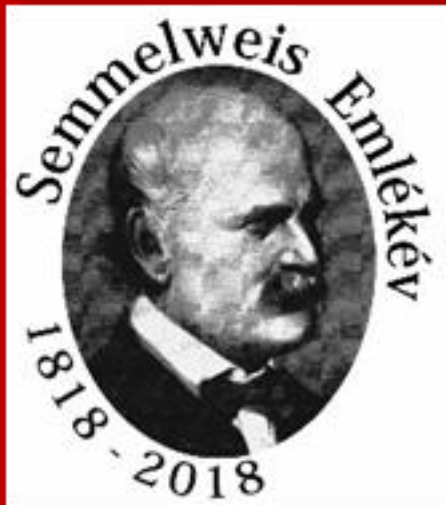


KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS SZAKKÉPZÉS

3. ÉVFOLYAM, 2021

MIÉRT ÉPPEN VELEM TÖRTÉNIK?

A poszt-traumás stressz betegség felismerése és kezelése



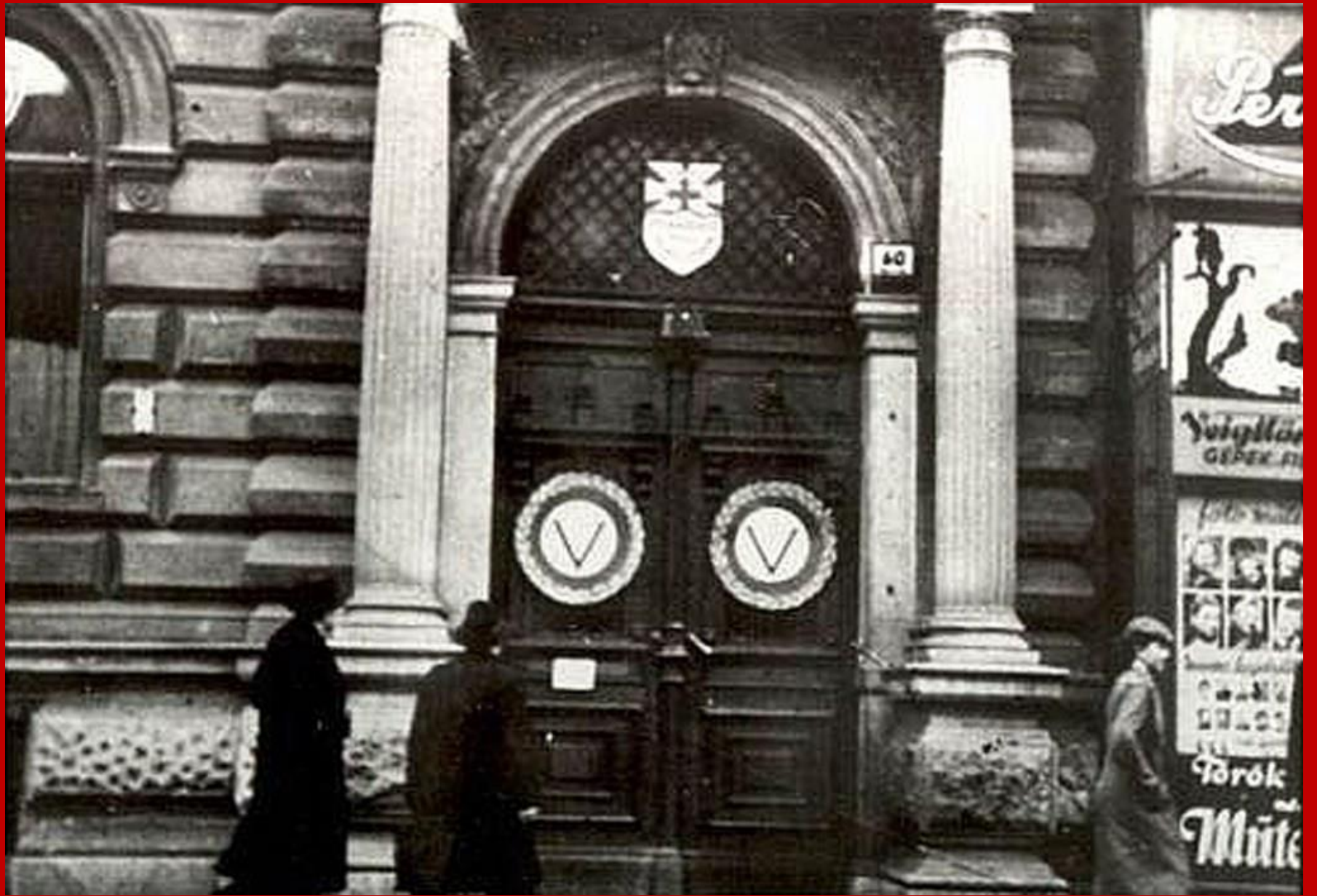
Prof. Dr. Perczel - Forintos Dóra
Semmelweis Egyetem ÁOK
Klinikai Pszichológia Tanszék

A DSM-5 KATEGÓRIÁK

1. Az idegrendszer fejlődési zavarai
2. Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok
3. Bipoláris és kapcsolódó zavarok (hangulatzavarok helyett)
4. Depresszív zavarok (hangulatzavarok helyett)
5. Szorongásos zavarok
6. Kényszeres és kapcsolódó zavarok
7. **Traumával és stresszorról összefüggő zavarok (benne: alkalmazkodási zavarok)**
8. Disszociatív zavarok
9. Szomatikus tünet- és kapcsolódó zavarok (szomatoform és facticiosus zavarok helyett)
10. Táplálkozási és evészavarok
11. Ürítési zavarok
12. Alvás-ébredés zavarok
13. Szexuális diszfunkciók
14. Nemi szerep diszfória
15. Diszruptív-, impulzuskontroll- és viselkedészavarok (impulzuskontroll zavarok helyett)
16. Szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok
17. Neurokognitív zavarok
18. Személyiségzavarok
19. Paraffiliás zavarok
20. Egyéb mentális zavarok
21. Gyógyszer kiváltotta mozgászavarok és gyógyszerek egyéb nemkívánatos hatásai
22. Egyéb, klinikailag figyelmet igénylő állapotok

