Thalassa (5) 1994, 1-2: 147-159

A HOLOCAUST KÉSŐI PSZICHOSZOMATIKUS ÉS PSZICHOSZOCIÁLIS HATÁSAI

Várnai György

A masszív vagy elhúzódó pszichés traumák jelentőségét a második világháború után kezdték behatóbban vizsgálni. Kiderült, hogy ezek hatása igen hosszú ideig tart, s a következő generáció(ka)t is érintheti. A behatás és a létrejövő funkcionális vagy definitív szervi eltérés(ek), továbbá az esetleges későbbi fellángolás(ok) között hosszú idő telhet el, s ez elfedheti az összefüggéseket (Bastiaans, 1972, 1985). A látencia ideje alatt jelentős energiát felemésztő pszichés dinamika és ehhez csatlakozva speciális magatartás és életvezetés zajlik, melynek szinte obligát jelensége a traumák szavakban történő megfogalmazásának képtelensége (Davidson, 1980; Virág, 1984; Ancsel, 1983; Segall, 1971).

Fontos, hogy tisztában legyünk ezekkel az összefüggésekkel, mert csak az ezirányú hangoltság biztosíthatja az adott tünet megfelelő értelmezését és eredményes komplex kezelését. Ha valóban oki kezelést kívánunk folytatni, gyógyító munkánk során a jól ismert kóroki tényezők (vírus, baktérium, fizikai-traumás, kémiai-toxikus stb.) mellett a tartós pszichés feszültségeket is figyelembe kell vennünk. Az ezekből eredő *pszichoszociális zavarok* társadalmi hatása nem elhanyagolható.

A masszív pszichés traumák utóhatásainak felismerése eredetileg a *koncentrációs táborokat túlélők* megfigyeléséhez és kezeléséhez kapcsolódott (Bastiaans, 1957; Bergman-Jucovy, 1982; Chodoff, 1975; Davidson, 1967; Krystal-Niederland, 1968 és mások). A kérdés újrafelvetését is az idézte elő a hatvanas, hetvenes években, hogy az említett túlélők utódain is különböző zavarok váltak felismerhetővé a világ különböző országaiban, Németországban és Izraelben, az Egyesült Államokban éppúgy, mint Hollandiában, nemkülönben a kelet-európai országokban (Danieli, 1981; Davidson, 1980; Kestenberg, 1974; Klein, 1971; Russel, 1974; Sigal, 1971; Sigal-Silver-Rakoff-Ellin, 1973; Slipp, 1979; Várnai, 1989). Magyarországon elsőként Virág Teréz publikált a túléltek gyermekeinél, sőt a harmadik generációban észlelhető pszichoszomatikus zavarokról (Virág, 1984).

A trauma általános következményei - a túlélő szindróma

A koncentrációs táborok rabjainak helyzete a teljes rabszolgai kiszolgáltatottság, melyet a biztos halál tudata súlyosbít. Általános az éhség, a hideg, egyéb elemi nélkülözések, a brutalitás, kínzás és terror. Tömegesen közös élmény a családtagok, barátok, ismerősök halálsorozatának megfigyelése. A következmények is többé-kevésbé mindenkire vonatkoznak: állandósult félelem, rettegés, lereagálatlan gyász, harag, blokkolt agresszió, szégyen, szadisztikus fantáziaképek, majd a fokozatos dehumanizáció, a személyiség degradációs folyamata, mely az énkép károsodásához, önértékelési zavarokhoz, a múlttal, a saját identitással való kontinuitás elvesztéséhez vezet (Bettelheim, 1988). A biztonság, a bizalom sokaknál teljesen elveszett, s ez későbbi életükben a közösséghez fűződő kapcsolat lehetetlenségében is kifejezésre jutott.

Sokan úgy számolnak be táborbeli élményeikről, mint egy rettenetes *rémálomról, melynek valóságtartalma hihetetlen,* elfogadhatatlan, átélve is elképzelhetetlen („ilyen nincs, ez nem lehetséges a huszadik században"). Ebből a szinte *révült* állapotból folytonosan a megnyugtató ébredést várják, mely azonban nem következik be, s a rémálom rémületessége annál gyorsabban fokozódik, mennél több részelem valóságossága válik tudatossá számukra.

Mindennek szükségképpen ki kellett hatnia a túlélők lelkiállapotára, személyiségére, magatartására. A *túlélő szindróma* elnevezést nyert tünetcsoport fő általános ismérvei - a variabilitástól és a tünetek különböző súlyossági fokozataitól eltekintve - a következők:

A depresszió és a szorongás váltakozása. Az üldöztetés emlékeinek kényszeres felidéződése fényképszerű asszociációkban és rémálmokban. Ingerlékenység és feszültség ezek testi jegyeivel. Az elhalt hozzátartozók emlékébe való gyakori belefeledkezés, sajátos tudatbeszűküléssel. Az élmények szavakban való megfogalmazásának képtelensége. Gyakori a megelégedettség és az életcél kínzó hiánya, az üresség érzése, az örömképtelenség. Korlátozott a mindennapokban való aktív részvétel. Tartós tünet a bizalomhiány, a gyanakvás s ezek következménye: az elkülönülés, az emberi kapcsolatok redukciója, a személyiség elsivárosodása. Általános a rejtett vagy manifeszt gyász, a sötét ruha viselete, az ékszerek kerülése, az ünnepnapok hiánya. Jellemzők a különböző szervi fájdalmak, a bőr túlérzékenysége.

Ezek a tünetek átmenetileg, esetleg hosszabb időre is csillapodhatnak, majd *az élet nehéz helyzeteiben* újra fellángolhatnak. A pánikreakciók gyakorisága nagyfokú sérülékenységet jelez.

