

Krízisintervenció speciális helyzetekben, avagy a klinikai szakpszichológus szerepe a traumatológiai ellátásban

*Elméleti összefoglaló és esetismertetés**

SZEIFERT NOÉMI MÓNIKA

Érkezett: 2021. december 13.

DOI: 10.21755/MTO.2022.065.0104.005

ÖSSZEFOGLALÁS

A nemzetközi irányelveknek megfelelően a Dr. Manninger Jenő Baleseti Központban, Krízisintervenció és Pszichiátriai Osztályos háttérrel rendelkező klinikai szakpszichológusokból álló munkacsoport segíti a sebészeti traumatológiai ellátást. A traumatológiai ellátás összehangolt csapatmunkát igényel a szakemberek részéről, az interdiszciplináris gyógyító team részét képezi a pszichológiai ellátás is. A súlyos fizikai sérüléseknek mindig van pszichés következménye is (rövid és hosszú távon egyaránt). A traumát elszenvedett egyén testi integritásának fenyegetettségét éli át, közvetlenül és gyakran teljesen váratlan módon, kiszámíthatatlanul kerül szembe az erőszakkal vagy a halállal, melynek során intenzív félelmet, rettegést, kiszolgáltatottságot, kontrollvesztést és a megsemmisülés fenyegetettségének érzését éli át. Egzisztenciális nézőpontból megközelítve, minden trauma a létezésünket kérdőjelezi meg. A kritikus esemény (critical incident, CI) olyan hirtelen bekövetkező, váratlan, gyakran az életet közvetlenül fenyegető és veszélyeztető történés (pl. autóbaleset), amely meghaladja az egyén azon képességét, hogy adaptívan reagáljon rá, s potenciális krízisválaszt hozhat létre, magában foglalva a szuicid rizikót is, valamint pszichés zavarok kialakulását, legjellemzőbben az akut stressz zavart, alkalmazkodási zavart és poszttraumás stressz zavart, összefoglalva pszichiátriai diagnosztikus kategóriákat eredményezhetnek. Az akutan fellépő pszichés tünetek és a potenciálisan kialakuló hosszú távú pszichés zavarok indokoltá teszik a kritikus eseményhez időben és térben minél közelebbi krízisintervenció beavatkozását a traumatikus élményt követően. Jelent tanulmányt, az elméleti bevezetőt követően egy fiatal, zebrán elgázolt lány esetismertetésével, krízisintervenció munkánk lépéseinek bemutatásával szeretném illusztrálni, amely esetpélda betekintést nyújt a klinikai pszichológiai munka szerepébe a traumatológiai ellátásban.

Kulcsszavak: *Klinikai szakpszichológia; Krízisintervenció; Poszttraumás stressz;*

N. M. Szeifert: Crisis intervention in special situations, or the role of the clinical psychologist in trauma care. Theoretical summary and case report

In accordance with international guidelines, a working group of clinical psychologists with a background in Crisis Intervention and Psychiatry Departments at the Jenő Manninger National Traumatology Institute assists with surgical trauma care. Traumatological care requires coordinated teamwork on the part of specialists, psychological care is also part of the interdisciplinary healing team. Serious physical injuries always have psychological consequences (both in the short and long term). A traumatized individual experiences a threat to his physical integrity, is directly and often completely unexpectedly and unpredictably confronted with violence or death, during which he experiences intense fear, terror, vulnerability, loss of control and the feeling of being threatened with annihilation. Approached from an existential point of view, all trauma calls our existence into question. A critical incident (CI) is a sudden, unexpected, often

* Jelen tanulmány rövidített összefoglalója elhangzott a Magyar Traumatológus Társaság 54. Kongresszusán, 2021. 10. 8-án.

directly life-threatening and life-threatening event (e.g. a car accident) that exceeds the individual's ability to respond adaptively to it and can create a potential crisis response, including suicide risk, as well as the development of psychological disorders, most typically acute stress disorder, adjustment disorder and post-traumatic stress disorder, in summary they can result in psychiatric diagnostic categories. The acutely occurring psychological symptoms and the potentially developing long-term psychological disturbances justify a crisis intervention as close in time and space as possible to the critical event after the traumatic experience. After the theoretical introduction, I would like to illustrate this study with a case report of a young girl who was run over by a zebra, and by presenting the steps of our crisis intervention work. This case example provides insight into the role of clinical psychological work in trauma care.

