

*Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar  
Pszichológia Doktori Iskola  
Elméleti Pszichoanalízis Alprogram*

---

HAVELKA JUDIT

A TRANSZGENERÁCIÓS TRAUMAÁTVITEL  
EGY LEHETSÉGES MÓDJA

Doktori (Ph.D) értekezés tézisei

Témavezető:  
**Prof. Dr. Erős Ferenc**  
és  
**Dr. Koltai Mária**

Pécs, 2011



## BEVEZETÉS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Az első rész első fejezete a pszichotrauma történelmét kísérli meg röviden összefoglalni. Ennek a megközelítésnek a történelem során rendkívül hányattatott sors jutott osztályrészül. Az, hogy traumatikus tapasztalatok különféle pszichés zavarokhoz vezethetnek, lényegében már régóta elismert, a pszichológia, a pszichiátria és társ-tudományai azonban az idők folyamán meglehetősen váltakozó mértékű figyelmet szenteltek e ténynek. A hisztéria körül kibontakozott heves szakmai vitáktól kezdve a háborús veteránokat elítélő bíróságokon keresztül a megerőszakolt, bántalmazott asszonyok

szenvedéseinek el nem ismeréséig folyamatosan az áldozatot hibáztató („blaming the victim”) szemlélet győzedelmeskedett az újra és újra felbukkanó tudományos érdeklődés és emberi, szakmai szimpátia ellenében. Még a segítő foglalkozásúak köreiben is jellemzőnek mondható volt az a mai napig nehezen megmagyarázható vélekedés, hogy a pszichés traumákat jobb inkább elhallgatni. A pszichés trauma kutatásának is folyamatosan küzdenie kellett a bevett gyakorlat ellen, amely az áldozatot hiteltelenné teszi és láthatatlanságra kárhóztatja, és dacára a hihetetlen mennyiségű szakirodalomnak, amely a jelenséget dokumentálja, a vita még mindig arról az alapvető kérdéstről folyik, hogy a jelenségek csakugyan „hitelesek” és valóságosak-e. Nemcsak a poszttraumás páciensek szavahihetősége kérdőjeleződik meg folyamatosan, hanem a velük foglalkozó szakembereké is (Herman, 1992, 20–22.o)



# I. RÉSZ





## A PSZICHOTRAUMA TÖRTÉNELME

A pszichotrauma történelmét egy sajátos jelenség kíséri végig: nevezetesen az arra a kérdésre adott válasz váltakozásai, hogy a furcsa tünetek vajon testi, vagy lelki betegség megnyilvánulásai-e? A tizenkilencedik század végéig amikor a nők lelki rendellenességeinek „archetípusa”, a hisztéria vált vizsgálat tárgyává, főleg szomatikus traumahipotézisek próbálták a háborúk veteránjainak, a katasztrófák, vasúti szerencsétlenségek túlélőinek, vagy a gyermekként szexuálisan abuzált felnőtt nőknek a furcsa, megmagyarázhatatlan, konverziós tüneteit. A hisztériakutatások ősatyjának Charcot-nak a tanítványai, Sigmund Freud és Josef Breuer ezzel szemben arra a megállapításra jutottak, hogy traumatikus események hozták létre azt a módosult tudatállapotot, amely a hisztériás tüneteket kiváltotta (Freud, Breuer, 1893–1895). Freud és Breuer interpretációjában a hisztériás betegek „emlékeiktől szenvednek”. Nem sokkal később Freud megtagadta a hisztéria eredetének traumaelméletét, és ettől kezdve azt hirdeti, hogy az analízisben felszínre került „csábítási események” csak a páciensek fantáziájában történtek meg (Szummer, 1993, Erős, 2007). A pszichés trauma valóságát az első világháború katasztrófája kényszerítette újra a köztudatba. A háború, a harctéri sokk, a háborús neurózis analízisének és terápiájának a feladatát állította a pszichiáterek, köztük a pszichoanalitikusok elé (Ferenczi, 1919). Az első világháború háború befejeztével újra beindulni látszott az „amnézia” szokásos folyamata. A második világháború

kitörésével az orvosi érdeklődés azonban ismét feléledt az ún. harc-téri neurózis (Kardiner, 1941) iránt, majd a háború elmúltával az érdeklődés újra megszűnni látszott. Körülbelül a hatvanas évek vége körüli időszakban kezdtek el először komolyan foglalkozni a koncentrációs táborokból visszatértek, majd pedig azok gyermekeinek az ugyancsak rettenetesen súlyos pszichés problémáival. A „koncentrációs tábor szindrómát”, vagy „túlélőszindrómát” Krystal és Niederland 1968-ban írták le (Krystal, Niederland 1968). Az elismerés felé vezető úton jelentős állomás volt a vietnami háború. A veteránmozgalmak hatásának tudható be, hogy 1980-ban, a tudományos pszichológia történetében először a pszichés trauma jellegzetes tünetegyüttese valódi diagnózissá változott. A poszttraumatikus szindróma diagnosztikus kategóriának a DSM-III-ba való, felvétele vezetett ahhoz, hogy poszttraumás stressz szimptómák felismerhetővé váltak közúti szerencsétlenségek, természeti katasztrófák, szexuális, vagy más természetű erőszak áldozatainál is.

Tudományos kutatások indultak a szexuális erőszakkal kapcsolatban, és a nők elleni nemi erőszak vizsgálatának hatásaként a figyelem óhatatlanul egyre inkább a családon belüli egyéb fizikai bántalmazásokra, többek között gyermekbántalmazásra és incesztusra is irányult. Elismerést nyert, hogy bizonyos „veszélyeztetett” munkahelyen dolgozók, akik gyakran maguk is erőszakos cselekményeknek vannak kitéve, (rendőrök, katonák, tűzoltók, mentősök), munkájuk során is traumatizálódhatnak.

Egyre több olyan terápiás technika látott napvilágot, amellyel a traumatikus állapotok hatásosabban megváltoztathatóak lettek. Ezeknek a tényeknek dacára mégis azt kell, hogy lássuk, hogy a lelki segítségnyújtás területén azon zavaroknak a diagnosztizálása és kezelése, melyeknél pszichés trauma játszik központi szerepet, még csak nagyon kevésbé elterjedt és elfogadott.

## A „TRAUMATIKUS ÉLMÉNY”

Igen nehéz megragadni és objektív módon meghatározni azt, hogy milyen események is azok amelyek „traumatikusak”, vagy „megrázók”, ugyanis egy esemény szubjektív jelentése igen erősen különbözhet az egyes személyeknél. Nem minden megrázó esemény feltétlenül traumatikus a bevonódott személyek számára. Valami félresiklik azokban az esetekben mikor a megrázó esemény traumatikussá válik az átélő számára és ez állandósul akkor ha nem sikerül ezt az eseményt a személyes élettörténetbe integrálni. Ahhoz, hogy ezt a félresiklást meg tudjuk ragadni fontos tudni, hogy hogyan dolgozzunk fel normális élményeket. Az új élmény felvétele a fennálló emlékezeti rendszerbe annak megváltozását eredményezi, vagyis a korábbi élmények újraértékelődnek, és a fennálló sémák megváltoznak. A sikeres integrációt, megnyugvás és siker érzései kísérik. Az erőszakos cselekmény áldozatává vált ember azokat a legfontosabb belső sémákat, melyek eddig mint alapvető értékek a saját létét igazgatták nehezen tudja helyreállítani, kognitív és akcióstratégiák segítik ebben. A megrázó élmények két különböző feldolgozási formához vezethetnek. Az egyik egy problémamegoldására irányuló, akcióstratégiás irányultságú „coping”, a másik pedig az emóciószabályozásra irányuló „coping”

Bár a traumatikus élmények alapvetően destruktív természetűek, mégis fontos megemlítenünk, hogy azon pszichikus folyamatok melyek traumatikus esemény hatására kiváltódnak ugyanúgy pozitív

változásokat is létrehozhatnak. A „poszttraumatikus növekedés” (Tedeschi és Calhoun, 1995) fogalom többet jelent, mint egy egyszerű visszatérést ahhoz az állapothoz, mely a traumatikus eseményt megelőzte, és alapvető változásokat (növekedést) implikál a túlélő személyiségét illetően.

Bizonyos megrázó események nagyobb eséllyel vezethetnek traumatizációhoz, mint mások. A traumatikus esemény természete nagyban befolyásolja a tünetek kialakulásának valószínűségét. Hogy ezután mi is történik azt a különböző pszichológiai iskolák más-más módon próbálják interpretálni. Különböző traumamodellek próbálják a pszichés trauma létrejöttét megmagyarázni. Ezek közül a legjelentősebbek a pszichoanalitikus traumaelméletek, a kettősreprezentáció és a strukturális disszociáció elméletei, a kognitív traumaelméletek, a behaviorista traumamodellek, a szomatikus traumaelméletek, és az információfeldolgozási modell. Dolgozatomban megpróbáltam ha érintőlegesen is ezeket az elméleteket bemutatni.

## A POSZTTRAUMATIKUS SZINDRÓMA KLINIKAI DIAGNÓZISA

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

- Fokozott készenlét: a vegetatív funkciók, a válaszkészség megváltozásának összességét foglaljuk össze ebben a tünetegyüttesben, a „küzdj, vagy menekülj” válaszreakció szervezetlen töredékeit.

- Újraátélés: a traumatikus emlék felidéződése a trauma során átélt élménykomplexus egy az egyben való átélését eredményezheti, az ezzel járó szorongással, feszültséggel, diszfóriával, vagy beszűkült kognitív funkciókkal együtt.

- Elkerülés: a beteg gyakran elkerüli azokat a helyzeteket, melyek valamilyen módon emlékeztetik az elszenvedett pszichotraumára.

Komplex poszttraumatikus zavar diagnosztizálható hosszantartó, ismétlődő traumatikus események túlélőinél, pl. koncentrációs táborok túlélőinél, vallási szekták áldozatainál, megkínzott hadifoglyoknál, túsul ejtett raboknál, háborús menekülteknél, családon belüli fizikai erőszak áldozatainál, inceszt, gyermekkori szexuális abúzus, vagy szervezett szexuális bűncselekmények áldozatainál.