A zsidóságnak az a része is, amely nem került koncentrációs táborba - évekig tartó progresszív jogfosztás után - a *megbélyegzés* és a társadalomból való *kiközösítés* középkori gyakorlatának feleleventését élte át. Közülük is tömegek pusztultak el munkaszolgálatban, az úgynevezett „megsemmisítő századokban", a gettóban, a gyűjtőtáborok felé irányuló halálmenetekben és vagonokban, s nem utolsósorban a nyilas rémuralom idején, az ellenállás reális kilátásától teljességgel megfosztva. A túlélők problémái *lényegében* nem különböznek azokétól, akik koncentrációs táborba kerültek. Bastiaans holland pszichiáter tapasztalatai szerint koncentrációs táborba került nem zsidó egyéneken, valamint azokon, akik tartós üldözésnek voltak kitéve, hasonló jelenségek észlelhetők (Bastiaans, 1985). Ebben az értelemben a tárgyalt elté-

rések általánosabbak, feltehetően *minden üldözött embercsoportra* érvényesek; nemcsak a holocaustot túlélt zsidóságra, nem csupán - szélesebb értelemben - az üldöztetést átélt zsidóságra, hanem *általános értelemben* a legkülönfélébb okok miatt *tartósan üldözött embercsoportra* is többé-kevésbé általánosítva vonatkoztathatók. Nem tekinthetők „faji sajátosságnak", mert feltehetően a hasonló körülmények közé kerülő bármely embercsoport ugyanígy reagálna. A következmények, az elváltozások mégis a holocaustot túlélt zsidóság tagjain, ezen belül is *a koncentrációs táborokat túlélt egyéneken figyelhetők meg a legáltalánosabban és a legmélyebben. A* legkevésbé sem hagyható figyelmen kívül, hogy a holocaust a történelem talán legembertelenebb, hideg logikával és ördögi cinizmussal, egy államhatalom minden intézményének precíz felhasználásával, törvényeinek kegyetlen szigorával, a huszadik század ipari-technikai „nagyüzemi" színvonalának eszközeivel tökéletesített *módszeres népirtását* jelenti, melyet pszichikailag „kiválóan" megtervezett forgatókönyv alapján hajtottak végre.

A túlélő szindróma címszó alatt összefoglalható következmények általánosak, az egyes elemek aránya, mélysége és súlyossága, valamint ezek kombinációi azonban egyedenként jelentős eltérést mutathatnak. Ez is magától értetődő, hiszen a közös traumát végül is mindenki *egyénileg* élte meg. A trauma hatását igen változatossá tették az *egyedi* különbségek, mint például az események előtti személyiségjegyek, a sajátos tulajdonságok, az életkor, a trauma időtartama, feldolgozási módja, a traumára adott sajátos válaszreakciók, a fizikai és lelki leromlás mértéke, a veszteségek száma és ennek érzelmi kihatása, a túlélő egyén sajátos pszichopatológiája. Továbbá meghatározó az a *pszichoszociális feltétel* is, melybe az egyén a trauma után került: döntően az, hogy baráti vagy a korábbihoz hasonló ellenséges környezetbe tért-e vissza (Bastiaans, 1985; Davidson, 1980). Ugyanarra az eseményre tehát egyedileg más a válasz, más a reakciómód: egyeseknél beletörődés, önfeladás, sőt önpusztítás, míg másoknál csendes dac, a belső ellenállás felerősödése. Nagy hiba ezért, ha valamely általános sémát használunk: *a tragédiák egyediek, az eltérések individuálisak.* Az összes hasonlóság, a közös vonások ellenére, az egyén „történelme", személyiségének formálódása, alakulása vagy éppen deformálódása, létrejövő válaszreakciói, tünetei és betegségei is *sajátosan egyedieknek* mondhatók.

Mindez nem csökkenti a trauma felelősségét! *Nem az egyén variabilitása hozta létre a traumás eltéréseket, ez csupán ezek variabilitását idézte elő. A következményekért a trauma, illetve azok előidézői a felelősek!*

Megfigyelések

A betegeket a körzeti orvosi munkakörben eltöltött másfél évtizedem munkájából válogattam. Semmiféle szelekciót nem alkalmaztam: a betegek maguktól jöttek az orvosi rendelőbe szervi tüneteik vagy betegségeik miatt, s ezeket *nem hozták összefüggésbe régi traumáikkal.* Ellenkezőleg: nagy többségük a pszichoterápia kezdeti szakaszában többször is kifejtette sértődött véleményét, mondván, hogy ő „igazi beteg, nem hipochonder". A múltnak - melyet legtöbbször rejteni kívánt - semmi köze jelenlegi bajaihoz! (Bálint, 1961).

a) Általánosnak tűnő érvénye miatt néhány *pszichiátriai határesetről* is be kell számolnom. Az elszenvedett szörnyűségek miatt világszerte nem kevés azok száma, akiket még ma is aktív pszichiátriai kezelésben részesítenek. Feltűnt továbbá a karakterváltozások viszonylagos gyakorisága is. Végül is természetes, magától értetődő következmény, hogy az az egyén, akit a valóságban életre-halálra üldöztek, gyanakvóvá és bizalmatlanná válik. Megérthető, ha vonatkoztat, visszahúzódik, elkülönül, ha másként értékel megjegyzéseket, eseményeket, ha félelmében „túlzott" érzékenységgel reagál. Érthető, *indokolt érzékenységről* van szó, melyről nem a volt üldözöttek, hanem üldözőik tehetnek. A mindennapok triviális gyakorlata szerint, ha valaki egy üzletben tolakodás közben azt a megjegyzést teszi az előtte állóra, hogy nagy kár, hogy a nácik nem végeztek tökéletesebb munkát, akkor az az ember, akinek családja kisebb vagy nagyobb részét a holocaust semmisítette meg, nem képes ezt a megjegyzést szokványos egyszerű gorombaságként kezelni. Nem képes, mert zsigerei rándulnak össze a gyász, a harag, a fájdalom és a szégyen, a gátolt agresszió régi, lereagálatlan emócióira. És ez akkor is bekövetkezik, ha a megjegyzés nem rá vonatkozott. (Más kérdés, hogy egyénenkénti elemzést igényel, meddig természetes reakció a gyanakvás és a bizalmatlanság s mettől kezdve válik ez kórossá, s ily módon - hasonlatosan az allergiához - éppen azt károsítja, akit ezzel a reakcióval védenie kellene.) Hozzá kell tegyem: az elkülönülő, gyanakvó embert környezete is másként kezeli, s néhány elkerülhetetlen súrlódás után létrejön a kölcsönös gyűlölködés. (A tévhiedelmek egy részének a paranoia esetében is valóságos alapja van.) Az üldözöttek tekintélyes hányadát környezetük „nehéz embernek" vagy éppen bolondnak minősíti (Bastiaans, 1985).