Gránát sokk - 2. világháború, vietnami háború







1956-os trauma feldolgozás



Titokkal a lelkemben éltem (Kőrösi Zsuzsanna-
Molnár Adrienne, Bp. 2000, 56-os Intézet)

A traumák típusai

- Imperszonális traumák: természeti katasztrófák



- Interperszonális traumák: háborús menekültek, szexuális/testi /családi erőszak áldozatai, baleset, interneten történő bántalmazás, zaklatás (cyber bullying)

- Egyéni vagy csoportos traumák (háború)



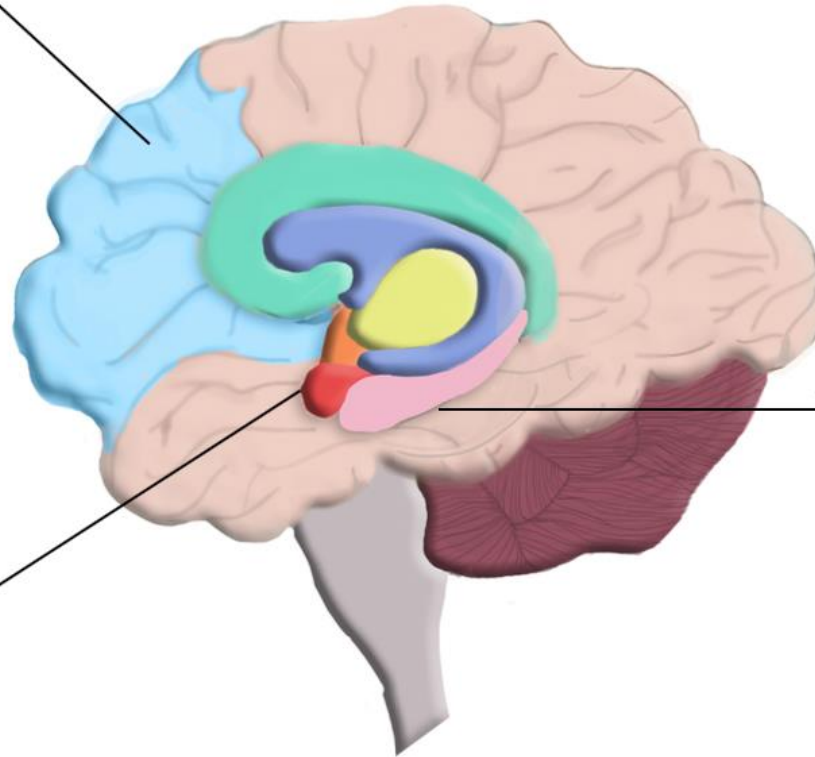
Epidemiológia

- Átlagpopuláció 60-70%-a szenved el valamilyen traumát, de nem alakulnak ki sem akut, sem poszttraumás tünetek
- Vietnami veteránok: 30,9%
- Átlagpopulációban: 7.8%, szórás: 0.6-43.8%
- Élettartam prevalencia: 6,8%
- Éves előfordulása: 1,1%
- Férfi : nő= 1 : 2

Three Primary Brain Regions Affected by PTSD and Their Functions

Prefrontal Cortex

- Abstract thinking
- Personality development
- Behavior regulation
- Planning
- Problem Solving



