

HAVELKA JUDIT

Szörnyűségek túlélője

Egy traumafeldolgozási technikáról

*„Uram, háboruból jövök én,
Mindennek vége, vége:
Békíts ki Magadnál s magammal,
Hiszen Te vagy a Béke.”
(Ády Endre)*

Kinek-kinek a maga keresztje... Minden háznak megvan a magáé, mindenki viszi, cipeli a sajátját. Mégis csak úgy van ebben a világban, hogy egyeseknek irdatlan nagy kereszt jut osztályrészül.

Josiana keresztje számunkra elképzelhetetlenül óriási. Ez a tizenéves ruandai kislány több halált látott eddigi életében, mint amennyit épp ésszel felfoghat egy ember. Láta, amint saját családját saját szeme előtt lemészárolják, de meg sem nyikkanhatott – nem is tudott, mert áldott bénultságban, egyfajta homályon át, felülről, valahonnan a ház tetejéről nézte mindezt lelkével végig, s a disszociatív állapot kegyelmi rendelete értelmében nem fogta fel a dolog értelmét.

Menekülése a csodával határos volt. Úttalan utakon, az utak szélén hegyekbe hordott holttesteken keresztül étlen-szomjan menekült egyetlen megmaradt családtagja, gyermek-katona bátyja kíséretében, aki maga is a pokol hetedik bugyrából, megrögzött heroinfogyasztóként került vissza az ún. „civilizált társadalomba”. Néhány hónapos tartózkodás után egy kongói menekülttáborból, ahol éhínség és járványok tizedelték a rettegő lakókat, bátyja üzleti akciói segítettek nekik feljutni egy Európába induló hajóra.

Hozzám Josiana kétéves belgiumi tartózkodás után került terápiába. Abban az időben nevelőotthonban élt; az utcáról az ifjúságvédelmi rendőrök szedték össze. Mint gyermekprostituált „dolgozott” az antwerpeni állomás elhíresült környékén, hogy bátyjának a mindennapi betevő „lövést” (kábitószert) megszerezze.

Miben reménykedhet az, aki ezt a történetet végighallgatja? Milyen segítséget tud nyújtani a pszichológia egy ennyi szörnyűségen keresztülment gyermek számára?

A pszichológus sokáig tehetetlenül állt a traumatikus élmények hatására kialakuló és jellegzetes tüneteket okozó poszttraumatikus állapottal szemben. A PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) szindróma központi patológiája szerint bizonyos szenzációk és emóciók – amelyek a traumával kapcsolatosak – érintetlen formában, akadály nélkül térhetnek vissza, s az idő múlásával sem változik az intenzitásuk. A traumatikus esemény ideje alatt fellépő rendkívül erős emóciók teszik lehetetlenné, hogy az élmény a maga teljességében megnyugtató értelmezést kapjon. Az események nem mint összefüggő egész, rendszerezve és integrálva, mint az „én” része, hanem egymástól szétesett, fragmentált emóciókként, vizuális vagy kinetikus szenzációkként tárolódnak, s ha a személy hasonló szenzációknak vagy emócióknak van kitéve, újra aktiválódnak („flash back”). (Lang, 1985; Pitman és munkatársai, 1991; van der Kolk, van der Hart, 1991)

