

A GYERMEKKORI SZEXUÁLIS ABÚZUS KEZELÉSE ÉS KÖVETKEZMÉNYEI

Oravecz Róbert dr. PhD

Összefoglaló

A nemi bántalmazás a lélektani trauma sajátos válfaját képezi. A trauma nemritkán a bántalmazott személy teljes életútjára reányomja bélyegét. A cikk időt szentel a Ferenczi által közreadott „nyelvezavar” modern olvasatainak, de a modern pszichotraumatológia koncepcióinak is. Bemutatásra kerül az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) módszere és alkalmazása a modern pszichotraumatológiában.

Kulcsszavak: trauma, szexuális bántalmazás, nyelvzavar, viktimizáció

Abstract

Sexual abuse represents a specific aspect of the psychological trauma. It often transforms the whole life of the traumatized individual.

The article presents the contemporary interpretations of the Ferenczi trauma concepts, but also the novel approaches to the phenomenon of sexual abuse.

Also the method of EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) has been presented.

Keywords: trauma, sexual abuse, victimization

A trauma történelme és a pszichotraumatológia története

A pszichológiai traumatizáció jelensége csak a XX. század második felében vált a tudományos, orvosi és köznapiság diskurzus alkotóelemévé – nem véletlenül. A pszichotraumatológiai jellegű gondolkodás fejlődésében híven tükröződik az emberi civilizáció folyamata: a történelemben, az emberi tudatban olyan kulcsfontosságú változások zajlottak le, melyek hozzájárultak az emberi szenvedésről, erőszakról alkotott reprezentációk transzformációjához.

Buda (2001) szerint már az antik időktől zajlik az a folyamat, mely eredményeként kialakult az emberiség trauma-tudata. Így például a szenvedés (pathos), a bűn és bűnhődés dialektikája egyaránt foglalkoztatja a drámaírókat és a filozófusokat.

De talán mégis a kereszténység szerepe tűnik a legmeghatározóbbnak a trauma-fogalom történelmi fejlődésében.

A pokol és mennyország dichotómiája, a negatív cselekedetek elítélése és ki-rekesztése, a bűnbocsánat lehetősége, az áldozattal (Krisztussal) való azonosulás, a kora keresztény kori mártíromságok feljegyzése és a mártírok iránt mutatott tisztelet nagyban hozzájárult ahhoz a morális dimenzióhoz, melyet ma

magunkénak mondunk. Korunkban a traumát elszenvedett individuuum ehhez a szociokulturális valósághoz mérten határozza meg önmaga áldozat voltát.

A középkorban az inkvizíció irracionális, a határtalan alárendelődés, a kegyetlen testi fenyítés a szenvedést bárki számára megtapasztalhatóvá és természetessé tette. A középkorra jellemzőek a társadalmi kirekesztés és a dogmatikus valóságprezentáció védelmének kegyetlen formái, mint például az inkvizíció, vagy a tébolyodottak vermei. A járványok, hódító háborúk idejében a szenvedés szükségyszerűnek, nem csupán kivételes eseménynek számított.

A premodern korból való átmenetet mindenekelőtt az erőszak technicizálódása jellemzi. A modern fegyverek megjelenésével a háborúk halálgyárrá transzformálódtak. A katonai fegyelem elérését célzó erőszak okvetlenül szükséges ahhoz, hogy a katonák végig tudják járni a halálhoz vezető utat. A hétköznapi ember fásultságát jelzik azok a leírások, hogy a csőcselék miként szemléli végig a nyilvános kivégzések és testi fenyítések tömkelegét. Ezzel szemben a szervezett hadseregek velejárójaként megjelennek a harctéri támogató szolgálatok.

A XX. század történelme pedig már közvetlenül hozzájárult a trauma-jelenség mai percepciójához. A pszichotraumatológia szorosan kötődik a XX. század nagy eseményeihez, az első és második világháborúhoz, a vietnami háború gyászos kimeneteléhez, a totalitárius társadalmi ideológiák felbukkanásához és kudarcához, a polgárjogi és békemozgalmakhoz, de az utóbbi évtized során lezajlott balkáni háborúk következményeihez is.

