


Lelki elsősegélynyújtás a Zala Különleges Mentők Egyesületben

Esetismertetés

Psychological first aid in the Zala Special Ambulance Association

Case study

Dr. Szabó József szerző
Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar,
Szociológiai Intézet, egyetemi adjunktus
Zala Különleges Mentők Egyesület, pszichológiai alegységvezető
szabo.jozsef@btk.ppke.hu
ORCID: 0000-0002-082-6262 

Absztrakt:

A Zala Különleges Mentők Egyesülete egy önkéntesekből álló katasztrófavédelmi mentőcsapat. Régóta folytatott tevékenységük részeként 2016 óta létezik a lelki elsősegélynyújtással foglalkozó mentálhigiénés csoportjuk. A tanulmány ennek a tevékenységnek a bemutatására törekszik, működési elveinek, módszereinek ismertetése után négy eseten keresztül mutatja be azt a munkát, amelynek során valamilyen akut stresszhelyzetet, erős érzelmi megterhelődést, tragédiát átélt személyek szenvedéseinek azonnali enyhítésére, és a poszttraumás állapotok megelőzésére törekszik. Bár a munka eredményességének bizonyítására empirikus, kvantitatív vizsgálatot nem végeztünk, az esetleírások igazolni látszanak a beavatkozások eredményességét, fontosságát.

Kulcsszavak: katasztrófavédelem, lelki elsősegélynyújtás, esetismertetés, pszichoszociális segítségnyújtás

Abstract:

The Zala Special Ambulance Association is a rescue team of volunteers. As part of their long-standing activities, they have had a mental health team since 2016, which provides psychological first aid.

The present study aims to present this activity and, after describing its operating principles and methods, it uses four cases to illustrate its work in alleviating the suffering of people who have experienced acute stress, emotional distress or tragedy and in preventing post-traumatic stress.

Although no empirical, quantitative study has been conducted to demonstrate the effectiveness of the work, the case studies seem to confirm the effectiveness and importance of the interventions.

Keywords: disaster management, psychological first aid, case study, psycho-social help

1. BEVEZETÉS

Az elmúlt évtizedek során Földünk társadalmait egyre nagyobb mértékben veszélyeztetik a technológiai és ipari fejlődés közvetlen következményének tekinthető civilizációs katasztrófák és a közvetett módon részben szintén az ember ipari tevékenységével összefüggően megjelenő természeti katasztrófák, visszatérni látszanak a nagyszámú áldozatot követelő világjárványok, és a világszerte újabb és újabb háborúk törnek ki, valamint ezek következtében elképesztő mértékben megnövekedett az egzisztenciájukat veszített, súlyos lelki megterhelést átélt menekültek száma. Az ezekre való felkészülési és elhárítási feladatok egyre szerte ágazóbb, összetettebb kihívások elé állítják az emberek védelmét biztosító hivatásos és önkéntes katasztrófavédelmi szervezeteket. A bekövetkezett veszélyhelyzetet követő munkában, a károsodások felszámolásában és a sérült személyek mentésében nagy segítséget nyújtanak a különböző szakmailag és lelkileg is felkészített mentőegységek [1, p. 77-84.]. A túlélők, a közvetlenül és közvetetten érintett lakosság egzisztenciális és/vagy lélektani krízist átélő részének pedig az adott állam segélyező kapacitása mellett jelentős segítséget nyújtanak a különféle egyházi és civil, nemzeti, vagy nemzetközi humanitárius szervezetek. Tanulmányomban arra vállalkozom, hogy rövid áttekintést nyújtsak a katasztrófavédelem során beavatkozó mentőszervezetek és humanitárius szervezetek által biztosított pszichoszociális segítségnyújtás elméleti hátteréről, segítő technikáiról és a nemzetközi segítségnyújtás rendszeréről. Ehhez segítségemre lesz az a lehetőség, hogy egy, a katasztrófavédelem hazai és nemzetközi rendszerébe szervesen illeszkedő önkéntes mentőcsapat, a Zala Különleges Mentők működését, tevékenységét belülről ismerem, így valós példákon keresztül mutathatom be ezt a számomra rendkívüli jelentőséggel bíró témát [2, p. 475-495.].

2. A PSZICHOLOGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

Számos tanulmány és a témában folytatott kutatás eredményei támasztják alá, hogy a katasztrófavédelem túlélői, szemtanúi, az áldozatok hozzátartozói és a beavatkozó egységek tagjai egyaránt olyan súlyos mentális terhelést, megrázkódtatást élhetnek át, hogy gyakran már az esemény helyszínén kialakuló sokkos, vagy pánikszerű állapot formájában megjelenő extrém fokú stressz azonnali kezelésére pszichológiai segítségnyújtást biztosítani képes szakemberekre van szükség [3]. Egyes közlemények arra a következtetésre jutnak, hogy ők már a mentőcsapatok nélkülözhetetlen részei [4]. A helyszínen biztosított lelki segítségnyújtás kettős célú, egyrészt a kialakult extrém fokú stressz terheléssel járó szenvedés gyors enyhítése, ezáltal a rövid távú funkcióképesség helyreállítása, másrészt pedig a később létrejövő poszttraumás stressz megelőzése [5]. A túlélők, a szemtanúk és szükség esetén a beavatkozó egységek tagjainak esetében is szükség lehet ilyen beavatkozásra [6].

A katasztrófaesemények túlélői gyakran az akut stressz időszakának lezajlása után szembesülnek veszteségeikkel (pótolhatatlan vagyoni kárukkal, tartós szervi károsodással, szeretteik elvesztésével, stb.), aminek hatására lélektani krízis alakulhat ki. Az ilyen állapotban megfigyelhető reménytelenség és a tudat beszűkülése miatt ilyenkor fokozott öngyilkossági kockázat alakul ki. Nagyon fontos emiatt, hogy a katasztrófa helyszínén megjelenjenek olyan szakemberek is, akik a krízisintervenció módszerében speciális képzést kaptak és megfelelő gyakorlattal rendelkeznek. Meg kell jegyezni azonban, hogy a krízis kialakulásának idejére általában már a helyszínre érkeznek a humanitárius segélyszervezetek, akik általában rendelkeznek ilyen tevékenységre felkészített segítőkkal. Hazánkban például a Magyar Vöröskereszt és a Baptista Szeretetszolgálat is elmondhatja ezt magáról. Ezzel együtt persze nem baj, hogy a mentőcsapatok pszichológiai segítségnyújtásra képzett szakemberei is jártasak a krízisintervencióban, hiszen elképzelhető, hogy mindkét típusú segítségnyújtás akár több napon át párhuzamosan (pl. még kutatnak eltűnt személyek után, és már megérkeztek a segélyszállítmányok) zajlik a beavatkozás helyszínén.

