

Könyves Mirtill Noémi
**A trauma-tudatos szemlélet fontossága
a szociális munka gyakorlatában**

BEVEZETÉS

Napjainkban számos olyan gyermek és felnőtt él egyaránt, akik szocializációjuk során, valamint élettörténetükben traumákon mentek keresztül. A trauma, – és legfőképpen a gyermekkorban átélt trauma - amely nem került feldolgozásra, a személyiséget és annak fejlődését jelentősen befolyásolja. Kutatásokból kiderült, hogy a fejlődés alatt átélt trauma és az ártalmas gyermekkori tapasztalat kiemelkedően fontos a lelki és testi egészség szempontjából, amelyet mostanra egyre több állami- és magán-szférában tevékenykedő szervezet is figyelembe vesz (Perry és Szalavitz, 2017). A szociális szakemberek munkájuk során rengeteg traumatizált gyermekkel, felnőttel, családdal találkoznak és rendkívül fontosnak tartom, hogy tisztában legyünk ezen tényezők jelentőségével és a közös munka során kiemelkedő figyelmet szenteljünk ennek. Amerikában évek óta foglalkoznak bizonyos államokban a trauma-tudatos szemléletet figyelembevevő rendszer kialakításával. Az elmélet gyakorlatban történő megvalósulásához bizonyos változtatásokra van szükség a szociális rendszerben, amely változásokról többek között az angol nyelvű Gyermekjóléti Trauma Tréning Eszköztárban (Child Welfare Trauma Training Toolkit, 2013) olvashatunk (Bányai, 2016).

Szociális munkásként egyik elsődleges célunk, nem csak a gyermekek és családjaik fizikai biztonságáról és elhelyezéséről való gondoskodás, sokkal inkább érzelmi, kognitív képességeiknek és társadalomba való beilleszkedésüknek támogatása, életútjuknak normál mederbe való terelése. Fontos tisztában lennünk a trauma következményeivel és kezelésének lehetőségeivel és beépítenünk ezt jelenlegi gyermekvédelmi és szociális rendszerünkbe, hogy immár az elsődleges kérdés a kliensekkel kapcsolatban ne az legyen, hogy mi a probléma vele, hanem hogy mi történt vele élete során. Ez a szemléletváltás alapjaiban határozhatja meg a gyermekekkel és családjaikkal való közös munka eredményességét és ezzel együtt a szakember motivációját, szakmabeli sikerességét. Szakdolgozótom célja tehát, hogy ezekre az összefüggésekre rámutasson, valamint

valamelyest feltérképezze a jelenlegi személelmódot, a szociális szakemberek hozzáállását és felvázolja a fejlődési lehetőségeket.

A TRAUMA FOGALMA

A trauma kifejezés a hétköznapi ember számára sem ismeretlen, sőt igen gyakran használt fogalom. Általában minden olyan eseményt, amely az egyén számára pszichésen megterhelő, nehézségekkel járó, nyugtalanító vagy félelemkeltő, traumaként értelmezzük. Ilyen lehet például a válás, bizonyos gyermekkori események, balesetek, amelyek mindegyike lehet valóban traumatizáló élmény, azonban fontos, hogy meghatározzuk mit is nevezhetünk/ nevezünk traumának.

A trauma kifejezés nem új keletű fogalom, kezdetben az orvostudomány használta különböző fizikai sérülések leírására és használja mind a mai napig is (Pohárnok és Lénárd, 2015). A pszichológia szótárába leginkább a XX. század történései által szivárgott be és vált igazán jelentőssé. A két világháború, a különböző terrorcselekmények, a megfélemlítések valamint a holokauszt, mind olyan kollektív traumák, amelyek nem csupán pszichológiai, hanem történelmi, társadalomtudományi, irodalomtudományi, filozófiai jelentőséggel is bírnak. Mindezen kutatási területek hozzájárultak ahhoz, hogy felszínre kerüljön a traumatikus események lélektani utóélete, valamint az igénye és szükségessége a traumatizálódott egyének és közösségek segítésének. Ezen események továbbá közelebb juttatták/juttatják a kutatókat a trauma lélektanának megértéséhez (Pintér, 2013). Fontos vizsgálnunk az olyan faktorokat, mint a traumatizáló esemény minősége, erőssége, az egész szervezetre kiterjedő hatása, azonban a legfontosabbak az egyéni megküzdési stratégiák és kapacitások. Juliet Mitchell, pszichoanalitikus röviden, azonban lényegre törően, így fogalmazza meg a trauma természetét (Pohárnok és Lénárd, 2015): *„A trauma – legyen fizikai vagy pszichikai természetű – valamely védőréteg olyan mérvű sérülése, hogy az már nem kezelhető azokkal a mechanizmusokkal, amelyekkel a fájdalmat és a veszteséget általában kezelni szoktuk. A sérülés annyira súlyos, hogy még ha számítunk is az esemény bekövetkezésére, a hatást akkor sem lehet megjósolni”* (Pohárnok és Lénárd, 2015., 221.o.; Mitchell, 1999., 1.o.). Mai tudástárunk szerint megkülönböztetünk kritikus eseményt, krízist, stresszt, negatív életeseményt, valamint traumát, amely helyzetek és állapotok eltérő beavatkozást, bánásmódot igényelnek, ezért segítő szakemberként különösen fontos tisztában

lennünk ezekkel a fogalmakkal és sajátosságaikkal, hogy megfelelő segítséget tudjunk nyújtani klienseinknek (Szemán és Szabó, 2017).

A TRAUMA LÉLEKTANA

A traumák típusai

Az egyének alapvető szükséglete az önmaguk és környezetük feletti kontroll gyakorlása, hiszen ez ad lehetőséget egy adott helyzet kimenetelének felmérésére, az események irányítására, a stressz csökkentésére (Mogyorósi-Révész, 2019). A trauma egyik elsődleges tulajdonsága ezzel szemben, hogy az azt átélő egyén testi és lelki integritását egyaránt súlyosan fenyegető eseményről van szó. A hétköznapi veszélyhelyzettel ellentétben - amelyre evolúciósan kialakult, jól működő és fejlett válaszokkal tudunk reagálni, mint például az éberség fokozódása, a pulzusszám megemelkedése és minden egyéb fiziológiai változás, amely felkészíti a testet a megküzdésre avagy a menekülésre – a traumás reakciók akkor jönnek létre, amikor az egyén korábban bevált stratégiái a feszültség csökkentésére és a probléma megoldására kudarcot vallanak. A szervezet túlterheltté válik, egyensúlya megbomlik és olyan szubjektív élmények kerítik hatalmába, mint a tehetetlenség, kiszolgáltatottság, fájdalom, zavartottság, fenyegetettség érzése. Ezen élmények befolyásolják az ideg- és hormonális rendszer működését is, amelynek következtében maradandó és jelentős változásokat tapasztalhatunk az emlékezet, a gondolkodás és az aktivitási szint terén. Az egyéni különbségeket hangsúlyozva, megkülönböztethetünk:

- akcidentális eseményeket: baleset, természeti katasztrófa, stb.
- ismétlődő eseményeket: bullying, szexuális abúzus, családon belüli erőszak, stb.

Ahhoz, hogy felmérjük, hogy az adott esemény vagy eseménysorozat az egyén számára traumatizáló-e, fontos feltérképeznünk megküzdési stratégiáit és egyéni életútját (Pohárnok és Lénárd, 2015).