## TRAUMA ÉS NEUROBIOLÓGIA

A trauma által kiváltott reakciók pszichológiai hátterének kutatásai, mint látjuk, hosszabb előtörténetre néznek vissza. Tulajdonképpen csak az utolsó húsz esztendőben kezdődött azonban a figyelem arra irányulni, hogy az agy ezeket a folyamatokat hogyan szabályozza. A traumatikus esemény hatására elsősorban olyan agyi struktúrák aktiválódnak melyek külső behatások esetén a homeosztázis visszaállításáért felelősek, azok amelyek korábbi traumatikus események idején voltak bevonódva, valamint azok a rendszerek ahol a beérkező információ jelentése meghatározódik (Siegel, 1999). A PTSD-nél az általánosságban tapasztalható megnövekedett fiziológiai készenléti állapot (túlérzékenység) mellett egy specifikus kondicionált reakció észlelhető azokra az ingerekre melyek a traumatikus helyzettel összefüggésben vannak. Emellett fennáll egy túlzott reakció egyéb, a normálisnál erősebb környezeti ingerekre is. A megnövekedett fiziológiai készenléti állapot, a hyperarousal jelenségek magyarázata lehet az, hogy a hypothalamusz-hypofízis-mellékvesékéreg rendszer (HAP tengely) aktivációja bizonyos hormonok termelését megnöveli, melyek jelentős szerepet játszanak a támadó/védekező magatartás kiváltásában. Krónikussá vált PTSD eseteiben ennek a fent említett rendszernek a dekompenzációjáról beszélhetünk mely hosszú távon speciális változásokat hozhat létre az endokrin rendszerben is. Ezek a megváltozott hormonális állapotok képezhetik feltehetően a fiziológiás alapját a PTSD külön-

böző szimptomáinak. Az erősen megnövekedett érzékenység mellett – éppen az állandó ingerlékenység kiküszöbölése végett –, a PTSD páciensek a külső ingereket megpróbálják maguktól eltávolítani vagy éppenséggel azokat kizárni ami azután deperszonalizációs, derealizációs és disszociatív élményekhez vezethet. A dopamin magas szintje is felelős lehet a deperszonalizációs, derealizációs, disszociatív élményekért, a lecsökkent fájdalomérzékenység oka pedig elképzelhetően a megnövekedett endogén opiátok mennyiségének a növekedésével függ össze (Panksepp és munkatársai 1980, Pittmann 1990, Kulcsár és munkatársai, 1987). A felfokozott állandó készenléti állapot, a félelem és fenyegetettség folyamatos érzése okozhatják, hogy a traumatizált emberek sokszor elveszítik a képességet a valódi veszélyhelyzet felismerésére. Valójában nem képesek érzelmeik irányítása szerint működni, mivel nem tudnak megbízni saját érzéseikben és csak nehezen képesek különbséget tenni a releváns és az irreleváns külső ingerek között. Amikor egy traumát elszenvedett személy az eredeti traumaiikus élmény bizonyos elemeivel (egy szag, vagy érzés, vagy vizuális inger) szembetalálkozik, akkor ugyanazok a biológiai rendszerek aktiválódnak, melyek a trauma pillanatában is aktívak voltak. Azon biológiai struktúrák egyike, melyek ilyenkor aktiválódnak, a limbikus rendszerben található amygdala, melynek az a szerepe, hogy egy élmény emocionális szignifikanciáját (meghatározó voltát) értelmezze.

Ez a struktúra, mint valamiféle riasztóberendezés működik és felismeri, ha egy beérkező inger veszélyes az emberre nézve. Az amygdalában érzelmileg telített emlékek őrződnek meg, mint például reakciók életveszélyes helyzetekre, mely emlékek (és a hozzá tartozó reakciók) aktiválódnak akkor, ha egy inger életveszéllyel asszociálódik. Az amygdala, amely a szubkortikális motoros területekkel összeköttetésben áll a traumatizáltnál megnövekedett aktivitást mutat. (Rauch és munkatársai, 1999). A problémát az okozza, hogy ha egyszer bizonyos szenzoriális élményeket az amygdala „életveszélyesként” interpretált és megőrzött, akkor az ezekre adott válaszra igen nehéz kioltani, és a test úgy reagál minden ilyen ingerre, mint-

ha az eredeti életveszélyes helyzet újrajátszódná. Ráadásul az amygdala érzékenysége nem túl nagy az ingerek kifinomult megkülönböztetésében. (LeDoux, 1996) A jobb agyfélteke csökkent aktivitása a bal féltekével szemben magyarázatot adhat arra, miért nem képesek a traumatikus élményt analizálni a traumát elszenvedettek, és mi az oka annak, hogy nehezen tudják azt időben és térben elhelyezni. Ezek a jelenségek játszhatnak szerepet abban, hogy a személy mintegy a traumatikus élménybe „beágyazódva” létezik annak felidézésekor. (van der Kolk 2000, Resick és Schincke, 1992, Siegel 1999). A hippokampusz, mely azért felelős, hogy a tudatos emlékek a kívülről jövő ingerekkel asszociálódni tudjanak a trauma hatására ugyancsak csökkent aktivitást mutat.

Ezen jelenségek ismeretében nem lehet azon csodálkozni, hogy rendkívül szerteágazó terápiás problémák jelentkeznek a PTSD kezelésében.

A tradicionális pszichoterápiák főként arra irányulnak, hogy létrehozzanak egy olyan „narratívumot”, mely képes arra, hogy megmagyarázza, miért érzi magát a személy bizonyos módon, és feltételezik, hogy a megértés hatására a szimptomák (emocionális reakciók, percepciók, és a testi szenzációk) csökkenni fognak. A traumák utáni állapotok sajátossága azonban, hogy a traumát elszenvedettek sok esetben nem képesek a traumatikus élmény lényegét szavakba önteni, mintegy „blokkolva van” náluk ez a képesség. Szavak helyett szenzációk és percepciók formájában létezik a trauma lenyomata, mely valószínűleg nem rendelkezik verbális ekvivalenssel.



## TRAUMAFELDOLGOZÁS

A traumafeldolgozás egy ideális formája úgy kell, hogy segítséget nyújtson a traumát elszenvedetteknek a múltbeli traumatikus események feldolgozásában, hogy eközben lehetőleg ne kelljen folyamatosan azt átélniük, mintha az esemény az „itt és most”-ban zajlana. Egy ilyen terápiának képesnek kell lennie az inadekvát testi reakciók kioltására, melyek a traumatikus esemény idején rögződtek, de a jelenlegi realitásban többé nem nevezhetők érvényesnek. Napjainkban specifikus terápiás megoldások jöttek létre a PTSD kezelésére többek között az itt felsorolt neurofiziológiai kutatások eredményeinek hatására.

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

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

– Segíteni a páciensnek abban, hogy teljesen az „itt és mostban” tudjon funkcionálni

A legtöbb tradicionális pszichoterápia az emóciók és a felsőbb szintű gondolkodási folyamatok együttműködésére koncentrál. Más-fajta megközelítéssel dolgoznak azok a terápiás technikák, melyek az „alulról felfelé” irányuló folyamatokon alapulnak. A páciens fizikai szenzációit és szenzomotoros folyamatait melyek a testében játszódnak, figyelmesen követi és nem foglalkozik a felbukkanó érzelmekkel és gondolatokkal, amíg a fent említett folyamatok nyugvópontra nem jutnak, és nem stabilizálódnak. Doldozatomban erre a technikára esetismertetéssel hozok példát.

Főként a korai traumatizációt szenvedett páciensek eseteinél javasolt a Janet–Horowitz–Van Der Hart–Herman neveikhez fűződő háromszakaszos traumaterápiás megközelítés. Ez a terápia elsőként stabilizációból és szimptómaredukcióból, majd a traumatikus élménnyel való konfrontációból, végezetül pedig mindezeknek a páciens életvitelébe való integrációjából áll.

Súlyos koragyermekkorai traumák esetén a hangsúly a stabilizáción és szimptómaredukción van amit a legkülönfélébb terápiás irányzatokból (analitikus, hipnotherápiás, testi irányultságú, vagy kognitív-viselkedésterápiás irányzatból) átvett technikák segítségével sokszor évek hosszú munkájával lehet csak elérni. Korai traumatizáció áldozataival való munka során nagyon fontos az egyéni és családterápia mellett pszichiátriai osztályokkal, háziorvosokkal, kineziológusokkal, mozgásterapeutákkal, szociális munkásokkal való együttműködés, mivel az ilyen páciensekkel való munka időnként átlépi a terápiás kereteket és interdiszciplinális együttműködést követel. A kora gyermekkorban traumatizált pácienseknél elkerülhetetlenek az erős viszontátételes jelenségek. Ezeket a jelenségeket, ha felismerjük, a terápia szolgálatába állíthatjuk. Hozzásegíthetnek a páciens jobb empátiás megértéséhez, de ugyanakkor meg is akadályozhatják a terapeuta empátiás válaszát.

