folyamatáról alkotott különböző elképzelések is: míg a masszív traumát vizsgáló szerzők általában a trauma reprezentálhatatlanságáról írtak, addig a trauma okaként a torzult, belső reprezentációk mellett érvelők a visszatérő mikrotraumatizációk szerepét emelték ki.

Kutatásaim során azt tapasztaltam, hogy a legújabb elméletek visszatértek a freudi hagyományokhoz, érvelésükben a trauma a tudatban megjelenő hiányként jelenik meg. Ezek alapja a nyelvi reprezentálhatatlanság. Ez azonban korántsem jelenti az eredeti kérdés megválaszolását, hiszen nemcsak a nyelvi folyamatok tekinthetők szimbolikusnak.

Cathy Caruth (1998) a traumatizáció mechanizmusát vizsgálva kiemelte, hogy a trauma nem határozható meg sem az esemény által, sem pedig az esemény feldarabolása, torzítása által. A patológia sokkal inkább a tapasztalás struktúrájában rejlik: az esemény nem asszimilálódik, nem élhető át az elszenvedésben, hanem csak később, ismétlődő képei által. Caruth támaszkodott Van der Kolk kutatásaira és arra, a modern analitikusok által többször leírt tapasztalatra, hogy a traumatikus álmok és flashback-ek sosem szimbolikusak, nagyon is valóságosak. Caruth szerint ez a valóságosság és az ismétlés alkotja a traumát. Értelmezésében a trauma nem a tudattalan szimptomája, hanem magáé a történelemé. A

traumatizált személyek maguk válnak egy olyan történet szimptomájává, amit nem tudnak teljesen a magukévá tenni.

VII.1. Sírbolt és fantom

Ábrahám Miklós és Török Mária (1998) a pszichés veszteség elutasításának folyamatát elemezték, aminek végeredménye, véleményük szerint, egy pszichikus hézag. Értelmezésükben a titok eltér a hagyományos értelmezéstől: nem egy elhallgatott tény, sokkal inkább egy trauma, melynek valódi megjelenését és pszichikai hatásait a pszichikum elrejtí önmaga elől is. Ebben az esetben a titok egy intrapszichikus lelki hasítás. E hasítás következtében két különböző, egymás mellett létező „személy” jön létre: az egyik a tapasztalható világ részeként viselkedik, a másik pedig úgy, mintha semmilyen kapcsolata sem lenne a világgal. A „két személy” semmit sem tud egymásról, az alapvető különbségeket kettejük között csak a gyakorlott megfigyelő veheti észre.

Ábrahám és Török azoknak a lelki titokképződményeknek az okait és kezelési lehetőségeit kutatták, amit találóan „hasított” vagy „többszörös személyiségnek” nevez a köznyelv. A szerzők a következő kifejezéseket használják: „gyászbetegség, melankólia, inkorporáció (bekebelezés), vagy megőrző elfojtás (amely különbözik a freudi dinamikus elfojtástól), vagy még általánosabban, a tagadott vagy kizárt valóság topográfiája, a titok metapszichológiája.” (Ábrahám – Török, 1998, 124).

A trauma mechanizmusának megértéséhez a szerzőpáros elkülönítette az introjekció és az inkorporáció fogalmát. Míg az introjekció az egó kiterjesztését jelenti, addig az inkorporáció annak fantáziabeli ellenkezőjét, az egó korlátozását. Az inkorporáció egyfajta mágia, ami az elvesztett szeretettárgy visszaszerzésére és az introjekció kudarcának ellensúlyozására irányul. Ami nem introjektálódhat, az a fantázia útján inkorporálódik az egóba, és ezt nevezik imagónak. A szerzők azt állítják, hogy a gyermekkorban elszenvedett veszteség bármely új szükséglet introjekcióját meggátolja és fixációt eredményez az imágó által. Ez az imágó egy tárgyra vonatkozik, egy olyan felnőttre, aki képtelen saját vágyait kielégíteni. Ha az ilyen módon fogyatékos szülő elfogadja egy időre a gyermek vágyát a saját vágyával egyidejűleg, azért, hogy azután elutasíthassa azt, infantilis fixációt hoz létre. A gyermek folyamatosan reménykedik abban, hogy a felnőtt egyszer még visszatér a kiváltságos pillanathoz.

Interjúim során igen nagy hasznát vettem annak, amit a „Gyász vagy melankólia: introjekció versus inkorporáció” című tanulmányában Török írt. Gondolatmenetének középpontjában egy pszichés zárvány, egy pszichés sírbolt kialakulásának mechanizmusai állnak. Ez a zárvány az elhunyt szerelmi tárgyat titokban „elszállásolja” és a szenvedőt mintegy becsapja, mondván semmilyen veszteség, trauma nem érte. „Ez csak olyan veszteség esetében jellemző, amelyeket – valamilyen okból – nem lehet veszteségként bevallani. Ezekben a sajátos esetekben az introjekció lehetetlensége olyan mély, hogy még a gyász nyelvi megjelenítése is tiltva van... Minden szó, ami többé ki nem mondható, minden jelenet, ami többé fel nem idézhető, minden könny, ami már ki nem ontható, mindez lenyelődik a traumával, ami a veszteség oka. Lenyelődik és konzerválódik. A kifejezhetetlen gyász a szubjektum belsejében elhelyez egy titkos sírboltot.” (Ábrahám - Török 1998, 136-137).

A psziché által elszenvedett veszteség realitása olyan intrapszichés helyzetet teremt, amit paradox módon, a fantázia fejez ki. Azért, hogy a veszteséget ne kelljen elfogadni, a fantázia azt ragadja meg, hogy magát az elvesztett tárgyat kell „lenyelni”. A trauma és hatásai így meg nem történtté válnak, bekerülnek egy pszichés „sírboltba”. Ez a kripta szégyenteljes, ám annak érdekében, hogy a gyermek megőrizhesse a hiányzó, ellenségessé vált felnőttet, magára vállalja a szégyent és a bűnt. „Az inkorporáció visszautasítása annak, hogy sajátunkként vegyük vissza önmagunknak azt a részét, amelyet az elvesztett tárgyba helyeztünk, visszautasítása annak, hogy felfogjuk igazi jelentőségét a veszteségnek, amely, ha igazából felfognánk, átalakítana bennünket. Végző soron az inkorporáció nem más, mint a veszteség introjekciójának elutasítása. Az inkorporáció fantáziája egy hézagot fed fel a pszichikumban, rámutat valamire, ami hiányzik ott, ahol introjekciónak kellett volna bekövetkezni.” (Ábrahám - Török 1998, 133).

„Az elvesztett tárgy-én: jegyzetek az endokriptikus identifikációhoz” (1972) közös munkájukban titokelméletük egy jellegzetes nyelvszemlélethez vezetett, melynek betetőzése a kriptónímia vagy a nyelvben való elrejtés gondolata. Megfigyelték, hogy súlyosan traumatizált páciensek a felismerhetetlenségig összezavarták a nyelvi elemeket, s úgy vélték, hogy a titok megléte zavarta meg ezeket a reprezentációs képességeket. Miért lép fel hirtelen az introjekció szavainak a hiánya? „Egy nárcisztikusan nélkülözhetetlen szeretettárgy hirtelen elvesztéséről van szó, de a veszteség – természetéből adódóan – tiltja a kommunikációt. Ha ez nem így lenne, az inkorporációnak nem lenne létjogosultsága” (Ábrahám - Török 1998, 135).

A „fantom” fogalmát Ábrahám (2001) olyan tünetek magyarázataként használta, melyek nemcsak a személy egyéni élettapasztalataiból származnak, hanem valaki más, vagy akár egy másik generáció konfliktusaiból, traumáiból és titkaiból. Ennek értelmében a fantom fogalma a pszichoanalitikus vizsgálódást kiterjeszti az egyénen túlra. Abból indul ki, hogy vannak emberek, akik anélkül, hogy tudnának róla, elődeik életének lelki tartalmait örökölhetik. Ábrahám fantomelmélete kibővíti Freud metapszichológiáját: felveti egy olyan egyénen belüli kollektív pszichológia létezését, amely több generációt foglal magában. Az analitikusnak tehát nemcsak az egyéni hangot kell meghallania, hanem akár egy másik nemzedék traumáinak visszhangjait is a tudattalan vizsgálatakor.

VII.2. A tárgyvesztés nyelve

Hárs György Péter és munkatársai (2000) a tárgyvesztés nyelvét elemzik magyar irodalmi szövegek segítségével. Dolgozatukban Juhász Gyula „Patologika” című naplófeljegyzéseinek nyelvi reprezentáció-rendszerét vizsgálták, középpontba állítva a tárgyvesztés fogalmát, ami ebben az esetben kettős értelemmel bír. Egyrészt, a hagyományos értelemben vett pszichoanalitikus fogalomként a szeretett személy elvesztését jelenti, másrészt, irodalmi értelemben véve, a téma hiányát. Véleményük szerint, a „Patologika” – éppúgy, mint József Attila „Szabad-ötletek jegyzéke két ülésben” vagy Babits Mihály „Beszélgetőfüzetek” című feljegyzései - az irodalmi művekben meg nem jelenhetett szövegek, elsősorban az írásképtelenség, a leírhatatlanság deklarációi. „A Patologika leírt részei egy le nem írt patologika körvonalait rajzolják az olvasó elé. Egyfajta intenzív üresség – margó – teremődik meg így. A patologika kapcsán a legizgalmasabb kérdés az, hogy mi és hogyan nincs beleírva: „A hiánykitöltés fenomenológiája”. Ilyen értelemben a szöveg a hiányzó kórrajza.” (Hárs, 2000, 2)

Az identitás szempontjából „hiány-lét”-nek definiált állapotok ezekben a szövegekben „hiányszövegekként” artikulálják önmagukat. E fogalom Juliet Mitchell (1999) „lakatlan beszéd” terminusából származik, aki azt a haláleset vagy elhagyatás okozta traumát átélt betegek beszédzavarainak leírására használta. Gyakran tapasztalta ezeknél a betegeknél, hogy a beszéd szavai mint érzelmektől megfosztott jelölők kapcsolódnak egymáshoz, a pusztá asszociációs viszony révén, anélkül, hogy valóságreferenciákat teremtenének. Ebben az értelemben hasadás jön létre a szó teste és érzelmi aspektusa között, ami egy szinte értelmetlen, halandzsa „pseudoszimbolikus” nyelvet teremt.

Dominick LaCapra (2000) „Trauma, hiány, veszteség” című munkájában szintén a pszichológiai hiánnyal foglalkozott. Felhívta a figyelmet a hiány és a veszteség megkülönböztetésének fontosságára. Véleménye szerint, a megkülönböztetés már önmagában is a trauma feldolgozás egyik első lépése lehet: ha a hiányt veszteséggé konvertáljuk, annak a valószínűségét növeljük, hogy kialakul egy új egység a küzdelem jegyében. Ha azonban ezt megfordítjuk, azaz a veszteséget alakítjuk hiánnyá, vég nélküli melankólia, befejezhetetlen gyász következik, ami ellehetetleníti az élettörténeti és/vagy történelmi veszteségek feldolgozását.

A veszteség nyilvánvalóan magában foglalja a hiányt, míg mindez fordítva nem szükségszerűen igaz. Továbbá a hiány transzhisztorikus, mivel nem egy eseményről van szó, ezért időtlen. A veszteség ezzel szemben történeti jelleggel bír, specifikus, egy adott helyről, eseményről szól. A veszteség elmesélhető, narratív alakban él bennünk. A hiányt narrativizálnunk kell ahhoz, hogy megjelenhessen, s ezáltal veszteséggé válhasson.

Látjuk, hogy a két fogalom nemcsak narratív jellegében, hanem tárgyában vagy éppen tárgytalanságában tér el egymástól. A jelenség jobban megragadható, ha néhány kapcsolódó fogalmat is megvizsgálunk. A hiányhoz kapcsolódik például a szorongás. Ha a hiányt veszteségbe fordítjuk, azaz narrativizáljuk, a szorongás azonosítható tartalmat kap, és azt a reményt kelti, hogy a szorongáson úrrá tudunk lenni. Ezzel szemben a hiány okozta szorongás esetében az a legnagyobb eredmény, ha megtanulunk vele élni.

A vágy is átértékelődik, attól függően, hogy hiányzásról vagy hiányról, veszteségről van szó. A hiányzás és a veszteség esetében a vágy egy specifikus, meghatározott tárgyra vonatkozik. A hiányhoz kapcsolódó vágy iránya nem specifikus, ezért meghatározhatatlan.

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a modern elméletek egyik legnagyobb hozadéka, hogy a traumát nem valamely eseménynek, hanem éppen ellenkezőleg, valaminek a hiányaként fogalmazzák meg.

VIII. Elméleti összefoglalás és következtetések

A Bevezetőben utaltam arra, hogy dolgozatom első felében arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a trauma fogalma mennyire tekinthető egységesnek, illetve az elméletekben kifejtett mechanizmusok mennyire tekinthetők általánosnak. Az elméleti munkák áttekintése során meggyőződhettem arról, hogy a trauma fogalma és a hozzá kapcsolódó elképzelések a huszadik század során igen sokat változtak: nemcsak a traumatikus helyzetek, hanem a felsorolt tünetek is jelentősen átalakultak az első diagnózisokhoz képest. Azt tapasztaltam, hogy a traumaelméletekbe beépültek az újabb empirikus kutatások eredményei, másrészt azok a törekvések is jól nyomon követhetőek, hogy a trauma-fogalom a különböző elméleti irányzatok által kötött kompromisszumoknak megfelelően.

Nyilvánvalóvá vált számomra a betegség diagnózisának bizonytalansága, vagy másként fogalmazva az a képlékenység, ami a normalitás és a patológia elválaszthatóságának kérdésköre mentén számos kutató válaszkísérletében hol ironikusan, hol őszinte kétségek kíséretében napvilágra került. Hasonló bizonytalanság él a köztudatban is ezekkel a fogalmakkal kapcsolatban. A tudomány fejlődésének köszönhetően számtalan új betegségkategória jelent meg, elegendő, ha csak az elmúlt tíz év eredményeit áttekintjük. A jelenleg elfogadott pszichiátriai álláspont szerint, betegségnek tekintjük a váratlan stresszre vagy korlátozottságra adott, az átlagostól eltérő reakciókat. A PTSD esetében láthattuk, hogy ez a definíció számos ponton megkérdőjelezhető. A klasszifikáció változásán túl, a PTSD-ben szenvedő betegek összetétele is megváltozott az utóbbi évtizedekben. Új elem, hogy a társadalmi és a politikai változásoknak köszönhetően, a trauma része lehet a tudományos és a társadalmi diskurzusnak.

A traumatizáció folyamatát leíró, magyarázó elméletek szintén nagy utat jártak be. Míg a korai – Freud által felállított – modellek elsősorban az egyén, az én szemszögéből értelmezték a traumatikus események hatásait, Ferenczi kétlépcsős elméletében már a „másik” szerepe is hangsúlyt kapott. (Ferenczi, 1933, 1997c) Bálint elméletében pedig nyilvánvalóvá vált, hogy a trauma csak a tárgykapcsolat kontextusában értelmezhető. (Bálint, 1969). Bálint ezen gondolatával előfutára lett mind a modern tárgykapcsolat elméleteknek, mind pedig a fogalom modern pszichoanalitikus értelmezésének.

A traumatizáció mechanizmusának vizsgálata során kikerülhetetlenek a fejlődéselméletek. A pszichoanalitikus elmélet gazdag fejlődéslélektani hagyományokkal rendelkezik a

gyermekmegfigyelést illetően. A negyvenes évek elejétől Anna Freud (1966, 1993) és munkatársai, René Spitz (1945), és Gyömrői Edit (1963, 1994) olyan esettanulmányokat tettek közzé, amikben a háborút túlélte, szüleiktől elszakított gyermekeket vizsgáltak. Megállapították, hogy a traumatizációt olyan fontos körülmények, mint a gyermek életkora, az anyától való elszakítottság időtartama, a trauma utáni élethelyzet, jelentősen módosítják.

A tárgykapcsolat-elméletek előtérbe kerülése tette lehetővé, hogy a traumát interperszonális folyamatnak tekintsük. Melanie Klein, Margaret Mahler, Ronald D. Fairbairn és Donald W. Winnicott munkáiban az anya-gyermek kapcsolat patogénizáló hatásaira hívták fel a figyelmet.

Az interszubsztivitás előtérbe kerülése magát a trauma definícióját is alapvetően befolyásolta. Mint ismeretes, a pszichoanalízisben először csak a különösen fontos eseményeket, élményeket tekintették traumatikus hatásúnak. Egyre többen ismerték fel, hogy nemcsak a drámai események és azoknak a fantáziában történő feldolgozása lehet patogén hatású, hanem az interakciók krónikus, szubtilis, az első pillantásra alig észrevehető torzulásai is (többek között Khan, 1963 Spitz, 1965). Gaensbauer például úgy gondolja, „hogy az úgynevezett traumatikus élmények, mint olyanok, sokkal kisebb szerepet játszanak a patológiás lelki struktúrák képződésében, mint azok a zavarminták, amik naponta ismétlődő tapasztalatokból keletkeznek, és amelyek természetükből adódóan kevésbé dramatikusak, viszont makacsabbak”. (Gaensbauer, 1982, 59, id. Dornes, 2002, 61).

Az előbbiek ismeretében megállapítható, hogy a freudi fixáció és regresszió fogalma az ilyen patológiákra csak korlátozottan alkalmazható. Világossá vált számomra az is, hogy az érzelmileg intenzív tapasztalatokat hangsúlyozó elméletek értéke relativizálódott az olyan gondolatmenetekkel szemben, melyek alacsony feszültségi állapotot jelölnek – ilyen például a családi atmoszféra – de nélkülözhetetlenek az egészséges fejlődés szempontjából.

Érdekes módon nem a modern elméletekben fogalmazódik meg legélesebben az a hangsúlyeltolódás, amely a traumatikus helyzetektől – az interszubsztivitáson át – a szubsztjektum felé halad. Caruth szerint például a traumát azok a pszichés tartalmak okozzák, amelyek a személy számára szimbolizálhatatlanok, tehát konkrét formában térnek vissza. (Caruth, 1998). Ábrahám és Török a „pszichikus sírbolt” kialakulásával foglalkoztak, ami szintén olyan veszteségre utal, aminek a nyelvi megjelenítése is tiltott. Elméletükben az

elvesztett tárgy „lenyelődik”, a trauma és hatásai így meg nem történné válnak.(Ábrahám – Török, 1998).

A tárgyvesztés a modern pszichoanalitikus elméletekben az identitás szempontjából „hiány-létként” definiálódik és „hiány-szöveggént” artikulálódik (Hárs és mtsai, 2000). Green (1983) „halott anya” fogalma egy olyan imágóra utal, ami a gyermek lelkében épül fel, s mélyen átszervezi a tárgylibidó és a nácizmus fejlődését pszichikus lyukat hagyva maga után: az anya érzelmileg halott, így csak a megtestesült nem-léttel azonosítható, elgyászolhatatlan, ami meggátolja, hogy egy új, jelentés-teli tárgy lépjen a helyébe.

A traumatizációt magyarázó elméletek másik nagy csoportját a kognitív elméletek alkotják. Ezekben a szerzők egy olyan ellentét a leírására törekedtek, ami a trauma átélése és az egyén önmagáról illetve a világról alkotott képe között áll fenn. Közös vonásuk, hogy mindegyik elmélet feltételezi, hogy a személy a traumát megelőző élményeinek mentális reprezentációival vesz részt a traumatikus helyzetben. Ebben az értelemben a trauma olyan esemény, ami egyrészt nem ignorálható, másrészt nem kompatibilis a korábbi belső reprezentációkkal, azaz a személy nem képes saját korábbi élményei közé beilleszteni. Míg a nem szignifikáns információkat a kognitív rendszer könnyen kirekeszti, addig a kompatibilis tudások asszimilálódnak a rendszerbe. Azokkal az inkompatibilis információkkal azonban, melyek nagy értékű információt hordoznak, a kognitív rendszer nem járhat el az előbb említett módon: a pszichés káosz megelőzése érdekében mégis megkísérli az integrációt. Ennek a normalizáló szemléletnek a fényében a kognitív pszichológia a PTSD-t nagymértékben funkcionálisnak tekinti, a traumatikus élmények feldolgozási próbálkozásának. Megítélésem szerint az egyes kognitív elméletek elsősorban abban különböznek, hogy hogyan magyarázzák a korábbi mentális reprezentációk és az új, traumával kapcsolatos információk különbségét, valamint abban, hogy miként képzeli el ezek mentális reprezentációját.

Ezek az elméletek önmagukban meglehetősen leegyszerűsítenek a trauma megértését. Saját érvényességi körükben is számtalan tényezőt figyelmen kívül hagynak: így például nem számolnak az egyéni érzékenységgel. Elgondolkodtató az is, hogy a viselkedés – jelen esetben az elfojtás - egyetlen számottevő motivációja az adaptivitás és a túlélés. Végül pedig, ezek az elgondolások éppen a kísérleti pszichológia alapvető tapasztalatainak mondanak ellent, miszerint az ismétlődések hatására erősödnek az emléknymok.

A kísérleti pszichológia egyik legnagyobb kihívása és egyben nehézsége is, hogy laboratóriumi keretek között vizsgálja a hétköznapi eseményeket, jelenségeket. Különösen igaz ez a PTSD-vel kapcsolatban, ahol a tünetek oly sokfélék és szerteágazóak, hogy a betegség természetéről meglehetősen ellentmondásos képet rajzolnak. Meglepő módon a megjelenő tünetek jelentős része nem kapcsolódik szignifikánsan és egyértelműen a traumatikus eseményhez. Azt tapasztaltam, hogy a még oly tipikusnak tartott tünetek, mint például a valóságot leképző rémálmok, flashback-ek, emlékezeti deficitek is hatalmas vitát kavarnak a tudósok között. További nehézség, hogy nemcsak maguk a traumatikus helyzetek sokfélék, hanem rendkívül nehezen kontrollálhatóak kísérleti feltételek között. Ezzel együtt aligha vitathatom a laboratóriumi kísérletek fontosságát. A laboratóriumi vizsgálatok során például nyilvánvalóvá vált, hogy a traumának való kitettség tartós endokrin, vegetatív és központi idegrendszeri változásokat hoz létre. A kutatások a stresszhormon-szabályozás komplex változásainak felismeréséhez vezettek, valamint kimutatták azt is, hogy tartós stressz vagy trauma hatására az agy specifikus területeinek funkciója és szerkezete is módosul. A változásokban különösen az amygdala és a hippokampusz bizonyultak érintettnek, illetve azok az agyi struktúrák, melyek funkciója a félelem összekapcsolása az emlékezettel.

Nem hagyhatom figyelmen kívül azokat a kutatási eredményeket, amelyek óvatosságra intik a kutatókat a PTSD neurológiai hátterét illetően. Agartz és munkatársai (1999, id. McNally, 2003) úgy találták, hogy az alkoholizmus szorosabb összefüggést mutat a hippokampusz méretének csökkenésével, mint a PTSD. Bonne (2001, id. McNally, 2003) traumatizált pácienseket MRI vizsgálatnak vetett alá a kórházból való távozáskor és 6 hónappal később, s azt tapasztalta hogy a PTSD páciensek hippokampusz mérete nem változott.

Mindezekből azt a következtetést vontam le, hogy ugyanannak a betegségnek a hátterében eltérő agyi mechanizmusok azonosíthatók. Ez azonban fakadhat abból is, hogy többféle betegséget, traumás reakciót sorolnak ugyanabba a betegségkategóriába, nevezetesen a PTSD betegségkategóriába.

A traumával foglalkozó elméleteket sokféleképpen lehet csoportosítani. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért néhány szempontot kiemelek:

1. külső versus belső esemény

Az elméletek összevethetőek aszerint, hogy a külső események döntő jelentőségét hangsúlyozzák, vagy a traumát átélt személy reakcióját. A korai freudi elméletek illetve a kognitív PTSD elméletek a külső esemény szerepét húzták alá, szemben a későbbi pszichoanalitikus elméletekkel. A trauma tehát az előzőekben az esemény objektív terminusaiban definiálódott és annak feldolgozatlanságát tárgyalják az elméletek. A későbbi analitikus elméletek a traumát az eseményre adott szubjektív reakciókkal azonosították. Míg az első esetben a trauma elválik annak feldolgozatlanságától és a megküzdéstől, a későbbi megközelítésekben az élmények feldolgozhatatlanságát tekintik traumának.

2. egyéni versus társas jellegű

A korai pszichoanalitikus (Freud, Ferenczi, Bálint) és a kognitív elméletek egy része az egyéni traumatikus tapasztalatokra összpontosítottak. Velük szemben a tárgykapcsolati iskola és a posztmodern elméletek képviselői a traumát interperszonális folyamatként szemlélik.

3. makro versus mikro traumatikus események

A makro- és mikrotraumák megkülönböztetése közvetlen kapcsolatban áll a társas folyamatok előretörésével. A makro-trauma nem csupán egyszeri esemény, de az egyén pszichéjére gyakorolt hatásként folyamatosan jelen van. A mikro-trauma inherensen interperszonális, a személy és társas közege közötti folyamatos diszfunkcionális interakciókban ragadható meg.

4. különleges versus hétköznapi események

Ahogy a diszfunkcionális interakció a modern traumaelméletek figyelmének középpontjába került, a trauma elveszítette különleges jellegét. Nem egy normál életvitelen kívül eső esemény integrálatlanságáról van szó, hanem a mindennapi tapasztalás szerkezetének torzulásai jelentkeznek a modern kapcsolati és kognitív elméletekben.

5. pozitív versus negatív tünetek

A trauma koncepciója a korai elméletekben a pozitív tünetekben (pozitív tüneteken a tünetek, élmények meglétét, megjelenését értem) volt megragadható. Ezzel szemben a modern

elméletek trauma definíciója a negatív tünetekben, élmények hiányaként, „jelen-nem-lét”-ként ragadható meg.

Az eddig bemutatott elméletek nem foglalkoztak a társadalmi trauma fogalmával. További fontos feladat a traumatizáció különbségeinek feltárásában a kollektív traumák és az egyéni traumák elkülönítése. A „társas”, a „társadalmi” és a „kollektív” fogalmak gyakran sokféle, egymástól egészen eltérő értelemben jelennek meg a pszichológiai elméletekben.

Dolgozatomban társadalmi traumaként az olyan traumákat definiálom, amelyek a társadalom egészét érintik. Ennek példái a holocaust, a rendszerváltás, a vietnami sokk, amelyek a társadalom minden csoportját sújtották.

A traumára való emlékezés definiálásakor a halbwachsi hagyományokra hagyatkozom: ebben az értelemben a „kollektív” jelleg a „társas” és „szociális” terminusok közé helyeződik.

Az egyéni és társadalmi gondolkodás összekapcsolódásának leírására Maurice Halbwachs (2000) tett kísérletet. Ő a kollektív emlékezet, az emlékezet interperszonális kereteit hangsúlyozta. Teóriája szerint, az emberi emlékezet nem individuális jellegű, hanem a társadalmi kommunikációhoz kötődik. Csak azokra az eseményekre vagyunk képesek emlékezni, amelyek a társadalmi kommunikációban séma-szerűen jelen vannak, vagyis kimondhatók a közgondolkodásban, közbeszédben. A szerző szerint, a kollektív emlékezet térhez és időhöz kötött, egy központi mintára szerveződik, a kognitív szerveződés alapmintájának pedig a narratívumok tekinthetőek.

Jan Assmann (1999) a kollektív emlékezetnek két formáját különböztette meg: a kulturális és a kommunikatív emlékezetet. A kulturális emlékezet a múlt egyes eseményeire irányul és azt alakítja mítosszá. „A múlt itt szimbolikus alakzatokká alvad, ezekbe kapaszkodik az emlékezés...A kulturális emlékezet szempontjából csak az emlékezetes, nem a tényleges történelem számít.” (Assmann, 1999, 53). Ezzel szemben a kommunikatív emlékezet a közelmúltnak és a jelennek azon élményeit eleveníti fel, amelyekben a kortársak osztoznak.

A kommunikatív emlékezet időtartamának fele – negyven év- kritikus küszöbnek tűnik. Ennyi idő elteltével a csoport azon tagjai, akik fiatal felnőtt korukban jelentős életesemény

részesei voltak, összegezni kezdik tapasztalataikat, az elmúlás lehetőségeit megtapasztalva (Bede, 1997).

A kulturális emlékezet a csoport számára fontos élményeket és emlékeket történetekbe kódolja, és megőrzi az őt követő generációk számára. Így történhet, hogy a következő generációk tagjai a csoport történetében osztozzanak. Ennek révén válhat a trauma univerzálissá, vagyis érvényessé.

Feltételezésem szerint, ez az elkülönítés nemcsak elméleti, hanem gyakorlati konzekvenciákkal is gyarapítja a traumatikus mechanizmusok megértését. A következő részben a traumák két csoportját mutatom be klinikai pszichológiai megközelítésből. Az első csoportba tartozó elméletek, vizsgálati eredmények a gyermekbántalmazást elemzik. Ez a problémakör a társadalom szélesebb nyilvánossága számára kizárólag definíció szinten jelenik meg. Az esetismertetések kizárólag az egyéni traumákkal foglalkoznak, nem jelenik meg a társadalom kiváltó, közvetítő vagy éppen segítő szerepe.

A második csoportba a holocaust túlélők leszármazottjainak problémáival foglalkozó elméleteket mutatom be. Ezek az elméletek részletesen foglalkoznak a társadalom szerepével, mind a kiváltó okok, mind a traumatizáció szintjén. A holocaust ebben az értelemben társadalmi trauma.