A trauma hatása a gyermekek fejlődésére

Mindezek mellett fontos tisztában lennünk azzal, hogy a trauma átélésének időpontja éppolyan fontos, mint az esemény jellege. A felnőtt és gyermekkorban elszenvedett trauma közötti elsődleges különbség, hogy míg felnőttkorban a traumatikus élmény már egy strukturált, felépített

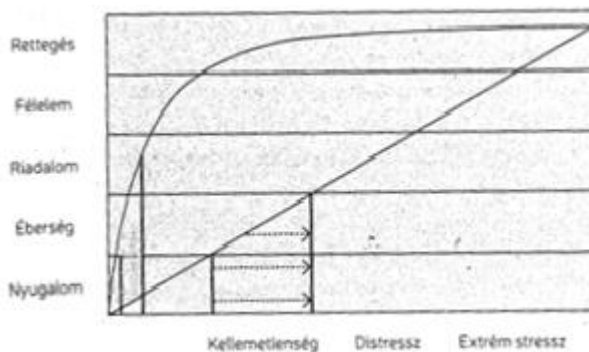
személyiséget rombol, addig a gyermekkori, éppen a személyiségépülés folyamatában fejt ki hatását (Perry és Szalavitz, 2017).

Stressz-válasz rendszerünk folyamatosan készenlétben áll testünkben, hogy azonnal és gyorsan reagáljon bizonyos stresszhelyzetekre attól függően, hogy a kiváltó inger milyen hosszan áll fenn, mennyire intenzív és fenyegető. Amikor a legfenyegetettebben érezzük magunkat, aktiválódik a „küzdj vagy fuss” reakció, ennek következtében pedig számos fiziológiai változás megy végbe testünkben: a pulzusunk felgyorsul, pupillánk kitágul, zsír és glikogén szabadul fel az izommunkához és a helyzet szempontjából lényegtelen érzések, mint például az éhség, fáradtság vagy a fájdalom gátlás alá kerülnek, mind az életben maradásunkat segítve. Idegpályáink képesek változni annak függvényében, hogy milyen gyakran, milyen hosszan és mennyire erőteljes ingert vesznek fel, és hosszantartó stressz hatására – például egy bántalmazó, elhanyagoló közegben – az egyensúly megbillenhet, így ahelyett, hogy csak veszélyeztető helyzetekben félnénk és szorongnánk, ez az állapot fennáll normál körülmények között is. Ezt a jelenséget szenzitizációnak nevezik (Perry és Szalavitz, 2017). Vizsgáljuk meg ezt Bruce Perry példáján keresztül: egy 8 éves kisfiú élete egészen eddig a normális kerékvágásban zajlott, mígnem a szülei a válás mellett döntöttek, bár ez megterhelő számára, a szülők jól kezelik a helyzetet, így a gyermek képes átvészelni ezt az időszakot. Egy nap az édesanyjának új párja lesz, mivel ez szokatlan, feszültséget kelt benne és váratlanul a férfi a vacsoránál fel is emeli a hangját vele szemben. Az utasítások és a parancsolgatások hamarosan mindennapossá válnak, mígnem az új férfi az édesanyjával szemben is agresszívvá válik, bántalmazza őt és édesanyját is. A sorozatos események hatására a fiú stressz-válasz rendszerének nincs ideje normalizálódni, az alapállapot az állandó félelem lesz, a kiszámíthatatlan jövő miatt, stressz szintje megnövekszik, így olyan dolgok is felzaklatják őt, amelyekkel korábban könnyen megbirkózott (Perry, 2016).

Az ábrán a stresszre adott reakciók két fajtáját vizsgálhatjuk meg szemléletesebben (1. ábra). Míg az egyenes vonal a neurotipikus egyén reakcióit mutatja be, addig a görbe a szenzitizáltét. Láthatjuk, hogy normál esetben az ingerültség, stressz szintje egyenesen arányos az azt kiváltó ingerével, az agy a helyzet súlyosságától függően megfelelő választ ad. Ezzel ellentétben a másik vonalon jelentős változást tapasztalhatunk már kisebb kellemetlenség esetén is, bár a helyzet nem kívánja meg, a túlé-

zékeny agy az egyén védelmének érdekében irreálisan, túlzottan hevesen reagál. Ez a mechanizmus a gyermek fejlődését gátolja és lehetetlenné teszi az új élmények megfelelő feldolgozását még abban az esetben is, ha az élmény pozitív, fejlesztő hatású. Következésképpen beszűkül a fejlődési ablak (amelyet az ábra nyilakkal jelöl), ami azt jelenti, hogy a tanuláshoz szükséges inger mennyiség - amely normál esetben annyi újdonságot tartalmaz, hogy ne járjon túlzott feszültséggel, csupán a komfortzónájából billentse ki az egyént – is képes a nyugalom állapotából a félelem állapotába juttatni a gyermeket rövid idő alatt (Perry és Szalavitz, 2017).

2. ábra
Stresszre adott reakciók



(Perry és Szalavitz, 2017., 343. o.)

A fejlődő agyat érő ingerek által a gyermek elsajátíthatja egész életét meghatározó készségeit és az emberi kapcsolatait befolyásoló alapvető tapasztalatait, ezért az ebben az időszakban bekövetkező trauma hatalmas károkat tud okozni. Egy közel 10.000 fő bevonásával készült kutatás azt bizonyította, hogy a gyermekkorban elszenvedett traumák erős összefüggéseket mutatnak a DSM-IV diagnosztikai rendszerben meghatározott bizonyos zavarokkal, azt találták, hogy a gyermekkorban kialakult mentális betegségek 44,6 százaléka, míg az idősebb korban kialakult zavarok 25,9-32,0 százaléka vezethető vissza valamely ártalmas gyermekkori tapasztalatra (Perry és Szalavitz, 2017).

A traumára adott válaszok és következményeik

Akár felnőtttről, akár gyermekről legyen szó, a traumára adott válaszok az egyénnél biológiai szinten is megjelennek. Elsősorban két szélsőséges formáját tudjuk megkülönböztetni. A hyperarousal egy aktív reakció,

amely következtében beindul a szimpatikus idegrendszer fokozott aktivítása és folyamatos ébersége, ami a fenyegetettség mértékétől függetlenül extrém mértékben reagál. A disszociáció ezzel szemben egy passzív elvonulási folyamat, amelyet felhasználva a traumatizált személy kapcsolata megszűnik a külvilággal, szélsőséges esetben akár ájuláshoz, eszméletvesztéshez is vezethet (Perry és Szalavitz, 2017). Bruce Perry egy kezelt páciense így jellemezte disszociatív állapotát: *„Lassanként ez a hely lett az én saját menedékem. Amikor arra gondoltam, hogy elmegyek oda, hogy ott maradok, biztonságban éreztem magamat. Senki nem tudta, hol van ez a hely. Oda senki nem tudott követni. Ott senki nem tudott bántani. ... Amikor ott voltam, úgy éreztem, repülni is tudnék. Aztán elkezdtem azt képzelni, hogy madár vagyok, holló. ... Azoknak, mármint a rosszaknak, én voltam maga a Fekete Halál”*(Perry és Szalavitz, 2017., 237-238.o.). Mindkét lehetőség olyan adaptív válasz, amely egy megterhelő helyzetben túlélésünket szolgálja, hosszútávon azonban komoly zavarokat okozhatnak a pszichés működéskben. Megfigyelések alapján megállapították, hogy az egyén minél fiatalabb, kiszolgáltatottabb, tehetetlenebb, annál valószínűbb, hogy a trauma disszociatív reakciókat fog kiváltani, továbbá általánosságban elmondható, hogy míg a nőkre a disszociatív, addig a férfiakra a hyperaorusal válaszrepertoár jellemzőbb (Pohárnok és Lénárd, 2015). A traumatikus élmény ezáltal egy meghatározó faktor a mentálhigiénés egészségügyben is. A trauma-túlélők leggyakrabban a borderline személyiségzavar, szomatizációs zavar valamint a multiplex személyiségzavar diagnózist kapják (Herman, 2019).