Megfelelő stabilizáció esetén a traumatikus élménnyel való konfrontáció következhet, melyhez speciális konfrontációs technikákat

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

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

Az EMDR procedúra különböző fázisai:

1. Diagnózis. Általános diagnózis, indikációállítás, a megfelelő „cél” kiválasztása.
2. Előkészítés. A kliens felkészítése a kezelésre, többek között megfelelő informálása és amennyiben szükséges, megfelelő „coping” képességek kialakítása.
3. „Élesre állítás”. Az aktuálisan leginkább emocionálisan terhelő kép megtalálása a többi traumatikus eseményhez kapcsolódó emlékkép között.
4. Ezzel a képpel a szem előtt a kliens egy negatív diszfunkcionális elképzelésének megfogalmazása (mindig a saját a személyével kapcsolatban)
5. Egy pozitív, funkcionális kogníció megkeresése, mely majd a későbbiekben a negatív helyére léphet, és annak elbírálása, hogy mennyire hiteles ez a pozitív kogníció (egyőtől hétig) egy hétfokú skála segítségével. (VoC. azaz „validity of cognition” skála)
6. A kép és a negatív emóció által együttesen kiváltott emóció megnevezése, majd az emocionális terheltség megítélése egy tízfokú skálán (SUD-skála, azaz Subjectiv Units of Disturbance) és megállapítani a feszültség helyét a testben. (body scan)

7. Deszenzitizáció. Felkérjük kliensünket, hogy figyelme fókuszát a „cél-kép”-re, az ehhez tartozó negatív kognícióra, az ezekkel járó emóció(k)-ra és a testben lévő feszültségre irányítsa. Ekkor egy külső elterelő bilaterális ingerlést vezetünk be, például a terapeuta a kezét a szeme előtt mozgatni kezdi és felkéri, hogy a szemével kövesse. Minden egyes felbukkanó új asszociáció (akár kép, akár hang, vagy érzés) a következő szet alapjául fog szolgálni. Időről időre ellenőrizzük a kép által kiváltott feszültség mértékének alakulását.

8. Installáció. Ha a képpel kapcsolatos feszültség kellőképpen lecsökkent (SUD = 0) összekapcsoljuk a képet a pozitív kognícióval hogy azután most ezzel kezdjük újabb szet szemmozgásokat. Ezt addig ismételjük, míg a VoC skálán egy 6–7 körüli értéket nem kapunk.

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

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

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

A fentieket egy esettel illusztráltam dolgozatomban.

## II.RÉSZ



## TRAUMA ÉS KÖTŐDÉS

Egy csecsemő csak nagyon korlátozott lehetőségekkel rendelkezik az önszabályozásban. Ezért azután az életbenmaradása külső személy/ek általi interaktív szabályozástól függ. Így tanulja meg a túl erős, negatív arousal szintjét befolyásolni. A biztonságos kötődés, (akárcsak az Eriksoni ősbizalom) azt a biztonságérzetet jelenti a gyermeknél, hogy a gondoskodó személy, ha szüksége van rá jelen lesz. A kötődési mintázat egy olyan faktor, mely a pszichikus rendellenességekre való érzékenységet (prediszpozíciót) csökkentheti, vagy növelheti. A korai kötődés fontosságát talán semmi nem mutatja jobban, mint azok az eredmények, melyek a kötődési minták örökléséről számolnak be. A szülők kötődési mintázata előre jelzi gyermekük kötődésének mintázatát. Hogy a szülő biztonságos kötődést tudjon gyermekével kialakítani az nagyban függ attól is, hogy rendelkezik-e egy koherens narratívval saját élettörténetét illetően és múltbeli kapcsolati élményeit illetően. A kötődési viselkedéssel kapcsolatban sokszor felmerül a kérdés: a tapasztalható különbségeket vajon mennyiben határozza meg a környezet, illetve mennyire alakítják génjeink? Kutatások arról számoltak be, hogy a genetikai rizikófaktor abban az esetben kap csak szerepet, amennyiben az édesanya feldolgozatlan traumát hordoz, mely természetesen jelen van a babával való kommunikáció során is. A genetikai komponens jelenléte az anya viselkedésével együtt értelmezhető, a génnek és a környezet interakciója együtt alakítják a kötődés minőségét.

A diszfunkcionális szülő–gyermek kapcsolat nemcsak a pszichológiai funkciókat, hanem a stresszrendszerek (pl. a HPA tengely) fiziológiai működését, valamint annak szabályozását is megváltoztathatja (McEwen, 1999). Stresszhelyzetekben a csecsemő számára az anyai közelség elérése mind biológiai, mind pszichológiai szempontból alapvető jelentőségű. Az anyai közelség elérése szavatolja a negatív érzelmi és testi állapotok szabályozását, s egyben megalapozza az önszabályozó funkciók alakulását. Ennek megfelelően a gondoskodó, oltalmazó válasz deficitje szükségszerűen érzelmszabályozási zavarokkal társul.

Fónagy (1997) szerint a gyermekkori kötődés alakulása során kulcsfontosságú szerepe van az anya azon képességének, mellyel gyermeke mentális állapotait, gondolatait, érzéseit próbálja megérteni, vagyis mentalizáló képességének. Az a képesség, mellyel bele tudjuk élni magunkat gyermekünk helyzetébe, és ezáltal valóban őt látjuk, elősegíti egészséges fejlődését és megalapozza a következő generáció biztonságos kötődését is.

Az interaktív szabályozás az úgynevezett „diádikus folyamaton” keresztül megy végbe, mely során két különálló személy (anya–gyermek) lelkileg olyannyira együtt tudnak rezegni mintha egyetlen rugalmas adaptív rendszert képeznének együttesen. Ezáltal az interakció által tanulja meg a csecsemő a túl magas arousal szintet csökkenteni, az úgynevezett „tolerancia-ablak” határai között maradni és ezáltal szerez tapasztalatot a biztonságról. Megfelelő anya–gyermek interakció egy szélesebb „tolerancia-ablak” kialakításához vezet, mely később segíthet a nehéz élményeket fejlődési lehetőségekké alakítani. A gondozó és a gyerek kommunikációs mintázata befolyással van a gyermek önszabályozó kapacitásának fejlődésére, az érzelmi egyensúly kialakítására, az interperszonális kapcsolati képesség kialakítására, és ezáltal a szelf-érzetre is, mivel az érzelmi szabályozás képessége az én-érzés alapja.

Shapiro.F. (2001) „adaptív információfeldolgozási” modellje („Adaptive Information Processing”, AIP) azt állítja, hogy ha egy zavaró gyermekkori eseményt nem megfelelő módon dolgoztunk fel



akkor azon emlékezeti hálózat, mely az eseménnyel kapcsolódó gondolatokat, képeket, érzelmeket és testi érzéseket tartalmazza „triggerizálódhat” olyan helyzetek hatására melyek valamilyen hasonlóságot mutatnak a korai gyermekkori eseménnyel. Az AIP modell leírja, hogyan vezethet a szülők megoldatlan zavaró traumatikus élménye(i), dezorganizált kötődéshez a gyermekeiknél. Ha a szülőben a gyermek közelsége saját traumatikus gyermekkori élményét aktiválja, és az ezzel kapcsolódó diszfunkcionális tartalmú gondolatokat, érzelmeket és testi érzeteket kelti életre, akkor ezek interferálnak a gondoskodó, gyengéd, dédelgető szülői attitűddel és nem lesz képes empátiásan, a gyermek szükségleteinek megfelelően reagálni.

## CSALÁDI RENDSZER ÉS TRAUMA

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

Még jól funkcionáló családok is problematikus családi viszonyokat alakíthatnak ki traumatizáció hatására. Az olyan családokban ahol háború, erőszak, krónikus betegség, vagy hirtelen bekövetkező halálestet, vagy öngyilkosság játszottak szerepet, a családban gyakorta diszfunkcionális interakciós minták jöttek létre (Danielli, 1988, Koltai, 2001). Másrészt viszont a szülők saját koragyermekkori kapcsolati traumatizáltsága is hasonló problémákat hozhat létre. A traumatizáció következményeként inadekvát gondoskodási minta alakulhat ki, melynek egyik fontos oka a szülők korlátozott hozzáférhetősége. A traumatizált családokban nem kap a mindennapi élet, és ezzel együtt a felnövekvő gyermekek életkori fejlődési fázisai elegendő figyelmet.

A gyermekek aktív résztvevői a családi történelemnek és részt vesznek a transzgenerációs jelentésadási folyamatban is. Megtanulják a családi mítoszokat, értékeket, meggyőződéseket, normarendszereket és lojalításokat. Megtanulnak úgy viselkedni és kommuni-

kálni, hogyan azt a szüleik teszik, átveszik a szüleik „coping”-min-tázatait az identifikáció és az utánzás eszközeinek a segítségével. Természetes módon bevonódottságot éreznek egymás iránt és empátiásan átérzik az erőszaknak áldozatul esett családtag állapotát, mely másodlagos traumatizációhoz vezethet. Direkt összefüggés a szülői PTSD és a gyermeki PTSD között csak nagyon korlátozott számú család esetében fordul elő. Annak a mértéke és a módja ahogy bevonódott a szülők traumatikus élményeibe határozzák meg a szülői trauma átvitelét a gyermekekre, de ez vice versa ugyanúgy vonatkozik a traumatizált gyermekek szüleire is. Az egymásközi verbális és nonverbális kommunikáción keresztül a traumatikus sémák adódnak át. Ezeknek a sémáknak a belső tartalma pedig: meggyőződések a világról, másokról, saját magukról, a biztonságról, bizalomról, a függetlenségről és az önértékelésről.

