

A poszttraumás stressz-zavar kognitív viselkedésterápiája

Ismertetés

Várkonyi Erika

2011

A poszttraumás stressz-zavar (PTSD) fogalma, diagnosztikai kritériumai, előfordulása és jellemzői

Az egyének életében bármikor bekövetkezhet olyan trauma, aminek hatására nem csak a mindennapi élet anyagi feltételei kerülnek veszélybe, hanem a katasztrófát átélő személy hite is meginog önmagában, másokban vagy az élet értelmében. Az ehhez hasonló tragédiák következtében megnő a poszttraumás stressz-betegség előfordulási esélye. A PTSD esetén a traumát követő természetesnek mondható stresszreakció nem múlik el, a zavar elhúzódóvá válik. A PTSD abban a tekintetben különbözik a többi szorongásos zavartól, hogy pszichológiailag traumatikus eseményt követően alakulnak ki tünetei. Ezek a tünetek a következő formákban jelentkezhetnek: 1. érdektelenség a korábbi tevékenységek iránt és elidegenedés másoktól, 2. a trauma állandó újraéledése az emlékekben és az álmokban, 3. alvászavarok, koncentrációs zavar és túlzgatottság, 4. vegetatív, diszfóriás és kognitív tünetek. Ezek megnyilvánulhatnak lelkipurdalásban, depressziós és szorongásos tünetek formájában.

A diagnosztikai kritériumokat az alábbiakban lehet összegezni: 1. A következő körülmények együttesen érvényesülnek: olyan eseménynek volt alanya vagy tanúja, amely valóságos vagy fenyegető haláleset, súlyos sérülés formájában következett be. 2. A személy újra átéli a traumát visszaemlékezés, álom, hallucináció, szimbólumok által kiváltott pszichés vagy vegetatív reakciók formájában. 3. Kerüli a traumával összefüggő beszélgetéseket, emlékeket és az erre emlékeztető tevékenységeket, személyeket, eleve nem tud visszaemlékezni, csökkent tevékenység, elidegenedés, beszűkült érzelmek és jövőkép. 4. A trauma előtt nem tapasztalt alvási zavarok, dühkitörések, koncentrációs nehézség, hypervigilitás.

Az emberek egyharmadát éri súlyos trauma valamilyen formában, aminek következtében csak bizonyos idő eltelte után jelentkezik a poszttraumás stresszbetegség. Sokszor csak évek múlva, valamilyen esemény hatására kerülnek felszínre a hatások. A legújabb kutatások középpontjába annak a kérdésnek a vizsgálata került, hogy miért alakul ki egyeseknél a poszttraumás betegség, míg mások mentesülnek tőle. A kezdeti eredmények szerint azoknál alakul ki, akik nem tudják elfogadni a kialakult állapotot, és valamilyen módon elutasítással reagálnak. Bizonyos személyiségjegyek is hajlamosítanak PTSD-re.

A PTSD a DSM-IV szerint akutnak minősíthető, ha tünetei három hónapnál kevesebb ideig állnak fenn, krónikus, ha három hónapnál tovább tart és késleltetett kezdetű, ha a tünetek legalább hat hónapnál a trauma után kezdődnek. Megjelenési formája sokféle lehet: 1. Szorongásos panaszok (félelmek, kényszercselekvések, pánikrohamok). 2. Magatartásváltozás

(agresszió, antiszociális magatartás, öngyilkossági kísérlet). 3. Kognitív funkciók károsodása (figyelem- és koncentrációzavar, döntésképtelenség, fáradékonyság). 4. A gondolkodás és a beszéd zavarai (körülményeskedő beszéd, asszociációs zavarok). 5. Hangulati - és érzelemzavarok (harag, apátia, ingerlékenység). 6. A munkahelyi és szociális teljesítmény zavarai (csökkent munkateljesítmény, hiányosan betöltött szociális szerep). 7. Személyiségjegyek változása (romló kapcsolatok, közöny mások iránt). 8. Vegetatív testi tünetek (szédülés, veritékezés, alvászavar, diffúz testi panaszok).

