



Menekülők pszichoterápiás és pszichoszociális segítése

Hárdi Lilla

CORDELIA Alapítvány a szervezett erőszak áldozataiért

255

Összefoglalás: 1996 óta foglalkozunk súlyosan traumatizált menekültek segítségével, pszichoszociális tanácsadással, pszichiátriai, pszichoterápiás, pszichológiai kezeléssel, vezetéssel a CORDELIA Alapítvány keretein belül.

Az Alapítvány egy dániai koordinációban működő globális hálózat – IRCT (International Rehabilitation and Research Council for Torture Victims) – magyarországi tagja. Az Alapítvány tevékenységébe tartoznak a terepeuták által vezetett verbális és nonverbális terápiák, illetve a szociális munkás által végzett tanácsadás és ügyintézés. Ez a komplex segítségnyújtás esélyt ad a háborút, kínzásokat, megalázó bánásmódot elszenvedett menekülők gyógyulására és a beilleszkedésére.

Nyelvtanáraink speciális kezdő és haladó magyar nyelvkönyvet írtak Poszttraumás Stressz Zavarban szenvedő klienseink számára. Programjainkban az alapítvány mozgó terápiás csoportja, valamint a helyben is megtalálható terapeuták és önkénteseink, a menekülteket befogadó állomásokon nyújtanak pszichiátriai, pszichoszociális rehabilitációs segítséget speciális, különböző kultúrákból származó személyek, népcsoportok számára, akik a származási országukban elszenvedett kínzás, bántalmazás áldozataiként kérnek menedékjogot hazánkban.

Egyéni és csoportos terápiás módszereinket – a multikulturális betegságnak megfelelően – az etnikai háttér, kultúra alapján folyamatosan formáljuk, átdolgozzuk, adaptáljuk.

A kínzás és a gyökérvesztés traumája ennek segítségével feldolgozhatóvá válik, a kliensek adaptív képessége nő, ami az integrációs folyamathoz nélkülözhetetlen.

A bántalmazott áldozatokkal foglalkozó személyzet számára rendszeres képzéseket és szupervíziót biztosítunk a megfelelő bánásmód kialakításához és a kiegész megelőzéséhez.

Kulcsszavak: PTSD; kínzás/traumatizáció; menekülés; pszichoterápiás lehetőségek; pszichoszociális segítség; képzés; szupervízió

Bevezetés

Ma már több mint 130 hasonló akkreditált traumaközpont működik szerte a világban. Egy-egy földrajzi régió központjai szoros kooperációban, direkt információáramlással és aktív együttműködéssel segítik egymást, kezelik a rászoruló klienseket. Ezek egyike a Cordelia Alapítvány, amely ma Magyarországon egyedüli szervezetként foglalkozik a kínzás áldozatainak rehabilitációjával. Az alábbi írás az Alapítvány munkájának legfontosabb jellemzőit mutatja be, röviden felvázolva a kínzás rehabilitációjának elméleti hátterét és a kínzással és Poszttraumás Stressz Zavarral kapcsolatos tényeket. Mivel ennek a területnek nem voltak előzményei hazánkban, az Alapítvány munkatársainak számos új módszert kellett meghonosítani és adaptálni a multikulturális közegben való hatékony mű-

ködéshez. Az anyag második fele ezekre a módszerekre is kitér.

A kínzásról és a bántalmazásról

1948-ban az Egyesült Nemzetek Közgyűlése megállapította, hogy:

„Senki sem lehet kínzás vagy kegyetlen, embertelen vagy megalázó bánásmód vagy büntetés tárgya” (ford. a szerző).

1986-ban a WHO Európai Munkacsoportja megállapította, hogy „...mivel a gyökérvesztés és a száműzetés (az otthon kényszerű elhagyása – a szerző) a szervezett erőszakkal szoros kapcsolatban áll, minden menekültet a szervezett erőszak áldozatának érdemes tekinteni.”

Bár a kínzás története egyidős az emberi civilizációk történetével, érdemes különbséget ten-

ni a jelenlegi és a múltbeli kínzás ténye között. A jelent a múlttal összehasonlítva látható, hogy bár a kínzás közvetlen célja ugyanaz – intenzív szenvedés okozása és fenntartása – közvetett céljai, megjelenési formái és elfogadottsága nagymértékben megváltoztak napjainkra.

A tizennyolcadik század közepéig a kínzásnak a törvények érvényesítésében kettős szerepe volt:

1. vallomásra bírni az áldozatot;
2. különleges bűncselekmények büntetéseként is alkalmazták.