IX. A trauma klinikai megközelítése

IX.1. Gyermekbántalmazás

A gyermekkorban megélt traumák legfontosabb sajátossága, hogy a fejlődésben lévő személyiségstruktúrát befolyásolják és torzítják, mégpedig drámai módon. Mivel a kritikus helyzetben lévő gyermek mind érzelmileg, mind fizikailag kiszolgáltatott környezetnek, olyan alkalmazkodási stratégiákat alakít ki kóros környezete felé, amelyek egyszerre kreatívak és destruktívak. „Olyan abnormalis tudatállapotok kialakulását kényszerítik ki, amelyben a test és a lélek, a valóság és a képzelet, a tudás és az emlékezet szokásos kapcsolatai megtörnek. A módosult tudatállapotok számtalan testi és pszichológiai tünet megjelenéséhez vezetnek. E tünetek egyszerre rejtik el és fedik fel eredetüket – szavakkal ki nem mondható, rettenetes titkok rejtnyelvén beszélnek.” (Herman, 2003, 121).

A bántalmazó családokban uralkodó állandó veszélyérzet készenléti állapotot idéz elő a gyermekben, aki ráhangolódik bántalmazói lelkiállapotára, megtanulja az arckifejezés, a hanghordozás, a testbeszéd legkisebb változásait a düh, a szexuális izgalom, az ittasság vagy a disszociáció jeleként észlelni. Az effajta nonverbális kommunikáció nagy része tudattalanul és automatikusan zajlik.

A veszély jeleit érzékelve a gyermekek megpróbálják lecsillapítani vagy elkerülni a bántalmazót. Gyakran „láthatatlanná” válnak: kifejezéstelen arcot vágnak, mozdulatlaná dermednek, elbújnak, nem ritkán megszöknek. Ha az elkerülő stratégia nem sikerül, engedelmességük demonstrálásával próbálják elkerülni a bántalmazást: végletekig menően akarnak „jók lenni”. Az ilyen típusú fenyegetettség kétféle pszichés mechanizmust indít be: egyrészt a gyermek eleve reménytelennek érzékeli helyzetét, másrészt korlátlan hatalmat tételeznek fel bántalmazójukról. Mindez arra motiválja a gyermeket, hogy bebizonyítsa feltétlen engedelmességét, a gyermekben elhatalmasodó önvádat gyakran erősíti meg a felnőtt bűnbakképzése.

A bántalmazott gyermek pszichés reakciója annak az alapvető célnak rendelődik alá, hogy mindenáron megőrizze a szüleivel, a felnőttel kialakított elsődleges kötődését. Ehhez védekező mechanizmusok egész sorát veti be: a bántalmazás tényét kizárja a tudatából vagy emlékezetéből, racionalizálja azt, igyekszik mentségeket találni. Mivel a gyermek az

elviselhetetlen valóság elől sem menekülni, sem azt megváltoztatni nem képes, a pszichéjén belül változtatja meg azokat.

A gyermekkori bántalmazások súlyossága és a disszociált állapotokban való jártasság közötti kapcsolatot számos szerző (Herman és Perry, Van der Kolk, 1989, Sanders és mtsai, 1989 id. Herman, 2003) hangsúlyozza. Az áldozatok megtanulják, hogy hogyan lehet figyelmen kívül hagyni súlyos testi fájdalmakat, rettenetes emlékeket komplex amnézia mögé rejteni, illetve idő-, hely- és személyiségérzésüket megváltoztatni. A korai és hosszantartó bántalmazások hatására szélsőséges esetekben kialakulhatnak egymástól független személyiség-töredékek, amelyeknek saját nevük, pszichológiai funkciójuk és rejtett emlékeik vannak.

Ezek az egymásnak ellentmondó identitások nem integrálhatóak. A gyermek nem képes szélsőségektől mentes és toleránsan egységes, pozitív énképet kialakítani, s ennek következtében a világról alkotott belső reprezentációi is sérültek. A töredezett, idealizált képzetek, melyeket – mindezek ellenére – a gyerek ki tud alakítani, nem használhatóak arra, hogy érzelmi biztonságot nyújtsanak számára.

A krónikus gyermekkori bántalmazások hatására a töredezettség válik a személyiség-szerveződés központi elvévé: a tudat fragmentáltsága megakadályozza az ismeretek, az emlékezet, az érzelmi állapotok és a testi élmények szokásos integrációját. Az én belső reprezentációinak széthullása az identitás egységét rombolja szét, míg mások reprezentációjának töredezettsége az emberi kapcsolatokon belüli autonómia-érzés fejlődését gátolja.

A bántalmazások kapcsán kialakult komplex pszichopatológiát Freud és Janet óta számtalan esetben azonosították. Legpontosabban Ferenczi fogalmazott, amikor 1933-ban leírta a bántalmazott gyermek személyiségének „atomizációját”, és felismerte annak adaptív funkcióját a remény és az emberi kapcsolatok megőrzésében. Negyven évvel később – Ferenczi munkáira támaszkodva – Leonard Shengold (1974) a szülői agressziót, mint a gyermek személyiségére gyakorolt hatást, lélekgyilkossággént írta le. A lélekgyilkosság valaki más elméjének, személyiségének birtoklását jelenti, s ennek a bántalmazott gyermek fokozottan ki van téve. Gondolataiban, érzéseiben zavar uralkodik, engedelmeskedik a szülőnek, ugyanakkor gyűlöli. Shengold „lélek-fragmentáló műveletekről” írt, amelyeket a bántalmazott gyerekek használnak annak érdekében, hogy megőrizték a „jó szülők”

tévképzetét. „Egymástól független lelki tartományok kialakulását” figyelte meg, s ezt a folyamatot „vertikális hasításnak” nevezte el.

Három fő alkalmazkodási forma – a disszociációs védekező mechanizmusok, a töredezett identitás és az érzelmi állapotok patológikus szabályozása – teszi lehetővé a gyermek számára a krónikusan bántalmazó közegben is a túlélést. Ugyanezek a pszichés formák segítenek a normalitás látszatának a fenntartásában is, így a gyermek tünetei mélyen rejtve maradnak. A negatív identitást rendszerint jól elfedi a társas szempontból konform „hamis én”.

A „hamis szelf” fogalmát a fejlődéslélektan nemcsak a bántalmazott gyermekek esetében használja. Winnicott nyomán Daniel Stern (1985, 1995) a szubjektív szelféret kialakulásáról szólva, az anya és a gyermek affektusainak összehangolását hangsúlyozza. Véleménye szerint, a csecsemő a nyolcadik hónaptól kezdődően képes figyelmét, szándékait, hangulati és érzelmi állapotait megosztani a gondoskodó személlyel. Az anya, ezzel párhuzamosan, konzekvensen értelmezi a kisgyermek cselekedeteit, s ennek nyomán a gyermek szert tesz az érzelmi állapotban való osztozás képességére. Ezzel válik lehetővé a belső világ megosztása és jön létre a pszichés intimitás. Az összehangolás patológikus formái különféle típusokhoz köthetőek.

Hiányos affektív összehangolás esetén a gyermek nem kap megfelelő megerősítést saját érzelmi életéről és belső világáról. Oyvind Urnes erről így írt: „Talán az eredendő, általános egyedüllét-érzés, a másoktól való különbözőség érzése, amelyet egyes pszichotikus és szkizotípiás betegek leírnak, ilyen lehet. Ha az egyén érzelmi reakcióit nem hitelesítik, azokra nem hangolódnak rá, az illető olyan privát világot fog felépíteni, amely később saját logikával és szociális szabályokkal rendelkező fantáziavilággá válik.” (Urnes, 1997, 65).

A szelektív összehangoláskor a szülők gyermeküket a saját képükre formálják. Egyes élmények megerősítése, az azokkal való összehangolódás, ugyanakkor más élmények elhanyagolása miatt a kisgyermek mások elvárásaihoz kötött szelfre tesz szert: ezt nevezte Winnicott hamis szelfnek, Stern pedig szociális szelfnek. Ebben az esetben a gyermeknek titokban kell tartania élményvilágának és érzelmi reakcióinak egyes részeit, így azok lassan elvesznek, ennek következtében az egyén gyakran ürességet, űrt érez.

Az „elhangolás” a gyermek által mutatott érzelmi kifejezés hibás megválaszolását jelenti. Ennek értelmében, a gyermek egy idő után elveszti az affektus-analizáló képességét, vagy annak lehetőségét, hogy saját affektusai legyenek. Ezt nevezte Stern emocionális kirablásnak.

Robert D. Stolorow és George E. Atwood szerint (1992) megzavart és hiányos fejlődés akkor következik be, ha a gyermek alanyközi valóságát főként túlstimulálással, elutasítással vagy elhanyagolással kombinált hiányos érzelmi megerősítés határozza meg. Ezen kívül feltételezik, hogy a gyermekek fejlődésében törés következik be, ha gondozójuk képtelen elismerni saját zavarait, eltagadja a gyermekkel kapcsolatos feszültségeit, vagy éppen ellenkezőleg, őt okolja más eredetű problémáiért. Az efféle szelftárgy-hiány az érzelmi reakciók hosszú távú elfojtásához vezetnek, ami belső konfliktusokat és sebezhetőséget okoz a gyermekben. Az ilyen rossz együttműködési minta vezet az érzések hiányos integrációjához, a test és a lélek közötti összefüggés hiányos élményéhez, az állandó bizonytalanság érzéséhez és az önmagunkkal szembeni figyelmetlenséghez. Az affektusok disszociációja tehát, éppúgy a belső valóság feláldozásához vezet ebben a megközelítésben is, mint a klasszikus pszichoanalitikus elméletekben. A szerzők felhívták a figyelmet arra, hogy a gyermek énképe párhuzamosan alakul ki a szülőkép konstrukciójával és mintegy tükrözi azt: így érthetőbbé válik, hogy miért nehéz megszabadulni a szülők idealizálásától, hiszen a változás a gyermek énképét is fenyegeti.

Fónagy Péter, Mary Target és Gergely György utóbbi években megjelent publikációi az anyai tükrözés affektus-szabályzó funkcióját, a koherens szelfnek a mentalizációs folyamat révén történő kialakulását vizsgálják a kötődési kapcsolatok kontextusában. Kutatási eredmények azt támasztják alá, hogy a csecsemőnek veleszületett képessége és késztetése van arra, hogy internalizálja a kötődési személy, vagyis az anya órá irányuló reakcióit. Ezekből a reakciókból alakul ki a pszichológiai szelf, mint másodlagos reprezentáció. A gyermek szelfje úgy alakul ki, hogy a másik fél, a gondozó vagy az anya elméjében megjelenik, majd visszatükröződik, mint érző, gondolkodó, szándékokkal bíró lény. (Fónagy és mtsai, 2000).

Ha a szülői tükrözés nem megfelelően működik – nem, vagy nem azt tükrözi az anya, ami megfelel a gyermek mentális állapotának vagy érzéseinek – a gyermeknek egy sivár, vagy torz képet kell beépítenie szelfjébe. Az anya gyermekére irányuló reakciói ugyanis mindenképpen internalizálódnak, de – a feltételezések szerint – a hibás tükrözés esetében idegenek maradnak a gyermek szelfjében. Később, ezek a szelfrészek azok, amelyek

kivetülnek, mivel tartalmuk gyakran fenyegető. A projekció lényege, hogy az üldöző részek a másik személyén keresztül kontrollálhatóak legyenek annak érdekében, hogy a szelf koherenciája fennmaradhasson. Ehhez szükség van a másik folyamatos jelenlétére, és ezzel magyarázható az az extrém szeparációs szorongás, amely ezekben az esetekben megfigyelhető.

Különösen az elhanyagoló és az abuzív szülő az, aki elutasító, fenyegető és ellentmondásos attitűdjével a gyermek mentalizációs képességének kialakulását akadályozza. Az abuzív szülő üldöző szándékai állandó veszélyt jelentenek a szelfre, és erős bizonytalanságot eredményeznek a kötődési kapcsolatban. Válaszképpen a gyermek egyrészt – arra törekedvén, hogy racionalizálja a szülő ellenséges indulatait – saját szelfjét egyre inkább értéktelennek, csúnyának, elfogadhatatlannak tartja. Másrészt, gátolja azt a képességét, hogy a másik mentális állapotát észlelje, ezért kerüli a szülő pszichés közelségét. Ennek nyomán ördögi kör jön létre: a gyermek egyrészt hiányosan érti meg mások mentális állapotait, másrészt el kell szenvednie a bántalmazást szüleitől. Ez a két komponens növeli a szenvedését, és arra készíti, hogy keresse a szülő fizikai közelségét, ami valószínűsíthetően újabb visszaélésekhez, bántalmazásokhoz vezet.

A gyermek traumatizációja az anya azon tulajdonságai miatt is bekövetkezhet, ha külső vagy belső okok folytán az anya átmenetileg képtelenné válik arra, hogy gyermeke érzelmi, kapcsolati igényeit kielégítse. Az előzőekben már szó volt Fónagy transzgenerációs traumakutatásáról. A kutatás egyik rendkívül érdekes eredménye az a felismerés, hogy a szülők korai traumatizáltsága nem mindig jár együtt a csecsemőnél a kötődési viselkedés teljes dezorganizálódásával. Sőt, úgy tűnik, épp ellenkezőleg, a dezorganizált pillanatok alapvetően biztonságos kötődési háttér mellett is megjelenhetnek. A szülő általában jól érzel és jól reagál csecsemője érzelmi állapotaira és megnyugtatósi igényeire, ami a biztonságos kötődést valószínűsíti. Mégis vannak időszakok, amikor a szülő, mintha nem fogná ezeket a jelzéseket. Vagy nem reagál rájuk, vagy ha reagál, akkor megnyugtató helyett ő is rémületet tükröz. Ez a viselkedés azonban szelektív, a csecsemő csak bizonyos vész vagy szorongás jelzésekre aktivizálódik. Azok a helyzetek hívják elő, amelyek a szülői traumának a fantáziáit mozgósítják: ennek hatására a trauma tudat-közelbe kerül, a szülő hirtelen megszakítja a gyermekkel kialakított harmonikus interakciót. Ebben a helyzetben a gyermek számára nem marad más megoldás, mint a disszociáció, azaz a tudatosság lehasítása. Fónagy rámutatott arra, hogy ez a fajta interakciós mintázat egy disszociatív magot alakít ki az

egyébként integrálatlan szelf-struktúrában. Mivel a gondozó személy, a szülő képtelen reagálni a dezorganizált pillanatokban megjelenő veszélyekre, a gyermek introjiciálja és saját valóságaként fogja átélni azt.

Hámori Eszter (1999, 2001) Fónagy modelljét használva kimutatta, hogy nemcsak a súlyos veszteségek esetében működik a traumaátvitel e sajátos módja. Gyermekkel folytatott terápiás munkája során a fokozott szeparációs szorongások háttérében többször fedezte fel azt a sajátos szelf-szerveződési dinamikát, amikor a szülő rettegett tárgyai valóságosként jelennek meg a gyermeki fantáziában. „A »horror képzet« tehát nem valamilyen mágikus folyamatként vivődik át egyik generációról a másikra, hanem napi interakciók során. Az ismétlődő interakciók nyomán létrejövő disszociatív magszelf idegen részként ágyazódik be az egyébként integrált én-struktúrába. Tartalmazza a másikkal való kapcsolat hirtelen megszűnése miatt átélt kontrollvesztést és tehetetlenséget, a dezintegrációt és a mindenhatóság élményét egyszerre. A disszociatív magszelf kialakulásának alapja tehát a tárggyal, következésképp az önmagával való kontaktus élményének a megszűnése. Ebben az értelemben a disszociatív magszelf a hiányt és a szabályozhatatlan affektív kapcsolati tartalmat jelöli.” (Hámori, 2001, 67).

André Green (1983) „Halott anya” koncepciója a korai kapcsolati traumatizációnak egy ettől eltérő folyamatát vázolja. Kiindulópontja a napjaink analíziseiben megjelenő gyászproblematika, mégpedig annak az a típusa, amely nem az anya valóságos halálából következik. A „halott anya” fogalma egy olyan imágóra utal, amely a gyermek lelkében, reprezentációs világában épült fel, azt követően, hogy az anya depressziós lett.

Véleményem szerint, ez a mechanizmus a bántalmazó anyák esetében is hasonlóan működik: a csecsemő hirtelen azt érzékeli, hogy az addig élő és vitalitást jelentő tárgy hirtelen brutálisan átalakul egy távoli, élettelen figurává. A valóságban él, de a gyermek számára meghalt. Green azt hangsúlyozta, hogy ez az imágó mélyen érinti és szervezi a tárgylibidó és a nácizmus fejlődését. Ennek megfelelően ez a folyamat a nácisztikus szerveződésű patológiák kialakulásához vezet, így például a felnőttkorban megfigyelhető depresszió egy sajátos formájához, az úgynevezett „kiüresedett depresszióhoz”. Ez a forma abban különbözik a súlyos depresszív formától, hogy a tárggyal szemben nem jellemzi feldolgozatlan agresszió: a libidó visszavonódik a tárggyal. A tárggyal való érzelmi kapcsolat megszűnik, s utána egy űr, Green szavaival élve „pszichikus lyuk” marad. Az anya érzelmileg halott, így fizikai

jelenlétében csak az affektív hiánnyal, a megtettesült nem-léttel lehet azonosítani. Így a pszichikus úrt a „halott anya” tölti ki, mint valami hibernált tárgy, akit ezután sem elveszíteni, sem megtartani nem lehet. Mivel a gyermek szeretete a „halott anyának” van feláldozva, új szeretetkapcsolat kialakítása lehetetlen. Más szóval, a „halott anya” lehetetlenné teszi, hogy őt magát „elgyászolni” lehessen, és helyébe egy új, jelentésteli, élő tárgy kerüljön.

IX.2 A Holocaust traumája

IX.2.1 A holocaust trauma jellemzői

Első generáció

A holocaust trauma természetéről szólva, Vikár György (1994) egy sajátos paradoxonra hívja fel a figyelmet: "Milliók pusztulása, gázkamrák, éhezés, kínzás, életveszély annyira nyilvánvalóan traumatikus események, hogy szerepük a lelki betegségek keletkezésében magától értetődőnek tűnik – kivéve a pszichoanalitikust. A tudattalan összefüggések, amelyeket Sigmund Freud és követői oly éleslátóan tártak fel, mind azt mutatták, hogy az emberi személyiség és neurózisoknak nevezett egyensúlyvesztések az első életévek élményvonulatában, a család, illetve a környezet érzelmi légkörében formálódnak – a lelki betegségek az ösztönkésztetések és az én - felettes-én struktúra megoldatlan konfliktusaiból származnak. Természetesen Freud sosem tagadta, hogy a csapások, melyek az embert érik, boldogtalanná tehetik, kétségbeesésbe is kergethetik, de a személyiségnek a sors kihívásaira adott válaszait vagy nem tekintette kórosnak, vagy csupán az addigi fejlődés menetébe belehelyezve egy multikauzális szemlélet keretében tartotta magyarázhatónak. A holocaust a pszichoanalízis számára két lényeges kihívást is jelent. 1. Tudományunk szembetalálkozott egy tömeget érintő történelmi esemény közvetlen hatásával... 2. valamint egy olyan traumával, amely a már kialakult ép személyiséget is képes tartósan megbetegíteni." (Vikár, 1994, 139).

A koncentrációs táborokban mindennapos volt az éhség, a hideg, a brutalitás és a halál. A rabok közös "élménye" a családtagok, a barátok elvesztése, az elfojtott gyász, az állandó félelem, a bizonytalanság, a szegény és a tehetetlenség. A táborokban élők nap mint nap átérték létük hihetlenségét. "Ilyen nem történhet meg a huszadik században", "fel fogok holnap ébredni" érzésről számoltak be a hazatérők. Minthogy nem ez következett be, a rémület tovább fokozódott az eltűnt évek és a "meddig kell kibírni" kiszámíthatatlanságának körforgásában.

Az erőszak és a terror értelmezhető úgy is, mint a pszichés trauma ismételt, szisztematikus megjelenése, ami az autonómiától való megfosztás és az elszigetelés köré szerveződik. A lelki kontroll elvesztése az áldozatokban retteget és tehetetlenséget keltett, egyben lerombolta érzetüket és torzította másokhoz való viszonyulásukat. A retteget az aprólékos és lényegtelen szabályok betartatása tovább fokozta: meggyőzte az áldozatokat arról, hogy az elkövető mindenható, az ellenállás pedig hiábavaló. A félelemkeltésen túl, az elkövetők a testi funkciók legapróbb részletekre kiterjedő felügyeletével az autonómia-tudat széttűzésére törekedtek.

A tartós elszigeteltség hatására az áldozatok egyre inkább függeni kezdtek az elkövetőktől: nemcsak a túlélés és az alapvető testi szükségletek kielégítése szempontjából, hanem az információ- és az érzelmi hiányok miatt is. Az áldozatok, más nézőpont híján, gyakran odáig jutottak, hogy az agresszor szemével látták a világot.

Milton E. Jucovy (1994) arra hívja fel a figyelmet, hogy a koncentrációs táborokban a megaláztatással és a halállal való hónapokig-évekig tartó együttélés következtében egy új, sajátos pszichés valóság alakult ki. A nárcisztikus kimerültség, a kiürültség nemcsak a külső események eredménye, hanem az áldozatok felettes-én szerkezetében bekövetkezett változásoké is. Ezek a változások a felettes-én működésének ősi formáihoz való regressziót idézték elő, és súlyos változásokat provokáltak az én-ideálban is. Ez a folyamat, paradox módon, éppen az agresszorral való azonosulás útján ment végbe. A szerző továbbá kiemeli azt is, hogy a regresszív folyamatok és a fejlődő, sérülékeny pszichés struktúra károsulása következtében fellépő súlyos és kumulatív trauma gyengíthették a korábban ép én-funkciókat is. Szemléletes leírását adja a folyamatnak a Nobel-díjas Kertész Imre Sorstalanság című regénye.

A traumatikus esemény elleni védekezésésként az áldozatok gyakran alkalmazzák a módosult tudatállapotok előidézésének technikáját. A disszociáció, a gondolatok tudatos és tudattalan elfojtása, a bagatellizálás és a nyílt tagadás segítségével fokozatosan megtanulják elviselni az elviselhetetlen valóságot. George Orwell ezt a következőképpen fogalmazta meg: „A duplagondol azt a képességet jelenti, hogy valaki egyidejűleg két, egymásnak ellentmondó nézet birtokában van, s mindkettőt elfogadja. Az (ember) tudja, hogy milyen irányba kell megváltoztatnia emlékeit, tehát azt is tudja, hogy tréfát űz a valósággal, a duplagondol

alkalmazásával azonban mindjárt meg is nyugtatja magát, hogy a valóságon semmilyen csorba nem esett. Az eljárásnak tudatosnak kell lennie, különben nem hajtható végre kielégítő pontossággal, de ugyanakkor öntudatlannak is kell lennie, különben a hamisítás és a büntudat érzését keltik. (...) Még a duplagondol szó használatakor is szükség van a duplagondol alkalmazására.” (Orwell, 1989, 237).

A transzállapot használata mellett a foglyok a gondolatok tudatos elfojtásának és korlátozásának képességét is kifejlesztették. Ezt a jövőre és a múltra irányuló gondolataikra egyaránt alkalmazták. A mechanizmus az időtlenség érzéséhez vezetett, ami szabadulásuk után is megmaradt, csak ekkor már a táborbeli emlékek elfojtása nyomán. Ennek az lett a következménye, hogy a fogság krónikus traumája nem integrálható személyes élettörténetükbe, hisz mind a korábbi emlékek, mind pedig a traumatikus emlékek időbeágyazottsága sérült.

A túlélők gyakran számoltak be arról, hogy lelki „megadásuk” két szakaszban történt. Az első szakaszban autonómiájukat, világnézetüket, erkölcsi elveiket vagy kötődéseiket adták fel a túlélés reményében. Henry Krystal (1978) ezt a szakaszt „robotizációnak” nevezte, utalva arra, hogy az áldozat érzései, gondolatai, kezdeményezőképesége és megítélési képesége kikapcsol. Ez az állapot azonban még visszafordítható. A második, visszafordíthatatlan szakasz akkor következik be, amikor az áldozat már nem akar tovább élni. Herman ezt inkább aktív megküzdésnek, mintsem destrukciónak értelmezi: „Az öngyilkossághoz való ilyen hozzáállás aktív, mivel megőrzi a belső kontroll érzetét. Az éhségstrájkolókhöz hasonlóan a fogoly itt is azzal fejezi ki ellenállását, hogy akár életének is hajlandó véget vetni” (Herman, 2003, 108).

A hosszantartó, ismételt traumának kitett embereknél a poszt-traumás stressz zavar olyan progresszív formája alakulhat ki, amely a teljes személyiséget uralja. Míg az egyszeri, akut trauma után az áldozat úgy érzi, „nem önmaga”, addig a krónikus trauma áldozatának olyan érzése lehet, hogy visszavonhatatlanul megváltozott. Szélsőséges esetben elveszítheti azt az érzését is, hogy egyáltalán van énje.

Egy korai – a saját idejében nem túl nagy visszhangot kiváltó tanulmány – Székács–Schönberger István 1991-es írása - a tartós nélkülözések és az életveszély hatásairól szólva pszichózis közeli állapotot, primitív énvédő mechanizmusok (deperszonalizáció, derealizáció)

előtérbe kerülését írta le, s kitért arra is, hogy az én egyensúlyának helyreállítása nem jelentette az eredeti én-struktúra rekonstrukcióját. Bruno Bettelheim (1988) szintén a személyiség széttöredezésére, az érdeklődés beszűkülésére, a primitív elhárító-mechanizmusokra hívta fel a figyelmet: ő izolációról, hasításról, kivetésről, az agresszorral való azonosulásáról, deperszonalizációról beszélt – ám nem szólt a várható hosszú távú pszichés hatásokról.

A "túlélő szindróma" kifejezést William Niderland (1961) használta először a traumatikus élmények tudatos és tudattalan rendszeres visszatérését tapasztalva, ami egyben ismétlési kényszert is jelentett.

Egységes túlélő szindrómát definiálni nehéz, hisz a tünetek meglehetősen sokfélék, néha egymásnak ellentmondóak. Várnai György (1994) a „túlélő szindróma” elnevezéssel jelölt tünetcsoport fő ismérvei között említi a következőket: a depresszió és a szorongás váltakozása, az üldöztetés emlékeinek kényszeres felidéződése, ingerlékenység, feszültség és ezek testi jegyei, az emlékekbe való gyakori belefeledkezés, sajátos tudatbeszűküléssel, az élmények szavakban való megfogalmazásának képtelensége. Gyakori a meglévő minimummal való megelégedettség és az életcél kínzó hiánya, az üresség érzése, az örömképtelenség. Korlátozott a mindennapokban való aktív részvétel. Tartós tünet a bizalomhiány, a gyanakvás és ezek következménye: az elkülönülés, az emberi kapcsolatok redukciója, a személyiség elsivárosodása. Általános a rejtett vagy manifeszt gyász, a sötét ruha viselete, az ékszerek kerülése, az ünnepnapok hiánya. Jellemzők a különböző szervi fájdalmak, a bőr túlérzékenysége. Ezek a tünetek átmenetileg, esetleg hosszabb időre is csillapodhatnak, majd az élet nehéz helyzeteiben újra fellángolhatnak.

A pszichés tüneteken túl, ezek az emberek számos szomatikus tünettől is szenvednek. Feltűnő a betegségek halmozódása, az egymással közvetlenül oki kapcsolatban nem lévő betegségek párhuzamos megjelenése (polymorbiditas). Jellemző továbbá, hogy a károsodás megjelenése az adott biológiai életkortól független, pl. korai agyi eredetű pszichiátriai tünetegyüttes (organicus psychosyndroma) kialakulása. A tünetek hosszú lappangási idő után robbanásszerűen jelentkezhetnek, máskor például légúti, mozgásszervi problémák esetében a betegség fellépésétől kezdve különböző intenzitásúak, de mindvégig folyamatosak.

A haláltáborokban az elszenvedett trauma során állandó halálfélelem, egzisztenciális veszélyeztetettség, tartós és súlyos stressz-állapot jött létre, a tartós éhezés, a csekély táplálék- és folyadékfelvétel következményeként brutális lesoványodás, elsősorban fehérje- és vitaminhiány, valamint a hidegártalom lépett fel. Ebben az időszakban a nők meneszse kimaradt, viszont az addigi funkcionális, neurovegetatív betegségek (pl. fekélybetegség, migrén) tünetmentessé váltak. Gyakori késői jelenség a túltáplálkozásból eredő elhízás (hypernutritio, obesitas simplex), mely gyakran a második–harmadik generációban is megjelenik, ami a túletetés következménye. A félelem az elégtelen táplálkozástól és emiatt a folyamatos túlevés tipikusnak tekinthető, hiszen az érintettek minden egyes étkezésnél a telítettséget, a jóllakottságot keresik, úgyszólván „feltöltik” magukat, mintha nem tudnák, mikor juthatnak újra táplálékhoz. Ide tartozik a „tartalékképzés” gyakorta megfigyelhető jelensége is.

Jellemző a kialvatlanságtól, az elégtelen pihenéstől, a gyötrő fáradtságtól való félelem, és az ezekből fakadó feszültségek, a fáradékonyság és a krónikus alvászavar. Gyakoriak az érlemeszesedés különböző klinikai formái: az agyi, a koszorúsér és az alsóvégtagi elzáródásos (obliteratív) formák, valamint az alsóvégtagi vénás és nyirokkeringési zavarok. Utóbbiak az erőltetett gyalogmenetek, az órákig tartó, állva végigszenvedett értelmetlen létszámellenőrzések következményei. Kialakulásukhoz hozzáadódik kórokként az éhezés következtében létrejött fehérjehiányos, elsősorban alsóvégtagi éhség-ödéma.

