

**XXXI. Országos Tudományos Diákköri Konferencia
Had- és Rendészettudományi Szekció
Budapest, 2013. április 16-18.
Nemzeti Közszolgálati Egyetem
Hadtudományi és Honvédtisztképző Kar**

A TRAUMA EVOLÚCIÓJA

Jelige: *PTSD*

Dolgozat lezárásának időpontja: *2013. január*

Tartalomjegyzék

BEVEZETÉS.....	3
1. A trauma dialektikája - hisztéria vs. poszttraumás stressz-zavar	6
1.1. Charcot, Janet, Freud.....	7
1.2. A trauma következményeinek „felfedezései”	8
2. Stressz-hatások, katasztrófa- és traumaélmények	9
2.1. A stressz és következményei.....	11
2.1.1 Selye-féle általános adaptációs szindróma (GAS) három fázisa.....	12
2.1.2. A stressz látható jelei és tünetei.....	14
2.2. A trauma társadalmi szinten történő megjelenése	15
2.2.1. Trauma és háború	17
2.2.2. Holokauszt.....	19
2.2.3. A transzgenerációs hatás	20
2.2.3.1. A másodlagos traumatizáció	20
2.2.3.2. A másodlagos traumatizáció-elméletek.....	22
2.3. A trauma egyéni szinten történő megjelenése.....	23
2.3.1. A traumatikus események csoportosítása	24
2.3.2. Trauma és emlékezet.....	26
3. Poszttraumás stressz-zavar	30
3.1. Előzmények.....	30
3.2. A szindróma bekerülése a pszichiátriai nozológiai rendszerbe.....	30
3.3. A szindróma kritériumai	32
3.4. A PTSD főbb tünet-együtteseinek csoportosítása	33
3.5. A PTSD tünetek kialakulásának és időtartamának jellemzői.....	34
3.6. Nemi különbségek	36
3.7. A PTSD mérése.....	38
4. A PTSD kezelése.....	42
4.1. Trauma és terápia	42
4.1.1. Trauma debriefing	43
4.1.2. Kritikus esemény stressz-kezelése.....	44
4.1.3. Szemmozgásos Deszenzitizálás és Élmény Átstrukturálás	44
4.2. Farmakoterápia.....	45
5. Vagyonvédelem, stressz és PTSD	47

5.1. Fokozott stressz-hatások.....	47
5.2. Specifikus szakmai oktatás.....	49
5.2.1. Eljárások pénzügyi rablás, rablási kísérlet esetén.....	49
5.3. A pszichológiai vizsgálat általános megállapításai, tapasztalatai	51
5.4. A PTSD előfordulása a vagyonvédelmi munka során.....	54
6. Empirikus vizsgálat-esettanulmány.....	55
6.1. Célkitűzés	55
6.2. Módszer	56
6.3. Esettanulmány	57
6.4 A teszt eredményei	62
7. A jövő kihívásai – a monitoring fokozott jelentősége.....	63
ÖSSZEGZÉS	67
MELLÉKLETEK	69
1. sz. melléklet Interjúkérdések	69
2 sz. melléklet PTSD önértékelő kérdőív.....	73
3.sz. melléklet Ismétlés a múltbeli élmények felidézése révén.....	75
4. sz. melléklet 2005. évi CXXXIII. törvény.....	76
5. sz. melléklet Poszttraumás Stressz Betegség (PTSD) Diagnosztikai Skála	77
IRODALOMJEGYZÉK.....	79

BEVEZETÉS

Kertész Imre „folytatás” gondolata számomra jól tükrözi azt a perspektivikus gondolkodást, mely mutatója és egyben alappillére az embert jellemző harmóniának. Ugyanakkor kételyt sugall a megvalósítás, az élni tudás lehetőségére vonatkozóan. A rendkívüli történelmi helyzetet megélt író, mély tisztánlátással és művészi finomsággal érzékelteti az emberi psziché működési mechanizmusait.

Utóbbi mindig érdekelt, ezért a pszichológia tárgykörében jobban szerettem volna elmélyülni. Amikor a szakdolgozat témáját kellett kijelölnöm, nagyképűen úgy gondoltam, hogy megfelelő érdeklődéssel és ezzel párhuzamosan elegendő műveltséggel, olvasottsággal bírok e tantárgy vonatkozásában. Akkor még nem tudtam, hogy mekkora fába vágtam a fejszemet, nem mértem fel, hogy a kriminálpszichológia tankönyvben leírt néhány oldal, és a rendelkezésemre álló szakmai (vagyonvédelem) esettanulmányok még kiindulópontnak sem elegendőek egy ilyen izgalmas téma felöleléséhez. Ennek ellenére nem tárgítottam az elhatározásomtól, annál is inkább, mivel a téma az „utcán hevert”, a cégünk által őrzött pénzügyi intézetek sérelmére elkövetett emelkedő számú bankrablások sorában volt egy olyan bankfiók, amelynek sérelmére fél éven belül két alkalommal következett el fegyveres rablás, és mindkét alkalommal ugyanaz a (cégünk alkalmazásában álló) vagyonőr volt szolgálatban az adott bankfiókban. Ahogy egyre jobban beleástam magam a témába, és fokozódó kíváncsisággal vettem magam bele az alapművek és minden - akár csak érintőlegesen is érdekesnek tűnő-, a témához kapcsolódó, cikk és szakirodalom tanulmányozásába, az ismeretszerzés folyamán rá kellett döbbernem, hogy bár jelentősen tágult a spektrumom, a magabiztosságom ezzel szemben csökkent. Párhuzamosan folyamatosan bővülő „tudásommal”, elhatalmasodott a bizonytalanságom, egyre kevésbé éreztem kellőképpen megalapozottnak a felkészültségemet az első lépcsőfok teljesítéséhez, az interjúkérdések összeállításához. Annyira izgalmas volt a téma felfedezése a különféle szakterületek aspektusából nézve, hogy nemcsak az interjúkérdések fogalmazódtak meg bennem apránként, hanem egy-egy könyvélményemet is újraéltem. (Pl.: Czapáry Veronika: Anya kacag, Kertész Imre: Az angol lobogó, Erich

Maria Remarque: Három bajtárs, William Styron: Sophie választ, Alberto Moravia: Unalom, Daniel Keyes: Az ötödik Sally.)

A téma lassan érlelődött bennem, és a munkával töltött hónapok végeredményeként megszületett az interjúkérdések sora (lásd: 1. sz. melléklet). Újabb akadályok elé állított a következő lépcső, a vagyonőrrel történő kontaktus megteremtése. Külső nehézségként az esetek bizalmas kezelése, belső gátként pedig a rajtam eluralkodó félsz jelentkezett, mely azt sugallta, hogy megfelelő szakmai hozzáértés nélkül nem közeledhetek egy traumát átélt emberhez. Elnyomva magamban utóbbi dilemmát, semleges helyet kerestem az interjúra, és felhívtam a vagyonőrt anélkül, hogy megbeszéltem volna vele a találkozásunk konkrét célját a közös munkahelyünk büféjébe invitáltam egy beszélgetésre. Később kiderült, hogy pusztán kötelességtudat vezérelte megjelenésében, azt, hogy „személyes ügyben és bizalmasan szeretnék vele beszélni” félreértelmezte. Úgy vélte, hogy munkahelyi előrelépés várható számára. Emiatt mindkettőnk részére csalódást okozott a találkozás. Ő konstataulta, hogy nem kínálok magasabb pozíciót, én pedig kénytelen voltam tudomásul venni, hogy nem kíván a múltról beszélgetni velem. Kifejtette, bármiről beszélgethetünk, bármiben segít, de ebben a témában még csak kooperálni sem óhajt.

A bankrablásokkal és az érintett vagyonőrrel kapcsolatosan rendelkezésemre álló dokumentációkból, melyek az esetek konkrét leírását tartalmazták, számomra az derült ki, hogy míg a vagyonőr szakmaiságát megkérdőjelezték, pszichés állapotának felmérésére kevesebb hangsúlyt fektettek. Marcangoltam magam, hogy konkretizálnom kellett volna a vagyonőrnek a találkozásunk célját. Azonban a reakciója megerősített abbéli feltevésemben, hogy talán poszttraumás stressz zavar jellemzi, hiszen a szindróma egyik ismérve a beszűkülés. Ezért változatlan lelkesedéssel vettem bele magam a poszttraumás stressz zavar (továbbiakban: PTSD)¹ rejtelseibe, és nagy eltökéltséggel műveltem magam.

Ezt követően továbbra is megszállottan kerestem a vagyonvédelmi kapcsolódási pontokat. Majd több mint hat hét után, a vagyonőr felhívott. Meggondolta magát, szívesen beszél az eseményekről, és az őt ért hatásokról.

¹ Olyan esemény (trauma élmény) megtapasztalása következtében alakul ki, amely során, vagy az áldozat, vagy más személy testi, szexuális vagy lelki épségét erőszak fenyegeti (szélsőséges esetben erőszakos halál áldozatává válik) és az egyén elveszíti a megbirkózási képességét súlyos szorongásos zavarral válaszol.

Dolgozatomban szeretném konkretizálni a hétköznapi nyelvben elterjedt trauma fogalmát, általánosságban szeretném bemutatni a PTSD betegség kialakulását, tünet együtteseit, a traumatikus élmény hosszútávon jelentkező pszichés romboló hatásait és kezelési lehetőségeit. Munkám alapjául Hermann Judith *Trauma és Gyógyulás* című könyve szolgált,² melynek feldolgozása során bennem is élmények sora mozdult meg, ami egyrésztől ugyan lelassította a tanulás örömét, másrészt viszont előremozdította a PTSD hatásainak közvetlen megtapasztalását. Természetesen nem esett jól saját démonjaimmal szembesülni, ami igazolni látszott a szakirodalomban leírtakat és egyúttal rámutatott arra, hogy kiemelten kell kezelni a traumatizáció megismerésének jelentőségét. Munkám során egyre nyitottabbá váltam a környezetem esetleges trauma érintettségére, folyamatosan újabb és újabb ismeretekre tettem szert, ezért nagy kihívást jelentett számomra a strukturáltság kialakítása. Noha dolgozatomat bankrablások „inspirálták”, szakirodalom hiányában lehetetlen volt az adott tárgykörre leszűkíteni a PTSD-vel való ismerkedésemet, így kiinduló pontként, a betegség kialakulási lehetőségeit a holokauszt áldozatokon, a családon belüli erőszak áldozatain és a veterán katonák trauma élményein keresztül tanulmányoztam. Alapvető célom az volt, hogy egy konkrét esetből kiindulva felhívjam a figyelmet a vagyonvédelemi tevékenység „trauma veszélyeztetett” mivoltára, a szakmán belüli diagnosztizálás, illetve pszichés utógondozás hiányosságaira és nem utolsósorban a pszichés segítségnyújtás fontosságára.

² Herman, J. (2003): *Trauma és gyógyulás*. Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE

1. A trauma dialektikája - hisztéria vs. poszttraumás stressz-zavar

A poszttraumás stressz-zavar (PTSD; Post Traumatic Stress Disorder) témaköréről, amely egy adott trauma utóhatásaként, reflexiójaként jelentkező rendellenesség, nem beszélhetünk anélkül, hogy magát a trauma szót ne értelmeznénk. A trauma görög eredetű szó, jelentése „seb, sérülés”. Míg korábban csak testi sérülésekre és a velük járó károsodásokra vonatkozóan alkalmaztuk, ma már a köznyelvben is elterjedt, mondhatni divatos szóhasználat a lelki sérülések, megrázkódtatások, azaz lelki traumák kifejezéséként ez a pszichológiai terminus.

A PTSD jobb megértéséhez fontosnak tartom a hisztéria elméletek megismerését. A PTSD csakúgy, mint a hozzá sok tekintetben kapcsolódó hisztéria³ (korábban konverziós zavar, napjainkban disszociatív zavar) jelensége sokáig disputát, fekete foltot jelentett a pszichológia/pszichiátria számára. A hisztériában szenvedő betegek esetében azt vették észre, hogy fizikai tünetekkel (pl.: részleges bénulás) ugyan rendelkezik a páciens, azonban szervi elváltozások nem diagnosztizálhatók. Ez a tünet a PTSD diagnosztikus kritériumai között is szerepel (lásd részletesebben 3.4. alatt), ám várni kellett arra, hogy egy pszichológiai szempontból egészséges ember, súlyos trauma-élményét követő krónikus állapot, beilleszthető legyen a pszichiátriai osztályozási kategóriákba. Annak érdekében, hogy megértsük a PTSD etológiáját, tanulmányoznunk kell a hisztériával kapcsolatos elgondolásokat.

A pszichológiai vizsgálatok eredményeként bizonyíthatóvá vált, hogy a tüneteket egy adott esemény által kiváltott érzelmi tényezők okozták. Annak ellenére, hogy még a múlt században is a hisztériát elsősorban nőket érintő betegségnek vélték, már az ókori történetírás is beszámol a trójai háború kapcsán a katonákat érintő hisztérikus vakságról.⁴ Elsőként Charles le Pois (1618), majd Robert Boyle (1664) írta le, hogy a hisztériának nincs köze a méhhez, hanem sokkal inkább a lelki jelenségekhez (pl.: ingerek,

³ Erős érzelmi/pszichológiai hatás okozta lelki zavarokra, érzelmi feszültségekre visszavezethető szervi elváltozás nélküli azonban fizikai tünetekben jelentkező megbetegedés.

⁴ Epizelos marathóni csatában (ie. 490) egy nagytermetű ellenféllel találta szembe magát, a mellette álló harcost megölte, a hatalmas ellenfél nem bántotta, fizikai sérülést nem szenvedett, mégis Epizelos, amikor ellenfele mellett elment, megvakult, és a legenda szerint élete végéig vak maradt.

gondolatok).⁵ Thomas Willis neurológiai változásnak tekintette, Thomas Sydenham (1694) pedig emocionális eredetűnek. Sydenham elmélete megelőzte korát, mert akkoriban a gyógyítás a fizikai tünetekre koncentrált, ezért a pszichoterápiák vártak magukra a 20. századig.

1.1. Charcot, Janet, Freud

Charcot a Salpêtrière kórház neurológiai klinikáján⁶ dolgozott, és különböző orvosi értelemben megmagyarázhatatlan testi tünetektől (bénulás, görcsös rohamok, izomrángások, furcsa testtartás) szenvedő főként női betegek kezelésére specializálódott. Szerepe a hisztéria megismerésében vitathatatlan, és megfigyelései alapján arra a következtetésre jutott, hogy sok a betegénél a tüneteket egy múltbeli traumatikus élményre (pl.: vasúti baleset) adott érzelmi válasz okozza. Meggyőződése szerint betegei nem az adott baleset okozta fizikai hatásoktól, hanem a balesettel kapcsolatosan bennük kialakult képzetektől és érzésektől szenvedtek. Hipnózissal kezelte betegeit, melyet számos alkalommal performance keretein belül publikált. Emiatt a kor neves neurológusai nem ismerték el, viszont olyan híveket szerzett magának, mint Pierre Janet és Sigmund Freud.

Pierre Janet a páciensek traumatikus tüneteit az emlékezet egyfajta működésének tekintette, ezért alapvető célja a múltbeli események és az aktuális lelki trauma közti összefüggés feltérképezése volt. Vallotta, és elsőként világított arra rá, hogy a tudattalan emlékek felelősek lehetnek a tünetképzésért. Janet disszociációra, tudattalanra és indulatáttételre vonatkozó elméletei szerint, az egyén tudatosan nem képes a meglévő kognitív rendszerekbe beilleszteni a „hirtelen feltörő indulatokat”, ehelyett az átélt emlékek leszakadnak a tudatról, továbbá az önkontroll nem lép működésbe, majd ezek következtében jelennek meg a pszichés tünetek. Tulajdonképpen Janet ezzel tette le a PTSD alapkövét.

Sigmund Freud (1895/2011) a betegek trauma tüneteit és pszichés sérüléseit elemezve, kidolgozta a nevét fémjelző hisztéria-elméletet, mely ellentétben állt - tanítómestere -

⁵ Szendi Gábor (2004): A konverziós hisztéria fogalmának rövid története és neurológiai modellje *Psychiatria Hungarica*, 19 (4) 276-309 [http://www.pszichoterapia.tenyek-tevhitek.hu/hisztéria-tanulmany.pdf letöltve 2012.06.06]

⁶ Első - Charcot által alapított - neurológiai klinika Európában.

Pierre Janet által elképzelt traumaelmélettel. Érdeklődését felkeltette Anna O. esete, aki eredetileg Breuer betege volt (1880-tól).⁷ A 21 éves Anna O. apja ápolása során betegedett meg, és olyan tüneteket produkált, mint köhögés, vagy izomrángások.⁸ Később neurológiai tünetek jelentek meg nála (pl.: fejfájás, bénulás), amit Breuer hisztériaként diagnosztizált, s melyet hipnózissal és „beszélgető” terápiával gyógyított. Freud igazolást nyert arra vonatkozóan, hogy a kiváltó esemény emlékének újratерemtése és az érzelmi katarzis indukálása gyógyító hatással van a betegre. Freud úgy vélte, hogy a trauma ellen az egyén képtelen védekezni, és ez okozza a megbetegedést. A traumatogén hatás elszenvedése során egyéni különbségek figyelhetők meg.

1.2. A trauma következményeinek „felfedezései”

Janet munkásságával párhuzamosan, a magyar Pszichoanalitikus Iskola megteremtője, Ferenczi Sándor, máig használatos traumatant⁹ alkotott.¹⁰ A pszichés trauma kutatásának egyik fontos momentuma a tudattalan folyamatok szerepének, a lelki betegségek diagnosztizálásának és gyógyításának (pszichoterápia) előtérbe kerülése volt. Ferenczi az első világháborúból visszatérő katonák vizsgálatai alapján a háborús neurózisokat¹¹ lelki eredetűnek tartja, amit a hisztériával rokonít. Nagy jelentőséget tulajdonított annak, hogy az egyén hogyan értékeli a vele történt eseményt, mely forradalmi konklúzióját eredményezte, miszerint a trauma egyénfüggő.

⁷ Freud, S. (1895/2011): *Tanulmányok a hisztériáról*. Budapest, Animula Kiadó

⁸ [<http://www.richardwebster.net/freudandcharcot.html> letöltve 2012.10.06]

⁹ Trauma hatására a személyiség kettéhasad és az énvédő mechanizmus működőképessége leáll. A két én egymástól függetlenül működik, egyik én regressziót mutat, a pretrauma időszakában fixálódik (múltörzés), a sérült felnőtt én pedig hajlandó azonosulni a megrázkódtatással (jövőkép). A traumatant a „Trauma a pszichoanalízisben”, „A megrázkódtatás lélektanához” és „Az álomfejtés revíziójához” című publikációiban tett közkinccsé. [<http://orange.mtapi.hu/thalassa/archivum/991/bako.htm> letöltve 2012.10.06.]

¹⁰ Ferenczi S. (2006), *Technikai írások*. Budapest, Animula Kiadó

¹¹ Ferenczi S. (1916): *A háborús hisztéria két típusáról*.

[<http://vmek.oszk.hu/04900/04934/html/ferenczi0110/ferenczi0110.html>]

2. Stressz-hatások, katasztrófa- és traumaélmények

Ahogy az előzőekből következik, Freud és Ferenczi az inger (stresszor) és az énvédő mechanizmusok (elhárító folyamatok) megfigyelésével fokozatosan jutott el a traumaélmény megfogalmazásához, tehát a stressz szerepének központi jelentőséget tulajdonítottak. Annak ellenére, hogy létezik pozitív stressz (eustressz) is, a stressz szóhoz a köznyelv többnyire a kellemetlen konnotációt társít. Stressz hatására feszültségi állapot jelentkezik a pszichében, és az egyének coping mechanizmusai¹² aktivizálódnak. Mindennapi életünk során, a szenzoros túlingerléseken (pl.: fokozott zajártalom) az egyéni életesemények fordulatain (pl.: válás, gyász, betegségek) át, a munkahelyi túlterheltségen keresztül, számtalan stressz-keltő eseménnyel találkozunk. Az efféle stressz-hatások természetes velejárói hétköznapijainknak, melyet az egyén kognitív értékelési folyamata és a stresszorokkal való megküzdés támogat. Ezzel szemben a rendkívüli megrázkódtatások, a traumaélmények (pl.: katasztrófák, erőszak, háború, balesetek) váratlansága zavart okoz a coping mechanizmusban. Az egyén nem tud problémaorientált megoldásokat alkalmazni, és eközben a fokozott emocionális terhelés alatt, stresszt él meg. Rendkívüli fizikai, vagy lelki megrázkódtatások esetén, az egyén akut (átmeneti) vagy krónikus (tartósan megmaradó) tünetek megjelenésével reagálhat.

André Haynal pszichoanalitikus „A Trauma Arcai” nemzetközi konferencián a következőképp definiálta a traumát: „Trauma az, amit az én nem tud feldolgozni...felkészületlenül éri.” Katasztrófáról akkor beszélhetünk, ha egy konkrét esemény a váratlanságából, illetve a környezet elégtelenségéből származóan traumatikus hatást eredményez, és ezáltal megrettentí az érintett személyek alapbiztonságát. Általánosságban az egyéni szocializáció, az életkor, a társadalmi helyzet, a belső „én” harmóniája és egyéb tényezők azok, melyek meghatározzák jellegét. Ezért fordul elő, hogy minden trauma érintett másképp interpretálja az átélt traumát, egyeseknél életre szóló apátiát, míg másoknál alkalmi hétköznapi zökkenőt okoz. Azonban tömegszerencsétlenség, természeti csapás, vagy katasztrófa esetén, mégis egyfajta univerzális trauma-átélés alakul ki az érintetteknek.

¹² A stressz-hatással való megbirkózás, amely lehet problémaorientált (információk, feltételek vizsgálata utáni cselekvés), vagy érzelmi jellegű (az egyén érzelmi megnyilvánulásait igyekszik elnyomni).

Egyik legismertebb tömegszerencsétlenség a Titanic luxushajó elsüllyedése volt. Annak ellenére, hogy óriási hírértéke volt, a pszichológiai szakma szinte teljesen háttérben maradt az eseményeket követően. Edouard Stierlin¹³ pszichiáter már a Titanic tragédiáját megelőző években is foglalkozott traumakutatásokkal és azt megelőzően tette közzé az 1907-es Messina-i földrengés és egy bányaszerencsétlenség áldozatainak vizsgálatával kapcsolatos megfigyeléseit. Eszerint a földrengés sújtotta város túlélő lakosságának 25%-a szenvedett súlyos alvás zavarral és küzdött rémálmokkal.

Azonban ebben az időben a PTSD-t még nem ismerték. Olyannyira nem, hogy a Titanic túlélők közül közvetlenül a katasztrófa után, tízen követtek el öngyilkosságot, és a jelenséget a gyászfolyamat számlájára írták. Pedig az ismert visszaemlékezések egyértelműen kollektív trauma képét vázolják fel. A túlélők nyugtalansággal és szorongással, a cserbenhagyott családtagjaik, utastársaik miatti szégyenérzettel átszótt összefüggéstelen történeteiből zűrzavaros káosz alakult ki. A sajtó történelmi csatákhoz hasonlította az eseményt, örültnek titulálta a túlélő áldozatokat, egyben azonban mindenki egyetértett: „sokan lesznek olyanok, akiknek egész életére ki fog hatni ez az esemény.”¹⁴ A túlélők nem voltak képesek megfogalmazni, külső szemlélők számára érezhetően, jól körülírhatóan elmondani az elszenvedett borzasztó eseményt. Azok értették meg inkább a visszaemlékezéseket, akik maguk is részt vettek az áldozatok mentésében, vagy, akik a tengerben úszó tetemek összegyűjtésében segédkeztek. Ennek ellenére a trauma az egész társadalomra hatást gyakorolt, partraszálláskor a túlélőket „áhítatos csönd és csendes zokogás” fogadta. Az egyes beszámolókból az ember vészhelyzeti viselkedésének széles spektrumát ismerhetjük meg. A szeretetről, összetartozásról tanúskodik a Macy's áruház tulajdonosának magatartása, amikor „Együtt éltünk, együtt is halunk meg” alapon nem szállt be a felkínált mentőcsónakba, mert nem akarta feleségét egyedül hagyni a tragédiában. Hőssé váltak a legendássá vált zenekar muzsikusai, akik eleinte - talán önnyugtatóként, csoportot formálva, szimbolikusan illusztrálták az összetartozás fontosságát - vidám ragtime zenével igyekeztek hipnotizálni a hisztérikus tömeget, később a fedélzeten zenélve adtak reményt a mentőcsónakokban szoliter kiszolgáltatottságban vergődő túlélőknek, végül teljes reményvesztetten az alámerülő hajó fedélzetén egy zenébe

¹³[<https://www.ptsdforum.org/c/wiki/history-of-posttraumatic-stress-disorder/> letöltve 2012.06.07]

¹⁴ Völgyiné Reich M. - Balogh T. (2012): *A Titanic árnyékában_egy magyar orvos élete*, Budapest, Delta Vision Kft.

foglalt imával búcsúztak. A Carpathia mentőhajó orvosa, Lengyel Árpád így emlékszik vissza a történetekre:

„... borzalmas élmény volt a 705 ember kimentése, akiken többnyire fagyási sérülések voltak, de mindegyikük sokkos, hisztérikus állapotban került a Carpathiára...Könnyekre fakasztott mindenkit a menekültek jajgatása, mert amint hajókra jutottak és kissé feleszméltek, újból kitört belőlük a mérhetetlen fájdalom megnyilvánulása. Ki a gyerekeit, ki a szüleit, ki pedig élete párját kereste. Rettenetes volt nézni ezeket az embereket, az asszonyok sikoltoztak, majd amikor vigasztaló szóval szóltam hozzájuk, nyakamba borultak, s sokszor alig tudtam görcsösen kapaszkodó karjaikból kiszabadulni...” legjobban viszont az rázta meg, amikor az egyik fiatalasszony az elvesztett férjének hitte, vagy, amint egy másik túlélő felesége hitevesztett megfogalmazással így gyászolta férjét *„...Eddig az újságokból próbáltam reményt meríteni, de már reménykedni sem tudok. Mostantól kezdve a holttestért imádkozom. Annyira jó volt hozzám...”*

Walter Lord „A Titanic pusztulása”¹⁵ című regényében így ír:

„1912 áprilisának egyik szörnyű éjszakáján nem csak az akkor világ legnagyobb óceánjárója, rakományostól, hanem 1502 emberélet is elveszett. Mindezen veszteségeken túl a Titanic pusztulása a 19. századi polgári önbizalom végét is jelentette. Mindaddig hitték az emberek, hogy övék a változatlan rendezett, civilizált élet kulcsa. Száz év óta a technika állandóan fejlődött, s e műszaki fejlődés koronája volt az óceánon a Titanic, amelyről azt tartották, maga az Úristen sem tudná elsüllyeszteni. A 20. század elvesztett illúziói sorában ez volt az első megrázkódtatás. A Titanic előtt minden olyan nyugalmas volt – utána végleges és végleteiben pusztító zűrzavar uralkodott el.”