A PTSD elméleti alapjai, modellek

A PTSD azonosításakor nehézséget okoz, hogy a zavart okozó esemény a közeli vagy távolabbi múltban történt, a panaszok megjelenésekor nincs jelen. A különböző elméletek a szerint vizsgálják a zavart, hogy miért nem mindenkinél alakul ki azok közül, akiket trauma ért. Más-más megközelítésből próbál magyarázatot adni Freud pszichoanalízise, Eysenck és Keane tanulásemélete, Horowitz pszichobiológiája és a különböző kognitív szemléletek. A modern teóriák közül a kognitív megközelítés képes a legkoherensebb elméleti keret felállítására. Közös vonásuk, hogy mindegyik feltételezése szerint az egyén a traumát megelőző élményeinek mentális reprezentációival vesz részt a traumatikus helyzetben. A traumatikus élmény feldolgozásakor amennyiben a traumainformáció integrálódik az előzetesen fennálló kognitív struktúrákba, a feldolgozás sikeres. Amennyiben az egyén erre nem képes, a feldolgozás sikertelen. A különböző elméletek abban térnek el egymástól, hogy mivel magyarázzák ezeket a jelenségeket.

Ehlers és Clark kognitív modellje szerint a PTSD csak akkor jön létre, ha az egyén jelen idejű fenyegetettséget érez. Ebben szerepet játszanak egyrészt azok a különbségek, ahogy az egyén a traumát értékeli, másrészt az a tény, hogy az egyén az eseményeket más önéletrajzi emlékekhez kapcsolja. A vélt veszély viselkedési és kognitív válaszokat váltanak ki, amelyeknek az a célja, hogy csökkentsék a fenyegettség érzését. Az egyén túlzottan általánosíthat, vagy a trauma következtében rossz irányban változik, mentális vagy fizikai értelemben. Ez elidegenedéshez vezethet. A vélt veszély miatt érzelmi válaszreakciói eredményeként félelmet élhet át. A fenyegettség érzéséhez a traumatizáló esemény emlékképe is hozzájárulhat. Az akaratlagos felidézés problematikusává válik, ezért a betörő emlékképet az egyén aktuálisként értelmezheti. A bizonytalan fizikai hasonlóság eredményeként újra átéli a traumát. Általánosságban jellemző, hogy a PTSD-től szenvedő beteg kerül az akut fenyegetettséget. Gyakran azonban éppen a poszttraumás tünetek fennmaradását segítik elő azzal, hogy előidéznek a PTSD-tüneteket. Az is befolyással bír,

szemantikus vagy szenzoros módon raktározzák-e el a traumatizáló eseményeket. A mindent elárasztó ingerzőn a trauma ideje alatt nagyobb valószínűséggel hív elő PTSD-t.

A SPAARS-modell (sematikus, propozicionális, asszociatív és analóg reprezentációs rendszer) egy komplex információreprezentációs rendszert ír le. Ennek egyik eleme a magasan szervezett sémareprezentáció, ami a traumatikus esemény kiértékelésekor, annak hatására sérül. Ugyanakkor a traumával kapcsolatos információ a modell minden szintjén tárolódik, és asszociatív kapcsolatban van egymással. A modell segítségével a tünetek is könnyen megmagyarázhatók, mivel a traumával kapcsolatos információkat folyamatosan jelentésstruktúrában kívánja elhelyezni. Ez azt is jelenti, hogy az információ inkompatibilis és ezért veszélyeztető. A védekező folyamat elemi közé tartoznak a gondolatok elfojtása, a társas kapcsolatok megszakítása. A félelem aktiválódik. A pszichoterápiás kezelés célja a traumatikus élmény emocionális feldolgozása és integrációja, amelynek eszköze az expozíció és a szupportív szociális kapcsolatok. Az expozíció során a személy biztonságos, kontrollálható és kiszámítható körülmények között újra találkozhat a traumatikus eseménnyel. Félelme gyengül, ezért a traumával kapcsolatos információkat be tudja illeszteni memóriájába.

Mindezek eredményeképpen a PTSD kognitív viselkedésterápiás kezelésében az expozíció jelentős szerepet kap. Első lépés a probléma felmérése és a terápiás célkitűzések meghatározása, ezt követi a pszichoedukáció. Ebben a szakaszban a személy információt kap betegsége jellegéről valamint arról, hogy az ezzel kapcsolatos érzései érthetőek. Harmadik szakasz a viselkedésterápiás intervenciók, amelynek célja a visszatérés a mindennapokhoz. A terápia következő lépcsőfoka a fokozatos ingerexpozíció, a trauma újbóli átbeszélése, amikor megelevenednek az elfelejtett részletek is. Az utolsó szakasz a kognitív átstrukturálás. A terápia célja, hogy megtalálja az egyén számára a legkényesebb pontot, ami fenntartja az elkerülést. Ekkor átkeretezik a helyzet jelentését és az új anyaggal újra felidézteszik a traumát. A diszfunkcionális jellemzők megváltoztatásával lecsökken az érzelmi reakció. Végül a kognitív átstrukturálással összhangban az egyén feladja az elkerülő viselkedést.