Key words: *Crisis Intervention; Stress disorders, post-traumatic – Therapy; Therapeutics;*

ELMÉLETI BEVEZETŐ

A nemzetközi irányelveknek megfelelően a Dr. Manninger Jenő Baleseti Központban, Krízis-intervenció és Pszichiátriai Osztályos háttérrel rendelkező klinikai szakpszichológusokból álló munkacsoport kapcsolódik a sebészeti traumatológiai ellátáshoz. A traumatológiai ellátás összehangolt csapatmunkát igényel a szakemberek részéről, az interdiszciplináris gyógyító team részét képezi a pszichológiai ellátás is.

A pszichés trauma szakirodalma egyre szélesebb teret nyer, azonban mind a hazai, mind a nemzetközi trauma szakirodalom keveset foglalkozik a súlyos szomatikus traumák pszichés következményeivel, specifikusan ebben a témában viszonylag kevés szakirodalmi forrás áll rendelkezésre.

A súlyos szomatikus sérüléseknek mindig van pszichés következménye is (rövid és hosszú távon egyaránt), kijelenthetjük, hogy a súlyos testi trauma egyben pszichés traumának is tekinthető. A traumatológiai ellátásban súlyos testi traumának tekinthető a súlyos közlekedési balesetet elszenvedett, a magasból esett (munkavégzés vagy extrém sport miatt), a violens öngyilkossági kísérletet elkövető, az utcai támadást elszenvedő és a háztartáson belüli súlyos testi erőszakot elszenvedett betegek. Az Intenzív Osztályos kezelés, bizonyos invazív beavatkozások, és a mozgásképtelenség szintén traumatizálóan hatnak a betegek pszichés állapotára (13).

A súlyos testi traumát elszenvedett egyén testi integritásának fenyegetettségét éli át, közvetlenül és gyakran teljesen váratlan módon, kiszámíthatatlanul kerül szembe az erőszakkal vagy a halállal, amelynek során intenzív félelmet, rettegést, kiszolgáltatottságot,

kontrollvesztést és a megsemmisülés fenyegetettségének érzését éli át. Egzisztenciális nézőpontból megközelítve, minden trauma a létezésünket kérdőjelezi meg (4). Az elszenvedett traumát az egyén életveszélynek éli meg, amelynek a megítélése függ az egyén életkorától, élettapasztalataitól és a temperamentumától is (11).

Egy súlyos testi traumát elszenvedett személy számára a kórházi kezelése során számos traumatikus élmény megjelenhet, mint például a diagnózis megélése (főleg, ha az adott betegséghez, a testi trauma következményeihez, erősen fenyegető mentális reprezentációk társulnak), a kezeléssel járó élmények, az esetlegesen következményként felmerülő mozgáskorlátozottság, vitális indikációval végzett végtag amputáció (elsősorban a testkép sérülése miatt), a megélt kontrollvesztés élménye. A súlyos testi trauma következményei halmozott traumatikus élmények sorozatát is jelentheti az érintetteknek. A súlyos szomatikus trauma hosszabb időre (hetekre, hónapokra, akár évekre vagy véglegesen) teljesen felül írhatja a személy korábbi szerepeit, s az ehhez való alkalmazkodás pedig külön megterhelést jelent, hiszen egyszerre érintheti az énkép különböző aspektusait. A traumát elszenvedett személy az életének a legfontosabb területein komoly szerepvesztést élhet meg (testi, párkapcsolati, családi, munkahelyi, gazdasági, stb.), amely szintén lélektani krízisállapotot okozhat (12).

KRÍZISÁLLAPOT

A krízis görög eredetű kifejezés. Orvosi jelentése a testi betegségek kórlefolyása során is gyakran tapasztalt „fordulat”. *Caplan* krízis definícióját alapul véve: a súlyos testi sérülés

egy olyan váratlan, az életet közvetlenül fenyegető és veszélyeztető történés, ami meghaladja a beteg azon képességét, hogy a megszokott megoldó stratégiáival reagáljon rá, egyedül sem megoldani nem tudja a helyzetet, sem pedig elmenekülni előle, kénytelen külső segítséget igénybe venni, ezáltal a súlyos fizikai sérülést szerzett beteg csapdahelyzetbe kerül és egy potenciális krízisválasz jön létre, mely magában foglalja a szuicid rizikót és pszichés zavarok kialakulását (3).