Célja a fennálló hatalom erejének hirdetése és szimbolizálása, valamint a „bűn” elkövetésétől való elrettentés volt.

Ma a kínzást az elnyomó politikai rendszerekben „nem hivatalos” módon és eszközökkel, a kínzókamrákban alkalmazzák. Az elnyomó államhatalom így akarja biztosítani a kontrolláló szerepet a népesség felett, és így akarja letörni az egyéni kezdeményezéseket a hatalommal szemben, megakadályozva ezzel a demokráciáért való szerveződéseket és az esetleges harcokat.

Kínzásnak minősülnek a börtönben és fegyveres csoportok által elkövetett bántalmazó, megálázó eljárások.

PTSD és rehabilitáció

A bántalmazás következtében létrejövő (Komplex) Poszttraumás Stressz Zavar szakirodalma nem túl régi, manapság azonban egyre gazdagabb.

Többen megpróbálták elkülöníteni a „*kínzás szindrómát*” (torture syndrome), de a szerteágazó tünetek miatt ma még nem önálló entitás. A legjellemzőbb tünetek a következők: alvászavar, gyakran rémálmokkal, affektív tünetek (krónikus szorongás, depresszió), kognitív károsodás (memória-deficit, figyelemzavar) és az éntudat zavara. A stressz alatt „használt” elhárító mechanizmusok és coping-stratégiák jelentős szerepet játszanak a tünetképződésben. A kínzás lényegéhez tartozik, hogy a „személyiség magát” rendítse meg, alkalmatlanná tegye az áldozatot és annak gyermekeit, valamint azok gyermekeit a további mindennapi élethez való alkalmazkodásra.

A kínzás nem csak a megkínzott személyre hat, hanem transzgenerációs traumát is jelent – megfelelő terápia nélkül – a következő nemzedékek számára.

A túlélő személyisége öt szinten – testi, pszichés, szociális, jogi és spirituális – károsodhat, ezért a terápiában fontos ezeket szem előtt tartani (1).

Magyarországon a kliensek ellátása *speciális helyzetben*, a traumatizált személy tartózkodási helyén, a menekülttábor lakószobájában zajlik. Ennek részben technikai oka van (a CORDELIA Alapítvány „*mozgó központként*” tevékenykedik), részben azonban a szükség adta helyzetnek pszichológiai szempontból használható előnye is van: a terápiát lényegesen könnyíti.

A PTSD a háborús/traumatizált menekültek esetében is *egy abnormis helyzetre adott normál reakció*, aminek kezelése az idegen környezetben, idegen nyelven nagy kihívást jelent mind a terapeutáknak, mind a tolmácsoknak.

Az *eredmény* az esetek nagy százalékában igen jó, ha a premorbid személyiség, a korábbi családstruktúra egészséges volt.

A páciensek *nem „jelentkeznek” terápiára*. A testi és/vagy pszichés trauma az első interjú során jelenik meg, de sokszor előfordul – a kínzás, megalázás titkolandó, szégyenérzetet kiváltó természete miatt –, hogy több bevezető, felmérő beszélgetés szükséges ahhoz, hogy a kliens számára is megfogalmazhatóvá váljon a trauma, a bántalmazás, és annak lehetséges összefüggése a „felkínált” tünetekkel.

Betegeink egy része sosem hallott még a pszichoterápiáról. A bevezető beszélgetésben *információkkal* is szolgálunk, tisztázzuk a terápia adta lehetőségeket, elvárásokat, ami különleges feladat például írástudatlan páciensek esetében, azaz megkezdődik egyfajta pszichoedukáció.

A „*terápiás tér és setting*” rendhagyó természete a menekülttábor lakószobájának speciális atmoszférájában megjelenő „*terápiás stáb*” felállításában is megmutatkozik. A „*terápiás team*” egy terapeutából, csoporthelyzetben és családterápiában egy ko-terapeutából és a tolmácsból áll, aki maga is átélte a menekülés traumáját, esetleg súlyos egyéni veszteségeket is.

Tolmácsaink rendszeres képzésben és – a terapeutákkal együtt – *szupervízióban* vesznek

részt, ami feldolgozhatóvá próbálja tenni a súlyos áttételes helyzeteket, és aminek segítségével megelőzhető a kimerülés és a kiégés is (2-8).

Módszerek

Az általunk használt terápiák egyéni és csoportos, verbális és nonverbális formában/módon folynak.