A tényleges katasztrófák, akut stresszhelyzetek, vagy bármilyen váratlan, érzelmileg megterhelő életesemény során kialakuló erős szenvedésnyomással járó állapotok kezelése céljából elsajátított, akár a katasztrófa helyszínén azonnal, vagy a lehető legrövidebb időn belül alkalmazható módszereink a következők:

2.1 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

A múlt század utolsó éveiben indult világhódító útjára a Francine Shapiro, amerikai neuropszichológus nevéhez fűződő traumaterápia, amelynek lényegét röviden úgy foglalhatjuk össze, hogy a trauma felidézésével szándékosan előhívott érzelmi állapot és a hozzá kapcsolódó vegetatív változások megszüntethetők egy vízszintes irányú szemmozgatással, és a beteg ettől egy relaxált állapotba kerül, miközben figyelve fókuszában mindvégig a traumatikus emléket tartja. A módszer véletlen felfedezése után a legfontosabb tapasztalat az volt, hogy az így kezelt PTSD-ben szenvedő veteránok azt követően kevesebbet rágódtak, tépelődtek a traumatikus emléükön, azok spontán tudatba törésének gyakorisága jelentősen lecsökkent (az emlék felidézése irányíthatóvá vált), és a szándékos rá gondoláskor, vagy kulcsinger megjelenítésekor sokkal kisebb intenzitású érzelmek és vegetatív válaszok jelentkeztek, az emlék iránti ellenálló képesség tehát megnőtt. Az elszenvedett és újra és újra átélt traumatikus élmény a szokványoshoz hasonló kellemetlen emlékké alakult. Egyik lehetséges magyarázata, modellje ennek a módszernek az, hogy a spontán traumafeldolgozás, információfeldolgozás korábban említett beszélgetéssel módja mellett jó esetben működik bennünk az a mechanizmus, hogy a minket érő hatásokat álommunkában dolgozzuk fel, majd raktározzuk el a hosszú távú memóriánkban. Ez az alvásnak abban a szakaszában történik, amikor az úgynevezett REM (gyors szemmozgások) fázisban vagyunk. Ilyen például a traumafókuszú, integratív szemléletű, már-már eklektikusnak mondható pszichoterápiás módszer az EMDR amelynek elsődleges célja a számos pszichés zavar hátterében meghúzódó traumatikus emlékek feldolgozása. Technikai szempontból központi eleme a vízszintes irányú szemmozgatás (esetleg más váltott oldali ingerlés). Szemmozgatás segítségével a kritikus emlékek felidézése, és a velük együtt aktiválódó érzelmi állapot megjelenése után relaxált állapotot hozhatunk létre, amelyben az emlékek nemcsak aktuálisan veszítenek érzelmi töltésükből, hanem tartós ellenálló képesség is kialakul. Az EMDR terápia során a szemmozgatással egy éber REM fázist hozunk létre, beindítva ezzel az emberi szervezet természetes információfeldolgozó mechanizmusait. A PTSD-ben megjelenő ismétlődő rémálmokat, a traumatikus események gyakori újra álmodását ez a modell feldolgozási kísérletekként értékeli. Hatása gyors és erőteljes, a trauma okozta pszichés rendellenességeket a legnagyobb hatásfokkal orvosolja. További előnye még, hogy a pszichotrauma bekövetkezése óta eltelt idő nincs jelentős hatással a prognózisra, akár több évtizedes zajlás után is eredménnyel kezelhetünk akár idős személyeket is [7].

2.2 Az EMDR R-TEP és G-TEP protokollja

Az EMDR terápia kifejezetten akut stressz kezelésére kialakított változata (EMDR R-tep protocol), amivel már az esemény helyszínén dolgozni kezdhetünk [8]. Létezik csoportos változata is, ha az akut stresszben szenvedők száma ezt kívánja meg az ellátáshoz való hozzáférés szempontjából (EMDR G-tep protocol). Számos terrorfenyegetésnek fokozottan kitett ország (Pl. Izrael, Törökország) mentési gyakorlatában intézményesítettek erre a módszerre kiképzett mozgó lelki elsősegélynyújtó csoportokat, akiket adott esetben menekülttáborokban élő traumatizált személyek kezelésében is bevetnek [9].

2.3 Az EMDR terápia ASSYST protokollja

A korábban említett protokollokhoz képest egyszerűbb, könnyebben tanulható, megterhelő élethelyzetekben, akut stresszhatásokat követően egyéni, vagy csoportos keretek között, valamint online segítségnyújtás keretében is alkalmazható módszer, amelyet pont az ezekből fakadó szélesebb körű elérhetőség céljából fejlesztettek ki [10]. Elsősorban tömegeket érintő katasztrófák, vagy háborús helyzetben menekültekkel alkalmazzák, kifejlesztésének fő célja a könnyen, gyorsan sok embernek nyújtható segítség módszerének kialakítása volt. Létrehozása egy közismert és népszerű amerikai katasztrófapszichológus, Ignacio Jarero, vagy ahogy őt az ismeretterjesztő műsorok világából ismerik, Doktor Nacho nevéhez fűződik. Az orosz- ukrán háború kitörése után a hirtelen meginduló menekültáradat, és az annak kapcsán felmerülő tömeges lelki segítségnyújtás szükséglete miatt Magyarországon is elérhetővé vált a módszer megtanulása, kollégaink is éltek ezzel a lehetőséggel.

2.4 Wingwave coaching

A módszer lényegi eleme az EMDR terápiából ismert szemmozgatásos deszenzitizálás (esetleg más váltott oldali ingerlés). Az EMDR elméletén és technikáin, egy kineziológiai és mélylélektani megközelítéseket ötvöző tesztelési módszeren, valamint a neurolingvisztikus programozás gyakorlatán alapuló coaching módszert, a wingwave coachingot Németországban fejlesztették ki, hatásosságát tudományosan német egyetemeken igazolták [11, p. 44-63.]. De jó eredményeket mutatott egy repülési fóbiában szenvedő személyekkel folytatott kutatás során is [12].

2.5 Brainspotting

Olyan modern, új traumaterápiás módszer, melynek lényege a traumatikus élmények felidézése és átdolgozása az idegrendszer és a lélek öngyógyító mechanizmusai segítségével. A módszert David Grand amerikai pszichoterapeuta, EMDR terapeuta fedezte fel és dolgozta ki 2003-ban. A terápiát megalapozó tapasztalatait természeti katasztrófák, terror- és bűncselekmények áldozatainak, háborús veteránoknak és a 9/11 túlélőinek, szemtanúinak és az áldozatok hozzátartozóinak, valamint a mentésben részt vevő traumatizált személyek kezelésének során szerezte [13, p. 800-801.].

2.6 Krízisintervenció

Krízishelyzet észlelésekor minden esetben azonnali és gyors segítségnyújtásra van szükség, ezt hívjuk krízisintervenciónak. A krízisintervenció célja minden esetben a szenvedés azonnali csökkentése (lelki elsősegély), a beszűkültség csökkentése, a regresszió oldása, a problémamegoldó készség helyreállítása, az alkalmazkodás elősegítése, a funkcióképesség helyreállítása és a későbbi krízisek kialakulásának megelőzése. A krízisintervenció során folytatott kommunikációnak minden esetben része kell legyen a személyközpontú terápia hatótényezőire való nagyfokú támaszkodás, nélkülözhetetlen a feltétel nélküli elfogadás attitűdje, az empátia és kongruens kommunikáció. Egyébiránt többféle pszichológiai megközelítés mentén működő krízisintervenció technikákat ismerünk, többek között a kognitív terápia és a logoterápia is megalkotta a saját krízisintervenció modelljét. Utóbbi a krízisintervencióra is, mint értelemközpontú beavatkozásra tekint. Mindenfajta krízis válságot, fordulópontot jelent, ami legrosszabb esetben a személyiség összeomlását is eredményezheti, ugyanakkor a krízis megfelelő feldolgozása a személyiség érettebbé válásához, fejlődéséhez vezethet. A logoterápiás krízisintervenció fő célkitűzése a páciens beállítódásának megváltoztatása, hogy úgy szemlélje az életét, mint amit értelmesen kell, lehet élnie: erre minden helyzetben lehetősége van, hiszen nincs olyan szituáció, amikor ne lehetne értékeket megvalósítani.