A. beteg

1910-ben született nő. Kapcsolatunk első pillanatától kezdve rendkívül türelmetlen, agresszív. Érkezésekor soron kívül ront be a rendelőbe, tekintet nélkül az ott lévő betegre. Számos alkalommal próbáltam vele megbeszélni magatartását, sikertelenül. Szociális belátása látszólag minimális. Több alkalommal csaknem botrányt okozott. Fő jellemzői: gyanakvás, vonatkoztatás, hipochondria. (Pesszimizmusa miatt örökös rákfélelemben él.) Hiába kísérlem meg minden igényét kielégíteni, sokszor az ésszerűség határain is túl, az őt üldözők közé én is szükségképpen belekerültem. Hiteles visszajelzésem nincs, de jól beleillik a képbe, hogy baráti körben szidalmaz és Mengelének nevez. A háttér: Bergen-Belsen. A feltehetően már a trauma előtt is meglévő deviáns személyiségjegyeit a Bergen-Belsen-i tábor élményei elmélyítették.

B. beteg

Ravensbrücköt megjárt 1904-ben született nő. A sterilizációs kísérletek egyik áldozata. Anyja és két fivére Auschwitzban maradt. Soha nem akart férjhez menni, de nővére halálos ágyán megeskette, hogy nem marad egyedül. A nővér halála után férjhez ment egy „igen jó, katolikus emberhez". Sajnos férje néhány év múlva meghalt. Gyanakvás, szeparáció jellemzi. Az előző beteggel ellentétben nagyon csendes, panaszait alig lehet belőle kiszedni. Évek óta magas vérnyomása van, következményes érelváltozásokkal. Gyanakvásának kezelését is problematikussá teszi, mert gyógyszereit nemigen szedi be. Hosszas faggatózásomra csúszott ki száján nagyon csendesen a megdöbbentő magyarázat: „minden gyógyszerben méreg van, doktor úr". *A bizal-*

matlanság túlélése nagyon jellemző általános tulajdonság, még akkor is, ha bizalomvágy kíséri.

b) A pszichés következmények egy másik csoportját a *pánikreakciók* alkotják, melyek egy valós helyzet meg nem felelő válaszaként értelmezhetők. Az egyén múltbeli élményeit, illetve az ezekhez kapcsolódó érzéseket, indulatokat éli át. Az emlékezést egy ártatlan közös motívum idézi fel, mely a múlt élményeinek hordozójává vált. Két történetet ismertetek: az elsőben a korábbi gátolt, jogos agresszió nyert áttörést, míg a másodikban régi pánik feleleve-nedésének lehetünk tanúi.

C. beteg

Idő: hatvanas évek. Helyszín: egy strand gyermekmedencéje. A gyerekek egyik szokásos buta játékukat játsszák: felváltva nyomják egymást a víz alá. Ártalmatlan jelenet. Az egyik anya számára azonban távolról sem az: gyermeke hápogásara, mint a fúria ront elő a háttérből, és rettenetes erővel, a szituációnak egyáltalán nem megfelelően ütlegelni kezdi azt a gyereket, aki az övét éppen alányomta. Az anya hang nélküli dühkitörése, a hirtelen támadt süket csend megdöbbentő élmény. Tizennyolc éves korában megélt koncentrációs táborbeli emlékek támadtak fel az anyában gyermeke kapkodó légvétele kapcsán. Szükségtelen említenem, hogy csaknem „háború" tört ki a felnőttek között.

D. beteg

Idő: nyolcvanas évek: Helyszín: nyugat-európai körutazás. Szereplők: négytagú család két gyermekkel. Hálókocsis továbbutazáshoz készülődnek. A pályaudvar, a vagon, a vonat, az egyik gyerek által cipelt hátizsák, a bizonytalanságérzés, hogy mikor érnek ismét „biztos" helyre, a félelem, mikor lesz lehetősége ismét családját tisztességes étellel ellátni, mindez az anyában felidézi deportálásuk emlékképeit. Egészen pontosan nem ezeket a képeket, nem a szolnoki cukorgyár tönkreázott udvarát, a pályaudvart, a marhavagont, hanem csupán azokat a szorongató-félelmetes érzéseket, melyek az események kísérőivé váltak. Sajátos tudatbeszűkülést él meg. Feltehetően tudatával felfogja, hol is vannak, milyen helyzetben, de minden bizonnyal nem teljesen tiszta ítélőképességgel. A valóság és a fantázia közötti éles határ egy időre minden bizonnyal elmosódott. Az anya kimeredt szemmel falja az ennivalót, és próbálja azt családtagjaiba erőszakolni, azok teljes megrökönyödésére, mert már nem éhesek, s képtelenek felfogni a történtek lényegét. Nincs tudomásuk anyjuk félelmeiről - „mikor tudok a családnak újra enni adni?" -, s ennek múltbeli jelentőségéről. Az anya, aki gyerekként élte meg deportálásukat, anyja korábbi pánikját élhette át a jelenben.