A katasztrófa után csak jóval később lehetett egy-egy túlélő beszámolójából a PTSD szindróma egyértelmű kritériumait felfedezni. Amit jól szemléltet Frankie Goldsmith esete, aki gyerekként élte túl a Titanic tragédiáját. Felnőttként Detroitba a Tiger Stadion mellé költözött, ahol otthonába rendszeresen behallatszott a mérkőzések alkalmával felhördülő tömeg üdvrivalgása, szurkolása és ez a hang számára elviselhetetlen emléketöréseket hozott, kísértetiesen emlékeztette a körülötte fagyhalált szenvedő Titanic áldozatok sikolyaira és magatehetetlen üvöltéseire.¹⁶

2.1. A stressz és következményei

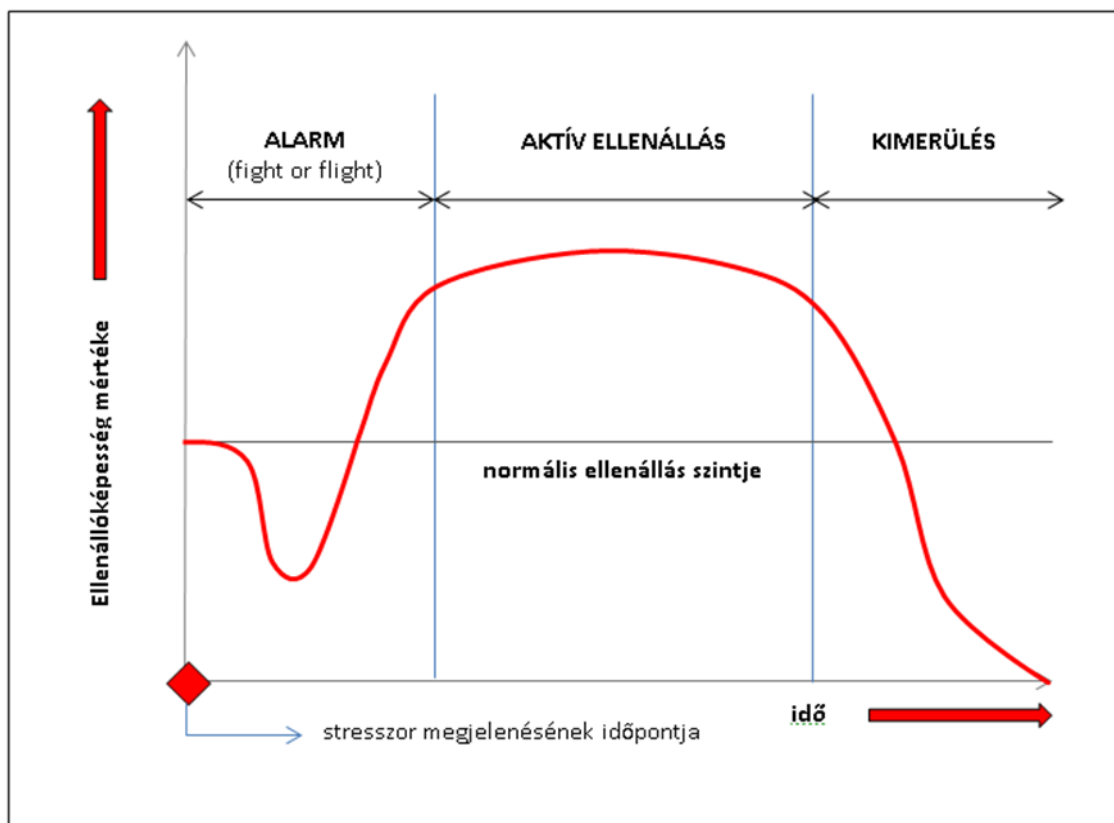
Selye János élettani szempontból vizsgálva alkotta meg stressz-elméletét, mely azon alapul, hogy az embert érintő extrém környezeti tényezők, hogyan befolyásolják fizikai egészségét. A szervezet válaszreakciói függvényében, a feszültséget kiváltó stresszt két kategóriába sorolta. Az ösztönzőleg ható, sikerélményt nyújtó, serkentő feszültséget eustressznek (pozitív stressznek), míg a kudarcot, zavart, szélsőséges esetben szorongást okozó, gátló feszültséget distressznek (negatív hatású stressznek) nevezte el. A

¹⁵ Lord W. (2011): *A Titanic pusztulása*, Budapest, Partvonal

¹⁶ [http://en.wikipedia.org/wiki/Frank_John_William_Goldsmith letöltve: 2012.10.04.]

megnevezések nem az egyént érő stresszorok fajtáját (pozitív vagy negatív) minősítik, sokkal inkább az egyén válaszreakcióit. A sikerorientált személyiségre jellemző, hogy fenyegetett helyzetét kihívásnak tekinti, azaz pozitív, reményteli, életigenlő kognitív választ ad a feszültségre, míg a kudarckerülő személyben ezzel ellentétes hatások aktivizálódhatnak. A disztressz olyan hatással jár, amely megzavarja a szervezet fiziológiai és pszichés egyensúlyát, nagyfokú izgalom, kellemetlen érzések (pl.: szorongás, aggodás, félelem, frusztráció) keletkeznek, ami az egyént nem a problémaorientált megoldás felé vezeti. Szélsőséges helyzetben olyan zavarokat eredményezhet, mely patológias folyamatok kialakulását eredményezi (pl.: depresszió, alvászavarok, szívinfarktus, agyvérzés, gyomorfekély stb.). Az egyik legextrémebb példa erre az egyént ért traumatikus esemény (distressz) következtében kialakuló poszttraumás stressz-zavar.¹⁷

2.1.1 Selye-féle általános adaptációs szindróma (GAS) három fázisa



¹⁷ Hárdi I. (1992): A lelki egészségvédelem jelene és távlatai. Budapest, Springer Kiadó

Selye szerint „A stressz az élet sava bors”, azaz kis mértékben hatásos, mert kizökkenti a testet és lelket a tengődő állapotából, ezáltal előre viszi, azonban nagy mértékben testi-lelki problémákat okozhat. Tartós distressz hatása következtében többféle szomatoform zavar és pszichoszomatikus betegség alakulhat ki.

Richard Lazarus Selye elméletét kiegészítette.¹⁸ Stressz-elmélete szerint a terhelést okozó szituáció sajátosságaitól (state/terhelés szintjétől) és az egyéni küzdőképesség sajátosságaitól (trait/átélés módjától) nem lehet eltekinteni, melyek kölcsönhatásai eredményeként jön létre a pozitív, vagy negatív stressz reakció. Selye elmélete szerint a stressz lefolyását az általános adaptációs szindróma (GAS) három szakasza szerint különböztetjük meg.(lásd az ábrát a 12. oldalon). A gyorsan kialakuló alarm reakció/alkalmazási fázis során, a szervezet vészreakcióval¹⁹ válaszol, amit fokozott szimpatikus idegrendszeri tevékenység (pl.: vérnyomás emelkedés, szívverés, légzés felgyorsulás stb.) kísér, a szervezet így próbál a megváltozott körülményekhez alkalmazkodni. Lazarus szerint viszont, ha ebben a fázisban a „küzdj vagy menekülj” (fight or flight) reakció lép életbe, akkor a szervezet nem, vagy csak kis mértékben károsodik. A második fázisban, az ellenállási állapotban a legmagasabb a védekezés, ilyenkor a stressz-hatás megszűnésével az eredeti fizikai állapot visszaáll. Amennyiben túl erős az inger, vagy legyengül a szervezet, a harmadik fázisban bekövetkezik a kimerülés, a szervezet teljes összeomlása és különféle betegségek alakulhatnak ki, illetve szélsőséges esetben a halál sem zárható ki.

¹⁸ Lazarus R. S. (1993): From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Reviews Psychology*, (44), 1–21. hiv. Detre Z. (2007). Sporttal a stressz a szorongás és a depresszió ellen. *Bolyai Szemle* 16: (1), 29-49.

¹⁹ A stresszorok az adrenocorticotrop (ACTH) hormon segítségével megindítják a mellékvesekéreg működését, amely szükség szerint adrenalin, vagy noradrenalin juttat a véráramba, felkészítve a szervezetet a küzdelemre, vagy a menekülésre.

2.1.2. A stressz látható jelei és tünetei

FIZIKAI	TUDATI	ÉRZELMI	VISELKEDÉSBELI
hidegrázás	zavartság	Félelem	visszahúzódás
szomjúság	rémálmok	Bűntudat	antiszociális magatartás
kimerültség	bizonytalanság	Szomorúság	éberség
hányinger	túlzott körütekintés	Pánik	Hirtelen mozdulatok
ájulás	gyanakvás	Tagadás	kiszámíthatatlan mozdulatok
hányás	bűnbakkeresés	Izgatottság	beszéd megváltozása
szédülés	gyenge problémamegoldó képesség	Ingerültség	étvágy növekedése vagy elvesztése
gyengeség	absztrakt gondolkodás hiánya	Depresszió	rendkívüli éberség
mellkasi fájdalom	koncentráció romlása	Düh	alkoholfogyasztás
fejfájás	időérzék romlása	Nyugtalanság	kommunikációs elemek megváltozása

2.2. A trauma társadalmi szinten történő megjelenése

Napjainkban, elég a televíziót bekapcsolni ahhoz, hogy még a biztonságos közeget nyújtó otthonunk védettségében is akaratlanul újabb, és újabb társadalmi traumákkal kelljen szembenéznünk. Háborús tudósítások, cunami, vörösiszap katasztrófa híradásait nézve szinte szemtanúi lehetünk annak, hogy a fizikai és lelki erőszak túlélői miként kezelik, dolgozzák fel a feldolgozhatatlant.

Yuval Neria²⁰ a World Trade Center tragédiája után New York-i pszichiáterekkel együtt azt vizsgálta, hogy egy természeti katasztrófa, tömegszerencsétlenség, háborús közvetítés okozhat-e kimutatható poszttraumás stressz-betegséget (PTSD) a televíziót nézőkben. Arra keresték a választ, hogy létezik-e a traumának ez az indirekt típusa.²¹ Míg a direkt trauma túlélőknél rövidtávon kisebb arányban fordult elő PTSD tünet (pl.: a katasztrófa folyamatos újraélése, rémálmok, érzelmi bénultság) és egyéb pszichológiai, pszichiátriai probléma, addig az indirekt traumát szenvedettek csoportjánál az akut, intenzív²² PTSD kialakulásának aránya magasabb volt, mint a krónikus esetek előfordulása. Agyi fMRI vizsgálatok és neurobiológiai kutatások igazolják, hogy a stressz reakció lefolyását biológiai tényezők is befolyásolják, ezeknek a különbségeknek köszönhetően van az, hogy a rövidtávú PTSD-ből egyesek orvosi segítség nélkül is talpra állnak, ezzel szemben mások idegrendszere a félelemre összeomlással válaszol. A hosszú távú PTSD zavar legsúlyosabb tünete az öngyilkosság. A kutatás végső konklúziója, hogy kizárólag az indirekt trauma az, amely nem vált ki krónikus PTSD-t.

A klasszikus pszichoanalízis magyar képviselői közül kiemelkedő Virág Teréz munkássága, aki intenzíven foglalkozott a trauma tárgykörével.²³ Holokaust túlélőkkel folytatott kitartó terápiás tevékenységének eredményeként egyedi trauma elméletet állított fel, a történelem vetületében elemezve a „beteg” társadalom és az egyén egyedi feldolgozási és gyógyulási fázisait. Felismerte az egyéni és társadalmi traumák közti különbség létezését, a traumával való szembenézés szükségszerűségét, a trauma

²⁰ klinikai szakpszichológus, a Columbia Egyetem professzora [http://www.researchgate.net/profile/Yuval_Neria letöltve 2012.10.07]/

²¹ [<http://aje.oxfordjournals.org/content/173/3/271.full> letöltve 2012.10.07]/

²² lásd 3.5. A PTSD tünetek kialakulásának és időtartamának jellemzői

²³ Virág Teréz (1930-2000), a holokaust másod- és harmadgenerációs hatását kutató pszichológusnő, a KÚT Alapítvány létrehozója, melyben munkásságát lánya, a szintén pszichológus Bárdos Katalin folytatja.

társadalom általi elfogadásának, elfogadtatásnak szerepét. Virág Teréz indirekt trauma túlélő, hiszen édesanyját koncentrációs táborba deportálták. Általában a traumatizáltak nem beszélnek az érzéseikről, a holokausz borzalmairól, sajátos védekezési mechanizmusokat működtetnek, jelmondatuk: „perpetua oblivio et amnestia” (borítsunk fátylat a múltra). Ha nem beszélünk róla, akkor az nincs is. Az emberi psziché önvédő mechanizmusa úgy próbálja mintegy meg nem történné tenni az elszenvedett kínokat, hogy a megaláztatást, a bűntudatot, egész társadalmak néma-béna tehetetlenségének terheit, a túlélők a hallgatás burkába temetkezve cipelik. Persze az egész aktus csak látszólagos, a folyamat lezárása nem ilyen egyszerű, a körbebélelt hangtalan fájdalom mardossa a belsőt és az arra érzékenyeket is megérinti. Virág Teréz, aki édesanyja lelki terheit tovább cipelte, végül megtörte a csendet, lerakta anyja batyuját, talán önfeloldozást keresve, de mindenképpen professzionális szinten, fanatikus küldetésbe kezdett a holokausz másod- és harmadgenerációs hatását kutatva. Szeretet terápiával vette fel a harcot a beégett emlékekkel szemben, és részben öngyógyító útján, a trauma azonosításának fontosságát, a kollektív szembesülés és a feldolgozás jelentőségét hangsúlyozta. A traumatizált egyén saját börtönéből nézi magát, tudja, hogy megváltozott a személyisége, érzi, hogy hiába is mondaná el történetét, az Ő rettenetét nem értenék meg, ezért még szűk családi körben sem hajlandó beszélni az átélt borzalmakról. A társadalmi trauma lelki megrázkódtatásai okozta sebeket súlyosbítja a közösség látható közönye, illetve esetleges támadása, ha a túlélő, aki a traumatikus környezetben kifordulva erkölcsi, lelki normarendszeréből, olyan agressziókkal reagál, amit normál életében maga is elítélne.²⁴ Az én számára a túlélő borzalmak feldolgozásánál is nehezebb a saját maga által generált bűntudat feldolgozása. A társadalom felelőssége abban rejlik, hogy megismerje a trauma analitikáját és képessé váljon a túlélőt áldozatnak tekinteni. Virág Teréz pszichoanalitikus írásai fennhirdetik a szenvedéstörténetek megismerésének, megismertetésének fontosságát, hatékonyságát és a társadalom összefogásának, a közösség felelősségvállalásának szükségszerűségét. A társadalom és a közvetlen környezet részéről elengedhetetlen, hogy nyílt empátiával, érzékenységgel forduljanak a PTSD-ben szenvedő túlélők tragédiái felé, hogy felül tudjanak kerekedni a „kóron”, amely öntörvényűen némaságba burkolja áldozatait, a túlélőknek legyen hallgatóságuk, amikor végre legyőzik önmagukat, és beszélni akarnak mindarról a szörnyűségről, amiről igazából nem képesek. A traumatizált psziché mélyen elzárt konfliktusai bevésoznak a fájdalmas emlékek tárházába, nem csak a túlélő egyént

²⁴ Gondoljunk csak az (1972. október 13.-án) az Andokban lezuhant fiatal rögbi csapatot szállító repülőgépre, ahol a 16 túlélő kannibalizmusra kényszerült

betegítik meg, hanem furcsa mód az elkövetkező (másod-harmad) generációk is megbélyegződnek általa. Ahhoz, hogy a társadalmi traumatizációt elszenvedett túlélők a tudattalanná tett traumáikat, elhallgatott történeteiket és az ezeket kísértetként követő tüneteiket, feldolgozzák, az egyén gyógyulása, és a társadalom épülése érdekében a traumatudatosító, emlékezésre ösztönző szerepet társadalmi összefogással fel kell vállalni.

2.2.1. Trauma és háború

Abram Kardiner amerikai pszichoanalitikust feltétlen meg kell említenünk a harctéri traumák tárgyalása során. Munkásságát az első világháború idején kezdte, de csak a második világháború idejére vált megalapozottá számtalan pszichológiai következtetése. A harcterről hazatérő katonákkal folytatott pszichoanalízisei során, több pszichés zavar mellett, akkor még „harctéri neurózisként” nevezve említ meg olyan tüneteket (pl.: trauma fixációját, a személyiség beszűkülését, a realitástól való elvonatkoztatást), melyek a PTSD szindróma alapjait teremtik meg.

A harcvonalról visszatérő PTSD tünetekről panaszkodó katonákat egyszerűen akaratgyengének titulálták, és terápiaként akaratukat oly fájdalmas módszerekkel kezdték trenírozni, hogy inkább gyógyultnak vallották magukat és visszatértek a frontra. Azok a katonák, akik viszont leszereltek, civilként nagy kihívásokkal kellett, hogy szembesüljenek. Bármely ártalmatlannak tűnő inger következtében, újra és újra átélték a traumatogén eseményt, az eredeti traumára kísértetiesen emlékeztető szorongást, félelmet, iszonyt és dühöt. A gyötrő lelki, és a hozzájuk társuló fizikai tüneteket az előttük filmszerűen lepergő emlékbetörések váltották ki, kiszámíthatatlanná vált a viselkedésük, gyakorta ingerlékenyek, depresszívek voltak. Néhány veterán visszatérve a civil életbe, a mentális megbirkózás könnyítésére és a kínzó PTSD tüneteket enyhítendő, az alkohol, vagy a kábítószer tompító mámorába menekült. A kísértő trauma árnyékában, az elveszett jövőkép mellett, már a jelenben sem tudtak élni, végül minden társadalmi, szociális kötődésükről lemondanak és jobb esetben hajléktalanná váltak. A legújabb statisztikák szerint az Egyesült Államokban minden ötödik felnőtt hajléktalan veterán katona.²⁵

A kutatók számára általános következtetésekre adnak lehetőséget a trauma áldozatok különböző PTSD tünetekről szóló beszámolóit, mint például az ingerlékenység, a

²⁵ [<http://mindennapi.hu/cikk/vilaghir/boldog-julius-negyediket-igy-foszlik-szet-az-amerikai-alom/2011-07-04/4669> letöltve 2012.07.06]

dühkitörések, az alvási rendellenességek vagy éppen a koncentrációs zavarok. Azonban az egzakt mérési technikáknak köszönhetően megváltozhat a betegségről kialakított kép. Olyan módszer kifejlesztésére törekednek, mely a PTSD-t műszerekkel (pl.: fMRI, DTI) mutatná ki.²⁶ Többféle módon tanulmányozták az iraki, illetve afganisztáni frontról hazatért katonák agyműködését. A poszttraumás stressz szindrómában szenvedők agyi aktivitása az emlék feldolgozási, és az összpontosítási képességért felelős területeken jelentősen különbözött egészséges társaikétól, ezek az agyterületek sokkal nagyobb aktivitást produkáltak.²⁷

Szintén az agyi elváltozások kimutatását célozta meg az a diffúziós tenzor képalkotással (DTI) végzett kutatás, amely azt állapította meg, hogy azoknak a katonáknak, akik a harctéren különféle enyhe agyrázkódást, vagy agysérülést kiváltó robbantásokat tapasztaltak meg, az agyi fehérállományukban, az érzelmi szabályozásban résztvevő orbifrontális kéregben, és a mozgáskoordinációban közreműködő kisagyban speciális elváltozások voltak észrevehetőek. A pszichés sérülések, a különféle PTSD tünetegyüttesek áldozatokra gyakorolt hatásának átfogóbb megismerése végett a Pentagon és az Egyesült Államok veteránügyi minisztériuma különféle mobiltelefonos alkalmazásokat fejlesztett ki (T2 MoodTracker, PTSD Coach).²⁸ Az alkalmazásokkal nem lehet diagnosztizálni, vagy kezelni a betegséget, viszont - konkrét időponthoz csatoltan – regisztrálhatóvá és értékelhetővé válik a katonák pillanatnyi hangulata, az így tárolt információ segítségével a hadsereg számára a későbbiekben kimutatható a hangulatváltozások, PTSD tünetek időbeli mintázata. Ez az információ felhasználható a poszttraumatikus stressz-zavar megértéséhez, ami a hadsereg szempontjából igen fontos, hiszen tudjuk, hogy a háború zsoldosai számára megjósolhatóan bekövetkezik az emberi erőszak megtapasztalása, azaz potenciálisan predesztinálva vannak PTSD elszenvedésére.

Az előrelátható traumára fel lehet készülni, és a megelőzés prioritást élvez a gyógyítással szemben. Ennek ellenére eddig nem voltak megfelelő prevenciók eljárások. Patkányokon végzett kísérletekről számol be a *Neuropsychopharmacology* című szakfolyóirat. A közzétett tanulmány szerint, a megfelelő időben (a traumatogén eseményt követő 24 órán belül) kapott marihuánás (kannabinoid) kezeléssel, ugyan a trauma élmény nem törölhető,

²⁶ Peskind, E. R. et al. (2012) Neuroimaging biomarkers in veterans with blast-mild traumatic brain injury with or without comorbid PTSD. *European Journal of psychotraumatology*, (3), 1.

²⁷ Yehuda, R. Golier, J. A. – Tischler, L. Harvey, P. D. – Newmark, R. Ren, K. Y. Buchsbaum, M. S. (2007): Hippocampal volume in aging combat veterans with and without post-traumatic stress disorder: Relation to risk and resilience factors. *Journal of Psychiatric Research*, (41), 435-455.

²⁸ [http://t2health.org/apps/mtbi letöltve 2012.07.06]

de megelőzhető a PTSD tünetek kialakulása. Ennek ellentmond a veteránokkal folytatott átfogó tanulmány, amely azt bizonyítja, hogy az általános szorongásos zavarokat, a depressziót, alkoholizmus és rendszeres droghasználat követi, mégis huszonöt százalékuknál biztos a PTSD kialakulásának veszélye.

2.2.2. Holokauszt

Sajnálatos módon igen nagy populációt érintenek a Holokauszt-vizsgálatok, mely a PTSD második legkutatottabb területe. Mintegy 120 túlélő részvételével folytatott vizsgálatnak köszönhetően (Concentration Camp Syndrome; Koncentrációs Tábor Szindróma)²⁹ került be a pszichológia tudományába a problémakör. A későbbi kísérleti eredmények – egyik legjelentősebb Néderlandé, aki 1000 túlélőt interjúvolt meg - azt bizonyították, hogy az üldöztetések késleltetett utóhatásai, változatos intenzitású tünetei, a legtöbb embernél egységesen jelentkeztek, és maradandónak bizonyultak. A Concentration Camp Syndrome kutatás hasonló eredményeket mutatott a paralel folytatott pszichológiai traumakutatásokkal (pl.: a háborús veteránok, katasztrófa túlélők, nemi erőszak áldozatainak vizsgálatával), ezáltal alapozva meg a PTSD diagnosztikus kritériumait. A PTSD kutatók ezt a nagy célcsoportot vizsgálva, közel sem szélsőséges, sőt, a legtöbb esetben kifejezetten egységes, hasonló mintázatú tüneteket - különféle pszichoszomatikus panaszokat, pszichotikus állapotokat, a kognitív és emlékezeti funkciók zavarait, - diagnosztizálták.

A Holokauszt során, az eltérő társadalmi és kulturális közegből származó, korban, nemben, életpárhuzamban differenciált, lágerekbe hurcolt személyek, annak ellenére, hogy az egyén szintjén mindannyian másképp élték meg a trauma borzalmait és máshoz kapcsolták emberi méltóságuk elvesztését, mégis hasonló tüneteket produkáltak. Ezek a tünetek olyannyira pontosan meghatározhatóak, hogy a 90-es évek vége felé kimutatták a másod-, illetve harmadgenerációs trauma túlélőknél is.

²⁹ [http://en.wikipedia.org/wiki/Survivor_guilt letöltve 2012.10.06]

2.2.3. A transzgenerációs hatás

A holocaust-túlélők leszármazottaival folytatott a másodlagos traumatizációt kutató pszichoanalízisek arra a következtetésre jutottak, hogy bár a felmenőktől átörökölt trauma jelentkezik az utódoknál, de tekintettel arra, hogy a retraumatizált gyermekek feldolgozás iránti vágya nagyobb intenzitással bír, náluk a gyógyulás folyamata felgyorsul. Míg a trauma túlélők által átélrt rettenet valóságos képekben, hangokban hagy nyomot a traumatizált áldozatok pszichéjében, addig a másodgeneráció tudata és a társított érzések a fantáziavilágukra van bízva.

2.2.3.1. A másodlagos traumatizáció

Másodlagos traumatizációról akkor beszélünk, amikor a trauma élményben nem résztvevő, de azt részletesen ismerő személy, annyira azonosul a traumatizált személlyel, hogy ő maga is traumatizációs jegyeket kezd mutatni.³⁰ Ezért az áldozat közeli hozzátartozói, leszármazottai, mint a családtörténet aktív részesei, gyakran szenvednek el másodlagos traumatizációt. Az erőszak áldozataival való együttélés a szokottól eltérő mennyiségű feszültséggel jár.

Ennek a ragályos trauma áttételnek köszönheti munkásságát Art Spiegelman³¹ is, akinek Maus című, kétkötetes világszerte ismert képregénye, szimbolikus macska-egér játék kereteibe foglalja holokausz-túlélő szüleinek önéletrajzát, és egyidejűleg másodgenerációs trauma történetet integrál az emlékezésbe. A képregény megközelítőleg negyven évvel a szülők Auschwitzba történő deportálása után jelent meg, édesanyja a hatvanas években öngyilkos lett, ezért alapjául kizárólag Spiegelman apjával készített interjúi szolgáltak. Spiegelman a Mauschwitzban játszódó képregényét, melynek főszereplői emberi testtel és állatfejjel rendelkező figurák, mint hiteles dokumentum beszámolót írta meg. Annak érdekében, hogy a trauma feldolgozhatatlanságának kettős élményét olvasói is megismerhessék, a koncentrációs univerzumban megismert szereplők történelmi tényeket közvetítenek, miközben lelkileg „emberként” annyira közel kerülnek az olvasókhoz, hogy képtelenségnek tűnik állatként tekinteni rájuk. A képek látványa folyamatosan ezzel a

³⁰ Bakó T. (2009) Sorstörés - A trauma lélektana egy pszichoterapeuta szemszögéből, Psycho Art

³¹ Art Spiegelman (1948) amerikai karikaturista, képregényíró, a Maus című művéért Pulitzer díjat kapott, a trauma feldolgozást a „In the shadow of no Towers „a WTC-ről szóló képregényével folytatta

jelentéstartalommal szembesít, az olvasót gondolkodásra sarkallja, rákényszeríti a külső és belső világ feldolgozó harmonizációjára, ezáltal bevonja az áldozatok visszaemlékezési folyamatának nehézségeibe. Spiegelman élete során nemcsak a másodlagos traumát, hanem a közvetlen trauma élményt is megtapasztalhatta, amikor manhattani otthonától nem messze a World Trade Centert terrortámadás érte, természetesen ezt a trauma élményt is könyvvé alakítva dolgozta fel (Tornyok).