Ugyanerre vezethetők vissza a mozgásszervi panaszok, a fokozott ízületi kopás is, amit provokál a tábori körülmények közötti extrém, többnyire előzmények nélküli fizikai igénybevétel. Fokozott a hajlam alsó és felső légúti hurutos betegségekre (sinusitis, bronchitis), ezek úgyszintén a hidegártalom és az egészségtelen klíma következményei.

A második generáció

A második generáció, az eredeti holocaust trauma átszármaztatásán és a túlélő szülők patogén magatartásán túl, a hallgatás és a leplezkedés jegyében nevelkedett. A ma lassan ötven-hatvan éves nemzedék súlyos problémákkal küzd, még akkor is, ha ezeket nem hozza összefüggésbe a holocausttal. Szeretném kiemelni, hogy az első és második generációs tünetcsoport nem ugyanannak a jelenségnek az erősebb vagy gyengébb megnyilvánulása, hanem két, eltérő magatartásprofil.

A második generációs problémákat Judith Kestenberg (1994) foglalja össze legalaposabban. Végső konklúziója, hogy e generáció a szülők világába helyezi át magát, igazságot akar tenni, s meg akarja óvni mind szüleit, mind gyermekeit a múlttól. A feladat azonban olyannyira megterhelő, hogy cselekvés helyett ismét a hallgatás következik, vagy éppen a mindenáron való teljesítés.

Dina Wardi így fogalmaz: "...túl nagy hangsúly esik a »csinálás« területére, az én mintegy ezzel győzi le a létezés töredékesen vagy negatívan megélt élményét." (Wardi, 1995, 86). Az ilyen létezésélményekből egyenesen következik az üresség érzése, abból pedig a bizonyítás kényszer számtalan formája a teljesítménykényszertől a létbizonyítékként megélt promiszkuitásig, donjuanizmusig, az orális függőségek sokaságáig (a kényszeres evés, bulímia, anorexia, drogfüggőség).

A második generáció legnagyobb problémája identitásának bizonytalanságából származik. Szülei túlóvták, vagy éppen indokolatlan szigorral készítették fel őket az életre, az általuk megszenvedett túlélésre. Elsősorban túlélni tanították gyermekeiket, nem pedig élni.

A túlélő családok szerkezete és szerepstruktúrája összezavarodott: az énhatárok elmosódtak, nem tisztázott ki kinek az életét éli, ki milyen szerepet visz a családban. Ennek oka lehet - Kestenberg kifejezésével élve – a múltban élés és a szülők korábbi én-hasítása annak érdekében, hogy elviseljék az elviselhetlent.

Wardi négy kategóriába sorolja a túlélő családokat aszerint, hogy a szülők milyen védekező mechanizmusokat preferáltak a háború alatt: a "harcosok", "akik tettek valamit", az "áldozatok" és a "néma családok".

Azokban a családokban, ahol a szülők az aktív megküzdést választották, a gyermekek kötelezőnek érzik, hogy a szüleikhez méltó teljesítményt nyújtsanak. Mivel a családban a kételynek, a bizonytalanságnak nincs helye, ezek a gyermekek csak magukban mernek szorongani, hogy vajon megfelelnek-e a szüleik és az önmaguk által felállított követelményeknek. Önértékelésük kétszeresen zavart: egyrészt állandó elégedetlenségben szenvednek, másrészt az elért siker sem okoz megkönnyebbülést, örömet, a cél elérése leértékeli a teljesítményt.

A háború alatt passzívan viselkedő áldozatok közül sokan teljesen elvesztették önértékelésüket. Gyermekük ezt veszik át, családjuk jelszava pedig: "csak nem kitűnni". E családok tagjai óvakodnak a kiugró teljesítménytől, egyetlen vágyuk, hogy elvegyüljenek az átlagos tömegben.

A fentieken túl, a bizonytalan identitás előidézője lehet a gyökerek hiánya: ha a család a szülőknél kezdődik, nincs beágyazódva a múltba, a tradíciókba. A második generáció tagjai közül sokan nem ismerik a hagyományokat, nem vallásosak, saját identitásuk a "nem"-ek és a "nincs"-ek köré szerveződik. Jóllehet a huszadik században általában is gyöngültek a nagycsaládi kapcsolatok, az üldözött csoportoknál ez erőteljesebben érvényesül (Lányi, 1997), aminek egyenes következménye, hogy a zsidó identitás nem telhetett meg pozitív tartalommal.

Számos szerző foglalkozik a titok kérdésével, azzal, hogy melyek azok a stratégiák, amelyeket a traumát átélt szülő alkalmaz saját múltja fel- vagy éppen fel nem elevenítésekor. Milton E. Jucovy (1994) azt hangsúlyozza, hogy a teljes nyíltság, a mindent elmondás éppoly megterhelő lehet a gyermekek számára, mint a legmélyebb hallgatás. "A szülő élményeinek jószándékú feltárását a bizonytalanság, a torzulás, vagy a rejtélyek leple nehezíti. A titok vigyázatlan feltárása olyan forgatókönyv eljátszására indíthatja a gyermeket, amely voltaképpen egy általa előzőleg nem ismert családtag élettörténetének a része. A páciens még a "hallgatás konspirációjába" is beviheti a terapeutát az áttételi kapcsolat során a kezelés alatt, ily módon fenntartva a hatalmas erejű ellenállást." (Jucovy, 1994, 27).

A szülők "mindent elhallgató" magatartása ugyanúgy büntudatot alakíthat ki, mint a "teljes beavatás". Ha a gyermek megtudja vagy megsejti, hogy szülei szörnyű szenvedéseken mentek keresztül, attól kezdve mindig bűnösnek érzi magát, ha olyat tesz, amivel szüleit aggasztja, vagy nemtetszésüket váltja ki. Kárpótolandó őket a múlt szenvedéseikért, ezek a gyerekek a teljes megfelelésre törekednek (Bettelheim, 1988). A megfelelést azonban az is nehezíti, hogy a túlélők túl sokat várnak el gyermekeiktől, mintha gyermekeik elvesztett szeretteik eleven megtestesítői lehetnének. Ezt nevezzük "reinkarnációs illúzióknak". A hallgatás következménye a bizonytalanság: nem pontosak az elvárások, hiszen ideálképekből erednek, és éppen ezért nem is teljesíthetők. A tények feltárása olyan megterhelést jelenthet a gyermekek számára, amit képtelenek feldolgozni. Kestenberg (1994) szerint sok esetben

éppen azért haragszanak a túlélők gyermekei a szüleikre, mert túl sokat foglalkoznak a holocausttal.

Az identitás problémái a nemi identitásra is kiterjedhetnek. A túlélő anyák és apák nemi identitása sok esetben sérült, s az általuk kínált minták gyakran elfogadhatatlanok. Míg az első generációban gyakori, hogy elutasítják a saját családalapítást (pl. a túlélő nők nem akarnak gyermeket szülni, nehogy ugyanazon sors várjon utódaikra, mint ami velük történt meg), addig a második generáció már rejtettebb formában juttatja kifejezésre filobatikus vonásait. Gyakori az érintésfélelem, a privát tér feltétlen tiszteletben tarásának igénye. Az intimitás, a fizikai és érzelmi közelség a szó-szoros értelemben fullasztóan hat rájuk, pánikot, menekülési kényszert idézhet elő.

Ugyanakkor a túlélők és gyermekeik túlzottan szoros viszonya is megfigyelhető: a második generációhoz tartozók nehezen hagyják ott szüleiket, sokszor úgy tekintenek rájuk, mint felügyeletre szoruló gyerekekre. Noha ez első látásra ellentmondásnak tűnik, lehet hogy éppen ez magyarázza az előbbieken vázolt kötődési problémát: számtalan példát láthatunk arra, hogy miként veszi át az egyik szülő a partner érzelmi szerepét.

Számtalan probléma forrása a második generáció esetében az agresszióhoz való viszony. Rendszerint rettegnek a konfliktus minden formájától és fajtájától, a fizikai szenvedéstől, ugyanakkor nem riadnak vissza a verbális agressziótól. Más kérdés, hogy a túlélők családjában sokszor már az engedetlenség is agressziónak minősül.

A problémát bonyolítja, hogy mivel a szülők maguk sem tudják, hogy mit kezdjenek agresszív impulzusaikkal, gyermekeik sem tanulják meg azt, hogy miként fejezzék ki haragjukat. Egy azonban bizonyos: a holocaust áldozatok rettegnek attól, hogy agresszorral váljanak.

Röviden összegezve a második generáció esetében identitással, kapcsolati problémákkal és az agresszivitás kezelésével kapcsolatos nehézségeket fedezhetünk fel. Nem csodálkozhatunk azon sem, hogy a megoldatlan problémák nyomokat hagynak, illetve, hogy a második generáció átszármaztatja azokat saját gyermekeire.

Harmadik generáció

A nyolcvanas évek második felét a politikai szakirodalom, a politológia etnikai reneszánszként emlegeti. Az „újjászületés” és az eszmélés leginkább a holocaust harmadik generációját érintette, hisz módjuk nyílt zsidó identitásuk vállalására. A "feladat" azonban csak látszólag könnyű, szüleik és saját maguk is ambivalensek zsidóságuk felvállalhatóságát illetően. Családjuk múltja óvva inti őket. Sokan közülük vegyes házasságból származnak, így a plurális identitásforma számukra adottság. Ráadásul hiányzik a pozitív zsidó identitást bemutató modell, hiszen a legutolsó kiindulópont, a húszas évek nosztalgikus minta lehetne.

Kovács Éva és Vajda Júlia (1996) három tendenciát emel ki a zsidó etnikai reneszánszból: az egyik a vallási reneszánsz, a vallásos identitás felerősödése. Ebben a vonatkozásban a vallás nem egyszerűen világnézeti kérdés, hanem csoportképző tényező is, s mint ilyen, identitást meghatározó jelentőséggel bír.

A másik tendencia a modern cionizmus, a zsidó identitást nemzeti identitásként meghatározó szemlélet. Az identitásnak ez a formája Magyarországon kevesek által vállalt, az így gondolkodó fiatalok útja előbb-utóbb Izraelbe vezet, ők többnyire ott is telepednek le.

A harmadik, legerőteljesebb tendencia a liberális zsidó-magyar tradíciók által definiált csoportidentitás megteremtése, illetve felerősödése. Ennek az identitásnak közös elemei: liberális politikai attitűdök, a magyar-zsidó kulturális tradíciók ápolása, a nagyvárosi (budapesti) értelmiségi életforma, a vallástól való eltávolodás, a vallás kultúrtörténeti elemeinek hangsúlyozása. A zsidó liberális nevelési elvek, a tudás, az iskolázottság elismerése, a családi szereprendszer generációról generációra való átörökítése vált a zsidó etnikai identitás alapelemévé.

A harmadik generáció tagjainak identitása másképpen sérül, mint szüleiké. Természetesen őket sem kímélik a nagyszülői – szülői utalások, számukra is fenyegető felhangokkal terhesek az olyan szavak, mint a gáz, a tábor, a marhavagon, nekik is gondot okozhat az évéshez való viszony (különösen, ha a túlélő nagymama gondoskodik az étkezéseikről). A sérülésnek egy olyan új lehetősége is felmerül, ami a szabadon választott identitásból, az újonnan létrejött közösségből eredhet. Ha a harmadik generáció tagjai a traumát nem egy szélesebb és heterogénebb társadalmi közegben kísérik meg feldolgozni, hanem csak egy szűk, őket támogató homogén csoport reflektál rá pozitívan, úgy beilleszkedési kísérleteik könnyen

kudarcba fulladhatnak. A hagyományozódó félelmek és szorongások mellett a harmadik generációnál a szeparált társadalmi mikrokörnyezet valóságot elfedő, kizárólag pozitív reakciója az a veszélyforrás, amit traumaforrásnak kell tekintenünk. Veszélyforrásnak azért tekinthető, mert kizárólag ebben létezve e generáció egyes tagjai nem lehetnek tisztában azzal, hogy mit bír ki, mit tart természetesnek a társadalmi környezet a zsidó identitás megnyilvánulásaiból. Semmiképpen sem gondolhatjuk azt, hogy a harmadik generáció zsidó identitása, pusztán választottsága okán, ambivalenciáktól mentes és természetesen kezelt szociokulturális tényező.

Pszichoterápiás eseteírásokból tudjuk, hogy a holocaust trauma még ennél a generációnál is megjelenhet. Ennek ellenére az a jellemzőbb, hogy a harmadik generáció a holocauston kívül, a zsidó vallásból és kultúrából átvett pozitív értékek mentén definiálja önmagát.

Érdekes tapasztalat, hogy az első generáció sokkal többet mesél unokáinak, mint mesélt egykor saját gyermekeinek, talán éppen azért, mert eltelt a kestenbergi "látencia-időszak". Arról sem szabad megfeledkezni, hogy a harmadik generáció szellemi eszmélésének időszakában az első generáció életének abba a szakaszában jut, amikor a korábbiaknál átfogóbb „összegzést” készít a megélt évekről. Ennek gyakori formája az unokáknak mesélt számtalan múltbéli történet.

IX.2.2 A holocaust trauma átöröklése

Freud a „Totem és tabu” című művében (1913, 1995) figyelemre méltó megállapítást tett: „Biztonsággal állíthatjuk, hogy egyetlen egy generáció sem képes elrejtteni a következő generációk elöl egyetlen egy lényeges szellemi processzusát sem” (Freud, 1995, 159). Számos kiemelkedő klinikai pszichoanalitikus szolgált hasznos adalékkal Freud radikális meglátásához abban az összefüggésben, hogy a holocaust túlélőinek gyermekei miként birkóznak meg a traumával és annak következményeivel.

A klasszikus elméletet valló Ilany Kogan (1994) a retraumatizáció hatásait tárta fel a holocaust-túlélők gyermekeinek esetében. Úgy vélte, hogy az átvitt trauma a fantázia és a realitás köztes birodalmába került. Noha a trauma a szülők valóságos élménye, a gyermekek a képzelet segítségével önmagukra vonatkoztatják azt. A fantázia szerepe az, hogy eltüntesse az "én" és a "nem-én" közötti különbséget, s így a gyermek azonosul a traumatizált szülővel. Az

átvitt traumát a képzelet valóságosan megéltként jeleníti meg. A fantáziát a szülők által elszenvedett trauma és az általa keltett szorongások gyakran ki nem mondott realitása táplálja.

Különbéféle traumatikus mintázattal találkozhatunk, melyek mindegyikére igaz, hogy tudattalanul átvihetők a második és a harmadik generációra:

1. A szülő tudattalanul a trauma megismétlésének eszközeként használja a gyermeket, rávetíti mindazt a gyászt és agressziót, amit nem képes sem magában tartani, sem pedig más felnőttel megosztani. A projektív identifikáció folyamata csökkenti azt az öndestrukció-mennyiséget, ami máskülönben végzetessé válhatna a szülő számára.
2. A szülő érzelmileg megközelíthetetlen, így a gyermek hiába próbál meg a felnőtt kedvére tenni, végül érzelmi behódolással kapaszkodik a megközelíthetetlen szülőbe. A gyermek célja végső soron az, hogy részesüljön valamiféle szülői gondoskodásban.
3. A fantázia útján történő traumatizációra kerül sor akkor is, amikor a gyermek, a szülő megértésétől és segítésétől vezérelve, megkísérli újraélni a szülő által elszenvedett traumát oly módon, hogy képzeletében újratermi a traumatikus élményt és annak hatásait.
4. A traumát szenvedett szülő számára a gyermekhez való szimbiotikus kötődés saját elvesztett (gyakran idealizált) tárgyainak pótléka, saját sérült szelfjének gyógyítására szolgáló eszköz. A gyermek oly módon pótolja a szülő internalizált tárgyait, hogy szinte azok helyett funkcionál. Ebben az esetben a szülői trauma a gyermek saját individualitásának feladását követeli meg (Kogan, 1994).

Kestenberg (1994) a holocaust hatását a második generáción vizsgálva, a trauma transz-generációs átvitelének folyamatát írta le. Megfigyelése szerint, a második generációs áldozatok pszichés működése nem magyarázható az identifikáció mechanizmusával. Ebben az esetben a páciens egy másik valóságba merül, amibe teljes egészében bevonja a testét is. A „transzpozíció” mechanizmusa, Kernsberg szerint, újjáéleszti a meggyilkolt tárgyakat, amiket a túlélő nem tudott megfelelően meggyászolni. Ezeket a tárgyakat annak árán teremti meg a második-generációs túlélő fantáziája, hogy kiiktatja saját pszichikai valóságát.

Virág Teréz (1992, 1994) – más megközelítésből – több tanulmányában írta le az átszármaztatás mechanizmusát, ami az ő megfogalmazásában "közvetítő láncszem": "Az evésnél, ürítésnél a szülők, nagyszülők megemelkedett érzelmi feszültsége, hiperaktivitása az, ami felhívja a gyermek figyelmét arra, hogy e jelenségek mögött valami ismeretlen, fájdalmas, szégyellt titok húzódhat meg. Az évek során a gyermeknél a déjá vu-hoz hasonló

pszichés élmény jön létre. A felsorolt családok el akarták felejteni a gyermekkori szenvedésüket, de az elfojtás rosszul sikerült. Megfigyelésem szerint az említett konkrét elemek alkalmasak arra, hogy a nagyszülők, a szülők által átélt társadalmi megpróbáltatások egész érzelmi feszültségét átadják. A túlélő családok számára a gáz, a vagon, a tábor, a drótkerítés, a szappan, az evés, a kórház szavak elszakadtak eredeti jelentésüktől, és a gyermek számára az e szavak által közvetített emocionális feszültség hőfoka jelzi egy elhallgatott múlt emlékeit, melyekkel az iskola, a tömegkommunikációs eszközök hírei, a nagyszülők történetei összekeverednek, és a gyermek a pszichés realitás talaján vonódik be a szülők, nagyszülők által átélt félelmetes múltba." (Virág, 1994, 121-122).

A felfokozott érzelmi feszültségen és az utalásokon kívül a trauma átszármaztatásához hozzájárul a kettős kommunikáció. Fischer Miklós (1997) meggyőzően érvel - főleg a második generációra jellemző - ironikus, kétértelmű közlések közvetítő szerepe mellett. A szüntelenül ironizáló, jópofa szülő valójában kettős üzenetet közvetít: mondok ugyan valamit, de nem ér a nevem. Gyerek legyen a talpán, aki ebben eligazodik, vagy van annyi bátorsága, hogy figyelmeztesse a szülőt: neki ez a kommunikációs mód kellemetlen.

Ilse Grubrich-Simitis (1984) kutatásaiban azt vizsgálta, hogy a koncentrációs tábor körülményei hogyan befolyásolták az egyén azon képességét, hogy metaforát használjon és az ezzel összefüggő azon képességét, hogy a múltat, a jelent és a jövőt strukturálja. Rámutatott, hogy az ego gyengülése „időtlen konkrétizmust” váltott ki a pszichikai működésben, ami a második generáció tagjainál manifesztálódhat. A traumát átélt áldozatok határtalan szorongása, ami ellen egyébként az egonak nincs adekvát belső-pszichikai védelme, a második generáció elsődleges tárgyi kapcsolataiban fejeződik ki. Masud Khan elméleti munkásságára támaszkodva, Grubrich-Simitis meggyőzően kapcsolja össze a korai ego szükségleteinek kielégítetlenségét a gyermek későbbi pszichés sérülékenységével. James Herzog (1982) találóan egy „metaforán túli világhoz” hasonlította a hasonló traumán átesett szülők által teremtett pszichológiai környezetet. 1984-es tanulmányában Grubrich-Simitis amellet érvelt, hogy a páciensnek és elemzőjének át kell esniük egy „a holocaust valóságának közös elfogadása” szakaszon, annak érdekében, hogy a páciens elfogadja a fantáziák végső ártalmatlanságát.

Miközben mindezek a felvetések végtelenül tanulságosak, nem magyarázzák meg teljesen a harmadik-generációs áldozatok problémáit, különösen a pszichoanalitikus mechanizmusok

szintjén. A harmadik generáció képviselői azok, akikre a traumát átvitték, akik meggyilkolt belső tárgyakat hoztak létre a túlélőkkel való interakcióik nyomán, akik egy „metaforán túli világban” nőttek fel – de akik maguk nem szenvedték el közvetlenül a traumát. Amennyiben feltételezhetnénk a fenti folyamatok transzgenerációs folytonosságát egyszerűen megfeleltetnénk az első generációs túlélők igazi traumáját a második és harmadik generációnál jelentkező megnyilvánulásokkal.

A medikális modell további kérdése, hogy az egyedi esetek mennyiben reprezentálják az adott generáció jellemzőit: mennyire vonatkoznak azokra az egyénekre is, akik sohasem jártak pszichoterápiás kezelésre. A kérdés fordítva is feltehető: mennyire specifikusak azok a tünetek, amelyeket a holocaust túlélőinél és utódaiknál tapasztaltak. Mint az előző részben láthattuk, ma már hatalmas irodalma van a PTSD-nek, ami választ adhat a kérdéseinkre. Meg lehet kockáztatni azt a feltevést, hogy a társadalmi traumák hatásai struktúrájukban hasonlóak lehetnek, tudván azt, hogy mélységükben és konkrét jelentésükben soha nem hasonlíthatóak a holocaust traumához, vagy akár egymáshoz.

Szorosan ide tartozik a traumák különböző formáinak elkülönítése. LaCapra (2000) fontos különbséget tett a strukturális traumák és a történeti traumák között. Elméletében a strukturális trauma egy történet feletti hiányhoz kapcsolódik, és bár más és más módon, de mindenkinek az életében jelen van. Ide sorolhatjuk az anyától való szeparációt, a természetből a kultúrába vezető utat. Ezzel szemben, a történeti trauma specifikus, és nem mindenki tekinthető azonos módon az alanyának, ugyanakkor közösségek válhatnak áldozatává. A történeti trauma eseményei konkrétumok, szemben a strukturális traumával, ami szorongáskeltő helyzetként írható le.

Egy másik – a történeti traumákon belüli – osztályzási lehetőség a közvetlen (direkt) és közvetett (indirekt) traumák megkülönböztetése. Közvetlen transzgenerációs traumának azt a mechanizmust nevezem, melyet Kogan (1994) és Kestenberg (1994) írtak le elméletükben. Ezekben az esetekben a traumát tudattalan azonosulás révén éli át a gyermek. Az identifikáció a megismerés egyik eszközeként jelenik meg, hiszen a szülők hallgatnak a múltjukról, a gyermekeik megkísérlik újraélni a szülők traumáját, s ez egyben azt is jelenti, hogy az eredeti traumát magukra vonatkoztatják. Az első generáció hallgatásáról és annak megbetegítő hatásáról gazdag szakirodalmi tapasztalat áll a rendelkezésre.

Az indirekt transzgenerációs trauma kifejezés a második generáció megváltozott személyiség- és nevelési jellemzőire vonatkozik. Ebben az esetben nem az eredeti trauma, hanem annak következményei hatnak a gyermekekre. A folyamat jobb megértéséhez vizsgálnunk kell azt is, hogy miként befolyásolja az átvitt trauma a szülő-gyermek (elsődleges tárgy) kapcsolatot. Ebben az összefüggésben a kötődéelmélet különösen értékes segítséget jelenthet.

Noha a holocaust traumát egyértelműen a masszív pszichés sérülések közé soroljuk, látjuk, hogy a kötődéelméletek és a hozzájuk kapcsolódó mikrotraumákról szóló elméletek is relevánsak a transzgenerációs kutatások szempontjából. Számos új vizsgálat mutatta ki, hogy azok a szülők, akik megoldatlan gyásztól vagy más traumatikus hatásoktól szenvednek, maguk is rendezetlenséget okoznak gyermekeik kötődéseiben.

Fónagy (1999) a kötődéelméletek segítségével magyarázta a „túlélők gyermeke szindrómát”. Feltételezte, hogy néhány holocaust túlélő, gyakran tünetek nélkül, a gyermeknevelést alkalmanként túrhetetlen kihívásként éli meg. Előfordul, hogy a gyermekükkel való interakciók elviselhetetlen pszichikai fájdalmat jelentenek a számukra, ami elől kizárólag disszociatív állapotokba tudnak csak menekülni. Ez lehet, hogy csak alkalmanként és átmenetileg fog jelentkezni egy egyébként jól védett és látszólag sértetlen személyiség esetében. Azonban az ilyen disszociatív pillanatok elegendőek lehetnek ahhoz, hogy a gyermek kötődési viselkedésében rendezetlenséget okozzanak.

Fónagy kiemeli továbbá, hogy a rendezetlen kötődést gyakran kísérheti egyébiránt biztos belső munka modell. Más túlélők, beleértve azokat, akik a személyiség mély poszt-traumás rendezetlenségében szenvednek, gyermekükből a rendezetlenség mellett ellenállást vagy menekülést válthatnak ki.

Természetesen azt is hangsúlyozni kell, hogy nem kizárólag a kötődés bizonytalansága az, ami a „túlélő gyermeke” szindrómát jellemzi. Egy későbbi traumára adott disszociatív választ a rendezetlenség már tartalmazza saját magában, mégpedig a gyermek belső valóságát befolyásoló élményeken keresztül. Specifikusabban, a gyermek gondolkodásában veszélyesként lesznek elkönyvelve azok az én-állapotok és a hozzárendelt mentális reprezentációk, amelyek rémült vagy rémisztő reakciókat váltanak ki a gondviselőkből. Ezért a gyermek érzékenyebb lesz az ezzel a reakcióval asszociált specifikus gondolatok iránt. A korai kötődés rendezetlensége lehetővé teszi a gyermek számára, hogy az ilyen típusú

reprezentációkat a konkrét valóság részeként érzékelje. Ez a veszély fennmarad a túlélő unokájánál is, akár jelentkezik a szülőben manifeszt pszichopatológia, akár nem. A veszély ilyen érzékelése magyarázhatja a specifikus emlékek látszólagos „transzmisszióját” és a hozzájuk kapcsolódó generációkon átnyúló hatásokat is.

IX.2.3 A holocaust, mint társadalmi trauma

Haim Dasberg (1987) értelmezésében a trauma olyan pszichológiai és fiziológiai stresszhatás következménye, melynek a személy valamikor ki volt téve, s ennek következtében még akkor is az elfojtott düh, gyász élményeitől szenved, amikor az esemény már mások számára történelemnek minősül. Hozzáteszi, hogy a traumatizált személyek kettős traumán esnek át, hisz társadalmi elutasítástól is szenvednek. Dasberg a traumát személyesen átélő személyekről beszél és hangsúlyozza, hogy a társadalom elutasító magatartása a trauma újbóli átéléséhez vezet. Mivel a társadalom – amibe az áldozatnak ismételt integrálódnia kellene – patológiásan reagál, a trauma egyre fenyegetőbbé válik. Dasberg ennek fényében javasolja, hogy a szakirodalom "poszttraumatikus szindróma" megnevezése helyett a "szervezett erőszak következményeként fellépő tünetegyüttes" kifejezést használja, utalva az áldozatok és a társadalom interakciójára, illetve az ezekből származó új tünetekre.

Lányi András (1997) "Szenvedéstörténet" című tanulmányában úgy vélekedik, hogy az átélt szenvedés, a sérelmek és a sérülések a holocaust túlélőit nem választják el a magyarság többi részétől: a szenvedés közös örökségünk, melynek nyomait és emlékezetét, ki-ki a maga módján, de mindannyian viseljük. Ehhez hozzátartozik egymás szenvedésének elviselése, vagyis, az olyan frusztrált, sérült és éppen ezért sértő magatartásformáknak az elviselése is, ami sokakat éppen ezért képtelenné tesz a méltányos vagy szolidáris viselkedésre. Lányi hangsúlyozza, hogy az első generációnak épp ezt a képességét tették tönkre a megpróbáltatások.

A holocaust kapcsán megjelenő társadalmi traumáról beszélni azért is indokolt, mert számos tanulmány foglalkozik a náci bűnösök, illetve gyermekeik terápiájával. Gabriele Rosenthal (1994) például, amikor náci bűnösök elhárítási stratégiáit elemzi rámutat arra is, hogyan örökíthetőek át ezek a stratégiák. A mechanizmus kulcsmozzanata az, hogy az ilyen családokban is van hallgatás, még akkor is, ha Németország tömegtájékoztatásában jelentős teret kapott a háborús bűnök ismertetése.

Külön fejezetet lehetne szentelni a társadalmi – politikai kontextusnak. Erre területi okokból sem vállalkozhatok, így csak az említés szintjén essék szó néhány fontos körülményről.

Az erőszak áldozatait hazatérésük után közvetlen társadalmi környezetükben közöny és részvétlenség fogadta. Jelenlétük élő mementó, folyamatosan emlékeztet a történetekre. Megfogalmazódott a bűnrészesség kérdése, ami sokaknál óhatatlanul lelkiismereti válsághoz vezetett, még akkor is, ha azok az emberek nem voltak közvetlen okozói a történeteknek. Mások kategorikusan hátrítottak. Ma már nyilvánvaló, hogy a társadalom minden tagja érintett, nem lehet az öndefiníció a "semleges", vagy a "kívülálló". A kor embere áldozat volt, vagy bűnös, még akkor is, ha ez a bűn a közönyösségben, a passzivitásban merült ki. A személyes történetek és reakciók természetesen ezernyi szálon szövődtek, tehát nem egy manicheista fekete – fehér felosztásban kell gondolkodnunk.