A kritikus esemény (critical incident, CI) olyan hirtelen bekövetkező, váratlan, gyakran az életet közvetlenül fenyegető és veszélyeztető történés (pl., autóbaleset), amely meghaladja az egyén azon képességét, hogy adaptívan reagáljon rá, s potenciális krízisválaszt hozhat létre, magában foglalva a szuicid rizikót is, valamint akut stressz zavart, alkalmazkodási zavart és poszttraumás stressz zavart, összefoglalva pszichiátriai diagnosztikus kategóriákat eredményezhetnek (5).

A súlyos testi sérülés krízisállapotnak tekinthető, amely során az alapvető biztonságérzet elvész, minden kiszámíthatatlanná és kontrollálhatatlanná válik. A traumatikus eseményekre súlyos testi és pszichés reakciókkal reagál az egyén, amelynek különböző fázisai vannak (9). Veszély esetén az egész test készenléti állapotra kapcsol. Először a szimpatikus idegrendszer kerül izgalmi állapotba, fokozott adrenalin felszabadulást eredményezve. Adaptív reakcióként megemelkedik az arousal szint, fokozódik a figyelem, az észlelés és az érzelmek (félelem, düh). Ezek a szimpatikus idegrendszeri változások indítják be a menekülési vagy küzdési (flight-or-fight) reakciókat (7).

Traumatikus reakciók az önvédelmi rendszer túlterheltségekor lépnek fel, amikor sem a menekülés, sem a küzdelem nem lehetséges. Traumatikus események után szinte mindenkinél súlyos pszichés reakciók jelentkeznek, amelynek különböző szakaszai vannak. A lélektani értelemben vett krízis fogalma szorosan összekapcsolódik a pszichotrauma és a stressz fogalmaival (9).

Stressz hatására (pl. súlyos testi sérülés) szorongással teli készenléti állapot alakul ki. A folyamatos félelem, bizonytalanság, kiszámíthatatlanság stresszt okoznak. A stresszre adott leggyakoribb válaszreakció a szorongás. A trauma túlélőknél gyakran lép fel súlyos

szorongásos tünet. A súlyos testi traumát elszenvedett betegeknél legjellemzőbben az akut stressz zavar tünetei dominálnak, amelyek a kritikus eseményt követően szinte azonnal jelentkeznek. Ennek mértéke egyénenként változó, súlyosabb esetben szuicid kísérlethez és/vagy pszichotikus dekompenzációhoz vezethet (9).

Az akut stressz zavar tünetei (BNO-10 diagnosztikai kódrendszer alapján): hyperarousal, hypervigilancia, intenzívebb emocionális válasz, ingerlékenység, alvászavar, motoros nyugtalanság, tudatos tájékozódás lecsökkenése, „mint, aki alvajár”, pszichés dependencia megnő, regresszív magatartás lép fel (fokozott biztonságkeresés, gondoskodás, figyelem utáni vágy).

A krízisállapotok pszichopatológiai leltárját alaposabban áttekintve leírható, hogy a lélektani krízis során nagyfokú *regresszió* jellemzi az egyént. A szelfszabályozás alacsonyabb szinten működik, az elhárítások és megküzdések éretlen, maladaptív formájukban jelennek meg, gyakran projektív, disszociatív módon. A személyiség *beszűkültsége* figyelhető meg minden szinten, így a figyelem, a gondolkodás, az érzelmek és a viselkedés területén. A krízisben levő beteg *gondolkodására* a nagyfokú ambivalencia, tagadás, önvádolás, bűntudat jellemző. Énképében, önértékelésében a negatív sémák dominálnak. Gyakorik a *szuicid ideációk, késztetések, tervek*. Krízisben az egyén *hangulata* depresszált, érzelmi inkontinencia, emocionális labilitás jellemzik, gyakori sírasi kényszerek mellett. Gyakran előfordul agitáltság, impulzív reakciók. Az általános *szorongásszint* megemelkedik, feszültségérzésről, szubjektív nyugtalanságról számolnak be a betegek. Az *ösztönkésztetések* működése megváltozik, az étvágy és a libidó általában csökken. Mind elalvási, mind átalvási zavarok gyakran előfordulnak. Krízisállapotban a *pszichomotorium* meglassult, gyakran gátolt, jellemző a motivátlanság, az alacsony energiaszint, valamint az ambitendencia. Krízisállapotban leggyakrabban pánikszerű *testi tünetek* jelentkeznek: szívdobogásérzés, szibbadás, hasi panaszok, torokszorítás, nehézlégzés (11).