Ha valakit valamilyen súlyos trauma ért, fontos, hogy a terapeuta megfelelő beállítódást alakítson ki a szenvedéssel kapcsolatban: a páciensnek a szenvedés megváltoztathatatlan kiváltó okára úgy kell tekintenie, mint amely új élet-feladatokat jelent a számára. Az, hogy miként fogja fel az adott szituációt, az ő szabad szellemi állásfoglalásán múlik. A krízisintervenciót katasztrófavédelemben általában a hivatásos katasztrófavédelmi szervezetek pszichológusai, és az önkéntes mentőcsapatok, humanitárius szervezetek speciálisan képzett pszichológiai, mentálhigiénés és szociális szakemberei végzik [14, p. 43-46.].

2.7 A humanisztikus pszichológia alapelvei a mentésben

A mentés és az ahhoz kapcsolódó lelki elsősegélynyújtás működtetése szempontjából a nagy pszichológiai modellek és elméletalkotók közül még okvetlenül meg kell említenünk a humanisztikus pszichológiát és Abraham Maslowt, aki az emberi szükségletek hierarchiájának elméletével megalapozta ezt a lélektani irányzatot, és a későbbi humanisztikus terápiák számára táptalajt biztosított. Elmélete szerint az ember szükségleteinek kielégítése egy fontossági sorrend, hierarchia mentén történik, és csak a hierarchiában alapvető szerepet, nélkülözhetetlen funkciót betöltő szükségletek legalább részbeni kielégítése után kerülhet sor a továbblépésre, a kevésbé nélkülözhetetlen, ám általa magasabb rendűnek nevezett szükségletek kielégítésére. Ebben a gyakran piramisként ábrázolt hierarchikus rendben legalul találhatók az alapvető élettani szükségletek, mint például az éhség, szomjúság stb., majd a piramis csúcsa felé haladva egyre magasabb rendű, és szimbolikus tartalmakat hordozó motívumokkal találkozunk. Fontos tehát, hogy a mentés során a túlélők fiziológiai szükségletei előnyt élveznek. A legfontosabb az életveszély elhárítása, a túlélő további biztonságának kialakítása (művelési területről való kihozása). Folyadék, élelem, meleg, száraz ruházat biztosítása. Csak ezután kerülhet sor a ténylegesen lélektani segítségre, a beszélgetésre. Fontos, hogy ez sohasem tűnhet faggatásnak, kikérdezésnek. Ha a személy nehezen kommunikál, segíthetjük eleinte eldöntendő kérdésekkel, majd később nyitott kérdéssel, elősegítve így megkönnyebbülést előidéző mesélést, ventillációt. Ha a helyszínen sokkos, vagy pánik állapotában szenvedő személlyel találkozunk, és a verbális kommunikáció emiatt nehezített, használhatunk non-verbális jelzéseket, érintéssel, belekarolással irányíthatjuk, terelhetjük az ilyen személyt. Általában nem észlelünk ilyenkor erőszakos viselkedést, sokkal inkább jellemző, hogy elfogadják a felettük való finom kontrollgyakorlást. A biztonságos helyen, elkülönített környezetben aztán elkezdhetjük az akut stresszkezelési vagy krízisintervenciós technikákkal történő munkát.

A piramis néhány kizárólag az emberre jellemző szükségleteket is tartalmaz, ilyen a megbecsülés, a kognitív, az esztétikai élmény és az önmegvalósítás szükséglete. Az önmegvalósítás alatt Maslow a bennünk lévő lehetőségek kiteljesedését érti. A szükségletek kielégítésének rangsorára vonatkozó ismeretanyag figyelembevétele a mentés és a pszichoszociális segítségnyújtás során nélkülözhetetlen [15].

3. BEAVATKOZÁSOK, ESETEK

3.1. Közúti baleset után jelentkező akut stressz zavar kezelése

A számos gyakorlat és mentális felkészülés, a módszerek megismerésére irányuló képzéseken való részvétel mellett szerencsére ritka esetben, de sor került akut lelki segítségnyújtást igénylő helyzetek kezelésére is. Az első, 2019-re visszamutató esetet röviden, a másik, hozzá hasonló, szintén közúti balesetet követő stresszállapotban történő beavatkozást részletesen mutatom be.

Első esetben egy akut stressz zavarban szenvedő fiatalember ügyében kereste meg egy házi orvos csapatunk két tagját. A 19 éves, friss jogosítvánnyal rendelkező fiatalember halálos közúti baleset részbeni okozója volt, az áldozat pedig a saját édesanyja volt. Ő maga könnyebben megsérült, két napig kórházban kezelték. A baleset utáni negyedik napon érkezett a telefonos megkeresés, mert a beteg nem evett, alig aludt, bezárkózott, családtagjaival sem kommunikált. Az eset akut voltára való tekintettel már a megkeresést követő reggelen létrejött a személyes találkozás. A páciens valóban nehezen kommunikált, eleinte csak zárt kérdésekkel tudtunk tőle információt szerezni. Viselkedése riadtságot, mély szomorúságot, szorongást tükrözött. Tehetetlenségérzetet, bénultságot, büntudatot, kilátástalanságérzetet, étvágytalanságot, álmatlanságot panaszolt. A kezelést az EMDR terápia akut stressz protokolljának mentén ketten végeztük el. A baleset történetének felidézése során az említett érzelmek jelentősen felerősödtek, az esemény megtörténtekekor tapasztalathoz hasonló intenzitással tértek vissza. Az elvégzett szemmozgatásos deszenzitizálás és az azt követő erőforrás megerősítés hatására egy viszonylagos ellazult állapot alakult ki, amiben megnövekedett ellenállóképességgel tudta a kritikus eseményt felidézni. Kommunikációja gördülékenyebbé vált, elmondása szerint megkönnyebbült, álmosságérzetet, éhségérzetet kezdett érezni, hazavágyott családtagjaihoz. Néhány nap múlva háziorvosa jelezte, hogy az elért megkönnyebbülés tartós maradt. Ez persze nem jelenti, hogy a trauma feldolgozása megtörtént, az valószínűleg egy hosszabb folyamat következménye lesz, de sikerült visszazökkentenünk egy olyan kerékvágásba, amiben tudta folytatni az életét, újra tudott iskolába járni, és lehetőséget kapott arra, hogy az EMDR terápia elmélete szerinti természetes információfeldolgozás és megküzdés kezdetét vegye. Törekvésünk az, hogy szükség esetén, katasztrófahelyzetben ugyanezt a lehető legtöbb túlélő számára biztosítani tudjuk.

3.2. Súlyos, polytraumatizált személy kezelése a kórházi ellátás időtartama alatt

Betegünk ellátása során a kórházban pszichiáter szakorvos által elrendelt gyógyszeres terápia mellett olyan módszerekre igyekeztünk támaszkodni, amelyek a pszichotrauma okozta pszichés zavarok kezelésében bizonyítottan hatásosak. Csökken az emlékekhez kötődő emóciók intenzitása, az azokkal járó szubjektív szenvedés, valamint ritkul a traumatikus emlékek spontán tudatba törése [16, p.68-87.].