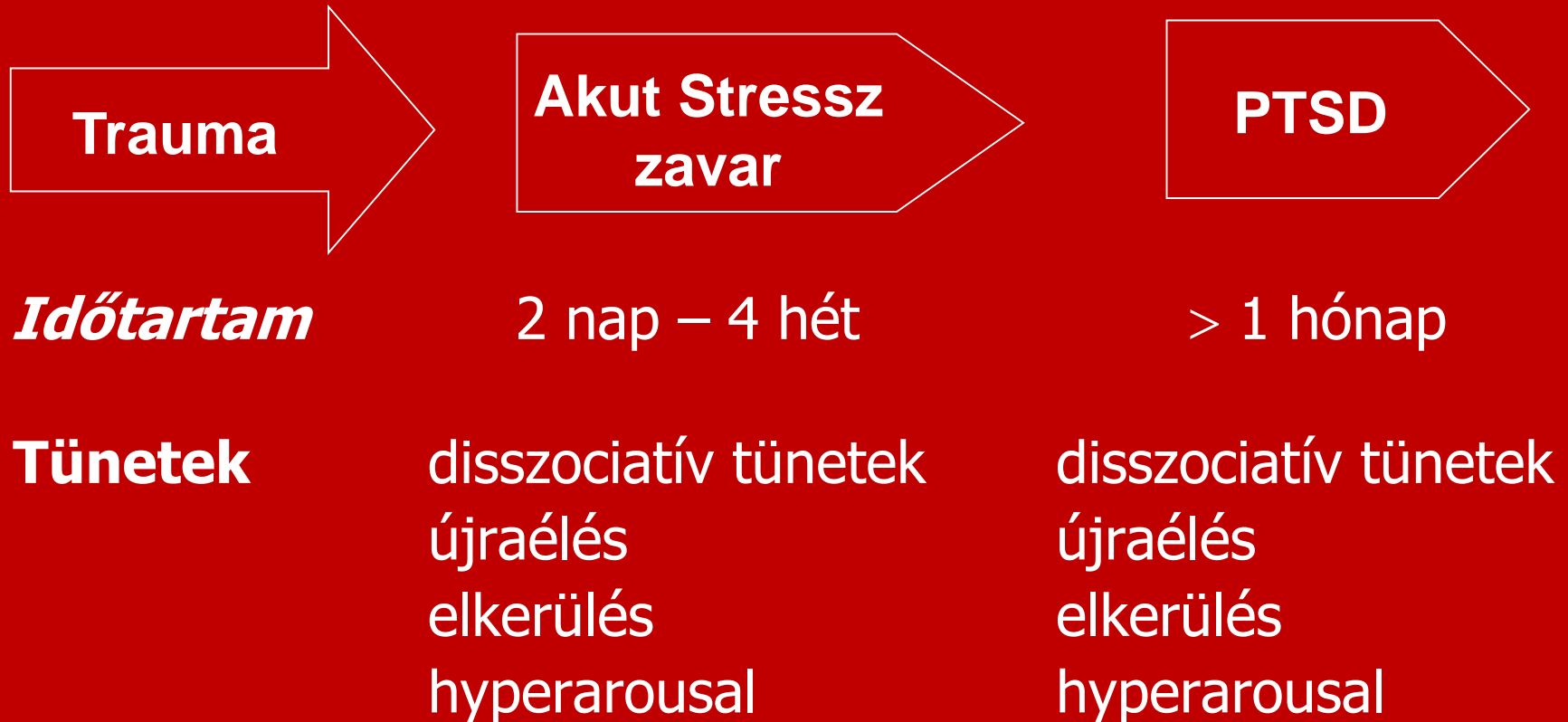
Hippocampus

- Memory consolidation
- Navigation and spatial memory
- Learning

Amygdala

- Decision making
- Emotional memories
- Regulates behavior
- Initiates response to fear

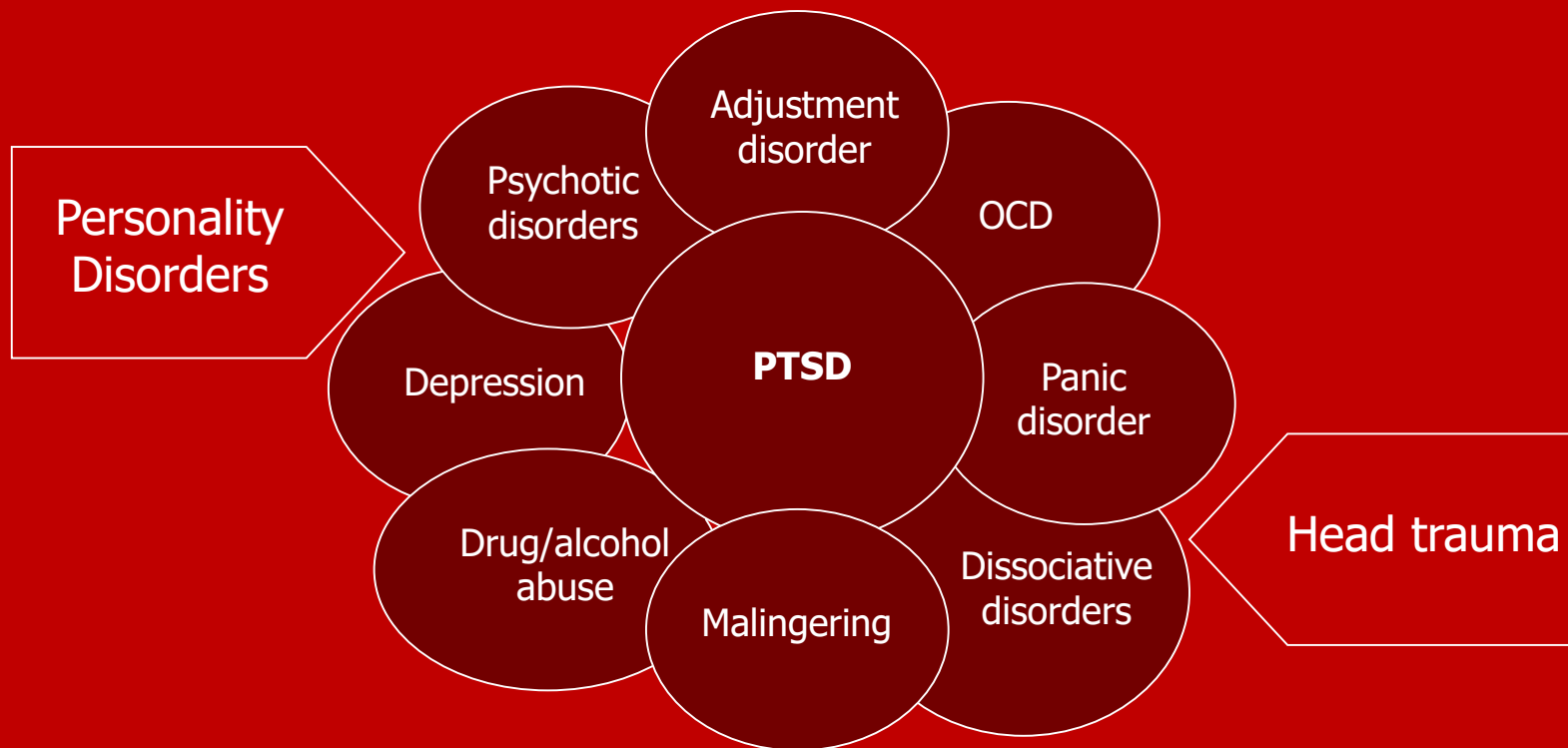
Trauma, akut stressz zavar és PTSD



Akut, krónikus és késleltetett PTSD



A PTSD diagnosztikai spektruma



Poszttraumás stressz zavar: DSM-5

(6 éves kor felett)

(BNO 10:F43.10)

Együttesen érvényes A) és B):

A) Valós vagy fenyegető halál, komoly sérülés vagy szexuális erőszak megtapasztalása az alábbiak közül egy vagy több módon:

- 1) A traumatikus eseményt átélése
- 2) Másokkal történt esemény szemtanúja,
- 3) Közeli családtagot vagy barátot ért traumatikus eseménnyel kapcsolatos hír;
- 4) Traumatikus esemény averzív részleteinek extrém vagy ismételt megtapasztalása.