Az első világháború után a harctéri tapasztalatokkal rendelkező írók hiteles képet festettek a harctéri történések hosszan tartó következményeiről, ugyanakkor a korabeli pszichiátria elhárította a harctéri trauma kapcsán kialakult lelki zavarok leírását. Habár ma már egyértelmű, hogy a harctéri expozíciót követő „rázóremegés” (németül: „Schell schock”) egyértelműen a PTSD sajátos manifesztációja, a kortárs orvostudomány a jelenséget biológiai tényezőkkel igyekezett magyarázni.

A második világháború hallatlan mértékben járult hozzá az emberi szenvedés, a maradandó, társadalmi szintű traumák tömeges manifesztációjához.

Egyrészt a technológiai fejlődés, a modern idők humanisztikus ideológiái, másrészt a fasizmus irracionális és embertelen gyakorlata járult hozzá az emberiség mai trauma-szenzitivitásához.

A háborús pszichotraumatológia tükrében a katasztrofális életesemények (háború, terrorizmus, egyéb bűncselekmények, természeti katasztrófák) kapcsán manifesztálódó traumatikus jelenségek új jelentést kaptak. Közben, pedig felvetődött a gyermek- és felnőttkori testi, lelki, nemi bántalmazások kapcsán megnyilvánuló jelenségek újragondolásának igénye is.

A gyermekkori bántalmazás lélektana

A pszichiátria és a pszichoanalízis a gyerek- és felnőttkori nemi bántalmazás tényét már korábban is összefüggésbe hozta egyes pszichopatológiai jelenségek megnyilvánulásával.

Analitikus trauma-koncepciók

Jones szerint Freud 1896. január 1-én küldött Fliessnek egy kéziratot, melyben egyértelműen és szükségszerűen összekapcsolta a hisztériás tüneteket a kora gyermekkori szexuális tapasztalatok tényével. Sőt, már a Breuerrel közösen publikált „Előzetes közleményekben” is felvetődik, hogy „a hisztériás betegeket legfőképpen visszaemlékezések gyötrik”, és hogy „a hisztériás tüneteket lelki trauma okozza, de megmagyarázzák, hogy nem maga a trauma, hanem annak emléke a kiváltó ok. A trauma nem felidéző vagy gyorsító tényező, hanem – emléknymaiban – inkább idegen testre emlékeztet, mely szüntelenül irritálja a lelket”.

A későbbiekben Freud, feltételezhetően az akkori polgári társadalom nyomása alatt – ahogyan azt Judith Lewis Herman (2001) látta –, módosította e hipotéziseit, úgyhogy a freudi pszichoanalízis érdeklődése a reális traumatikus élmények tanulmányozása helyett a belső fantáziák és az incesztuózus vágyak explorációja felé tolódott el.

S habár Ferenczi Sándor már 1932-ben, a wiesbadeni konferencián ismertette a gyermekkori szexuális bántalmazás pszichodinamikáját tükröző, a felnőtt és gyermek közötti „nyelvzavar” koncepcióját, a pszichoterápiás orientációjú gondolkodás csupán az elmúlt évtizedben bátorkodott ismét szembenézni a gyermekkori és felnőttkori nemi bántalmazás tényével.

Ferenczi gondolatai akkortájt radikálisan szembehelyezkedtek a freudi pszichoanalízis uralkodó koncepciójával, ugyanis nem csupán a pszichopatológiai jelenségek reális pszichotraumatológiai hátterét hangoztatta, de az ember megismerésének eltérő episztemológiai elveit is. Szerinte ugyanis az egyes emberről alkotható jelentések az interperszonális térben generálódnak, és egy folytonos megismerési folyamat szubjektumát képezik.

Úgy tűnik, közel egy teljes évszázadnak kellett eltelnie, hogy a szakmai közvélemény képes legyen újraértékelni Ferenczi hozzájárulását a modern pszichoanalízis és a pszichotraumatológia fejlődéséhez.