A módszer 1989-ben történt felfedezése után annak elismerése, terjedése még hosszú ideig váratott magára. Hazánkban csak ebben az évezredben jelent meg. Hatásosságát közben számos klinikai vizsgálat igazolta. Napjainkban elterjedőben van, a kezdeti PTSD-ben történő alkalmazás mellett számos pszichotrauma hátterű zavar kezelésében alkalmazzák, használatát zavarspecifikus kezelési protokollok segítik [17].

Az akut stresszreakció, vagy akut stressz zavar kezeléshez az EMDR terápia *akut stressz protokolljának* alkalmazását választottuk. A PTSD és más pszichotraumával összefüggő pszichés megbetegedések kezelésében ma már széles körűen alkalmazott traumaterápia [7], az EMDR kifejezetten akut stressz kezelésére kifejlesztett protokolljának útmutatása mentén végeztük el a beavatkozás egyik részét [7] [9].

Másik alkalmazott módszerünk a traumaterápiák között önállóan is alkalmazható, de leginkább más módszerek (pl. sématerápia) kiegészítőjeként ismert, számos pszichés zavar, elsősorban szorongásos kórképek kezelésében ismert és elterjedt imaginációs átírás [18][19, p. 189-208.][20] és annak egy speciális, a rémálmok kezelésére szolgáló változata, az ún. *imagery rehearsal therapy* volt. (Ennek a gyakorlatban elterjedt magyar elnevezése nincs, ezért használjuk az eredeti angol elnevezést.) Ez a pszichotraumát követően kialakuló pszichés zavarok zajlása során gyakran megjelenő rémálmok (nightmare jelenség) kezelésére szolgáló terápia, ami remek kiegészítése lehet a traumafeldolgozást célzó módszereknek [21, p.757-874][22]. Ilyenkor arra kérjük a beteget, hogy a rémálmát jegyezze meg, esetleg írja is le.

A terápiás ülésen pedig a terapeutával való megosztás után azt a feladatot kapja, hogy próbáljon az álomban megjelenő történetnek más befejezést kitalálni, valami elfogadhatóbbat, elviselhetőbbet, kevésbé negatívát. A képzeletében játssza le így az álmot, tegye ezt meg esténként elalvás előtt is, vagy ha rémálom ismétlődik, akkor a rémálomból való felébredés után azonnal. Így megkönnyítjük számára a felriadás utáni visszaalvást, és a rémálmok lassan kitisztulnak az éjszakákból. A módszert a komplex alvásterápia részeként is ismerjük, nem csak poszttraumás stressz zavarhoz kapcsolódó, hanem idiopátiás (önmagában járó) nightmare esetén is hatásos [23] [24]. Köztudott, hogy a rémálmodás, és kifejezetten annak a krónikussá váló változata jelentősen rontja az alvás mennyiségét és minőségét is. Gyakran figyelhetünk meg krónikus rémálmodó személyek esetében az inszomniához hasonlító nappali kialvatlansági tüneteket, amelyek hosszú távon a szomatikus és a mentális egészség jelentős romlásához vezethetnek [22].

Esetbemutató: Első alkalommal a kórház Intenzív Osztálya kérte pszichiátriai vizsgálatát, terápiás javaslatát depressziós tünetek miatt. Beutalója szerint két héttel korábban „személyautó vezetőjeként balesete volt, polytraumatizációt szenvedett”. Másik vármegyében történt idegsebészeti ellátását követően helyezték kórházunkba, ahol „tudatállapota fokozatosan javult, ezzel párhuzamosan depressziós tünetei jelentkeztek”.

Szakorvosi vizsgálatára 2020. április 17-én került sor. Kórelőzményében pszichiátriai betegség nem szerepelt. Az exploráció során elmondta, hogy egyre nehezebben viseli, hogy nem emlékszik, mi történt vele, nem tudja, hogy ő hibázott-e, mit nem csinált jól. Folyton ezen rágódik, gondolatait erről elterelni nem tudja. Azt is nehezen viseli, hogy nem találkozhat a gyermekeivel, soha nem voltak még külön, kisfiával még GYES-en van otthon. Rémálmái vannak, de ezekre nem emlékszik, csak arra, hogy sír álmában és rossz érzésekkel ébred. Eddig nem szokott sírni, de ma nagyon zaklatott volt, Öngyilkossági gondolatai nincsenek, csak türelmetlen, szeretne mielőbb meggyógyulni, otthon lenni a családjával. Örül, hogy egy kicsit már tud mozogni, a fekvés, a tehetetlenség is megviseli. Valószínűleg hamarosan a Traumatológiára fog kerülni.

Pszichés státuszából: éber, tudata tiszta, minden vonatkozásban orientált. Figyelme felkelhető, hypertenax, de terelhető. Gondolkodása szűk asszociációs körben mozgó, büntudati tartalmak kerülnek felszínre, rumináció jellemzi. Doxasma, percepció zavar nincs. Memória részéről az a balesetre és az azt követő eseményekre congruán amnézia, kognitív funkciók egyebekben megtartottak. Hangulata alacsony fekvésű, emocionálisan esékényebb. Áltvási insomnia, illetve dyssomnia, fokozott anxietas. Suicid intenciók nem kerülnek felszínre, magatartása együttműködő, morbusztudata megfelelő.

Diagnózis: F3290. Nem meghatározott depressziós epizód. Javaslat: reggel egy tbl. venlafaxin 50 mg, illetve Traumatológiai Osztályra kerülése után traumafókuszú megközelítésekkel dolgozó egyéni terápia.

A traumafókuszú egyéni terápiás ellátásának első beszélgetésére néhány nap múlva, már a Traumatológiai Osztályon egy egyágyas kórteremben került sor. Ekkor még egyedül nem volt képes felkelni, az ágyban helyzetváltoztató mozgásra is csak jelentős fájdalmak árán tudott. Rehabilitációja intenzív fizioterápiás kezelés formájában elkezdődött. A beszélgetés során elmondta, hogy a balesetre amnéziás, az eseményeket csak a férje (nem volt részese a balesetnek) elbeszéléséből ismeri. Nagyon szomorú, tehetetlenségérzet gyötri, a balesetről, a jelenlegi helyzetről, a gyermekei állapotáról és a közeljövőről férjével beszélni nem képes, találkozásaik hosszú hallgatásban merülnek ki. Napjai a jövő iránti aggodással és a baleseten és annak előzményein való rágódással telnek.

Éjszakánként rémálmok gyöttrik, olyankor kiabál, sikít, dobálja magát, de nem ébred fel, általában az éjszakai nővérek jönnek be, és ébresztik fel, hogy a sérülései szempontjából is kritikus mozgást fejezzék be. Ilyenkor mindig ugyanazt álmodja; az autójában ül a kormány mögött, az autó áll és a gyerekek sírnak a hátsó ülésen. Ez minden éjszaka megtörténik. Felébredése után rémült, általában kb. egy órán át nem tud visszaaludni. Nappal gyakran érzi magát kialvatlannak, de szándékosan igyekszik ébren tartani magát, hogy az alvás-ébrenlét ciklusokat fenntartsa a pihentető éjszakai alvás reményében. És egyébként az aggodás és a rágódás is nagymértékben akadályozza nem csak az éjszakai, hanem a napközbeni alvását is. Az észlelt tünetegyüttes ebben a pillanatban megfelelt az akut stressz zavar diagnózisának.