A traumára adott negatív válaszok társas szinten is jelentkeznek. A traumatikus esemény hatására az áldozatok legalapvetőbb emberi kapcsolataikat, istenbe vagy más természeti rendbe vetett hitüket, hiedelemrendszerüket kérdőjelezhetik meg, amely aláássa a biztonságos világról, énjük pozitív értékéről kialakított elképzelésüket. A túlélő ezáltal egyszerre idegenül el az őt körülvevőktől és vágyik csillapíthatatlanul közelségükre és segítségükre. A traumatikus élmények emberi kapcsolatokban történő rombolása elkerülhetetlen, azonban az egyén környezetének lehetősége van befolyásolni a trauma hatásának végkimenetelét. Annak függvényében, hogy a másoktól érkező inger támogató, avagy ellenséges, az enyhítheti vagy súlyosbíthatja is azt. A túlélő családjának, partnerének, barátainak jelzése, hogy biztonságban van és megvédi őt, elősegítheti a bizalom újjaalakulását. A trauma elszenvedője retteg az egyedüllétől és

egy nyugalmat, biztonságot adó személy közelségére vágyik. Háborús veteránokkal foglalkozó pszichiáterek azt találták, hogy a fronton harcoló katonák jobban félnek az egymástól való elszakadástól még a halálnál is, ezért ha elszakítják őket egységüktől az nagymértékben súlyosbítja a traumatizálódás tüneteit. Bizonyos esetekben – például nemi erőszak áldozatainál – előfordul, hogy a túlbuzgó és érzelmektől túlfűtött barátok, családtagok reakciói olykor háttérbe szorítják a túlélő valódi problémáját, igyekeznek átvenni felette az irányítást, amely további traumákhoz vezethet (Herman, 2019).

POSZTTTRAUMÁS STRESSZ SZINDRÓMA

Tünetei és következményei

A PTSD (post-traumatic stress disorder), azaz a poszttraumás stressz szindróma 1980-ban került be a DSM-III diagnosztikai rendszerébe, azonban kezdetben csak a háborút megélt veteránok tünetegyüttesét jellemezték vele. Később különböző kutatások rávilágítottak, hogy a tünetek olyan egyéneknél is megjelenhetnek, akiknél a traumatikus élmény csupán néhány óráig vagy percig állt fent (például nemi erőszak áldozatai, életveszélyes baleset átélői vagy szemtanúi, természeti katasztrófák túlélői, stb.), utóhatásai azonban évekkel vagy évtizedekkel később is érezhetők. Mai becslések szerint a zavar az amerikai lakosság körülbelül 7 százalékát érinti. A PTSD egy, a traumára adott hosszú távú pszichológiai válasz, amely folyamatos emléketörések, alvászavar, szorongás és a valóságészlelés zavarai útján jelentkezik (Perry és Szalavitz, 2017). Ezen tünetek befolyásolják az egyén emlékezetét, kognitív képességeit, tudatának integrált működését. Az intruzív emlékek következtében állandósul a fenyegetettség érzése és a történések bejósolására tett kontrolltörekvések, amelyek általában irreális és diszfunkcionális alapokra épülnek. A folyamatos próbálkozások állandó fiziológiai és pszichológiai éberséget eredményeznek, ennek következtében pedig megjelenhetnek komorbid zavarok, mint például a depresszió, szorongás, szerhasználat (Kerekes, 2015).

A trauma az egyén számára nem tekinthető múltbéli eseménynek, emlékeik nem konzisztensek többé és idővel akár súlyosbodhatnak is, ezáltal a trauma és annak minden következménye jelen idejű élménnyé

válik. A PTSD egy meghatározó rizikófaktora a halállal való szembenézés. Bár a halállal kapcsolatos szorongást bizonyos mértékig mindannyian átéljük, a traumán átesett emberek közvetlen közelről tapasztalják meg a halandóságot és sérthetőséget, amelyek élő képekként és érzetekként a mindennapjaik részévé válnak. Ez a folyamat megakadályozza a fejlődést, növekedést, azonosulást és integrálást (Kerekes, 2015). A kialakult poszttraumás stressz szindróma állapotában az egyén olyan egymással ellentétben álló pszichológiai állapotokkal és azok váltakozó ritmusával szembesül, mint a tompultság és az emlékbetörések, amelyek mindegyike akadályozza a traumatikus élmény személyiségbe való integrálódását. Bár az ezen állapotok váltakozását az egyensúlyra való törekvésként is értelmezhetjük, a túlélő valójában a végletek és szélsőségek csapdájában rekedt. Az idő múlásával a traumához kapcsolható tünetek enyhülhetnek, azonban az arra emlékeztető jelek és szituációk bármikor ismét előhozhatják azokat (Herman, 2019).

A kialakulásában szerepet játszó tényezők

A poszttraumás stressz szindróma kialakulása és fennmaradása egy komplex folyamat, amelyben nem csak maga a trauma átélése játszik szerepet. Megkülönböztetünk pretraumatikus tényezőket – mindazon tulajdonságok, amelyek a trauma megjelenése előtt az egyént jellemezték és a traumától függetlenül vannak jelen – mint például az alacsony intellektus, a kisebbségi helyzet, a családban előforduló pszichiátriai kórkép, életkor, nemi identitás, alacsony szocioökonómiai státusz valamint a korábbi traumatikus élmények, peritraumatikus tényezőket - azon faktorok, amelyek a trauma átélésének időpontjában játszottak szerepet – mint a trauma intenzitása, hossza, minősége, a kezdeti érzelmi reakciók, disszociatív reakciók, kontrollvesztés, önmegadás szubjektív élménye és a biológiai stressz-válasz szabályozó folyamatok, valamint poszttraumatikus tényezőket mint a trauma következtében létrejövő biológiai változások, a félelem kondicionálásában bekövetkező változások, a kognitív változások (például gondolatok elnyomása, meggyőződés a trauma jelentésével kapcsolatban), a nem megfelelő megküzdési stratégiák és a trauma következtében kialakult tárgyilagos veszteségek (Kerekes, 2015).

A traumás tünetegyüttes kialakulásánál figyelembe kell vennünk az egyéni különbségeket és megküzdési stratégiákat, azonban le kell szögeznünk, hogy bizonyos események a személyiség struktúráját olyan szinten

rombolják, hogy senki számára nem létezik ellene hatásos védekezés. Ezen események az emberi alkalmazkodás általános képességét meghaladják, szélsőséges rettegést és tehetetlenséget hordozva magukkal, amely nem kímél egyetlen individuumot sem. Meg tudunk különböztetni olyan élményeket, amelyek valószínűsítik a pszichés károsodást, ilyen például ha az esemény fogságba ejti, felkészületlenül éri vagy végkimerülésig hajtja az egyént, továbbá ha az testi fenyegetéssel, erőszakkal párosul vagy a személy brutalitás, természetellenes halál szemtanújává válik (Herman, 2019).