A késő modern és posztmodern gondolkodás idejében úgy tűnik, hogy Ferenczi koncepciói nagyban segíthetnek abban, hogy a pszichoanalitikus gondolkodás integrálhatóvá váljon a kortárs tudományos diskurzusokba. S ehhez szükségszerűen hozzájárul a pszichotraumatológiai indíttatású gondolkodás, de az interperszonális jelentésteremtés igénye is.

Ferenczi aktualitására utal több magyar származású pszichoanalitikus közel-múltban megjelent tanulmánya is. Judith Dupont (2001) ismerteti Ferenczi trauma-konceptióját, mely szerint „két momentum szükséges ahhoz, hogy a trauma patogenizálódjon. A trauma önmagában nem szükségszerűen patogén. De azzá válhat, ha egy későbbi pillanatban a gyermek elutasításban részesül olyan személyek – elsősorban az anya – részéről, akiktől függ. Mindenekelőtt a gyermekért felelős személyek büntudatában, elutasításában és hazugságokban megnyilvánuló képmutató reakcióját követő meglepetés hatása vagy a trauma megismétlődése teszi a traumát patogénné.” (Dupont 2001: 16.)

Habár Kathleen Kelley-Lainétól (2001) eltérően Judith Dupont (2001) nem fejt ki a nyelvzavar koncepcióját, utal Ferenczire, akit idéz: „A szexuális trauma előfordulása gyakori, még a legjobb családokban is. [...] a szeretet kimutatásának ürügyén a felnőtt erotikus játéka merül a gyerekekkel, aki mohón reagál [...], de igényei a játék és gyengédség szintjén maradnak. A felnőtt szenvedélyesen válaszol, ezt a gyerek nem érti. A felnőtt ezután a büntudat hatása alatt szidja és bünteti a gyereket; attitűdjének ez a hirtelen megfordulása alapvető traumatikus tényező.” (Dupont 2001: 16.)

„A váratlan sokkera való első reakció egy »rövid pszichózis«, valóságtól való elszakadás.” „A személy pszichotikus hasítással, minden pszichés tevékenység, mozgásképesség, észlelés és gondolkodás bénulásával reagál. [...] A személyiség képlékennyé, fragmentálttá, vagy akár atomizálttá válhat.”

„A traumatizált gyermek fizikailag és pszichésen gyengébb lévén, erősítés híján kénytelen az agresszonnal azonosulni, minden kívánságának alávetni magát, sőt előrevetíteni ezeket, és végül már ebben találni kielégülést.”

Judith Dupont utal Mathias Hirsch (1996) állítására, aki szerint Ferenczi olyan gyerekekre alkalmazta az (agresszonnal való azonosulás) fogalmát, „akiket súlyosan bántalmaztak vagy megfélemlítettek, és akik az elszenvedett erőszak internalizálásával és a külső akaratnak való teljes megadással reagáltak – az agresszonnal való azonosulás s így a túlélés érdekében.” (Dupont 2001: 17.)

Ferenczi követője, Leonard Shengold (1989) a gyermek személyiségére gyakorolt agressziót lélekgyilkossággként írta le. Ez alatt pedig (Judith Dupont alapján idézve) „valaki más elméjének, személyiségének birtoklását érti”. Shengold szerint „a bántalmazott gyermeknek szüksége van bántalmazó szülőjére, ennélfogva kénytelen egy jó szülő mentális képét megalkotni, hogy elkerülje a hasadást, ami elszigetelné a jót a rossztól. Mivel a szülő nem lehet rossz, a gyermek kell hogy az legyen.” (Dupont 2001: 21.)

Habár Ferenczinek nem sikerült a pszichoanalízist a szexuális bántalmazás és a traumatikus következmények értelmezése irányába terelni, a későbbi, más elméleti indíttatású pszichotraumatológiai indíttatású elméletek többnyire igazolták Ferenczi koncepcióit.

Kortárs trauma-koncepciók

A nemi erőszak következményei iránti tudományos érdeklődés csak a 70-es évek második felében izzott fel a feminista mozgalom aktiválódását követően.