Szerencse a szerencsétlenségben, hogy hogy ő maga és férje is az adott kórház dolgozói, így a COVID-19 járvány miatti egészségügyi vészhelyzet és az azzal járó látogatási tilalom mellett is tudták tartani egymással a kapcsolatot. Férje megértően, támogató attitűddel fordul felé, nem vádolja a baleset miatt.

Az EMDR terápiában alkalmazott szemmozgatásos deszenzitizálástól várható azonnali megkönnyebbülés reményében már az első alkalommal elvégeztük a traumatikus emlék feldolgozását. mivel a tényleges balesetre amnéziás volt, esetünkben ez az emlék az a pillanat lett, amikor férje elbeszéléséből megtudta, hogy mi történt, és nem csak saját sérüléseiről szerzett információt, hanem gyermekei állapotáról is. A stresszről, a pszichotraumákról, az EMDR terápiáról és annak információfeldolgozási modelljéről szóló pszichoedukációs célú tájékoztatásunkat ezután kb. 10 percben megtartottuk. Az EMDR terápia akut stressz protokolljának (R-tep) útmutatása szerint betegünket a traumatikus események újbóli elmesélésére kértük, közben folyamatos bilaterális stimulációt (ebben az esetben az ágyban fekvő betegkézfekvésként váltott oldali kopogtatását) végeztünk, ami ilyenkor az esetlegesen töredezett traumatikus emlékek epizodikus, mesélhető narratívummá alakítását szolgálja [16]. Arra is kértük, hogy próbálja meg közben a fejében „levetíteni”, mindinkább újra élni az eseményeket. Várakozásunknak megfelelően, a felidézés kiváltotta a trauma során átélt stresszreakció (érzelmi és vegetatív komponenseinek) ismételt megjelenését, a beteg elmondása szerint a tényleges esemény során tapasztaltakkal csaknem megegyező intenzitással.

Ezt követően az Elan Shapiro által Google Search technikának nevezett eljárással próbáltuk kiválasztani a traumatikus esemény legkritikusabb pillanatát, amikor a beteg a legerőteljesebb érzelmi megterhelést élte át. Ennek a lényege az, hogy további bilaterális stimuláció mellett mentális újrarájátszásra kérjük a személyt, akinek a legkritikusabb pillanatnál meg kell állítania a „filmet”, saját traumatikus epizódjának a belső reprezentációját. Ennek a pillanatnak az érzelmeivel, testi szenzációival végezzük el azután az EMDR terápiából ismert szemmozgatásos deszenzitizálást [16]. Mivel az így megragadott pillanat kiemelkedően fájdalmasnak, vagy egyedüli, legfájdalmasabb momentumnak bizonyult, és sem az élettörténet, sem az EMDR terápia ilyen irányú célzott kérdései korábbi feldolgozatlan pszichotraumát nem jeleztek, így az aktuálisan elszenvedettet tekintettük elsődlegesnek (nem traumaismétlés). Az ilyenkor szokásos három lehetőség közül ezért a „legegyszerűbb”, leggyorsabb stratégiát, az EMDR-t választhattuk. Ha traumaismétlésről (és az akut stressz mellett egy poszttraumás megbetegedésről) lett volna szó, akkor a szabályok szerint a teljes, komplex EMDR terápiát kellett volna végezni, ha pedig az adott esemény több kritikus érzelmi pontot rejtett volna, akkor az úgynevezett EMDR stratégiát [16]. Vagyis a kritikus pillanatok felidézését, azok deszenzitizálását sorban, egyenként el kellett volna végezni. Esetünkben ez a pillanat (az EMDR szakzsargonjában PoD) az volt, amikor az intenzív osztályon megtörtént felébredése, saját fájdalmainak, helyzetének észlelése után férje elmondásából megismerte a baleset tényét, részleteit.

Az igen erős, a valósággal megegyező intenzitást mutató érzelmi állapot összetevői a következő emóciók voltak: félelem, kétségbeesés, tehetetlenségérzet, düh, szomorúság, csalódottság, lelkiismeretfurdalás. A hozzájuk kapcsolódó testi szenzációk pedig a mellkasi nyomásérzés, nehézlégzés, gyomorszorítás, torokszorítás voltak.

A deszenzitizáláshoz elsőként a klasszikus szemmozgatást választottuk volna, ám ez számára nagyon fárasztóan hatott, szeme csaknem azonnal elfáradt, fájni kezdett. Emiatt a váltott oldali kopogtatásra, érintésre tértünk át. Ezt a kórházi ágyon fekvve, a takarón kívülre helyezett karjain, a kézháton történő finom kopogtatással végeztük. A kiváltott stresszreakció érzelmi és vegetatív komponenseit viszonylag gyorsan, mindössze 2 ciklusban elvégzett bilaterális stimulációval sikerült minimálisra csökkenteni [16]. Elsőként a viselkedésterápiában használt, ám az EMDR praxisában is elterjedt SUDS (Subjective Unit of Disturbance Scale) szerinti [25, p. 33.] [26] kezdeti 10-es erősséggel jelzett érzelmi és vegetatív aktiváció a deszenzitizálás (bilaterális stimuláció) során rendkívül gyorsan nullára csökkent, és a kritikus emlék újbóli felidézése során is csak 1-es szintig emelkedett. A kritikus pillanathoz kapcsolódó, saját személyére adott minősítés a „szerecsétlen” volt, amiről rákérdezésre elmondta, hogy ebben a köznyelvben használt mindkét jelentés, a peches, illetve a tehetetlen, ügyetlen, „béna” értelmezés is benne foglaltatott. A beteg elmondta, hogy a korábbi életében ez nem volt rá jellemző, még ha kissé bizonytalan ember is, mindeddig irányítani tudta az életét, képes volt megfelelő döntéseket hozni, terveket szőni és azokat végrehajtani. Végül a saját élete feletti irányítás képessége, illetve az erről meglévő tudása, tapasztalata volt az, amit az installációs fázisban lassú szemmozgatással megerősítettünk [7] [16].

Az ezután elvégzett testpásztázás (body scan) fázisban [16] a végtagjaiban jelentkezett némi izomfeszülés, ami szintén jól reagált a bilaterális stimulációra, és így már egy meglehetősen relaxált állapot jött létre, amiben a beteg megkönnyebbülést, nyugalmat érzett. A traumatikus esemény újbóli felidézésére a korábban észlelt érzelmi válasz csak nyomokban tért vissza, inkább csak a szomorúságot érezte enyhén. A relaxált állapot közben is megmaradt. Elmondása szerint a megkönnyebbülés mellett álmodást kezdett érezni, úgy érezte, tudna aludni egy jót.