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

## A TRAUMASZEMPONTÚ MEGKÖZELÍTÉS EGY ÚJSZERŰ ALKALMAZÁSA: A PRI ELMÉLETE ÉS VÉDEKEZŐ MECHANIMUSAI

Az általam, a következőkben előadott elképzelés Ingeborg Bosch nevéhez fűződik. PRI, (Past Raelity Integration) egy viszonylag fiatal terápiás módszer, mely 1999-el kezdődően kapott egyértelmű formát, de azóta is egyre tovább fejlődik. A PRI eklektikus terápiás forma, mely különböző forrásokból táplálkozik. A PRI nagy jelentőséget tulajdonít Freud tudattalanról, az elfojtásról és az élet első évének jelentőségéről szóló meglátásainak. Ezeknek az elképzeléseknek neurológiai és fiziológiai történésekkel való alátámasztása többek között LeDoux neurológiai vizsgálataiban történt amelyben megmutatta hogyan lehetséges az, hogy tudattalan emlékek irányítanak érzelmeket, gondolatokat sőt cselekedeteket is. A PRI kiindulási pontja, hogy egy gyermek születésekor egységes, osztatlan tudattal rendelkezik. Ez azt jelenti, hogy az érzékszerveken keresztül felfogott ingerek, képek, hangok, szagok, ízek, akadály nélkül jutnak el a tudathoz. Azonban már nagyon korán történnek olyan események melyek életveszélyt jelentenek a gyermek számára. Legelsősorban azokat sorolhatjuk ide, ahol valódi életveszélyről van szó kiszáradás, éhhalál, vagy fizikai bántalmazás formájában. Léteznek azonban olyan események, melyek nem szószerint életveszélyesek, ám a jelentésük mégis életveszélyt hordoz magában. Ahhoz, hogy

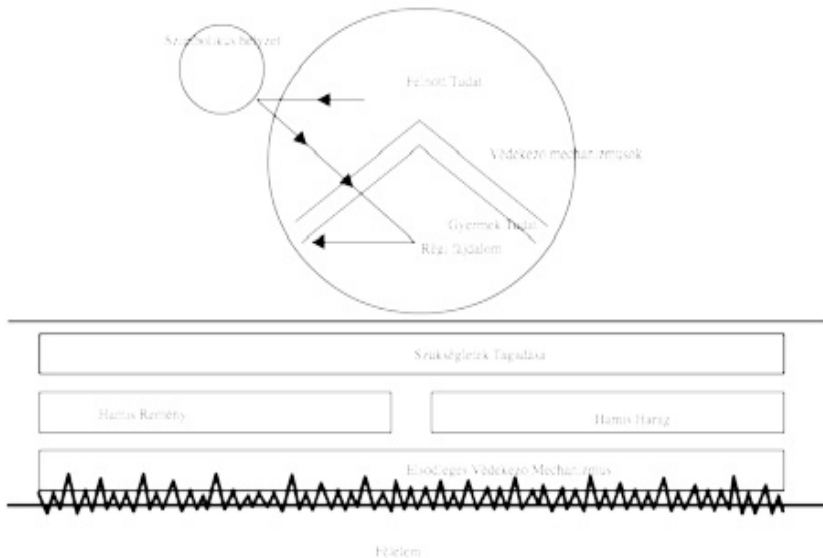
életben maradjon egy gyermek nem csupán a fizikai szükségleteinek, hanem alapvető érzelmi szükségleteinek, (mint melegség, biztonság, kiszámíthatóság, szeretetteljes érintés) a kielégülése is szükségeltetik. Az ilyen életet fenyegető események a korai csecsemőkorban eljutnak a tudat küszöbéig, és stesszhormonok milliárdjait mozgósítva, intenzív félelem élményével párosulnak. Ez az állapot a tudatba jutva rettenetesen fájdalmas élmény, ami ellen a tudat már nagyon korán úgy védekezik, hogy ezeket az élményeket külön próbálja tárolni az összes többi élménytől, hogy a létfontosságú biztonságérzés ezen kívül mégis megélhető legyen. Egy gyermek alapvetően képtelen annak belátására, hogy a szüleivel való kapcsolat számára veszélyes lenne, és hogy szükségleteinek kielégülése nem lehetséges. A túlélés érdekében a tudat kettéválk, gyermek a valóságot (a fájdalmat és annak okát), mely fenyegető számára kénytelen elfojtani. A tudat megosztása hasonlítható a fizikai védekező rendszerekkel melyek beteggé tevő betolakodókkal szemben nyújtanak védelmet. A megosztás eredményeképpen az életveszélyes valóság elfojtódik. A két részre osztott tudat egyik felében ezentúl a megrázó élmények és a velük járó fájdalom lesz elraktározva, míg a másik részben ezek az élmények vagy egyáltalán nem lesznek jelen, mintha nem történt volna semmi, vagy ha mégis olyan módon, mintha nem lett volna igazán fájdalmas. A tudat megosztottsága mely ilyen módon létrejött továbbra is fennmarad és védekező mechanizmusok fognak később gondoskodni róla, hogy biztonságosan elszeparálva maradjanak a tudat egyéb részeitől, hogy ne törhessenek be és sodorhassák veszélybe a gyermeket, akinek semmi esélye nincs a probléma megoldására. Ezekből a védekező mechanizmusokból egy fal épül, mely megvédi a gyermeket a veszélyes tartalmak tudatba való betörésétől. Ennek különféle módjai vannak melyek mindegyike a valóság elferdítését okozza, úgy is mondhatjuk a valóság helyett egy illúziót hoznak létre. A védelem fala három réteget képező öt különböző védekező mechanizmusból áll.

A legelső a tagadás („Ez nem igaz, ez nem történik meg”) mely alatt valójában egy elsöprő erejű emóció munkál, melyről ez a vé-

dekező mechanizmus a nevét kapta: a félelem. A félelem hozza létre azt az illúziót, hogy még meg tudunk menekülni, van még remény, amíg félünk nem történt meg az amitől félünk.

Az elsődleges, vagy primer védekező mechanizmus (PV)

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



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

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

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

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

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

### *A hamis remény védelező mechanizmus*

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

## *A hamis hatalom védekező mechanizmus*

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

## *A szükségletek tagadása védekező mechanizmus*

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

## *A szimbólumok működése*

Ami a gyermek számára létfontosságú cselekedet volt az a felnőtt korban is továbbélve, valódi szükségességüket immár elveszítve – hiszen egy felnőtt szükségletei nagyon különböznek a gyermek



sürgető, halálfélelemmel színezett szükségállapotától – a valóságtól eltávolodott, rossz alkalmazkodást, rosszabb esetben tüneteket eredményezhet.

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

Ha visszakanyarodunk a traumaelméletekhez akkor láthatjuk, hogy a traumát elszenvedett személy a traumatikus anyagról szóló információsomagot az összes többi „normális” emléktől különböző módon, mintegy azoktól biztonságosan elszigetelve tárolja. Hogy egy információ veszélyes a személyre nézve annak eldöntésében szubkortikális, limbikus rendszeri strukturák játsszák a főszerepet. A legfontosabb ezek közül az amygdala, ami azért felelős, hogy a veszélyes helyzetekre adott reakció minden felsőbb elbírálás nélkül, azonnal kiváltódjon. (lásd: Trauma és neurofiziológia fejezet) Ez életveszély esetén természetesen jogos és nagyon hasznos lehet. Nem így van azonban akkor, ha az információ valójában neutrális, de sajnos szignifikáns egybeeséseket mutat egy másikkal, ahol viszont életveszély élménye volt jelen. Az amygdala nagyon érzékeny a veszély legkisebb jeleinek felismerésében, és kiváltja a nagy „riadót”, és olyankor valami olyat csinálunk, amit valaha egy régi veszélyhelyzetben is tettünk, mert úgy gondoltuk az segíthet. Mint amikor a fűben csavarodó slag látványától ugrunk egy nagyot, mert kígyóra emlékeztet.

Ingeborg Bosch a „szimbólum” fogalmát használja e jelenség interpretálásához. Feltételezése szerint a felnőtt életében bizonyos személyek, vagy helyzetek, egyfajta egybeesést mutatnak tipikus gyermekkori „életveszély”-helyzetekkel, vagyis olyan pillanatokkal, amikor a gyermek kénytelen volt megélni azt, hogy nem tudja szükségleteit kielégíteni, hogy a szülei nem adják azt meg neki, ami számára fontos, és hogy ennek a hiánya elviselhetetlen fájdalmat okoz. Tehát a mában előforduló helyzetek/személyek (lásd 1. ábrán a szimbólum működése) melyek a felnőtt percepciójában megjelen-

nek nem a felnőtt tudatállapotból válaszolódnak meg, hanem aktíválják a gyermeki tudatállapotot s benne az elfojtott fájdalmat, és azzal együtt rögtön a fájdalomra adott reakciómintázatokat is, nevezetesen a védekező mechanizmusokat. Ilyenkor azzal a fajta védekező reakcióval válaszolunk, melyet gyermekkorunkban is használtunk, és hasonló erősségű érzelmeket élünk át, mint az eredeti helyzetben. Úgy is mondhatnánk, egy pillanat alatt felcserélődik a felnőtt tudatállapot egy régebbi, gyermeki tudatállapotra. Ebben a nomenklatúrában a gyermeki tudatállapot szóhasználat értelme, hogy úgy érzünk, gondolkodunk és cselekszünk, ahogyan azt a gyermek tette, akik valaha mi voltunk. Akkor nem volt más lehetőség, most viszont ezernyi másfajta, sokkal adekvátabb viselkedés lenne lehetséges, ha nem úgy élnénk meg a helyzetet mint ahogyan akkor (nincs választásunk, azt kell tenni amit teszünk, és így elkerülhetjük a „legrosszabbat”).

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

## A VIZSGÁLAT

### *A vizsgálat célja*

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

### *Mérőeszközök*

#### *1. PDS kérdőív*

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

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

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

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

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

Milyen gyakran történt?

0 = egyáltalán nem, vagy csak egyszer,

1 = egyszer egy héten, (néha)

2 = hetente többször is (gyakran)

3 = ötször a héten (szinte állandóan)

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

0 = egyáltalán nem nyugtalanító

3 = nagyon nyugtalanító

Ezt követően a szimptomák interferenciáját vizsgálja meg.

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

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

– A traumatikus esemény életveszélyt, vagy testi sértést hordozott magában

– a személy tehetetlenséget élt át az esemény ideje alatt

– legalább egy újraátélési szimptóma,

– három elkerülési szimptóma,

– kettő hiperarousal szimptóma volt jelen az elmúlt hónap során,

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

## *2. PRI kérdőív*

A PRI védekező mechanizmusok vizsgálatához nem állt rendelkezésünkre magyar nyelvű tesztanyag. Így azután Ingeborg Bosch „Illúziók” című könyvében található védekező mechanizmusokat vizsgáló önkitöltős kérdőívét használtuk, melyhez először engedélyt kértünk a PRI szervezettől. Ez egy holland nyelvű kérdőív volt, melyet először le kellett magyarra fordítani. Ebben a munkában Rózsa Sándor “A pszichológiai mérés alapjai” című munkájának a pszichológiai tesztek kultúrközi adaptációjáról szóló fejezetében leírt irányelveit tekintettük mérvadónak. A tesztadaptáció érvényességét befolyásoló technikai tényezőket az alábbi területekre lehet felosztani: a teszt, a fordítók kiválasztása és felkészítése, a fordítás folyamata, az adaptált mérőeszköz ekvivalenciájának megítélési szempontjai, valamint a teszt és a tételek ekvivalenciáját bizonyító adatgyűjtési módszer és elemzés. Az adaptált teszt két különböző fordítási és ellenőrzési módszerrel keresztül mehet át. Az egyik változatban a fordító vagy a fordítást végző csoport átülteti a tesztet idegen nyelvre, amit egy másik fordítócsoporthoz átadják, ellenőrizve a két teszt ekvivalenciáját. Gyakran előfordul, hogy utolsó lépésként

egy szakember (nem feltétlenül fordító: pl. pszichológus, nyelvész) átnézi és véglegesíti a tesztet. Ebben a fázisban már csak az apróbb stiláris dolgok javítása, a szöveg gördülékennyé tétele történik.