GYÓGYULÁS

A gyógyulás szakaszai

A gyógyulásnak három szakaszát tudjuk megkülönböztetni, amelyek a biztonság érzetének megteremtésére irányuló szakasz, az emlékezés és a gyász szakasza, valamint a visszakapcsolódás szakasza. A különböző szakaszok nem különülnek el egymástól élesen, átjárhatóak, csupán egy folyamatos haladás vezérfonalaként szolgálnak, amelynek célja a kiszolgáltatottság és elszigeteltség érzésétől a trauma elismert emlékké válásán át, egy újra felépített társas kapcsolatrendszerig terjed. A trauma túlélőjének az intimitással, bizalommal, identitással, kezdeményezőkézséggel, autonómiával, kompetenciával kapcsolatos készségeit kell helyreállítania, amely csakis az emberi kapcsolatok tükrében képzelhető el, hiszen ezen pszichés készségek kialakulása is e kapcsolatok útján történt. Ugyanakkor az is elmondható, hogy az első és legfontosabb lépés a gyógyuláshoz vezető úton a kliens belső megerősítése, amely lehetővé teszi, hogy saját maga fogalmazza meg a felépülés iránti vágyát, valamint meghatározza annak kereteit, feltételeit (Herman, 2019).

Az első szakasz elengedhetetlen feladata a probléma megnevezése. A kliensek és családjaik számára olykor már az is megnyugvást jelenthet, ha szembesülnek az őket érintő probléma megnevezésével, információt kapnak a traumás tünetegyüttesről, a trauma következtében fellépő kapcsolati törésekről, hiszen ezek tudatában könnyebb felkészülni, elviselni és kezelni azokat. Ezen tudás birtokában az egyén elkezdheti visszavenni az irányítást saját élete felett. A szakasz fő alapelve az egyén kontrolljának és biztonságának helyreállítása (Herman, 2019).

A felépülés második szakasza ad teret a trauma történetének ismertetésére, annak teljes részletességében és mélységében. A traumás emlékek különböznek a normális emlékezettől, míg utóbbit Janet a történetmeséléshez hasonlítja, az előbbi statikus, merev és érzelmentes, amelyen nem alakít az idő múlása. A terápia feladata ezen emlékképeknek a narrációval való ellátása, kontextusba helyezése és személyiségbe való integrálása, amelynek központi eleme a traumatikus élményhez kapcsolódó érzelmek felszínre segítése. A túlélőnek szembesülnie kell a trauma okozta veszteségeivel és meg kell élnie a gyászt a későbbi elengedéshez. A második szakasz abban az esetben ér a végéhez, amikor az egyén képes a traumájára múltbéli eseményként tekinteni és készen áll jelene és jövője megélésére (Herman, 2019).

A terápia harmadik szakaszának feladata az én visszakapcsolódása a mindennapi életbe. A visszakapcsolódás szakaszában az egyén kész tervezni, aktívan bevonódni és alakítani a világ dolgait, felfedezni elvesztett ambícióit. Bár bizonyos ingerek továbbra is felszínre hozhatják a traumatikus tüneteket, a túlélők vágyanak az aktív szembefordulásra. Ennek érdekében sokan vesznek részt önvédelmi tanfolyamon, esetleg egy önsegítő szervezet által kínált terápiás jellegű vadontúrán, ahol kontrollált körülmények között szervezhetik újjá társas, fiziológiás és pszichés reakcióikat. Az egyén feladata, hogy azzá váljon, aki lenni akar, valamint megerősítse társaihoz való kötődését, azonban a saját autonómiáját megőrizve. Bár a felépülés soha sem ér a végére és a gyógyulás élethosszig tartó folyamat, a harmadik szakasz végéhez érve a túlélő hálás lesz életéért és képes lesz tevékenyen folytatni azt (Herman, 2019).

Az önsegítő csoportok szerepe

Ahhoz, hogy a túlélő képes legyen racionálisan megítélni viselkedését, helyreállítani énképét és önbecsülését, valamint leküzdeni szégyenérzetét, mások segítségére van szüksége. Fontos az egyén önmagával és a történetekkel kapcsolatos reális értékelésének kialakítása, amelynek nem eszköze sem a kegyetlen kritika, sem a naiv elfogadás. Ahhoz, hogy a túlélő igazságos világba vetett hite újjáépülhessen, szükség van a közösség nyilvános elismerésére és igazságtételére, azonban a szexuális és családon belüli bántalmazás elszenvedőiehez az intézményes igazságszolgáltatás olykor elutasítóan viszonyul. Sok esetben a túlélőknek maguknak kell

megtalálniuk azt a közösséget, ahol ezen igényük kielégülhet (Herman, 2019).

Az egyén számára a csoport lehet a biztonság, a támogatás és a megértés forrása, hiszen olyan sorstársakkal találkozhat, akik pontosan értik fájdalmát és elakadásait, valamint ő maga is képes lesz ezt viszonzni számukra. Ez a kölcsönösség az, amely a csoporttagok erejét felhasználja és táplálja is egyben, ami pedig segít integrálni a traumatikus élményeket (Herman, 2019). Egy nemi erőszakon átesett nő így beszél a csoportban megélt élményéről: *„Életem egyik fordulópontja ez a csoport. Sosem fogom elfelejteni azt a megdöbbenést, amikor ráébredtem, hogy bennem is megvan [...] az az erő, amelyet azonnal megéreztem ezekben a nőkben, akik hozzám hasonlóan túlélték ezt a borzalmat.”* (Herman, 2019., 257. o.). A csoporttagok képesek egymást megerősíteni, bátorítani, biztatni és kölcsönösen elviselni egymás érzéseit. A gyászban való osztozás mellett a nevetés és a humor is jellemzője a csoportnak, amely olykor a legfelkavaróbb érzéseket is segít feloldani (Herman, 2019).

A SZOCIÁLIS MUNKA ÉS A TRAUMA

A szociális munka és a trauma kapcsolata

A szociális munka velejárója, hogy a szakember pályafutása során rengeteg traumatizált egyénnel foglalkozik, amelyet nem szabad figyelmen kívül hagyni. Meglátásom szerint, azonban a képzés nem fektet elegendő hangsúlyt erre a problémára. Fontos tisztában lennünk azzal, hogy a kezeletlen trauma maradandó hatásai súlyos következményekkel járhatnak, mint például a szenvedélybetegségek, kriminalizáció, mentális problémák, valamint a gyermekvédelmi eljárások (Knight, 2015). Ezen felsoroláson végigtekintve megállapíthatjuk, hogy bár a traumát kezelő terápiaikhoz nem vagyunk kellően kvalifikáltak, a trauma és a szociális munka „kéz a kézben” jár, és a megfelelő segítségnyújtáshoz különösen fontos tisztában lennünk a trauma lélektanával. A traumatudatos szemléletet (trauma-informed care) megkülönböztetjük a trauma-központú terápiától (trauma-focused therapy), hiszen míg utóbbinak a trauma feldolgozása a célja, addig az előbbi a jelenben kialakult problémákkal foglalkozik, azonban azt a traumatikus élmény kontextusában látva (Levenson, 2017). A szakember kellő tudás és módszertan hiányában gyakran érezheti magát alulkvalifikáltnak a megfelelő segítség nyújtásához, amely következtében

megkérdőjelezheti saját képességeit, szakmabeli rátermettségét (Knight, 2015). Szociális szakemberként fontos tisztában lennünk bizonyos élethelyzetek (például a szegénység, kirekesztettség) és a trauma komplex hatásával az egyénnel folytatott munka során (Levenson, 2017).