Ez az eset jól példázza azt az általános érvényű megfigyelést is, hogy életüket a túlélők sokszor *párhuzamos időbeli és térbeli síkokon,* a múltban és a jelenben *egyidejűleg* élik meg. Hasonló pánikreakciókat a második generáció tagjain is megfigyeltek (Davidson, 1980).

c) Nem ritka, hogy egy *betegség,* valamely egyéb *kellemetlen élethelyzet* vagy éppen *öregedés* kapcsán éli meg az egyén elfojtott régi indulatait. Valamilyen körülmény csökkenti erejét, kiszolgáltatott helyzetbe hozza, elbizonytalanodást, fenyegetettségérzést kelt benne ismét. Ebben az esetben is valamely

ártatlan közös mozzanat jelenti a kapcsot a múlt és a jelen között. Számításba kell vennünk, hogy a többé-kevésbé hosszú látencia-időszak alatt jelentős pszichés dinamika zajlik. Egyesek igen nagy erőfeszítéssel *egészségesnek igyekeznek álcázni magukat* környezetük és önmaguk előtt is. A múlt sokakat visszahúzódó életvezetésre késztet. Ez a társadalmi értelemben vett „vita minima" az újabb traumák megelőzését célozza, a rejtőzködést segíti elő. A túlélők egy része nem vállalt családot, ha megházasodott, nem vállalt utódot (Kertész, 1989). (Félelmek a szeretettől, mert egy újabb veszteség már elviselhetetlen lenne számukra. Önértékelési zavar, a bizalom és a remény elvesztése. Ezek a fő lelki okok, továbbá az, hogy sokan a korábbi, elvesztett partner iránti hűtlenségnek minősítették az esetleges újabb kapcsolatot.) Az egyedülléttől való félelem, az elvesztett család pótlásának igénye, sokszor az élet egyéb törekvéseinek, céljainak hiánya többeket mégis gyors házasságra késztetett. Gyakori a partnerválasztás a túlélő áldozatok közül. Úgynevezett kettős áldozati egység - *dyadic victim unit.)* Ha ehhez a motivációhoz egyéb közös törekvések is társulnak, a kapcsolat igen erősnek bizonyul. Legfeljebb az lehet hátrányos, hogy egymás félelmeit, szorongását felerősíthetik, elzárkózásukat kölcsönösen fokozhatják. Ha a kettős áldozati egység kizárólagos motiváció, akkor ez később zavarok forrása lehet: a hibás párválasztás okozta depresszió és a sorstársért érzett felelősség és bűntudat házasságon belüli úgynevezett *megosztott egyedüllét*hez vezethet. A párválasztás egy másik motivációja - menedék, védelem nyerése - sok vegyes házasság oka. Kizárólagos szempontként ez is zavarok forrása. Ha egyéb szálak is összefűznek, ha a partner felvállalja házastársa sorsát, a vegyes házasság a gyógyulás jelentős tényezőjévé vált (Niederland, 1964).

Az előbbiek illusztrálására három esetet választottam.

E. beteg

A betegség kapcsán újraélt múlt. K. Gy.-né, szül. 1920. A nő ötvenkilenc éves korában ritka vérképzőszervi betegséget észleltünk (non-Hodgkin Lymphoma-angioblastoma). Gyógyszeres kezelése során *minden szőrzetét elvesztette.* (Magyarázatul: abban az ördögien megtervezett forgatókönyvben, mely a rabok teljes lelki megtörését célozta, fontos szerepet kapott a koncentrációs tábor egyik legelső élménye, a haj és minden egyéb szőrzet lenyírása. A megszégyenítést, a reménytelenség, valamint a kiszolgáltatottság érzéseinek keltését célozta a közvetlen haszon mellett. A beteg ezt élte át újra a művi epiláció kapcsán.) Depressziója ellenére igen nagy akaraterővel tartotta magát. „Nekem erősnek kell lennem" - ismételgette szinte megszállottan. (Azzal biztattam, hogy haja erősebb lesz és göndör. S az új haja valóban göndör lett!) Úgy tűnt, túljutott a krízisen, bár indulatai rejtve maradtak. Ekkor övsömör lépett fel, súlyos gyöki fájdalmak kíséretében. A tünetek ugyanazon a karon mutatkoztak, melynek körmeit sorozatos gennyedés miatt az általa megjárt három koncentrációs tábor egyikében egy szadista, de hozzá „jó orvosnő (?) kezelte". A kezelés lényege a körmöknek érzéstelenítés nélküli letépéséből állt. A kezelő „jósága" abban, hogy mivel páciense nem „hisztizett", még csak nem is sírt, a beavatkozás után minden alkalommal külön levesadagot kapott, és ujjait WC-papír helyett valódi gézzel kötözte be. A foglyok az orvosnőt „Tigris"-nek hívták. Korábbi élményeire azonban csak később derült fény. Az övsömör során az érintett ujjakon vérellátási zavar és - feltehetően az inaktivitás miatt is - sorvadás jelei mutatkoztak. (Kezét, mint egy babát babusgatta.) Személyisége fokozatosan megváltozott. Viselkedése gyerekessé vált, beszéde éneklő-

vé, selypessé. Gyakran elmerengett, mint aki nincs teljesen jelen, s összerezzent, ha megszólítottuk. Összekuporodott, maga elé meredve. Éjszaka rémálmai voltak, sikoltozott. Férjétől ismerem az ismétlődő éjszakai szöveget: „vigyék el innen a halottat". Sokkal később mondta el, hogy a fektetőben addig nem kaptak enni, amíg ott halott volt.

A pszichoterápia hosszú hónapjai alatt a beteg fokozatosan oldódott. Sokáig képtelen volt sírni, indulatait elfojtotta. A szó szoros értelmében meg kellett tanulnia sírni, indulatait kezelni, elviselni. A rendkívül óvatos, szinte passzív pszichoterápia során emlékei nagyon töredékesen kerültek felszínre, és így beszélni is csak óvatosan lehetett róluk. Végül úgy tűnt, túljutott pszichés zavarain. Öt év eltelte után az onkológusok is gyógyultnak minősítették. Ekkor jött derült égből a villám: férje betegsége, majd röviddel később halála. Házastársa egyben az apát is jelentette számára, gyermektelenül, egymásnak éltek. Ezt a csapást az asszony nem tudta, de nem is akarta elviselni. Első sikertelen öngyilkossági kísérlete után, melyből teljesen felgyógyult, egy jobban előkészített, kegyetlen pontossággal megtervezett második kísérlettel vetett véget életének.