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

### *A kérdőív adaptációjának lépései*

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

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

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

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

## *A PRI kérdőív bemutatása*

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

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

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

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

## *Vizsgálatvezetők*

A vizsgálatvezetők mindannyian pszichoterápiában jártas szakemberek voltak, akik többnyire résztvettek az általam tartott „Bevezetés a pszichotraumatológiába” workshopokon s így maguk is megfelelő tudásanyaggal rendelkeztek a pszichotraumatikus problémák tekin-

tetében. A workshopokat 2008 nyarán kezdtem el szervezni és 2011-ig szám szerint tízet rendeztünk meg. Ezeknek a szemléletformáló workshopoknak az elsődleges célja az volt, hogy a traumafókuszú nézőpontot népszerűsítse a pszichikus problémák keletkezését és kezelését illetően. A tesztfelvételi instrukciók mellékletben láthatóak.

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

### *A vizsgálati minta*

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

A vizsgálat 78 vizsgálati személlyel történt (továbbiakban vsz.) ebből 63 nő és 15 férfi volt. Közülük 50-nek felsőfokú, 23-nak középfokú és 5-nek általános iskolai végzettsége volt. (11. melléklet) A sine morbo csoport 34 vsz.-ből állt, a vizsgált személyek 20%-a nem volt tudatában annak, hogy valaha is traumatikus eseményt élt volna át, 38,5% egyszeri traumatikus élményről számolt be és 41,5% ismétlődő, vagy hosszantartó traumatikus eseményeket tudott az élete folyamán felidézni.

### *Vizsgálati eredmények*

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



Megvizsgáltuk, hogy a PTSD szindróma ösztüneteinek (elkerülés, feszültség, és újraátélés) erőssége és a:

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

Ez a vizsgálat a következő eredményeket hozta magával:

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

Ezután a PRI védekező mechanizmusok és a PTSD tünetek egymáshoz való kapcsolatát vizsgáltuk meg pontfelhő diagram segítségével is. Ez a vizsgálat a PRI védekező mechanizmusok összessége és PTSD tünetek között egyértelmű lineáris összefüggést mutatott ki (0,329), tehát a PTSD tünetek erősödése a PRI elhárító mechanizmusok összességének a megnövekedését hozza magával.

A hamis remény (0,128) és a hamis hatalom védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja lineáris összefüggést ( $R=0,131$ ) mutat a PTSD tünetekkel, és a primer védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja szintén lineáris összefüggést (0,202) mutat. A PTSD tünetek és a félelem védekező mechanizmus közötti kapcsolat pontfelhő diagramja jelentősebb lineáris összefüggést (0,23) mutat.

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

## *Az eredmények értelmezése*

A vizsgálat célja a PTSD tünetek és a PRI-ben leírt védekező mechanizmusok, összefüggésének a vizsgálata volt. A vizsgálatból, mely 78 vizsgálati személlyel történt a következő következtetéseket vonhatjuk le:

A PTSD szindróma tünetegyüttesének az erőssége a vizsgált min-tán egyértelmű összefüggést mutat a PRI-ben leírt védekező me-  
chanizmusok összességének az erősségével. Ezt az eredményt in-  
terpretálhatjuk oly módon, hogy a traumatizáció erősödésével a  
védekező mechanizmusok általános felerősödése várható.

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

Visszatérve az összefüggés értelmezésére a hyperaorusal tünetek és a félelem védekező mechanizmusa között megállapíthatjuk, hogy a hasonlóság oka az is lehet, hogy ugyanazokat a fiziológiás reakci-  
ókat nevezi meg a két kérdőív.

Ezt az elsődleges védekező mechanizmus követi.

A PRI nomenklatúrájában használt elsődleges védekező mecha-  
nizmus már magasabb szintű agystruktúrák működését feltételezi. Ez az első kognitív védekező mechanizmus, mely segítségével a fé-  
lelem valójában önmarcangoló gondolatokká változik át. Ezek a

gondolatok mindig súlyos negatív érzelmi töltetet hordoznak, tehetlenséget, kilátástalanságot, apátiát implikálnak. Ezek az emóciók vannak jelen legtöbbször traumák esetén a küzdelem feladása után, és ezek azok az emóciók, melyek a passzivitást elősegítő hormonrendszert aktiválják (főleg kortikoszteroidok, mint pl. kortizol) depresszióhoz vagy disszociációhoz vezethetnek.

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

A két védekező mechanizmus hasonló szintű érzékenységének lehetséges oka, hogy mindkét védekező mechanizmus magas szintű fizikai izgalmi állapotot, erőteljesen sőt, esetenként túlzottan aktív magatartást eredményez. A hamis reménynél magas feszültséget, hiperaktivitást esetenként eufóriát tapasztalhatunk, a hamis harag ezzel szemben bosszúságot irritációt esetenként dührohamokat hozhat magával mint érzelmeket. A hormonháztartás szintjén bőséges katekolamin (főleg adrenalin) felszabadulás tapasztalható. Ezek a reakciók felismerhetők a veszélyhelyzetben adott támadási-védekezési magatartásnál is.

Az egyetlen védekező mechanizmus, mely egyáltalán nem mutat összefüggést a PTSD tünetek erősségével a szükségletek tagadása. Ennek a védekező mechanizmusnak azonban pontosan az a sajátossága, hogy a zavaró érzéseket nem engedi élményszinten megjelenni ezért azután azok a vizsgálati személyek akik ezt a védekező mechanizmust előnyben részesítik valószínűleg nehezebben élnek át szenvedést.

Az előző fejezetekből és e vizsgálatból is megnyilvánul, hogy a pszichés trauma milyen messze ható következményekkel járhat nemcsak a személy, az individuum életében, hanem egy metaszinten is, nevezetesen a védekező mechanizmusok által a családi kapcsolatok rendszerének megváltozásán keresztül. Ezért olyan fontos a trauma következményeit amennyire csak lehetséges felismerni és megfelelően kezelni, mert ezzel esetlegesen megelőzhetjük a következő generációknak traumatizálódását, és ezáltal a pszichés szenvedés transzgenerációs láncolatát megszakíthatjuk.

## ÖSSZEGRZÉS ÉS KITEKINTÉS

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

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

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

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

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

Feltételezésem szerint a kisgyermek azokban a helyzetekben mikor alapvető szükségleteinek a kielégítését veszélyben érzi voltaképpen az életét érzi veszélyben (egyik legtraumatizálóbbról aspektua a sokkoló eseményeknek, lásd „Traumatikus élmény” fejezet), azaz egy traumatikus élményt él át annak minden főbb jellegzetességét beleértve. Ezekben a pillanatokban az egész repertoárját nyújtja azoknak a veszélyhelyzetben adható testi és pszichés reakcióknak melyeket részletesen igyekeztem dolgozatomban sorra venni és elemezni. A félelem, hogy ez az állapot bekövetkezik voltaképpen az első védekezés az ellen a tapasztalat ellen, hogy ez már megtörtént és folyamatosan történik. Az életveszély nem múlik el, mivel a szülők valószínűleg a továbbiakban sem fogják ezeket a szükségleteket kielégíteni (mert nem tudják, vagy nem akarják), ezért az első reakció, a félelem helyett magasabb szintű, kognitív védekező mechanizmusokat alakítanak ki a maguk számára, melyek segítségével a realitást képesek lesznek eltüntetni és egy illúziót helyette létrehozni. Saját személyüket teszik felelőssé az elmaradt kielégülés okát keresve, és ezzel megmentik szüleiket saját maguknak és megtartják a velük szembeni lojalitást. Ez azért nagyon fontos, mert szülők-gondozók nélkül a gyermekek nem képesek életben maradni, egészen hosszú időn keresztül teljes függőségben élnek a felnőtt, gondoskodó környezettől. (Az állatvilágban alig van példa arra, hogy egy utód olyan sokáig a szülői gondolkodástól függjön, mint a „koraszülött” embergyerkek). Amikorra ez a gyermeki realitás a valós életben