A másodgeneráció trauma feldolgozásának sajátos alappillére, hogy bár az elsődleges motiváció az egyénben a genetikailag kódolt, szerzett emlékborzalmaktól való megszabadulás vágya, mindemellett kiemelkedő szerepet kap a jövő nemzedék számára történő tényszerű memento állítás szükséglete is. Steven Spielberg ennek a belső igényének ösztönzésére készítette el a „Schindler listája” című filmet. Spielberg, önmagán tapasztalta a viszonylagos megkönnyebbülést, amikor az interjúk előkészítése során a racionalizáció segítségével saját elképzelt emlékeit sikerült átrendezni tudatában, ekkor döntötte el, hogy a Holokausztot dokumentumfilm formájában is feldolgozza. A Schindler listájához dokumentációs háttérrel biztosító interjúk készítésénél - belülről ismervén a trauma mechanizmusát - kifinomult érzékenységgel közelítette meg a túlélőket, a könnyebb beszéltethetőség érdekében az interjúalanyokat anyanyelvükön szólaltatta meg. A hitleri borzalmak megkérdőjelezhetetlenségét, a túlélők részleges feloldozását, egyéni sorsokat archiváló, történelmi dokumentum-, interjúfilmek megvalósításában látta.

Nonprofit szervezetként létrehozta a Survivors of the Shoah Visual Foundation-t (Soá Túlélők Vizuális Történelmi Alapítványát), mely anyagi támogatást nyújt ahhoz, hogy - a szigorúan szabott keretek betartásával - a világ minden Holokauszt érintettek által lakott országában a helyi filmes szakemberek anyanyelvükön készítsenek video-interjúkat túlélőkkel, illetve leszármazottaikkal. Spielberg a tőle megszokott precizitással dolgozta ki az interjúk forgatókönyvét, és az interjúztatók kiválasztási módszerét. Annak ellenére, hogy az „ötletet” Spielberg neve fémjelzi, rögtön az együttműködés elején kizárja a hivatkozás, filmkarrier, vagyonszerzés eshetőségét. Az interjúztatónak jelentkező riportereknek (operatőröknek, hangmérnököknek) kötelező előzetesen egy tanfolyamon részt venniük, melynek során az időszak történelmét Alfától Omegáig részletesen megismerik, valamint megtanulják a video-interjú elkészítésének minden mozzanatát. A visszaellenőrzés szituációs gyakorlatokon keresztül valósul meg, az interjúkat csak „vizsgázott” riporterek végezhetik. A 6-7 óra hosszúságú interjúkat szünet nélkül veszik fel, a kérdező egy több száz kérdésből összeállított kérdéslista alapján dolgozik, melynek

20 százaléka a háború előtti, 60 százaléka a háború alatti, 20 százaléka pedig a háború utáni időszakokra (ebben a vonatkozásban a gyermekei, unokái is megszólításra kerülnek) vonatkozik. Az így felépített, dokumentált interjúk nem csak a történelmet igazolják, hanem kiváló lehetőséget biztosítanak a PTSD kutatásban résztvevő szakemberek számára is.

2.2.3.2. A másodlagos traumatizáció-elméletek

Fónagy Iván, a nyelvelmélet és a mélylélektan összefüggéseit kutatta, és a Holokauszt túlélők leszármazottaival végzett kísérleteiben kimutatta, hogy egyes hétköznapi szavak, amelyeket korábban a haláltáborokban is használtak (pl.: szappan, evés, tábor), a trauma túlélők számára más jelentőséggel, és más jelentéssel bírnak. A hallgatásba burkolózó túlélők, ezért visszatérve a mindennapokba, ezeket a szavakat más hangsúllyal ejtik ki. A traumáról, annak körülményeiről mit sem sejtő leszármazott, a traumatizált áldozat gyermeke, emocionális szenzoraival azonnal érzékeli a hanghordozásból sugárzó érzelmi feszültséget, a mögöttes elhallgatott fájdalmat, amit nem tud önmagában helyre tenni, de a negatív tartalmát érzi, így pszichéjében „megörökli” a család eltitkolt tragédiáját. Ezt a típusú másodlagos traumatizációt felismerni és kezelni is nehezebb, hiszen mindaddig tart, amíg az így „megfertőzött”, traumahordozóvá vált gyermekben a negatív ingereket az elsődlegesen traumatizált személy fel nem oldja, szavakká, történetekké nem formálja.

Érdekes genetikai kutatások láttak napvilágot, a Biological Psychiatry szakfolyóiratban megjelent tanulmányban, mely szerint nem csak a traumatizált másodgeneráció pszichéjét, hanem a genetikai állományát is befolyásolhatja a szülők által átélt trauma. Az epigenetikus kutatásokat a kutatócsoport egérkísérletekkel végezte. A vizsgálatok arra keresték a választ, hogy miként változnak a gének a környezeti hatások következtében, valamint ez a genetikai változás öröklődik-e. A kísérletben újszülött egerek vettek részt, akiket rendszeren tápláltak, gondoztak felnőtt korukig, néhány egyedet viszont egy napos koruktól, 14 napos korig tartó, változó időpontban elválasztottak az anyjuktól, majd folytatták a normális ápolásukat. Az így elválasztott egereknél felnőtt korukban jellegzetes PTSD tünetek voltak megfigyelhetők, szorongás, izgatottság, elszigeteltség, mindemellett a viselkedést, stressz hormont szabályozó génjeik, vagy alulműködést, vagy túlműködést

mutattak. A kiskorban elválasztott (traumatizált) immáron apává érett egerekkel tovább kísérleteztek, azokat továbbszaporították, a faj sajátsága szerint a született utódokat az anyaegek önállóan, apa nélkül nevelték fel teljes komfortban. Ezeket az egereket már nem választották el kiskorukban, semmi ettől eltérő traumát nem szenvedtek el nevelésük során, mindazonáltal felnőtté válásukra ugyanazokat a stressz reakciókat, szorongást mutatták, mint traumatizált „elsőgenerációs” apjuk, sőt mi több apjukkal azonos mintázatú genetikai változások voltak kimutathatóak náluk is. Az állatkísérletek megmutatják számunkra, hogy milyen bonyolult mechanizmusokat kell figyelembe vennünk a traumatizáltság vizsgálatakor.

2.3. A trauma egyéni szinten történő megjelenése

„Amikor valaki nagyon beteg volt, azt mondtuk neki: Add ide az ennivalódat, holnap úgyis meghalsz!”³²

Vajon mit jelenthetett „nagyon betegnek” lenni a láger poklában? A nap, mint nap tapasztalt borzalmak, a mindennapos gyötrelmek között, ahol a testi-lelki sérülések oly naturalista módon vannak jelen, lehetséges-e a tudatot becsapni és feláldozni a túlélés lehetőségét a biztonságot nyújtó halál oltárán? A láger elmosódott valóságában, honnan tör fel mégis a „holnap úgyis meghalsz” realista megközelítése? Honnan tudják a lágerlakók, hogy bekövetkezett az a bizonyos végső törés, hogy eljött a túlélés és halál végső összeesapása? Visszaemlékezésekből tudjuk, hogy voltak, akik a halál mellett voksoltak, de holtpontra kerültek a lehetetlen megmértetésben, ezért üveges tekintettel, kifejezéstelen arccal, apátiába süllyedve élték röpke musselman³³ (muzulmán) életük hátralevő részét. Segítségül hívom Primo Levi gondolatait, melyek egyértelműek:³⁴

„Meghalni a legegyszerűbb dolog: elég, ha az ember minden parancsot végrehajt, csak annyit eszik, amennyit kap, és betartja a munka- és lágerfegyelmet. A tapasztalat azt mutatja, hogy ilyen módon csak kivételes esetben lehet három hónapnál tovább életben maradni.....ők: a Muselmänner, az odaveszettek, a tábor zöme; ők, az állandóan megújuló és mindig ugyanazon nem-emberek névtelen tömege, amely némán menetel és robotol, amelyből már kihunyt az isteni szikra, s amely már túlságosan kiüresedett ahhoz, hogy igazán szenvedjen. Nem is tudom, élőnek nevezzem-e ezeket a nyomorultakat; nem is tudom, halálnak nevezzem-e a halálukat, amelytől már nem is félnek, mert olyan kimerültek, hogy föl se fogják.....nincs történetük, egyetlen széles úton menetelnek a halálba; a megmenekülésnek viszont sok göröngyös és kiszámíthatatlan útja van.”

³² [http://esztartask.blogter.hu/7509/noi_elmenyek_es_elbeszelesmodok_a_holokauszt_emlekezesekben letöltve 2012.10.07]

³³ [http://www.wollheim-memorial.de/en/muselmaenner letöltve 2012.06.06]

³⁴ Primo Levi (1990) *Akik odavesztek és akik megmenekültek*, Európa

2.3.1. A traumatikus események csoportosítása

A lágerrek, munkatáborok, kitelepítések, foglyul ejtések, kínzások, éheztetés és az azokat életre hívó háborúk óhatatlan következménye az erőszak és a halál megtapasztalása az azokban „kötelezően” résztvevők és a civilek számára egyaránt. Azonban, ha nem is tömegesen, de békeidőben is előfordulhat bárkivel, hogy trauma élmény aktív, vagy passzív résztvevőjévé válik.

Direkt traumatikus eseményeket tapasztalók csoportosítása

1. A háborús cselekmények résztvevői (aktív résztvevők)³⁵

- ⇒ katonák (veteránok)
- ⇒ civilek

2. A személy elleni támadások/erőszak túlélői (aktív résztvevők)

- ⇒ nemi erőszak
- ⇒ testi támadás
- ⇒ rablótámadás
- ⇒ utcai harc
- ⇒ túszul ejtés
- ⇒ fogva tartás
- ⇒ emberrablás
- ⇒ terroristatámadás
- ⇒ kínzás
- ⇒ hadifogolyként, vagy koncentrációs táborba történő bezárás
- ⇒ természeti és egyéb katasztrófa
- ⇒ súlyos autóbaleset

3. személy elleni támadások/erőszak túlélői kiemelt csoportja (aktív résztvevők)

- ⇒ gyerekmolesztálás
- ⇒ tényleges erőszakot és sérülést okozó traumatikus tapasztalat
- ⇒ tényleges erőszak, vagy sérülés nélkül átélt szexuális tapasztalat
- ⇒ egyéb az énfelzárkózást fenyegető tényleges erőszak, vagy sérülés nélkül átélt tapasztalat

³⁵ [http://www.ptsd.va.gov/public/pages/fslist-ptsd-overview.asp letöltve 2012.06.06]

4. egyéb feldolgozhatatlan traumatikus élményeket túlélők (aktív résztvevők)

- ⇒ feldolgozatlan gyász
- ⇒ halált okozó megbetegedés diagnózisa
- ⇒ feldolgozatlan válás

Indirekt traumatikus eseményeket tapasztalók csoportosítása

1. A traumatikus események szemtanúi (passzív résztvevők, akik az alábbiakat tapasztalták/látták)

- ⇒ súlyos sérülést
- ⇒ más személy (erőszakos támadás miatti természetellenes) halálát
- ⇒ súlyos balesetet
- ⇒ háborút
- ⇒ természeti és egyéb katasztrófát
- ⇒ holttestet, vagy egyéb testrészeket
- ⇒ nemi erőszakot
- ⇒ egyéb erőszakos cselekményeket
- ⇒ egyéb traumatikus eseményeket

2. Másokat ért traumatikus eseményekről tudomást szereztek (indirekt tapasztalat)

- ⇒ súlyos baleset
- ⇒ erőszakos támadás
- ⇒ egy családtag/ közeli barát súlyos sérülése
- ⇒ egy családtag/ közeli barát hirtelen halála
- ⇒ ismerős gyermek halálos betegsége
- ⇒ egyéb traumatikus esemény

2.3.2. Trauma és emlékezet

Jan Assman a világhírű kulturális emlékezetkutató és felesége, Aleida Assmann az ókori egyiptomi, görög, római kultúrától napjainkig intenzíven foglalkoznak a felejtés és emlékezés kulturális aspektusaival. Assmann szerint a felejtés természetes állapotunk,³⁶ melyről Virág Teréz hasonlóképpen vall, amikor Auschwitzba deportált családtagjairól ír:

„Sorsuk távol került tőlem. Lassan, majd 40 évi „lelki érzéstelenítés” után kezdett meggyilkolásuk fájni. Magamtól kérdezem: akartam-e felejteni? Nem, az emlék felejtődött.”

Így folytatja önfeltárási emlékezését:

„40 év után vajon akartam-e emlékezni? Nem, az emlék felidéződött.”³⁷

Valóban akarunk-e emlékezni? A tudatos emlékezés, megemlékezés minden esetben pozitív? Megemlékezünk a születésnapokról, az évfordulókról, hőseinkről, és tesszük mindezt a maradandóság jegyében, az emlékezés oltárán. A jelen-múlt és jövő egy idősíkon helyezkedik el, egy bizonyos esemény, vagy személy állandó reprezentációját, örök visszatérését jelenti.

Mennyire fontos a felejtés? A felejtés ab ovo létező természetes tudatállapotunk, amiért semmit sem szükséges tennünk, vagy mégis küzdenünk kell eléréséhez? Vagy csak egyszerűen fátylat kell borítani a múltra és máris elfelejthetjük a kudarokat, bukásokat és a brutalitást?

Gyerekkorban elszenvedett erőszak, incesztus túlélőknél megfigyelhető, hogy egyáltalán nem emlékeznek a pontos traumatikus eseménysorra, illetve, ha egyes történésekre emlékeznek is, az azzal társított érzéseik teljes mértékben törlődnek. Azok az áldozatok, akiket emlékbetörések kínoznak, noha a velük történtek valóságosak, mégis inkább felejtőnének. A tudatunk a felejtés jól fejlett taktikáját használja túlélési önvédelmi mechanizmusként. Az állandó bántalmazásnak kitett áldozatot ezzel megszabadítja a mindennapos kínoktól, megkönnyíti a napi szexuális bántalmazás elviselését, és akár évtizedekre is megfosztja az emlékezés fájdalmától. Majd évek múlva egyszer csak hirtelen, gyakran stressz-hatásokkal összefüggésben (pl.: orvosi kezelés, haláleset, gyerekszülés) villanásszerű emlékképek, rémálmok formájában az eltemetett emlékek

³⁶ [http://www.mohaonline.hu/eszme/interju_jan_assmann_egyiptologus letöltve 2012.06.06.]

³⁷ Virág Teréz (2000) *Emlékezés egy szederfára*, Budapest, Animula Kiadó, 142-144.

elkezdene kísérteni és megjelenésüket a gyanútlan áldozatok szorongással és értetlenséggel reagálják le. Váratlansága miatt, az emlékezést elindító első hirtelen betörő emlékkép a legmegrázóbb, a legmegterhelőbb a túlélő számára. Az emlékezésre tett tudatos erőfeszítés nélkül, később jelentkező újabb, és újabb emlékkockák mozaikjai már kevésbé retteneteseek, bár az áldozat minden alkalommal újraéli a gyerekkori fájdalmat és terrort, az emlékkép segít az érzések tudattal való összekapcsolásában. A gyerekkori trauma túlélők nem törődve az emlékezést kísérő negatív pszichés hatásokkal, mint pánikroham, szorongás, vagy esetleges öngyilkossági gondolatok, gyakran harcba szállnak és mindent elkövetnek, hogy összeálljon a teljes kép, megpróbálnak tudatosan emlékezni.

Az emlékezés folyamatában az emlékkép nehezen felismerhetővé válhat, pedig gyakran a túlélő a trauma során nem is láthatott semmit (hátról érkezett a támadó, sötét volt a helyiségben, bekötötték a szemét), így emlékképként más érzékszerve által tárolt ingereket kódol. Ilyen lehet egy hang (harangozás, ha a trauma során megszólalt egy harang), tapintás (valaki ugyanazzal a mozdulattal ér az áldozathoz, mint annak idején az elkövető), szag (acetonos lehelet, ha az elkövető cukorbeteg volt), mozgássorozat (férje olyan intim pozíciót választ, mint a traumakor az erőszaktevő). Ezek a testbe vésődött negatív fizikai de javu-k természetesen olyan pánikkal, szorongással, rémülettel járnak a túlélő számára, hogy a későbbiek folyamán igyekszik a hasonló ingereket, szituációkat elkerülni. A traumatikus emlékezés egy olyan új felejtési mód, melynek során az is előfordulhat, hogy az áldozat a gyermekéveiből egyáltalán nem emlékszik vissza semmire, de szenved attól, hogy érzi és tisztában van azzal, hogy tudata valamilyen latens titkot hordoz.

A nem emlékezést az elszenvedett trauma súlyossága és hossza, valamint a túlélő emlék iránti befogadóképessége egyaránt befolyásolja. Kész-e az új információt elfogadni, vagy fél ezeket befogadni és ragaszkodik a gyerekkora óta megszokott jól bevált felejtés modellhez. Az emlékezet szándékos helyreállítását célozzák a szakemberek segítségével végrehajtott, stratégiavezérelt reminiscencia tréningek.³⁸ Az ilyen kutatási-terápiás módszerek során, az áldozatoknál bizonyos hívóingerek által történik az emlékfelidézés, ezáltal emlékezhetővé válik a nem emlékezés és immáron lelki, érzelmi tartalommal megtöltve visszakérül a páciens emlék-komplexumába.

³⁸ Marno H: (2006) Szándékos és nem szándékos felidézés – avagy nem tudatos szándék? [<http://www.implab.hu/public/pic6.pdf> letöltve 2012.06.06.]

Memóriakutatások sora foglalkozik az emlékezéssel. Az emlékezeti működés meglehetősen törékeny, kellemes és kellemetlen emlékeink egyaránt elhomályosodnak az idő múlásával, eltorzulnak, képzelőerőnk által színesednek, vagy eltompulnak, azáltal hogy életünk történéseinek sorában jelentőségük nő, vagy éppen csökken. Előfordulhat, hogy hamis emlékek képződnek, a terápiás felidézés folyamán az újraélés, újraírást jelenthet, és a tudat a feldolgozott frissebb, kellemesebb verziót raktározza el. Ugyanígy a trauma is képes emlékezeti torzulást előidézni.

A neurobiológiai tanulmányok ismeretében, az elmúlt évtizedben kulcsfontosságúvá váltak a memóriakutatásban azok az egyén emlékezetének kognitív és érzelmi folyamataira irányuló pszichológiai kísérletek, amelyek a spontán és stratégiavezérelt emlékfelidezés³⁹ törvényszerűségeit kutatják. Elizabeth Loftus⁴⁰ amerikai pszichológus kísérleteiben a hamis emlékképek kialakulási folyamatát vizsgálta, az elme befolyásolhatóságát bizonyította az emlékek feldolgozási mechanizmusában. Kísérletei igazolták, hogy megélt emlékként tekinthetünk olyan eseményekre, amelyek egyáltalán nem, vagy részleteiben másként történtek meg a valóságban.

Eklatáns példája az unalmas meg nem történt emlékek kiszínezésének, ahogy Marcel Proust⁴¹ tizenhat kötetben érdekesítően írja le eseménytelen élete érdektelenségeit. A traumára való emlékezés egy másik érdekes területe az emlékezeti működés vizsgálata. A traumák áldozatainál megfigyelhető, ahogy az átélt negatív hatás következtében, a memóriarendszerekben diszfunkció keletkezik, bekövetkezik a felejtés és az elfojtás énvédő mechanizmusa. A trauma élmény olyannyira fájdalmas, hogy megtapasztalásakor az észlelés előtt bezáródnak a kapuk. Ennek eredményeképpen fokozottan megnő a távolság a valós emlékezet és a rejtett emlékek között. A trauma élménye a közvetlen memóriába nem kerül be, de ennek ellenére az élmény közvetett visszaemlékezés és valós emlék nélküli aspektusai izgalmi reakciók formájában kialakulhatnak, mint a különféle fiziológiai tünetek (pl.: erős szívverés, gyomorpanaszok), illetve a változó pszichés tünetek (pl.: szorongás, félelem). A trauma körülményeit, magát az eseményt a memóriarendszer rögzíti, és elkülönülve raktározódik a trauma alatt átélt érzelmi töltet, a stressz-hatás, a

³⁹ [<http://www.implab.hu/public/pic6.pdf> letöltve 2012.06.06.]

⁴⁰ [<http://csaladhalo.hu/cikk/hatter/eros-lancszemek> letöltve 2012.06.06.]

⁴¹ Marcel Proust (1871 - 1922) gazdag elkényeztetett gyerekként nőtt fel (? ha lehet az ő esetében felnőtté válásról beszélni), irodalmi körökben mozgott, túlérzékeny volt, majd ideggyenge lett, visszavonult a társasági pompától és menekülésként, komfortérzéstelve az írásban, írni kezdett a szépséges emlékeiről.

nyomasztó emocionális tartalom miatt azonban az egyén tudatának befogadóképessége eltorzul, körülírhatóan csak az esemény egyes részleteit képes felidézni, az elfojtás folyamata akár évekig is elhúzódhat, a bennrekedt, elfojtott emlékek később váratlan emlékbetörések alakjában nyilvánulnak meg. Az áldozat még az emlékbetörést is igyekszik elfojtani, kerüli a tudatos felidézést, mert a gyötrő lelki tartalom előhívása mindannyiszor újabb és újabb fájdalommal, kellemetlen érzésekkel társul, ezáltal a régóta tárolt kriptába zárt emlékek mellé új valós, kínzó emlékek kódolódnak. A terápia célja, hogy a tudatos emlékfelidézéssel felszabadítsa az elfojtást, bár ettől maga a trauma élmény fájdalma nem szűnik meg, de a tünetek feltétlen enyhülhetnek.

3. Poszttraumás stressz-zavar

3.1. Előzmények

Számomra elképzelhetetlen, hogy az őseibert nem kínozták volna rémálmok egy kimerítő mamutvadászat után, tehát az emberiség történetében biztosan jelen voltak a traumák, mégis a PTSD kutatása a múlt században jelent meg. Charcot (1887) és Bergson (1896) trauma tanulmányaiból kiindulva Janet (1904) úgy vélte a tudatalatti alkotta mentális rendszerektől függ az egyén interakciója a környezeti ingerekkel szemben, ugyanúgy, mint a PTSD esetén, amikor a traumatikus emlékek nem tudnak integrálódni a szélsőséges érzelmi arousal miatt. Ezt követően Edouard Stierlin (1909) svájci pszichiáter kezdett el traumával foglalkozni, majd az első, a második világháború, illetve a vietnámi háború során megjelenő tapasztalatok gazdagították a traumatant. Az emberi agresszió következtében kialakult pszichés zavarokat, mint az állandósult üldöztetési szorongást, a váratlan emléketöréseket, a rémálmokat, a borzalmakra való emlékezés kizárásának vágyát, a kapcsolati beszűkülést, a bűntudat érzését, azonban nem tudták az addig ismert pszichés kategóriák rendjébe beilleszteni.

3.2. A szindróma bekerülése a pszichiátriai nozológiai rendszerbe

Az elméleti és klinikai kutatással foglalkozó klinikai pszichológusok megfigyelték, hogy a pszichiátriai kórképek nagy részénél a tünettann és a kórlefolyás hasonlóan alakul. A megelőzés, a pontos diagnózis és a megjósolható prognózis érdekében, szükségessé vált a mentális megbetegedések leíró kritériumainak körmeghatározó rendszerbe foglalása.⁴² A világ több, főként európai országában, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása, a BNO-10⁴³ rendszer használatos, az Egyesült Államokban viszont a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-t⁴⁴ (DSM-IV) alkalmazzák. Míg a főként statisztikai célból rendszerezett egytengelyű BNO-10 rendszernek az empirikus megalapozottsága igen csekély, a kutatást támogató DSM-IV –nek ez kifejezett erőssége. A multiaxiális

⁴² Kraepelin: organikus megbetegedések, pszichogén megbetegedések, endogén megbetegedések, pszichopátia, oligofrénia

⁴³ A BNO 10 az F00-F09 az organikus és szimptomás mentális zavaroktól, az F99 nem meghatározott mentális zavarokig kategorizálja a pszichés zavarokat

⁴⁴ Mentális rendellenességek körmeghatározó és statisztikai kézikönyve

rendszerű, DSM rendszer, tengelyek mentén helyezkedik el. Az I. tengelyen találhatóak a tünetcsoportok, a II. tengelyen a személyiségzavarok, a III. tengelyen a testi betegségek, a IV. tengely a pszichoszociális nehézségeké, míg az V. a pszichés, szociális és foglalkozási teljesítőképesség tengelye.

A diagnosztikai kategória szakmai elfogadtatásának és bevezetésének első élharcosa Sarah Haley volt, neki köszönhetően került be elsőként (1980) a PTSD, DSM-III diagnosztikai kategóriaként a mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyvébe. Újabb tudományos tanulmányok sora következett, a kísérleteket a különböző populációkon végezték, eltérő életkorú, és más-más környezetben élő áldozatokra koncentrálnak vizsgálta a traumatikus hatások összetettségét. Amikor a vietnámi veteránok visszatértek a traumatikus tüneteikkel, a PTSD kutatása felgyorsult, így az Amerikai Pszichiátriai Társaság a PTSD-t beemelte a DSM-IV-be. Az egyes szakterületeken megfigyelt tünetcsoportok átfedései és különbségei, a fogalom tisztázására motiválták és végre összekovácsolták, centralizálták az eddig önállóan kísérletező kutatócsoportokat.

Így a veteránok, a Holokausztt túlélők, a nemi erőszak áldozatainak poszttraumás zavarai, szorongásokkal, rögeszmés, kényszeres viselkedésekkel, disszociatív személyiségzavarokkal foglalkozó egyes ágazatok munkacsoportjai összefogásával megindultak a közös tudományos kísérletek, melynek révén ígéretes és egységes eredmények mutathatóak ki a traumakutatás területén. Mára olyannyira jelentős fejlődést mondhat magáénak a szakma, hogy 2013. első félévében már a DSM V⁴⁵ kategória bevezetésére is számíthatunk.