Az elszenvedett traumatikus esemény következtében a pszichés egyensúly felborul. Leggyakoribb válaszreakció az akut stresszreakció, amely pszichofiziológiai változásokkal jár,

készenléti állapotot eredményeznek. Mértékét az egyéni sérülékenység szabja meg. A betegek egy részénél 2–3 nap alatt spontán oldódik. A krízisintervenció alatt lecsenghet. A traumás distressz hosszú távú hatásai poszttraumás stresszreakciók, amely a szorongás és depresszió tüneteitől, a poszttraumás stressz zavarig terjedhet. Amennyiben az egyén tehetetlen, kiszolgáltatott marad a súlyos sérüléssel szemben, a vészreakció nem cseng le. Hosszú távon ez a választípus komoly zavarokat okoz a pszichés működésben, az alkalmazkodást gátló tényezővé válik és hosszú távon jelentősen rontja az életminőséget. Burnam és munkatársai megállapították, hogy az erőszakos traumát elszenvedett egyének között kétszer gyakoribb a depresszív, szorongásos zavarok, illetve a szerabúzus előfordulása (2). Amennyiben az akut stressz zavar tünetei nem oldódnak, ez a választípus fent maradhat, a trauma túlélőknél gyakran lép fel poszttraumás stressz zavar (PTSD). A PTSD általában rövid időn belül fellép az átélt szörnyűség után, de előfordul, hogy hetekkel, hónapokkal vagy évekkkel később jelentkezik, valami jelentéktelennek tűnő stresszes esemény hatására. Nehéz felépülni belőle, van, hogy a traumatikus esemény története után, még évekkel később is fent áll. A felnőttkorban elszenvedett trauma rombolja a már kialakult személyiség szerkezetet (9). Bizonyos felmérések szerint a tömeges érintettséggel járó katasztrófák helyszínén a mentőegységek megérkezésekor a túlélők és a szemtanúk 10%-ánál észlelhető az akut stressz állapota. Ugyanígy arányban alakul ki néhány hónap múlva a túlélők közt a poszttraumás stressz zavar (PTSD), a két 10%-os minta közt általában átfedés található, de hogy a két állapot valamiféle összefüggésben állna egymással, az nem teljesen bizonyított. Egyes kutatások arra az eredményre jutottak, hogy a két jelenség egymástól függetlenül alakul ki, míg mások a kezeletlen, segítségnyújtást nélkülöző akut stressz zavarban látják a PTSD kialakulásának egyik fő tényezőjét (14, 21).

Az akutan fellépő pszichés tünetek és a potenciálisan kialakuló hosszú távú pszichés zavarok prevenciója miatt, indokoltta teszik a kritikus eseményhez időben és térben minél közelebb biztosítani a beteg számára a krízisintervenció beavatkozást a traumatikus eseményt követően.

KRÍZISINTERVENCIÓ

Medicinális hasonlaltal élve a lélektani krízisállapot ugyanolyan súlyos és életet veszélyeztető helyzet, mint például egy baleseti polytraumatizáció, ebben az értelemben a krízisintervenció tulajdonképpen vitális indikációval végzett életmentő beavatkozás (5).

A krízisintervenció a leggyakrabban használt kríziskezelési eljárás. Célja a segítesen túl az egyén képességeinek javítása. Elsődleges cél itt is a pszichés homeosztázis helyreállítása, a másodlagos cél pedig a stresszhelyzettel való foglalkozás és az egyén megküzdő (coping) mechanizmusainak javítása (6).

Vörös és munkatársai megfogalmazása szerint: „A krízisintervenció krízishelyzetben történő, a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai beavatkozás, mely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, ehhez a speciális helyzethez adaptált módon alkalmazza” (20).