Jómagam kanyargós utat tettem meg olyan terápiás lehetőségek megtalálásáig, amelyek ilyen esetben is hatékonyak lehetnek. A korábban alkalmazott beszélgető-terápiák azért nem alkalmasak ennek a tünetegyüttesnek a gyógyítására, mert a traumatikus élmény újraátélését idézik elő. Csakhogy ezzel szemben a túlélők főbiás elkerülő reakciót mutatnak, vagy pedig disszociatív állapottal reagálnak a mindent elborító traumatikus élmény újraátélése helyett. A főbiás reakció igen gyorsan a terápiás helyzetre is kiterjed, és a terápia hirtelen megszakadását eredményezi. A disszociatív reakciók ezzel szemben a terápiát teszik értelmetlenné, mivel a túlélő ugyan elbeszéli a vele történeteket, de nem éli azt úgy át, mintha vele történt volna meg. Számos esetben éppen a legnagyobb érzelmi jelentőséggel rendelkező jelenetek „felejtődnek el”. Sokszor érezhető bizalmatlanság a terápiával (a terapeutával) szemben, hiszen annyi csalódás, árulás jutott osztályrészül a traumát átélteknek, hogy nehezen „nyitnak kaput” egy lehetséges új csalódás számára. Sajnos nemcsak a trauma pillanatában, hanem az azt követő egészségügyi és hivatalos procedúrák során is gyakran előfordul velük, hogy „újratraumatizálódnak”, például a megalázó orvosi kezelések vagy rendőrségi kihallgatások során, ahol számukra szégyenletes részletek ismételt elisméltetésével, szavahihetőségük megkérdőjelezésével tehetetlen állapotot idéznek elő az amúgy is tehetetlenségétől szenvedő túlélőkben.

1989-ben jelentkezett Francine Shapiro az általa felfedezett új technikával, amely azóta a legkedveltebb traumafeldolgozási technikává nőtte ki magát. Az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), mint neve is mutatja, szemmozgásokkal (vagy más egyéb bilaterális stimulációval) segíti elő a traumatikus élmény okozta hihetetlen erős feszültség igen gyors csökkenését, amely

szinte a rá gondolás pillanatában elindul, s azonnali megkönnyebbüléssel jár.

Egy másik hatása a bilaterális ingerlésnek a traumatikus esemény újraértelmezésének a beindítása. Ennek következtében az esemény helyet kap az ún. „narratív emlékezetben”, ahol kapcsolatba lépve a többi emlékezeti egységgel, mostantól részét fogja képezni a személy élettörténetének.

E sok más terápiás iskola elemeit ötvöző terápiás technika számos előnnyel jár.

Elsősorban – ami a legfontosabb – a traumatikus pillanatra való emlékezés szenvedésének szükségességét hetek vagy órák helyett néhány percre csökkenti le.

Ennek az oka a bilaterális ingerlés hatására felgyorsult információfeldolgozás. Saphiro ezzel kapcsolatos elképzelései szerint (az ún. AIP-model, azaz Accelerated Information Processing, magyarul felgyorsított információfeldolgozási modell) az ember természetes pszichés feldolgozó-rendszere a test fizikai sérüléseket követő gyógyulásával hasonlítható össze. A traumatikus élmény hatására az emlékezeti egységek (félelmet keltő képek, gondolatok, negatív érzelmek és testi szenzációk formájában) diszfunkcionálisan tárolódnak az idegi hálózatok rendszerében. A felgyorsult feldolgozó-rendszer azonban lehetővé teszi, hogy ezek újra egy adaptív funkcionális formában kerülhessenek elraktározásra. (Shapiro, 1995)

A traumafeldolgozás egy időben több szinten megy végbe az EMDR segítségével. Míg más terápiás technikák esetlegesen csak kognitív belátást tudnak elérni (természetesen ez is nagyon fontos aspektus), addig itt egyszerre történik kognitív, emocionális és testi szinten a traumafeldolgozás.

Az emocionális feldolgozás szükségességével számos terápiás iskola egyetért (gondoljunk a korrektív vagy a katartikus élmény használatára a terápiákban), a pszichotrauma testi szinten történő feldolgozására azonban csak a legújabb terápiás iskolák hívják fel (az EMDR technikán kívül) a figyelmet. Az EMDR hatására a testi szinten elraktározódott traumatikus feszültség (sokszor látványos) lereagálása következik be, amely által a blokkolt feszültség távozhat a testből.