A háborúból visszatért magyar zsidóság öndefiníciója szempontjából a Shoah vízválasztó jelleggel bír – írja Karády Viktor (1992). Hosszú folyamat eredményeképpen – érvel Karády – a huszadik században uralkodóvá vált magyar–zsidó önértelmezési modell szerint, a zsidók nem képezték külön nemzeti kisebbséget a zsidótörvények megalkotásáig. "Mózeshitű magyarok", azaz a magyar népen belüli valláscsoportként identifikálták magukat. A zsidótörvények bevezetése a korábbi magyar-zsidó szimbiózis megtörését, a zsidóság biztonságát garantáló jogrend megszűnését, az asszimilációs társadalmi szerződés felrúgását jelentette. A történészek által is többszörösen alátámasztva ez egy alapvető történelmi törésvonal, ami egyben a zsidó lakosság számára a morális megcsalattatást is jelentette.

A náci üldözöttek hazatérését és szenvedésüket nem fogadta megértő, empátikus közeg. A két társadalmi csoport, az üldözöttek és a többségi csoport közötti kommunikáció megszakadt. Kovács András (1992) tovább megy, szerinte a háború utáni Magyarországon a megsemmisítő táborokból visszatért, a gettókból kiszabadult zsidók és korábbi környezetük találkozása nem lehetett konfliktus nélküli. Megkerülhetetlen volt a kérdés: csak a zsidóüldözések aktív résztvevői felelősek-e a mintegy félmillió magyar zsidó haláláért, vagy azok is, akik passzívan szemlélték a történeteket. Sokakban joggal merült fel, hogy egyenesen nemzeti felelősségről kellene beszélni. Jellemző, hogy az áldozatok hivatalos megkövetésére csak az elmúlt években került sor Magyarországon.

A háború utáni magyar társadalom az elszabaduló indulatoktól és rövidtávú politikai taktikáktól befolyásolt vitáiban képtelen volt a felelősség kérdésének megtárgyalására, és az önvizsgálatra. Míg az egyik oldalon a számonkérés a fasiszták felelősségét hangoztató és a kollektív büntudatot követelő igényként fogalmazódott meg, addig a másik oldalon a védekező reakció mindenfajta felelősséget hárított, sőt a zsidó revansvágyról, uralomvágyról szólt, s egyik forrásává vált az újraeledő antiszemita demagógiának.

Az áldozatok hallgatását nemcsak a gyanakvás okozta. A történetek kimondhatatlansága, megérthetetlensége nemcsak a kívülállóknak szólt, gyakorlatilag a sorstársaknak is nehezen, vagy egyáltalán nem volt "kibeszélhető". Ha lett is volna kinek, ez minden bizonnyal meghaladta volna a kívülállók empátiakészségét. Még ha a szavakkal átadható is lett volna, mások számára megközelíthetetlen és főképp átéletlen maradt a túlélők tapasztalatának számos eseménye, története.

Dan Bar-On (1989) a holocaust utáni csend két fajtáját különböztette meg: a „leírhatatlanság” és a „megbeszélhetetlenség” csendjét. Ehhez kapcsolódóan elsődleges fájdalomnak a trauma artikulálhatatlanságát, szavakba nem foglalhatóságát nevezte. A másodlagos fájdalom a túlélők azon élménye volt, hogy környezetükben a tények szándékos elhallgatásával, sőt elferdítésével találkoztak. Ez még inkább arra motiválta a túlélőket, hogy szenvedéseikről hallgassanak.

Igen sok esettanulmány írja le a "kibeszélhetetlenség" jelenségét. A kibeszélhetetlenség nem más, mint egy védekező-mechanizmus, az ún. enkapszuláció, amikor az én bizonyos részeinek lehasításával és betokosításával, kapszulába zárással védi az ént a felidézés okozta fenyegetettséggel szemben. Ez akár hihetetlennek tűnő kompromisszumok árán is sikerülhetett, hiszen voltak olyanok is, akik hosszú időre elfelejtették zsidó származásukra utaló neveiket.

Pető Katalin (1992) a kommunikációképtelenségről, a zsidó identitás változásáról így ír: "A túlélők többsége hazatérve megpróbált mindent elfelejteni, új életet kezdeni. Elmaradt a múlt feldolgozása, elmaradt az elvesztett hozzátartozók meggyászolása – elmaradt mindaz, ami egy elviselhető mértékű frusztráció, felfogható mértékű tárgyvesztés esetében velejárója az én reintegrációjának, újjáépülésének. Ezt a felejtést, a múltnak ezt a tagadását nagymértékben

támogatta, szinte kötelezővé tette az 1945 utáni politikai, ideológiai élet Magyarországon. A szocializmus egyik felemás ígérete az, hogy nincs többé származási különbség ember és ember között. Ha pedig ez így van, akkor megszűnik a zsidókérdés, akkor nincs antiszemitizmus sem. Ez megfelelt az antiszemitizmus különböző formáitól szorongó zsidó lakosságnak is, de megfelelt a büntudat, illetve a felelősség alól kibújni akaró nem zsidó lakosságnak is." (Pető, 1992, 133)

A hallgatás tehát kettős, paradox funkciót töltött be: egyrészt felerősítette és egységesítette a zsidó identitást a közös szenvedések elbeszélhetetlenségével, másrészt viszont háttérbe is szorította azt. A hallgatás ára a gyász munkájának elmaradása volt. Könnyebben elviselhető és viselhető lett volna az új jelentéssel bíró másság-tudat, ha az akkori magyar társadalom kész lett volna szembenézni önmagával, feldolgozni történelmi felelősségét és ennek tudatában elviselni az áldozatok gyászát, ha politikai berendezkedése, kultúrája alkalmas lett volna a másság (bármiféle másság) tolerálására. Mint tudjuk, nem volt az.

A társadalomnak ez a sajátos, hallgatást facilitáló szerepe nem minden országra volt jellemző. Nyugat-Európában a demokrácia és intézményeinek helyreállítása, a közös felszabadulás élménye átélhetővé tette a "közös sors", a "közös ellenségtől való felszabadulás" élményét, csökkentve ezzel a zsidóság traumatikus másság érzését. A demokratikus struktúrák nagyobb lehetőséget kínáltak a történetek elmondására, a zsidó identitás vállalhatóbbá vált e közösségek számára, de nem hallgathatjuk el, hogy a trauma kimondhatatlansága ezeknek az országoknak a zsidóságát is sújtotta.

Kestenberg (1994) a hallgatás ezen időszakát "látenciakorszaknak" nevezi. Véleménye szerint, ennek a periódusnak feltétlenül el kellett telnie ahhoz, hogy a múlt tragédiája elviselhető legyen és beindulhassanak a feldolgozó mechanizmusok. E tragikus láncolatot Erős Ferenc így összegzi: "Az extrém trauma következménye a hallgatás, a kommunikációképtelenség, a traumatikus élmény hozzáférhetlenné tétele, enkapszulációja. A traumának éppen ez az oldala, amely tudattalanul tevődik át a második generációra, létrehozva a túlélő szindrómának egy haloványabb megismétlését, a második generációs tünetcsoportot." (Erős, 2001, 150)

A társadalmi traumatizáció hatására az áldozatok ismét identitásuk fenyegetettségét élték át. Glynis M. Breakwell (1986) három szintet különböztetett meg az identitás fenyegetettségének elhárításában: az intrapszichikust, az interperszonálist és a csoportközi stratégiát. Az intrapszichikus stratégiák egy belső, passzív feldolgozás kísérletei: elsősorban a fenyegetett helyzetben lévő személy kognitív és érzelmi működését érintik. Ilyen elhárítási forma például a tagadás és annak részleges formái.

Interperszonális szinten az elszigetelődés, a leplezkedés, illetve a fenyegetettségnek való behódolás a jellemző. Az elhárításnak ezek a változatai az egyénnek a többi emberhez fűződő viszonyát próbálják megváltoztatni. A csoportközi stratégiák viszont arra irányulnak, hogy a csoportnak, mint egésznek a társadalmon belül elfoglalt helyét, vagy a róla kialakított képet igyekezzenek pozitív módon befolyásolni.

Joseph Kastorsztejn (1981, id. Erős, 2001) két fő identitás-stratégiát különböztetett meg hátrányos helyzetű, fenyegetett identitású kisebbségi csoportok tagjainál. Az egyik stratégia arra irányul, hogy elfogadtassák az egyén csoport-hovatartozását, ami konformizáció, anonimitás, deperszonalizáció vagy asszimiláció útján érhető el. A másik, ezzel ellentétes stratégia az egyén különállását célozta: ilyen a differenciáció, a láthatóvá válás és a szingularizáció vagy individualizáció. Egyazon élettörténeten belül többféle stratégiával találkozhatunk, akár egyidőben is.

Összegzésként megállapíthatjuk, hogy a dolgozatban bemutatott traumaelméletek számos ponton összefonódnak. A trauma átörökítésének kérdése (Kogan, 1994, Kestenberg, 1994, Virág, 1994) például szorosan kapcsolódik az „affektus összehangolási” elméletekhez (Stern, 1985, 1995), az anyai tükrözés affektust szabályzó funkciójáról szóló elképzelésekhez, és első sorban a mentalizációs elméletekhez (Fónagy és mts., 2000.) Fónagy (1999) egyenesen a kötődéselméletek segítségével magyarázta a „túlélő gyermeke szindrómát.”

Témám szempontjából kiemelendő az elméletcsoportok különbözősége: míg a gyermekbántalmazás szakirodalma az egyén által elszenvedett traumákat, addig a holocaust témakörében megjelenő tanulmányok a társadalmi traumákat vizsgálják. A következő részben a társadalmi folyamatok hatásait vizsgálom az empirikus vizsgálatok eredményeit felhasználva.

X. Empirikus vizsgálat

X.1. Kérdésfelvetések

Az első, elméleteket összefoglaló részben láttuk, hogy a trauma definíciója, sőt maguk a tünetek és az azokat magyarázó elméleti és gyakorlati megfontolások is nagy utat tettek meg napjainkig. Ennek csak egyik magyarázata, hogy a tudomány mind elméleti, mind pedig gyakorlati módszerekben gazdagodott. A fogalom árnyaltabb megjelenésének másik oka, a trauma értelmének kontextus-függősége. Ebben az esetben nem csupán a posztmodern elméletekben leírt jelenségre gondolok: nemcsak a személy adja meg másképpen a trauma értelmét saját maga számára, hanem az őt körülvevő társadalom is. Heller Ágnes (2006) az alábbiakat mondja erről: „Azokat a jelenségeket, tapasztalatokat, amelyeket manapság a trauma neurotikus szindrómája alá rendelünk, azaz e szindrómának megfelelően rendezzük, más kultúrákban, de mieinkben is, más szindrómákba rendeztek, más történetekbe foglalták. Ha valaki irracionális félelmektől szenvedett, a diagnózis esetleg úgy szólt, hogy megszállta egy démon vagy az ellensége megátkozta, vagy esetleg hogy megbolondult. Ha valaki öngyilkosságot követett el, akkor halott anyja magához rendelte a mennybe. Erősen racionalista kultúránkban inkább fegyelmezetlenségről, méltóságiánnyról, a sorscsapások elviselésére való képtelenségről, azaz morális alacsonyságról beszéltek.” (Heller, 2006, 11-12)

Nemcsak a trauma definíciója, hanem maguk a traumatikus tartalmak is függenek az adott kortól, kultúrától. Jóllehet, a trauma tapasztalatát csak egyén szenvedheti el, annak traumatikussá való nyilvánítását a közvélemény, a nyilvánosság végzi. Azokban a korokban, amikor általános volt a gyermekbántalmazás az áldozatok panaszkodhattak, megalázottnak érezhették magukat, de csak a legritkább esetben éltek meg traumaként az eseményeket. A közös tapasztalat, és az erről való beszéd képessége kivédhette a traumatizáló izolációt. A trauma mechanizmusa, mint azt korábban kifejtettem, éppen abban áll, hogy a személy az eseményeket nemhogy a külvilág számára, hanem önmaga számára is elérhetetlenné teszi.

Nem téveszthetjük szem elől, hogy a traumatizáció folyamata többféleképpen történhet. Egyrészt, sérülhet a pszichoanalitikus értelemben vett tárgy és én-reprezentáció, ami egy olyan preverbális kapcsolati sémára utal, ami reprezentáció előttinek tekinthető. Ezekben az esetekben az élmények nem narrativizálhatóak, nem képesek képzeteket létrehozni, nem képesek sem képi, sem pedig verbális formában tudatosulni. (Ez a megfigyelés egyben a narratív gondolkodás korlátaira is felhívja a figyelmet!). Ez a tapasztalati szint meghatározó

funkcióval bír a későbbi érzelem és szelf-regulációban, alapját az anya-gyermek kapcsolat korai tapasztalatai adják.

Az előző folytatása a trauma kumulatív jellegének hangsúlyozása a korai pszichoanaitikus, a kognitív és a modern tárgykapcsolat elméletekben. Ferenczi (1934, 1982) elsőként állapította meg, hogy „nemcsak a traumás lelki megrázkódtatás vezethet lelki összeomláshoz, hanem egy cselekvésnek vagy emóciónak állandó kikényszerítése”. (Ferenczi, 1934, 1982, 440). Ferenczihez hasonlóan vélekedtek Barclay és Smith (1992), a kognitív pszichológia képviselői. Véleményük szerint a rekonstruált önéletrajzi emlékek nyomán kialakuló reprezentációknak érzelmi szabályzó funkciójuk van, ami természetét tekintve adaptív, eredetét illetően pedig a korai anya- csecsecsemő interakciókban gyökeredznek, és felnőttkorban mind az egyéni, mind a társas helyzetekben szabályzó funkciót töltenek be.

A megkülönböztetését az indokolja, hogy ez utóbbiban a már kialakult tárgykapcsolati reprezentációk sérüléséről van szó, ennél fogva részben vagy egészben felidézhető emlékekről. A megkülönböztetés ellen szólnak azonban Mandler (1986, 1992, id. Hámori, 1999) és Stern (1995 id. Hámori, 1999) elméletei: feltételezték, hogy a verbalitás megjelenése előtt kialakul egy reprezentációs séma, amely segítségével a csecsemő közvetlenül érzékeli és szervezi környezetét, így a fogalomalkotás első lépcsőfokaként értékelik.

A traumatizáció egy következő formája, amikor a személy életében olyan jelentős esemény következik be, amivel képtelen megbirkózni. A masszív trauma regresszióra kényszeríti az áldozatot - sterni fogalommal élve - a „narratív szelfézés” előtti énállapotokhoz: az ágencia, a koherencia, a folytonosság, az affektivitás és az interszubjektivitás narratív formái elvesznek.

A narratív gondolkodás talán egyik legfontosabb alapját képezi a reflektív funkció. Ez az a képesség, aminek segítségével az ember nemcsak a másik személy viselkedésére tud reagálni, de ő maga is megérti a másik gondolkodását: indítékait, vágyait, érzéseit. „Úgy gondoljuk, hogy e mentalizációs képesség (reflektív funkció – B.N.) minősége egyben fontos meghatározója a szelf szerveződésben megjelenő azon individuális különbségeknek is, amelyek az én tudatosság, az autonómiai, a szabadság és a felelősség területén tapasztalhatóak. Az intencionális hozzáállás nemcsak a másik személy, hanem az egyén saját viselkedésének magyarázatára is szolgál, ily módon létrehozva a szelf élmény folytonosságát, amely a koherens szelf-struktúra alapját képezi.” (Fónagy – Target, 1998, 8).

Feltételezésem szerint, a masszív traumák a személyiség ezen rétegeit érintik, azt zúzzák szét. Az elméletek arra is felhívják a figyelmet, hogy ebben az esetben nemcsak már reprezentált tartalmakról, emlékekről van szó, hanem magáról a reprezentációs képességről, szimbolizációs folyamatokról. A masszív trauma ezen értelmezése magyarázatot adhat arra, hogy miért gyakoriak a hiányos vagy hiányzó narratívák a traumatizált személyek önéletrajzi elbeszéléseiben

Végül, ezektől a traumatikus mechanizmusoktól nem teljesen eltérő lefolyásúak, de hatásukban és jelentésükben különbözőek a kollektív, társadalmi traumák.

Dolgozatomban több helyen utaltam a traumatikus folyamatok alapvető eltéréseire, mind a traumaelméletek elméleti, mind gyakorlati áttekintése során. Szeretném hangsúlyozni, hogy az egyéni és kollektív traumák sem jelentőségükben, sem a hatásukban nem összevethetők.

A traumatikus folyamatok megközelítésének egy következő szempontja, hogy a traumatikus szimptómák nem egységesen jelentkeznek. Függenek a trauma erejétől, időtartamától, az áldozat személyiségétől, életkorától és szociális kapcsolataitól, nem utolsósorban az őt körülvevő társadalomtól, környezettől. Ez utóbbtól többszörösen is, hisz a retraumatizáció lehetőségén túl, a társadalmi környezet az egyén gondolkodását is alapvetően meghatározza, mint azt az előbbieken láthattuk.

A társadalom felelősségének kérdését az egyéni traumák esetében nemcsak a „bűnös- áldozat” viszonylatban érdemes feltenni, hanem egy sokkal intimebb szférában is: nem mellékes, hogy egy közösség mit nevez traumának és milyen eszközökkel engedi megnyilvánulni vagy éppen hallgattatja el az áldozatot (akár csak azért, hogy az áldozatnak szégyen beszélni fájdalmas tapasztalatáról) s nem utolsósorban perdöntő, hogy miként reagál a társadalom az elmondottakra, a bekövetkezett tragikus eseményekre. Ebben az értelemben a trauma többé nem tekinthető magánügynek. Nem keverhető össze természetesen a társadalom segítő vagy éppen elzárkózó magatartása a pszichoterápiával, mindazonáltal lényeges szerepet játszik.

Ez utóbbi megállapítás magának a trauma feldolgozásának a folyamatára is érvényes lehet: ha az áldozat tudja, hogy elbeszélhető (társadalmilag megengedett, mások is beszélnek róla), akkor traumatikus tapasztalatáról talán ő maga is beszélni kezd. Megkísérli felidézni nemcsak

a képeket, hanem az érzéseket is. Ehhez olyan narratív formákra van szüksége, amelyek segítik ebben. Ezek létrehozásában felhasználhatja a társadalom által közvetített kollektív trauma narratívát, ami lehetővé teszi, hogy fájdalmas, szégyenletes történetek pozitív önazonosságot teremtő személyes történetté váljanak. A kollektív trauma elbeszélései olyan alaptörténetekre épülnek, amelyekben az áldozatok szenvedéseikre emlékeznek. Ezek a visszaemlékezések szükségszerűen az egyéni traumát beszélik el, formájuk töredezettségű, nem felelnek meg a „jó szöveg” kritériumainak. Ismételt felelevenítésük hatására a közbeszédben kialakulhat a kollektív trauma-elbeszélés, aminek viszonyítása az egyéni narratívák átalakulása, szerencsés esetben normalizálódása.

Dolgozatom második részében, eltérő traumatikus csoportok interjúrészeinek bemutatásával és az empirikus vizsgálat segítségével elsősorban a traumatizációs mechanizmus közösségi aspektusaira szeretném felhívni a figyelmet. Hipotézisem szerint, a kollektív traumáról szóló elbeszélések segítik az egyéni traumák feldolgozását. Olyan narratívákat közvetítenek, amelyek mintájára elbeszélhető lesz az egyéni trauma. Ezek a formák, kollektív jellegükből adódóan, „mentőöv-szerűen” támogatják a traumatizált személyek önéletrajzi visszaemlékezéseit, segítve ezzel traumájuk feldolgozását.

X.2. Az interjúkról és elemzésükről

Vizsgálatom során közel hetven személlyel készítettem narratív interjút. Az interjúk csaknem fele olyan fiatalokkal készült, akik a holocaust túlélők unokái, azaz a „harmadik generáció” tagjai. Az interjút adók másik része a „második generáció” tagjai. Külön csoportot alkotnak állami gondoskodásban felnőtt fiatalok. A második generációhoz tartozó személyek közül tizenöt olyan személlyel is beszéltem, akik egy korábban egy, Erős és munkatársai által végzett kutatásban már részt vettek, így alkalmam nyílt identitásuk változásának módszeres vizsgálatára is.

Az interjúadók kiválasztásánál több szempont vezérelt. Egyrészt, a másod- és harmadgenerációs holocaust trauma összehasonlítását tűztem ki céloomul, másrészt arra is kíváncsi voltam, milyen hasonlóságok és eltérések találhatóak a kollektív trauma – elbeszélések által támogatott és a támogatottság nélküli narratívák között.

Az előző csoportoktól eltérőek azok a traumák, amelyek az állami gondoskodásban felnőtt fiatalok elbeszéléseiben jelennek meg. Traumájuk forrásai egyénenként eltérőek, mégis

társadalmi értelemben közös gyökerűek. Hasonlóképpen közös az a társadalmi visszautasítás is, amivel ismétlődően, nap mint nap találják szembe magukat.

Az interjúk feldolgozásának első lépésben a szövegrészeket igyekeztem úgy összeválogatni, hogy a tipikus eseteket, megnyilatkozásokat kiemelhessem. A második fázisban tartalomelemzést végeztem.

XI. A hipotézis nyomában

XI.1. Diszkrimináció

Az elméleti munkák többsége egyetért azzal a fundamentális állítással, hogy a trauma értelmezése kontextus-függő. Az identitásra irányuló fenyegetettséget bizonyos történelmi szituációk, társadalmi helyzetek felerősíthetik, ami mindenképpen hatással van az egyénre. A személyes élettörténetekben fellelhető traumatikus események is felerősödnek a társadalmi retraumatizáció során.

A trauma értelemszerűen más jelentéstartalommal bír eltérő társadalmi közegben. Vonatkozási tartalmát azok a személyek és azok a mindenkori társadalmi összefüggések adják, ahol az ember napi kontextusba kerül a környezetével és annak reflexióival. Nem csupán életeseménynek tekinthetjük, hanem modellnek is: a többi cselekvés ennek mintájára jön létre. A trauma és annak reprezentációja során az áldozat nem lélektani kategóriaként jelenik meg, sokkal inkább egy konkrét történelmi, társadalmi, politikai szerepben. Az alábbiakban olyan interjú részletek következnek, ahol a diszkrimináció áll a középpontban.

„Én ettől nagyon rosszul érzem magam. Ez nekem egy nagyon nagy trauma volt, hogy lényegében életem legfogékonyabb időszakát antiszemitizmus nélkül éltem le ebben az országban. Aztán elkerültem egy olyan helyre, ahol az antiszemitizmusnak egész más fogalma van. Ahol a zsidók rossz érzések, a félelem legkisebb jele nélkül élhetnek. És aztán felnőttként visszajövök valahova, ahol ehhez képest úgy érzem, hogy a csapból is ez folyik. És ez nekem nagyon rosszul esik. Nem jut eszembe elmenni, de megfordul a fejemben, hogy normális vagyok én ebben az országban? Hogy nem felelőtlenység-e maradni?” (2. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

„Azelőtt olyan osztályba jártam, ahol nem is tudta rólam sok ember. Ott lehetett antiszemita megjegyzéseket hallani. Aztán áttértem egy olyan közegbe, ahol meg ha valaki antiszemita lett volna, nyilván azt takargatja, ugyanúgy, mint egy antiszemita közegben aki zsidó.” (3. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

Ezekben a szövegekben explicit módon is megjelenik a trauma kontextus-függősége: a személy önmaga is reflektál arra, hogy eltérő helyen vagy időben mást és mást jelent identitása. Az identitás időbeli változásai kulcsfontosságúak témám szempontjából, hiszen,

mint látni fogjuk a társadalmi hallgatás feloldása, a kollektív trauma elbeszélésének kialakulása és ezek jótékony hatása hosszú időbe telik.

Mások azok az elbeszélések, amelyekben szintén a diszkriminációra adnak válaszokat, de ezek a válaszok, az előzőekkel ellentétben cselekvéseket tartalmaznak: a diszkriminációt elsősorban nem társadalmi problémának látják, hanem egyéni traumaként élik meg az állami gondoskodásba kerülők. Ezt a társadalmi közeget nem, vagy kevésbé szövi át a történelmi diskurzus és a napi politika. A tagadás és a kiközösítés féllégális intézményesített formája helyett, a nyers és direkt elutasítás a mindennapos. Nem alakult ki a közbeszédnek egy támogató, traumájukat legalább részben pozitívan elbeszélő formája, ennek következtében a stigmatizáció beivódik identitásukba.

„Igen, éreztette. Én éreztem, meg ki is jelentették nem egyszer. Ököltre is mentünk emiatt, aztán kértem a nevelőm segítségét.” (Állami gondoskodásban felnőtt fiatallal készült interjú)

„Mostanában nem vettem észre, de régebben az iskolában, a munkahelyemen, vagy a házbellekkel beszélgettünk, és láttam, hogy sokszor elhúzták a szájukat, fintorogtak. Nem nagyon álltak szóba velem.” (Állami gondoskodásban felnőtt fiatallal készült interjú)

A következő részben arra látunk példákat, hogy a holocaust trauma hogyan definiálódott újra a túlélők leszármazottainak élettörténetében. Mint látni fogjuk, az extrém hallgatást felváltó társadalmi párbeszéd, amit elsősorban a társadalmi és politikai berendezkedés változása tett lehetővé, elindította a kollektív trauma elbeszélését. Ennek a folyamatnak az első lépése a hallgatás megtörése volt.

XI.2. (E)hallgatás

A hallgatás szerepét a trauma kialakulásában már a korai pszichoanalitikus elméletek is hangsúlyozták. Ennek kapcsán két idevágó elméletre utalnék: elsőként Freud látencia-konceptiójára. A látencia Freud szerint magán az eseményen belül érvényesül, nem pedig az esemény elfojtását és későbbi felidézését jelenti (Freud, 1914, 1989b). Figyelemreméltó ebben az összefüggésben is Ferenczi traumaelmélete. Ferenczi véleménye szerint a trauma nem akkor jön létre, amikor a gyermek elszenvedti azt, hanem amikor ezt a felnőttek meg nem

értéssel fogadják. A trauma tehát nemcsak a felejtést követő megélést jelenti, hanem azt is, hogy a felejtésben éli át a személy a traumát (Ferenczi, 1933, 1997c).

A korábbi, elméleti részben már részletesen szoltunk a holocaust kapcsán arról, hogy a traumatikus emlékek, tapasztalatok és élmények javarészt kibeszéletlenek, feldolgozatlanok maradtak. Az áldozatokat a „csend diskurzusa” megfosztotta attól a nyelvezettől, ami lehetővé tette volna számukra a múltban átélt szenvedésük artikulálását.

A holocaust túlélőinek második generációja ennek következtében hallgatásban nőtt fel. Ennek csak részben volt oka a történetek kommunikálhatatlansága a környező társadalom értetlensége, apátiája miatt. A csend másik fontos eredője, az első generáció feldolgozatlan gyászreakciója, ami a Kestenberg „látencia periódusnak” nevezett időszak miatt elmaradt, kiszámíthatatlan távolságba tolódott. A történetek kimondhatatlanságára tekintettel a kollektív hallgatást nem törte meg semmi, miközben a szakma tudta, hogy a hallgatás megbetegítő erejű, a kérdés csak az volt, hogy milyen módon öröklődik a trauma.

A modern elméletek a transzgenerációs traumatizáció manifesztációját nyelvi szinten ragadják meg. Elképzelésük szerint a traumatikus iszonyatról csak akkor sikerül a szavak szintjén tanúságot tenni, ha a szavak jelentést adó funkciójukban zátonyra futnak. Ezt példázzák az idézetekben megjelenő „teljes amnéziára” utaló megjegyzések, az „üresen maradt családi ház”, amelyről Ábrahám és Török melankóliára vonatkozó inkorporáció elmélete juthat az eszünkbe. Ábrahám és Török „intrapszichikus sírboltról” beszélnek, ahol még a gyász nyelvi megjelenítése is tiltva van, így az áldozatnak nem marad más eszköze, mint a veszteség radikális tagadása (Ábrahám – Török, 1998). Ezt a gondolatot viszi tovább és terjeszti ki Ábrahám fantomelméletében, ami olyan kollektív, ám az egyéneken belül megjelenő traumákat tételez fel, amelyek több generációt érintenek (Ábrahám, 2001).

„Ezekről a történetekről sem tudok igazán sokat, mert ez nálunk mély családi titok. Üresen maradt a családi ház.” (2. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

„Én meg vagyok győződve arról, hogy amikor ezekről meséltek otthon bármennyit – egyébként nagyon keveset – akkor ezek történetek voltak, amik nem kaptak semmiféle felhangot. A családi történetekről szólva, olyanok, mint egy film, ami nem is velünk történt.” (2. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

Ezek az elbeszélések explicit formában jelenítik meg az egyéni traumákat. Világosan látszik, hogy a csend hatására a trauma nem képes perspektívát váltani, egy mozdulatlan, idegenszerű történet. „Bármin is gondolkozom, mindig Auschwitzon gondolkodom”- írja Kertész Imre igen találóan. Mégis, éppen ő, Primo Lévi és még sokan mások voltak azok, akik az emlékezést erőltetve, megalkották a holocaust „őstörténeteit” az irodalomban. Ezek az őstörténetek a történetben, az elbeszélésben élnek és ezekre épülnek a későbbi történetek, ezeket ismétlik. Funkciójuk, hogy a traumatikus eseményeket kollektív trauma elbeszéléssé alakítsák, és megőrizték a kultúrában. Nemcsak az irodalom, hanem a szociológia és a történelmi szakirodalom is jelentős részt vállalt ennek létrehozásában. A hetvenes évektől kezdve egymás után születtek írások a témában Száraz György, Szita Szabolcs, Gerő András, Karsai László, Karády Viktor, Hanák Péter és sokan mások tollából.