⁴⁵ a DSM V javaslat: [<https://www.ptsdforum.org/c/gallery/-pdf/1-56.pdf> letöltve 2012.06.06]

3.3. A szindróma kritériumai⁴⁶

A	Traumatikus élmény megtapasztalása	<u>Két tényező együttes jelenléte:</u> (a) "testi épség" elvesztése, vagy súlyos sérülés/ halálos fenyegetés, vagy halál közvetett/közvetlen megtapasztalása (b) az eseményre való válasz-reakció intenzív félelem, kétségbeesés, rettegés, vagy tehetetlenség érzése • gyermekek esetén elegendő a zavart, vagy izgatott viselkedés is • Különösen súlyos, hosszantartó lehet a stressz reakció, olyankor, amikor a trauma „emberi kéz” által jön létre (pl. nemi erőszak, kínzás)
B	A trauma állandó újraélése	<u>Az alábbiak közül egy, vagy több tünet ismételt jelenléte:</u> emlék betörések, aggasztó alvászavarok (rémálmok), éber állapotban történő újraélés (hallucinációk, illúziók, víziók), a traumára emlékeztető objektív, vagy szubjektív ingerekre nagyfokú szorongással, negatív pszichológiai, vagy fiziológiai reakciókkal válaszol
C	A traumával kapcsolatos társított ingerek folyamatos elkerülése, beszűkülés	<u>Az alábbiak közül legalább három tünet együttes jelenléte:</u> • a traumával kapcsolatos (ingerek) gondolatok, érzelmek, beszélgetések elkerülése • azon tevékenységek, vagy emberekkel való találkozás mellőzése, melyek újra felidézhetik a traumát • a trauma fontos részleteit az áldozat képtelen felidézni • Kifejezetten csökkent érdeklődés, vagy részvétel hiánya a jelentősebb napi (élet-) tevékenységben • másoktól való elkülönülés, érzelmi eltávolodás érzése • érzelmi „bénultság”, korlátozottan, vagy egyáltalán nem képes egyes érzelmek átélésére • a jövőkép torzulása (nem tartja elképzelhetőnek a pozitív fejlődést, pl. nincs családtervezés, karrier terv)
D	Trauma előtt nem tapasztalt tartós arousal (izgatottság) szint növekedés tünetei	Fizikai tünetek: fokozott ébrenlét, elalvási, alvási nehézségek, ingerlékenység, koncentrációs zavarok, dühkitörések, rettegés, túlzott ijedség
E	A tünetek egy hónapot meghaladóan fennállnak	Amennyiben az összes tünetegyüttes diagnosztizálható, de fennállásuk ideje nem haladja meg a 30 napot, „csak” akut stressz zavar állapítható meg a betegnél
F	Jelentős szorongás, károsodás	A diagnosztizált tünetek a szociális kapcsolatokban, munkaköri feladatok tekintetében, vagy a napi tevékenységek egyéb fontos funkcionális területein klinikailag definiálható jelentős szorongást, illetve károsodást okoznak

⁴⁶ az A, B, C, kritériumok a traumát követő stressz zavarra, míg a D,E, F kritériumok PTSD-re utalnak

3.4. A PTSD főbb tünet-együtteseinek csoportosítása

1-es tünetegyüttes → EMLÉKBETÖRÉS
Az túlélő újból és újból újraéli a traumatikus eseményt, és ez akadályozza a mindennapi normális életvitelében ⇒ az eseménnyel kapcsolatos visszatérő rémálmok ⇒ szorongató érzést keltő emlék betörések ⇒ emlékképek, melynek során ismételten leperregnek a traumatikus esemény „film kockái” ⇒ a traumatikus eseményre emlékeztető bármely körülményt (hang, szag, látvány) kellemetlen fizikai reakció kíséri ⇒ az emlékbetörések hatására kellemetlen fizikai tünetek jelentkeznek (izzadás, magas pulzus, szívdobogás)
2-es tünetegyüttes → BESZÚKÜLÉS
A túlélő tagadása, távolságtartó magatartást tanúsít, kerül minden olyan gondolatot, érzést, dolgot, amely a traumatikus eseményre emlékeztetheti. Elveszítheti a mindennapi életével kapcsolatos érdeklődését, rugalmasságát ⇒ az eddig örömet nyújtó tevékenységei már nem töltik el elégedettséggel ⇒ „nemtörődömmé” válás ⇒ „érzéketlenség” az addig szeretett tárgyak, személyek iránt ⇒ kerül azokat a szituációkat (szag, hang, látvány, beszélgetés) amely traumára emlékeztetheti ⇒ közönyösség ⇒ a trauma fontos részleteit képtelen felidézni ⇒ kevésbé fejezi ki érzéseit, lelkiállapotát ⇒ nincs jövőképe ⇒ kerül a traumára emlékeztető gondolatokat, embereket, helyeket ⇒ nehezen bízik meg másokban ⇒ kirekesztettnek érzi magát ⇒ képtelen szeretni, még az eddigi szeretteit sem engedi közel magához
3-as tünetegyüttes → HIPERAROUSAL
A túlélő lelki és testi problémákkal küszködik, reakcióiban ingerlékeny, alvási rendellenességei vannak. ⇒ alvászavarok (rémálmok, nem tud folyamatosan aludni, elalvási nehézségek) ⇒ nehéz koncentráció ⇒ „túlzott éberség” ⇒ ingerlékenység, lobbanékonyág, dühkitörések ⇒ ijedségre szélsőségesen reagál ⇒ érezhet büntudatot (túlélő lelkiismeret furdalása, ő „ép bőrrel megúsza”, míg mások nem) ⇒ szorongás, feszültség, stressz általános kísérő tünetei (nyugtalanág, ingerlékenység, szédülés, ájulás, erős mellkasi szívdobogás, láz, fejfájás, sápadtság) ⇒ depresszió általános kísérő tünetei ⇒ pánikbetegség általános kísérő tünetei ⇒ nem tudja kontrollálni magát, könnyen gerjed haragra ⇒ nyugtalan, ijedős ⇒ túlságosan óvatos, mindig „védekezik” ⇒ fizikai tünetek: gyomor panaszok, bél rendszeri problémák, nőgyógyászati problémák, súlyvesztés/növekedés, krónikus fájdalmak (hátfájás, nyakfájás, fejfájás), kiütéses bőrproblémák, krónikus fáradtság, kimerültség, ⇒ szorongás ⇒ alkoholizmus, szenvedélybetegségek

3.5. A PTSD tünetek kialakulásának és időtartamának jellemzői

A PTSD tünetek kialakulásának és időtartamának jellemzői	
Trauma típusa	A tünetek fennállási ideje
Akut, intenzív, eset	a tünetek kevesebb, mint 3 hónapig állnak fenn
Krónikus eset	a tünetek 3 hónapig , vagy azon túl is megfigyelhetők
Késleltetett megbetegedés	a traumát követően legalább 6 hónappal később jelentkeznek

A traumatikus események átélése az érintettekben különböző lelki (pszichológiai) valamint testi problémákat okozhat. Ezek a tünetek lehetnek viszonylag rövid lefutásúak (akut), de akár hónapokig, vagy évekig (krónikus) tartóak. Azonban az is előfordulhat, hogy a tünetek az esemény után csak hónapok, évek múltán kerülnek felszínre. A PTSD kimenetele változó, vannak, akik csak egyes tüneteit tapasztalják, míg mások az összes ismert tünetet produkálják.

PTSD gyanúja akkor áll fenn, amikor valakit olyan traumatikus esemény ér, amelynek során, a vizsgált személy valamely erőszakos cselekményt látott vagy élt át. PTSD kialakulására kell felkészülni, amennyiben egy adott traumaélmény valamely személy saját, vagy (a személy jelenlétében) mások testi épségét veszélyezteti (pl.: súlyos sérüléssel, halálos fenyegetéssel, halálos végkimenetellel jár együtt), és mindezt az érintett személy intenzív félelemmel, tehetetlenséggel, vagy rettegéssel reagál. Abban az esetben is poszttraumás stressz-zavar merül fel, ha az érintett személy több mint 1 hónapon keresztül ismételtén újraéli a traumatikus eseményt (pl.: időszakosan feltörő emlékképek, visszatérő nyomasztó álmok, akár ébredéskor, vagy ittas állapotban megjelenő hallucinációk, visszaemlékezéses epizódok, emlékbetörések). Előfordul, hogy a trauma túlélő intenzív pszichés szorongást tapasztal és „rosszul reagál” arra, ha valamely külső, vagy belső hatás (szag, inger, szó, gondolat) a trauma jellemzőire emlékezteti, vagy csak valamelyest hasonlít azokra. Egyes esetekben, a túlélő elkerüli, és látszólag érzéketlenül reagál a traumát felidéző ingerekre, megpróbál minden traumára emlékeztető gondolatot,

érzést, beszélgetést elutasítani, nem kezd olyan tevékenységbe, nem megy olyan helyekre, nem találkozik olyan emberekkel, akik a traumára emlékeztethetik. Ugyanebből az okból fakadóan, elveszíti az érdeklődését az eddig (a trauma előtt) kedvelt elfoglaltságai iránt, bizalmatlanná, emberkerülővé válhat. Van olyan trauma túlélő, aki ezzel ellentétben egyszerűen képtelen még a traumatikus élmény lényegi emlékképeit is felidézni. A túlélő arousal szintje megváltozik a trauma előtti állapothoz képest, legalább két tünetet mutat az alábbiak közül: nehezen alszik el, vagy ébred fel, ingerlékenyvé válik, düh kitörései vannak, nehezen képes koncentrálni, állandó készenléti állapotban van, gyakran megriad és ezáltal társadalmi élete, munkavégzése, családi élete, jelentősen sérül.

A tünet együttesek már közvetlenül az elszenvedett trauma után is megjelenhetnek, a pszichiáterek mégis úgy vélik, hogy a PTSD csak egy hónappal a traumatikus esemény után diagnosztizálható helyesen. Előtte legfeljebb poszt-traumatikus stressz állapítható meg, de még nem beszélhetünk poszttraumás stressz-zavarról, bár a szakirodalom beszámol késleltetett lefolyású esetekről is, amikor akár évekig nem jelentkeznek kimutatható PTSD tünetek az áldozatoknál. Tekintettel arra, hogy a PTSD más betegségek, (pl.: depresszió) kísérő tüneteit is tartalmazza, a diagnózis felállításakor, a vizsgálatnak az egyéb mentális rendellenességektől jól elkülöníthetően (differenciáldiagnózis) kell a PTSD zavar mindhárom tünet együttesét igazolnia.

3.6. Nemi különbségek

A koncentrációs táborok borzalmait, a kényszer prostitúciót, szeretteik elvesztését túlélő nők többnyire nem beszélnek a „múltról”, a trauma stigmájába burkolózva hallgatnak. Pedig nőnek, anyának lenni, nővé cseperedni a lágerekben igazán emberpróbáló feladat lehetett. Ha lehet az emberi mivolt elvesztését rangsorolni, akkor - Null Achtzehnként⁴⁷ - a nők helyzete, talán még elkésőbb volt, mint a férfiaké. Míg a férfiaknak „csak” az emberi méltóságuk elvesztésével kellett megküzdeni, addig a nőknek a fizikai lecsupaszításukon túl nőiességüket veszítették el (pl.: hajuk levágása, menstruáció elmaradása, terhesség titkolása). A szótáraikból erőszakkal kitörölték mindazt, ami a nőiességre emlékeztetett, a rabok a láger női traktusát még egymás közt sem nevezték nevén, helyette a német rövidítést használták, ez volt az FKL (Frauen Konzentrationslager).

A Holokausztra visszaemlékező nők kivétel nélkül konstruktívan, lelki finomsággal érzékeltetik a teljes kiszolgáltatottságot, az állandó félelmet, a brutális erőszakot és női mivoltukat. Szemben a férfiakkal, akik az elesetteket kiközösítették, a nők az egymásra utaltságot komolyan vették, az összetartozás érzését erősítő komplett családok jöttek létre és, mint minden rendes családban a családtagok a végsőkig kitartottak egymás mellett. „Ők voltak a nagycsaládom. Ma is úgy érzem.”⁴⁸ Családtagként, barátként, leleményesen dolgoztak önbecsülésük megtartásáért. Az elszenvedett borzalmak, a lélekromboló erőszak látványa, a kínzó éhség közepette a meleg otthon, a családi élet, a normalitás illúzióját - fura mód - „elméleti” főzéssel tartották fent, fájdalommal korgó gyomrukat egymásközi receptcserékkel vigasztalták. Önvédő mechanizmusuk működésbe lépett, a lágerélet szintjén igényesek tudtak maradni, „új” ruhákban, „kicsinosítva” színházi előadásokra, koncertekre jártak. Paradox módon, míg zuhogó hóban, didergető fagyban, a meztelen testükön egyetlen elrongyolódott vászonruhával jóformán a fagyhalállal küzdöttek, a női-identitásválságukat a ruha „szépítésével”, egy ócska szállal való beszegésével enyhítették. Ebben a rettenetes miliőben, ahol a felborult értékrend a napi kenyéradaggal tett egyenlővé egy elrongyolódott kendőt, ahol a frizurát a rendszeres

⁴⁷ jelentése : tizenhét nulla, az identitásuk elvesztését fokozandó a lágerben élőket nevük helyett a rájuk tetovált számon szólították fogvatartóik

⁴⁸ V. Fahidi Éva (2005): *Anima Rerum – A dolgok lelke*. Budapest, Tudomány Kiadó

tetvéskedés garantálta, a pirosítót egy csepp vér szétkenésével oldották meg, az említett kulturálódást, a korábbi művészeti élmények barakk falon belüli elmesélése jelentette.

Egyes társadalmakban, kultúrákban ahol a patriarchális család modell a norma, a tradíció erőszakba való belenyugvást követel a lányoktól, asszonyoktól. Több afrikai civilizációban a természetes női szerepkör része, hogy tíz, tizenéves lánygyermek klitoriszát eltávolítják a későbbi örömeik elkerülése végett, vagy a nő testét használó férj kizárólagos használati jogával úgy él, hogy közösülés előtt felvágja asszonya általa korábban használat után összevarrt hüvelybemenetét, majd az aktus végeztével újból összeölti azt. Elgondolkodtató az, hogy vajon ezek az erőszakos cselekmények is okoznak-e hosszú távú trauma zavarokat az áldozatoknál egy olyan országban, ahol az efféle erőszak nem minősül bűncselekménynek, sőt mondhatni alapvető társadalmi elvárás.

Azonban már más a helyzet civilizált társadalmunkban, ahol a feminista mozgalmak tudatosították, hogy egy nő nem csak egy darab hús, ugyanúgy lehet emberi értékekkel rendelkező, gondolkodó, érző lény, mint egyenértékű férfi társai.

Judith Herman, amerikai pszichiáter „Trauma és gyógyulás” című könyvében a civilizált társadalmak trauma lehetőségeit írja le. Több évtizedes pszichoterápiás kutatómunkával a háta mögött, a családon belüli erőszakot és a nők bántalmazását mutatja be, miközben kórképet ad a poszttraumás stressz-zavarról. A civil traumáról, a nők szexuális kizsákmányolásáról, az incestusról, a gyerekek bántalmazásáról ír, óhatatlanul felhasználva a politikai üldöztetés, háborús traumák, holokauszt és más áldozati sorsok trauma tapasztalatainak széleskörű tárházát. Választ kapunk arra, hogy modern társadalmunkban nem csak a testi bántalmazás, nemi erőszak minősül klasszikus értelemben vett traumának, az interjúk során kiderül, hogy a trauma túlélők mindenre érzékenyek, ami extrém, ami érinti komfortérzetüket.

A Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen egyesület⁴⁹ statisztikái szerint, a családon belüli erőszak áldozatait bizonyíthatóan nem védi hatékonyan a jog, ugyanis ma Magyarországon minden ötödik nőt rendszeresen bántalmaz partnere és a Magyarországon meggyilkolt nők 60 százaléka házastársa, vagy élettársa áldozata. A nők elleni erőszak bármelyik fajtájának (verbális, lelki, testi, gazdasági illetve szexuális erőszak) élménye kihatással van az

⁴⁹ [nane.hu letöltve 2012.06.06]

erőszakot elszenvedett nők további életére is, a trauma élmény okozta sérülések akár évekig is fennmaradhatnak és megakadályozhatják a nőket a további normális életvitelük folytatásában. A statisztikai számok nagyságrendje miatt, az igénybe vehető segítő lehetőségek ismertetése társadalmi problémává nőtte ki magát. El kell érni, hogy az elkövető vállalja tettének következményeit, hogy mind a tettes, mind az áldozat szakszerű segítséget kapjon a feldolgozásban, valamint, hogy a jogrendszer lehetővé tegye a hatóságok megfelelő szerepvállalását a civil áldozatok védelmében is.

3.7. A PTSD mérése

Mint ahogy azt az előzőekben említettem, az egyes szakterületek összefogása segítette a traumatikus eseményekkel összefüggésben később kialakuló lelki traumák és a hozzájuk kapcsolódó betegségek tüneteinek megértését, rendszerezését. A szakemberek elemzéseik során megállapították, hogy az agresszió áldozatainak legfontosabb közös vonása a nyomasztó megpróbáltatás utáni túlélés akarata.

Életünk folyamán mindannyian szembesülünk, szembesültünk kisebb, vagy nagyobb nem várt erőszakos élménnyel. Vannak emberek, akikről lepereg egy-egy ilyen élmény anélkül, hogy mélyebb lelki törést okozna személyiségükben, de világszerte növekszik azoknak az eseteknek a száma, amikor az eset traumaként jelentkezik, mert az egyes érintettek nem tudják feldolgozni az ilyen eseteket, ezek mentális, érzelmi, vagy fizikai problémát okoznak számukra. Ilyen „visszamaradt” mentális betegség a dolgozatom témájául szolgáló PTSD.

A „harcmezőről” visszatérő katonák (pl.: vietnámi veteránok) csoportosan hasonló tünetekkel keresték fel a szakembereket, ezért a PTSD-vel kapcsolatos első kutatásokat az Amerikai Egyesült Államok kormánya kezdeményezte. A veteránoknál már regisztrált tüneteket később „civil” áldozatoknál is megfigyelték, így levonták a konzekvenciát, hogy traumatikus élményt kiváltó erőszakos események bárkire ugyanazzal a hatással lehetnek. A trauma túlélők (pl.: háborús veteránok, gyerekkori traumatikus élményt elszenvedettek, családon belüli erőszak áldozatai) beszámolói alapján, egyértelműen állítható, hogy a poszttraumás stressz-zavar tünetei minden esetben krónikus rémálom, vagy emlékbetörések formájában jelentkeznek. Az emlékbetöréseket váratlanul, bármelyik pillanatban kiválthatja egyetlen mozzanatnyi inger, egy adott kép, szag, hang

kiirthatatlanul „bevillanthatja” a túlélő emlékezetébe a megtörtént traumatikus eseményt, vagy annak egy részletét. A túlélő számára önmagában is fájdalmas traumatikus eseményt az újraélés folyamata csak tetézi, nem csak az emlékeiben kell elraktároznia, hanem immáron a jelenben is át kell élnie a saját tehetetlenségét.

A PTSD gyógyszeres, vagy pszichoterápiás kezeléssel, illetve a kettő kombinációjával gyógyítható, a megfelelő kezelés kiválasztásához azonban elengedhetetlenül szükséges egy tesztrendszer alapú átfogó felmérés elvégzése (lásd 2. sz. melléklet). A klinikai tesztek pontosan kimutatják a traumatikus élmény, és az általa kiváltott poszt-traumatikus tünetek mértékét, megállapítják a PTSD súlyosságát, felszínre hozzák a zavarra jellemző egyedi sajátosságokat (pl. büntudat). A PTSD felmérésének jelentősége abban rejlik, hogy segítségével kizárható, illetve diagnosztizálható a betegség. Tesztek elvégzése azért indokolt, mert a traumatikus esemény résztvevőinél a trauma élmény nem minden esetben vezet poszttraumás stressz zavar kifejlődéséhez, ezzel szemben, néhány túlélő számára traumatikus élmény tapasztalása esetén a betegség kialakulása elkerülhetetlenné válik. A PTSD tesztből levont következtetések lehetővé teszik a probléma gyökerének teljes feltárását és az egyetlen tünet, vagy a tünet-együttesek alapján a legmegfelelőbb kezelés megtervezését.

Többféle átfogó PTSD felmérés létezik:

- Ezek közül a leginkább alkalmazott átfogó poszttraumás diagnosztikai skála a PDS (Posttraumatic Diagnostic Scale).
- Inkább a kezelések hatékonyságát hivatott igazolni a DTS (Davidson Trauma Scale).
- Általánosabb körben használt az értékes pszichometriai jellemzőkkel rendelkező standard PTSD PCL ellenőrzőlista, melynek három fajtáját különböztetjük meg:

⇒ A trauma általános detektálásának kiderítése érdekében, alapesetben a PCL-C (civil)⁵⁰ teszt használatos. Ez a legáltalánosabb a három teszt közül, bármely kulturális közegben, szociális helyzetben, a trauma minden válfajában használható, a kérdések nem kizárólagosan egy konkrét eseményre vonatkoznak, hanem bárminemű traumatikus hatás széles skáláján mozognak. Ezzel a tesztformával tehát kiszűrhető, hogy a páciens az „A” típusú

⁵⁰ lásd 2. számú melléklet PTSD önértékelő kérdőív

kritériumok⁵¹ kitételeinek megfelel-e, azaz érte-e korábban olyan traumahatás, amelynek feldolgozatlansága PTSD-re predesztinálja.

- ⇒ A PCL-S (speciális) tesztet azokkal a páciensekkel végeztetik el, akik nagyobb valószínűséggel voltak traumatikus esemény elszenvedői. A teszt az adott esemény során elszenvedett traumát célozza meg.
- ⇒ Kifejezetten tematikus kérdéscsoportjaival a PCL-M (military/katonai) teszt kitöltése ajánlott azoknak a hivatásos katonáknak, háborús veteránoknak, akik a háborúk, illetve szolgálatuk során egyértelműen olyan traumatikus hatásoknak, eseményeknek (pl.: gránátnyomás, bajtárs halála) voltak elszenvedői, melyek későbbi következményei PTSD formájában jelentkezhetnek.

A tesztkérdésekre adott válaszok pontértékeinek összegzéséből kapott pontszám mutatja meg a zavar súlyosságát. A diagnózis felállításához elsőként meg kell határozni, hogy a vizsgált személynél a PTSD tünetek a DSM-IV szerinti kritériumoknak megfelelnek-e, a tünetminták és súlyossági küszöbértékek meghatározhatóak-e az egyes válaszadóknál. A ponthatár küszöbértékeket az egyéni szituációra szabottan, az életkörülményekre való tekintettel kell meghatározni, nem hagyható figyelmen kívül a diagnózis felállításának célja, alacsonyabb küszöbértéket kell meghatározni a mérésnél, ha „csak” egy olyan szűrősről van szó, melynek során a lehetséges felderített traumatikus események számát szeretnénk maximalizálni.

A Rochesteri Egyetemen végzett - a Journal of Head Trauma Rehabilitation című folyóiratban közzétett publikáció szerint – a kutatók arra a kutatási eredményre jutottak, hogy akár enyhe agykárosodás is fokozhatja a PTSD-re való hajlam kialakulását.⁵² A vizsgálatban négy évvel leszerelésük után, Irakban és Afganisztánban katonai szolgálatot ellátó 52 veterán vett részt. A PTSD tüneteket okozó erőszakos behatások intenzitását a szokásos PCL-M kérdőívekkel mérték fel, míg az agyi károsodás kimutatásának érdekében, ezzel párhuzamosan MRI és DTI vizsgálatokat végeztek. A műszeres

⁵¹ lásd:3.3. A szindróma kritériumai

⁵² Dr. Weisz Júlia A minimális agyi sérülés is poszttraumás stresszre hajlamosít [http://www.medicalonline.hu/tudomany/cikk/a_minimalis_agyi_serules_is_poszttraumas_stresszre_hajlamosit]

vizsgálatokkal elkülöníthetővé váltak a PTSD tünetek és a TBI (Traumatic Brain Injury)⁵³ tünetek, és kimutatták a két trauma-típus közti kölcsönhatást.⁵⁴

Egy másik amerikai kutatás⁵⁵ megállapításai (amelyet a Los Angeles-i Kaliforniai Egyetem/UCLA kutatócsoportja végezett az 1988-as örmény földrengés túlélőivel, 12 család összes tagjának DNS mintázatát elemezve) kimutatták, hogy a poszttraumás stressz-zavarra való fogékonyságot bizonyos génváltozatok jelenléte okozza.⁵⁶ Az 1988 decemberében bekövetkezett természeti katasztrófa során, huszonötezer ember vesztette életét, a vizsgált célcsoport tagjai közül az esemény bekövetkezésekor majdnem mindenki látott holtestet, illetve súlyos testi sérült embereket, és ennek megfelelően kialakultak náluk a jellegzetes PTSD tünetek. A Journal of Affective Disorders című szakfolyóiratban közzétett tanulmány szerint a DNS-vizsgálat folyamán, a kutatók két génváltozatot (TPH1 és TPH2) különítettek el, melyek jelenlétében alacsonyabbá válik a hangulatot befolyásoló szerotonin termelése, amelyek a PTSD tüneteinek kialakulását valószínűbbé teszik.

Mindenképpen traumatogén eseménynek minősül a rákdiagnózis váratlansága, hiszen ezt a betegséget általában gyógyíthatatlannak tartjuk. A túlélésért folytatott küzdelem során, hol teljes mértékben hitevesztetté válik a beteg, hol újult erővel száll szembe a kórral. Jó esetben a rákbeteg kigyógyul a gyilkos kórból, és életét „csak” a kezeletlen trauma (PTSD) kíséri végig. Gyógyult rákbetegeknél is éppoly gyakori a PTSD előfordulási aránya, mint a veteránoknál, inszenzus túlélőknél, egyéb erőszakos cselekmények áldozatainál, melyre a Dél-Karolinai, Durhami Duke Rákkutató Intézet munkatársai hívták fel a figyelmet. 566 Hodgkin limfómából kigyógyult beteget vizsgáltak meg.⁵⁷ A vizsgált célcsoport tagjai (közel 40%) évtizedekkel a fizikai gyógyulásuk után is szenvedtek a sajátságos pszichés zavaroktól, a PTSD tünetek súlyától, viselkedésük megváltozott, emlékbetörésekről, alvászavarokról és szorongó lelkiállapotról számoltak be.