Csak BNO-10: a személy erre intenzív félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagál.

Poszttraumás stressz zavar 2.

B) A traumát a személy ismételten újraéli az alábbiak közül egy vagy több módon:

1. kényszerű, ismétlődő, szenvedést okozó visszaemlékezés vagy
2. ismétlődő, kínzó álmok, vagy
3. disszociatív reakciók (flashback), ahol a személy úgy érzi, az esemény megismétlődik vagy
4. élettani (vegetatív) reakció formájában.
5. Intenzív és hosszas pszichés szenvedés a traumás élményre emlékeztető külső vagy belső történés esetén.



PTSD 3.

C) A traumával összefüggő ingerek tartós kerülése és az általános válaszkészség megbénulása (egyik vagy mindkettő)

1. a traumával összefüggő gondolatok, érzések vagy beszélgetés kerülése vagy
2. a traumával összefüggő emlékeket ébresztő tevékenységek, helyek illetve személyek kerülése vagy
3. a traumára való visszaemlékezési képtelenség.



PTSD 4.

D) A traumatikus eseménnyel kapcsolatos kogníciók és hangulat negatív irányú változása, mely a traumatikus esemény után kezdődött (2 vagy több tünet):

1. a traumára való visszaemlékezési képtelenség (disszoc. amnézia)
2. önmagára, másokra vagy a világra vonatkozó túlzott negatív hiedelmek, pl. „rossz vagyok”, „senkiben nem lehet megbízni”
3. tartósan fennálló torz önhibáztató kogníciók a tr-val kapcsolatban
4. tartósan fennálló negatív érzelmi állapot (düh, rettegés, szégyen)
5. jelentősen lecsökkent érdeklődés vagy részvétel fontos tevékenységekben;
6. másoktól való elidegenedés vagy közöny élménye
7. az érzelmek beszűkülése, tartósan fennálló képtelenség pozitív érzelmek átélésére

PTSD 5.

E) a fokozott készenlét tünetei tartósan, azaz legalább 2 vagy több az alábbiakból (több, mint 1 hónapon át):

1. elalvási zavarok
2. irritabilitás, dühkitörések (buszvezető)
3. koncentrációs zavarok
4. hypervigilitas
5. felfokozott „alarm-készség”
6. féktelen vagy öndestruktív viselkedés (csak DSM-5)

6 éves kor alatt ua. kritériumok, de kevesebb

A PTSD rejtélye

MIÉRT

- sokszor késleltetve,
- a fenyegető helyzet elmúltával,
- a traumát átélők csak 20-30%-nál alakul ki?

Ellentmondásos reprezentációk

Trauma reprezentáció:

- analóg,
- verbális: veszély,
- kognitív:
„elvesztem”,
„a világ
kiszámíthatatlan”.

Önkép, világkép reprezentáció:

- analóg,
- verbális: biztonság,
- kognitív:
„rátermett vagyok”,
„mindennek megvan a
maga helye”.

A vélt veszélyt jelentő értékelések intenzív affektusokhoz vezetnek

- Vonzom a szerencsétlenséget.”
- „Senkire sem számíthatok.”
- „Sehol sincs biztonság” - félelemhez
- „Igazságtalanul kezeltek” - haraghoz
- „Én voltam a hibás” - büntudathoz
- „Megvetendőt tettem” - szégyenhez
- „Tönkrementem” - szomorúsághoz vezet

DISZFUNKCIONÁLIS kognitív stratégiák

- TÉPELŐDÉS, RÁGÓDÁS: „én vagyok a hibás, másképp kellett volna cselekednem.”
- EMOCIONÁLIS DERMEDTSÉG: „Kontrollálnom kell az érzéseimet, különben megőrülök.”
- INTRUZIV GONDOLATOK: Nem szabad, hogy eszembe jusson.”
- VÁLTOZATLANSÁG: „Ha elfelejtem őket, rossz ember vagyok.”

DISZFUNKCIONÁLIS viselkedési stratégiák

- Rélmások elkerülése miatt - késői lefekvés
- Félelem miatt - fokozott ellenőrzés, óvatosság
- Érzések kontrollja miatt - kellemes dolgok abbahagyása
- Szorongás miatt – helyszín elkerülése
- Emlék elkerülésére - állandó elfoglaltság
- Szégyen miatt - mások elkerülése