A szemlélet célja

A traumatudatos szemlélet elsődleges célja, a kliensek számára egy olyan biztonságos légkör megteremtése, amelyben megtapasztalhatják a bizalmat, az egyenrangúságon alapuló együttműködést, a választás lehetőségét, valamint a saját élet feletti irányítás képességét a közös munka során, ezáltal építve ki egészséges, egymás kölcsönös tiszteletén alapuló emberi kapcsolatot. A szakembernek fel kell ismernie a traumát átélő egyének érzelmi kiszolgáltatottságát, és meg kell törnie a kliensben berögződött, destruktív interakciók dinamikáját. A szemléletet követő szociális munkások feladata, hogy elismerjék a traumák által okozott rendellenességeket a bio-pszicho-szociális fejlődésben, valamint a coping stratégiákban bekövetkezett változásokat, és a patológiák helyett az erősségekre fektessék a hangsúlyt, így kialakítva új, adaptív készségeket (Levenson, 2017). Az effajta meleg, elfogadó közeg kialakítása a traumát átélt egyénnel, a szakemberek számára különösen kihívásokkal járó, hiszen a kliensek gyakran bizalmatlanok a segítővel szemben (Knight, 2015).

A segítő kapcsolat sikeressége nagyban múlik a szociális szakember empátiájától, valamint a traumával kapcsolatos tudástárától és annak kapcsolatától a kliens jelenlegi problémáival. Számos tanulmány kimutatta, hogy a traumák átélői életük során sokszor kerülnek kapcsolatba az ellátórendszerrel, azonban az egyének ezeket a találkozásokat alkalmanként haszontalannak, olykor kifejezetten kontraproduktív hatást kiváltónak találják. A kapcsolat eredményessége továbbá attól is függ, hogy a szakember képes-e professzionális maradni a segítő kapcsolatban. Bizonyos esetekben előfordulhat, hogy a túlzott együttérzés vagy akár sajnálat következtében a kliens-segítő kapcsolat személyes kapcsolattá alakul át és a szakember olyan döntéseket hoz, melyek a szerepével összeférhetetlenek és bár átmenetileg megoldásnak látszanak, hosszútávon a kliens fejlődésében gátolják. A határoknak kliens és segítő között flexibilisnek és nyitottnak kell maradnia a változásra, annak érdekében, hogy meg tudjon felelni a megváltozott körülményeknek. Előfordulhat, hogy a traumát

átélőkkel szemben a szociális munkásnak lazítani kell ezeken a határvonalakon és elérhetőbbé kell válnia a krízisek elkerülése érdekében, azonban professzionális szerepét és felelősségtudatát nem szabad figyelmen kívül hagynia (Knight, 2015).

A szociális munka feladata

A traumatudatos személetet figyelembe vevő szociális munkának alapvetően négy feladatát tudjuk megkülönböztetni:

1. validálni a kliens tapasztalatait és érzéseit
2. segíteni a múlt történéseinek és azok érzelmi befolyásainak a jelenben való megértését
3. megerősíteni készségeiket a mindennapi élet területein
4. segíteni a megértést a trauma és a jelen élete nehézségeinek összefüggése között

Az elmélet, hogy a trauma maradandó hatásait figyelembe kell vennünk munkánk során különösen fontos, hiszen ha a szakember csak a kliens jelenben lévő problémáin igyekszik segíteni, gyakran érezheti, hogy fáradásai hasztalanok. Amennyiben képesek vagyunk a két módszert együttesen alkalmazni és segíteni a klienst alapvető képességek (például gyógyszerbevétel, álláskeresés, egy gyermek ellátása) kialakításában, önbizalommal és motivációval ruházhatjuk fel, amely jó kiinduló alapja egy terápiának (Knight, 2015).

Ha megértjük, hogy a trauma és elsősorban a korai trauma miképpen tudja befolyásolni az egyén megküzdési stratégiáit valamint a világba vetett hitét, képesek leszünk számára konstruktív modelleket mutatni érzelmeinek újraszervezéséhez, társas kapcsolataihoz, viselkedéséhez. Ehhez a trauma-tudatos személet (TIC) öt alapelvet kínál:

1. Biztonság: az szociális intézménynek már a belépés pillanatában biztonságos, meleg, elfogadó környezet érzetét kell nyújtani, azonban ami mindennél fontosabb, hogy a kliens megtapasztalja, hogy a szociális munkás nem hatóságként lép fel, és hogy egy egészséges és biztonságos interperszonális kapcsolatról van szó, amely kiszámítható, következetes valamint bántásoktól, durvaságoktól mentes.
2. Bizalom: amennyiben a kliens igényei a biztonságra, elfogadásra és a tiszteletre megértést találnak és kielégítődnak, a bizalmon alapuló segítő kapcsolat megalapozott. A félreérthetőség és a bizonytalan-

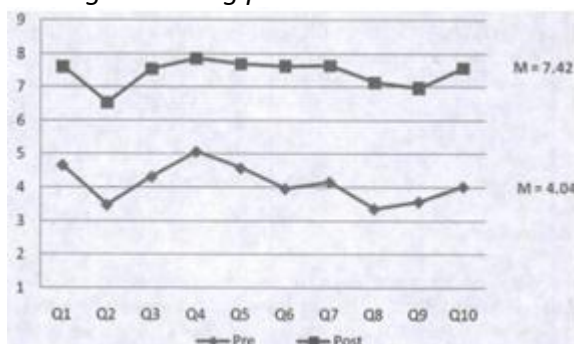
ság kizárásával a szakember segíthet a kliensnek tisztán látni mi az, amit vár az egyéntől a fejlődés érdekében és mi az, amit a kliens várhat a segítőtől, csökkentve ezzel a szorongást.

3. Választási lehetőség: ahogy a kliensek repertoárja bővül a pozitív tapasztalatok és a megküzdési stratégiák terén, úgy tudatosul bennük, hogy képesek kontrollálni saját válaszaikat, viselkedésüket, mindezt egy biztonságos és támogató közegben. Fontos, hogy a szakember tiszteletben tartsa, hogy a saját életének szakértője mindig az egyén maga és kínálja választási lehetőségeket a kliensnek, hiszen ezáltal lehet azt elérni, hogy a kliens is így gondolkodjon saját magáról.
4. Együttműködés: az előző alapelvből következik, hogy kliens és segítő egyenrangú felek. A segítőnek tiszteletben kell tartania, hogy a segítettnek joga van kérni, bizonyos dolgokat visszautasítani, kérdéseket feltenni és véleményt formálni, amellyel a kliensnek is különösen fontos tisztában lennie.
5. Képessé tétel: a valódi fejlődést azáltal vagyunk képesek elérni, hogy a patológiák helyett az erősségekre fektetjük a hangsúlyt. Gyakran a problémákra való túlzott fókuszálás miatt elhanyagoljuk a felismerés fontosságát, valamint az erősségek fejlesztését. Az áldozatból túlélővé válás alapköve az önmagunkba vetett hit, amelyet az egyén a céljai elérése és saját kompetenciáinak felismerése által tapasztalhat meg (Levenson, 2017).