⁵³ traumatikus agysérülés

⁵⁴[<http://psychcentral.com/news/2012/06/08/mild-brain-injury-in-combat-may-lead-to-ptsd/39891.html> letöltve 2012.06.06]

⁵⁵ OrientPress Hírügynökség [<http://karpatinfo.net/életmod/2012/04/03/genek-felelnek-poszttraumas-stressz-szindromaert> letöltve 2012.06.06]

⁵⁶ Részben a genetika magyarázhatja a poszttraumás stresszre való fogékonyságot MTI Hírek 2012-04-02 16:12:23 [http://www.informed.hu/betegsegek/betegsegek_reszletesen/psy/anxiety/?article_hid=167380]

⁵⁷[<http://www.netambulancia.hu/a+rakdiagnozis+a+haborus+tulelok+traumajat+valtja+ki?klubid=31> letöltve 2012.06.06]

4. A PTSD kezelése

4.1. Trauma és terápia

A PTSD olyannyira összetett betegség, hogy kezelése speciális szakértelmet igényel, és különböző megközelítések vannak. „Hiszen a betegséget okozó részt éppen úgy nem érzékelheti a laikus szem, ahogy a fertőzést okozó baktériumokat sem láthatja és rendszerezheti.”⁵⁸ Pierre Janet az elsők között volt, aki a poszttraumás stressz-zavarban szenvedők stressz reakcióit szisztematikus terápiás kezelési modellel orvosolta. Janet modelljében a gyógyulás alapvető szakaszai a következők:

- stabilizációs szakasz,
- a traumatikus emlék azonosításának szakasza, és a
- reintegrációs szakasz.

Janet terápiás modellje elsősorban a tünetekre koncentrál, a traumatikus emlékek újraélésére, újraértelmezésére. Úgy vélte, hogy „a traumás neurózist események emlékei, és nem maguk az események idézik elő. Az emlékek patogén titkok, amelyek rejtett képzetekből és rejtett késztetésekből állnak. Az orvosnak mind a titkokhoz, mind ezek értelméhez/jelentéséhez privilegizált hozzáférése van.”⁵⁹

Hermann Judith modellje nem sokban tér el Janet által javasolttól:

- első szakasz a biztonság (támogató környezet) megteremtése,
- a második a trauma történetének részletekbe menő rekonstrukciója, és a
- harmadik lépésben a túlélők és a közösségük közötti kapcsolat helyreállítása, a mindennapi életbe történő visszakapcsolódás zajlik.

Horowitz⁶⁰ szerint a trauma feldolgozásának öt fázisa van:

- a sokk (megdöbbenés, sírás),
- a tagadás (elkerülő viselkedés),

⁵⁸ Young, A. (1997): *The harmony of illusions; inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press 39.

⁵⁹ Uo.

⁶⁰ Horowitz, M. (1986): *Stress response syndromes*, Northvale, NJ

- az oszcilláció (ingadozás),
- az átmenet és az
- integráció.

A traumatizáltnál gyakoriak az erős, fokozott érzelmi reakciók. A pszichoterápiás kezelés segít megtalálni a normális reakciókat az abnormalis rendkívüli eseményekre, hatékonyan támogatja az érzések, gondolatok és viselkedés helyreállítását. A sokk és a tagadás, a traumatikus eseményekre adott jellemző válaszok az érzelmi állapotban beálló hirtelen, és gyakran intenzív zavar elleni normális védelmi reakciónak tekinthető. Az emlékek kapcsolatban megjelenik az elfojtás, ugyanakkor fellép egyfajta ismétlési kényszer is, amely során az áldozat akaratan kívül reprodukálja a cselekvést, ugyanabban a formájában ismétli meg azt. A pszichoterápiás feldolgozás során emlékmunkára van szükség, melyben a terapeuta segít a túlélőnek megteremteni a biztos terepet a PTSD és valós élet közötti küzdelemben.

4.1.1. Trauma debriefing

Ismert traumatizáció esetén (természeti katasztrófa, erőszakos bűncselekmény, háború, stb.) több évtizede folytatott eljárás a trauma debriefing,⁶¹ amely egy közvetlenül a traumatogén esemény előfordulása után alkalmazott terápiás módszer. Az azonnali kezelés megkezdése azért szükséges, mert a módszer arra irányul, hogy a várható PTSD tünetek kialakulását csírájában elfojtsa. A pszichológiai debriefing, nem tekinthető klinikai megoldásnak, hanem egy olyan másodlagos prevenciós eljárás a traumatizált emberek számára, mely a különböző általánosan alkalmazott terápiás módszerek mellett (pl.: tanácsadás, önsegítő csoportok, krízisintervenció) – a strukturált trauma tanácsadás és pszichoterápia részét képezi. A debriefing folyamat célja, hogy az áldozat ellenőrzött és biztonságos környezetben, újra megtapasztalja a traumatikus eseményt és ennek során értelmezze azt, ennek segítségével az elszenvedett esemény beépül a tudatába, és elfogadhatóvá válik az egyén számára. Tekintettel arra, hogy a szóban forgó eljárás megelőző jellegű, amennyiben konkrét traumatikus esemény túlélőjének kezelése a cél, a debriefing terápiát még akkor is haladéktalanul meg kell kezdeni, ha eleinte tünetmentes az

⁶¹ van Wyk, G. - Edwards, D. J. A. (2005): From trauma debriefing to trauma support: a South African experience of responding to individuals and communities in the aftermath of traumatising events, *Journal of Psychology in Africa*.15 (2), 135-142.

áldozat. A trauma debriefing hatásosan alkalmazható a PTSD tünetek fennállásának korlátozására, ezáltal a gyógyulás felgyorsítására. A traumatogén esemény után az áldozatok alapvető érzése, hogy elvesztették az életük és érzéseik feletti kontrollt a debriefing módszer ezt az irányítást a strukturált újratapasztalás által visszaadja a túlélő számára, így az áldozat akár pár alkalom után képes lesz ismét visszatérni hétköznapi életviteléhez.

4.1.2. Kritikus esemény stressz-kezelése

A „kritikus esemény stressz-kezelése” (Critical Incident Stress Management, továbbiakban: CISM)⁶² módszer nem pszichoterápiás eljárás, hanem kifejezetten krízishelyzetek kezelésére, a pszichés zavarok megelőzésére és enyhítésére kidolgozott metodika, és célirányosan foglalkozik a PTSD kezelésével.⁶³ A kríziskezelők, szakember irányítása alatt tanácsadói csoportokat alkotnak, a CISM program szerint (kiscsoportos vitaprogramok, csoportos pszichológiai oktatások, konzultációk, családi és szervezeti problémák megoldásának keretein belül) oktatják a rendkívüli helyzetekre való felkészülés stressz-kezelési eljárásait. A rendkívüli események pszichodinamikája miatt, a traumatizáció tünetei nem közvetlenül az esemény után jelentkeznek, így elsődleges stressz megelőző intézkedésként csak egy rövid megbeszélést szükséges lefolytatni az áldozattal, hogy megnyugodjon és csökkenjenek az intenzív érzelmi reakciói. 24 -72 órával később zajlik az első kikérdezés jellegű megbeszélés, melynek célja a friss benyomások egzakt elraktározása, az esemény teljes rekonstrukciója, és a traumatizált személy beszéltetése a későbbi utókezelés megtervezése végett.

4.1.3. Szemmozgásos Deszenzitizálás és Élmény Átstrukturálás

A trauma széles spektrumának köszönhetően, a pszicho-traumatológia önálló szakággá nőtte ki magát. A PTSD egyre kiismerhetőbb természete, jellegzetes kísérő tünetei, egy generálisan strukturált terápiás gyógymód megtalálására ösztönözte a szakembereket. Ez a rendszerszemléletű megközelítési mód vezetett a trauma által okozott szenvedés megszüntetésére irányuló egyik hatékony eljárás megalkotására, a szemmozgásos

⁶²[<http://www.aets.org/article88.htm> letöltve 2012.06.06.]

⁶³ Everly, G. S. et al. (2002), Critical Incident Stress Management (CISM): Critical review of the literature. *Psychiatric Quarterly*. 73: (3), 171-183.

deszenzitizálás és élmény-átstrukturálás (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, továbbiakban: EMDR) kidolgozásához. Magyarországon még nem alkalmazott ez az eljárás, de az USA-ban sikerrel alkalmazzák. Az egyéb terápiás eljárásokhoz jól idomuló EMDR technikát a diagnózis felállítása után kezdi alkalmazni a terapeuta. A terápia magát - a szokásostól eltérően - ebben az esetben nem a trauma élményről történő terápiás beszélgetés jelenti, hanem a traumatizációs élmény ingereire, hangokra, szagokra és az ezekhez társuló érzelmekre, gondolatokra, reakciókra kell az áldozatnak koncentrálnia, miközben az álom REM fázisához hasonlóan, szemmozgásával követi a terapeuta kezének jobbra-balra való mozgását. Az EMDR során a terapeuta a tipikus szemmozgás előidézésének alkalmazásával, előhívja a meghatározó negatív élményanyagot, így a traumatikus emlékeket is. A feltárás közben komplex változás zajlik le, az áldozat újraéli a traumatikus élményanyagot, értelmezi kialakulását, mindeközben érezhetően csökken a traumaélmény intenzitása, ezzel egyidejűleg a páciens érzelmi feszültsége. Az EMDR protokoll a PTSD-n kívül, bizonyítottan több fajta pszichés zavar élményszerveződési mintáinak átstrukturálását és hatékony szorongáskezelést tesz lehetővé, pozitív fiziológiai és pszichés változásokkal kecsegtetve, az akár évekig elhúzódó traumás tünetektől szenvedő áldozatokat is.

4.2. Farmakoterápia

Tekintettel arra, hogy a PTSD azonnali kialakulásának esélye 14-24 %, és a trauma túlélőknél később is jelentkezhetnek a poszttraumás stressz-zavar tünetei, ezért nemcsak modern SSRI típusú antidepresszánsokkal kívánják kezelni a betegeket, hanem a betegség kialakulását is igyekeznek megakadályozni.

A Kaliforniai Egyetemen Emlékezet- és Tanuláskutató Központjában végzett vizsgálatok kimutatták, hogy a gyógyszeres kezelés kizárólag az eddig alkalmazott sikeres pszichoterápiák és mentális kezelések mellett alkalmazható hatékonyan. Napjainkban is alkalmazzák a β -blokkoló Propanolt (magas vérnyomás és szívritmuszavar kezelésére használják), mely a stressz hormonok által ingerelt neuronokra hat, és befolyásolja a visszatérő, illetve maradandó fájdalmas traumatikus emlékek kialakulását. Nemi erőszak áldozatait és autóbalesetet szenvedett túlélők populációját vizsgálva kimutatták, hogy a gyógyszert szedő csoport tagjainál a traumához kapcsolódó emlékek újraíródása és előhívása gátolódott. Persze az eredményeket a szakma szkeptikusan fogadta, hivatkozva arra, hogy a fájdalmas emlékek nem véletlenül alakulnak ki. Ahogy Hermann fogalmaz:

„Ha a páciensnek egyszerűen előírják, hogy a tünetek elfojtása érdekében milyen gyógyszert szedjen, azzal ismét kiszolgáltatottá teszik.” – azonban szükségesek lehetnek abban, hogy az áldozatok bántalmazóik ellen tanúskodni tudjanak.

5. Vagyonvédelem, stressz és PTSD

5.1. Fokozott stressz-hatások

A komoly vagyonvédelmi cégek az emberi erőforrás marketingjénél a szakmai kompetenciákon és fizikai erőnléten túl, kiemelten fontos területként kezelik az alkalmazottak tekintetében a konfliktushelyzetek és stressz-tűrés területét, melyet a 2005. évi CXXXIII. Törvény deklarált (vonatkozó részét lásd 4 sz. mellékletben).

Minden őrzési helyen naponta rutinszerűen, illetve gyanú esetén, kötelezően előforduló vagyonőri tevékenység az alkoholszondás-, csomag-, ruházat- ellenőrzés, melyet a biztonsági szolgálat (vagyonőr) hajt végre a be-, illetve kiléptetési pontokon. Általában az adott létesítmény házirendje, melyet a Megbízó munkavállalóinak felvételkor el kell fogadniuk, tájékoztatást nyújt a létesítményen belül érvényben levő biztonsági szabályokról. Ennek ellenére a munkavállalók biztonsági tudatossága igen csekély, így gyakran kerülnek konfliktus helyzetbe⁶⁴ a vagyonőrökkel a kilépésüket „lassító” ellenőrzések során. Miközben a vagyonőr igyekszik a feladatra koncentrálni, nyilvánvalóan nem maradhat érzelemmentes, komoly disszonanciával járhat, és önértékelési problémákhoz vezethet, ha aktuális érzelmi állapotát lepleznie kell.

A fentiek egy portaépülettel rendelkező, átlagos munkakörnyezetre vonatkoznak, de a munkavégzés feladattól függően (pl.: járőr szolgálat) történhet a szabadban is, ilyenkor a stressz-hatások között a különböző egészségügyi tényezők is szerepet játszanak. Számolni kell az időjárás viszonyaitól, a fokozott sérülésveszéllyel, azonnali intézkedés lehetőségével, és esetlegesen rendkívüli események megjelenésével. Az illegális fegyverek, megvesztegetések, befolyásolások számának emelkedése miatt, a bűnelkövetések száma folyamatosan növekszik, a pénzintézetekben tárolt készpénz csábítása miatt, az itt dolgozó vagyonőr, bankőr esetén a legjelentősebb az esetleges támadásveszély és az ezzel együtt járó erőszak kockázata. Ezekkel a várható, ámde nem kiszámítható elemek nagyfokú

⁶⁴ A verbális sértegetéstől, vagy egyéb más jellegű zaklatástól kezdődően, egészen a fizikai tettelegességig fajulhat a munkavállalók által tanúsított agresszív viselkedés. Ilyenkor a vagyonőrnek indulatmentesnek kell maradnia, lelki nyugalmát megőrizve, helyes kommunikáció alkalmazásával, a szabályok betartásával, eredményesen kell feladataikat végrehajtaniuk.

figyelemkoncentrációt igényelnek a bankőr részéről. A bankőrök általában egyedül őrzik a rájuk bízott anyagi javakat, a veszélyhez nagymértékű elszigeteltség is társul. Munkakörülményeik marketing szempontból jók, ugyanakkor mozgásszegény, huzamos állást igénylő munkát végeznek, amely fizikai diszkomforthoz vezet, rutinfeladataik viszonylag egysíkúak; ami az őröktől egyszerre követel éberséget, és monotónia tűrőképességet.

Összességében véve a vagyonvédelemben szerzett tapasztalatom az, hogy a szakma társadalmi presztízse nem magas. A vagyonőrök ezt a foglalkozást többnyire nem hivatástudatból választják, sokkal inkább tekintik egy alulfizetett kényszerpályának.⁶⁵ A technika fejlődésével az emberi tényező szerepe alulértékelődik, ugyanakkor a velük szemben támasztott követelményrendszer egyre nagyobb kihívást jelent számukra, hiszen a tevékenység nagyfokú vigilanciát⁶⁶ igényel. Komplex nyomás⁶⁷ alatt ismétlődnek a látszólag egyszerű rutinfeladatok, melyek egy pillanat alatt, akár rendkívüli helyzethez is vezethetnek. A védett személy, vagy a vagyon elleni támadások bármikor bekövetkezhetnek, a fenyegetettség érzete, a nagy felelősség kimerítővé válhat. A vagyonőri pozíció tipikusan olyan munkakör, amelyben igen magasak az elvárások, mindemellett a vagyonőrt magas pszichés terhelés éri, ami miatt a burn-out (kiégés) veszélye fokozottabb.

⁶⁵ A munkanélküliség elkerülése: gyors átképzési lehetőség, nincs perspektíva: viszonylagosan alacsony a fizetés, sokszor kényelmetlen az időbeosztás.

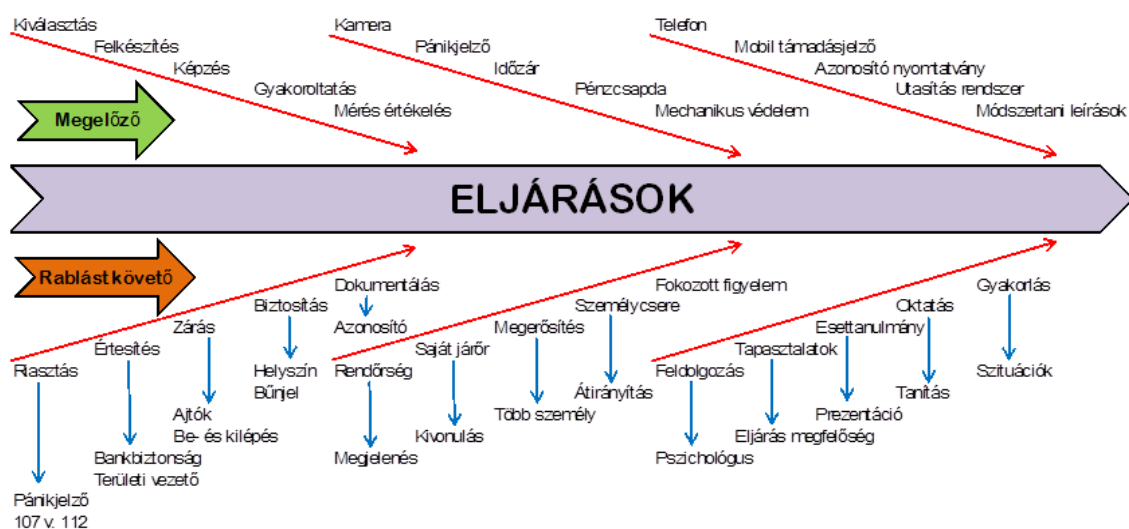
⁶⁶ éberség

⁶⁷ A munkáltató szakmai elvárásai, a megbízó részéről érkező (a vagyonőr hatáskörét meghaladó) utasítások, konfliktushelyzetek a megbízó munkavállalóival, a létesítménybe belépő vendégekkel, külső munkavállalókkal

5.2. Specifikus szakmai oktatás

5.2.1. Eljárások pénzügyi rablás, rablási kísérlet esetén

1. sz. ábra Pénzügyi rablás során megvalósuló eljárások ⁶⁸



A megelőző, és a rablást követő eljárások⁶⁹ kidolgozásánál, a pénzügyi rablásoknál előforduló minden típusú rendkívüli eseményt,⁷⁰ extrém helyzetet,⁷¹ különleges szituációt és egyéb körülményt vizsgálnak, amelyek különböző mértékben érinthetik a pénzügyi rablásokat, a vagyonvédelmi szolgáltatót és tagjainak szolgálatellátását. Az elméleti munka kiemelten foglalkozott a pénzügyi rablások sérelmére elkövetett bankrablásokkal (Btk. 321. § (1)), a biztonsági helyzettel, elkövetési magatartás jellemzőivel, esettanulmányok konzekvenciáival, a követendő szakmai eljárásokkal. Biztonsági helyzet áttekintéséből kiderült, hogy az European Bank Federation jelentései alapján, a hazai bankvilág 2005 óta a legbiztonságosabbak közé tartozik Európában. A pénzügyi gazdasági válság kezdete óta, 2009.01.01-től számítva, 197 esetben támadtak meg pénzügyi rablás céljából

⁶⁸ Salamon B. (2009), prezentáció

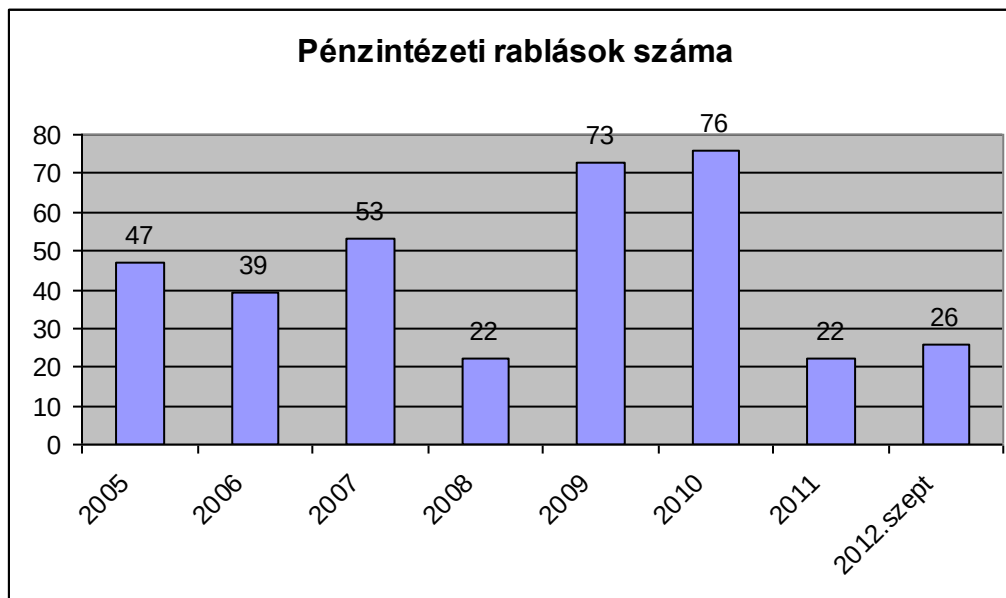
⁶⁹ 2009-ben történt bankrablások tekintetében

⁷⁰ Minden olyan esemény, amely a bank létesítményeiben zajló napi normál működéstől eltér, mely a létesítményekben tartózkodó személyek életét, testi épségét, vagy az itt található anyagi javakat tekintve súlyos következményekre vezetett, vagy reális esélye van annak, hogy vezetni fog, és ezzel a létesítmény működésében komoly zavart okoz.

⁷¹ Az általános, megszokott életvitel ingereit meghaladó, némely esetben jelentősen meghaladó behatásokat gyakorló helyzet. Ezek az ingerek lehetnek fizikai és lelki ingerek, amelyek alkalmasak félelem, pánik, kilátástalanság, tanácstalanság, agresszió, kifáradás, kimerülés és megalkuvás kiváltására.

fegyveres elkövetők. A rablások száma a több mint 3400 magyarországi bank- és takarékszövetkezeti⁷² fiókban az elmúlt években csökkent.

2. sz. ábra Pénzintézeti rablások száma



A pénzintézetek sérelmére elkövetett rablásokra általában jellemző, hogy egy ember hajtja végre (egy eset kivéve, ahol 4 fő követte el a bűncselekményt), esetenként fegyveresen, illetve felfegyverkezve (lőfegyver, vagy annak látszó tárgy, szúró és vágó fegyver) normál ügyfél nyitvatartási időben, 1-3 perc leforgása alatt. A késleltetett nyitású trezor nyitási idejét az elkövető egyik esetben sem várta meg, mindegyikük „csak” a bankfiókban lévő készpénzt vitte el a nyitott, vagy zárt pénztárból. Egyértelműen az egy (fegyveres, vagy fegyver nélküli) vagyonőrrel védett, kisebb lakossági fiókok voltak a célpontok, tekintettel arra, hogy az elkövetők arcukat eltakarták (pl.: baseball sapkával, kapucnival, napszemüveggel, garbóval, sállal, álarcval). A forgalom szempontjából kieső és a forgalmas helyen lévő bankok is egyaránt érintettek voltak. Az elkövetők között egyformán találhatunk amatőr és profit. Az amatőr elkövetők (főként krízisbűnözők) ad hoc jelleggel választanak célpontot és hajtják végre cselekményüket, annak minden isméréssel együtt. A „profi” elkövetői kör tagjai, tisztában vannak cselekményük Büntető Törvénykönyv szerinti besorolásával, büntetési tétellel fenyegetettségével, és ezt a tényezőt a bűncselekmény előkészítése során, beépítik tervükbe és ezért az elkövetés időtartamát 3-5 percnél hosszabb időtartamúra nem tervezik. A hagyományos

⁷² A megtámadott intézmények több mint 50%-a takarékszövetkezet volt

(klasszikus)⁷³ bankrablási módszer mellett, megjelent egy új módszer is, melyet tiger kidnaping⁷⁴ néven ismer a szakirodalom. Tekintettel arra, hogy a profi elkövetői kategóriába tartozó bűnözők a végrehajtás előtt felderítik a célobjektumot, egyfajta veszély- és kockázatelemzést⁷⁵ végeznek. Az elkövetők, elkövetői magatartások ismeretében, a pénzintézetekre vonatkozó átfogó vagyónvédelmi kockázatelemzés végrehajtása vált szükségessé, mind a megbízói, mind a szolgáltatói oldal tekintetében. Ezzel egyidejűleg a pénzintézeti rablások során érintett vagyónörök pszichológiai vizsgálata is indokolt. A vizsgálati szempontok elsősorban azt célozták meg, hogy a bankörök rablás alatti és utáni szakmai tevékenysége, magatartása, mennyire felelt meg a szabályoknak, a szakmai előírásoknak, beépültek-e az eddigi oktatások során szerzett ismeretek. Kiterjedt-e a stresszhelyzettel együtt járó szorongás az észlelésre, gondolkodásra és cselekvésre.

5.3. A pszichológiai vizsgálat általános megállapításai, tapasztalatai

„Általánosan megállapítható, hogy minden esetben a szakszerűség, célszerűség és tudatosság volt jellemző az intézkedések során, a vagyónörök tudatosan alkalmazták az „*Eleget tenni a követelésnek*” elvét. Ismerték és a szabályoknak, előírásoknak megfelelően alkalmazták a bankrablás során előírt szakmai, ügyrendi elvárásokat. Az elkövető és a szituáció megfigyelésével elégséges és pontos információt adtak. A rablás alatt és után is kontrollfunkciójuk megfelelően működött. A vizsgálat arra is kiterjedt, hogy a banki örök pszichés állapotában esetleg fellelhetők-e poszttraumás stressz-zavar tünetei, ez mennyire érinti munkaalkalmasságukat. A vizsgált személyek jelenleg (a vizsgálat időpontjában) munkára alkalmasak. Javaslatok: A bankrablások tapasztalatainak megbeszélése, feldolgozása. A témakör ismételt oktatása.

⁷³ Lőfegyverrel, vagy annak látszó tárggyal, szűrő-, vágó fegyverrel, kézigránáttal, erőszak vagy élet, testi épség elleni közvetlen fenyegetés alkalmazásával követik el cselekményüket az elkövetők. Ebben a kategóriában jelenik meg - de még nem tendencia jelleggel - egyfajta túszejtés, amikor a helyszínen tartózkodó más személy életének kioltásával fenyeget az elkövető abban az esetben, ha nem kapja meg az elrabolni kívánt pénzt.