A zsidó identitás problematikája a hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek első felében került a társadalmi érdeklődés középpontjába. Mind a szociálpszichológiai, mind a pszichoanalitikus tanulmányok tanúsága szerint, a második generáció a hetvenes-nyolcvanas években kezdett eszmélni, s ekkor kezdték komolyabb formában feltenni a kérdést, mit is jelent számukra a zsidó identitásuk. Ennek oka nemcsak a történetek kimondhatatlanságában, sokkal inkább a társadalmi, politikai berendezkedésben keresendő. A háború utáni évek a zsidóság számára kettős üzenettel bírtak, de az asszimiláció, a múlt felejtése, az újrakezdés dominált. Ezt a törekvést támogatták Magyarországon a szocializmus felemás ígéretei, az a populista ideológia, ami arra épített, hogy nincs származási különbség ember és ember között, úgyis mindenki kommunista, szocialista, úttörő stb. Ez a stratégia megfelelt az antiszemitizmus különböző formáitól szorongó zsidó lakosságnak, de megfelelt az erkölcsi, etikai büntudat, illetve felelősség alól kibújni akaró nem zsidó lakosságnak is. A második generáció hallgatásban nevelkedett, identitása a „nemek és a nincsek” köré szerveződött.

A nyolcvanas évek végére a szocializmus, mint politikai, társadalmi, ideológiai rendszer szétesett. Ebben az időszakban készített Erős Ferenc munkatársaival több mint kétszáz interjút a zsidó identitásról. A megkérdezettek a második generációhoz tartoztak, olyan családok gyermekei voltak, ahol az egyik, vagy mindkét szülő holocaust túlélő volt. (Erős, 2001) A vizsgálat eredményei szerint azonosíthatók a traumával történő megküzdés alapján született identitás-stratégiák. A „teljes tagadás” során a megkérdezett személy elfojtja emlékeit, míg a „töredékes emlékezet” egymástól és kontextusuktól elszigetelt elbeszéléseket jelent. A masszív trauma ében történő reprezentációjára utalnak a „túlburjánzó narratívumok”, melyek

mintegy elárasztják a beszélők gondolkodásának egészét, éppúgy, mint a korai kapcsolati zavarok transzferálják a gondolkodás és a kapcsolati formák mintáit.

További felidézési mód, amikor a személy „identitástémává” teszi a traumatikus eseményeket, s arra használja fel, hogy másoknak segítsen, például pszichológussá válik. A „tanúságtevő” és „trauma, mint metafora” emlékezeti formák során az eseményeket a személy már képes távolabbról szemlélni, sőt metaforikus eszközként saját élettörténetének más részeiben is alkalmazni. A trauma legfeldolgozottabb felidézési formája a „cselekvéses tudás”, amikor a személy az emlékei birtokában cselekszik, én ágenciája tehát helyreáll.

XI.3. A múlt elmúlt

A következő részben az Erős által végzett vizsgálatban és az ezt követő, 2001-ben végzett utóvizsgálatomban kapott szövegeket hasonlítom össze. Feltevésem szerint a holocaust kollektív traumafogalma ha nem is teljes egészében, de kialakult a magyar társadalomban. Ez pedig nem jelent mást, mint e közösségi trauma feldolgozásának kezdetét.

A két vizsgálatban szereplő történetek tartalmilag többnyire egyeztek tizenöt év távlatából is, ám az elbeszélések hossza lényegesen lerövidült. A narratívumok sűrűsödtek és egyszerűsödtek. Az általam készített beszélgetésekben már nem követhető nyomon a rekonstrukció, a történetek világosabbak, nyomon-követhetőbbek, van elejük és végük, néha már tanulsággal is rendelkeznek. Ez a változás arra enged következtetni, hogy a trauma más helyet foglal el az egyén identitásában.

Ugyanaz a történet, két időpontban a következőképpen hangzott el:

„Én jártam valakivel, hat évig, és már vége volt annak a kapcsolatnak, akkor már úgy szó volt arról a családban is, hogy ki zsidó. A lányról én se tudtam, a családban senki sem tudta, hogy az volt-e vagy sem, pedig hat évig jártam vele, s akkor – már vége volt a kapcsolatnak- és a nagyanyám a házasságról beszélt, és azt mondta: hát nem tudom, hogy zsidó lány volt-e, vagy sem, mindenesetre nagyon helyes, nagyon kedves lány volt, de a következő, kisfiam, legyen zsidó. Legyen zsidó. Mondom, hát nem mindegy, Mamikám? Azt mondja, mindegy, de azért legyen mégiscsak zsidó. Kész. Ennyi volt az egész. Nem egy komoly, perdöntő dolog, de ez volt az egyetlen, a harminc év alatt, ami arra utalt, hogy a nagyanyám a lelke mélyén zsidónak érzi magát.” (K, 2. generációs holocaust túlélővel készült interjú, 1986)

„Megmondom, hogy mikor került ez a téma elő először. Érettségi után megismerkedtem egy lánnyal, jártunk. És rá két évvel később egyszer csak a nagymama azt kérdezte, hogy mond csak ez a kislány nem zsidó kislány? Nem tudom, nagyon megdöbbsentem azon, hogy ez a kérdés elhangzott. Visszakérdeztem egy félóra múlva, mikor már egész másról beszéltünk, hogy fontos-e ez. Azt mondja, nem, nem fontos, de jobb lenne. Aztán mentem haza, és otthon anyámnak elmeséltem a történeteket. Erre nagyon elkezdett nevetni. Tulajdonképpen itt indult, akkor lehettem húsz éves.” (K, 2. generációs holocaust túlélővel készült interjú, 2001)

A tartalmi elemzés során arra is kíváncsi voltam, hogy mennyiben érhető tetten a korábban Erős által felállított identitásstratégiák, illetve mennyiben módosultak az eltelt tizenöt év során. Erős és munkatársai interjúikban a második generációs túlélőknél a legjellemzőbbnek a „passing”, azaz az „észrevétlenné válás” stratégiáját találták. „A dominánsan tagadó, elhárító vagy részlegesen tudomásul vevő, de a fenyegetettséget eljelentéktelenítő szülői stratégiák helyett a második generáció intrapszichikus stratégiáira inkább a fenyegetett identitás helyzetének tudatosítása, világosabb felismerése volt a jellemző – a megküzdés módjai is ehhez a felismeréshez kapcsolódtak. A megküzdés egyik fő módszere azonban éppen a tudatosított identitás elrejtése, leplezése maradt, a tudomásul vett, többé-kevésbé elfogadott, de fenyegetettségre utaló identitás-elemek lehatárolása, elkülönítése, azoknak kizárása a mindennapi élethelyzetekből” (Erős, 2001, 165). A passing stratégia részét képezi az asszimiláció csoportközi stratégiájának, amit a szerző által vizsgált emberek jelentős része folytatott a magyar társadalom többi részéhez való viszonyában 1945 után.

A nyolcvanas-kilencvenes évek fordulója – többek közt a rendszerváltozás előzményeként és következményeként - a zsidó identitás etnikai reneszánszának tekinthető, ezért tartottam érdekesnek az identitásstratégiák újbóli vizsgálatát.

Ezt a folyamatot egy, a második generációhoz tartozó férfi így jellemzi:

„Nekem a zsidó voltom első menetben kizárólag azt jelentette, hogy otthon hallottam ilyen pikírt megjegyzések hangzottak el másoktól a dologgal kapcsolatban. Az apám meg az anyám azok közé tartozott, akik negyvenöt után igyekeztek elfelejteni az egész dolgot, beléptek a pártba, és úgy gondolták, hogy ezzel az egész ügy el van intézve, és nem foglalkoztak vele tovább. Úgy gondolták többé már nem lesz probléma, ki zsidó, ki nem. Legalábbis ezt akarták magukkal elhitetni. Az egy más kérdés, hogy a mindennapi életben úgy viselkedtek, hogy

lehetett tudni ki kicsoda. Nekem ebből a szempontból a rendszerváltás előtti évek jelentettek változást, amikor én már elég öreg voltam. Akkor lettek olyan ismerőseim, akik elkezdtek a kultúrával foglalkozni, és valahogy elkezdett érdekelni a dolog. Elkezdtem tanulni, tanultam is vagy egy évet. Tényleg elkezdett érdekelni, zsinagógába jártam, de azt is inkább azért, mert ott lehetett ismerősökkel találkozni. Igazából azért nekem nem sokat mondanak ezek a hagyományok. Aztán lelohadt ez a fajta érdeklődés. Majdnem ugyanott vagyok, ahol mindig is, hogy zsidónak érzem magam és természetesen fontosabb számomra, hogy mi történik Izraelben, mint Hollandiában.” (Z, 2. generációs holocaust túlélővel készült interjú, 2001)

Az asszimiláció háttérbe szorulása arra teremtett lehetőséget, hogy a Shoa másik üzenete, a disszimiláció felerősödjön. A vallásos kiválasztottság tudatát az üldözöttség morális tőkéje, az elszennvedett kollektív igazságtalanság egyedülállósága is erősítette. Ez a különösségérzés mindenképpen velejárója a túlélők és leszármazottaik identitásának:

„Mostanában kicsit tudatosan figyelnem kell arra, nehogy filozemita legyek. Néha gondolnom kell rá. És gondolom, előbb utóbb beáll egy olyan normális állapot, amikor a múltamat, gyökereimet felvállalva, magamat normálisan elhelyezve, tehát semmiképpen sem túlforszírozva, túlértékelve kezelni tudom majd mindezt. Ma még nem.” (T, 2. generációs holocaust túlélővel készült interjú, 2001)

„Jó érzés Mózes. Azt hiszem az egyediség élménye benne van sok zsidóban, azt hiszem bennem is. Azt hiszem, amit kiválasztottnak mondanak, az nem hülyeség. Munkára, felelősségre meg bármire, ezek is benne vannak a zsigereimben.” (E, 2. generációs holocaust túlélővel készült interjú, 2001)

Míg a nyolcvanas évek közepére elsősorban a passing és az asszimilációs stratégia volt a jellemző, addig az ezredfordulós beszélgetésekben már markánsan megjelennek a disszimilációs és normalizációs stratégiák. A rendszerváltás után szabadon volt választható és vállalható a zsidó identitás minden formája, legyen az vallási, etnikai vagy éppen önként definiált. Enyhe túlzással az identitás választása mintegy „svédasztal-szerűen” lépett működésbe, követve a fogyasztói modellt. Az interjúkban a második és harmadik generációhoz tartozók közül mind többen beszélnek arról, hogy stabil identitásra leltek.

„Nálam azt hiszem, ez rendben van, a helyén van. Az a gyanúm, hogy sokkal inkább, mint régen. Akkor kevesebbet tudtam erről. Volt egy idő, amikor kompenzatórikusan, túlságosan

akartam tudni, túl fontos volt. Tehát a ló másik oldala. Egy ideig nem tudtam semmit, aztán nagyon fontos lett. Hát egy kicsit zavar, hogy a vallás megszakadt, hogy nem járok istentiszteletre, de azt nagyon unom. Nem vagyok vallásos, de az fontos, hogy ezeket a gyökereket ismerjem. Fontos, hogy a gyökereket, a meséket továbbadjam.” (2. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

Az identitás stratégiák változása nemcsak a társadalmi változásokat, hanem az ennek nyomán bekövetkezett trauma-értelmezéseket is tükrözik. A közös sors, az elbeszélhetőség utat nyit a kollektív emlékezet felé, s mint ilyen, az egyéni traumát is feldolgozhatóvá teszi. Szomorú ellenpélda az állami gondozottak helyzete. Önéletrajzi elbeszélések a holocaust trauma második generációja által – a nyolcvanas években - felelevenített epizódokhoz hasonló részeket tartalmaz.

„Nem tudom. Nekem egyszerűen nem volt lehetőségem arra, hogy megismerjem őt gyerekkoromban és később nagyon fáj, hogy a többi gyereknek van anyja, apja, szóval, hogy sokkal több van nekik, mindenféle téren, mint nekem.” (Állami gondoskodásban felnőtt fiatallal készült interjú)

„Az a helyzet, hogy össze-vissza beszélnek, tudod? Apám mást mond, erre anyám, a bátyámnak az anyja, akivel elég jóban vagyok, meg a bátyám, meg mindenki. Így hát valójában nem tudom mi az igazság...Hát valahogy úgy születtem, hogy az apukámnak a nem tudom hányadik házassága volt. Vannak egészen nagy testvéreim, nem tudom hány. Egyről tudok, és egyet ismerek.” (Állami gondoskodásban felnőtt fiatallal készült interjú)

Az tény, hogy ezek a fiatalok a mai, modernnek mondott korunkban, szégyenként és titkolnivalóként élik meg családi veszteségüket, továbbá hogy az őket ellátó rendszer sem biztosítja számukra – nem segíti őket kellőképpen - abban, hogy múltjukkal, gyökereikkel szembenézhessenek. Érdekességként említem, hogy André Haynal arra hívta fel a figyelmet a Ferenczi Sándor Egyesület V. nemzetközi konferenciáján (2001), hogy kiemelkedő tudósaink közül sokkal több árva, félárva gyermek volt, mint az átlagpopulációban.

Ha azt akarjuk, hogy a traumák feloldódjanak, beszélnünk kell róluk. Beszélnünk kell az olyan kínos dolgokról, mint a családi erőszak, az elhagyott gyermekek és szülei, sokkal többet és szélesebb fórumokon. Ha az áldozatok azt tapasztalják, hogy szóhoz juthat a

mindeddig szégyellt valóság, talán ők is beszélni kezdenek róla, és felhasad a kollektív hallgatás burka.

XI.4. Az unokák

Hipotézisem felállítása melletti érvelésem utolsó részeként a holocaust túlélők unokáinak, azaz a harmadik generációnak a szövegeit mutatom be. Bár részben őket is sújtotta a kollektív hallgatás, fiatal felnőttként már a kollektív emlékezet révén szereztek tudomást a holocaustról. E korosztály abban is különbözik szüleiktől, hogy nagyszüleik nekik meséltek a vészkorszakról.

„Nekem nagyon fontosak ezek a történetek. Egy ideig, amíg az ember gyerek, nem tudja értékelni, de aztán – tisztán emlékszem arra a pontra – nagyon fontossá kezdtek válni és akkor direkt azt a nagyapámat – az egyetlen, aki még életben van – akkor őt direkt nagyon sokat kérdeztem. Érdekes módon ő nagyon szeretett erről mesélni. Én meg nagyon szerettem erről hallgatni, úgyhogy nagyokat beszélgettünk.” (3. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

„Tizenhárom vagy tizennégy éves voltam, és volt valamilyen film Auschwitzról. A mamám is ott volt, és akkor meglepő módon a mama is mondta, hogy milyen meglepetés volt számára, hogy a nagypapa elkezdett mesélni, hogy velük akkor mi volt. Ez azért volt számára meglepő, mert korábban soha nem mesélt neki semmit. Szóval érdekes módon az unokáknak, nekem, sokkal többet mesélt, mint a gyerekeinek. És akkor ez egyre jobban érdekelt, és mindig visszatértünk erre, szívesen mesélt róla, és annyira jól emlékezett, hogy sokat megtudtam belőle.” (3. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

Ezek az interjú-részletek azért fontosak a számunkra, mert nyomon követhető bennük a kollektív trauma-elbeszélés, a személyes trauma elbeszéléssel való összefonódása, ami mind az első, mind a harmadik generáció trauma-feldolgozását elősegíti. Az unoka az iskola és a média által már tud a traumáról és ezt a kollektív tudását a nagyszülők emlékeivel akarja személyesebbé, én-közelibbé tenni. A nagyszülők erre reagálva elmondják saját „östörténetüket”, személyes traumájukat, hozzájárulva ezzel a kollektív trauma-elbeszéléshez és nem utolsó sorban saját életük egy történeté váló rendezéséhez.

Feltevésém szerint a harmadik generáció tagjai a trauma ilyen formában zajló megismerésével és értelmezésével képesek pozitív értékek mentén definiálni önmagukat. Természetesen nem gondolhatjuk azt, hogy ezen generáció tagjainak zsidó identitása ambivalenciáktól mentes. A most zajló vizsgálatok eredményei mégis biztatóak: azt mutatják, hogy elindult egy pozitív irányba mutató folyamat.

„A zsidósághoz kötődöm. Mindenkinek kell valahova tartoznia. Úgy érzem, ehhez a csoporthoz tartozom. Tulajdonképpen örülök, hogy zsidó vagyok. Ezzel nem lehet zavarba hozni egy percig sem.” (3. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

„A zsidóság az identitásomnak pozitív része, és én ezt nemcsak akkor vállalom, ha rákérdesznek, vagy antiszemitizmussal kell konfrontálódni. Tudatosan aktív, a reaktív identitást én nem akarom. És én ezt meg is engedhetem magamnak” (3. generációs holocaust túlélővel készült interjú)

A bemutatott interjúrészletek egyértelműen rávilágítanak a trauma értelmezésének társas, társadalmi aspektusaira. A diszkrimináció, a társadalom nyitottsága vagy éppen elutasító magatartása, a retraumatizációs folyamat, a társadalmi beilleszkedés nyomán történt változások egyértelművé teszik, hogy a trauma kontextus-függő.

XII. Empirikus vizsgálat a traumatikus narratívák körében

XII.1. Elméleti megfontolások

A narratív hasonlat alkalmazása az emberi cselekvések és gondolkodás megvilágítására, összhangban áll a társadalomtudományok új eredményeivel. Geertz (1994) „Az értelmezés hatalma” című könyvében olyan átalakulásokról írt, miszerint a társadalomtudósok feladják az energetikai, térbeli és mechanisztikus metaforákba vetett bizalmukat, s emberi jelenségekből származó metaforákkal helyettesítik azokat, mint például a dráma, a retorika, a ritus és a játék.

A narratívumot legegyszerűbben olyan történetként értelmezzük, amely szimbolikusan leírja az emberi cselekedeteket. A történetnek van kezdete, közepe, vége, és események mintázatából áll. Végtelen változatosság jellemzi, s minden emberi gondolkodásban és cselekedetben fellelhető. Nemcsak a történet leírására alkalmas, hanem egyszerre a psziché szervezőerejeként is működik. Theodor S. Sarbin (2001) a narratív elv bevezetését javasolja, mely szerint az emberi lények narratív struktúrák szerint gondolkodnak, észlelnek, használják képzeletüket s hozzák meg erkölcsi döntéseiket.

Jerome Bruner szerint „a történet az emberi intenciók viszontagságai körül forog” (2001, 32), s mint ilyen, felismeréséhez nincs szükség bonyolult értelmezési aktusra, elegendő a mindenkiben meglévő intuíció. Bruner abból az alapfeltevésből indult ki, hogy az emberi gondolkodásnak két formája létezik: a paradigmátikus és az elbeszélő mód. Míg az első a formális és empirikus bizonyítás eljárásaihoz folyamodik, addig a másik nem a valóságot, hanem a valószerűséget keresi. A továbbiakban olyan kísérleti pszichológiai és csecsemőkutatóból származó eredményeket mutatott be (Heider- Simmel, 1944, Leslie, 1979), amelyek a szándékot, mint egy primitív kategóriarendszert képzelik el, aminek funkciója egy ősi élményszerveződés. Ez egyben az intenciót egy eredendő kategóriának tekinti.

Roger C. Schank (2004) „Dinamikus emlékezet” címen újabban magyarul is megjelent könyvében újraértelmezi a dinamikus emlékezet fogalmát. Korábbi munkáiban (Schrank Abelson, 1977) az emlékezeti struktúrákat úgynevezett forgatókönyvek segítségével modellezték. A forgatókönyv, akkori definíciójuk szerint, egy olyan struktúrát jelentett, amely egy bizonyos helyzet megfelelő eseménysorrendjét írta le, esetleg sztereotip cselekedeteket és ezekhez kapcsolódó helyeket. „Amint azonban a nyelvet emlékezeti folyamatként kezdtük

szemlélni, a megértésről is megváltozott a véleményünk. A nyelvi megértést most már integrált folyamatnak tartjuk. Az emberek nem képesek megérteni valamit anélkül, hogy eszükbe ne jutna, amit már tudnak, vagy hogy mit gondolnak arról, amit éppen hallottak. Már nem szedjük apró összetevőire a nyelvi megértés fogalmát” (Schank, 2004, 16). Ennek nyomán Schank és munkatársai megalkották a forgatókönyv alkalmazott definícióját: olyan adatstruktúra, amely az előrejelzések kialakításában játszik szerepet. „A forgatókönyv-alapú és az általános struktúrákon alapuló emlékezet között az a különbség, hogy az első esetben egy adott helyzet ismerete a többé – kevésbé hasonló helyzetekből származik, a második esetben viszont az általánosabb struktúrák lehetővé teszik, hogy egy adott helyzethez tartozó információt egy teljesen eltérő helyzetben is felhasználjuk.” (Schank, 2004, 24). A forgatókönyvek és a többi magas szintű tudásstruktúra különbségét tehát a generalizáció és az absztrakció fogalmaiban ragadhatjuk meg. Brunerhez hasonlóan, Schank is kétféle információt különböztetett meg, melyek tárolási és előhívási folyamatai eltérnek: egy tapasztalati úton szerzett specifikus struktúrát és egy absztrakt információkat tároló struktúrát.

A narratív pszichológiával foglalkozó kutatók egyetértenek abban, hogy a narratívumok áthatják, szervezik és értelmezik cselekvéseinket, gondolkodásunkat.

„A narratív pszichológia mindenekelőtt pszichológiai metaelmélet, amely az elbeszélő funkciót a pszichikus általános antropológiai sajátosságának fogja fel. (Pléh, 1996, László-Ehmann-Péley-Pólya, 2000, Ehmann, 2000). Ebben az értelemben az elbeszélés már a verbális történet vagy akár a nyelv előtt létezik, mint a valóság tudati konstrukciójának, jelentésekkel és értelemmel való felruházásának természetes módja (Ricoeur, 1984-87, Bruner, 1986, Sarbin, 1986)” (László, 2005, 43). „Ugyanakkor, létezik egy „második arca a történet vagy elbeszélés, mint természetes tárgy használata és az egyéni pszichikumban betöltött funkciója felé fordul.” (László, 2005, 44). Ennek értelmében a narratívumok paradox jelleggel bírnak: egyrészt végtelen számú narratív lehetőséggel rendelkezünk, másrészt tapasztalatainkat, benyomásainkat éppen a nyelv által „szelidítjük meg”, tesszük magunk, és mások számára érthetővé.

Az az állítás, hogy a történetek végtelen számúak és fajtájúak azonban csak elméletileg igaz.

„Egyes nézetek szerint az életszerű narratívum egyfajta kanonikus vagy „legitim” szilárd állapottal kezdődik, amely törést szenved és válságba kerül, hogy azután orvoslást nyerjen, s e

ciklus megismétlődésére nyitva van a lehetőség.[...] Victor Turner (1982) antropológus, Tzvetan Todorov (1972), Hayden White (1981) történész, és Vlagyimir Propp (1968) néprajzkutató állítják, hogy létezik a narratívumnak egy ilyesfajta kényszerítő mélystruktúrája, és a jó történetnek ennek jól formált konkrét megvalósításait nyújtják.” (Bruner, 2001, 31).

Milyen egy „jó” történet?

Az elbeszélés alapját a cselekvő, a cselekvés, egy helyszín és egy cél vagy szándék adják. A probléma lényege ezeknek a komponenseknek az össze nem illése (pl. rossz helyen, rossz időben van valaki). Mivel a történetek mindig magukban hordozzák a cselekményre vonatkozó értékelést, az elbeszélés ebben az értelemben nem más, mint a probléma következményeinek jellemzése. Így a történet túlmutat önmagán, tanulsága van.

Ahhoz, hogy egy történet narratív jelleggel bírjon, elengedhetetlen az is, hogy valamilyen referenciával és időbeli struktúrával rendelkezzen. A modern elméletalkotók egyetértenek abban, hogy az elbeszélés nem lehet teljes anélkül, hogy ne utalnánk a perspektívára. A történetek mindig viszonylagosak az elbeszélő nézőpontját illetően. Ez azt jelenti, hogy a narratívumok két síkon mesélnek: egyrészt a cselekvésről tudósítanak, másrészt arról, hogy mit gondolnak, éreznek a szereplők és a történet mesélője.

Bruner (2001) és Sarbin(2001) szerint, a történetekben nem elsősorban ok - okozati összefüggések vannak, hanem intencionális állapotok motiválják a szereplőket cselekvéseikben.

A narratív szervezőelv gondolata az identitással kapcsolatban is felmerült. Erikson (1959) pszichoszociális fejlődélmélete, Gergen és Gergen (2001), McAdams (2001) narratív identitás-elmélete az identitást folyamatosan újraszervezett élettörténetként fogták fel. A személyiség érettsége, egészsége, aktuális állapota a fent leírt „jó történet” kritériumai mentén értelmezhetőek, vagyis az integritás, a belső konzisztencia, a koherencia és a komplexitás fontos előfeltételei a jó történetnek.

A narratívumok előbbieken tárgyalt két funkcióját megismerve egy harmadikat is feltételezhetünk: a kollektív, a szociális és a társas tudás összekapcsolását. A narratívumok

teszik lehetővé a kollektív, a szociális és a társas emlékeknek az összefűzését, meghaladva korábbi elméleti szembeállításukat.

XII.2 A CCRT módszer

A traumatikus mechanizmusok szisztematikus vizsgálatakor – a fejlődéslélektan és a pszichoanalízis által leírt „kumulatív trauma” fogalom, és a kognitív pszichógia, Schank által megalkotott „általános struktúrákon alapuló emlékezet” elmélet értelmében - olyan módszerre volt szükségem, amely a személy kapcsolati mintáit, a szociális és egyéni szelf reprezentációkat egyaránt elemzi.

Lester Luborsky és Paul Crits-Christoph (1990) az „Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method” (CCRT) című könyvüben a pszichoterápián belül megjelenő kapcsolati epizódokat vizsgálták. Céljuk az volt, hogy olyan kapcsolati mintákat találjanak, amelyek segítségével a későbbi pszichoterápiás ülések elemezhetővé válnak. Ezeket az epizódokat (Relationship Episode) a pszichoterápiás megbeszélések olyan jól körülhatárolható, diszkrét részének tekintették a szerzők, amelyek a páciens másokkal vagy a saját szelfjével kapcsolatos explicit elbeszéléseit tartalmazzák.

Elméleti megközelítésük Freud 1912-ben megjelent áttétellel foglalkozó előadássorozatára épült. Az áttétel „azt a folyamatot jelenti a pszichoanalízisben, amelynek révén a tudattalan vágyak bizonyos tárgyakra egy velük kialakított, meghatározott viszonytípus keretében aktualizálódnak. Ez a helyzet leginkább az analitikus viszony keretében valósul meg. Gyermekkori előképek megismétléséről van szó, amelyeket a páciens különleges aktualitásként él át.” (Laplanche – Pontalis, 1994, 46).

Luborsky és munkatársai megállapították, hogy fantáziáink bizonyos alapvágyak köré csoportosulnak, és ezekben a csoportokban fellelhetők az intrapszichikus konfliktusok különböző formái. A fantáziák szervezése az élet korai szakaszában történik és egész életünkben – kisebb nagyobb módosításokkal - meg is marad ebben az eredeti formában. „Hogy az irodalomból vegyük egy hasonlatot, azt mondhatnánk, hogy a cselekmény szála megmarad, miközben a szereplők és a situációk változhatnak.” (Luborsky, 1990, 4).

A személyiségkutatók közül Henry Murray (1983, id. Luborsky 1990) és Thomkins (1979, id. Luborsky) munkái említhetők a CCRT releváns elméleteként. A Tematikus Appercepciók Teszt (TAT) kidolgozása során Murray az „egyesülés-témát” mint domináns szükségletek együttesét határozta meg, amelyek szorosan kapcsolódnak az egyén életében bekövetkezett jelentős életeseményekhez. A téma lehet egy gyermekkori emlék, trauma, ami a személy későbbi élete során különböző variációkban sokszor ismétlődik. Ehhez hasonlóan, Tomkins „nukleáris szkript”-ekről írt, amelyek gyermekkori jelenetek forgatókönyvét tartalmazzák: személyek, helyek, cselekedetek és érzések szervezett egységét. (Luborsky, 1990)

Ide kapcsolódik a Main és munkatársai által kidolgozott „felnőtt kötődési interjú”, ami elsősorban a kötődés transzgenerációs hatásait vizsgálja. Main azt feltételezte, hogy inetrjúval feltárható a szülő „mentális állapota” a kötődésre vonatkozóan. Érdeklődésük középpontjában elsősorban a feldolgozottság és az önreflexió állt. Azt tapasztalták, hogy a szabad autonóm kötődési stílussal jellemezhető személyek történetmondása nyelvtanilag aktív, konstruktív, miközben egy gyermekkori emléket, traumát idéznek fel. A megkérdezett személy képes elkülöníteni a jelen élményeit, aktívan szervezni azokat, miközben múltbéli emlékeire reflektál. Az elutasító kötődési stílusra a kvalitatív és kvantitatív hibák gyakori előfordulása volt a jellemző, míg az elárasztott kötődési stílust kvantitatív szabálysértések és nem adekvát beszédmód kísérte. (László, 2005).

Luborsky és munkatársai úgy vélték, hogy a CCRT módszere nemcsak terápiás ülések értelmezésében bizonyul hasznosnak. Véleményük szerint egyéb interjúk elemzésére is alkalmas.