Traumafeldolgozást azonban felkészítés nélkül nem lehet még ezzel a nagyon előrehaladott technikával sem végrehajtani. A lassan száz évvel ezelőtt a francia Pierre Janet által kidolgozott, s napjainkban reneszánszát élő háromszakaszos traumafeldolgozási modell azt javasolja, hogy először egy (a túlélő állapotától függően hosszabb vagy rövidebb) stabilizációs fázist iktassunk be az ún. traumatikus élménnyel való konfrontálódási (vagy feldolgozási) fázis előtt. Majd ezt kövesse másodsorra egy ugyancsak hosszabb-rövidebb nem stabilizációs, hanem integrációs szakasz, ahol a túlélő újra megtanulja az immár feldolgozott élményt beilleszteni az életébe, s új viselkedésformákat (sokszor sokkal fejlettebbeket, mint a traumatikus esemény előtt, lásd: traumatikus növekedés) sajátít el.

Térjünk vissza most Josiana esetére, amelyet azért választottam írásom illusztrációjául, hogy megmutassam, miért reményteljes a terápiás munka még egy ilyen esetben is. Amennyiben segíteni akarunk egy traumatikus élmény áldozatán, akkor nagyon fontos, hogy megtaláljuk az esemény(ek) hatására saját magáról kialakuló negatív gondolatot. Sok esetben maga a traumatikus emlék nem, viszont az annak hatására kialakuló, a normális élethez való alkalmazkodást rendkívül megnehezítő mindennapi reakciók hozzáférhetőek (PTSD tünetegyüttes). A túlzott éberség vagy ingerültség hatására például nagyon hamar veszélyben érzik magukat, bizalmatlanok; mindez megnehezíti szociális beilleszkedésüket, könnyen elszigetelődnek. A testi tünetek is hasonló hatásúak, hiszen az alvászavarok krónikus fáradtságot, koncentrációs problémákat okoznak. A felborult ritmusú élet pedig újfent negatív visszahatással van a teljesítményre és a szociális kapcsolatokra... Ördögi kör, amelyet valahol meg kell szakítanunk.

Josiana iskolai problémái teljesen kimerítették a fent leírt jelenségek sorát. Nem tudott koncentrálni; folyton úgy érezte, nem odaillo, más, mint a többiek; hamar megsértődött; hatalmas dührohamokkal reagált, ha úgy érezte, bántják. Egy alkalommal összevekedett a nevelővel, amire szégyennel és megbánással gondolt vissza. Saját magát úgy látta, mint aki „senki és semmi”, a jövővel kapcsolatban pedig semmilyen pozitív elvárása nem volt.

Néhány hónapos munkával elértem nála, hogy jelenlegi problémáit úgy lássa, mint szörnyű élményeinek következményeit, s ezáltal saját magát nem mint „hisztérikus idiotát” kellett megélnie, hanem úgy, mint valaki, akivel nagyon rossz dolgok történtek ugyan, de ő maga nem rossz. Ez az előkészítés feltétlenül szükséges a legtöbb súlyosan traumatizált túlélő esetében. Ezután lehetett elkezdeni immár egy konkrét problémával való foglalkozást. Nevezetesen amikor a nevelőnek nekitámadó saját magára gondolt, Josiana nem tudta magát értékes emberként megélni, hanem csak úgy, mint aki „senki és semmi”. Természetesen ez nagyrészt a múltjában lévő események hatására kialakult negatív énkép hatása volt, de a probléma számára nem a régmúltban, hanem a jelenben létezett.

Az EMDR technikával úgy látunk neki a munkának, hogy először megpróbálunk utánajárni, melyik képet (hangot, szagot stb.) tudja visszaidézni a traumatikus eseménnyel kapcsolatban: ez lesz az a kép, amelyet majd használni fogunk a traumafeldolgozásnál. (Josiana saját magát látta, amint nekiugrik a döbbenten álló nevelőnek.)