ELLENTMONDÁSOS INFORMÁCIÓK



FÉLELMET KELTENEK



**TÚLAKTIVÁLTSÁG
RÉMÁLMOK
INTRUZÍV GONDOLATOK
MINDEN ÉRZÉKSZERVERI MODALITÁSBAN**



**VÉDEKEZÉS
ELKERÜLÉS**

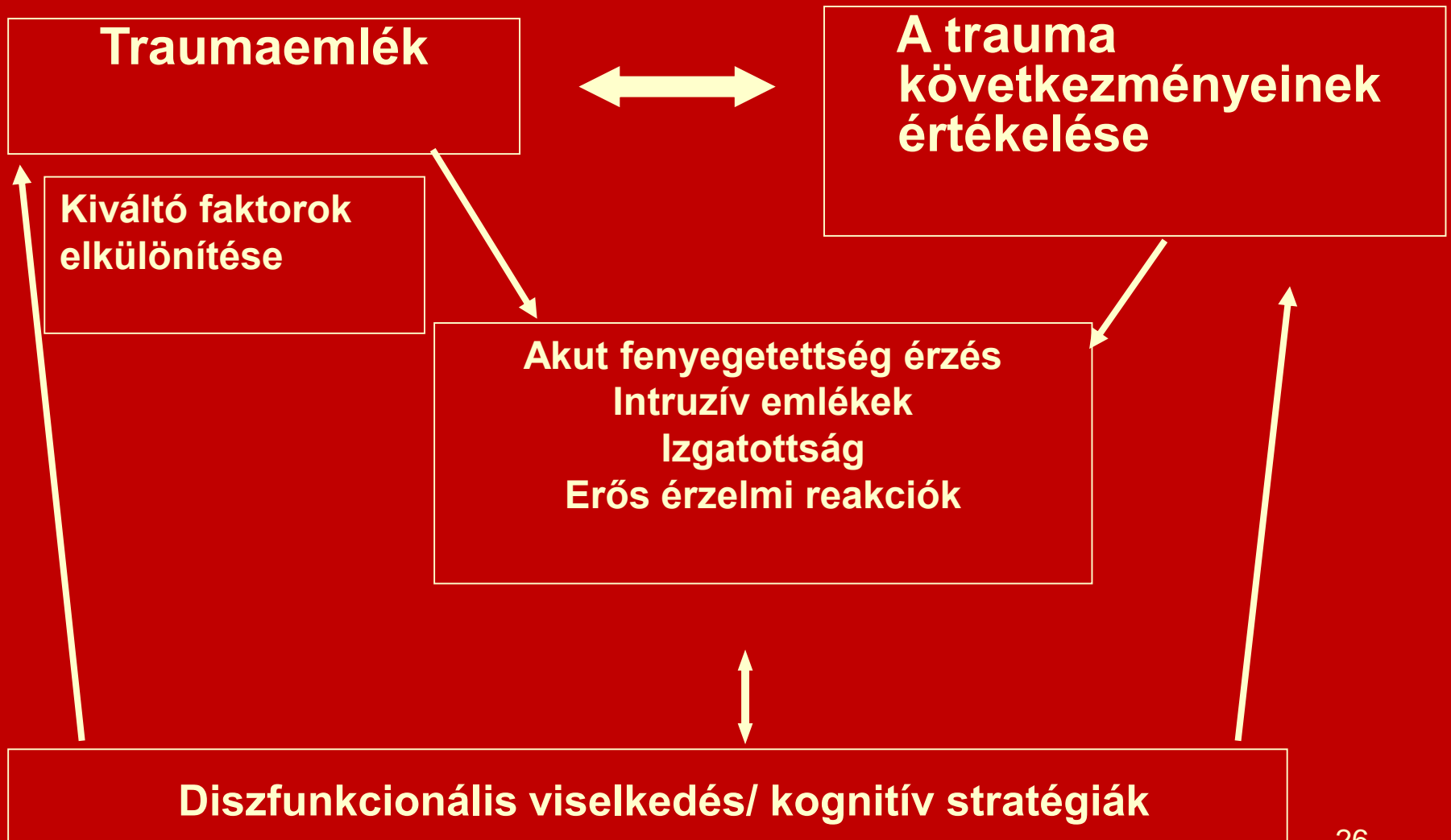
Eszerint az érintettek nem
képesek a traumát időben
behatárolt eseménynek tekinteni,
hanem

”az eseményt és
következményeit súlyos
jelen idejű fenyegetettségként
élik meg.”

(Ehlers & Clark, 2000)

A PTSD kognitív modellje

(Ehlers & Clark, 2000)



KIKNÉL alakul ki?

TRAUMA



**ÖNKÉP
VILÁGKÉP**

Dalgleish & Power (1998,1999)

A PTSD kognitív modellje

(Ehlers & Clark, 2000)



A terápia célja a traumatikus élmény integrációja



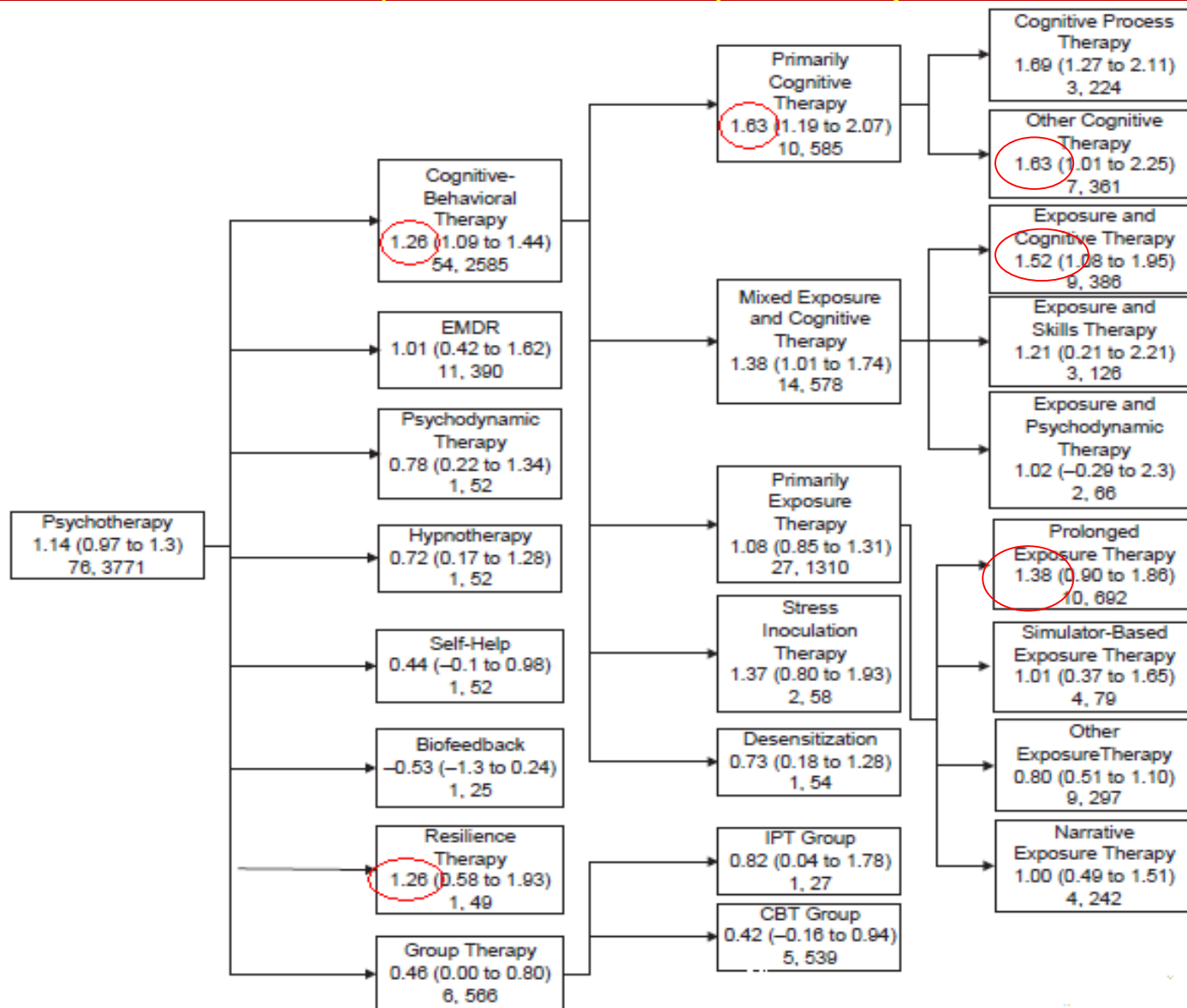
Hogyan?