A PTSD terápiája

I. Az állapotfelmérés az anamnézis felvételével indul. Az élettörténeti adatok után a traumatikus esemény megismerése történik. Ekkor jelentős hangsúlyt kap a terapeuta empátia készsége, amellyel lehetővé teszi az események könnyebb hozzáférhetőségét. A így megkapott információk elengedhetetlenül szükségesek a terápia elkezdéséhez. Ezek után kerülhet sor a panaszok felmérése és annak összegzésére, hogy ezek mikben nyilvánulnak meg. Azonosítani kell a fő kognitív témákat, amik a kritikus pontok megtalálását teszik

lehetővé. Mivel a személy számára nehézségbe ütközhet ezek kimondása, ezért sokat segíthet gondolatnapló vezetése, amiben a beteg leírja az eseménnyel kapcsolatos gondolatait. Az előhívás további eszköze lehet imaginatív felidézés, mentális újrajátszás vagy az attitűd-kérdőív kitöltése. A terápiás kapcsolat fontos része, hogy a beteg tempóját figyelembe kell venni. További lépés a betegséget fenntartó viselkedésmódok azonosítása, annak felmérése, hogy milyen coping stratégiákat alkalmaz szorongása leküzdésére. A beteg alkoholhoz is fordulhat szorongása csökkentése érdekében, vagy bizonyos esetekben mindent változatlanul hagy az elvesztett személlyel kapcsolatban.

II. A terápiás célkitűzések megfogalmazása mindig a személy konkrét problémájához illeszkedik. PTSD esetén a traumát kell integrálni, elfogadni és beépíteni az élettörténetbe. Ez után kerül sor a szocializálásra, vagyis annak az elfogadtatására, hogy a traumához való viszony meghatározza a beteg állapotát. Az emocionális feldolgozást meggátolja az eseményekre történő kényszerű visszaemlékezés, ezért nem tudja az eseményeket integrálni, és ezáltal a tünetek fennmaradnak. Ezért fontos annak az elfogadtatása, hogy a traumához való viszony meghatározó szerepet játszik a beteg állapotában.

III. A következő lépcsőfok a mindennapokhoz történő visszatérés. Fokozatosan fel kell oldani a bezártságot, és vissza kell térni az abbahagyott tevékenységekhez, fel kell eleveníteni a megszakadt kapcsolatokat, vissza kell térni a munkához.

IV. A terápia következő szakasza az ingerexpozíció, amikor a hozzáférhető emlékrészletekkel lehet rekonstruálni az egész történetet. Ennek többféle formája lehet: in vivo és imaginatív módszerek. A többszöri felidézés több részlet előkerülését teszi lehetővé. A felidézés feszültségoldó hatással bír a személy részére, és utólagosan megértheti a korábban érthetetlennek tűnő eseményeket.

V. A kognitív átstrukturálás és cselekvési terv folyamán a terapeuta a diszfunkcionális viszonyulások helyett a trauma adaptívabb feldolgozására törekszik. Ilyenkor sikerülhet adaptívabb, a valósághoz közelebb álló, kevésbé szorongáskeltő alternatívát találni, amely könnyebbé teszi az események elfogadását. A páciensnek gyakorlásra van szüksége annak érdekében, hogy az új válaszokat mindig fejben tartsa. Ennek hatásos eszköze az emlékeztető kártyák használata. Imaginatív technika alkalmazásával és az előbbi eszköz ötvözésével elő lehet készíteni a természetes módon történő találkozást a traumát kiváltó eseménnyel. A terápia befejezéséig az állapot stabilizálása történik.

A terápia akkor tekinthető befejezettnek, ha a megkezdése előtt fennálló panaszok és tünetek megszűntek, ha az egyén képessé válik a trauma tényének az elfogadására,

feldolgozására, élettörténetbe való beépítésére, és arra, hogy élete visszatérjen a megszokott formába.

Felhasznált irodalom

Mórotz K., Perczel Forintos D. (2005). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.