1. Az *egyéni verbális terápia* többnyire a traumára fókuszált rövid terápia, de alkalmazunk úgynevezett „belátáson alapuló” hosszabb, 15–20 ülésből álló terápiákat is, ami a trauma/kínzás feldolgozásán túl az adaptációs képességet javítja és az integrációt is segíti, ami vitális jelentőségű a kliens további életében egy idegen kultúrában.

2. A *családterápiák* területén korábban kevés tapasztalat állt rendelkezésre megkínzott áldozatokkal kapcsolatban. Ez a terápiás forma szinte spontán adódott a befogadó állomásokon, ahol egy-egy szobában a családtagok is jelen voltak az áldozat kezelésénél.

A trauma természetét illetően *különbséget* kell tennünk a kínzás/bántalmazás túlélői és a túlélőkhöz tartozó traumatizált áldozatok között, akik *másodlagos traumát* élnek át. A kínzás ugyanis nemcsak az áldozat énjét fragmentálja, hanem az őt körülvevő családban is teljes dezorganizációhoz vezethet. A kínzókamra szürreális világa mintegy tovább él az összekuszálódott emberi viszonyokban.

A megkínzott, megalázott családfő, a megerőszkolt családanya, a bántalmazott gyermek patológiás módon strukturálja át a – többnyire évszázadok, esetleg évezredek kultúrája által stabil vallásos család szerkezetét.

Háborús traumák által sérült családoknál a *traumatizáció felbontja a korábbi családi szerkezetet*, több tünethordozó jelenhet meg. Az ártalom racionális természetű, mindenki által elismert a közelmúltban történt esemény, ami köztudottan, megfogalmazhatóan, racionális szinten is romboló lehet.

A *megoldás*: az ártalom természetének felismertetése, a PTSD tüneteinek feloldása, a trauma integrálása az énbé.

Az *elhárító mechanizmusok* családi szinten jelennek meg, mintegy „cinkosként” működnek a trauma elhallgatásában, elfojtásában. A rejtett üzenetek verbális megfogalmazásával a család coping-képessége fejleszthető, ami az egészséges integráció alapjául szolgál.

A kínzás/bántalmazás a családfő számára *kasztrációs ekvivalensként* jelenhet meg, a család vezetőjévé az asszony válik, ami különösen a gyermekek számára jelent súlyos zavart, dezorientációt válthat ki. Az új szerepminták a közösség számára – pl. muzulmán hitűeknél – elítélendők, ami a gyermekek zavarát tovább fokozhatja.

A megcsonkított családoknál hasonló a helyzet:

Egyik iraki kurd származású nőbetegünk disszociatív tünetek miatt került terápiaiba. Férjét elhurcolták, majd lelőtték, csak a tetemét kapta vissza. A fiatalasszony három gyermekével hazánkba menekült, ahol képtelen volt az új helyzethez alkalmazkodni. Páciensünk 26 esztendő keleti szépség volt, írástudatlan, de rendkívül intelligens. A tökéletes gyökér- és talajvesztettség állapotában már önmagát és gyermekeit sem tudta ellátni, étkezésükről, higiéniás igényeiről sem gondoskodott. A vásárlásnál „eltévedt”, testi fájdalmaira hivatkozva időnként sikoltozva vetette magát a földre. 11 éves – legidősebb – lánya vette át az anya és az apa szerepét. Vásárolt, etette a kisebbeket, mosdatta, betakargatta édesanyját, beosztotta a család pénzét, irányította az életet. Terápiás foglalkozásokat kezdtünk. A páciens először a többi asszonnal nonverbális csoportterápiát kezdett, ahol női szerepe ismételten megerősítést nyert. Lányával rajzos foglalkozásokat folytattunk. Csak ezek után kezdődhetett a családdal való foglalkozás. Közösén gyászoltuk meg az elvesztett férjet/apát, majd a korábbi, a traumát megelőző, és a jelen helyzetben képviselt szerepek feldolgozása következett. A patológiás struktúra feltérképezése és tudatosítása után a szerepek szinte maguktól rendeződtek.

Hat ülés után a menekültotthon lakói feltűnően ápolt arccal fogadtak. Páciensünk ismét magára talált, ő lett a „menekültotthon kozmetikusa”. Gyönyörűen igazított keleti szemöldökök, finoman rúzsosított szájak jelezték, hogy visszatalált női szerepébe. A többi asszonnal közösén, majd gyerekeivel egyedül is eljárt vásárolni, panaszai megszűntek. A felnőtt szerepet vállaló nagylány ismét tanulhatott, iskolába járt, a többieket anyjuk vitte óvodába.