- Emocionális feldolgozás révén,
- Szupportív kapcsolatok segítségével,
 - Expozíció formájában,
- Diszfunkcionális attitűdök módosításával.

PTSD 2.: 112 vizsgálat meta-analízise

(Watts et al., 2013)



PTSD kezelése: Metaanalízis különböző terápiás módszerek hatékonyságának vizsgálatára (2020)

- 114 random-kontroll vizsgálat
- Leghatékonyabb:
 - CBT-T (trauma fókuszú CBT) – ezen belül leginkább:
 - Cognitive Processing Therapy (CPT);
 - Cognitive Therapy (CT);
 - Prolonged Exposure (PE)
 - EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Egyes vizsgálatok szerint még a trauma fókusz nélküli CBT, a trauma fókuszú csoportos CBT, az internetes CBT és a Present Centred Therapy (PCT) is hatékonynak bizonyult

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633.

A KEZELÉS MENETE

1. A terápia kontextusa

- Biztonságos környezet
- Kézzelfogható empátia
- A harag/undor érzés megosztása
- A terapeuta tisztában van a részletekkel
- A páciens tempójához igazodva, megvárni, hogy képes legyen a traumatikus élmény megosztására



2. Szocializálás a terápiára: normalizálás

1. Normalizáló szemlélet: a panaszok abnormis eseményre adott gyakori reakciók.
2. Az eddigi hiábavaló megküzdési stratégiák enyhébb stressz esetén hatékonyak lehettek, most inkább fenntartják a tünetet.
3. A terápia lényeges eleme a trauma TELJES feldolgozása, a fenntartó tényezők csökkentése (*szekrény hasonlat*).



3. VISSZATÉRÉS A MINDENNAPOKHOZ

- Kezdje el mihamarabb
- Példák:
 - Futócipő
 - Alvásprogram
 - Kapcsolatok felelevenítése



4. IMAGINATIV ÚJRA-ÁTÉLÉS FOLYAMATA

- Az emlékek helyreállítása:
 - az események részleteinek rekonstrukciója,
 - az „elfelejtett” részletekhez való hozzáférés,
 - az összefüggéstelen részek összekötése,
 - a kontextus feldolgozása,
 - időperspektíva integrálása az időtlenség helyett
- A diszfunkcionális jelentések feltárása és megváltoztatása
- A terapeuta szupportív kérdésekkel segíti az átélés folyamatát: mit érez, milyen gondolatok futnak át rajta?
- Mint egy videó visszajátszás, gondolatokkal és érzelmekkel, és lehetőség szerint valóságghűen, jelenidőben

Esettanulmány (autóbaleset)

Égető kérdések (félelem, zavartság: 90-100)

- Azt hittem, meghalok (100%)
- Elszúrtam, az én hibám volt (90%)
- A férjem jobban feltalálta volna magát ebben a helyzetben (100%)

Átkeretezés

- Túlélte (nem halt meg)
- Milyen cselekvési lehetőségei voltak? Rajzoljuk le, hogy kiderítsük, mi is történt!
- Mennyire tudta befolyásolni a helyzetet?
- Milyennek tűnt a helyzet akkor?
- Honnan tudhatta volna, hogy mi fog történni?

Ingerexpozió átstrukturálással

A trauma újraélése biztonságos közegben,
ezáltal lehetővé válik

a korábbi valóságképpel, jelentésvilággal ellentétes
trauma-információk integrálása.

Például (autóbaleset után):

”Igaz, hogy teljesen váratlanul történt és hatalmas
megrázkódtatás volt, de felépültem, tudok dolgozni és
helyreállt az életem. Sőt, megtapasztalhattam azt, hogy
milyen nagymértékben számíthatok a családomra.”

