

A POSZTTRAUMÁS STRESSZ SZINDRÓMA KELETKEZÉSE ÉS KEZELÉSE

Hárdi Lilla

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest

Összefoglalás

A szerző a stressz és a trauma fogalmának tisztázását követően a poszttraumás stressz-betegséget (PTSD) egy abnormis helyzetre adott normál reakcióként közelíti meg. Leírja az akut és a poszttraumás stressz-betegség tünettanát, illetve a trauma és a PTSD pszichobiológiai-jával foglalkozó elméleteket.

Hazánkban a megkínzott, traumatizált áldozatok szomato-pszicho-szociális rehabilitációjával speciálisan képzett munkacsoport foglalkozik. A cikk rövid áttekintést ad az általuk alkalmazott terápiás módszerekről, valamint a segítők segítségéről.

Kulcsszavak: trauma – PTSD – pszichobiológiai koncepció – a traumatizált áldozatok rehabilitációja – a segítők segítése

Summary

The author deals with the concepts of stress, trauma and post traumatic stress disorder as a normal reaction to an abnormal situation. She describes the symptomatology of acute and post traumatic stress diseases as well as the psychobiological approach of PTSD.

A specially educated team deals with the somato-psychological-social rehabilitation of torture traumatized victims in our country. The article gives a short overview about the rehabilitation methods and about the care for the caregivers.

Keywords: trauma – PTSD – psychobiological concept – rehabilitation of torture victims – care for the caregivers

A stressz

A pszichés traumák keletkezésével és azok kezelésével egyre többet foglalkozik a szakirodalom. A ma embere egyre több stressznek van kitéve. Tudásunk nagy mértékben nőtt az ártó faktorok ismeretét és azok kezelését, gyógyítását illetően. A pszichoanalitikus szakirodalomban Sigmund Freud írta le először 1893-ban a traumatizáló helyzetet és vészjelzésnek fogta fel. A budapesti iskola tagjai közül Ferenczi Sándor hangsúlyozta elsőként az aktuális trauma kulcsszerepét. A század ötvenes éveiben az Egyesült Államokban indultak meg stressz-kutatások a magyar Selye János stresszelmélete nyomán és vezettek a ma használatos stresszoldó módszerek kidolgozásához. Cox és Mackay 1976-ban dolgozták ki újabb stresszelméletüket, melyben a stresszt olyan érzékelésből vezetik le, mely a személy egyéni igényeinek és megbirkózási képességének (coping) összehasonlításából származik. Ez a modell a megbirkózástól teszi függővé a stressz szintjét. Ha az egyén gyenge megbirkózási képességgel rendelkezik és a környezet hatásait erősnek érzi, az általa érzékelt stressz szintje magas lesz. Ha a megbirkózási képesség megfelelő, ugyanazok a körülmények elviselhetőnek bizonyulnak és a stressz érzése alacsony lesz. Ha a környezet követelményei túl alacsonyak, a stressz az unalom eredménye is lehet.

A trauma

A szó görög eredetű, bajt, sérülést jelent. Ez a fajta sérülés speciális reakciót, magatartást eredményez, amit poszttraumás stressz szindrómának nevezünk. A jelenség egy abnormis

helyzetre adott normál válaszreakció, mely bárkinél létrejöhet bizonyos életesemények, tartós megterhelést okozó állapotok, illetve katasztrófák után. Chodoff 1969-ben írta le az úgynevezett túlélő szindrómát, ami a jelenleg is használatos poszttraumás stressz szindróma egyik első megközelítése.

A PTSD létrejötte számos tényező függvénye, úgy mint nem, életkor, személyiség szerkezet és így tovább. Azonos traumák, például tömegkatasztrófák nem mindenkinél váltanak ki azonos traumás jelenségeket, sőt sokan egyáltalán nem mutatnak maradandó szomato-pszichés változásokat. Másoknál a zavar gyorsan rendeződik, az akut stresszreakció 72 óra alatt elmúlik. Akut stressz betegségről a trauma utáni négy hétig beszélünk.