Mára tanulmányok ezrei születtek, és járultak hozzá a szexuális bántalmazás lélektanáról kialakított tudáshoz.

Úgy tűnik, hogy a gyermekkori testi, lelki és nemi bántalmazás a modern civilizáció egyik jelentősebb diskurzusává lépett elő. A trauma ugyanis nem csupán az adott individuum szenvedésével hozható kapcsolatba, de a transzgenerációs átvitel révén jelentős mértékben befolyásolhatja számos későbbi utód életminőségét, vagy akár az adott kultúra diskurzusait.

A generációk közötti traumaátvitel serkentően hat az erőszak manifesztációira és a diszfunkcionális magatartásformák számos megnyilvánulására az egyén, a család, de akár az etnikai csoportok szintjén is (Vamik 1988).

Ma már meglehetősen köztudott, hogy a pszichotraumatológiai jelenségek képesek olyan elváltozásokat okozni, melyek tartósan módosítják bizonyos agyi struktúrák működését, és ezáltal számos kognitív, emocionális és vegetatív zavart okozhatnak, melyek befolyásolják a traumatizált személy önmagáról és a világról alkotott képzeit.

Ha a traumatikus életesemények olyan erővel bírnak, hogy az individuum életét radikálisan befolyásolják, más vágányra tereljék, akkor ez még hatványozottan érvényes a szexuális előjelű traumára.

S amennyiben a traumatikus folyamatokra jellemző, hogy hatásukat éveken vagy akár évtizedeken keresztül fejtik ki, ez még inkább érvényes a szexuális előjelű traumatikus történésekre.

Túlélő és áldozat

A nemi bántalmazás hátterében ma két folyamatot szükséges felismerni: a traumatizáció és a viktimizáció folyamatát. E koncepciók már a korai analitikus elméletekben is megjelentek: például a traumatikus események környezet által való minősítése, vagy az anya és a gyermek bizalmas viszonyának károsodása az intrafamiális szexuális abúzus következtében. A traumatizáció és viktimizáció folyamatai közötti különbség megértésében kulcsszerepet kap a környezet és az áldozat kapcsolata.

A traumatogén esemény ugyanis gyakran vált ki traumás (ún. poszttraumás) pszichopatológiai jelenségeket, de más, a PTSD entitáshoz nem kapcsolódó lelki manifesztációkat is, mint például a traumaismétlődéstől való félelmet, vagy a „survivor guilt” (a túlélőben megjelenő büntudat) jelenségét.

A traumatogén eseményt elszenvedett individuum magatartását, reprezentá-

cióit egyaránt befolyásolják belső, a trauma által kiváltott jelenségek, de a környezet megnyilvánulásai is: azáltal, hogy a környezet sajátos módon tükrözi vissza az áldozatról alkotott reprezentációkat, és minősíti a traumatogén esemény, illetve a traumatizáltság tényét. A folyamat során megszűnik a jobb féltekei működésen alapuló poliszemantikus reprezentációteremtés. Az áldozat képtelen olvasni a környezet által felajánlott jelentésekben, ezért projektív mechanizmusokat hoz működésbe. Ugyanakkor a környezet gyakran morális autoritásként minősíti az áldozat „morális állapotát”.

Trauma és identitás

E külső és belső tényezők interakciójában nyilvánul meg a viktimizáció (áldozattá válás) folyamata, mely olykor radikálisan módosítja az áldozat pszichoszociális identitását. A viktimizáció óhatatlanul is károsítja az individuum számára legjelentősebb interperszonális kapcsolatokat, az önmagáról és a világról alkotott reprezentációkat. Igen gyakori az anyához fűződő kapcsolat fellazulása, a bázikus bizalom megszűnése, a világtól, kortársaktól való elszigetelődés, az anhedónia, az öndestrukció számos módozata.

A traumatikus és viktimizációs folyamat során az eredeti pszichoszociális identitás fragmentálódik, az áldozat-lét elfedi az egyéb identitásformáló elemeket, ún. „trait unaired”-dé alakul, s ennek talaján ún. auxiliáris (helyettesítő) identitás alakul ki, mely gyakran nélkülözi a tényekkel való szoros kapcsolatot, és irracionálisba torkollik.