A biztonságkereső és az adaptívabb magatartásmódok összefoglalása

negatív értékelés tartalma	Érzelmi állapot	Biztonsági viselkedés	Adaptívabb magatartás
nincs biztonság kontrollvesztés	Félelem	<i>Elkerülés</i>	Megközelítés
igazságtalanság, elutasítás	Harag	<i>Tiltakozás</i>	Elfogadás, tudatos jelenlét
túlzott felelősségvállalás	Bűntudat	<i>Rumináció</i>	Probléma megoldása
irreális elvárások	Szégyen	<i>Rumináció, visszahúzódás</i>	Ön-együttérzés, jövő-perspektíva
veszteség katasztrofizálása	Szomorúság	<i>Hiányra fókuszálás</i>	Pozitívumokra fókuszálás

Eset



15 éves lány, anyja egy éve kórházban (1951), minden nap ő vitte be az ebédet

Anyját váratlanul hazaengedték, de senki nem volt otthon

Anyja a sötétben várta, amikor hazajött, agresszíven rátámadt, hogy hol volt?

Nagyon erős kép: anyja ül a sötétben harag, düh, önvád, bűntudat

Utána anyja visszakerül a kórházba, meghal
Erről nem tud beszélni, csak 30 év múlva

Mikor alakulnak ki az emlékbetörések?

KETTŐS REPRESENTÁCIÓ ELMÉLETE:

amikor nagy eltérés van a tudatosan hozzáférhető információ s az automatikusan feldolgozott információ között (Brewin, 1996)

Automatikus (főleg szenzoros) információfeldolgozás a traumatizáció közben:

ez nem integrálódik az önéletrajzi emlékezetbe a tudatos feldolgozás hiánya miatt, ezért

könnyen aktiválódik hasonló triggerre
= flashback

Konceptuális feldolgozás:
az önéletrajzi emlékezetbe integrálódott információ, amit jelentésadás kísér

Cél: integrálni az emléket

HOGYAN?

A PTSD leghatékonyabb elemével:
ingerexpozióval
azaz a trauma újraélése és átkeretezése
biztonságos közegben

akkor is, ha
depresszió
szociális szorongás
borderline
PTSD

Transzdiagnosztikus intervenció: képi átírás (imagery rescripting)

- trauma átélése, melynek célja az érzelmek előhívása
- szembesülni a támadóval: áldozat helyett olyan, aki tudja kezelni a helyzetet
- diszkriminálni: a mostani helyzet más, mint anno...
- saját viselkedés / önmaga elfogadása

Eset

15 éves lány, anyja egy éve kórházban (1951), minden nap vitte be az ebédet

anyát váratlanul hazaengedték, de lánya nem volt otthon, mert kórusban volt

Anya a sötétben várta, amikor hazajött, agresszíven megszidta, rátámadt, hogy hol volt

Nagyon erős kép: harag, düh, önvád, bűntudat



„Amit lehet, megtett, erről nem tehetett, végzetes félreértés”

Pozitív kép: „mai fejjel” átöleli, együttérzés mindkettőjünkkel

6. TRIGGEREK, KIVÁLTÓ TÉNYEZŐK KEZELÉSE

- Kiváltó tényezők, melyek jelenlegi triggerekkel kapcsolódnak össze, a traumában gyakran intrúziókat váltanak ki. Ezek gyakran alacsony szintű fizikai élmények, mint pl. a színek, hangok, mozdulatok, belső élmények.
- A kiváltó faktorok azonosítása (az intrúzió kontextusának elemzése, napló)
- A kiváltó faktor és az emlék közötti kapcsolat megszüntetése (tudatosítás öninstrukciókkal, viselkedési kísérlet)

A kiváltó tényezők (triggerek) felismerése

- Kiváltó tényezők: színek, hangok, mozdulatok, belső élmények beazonosítása
- Néha triggerek nélkül is megjelennek emléketörések
- A kiváltó tényező / trigger és az emlék közötti kapcsolat megszüntetése (tudatosítás öninstrukciókkal, viselkedési kísérlet)



Akkor:

Fémmeel bekerített

Nehéz légzés

Halálfélelem

Szabaduláskor nehézkes légzés

Nincs kontroll

Nincs senki, aki segítene

Fizikailag sérült





Most

Fémmeel bekerített

Nehéz légzés

Nincs halálfélelem

Szabaduláskor

nyugodt légzés

Kontroll

gombnyomásra

Van, aki segítsen

Fizikailag jól van

VÁLTOZÁS

- Összefüggőbb elbeszélés
- Halványabb szenzoros és motoros komponensek
- Múlt idő használata
- Enyhébb affektusok, és.....

AZ ÉLET MEGY TOVÁBB...

PTSD az intenzív osztályon

(Székely G., Perczel-Forintos D. 2005)

■ Vizsgálat kérdései:

- ITO után megszűnnek-e a stressz-reakciók?
- A szorongásos tünetek PTSD-re utalnak-e? Ha igen, mi okozza ezt?

■ N=150 beteg vizsgálata

■ 3 csoport:

1. N=44 az intenzív osztályon min. 72 óráig lélegeztetett beteg;
2. N=54 nem lélegeztetett, de az intenzív osztályon min. 5 napig kezelt,
3. N=51 belgyógyászati osztályon min. 5 napig kezelt beteg

PTSD az intenzív osztályon - eredmények

(Székely G., Perczel-Forintos D., 2005)

- **Eredmények:** a PTSD intenzitásában és gyakoriságában szign. különbségek - az intenzív osztályon lélegeztetett betegek csoportjában volt a leggyakoribb, ezt követte a nem lélegeztetett, de intenzív osztályos betegek csoportja, és a belgyógyászati betegek csoportjában volt legkevésbé gyakori
- **Fontos tényezők:** nővérrel való elégedettség szign. negatív korr. a PTSD-vel
- **Továbbá:** férfiaknál csak a kórházban töltött idő korrelált, nőknél az orvossal való elégedettség is
- **Konklúzió:** az ITO-n átéltek könnyen lehetnek traumatizálóak

COVID-19 és PTSD (2020)

- Járványhelyzet → növekszik a telemedicina jelentősége
- Intenzív, 2 hetes virtuális program (vITP) veteránoknak (N=7) az eredeti, háromhetes ITP mintájára, videokonferencia platformon keresztül
- Egyéni és csoportos CBT naponta, valamint pszichoedukáció, DBT elemek
- Eredmény: tünetek csökkenése (a személyes terápiákban elért eredményekhez hasonló mértékben)