A poszttraumás stressz szindróma a DSM-IV szerinti meghatározásban akutnak minősíthető, ha a tünetek három hónapnál kevesebb ideig álnak fenn. Krónikusnak mondjuk, ha a tünetek fennállása három hónapnál tovább tart és késleltetett kezdetűnek, ha a tünetek legalább hat hónappal a trauma után kezdődnek. Tünetei a következők:

1. *szorongásos tünetek*: szorongás, elkerülő magatartás, kényszer gondolatok, félelmek (testi tünetektől, helyzetektől), kényszer cselekvések, pánikrohamok, félelem az otthon elhagyásától, aggodás,
2. *magatartásváltozás*: agresszió, düh, antiszociális magatartás, dezorganizált magatartás, nyugtalanság, öngyilkossági kísérlet,
3. *kognitív funkciók, memória, figyelem változása*: figyelmetlenség, károsodott absztrakt gondolkodás, hibás ítéletalkotás, figyelem- és koncentrációzavar, döntésképtelenség, emlékezetzavar,
4. *az energiaháztartás csökkenése*, fáradékonyság,
5. *a gondolkodás és a beszéd zavarai*: körülményeskedő beszéd, gondolatszökellés, asszociációs lánc elvesztése, préselt beszéd, érintőlegesség,
6. *hangulati- és érzelemzavarok*: harag, apátia, érzelmi tompaság, egodiasztoló, reménytelenség, ingerültség, ingerlékenység, érdeklődés és aktivitás csökkenése,
7. *munkahelyi és szociális teljesítmény terén*: hiányosan betöltött szociális szerep, munkateljesítmény csökkenése, gyenge szocializáció,
8. *érzékelési zavarok*: hibás énkép, deperszonalizáció, derealizáció, testérzékszavarok (nem hallucinációk), hallucinációk, illúziók, kóros érzetek,
9. *személyiségjegyek változása*: kapcsolatok kerülése, kapcsolatok elvesztésének tolerálatatlansága, mások iránti közöny érzése, közeli barát hiánya, stabil kötődések hiánya, munkában a feladatok kerülése, azok elfelejtése, vagy a munkába való menekülés, határozatlanság, perfekcionizmus, a szelf vonatkozásában krónikus üresség, unalom érzése, dicséret várása, érzelmek túlzott kifejezése, énközpontúság, félelem az egyedüllétől, hazugságok, sikerre depresszióval és büntudattal való reakciómód, az önértékelés csökkenése leértékelő feladatok vállalásában,
10. *vegetatív testi tünetek*: szédülékenység, szájszárazság, elpirulás, szűk vagy tág pupillák, veritékezés, szapora szív működés, mellkasi nyomásérzés,
11. *alvászavar*, hiperszomnia, inszomnia vagy rémálmok formájában,
12. *testi jelenségek*: fájdalom, vagy egyéb idegrendszeri, keringési és légzési, gyomor-, belrendszeri, csont- és izomrendszeri, vizeleti és a genitális, illetve anális tájon megfigyelhető jelenségek.

Az újabb nomenklátúra szerint (ICD-10) a PTSD és a szélsőséges életesemény utáni személyiségváltozás meghatározása: „a központi idegrendszer megbetegedésének nem tulajdonítható tartós személyiségváltozás.” (Az ICD-10 a WHO sztenderd diagnosztikus rendszere, használata ma már szinte kötelezőnek mondható az orvostudományban.) Jellemzői – a PTSD-hez hasonlóan – szorongás, depresszió, alvászavar, rémálmok, memóriazavarok, szociális visszavonulás, irritáltság, tehetetlenségérzés, érzelmi bénultság érzése, visszatérő képek (flashback), bűntudat, bizalmatlanság, rumináló gondolkodás, testi ok nélküli fájdalom, megváltozottság és megbántottság érzése, számtalan diffúz panasz, étvágytalanság, a szexuális vágy csökkenése.

Különösen a kínzás extrém traumája után jellemző a személyiség megváltozottságának érzése, ami egybeesik a traumát okozó személyek szándékával, hogy a személyt megalázzák emberi méltóságában és szisztematikusan, fájdalmakon keresztül megfosszák emberi méltóságától. A súlyos traumatizáció neurofiziológiai változásokat okoz a szervezetben.