Közelebbről megvizsgálva a módszer a következő lépésekből áll:

Az interjúkon belül először a kapcsolati epizódokat kell lokalizálni (Relationship Episode, RE). Ennek során olyan jól meghatározható konkrét elbeszélésrészletet keresünk, amely másokhoz vagy a szelf-hez fűződő kapcsolatról explicit elbeszéléseket tartalmaz. Egy interjúalany esetében 10 ilyen epizódot kell értékelni ahhoz, hogy kialakuljon egy teljes kép.

Második lépésben az epizódokon belül a megkérdezett személy által elmondottakat kell értékelni, osztályozni. Ezt két, egymástól független kódoló végzi. Az interjú részletek három fő kategória mentén sorolandók be: a vágyak (Wishes - W), másik személy válasza (Response from Other – Ro) és a szelf válasza (Response from Self – Rs). A vágyak szintjéhez tartoznak

a vágyak, a szándékok és a szükségletek direkt és indirekt megjelenítései. A másik személy válaszánaál a másik konkrét válaszai, vagy az ezekhez kapcsolódó előfeltevések, elvárások jelennek meg. Végül, a szelf válasza a történetekre tartalmazza mindazt, amit az interjú alanyának saját szelfjeként azonosíthatunk.

A CCRT terápiás használata során a beazonosított vágyakat és válaszokat a kódoló saját szavaival jelöli (például „hogY legyen egy munkám” mint vágy jelenik meg, vagy „tisztességtelen”, mint a másik válasza hangzik el, illetve „borzasztóan érzem magam”, mint szelf válasz fogalmazódik meg). Ezek az egyénre szabott jelölések a lehető legprecízebben írják le az adott páciens pontos érzéseit, vágyait és válaszait, és ezért megfelelően használhatóak a diagnózis felállításánál vagy egy terápiás kezelés folytatása során. Ugyanezen sajátosságuk azonban meggátolja, hogy a különböző kapcsolati epizódok tartalmát össze lehessen hasonlítani több interjúalany között, ezért szükségessé vált egy egységes jelölési rend kidolgozása. Ennek érdekében Crits-Cristoph és Demorest (1988, id. Luborsky, 1990) felállított egy kategória rendszert, más néven standard jelöléseket alkalmazott a vágyak és válaszok leírására - ezeket inntől „standard kategóriáknak” nevezzük. Minden standard kategóriának nem csupán megnevezése van (például Ro1 – „Megértenek”), hanem ehhez tartozóan egy rövid értelmezése is, hogy a kódolók a későbbiekben egyező tartalommal és jelentéssel ruházzák fel az adott kategóriát (például Ro1 értelmezése, azaz jelentése: „Empatikusak, szimpatizálnak velem, jól értékelnek engem”). A felhasznált standard kategóriák listáját és leírásukat az 1. számú melléklet tartalmazza.

Az epizódok azonosítása után tehát a cél a standard kategóriákba való besorolás, majd ezek előfordulási gyakoriságának feltérképezése, a lényeges eltérések bemutatása.

A standard kategóriák relatíve nagy száma (35 vágy, 30 másik válasz és 30 szelf válasz) azt biztosítja, hogy az interjú részleteket az összehasonlító vizsgálathoz szükséges mélységben és komplexitással tudjuk jelölni. Mindez azonban azt feltételezné, hogy az egységes mintázat kirajzolásához, annak értelmezéséhez egy igen nagy létszámú mintára lenne szükségünk. Ennek kiküszöbölésére Barber, Crits-Cristoph és Luborsky klaszter elemzést hajtott végre a standard kategóriákon. Kilenc független szakértő egy egytől hétig terjedő skálán értékelt a vágyakon, másik válaszokon és szelf válaszokon belül lehetséges valamennyi standard kategória párt (W1-W2, W1-W3, stb) aszerint, hogy mennyire érzik hasonlóknak őket egymáshoz. Az így nyert adatokat elemezve 8 klasztert sikerült létrehozniuk mindhárom

dimenzióban. Ezen klaszterek, reményeim szerint, már lehetővé teszik, hogy kisebb mintából kiindulva is értékelhető eredményeket kaphassunk. A klaszterek megnevezését és a hozzájuk tartozó standard kategóriákat a 2. számú melléklet tartalmazza.

XII.3 Interjúk elemzése CCRT módszerrel – eredmények és következtetések

A CCRT módszerével összesen 40 interjút elemeztem, csoportonként tizet. A csoportok a következők voltak: volt állami gondozott fiatalokkal készített interjúk, a holocaust túlélő leszármazottak második generációjába tartozó személyekkel készített korábbi, Erős Ferenc (1986) által készített, és velük általam készített későbbi interjúk (2001), végül a holocaust túlélő leszármazottak harmadik generációba tartozó személyekkel készített interjúk.

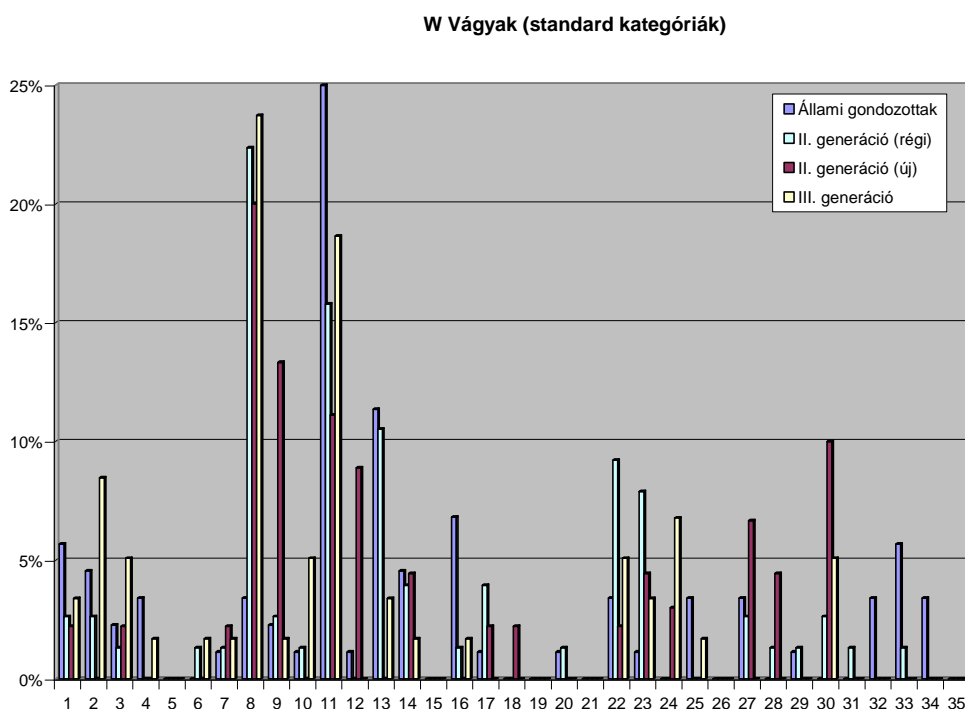
A következő részben a négy csoport CCRT elemzésének eredményeit ismertetem. Az adatok és csoportonkénti eltérések bemutatásánál a standard kategóriák és a klaszterek előfordulási gyakoriságának összehasonlítására törekedtem (részletes eredményeket lásd a 3 - 6 számú mellékletekben).

A négy vizsgált csoport adatait a Khi-négyzet módszerével teszteltem, az értékeken függetlenségi vizsgálatot hajtottam végre. A teszt kiválasztásakor figyelembe kellett vennem, hogy több mint 2 mintát kellett összehasonlítani, tehát az általánosabban elterjedt, úgynevezett 't-próba' itt nem volt alkalmazható. A Khi-négyzet lényegében az alapadatok alapján kiszámolt várható értéket hasonlítja össze a négy vizsgált kategória tapasztalt értékével és a különbségek négyzetének vizsgálatából állapítja meg, hogy azok szignifikánsan eltérnek-e egymástól, vagy a különböző értékek csupán a véletlennek köszönhetően alakultak ki. A szignifikancia szintet 90%-nál húztam meg.

XII.3.1 Standard kategóriák elemzése

Különbségek a „vágyak” (W) tekintetében

Az alábbi ábrán látható, hogy a négy csoport interjúrészteiben milyen gyakorisággal szerepeltek a „vágyak” (W) standard kategóriái (a részletes adatokat lásd a 3. számú mellékletben).



1. W8 – „Hogy mások megnyíljanak számomra” (értelmezése: „Hogy válaszoljanak nekem, hogy beszéljenek hozzám”)

Lényeges különbség mutatkozott az állami gondozott fiatalok és a holocaust leszármazottak azon vágyai között, hogy a környezetük nyitott, elérhető, kérdéseiket megválaszoló legyen. Az eredmény értékelésénél figyelembe kell venni azt a tényt is, hogy az állami gondozott fiatalok számára múltjuk, családjuk megtalálásához számos hivatalos, számukra nehezen érthető és elérhető intézményen keresztül vezet az út.

2. W9 – „Nyitottnak lenni” (értelmezése „Hogy kifejezzem magam, hogy kommunikáljak”)

A holocaust túlélőkkel készített korábbi interjúkban erőteljesebben jelenik meg az önkifejezés vágya a többi csoporthoz képest. Ezt az eredményt feltehetően az akkori időszakra jellemző extrém, társadalmi szintű elhallgatás okozta.

3. W13 – „Segítve lenni” (értelmezése, hogy „Támogassanak, hogy adjanak, hogy megvédjenek”)

Érdekes eredmény, hogy az állami gondozottakkal és a korábbi, holocaust leszármazottakkal készült interjúkban a támogatásra, a segítségre való vágy lényegesen magasabb, mint a két másik csoportban. Valószínűleg egyik csoport sem érezte a társadalmi, kollektív támogatottságot traumája feldolgozásában, ám az állami gondozottak esetében ez a szülői, társas támogatás hiányára is vonatkozik a vágy.

4. W12 – „Segíteni másoknak” (értelmezése „Támogatni, felnevelni másokat”)

Ugyancsak eltérés volt tapasztalható abban a tekintetben, hogy ez a kategória a most felvett, azaz a későbbi másodgenerációs holocaust leszármazottakkal készült interjúkban gyakoribb vágyként jelent meg a többi csoporthoz képest. Ez egyrészt életkori sajátosságból adódhat, hiszen az állami gondozott fiatalok és a harmadik generáció tagjai még családalapítás előtt álltak az interjúk készítésénél. Másrészt, rávilágít arra a megfigyelésre is, hogy a második generáció tagjai gyakran a gyermekeiken keresztül azonosulnak zsidó identitásukkal. Ennek gyakori példája, hogy gyermekeik Izraeli utazását szervezik, míg maguk csak tervezik a látogatást.

5. W24 – „Elégedettnak lenni magammal” (jelentése „Magabiztosnak lenni, elfogadni magam”)

Jelentős eltérést tapasztaltam ebben a kategóriában is: míg a korábbi, másodgenerációs zsidó túlélőkkel és az állami gondozottakkal készült interjúkban magas ez az arány, a másik két csoportban gyakorlatilag nem szerepel. Ez jelezheti a csoportok közötti szociális és kollektív támogatás mértékének eltérését, illetve az ehhez kapcsolódó trauma feldolgozottságának mértékét is.

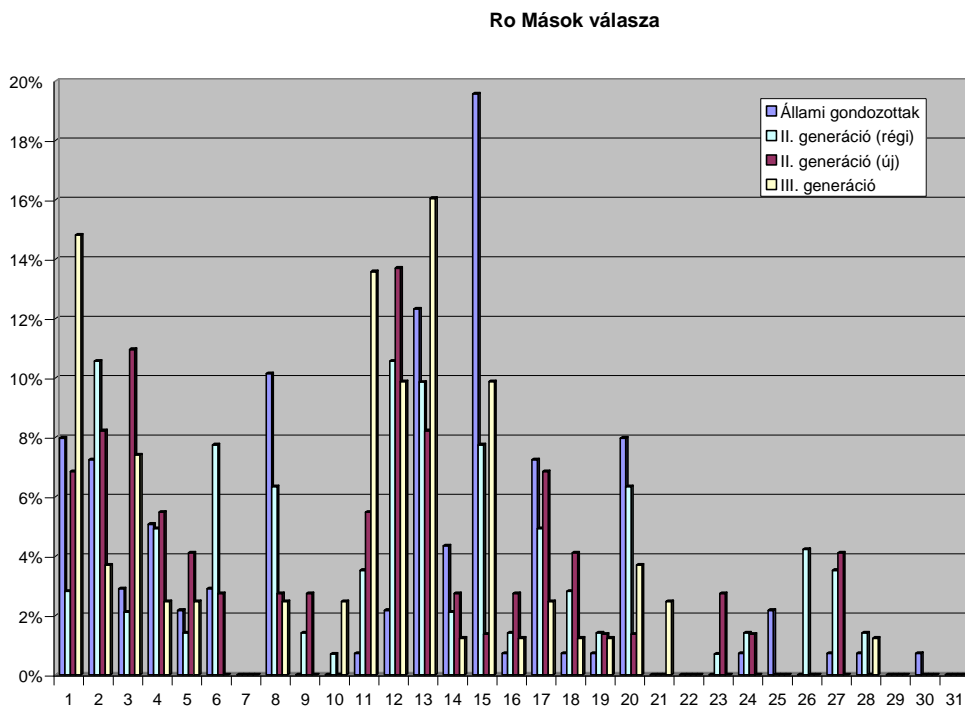
6. W30 – „Stabilnak lenni” (jelentése „Biztonságban lenni, struktúrával rendelkezni”)

Az én azon kívánsága, hogy stabilnak, biztonságban lévőnek érezze magát, struktúrával rendelkezzen a másod- és harmadgenerációs holocaust túlélőkkel most készített interjúkban

erőteljesebben van jelen, mint az állami gondozottak illetve a korábbi másodgenerációs túlélőkkel készített interjúkban. Ez a trauma feldolgozásának megkezdettségével lehet összefüggésben, hiszen mind a társadalmi párbeszéd, mind a traumára való kollektív emlékezet csak mostanában fejt ki támogató hatását.

„Mások válasza” (Ro) különbségei

Az alábbi ábrán látható, hogy a négy csoport interjúrészeleiben milyen gyakorisággal szerepeltek a „Mások válasza” (Ro) standard kategóriái (a részletes adatokat a 4. számú melléklet tartalmazza).



1. RO1 – „Megértenek” (jelentése „A környezet empatikus, szimpatizáló, értékelő reakciója”)
A holocaust túlélők harmadik generációjának esetében lényeges különbséget találtam abban a tekintetben, hogy a mások által megfogalmazott reakciók, vélemények mennyire pozitívnak, azaz mennyire empatikus, elfogadó az őket körülvevő szociális környezet. Az interjúk tükrében a leginkább empatikus és a legreálisabban értékelő közeg az övék. Ezzel szemben a holocaustot túlélők második generációjával készített korábbi interjúk arról számolnak be, hogy szociális kapcsolataik során kevés megértéssel találkoztak.

2. RO3 – „Elfogadnak” (jelentése „A környezet nem elutasító, egyetértő, befogadó reakciója”)

Ebben a kategóriában a legnagyobb eltérést a holocaust túlélők második generációjának két időpontban rögzített interjúi között találtam. Ennek egyik magyarázata egyértelműen a társadalmi változásokban, a kollektív emlékezet későbbi kialakulásában keresendő.

3. RO6 – „Nem tisztelnek” (jelentése „A környezet nem a valós éréken viszonyul a személyhez, nem értékeli.”)

Eltérés volt megfigyelhető a korábban felvett másodgenerációs zsidó interjúk és a későbbi interjúk tartalma közt: a későbbi időpontban rögzített beszélgetésekben lényegesen több ilyen epizódot elevenítettek meg élettörténeteikben, hasonlóan a harmadik generációs túlélőkhöz. Ez az eredmény valószínűleg a trauma gyengülésére utal.

4. RO8 – „Nem szavahihető” (jelentése „A környezet tisztességtelen, eláruló reakciója”)

Eltérés mutatkozott ebben a kategóriában is: az állami gondoskodásban felnőtt fiatalok mutatták a legmagasabb értéket, míg a túlélők harmadik generációja a legalacsonyabbat.

5. RO15 – „Bántanak” (jelentése „A környezet erőszakos, rosszul bánik, bünteti a személyt”) és RO25 „Rosszak” (jelentése „A környezetnek nincs igaza, hibázik vagy bűnös”) ill. RO26 „Rigidek” (jelentése „A környezet zord, rigid, szigorú”)

Az állami gondozásban felnőtt fiatalok számottevően több agresszióval, több büntetéssel találkoztak életük során, mint a holocaust túlélők leszármazottjai. Minden most készült interjú magas értéket mutat ebben a kategóriában. Ezek az eredmények elsősorban arra világítanak rá, hogy a mai Magyarországon közelről sem ismeretlenek a diszkrimináció, az agresszió különféle formái. Különösen figyelemreméltónak találok azt, hogy azokat, akiket nem véd egyfajta társadalmi „jó-ízlés” – aminek egyik forrása éppen a kollektív emlékezet– ilyen magas arányban sújtanak agresszív, kiközösítő megnyilvánulásokkal.

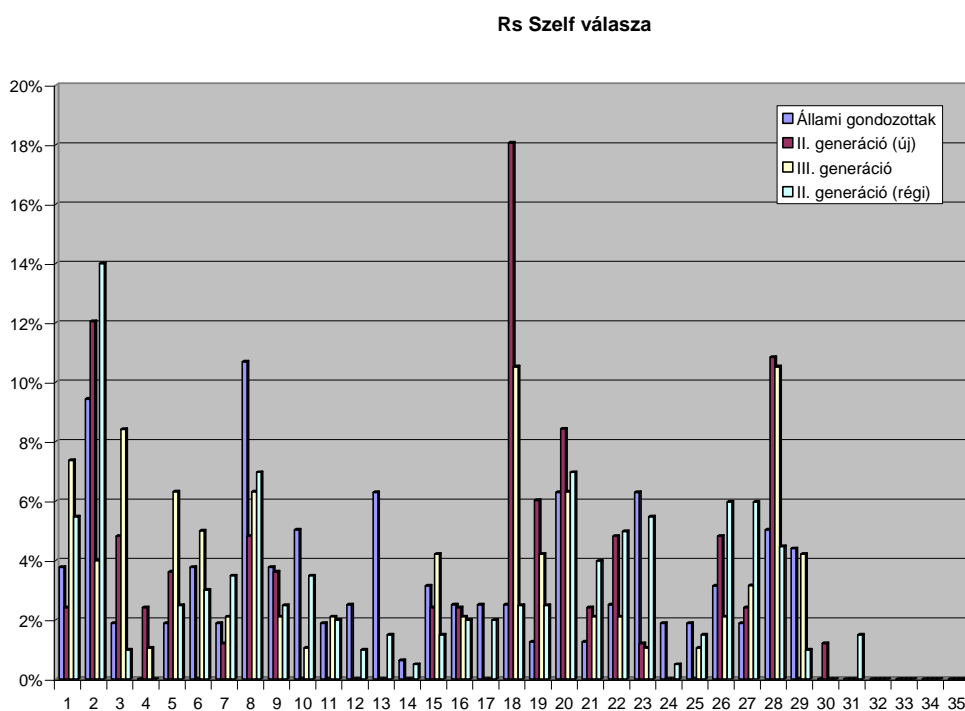
6. RO12 – „Nyitottak” (jelentése „A környezet kifejező, nyilvánosságra hozó, elérhető”) és RO13 – „Távolságtartó” (jelentése „A környezet nem elérhető, nem adnak válaszokat a személy kérdéseire”)

Eltérés mutatkozott a mások, illetve a szociális környezet nyitottsága, elérhetősége tekintetben a vizsgált csoportok között. Az állami gondoskodásban felnőtt fiatalok számottevően

kevesebb támogatást, segítőkészséget ill. nagyobb távolságtartást tapasztaltak eddigi életükben, mint a többi csoport tagjai.

Különbségek a „szelf válasza” (Rs) tekintetében

Az alábbi ábrán látható, hogy a négy csoport interjúrészeleiben milyen gyakorisággal szerepeltek a „szelf válasza” (Rs) standard kategóriái (a részletes adatokat lásd az 5. számú mellékletben).



1. Rs2 – „Nem értem” (jelentése „A személy zavart, meglepett, nem érti saját magát”)

Saját reakcióik meg nem értésében, énjük nem reális észlelésében, a holocaust túlélők harmadik generációjának tagjait kivéve, a csoportok magas értékeket mutattak. Ez az eredmény összefügghet a magabiztosság, az önfogadás mértékével, illetve a trauma feldolgozottságával.

2. Rs3 – „Elfogadottnak érzem magam” (jelentése „A személy úgy érzi, hogy környezete megerősíti”)

Szignifikánsan magasabb ez a kategória a most készült másod és harmad generációs túlélői csoportokkal készített interjúkban, mint a másik két csoportban. Ezt az eredményt szintén a trauma gyengülése jelének tekinthetjük.

3. Rs10 – „Mebántok másokat” (jelentése „A személy erőszakosan viselkedik, megbánt másokat”) és Rs13 – „Irányítás alól kiszabadulok” (jelentése „A személy felelőtlenül, impulzívan, megbízhatatlanul viselkedik”)

Ezekben a kategóriákban az állami gondozottak mutatnak magas értéket, illetve a második generációs túlélők interjúiban is emelkedett gyakorisággal találkozunk a „megbántok másokat” standard kategória tekintetében. A nyílt agresszió, az acting out színezetű viselkedés gyakorisága a traumatizáltság egyik fontos fokmérője lehet.

4. Rs23 – „Nem szeretnek” (jelentése „A személy egyedül érzi magát, visszautasítottnak érzi magát”)

Eltérés volt tapasztalható a most készített másod- és harmadgenerációs holocaust túlélő interjúkban a másik két csoporttal szemben. Az utóbbiak lényegesen többször fogalmazták meg el és visszautasítottságukat. Ennek okát egyrészt az eltérő traumatikus helyzetben, másrészt a társadalmi rend megváltozása nyomán kialakult társadalmi párbeszédben, a szabadon vállalható és választható identitásban találhatjuk meg.

5. Rs18 – „Magabiztosnak érzem magam” (jelentése „A személy sikeresnek, büszkének érzi magát, önbizalmat él át” és Rs28 „Elégedett vagyok” (jelentése „A személy biztonságban lévőnek, elégedettnek érzi magát”)

Nagy eltérés tapasztaltam a büszkeség, a magabiztosság érzésének előfordulási gyakorisága között: míg a holocaust túlélők második generációjával készített korábbi, és az állami gondoskodásban felnőtt fiatalokkal készített interjúkban alig, addig a másik két csoportban jelentős számban szerepelt ez a kategória. Ehhez kapcsolódik, hogy hasonlóan alakult a „biztonságban lévőnek, elégedettnek érzem magam” szelfreakciós kategória előfordulási gyakorisága. Ezek az eredmények egyben arra is utalnak, hogy a zsidó identitás öndefiníciója az idő előrehaladtával pozitív tartalommal telt meg, míg az állami gondozottak esetében ez elmaradt. A jelenség további magyarázata lehet az is, hogy a zsidó kultúra és vallás által

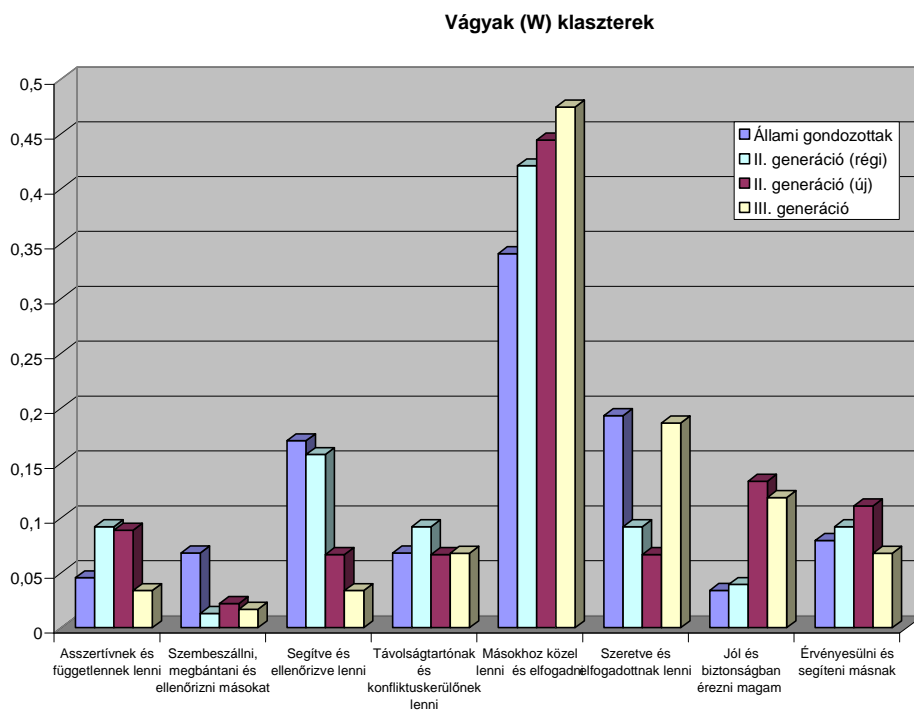
évezredek alatt kialakított értékek mentén sokkal könnyebben generálódik a kollektív emlékezet, míg ez az állami gondozottaknál teljesen hiányzik.

XII.3.2 Klaszterek elemzése

A csoportok közötti eltérések markánsabban jelentek meg a klaszteranalízis elvégzése után. Ennek eredményei a következők voltak: (részletes eredményeket lásd a 6. számú mellékletben)

Különbségek a „vágyak” klaszterek tekintetében

Az alábbi ábrán látható, hogy a négy csoport interjúrészeleiben milyen gyakorisággal szerepeltek a „Vágyak” (W) klaszterei:



1. W k3 - „Segítve és ellenőrizve lenni”

Jelentős különbség volt tapasztalható a klaszter előfordulási gyakoriságában: a holocaust túlélők másodgenerációs leszármazottaival készített korábbi interjúkban és az állami gondozottakkal készített interjúkban ez a vágy gyakrabban fordult elő, mint a mostani másod- és harmadik generációs interjúkban.

2. W k6 – „Szeretve és elfogadva lenni”

Különbség volt a „szeretetre és megértésre való” vágyak tekintetében is. Mind a holocaust túlélők unokái, mind az állami gondoskodásban felnőttek magas értéket mutattak ebben a klaszterben a másik két csoporthoz képest. Ezen csoportoknál (harmadik generáció és állami gondozottak) ez a vágy klaszter a második leggyakoribb volt, de az állami gondozottak esetében csupán kevéssel előzve meg a „segítve lenni” klasztert.

3. W k7 – „Jól és biztonságban levőnek érezni magam”

Különbség tapasztalható a „biztonságban, jól érezni magam” kívánságának előfordulási gyakoriságában. A korábbi másodgenerációs interjúkban és az állami gondozottakkal készített interjúkban ezek előfordulási gyakorisága kisebb, mint a másik két csoportban. Az állami gondozottak esetében valójában ezek a vágyak voltak a legritkábban fellelhetőek az összes klaszter közül, másrészt viszont ez a klaszter volt a régebbi másodgenerációs interjúk második leggyakoribb vágya.

4. W k5 - „Másokhoz közel lenni és elfogadottnak érezni magam”

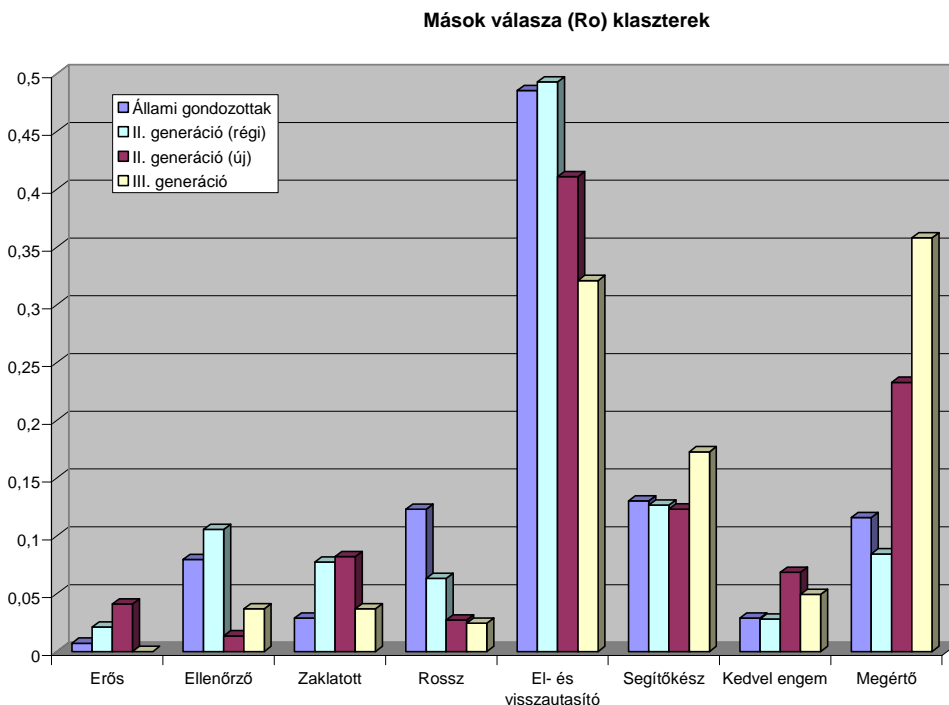
Kirívó, ám a csoportok között statisztikailag nem szignifikáns a különbség ebben a klaszterben. Ennek ellenére ki kell emelnem, hogy messze ez a vágy klaszter képviselte a legmagasabb előfordulási arányt minden vizsgált csoport esetében. Az állami gondozottak esetében is majd kétszerese volt az értéke a második leggyakoribb klaszterhez képest (W k5 – 34%, W k3 – 17%), míg az újabb másodgenerációs interjúkban a különbség a második leggyakoribb klaszterhez képest több mint háromszoros! (W k5 – 44%, Wk7 – 13%). A 4 vizsgált csoportból a legalacsonyabb értéket az állami gondozottak mutatják fel, hozzájuk képest az idő előrehaladtának megfelelően, orgonasípszerűen emelkedik az előfordulási gyakoriság a holocaust túlélők leszármazottai közt (legmagasabb a harmadik generációnál, nem sokkal kevesebb az újabb második generációsoknál és megint valamivel kevesebb a régebbi második generációs interjúknál).