Held, P., Klassen, B.J., Coleman, J.A., Thompson, K., Rydberg, T.S., & Horn, R.V. (2020). Delivering Intensive PTSD Treatment Virtually: The Development of a 2-Week Intensive Cognitive Processing Therapy–Based Program in Response to COVID-19. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Két vizsgálati személy PTSD tüneteinek változása virtuális Intenzív Terápiás Program hatására

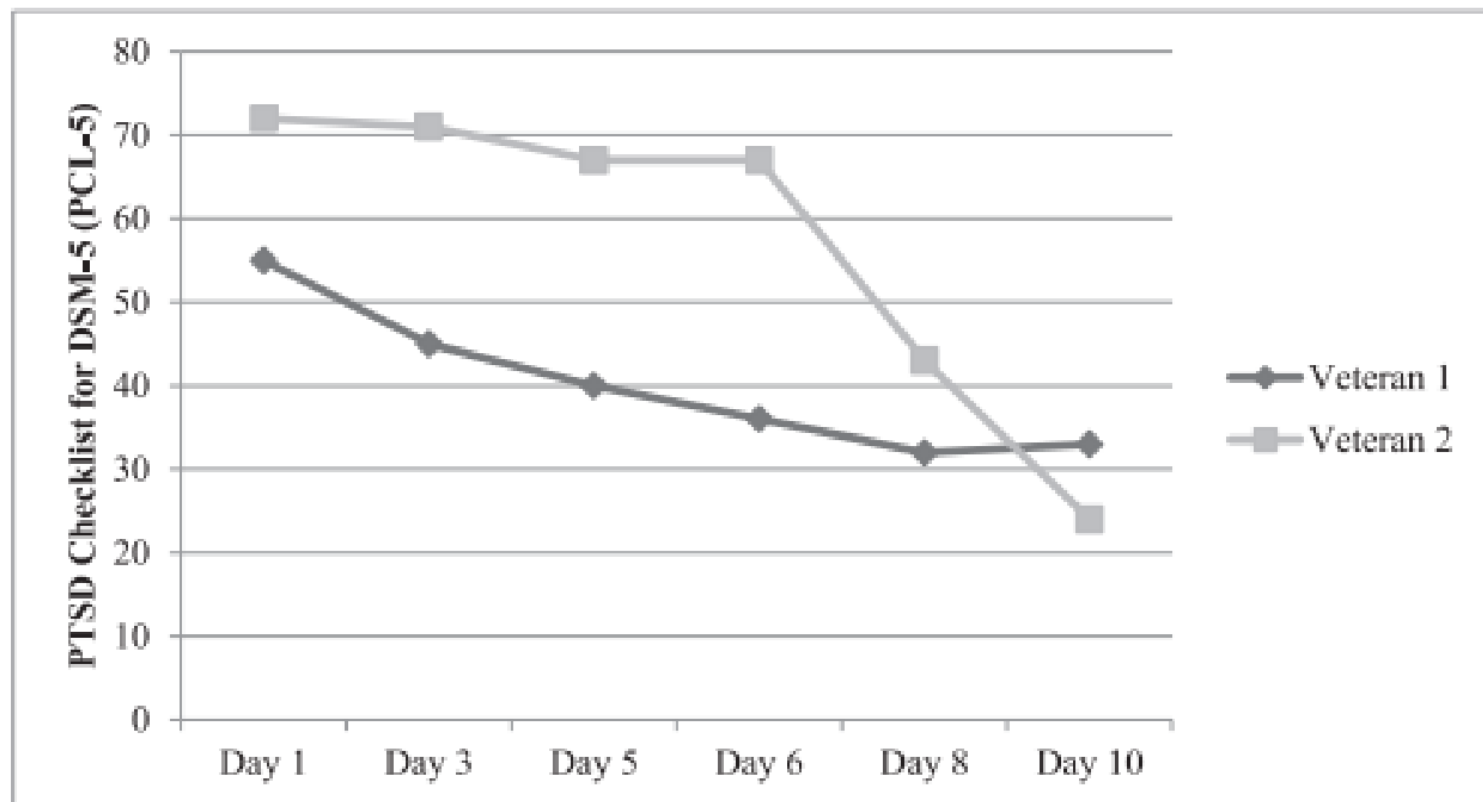


Fig. 2. PTSD symptoms by treatment day in the 2-Week virtual intensive PTSD treatment program.

A poszttraumás növekedés (PTN) (Tedeschi és Calhoun, 1996)

„A PTN nagyfokú kihívást jelentő életkörülményekkel való küzdelem nyomán megélt pozitív pszichológiai változás”.

- Az élet fokozottabb megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások;
- Melegebb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok átélése;
- A személyes erő fokozottabb érzete, a sérülékenység egyidejű átélésével;
- Új lehetőségek és életpályák felfedezése a személy életében valamint
- Spirituális fejlődés, fokozott érdeklődés az élet végső kérdései iránt.

Köszönöm a figyelmet!



IRODALOM

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2001): A PTSD kognitív modellje. *Psychiatria Hungarica, 17, 3-23.*

Yule, W. (1997):

Post-traumatic Stress Disorder. *Wiley and Sons, London.*

Perczel Forintos, D. (2000):

„Megrekedve a pillanatban” - esettanulmány

Psychiatria Hungarica, 17, 58-89.

Perczel-Forintos, D. (2019): A poszttraumás stressz betegség kognitív terápiája. In: Mórotz, K. – Perczel Forintos, D.:

Kognitív viselkedésterápia, 417-441, *Medicina, Budapest.*

Clark, D. M. (2003): Cognitive Therapy for PTSD.

Workshop on the EABCT Conference, Prague.