A kliensek mellett a szociális munkások számára is kiemelkedően fontos, hogy tisztában legyenek a traumát figyelembe vevő eljárásokkal és bővítsék tudásukat a témakörrel kapcsolatban. Ennek alátámasztására egy példát fogok szemléltetni (2. ábra).

3. ábra

A magabiztosság pontszámának változása



(Strand és mtsai, 2014., 130. o.)

A felmérést 148 szociális munkás hallgató bevonásával végezték, akik 7 különböző felsőoktatási intézményben tanultak. Átlag életkoruk 31,4 év volt és átlagosan 1,8 év szakmai tapasztalattal rendelkeztek. A diákok számára egy traumakezeléssel kapcsolatos kurzust hirdettek. A kurzus megkezdése előtt a tanulóknak egy kérdőívet kellett kitölteniük, amelyben demográfia adatokról, korábbi tanulmányokról, traumával kapcsolatos tapasztalataikról, traumatizált egyénnel folytatott munkában lévő magabiztosságukról kérdezték őket. A kurzus elvégzése után a magabiztossággal kapcsolatos kérdéseket ismét feltették a diákoknak, az eredmények pedig szignifikáns eltérést mutattak a kurzus kezdete előtt végzett teszthez képest. A magabiztosság átlagos pontszáma (amelyet az alsó vonal jelöl) a kurzus előtt 4.04-es átlagpontszámot mutatott, amely a kurzus lezárását követő kérdőívben, ugyanazokat a kérdéseket feltéve 7.42-re növekedett. Ez a változás bizonyította a traumával kapcsolatos edukáció szükségességét a szociális munkában (Strand és mtsai, 2014).

Másodlagos traumatizáció

A szociális munkások mindezekén felül az indirekt traumatizálódás kockázatának is ki vannak téve. A megfigyelések szerint a másodlagos traumatizáció egy olyan jelenség, amely olyan esetekben fordulhat elő, amikor a traumát átélő egyén családtagjai, hozzátartozói vagy akár az egyénnel szoros kapcsolatba kerülő szakember tudomást szerez a trauma tényéről és ettől érzelmileg terheltté, a trauma indirekt elszenvedőjévé válik, amelynek a legfőbb oka a segíteni akarás stresszéből fakad. A másodlagos traumatizáció súlyosságának különböző szintjei vannak, kirívó

esetekben azonban az érintettek akár a poszttraumás stressz szindróma tüneteit is produkálhatják (Strand és mtsai, 2014). A jelenséget a gyermekkorában apja által brutálisan bántalmazott 35 éves Arthur és terapeutája példáján keresztül fogom szemléltetni: *„Arthur elmondta pszichológusának, hogy még mindig retteg az apjától, noha már 10 éve halott. Folyamatosan úgy érzi, hogy az apja figyeli őt, és a másvilágról képes irányítani. Úgy hitte, csak akkor szabadulhatna meg apja démoni hatalmától, ha kiásná testét, és egy karóval átszúrná a szívét. A terapeutának kezdtek élénk rémálmai lenni arról, hogy Arthur apjának kiásott, rothadó teteme belép a szobájába”* (Herman, 2019, 172. o.).

A jelenség prevalenciájával kapcsolatban eddig nem sok felmérés készült, egyet azonban szeretnék ismertetni. A kutatás 282 szociális munkás bevonásával készült el, akiknek átlag életkoruk 44,83 év volt és átlagban 16,15 év szakmai tapasztalattal rendelkeztek. Saját elmondásuk alapján 47,1 százalékuk dolgozik közepesen traumatizált, 34,5 százalékuk pedig többszörösen traumatizált klienskörrel. A megkérdezetteknek egy 5 pontos (soha-nagyon gyakran) skálán kellett bejelölniük, hogy mennyire jellemző rájuk egy adott tünet. Összességében elmondható, hogy a megkérdezett szociális munkások 70,2 százaléka élt át legalább egyet a felsorolt 17 tünet közül az elmúlt 7 napban, és 15,2 százalékuk válasza felelt meg a poszttraumás stressz kritériumainak. A leggyakrabban produkált tünetek a gondolatbetörések, a kliensre emlékeztető körülmények elkerülése és a dermesztő érzelmi reakciók voltak (Bride, 2007).

A traumatizált kliensekkel dolgozó szakembernek tisztában kell lennie azzal, hogy ez a saját lelki egészségére is hatással lehet. Tudatosan monitoroznia és értelmeznie kell reakcióit, máskülönben ez a klienssel és a kollégákkal való kapcsolata megromlásához vezethet. A másodlagos traumás tünetek okozta dermedtség és tehetetlenség hatására a szakember akár képességeit, tudását és szakmájába vetett hitét kérdőjelezheti meg. Esetenként a segítő, frusztrációjának csökkentésére egyfajta megmentő szerepet igyekszik felvenni és a kliense érdekképviselőjeként kezd viselkedni. A segítő kapcsolat határai akár addig is tágulhatnak, hogy éjszakánként és munkaidején kívül is kliense hívásait fogadja, ami azonban nem járul hozzá az egyén autonómiájának újraformálódásához. A professzionális és sikeres segítő kapcsolathoz fontos a szabályok lefektetése és a segítő támogatórendszere és önismerete. A másodlagos traumatizáció kritikus oka lehet a szociális szakemberek pályaelhagyá-

sának és a kiegészésnek, ezért a témában való további kutatás elengedhetetlen (Herman, 2019).

SAJÁT VIZSGÁLAT

A vizsgálat célja

Mennyire mély a szociális szakemberek tudása a traumákkal, traumatizált egyénekkal kapcsolatban? Magabiztosan tudják felismerni és kezelni azt? Vajon saját traumáik – abban az esetben, ha vannak – befolyásolják-e szakmabeli életútjukat? Kutatásom készítésekor ezen főbb kérdésekre igyekeztem választ kapni. Céлом az volt, hogy feltérképezsem a szakemberek tudásrendszerét, magabiztosságát, jelenlegi szemléletmódját és nyitottságát a téma bővebb megismerésére.

A vizsgálat módszere

A vizsgálathoz kvalitatív módszert választottam. Fontosnak tartottam a személyes jelenléteket, valamint a kérdések bővebb kifejtését, az egyéni nonverbális jelek elemzését és értelmezését, amelyhez az interjút, mint módszert találtam a legalkalmasabbnak. Az interjúk vezérfonalát egy előre megtervezett kérdéssor adta, azonban az alanyok válaszaitól függően ezek további kérdésekkel kiegészülhettek, illetve az irrelevánsnak minősült kérdések kihagyásra kerültek. Az interjú vázlatában 9 összetett kérdést fogalmaztam meg. Ezen kérdésekkel igyekeztem feltérképezni a szakemberek traumával kapcsolatos tudásrendszerét és hozzáállását valamint, hogy véleményük szerint mennyire releváns ez a témakör a szociális munka gyakorlatában. Kitértem a másodlagos traumatizációra, az ezzel kapcsolatos tudásra és tapasztalatokra, valamint az esetleges óvó tényezőkre. Továbbá érdeklődtem, hogy a szakemberek fontosnak tartják, igénylik-e tudásuk bővítését a témakörben.