A tapasztaltakat összesítve elmondható, hogy két klaszter esetében egy bizonyos szintű polarizálás figyelhető meg: a „Segítve és ellenőrizve lenni” (W k3) és a „Jól és biztonságban érezni magam” (W k7) klaszterek esetében hasonló értékeket vesznek fel az állami gondozottak és a régebbi másodgenerációs interjúk a későbbi másodgenerációs és a harmadik generációs interjúk értékeivel szemben. Előbbi két csoport esetében kiolvasható a segítség

iránti vágy, míg utóbbi két csoport már elégedettebb életével (illetve megnő az eziránti vágya, amit nagy valószínűséggel a beilleszkedés, a trauma elhalványulása okozhat). A két-két csoport értékei közelebb vannak ugyan egymáshoz, de ez teljes azonosulást, megegyezőséget sem a vágyak, sem a válaszok esetében nem jelent. Mind a négy csoportról elmondható, hogy kiemelkedően vágnak mások közelségére és arra, hogy elfogadják őket.

Különbségek „mások válasza” klaszterek között

Az alábbi ábrán látható, hogy a négy csoport interjúrészeleiben milyen gyakorisággal szerepeltek a „Mások válasza” (Ro) klaszterei.



1. RO k2 – „A környezet ellenőrző”

A vágyaknál azonosított tendenciák ismét fellelhetőek a mások válaszaiban is, mint például az „ellenőrző” klaszter gyakoriságánál: a korábbi másodgenerációs interjúkban és az állami gondoskodásban felnőttekkel készített interjúkban ez az érték magasabb, mint a másik két csoport esetében. Ugyanez a jelenség a „kedvel engem” klaszternél is megjelenik: az állami gondozottak és a régebbi másod generációs interjúk értéke nem sokkal, de egységesen alacsonyabb, mint a másik két csoport tagjainál mért értékek. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy ezek a klaszterek összességükben nem gyakoriak.

2. RO k4 – „Mások rosszak”

Az állami gondozottak élettörténeteikben lényegesen több olyan epizódot elevenítettek fel, amik bántják, büntetik őket. Lényegesebb alacsonyabb volt ennek a kategóriának az előfordulási aránya a mostani másod- és harmadgenerációs interjúkban.

3. RO k5 – „Mások el- és visszautasítók”

A vizsgálat másik kiemelkedően fontos tanulsága, hogy mások el- és visszautasító magatartása minden csoportban kimagasló gyakorisággal szerepel. Ugyanakkor lényeges különbség is megjelenik a csoportok között: míg az állami gondoskodásban felnőtt és a másodgenerációs holocaust túlélőkkel korábban készített interjúkban egy híján eléri az ötven százalékot, addig a most készített másodgenerációs interjúkban már tízzel, a harmadik generációs interjúkban húsz százalékkal alacsonyabb ezen életesemények gyakorisága.

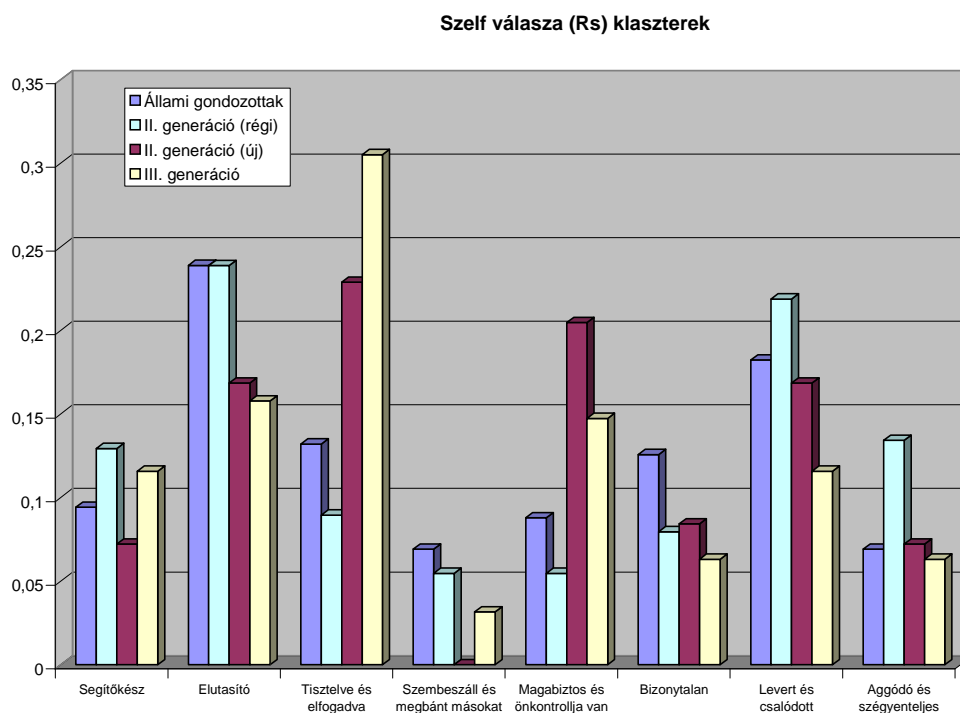
4. RO k8 – „Mások megértők”

Az előzőekkel párhuzamosan, de pont ellentétes irányban alakultak a mások által adott megértő, elfogadó klaszter eredmények. Míg a korábbi másodgenerációs és az állami gondozottak értékei egymáshoz közeli alacsonyak, addig az újabb másodgenerációs értékek, de főleg a harmadik generációs értékek igen magasak, olyannyira, hogy utóbbi csoport esetében valójában ez a válasz volt a leggyakoribb (a másik három csoport esetében az el- és visszautasító típusú válaszok alkották a leggyakoribb kapott válaszokat).

Ismét megállapítható, hogy a vágyaknál azonosított különbségek itt is megtalálhatóak. Figyelemreméltó tény ugyanakkor, hogy ezek a válaszok esetében a harmadik generációs túlélők összességében mintegy átlendülnek a pozitív oldalra: esetükben ugyanis az első négy (mind negatív tartalommal bíró) klaszter összesített értéke csupán 42% - tehát a másik négy (mind pozitív tartalommal rendelkező) klaszter összesített értéke meghaladja a negatív élményekét. Ezt a trauma feldolgozásának újabb jeleként értékelhetjük.

Különbségek a „szelf válasza” (Rs) klaszterek tekintetében

Az alábbi ábrán látható, hogy a négy csoport interjúrészeleiben milyen gyakorisággal szerepeltek a „Szelf válasza” klaszterek.



Fontos megfigyelés, hogy a „szelf válaszok” minden klaszternél szórtaabb értékeket adtak a „vágyak” és a „mások válasza” klasztereknél, azaz az eltérések nem olyan mértékűek, mint amilyenek a másik két kategóriánál voltak tapasztalhatóak.

1. RS k3 – „Tisztelve és elfogadva érzi magát a személy”

A legnagyobb különbséget a szelf válasz klaszterek esetében a „Tisztelve és elfogadva” klaszter esetében mértem. A leggyakrabban ez a harmadik generációs interjúknál szerepelt (31%), míg legritkábban a korábbi második generációs interjúknál (9%). Ennek oka, hogy a harmadik generációsok esetében minden szelf-válasz klasztert összevetve ez volt a leggyakoribb válasz (valójában nem csak a saját csoportján belül, hanem valamennyi csoport közül ez az abszolút legmagasabb érték a szelf válaszok között). Ez az eredmény mind a saját csoportba való sikeres beilleszkedés, mind pedig a társadalom elfogadó magatartását jelzi. Ennek ellentéte, hogy a korábbi második generációs értékek összességükben igen alacsonyak ennél a klaszternél (alacsonyabbak, mint például az állami gondozottak esetében), ami a

kibeszéletlen trauma akkor még erős hatását bizonyítja. Ehhez képest kell értelmezni ugyanezen interjúalanyok későbbi interjút, amelyekből egyértelmű pozitív elmozdulás olvasható ki, hiszen az ehhez a klaszterhez tartozó pozitív válaszok gyakorisága több mint megkétszereződött.

2. RS k4- „A személy szembeszáll és megbánt másokat”

Szignifikáns különbség volt tapasztalható abban a tekintetben is, hogy a csoportok mennyire térnek el agresszív reakciójukban. A legtöbb agresszív válaszreakció az átélt ért sérelmekre az állami gondozottaknál volt, ezt követte a második generációval készült korábbi interjúk epizódjainak gyakorisága. Az agresszivitás nyílt megjelenési formája a trauma erősebb jelenlétére utalhat: a konfliktusok nem személyközi vitaként vagy a szelfen belül kerülnek megoldásra, hanem agresszió formájában. Az epizódok között gyakori volt az „acting out” jellegű is.

3. RS k5 – „A személy magabiztos és önkontrollja van

Szignifikáns eltérés volt tapasztalható a csoportok között ebben a klaszterben is: míg a most készült holocaust túlélők interjúikban gyakran számoltak be arról, hogy magabiztosnak, büszkének érzik magukat, addig a másik két csoportban ez a klaszter ritkábban fordult elő. Feltevésem szerint, ez az eredmény a társadalom változó attitűdjének és a formálódó kollektív emlékezet kialakulásának hatására alakulhatott ki.

XIII. Összegzés

Dolgozatomban a trauma szociális kontextusba-ágyazottságát vizsgáltam. Arra kerestem a választ, hogy milyen szerepük van a traumatizáció és annak feldolgozása során a szociális, társadalmi és kollektív jellemzőknek, illetve ezek megléte vagy hiánya mennyiben befolyásolja magát a folyamatot. Fontos kérdéssé vált, hogy találok-e olyan, az elbeszélések szintjén megjelenő sajátosságokat, amelyekből a pszichikus komplexitásra, jelen esetben a trauma élettörténetbe való illeszkedésére következtetek?

Hipotézisem szerint mind a társadalmi támogatottság, mind a kollektív traumáról szóló elbeszélések segítik az egyéni traumák feldolgozását. Olyan narratívákat közvetítenek, amelyek mintájára elbeszélhetővé válik az egyéni trauma. Ezek a formák, kollektív jellegükből adódóan, mentőöv-szerűen támogatják a traumatizált személy önéletrajzi visszaemlékezéseiket, identitásukat.

Ennek értelmében empirikus vizsgálatom során arra törekedtem, hogy olyan traumát átélt személyek csoportjait hasonlítsam össze, akik megélhetik a társadalmi támogatottság hiányát, vagy rendelkeznek a kollektív traumaemlékezettel.

A vizsgálat legfontosabb eredményei arra engednek következtetni, hogy a traumatizációs folyamatok alakulásában és következményei feldolgozásában lényeges szerepe van a társas és társadalmi eseményeknek. Kimondható, hogy a személyek közösségbe való tartozásának, az elfogadottságnak és a nyitottságának vágya (W k5), a közösség és a társadalom el- és visszautasító reakciói (Ro k5) határozták meg a vizsgált személyek önértékelését, önfogadását (Rs k5). A klaszteranalízis során is azt tapasztaltam, hogy ez a három klaszter volt a meghatározója a traumatizációs mechanizmusoknak és a trauma feldolgozásának.

Hipotézisem elfogadása mellett szól az a megfigyelés is, hogy a vágyak, a társas és a társadalmi reakciók és a szelfreakciók előfordulási gyakoriságának tekintetében, a holocaust túlélők második generációjának tagjainak korábbi megnyilvánulásai és az állami gondoskodásban felnőtt fiatalok válaszaik több tekintetben megközelítik egymást, összehasonlítva a harmadik generációs fiatalokkal és a második generáció későbbi válaszaival. Ennek magyarázata az lehet, hogy sem a korábbi zsidó identitásformáknak, sem

az állami gondoskodásban felnőtt személyeknek a traumáik feldolgozásához nem volt társadalmi támogatottságuk.

Ugyanerre a jelenségre hívja fel a figyelmet az is, hogy a korábban felvett másodgenerációs interjúk és a megismételt, túlélőkkel készített interjúk között nagyobb eltéréseket találunk az élmények szerveződésében. A szelfreakciók tekintetében a mostani másodgenerációs interjúk a harmadik generációs zsidó fiatalokéhoz állnak közelebb, semmint saját korábban felelevenített életpizódjaikhoz. A kedvező irányú társadalmi változások, a társadalmi elbeszélések gyökeres átalakulása és a kollektív emlékezet kialakulásának kezdete adhatnak pozitív magyarázatot a jelenségre.

Kutatási eredményeim a társadalmi felelősségvállalás fontosságára hívják fel a figyelmet, hiszen a traumák feldolgozásában, megelőzésében nem elhanyagolható szerepük van a közösségeknek, a civil társadalomnak.

Nem lehet egyetlen szakma "belügye" a traumákkal és következményeikkel való szembenézés akkor, amikor a megoldás fontos eszközrendszerével, a társadalmi meghallgatás, a be- és elfogadás képességeivel éppen az a társadalmi közeg rendelkezik, amelyben a traumától és következményeiktől szenvedők élnek. Nap mint nap segíthetünk, ha tudunk erről a képességünkről és kultúránk szerves része az egymásért érzett felelősség.

Irodalom

- Ábrahám, M. – Török, M.** (1998): Rejtett gyász és titkos szerelem. *Thalassa*, (9), 2–3: 123–156.
- Ábrahám, M.** (2001): Feljegyzések a fantomról – Freud metapszichológiájának kiegészítése. In: Erős F., Ritter A. (szerk.): *A megtalált nyelv*. Újmandátum, Budapest, 66–70.
- Anderson, M. J.** (2004): Neutral Systems Underlying the Suppression of Unwanted Memories. *Science*, Vol. 303, 9, January 2004.
- Assmann, J.** (1999): *A kulturális emlékezet*, Atlantisz, Budapest
- Barclay, R.-C. - Smith, T. H.** (1992): Autobiographical Remembering: Creating Personal Culture. In: M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinner, W. A. Wagenaar (eds) *Theoretical Perspectives on Autobiographical Memory*. Kluwer Academic Publisher Netherlands.75–94.
- B. Gáspár, J.** (1991): Nyelvezavar és fordítás a mélylélektani gondolkodás tükrében. *Thalassa*, (2), 2: 19–29.
- Baddeley, A.** (2003): *Az emberi emlékezet*. Osiris, Budapest.
- Bálint, M.** (1969): Trauma and Object Relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 50/4: 429–435.
- Bálint, M.** (1994): *Az őstörés. A regresszió terápia vonatkozásai*. Animula, Budapest
- Bálint, M.** (1959, 1997): *A borzongások és regressziók világa*. Animula, Budapest.
- Bar-On, D.** (1989): *Legacy of Silence. Encounters with Children of the Third Reich*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Bar-On, D.** (1994): Holocaust-áldozatok és náci bűnösök: az utódok találkozása. *Thalassa*, (5), 1–2: 222–228.
- Bede, N.** (1997): A narrációról, szakdolgozat
- Bettelheim, B.** (1988): *A végső határ*. Budapest, Európa, 26-83.
- Bókay A.** (1991): A hermeneutikai szemlélet megformálódása Freud korai írásaiban. *Thalassa*, (2), 2: 44–56.
- Breakwell, G. M.** (1986): *Coping with threatened identities*. Methuen, London.

- Breuer, J. – Freud, S.** (1895, 1998): Tanulmányok a hisztériáról (részletek). In: *A Farkasember. Klinikai esettanulmányok II.* Filum, Budapest , 17-74.
- Brewer, W. F.** (1986): What is autobiographical memory? In: D. C. Rubin (ed.): *Autobiographical Memory.* Cambridge University Press.
- Bruner, J.** (2001): A gondolkodás két formája. In: László, J. - Thomka, B.(szerk.): *Narratívák 5. Narratív pszichológia,* Kijárat Kiadó, Budapest, 27-59.
- Caruth, C.** (1998): Introduction to Psychoanalysis: Culture and Trauma. *American Imago,* vol 1, 1998.
- Comer, J. R.** (2000): *A lélek betegségei.* Osiris, Budapest.
- Conway, M. A. – Rubin, D. C.** (1993): The structure of autobiographical memory. In: A. C. Collins, S. E. Gathescole, M. A. Conway, P. E. Morris (eds.): *Theories of memory,* Lawrence Erlbaum Associates, Sussex.
- Csabai, M.** (2003): „Pszichopolitika.” Tények és konstrukciók a lelki betegségek meghatározásában. *Cafe Babel* 2003/3-4. 63-73.
- Csuhai Csinos, K.** (2003): Trauma és ismétlés. A poszttraumás-stresszbetegség pszichoanalitikus szemmel. *Pszichoterápia* (12) 2003, 1, 17-29.
- Dasberg, H.** (1987): Psychological Distress of Holocaust Survivors and Offspring in Israel, Forty Years Later: A Review. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences,* 24 (4), 243-256.
- Dornes, M.** (2002): *A kompetens csecsemő.* Pont, Budapest.
- DSM-III-R.** (1991): *A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, revideált, III. kiadásának diagnosztikus kritériumai,* MPT, Budapest.
- DSM-IV** (1995): *A DSM-IV diagnosztikai kritériumai zsebkönyv.* Animula, Budapest.
- Dupont, J.** (2001): A trauma fogalma Freudnál és Ferenczinél. In: Erős F.–Ritter A. (szerk.): *A megtalált nyelv.* Újmandátum, Budapest, 15–22.
- Ehlers, A. –Clark, D. M.** (2000): A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. *Psychiatria Hungarica* 2000, 3, 249-276.
- Erikson, H. H.** (1959): Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues,* 1, (1), 5-165.

- Erős, F.** (1992): A zsidó identitás szerkezete Magyarországon a nyolcvanas években. In: Kovács M. M., Y. M. Kashti, Erős F. (szerk.): *Zsidóság, identitás, történelem*. T-Twins, Budapest, 85–96.
- Erős F. – Ehmann, B.** (1996): Az identitásfejlődés tükröződése az önéletrajzi elbeszélésben – Gondolatok egy második generációs interjú kapcsán. In: Erős F. (szerk.): *Azonosság és különbözőség*. Scientia Humana, Budapest, 96–113.
- Erős, F. – Kovács, A. – Lévai, K.** (1997): “Hogyan jöttem rá, hogy zsidó vagyok?” In: Csepeli Gy., Örkény A., Székelyi M. (szerk.): *Kisebbségpszichológia*. Szöveggyűjtemény. Minoritás Alapítvány, Budapest, 196–211.
- Erős, F.** (szerk.) (2000): *Ferenczi Sándor. Új mandátum*, Budapest.
- Erős, F.** (2001): *Az identitás labirintusai*. Janus – Osiris, Budapest.
- Fehér, F.** (1991): Ki a Dóra-történet szerzője? *Thalassa*, 1991, 2, 5–18.
- Ferenczi, S.** (1917, 1982a): A háborús neurózisok pszichoanalízise. In: Dr. Linczényi Adorján (szerk.): *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiból*. Magvető, Budapest, 199–226.
- Ferenczi, S.** (1934, 1982b): A trauma a pszichoanalízisben. In: Dr. Linczényi Adorján (szerk.): *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében...* Magvető, Budapest, 439–452.
- Ferenczi, S.** (1932, 1996): *Klinikai napló 1932*. (S.a.r.: J. Dupont) Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Ferenczi, S.** (1930, 1997a): A relaxáció elve és a neokatarzis (1929). In: Ferenczi S.: *Technikai írások (1921–33)*. Animula, Budapest, 71–86.
- Ferenczi, S.** (1931, 1997b): Felnőttek gyermekanalízise (1931). In: *Technikai írások (1921–33)*. Animula, Budapest, 87–101.
- Ferenczi, S.** (1933, 1997c): Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve (1932). In: Ferenczi S.: *Technikai írások (1921–33)*. Animula, Budapest, 102–112.
- Ferenczi, S.** (1929, 2000): A nem kívánt gyermek és halálösztöne. In: Erős Ferenc (szerk.): *Ferenczi Sándor. Új Mandátum*, Budapest, 121–124.
- Fischer, M.** (1997): A vegyesházasság, mint különbéke. . In: Virág T. (szerk.): *Elhúzódo társadalmi traumák hatásának felismerése és gyógyítása*. Animula, Budapest, 81–89.

- Fonagy, P. – Target, M.** (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a self-fejlődésben. *Thalassa*, (9), 1: 5–43.
- Fonagy, P.** (1999): The transgenerational transmission of holocaust trauma: lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment and Human Development*, 1, 1. 92-115.
- Fonagy, P. – Target, M. – Gergely, Gy.** (2000): Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 1, 2000, 103-123.
- Fonagy, P. – Target, M.** (2000): Mentalization and personality disorder in children. In: Lubbe, T. (ed.): *The Borderline Psychotic Child*. Routledge, London, 69–89.
- Fonagy, P. – Target, M – Gergely, Gy.** (2001): A kötődés és a borderline személyiségzavar. *Thalassa*, (12), 1: 21–51.
- Frankl, V.** (1988): „... mégis mondj igent az Életre!” – Egy pszichológus megéli a koncentrációs tábort. Pszichoteam, Budapest.
- Freud, A – Burlingahm, D.** (1943): *War and Children*. Ernst Willard
- Freud, A.** (1966, 1993): *Normalitás és patológia a gyermekkorban* Animula, Budapest
- Freud, S.** (1917, 1986): *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Gondolat, Budapest.
- Freud, S.** (1925, 1989a): Önéletrajz. In: S. Freud: *Önéletrajzi írások*. Cserépfalvi, Budapest, 11-81.
- Freud, S.** (1914, 1989b): A pszichoanalitikai mozgalom története. In: S. Freud: *Önéletrajzi írások*. Cserépfalvi, Budapest, 83-151.
- Freud, S.** (1920, 1991): Túl az örömelven. (*Halálöszön és életöszönök*). Múzsák, Budapest
- Freud, S.** (1913, 1995): Totem és tabu. In: Sigmund Freud: *Tömegpszichológia. Társadalomlélektani írások*. Cserépfalvi, Budapest 23-158.
- Freud, S.** (1918, 1998): Egy kisgyerekkori neurózis története („A Farkasember”). In: Sigmund Freud Művei VII. köt.: *A Farkasember. Klinikai esettanulmányok II*. Filum, Budapest, 75-188.
- Freud, S.** (1926, 2003): Gátlás, tünet, szorongás (részlet). A XI. „Utószó” című fejezete. In: Erős, F. (szerk.): *Sigmund Freud. Válogatás az életműből*. Európa, Budapest, 577-592.

- Füzesséry, É.** (1994): A családi tudattalan transzgenerációs hatásai. *Thalassa*, (5), 1–2: 68–80.
- Geertz, C.** (1994): *Az értelmezés hatalma*. Századvég, Budapest.
- Gergely, Gy.** (1993): Pszichoanalitikus rekonstrukciók a kognitív pszichológia szemszögéből: a hasítás és a projekció ontogenetikus eredete Melanie Klein és Margaret Mahler elméleteiben. *Thalassa* (4), 1: 117–149.
- Gergely, Gy.** (1996): Szimbiotikus folyamatok a korai lelki fejlődésben: Mahler szimbiózis fogalmának újraértékelése. In: Lukács Dénes (szerk.): *Korai személyiségfejlődés és terápiás folyamat*. Animula, Budapest, 19-28.
- Gergely, Gy. – Watson, J. S.** (1998): A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje. *Thalassa*, (9), 1: 5–43.
- Gergen, K. J. – Gergen, M. M.**, (1988): A narratívumok és az Én, mint viszonyrendszer. In: László J. (szerk.): *Válogatás a szociális megismerés szakirodalmából II*. Tankönyvkiadó, Budapest 127-172.
- Green, A.** (1983): The dead mother. In: A. Green: *On private Madness*. Hogart Press and The Institute of Psychoanalysis, London
- Grubich-Smimth, I.** (1984): „From Concretism to Methaphor: Thoughts on Some Theoretical and Technical Aspects of the Psychoanalytic Work with Children of Holocaust Survivors. *Psychoanalytic Study of the Child* 39. 301-329.
- Gyömrői, E.** (1963, 1994): Egy koncentrációs tábor túlélte, fiatal lány analízise, *Thalassa*, (5), 1–2: 32-53
- Halbwachs, M.** (2000): A kollektív emlékezet. In: *Szociológiai irányzatok a XX. század elejéig*. Szerk.: Felkai Gábor et al. Budapest, pp. 303-433.
- Hámori E.** (1999): Idegen test a terápiás térben – A szeparációs szorongás háttere és feldolgozása rövidterápiákban. In: Bokor, L. (szerk.): *Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák*. Animula, Budapest, 53–62.
- Hámori E.** (2001): A „halott anya életre keltése” – korai kapcsolati traumák és énszerveződés. In: Szerdahelyi, E. (szerk.): *Konfliktus, hiány, trauma*. Animula, Budapest, 65–74.

- Hámori, E.** (1999): Az önéletrajzi emlékek egyéni és kollektív funkciója – tárgykapcsolati megközelítésben. In: Kónya A. – Király I. – Bodor P.- Pléh Cs. (szerk.): *Kollektív, társas, társadalmi*. Akadémiai, Budapest
- Hárs, Gy. P. – Komálovics, Z. – Tamás, I.** (2000): A tárgyvesztés nyelve – az irodalom margóján. – *Kézirat*
- Haynal, A.** (1996): *Viták a pszichoanalízisben: Freud, Ferenczi, Bálint*. Thalassa Alapítvány – Cserépfalvi, Budapest.
- Haynal, A.** (2003): *Párbeszéd vagy párviadal? A Freud–Ferenczi-kapcsolat és a pszichoanalízis*. Gondolat, Budapest.
- Heller, Á.** (2006): *Trauma*. Múlt és Jövő, Budapest
- Herman, J.** (2003): *Trauma és gyógyulás*. Háttér – Kávész – NANE, Budapest.
- Herzog, J.** (1982): World Beyond Metaphor: Thoughts on the Transmission of Trauma In: Bergmann and Yucovy (eds.), *Generations of the Holocaust*, Basic Books, New York, NY.
- Hoppe, K. D.** (1994): Üldözöttség, agresszió és depresszió. *Thalassa*, (5), 1–2: 53–67.
- Inowlocki, L.** (1994): Nagyanyák, anyák és leányok: három zsidó menekült család asszonyai. *Thalassa*, (5), 1–2: 176–187.
- Jucovy, M. E.** (1994): A pszichoanalízis hozzájárulása a holocaust tanulmányozásához. *Thalassa*, (5), 1–2: 12–31.
- Karády, V.** (1992): A Shoah, a rendszerváltás és a zsidó azonosságtudat válsága Magyarországon. In: Kovács M. M., Y. M. Kashti, Erős F. (szerk.): *Zsidóság, identitás, történelem*. T-Twins, Budapest, 23–45.
- Kende, A.** (2001): *A nőiséggel kapcsolatos pszichoanalitikus elméletek*. PhD. értekezés, PTE, Pécs.
- Kertész, I.** (1975): *Sorstalanság*. Magvető, Budapest
- Kertész, I.** (1998): *Egy gondolatnyi csend, amíg a kivégzőosztag újratölt*. Magvető, Budapest
- Kertész, I.** (2000): A száműzött nyelv, *Élet és irodalom*, 2000/47
- Kestenberg, J. S.** (1994): A túlélők gyermekei és a gyermek-túlélők. *Thalassa*, (5), 1–2: 81–100.