A krízisintervenció célja röviden, hogy a kliens a krízis akut fázisát túlélje, majd a szubakut szakaszban helyreálljon, változzon, azt követően tovább fejlődjön, és végül érettebb személyiséggé váljon a lezajlott krízis által.

A krízisintervenció során arra törekszünk, hogy a krízisben levő klienst támogassuk, erősítsük, megóvjuk a krízis negatív kimenetelétől és helyreállítsuk az egyén funkcionális állapotát, adaptációs képességeit. Ez egyfajta „tűzoltás”, „lelki elsősegélynyújtás”, amely olyan professzionális beavatkozás, amely szűk időablakban 1–2 támogató jellegű találkozást foglal magában. Az aktuális pszichopatológiai tünetek enyhítése a pszichológia eszköztárával és szükség esetén farmakoterápiával való kiegészítése, krízis oldása, szorongás oldása, megküzdő (coping) készségek fejlesztése. Aktív megküzdés, adaptív kontrollszerzési stratégiák kidolgozása. Az aktuális helyzet megoldásán túl a jövővel is foglalkozunk, felkészítjük a személyt a közeljövőre (5).

A krízisintervenció, krízishelyzetben történő, a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai beavatkozás, amely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, ehhez a speciális helyzethez adaptált módon alkalmazza. A

traumatológiai fekvőbeteg ellátásban a krízisintervenció az alábbi pontokat érinti:

- Pszichés „vérzéscsillapítás” – gyors segítségnyújtás
- A beteg pszichés állapotának stabilizálása
- Krízisoldás
- Pszichopatológiai tünetek redukciója
- Lélektani beszűkültség, regresszió, szorongás oldása, tünetek enyhítése
- „Miért velem, miért most, miért így?” kérdések megválaszolása
- Visszaorientálás a jelenbe („Itt és most” fókuszú; pszichésen biztonságba helyezés)
- Alkalmazkodás elősegítése
- Kezeléshez, kórházi környezethez való adaptáció elősegítése
- Érzelmi egyensúly helyreállítása
- Aktuális krízishelyzet és az azt közvetlenül megelőző események átdolgozása, kiváltó eseményre centrált
- Ineffektívnek bizonyult problémamegoldó eszközök helyreállítása
- Coping (megküzdő) stratégiák fejlesztése
- Lépésenként jövőre való fókuszálás (pl. rehabilitációra való felkészítés)
- Személyiség funkcionálisának visszaállítása az eredeti szintre, vagy magasabb szintű integrációja

A korai beavatkozás módszerei

Nem csak a testi, hanem a lelki traumák kezelésében is fontos szempont a gyorsaság. A krízisintervenció célja limitált, de annál fontosabb: a traumát követően megjelenő pszichés tünetek kibeszéltetésével, a traumatikus eseményekhez kapcsolódó érzések felszínre hozásával megakadályozni a súlyosabb pszichés zavar kialakulását, visszaállítani a korábbi funkcionális színvonalát, és minél gyorsabban hozzásegíteni a klienst, hogy a mindennapjait folytatni tudja (5).

A betegágy melletti krízisterápiának a legfontosabb elemei a beteg pszichés állapotának a stabilizálása, a pszichés biztonság elősegítése, a pszichopatológiai tünetek (jellemzően

szorongásos zavarok) redukciója, a terapeuta hozzásegíti a páciens azokhoz a technikákhoz, amelyekkel végső soron ő maga tudja kontrollálni, megszüntetni a tüneteit.