A vizsgálati minta

Kutatásomban 8 szociális szakembert szólaltattam meg a témában. Fontosnak tartottam, hogy a szakemberek a szociális munka lehető legtöbb területéről vegyenek részt a vizsgálatban, ezzel téve azt reprezentatívabbá. Az interjúalanyok Hajléktalanok Átmeneti Szállásán, Családok és Gyermek Átmeneti Otthonában, Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthonában, Család és Gyermekjóléti Központban, valamint Idősek Ott-

honában szerezték tapasztalataikat. A válaszadók mindegyike nő volt, életkoruk 30 és 55 év közé tehető, a pályakezdőtől a szakmai vezetőig.

A vizsgálat menete

Az interjúk minden esetben a szakdolgozat és a kutatás témájának rövid bemutatásával kezdődtek, valamint biztosítottam a válaszadókat az anonimitásról és az elhangzottak bizalmas kezeléséről. Az alkalmak átlagosan 15-20 percig tartottak, amelyhez igyekeztem a legnyugodtabb és elrendezésében alkalmas környezetet biztosítani. Átlagosan elmondható, hogy a felkért szociális munkások fele fogadta el az interjún való részvételt, előfordult, hogy a téma ismertetése után nem kaptam választ megkeresésemre vagy a kérdések elhangzása után visszakozott a szakember. A megvalósult interjúk alanyainak felajánlottam az elkészült dolgozatot elolvasásra, amennyiben igényt tartanak rá.

Interjúk elemzése

A megkérdezett szociális szakemberek mindegyike (8 fő) hallott már a trauma kifejezésről, találkozott már vele tanulmányai során, azonban értelmezéseik eltérőek. Összességében elmondható, hogy a válaszadók általánosságban (6 fő) a köznyelvi értelemben használják a trauma kifejezést, és minden negatív életeseményt, pszichésen megterhelő történetet traumatikus élményként azonosítanak, leírásaik olykor a krízisre emlékeztetnek. Egy megkérdezett így fogalmazta meg, hogy melyek azok, amelyek traumatikus élménynek tart: *„Bármí, amí azt az adott embert váratlanul érinti, mélyen érinti, illetve nem tudja megoldani, vagy pedig belekerül egy olyan élethelyzetbe, amiből kimondva- kimondatlanul saját maga is látja, hogy nem talál kiutat [...]”*. A traumatikus élmény érzelmi töltetét és hosszútávú hatásait egy olyan interjúalany tudta legátütőbben megfogalmazni, aki maga is traumatizálódott: *„Csecsemőkortól felnőtt koromig elkísértek a következményei. Anyai oldalról alkoholizmus, érzelmi elhanyagolás, gondoskodás hiánya, apai oldalról érzelmi bántalmazás, szexuális zaklatás, majd a kettőt összetéve az intimitás hiánya, nevelés elhanyagolása volt jellemző. A következményei nagyon súlyos terheket okoztak, kezdve a szeretet hiányától, a kapcsolatok kialakításának súlyos hiányosságain túl, a saját gyermek felnevelésének hiányosságain és a párkapcsolat kialakítás nehézségein keresztül az evészavarig, gyakorlatilag végtelen lehet a lista. [...] Bántalmazó kapcsolatból való kilépésre kép-*

telenség. Szemkontaktus kerülése, a szégyenérzet és a bűntudat miatt. Kéztartásnál általában tenyérizzadás, és morzsolgatás. Kényszeres nevetést hirtelen felváltja a sírás”.

A válaszadók saját bevallásuk alapján kivétel nélkül (8 fő) találkoznak munkájuk során traumatizált egyénnel, sőt többen megemlítik, hogy véleményük szerint csak azzal találkoznak. Az interjúalanyok tapasztalatai alapján ezek az egyének feszültebbek, ingerlékenyebbek, érzékenyebbek, támogatásra, segítségre szorúlnak, képtelenek a változásra, nehézséget okoznak számukra a mindennapi élet feladatai, bizalmatlannak, szélsőségesek. Bár az eltérő trauma-elképzelések tükrében ez nehezen értelmezhető, azt mindenképpen elmondhatjuk, hogy ezen felsorolt tapasztalások mindegyike komoly pszichés és emocionális megterhelést jelent a segítő számára. A megkérdezettek nagyjából fele (5 fő) nyilatkozott arról, hogy a trauma ténye megváltoztatja hozzáállásukat az esettel kapcsolatban, egy interjúalany így beszélt erről: *„Igen, mert akkor már jobban tudja az ember, hogy hogy kezdjen neki a segítségnyújtásnak. Ha nem tudod a dolgok hátterét, hogy mi is történt vagy mi miért van, akkor lehet, hogy esetleg félreinformált vagy és nem a megfelelő módon próbálsz meg segíteni. Ha már tudod, hogy mi volt a probléma, mi is történhetett vagy mivel tudott nehezen vagy egyáltalán nem megküzdni, akkor azon a területen tudod egy kicsit erősíteni [...]”.* Azok, akiknek hozzáállását nem változtatja meg a trauma ténye (3 fő) azzal indokolták válaszukat, hogy tisztában vannak, hogy *„várhatóan milyen esetek érkeznek”* és, hogy próbálják a problémák megoldására az eddig bevált módszereket alkalmazni. A válaszadók (8 fő) arról számoltak be mindezek mellett, hogy nem rendelkeznek kidolgozott eszközökkel arra az esetre, ha traumatizált klienssel találkoznak, ennek indoklására pedig az egyéni különbségeket hangsúlyozták: *„[...] mert minden eset más, én azért nem tartom a sablon dolgokat, mert nem lehet ugyanazt a vizes lepedőt ráhúzni mindenkire, mindenkire más út vezet. Amit itt is tapasztalunk, hogy minden család más és másként lehet közelíteni hozzá”.* Az interjúalanyok a kezelés fontos részeként megemlítették a magabiztosságot, a türelmet, a tiszteletet, az értő odafigyelést, a toleranciát, valamint a bizalmat, amely minden interjúban valamilyen formában megjelent. Megfigyelhető, hogy bizonyos szakemberek ösztönösen nyúlnak a megfelelő eszköz felé, amely feltehetően a segítő személyiség sajátosságából fakad, ezt két példával szemléltetem, egy pályakezdő segítő így beszélt erről: *„Én még csak pár*

hónapja dolgozom itt, a főiskolai tanulmányaimat sem fejeztem még be, tehát úgy érzem, hogy nem vagyok kompetens még a mélyebb traumák kezelésére. Én gyerekekkel dolgozom és az a feladatom, hogy az ő mindennapjaikat színesítsem, segítsem. A pillanatnyi problémákat szeretettel, egy-egy öleléssel, odafigyeléssel próbálom orvosolni”. A következő példa jól ábrázolja a kliens autonómiájának és szabad választásának tiszteletét: „[...] próbálom a saját megküzdési módszereimet kínálni, és megadni annak a lehetőségét, hogy a kliens döntse el annak hatékonyságát az ő problémájára nézve”. Mindezek mellett összefüggés látszik, a szakmabeli tapasztaltság és a traumatizált kliensekkel való magabiztos munkavégzés között, több válaszadó is kitért arra, hogy eszközeiket tapasztalásaik útján szerezték vagy egy tapasztalt kolléga útmutatásai során. Előfordult, hogy a megkérdezett szakember tisztában volt a trauma fogalmával, az azt kiváltó eseményekkel és következményeivel, azonban nem érezte kompetensnek magát a segítségre, ez bizonyos mértékben igaz, azonban a trauma-tudatos szemlélet erre kínál segítséget és eszközöket, amelyeket felhasználva a szociális szakember is bekapcsolódhat a gyógyulás folyamatába.