megváltozik a felnőttkorba érve ezek a védekező mechanizmusok már olyan erősen rögzülnek, hogy minden a gyermekkori életveszélyhez hasonló „veszélyhelyzet” percepciójától azonnal kiváltják a rájuk jellemző cselekvések sorozatát sőt az ezzel járó érzelmi és testi reakciókat is. Ez a jelenség erősen emlékeztet a PTSD páciensek automatikus cselekvéseire, triggererek által kiváltott emocionális és testi reakcióira. A triggererek, melyek ezt kiváltják a PRI nomenklatúrájában a szimbolikus helyzetek, illetve személyek. Mivel a jelenben valódi veszélyhelyzet nem áll fenn ezért ezeket a reakciókat és cselekvéssorozatokot nyugodt szívvel nevezhetjük hibásnak, inadekvátnak, melyek hatására sajnos sok esetben a külvilág olyan válaszreakciókkal szolgálhat, mely megerősíti abban a felnőttet, hogy nem lehetett volna másképpen cselekedni, amit csinált az elkerülhetetlen volt. Így valójában újra létrehozhatjuk a gyermekkori realitás nagy részét. Hosszadalmas terápiás munkával lehet csak elérni azt, hogy a jelen realitása tisztázódjon bizonyos vádak alól (például hogy veszélyes) és a felnőtt megtanuljon egy adekvát problémamegoldást az itt és mostban. Ezért nagyon fontos a jelenben nyújtott inadekvát cselekvési módokat feltérképezni, és mint „normális cselekedeteket egy múltbeli abnormális helyzetre” megpróbálni megérteni (például, veszély esetén normális reakció a félelem, de nem normális az a felnőtt környezet amelyben egy gyermeknek állandóan rettegnie kell szükségletei kielégítéséért) és ha szükséges mint traumatikus élményt feldolgozni. A feldolgozás azt szolgálja, hogy a feszültség, mely a régi gyermeki fájdalom (melyet akkor elfojtott, hiszem a fájdalom átélése is már árulás lett volna és veszélybe sodorta volna a lojalitását) folyamatos nyomásától származik, végre szabad folyást kapjon és eltávozhasson a szervezetből. Más elméletek úgy fogalmazzák ezt meg, hogy az információfeldolgozást akadályozó blokádnak elmozdításával szabad folyást kapjon az információáramlás és így a feldolgozás is. Erre szolgálnak az alulról felfelé dolgozó terápiás technikák, a trauma-konfrontációs technikák, mint az általam leírt EMDR technika vagy a szisztematikus deszenzitizálás, a regressziós technikák, mint a hipnózis vagy akár a PRI regressziós technikája. Ezeken kívül

is sok száz és száz módszert lehetne felsorolni melyek lehetővé teszik hogy a jelen és múlt közé érzelmekből hidat kovácsolva a múltbeli élmények bekerülhessenek a felnőtt tudat rendezett könyvtárszobájába, bár lehet hogy ehhez a „könyvtárosnak” egy egész új szárnyat kell építeni a már meglévő épülethez. Sokszor azonban ez az új épület szebb lesz mint a régi volt, legalábbis ezt tanítja számunkra a poszttraumatikus növekedés jelensége.

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

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

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

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

gyan a traumatizált emberek, úgy a traumatizált országok is igénylik a traumafeldolgozást: az emlékezést, a gyászt és a bűnökért való vezeklést ahhoz, hogy elkerülhessék a traumák újraélését...

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



## *Az értekezésben hivatkozott szakirodalom jegyzéke*

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

- Békés V. A. (2008): A trauma reprezentációjának változásai Holokauszt-narratívákban. Pécs, PHD Disszertáció
- Bentovim, A., Bentovim, M., Vizard, E., Wiseman, M. (1995): Facilitating interviews with children who may have been sexually abused. *Child Abuse Review*, 4, 4, 246–262.
- Benoit, D., & Parker, KC. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444–1456.
- Bettelheim, B. (1943): Individual and mass behaviour in extreme situations. *Journal of abnormal Social Psychology*, 38, 417–452.
- Bolton, D. és Hill, J. (1996): *Mind, meaning and mental disorder*. Oxford, Oxford University Press
- Bosch, B, I. (2002): *Herontdekking van het ware zelf. (Rediscovering the True Self)*. LJ Veen, Utrecht
- Bosch, B, I. (2003): *Illusies*. L.J. Veen, Utrecht
- Bosch, B, I. (2007): *De onschuldige gevangene*. LJ Veen, Utrecht
- Bourdin, C.E.(1887): Les enfants menteurs. *Annales médico-psychologiques*, 6, 374–386.
- Bowen, N. (1978): *Family therapy in clinical practice*. New York, Aronson
- Bowker. J. (1970): *Problems of suffering in religions of the world*. New York, Cambridge University Press
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss: Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base: Parentchild attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Breuer, J., Freud, S. (1893): On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication. In: J. Strachey (szerk.) *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud Vol. 2:1–181*. London: Hogarth.
- Brouardel, P. (1879): *Nécrologie a Tardieu*. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, 3,3: 187–192.
- Brownmiller, S. (1975): *Against our will: Men, women and rape*. New York, Simon and Schuster.
- Bulman, R., Wortman, C. B. (1977): Attributions of blame and coping in the “real world”: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Socialpsychology*, 35, 351–363.
- Burgess, A. W., Holmstrom, L. L. (1974): Rape trauma syndrome. *American Psychiatry*, 131: 981–986.

- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2001): Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In: Neimeyer (szerk.) Meaning reconstruction and the experience of loss. 157–172.o. Washington DC, American Psychological Association.
- Caplan, E.M. (1995): Trains, brains and sprains: railway spine and the origin of psychoneurose. *Bull.Hist. Med.* 69, 3: 387–419.
- Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., Braunwald, K., G. (1989): Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25: 525–531
- Cassidy, J., Shaver, P. (1969): *Handboek of attachment*. Gilford, London
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G. és Twentyman, C. T (1988): A cognitive-action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253–275
- Cohen, E. A., (1952): *Het duitse concentratiecamp: een medische en psychologische studie*. Amsterdam, Paris.
- Da Costa, JM (1871): On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of Medical Science*, 61,17–52.
- Cowen, E.L., Kilmer, R.P. (2002): “Positive psychology”: Some pluses and some open issues. *Journal of Community Psychology*, 30, 449–460.
- Csikszentmihályi, M.(1990): *Flow: The psychology of optimal experience*. New York, Harper and Row.
- Csuhai Cs, K. (2003): Trauma és ismétlés. A poszttraumás stresszbetegség pszichoanalitikus szemmel. *Pszichoterápia*, 12.3.
- Dalenberg C.J. (2000): *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington DC, American Psychological Association.
- Danieli, Y. (1988c): Treating survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust. in F. M. Ochberg (szerk.): *Post-traumatic therapy and victims of violence: 278–294*. New York: Brunner/Maze
- Danieli Y. (1994): Countertransference, trauma and training. In: Wilson J.P., Lindy J.D.(szerk.): *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York, Guilford Press, 368–388.
- Davis, C. G.; Nolen-Hoeksema, S.; Larson, J (1998): Veszteségélmény, jelentéstudajdonítás és előnykovácsolás. A jelentés két megközelítése. in: Kulcsár, (szerk.)(2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort.

- De Roos, C., Beer, R. (2003): EMDR bij kinderen en adolescenten. De klinische praktijk. *Kind en Adolescent Praktijk*, 2, 12–18.
- Dohrenwend, B.S. (1987): Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1–15.
- Draaijer, P.J. (1990): Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. Amsterdam, SUA Academisch proefschrift.
- Ehlers, A. és Clark, D. M. (2000): A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. *Psychiatria Hungarica*, 15, 3, 249–75.
- Erichsen, J. E. (1876): On concussion of the spine: nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects. Londen, Longman, Green & co.
- Erős, F. (2001): Az identitás labirintusai. Narratív konstrukciók és identitásstratégiák. Budapest, Osiris Kiadó
- Erős, F. (1996): Azonosság és különbözőség. Tanulmányok az identitásról és az előítéletről. Budapest, Scientia Humana Társulás
- Erős, F. (2007): Trauma és történelem : Szociálpszichológiai és pszichoanalitikus tanulmányok. Budapest : Jászöveg Műhely
- Erős, F. (2001): Az identitás labirintusai. Narratív konstrukciók és identitásstratégiák. Budapest, Osiris Kiadó.
- Erős, F. (1996): Azonosság és különbözőség. Tanulmányok az identitásról és az előítéletről. Budapest, Scientia Humana Társulás
- Erős, F. (2007): Trauma és történelem : Szociálpszichológiai és pszichoanalitikus tanulmányok. Budapest: Jászöveg Műhely.
- Erős F. (2007): Lélekgyógyászat a háború szolgálatában. Freud, Ferenczi és a „háborús neurózisok”. In: Eris F. (szerk.): Trauma és történelem. Szociológiai és pszichoanalitikus tanulmányok. Budapest, Jászöveg Műhely Kiadó, 104–120.
- Ferenczi, S. (1916): Előzetes megjegyzések a háborús neurózis némely típusáról. *Gyógyászat* 56, 11: 124–125, 18: 160–161.
- Ferenczi, S. (1934): A trauma a pszichoanalízisben. *Gyógyászat* 74, 20: 310–312
- Ferenczi, S. (1932): Nyelvezavar a felnőttek és a gyermek között. A gyengédség és a szenvedély nyelve. In: Buda Béla (szerk.) (1971): A pszichoanalízis modern irányzatai. Budapest, Gondolat, 215–226.
- Figley, C. R. (1989): Treating stress in families. Philadelphia, Brunner/Mazel
- Folkman, S. (1984): Personal control and stress and coping process: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839–852.

- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985): If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.
- Fonagy, P., Target, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9,679–700.
- Fonagy, P., Gergely, Gy. (2002): *Affectregulation mentalisation and the development of the self*. New York, Other press
- Fonagy, P., Target, M. ( 1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa* 9.1. 5–43.
- Fónagy, P., Steele, M., Steele, H. (1991): The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*,13, 700–717.
- Ford, J.,Kidd, M. (1998): Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11,4, 743–761.
- Forward, S. (1990): *Toxic parents*. Bantam, New York
- Frank, A. W. (1995): A sebzett mesélő. Betegség és erkölcs. A kereső narratívum. in: Kulcsár, (szerk.)(2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és posztraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort.
- Frankl, V. E. (1963): *Man's search for meaning*. New York, Pocket Books.
- Freud, S. (1914/1959): Remembering, repeating and working-through. In J. Stachey (szerk.): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12: 145). London: Hogarth Press.
- Freud, S.(1919/1959): *Psychoanalysis and the war neuroses*. In J. Stachey (szerk.): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 17:). London: Hogarth Press.
- Freud, S.(1896): *The aetiology of hysteria*. In J. Stachey (szerk.): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 3: 203). London: Hogarth Press.
- Freud, S., Breuer, J. (1893–1895): *Studis on hysteria*. In J. Stachey (szerk.): *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 2). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1986): *A traumához való rögződés. A tudattalan* In *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. 18. előadás. Budapest, Gondolat.
- Gendlin, E. T. (1969): *Focusing. Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6,1, . 4–15.
- Gendlin, E.T. ( 1979). *The difference between focusing and self-hypnosis*. Amersfoort: Acco.