ESETISMERTETÉS

21 éves fiatal lány, akit 2020 novemberében zebrán személygépkocsi elgázolt. Polytraumatizált beteg (arc zúzódását, keresztcsont, ágyéki gerinc (III–V) baloldali harántnyúlvány, jobb felkarcsont közeli vég darabos törését szenvedte el), tiszta, megtartott tudattal került felvételre, a baleset körülményeire és részleteire tisztán emlékszik. Intézetünkbe való bekerülését követően 3 napos Intenzív Osztályos kezelésre szorult, majd végtag osztályon kezelték tovább. Bekerülését követő 5. napon kezelőorvosa jelezte felém, hogy a beteg emocionálisan nagyon igénybe vett, folyamatosan lacrimál, rémálmai vannak és a gyógytornással is nehezen kooperál. Pszichológiai támogatást kért a beteghez. A beteggel való találkozás során kiderült, hogy ami vele történt (elindult otthonról, majd miután a zebrán elgázolták az Intenzív Osztályon ébredt fel) az egy teljesen hirtelen, váratlan esemény volt, teljesen kontrollálhatatlan módon zajlott, amely pszichés traumaként érintette a beteget. A biztonságérzete jelentősen csökkent, a beteg rettegett, napokkal később is intenzíven átélte (re-enactment) a gázolás minden pillanatát, napközben rendszeresen voltak ezzel kapcsolatos emléketbörései (flash back), éjszaka pedig rémálmai, erős szorongást, pszichomotoros agitációt és intenzív szélsőséges hangulati hullámzásokat élt meg. A gyógytornával nagyon óvatos volt, félt, hogy kárt okoz magának és még rosszabb állapotba kerül. A jövőképe a betegnek nagyon bizonytalanná vált több szempontból is, például visszatér-e az eredeti funkcionális szintjére, valamint a sport központi szerepet játszott az életében, fog-e tudni újra rendszeresen sportolni?

A pszichopatológiai leltárt áttekintve leírható, hogy a beteg tünetei a PTSD tünetcsoport köré szerveződnek, amely tipikusnak mondható egy polytraumatizált beteg esetében. Pszichológiai eszköztár és szükség esetén farmakoterápia bevonásával ezek a tünetek oldhatóak, és az időben elvégzett krízisintervenció lehetővé teszi a pszichés tünetek

redukcióját, a súlyosabb pszichopatológiák (PTSD, depresszív tünetképzés) kialakulásának megelőzését, amelyek jelentősen rontják az életminőséget hosszú távon, és növelik a szuicid rizikót, megvéd a krízis negatív kimenetelétől, valamint a pszichés támogatás biztosítása segíti a kórházi környezethez és a kezeléshez való adaptációt, fejleszti a compliance-t, támogatja a gyógytornással való kooperációt és felkészíti a beteget a rehabilitációra.

A traumatológiai ellátás, rövid, időhatáros terápiát tesz lehetővé, célzott intervenciók alkalmazásával. A fent említett beteggel három alkalommal volt lehetőségem találkozni. A krízisintervenció ülés fókuszában a beteg biztonságérzetének a támogatása, pszichés állapotának a stabilizálása, kognitív disztorzióinak és szorongásos tüneteinek az oldása volt a cél, „itt és most” fókuszú, kognitív viselkedésterápiás elemeket alkalmazva. A kórházi környezetben segítséget tud nyújtani a falon felfüggesztett óra, a beteg saját telefonja, hozzátartozóknak a fényképe, amelyek segítenek visszaorientálni a személyt a jelenbe. E tárgyakra, hogyha ránéz, kézbe veszi, újra az „itt és most”-ban érezheti magát, időben és térben eltávolodva a traumatikus eseménytől. A beteg mentális térképén dolgozva, egy belső biztonságos, megnyugtató helynek a kialakítása a szorongásoldásnak, önmegnyugtatósnak az egyik hatékony és biztonságos módszere a megfelelő légzés kontroll, rövid relaxációs technikák alkalmazása mellett. A ventilációs felület biztosítása pedig önmagában feszültségredukciós, szorongásoldó hatással bír.

A krízisintervenció ülés végére a beteg szorongásos tünetei enyhültek, éjszakai alvása javuló tendenciát mutatott, intenzív emocionális válasz csökkent, a beteg megtanulta enyhíteni a tüneteit, összességében nyugodtabbá, a kezeléssel együttműködőbbé vált, amely a rehabilitációra való felkészülésben is jó prognózisnak bizonyult.