A négy nappal később történt második ülés során elmesélte, hogy az első találkozás során elvégzett deszenzitizálást követően a tapasztalt megkönnyebbülés tartósan megmaradt, sőt lehetővé tette, hogy a korábban nehéznek bizonyult kommunikáció meginduljon. Tudott a balesetről, a gyermekek állapotáról, közös terveikről, jövőjükéről beszélgetni a férjével. Ez az észlelt megkönnyebbülést tovább fokozta. Mivel a rémálmok azonban nem szűntek, az ezekre fókuszáló imaginációs átírás technika alkalmazásának megtanulásába kezdtünk. Mielőtt azonban ténylegesen az álmok tartalmával, azok megváltoztatásával kezdtünk volna foglalkozni, a *biztonságos hely* gyakorlatot végeztük el, ami egy kombinált relaxációs, imaginációs és meditációs technika. Segítségével előidézhető a biztonságérzet. A szorongásos betegek, ha megtanulják a technikát, önállóan is alkalmazhatják biztonságérzetük helyreállítására céljából. A technika fontos része lehet ugyanakkor minden integratív szemléletben működő pszichotrauma feldolgozást célzó terápiás eljárásnak is [27, p. 57-62.] [28]. Az így létrejött nyugalom és relatív biztonságérzet már alkalmas légkörnek bizonyult a folytatáshoz. Betegünk esetében az imaginált biztonságos hely egy valós élményhez, valós helyszínhez kötődött. Egy nyaralás emléke, és annak helyszíne idéződött fel benne, ahol akkor járt férjével és barátokkal együtt, amikor a gyermekek még nem születtek meg. Régóta tervezte, hogy egyszer majd a gyerekekkel együtt visszatérnek ide. Ezután következett a korábban leírt ismétlődő rémálmom felidézése, amit az alkalmazott imaginációs technika rendkívüli élességgel és az érzelmek heves aktivációjával hozott felszínre. Torka összeszorult, könnyezni kezdett. Ekkor a következő párbeszéd játszódott le:

TERAPEUTA: Hol vagyunk? Mi történik?

BETEG: Ülünk az autóban. Hárman. A gyerekek meg én. Sírnak a hátsó ülésen.

B: Biztosan megtörtént az ütközés...

T: Mást nem jelenthet ez?

B: Hát, az én gyerekeim nem sírósak.
T: Soha nem is fordult elő, hogy sírtak a hátsó ülésen?
B: Ritkán.
T: Olyankor mi történt? Miért sírtak?
B: Nyűgösek voltak.
T: Mítől?
B: Éhesek voltak, szomjasok, pisilni kellett.
T: Nem lehet, hogy most is csak ez a baj?
B: De, lehetséges.
T: Akkor most mit tegyünk?
B: Mindig van nálunk valami nasi és innivaló. Adok nekik. Aztán kiszállunk egy kicsit, pisilünk. Meg sétálunk, levegőzünk.
T: Aztán?
B: Visszaülünk az autóba. Megyünk tovább.
T: Hova?
B: Nem tudom.
T: Milyen idő van?
B: Szép, napsütéses, meleg idő?
T: Nem lehet, hogy nyaralni mennek?
B: De a férjem nincs itt.
T: Ez mit jelenthet?
B: Biztos ügyel. Majd utánunk jön a másik kocsival.
T: Már közeledünk. ez az a hely, ahol régen a férjével nyaralt.
B: Igen, már látom, és a férjem is ott van, vár bennünket.
T: Milyen ez a hely?
B: Kellemes, pont olyan, mint tíz éve volt. Amikor ketten voltunk itt.
T: Most hogy érzi magát?
B: Jól, megkönnyebbültem.

Ezután arra kértem, hogy minden este elalvás előtt az ágyban fekve, izmait ellazítva (korábban tanult is relaxációt) játssza le a képzeletében ezt az új (imaginált) „álmot” Ha mégis megtörténne, hogy jelentkezik a rémálom, akkor az ébredés (ébresztés) után játssza le újra, hogy megszabaduljon az álom okozta rémülettől, aztán próbáljon elaludni. Mindez egy pénteki napon történt.

Eredmények: Következő találkozásunk az azt követő keddi napon volt esedékes. Ekkor elmondta, hogy bár a módszer hatásosságát illetően komoly kétségei voltak (egyáltalán nem hite, hogy ettől megszűnnek a rémálmok), szorgalmasan alkalmazta, nem csak elalvás előtt, hanem napjában többször is lejátszotta fejben az új álmot. Meglepve tapasztalta, hogy a rémálmok már az első éjszaka sem jelentkeztek, és azóta sem tértek vissza. Megegyeztünk, hogy a gyakorlatot még néhány hétig elvégzi esténként, és ha panaszai a jövőben bármikor újra jelentkeznek, akkor ismét elkezdí használni. Mivel az EMDR terápia akut stressz protokollja mentén elvégzett feldolgozás után szorongásai, aggodalmai, rágódása és tehetetlenségérzete jelentősen mérséklődött, hangulata is javult, újabb stresszcsökkentő beavatkozásra nem volt szükség. Aktuális élethelyzetéből fakadó nehézségeinek kognitív szempontú megbeszélésével foglalkoztunk az ülés során. Az azt követő héten történt találkozásunkkor ismételten a korábbi tünetszegény állapot volt észlelhető, a terápiát összefoglaltuk, lezártuk. A szükség eseténi találkozás lehetőségét természetesen nyitva hagytuk. Ismét egy héttel később egy rövid látogatás során hasonló állapotot tapasztaltunk, szomatikus felépülése is rendben zajlott.

Nem sokkal ezután kezelőorvosa telefonos konzultáció során az általa is észlelt jelentős tüneti javulás miatt érdeklődött a gyógyszeres terápia leállításának lehetőségéről. A szükséges kúra időtartamáról, a gyógyszerek mennyiségéről, adagolásáról a szakorvosi javaslatot szóban megkapta.

Következtetés: Bár a tünetek gyors és jelentős javulása arra utal, nem állíthatjuk 100%-os biztonsággal, hogy a trauma feldolgozása teljes, hiszen a stressz talaján kialakuló betegségek (pszichoszomatikus betegségek, depresszió, PTSD) általában nem azonnal a pszichotraumát követően alakulnak ki, így erről az azóta eltelt rövid időszak miatt biztosat állítani nem tudunk, jóslatokba bocsátkozni nem kívánunk. Nagy bizonyossággal reméljük azonban, hogy ami az EMDR terápiától, és annak akut stressz-protokolljától biztosan remélhető, hogy a megrekedt információfeldolgozás újraindult, és a szubjektív megkönnyebbülés élménye mellett az említett zavarokat és öngyilkossági kockázatot jelentő lélektani krízis kialakulását sikerült megelőznünk. Nem merészség kimondani, hogy utóbbi (lélektani krízis megelőzése) célunk teljesülésében annak idődimenziója miatt biztosak lehetünk. A nightmare krónikussá válását és annak potenciális pszichés és szomatikus szövődményeit is nagy valószínűséggel sikerült megelőznünk.

3.3. Csoportos akut stresszkezelés az EMDR ASSYST protokollja mentén

Egy nem csak közvetlen lakókörnyezetünket, hanem a sajtón keresztül talán az egész országot megrendítő tragédia közvetlen érintettjeit és szemtanúit ért megrázkódtatás miatt került sor arra, hogy rövid idő alatt több embernek kellett segítenünk, elsősorban az R-TEP és az ASSYST protokollok felhasználásával [9] [10]. A Zala Különleges Mentők Egyesület működésének székhelyén történt a tragédia, egy NB-III-ban szereplő futballcsapat felkészülési időszakának kezdetén, a nyár első edzésén hirtelen szívmegeállásban elhalálozott egy fiatal, mindössze 18 és fél éves futballista. A másfél órán át tartó, végül sikertelen újraélesztési kísérletnek nem csak a hozzá hasonló korú csapattársai és az edzői voltak szemtanúi, hanem (mivel közel laknak) hamar a helyszínre érkeztek közben a szülei is, így közvetlen közelről kellett végig nézniük gyermekük elvesztését.