- Grinker, R.R., Spiegel, H. (1945): Men under stress. Philadelphia, Blakeston.
- Greenwald, R. Puffer, M.K., Elrod, D. E. (1998): A single-session study of EMDR with children and adolescents distressed by a traumatic memory. *Traumatology*, 3, 2.
- Greenwald, R. (1993). Using EMDR with children. Pacific Grove, CA: EMDR Institute.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., Grossmann, K. E. (1988): Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In R.A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (szerk.), *Relationships within families: 241–260*. Oxford: Oxford Science Publications.
- Grossmann, K.E. & Grossmann, K. (1991): Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (szerk.), *Attachment across the life cycle: 93–114*. London:Tavistock, NewYork: Routledge.
- Hafkescheid, A., (2007): Klinische diagnostiek van posttraumatische stressproblematiek. *Psychopraxis*, 10, 3, 114–119
- Hambleton, R.K., Merenda, P.F., Spielberger, C.D., (2005): Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hart O. van der (szerk.) (1991): Trauma, dissociatie en hypnose. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Hart O. van der, Nijenhuis E.R.S., Steele K. (2006): The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, Norton.
- Harvey, M.(1996): An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 1, 3–23.
- Havelka J. (2002): A traumafeldolgozás egy technikája: szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és feldolgozás (EMDR). *Serdülő- és gyermekpszichoterápia* 2, 1, 50–61.
- Havelka J. (2006): Hoe groot ben je naast een brandweerman? Traumaverwerking met EMDR als een episode in een kindtherapie („Milyen nagy vagy egy tüzoltó mellett? Alcím: Traumafeldolgozás EMDR-rel mint epizód egy gyerekerápiában”). *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 44, 3, 191–208. De Tijdstroom
- Havelka J. (2008): A poszttraumás állapotok jellegzetességei, a traumatikus élmények feldolgozásának terápiás nehézségei és a traumafeldolgozás új terápiás megközelítései. *Pszichoterápia*, 17, 4, 242–250.

- Havelka J. (2010): EMDR :Egy protokollizált kezelési módszer a pszichotrauma következményeire. *Psychiatria Hungarica* 25, 3, 243–250.
- Herman, J. L., Hirschman, L. (1977): Father–daughter incest. *Journal of Women in Culture and Society*, 2, 735–756.
- Herman J.L. (1992):Trauma and recovery. New York, Basic Books
- Herman, J. L. (1992): Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Hinde, R. A., Stevenson–Hinde, J.(1990): Relationships Within Families: Mutual Influence. *Psychological Medicine*, 20:1002–1002
- Horowitz, M.J. (1976): Stress response syndromes. New York, Aronson.
- Ijzendoorn, van M.H., Juffer, F., Duyvesteyn, M.: (1992): Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment. Doctoral Dissertation. Lund University
- Ijzendoorn, van M. H., Schuengel, C., Bakermans–Kranenburg, M. (1999): Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–250.
- Ijzendoorn, van M. H., Bakermans–Kranenburg, M. (2006): DRD4 7–repeat polymorphism moderates the association between maternal unresolved loss or trauma and infant disorganization. *Attachment & Human Development*, 8, 291–307
- Jakobson, A. (1989): Psychical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 390–395.
- Jacobson, A., Herald, C. (1990): The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care. *Hospital and Community Psychiatry*, 41,4, 154–158.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris, Alcan.
- Janet, P. (1894): Histoire d'une idee fixe. *Revue Philosophique*, 37, 121–163.
- Janet, P. (1904): L'Amnésie et la dissociation des souvenirs par l'emotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417–453.
- Janet, P. (1909): Problemes psychologiques de l'emotion. *Revue Neurologique*, 17, 1551–1687.
- Janet, P. (1919): Les Medications Psychologiques. Paris, Alcan.
- Janet, P. (1935): Réalisation et interpretation. *Annales Medico-Psychologiques*, 93, 2, 329–366.
- Janoff–Bulman, R. (1982): Esteem and control bases of blame: „Adaptive” strategies for victims versus observers. *Journal of Personality*, 39, 1–17.

- Janoff-Bulman, R. (1985): The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. in: Figley, R, (szerk.): Trauma and its wake, vol.1. 14–35. New York, Brunner–Mazel.
- Janov, A. (1970): The primal scream. New York, G.P. Putman's Sons,
- Jenson, J. (1995): Reclaiming your life. New York, Penguin Books
- Jurkovic, G. J. (1998): Destructive parentification in families: Causes and consequences. in L.L'Abate (szerk.) Family psychopathology: 237–255. New York, The Guilford Press
- Kaplan, G., C., Main, M. (1985): The Berkeley Adult Attachment Interview. Unpublished Protocol. Dept. of Psychology, University of California, Berkeley CA.
- Kardiner, A. (1941): The traumatic neuroses of war. New York, Hoeber
- Kernberg O. (1999): Acute and chronic countertransference reactions. In: Fonagy P., Cooper A.M., Kolk van der B. van der Hart, O. (szerk). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *Imago*, 48, 425–454.
- Kilpatrick, D. G., P. A. Resick, L. J. Veronen. (1981): Effects of a Rape Experience: A Longitudinal Study. *Journal of Social Issues*. 37, 4, 105–122.
- Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Hansen, R.F., Resnick, H.S., & Walker, M.E. (1999): Prevalence, case characteristics, and long-term psychological correlates of child rape among women: A national survey. *Child Maltreatment*, 4, 187–200.
- Kolk, van der B. A., Hart, van der O. (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530–1540.
- Kolk, van der B. A., Perry, J. C., Herrman, J. L. (1991): Childhood origin of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.
- Kolk, van der B. A., Fishler, R. E. (1994): Childhood abuse and neglect and loss of selfregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 43, 311–320.
- Kolk, van der B. A. (2000): Beyond the talking cure: Somatic Experience and Subcortical Inprints in the Treatment of Trauma. In: Shapiro, F. (szerk.): EMDR as an Integrative Psychotherapy approach. Experts of diverse orientations Explore the Paradigm Prism. American Psychological Association: Washington, DC.
- Koltai, M. (2001): Szuicidium a családban: A transzgenerációs hatások elemzése. Phd disszertáció, Témavezető: dr. Kézdi Balázs. Pécs, PTE Pszichológia Intézet
- Kovács, G., Péter, L., Kovács L. (2007): A poszttraumás stressz betegség (PTSD) klinikuma. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 9, 1.



- Krystal, H., Niederland, W.G. (szerk.) (1968): *Massive psychic trauma*. New York, International Universities Press.
- Krystal, H. (1978): Trauma and Affects. *Psychoanal. Study. Child.* 23:81–116.
- Kulcsár, Zs., Frecska, E., Varga, I. (1987): Endogenous opioid functions and personality. *European Journal of Personality*, 1. 45–58.
- Kulcsár, Zs., Kökönyei, Gy. (2004): A szomatizáció biológiai modelljei. Összefoglaló. In: Kulcsár, Zs., Rózsa S., Kökönyei Gy. (szerk). *Megmagyarázhatatlan testi tünetek. Stressz, szomatizáció és funkcionális stresszbetegségek*. Szöveggyűjtemény. Budapest, ELTE, Eötvös Kiadó. 697–751.
- Lakatos, K., Toth, I., Nemoda, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M., & Gervai, J. (2000): Dopamine D4 receptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry*, 5, 633–637.
- Lakatos, K., Nemoda, Z., Toth, I., Ronai, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M., et al. (2002): Further evidence for the role of the dopamine D4 receptor (DRD4) gene in attachment disorganization: Interaction of the exon III 48-bp repeat and the 7521 C/T promoter polymorphisms. *Molecular Psychiatry*, 7, 27–31.
- Lang, P. J. (1985): The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In: Tuma, A.H., Maser, P. (szerk): *Anxiety and the anxiety disorders*: 131–170. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer Publishing
- LeDoux, J.E. (1996): *The Emotional Brain*. New York: Simon and Schuster.
- Leri, A. (1919): *Shell shock: Commotional and emotional aspects*. London, University Press.
- Lerner, M. J. (1980): *The belief in a just world*. New York: Plenum.
- Lifton, R. J. (1973): *Home from the war. Vietnam veterans: Neither victims nor executioners*. New York, Simon and Schuster, 31.
- Lovett, J. (1999): *Small Wonders: Healing Childhood Trauma with EMDR* The Free Press, New York.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A. (2001): *Complex Trauma and Disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part one: Assessment. Directions in psychiatry*.
- Lyons-Ruth, K., Block, D. (1996): The disturbed caregiving system: The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17:157–275.

Lyons–Ruth, K., Jacobvitz D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy J, Shaver P, (szerk). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford; 520–554.

Lyons–Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M., Bianchi, I. (2006): From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? in: R. Chevetz, (szerk). *Dissociative Disorders*. *Psychiatric Clinics of North America* 29, 63–86.

Madigan, S., Bakermans–Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006): Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, 8, 89–111.

Main, M., Hesse, E. (1990): Parents’ unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Cummings (szerk.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press. 161–182

Main, M., Solomon, J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, és E. M. Cummings (szerk.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press. 121–160.

March, J., Amaya–Jackson, L. (1993): Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *PTSD Research Quarterly*, 4,4, 1–7.

Marvin, R.S., Whelan, W.F. (2003): Disordered attachments: toward evidence-based clinical practice. *Attach. Hum. Dev.*, 5, 3.

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

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

McEwen, B. (1999): Development of the cerebral cortex: XIII: stress and brain development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 101–103.