A nyolcadik ülésre már nem került sor. Egy iraki honfitársa megkérte betegünk kezét, a család elhagyta a menekültotthont.

3. A verbális terápiát sokszor készítjük elő *non-verbális csoportterápiával*, melynek segítségével mintegy „*fellazítjuk*” a beteget, megközelíthetővé tesszük a verbális folyamat számára. Sok megkínzott, bántalmazott kliensben a trauma olyan mértékű szégyenérzetet és büntudatot generál, ami a traumát „*kimondhatatlanná*” teszi.

A csoport bátorítóan is hat az egyéni vagy a családban folytatott „*mélybe ereszkedésre*”, ami egy elsődleges „*bizalmi helyzetet*” előtétellez a sokszor bizalmatlan, gyanakvó, paranoid, esetleg jogos félelemben élő beteg esetében.

A „*magyar nonverbális módszer*” kettős célt szolgál:

- a) előkészíti a klienseket, mintegy „*fellazítja*” a verbális terápia számára;
- b) művészeti–mozgásos–relaxációs technikájával *önmagában is eredményes* terápiás módszer a traumás tünetek oldására.

3/a) A módszert boszniai menekülteken alkalmaztuk először pszichiátriai osztályokon nyert klinikai tapasztalatok alapján *kommunikatív mozgáscsoportok formájában*.

3/b) Ezt követte az *animációs csoportmódszer*, ami élettelen tárgyak „*animálásán*”, lélekkel való megtöltésén keresztül halad a *terápiás cél* felé, hogy a kínzás következtében a saját *testétől elidegenedett személy újra kapcsolatba kerüljön önmagával, illetve ennek segítségével a környezetével is*. A foglalkozások az elvesztett bizalom, az önértékelés visszanyerése érdekében folynak 6–12 ülésben.

Ma már az *animációs csoportot a verbális terápiák felé történő átvezetésre is használjuk*, ennek egyik módja a kettős vezetés: a nonverbális terapeuta a vezető, a verbális terapeuta a ko-terapeuta.

3/c) A koszovói háború alatt dolgoztuk ki a „*stációcsoportokat*” Jézus golgotai stációjára utalva a szenvedések útján.

A trauma még tudatközelben élt, és a szenvedésnyomás olyan súlyos volt, hogy egy igazi „*intim csoporthelyzet*” létrehozása szinte elképzelhetetlennek tűnt.

A *mozgásos bevezetést* követően elementáris érzelmeket vált ki, amikor a *házrajzokra* kerül sor, mert azzal kell szembesülniük, hogy ezek a házak már csak a rajzlapon léteznek, hiszen leégtek vagy felrobbantották őket. A felszínen hullámzó agresszió miatt *pszichodráma elemeket* is sikeresen alkalmaztunk.

A csoportterápiában helye van az elbeszélés mellett a táncnak, az éneknek és a kommunikációs mozgásoknak, gesztusterápiának is. A *stációcsoportok egyik fontos célja a bizalom helyreállítása*, ami a paranoiditás határát súrolva vész el egyes népcsoportoknál.

3/d) Arab nyelvű menekültek kezeléséhez dolgoztuk ki új terápiás módszerünket a „*szimbólum csoportot*”.

Elméleti háttérét Jung szimbólumokról írt művei szolgáltatták. A múlt egy elveszett tárgyát adjuk a klienseknek a szorongás vagy a félelmek által megrekedt emlékek felidezéséhez, abból a célból, hogy az elvesztett tárgy meggyászolhatóvá váljon és az extrém szorongás csökkenjen. A tárgyat nem csak verbálisan idézzük, hanem érzékeikkel befogadhatóvá is tesszük az arab kávéfőző edény kézbeadásával, a kávé illatával, az imalánc morzsolgatásával, egy hímzett kendő megcsodálásával.

A felébresztett bizalom jele, amikor a csoport ajánl fel egy szimbolikus tárgyat.

Eredmények

A fenti terápiás tevékenységek eredménye már néhány foglalkozás után érzékelhető. Az indulatok csendesednek, a gyászmunka lezárul, a Poszttraumás Stressz Zavar tünetei fokozatosan halványulnak, majd többnyire teljesen eltűnnek. A kliensek és családtagjaik lényegesen kedvezőbb lehetőségekkel kezdik meg az integrációs folyamatot Magyarországon, ami köztudottan igen nehéz és akadályokkal terhes.