⁷⁴ Emberrablással összekapcsolt elkövetési módon végrehajtott rablás. Az elkövetői kör túszul ejti, vagy elrabolja az érintett bankfiók vezetőjének, alkalmazottjának hozzátartozóját, az ő életükkel zsarolja az érintettet és kényszeríti együttműködésre a rablás során. Magyarországon még nem, de az USA-ban jellemző elkövetési mód és az EU néhány tagállamában már több esetben előfordult (Egyesült Királyság, Belgium, Németország).

⁷⁵ a célobjektum elhelyezkedése, megközelítési és menekülési útvonal, rendőrségi objektum közelsége, rendőri reagáló képesség (ami akár egy közveszéllyel fenyegetéssel lemérhető), az objektum belső kialakítása, biztonság technikával történő ellátottsága, pénzkezelésre vonatkozó biztonsági protokollok (késleltetett nyitás időtartama, pénztár típusa), stb.

Megállapítást nyert, hogy a feladatok végrehajtása szervezett formában, átfogó szabályozórendszer betartásával történik.⁷⁶ A pszichológiai elemzés a stressz mértékének csökkentésére a felkészülésben, gyakorlásban látta a megelőzés lehetőségeit. Meghatározták azokat a módszereket, eszközöket, amelyekkel szimulálhatóvá váltak a bankrablások, kialakították a rendkívüli eseményre való reagálás, viselkedés, mérési eszközeit, dokumentálásának és nyomon követésének módját.

A bankbiztonsági konferencián⁷⁷ mutatták be a 2009-ben kidolgozásra került átfogó tematikájú oktatási programot, mely 2012-re egy új terméket hozott létre a vagyonvédelmi piacon és lefektette a Securicum alapjait. A Securicum egy modulrendszerű,⁷⁸ akkreditált felnőttképzési program,⁷⁹ melynek célkitűzése a résztvevők általános biztonsági elméleti tudásának bővítése, főként gyakorlati, tudatos magatartási és viselkedési jártasság kialakítása, mely a napi munka sajátosságainak megfelelően növeli a váratlanul kialakuló, életet és/vagy testi épséget, fizikai biztonságot veszélyeztető konfliktushelyzetek megoldásának hatékonyságát.⁸⁰ A képzési program alaptermatikája tartalmazza a bankfiókok nyitásával-zárásával, a működés rendjének fenntartásával, az ügyfelek mozgásával, tevékenységével, a támadás előkészületére utaló gyanús magatartásokkal, a

⁷⁶ A külső jogi szabályozások és a belső szabályozás: vagyonvédelmi utasítás és módszertan.

⁷⁷ „A témának megfelelően a konferencia bevezetőjét pisztolylövés hangja szakította félbe: egy szimulált bankrablás során a fegyveres, símaszkos betörők nagyjából 30 másodperc alatt begyűjtötték a bemutatóra berendezett bankfiók kasszájában található pénzt.” A helyzet pikantériája az volt, hogy „Gyakorlatilag a bankbiztonsági konferenciával egy időben - valódi - bankrablás történt Budapesten.” (részlet, [privatbankar.hu/.../vegso_ketsebbees... letöltve 2012.05.27.]

⁷⁸ A program moduljai: általános biztonsági ismeretek, kríziskommunikáció és hatékony konfliktuskezelés, indulatos és érzelmileg túlfűtött ügyfél kezelése, fegyveres rablás, támadás esetén tanúsítandó helyes viselkedési formák és magatartási szabályok, a pénzintézetek ellen elkövetett rablások, rablási kísérletek megelőzésének és a kialakult helyzet kezelésének folyamata

⁷⁹ A képzési program oktatási témakörei: általános biztonsági feladatok pénzintézetekben, fizikai védelem, intellektuális bűnelkövetés, elégedetlen, agresszív ügyfélkezelés.

⁸⁰ A program során megszerezhető kompetenciák: A banki, pénzintézeti fizikai biztonságra vonatkozó jogszabályok, szabályzatok, előírások és ajánlások ismerete azok napi munkába történő integrálására. Biztonságos és fegyelmezett kulcs- és kódkezelés, személyazonosítás, ki- és beléptetés, dokumentálás, archiválás Átadás – átvételi dokumentáció elkészítése, nyitási zárasi napló követelményszintű vezetése. Az intellektuális bűncselekmények sajátosságainak ismerete, azok gyakorlatban felismerése, a szükséges döntések és intézkedéseket meghozatala, adekvát cselekvés. A konfliktusok kialakulásának, lefolyásnak és megoldásának folyamata. A helyes tárgyalási megközelítés kiválasztása. Az aktuális érzelmi, indulati állapot felismerése, indulatkezelés, indulatvezérlés. Az aktív hallgatás, az önfeltárlkozás, a magyarázó körülírás, kérdés, mint a hatékony krízisintervenciós technika alkalmazása. Nyugodt, kiegyensúlyozott viselkedés, asszertív kommunikáció. Feszültség, frusztráció, szorongás, félelem, pánik, extrém stressz kialakulása, lefolyása és a kialakult helyzet megoldása folyamatának ismerete. Objektív helyzetértékelés, önálló döntéshozatal stressz terhelés alatt. Önismeret, személyiségismeret. Adekvát felelősségteljes viselkedés, magatartás, együttműködés az elkövetőkkel, munkatársakkal, hatóságokkal. Racionális, megfontolt gondolkodás, döntéshozatal rövid határidő alatt, cselekvési kontroll képességének megőrzése indulatokkal túlfűtött konfliktushelyzetekben is. Pénzintézetek sérelmére elkövetett fegyveres rablás esetén tanúsítandó magatartási szabályok. Sikertelen rablás esetén kialakuló tűzhelyben javasolt viselkedési formák.

beléptetéssel, a pénzszállítás biztosításával és a bankbiztonsági rendelkezések betartásával kapcsolatos feladatokat. Továbbá a fizikai védelemmel, az intellektuális bűncselekmények elkövetésével és az elégedetlen-agresszív ügyfélkezeléssel kapcsolatos információkat, valamint a pénzintézetek sérelmére elkövetett fegyveres rablások ismérveit és a sikertelen rablás eredményeként kialakult túszhelyzet kezelését. Az alapképzésre épülő szituációs tréning pszichológiai szerződés-kötéssel⁸¹ kezdődik, ezt követően a résztvevőket (felkészített külsős segítők közreműködésével), olyan szituációba helyezik, amely a megszokott mindennapi stressz-élményen túl, akár extrém stressz-reakciót válthat ki. A szituáció befejeztével, részletes beszámoló következik, melynek folyamán, három szinten kerülnek feldolgozásra a feladat végrehajtása során történtek:

- az érzések szintjén: ki, mit és hogyan érzett
- az emlékezet szintjén: ki, mire emlékszik mindabból, ami a szituációban történt
- és a cselekvés „működés” szintjén: ki hogyan hajtotta végre a feladatát.

A részletekre kiterjedő feldolgozást követően, megtekintésre kerül a szituációs gyakorlatról készült videofelvétel, valamint személyekre lebontva elemzés alá esnek a cardio-öv értékei, majd mindezek összevetésre kerülnek a résztvevők által átélt élményekkel. Amennyiben szükséges, újra értelmezésre kerülnek a szakmai ismeretekről kialakult vélekedések, pontosítást nyernek a szükséges fogalmak és értelmezések. A gyakorlás és ismétlés módszerével adekvát reflexek kerülnek kialakításra a szituációkhoz. A résztvevők megtanulják, hogy miért van szükség arra, hogy helyes lelki programokat írjanak, és hogyan kell ezt megtenniük (pl.: a Neuro Lingvisztikus Programozás alkalmazásával). Mindaddig ismétlődnek az extrém stressz helyzetet kiváltó szituációk, amíg a résztvevők többsége helyesen értelmezi a feladatot és a helyzetet. Ennek köszönhetően csökken a résztvevők stressz-élménye és válik mindinkább megfontolttá és következetessé a cselekvés.

⁸¹ elengedhetetlenül szükséges a szituációs gyakorlatokban résztvevők részéről megnyilvánuló erős érzelmi reakciók miatt, a szimulált szituációt megfelelően elő kell készíteni, nem veszélytelen, kritikus reakciók esetén orvosi, pszichológusi beavatkozást igényelhet

5.4. A PTSD előfordulása a vagyonvédelmi munka során

Az állandó monotonia, és a szakma alulfizetettsége miatt, az átlagos, hétköznapi vagyonvédelmi tevékenységre, illetve vagyonőröri munkakörre a stresszorok állandó jelenléte jellemző. Mindemellett, a vagyonvédelmi szakmát választók - kiváltképpen a bankőrök - általában egyedül vannak a munkaterületükön, közvetlen segítségre nem igen számíthatnak rendkívüli események előfordulása esetén. A vagyonőrök jogosultságai korlátozottabbak az egyéb rendvédelmi szervek tagjaihoz képest, és mint ilyen, kiszolgáltatottabb helyzetben vannak. Az általános gazdasági hanyatlásnak köszönhetően, az országos bűnügyi fertőzöttség megnőtt, emiatt vagyonvédelmi szempontból nagy számban fordulnak elő bankrablások, ugyanakkor pszichológiai értelemben véve a bankrablás során elszenvedett traumatizációk előfordulási aránya alacsony. Az alacsony számú pszichológiai eset miatt, az ez irányú terápiás eljárásokat nem lehet generalizálni. A vagyonvédelemben előforduló ilyen jellegű rendkívüli események áldozatainak nincs olyan „sorstársa”, akivel a lelki sérüléseit megbeszélhetné, akivel csoport terápián vehetne részt, kizárólag egyedi személyre szabott terápia és a családi, baráti, egyéb közösségi támogató háló jelenthet számukra. A stressz-hatás elkerülhetetlen a bankrablási helyzetben. Ha nem figyelünk oda a lelki jelekre, a distressz extrém esetben akár PTSD-t is okozhat.

6. Empirikus vizsgálat-esettanulmány

6.1. Célkitűzés

A bankrablás „boom” korszakában (2009)⁸² értesültem a dolgozatom alanyát ért eseményekről. A helyzet különlegessége, hogy pár hónapon belül, ugyanabban a bankfiókban többször kíséreltek meg bankrablást, és mindannyiszor ő volt szolgálatban. Külső szemlélőként kísértem végig az eseményeket, figyelve közben a szakma hozzáállását. Miközben a rablást követő héten informális beszélgetéseim voltak az érintettel, részt vettem a vagyonvédelmi aspektusból történő esettanulmányok elemzésében is, valamint a tapasztalat eredményeinek szakmai kidolgozásában. Azonban a pszichológiai feltáró munkára korlátozott rálátásom volt, bár a pszichológus konklúzióit közvetlenül megismerhettem. A pszichológus minden esetben⁸³ teljesen egészségesnek, és ezért munkára alkalmasnak találta az érintett vagyonőröket. Akkoriban pozíciómnál, végzettségemnél és involválódásomnál fogva, csak „finom” utalásokat tehettem a projektvezető felé ösztönszerű észrevételeimről, miszerint én gyanúsán kizártnak tartom, hogy az áldozatok közül egyikük pszichéje sem sérült. Laikusként úgy éreztem, hogy valami nagyon nem stimmel, az emberi érzésvilágból kiindulva, ismervén a PTSD kialakulásának forrásait, a pszichológiai vizsgálat során minimálisan depresszív tünetekkel kellett volna találkozni az egyes esteknél. Vélelmeztem, hogy – ha nem is minden bankrablás vonatkozásában, de legalább valamelyik tekintetében - késleltetett kezdetű poszttraumás stressz zavarról van szó. Az esetek továbbra is foglalkoztattak, hiszen a PTSD mindenkinél létrejöhet, aki traumatikus élmény, a szokásostól eltérő rendkívüli esemény áldozata.

Három év távlatából, feltevéseimet igazolandó, bizonyítani szerettem volna azt, hogy az eddig általam ismert legextrémebb helyzet (egyazon áldozatnál történő ismételt bankrablás) nyomot hagy a vagyonőr lelki világában. Arra kerestem választ, hogy

⁸² A bankrablások száma ugyan éves szinten csökkent, de arányaiban kulminált, az éves átlagot pár hónap leforgása alatt regisztrálták

⁸³ Megbízóink bankfiókjaiban (4 nagy bankcsoport) összesen 8 bankrablást követtek el fél éven belül! Összesen 6 ór volt bankrablás áldozata, közülük dolgozatomban kiemelten azzal az örrrel foglalkozok, aki többszörösen esett áldozatul.

mennyire fixálódott a traumatikus élményre adott reakció nála, és előfordul-e személyiségét érintő hatás, illetve fennállnak-e a krónikus PTSD-re utaló jelek.

6.2. Módszer

Az interjúkérdések felépítésénél egyéb betegségek diagnosztizálásával nem foglalkoztam, abból a feltételezésemből indultam ki, hogy a trauma élmény feltételezhetően PTSD által ismert kritériumok körén belül jelentkezik az érintett vagyonőrnél.

Elsődleges feladatommak tekintettem, hogy a megfelelő bizalmi kapcsolatot kialakítsam az általam csak felületesen ismert emberrel, hogy biztosítsam segítő szándékomról egy olyan szituációban, amikor tulajdonképpen ő segít nekem. Az első találkozás alkalmával ezért elmondtam neki, hogy milyen feltevésből kiindulva kerestem meg, összefoglaltam a PTSD ismérveit, majd mindketten őszintén feltártuk személyes problémáinkat a helyzettől kapcsolatban és elemeztük érzéseinket. Felhívtam a figyelmét arra is, hogy én nem mentálhigiénés szakemberként, „csak” a téma iránt érdeklődő emberként tudok vele beszélgetni. Elmondtam, hogy rá bízom azt, hogy miről és miként szeretne beszélni, nem fogok közbekeverni, és feltéve, hogy beleegyeznek, jegyzeteket fogok készíteni. Megkértem, hogy amennyiben bármikor úgy érzi, hogy nem kívánja a beszélgetést folytatni velem, akkor felfüggesztjük azt. Több semleges témáról szóló, „bizalomépítő” találkozás előzte meg a tényleges interjú létrejöttét, ebben a szakaszban sikerült kicsit jobban megismerni a vagyonőr személyiségét és betekintést nyerhettem a családi relációkba is. Ugyanakkor elmondtam neki, hogy amennyiben valóban PTSD-je van, akkor a feldolgozás során, mindenképpen személyközi kommunikációra van szüksége (szakemberrel, akiben megbízik), mert a trauma élmény mindaddig kísérteni fogja, amíg ezt a negatív élményt szavakba nem foglalja.⁸⁴ Ez után elmondtam, hogy fel fogok tenni néhány kérdést a trauma élménnyel és az ezzel kapcsolatos érzéseire vonatkozóan, amelyek között előfordulhat, hogy lesz olyan kérdés, amire nehezebb lesz majd válaszolni. Kértem, hogy jelezze, amennyiben a beszélgetésünk olyan szakaszához érkezünk, amely bármiféle problémát okoz számára.

⁸⁴ Narratív terápia a kliens élettörténete a fő eszköz a terápiában. Menete: a történet koherenciájának és folytonosságának akadályozásáért felelős tényezők felkutatása; alternatív történet közös kidolgozása, jól kidolgozott élettörténet és identitás megalapozása (Omer and Alon 1997; Schafer 1981; White and Epston 1990).

Az interjú az általános kérdéscsoporttal kezdődik, melynek során betekintést kaphatunk az egyén emocionális önismeretébe, illetve traumafelfogásába, valamint a vizsgált traumaélmény általa megélt hatásaiba. A következő kérdéscsoport a büntudatra vonatkozik, melynek során elmondtam az őrnék, hogy nincs jó, vagy rossz válasz, csak őszinte válasz létezik a kérdésekre. A kérdések úgy vannak összeállítva, hogy ő, mint „ember” fontos, azt a célt szolgálják, hogy megismerjük az ezzel kapcsolatos valós gondolatait, érzéseit. Miután az érzésekkel, esteleges reakciókkal tisztában vagyunk, kerül sor az ok-okozati összefüggések vizsgálatára, a harmadik kérdéscsoport a testi-lelki változásokra, az esetleges megbetegedésekre vonatkozik. Erre épülnek a következő kérdéscsoportok, amelyek már a teljes bizalom jegyében, olyan intim lelki szférákba engednek betekintést, mint, az öngyilkosság, alkoholizmus, családi-, baráti háttér, esetleges szorongás és a pszichiátria kezelések tárgyköre. Majd záró momentumként lehetősége volt bármely életét nyomasztó eseményről beszélni, végül kitöltötte a PTSD tesztet (lásd: 5. sz. melléklet).

6.3. Esettanulmány

Dolgozatom alanya egy merev személyiség szerkezetű biztonsági őr, aki egyaránt vált egy statisztikai valószerűtlenség és a trauma áldozatává is, azáltal, hogy munkaideje során, többszörösen fegyveres rablást követek el az általa őrzött pénzüintézet ellen.

A fegyveres bankrablás során distresszt élt meg a vagyonőr. Az első bankrablás idején (2009.01.26.) nem volt ügyfél a bankfiókban, az elkövetőt az őr az ajtón történő belépés után, fegyvere elővétele közben észlelte. Az elkövető a vagyonőrt a tárgyalóba kényszerítette, a tárgyaló ajtaját becsukta és ezt követően fegyverrel kényszerítette a pénztárost a pénz átadására, majd távozott.

A második bankrablás (2009.03.17.) során már ügyfelek élete is veszélybe került. Az újabb elkövető a vagyonőrt és az ügyfeleket, valamint a banki alkalmazottakat a földre kényszerítette és ezt követően, fegyverrel utasította a pénztárost a pénz átadására, majd távozott. A vagyonőr a képzés által elsajátított módon járt el, leadta a csendes riasztást. Az interjú megkezdése előtt elmondtam a vagyonőrnek, amit a bankrablásokról tudtam, a

szakmai és pszichológiai vizsgálatok eredményeit, majd megkérdeztem, hogy egyetért-e az akkori helyzetértékeléssel. Válasza nem lepett meg:

„Rosszul éreztem magam amiatt, hogy azt keresték (munkahelyi vezetői), hogy hol hibáztam. Pedig én mindig becsülettel végeztem a munkám. Féltem, hogy találnak valamit, ami miatt kirúgnak. A feleségemnek nem volt akkor munkája, így nekem muszáj volt visszamennem dolgozni.”

Ezt követően, egy-két példával illusztráltam a traumatikus esetek lehetőségeit (pl. baleset, erőszak, szexuális bántalmazás, stb.), majd elkezdtük az interjút. Megkérdeztem, hogy volt-e már traumatikus élménye az élete során.

„Volt hát! Mindenkinek vannak, nem? Mondtam már, hogy apám sokat ivott, amikor hazajött végigverte az egész családot, aztán végleg lelépett, azóta nem láttam. Anyám három műszakban dolgozott, minket a nagymamám nevelt. Aztán nagyon beteg lett, sokat volt kórházban, mi ilyenkor egyedül maradtunk az öcsémmel, végül meghalt.”

Az interjú során kiderült, hogy az állandó anyagi veszélyeztetettsége, a válását övező gyerekláthatási vita, anyja tüdőrákja és a munkája során elszenvedett traumák egyaránt szorongással töltik el. Ennek ellenére a fenti példát azért ragadtam ki, mert legtöbbet, részletekbe menően a gyerekkora körülményeiről beszélt. Bár, amikor a legsúlyosabb traumájáról kérdeztem, „végre” a bankrablásról kezdett beszélni.

„Félni sokat féltem életemben. Még az öcsém nem született meg, olyan három éves lehettem, amikor rosszat álmodtam és felébredtem, kiabálni kezdtem anyámnak, de nem válaszolt. Bementem a szobájukba, és senki nem volt otthon, odamentem a bejárati ajtóhoz, ami zárva volt, elkezdtem rugdosni, és kifelé kiabáltam. Arra emlékszem csak, hogy a szomszédok ott álltak egy csoportban az ajtónk előtt és mindenki furcsa fejet vágott. Hogy végül anyámék mikor érkeztek meg, arra már nem emlékszem. A bankrablásnál más volt, ott páni félelemem volt. Olyan gyorsan történt minden. Hirtelen átgondoltam, hogy mit is kell tenni ilyenkor. Fegyverrel jött. Féltem, hogy használni fogja. Nagyon határozottnak látszott. Azt hittem lelő mindannyiunkat, de elment. Hál’ Istennek, senkinek nem lett baja. Gondoltam utánamegyek, hogy megnézzem merre és mivel ment el. Remegtem. Akkor nem is tudtam megmozdulni. Minden erőmet össze kellett szedni, hogy kimenjek utána. Aztán, amikor visszajöttem láttam, hogy a kolleganőm sír, őt próbáltam vigasztalni. Utána már ott volt mindenki és többször el kellett mondani, hogy mi történt. Éreztem, hogy hibáztatnak, végig gondoltam, hogy mit csináltam rosszul, mert valahogy attól féltem, hogy kirúgnak.”

Az őrt „**páni félelem**” kerítette hatalmába, adrenalin szintje megemelkedett, ellenálló képessége megnőtt, és egyetlen pillanat alatt, „**minden erejét össze kellett szednie**” a

választási kényszerhelyzet megoldására. Miután **„hirtelen átgondolta”** a specifikus szakmai oktatáson tanult célszerű viselkedést, hogy **„mit kell tenni”** az esetleges rablás alatt és után, ennek eleget téve, úgy döntött nem fog ellenállni, végrehajtja az elkövető utasításait és megkísérli figyelemmel követni az eseményeket. Személyi sérülés nem történt, az őt a 3 perc alatt lezajló, egész életére kiható stresszhelyzet alatt, egyetlen hibát követett el. Ahhoz, hogy megfigyelje, hogy **„merre és mivel ment el a bankrabló”** elhagyta a bankfiókot, szemben az előírtakkal, miszerint az elkövetők esetleges visszatérésének megakadályozása és a túszhelyzet kialakulása miatt a vagyonőr haladéktalanul köteles a bankfiók ajtaját bezárni.

„Azt mondták, hogy mindent tudni szeretnének elkövetőről és fontos, hogy részletesen mindent elmondjak. Sokat kérdeztek, aztán a központba kellett mennem, mert ott várt rám a pszichológusnő. Ő is kérdezgetett, meg valami tesztet is ki kellett töltenem. Felajánlották, hogy maradjak otthon egy pár napig, de én nem akartam elveszíteni a munkámat, mondtam, hogy minden rendben van, és szeretnék visszamenni dolgozni. Egy hétig szabin voltam, ekkor még nem volt semmi bajom. Kicsit idegesebb voltam, már nem volt elég a napi egy doboz cigi. Utána nem tudtam rendesen aludni, sokszor rosszat álmodtam. Azt hittem infarktusom van, úgy szúrt a szívem. Annyira fáradt voltam, de mégsem aludtam ki magam soha. Csak forgolódtam egész éjszaka. Közben az asszony haragudott rám, hogy nincs pénzünk és mégis ennyit dohányzom. Volt, hogy elfogyott a cigim, kértem, hogy hozzon a közértből, de nem hozott, mert szerinte túl sokat szívtam. Én meg senkivel sem akartam találkozni, gombóc volt a torkomban, ha arra gondoltam, hogy valamiért ki kell mozdulnom a lakásból. A munka az más volt, azt tudtam, hogy muszáj csinálni.”

Az első bankrablás után, a kötelező pszichológusi vizsgálatot és szakvéleményt követően, az őt rendkívüli szabadságot kapott, azt hitte **„ennél rosszabb már nem lehet”** szorongással küszködve próbálta élni mindennapi életét. **„A közértbe sem mert lemenni, még akkor sem, amikor elfogyott a cigarettaja”**, ami gyakran előfordult, hiszen az eset óta kétszer annyit dohányzott, mint előtte. Annak ellenére, hogy a nehezen feldolgozható rendkívüli esemény ugyanazzal a személlyel, ugyanabban a bankfiókban többszörösen fordult elő, a kivizsgálás elsősorban a keletkezett vagyoni kárral foglalkozott, az emberi tényezővel nem, a pszichés sérüléssel való törődésnek csak a törvényi megfelelés mértékében tett eleget. Elsősorban a bankőr rablás alatti és utáni szakmai tevékenységét célozta meg, ami annak kivizsgálására irányult, hogy az őt magatartása a bankrablás során, mennyire felelt meg a szabályoknak, szakmai előírásoknak, beépültek-e az oktatás során szerzett ismeretek. A vizsgálat részben arra is kiterjedt, hogy a bankőr pszichés állapotában esetleg fellelhetők-e poszttraumás stressz-zavar tünetei, és amennyiben igen, úgy ez mennyire érinti munkaalkalmasságát. Elmondása szerint a pszichológusnak azt

mondta, hogy **„minden rendben van, és szeretne visszamenni, dolgozni”**, így munkára alkalmasnak találtatott. Véleményem szerint ebben a helyzetben nem az áldozatra kellett volna bízni a „diagnózis” felállítását. Az interjúk során számomra nyilvánvalóvá vált, hogy az őr ebben az időszakban rengeteg feldolgozatlan szorongást keltő érzéssel küzdött, kinyilatkoztatásával tagadja a probléma létét, azt próbálja elhitetni önmagával és környezetével, hogy voltaképpen semmi sem történt, nincs semmi baj, ő teljes értékű munkaerő, családfenntartó, apa és férj. A felszínen hiányzik a betegségtudat, és „nem is ér rá” a problémával közvetlenül foglalkozni a felelősséget jelentő értékes tevékenység (a munkavégzés) miatt, amelyet öngyógyításként használ szorongása csökkentésére. Tekintettel a pszichológusi szakvéleményre, miszerint az intézkedések során a szakszerűség, célszerűség és tudatosság volt jellemző és nem volt kontrollvesztés, az őr lelki utógondozása is feledésbe merült, visszatérését követően, hangsúlyozottan megkezdődtek az ismétlődő szakirányú, specifikus oktatások, és a rendszeres vizsgáztatás. Sajnálatos, hogy a visszafordíthatatlan események következetes vagyonvédelmi szakmai vizsgálata kizárólag a vagyoni felelősséget kutatta, nem törődött a vagyonőrrel, mint emberrel, hiszen a megfelelő időben végzett utógondozás (monitoring) a PTSD kialakulását tompíthatta, vagy akár megakadályozhatta volna. Sőt, merem állítani, hogy a nemtörődömség, még magányosabbá tette az amúgy is szorongó vagyonőrt. A PTSD elhúzódásához, a beszűkülés, bizalomvesztés szakaszához a külső-professzionális támogatatlanság is hozzájárult, ezáltal egy prolongált, krónikus betegséget terhelve a vagyonőrre és családjára. Még ma is szembetűnő az őr szorongása, aki három év távlatában is fájdalmasan meséli el a múltban vele történeteket. Nem létezik, hogy ezt a kint képes lett volna korábban leplezni, biztos, hogy az érzéseiről, az őt ért traumáról eleinte nem szívesen beszélt, bár az is lehetséges, hogy a PTSD alattomosan, késleltetetten jelentkezett nála. Élete mindennapi részét képező emlékeiről félelemmel átszőtt érzésvilágáról így mesélt:

„Nincs messze a bank, ezért gyalog jártam be. Félttem, hogy a rabló visszajön, de mégis jó volt egy kicsit egyedül lenni, gondolkodni. Sokat civakodtunk az asszonnyal, főleg a pénzen. Sajnáltam, mert már régóta otthon volt. De ő nem értett meg engem, nem hagyott békén, mindig azt mondta, hogy megváltoztam, azt hiszem dilisnek tartott.”