Az irracionális, a tények által nem igazolható reprezentációk szorosan kapcsolódnak az ún. diszfunkcionális énvédő stratégiák alkalmazásához, és nemritkán paranoid manifesztációkba torkollik.

A helyettesítő identitás konstitúciójához elengedhetetlenül szükséges olyan „belső, szenvedéskeltő minta jelenléte”, mely arra készíti az áldozatot, hogy gondolatait, érzelmeit, reprezentációit összhangba hozza a félelmet, fájdalmat, rémálmot kiváltó tényezők kerülésének igényével. Ugyanakkor az áldozat minden erejével azon igyekszik, hogy olyan életteret alakítson ki, mely alkalmas a negatív én-reprezentációk okozta szorongás eliminációjára.

A szexuális visszaélés áldozatai tehát a traumatogén eseményt követő évek (évtizedek) során gyakran rendelik alá magukat egy többé-kevésbé diszfunkcionális auxiliáris identitás uralmának, melyet a pozitív, bizalmon, empátián, szereteten alapuló értékek helyett a „leírhatatlanság” és a „megmagyarázhatatlanság” ténye határoz meg.

Trauma, szégyen, megalázottság

Úgy tűnik, hogy az auxiliáris identitás leginkább a szégyen és megalázottság jelensége segítségével közelíthető meg, ugyanis a traumatizációs és viktimizációs folyamat során egyaránt jelentkezik a szégyen és megalázottság érzete, mintegy igazolva a Ferenczi által kidolgozott trauma-konceptió relevanciáját. Az erőszaktevő, amennyiben (bármennyire is furcsának tűnik) az „emberi magatartás autoritásaként” kerül felismerésre az áldozat által, olyan én-destruktív hatást képes kifejezni, hogy az áldozatban az alkalmatlanság, elfogadhatatlanság, bűnöség érzetét kelti.

A megalázottság így a szociális alkalmatlanság (inkompetencia) érzetéhez vezet, mely arra készíti az individuumot, hogy áldozat voltát elrejtse, titkolja, s mindent megtegyen, hogy e tények soha ne derüljenek ki.

Az alkalmatlanság ténye befolyásolhatja az áldozat lényeges döntéseit; például környezetét, partnerét rákényszerítheti arra, hogy akceptálja a „leírhatatlanság” és a „megmagyarázhatatlanság” tényét, s együtt evezzen az áldozattal a jéghegyekkel teli narratív élettörténetben.

Az auxiliáris identitást élő személyek jóval sérülékenyebbek, gyakran disszociálódnak, így a szokványos környezeti tényezők hatására nemritkán diszfunkcionális magatartást mutatnak, mely zavart okozhat a család vagy egyéb humán rendszer működésében is.

Az auxiliáris identitás kialakulásának folyamata és díszfunktionalitása jól tükröződik az individuális narratív élettörténetekben. Leginkább az ún. narratív lyukakban, a megkerült, elhallgatott válaszokban, a felcsattanásokban, a soha nem megválaszolt kérdésekben.

Trauma és terápia

Sajnos, a klasszikusnak mondható, analitikusan orientált ún. „beszélgetős terápiák” nem tűnnek igazán alkalmasnak a trauma feldolgozására. Erre már Ferenczi is felhívta annak idején a figyelmet (Ferenczi 1997). Megfigyelte a traumás zavarokban szenvedő betegeknél a „traumatikus élmények csaknem hallucinatorikus újraéléseit”, de utalt arra is, hogy az „*effajta lereagálás nem vet véget a tünetképződésnek*”.