Miller, A. (1979): *The Drama of the Gifted Child*. Basic books

Miller, A. (2005): *The Body Never Lies*. Norton

Miller, A. (1983): *For Your Own Good*. Farrar Straus Giroux

Minuchin, P. (1985): Families and individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289–302

- Minuchin, S. (1974): Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Mórotz K.(2006): A viselkedésterápia alapelvei és módszerei. In: Mórotz K. és Perczel Forintos D. (szerk.): Kognitív viselkedésterápia. Budapest. Medicina, 59–182.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., Kruger, K., Steele, K.(2004): Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38, 678–686.
- Nikolai N. (2008): Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering. Tijdschrift voor Psychotherapie, 34:6–25.
- Nikolai N. (szerk).(2008): Handboek psychotherapie na sexueel misbruik. 2e druk. Utrecht, De Tijdstroom.
- O'Connor, T.G., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T., Britner, P.A. (2003): English and Romanian Adoptees Study Team: Child–parent attachment following early institutional deprivation. Dev. Psychopathol.15,1,19–38.
- Oppenheim, H. (1889): Für und wider die traumatische neurose. Neurologisches Centralblatt, 35, 227.
- Oravetz, R. (2004): A gyermekkori szexuális abúzus kezelése és következményei.Addiktológia, 3, 4, 495–514
- Panksepp, J., Herman, B.H., Vilberg, T., Bishop, P., DeEskinazi, F.G. (1980): Endogenous opioids and social behavior. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 4, 473–487
- Park, C. L., Folkman, S.(1997).: Jelentés a stressz és a megküzdés kontextusában.in: Kulcsár, (szerk.)(2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Budapest, Trefort Kiadó.
- Perry, B., Szalavitz, M. (2010): Het liefdevolle brein. Utrecht, Spectrum.
- Pepys, S. (1666): The diary of Samuel Pepys in: Schama, Simon (szerk.) A History of Britain vol. II (2001); Weiss, David, The Great Fire of London (1968).
- Péley B. 2004 (szerk. és bevezető): Winnicott: A kapcsolatban bontakozó lélek. Budapest, Új Mandátum Kiadó.
- Péley, B. (2001): Az evolúciós gondolkodás szerepe a lelki fejlődés modelljeiben. In.: Pléh–Csányi–Bereczkei (szerk.): Lélek és evolúció. Az evolúciós szemlélet és a pszichológia. Budapest, Osiris, 167–194.
- Penn, P., (200): Trauma, Language, and Writing: Breaking the Silence, Family Process, 40, 1: 33–52.

- Pitman, R.K., Orr, S., Fogue, D., de Jong, J., Claiborn, J. (1987): Physiological Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44:970–975.
- Pitman, R.K., Orr, S. P. (1990): The black hole of trauma. *Biological Psychiatry*, 27:469–71.
- Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poire, R.E., Steketee, G.S. (1991): Psychiatric complications during flooding therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52:17–20.
- Pittman, R.K., Kolk, B.A. van der, Orr, S.P., Greenberg, M.S. ( 1990). Naloxon-reversible analgetic respons to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 541–544.
- Pittman, R.K., Orr, S.P., Fogue, D.F., de Jong, J.B., Claiborn, J.M. (1987): Psychophysiological assessment of posttraumatic disorder imaginery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 17, 970–975.
- Pynoos, R.S. (1990). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. In: B.D. Garfinkel, G.A. Carlson & E.B. Weller (szerk.) *Psychiatric disorders in Children and Adolescents* ( 48–64.o). Philadelphia: WB Saunders.
- Radke–Yarrow, M. Ronsaville, D., Mayfield, A., Martinez, P.(1998): Children of Depressed Mothers: From Early Childhood to Maturity .
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fisler, R. E. A., Nathaniel, M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996): A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53:80–387.
- Rauch, S.L., Zawisky, M., Stellmach, Ch., Geltenbort, P. (1999): Giant Absorption Cross Section of Ultracold Neutrons in Gadolinium. *Physical Review Letters*, 83:4955–4958.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1992): Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulging and Clinical Psychology*, 60:748–756.
- Roche, A. J., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J. & Chadwick, D. (2005): The work of Ambroise Tardieu: The first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29: 325–334.
- Rózsa, S., Nagybányai Nagy O., Oláh, A.(szerk.) (2006):*A pszichológiai mérés alapjai: Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás*. Budapest, Bölcsész Konzorcium.
- Rubonis, A.V., Birkman, L. (1991): Psychological impairment in the wake of disaster. The disaster pathology relationship. *Psychological Bulletin*. 109, 384–399.

- Schechter, S. (1982): *Women and male violence: The visions and struggles of the battered women's movement*. Boston, South End Press.
- Scheppele, K.L., Bart, P.B. (1983): Through women's eyes: Defining danger in the wake of sexual assault. *Journal of Social Issues*, 39, 63–80.
- Schore, A.N. (1994): *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A.N. (2000): The self-organisation of the right brain and the neurobiology of emotional development. In: Lewis M.D., Granic I. (szerk.): *Emotion, development, and self-organization*. New York, Cambridge University Press, 155–185.
- Schore, A.N. (2001): Neurobiology, developmental psychology and psychoanalysis: convergent findings on the subject of projective identification. In: Edwards J. (szerk.): *Being Alive*. London, Brunner/Routledge,.
- Schore, A., (2003): *Affect Dysregulation and disorders of the self*. New York, Norton
- Selye, H. (1956): *The stress of life*. McGraw–Hill, New York.
- Shapiro, F. (1989): Efficacy of the eye movement desensitisation procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199–223.
- Shapiro, F. (2001): *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002): *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach*. American Psychological Association Books. Washington, DC.
- Siegel, D.J. (1999): *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Spinazzola, J., Ford, J., Van der Kolk, B.A., Blaustein, M., Brymer, M., Gardner, L., Silva, S., Smith, S. (2003): *Complex Trauma Network Survey*. The National Child Traumatic Stress Network.
- Stern, M. (1964): Prototypes of defences. *Int. J. Psycho-Anal.*, 4, 296–298.
- Stern, D.N. (1985): *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. (A csecsemő személyközi világa. Animula, Budapest)
- Sternberg, R. J. (1998): A bölcsesség egyensúlyelmélete. in: Kulcsár, (szerk.) (2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó.
- Linley, P. A. (2003): Trauma és pozitív alkalmazkodás. A bölcsesség mint folyamat és mint eredmény. in: Kulcsár, (szerk.) (2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó.

- Szummer, Cs. (1993a): Freud nyelvjátéka: A pszichoanalízis mint hermeneutika és narráció. Budapest, Cserépfalvi Kiadó.
- Szummer, Cs. (1993b): Freud, „az alvajáró filozófus” in: Szummer Csaba és Erős Ferenc (szerk.) (1993): Filozófusok Freudról és a pszichoanalízisről, Budapest, Cserépfalvi Kiadó, 9–25.
- Tardieu, A.(1857): Les attentats aux moeurs. Paris, Millon.
- Tas, J. (1946): Psychische stoornissen in concentratiecampen en bij teruggekeerden. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 6, 143–150.
- Taylor, S.E., Wood, J.W., Lichtman, R.R. (1983): It could be worse: Selective evaluation as a response to victimization. Journal of Social issues, 39, 19–40.
- Taylor, S.E., Wood, J.W., Lichtman, R.R. (1984): Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. Journal of Personality and Socialpsychology, 46, 489–502.
- Taylor, S.E., Klein, L.C., Gruenewald, T.L., Gurung, R.A.R., Updegraff, J.A. (2000): Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight en flight. Psychological Review, 107, 411–429.
- Tennen, H., Affleck, G., Gershman, K.(1986): Self blame among parents of infants with perinatal complications: The role of self-protective motives. Journal of Personality and Socialpsychology, 50, 690–696.
- Terr, L. A. (1983): Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. American Journal of Psychiatry, 140, 1543–1550.
- Terr, L. (1991): Childhood traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148, 10–20.
- Tedeschi, R., G., Calhoun, L. W. (2004): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. in: Kulcsár, (szerk.) (2005): Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Budapest, Trefort.
- Tinker, R.H., Wilson, S. A. (1999): Through the eyes of a child. New York: Norton & co.
- Yalom, I. (1980): Existential therapy. New York, Basic Books.
- Yealland, L. (1918): Hysterical disorders of Warfare. London, University Press.
- Verny, Th. (2002). Tomorrow's baby. New York: Simon&Schuster.
- Virág, T. (1996):Emlékezés egy szederfára. Budapest, Animula
- Virág,T. (szerk). (1998): A társadalmi traumatizáció hatásai és pszichoterápiájának tapasztalatai. Budapest, Animula
- Virág, T. (2001): ”Mély kútba tekinték...” Válogatott tanulmányok Bárdos K., Kardos P. (szerk). Budapest, Animula
- Virág,T. (2001): A vészorszak hatása a holokauszt-túlélők második gene-

rációjának magatartására. Budapest, Múlt és Jövő

Weber, D.L., Clarck, C.R., McFarlane, A.C., Moores, K.A., Morris, P.L.P., Garry, F. (2005): Abnormal frontal and parietal activity during working memory updating in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 140, 27–44.

Wilson J.P., Lindy J.D. (szerk.) (1994): *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York, Guilford Press.

Winnicott, D. (1971): *Playing and Reality*. London: Tavistock Publication.

Wren–Lewis, J. (2004): A halál közeli élmények és a poszttraumás növekedés összefüggései. in: Kulcsár, (szerk.) (2005): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort.

Zahn–Waxler, C., Robinson, J. (1995): Empathy and guilt: Early origins of feelings of responsibility. In: Tangney, J. P., Fischer, K. W. (szerk.), (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: The Guilford Press

### *Az értekezés témakörében készített publikációk*

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

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

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

Havelka.J. ( 2009): Szörnyűségek túlélője. *Pannonhalmi Szemle* 17, 1/1

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

## *Az értekezés témakörében tartott hazai és nemzetközi előadások*

2008 március Családterápiás Vándorgyűlés Gödöllő: A transzgenerációs trauma átadásának egy lehetséges módja

2008 október minisymposium Centrum Adolescentenpsychiatrie's. Hertogenbosch, Nederland, " En...er was niemand"

2009 szeptember Magyar Pszichoanalitikus Egyesület Konferenciája: Test lélek terápiás kapcsolat.

2010 június Nemzetközi Szomato-Pszichoterápiás kongresszus: A traumaszemüveg.