Ebben az esetben ugyanazon végtag intenzív fájdalma idézhette fel a múltat. Megítélésem szerint a fájdalom élményének feldolgozásában a felelevenedő, korábban elfojtott érzések és indulatok is szerepet kaphattak (Várnai, 1990). Az összegződő fájdalom és a kényszertartás okozta inaktivitás ebben az esetben elégséges magyarázatnak tűnik a táplálkozási (trofikus) zavar kialakulására, az erek kóros beidegzésének fokozódására.

Azok között, akiknek erről a betegről beszámoltam, volt egy férfi, aki indulatosan hárította el azt a feltételezést, hogy korábbi traumák ilyesfajta testi tüneteket, illetve ezek romlását okozhatják, évtizedekkel az események után. Indulatainak háttere csakhamar kiderült: az ő ujjairól is letépdesték a körmöket, nála mégsem alakult ki hasonló zavar. Ez ismét jól példázza, hogy hasonló traumákra is egyénenként eltérő lehet a válasz.

F. beteg

A kedvezőtlen élethelyzet szerepét egy idősebb asszony története példázza. 1977-ben gyermektelenül megözvegyülve, férje halálát nem volt képes kiheverni. Kedélyállapota feltehetően kialakuló magas vérnyomás betegségében is szerepet játszott. 1982-ben födémcsere miatt szükséglakásba költöztették, amit úgy élt meg, mint korábban ausztriai deportálását. Gyakran beleszőtte az éppen zajló beszélgetésbe oda nem illően: „Halálra vagyok ítélve, halálra ítélt vagyok." A négy évig tartó, nem szokványos mértékű izgalom, félelem és szorongás, mely az aktuális helyzetnek nem felelt meg, de a korábbi események ismeretében magyarázhatóvá vált, súlyos látászavarhoz, vaksággal fenyegető zöldhályoghoz vezetett. Ez adhatta meg a végső lökést. Pszichiátriai kezelése után, 1989-ben öngyilkos lett.

G. beteg

A kettős áldozati egység illusztrálására egy házaspár esetét ismertetem, kiknek tagjai a húszas években születtek. Gyermektelenek. („Ilyen világba" - hangoztatták gyakran - nem kívántak utódot.) A férfinak magas vérnyomása, cukorbetegsége van, szívinfarktuson esett át, bélbántalmaktól szenved. A masszív pszichés traumák okozta pszichoszomatikus hatás rendszerint nem csupán egyetlen szerv megbetegedéséhez vezet (Bastiaans, 1985). Az asszony magas vérnyomás és cukorbetegség miatt áll

kezelés alatt. Házastársi kapcsolatuk csaknem kizárólag a kettős áldozati egység motivációjára épül, súlyosan problematikus. Ma már megfogalmazott panaszaikban is elbeszélik nekem külön-külön, s nem csak betegségeik „szervbeszédjének nyelvén", a sok-sok feszültséget, ellenségeskedést, következményes bűntudatot és életük roncsain a tovább vállalt megosztott egyedüllétet. Mindez természetesen nem zárja ki a kölcsönös ragaszkodást, sőt a szeretet bizonyos formáinak meglétét.

Lényegében arról van tehát szó, hogy a túlélő szindróma feltehetően *az egyén egész életében jelen van, de az esetek többségében a háttérben lappang.* Különböző kedvezőtlen hatásokra aktiválódhat. Mindig van egy aktuális ok, amely ráhangolódik a múltra. *A feltámadó emlékek és a hozzájuk tapadó indulatok, az aktuális zavarokat felfokozva, testi-lelki betegségek egyik kiváltó vagy súlyosbító tényezőjeként szerepelhetnek.*

d) Az *életkor jelentőségét* különösen gyerekek esetében hangsúlyozom. Tudatosságuk szintjétől függ ugyanis élményeik feldolgozási módja, személyiségfejlődésük traumás rögzülésének mértéke és szintje, valamint a pszichoterápia verbalizálási lehetősége.

H. beteg

Férfi, 1940-ben született. Már tizenöt éves korában nyombélfekély miatt kezelték. 1979-ben keresett fel krónikus gyomorpanaszok és újkeletű égő mellkasi és lapockatáji fájdalmak miatt. A fájdalmak éjszaka lépnek fel, képtelen tőlük aludni. Gettóbeli élményeit kezdetben képtelen megfogalmazni. Félt, szorongott? - kérdem. Nincs róla emlékképe! Hosszabb ideig nem is jutunk előbbre annál, mint: „zűrös volt", „iszonyú pánik". Csak lassan jönnek elő emléktöredékei. „Elvették a repülőgépem." „A földön kellett aludnom... mindig haza akartam menni az én ágyamba... Nagyon rossz alvó vagyok azóta is, forgolódok, a lepedő mindig összegyűrődik alattam. Egyszer-kétszer mindig felébredek... Valamilyen tér [a Klauzál tér - *a szerző*], mindent elvettek... a kis mackóm meghagyták... anyám mondta is később, abba kellett volna dugni az értékeket." Az emlékek felidézését szolgáló kérdésekre szinte kínlódva válaszolja, hogy nem emlékszik. Légiriadók - próbálok segíteni. „Kilövés- vagy belövés? - válaszolja - zseblámpa..." Anyja szakácsnő volt a gettóban: „neki segítettem... sárgaborsót azóta sem eszem!"