A riasztást egy nappal később, este 7 óra tájban kaptuk, a vezetődöző a vármegyei kórház sürgősségi osztályát hívta fel először, onnan irányították egyesületünkhöz. A tragédia helyszínén gyertyás megemlékezést tartottak aznap, és a fiatal futballisták sírtak, nem akartak hazamenni, és panaszolták az edzőnek, hogy éjszaka nem tudtak aludni, és félnek, a következőn sem tudnak majd.

A hívást követően azonnal a helyszínre indultunk, a csoportos ellátáshoz szükséges 2 fő terapeuta és további két fő segítő alkotta a csapatot. Ügyelve a Maslow-féle szükségletkiegítési hierarchia irányelveire, nyár és meglehetősen meleg lévén hideg ivóvizet vittünk magunkkal. Nagy mennyiségűt, mert 21 személyről volt szó, és számítottunk rá, hogy hosszú napunk lesz.

A helyszínre érkezve erőteljes akut stresszhatás alatt álló csapattal találkoztunk, akik mélységesen megrendült, érzelmileg rendkívül megterhelő állapotban voltak. A létesítmény épületének egyik alkalmas helyiségét az ott lévő székek segítségével rögtönzött csoportszobává alakítottuk, az ivóvizet elérhető helyen elhelyeztük, és felhívtuk a figyelmüket rá. Elsőként megtanítottuk nekik az EMDR ASSYST-ban használatos technikákat, a stabilizációs légzőgyakorlatot, és a klasszikus EMDR-ben használt szemmozgatás helyett használható bilaterális stimulációs technikát, amivel az aktiválódó érzelmi megterhelés megnyihülését tudjuk elérni, ezt mindenki önmagán végzi, az úgynevezett „pillangóölelés” technikával (Kezeinket az ellentétes vállunkra tesszük, és lassan, felváltva kopogtatjuk) [9] [10]. A klasszikus szemmozgatás ugyanis ugyanannyi terapeutát igényel, ahány kezelt személy van jelen, ez teszi lehetővé a csoportos alkalmazást. A kialakult csoporthelyzetben bemutatkozásunk után arra kértük a csapatot, hogy valaki mesélje el nekünk a történeteket. Hosszú szünet után egyikük vállalkozott rá, hogy elmeséli nekünk. A többiek azt jelezték vissza, hogy képtelenek rá. Nehezen, röviden, szűkszavúan a tényekre támaszkodva tárta

elénk az előző napi eseményeket, miközben többen sírni kezdtek. Az emlék felidézése heves érzelmi reakciót aktivált szinte mindegyiküknél.

Ezt türelmesen hagytuk lecsendesedni, aztán egy, a pszichotrauma fókuszú terápiákban gyakran használt stabilizációs gyakorlattal próbáltuk helyreállítani biztonságérzetüket. Ez a gyakorlat imaginációs, relaxációs és meditációs elemeket tartalmaz, általában alkalmas a biztonságérzet viszonylag gyors helyreállítására. Ebben az esetben legalább annyi megkönnyebbülést hozott, hogy sorban egyre többen vállalkoztak a kritikus esemény saját szemszögükből való felidézésére, ami aztán természetesen ismét jelentős érzelmi megterhelést idézett elő nem csak az éppen beszélőben, hanem a többiekben is. Ekkor arra kértük őket, hogy csukott szemmel keressék meg a szervezetükben, hogy hol érzik a fájdalmas érzéseket (érzelmeket és velük járó testi aktivációkat) rögzítsék ott a figyelmüket, végezzék a kopogtatást, figyeljék meg az érzést, és ha az változni kezd, akkor engedjék változni. Néhány perc után szünetet tartottunk, stabilizációs légzőgyakorlatot végeztünk, és engedték őket beszélni. Egyre többen nyíltak meg, és osztották meg személyes megélésüket, fájdalmukat. Ilyenkor újra és újra elvégeztük a deszenzitizálást. Ez egészen éjjel utánig eltartott, amikor legtöbben arról számoltak be, hogy bár továbbra is nagyon szomorúak, jelentős megkönnyebbülést éltek át, fáradtak, álmosak, szeretnének hazamenni, aludni. Felajánlottuk a lehetőséget, ha valakinél a következő napokban nem enyhülne az érzelmi szenvedés, akkor egyéni keretek között újra segítünk, megadtuk elérhetőségünket. Erre egy személy esetében került sor, ahol az alvás nem állt helyre, ezért egy 90 perces alkalom során szemmozgatásos deszenzitizálással újra elvégeztük a feldolgozást, ami meg is hozta a várt eredményt. További egy csapattag nem vett részt a csoportos eseményen, így neki szintén egyéni keretek között biztosítottunk lehetőséget.

Természetesen nem léphettünk át a családot ért tragédia felett sem, a szülőknek és az elhunyt fiú testvérének szintén felajánlottuk segítségünket, egyén keretek között, amit a következő napon végeztünk el. Egy gyermek és testvér elvesztése persze olyan tragédia, aminek a feldolgozása lehetséges volna egy akut stresszkezelést célzó lelki segítségnyújtás kereti között, így nekik felajánlottuk hosszabb távú segítségnyújtásunkat.

Az elmélet szerint, amit tettünk nem más, mint az érzelmi megterhelődés olyan mértékű csökkentése, hogy az egyén utána képes legyen folytatni az életét, a későbbiekben pedig ne alakuljon ki egy poszttraumás stressz zavar, vagy egy elhúzódó, krónikus stressz állapot. Az azonnali és hosszabb távon beérkező visszajelzések azt mutatták, hogy ez a gyakorlatban is megvalósult.

3.4. Családi stresszkezelés az EMDR R-TEP protokoll alkalmazásával

A fent ismertetetthez kísértetiesen hasonló tragédia történt a közelmúltban, szintén az Egyesületünk lakókörnyezetében. Egy éppen iskolás korúvá cseperedett fiúgyermek váratlan halála, ami egy addig nem tudott agyi aneurizma (agyí verőér tágulata) repedése miatt következett be. Teljesen egészségesnek tűnő állapotban vitték a szülei óvodába, ahol a vérzés aztán váratlanul bekövetkezett. Ebben az esetben is mindkét szülő a helyszínre érkezett, részesévé vált az eseményeknek, a kezdetben sikeresnek mutakozó újraélesztésnek, a kórházba szállításnak, ahol aztán a gyermekük halála bekövetkezett. Érzelmi megterhelésüket fokozta az a tény is, hogy közben dönteniük kellett a szervdonáció kérdésében.

Személyes ismeretség révén találtak rá egyesületünkre és pszichológiai elsősegély szolgáltatásunkra, amelyet lehető leghamarabb (a következő napon) végeztünk el. A gyermek szülein kívül a nagynéni (édesanya testvére) is jelen volt, akinek szoros érzelmi kapcsolata volt a fiúval. Körülbelül 3 és fél órás időtartamban végeztük az akut stressz kezelést. Kérésünkre az események tényszerű ismertetése után közös stabilizációs gyakorlatot végeztünk, aztán a már ismertetett csoportos

beavatkozáshoz hasonlóan a saját szemszögükből mesélték el a történetet, illetve a saját személyes megélésüket.