A megkérdezett szociális munkások általánosságban nem (4 fő) vagy csak részben (2 fő) voltak tisztában a másodlagos traumatizáció fogalmával, valamint nagyon különböző elképzeléseik voltak annak jelentésével kapcsolatban. Míg valaki úgy értelmezte a fogalmat, hogy *„hogya valaki már átélt egy bizonyos szituációt, és azt a szituációt újra éli”* addig más eképpen: *„amikor megérint a kliens traumája, mert hasonló traumán mentem én is keresztül, így ismét átélem a sajátomat”*. Az utóbbi válaszadó - bár próbáltam helyesbíteni elképzelésén – a következő kérdésnél (Tapasztalta a másodlagos traumatizáció tüneteit Önmagán pályája során?) sem tudott elvonatkoztatni ettől az értelmezéstől, válaszát így fogalmazta meg: *„Az egyik klienssel folytatott segítő beszélgetés után, nem várt reakciója, az ölelés okozott nekem másodlagos traumatizációt. Engem soha nem öleltek meg a szüleim, sőt a nagyszüleim sem. Teljesen átéreztem, amit a kliens várt volna tőlem, hogy öleljem meg, mert akkor ott arra volt szüksége. Ami bennem lejátszódott akkor, szégyenérzet [...]. Nekem a mai napig hiányzik az érintés, az intimitás az életemből. Minden segítség alkalmával vágyom arra, hogy megöleljem a klienst, de nézmem kell, hogy neki mi az igénye”*. Ez a probléma további kérdéseket vet fel és akár egy másik kutatás vezérfonalául is szolgálhatna. Egy másik kérdezett

így írta le másodlagos traumatizációval kapcsolatos tapasztalatait: *„Leginkább szorongásos tüneteket tapasztalok magamon. Elkezd izzadni a tenyerem, szaporábban ver a szívem, nem tudok rendesen beszélni. Azután még otthon is napokig foglalkoztat az eset, sokat gondolok rá, nem tudok rendesen aludni, koncentrálni a dolgokra.[...] Sajnos előfordult ilyen és abban az esetben kevésbé voltam hiteles, és kevésbé láttam reálisan a dolgokat”*. Mindezek mellett a megkérdezett szakemberek többsége (6 fő) nem tapasztalta a másodlagos traumatizáció tüneteit önmagán, ezen válaszadók az óvó tényezők közé sorolták a tapasztalatot, a humort, a támogató munkahelyi légkört, valamint a különböző szupervíziós foglalkozásokat.

A megkérdezett szakemberek általánosságban (7 fő) fontosnak tartanak a traumával kapcsolatos ismereteik bővítését, mert elmondásuk alapján ez hozzájárulna magabiztosságukhoz és sikerességükhöz.

ÖSSZEGZÉS

Összességében elmondható, hogy az interjúalanyok válaszai alapján sikerült valamelyest képet kapnom a témával kapcsolatban, azonban nem csak ez, ami beszédes volt számomra. A felkért szakemberek közül csupán néhányan vállalkoztak arra, hogy válaszoljanak a témában, előfordult, hogy a kérdések ismertetése után a segítő „nem érezte kompetensnek” magát a válaszadásra, amely ennek következményeként meghíúsult. Bár nem vonhatok le messzemenő következtetéseket ez alapján, elképzelhető, hogy a szakemberek kellemetlennek érezték a témában való válaszadást, esetleg tudásuk tesztelését látták benne.

A válaszok alapján kirajzolódik, hogy a szociális szakemberek tudása a traumával és a traumatizációval kapcsolatban kissé töredezett és olykor helyreigazításra szorul. Az egyértelműen traumatikusnak tekinthető élmények, és a traumatizált személyiség jegyeinek meghatározásában megjelent a magabiztosság hiánya, sok esetben a kliensek jelenlegi életében megjelenő kríziseket és problémákat ítélték meg traumaként, nem pedig az azt kiváltó okokat. Mindezek mellett a segítők pozitív hozzáállása és segíteni akarása is megmutatkozott a válaszokban, valamint az a hihetetlen képesség, ahogy ösztönösen találják meg a megfelelő eszközöket a kliensekkel való munkához. Megállapítható, hogy a tapasztaltság, egy ideális vezető, a támogató munkahelyi légkör és a szupervízió mind a

szakember sikerességéhez, mind mentális egészségéhez hozzájárul. Véleményem szerint, fontos lenne egy olyan traumával kapcsolatos továbbképzés minden szociális szakember számára, ahol átfogó képet kaphatnának a témával kapcsolatban, megismerhetnék a kutatási eredményeket és a trauma-tudatos szemléletet, ezáltal beépítve azt szakmai személyiségükbe.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bányai, E. (2016). *A trauma szerepe a gyermekvédelemben*. Letöltés dátuma: 2020. 05. 15., forrás: <https://ojs.lib.unideb.hu/parbeszed/article/download/5897/5514>
- Bride, B. E. (2007). Prevalance of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work; ProQuest Psychology Journals* .
- Herman, J. (2019). *Trauma és gyógyulás*. Budapest: Háttér Kiadó.
- Kerekes, Z. (2015.). A poszttraumás stressz In: *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány.
- Knight, C. (2014). Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Springer Science+Business Media New York* .
- Levenson, J. (2017). Trauma-Informed Social Work Practice. *Social Work Advance Access*.
- Mitchell, J. (1999.). Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thassala* , 2-3. 61–82. .
- Mogyorósy-Révész, Z. (2019). Érzelmi regulációs változások krízisben és traumában - a helyreállítást segítő, pszichológiai tanácsadás során alkalmazható módszerek és gyakorlatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* , 267–298.
- Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2017). *A ketrecbe zárt fiú*. Park Könyvkiadó.
- Perry, B. (2016.). *The long shadow: Bruce Perry on the lingering effects of childhood trauma*. Letöltés dátuma: 2019. 10. 20., forrás: ChildTrauma Academy: <https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2016/12/Sun-Interview-Bruce-Perry-Nov-2016.pdf>
- Pintér, J. N. (2014). *A nem múltó jelen: trauma és nosztalgia*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Pohárnok, M., & Lénárd, K. (2015.). A trauma lélektana In: *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pécs: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány.
- Strand, V. C., Abromovitz, R., Layne, C. M., Robinson, H., & Way, I. (2014). Meeting the Critical Need for Trauma Education In Social Work: A Problem-Based Learning Approach. *Journal of Social Work Education* , 50:120-135.
- Szemán, D., & Szabó, M. (2017). A digitális történetmesélés (DST) technikájának alkalmazási lehetőségei a modernkori rabszolgaság következtében traumát szenvedett túlélőkkel folytatott segítői munka keretein belül. *Alkalmazott Pszichológia* , 17(3):59–84.