Irtózik a pániktól. Szeretné magát és családját mindennel kapcsolatban biztosítani. (Tizenöt év múltával lánya az egyik biztosítónál helyezkedett el.) „Gyerekeimet úgy nevelem, ha *olyan* helyzet adódik, ne legyenek pánikban. Milyen helyzet? - kérdem. „Pl...., ha mindkét szülőjük egyszerre halna meg. Ők már tudják, hol vannak az iratok, hol van a pénz." Gyerekei abban az időben tízéven aluliak. Akarattanul túlterheltek a szülők egyidejű halálának fantáziájával. Ez a beteg néhány év múlva a Behtyerev-kór tüneteit mutatta. Az erre jellemző fájdalmak kezdetét így mesélte el 1979-ben, amikor panaszai csak éppen elkezdődtek, s betegsége még nem volt felismerhető. „Álmodtam. Egy közértben fehér köpenyt adtak rám. Ráütöttek egy pecsétet a hátamra, baloldalon, itt. Abban a pillanatban felébredtem, és *ott* fájt... Elég meszes vagyok, nem gondolja?" (Racionalizálás.) Úgy vélem, a pecsét a bélyeg, a megbélyegzés szimbóluma.

e) *Az utódok üldöztetés okozta zavarai*

A túlélők ismertetett zavarai, betegségei, sajátos életvezetése már az utódok megszületése előtt olyan feltételeket teremtenek, melyek majd ezek za-

varaihoz vezethetnek (Sigal, 1971). Már a terhesség alatt is felléphet depresszió és önértékelési zavar: a leendő anya *nem érzi magát alkalmasnak egészséges gyerek kihordására.* Az üldöztetést elszenvedett asszonyok között szinte általános a félelem, hogy abnormis utódot fognak szülni, s ez a félelem is igen gyakran „öröklődik". Az utódok zavarainak felismerése a hatvanas évektől kezdődően a túlélő személyekről a *túlélő család*ra, annak pszichodinamikájára irányította a figyelmet (Davidson, 1980). Ennek során bebizonyosodott a genetikus vagy toxikus eredetű átörökítés, stigmatizáció tarthatatlansága, hiszen egyazon családon belül is nagy különbözőségek adódtak. Ha az utód koncentrációs táborbéli konkrét fantáziaképekkel gyötrődik, annak oka nem genetikus. Az „átörökítésnek" - az itt is megfigyelhető nagy fokú variabilitás ellenére - bizonyos általános szabályszerűségeit ismerhettük fel, melyek mind *a szülő és gyermeke interakcióját* érintik. A traumák okozta sérülések végül is ennek az interakciónak *széles skálájú torzulásához* vezetnek (Davidson, 1980; Kestenberg, 1974; Klein, 1971; Russel, 1974; Sigal-Silver-Rakoff-Ellin, 1973; Virág, 1984).

Ennek főbb tényezői a következők: 1. Önértékelési zavar. Extrém szorongás, hogy a gyermekkel valami katasztrófa történik, s ennek következményei: túlságos féltés, túlságos óvás, túlkompenzálás. (A táplálás erőltetése, az együttalvás erőltetése a szükséges időn túl. A gyerek éjszakai figyelése, lélegzik-e egyáltalán. Kisebb betegség esetén is igen nagy baj elővételezése.) Ezek nem csupán zsidó anyák, hanem általában neurotikus emberek sajátosságai. A korábban házasságra lépő idősebb korosztály tagjaival szemben (Danieli, 1985: *Marriages of despair),* a fiatalabb korosztály nyert néhány évet a traumák feldolgozására, az utódok zavarai az utóbbiaknál kisebbeknek tűnnek (Davidson, 1980). 2. Intenzív szülői emóciók: a gyerek idealizálása, hogy a szülői túlélés értelmet nyerjen. A gyereket szükségtelenül terheli meg a vele szemben támasztott, erejét meghaladó elvárás. 3. Szimbolikus reinkarnáció. Az utód valamely elvesztett hozzátartozó helyettesítője. Ez rendszerint szerep- és identitászavarhoz vezet, hiszen meghurcolt és meggyilkolt hozzátartozóról van szó! 4. Projektív identifikáció. A szülő gyermekén keresztül kíván megszabadulni kínzó emlékeitől, indulataitól. A túlélők gyermekei általában a szülői mimika és gesztusok leolvasásának „világbajnokai". Ezen keresztül jön létre a félelem, a gyász, a szégyen, a bűntudat stb. metakommunikatív átadása.

Danieli négyféle adaptációs módot ír le az Egyesült Államokban a túlélők családjaira vonatkozóan (1981) úgymint áldozat, harcos, „béna-passzív" és sikeres. Mindegyikben az az általános, hogy a szülő abbéli legjobb igyekezetében, hogy gyerekét megtanítsa *túlélni,* nem tudja megtanítani őt a legfontosabbra, hogy *hogyan kell élni.* Ekként veszi át az utód tudattalanul is a szülő holocaust-élményeit s a szülői traumás identitásjegyek jelentős részét.

A csend, a titok ugyancsak fontos szerepet játszik a továbbörökítésben. A szülők képtelenek megfogalmazni élményeiket, indulataikat. (Lélektanilag ennek több oka van: a feldolgozatlan emóciók túlságosan nagyok, elviselhetetlenek. Az egyén számára érthetetlen és egyben szégyenletes korabeli személyiségének degradációja. Az elzárkózó környezet számára a borzalmak hihetetlenek, valóságtartalmuk kérdéses [Mészáros, 1990]. Maga a túlélés is gyanús: immorális magatartás eredménye lehet. A túlélő sajátos bűntudata

[Niederland, 1964]: „hagyta magát, mint barmot, vágóhídra vinni". Fontos tényező az utódok megkímélési szándéka is.)

A szülők egyúttal mimikájukban és gesztusaikban - még egyszerű helyzetekben is - úgy viselkednek, ami az adott szituációnak nem felel meg; ez az adott szituációnál sokkal többet jelent (Virág, 1984). A metakommunikáción felül bizonyos szavaknak, mint például pályaudvar, menet, vagon, füst, gáz, drótkerítés stb. a megszokott jelentésen túl egyéb üzenetközvetítő tartalmuk is van. *A hangossá váló mimika, valamint a szavak külön hangsúlya helyettesíti a szülő élményeinek szóbeli közlését* (Erős-Kovács-Lévai, 1985).