A trauma és a poszttraumás stressz szindróma pszichobiológiája

A trauma lényege, hogy elárasztja és felülírja az áldozat pszichés és biológiai megbirkózási (coping) képességét. Saporta és Kolk szerint a trauma mindent legyőző természetéért négy tényező tehető felelőssé:

1. A traumás esemény érthetlensége a normál emberi érzékelés határain kívül eső természete miatt. A külvilág felé védőfelületként szolgáló kognitív sémák hiányában az egyén mérhetetlen rettegéssel válaszol, ami legyőzi az adaptív képességeket, dezorganizálja a kognitív funkciókat. A traumatikus élményre a személy tagadással és ismétléssel reagál. Ez váltja ki a rémálmokat, a trauma disszociatív fragmentumainak és szenzoros modalitásainak újraélését, a dühreakciókat, a pánikrohamokat. Az egyén önértékelése megrendül, megszűnik a személyes biztonságérzés, az integritás, felbomlik az értékrend, megtörik az önmaga sértetlenségéről és a világ rendezettségéről alkotott kép. Elvész az orientációs képesség. A szelf reintegrációja negatív irányban történik, az áldozat elesettnek, elveszettnek, értéktelennek érzi magát, haragját önmaga ellen irányítja a belső kontroll megőrzésének vágya által hajtva.

A trauma felfoghatatlan természetéhez az is hozzátartozik, hogy a külvilágot a traumát okozó személy/ek strukturálják, ami az áldozat számára kiszámíthatatlan és megismerhetetlen. A traumatizált személy igen fogékony a traumatizáló új rendezőelveire, amit a rend és a biztonság utáni vágy hajt. A szubmisszív és elesett áldozat így a hatalom igényeit szolgálja ki.

2. A megkapaszkodási képesség ellehetetlenülése, illetve megtartása egyes szerzők szerint a túlélés kritériuma.

3. A traumás kötődés, vagy az agresszorral való azonosulás a biztonság megőrzésének eredményében történik. Itt az áldozat elhárító mechanizmusának mozgósításáról van szó az elementáris szorongás elviselése érdekében.

4. Menekülési képtelenség: traumás válasz lehetetlen helyzetekben. Az állatoknál ez a holtta tettetési reflexnek felel meg. Maier és Seligman ezt „tanult tehetetlenségnek” (learned helplessness) nevezte.

A PTSD biológiai-biokémiai modellje a katekolaminok és a szerotonin szint ingadozását teszik felelőssé a pszichopatológiai tünetekért. Kutatások folynak az endogén opiátrendszer

területén is. Úgy tűnik, hogy a locus coeruleust gátló endogén opiátok lennének a felelősök a stresszt követő testi analéziáért és a pszichés benuultságért. A Freud által „ismétléses kényszernek” nevezett magatartás feszültségcsökkentő célja abban áll, hogy az áldozat (a túlélő) ismételten „halált megvető bátorsággal” traumáknak teszi ki magát abban a tudattalan reményben, hogy az új, de az eredeti traumatizáló helyzetre emlékeztető eseményből ő kerül ki győztesen.

Segítő utakon

A hetvenes években figyelték meg és írták le dán orvosok a kínzásokon átesett túlélők viselkedését és alapították meg 1985-ben Kopenhágában a Kínzások Áldozatainak Nemzetközi Kutató és Rehabilitációs Központját (International Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims), melynek segítségével és aktív közreműködésével ma már szerte a világban 200 traumaközpont működik. Hazánkban a Cordelia Alapítvány a Megkínzott Áldozatok Rehabilitációjáért néven működő traumaközpont három éve foglalkozik súlyosan traumatizált menekültek kezelésével, segítségével.

A munkacsoportot pszichiáterek, gyógyító-foglalkoztató terapeuták, emberjogi aktivisták és tolmácsok alkotják, akik a hozzájuk forduló páciensek testi, lelki, szociális és jogi panaszait kezelik. A központ a különböző menekülteket befogadó állomásokon, menekültotthonokban dolgozik. A „mozgó terápiás egység” így a páciens életterébe helyezkedve a túlélő anyanyelvén nyújt segítséget. Ez a központ által képzett és a folyamatos szupervízióban álló tolmácsok segítségével történik.

A központ dolgozói a befogadó állomásokon működő segítőköt állandó képzésben és lelki támogatásban részesítik, miközben maguk is szupervízió alatt állnak. Ez azért szükséges, mert a segítők a folyamatos és igen megterhelő munka során maguk is súlyosan traumatizálódnak, a PTSD tüneteit hordozva gyorsan kiégnek és alkalmatlanná válnak a segítő munkára.