- Király, I.** (1998): *Önéletrajzi emlékezet társas környezetben*. Szakdolgozat, ELTE BTK.
- Klein, M.** (1999): *A szó előtti tartomány. Pszichoanalitikus tanulmányok*. Akadémiai kiadó, Budapest.
- Kogan, I.** (1994): A trauma feldolgozása a holocaust-túlélők leszármazottainak pszichoanalízisében. *Thalassa*, (5), 1–2: 101–109.
- Kónya, A.** (1994): Az elbeszélés és az önéletrajzi emlékezet. A személyes emlékek elbeszélő és emlékezeti természete. In: Kónya A. (szerk.): *Az elbeszélés és az önéletrajzi visszaemlékezés*. ELTE ÁPKP, Budapest.
- Kornis, M.** (1994): Niht fordem kind (részlet a *Napkönyvből*). *Thalassa*, (5), 1–2: 3–8.
- Kovács, A.** (1992): Identitás és etnicitás. In: Kovács M. M., Y. M. Kashti, Erős F. (szerk.): *Zsidóság, identitás, történelem*. T-Twins, Budapest, 605–612.
- Kovács, É. - Vajda, J.** (1994): Leigazoltam a zsidókhöz. *Thalassa*, 1994/5, 228-246.
- Kovács, É. - Vajda, J.** (1996): A kettős kommunikáció mint csoporttényező. *Családtörténetek a zsidó iskolában*. In: Erős, F. (szerk.): *Azonosság és Különbözőség*, Scientia Humana, Budapest, 114-128.
- Kramer, M.** (1984): The Dream Experience in Dream-Disturbed Vietnam Veterans. In: Van derl Kolk, B. (ed.): *Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington, DC.
- Krystal, H.** (1978): Trauma and Affects. *Psychoanalytic Study of the Child* 33. 81-116.
- LaCapra, D.** (2000): Trauma, Absence, Loss. *American Imago*, vol. 1.
- Lányi, A.** (1997): Szenvedéstörténet. In: Virág, T. (szerk.): *Elhúzódó társadalmi traumák hatásának felismerése és gyógyítása*. Animula, Budapest, 23-27.
- Laplanche, J. – Pontalis, J. B.** (1994): *A pszichoanalízis szótára*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- László, J.** (1998): *Szerep, forgatókönyv, narratívum. Szociálpszichológiai tanulmányok*. Scientia Humana, Budapest.
- László, J.** (2005): *A történetek tudománya – bevezetés a narratív pszichológiába*. Új Mandátum, Budapest

- László, K.** (szerk.) (1995): *Magyar Emlékmécsesek*. Tanulmányok a KÚT Pszichoterápiás Rendelő gyakorlatából: holocaust túlélők és leszármazottaik terápiája. Magatartástudományi Füzetek 4, SOTE-MAPET – Végeken Alapítvány, Budapest.
- Lénárd, K.** (2003): *A modern selfméméletek klinikai pszichiátria és pszichoanalízis-történeti vonatkozásai*. PhD disszertáció, PTE ÁOK, Pécs.
- Leys, R.** (2000): *Trauma: a genealogy*. University Press, Chicago.
- Luborsky, L. – Crits-Crhhristoph, P.**(1990): *Understanding Transference – The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Basic Books, New York
- Lust, I.** (1992): Az elbeszél világ rései. In: Fűredi, J. – Buda, B. (szerk.): *Műzsák a díványon - Pszichoterápia és kultúra*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 245–259.
- Lust, I.** (2001): Trauma, nem tudás, ismétlés és emlékezés. In: Szerdahelyi Edit (szerk.): *Hiány, Konfliktus, Trauma*. Animula, Budapest, 193-206.
- Martényi, F.** (2000): A Poszttraumás stressz-betegség. *Psychiátria Hungarica*, 2000, 15(3): 276–293.
- McAdams, D. P.** (2001): A történet jelentése az irodalomban és az életben. In: László, J. - Thomka, B.(szerk.): *Narratívák 5. Narratív pszichológia*, Kijárat Kiadó, Budapest, 157-175.
- McNally, R. J.** (2003): *Remembering trauma*. MA: Belknap Press / Harvard University Press, Cambridge.
- Mitchell, J.** (1999): Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa*, (10), 2–3: 83-106.
- Mitchell, S. A. – Black, M. J.** (2000): *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*. Animula, Budapest.
- Monsen, J. T.** (1999): Szelfpszichológia és modern affektuselmélet. In: Karterud, S. – Monsen, J. T. (szerk.): *Szelfpszichológia és a Kohut utáni fejlődés*. Animula, Budapest, 75–96.
- Myers, C. S.** (1940): *Shell Shock in France*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Neisser, U.** (1992): Az önmagunkról való tudás öt válfaja. In: László, J. (szerk.): *Válogatás a szociális megismerés szakirodalmából II*. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Niederland, W. G.** (1961): The Problem of the Survivor. *J. Hillside Hospital*. 10. 233-247.

- Nigro, G. -Neisser, U.**, (1992): A személyes emlékek nézőpontjai. In: Kónya, A. (szerk.): *Az emlékezet ökológiai elméletei*. Tankönyvkiadó, Budapest
- Orwell, G** (1989): *1984*. Európa, Budapest
- Péley, B.** (2001): A pszichoanalitikus modell és a narratív pszichológia. In: Szerdahelyi Edit (szerk.): *Hiány, Konfliktus, Trauma*. Animula, Budapest, 187-193
- Perczel–Forintos, D.** (2000): Poszttraumás stressz-betegség, könyvrecenzió. *Psychiátria Hungarica*, 2000, 15 (3), 347–351.
- Pető, K.** (1992): „Engem az antiszemitizmus sodort a zsidók közé” – Az identitás változásai. In: Kovács M. M., Y. M. Kashti, Erős F. (szerk.): *Zsidóság, identitás, történelem*. T-Twins, Budapest, 128–137.
- Pléh Cs.** (1994): A narratívumok mint a pszichológiai koherenciateremtés eszközei. In: Kónya A. (szerk.): *Az elbeszélés és az önéletrajzi visszaemlékezés*. ELTE ÁPKP, Budapest.
- Rand, M. – Török, M.** (1999): A trauma problémája Freudnál és Ferenczinél. *Thalassa*, (10), 1: 3–21.
- Rand, M.** (2001): Titok és utókor – a transzgenerációs fantom elmélete. In: Erős F., Ritter A. (szerk.): *A megtalált nyelv*. Újmandátum, Budapest, 62–65.
- Rosenthal, G.** (1994): Nemzetiszocializmus és antiszemitizmus a generációk közötti párbeszédben. *Thalassa*, (5), 1–2: 203–221.
- Rosenthal, G.** (1994): Német háborús emlékek: az elbeszélhetőség és az emlékezés életrajzi és társadalmi funkciói. *Thalassa*, (5), 1–2: 188–202.
- Sarbin, T. R.** (2001): Az elbeszélés, mint a lélektan tő-metaforája. In: László, J. - Thomka, B.(szerk.): *Narratívák 5. Narratív pszichológia*, Kijárat Kiadó, Budapest, 59-77.
- Sarkadi B.** (2001): Szelektív mutizmus. In: Szerdahelyi, E. (szerk.): *Konfliktus, hiány, trauma*. Animula, Budapest, 98–107.
- Schacter, D. L.** (1998): *Emlékeink nyomában*. Háttér Kiadó, Budapest.
- Schacter, D. L.** (2002): *Az emlékezet hét bűne – Hogyan felejt és emlékszik az elme?* HVG Kiadó, Budapest.
- Schank, C. W.**(2004): *Dinamikus emlékezet*. Vince Kiadó, Budapest

- Segall, A.** (1974): Spatreakcion auf KZ. Erlebnisse. *Psyce*. 28.3.221-230.
- Shengold, L.** (1974): Soul Murder, a review. *International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy*, 1974:3
- Sitz, R.** (1945): Hospitalism', *Psychoanalytic Study of the Child*, 1: 53-74
- Steele, R.** (1991): Pszichoanalízis és hermeneutika. *Thalassa*, (2), 2: 63–81.
- Stern, D.** (1985): *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Basic Books, New York.
- Stern, D.** (1995): *The Motherhood Constellation*. Basic Books, New York.
- Stolorow, R. – Atwood, G.** (1992): *Context of being*. Analytic Press, Hillsdale.
- Sulloway, F. J.** (1987): *Freud, a lélek biológusa*. Gondolat, Budapest.
- Székács, I.** (1991): Én-rendellenességek háború idején In: Székács István: *Pszichoanalízis és természettudomány*. Párbeszéd, Budapest, 181-190.
- Szilágyi, J.** (1994): Néhány gondolat egy zsidó származású paciens analízise kapcsán. *Thalassa*, (5), 1-2: 160–168.
- Szummer, Cs.** (1991): “Valóság” és “fikció” a pszichoanalízisben. *Thalassa*, (2), 2: 30–43.
- Szummer, Cs.** (1996): Pszichoanalízis és modern identitás. A freudi személyiségmodell empirista, racionalista és romantikus gyökereiről. In: Erős F. (szerk.): *Azonosság és különbözőség*. Scientia Humana, Budapest, 57–71.
- Target, M.** (1998): A kötődés reprezentációja súlyos személyiségzavarban szenvedő betegeknél. In: *Thalassa* (9), 1998, 1: 44–55.
- Urnes, O.** (1997): Fejlődéslélektan és szelfpszichológia. In: Karterud, S. – Monsen, J.T (szerk.), *Szelfpszichológia és a Kohut utáni fejlődés*. Animula, Budapest, 55-75.
- Van der Kolk, B.** (1966): *Traumatic Stress: The Effects Owerwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York
- Van der Kolk, B.** (1984): A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans. *American Journal of Psychiatry* 141, 187.90
- Várnai, Gy.** (1994): A holocaust késői pszichoszomatikus hatásai. *Thalassa*, 1994/5, 147-159.

- Vikár, Gy.** (1994): Zsidó sors(ok) az analitikus rendelés tükrében. *Thalassa*, 1994/5, 139-146.
- Virág, T.** (1991): Anya-tükör. Róheim Géza születésének 100. évfordulójára rendezett konferencián elhangzott előadás szövege
- Virág, T.** (1992): Kollektív traumák. *In: Füredi, J. - Buda, B. (szerk.): Múzsák a díványon - Pszichoterápia és kultúra.* Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 147-164.
- Virág, T.** (1994): A holocaust-szindróma megjelenése a pszichoterápiás gyakorlatban. *Thalassa*, 1994/5, 129-138.
- Wardi, D.** (1995): *Emlékmécsesek. A holocaust gyermekei.* Ex Libris, Budapest
- Winnicott, D.** (1999): *Játszás és valóság.* Animula, Budapest
- Yule, W.** (szerk.) (1999): *Post-Traumatic Stress Disorders - Concepts and Therapy.* John Wiley and Sons Ltd., London.

1. számú melléklet – standard kategóriák listája és leírásuk

A Vágyak (W) standard kategóriái és leírásuk ("jelentésük")

Kategória sorszáma	Standard kategória megnevezése	Kategória leírása
1	Hogy megértsenek	Hogy felfogjanak, hogy empatizáljanak velem, hogy helyesen lássanak
2	Hogy elfogadjanak	Hogy egyetértsenek velem, hogy ne ítélkezzenek felettem
3	Hogy tiszteljenek	Hogy értékeljenek, hogy értékemen kezeljenek, hogy másoknak fontos legyek
4	Hogy másokat elfogadjak	Hogy receptív legyek másokhoz
5	Hogy másokat tiszteljek	Hogy értékeljek másokat
6	Bizalommal lenni	Hogy mások őszinték legyenek, hogy mások igazak legyenek
7	Kedvelve lenni	Hogy mások érdeklődjenek irántam
8	Hogy mások megnyíljanak számomra	Hogy válaszoljanak nekem, hogy beszéljenek hozzám
9	Nyitottnak lenni	Hogy kifejezzem magam, hogy kommunikáljak
10	Távolságtartónak lenni másoktól	Hogy ne fejezzem ki magam és érzéseim, hogy egyedül hagyjanak
11	Közel lenni másokhoz	Hogy befogadjanak, hogy ne hagyjanak ki, hogy barátok legyünk
12	Segíteni másoknak	Adni másoknak, felnevelni másokat
13	Segítve lenni	Hogy támogatást adjanak, hogy valami értékeset adjanak, hogy meg legyek védve
14	Sértetlen maradni	Hogy elkerüljem a fájdalmat, hogy elkerüljem a visszautasítást, hogy megvédjem magam
15	Megbántottnak lenni	Hogy megbüntessenek, hogy rosszul bánjanak velem, hogy megsérüljek
16	Megbántani másokat	Hogy bosszút álljak, hogy visszautasítsak másokat, hogy kifejezzek haragot mások iránt
17	Konfliktust elkerülni	Kompromisszumot kötni, másokat nem magamra haragítani, rugalmasnak lenni
18	Szembeállni másokkal	Ellenállni a dominanciának, versenyezni másokkal
19	Mások felett irányítással bírni	Dominálni, hatalommal bírni, hogy a dolgok nekem megfelelően alakuljanak
20	Mások legyenek irányítással felettem	Alárendeltnek lenni, függőnek lenni, passzívnak lenni
21	Önkontrollal rendelkezni	Konzisztensnek és racionálisnak lenni

Kategória sorszáma	Standard kategória megnevezése	Kategória leírása
22	Elérni valamit	Kompetensnek lenni, jól tenni, nyerni
23	Függetlennek lenni	Önellátónak lenni, autonómnak lenni
24	Jó érzéssel lenni magammal kapcsolatban	Magabiztosnak lenni, elfogadni magamat
25	Javítani magamat	Javulni, jól jobban csinálni
26	Jónak lenni	A helyes dolgot megtenni, tökéletesnek lenni, helyesnek lenni
27	Olyan lenni, mint egy másik	Másikkal azonosulni, másokhoz hasonlónak lenni, mást modellnek tekinteni
28	Saját magam lenni	Nem konformnak lenni, egyedinek lenni
29	Nem felelősnek vagy kötelezettnek lenni	Szabadnak lenni, kötöttségek nélkülinek lenni
30	Stabilnak lenni	Biztonságban lenni, struktúrával rendelkezni
31	Kényelmesen érezni magam	Relaxálni, nem rosszul érezni magam
32	Jókedvűnek lenni	Élvezni, jól érezni magam
33	Szerelmes lenni	Romantikus kapcsolatban lenni
34	Érvényesülni	Jogaim elfogadását kikényszeríteni

A Mások Válasza (Ro) standard kategóriái és leírásuk ("jelentésük")

Kategória sorszáma	Standard kategória megnevezése	Kategória leírása
1	Megértenek	Empatikusak, szimpatizálnak velem, jól értékelnek engem
2	Nem értenek meg	Nem empatikusak, nem szimpatizálnak velem, tapintatlanok velem
3	Elfogadnak	Nem utasítanak el, egyetértenek velem, bevesznek
4	Elutasítanak	Nem értenek egyet velem, kritikusak velem szemben
5	Tisztelnek	Értékelnek, csodálnak, valós értékemen kezelnek
6	Nem tisztelnek	Nem valós értékemen kezelnek, nem értékelnek, nem csodálnak
7	Nem bíznak bennem	Nem hisznek bennem, gyanakvóak velem szemben
8	Nem szavahihetőek	Elárulnak, csalárdak, nem tisztességesek
9	Kedvelnek	Érdeklődnek irántam
10	Nem kedvelnek	Nem érdeklődnek irántam
11	Nyitottak	Kifejezők, nyilvánosságra hozóak, elérhetőek

Kategória sorszáma	Standard kategória megnevezése	Kategória leírása
12	Távolságtartóak	Nem elérhetőek, nem válaszolnak
13	Segítőkések	Támogatóak, adnak nekem, magyaráznak
14	Nem segítőkések	Nem vigasztalnak, nem megnyugtatóak, nem támogatóak
15	Bántanak	Erőszakosak, rosszul bánnak velem, büntetnek
16	Megbántottak (<i>ők meg vannak bántva</i>)	Fájdalmuk van, megsérülnek, sebesültek
17	Szembeszállnak velem	Kompetitívek, elutasítják / blokkolják a kívánságaimat, ellenem mennek
18	Kooperatívok	Egyetértők
19	Nincsenek kontroll alatt	Nem megbízhatóak, nem lehet rájuk számítani, felelőtlenek
20	Kontrollálnak	Dominálnak, megfélemlítenek, agresszívek, feladatot magukra vállalnak
21	Függetlenséget adnak nekem	Autonómiát adnak nekem, saját utam keresését támogatják
22	Függők (<i>dependesek</i>)	Befolyásolom őket, alárendeltek
23	Függetlenek	Saját magukat irányítják, nem konformisták, autonómok
24	Erősek	Feljebbvalóak, felelősek, fontosak
25	Rosszak	Nincs igazuk, bűnösök, hibáznak
26	Sztriktek	Rigidek, zordak ,szigorúak
27	Mérgesek	Ingerlékenyek, neheztelők, frusztráltak
28	Aggódók	Megfélemlítettek, gondterheltek, idegesek
29	Boldogok	Viccesek, jókedvűek, élveznek
30	Szeret engem	Romantikusan érdeklődik irántam

A Szelf Válasza (Rs) standard kategóriái és leírásuk ("jelentésük")

Kategória sorszáma	Kategória megnevezése	Kategória leírása
1	Megértem	Felfogom, realizálom, helyesen látom
2	Nem értem meg	Zavart vagyok, meglepett vagyok, alacsony ön-megértésem van
3	Elfogadottnak érzem magam	Megerősítettnek érzem
4	Tisztelve levőnek érzem magam	Értékelve érzem magam, csodálva érzem magam
5	Szeretem a többieket	Barátságos vagyok
6	Nem szeretem a többieket	Utálok másokat
7	Nyitott vagyok	Kifejezem önmagam

Kategória sorszáma	Kategória megnevezése	Kategória leírása
8	Nem vagyok nyitott	Inhibitált vagyok, nem vagyok kifejező, távolságtartó vagyok
9	Segítőképz vagyok	Támogató vagyok, próbálok mások kedvében járni, adok
10	Megbántok másokat	Erőszakos vagyok, ellenségesen viselkedem
11	Szembezálok másokkal	Kompetitív vagyok, elutasítom / tagadom a másikat, másokkal való konfliktus
12	Irányítok	Dominálok, befolyásos vagyok, manipulálok másokat, asszertív vagyok, agresszív vagyok
13	Irányítás alól kiszabadulok	Felelőtlen vagyok, impulzív vagyok, megbízhatatlan vagyok
14	Önkontrollom van	Felelős vagyok
15	Független vagyok	Saját döntéseimet magam hozom, önirányító vagyok, autonóm vagyok
16	Függök	Alárendelt vagyok, passzív vagyok
17	Tehetségtelen vagyok	Inkompetens vagyok, inadekvát vagyok
18	Magabiztosnak érzem magam	Sikeres vagyok vagy annak érzem magam, büszkének érzem magam, önbizalmam van
19	Bizonytalan vagyok	Ambivalens vagyok, konfliktusban levőnek érzem magam
20	Csalódottnak érzem magam	Nem vagyok elégedett, elégedetlen vagyok, vágyaim nem teljesülnek
21	Mérges vagyok	Irritált vagyok, frusztrált vagyok, ellenszenvvel vagyok
22	Levertnek érzem magam	Reménytelennek érzem magam, szomorúnak, rossznak érzem magam
23	Nem szeretnek	Egyedül érzem magam, visszautasítottnak érzem magam
24	Féltékenynek érzem magam	Irigynek érzem magam
25	Bűnösnek érzem magam	Magamat hibáztatom, rosszat tevőnek érzem magam, hibásnak érzem magam
26	Szégyellem magam	Zavarban levőnek érzem magam
27	Aggódok	Félek, aggódok, idegesnek érzem magam
28	Kényelmesen érzem magam	Biztonságban levőnek érzem magam, elégedett vagyok vagy annak érzem magam
29	Jókedvűnek érzem magam	Izgatottnak érzem magam, jól érzem magam, örömet érzek, lelkesnek érzem magam
30	Szeretve érzem magam	

2. számú melléklet – klaszterek és a hozzájuk tartozó standard kategóriák

A Vágyak (W) standard kategóriáinak besorolása a klaszterekbe

Vágyak (W)		
Klaszter megnevezése	Kategória sorszáma	Standard kategória megnevezése
Asszertívnek és függetlennek lenni	21	Önkontrollal rendelkezni
	23	Függetlennek lenni
	28	Saját magam lenni
	34	Érvényesülni
Szembeszállni, megbántani és ellenőrizni másokat	16	Megbántani másokat
	18	Szembeszállni másokkal
	19	Mások felett irányítással bírni
Segítve és ellenőrizve lenni	13	Segítve lenni
	15	Megbántottnak lenni
	20	Mások legyenek irányítással felettem
	27	Olyan lenni, mint egy másik
	29	Nem felelősnek vagy kötelezettnek lenni
Távolságtartónak és konfliktuskerülőnek lenni	10	Távolságtartónak lenni másoktól
	14	Sértetlen maradni
	17	Konfliktust elkerülni
Másokhoz közel lenni és elfogadni	4	Hogy másokat elfogadjak
	5	Hogy másokat tiszteljek
	6	Bizalommal lenni
	8	Hogy mások megnyíljanak számomra
	9	Nyitottnak lenni
	11	Közel lenni másokhoz
Szeretve és elfogadottnak lenni	1	Hogy megértsenek
	2	Hogy elfogadjanak
	3	Hogy tiszteljenek
	7	Kedvelve lenni
	33	Szerelmes lenni
Jól és biztonságban érezni magam	24	Jó érzéssel lenni magammal kapcsolatban
	30	Stabilnak lenni
	31	Kényelmesen érezni magam
	32	Jókedvűnek lenni
Érvényesülni és segíteni másnak	12	Segíteni másoknak
	22	Elérni valamit
	25	Javítani magamat
	26	Jónak lenni

Mások Válasza (Ro) standard kategóriáinak besorolása a klaszterekbe

Mások válasza		
Klaszter megnevezése	Kategória sorszáma	Kategória megnevezése
Erős	23	Függetlenek
	24	Erősek
	29	Boldogok
Ellenőrző	20	Kontrollálnak
	26	Sztriktek
Zaklatott	16	Megbántottak (<i>ők meg vannak bántva</i>)
	19	Nincsenek kontroll alatt
	22	Függők (<i>dependesek</i>)
	27	Mérgesek
	28	Aggódóak
Rossz	8	Nem szavahihetőek
	25	Rosszak
El- és visszautasító	2	Nem értenek meg
	4	Elutasítanak
	6	Nem tisztelnek
	7	Nem bíznak bennem
	10	Nem kedvelnek
	12	Távolságtartóak
	14	Nem segítőkészek
	15	Bántanak
Segítőkész	13	Segítőkészek
	18	Kooperatívok
Kedvel engem	5	Tisztelnek
	9	Kedvelnek
	21	Függetlenséget adnak nekem
	30	Szeret engem
Megértő	1	Megértének
	3	Elfogadnak
	11	Nyitottak

Szef Válasza (Rs) standard kategóriáinak besorolása a klaszterekbe

Szef válasza		
Klaszter megnevezése	Kategória sorszáma	Kategória megnevezése
Segítőkész	1	Megértem
	7	Nyitott vagyok
	9	Segítőkész vagyok
Elutasító	2	Nem értem meg
	6	Nem szeretem a többieket
	8	Nem vagyok nyitott
Tisztelve és elfogadva	3	Elfogadottnak érzem magam
	4	Tisztelve levőnek érzem magam
	5	Szeretem a többieket
	28	Kényelmesen érzem magam
	29	Jókedvűnek érzem magam
	30	Szeretve érzem magam
Szembeszáll és megbánt másokat	10	Megbántok másokat
	11	Szembeszállok másokkal
Magabiztos és önkontrollja van	12	Irányítok
	14	Önkontrollom van
	15	Független vagyok
	18	Magabiztosnak érzem magam
Bizonytalan	13	Irányítás alól kiszabadulok
	16	Függök
	17	Tehetségtelen vagyok
	19	Bizonytalan vagyok
Levert és csalódott	20	Csalódottnak érzem magam
	21	Mérges vagyok
	22	Levertnek érzem magam
	23	Nem szeretnek
	24	Féltékenynek érzem magam
Aggódo és szégyenteljes	25	Bűnösnek érzem magam
	26	Szégyellem magam
	27	Aggódom

3. számú melléklet – Vágyak standard kategória eredmények

A Vágyak (W) standard kategóriáinak előfordulási gyakorisága és szignifikancia tesztje

Std. Kat.	Vágyak (W) Standard kategória előfordulási gyakoriságok				90%-os szign.
	Állami gondozottak	II. generáció (régj)	II. generáció (új)	III. generáció	
1	6%	3%	2%	3%	
2	5%	3%	0%	8%	
3	2%	1%	2%	5%	
4	3%	0%	0%	2%	
5	0%	0%	0%	0%	
6	0%	1%	0%	2%	
7	1%	1%	2%	2%	
8	3%	22%	20%	24%	szign.
9	2%	3%	13%	2%	szign.
10	1%	1%	0%	5%	
11	25%	16%	11%	19%	
12	1%	0%	9%	0%	szign.
13	11%	11%	0%	3%	szign.
14	5%	4%	4%	2%	
15	0%	0%	0%	0%	
16	7%	1%	0%	2%	szign.
17	1%	4%	2%	0%	
18	0%	0%	2%	0%	
19	0%	0%	0%	0%	
20	1%	1%	0%	0%	
21	0%	0%	0%	0%	
22	3%	9%	2%	5%	
23	1%	8%	4%	3%	
24	0%	0%	3%	7%	szign.
25	3%	0%	0%	2%	
26	0%	0%	0%	0%	
27	3%	3%	7%	0%	
28	0%	1%	4%	0%	
29	1%	1%	0%	0%	
30	0%	3%	10%	5%	szign.
31	0%	1%	0%	0%	
32	3%	0%	0%	0%	
33	6%	1%	0%	0%	szign.
34	3%	0%	0%	0%	
35	0%	0%	0%	0%	

4. számú melléklet – Mások Válasza standard kategória eredmények

A Mások Válasza (Ro) standard kategóriáinak előfordulási gyakorisága és szignifikancia tesztje

Std. Kat.	Mások válasza (Ro) Standard kategória előfordulási gyakoriságok				90%-os szign.
	Állami gondozottak	II. generáció (rég)	II. generáció (új)	III. generáció	
1	8%	3%	7%	15%	szign.
2	7%	11%	8%	4%	
3	3%	2%	11%	7%	szign.
4	5%	5%	5%	2%	
5	2%	1%	4%	2%	
6	3%	8%	3%	0%	szign.
7	0%	0%	0%	0%	
8	10%	6%	3%	2%	szign.
9	0%	1%	3%	0%	
10	0%	1%	0%	2%	
11	1%	4%	5%	14%	szign.
12	2%	11%	14%	10%	szign.
13	12%	10%	8%	16%	
14	4%	2%	3%	1%	
15	20%	8%	1%	10%	szign.
16	1%	1%	3%	1%	
17	7%	5%	7%	2%	
18	1%	3%	4%	1%	
19	1%	1%	1%	1%	
20	8%	6%	1%	4%	
21	0%	0%	0%	2%	szign.
22	0%	0%	0%	0%	
23	0%	1%	3%	0%	
24	1%	1%	1%	0%	
25	2%	0%	0%	0%	szign.
26	0%	4%	0%	0%	szign.
27	1%	4%	4%	0%	
28	1%	1%	0%	1%	
29	0%	0%	0%	0%	
30	1%	0%	0%	0%	

5. számú melléklet – Szelf Válasza standard kategória eredmények

A Szelf Válasza (Rs) standard kategóriáinak előfordulási gyakorisága és szignifikancia tesztje

Std. Kat.	Szelf válasza (Rs) Standard kategória előfordulási gyakoriságok				90%-os szign.
	Állami gondozottak	II. generáció (rég)	II. generáció (új)	III. generáció	
1	4%	5%	2%	7%	
2	9%	14%	12%	4%	szign.
3	2%	1%	5%	8%	szign.
4	0%	0%	2%	1%	szign.
5	2%	2%	4%	6%	
6	4%	3%	0%	5%	
7	2%	3%	1%	2%	
8	11%	7%	5%	6%	
9	4%	2%	4%	2%	
10	5%	3%	0%	1%	szign.
11	2%	2%	0%	2%	
12	3%	1%	0%	0%	
13	6%	1%	0%	0%	szign.
14	1%	0%	0%	0%	
15	3%	1%	2%	4%	
16	3%	2%	2%	2%	
17	3%	2%	0%	0%	
18	3%	2%	18%	11%	szign.
19	1%	2%	6%	4%	
20	6%	7%	8%	6%	
21	1%	4%	2%	2%	
22	3%	5%	5%	2%	
23	6%	5%	1%	1%	szign.
24	2%	0%	0%	0%	
25	2%	1%	0%	1%	
26	3%	6%	5%	2%	
27	2%	6%	2%	3%	
28	5%	4%	11%	11%	szign.
29	4%	1%	0%	4%	szign.
30	0%	0%	1%	0%	

6. sz. Melléklet

A klaszterek előfordulási gyakorisága és szignifikancia tesztje

Vágyak (W)						
klaszter	Megnevezés	Állami gondozottak	II. generáció (régi)	II. generáció (új)	III. generáció	90%-os szign.
1	Asszertívnek és függetlennek lenni	5%	9%	9%	3%	nem szign.
2	Szembeszállni, megbántani és ellenőrizni másokat	7%	1%	2%	2%	nem szign.
3	Segítve és ellenőrizve lenni	17%	16%	7%	3%	szign.
4	Távolságtartónak és konfliktuskerülőnek lenni	7%	9%	7%	7%	nem szign.
5	Másokhoz közel lenni és elfogadni	34%	42%	44%	47%	nem szign.
6	Szeretve és elfogadottnak lenni	19%	9%	7%	19%	szign.
7	Jól és biztonságban érezni magam	3%	4%	13%	12%	szign.
8	Érvényesülni és segíteni másnak	8%	9%	11%	7%	nem szign.

Mások válasza (Ro)						
klaszter	Megnevezés	Állami gondozottak	II. generáció (régi)	II. generáció (új)	III. generáció	90%-os szign.
1	Erős	1%	2%	4%	0%	nem szign.
2	Ellenőrző	8%	11%	1%	4%	szign.
3	Zaklatott	3%	8%	8%	4%	nem szign.
4	Rossz	12%	6%	3%	2%	szign.
5	El- és visszautasító	49%	49%	41%	32%	szign.
6	Segítőképz	13%	13%	12%	17%	nem szign.
7	Kedvel engem	3%	3%	7%	5%	nem szign.
8	Megértő	12%	8%	23%	36%	szign.

Szelf válasza (Rs)						
klaszter	Megnevezés	Állami gondozottak	II. generáció (régi)	II. generáció (új)	III. generáció	90%-os szign.
1	Segítőképz	9%	13%	7%	12%	nem szign.
2	Elutasító	24%	24%	17%	16%	nem szign.
3	Tisztelve és elfogadva	13%	9%	23%	31%	szign.
4	Szembeszáll és megbánt másokat	7%	5%	0%	3%	szign.
5	Magabiztos és önkontrollja van	9%	5%	20%	15%	szign.
6	Bizonytalan	13%	8%	8%	6%	nem szign.
7	Levert és csalódott	18%	22%	17%	12%	nem szign.
8	Aggódó és szégyenteljes	7%	13%	7%	6%	szign.