TRAUMA FÓKUSZÚ TERÁPIÁK

Súlyos szomatikus sérültek esetén az osztályos pszichoterápiás kezelésnek megvannak a maguk korlátai mind a beteg szomatikus állapotát, tudatállapotát és az időbeli korlátokat figyelembe véve. A krízisintervenció, a kognitív elemeket tartalmazó szupportív

pszichoterápia és a pozitív szuggesztiókon alapuló pszichés vezetés biztonsággal alkalmazható a súlyos szomatikus állapotú betegeknél (17). A kritikus állapotú betegek eleve módosult tudatállapotban vannak, szuggesztiókra fogékonyak. A módosult tudatállapot (indukált vagy spontán transzállapot), a félelem, kiszolgáltatottság, fokozott érzelmi igénybevétel, krízisállapot, a megszokott biztonságos keretek hiánya (szokatlan, újszerű helyzetek) növelik a szuggesztabilitást. Kritikus állapotú betegeknél a felsoroltak közül egyszerre több is fenn áll (4, 18).

Az ambuláns keretek között alkalmazható pszichoterápiás módszerek közül többféle terápiás módszer létezik a PTSD kezelésére, de közülük mindössze kettőnek bizonyított a hatékonysága. A WHO (World Health Organization, 2013) és az APA (American Psychiatric Association, 2017) első helyen javasolja a traumafókuszú kognitív viselkedésterápiát és az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) terápiát. Az EMDR, amely szemmozgásokon alapuló deszenzitizálást és traumafeldolgozást jelent. Az EMDR egy bizonyítottan hatékony, saját elméleti modellel bíró, integratív, önálló pszichoterápiás módszer, amely specifikus eszköztárral és hatásmechanizmussal rendelkezik. Az EMDR terápiát döntően három területen alkalmazzuk: a múltbeli traumatikus élmények feldolgozására, a jelenben beazonosítható distresszt okozó szituációk kezelésére és a jövőben kívánt adaptív viselkedésváltozás elérése érdekében. Az EMDR több pszichoterápiás irányzat (pszichodinamikus, kognitív viselkedésterápiás, élményközpontú, testfókuszú hipnózis és a rendszerszemléletű terápiák) (14, 15).

A Brainspotting terápia az EMDR továbbfejlesztett változataként vált ismertté, a mindfulness (tudatos jelenlét) módszerét is integrálva. *David Grand* nevéhez fűződik a módszer kidolgozása, aki leírta, hogy a tekintetirány befolyásolja az érzelmeinket, megéléseinket, észlelésünket. A módszer lényege, hogy a traumatikus események felidézése közben az adott vizuális mező által stimulált agy a tudatos jelenlét és megélés által kiváltott testérzetek, érzelmek és a gondolatok segítségével facilitálja az öngyógyító mechanizmusokat, amelyek által megtörténik a trauma feldolgozása. Az EMDR-től technikailag abban különbözik, hogy

a gyors szemmozgás helyett a kliensnek egy pontot kell figyelni (1, 8).

A katatím imaginatív pszichoterápia (KIP) módszerét az 1950-es években *Hanscarl Leuner* orvos, pszichoterapeuta dolgozta ki, amely mélylélektani, analitikus alapokon nyugvó terápiás eljárás. A KIP a többi szimbólumterápiás, imaginációs módszerhez hasonlóan abból indul ki, hogy relaxált tudatállapotban megjelenő képek a személy tudatalanjának, tudatalatti konfliktusainak, problémáinak szimbolizációja, ezért az előbukkanó imaginációk érzelmileg téltettek, erre utal a katatím elnevezés. Az egyén szimbólum világa összekötő, kommunikációs hídként működik a tudattalan tapasztalatok és a tudatos, racionális, fogalmi gondolkodás között. A képek által a felszínre, a tudatközelbe lehet emelni mélyen gyökerező félelmeket, vágyakat, indulatokat, elfojtott lelki tartalmakat. Ez aztán lehetővé teszi a tudatos szinten a további feldolgozást; a megértés, a belátás és a változás irányába mozdíthatja el a személyt (16).

ÖSSZEGZÉS

Az eredeti témafelvetésre reagálva, a klinikai pszichológia szerepe a traumatológiai ellátásban a beteg pszichés állapotának a stabilizálása krízisintervenció által, aminek az akut szakaszon való átsegítésen túl prevenció értéké is van a súlyosabb pszichés zavarok kialakulását, a krízis lehetséges negatív kimenetelét, illetve a szuicid rizikó csökkentését illetően. A hospitalizáció során nyújtott pszichológiai ellátás egyben a beteg műtéti szorongásának az oldására, a compliance fejlesztésére, a kórházi környezethez és a kezeléshez való adaptáció elősegítésére is irányul.

Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni *Dr. Szilágyi Simon* Osztályvezető Főorvos Úr szakmai iránymutatásait, amelyek hozzájárultak ahhoz, hogy ez a dolgozat megszülethesen.

1. Bálint A.: A brainspotting módszerének bemutatása. In: Szabó-Bartha A., Szondy M. (szerk.): Új utak a pszichoterápiában. L'Harmattan. Budapest 2021. 201-216. p.
2. Burnam M. A., Stein J. A., Golding J. M., Siegel J. M., Sorenson S. B., Forsythe A. B., Telles C. A.: Sexual assault and mental disorders in a community population. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988. 56. (6): 843-850. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.843>
3. Caplan G.: *Principles of preventive psychiatry.* New York. Basic Books. 1994.
4. Cheek D. B.: Communication with the critically ill. *Am. J. Clin. Hypn.* 1969. 12. (2): 75-85. <https://doi.org/10.1080/00029157.1969.10734309>
5. Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció tankönyve.* Budapest, Oriold és Társai Kiadó. 2014.
6. Davanloo H., Sifneos P. E.: A krízis – támogatás technikája. In: Bakó T., Bíró S. (Szerk.): *Rövid dinamikus pszichoterápia.* Budapest, Animula Kiadó. 1992. 167-182. p.
7. Fonyó A.: A homeosztázis, magatartás és emóciók központi integrációja. In.: Fonyó A., Geiszt M.: *Az orvosi élettan tankönyve.* Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2018.
8. Grand, D. *Brainspotting: The revolutionary new therapy for rapid and effective change.* Boulder, Sounds True Inc., 2013.
9. Herman J.: *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig.* Budapest. Háttér Kiadó. 2011.
10. Horowitz M.: Stress – response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp. Community Psychiatr.* 1986. 37. 241-249. <https://doi.org/10.1176/ps.37.3.241>
11. Kiss E., Sz. Makó H.: *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana.* Budapest. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány. 2015.
12. Levine P.: *A trauma gyógyítása.* Budapest. Kulcslyuk Kiadó. 2008.
13. Rigó A., Zsigmond O.: A szomatikus betegség, mint trauma. In: Kiss E., Sz. Makó H.: *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana.* Budapest. Pro Pannónia Kiadói Alapítvány. 2015.
14. Shapiro E.: EMDR. *Treatment of recent trauma.* *J. EMDR Pract. Res.* 2009. 3. 141-151. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.141>
15. Solomon R., Shapiro F.: EMDR and adaptive information processing model. *J. EMDR Pract. Res.* 2008. 4. 315-325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
16. Szántó E.: *A traumatizáció megjelenése a Katatím Imaginatív Pszichoterápia virág szimbólumaiban. Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna.* Budapest. Oriold és Társai Kft. 2015.
17. Varga K., Diószeghy Cs.: A lélegeztetett beteg pszichés vezetése. In.: Péntes I., Lox A. (Szerk.): *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata.* Budapest. Medicina Könyvkiadó Zrt. 2004. 817-824. p.
18. Varga K.: *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztív az orvosi gyakorlatban.* Budapest. Medicina Kiadó Zrt. 2011.
19. Varga K., Varga Z., Fritsz G.: Psychological support based on positive suggestions in the treatment of a critically ill ICU patient – a case report. *Interv. Med. Appl. Sci.* 2013. 5. (4): 153-161. <https://doi.org/10.1556/imas.5.2013.4.2>
20. Vörös V., Osváth P., Árkovits A., Csürke J.: A krízisintervenció általános szempontjai és kapcsolata a pszichoterápiákkal. In: Csürke J., Vörös V., Osváth P., Árkovits A. (Szerk.). *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Budapest. Oriold és Társai Kiadó. 2009. 285-304. p.
21. Yurtsever A., Konuk E., Akyüz T., Zat Z., Tükel F., Çetinkaya M., Savran C., Shapiro E.: An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 2018. Jun 12. 9. 493. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00493>

Szeifert Noémi Mónika

Dr. Manninger Jenő Baleseti Központ
1081 Budapest, Fiumei út 17.