Gyógyító technikák

A) Verbális technikák

1. Belátáson alapuló verbális technikák

A hazánkban is használatos módszert súlyosan traumatizált, pszichoterápiára megfelelően motivált pácienseknél, illetve azok hozzátartozóinál alkalmazzák. A terápia célja, hogy a páciens elvezessék tüneteinek megértéséhez, a traumát okozó személy vagy személyek motivációinak, illetve céljainak megismeréséhez, valamint annak belátásához, hogy az addig olyan sok szenvedést okozó panaszok túlélési stratégiák voltak, de az új körülmények között nemkívánatos jelenségek, melyek zavarják az alkalmazkodást és az új közegbe való integrációt.

2. Támogató terápiák

Az előbbi, terápiára nem alkalmas pácienseknél alkalmazzák, vagy ott, ahol a belátásos módszernek valamilyen ellenjavallata van. A mindennapok aktuális problémáival foglalkozik és az új közegbe való beilleszkedést szolgálja. Gyakran használt módszer hazai menekülttáborokban, ahol igen nagy a menekültek fluktuációja. A kezelést sokszor támogató módszerrel kezdjük, majd a belátásos módszerrel folytatjuk.

3. Rövid terápia

Szigorúan strukturált, 4-5 alkalomra korlátozott ülésekből álló terápiás forma a kevésbé súlyos vagy enyhe PTSD-tünetek oldására.

4. A családterápia és a párterápia

Egyre nagyobb jelentőséget élvez a választott terápiás formák között. A menekülés és az azt megelőző események eredményeként a családi szerkezet megváltozik, a kapcsolatok dezorganizálódnak. Új szerepek, új feladatok kerülnek előtérbe, várnak megoldásra. A családfő, a gyermekek, a házastárs, az anya elvesztése nehéz feladat elé állítja a családdal foglalkozó terapeutát a gyász feldolgozásától egészen az idegen társadalomba való integrációig.

5. Csoportterápiák

A háborús helyzet, a politikai ellenállás önmagában is csoportok szerveződését jelenti. Korai lelki mechanizmusok aktiválódnak egy archaikus „túlélési pajzsot” vonva a traumatizált páciensek köré (1). A terápiás csoport gyorsan kerül regresszióba, ami egyben az egyén saját destruktív erőitől való védelmét is szolgálja. Hazánkban koszovói albán és afgán menekültekkel „stáció csoportnak” nevezett, a gyászmunka megkönnyítésére, a tárgyvesztések feldolgozására irányuló, valamint speciális problémákra – például női szerepproblémákra, integrációra – fókuszáló terápiák folynak. Külön ki kell emelnünk a nemverbális kommunikatív és animációs csoportterápiákat – ezekről bővebben a későbbiekben.

B) Nonverbális terápiák

A „magyar nonverbális módszer” kettős célt tűzött ki maga elé:

- a) Előkészíti a pácienseket, illetve mintegy „fellazítja” a verbális terápia számára;
- b) Művészeti-mozgásos-relaxációs technikájával önmagában is eredményes terápiás módszer a traumás tünetek oldására. A foglalkozások az elvesztett bizalom, az önértékelés visszanyerése érdekében folynak 6-12 ülésben. A traumák, kényszer, megalázó bánásmód következtében a sérült testséma helyreállítása a cél, melyhez gesztusterápiás elemektől a Hárdi-féle dinamikus rajzvizsgálatig több módszert alkalmaz. Animációs elemeivel tárgyakat „lelkesít” át, elvesztett végtagok elfogadását, súlyosan sérült arcokat, testrészeket integrál újra a páciens egészébe.
- c) Elemei a következők: légzőgyakorlatok, gesztus-terápiás gyakorlatok, mozgás zenére, kézmozdulat gipszben való rögzítése, kontaktus és kommunikációs gyakorlatok, kötéllel végzett gyakorlatok, arceletapogatás, arcfestés, a test újra megismerése (saját és másoké), relaxációs gyakorlatok, rajzvizsgálat, festés önállóan és közösen.