Ezután megkérjük páciensünket, hogy koncentráljon az esemény legzavaróbb pillanatára. Megkérdezzük, milyen negatív jelentése van a képnek. Fontos, hogy ez a jelentés kapcsolatban álljon a páciens személyével, és hangsúlyozottan negatív töltésű legyen. (Josiana gondolata a következő volt: „Senki vagyok, nem érdemlem meg, hogy éljek.”) A negatív énes kijelentés mellett felkérjük páciensünket, hogy próbáljon egy olyan kijelentést magával kapcsolat-

ban megfogalmazni, amelyben a jövőben hinni szeretne, de amit természetesen jelen pillanatban még nem tud megvalósítani. (Josianánál ez a következő volt: „Valaki vagyok, és érdemes élnem.”)

A pozitív kijelentés validitása a személyre nézve hét pontból álló skála segítségével mérhető (VoC). Ezen a hetes pontnál a pozitív, az egyes pontnál pedig a negatív énes kijelentés áll. Az ülés kezdetén és az ülés ideje alatt a skála segítségével többször megvizsgáljuk a pozitív kijelentés validitását, miközben a traumatikus emléket újra visszaidéztetjük páciensünkkel. A hetes pont elérése esetén a trauma által károsított énkép teljesen helyreállítódik – ez a végcél, e nélkül nem beszélhetünk traumafeldolgozásról. A terápia kezdetekor legtöbbször az egyes vagy a kettes pontról indulunk, azaz sokkal közelebb vagyunk a negatív kognícióhoz, mint a pozitívhoz. Ezt követően megvizsgáljuk, milyen negatív emóciók aktiválódnak a traumatikus élmény felidézése pillanatában, majd megmérjük egy tízfokú skála segítségével, hogy a traumatikus emlék, a negatív énes gondolat és a negatív emóciók milyen fokban zavarják páciensünket abban a pillanatban, amikor ezekre fókuszál. Ezután megvizsgáljuk azt is, hogy testének mely részein érez feszültséget a traumatikus élmény felidézésének pillanatában. Amikor elterelő stimulációt kap, amelyre figyelmét összpontosítania kell, az emlékkép (sok esetben szagokkal, ízekkel, hangokkal együtt), a diszfunkcionális negatív énes gondolat és a testi szinten is megélt érzelmek állnak a páciens figyelmének fókuszában.

A terapeuta ehhez legtöbbször a saját kezét használja: kb. 30 cm távolságban a páciens szeme előtt horizontálisan ritmikus ide-oda mozgást végez. A páciens szemével követi a terapeuta kezének mozgását, és így módon egy kb. 20–25 szemmozgásból álló sorozatot végez. Minden egyes szemmozgás-sorozat után („szet”) egy kis pihenés következik. Ezekben a szünetekben a terapeuta mindig megkérdezi a páciensét, mi az, ami abban a pillanatban lejátszódik benne? Ezt azután újabb és újabb „szet” szemmozgások követik (egy ülés kb. 90–120 percig is eltarthat), amelyek hatására az emlék ereje és emocionális töltöttsége lassan csökkenni kezd. Általános jelenség, hogy spontán módon új gondolatok, belátások jelennek meg a történetekkel kapcsolatosan, s ennek következtében a traumatikus történet újabb, az ént kevésbé veszélyeztető jelentést kap. Ezek az effektusok vezetnek végezetül odáig, hogy a sokkoló emlék egyre inkább helyet talál a páciens élettörténetében. (Saphiro, 2001; de Jongh, Broeke, 2002)

A feszültség csökkenésekor már újra felidéztetjük páciensünkkel a zavaró emlékképet a pozitív énes gondolattal együtt, valamint ellenőrizzük, mennyire tartja ezt a kijelentést helyénvalónak. Amennyiben nem értük még el, hogy a pozitív kijelentést teljesen elfogadja, tovább kell a szemmozgásokkal való deszenzitizálást folytatni. Végezetül, ha a pozitív kijelentést már tökéletesen igaznak érzi, ellenőrizzük, hogy maradt-e a testben feszültség, s ha igen,

tovább folytatjuk a deszenzitizálást mindaddig, amíg a feszültség teljesen megszűnik.