Az aktiválódó érzelmi megterhelést szintén a bilaterális stimuláció önmagunkon végezhető változatával, a vállak kopogtatásával végeztük el, szükség esetén a terapeuta emellett szemmozgatásos deszenzitizálást alkalmazott. Megtörtént, vagy előrehaladott feldolgozásról, vagy lezajlott gyászfolyamatról természetesen ebben az esetben sem beszélhetünk, de mindhárman jelentős megkönnyebbülésről számoltak be, az azóta eltelt hónapok alapján pedig már biztosan elmondhatjuk, hogy a PTSD prevenció esetükben is sikeres volt.

4. ÖSSZEGZÉS

A Zala Különleges Mentők Egyesületének mentálhigiénés (lelki elsősegély) csoportja a fent ismertetett 4 esetben kapott segélyhívást. Bár az esetismertetések során bemutatott munka egyik alkalommal sem a szó szoros értelmében vett katasztrófahelyzethez kapcsolódott, az akut stresszhatásokat, a váratlan, tragikus eseményekben átélt extrém fokú érzelmi megterhelés állapota nagyon hasonló, de akár megegyező is lehet a tényleges katasztrófát elszenvedett, túlélt, megtapasztalt személyek állapotával. Így a katasztrófa elhárításban való közreműködésre készülő csoportunk módszerei, a civil hivatásuk és a felkészülési gyakorlatok során megszerzett tapasztalataik szükségesek és alkalmasak voltak a súlyos akut érzelmi megterhelés azonnali enyhítésére, a feldolgozási folyamatok támogatására, ezeken keresztül pedig a különféle traumához köthető pszichés megbetegedések megelőzésére. Mivel a pszichotraumatológia napjainkban a lélektan talán legprogresszívebb ága, új és új módszerek, technikák születnek napjainkban is, ezért tanulmányainkat, felkészülésünket folytatjuk.

5. IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Kémenczy, I: Tömegkatasztrófák pszichológiai hatása. Zrínyi Katonai Kiadó. Budapest. 1980.
- [2] Szabó, J. Pszichoszociális segítségnyújtás katasztrófahelyzetben. In: Rosta, A. – Rostáné Riez, A.: Szociálpedagógia - szak-szociálpedagógia. Budapest, Magyarország. L'Harmattan 2021. 475.-495.
- [3] Brooks, S. K. – Dunn, R. – Amlôt, R.- Greenberg, N.- Rubin, G. J. (2016): Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. BMC Psychol. 2016 Apr 26;4:18. doi: 10.1186/s40359-016-0120-9.
- [4] Eifling, K. – Moy, P. (2015): Evidence-based EMS: Psychological First Aid During Disaster Response. What's the best we can do for those who are suffering mentally? EMS World. 2015 Jul;44(7):32-4.
- [5] Solon, R. (2016): Providing Psychological First Aid Following a Disaster. Occup Health Saf. 2016 May;85(5):40, 42, 44.
- [6] Ren, Z. – Wang, H. – Zhang, W. (2017): Experiences in disaster-related mental health relief work: An exploratory model for the interprofessional training of psychological relief workers. J Interprof Care. 2017 Jan;31(1):35-42. Epub 2016 Nov 18.
- [7] Solomon, R. - Shapiro, F. (2008): EMDR and Adaptive Information Processing Model. Journal of EMDR Practice and Research. 4. 315. - 325.
- [8] Shapiro, F. (1994): J Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. Anxiety Disord. 1999 Jan-Apr;13(1-2):35-67.

- [9] Yurtsever, A et al. (2018): An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*. 9. 493
- [10] Jarero, I., Artigas, L., Montero11, M., & Lena, L. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 97-105.
- [11] Besser-Siegmund C. Siegmund H. Készségfejlesztés és stresszkezelés szelíd ráhatással. Z-Press Kiadó. Budapest 2016.
- [12] Naumenko K, Steinhäuser J, Niebuhr F, Goetz K. [Short report: coaching as an intervention to treat mild form of fear of flying. *Psychol Health Med*. 2022 Jul;27(6):1205-1212. doi: 10.1080/13548506.2020.1856391. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33275446.
- [13] Kiernan MC. Brainspotting: Adventures in Neurology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2022 Aug;93(8):800-801. doi: 10.1136/jnnp-2022-329455. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35835471.
- [14] Barcsi, T. Logoterápiái krízisintervenció. In: Szabó, J. (szerk): Munkahelyi lelki egészségvédelem. Pécsi Tudományegyetem. Pécs. 2012. 43-46.
- [15] Perdue, J. M., Divakaruni, S. M., Russell, C., Johnson, C., Dowden, C., Kaleda, P., and E. Haran. "Natural-Disaster Preparedness: Best Practices." Paper presented at the Digital Energy Conference and Exhibition, Houston, Texas, U.S.A., April 2007.
doi: <https://doi.org/10.2118/106920-MS>
- [16] Shapiro E. EMDR Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2007. 2. 68. – 87.
- [17] Luber M. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets: Treating anxiety, obsessive-compulsive, and mood-related conditions. New York: Springer Publishing Company; 2016. doi:10.1891/9780826131683
- [18] Maier A, Schaitz C, Kröner J, Connemann B, Sosic-Vasic Z. Imagery Rescripting: Exploratory Evaluation of a Short Intervention to Reduce Test Anxiety in University Students. *Front Psychiatry*. 2020 Feb 28;11:84. doi: 10.3389/fpsy.2020.00084. PMID: 32184744; PMCID: PMC7058550.
- [19] Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2012. 3(2), 189–208.
<https://doi.org/10.5127/jep.024211>
- [20] Strachan L P, Hyett MP, McEvoy PM. Imagery Rescripting for Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder: Recent Advances and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep* 22, 17 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1139-4>
- [21] Krakow B, Kellner R, Pathak D, Lambert L. Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*. 1995. 33.7. 747. – 874. doi.org/10.1016/0005-7967(95)00009-M
- [22] Krakow B, Zadra A. Clinical Management of Chronic Nightmares: Imagery Rehearsal Therapy, *Behavioral Sleep Medicine*, 2006. 4:1, 45-70, DOI: 10.1207/s15402010bsm0401_4
- [23] Thünker J, Pietrowsky R. Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behaviour Research and Therapy*. 2012. 50.9. 558 – 564.
doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.006
- [24] Casement MD, Swanson LM. A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clin Psychol*

Rev. 2012 Aug;32(6):566-74. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.002. Epub 2012 Jun 30. PMID: 22819998; **PMCID**: PMC4120639.

[25] Wolpe J. *The Practice of Behavior Therapy*, 1969. New York: Pergamon Press.

[26] Kim D, Bae H, Park Y C. Validity of the Subjective Units of Disturbance Scale in EMDR March 2008 *Journal of EMDR Practice and Research* 2(1):57-62 DOI: 10.1891/1933-3196.2.1.57

[27] Gerge A. Revisiting the safe place. Method and Regulatory Aspects in Psychotherapy when Easing Allostatic Overload in Traumatized Patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2018. 66. 2. 147-173. doi:10.1080/00207144.2018.1421356

[28] Tripp T, Potash J S, Brancheau D. Safe Place collage protocol: Art making for managing traumatic stress. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2019. 20.5. 511-525. DOI: 10.1080/15299732.2019.1597813