„Sokat rettegett attól, hogy megint megtámadják”, de környezete azzal nyugtatta, hogy „nincs annyi bankrablás, ahány bank van, te már túl vagy ezen.” De ennek ellenére

megint megtámadták, és pont ezért, a második rablás talán még váratlanabban, felkészületlenebbül érte, mint az első. Ekkor már szakmailag mindent az oktatásokon elhangzottaknak megfelelően hajtott végre, de mégis teljesen elvesztette a kontrollt, elmondása szerint olyan volt, **„mintha lebénult volna a lába”** és gondolkodás nélkül **„gépiesen tette a dolgát”**. Később folyamatosan **„furdalta a lelkiismerete”**, büntudat gyötörte, mert nem védte meg a bankban tartózkodókat, nem szállt szembe az elkövetővel, **„csak tette, amit az kért.”**

„A második rablás rosszabb volt, mint az előző. Sokat gondoltam az előző rablásra. Először azt hittem, hogy az asszonynak van igaza és tényleg bediliztem, és csak képzelődöm. Olyan volt, mintha nem is én lettem volna ott, mint, amikor filmet nézünk. Nem féltem, de lebénultam, nem tudtam gondolkodni, sem cselekedni. Aztán, mint egy gép csak tettem, amit a bankrabló kért. Utána tudtam, hogy mi következik, tudtam, hogy megint csak kérdezgetni fognak. Végig gondoltam, hogy mit, hogyan kellett csinálni, és úgy éreztem mindent jól csináltam. De most még most is furdal a lelkiismeretem, nem tudom, hogy tehettem volna valamit másként. Miért pont engem szúrtak ki maguknak?”

Elmondása szerint éjszakánként változatlanul **„hiába volt fáradt, nem tudott elaludni.”** Ha elaludt, akkor sem aludt jól, általában **„csurom vízesen ébredt, volt, hogy arra ébredt, kiabál, de nem emlékszik, rá, hogy miért.”** A felesége gyakran felébredt ilyenkor, és kérdezgette, de nem beszélt neki a problémáiról. Mondván: **„mert úgysem értette volna.”** Pedig, amíg voltak érzései szívesen elmondta volna valakinek, később **„már ehhez is fáradt volt, semmihez sem volt kedve.”** Hétvégén is inkább otthon ült, a barátai hiába hívták, hogy menjen velük pecázni, nem ment velük. Sokat kiabált a fiával, ilyenkor elment otthonról **„csak úgy sétált a városban”** és aztán egy idő után hazament és **„mindig szégyellte magát és bocsánatot kért tőle.”** A felesége észrevette a viselkedésbeli változásait, szívesen véget vetett volna az elhúzódó depresszív állapotának, ezért **„nem hagyta békén”** szerette volna, ha elmegy orvoshoz, amit az ő úgy ítélt meg, hogy neje **„dilisnek tartja.”** Ő maga sem tudta kezelni az állandó szorongó nyugtalanságát, sokszor **„eszébe jutott a bankrablás.”** A testi, lelki egészségre, öngyilkosságra, alkoholizmusra vonatkozó kérdéscsoportokról így nyilatkozott:

„Nem bízok az orvosokban. Sosem voltam nagy gyógyszereszedő, de nagyon szúrt a mellkasom, úgy gondoltam a szívem rendetlenkedik, elmentem a körzetihez, felírt valamilyen gyógyszert, de az sem használt. Néha úgy érzem, hogy nem bírom már tovább. Tudtam, hogy semmi sem lesz olyan, mint azelőtt volt. Soha nem voltam egy kocsimázós fajta, sőt apám miatt utáltam a piásokat, de hazudnék, ha azt

mondanám nem gondoltam arra, hogy jól be kellene rúgni. Fáradt voltam, és senki nem értett meg. Semmi másra nem vágytam, mint egy jó nagy alvásra. Gondoltam, hogy beveszek egy jó csomó altatót, aztán alszom egyet, talán végleg. De aztán eszembe jutott a fiam, hogy vele ezt nem tehetem meg. Senkinek nem mondtam el. Mentem volna el egy idegenhez,⁸⁵ amikor a családommal sem tudtam beszélni? Mit tudott volna tenni? Felír valami gyógyszert? A szívemet sem tudták meggyógyítani. Az én problémám senkit sem érdekel. Rajtam senki sem tud segíteni.”

Eleinte az „ismerkedési” fázis során az volt a benyomásom, hogy az ör végtelen bezárkózott tagadásban van, nem is akarja problémaként kezelni a vele történeteket. Ahogy haladtunk előre a kapcsolatunkban, úgy egyre inkább kinyílt és bár kifejezésre jutatta, hogy rajta senki sem akar segíteni szinte éhezte a találkozásainkat. Úgy tűnik, hogy a kapcsolat nem szakadt meg a munka végeztével, rendszeressé vált, nem csak vele, hanem a feleségével is.

6.4 A teszt eredményei

A vizsgált vagyonőr a hazai klinikai pszichológiai gyakorlatban alkalmazott PTSD Diagnosztikai Skála alapján kitöltött pontértékei (24 pont és 29 pont) **középsúlyos poszttraumás stressz-zavar** jelenlétét valószínűsítik.

Szeretném kiemelni a magas pontértékű válaszokat a teszteredmények közül. Arra a kérdésre, hogy a problémái mennyire voltak **kedvezőtlen hatással a munkájára** az ör 9 pontos választ adott, melyet azzal indokolt, hogy egyrészt úgy érezte, hogy a banki alkalmazottak már nem úgy becsülik, mint a rablások előtt, inkább sajnálattal néznek rá. Másrészt ő is kisebb lelkesedéssel járt dolgozni, ha a családja anyagilag nem szorult volna rá, szíve szerint felmondott volna. A problémáim kedvezőtlen hatással voltak a **társadalmi életemre** kérdésre aláhúzta, hogy „nem vettem részt ezekben”, míg a problémáim **közvetlen hatással voltak a családi életemre** és az otthoni kötelezettségeimre kérdésre 10 pontot adott. Ezt a két kérdéscsoportot összefüggéseiben magyarázta, elismerte, hogy ingerült volt otthon, hogy volt, hogy a fiára kezet emelt, és, hogy nem vitte el a gyereket semmilyen eddig megszokott közös programra (pl. horgászni a haverokkal, focizni, stb). A feleségével felerősödtek a konfliktusai, egyfelől a nejének nem tetszett, hogy a gyereket és őt is hanyagolja, másrészt, amikor szóba került, hogy esetlegesen otthagyja a munkahelyét, felerősödtek a viták közöttük, félt, hogy ennek a kapcsolatnak is válás lesz a vége.

⁸⁵ pszichiáterhez

7. A jövő kihívásai – a monitoring fokozott jelentősége

Véleményem szerint, az előzőekben bemutatásra került eset, a vagyonvédelemben fennálló számtalan tisztázatlan témát vet fel. Többek között azt, hogy a PTSD előfordulásánál, kezelésénél sokkal szélesebb spektrumot érintő kérdéskörrel beszélünk. A probléma gyökerét abban látom, hogy az általános (törvényileg kötelező!) orvosi vizsgálat nem olyan alapos, mint, amennyire lehetne. A vagyonvédelemben szinte lasszóval keresik a használható emberi erőforrást. Ha valakinek „keze-lába” nem hiányzik, testi-lelki egészsége rendben van, akkor alkalmasnak találhatják a vagyonőri poszt betöltésére. A magam részéről fontosnak tartanám a felvételnél történő kompetencia alapú kiválasztást megfelelő pszichológiai szűréssel és felkészítéssel ötvözni.

A dolgozatom tárgyköre a pénzintézetekre terjedt ki, ezen a területen a Securicum⁸⁶ a felkészülés megfelelő eszköze. Manapság, amikor a gazdasági tényezők hatására burjánzik a bűnözés, az egyéb területeken dolgozók is fokozottan veszélyeztetetteké válnak, róluk is megelőző módon gondoskodni illenék. Akkor is a prevenciót tartom az elsődleges szempontnak, ha kifejezetten az általam vizsgált esetre koncentrálok. A témába beleástam magam, és arra a következtetésre jutottam, hogy a dolgozatom alanya valóban PTSD érintett, mely betegség mellett még a kialakulás fázisában „sikerült” elsiklani a szakmának. Gondjait, tüneteit, megfelelő segítség hiányában, maradéktalanul még mindig nem vetkőzte le. A találkozásaink, az interjú során kimondottan megnyílt, éhezte a hallgatóságot és a laikus narratívumot. Tekintettel arra, hogy nem vagyok szakember, csak azt tanácsolhattam neki, hogy feltétlen keressen fel egy arra illetékest, viszont, ha igényli, azóta is meghallgatom, érzékeltetem vele emberi fontosságát. Amatőr szerepemet túllépve, megkértem, hogy vezessen egy részletes „érzelmi naplót”, vagy egy „érzelmi értékelést”,⁸⁷ amely a megküzdési stratégiáinak monitorozását szolgálja. Amellett, hogy számára

⁸⁶ A Securicum egy akkreditált felnőttképzési program, melyet pénzintézetben dolgozók számára fejlesztettek ki, az alapvető szakmai eljárásokon, jogi ismereteken túl bemutatja az intellektuális bűnözést, a tűzhelyzetben való viselkedést, agresszív ügyfélkezelést, megtanítja helyes stresszhelyzet-kezelést.

⁸⁷ Az érzelmi értékelés a megküzdési képességeket vizsgálja. Egy üres lapon 5 oszlopot kell létrehozni a következő fejlécekkel: 1. A helyzet részletes leírása, amely heves érzelmi reakciót váltott ki. 2. A kiváltott érzelmek megnevezése (pl. félelem, szorongás, düh, ha nem lehet azonosítani az érzést, akkor a fizikai tüneteket kell ide írni pl. erős szívdobogás). 3. Az érzelmek intenzitásának foka 0-100-ig terjedő skálán, amelyben 0 a leggyengébb és 100 a legerősebb fokozat. 4. Mit tettem a negatív érzelmek leküzdéséért (kiírtam magamból, kibeszéltem magamból, sportoltam, stb.). 5. Az érzelmek intenzitásának foka MIUTÁN megpróbáltam leküzdni őket, 0-100-ig terjedő skálán, amelyben 0 a leggyengébb és 100 a legerősebb fokozat.

könnyebbiséget jelenthet érzelmei megértésében, önismeretében, a jövőre vonatkozóan, ha mégis szakemberhez fordul, a pszichológus számára segíthet hitelesen rekonstruálni a vagyonőr érzelmi és fizikai görbéjét. Mivel a találkozásaink során, és az interjú alatt is elhangzottak alapján azt érzékeltem, hogy pozitív élményként éli meg a sétát, illetve az ezzel a tevékenységével együtt járó gondolkodást, javasoltam neki, hogy csak úgy kedvtelésből járjon el kirándulni, vagy tegyen hosszabb sétákat a ház körül. Úgy vélem, hogy alanyom trauma feldolgozása még mindig felszínes, bár látszólagos biztonságot mutat, a tudatos érzelmi kontrollt sikerült visszaállítania, de a fizikai tünetei még erősen nyomasztják. A közvetlen környezetében megbízik, ám annál nagyobb a felelősségtudata, minthogy sem elengedje magát. Otthoni viselkedésével is szeretné kifejezni, hogy ő erős férfi, akire minden körülmény között számítani lehet. Ezért az önbecsapó „szerepjátékért” nagy árat fizet, zaklatottságáról, szorongásairól nincs kivel beszélnie. Tágabb környezetében lévő családtagjaitól és barátaitól kissé eltávolodott, viszont ennek nem érzi hiányát. Új baráti szálak kialakítására pedig nincs igénye. A múlttal való szembenézése ennél lényegesen jobban működik, a traumatörténetét hellyel-közzel sikerült beépítenie élettörténetébe, a hiányosságot abban látom, hogy ezt a fázist, szakember segítsége nélkül, „öngyógyítással” érte el. Tekintettel arra, hogy korábbi (a traumákat megelőző) személyiségjegyeit nem ismertem, és sajnos nem áll rendelkezésre dokumentált traumatörténet,⁸⁸ számomra nem értelmezhető, hogy mennyire helyénvaló megküzdési stratégiákat alkalmazott, illetőleg, hogy a traumaélmény mekkora nyomokat hagyott a személyiség szerkezetében. Észrevehetően az újabb keletű kellemetlen élményekről tömondatokban fogalmaz, míg az általam feldolgozottnak ítélt gyerekkori élményeiről, házastársi konfliktusairól (tehát a beépült élményeiről) változatlan egyszerűséggel, de gördülékenyebben beszél. Kockázati tényezőként értékelem, hogy esetünkben vélelmezhetően egy elhúzódó, kezeletlen traumáról van szó, amit a nyomon követés hiányossága miatt szinte lehetetlen rekonstruálni. Tudvalevőleg a traumatikus élményt kiváltó erőszakos események bárkire ugyanazzal a hatással lehetnek, feldolgozatlanul patogén folyamatok kialakulását eredményezhetik, ezért a trauma átstrukturálását haladéktalanul meg kellett volna kezdeni, még akkor is, ha eleinte tünetmentesnek mutatkozott. Az alany ugyanabban a munkakörben, ugyanazon a munkahelyen, abban a

⁸⁸ Traumatörténetek esettanulmányaiból kiderül a narratívum fontossága (Tuval-Mashiach) Közvetlenül a trauma után a beszámolók töredezettek, intenzívek, de kétértelműek (valóság keveredik az érzés keltette képzelettel) Egy héttel a trauma után megindul az értelemkeresés a történetben, koherensebbé és stabilabbá válik a beszámoló. 1 hónappal a trauma után folytatódik az értelemkeresés és csak 4 hónappal a trauma után válik a történet még koherensebbé differenciált önészleléssel az értelemadás személyesebbé és világosabbá alakul. (lásd 5. sz. melléklet)

bankfiókban dolgozik, ahol a traumatizációk érték, miközben nem leli örömét a szakmájában, nincs kiugrási lehetőséget biztosító motiváció, ami a jövőképét pozitív perspektívákkal színezné. A családi háttere kiegyensúlyozott, de a patriarchális családmódelben hisz, így stigmatként élné meg, ha bizonyítottan sérült lenne, ezért inkább nélkülöz bármiféle társas támogatást és egyéni „magányos” megküzdési módszerekkel száll szembe a problémájával. Traumatikus események után, nagyon fontos lenne a túlélő biztonsági örök pszichés utánkövetése. Még akkor is, ha eleinte a PTSD tüneteitől mentesnek látszanak, hiszen egy krónikus stresszt okozó rendkívüli esemény még az egészséges emberek pszichoszomatikus egyensúlyát is teljesen felboríthatják, nem, hogy a halmozott stressz veszélyeztetett munkakörben dolgozó egyénét.

A biztonsági örök elsődleges feladata a rájuk bízott vagyon védelme, rendkívüli események előfordulásakor azonban bármikor előfordulhat, hogy a biztonsági ör, vagy más jelenlevő személy, életveszélyes helyzetbe kerül, közvetett, vagy közvetlen trauma átélőjévé válik. Ilyenkor, amikor az életmentésnek jut a főszerep, a biztonsági öröket a szignál szorongáson túl, extrém magas stressz-hatások is érik, a hibázás lehetséges következményeivel járó félelem és pánik emocionális nyomása alatt kell szakmaiságukat megőrizniük. A traumatogén esemény helyszínén, fenyegetett helyzetben, egy biztonsági örnek másodpercei vannak arra, hogy a rendelkezésére álló információk alapján, megtalálja a befolyásolhatatlan körülményekre a leghelyesebb megoldást. Mindeközben tudja, hogy egy esetleges rossz döntés visszafordíthatatlan következményekkel járhat. Ebben az objektív szempontból is veszélyes helyzetben, a körülmények értékelését, a kontrolvesztés mértékét, nem csak a megjósolhatatlanság érzése befolyásolja, hanem az egyén személyiségjegyei (pl.: extraverzió-intraverzió, emocionális stabilitás-labilitás), életkora, az élményfeldolgozás sajátossága is döntően befolyásolják. Emellett a vagyonvédelemben előforduló traumatikus események jellemzően viszonylag rövid lefolyásúak, ám a szakmával együtt járó pszicho-szociális szorongás (pl.: szolgálati időbeosztás, alulfizettség, monoton munkavégzés, társadalmi élet beszűkültsége) hosszantartó patogén stressz-hatást gyakorolnak a biztonsági örökre. A mindennapi élet során is folyamatosan fennálló, kóros stressz feltételek számtalan adaptációs betegség forrásai lehetnek, illetve a már kialakult fizikai megbetegedések súlyosbodásához is hozzájárulhatnak. (Gyakori, hogy a biztonsági örök alvászavarral, asztmatikus megbetegedésekkel, gyomor- és szívpanaszokkal küzdenek.) Ennek eredményeképpen még pszichológusok számára is hallatlanul nehéz meghatározni, hogy az adott ör a

leküzdés folyamatának mely fázisában áll, a megszokott „normál” szorongással, vagy a traumatizáció következményeivel szembesül. Nyilvánvaló, hogy egy pontosabb diagnózis felállításához, pszichoterápia megkezdéséhez, a kiváltó esemény (trauma) azonosítása, és az előzetes pszichés és szervi megbetegedések kizárása szükségeltetik. Tekintettel arra, hogy a vagyonvédelemben tevékenykedő pszichológusok nincsenek állandó státuszban, ezért nincs is stabil kapcsolatuk az állománnyal, így a terápia időigényes feltáró folyamatához nélkülözhetetlen beteg és páciens közötti bizalom kialakítása is prolongálódik. Mindennek ismeretében, két lehetőség kínálkozik a pszichés megbetegedések gyógyítására, illetve kialakulásuk megelőzése:

- egy olyan állandó pszichológus foglalkoztatása a vagyonvédelmi cégnél, aki közvetlenül ismeri a vállalat foglalkoztatottjait és a pszichoterápiás eljárásokat,
- illetve a vagyonvédelmi tevékenységet végzők pszicho-educációja.

Az önismeretre alapozott strukturált tréning keretén belül a biztonsági őrök saját pszichéjük szakértőivé válhatnak, megtanulnak, hogy mik jellemzőek a rizikószemélyiségre, hogy az egyes betegségekhez kapcsolódóan, mint például a PTSD, milyen pszichoszomatikus, illetve pszichotikus tünetek léteznek, hogy az elhárító mechanizmusok mellett, a stressz leküzdésében milyen pozitív stratégiákat, válaszreakciókat lehet alkalmazni. A pszicho-tudatosság fejlesztése révén orvosolhatóvá válna a lelki traumatizáció. A biztonsági őrök felismernék az egyes betegségeket, a hosszútávon fennálló akár késleltetetten megjelenő pszichés elváltozásokat, és fontossá válna számukra a szakember általi traumakezelés.

ÖSSZEGZÉS

A poszttraumatikus stressz-zavar tulajdonképpen a traumatikus eseményeket követően bekövetkező védekezési mechanizmus, amely a váratlan, a rendkívüli események, a vészhelyzetek következtében kiváltott erős distresszre adott egyfajta halasztott válaszreakció a túlélő részéről. A stresszorok hatására keletkezett pszichés állapotváltozás minőségét, intenzitását, súlyosságát, az egyén sebezhetőségének fokát, személyiségjegyek, individuális tényezők (pl.: neuroticizmus), egyedi életkörülmények, és az egyén szocializációja befolyásolhatják.

Azonban egészséges egyénnél előzetes patológia nélkül is kialakulhat a poszttraumás stressz-zavar, elegendő tényező lehet, ha a személyt felkészületlenül éri a stresszorként jelentkező traumatikus esemény. Előfordul, hogy a PTSD szinte azonnal lesújt áldozatára, de az is, hogy hónapon keresztül, a trauma elszenvédését követően jelentkezik. Az alattomosan az egyén életében megjelenő tünetek mindennapi emlékbetörésekkel, rémálmokkal és általános szorongással hatnak az egyén mindennapjaira.

A vagyonvédelemben, a vagyonőrök számára, csakúgy, mint más veszélyes hivatásokban (pl.: rendvédelem, missziós katonai szolgálat, tűzoltóság, stb.), a testi épséget, életet veszélyeztető tényezők, a negatív stressz faktorok jelenléte állandó frusztráció, mely pszichés zavarok (viselkedési zavarok) kialakulásához vezethet. A civil vagyonvédelemmel foglalkozó végrehajtói állomány tagjai karrierjük során, gyakran szembesülnek rendkívüli eseményekkel, melyek nem ritka, hogy tragédiába torkollanak, sőt esetenként a testi épségük és életük is veszélybe kerülhet. Pályaválasztásukból adódóan, az átlagos stressz-terhelésen felül, szervezetük és pszichéjük, nap, mint nap fokozott stressz-hatásoknak van kitéve. Egyelőre azonban a stressz-kezelés a civil rendészeti szervek gyakorlatában nem megoldott.

A törvényi megfelelés értelmében, a szakmai képzésre nagy hangsúlyt fektető vagyonvédelmi vállalkozások ontják magukból a különféle vagyonvédelemmel kapcsolatos utasításokat (pl.: munka- és tűzvédelmi előírások, ergonomikus megoldások,

fizikai védelmet biztosító eszközök alkalmazása, stb.), de a lelki egészség megóvására semmilyen intézkedés nincs.

Úgy vélem, hogy a vagyonőrök számára, akik napi rendszerességgel, stressz ártalmakkal szembesülnek, a pszichés károsodás elleni megelőzés éppoly fontos lenne, mint a fizikai károsodás elleni prevenció. A vagyonőri állomány a konkrét segítség hiányában, kénytelen magára hagyottan, egyedül feldolgozni a distresszt kiváltó rendkívüli eseményeket.

A pszichét károsító, megrázó ártalmak elleni védekezés részeként, a vagyonvédelemben dolgozókkal, szükségszerűen meg kellene ismertetni a vészhelyzeti pszichológia alapjait, az egészséges életmód fontosságát, a stressz oldás prevenciós eljárásait. A megfelelő védelmi intézkedések, pszichés tréningek bevezetése nélkül, a test-szellem-psziché hamarabb megbetegszik, és elkerülhetetlenné válik a munka során jelentkező stresszes-helyzetek feldolgozása. Az egyén helyes önismeretének fejlesztésével, életvezetési struktúrájának megismerésével olyan stressz-kezelési stratégiákat lehetne alkalmazni, amelyek a stressz okozta pszichés zavarok kialakulását megakadályozzák.

Annak ellenére, hogy egyre nagyobb számban kerülnek az emberek kiszolgáltatott helyzetbe, és ezzel összefüggésben folyamatosan szaporodik a bűnügyi fertőzöttség, a magyarországi vagyonvédelmi vállalkozások körében állandó pszichológus foglalkoztatása nem jellemző. A fegyveres őrök felvételi eljárása pszichológiai alkalmassághoz kötött, ebből kifolyólag, a bankörnek jelentkező, és bankorként dolgozó vagyonőrök, évente ismétlődő pszichológiai felméréseken vesznek részt, de a stressz-jelenségek szakszerű kezelésére nincs megfelelő segítőkkel ellátva a vagyonvédelmi szakma. Alkalmazni lehetne stressz-kezelési módszereket (pl.: CISM)⁸⁹ amely lehetővé tenné a stresszhelyzetek résztvevőinek pszichés gondozását.

⁸⁹ Mitchell, J.T. (2012): CISM standard/Critical Incident Stress Management. Kritikus Események Stresszjelenségeinek kezelése. [<http://www.impact.arq.org/doc/kennisbank/1000010729-1.pdf> letöltve 2012.10.01]

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet Interjúkérdések

I. Általános kérdések

- Volt már traumatikus élménye az élete során?
- Melyik élménye okozza a legtöbb szorongást?
- Melyikre gondol a legtöbbet?
- Melyiket tartja a legsúlyosabbnak?
- Melyik esetben félt a leginkább?
- Hol történt(ek) a traumatikus élményei?
- Mit érzett a bankrablás idején?
- A bankrablás során úgy érezte, hogy életveszélyben van, vagy, hogy testi épsége veszélyben van?
- A bankrablás során tehetetlennek, rémültnek érezte magát?
- Még mindig ugyanazon a szolgálati helyen (bankfiók) dolgozik?
- Ismerte az elkövetőt?
- Megsérült az esemény során? Milyen módon?
- Ezek a sérülések még mindig okoznak Önnek egészségügyi problémát?
- Orvosi ellátásban részesült-e?
- Még mindig részesül valamilyen orvosi ellátásban?
- Segít-e (segített-e) ez Önnek?
- Volt valamilyen jogi, büntető eljárás a traumával kapcsolatban?
- Ez, hogy érinti Önt?
- Hisz Istenben?⁹⁰

II. Bűntudat

- Kit okol a traumatikus eseményéért?
- Ki a hibás és miben hibás?
- Ön érezte-e felelősnek magát a traumáért?
- Most is úgy gondolja, hogy helyesen cselekedett az esemény során?
- Szégyelli magát valamiért ezzel kapcsolatban?
- Haragszik valakire?
- Mikor érezte utoljára bármelyiket a fentiek közül?

⁹⁰ a szakirodalom szerint a trauma feldolgozásban védelmi funkcióként működik a hitbeli támasz

III. Testi-lelki egészség

- A bankrablás(ok) előtt volt egészségügyi problémája?
- Jelenleg az egészsége rendben van?
- A bankrablások óta nincs rendben, vagy nincs köze hozzá?
- Vannak (lelki) segítői? Pl.: család, barátok, ismerősök, kollégák stb.
- Kivel/kikkel tölti a szabadidejét?
- Van olyan személy, akivel megbeszélheti a problémáit?
- A hangulata mennyiben változott a bankrablás(ok) után?
- Változott-e azóta?
- A bankrablás(ok) előtt érezte-e magát lehangoltnak, kedvetlennek?
- A bankrablás(ok) után érezte-e magát lehangoltnak, kedvetlennek?
- Volt kedvenc elfoglaltsága, hobbija?
- Jelenleg van valamilyen kedvenc elfoglaltsága?
- Mivel tölti a szabadidejét?
- A traumatikus esemény óta nagyobb mennyiségben fogyaszt alkoholt (esetleg egyéb kábító hatású szert) mint azelőtt?
- Hibáztatja magát jelenlegi élethelyzetéért?