C) Játékterápia

Traumatizált gyermekek, illetve traumatizált szülők gyermekei számára

D) Egyéb módszerek

Imaginációs technikák, tanúságtétel (testimony), viselkedésterápiás technikák és más „helyi specialitásoknak” megfelelő természetes, ezotérikus, spirituális és egyéb technikák.

Különleges helyet foglal el hazánkban a holocaust áldozatainak speciális pszichoterápiás gyógyítása, amit Virág Teréz írásaiból mélységeiben is megismerhetünk.

A segítők segítése

A segítő munkában az első és legfontosabb feladat a személyzet megfelelő kiválasztása. A humánus beállítottság, a megfelelő empátiás készség, a problémák iránti fogékonyság és egyben a távolságtartás képessége igen fontos szempont. A nyelv szerepére is nagy hangsúlyt kell fektetni. Mind a magyar nyelvet, mind – a menekültekkel való foglalkozás miatt – a segítő és a menekült által használt közös idegen nyelvet (például: angol), mind a menekült anyanyelvét jól ismerő szakemberekre van szükség. A helyes beszédhasználat, a „tapintatos tárgyilagosság” és az ezzel kapcsolatos önismeret állandó fejlesztést igényel. A beszéd a kapcsolat, ugyanakkor azonban a függőség, az agresszió eszköze is lehet.

Különös figyelmet kell szentelni a tolmácsoknak, akiket tanácsos folyamatosan képezni és rendszeres szupervíziójukról is szükséges gondoskodni. A tolmács ugyanis fogékonyabb a szenvedő menekülttel szemben, különösen, ha maga is menekültként került az országba, így fennáll a veszélye annak, hogy tudatos szándéka ellenére a nyelvi és a nemverbális finomságokat, apró, de a szövegösszefüggésben esetleg jelentős részleteket pontatlanul fordítja, átsiklik rajtuk, vagy nem megfelelően magyarázza azokat. A segítők magatartását folyamatosan kontrollálni kell, ennek egyik eszköze a megfelelő önismeret és a szupervízió. A kezelő személyzet elutasító, tapintatlan magatartása a menekült páciensben regresszív megnyilvánulásokat kelthet. A terapeuta értetlensége, tehetetlenség-érzése az áldozat „tanult tehetetlenségére” emlékeztet és máris a pszichoanalízisben használatos viszontáttétel értelmezéséhez jutunk. Az altruista segítő attitűd az elhárítás egyik formája, védekezés a saját szorongásunk ellen.

Igen fontos észrevenni a kiégés jelenségét, ami a „traumatizált áldozat által traumatizált” segítőre leselkedő legnagyobb és legalattomosabb veszély. Könnyen panaszkodunk: elfáradtunk, egyre több a páciens, nincs megfelelő anyagi háttérünk a probléma kezelésére, otthon gondjaink támadnak a családi életben és így tovább.

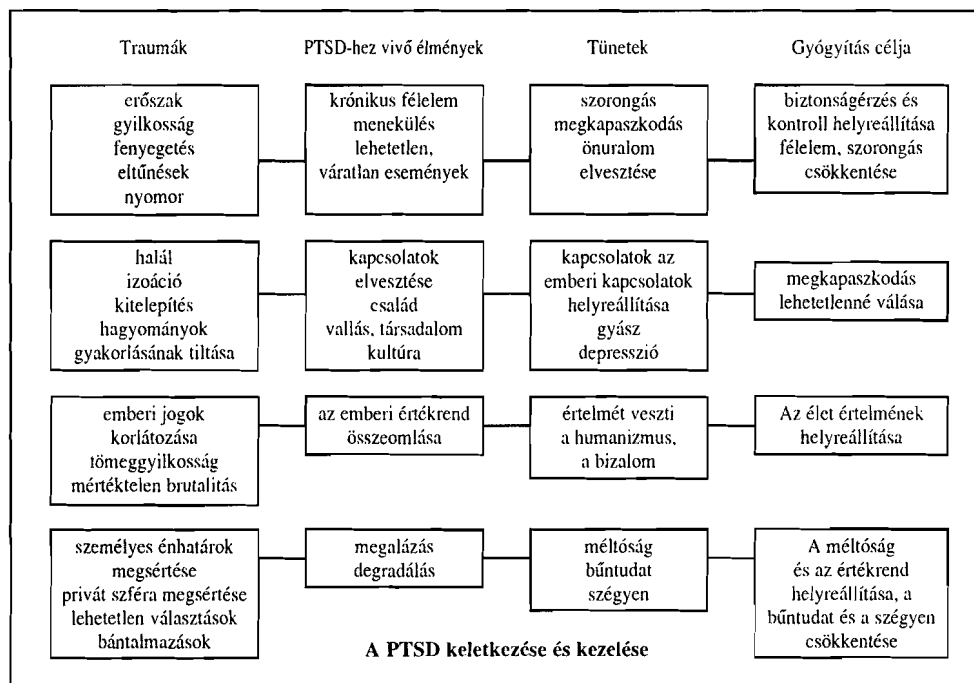
A kiégés okai között három szempontot emelnek ki:

1. nagy érzelmi megterhelés,
2. specifikus, a segítő foglalkozásra alkalmas személyiségjegyek, mint predispozíciós tényezők,
3. páciensközponitú beállítottság.

Külön kiemeljük a nők fokozott veszélyeztetettségét a súlyos szerepkonfliktusok (feleség, segítő, anya, tudományos munkatárs) miatt. Szélsőséges traumatizációnak kitett segítőknél és pácienseiknél is tanácsos alkalmazni a trauma utáni közvetlen lelki tehermentesítés technikáját (debriefing). A tények feltárásával kezdődik, majd az eseményekről keletkezett gondolatok, érzelmek megbeszélésével folytatódik, a trauma hatására keletkezett stressz-tünetek és lelki reakciók megbeszélésén keresztül a visszatérésig tart egészen az aktualitásokhoz. Ez az eljárás közvetlenül a traumatizáció után alkalmazható körülbelül két napig. Hosszú távon a gyógyító munkacsoport munkájában nélkülözhetetlen a szupervízió, melyben a szupervízor és a segítő/terapeuta dinamikáján keresztül képeződik le és kerül feldolgozásra a páciens és segítőjének a kapcsolata. Fennáll a veszély azonban, hogy a szupervízor is bevonódik a

szélsőségesen traumatizált kapcsolatokba. Ilyen esetekben az intervíziót ajánlják, ami a szupervizort segíti egy külső terapeutákból álló munkacsoporton keresztül.

A poszttraumás stressz szindróma felismerése, kezelése komplex feladatvállalást jelent. A segítő/gyógyító személyzet nemcsak bevonódhat a kezelés folyamán, hanem maga is súlyosan károsodhat, mind pácienseinek, mind közvetlen vagy távolabbi környezetének sérüléseket okozva. A többszörösen jelentkező ártalmak felismerése egyben utat is nyit azok megfelelően humánus megoldásához és feloldásához.



IRODALOM

1. ARCEL, LT, SIMUNKOVIC, GT: War violence, Trauma and the Coping Process, IRCT, Copenhagen, 1998
2. BASOGLU, M: Torture and its Consequences, Cambridge University Press, Great Britain, Bell and Bain Ltd, Glasgow, 1992
3. HARDI, I: Lelki egészségvédelem, Medicina, második kiadás, Budapest, 1997
4. HENGESH, G: Victimology and Forensic Psychiatry, 2301-2305, In: SEVA, A (ed.): European Handbook of Psychiatry and Mental Health
5. HUMAN, D, GENEFKE, I: Joint statement on how to diagnose torture victims, Conference reports, Torture, 1999 Oct. 83.old
6. JACOBSEN, L, VESTI, P: Torture Survivors – a new Group of Patiens, 2nd ed. IRCT, Copenhagen, 1995
7. PEARSON, NANCY L: Mental health, women, torture and trauma, group processes, gender-sensitive care for women, mental health and culture, University of the Philippines, PST/CIDS Isis International, Manila IRCT 1998
8. RAUCHFLEISCH, V: Allgegenwart der Gewalt, Vandenhoeck at Ruprecht, Göttingen, 2.Aufl., 1996
9. STAEHR, A, STAEHR, M: Counselling Torture Survivors IRCT, Copenhagen 1995
10. VESTI, P, SOMNIER, F, KASTRUP, M: Psychotherapy with Torture Survivors, A report of practice from RCT, Copenhagen, Denmark 1992

Hárdi Lilla
1021 Budapest II.,
Hűvösvölgyi út 116.