Az utánkövetéses vizsgálatok kidolgozása folyamatban van, de a páciensek kiköltözése a befogadó-állomásokról ezt nem könnyíti meg. Gyakran más országban keresnek munkát, más-
kor egyéb okok miatt elveszítjük velük a kapcsolatot.

Számos telefonhívás, levél és üzenet azonban arról biztosítja az alapítvány munkatársait, hogy korábbi betegeink jól vannak, megtalálták helyüket és szerepüket a társadalomban.

Egyéb tevékenységek

Kiemelt fontosságú az *orvosi vélemények* elkészítése a menekültügyi eljáráshoz. A kínzás tényét támasztják alá az alapítvány pszichiáteri/pszichológusai egy teljes körű testi és pszichiátriái vizsgálattal. A szakvélemény készítéséhez az *Isztambul Protokoll* szolgál alapul, ami az ENSZ által elfogadott egységes módszert tartalmaz a kínzás tényének megállapításához és a vizsgált személy állapotának leírásához.

A 19 főből álló *Cordelia Alapítvány* „stabil hátterét” az *iroda* biztosítja, ahol az orvos vezető mellett két *projektmenedzser* gondoskodik a napi adminisztratív problémák elvégzéséről, a működés alapjainak, a pályázatok felkutatásáról, megírásáról és szakszerű végrehajtásáról. Munkánk pénzügyi alapjait az európai uniós pályázatok biztosítják, de más donoroktól is próbálunk anyagi hozzájárulást szerezni pályázat útján. A biztos pénzügyi háttér megteremtése a pénzügyi menedzser feladata.

Rendszeres képzést, továbbképzést biztosítunk – korábban az ENSZ Menekültügyi Főbiztossága segítségével – a befogadó állomások egészségügyi személyzetének, szociális munkásainak és az ügyintézőknek.

A traumatizált menedékkérőkkel való foglalkozás maga is traumatizáló erejű, ezért van szükség a „*segítők segítésére*”, a szupervíziorra – 1998-ban vezettük be –, ami a vikarizáló traumák és a kiégés megelőzését szolgálja.

Miért más?

Mint az a fentiekből érzékelhető a *Cordelia Alapítvány* megalapítása óta „mozgásban van”. Miközben a kínzás borzalma a világban állandó, más kulturális háttérrel máshogy értik meg magukat az áldozatok és más módokon válhatnak képessé a kínzókamra szürreális világának feldolgozására. Ez a másság folyamatos módszertani és elméleti innovációra sarkalja a *Cordelia Alapítvány* munkatársait, hogy a rehabilitáció sikerességét biztosítani lehessen függetlenül a kulturális háttértől, nyelvtudástól és az írástudás tényétől. Ezt a „mozgást” hivatott ez az írás bemutatni az olvasóknak.

Irodalom:

1. VESTI P, SOMNIER F, KASTRUP M:
Psychotherapy with torture survivors. A report of practice from RCT. Copenhagen: 1992.
2. ARCEL LT, SIMUNKOVIC GT:
War violence, trauma and the coping process. IRCT. Copenhagen: 1998.
3. BASOGLU M:
Torture and its consequences. Glasgow: Cambridge University Press, 1992.
4. HÁRDI I:
Lelki egészségvédelem. Budapest: Medicina, 1997.
5. HÁRDI I:
Az agresszió világa. Budapest: Medicina, 2000.
6. HENGESCH G:
Victimology and forensic psychiatry. In Seva A, editor. European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Zaragoza: Anthropos, 1991: 2301–2305.
7. JAKOBSEN L, VESTI P:
Torture survivors – a new group of patients. 2nd ed. IRCT, Copenhagen: 1995.
8. STAEHR A, STAEHR M:
Counselling torture survivors. IRCT, Copenhagen: 1995.

Honlapunk: www.cordelia.hu

Szerkesztői kommentár

Vajon mi vezette *Hárdi Lilla* főorvosnőt, hogy a napi klinikai munkája mellett még időt szakítson a hazájukat elvesztett, a befogadó ország nyelvét nem beszélő, lelkiileg (és gyakran testileg is) politraumatizált betegek felkutatására? Ebben a feladatban nemcsak szakmai tapasztalatára, hivatástudatára, hanem szer-

vezői – ezen belül szponzorszerzői – készségére is nagy szüksége volt. Munkáját Teréz anyáéhoz hasonlítanám, bár úgy érzem, hogy szentté avatás helyett inkább megfelelő anyagi és szakmai keretek biztosítására vágyik a főorvos asszony.

Németh Attila
szerkesztő