Josiana saját képe magáról, amint nekiesik ártatlan nevelőjének és ütlegelni kezdi, a deszenzitizálás során lassan eltávolodott, az érzelmi töltése csökkent, majd egyszer csak élményszinten már nem volt többé felidézhető számára (csak mint egy „film”). Ekkor a deszenzitizált emlékképpel a pozitív énes gondolatot párosítottam, mire úgy vélte, teljesen hihetőnek, igaznak hangzik: valaki, nem pedig senki, s érdemes élnie.

Ruandáról sem akkor, sem azután nem beszélünk Josianával. Számára a fontos az volt, hogy boldogulni tudjon új életében. Erre a traumatikus események hatására kialakult rendkívül negatív énkép miatt nem volt képes. Az EMDR technika segítségével kialakított jövőkép mindezt megváltoztatta.

Több éve már, hogy nem láttam viszont Josianát. A legutóbbi hírem róla az, hogy fodrászként egy belvárosi szalonban dolgozik. Nem ment még férjhez, nincsenek gyerekei. Valószínűleg lesznek még a jövőben pillanatok, amikor a traumatikus múlt felüti a fejét, megzavarja a normális életét. Ám Josiana, miközben továbbviszi keresztyét – hiszen a traumatikus múlt életének szerves része, és mindig is az fog maradni –, megtanulta kimondani: „amit most érzek, a múltamból fakad”. S ami még fontosabb: visszanyerte a hitét abban, hogy segíteni tudnak rajta, s nincs egyedül a problémáival.

Irodalom

- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., Pittman, R. K. (2000): Eye movement desensitisation and reprocessing. In E. A. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (ed.) (2008): *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, Guilford Press.
- Hárdi, L. (2000): A poszttraumás stressz-szindróma keletkezése és kezelése. *Psychiatria Hungarica*, 15,3.
- Janet, P. (1889): *L'automatisme psychologique*. Paris, Alcan.
- Jongh, A. de, Broeke, E. (2002): Eye Movement Desensitisation and Reprocessing. In: Minnen, A., Verbraak, M. J. P. M. (ed.): *Psychologische interventies bij PTSS*. Zeist, Cure& Care Development.
- Kardiner, A. (1941): *The traumatic neuroses of war*. New York, Hoeber.
- Kovács, G., Péter, L., Kovács L. (2007): A poszttraumás stressz betegség (PTSD) klinikuma. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 9,1.
- Lovett, J. (1999): *Small Wonders: Healing Childhood Trauma with EMDR*. The Free Press, New York.
- Oravec, R. (1999): Egy multidimenzionális trauma-modell felvázolásának kísérlete. *Pszichoterápia*, 8,2.
- Perczel-Forintos, D. (2000): Megrekedve a pillanatban: Kognitív terápiás intervenciók poszttraumás stressz-zavarban. *Psychiatria Hungarica*, 15,3.
- Shapiro, F. (1989a): Efficacy of the eye movement desensitisation procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199–223.
- Shapiro, F. (2001): *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford Press, New York.
- Shapiro, F. (2002): *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach*. American Psychological Association Books, Washington, DC.
- van der Kolk, B. A., van der Hart, O. (1991): The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *Imago*, 48, 425–454.

- van der Kolk, B. A., Fislser, R. E. (1995): Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525.
- van der Kolk, B. A., van der Hart, O., Marmar, C. (1996): Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk, B. A., McFarlane, A., Weisaeth, L. (ed.): *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York, Guilford Press, 303–330.
- van der Kolk, B. A. (2000): *Beyond the talking cure: Somatic Experience and Subcortical Imprints in the Treatment of Trauma*. In Shapiro, F. (ed.): *EMDR as an Integrative Psychotherapy approach (Experts of diverse orientations. Explore the Paradigm Prism)* Psychological Association Books, Washington, DC.