Veszélyeket rejt a szülői élmények és emóciók kritikátlan továbbadása, nem kellő szűrése is, különösen a pubertás érzékeny időszakában. (Tizenhét éves lány kezdetben végzetesnek tűnő „ideges étvágytalansága" [anorexia nervosa] az anyjával folytatott párhuzamos pszichoterápia során vált gyógyíthatóvá. Anyja hasonló korában Auschwitzban volt, ahol édesanyját és két testvérét vesztette el. Hosszú hallgatás után kamaszodó lányát szinte elárasztotta feltörő emlékeivel, s ennek hatására kezdett el a beteg táborbeli jeleneteket festeni, fantáziálni. Rémálmai keletkeztek, holocaust-tartalmakkal. - Davidson esete, 1980.)

További általános patogén tényező *az agresszió kezelésének elégtelensége,* a jogos, kulturált, önvédő agresszió inadekvát módja. A szülők a brutalitásra nem reagálhattak, természetes agressziójukat blokkolni kényszerültek. Ez későbbi életükben is zavarokhoz vezetett. A szülők viselkedését általában az agresszió túlzott kontrollja, az agresszió gátlása, az indulatok visszafogása vagy éppen ezek elégtelen kontrollja jellemzi: a szülő bátorítja - saját gátoltsága ellensúlyozására - az utódokat. A gátlástalanná váló gyerek egyfelől védi gyámoltalan szüleit „egy ellenségekkel teli világban", másfelől legtöbbször súlyos bűntudattal gyötrődik, mert egészséges agresszióját sem élheti meg az „oly sokat szenvedett szülővel szemben".

Az ismertetett mechanizmusok alapján válik érthetővé, hogy az utódokban is gyakori a katasztrófáktól való félelem, az önértékelési zavar, a bizonytalanság, a másokba vetett hit sérülése. Házasságuk nem ritkán azért megy tönkre, mert házastársukat nem érzik eléggé oltalmazónak. Tüneteik, betegségeik egyik forrása is e zavarokban jelölhető meg.

I. beteg

1982-ben körülírt vékonybélgyulladásban (ileitis regionalis) megbetegedett tizennyolc éves fiatalember kezelését kezdtem el. Az érettségi előtt álló beteget anyja és anyai nagyanyja gyakorlatilag egy kisgyermek szintjének megfelelő felügyelettel óvták. A szó teljes értelmében etetni kívánták, erőszakolták, fürdésére is felügyeltek, egyetlen percre sem hagyták magára. Állapotának romlása miatt bélrezekciót kellett végeztetni néhány hónap múlva.

Az anya párhuzamosan zajló pszichoterápiája során kiderült, hogy az üldöztetések miatt elvesztette édesapját. Férje - aki szintén apját vesztette el - soha nem akart gyereket. Fiuk, aki csaknem tízéves házasság és hosszas harc után jött a világra, születése óta „problémás gyerek". Az asszony életét örökös félelem, tragédiavárás jellemzi; retteg hozzátartozói életéért. Mindig „halálos betegséget" sejt. Örökösen kapkod otthona és hivatása között, állandóan bűntudatos; mit mulaszt el jóváthetetlenül. Egész életének feloldhatatlan vezérfonala, kapkodásának mély értelme, hogy

megóvja apját annak tragikus halálától *ma,* évtizedekkel az események után. Fiában újra meg újra apját is meg akarja menteni a leselkedő veszedelemtől.

Törvényszerű, hogy ebben a légkörben fia passzívvá és állandó felügyeletet igénylő infantilis lénnyé váljék, akinek függőségi helyzete sem korának, sem intellektusának nem felel meg. Anya és fia között minden bizonnyal kisgyerekkora óta harc dúl, s ezt jól tükrözi a vegetatív funkciókkal kapcsolatos dacreakció. Pubertásának kezdete óta tartó panaszai az erőszakos anyai túlféltés elleni tiltakozás jelzései. Már torkig van, ezt már képtelen megemészteni. Elfojtott haragja azonban - személyiségének sajátosságai (passzivitás, infantilis függőség) és az ebből eredő vegetatív idegrendszeri hangoltság (paraszimpatikus túlsúly) következtében - emésztőszerveinek fokozott működéséhez (a belek vérellátási zavarához, fokozott emésztőnedv-elválasztáshoz, ezek összetételének megváltozásához) s ezen keresztül betegséghez vezetett (Loo-Dameron-Saba, 1974; Meyer-Gellhorn-Prudden-Lehmann-Steinberg, 1948). Kettejük kapcsolata kölcsönösen ambivalens: az anyai túlféltés a felelősség alóli mentesülés igényével, fia ellenkezése pedig fokozott megkapaszkodási igényével kapcsolódik össze. Utóbbit a túlságosan veszélyesnek bemutatott külvilágtól való félelem gerjeszti a szükségesnél nagyobbra. Az asszony nem érzi fiát életképesnek ebben az „életveszélyes világban". (Ez egykor realitás volt, de elmaradt a mához való adaptáció.) A fiú ugyanakkor bizalmatlan az egész felnőtt társadalom iránt. A felfokozott szülői aggály így ássa alá az utód biztonságérzetét.

A pszichoterápia hozzájárult ahhoz, hogy a műtét után a beteg tünetmentessé váljék. Érettségi után egyetemre, majd tudományos pályára került. Tizenkét éve tünetmentes.

A pszichoterápia szerepe ebben az esetben abban állt, hogy az anyával sikerült feldolgoztatni a traumák okozta lereagálatlan félelmeit, rettegését és gyászát. Az elpusztított apa halála ugyanis csak így tudott nyugvópontra jutni. Ezen keresztül lehetett anya és gyermeke kóros interakcióját kedvezően befolyásolni (Várnai, 1991).