IV. Öngyilkosság

- A trauma esemény óta gondolt-e arra, hogy nem érdemes élnie?
- Milyen gyakran vannak ilyen gondolatai?
- Foglalkoztatja-e az öngyilkosság gondolata?
- Milyen gyakran gondol erre?
- Megtervezte-e, hogy milyen módon akarja megölni magát?
- Kísérelt-e meg öngyilkosságot életében?
- Volt-e öngyilkossági kísérlete a trauma élmény óta?
- Szándékában áll-e most megölni magát, vagy ártani magának?
- Miként küzd ez ellen az érzés ellen?
- Akart-e szándékosan fájdalmat okozni önmagának?
- Mi módon?
- Milyen gyakorisággal?

V. Háttér

- Ha ilyen gondolatai vannak, kihez fordul?
- Kik segítik Önt?
- Kivel/kikkel tudja megbeszélni a problémáit?
- Vannak barátai?
- A családjában mindenkire számíthat?

VI. Pszichiátriai kezelés

- A trauma után részesült-e pszichiátriai kezelésben?
- Felkeresett-e pszichológust?
- Kríziskezelésen részt vett-e?
- A trauma esemény óta volt-e súlyos érzelmi kiborulás, vagy idegösszeomlás miatti kórházi kezelése?

VII. Alkohol és Kábítószer fogyasztás

- Szed valamilyen gyógyszert?
- Milyen rendszerességgel?
- A trauma óta fogyasztott-e valamilyen kábítószer?
- Jelenleg kábítószerzik?
- Napi szinten fogyaszt alkoholt? Ha igen, mit és mennyit?
- A trauma esemény előtt napi rendszerességgel fogyasztott alkoholt? Ha igen, mit és mennyit?
- Saját maga szerint van-e alkoholfüggősége vagy kábítószer függősége?
- A kábítószer/alkohol fogyasztása okozott-e Önnek az eddigiek során jogi, szociális, munkahelyi, családi problémákat?
- Volt-e alkohol, vagy drog elvonó kezelésen?

VIII. Szorongásra vonatkozó kérdések

- Ön a munkájánál fogva nagyobb stressznek van kitéve, mint egy "átlagos" foglalkozású egyén?
- A vagyonvédelmi tevékenység mellett szabadidejében végez valamilyen más munkát is?
- Bármilyen megrázó eset, rendkívüli esemény (pld. gyász, baleset, stb.) emlékképeit később képes teljesen elfelejteni, kitörölni emlékezetéből?
- Munkavégzése idejére az egyéb magánjellegű problémáit (anyagi, családi, stb.) el tudja feledni?
- Ön szerint segítséget nyújthatna-e a munkájából adódó trauma, okozta (stressz, pánik, depresszió stb.) káros lelki állapot kezelésében egy szakember (pszichológus)?
- Ön igénybe venné pszichológus szolgáltatásait (ingyen), ha a munkahelyén lenne ilyen szakember?

IX. Egyéb

- Van még valami, amit úgy érzi, hogy el szeretne mondani az életéről, vagy arról, hogy a bankrablás óta hogy érzi magát?

2 sz. melléklet PTSD önértékelő kérdőív
(Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL-test)⁹¹

PTSD önértékelő kérdőív (a Beteg tölti ki) Kérjük, hogy az alábbi kérdésekre őszintén válaszoljon (a megfelelő igen, vagy nem mező bejelölésével), mert célunk, hogy segítsünk Önnek, ennek a nehezen viselhető, de gyógyítható rendellenességnek a leküzdésében!		
Részt vett-e bármilyen traumatikus eseményben?	☐ Igen	☐ Nem
A traumatikus esemény során részese, vagy tanúja volt-e életveszélyes helyzetnek, súlyos sebesülésnek, halálesetnek?	☐ Igen	☐ Nem
A traumatikus esemény során érzett-e intenzív félelmet, tehetetlenséget, vagy rémületet?	☐ Igen	☐ Nem
Szoktak a traumatikus eseménnyel kapcsolatban fájdalmas emlékképei, rémálmai lenni?	☐ Igen	☐ Nem
Szoktak emléketörései lenni, amelyek miatt úgy érzi, hogy megint újraéli a traumatikus eseményt?	☐ Igen	☐ Nem
A traumatikus esemény óta nehezen alszik el, esetleg felriad álmából?	☐ Igen	☐ Nem
Elviselhetetlen fizikai, illetve érzelmi fájdalmat, szorongást érez, ha valami (amit gondol, vagy lát) a történetekre emlékezteti?	☐ Igen	☐ Nem
Kerüli a traumatikus eseménnyel kapcsolatos gondolatokat, az ezzel kapcsolatos érzéseit, vagy beszélgetést?	☐ Igen	☐ Nem
Kerüli azon tevékenységeket, helyeket, illetve embereket, amelyek az esetre emlékeztetik?	☐ Igen	☐ Nem
Képtelen az esettel kapcsolatos lényeges dolgokat felidézni, azokra visszaemlékezni?	☐ Igen	☐ Nem
Elvesztette az érdeklődését az életében eddig fontos tevékenységek, eddig örömet okozó hobbik iránt?	☐ Igen	☐ Nem
Úgy érzi eltávolodott az emberektől, már nem bízik senkiben?	☐ Igen	☐ Nem
Úgy érzi, hogy szélsőségesek az érzései és ezeket mások előtt nem mutathatja ki?	☐ Igen	☐ Nem
Úgy érzi már nincs jövőképe (például, nem hisz a karrierjében, a házasságában, nem hiszi, hogy valaha visszakapja eddigi életét)?	☐ Igen	☐ Nem
Vannak alvászavarai (nehezen alszik el, túl keveset alszik) a traumatikus esemény óta?	☐ Igen	☐ Nem
Ingerlékeny, vannak düh kitörései?	☐ Igen	☐ Nem
A traumatikus esemény óta vannak-e koncentrációs nehézségei?	☐ Igen	☐ Nem
Gyakran érzi úgy, hogy állandóan „résen” kell lennie, mert esetlegesen megint bántalmazhatják?	☐ Igen	☐ Nem
Gyakran nyugtalan, sokszor reagál túlzott riadalommal, ijedséggel?	☐ Igen	☐ Nem
A tapasztalt tünetei megakadályozzák a normális életvitelében (tanulás, munka, családi élet)?	☐ Igen	☐ Nem
A tünetei több mint egy hónapja tartanak?	☐ Igen	☐ Nem
A traumatikus esemény óta nehezebbé esik kimutatnia az érzéseit?	☐ Igen	☐ Nem

⁹¹ A kérdőív az Amerikai Pszichiátriai Társaság DSM-IV (mentális megbetegedések diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) iránymutatása alapján készült

Érez-e büntudatot, amiért Ön „ép bőrrel megúszta” a traumatikus eseményt, míg mások megsebesültek, vagy meghaltak?	☐ Igen	☐ Nem
Vannak visszatérő rémálmai?	☐ Igen	☐ Nem

3.sz. melléklet Ismétlés a múltbeli élmények felidézése révén

- ⇒ a traumatogén esemény utólagos lereagálása (Freud/Ferenczi)
- ⇒ a kontroll visszaszerzése (Freud)
- ⇒ az élmény aktualizálása (Freud)
- ⇒ a self újrastruktúrálása (Lipin)
- ⇒ az öngondozás helyreállítása a régi szeretet-tárgyakba való kapaszkodás által (Krystal)
- ⇒ a külső gondozás képzetének kialakítását a múltbeli és jelenbeli pozitív élmények összekapcsolásával egy "emlékbank" kialakítása révén (Auerhahn és Laub)
- ⇒ az előrejelzés, felkészülés, védekezés gyakorlását a szignál szorongás kialakításával a jövőre nézve (Freud)
- ⇒ "optimisztikus meghamisítások" kialakítását egyfelől az esemény meg nem történtté tévése, másfelől "tudatképessé" tévése érdekében a "végső elintézéshez" (Ferenczi)
- ⇒ az esemény reprezentációjának utólagos kialakítását a benyomások töredékeinek fellelése révén (Ferenczi)
- ⇒ az esemény jelentésének kialakítását a tudatállapot módosulások szabályozott rendjének visszaállítása révén (amihez az affektusok megfelelő kezelése, az önmegnyugtatás képessége kell - Krystal)
- ⇒ az élettörténet újraírását
- ⇒ a jelentés különböző aspektusait kifejtő "állítások sorozatát" létrehozva (Thorner)
- ⇒ a különböző tudatállapotok során aktiválódó emlékezeti táruk anyagával összevetve (Koukkou)
- ⇒ a tudattalan fantázia, képzelet - anticipáció, intencionalitás, értéktulajdonítás helyreállításával (Strasser, Lagache)
- ⇒ a másokkal való interakciók, dialógusok során az "igazság" helyreállításával
- ⇒ végső soron a szelf újraintegrálását javított változatban
- ⇒ az időtengely helyreállításával a korábbi szelf- és tárgyreprezentációk felidézése és újraintegrálása révén
- ⇒ a korábbi konfliktusok utólagos elintézése révén

4. sz. melléklet 2005. évi CXXXIII. törvény

26. § (1) A vagyonőr a megbízó közterületnek nem minősülő létesítményének őrzése során jogosult:

- a) a területre belépő vagy az ott tartózkodó személyt kiléte igazolására, a belépés, illetőleg a tartózkodás céljának közlésére, jogosultságának igazolására felhívni, ennek megtagadása vagy a közölt adatok nyilvánvaló valótlanúsága esetén - a megbízó eltérő rendelkezésének hiányában - az érintett belépését, ott-tartózkodását megtiltani, és távozásra felszólítani;

27. § (2) A személy- és vagyonőr jogosult a bűncselekmény és a szabálysértés elkövetésén tetten ért személyt a cselekmény abbahagyására felszólítani, a cselekmény folytatását megakadályozni, az elkövetőt elfogni és a birtokában lévő, bűncselekményből vagy szabálysértésből származó vagy annak elkövetéséhez használt dolgot, illetve támadásra alkalmas eszközt elvenni. Köteles azonban az elfogott személyt haladéktalanul az ügyben eljárni jogosult nyomozó hatóságnak átadni, ha erre nincs módja, e szervet nyomban értesíteni. Így kell eljárni a tetten ért személytől elvett dolgokat illetően is.

(3) A személy- és vagyonőr arányos mérvű kényszerítő testi erő alkalmazásával

- a) a védett személy biztonságát fenyegető támadást elháríthatja;
- b) a védett létesítménybe, területre való jogosulatlan belépést megakadályozhatja, a jogosulatlanul bent tartózkodót onnan eltávolíthatja;

(4) A személy- és vagyonőr a feladata ellátása során vegyi eszközt (gázsprayt), gumibotot, örkutyát, valamint - az erre vonatkozó jogszabályok rendelkezései szerint - lőfegyvert tarthat magánál és azokat csak jogos védelmi helyzetben, illetve végszükség esetén alkalmazhatja.

28. § (1) A vagyonőr a csomag tartalmának, jármű és szállítmány bemutatására a szerződésből fakadó kötelezettségei érvényesítése céljából, a tervezett intézkedése okának és céljának közlése mellett akkor hívhat fel, ha

- a) megalapozottan feltehető, hogy az érintett bűncselekményből vagy szabálysértésből származó olyan dolgot tart magánál, amelynek őrzése a vagyonőrnek szerződésből fakadó kötelezettsége;
- b) e dolgot a felszólítás ellenére sem adja át; és
- c) az intézkedés a jogsértő cselekmény megelőzése, megszakítása érdekében szükséges.

5. sz. melléklet Poszttraumás Stressz Betegség (PTSD) Diagnosztikai Skála

A bankrablásokban érintett vagyónőr által kitöltött
példány⁹²

**Poszttraumás Stressz Betegség (PTSD)
Diagnosztikai Skála**

Név: _____ Dátum: _____

A következőkben olyan problémák listáját láthatjuk, amelyeket az emberek néha traumát okozó események átélése után tapasztalnak meg. Kérjük, figyelmesen olvasson el minden állítást és emlékezzen vissza az elmúlt hétre. Először válassza ki azt a választ (0–3), amelyik a legjobban leírja, hogy **milyen gyakran** zavarta Önt ez a probléma az **elmúlt héten**, és jelölje a tételek **bal oldalán**.

0	1	2	3
Egyáltalán nem vagy csak egyszer	Egyszer egy héten (néha)	2-4 alkalommal a héten (gyakran)	öttször a héten (szinte mindig)

Következőleg, kérjük, **becsülje meg, hogy mennyire találta nyugtalanítóan az adott dolgot, az elmúlt hét tapasztalata alapján**. Kérjük, ehhez az alábbi 0–3-ig terjedő skálát használja, és az eredményt jelölje a tételek **jobb oldalán**.

0	1	2	3
Egyáltalán nem nyugtalanító			Nagyon nyugtalanító

Milyen gyakran?	Mennyire volt nyugtalanító?
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3
0 1 2 3	0 1 2 3

Elért pontszám: _____

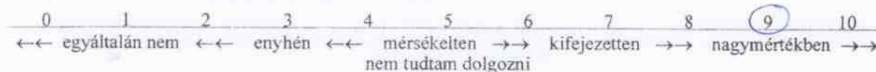
PTSD 1

⁹²Kitöltve 2012.10.13. Négy kérdés nincs bekarikázva. 1. A vagyónőr változatlanul ugyanabban a bankfiókban dolgozik egyedül, tehát nem tudja elkerülni a trauma helyszínét! 2. Nem az érdeklődés, hanem a pénz hiányát okolja társadalmi beszűküléséért. 3. Elmondása szerint sohasem voltak tervei, nem

Kérjük, jelölje meg, hogy az előző oldalon felsorolt problémák milyen mértékbe hatottak az ön életére. Kérjük, karikázza be azt a számot, amelyik legjobban leírja az **elmúlt heti** helyzetét.

M. Munka

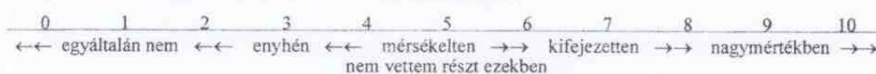
A problémáim kedvezőtlen hatással voltak a munkámra.



T. Társadalmi élet / Szabadidős tevékenységek

(partikon, összejöveteleken, látogatásokon, találkozók, kirándulásokon, klubokban, szórakozóhelyeken más emberekkel)

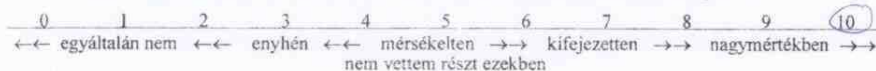
A problémáim kedvezőtlen hatással voltak a társadalmi életemre.



Cs. Családi élet / Otthoni kötelezettségek

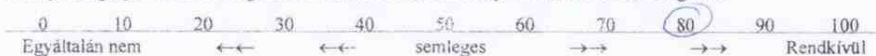
(családtagokkal, számlák befizetésével, háztartás vezetésével, bevásárlással és takarítással kapcsolatban)

A problémáim kedvezőtlen hatással voltak a családi életemre és az otthoni kötelezettségeimre.

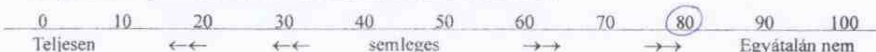


Kérjük, hogy a továbbiakban becsülje meg, hogyan érez a traumát okozó eseményről a **jelen pillanatban**.

Mennyire **izgatja fel**, ha visszagondol a traumát okozó eseményre és az azt követő dolgokra?



Mit gondol, milyen mértékben tudott **MEGBIRKÓZNI** a traumával?



IRODALOMJEGYZÉK

OFFLINE IRODALMAK

- Assmann, J. (1999): *A kulturális emlékezet. Írás, emlékezés és politikai identitás a korai Magaskultúrákban*. Budapest, Atlantisz
- Bakó T. (2009): *Sorstörés - A trauma lélektana egy pszichoterapeuta szemszögéből*. Psycho Art
- Beck, A. T. - Emery, G. & Greenberg, R. L. (1999): *A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete*. Budapest, Animula Kiadó
- Bliese, P. D. - Wright, K. M. - Adler, A. B. - Cabrera, O. - Castrol, C. A., & Hoge, C. W. (2008): Validating the primary care posttraumatic stress disorder screen and the posttraumatic stress disorder checklist with soldiers returning from combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (76), 272-281.
- Bruck, E. (1964): *Ki téged úgy szeret*. Budapest, Európa Kiadó
- Buda B. (1994): *Mentálhigiéné*. Budapest, Animula Kiadó
- Davis, N. (2002): The use of multi-sensory trauma processing to treat post-traumatic stress disorder in law enforcement officers. In: C. R. Figley (eds.): *Brief treatments for the traumatized: A project of the Green Cross Foundation*. Westport, Connecticut: Greenwood Press. 173-206.
- Detre Z. (2007). Sporttal a stressz a szorongás és a depresszió ellen. *Bolyai Szemle*. 16: (1), 29-49.
- Erős F. (2007): *Trauma és történelem. - Szociológiai és pszichoanalitikus tanulmányok*. Budapest, Jósöveg Műhely Kiadó
- Everly, G. S. et al. (2002), Critical Incident Stress Management (CISM): Critical review of the literature. *Psychiatric Quarterly*. 73: (3), 171-183.
- Ferenczi S. (1932): *Klinikai napló*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Ferenczi S. (2006), *Technikai írások*. Budapest, Animula Kiadó
- Fogarasi M. (2007): A trauma és feldolgozása. In: *Katasztrófapszichológia*. Rendőrtiszt Főiskola, jegyzet
- Freud S. (1916: 1986): *A traumához való rögződés. A tudattalan* In: *Bevezetés a pszichoanalízisbe*. Budapest, Gondolat Kiadó
- Freud, S. (1895/2011): *Tanulmányok a hisztériáról*. Budapest, Animula Kiadó
- Harmatta J. & Ormay, T. (2000): A történelmi regresszió, mint a gyors társadalmi változásokban fellépő társadalmi jelenség. *Pszichoterápia*, 9: (2), 85-91.
- Hárdi I. (1992): *A lelki egészségvédelem jelene és távlatai*. Budapest, Springer Kiadó
- Herman, J. (2003): *Trauma és gyógyulás*. Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE
- Horowitz, M. (1979): Psychological response to serious life events. In: Hamilton V., Warburton D. (eds.), *Human Stress and Cognition*. New York, Wiley
- Horowitz, M. (1986): *Stress response syndromes*, Northvale, NJ

- Hornyacsek J. (2012): A tömegkatasztrófák pszichés hatása a beavatkozó állományra az alapvető korai és késői pszichés jelenségek, valamint a negatív következmények elkerülésének lehetséges módjai. *Műszaki Katonai Közlöny*. 22 (1), 143-186.
- Janet, P. (1901): *The mental state of hystericals*. New York, Putnam's Sons
- Kardiner, A. (1941): The Traumatic Neurosis of War. *National Research Council, Washington Psychosomatic Medicine Monographs*1: (2-3), 258.
- Kulcsár, Zs. (szerk.) (2005): *Teher alatt. Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás fejlődés*. Budapest, Trefort
- Levi, P. (1991): *Akik megmenekültek és, akik odavesztek*. Budapest, Európa Kiadó
- Lazarus, R. S. (1993): *From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks*. *Annual Reviews Psychology*, (44), 1–21
- László, K. (szerk.), (1995): Bárdos K., Hoyer M., Krausz, É., Halmai J., Fülöp M., Virág T., Kelemen A., Bárkán Gy.: Magyar emlékműcsesek (1994). *Tanulmányok a KÚT Pszichoterápiás rendelő gyakorlatából: holocaust túlélők és leszármazottaik terápiája* Magatartástudományi Füzetek 4. SOTE Magatartástudományi Intézet, MAPET-Végeken Alapítvány.
- Lord, W. (2011): *A Titanic pusztulása*, Budapest, Partvonal
- Mitchell, J. (1999): *Trauma, felismerés és a nyelv helye*. *Thalassa*. 99 /2-3, 83-106.
- Monson, C. M., Gradus, J. L., Young-Xu, Y., Schnurr, P. P., Price, J. L., & Schumm, J. A. (2008): *Change in posttraumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree?* *Psychological Assessment*, 20: (2), 131-138.
- Nemeroff, C. B., Bremner J. D., Foa E. B., Mayberg H. S., North C. S. & Stein M. B. (2006): Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, (40), 1-21.
- Peskind, E. R. et al. (2012), Neuroimaging biomarkers in veterans with blast mild traumatic brain injury with or without comorbid PTSD. *European Journal of psychotraumatology*, (3), 1.
- Securicum (2012): *Az általános és speciális biztonsági feladatok végrehajtása pénzintézetekben, postán, nagy értéket és pénzforgalmat bonyolító munkahelyeken és intézményekben*. Akkreditált felnőttképzési program
- Selye, J. (1973): *Életünk és a stressz*. Budapest, Akadémiai Kiadó
- Selye J. (1983): *Stressz distressz nélkül*. Budapest, Akadémia kiadó
- Spiegelman, A. (1991): *Maus. A survivors tale*. New York, Pantheon Books
- Szerdahelyi E. (szerk.), (2001): *Konfliktus, hiány, trauma. A Magyar pszichoanalitikus egyesület 2001.évi konferenciája*. Budapest, Animula Kiadó
- Ujj K. R. (2009): *Bankbiztonsági találkozó*. (Előadás)
- V. Fahidi Éva (2005): *Anima Rerum – A dolgok lelke*. Budapest, Tudomány Kiadó
- van Wyk, G. - Edwards, D. J. A. (2005): *From trauma debriefing to trauma support: a South African experience of responding to individuals and communities in the aftermath of traumatising events*, *Journal of Psychology in Africa*.15 (2), 135-142.
- Virág, T. (1996): *Emlékezés egy szederfára*. László K. (szerk.), Budapest, Animula Kiadó
- Virág, T. (2000): *Children of Social Trauma. Hungarian Psychoanalytic Case Studies*. London-Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers

- Völgyiné Reich M. - Balogh T. (2012): *A Titanic árnyékában_egy magyar orvos élete*, Budapest, Delta Vision Kft.
- Wardi, D. (1995): *Emlékmécsesek. A holocaust gyermekei*. Budapest, Ex Libris
- Yehuda, R. Golier, J. A. – Tischler, L. Harvey, P. D. – Newmark, R. Ren, K. Y. Buchsbaum, M. S. (2007): Hippocampal volume in aging combat veterans with and without post-traumatic stress disorder : Relation to risk and resilience factors. *Journal of Psychiatric Research*, (41), 435-455.
- Young, A. (1997): *The harmony of illusions; inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press 39.
- Zellei G.(1997): *Katasztrófapszichológia*. Budapest, Cedit 2000 Információ Technikai Kft.

ONLINE IRODALMAK

- Ajtay Gy. (2009): *Szorongásos zavarok: pánik, fóbiák, generalizált szorongás*. Klinikai szakpszichológus képzés.
- Bakó T.(1999): *A jövő megismerése a pszichoanalízisben*.
- Bejerot, N. (1974), *The six day war in Stockholm*.
- Benkő F. (2009): A családon belüli erőszak a NANE Egyesület segélyvonal-statisztikájának tükrében. In: *Rendszerbe zárva A NANE és a Patent Egyesület egy éves kutatási és pereskedési programja*
- Bereczkei T. (1998):"Aha"- élmény és emlékezés;a *déja vu* kognitív alapjai.
- Benedek L. (1995): *Ferenczi és Freud újra. Az analitikus is ember. Gondolatok Ferenczi Sándorról*.
- Davis, N. (2003, 2007): *Incidents that Traumatize Law Enforcement Officers*.
- Davis, N. (2003, 2007): *Decreasing-symptoms*
- DiGrande L., Yuval N., Brackbill R.M., Pulliam P., Galea S. (2009) *Long-term Posttraumatic Stress Symptoms Among 3,271 Civilian Survivors of the September 11, 2001, Terrorist Attacks on the World Trade Center*
- Ferenczi S. (1916): A háborús neurózisok pszichoanalízise. In: *Lelki problémák a pszichoanalízis megvilágításában*.
- Ferenczi S. (1916): *A háborús hisztéria két típusáról*.
- Fink G. (2010): *Stress of war, conflict and disaster*.
- Freud S. (1997): *Pszichoanalízis. Öt előadás 1909-ben, a Worcesteri Clark Universityn*.
- Giovannoli R. M. A. *The Narrative Method of Inquiry*
- Havelka J. (2012): *A transzgenerációs traumaátvitel egy lehetséges módja*. (doktori disszertáció)
- Kopp M. (2009): *A stresszbetegségek, mint modern népbetegségek, a pszichoszomatika pszichofiziológiai alapja*.
- Króó A. (2011): *Trauma és pszichoanalízis*.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R. & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading, Analysis and Interpretation*.
- Luis J. & Cabré M. (1999): Ferenczi Sándor hozzájárulása a viszontátvitel fogalmához.
- Nagy Á. & L. Margittai A. (2011): *A poszttraumás stressz-zavar PTSD*
- Marno H: (2006) *Szándékos és nem szándékos felidézés – avagy nem tudatos szándék?*
- Országos Igazságügyi Orvostani Intézet 19. számú módszertani levele a traumákhoz kapcsolódó pszichés kórképek igazságügyi orvosszakértői véleményezéséről
- Mitchell, J. T. (2012): *CISM standard/Critical Incident Stress Management. Kritikus Események Stresszjelenségeinek kezelése*.
- Polcz A. (1997): *Együtt halálban és a gyászban*
- Randall D. Marshall, Lawrence Amsel, Yuval Neria, Eun Jung Suh (2012) *Strategies for Dissemination of Evidence-Based Treatments: Training Clinicians after Large-Scale Disasters*.
- Salamon B. (2009): *Eljárások pénzügyi rablás, rablási kísérlet esetén*.
- Szendi G. (2004): *A konverziós hisztéria fogalmának rövid története és neurobiológiai modellje*.
- Webster R. (2004) *Freud, Charcot and hysteria: lost in the labyrinth*

Weisz J.: *A minimális agyi sérülés is poszttraumás stresszre hajlamosít.*

Wikipedia (2012) *Posttraumatic stress disorder*

Wikipedia (2012) *Frank John William Goldsmith*

Wikipedia (2012) *Survivor guilt.*