A túlélők pszichoterápiájának fő célkitűzése a trauma okozta *lelki törés és regresszió,* valamint a *kóros rögzülés feloldása.* Az úgynevezett *longitudinális integráció* (Danieli, 1985) a lelki törést, a személyiség kontinuitásának elvesztését igyekszik ellensúlyozni. A kezelés lényegének az egyén személyiségének integrációját tekinti az idő hosszanti síkján. Meg kell teremteni a trauma előtti, alatti és utáni időszak *összefüggő egységét.* (Nem elegendő csupán a traumára irányítani a kezelést!) Csakis ily módon válik képessé az egyén arra, hogy emócióival szembenézhessen s azokat feldolgozhassa, lereagálhassa, hogy kóros rögzülését feladja, megtanuljon segítséget adni és elfogadni, megtanuljon újra bízni embertársaiban.

IRODALOM

ANCSEL ÉVA, 1983. A történelmi hallgatagságról. *Medvetánc.* 4. 1984. 1. 3-12.
BÁLINT MIHÁLY, 1961. *Az orvos, a betege és a betegség.* Budapest: Akadémiai Kiadó.
BASTIAANS, J., 1957. *Psychosomatische gevolgen van onderdrukking en veret.* Amsterdam: Thesis.
-, 1972. General comments on the role of aggression in human psychopathology. *Psychotherapia. Psychosomatica.* 20. 300-311.
-, 1985. Life against life: The psychosomatic consequences of man made disaster. In:

Stress and Anxiety. 10. C. D. Spielberger and I. G. Sarason (szerk.) New York: Hemisphere Publ.
BERGMAN, M. - JUCOVY, M. E., 1982. *Generations of the Holocaust.* New York: Basic Books.
BETTELHEIM, B., 1988. *A végső határ*. Budapest: Európa Kiadó.
CHODOFF, P., 1975. Psychiatric aspects of the Nazi persecution. In: *American Handbook of Psychiatry.* New York: Basic Books (41. fejezet).
DANIELI, Y., 1981. Families of survivors of the Nazi Holocaust. Somé short- and long-term effects. In: *Stress and Anxiety*. 8. New York: McGraw Hill Publ.
-, 1985. *The Treatment and Prevention of Long-term Effects and Intergenerationel Transmission of Victimization:* A Lesson from Holocaust Survivors and their Children. Trauma and its Wake. Ch. R. Figley szerk. New York: Brunner/Mazel, 295-313.
DAVIDSON, S., 1967. Psychiatric disturbances of Holocaust survivors. *Israel Annales of Psychiatric and Related Disciplines.* 5.96-98.
-, 1980. Transgenerational Transmission in the Families of Holocaust Survivors. *International Journal of Family Psychiatry.* 1. 95-112.
ERŐS, F. - KOVÁCS, A., - LÉVAI, K., 1985. Hogyan tudtam meg, hogy zsidó vagyok? *Medvetánc.* 2-3.129-144.
KERTÉSZ IMRE, 1989. Kaddis a meg nem született gyermekért. *Kortárs.* XXXIII. 11.9-46., 12. 46-79.
KESTENBERG, JUDITH, 1974. Kinder von Nazi-Verfolgten. *Psyche.* 28. 3. 249-265.
KLEIN, H., 1971. Families of survivors in the kibbutz: Psychological Studies. In: *Psychic Traumatization.* H. Krystal and W. G. Niederland szerk. Boston: Little Brown and Co.
KRYSTAL, H.-NIEDERLAND, W. G., 1968. Clinical observation on the survivor syndrome. In. *Massive Psychic Trauma.* H. Krystal szerk. New York: International Universities Press.
Loo, P.-DAMERON, J. F.-SABA, S., 1974. La Pathologie de l'Emotion et son Expression organique. Psychoses, névroses, maladies psychosomatique. *La Revue de Médicine.* 15. 963-967.
MÉSZÁROS JUDIT, 1990. A társadalmi elfojtások megjelenése a pszichoanalízisben. *Thalassa.* 1.1.131-138.
MEYER, K.-GELLHORN, A.-PRUDDEN, J. F.-LEHMANN, W. L.-STEINBERG, A., 1948. Lyzozyme Activity in Ulcerative Alimentary Disease II. In Chronic Ulcerative Colitis. *American Journal of Medicine.* 5.498.
NIEDERLAND, W. G., 1964. Psychiatric disorders among persecutions victims. A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after effects. *Journal ofNeruous and Mentái Diseases.* 139. 458-474.
RAKOFF, V.-SIGAL, J.-EPSTEIN, N. B., 1966. Children and Families of concentration camp survivors. *Canada's Mental Health.* 14. 24-26.
RUSSEL, A., 1974. Late psychological consequences in concentration camp survivor families. *American Journal of Orthopsychiatry.* 44. 611-619.
SEGALL, A., 1971. Spätreaktion auf Konzentrationslagererlebnisses. E. Klett szerk. *Psyche.* 3. 225.
SIGAL, J. J., 1971. Second generation effects of massive psychic trauma. In: *Psychic Traumatization.* H. Krystal and W. G. Niederland szerk. Boston: Little Brown and Co.
SIGAL, J. J.-SILVER, D.-RAKOFF, V.-ELLIN, B., 1973. Some second generation effects of the Nazi persecution. *American Journal of Orthopsychiatry.* 43. 320-328.
SLIPP, S., 1979. The children of survivors of Nazi concentration camps. L. R. Wolberg and M. L. Aronson szerk. *Group Therapy.*
VÁRNAI GYÖRGY, 1989. Gondolatok az ileitis terminális patogeneziséről. *Psychiatria Hungarica.* IV/2.129-138.
-, 1990. Az úgynevezett pszichogén fájdalomról. *Orvosképzés.* 65. 95-105.

-, 1991. Egy ileitis regionalis hátterében meghúzódó patogén anya-gyermek kapcsolat. (Személyiségjegyek és vegetatív idegrendszer.) *Magyar Pszichológiai Szemle.* XLIX. 5-6. 548-560.

VIRÁG TERÉZ, 1984. Children of the Holocaust and their children's Children. Working-through current trauma in the psychotherapeutic process. *Dynamic Psychotherapy.* Brunner/Mazel. 2.1.47-60.