Ferenczi szerint „*túl jól sikerült az újra-átélés, melyre az analízis a beteget bátorította. Egyes tünetek lényeges javulása ugyan megfigyelhető volt, de helyettük a betegeknek éjszakai szorongásos állapotokban, többnyire nyomasztó álmaik voltak.*”

A terápiás ülések során a beteg illetve a kliens többé-kevésbé újraéli a traumatikus élményt, de a csak ritkán jut el odáig, hogy azt teljességében verbalizálja. Ennek oka mindenekelőtt abban keresendő, hogy az adott traumatikus esemény

leghangsúlyosabb elemei olyan intenzív ingerbetörést eredményeznek, melyek a traumatizált személyt disszociációra készítetik. Lehetséges az is, hogy a traumatizált individuuum az én-idegen tartalmakat áthárítja a terapeutára, illetve más személyekre. S mivel a trauma mélyén meghúzódó tapasztalat szükségszerűen én-idegen, a legzavaróbb emlékek óhatatlanul kimondatlanok illetve feldolgozatlanok maradnak.

A verbalizáció lehetetlensége mögött tehát a disszociáció jelensége húzódik meg. A traumára való összpontosítás felébreszti a történetekkel asszociálódó negatív érzelmeket, self-reprezentációkat, de maga a trauma vizuális lenyomata, illetve a narratív emlék tudaton kívül reked. A kliens illetve páciens a terápiás ülések során ismételten megtapasztalja a „szörnyűséget”, de nem képes verbalizálható tartalmakat felszínre hozni.

Az utóbbi jelenség annál gyakoribb, minél fiatalabb korban történt meg a visszaélés. A 7–8 éves kor előtti események igen nehezen hozhatóak be a tudatba, az áldozat nehezen differenciálja a realitást az álomtól, illetve a fantáziától.

A pszichotraumatológia fejlődésével és a pszichotraumatológiai diskurzus szélesedésével párhuzamban egyre intenzívebben manifesztálódott az igény olyan alkalmas terápiás technikák iránt, melyek aránylag gyorsan és mindenekelőtt sikeresen tudnák gyógyítani a traumás állapotokat.

Egyes kutatók (Levine–Frederick 1997) a tradicionális törzsi gyógyítás eszközei felé fordultak, mások a hipnózis nyújtotta lehetőségeket vizsgálták meg. Úgy tűnik, hogy a tudományos és szakmai érdeklődés áttolódott a verbalizáción alapuló terápiákról az olyan kezelési módszerekre, melyek nem igénylik a traumátörténet élményszintű elmondását, és mégis elérik a trauma feldolgozását, illetve megszüntetését. Ezek közé sorolható az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), melyet a szerző a továbbiakban kíván ismertetni.

Az EMDR története

Francine Shapiro az 1980-as évek végén írta le az EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) metódusát (Shapiro 1995), mely igen alkalmasnak mutatkozott a nem megfelelő módon tárolt, általában traumához kötött emléktanyag processzuálására és következményesen a trauma kiváltotta tünetek megszüntetésére.

A módszer az elsődleges leírás szerint azon alapszik, hogy az individuuum szemmozgásokkal elősegíti a traumatikus emléktanyag előhívását, és a történetről, valamint önmagáról alkotott képzetek megváltoztatását.

A későbbiekben aztán kiderült, hogy sok más alteráló jellegű stimulálással lehet kiváltani azonos hatást, mint az igen fárasztó vizuális stimulálással. Shapiro ma inkább az ún. „dual stimulation” („kettős ingerlés”) fogalmat használja az

alteráló (váltakozó) stimuláció technikájának gyűjtőneveként. A szerző a rendelkezésre álló technikák közül leggyakrabban azt a módszert alkalmazza, amikor a kliens térdre helyezett kezeit felváltva ütögeti ujjaival. Ez a technika egyrészt lehetővé teszi a szemek lehunyását és az elmélyedést, másrészt a félre nem érthető jellegű testkontaktus fokozza a kliens biztonságérzetét.

Az EMDR leginkább a PTSD-ben szenvedő betegek kezelésére alkalmas, de az évek során az indikáció kiszélesedett a fóbiás és szomatomorf állapotok, a disszociatív zavarok és a patológiás gyász kezelésére is. Az EMDR egyaránt alkalmas az ún. „nagy T” traumák kezelésére, melyek jól definiált PTSD-tüneteket produkálnak, de a fejlődésspecifikus, ún. „kis T” traumák kezelésére is.

Mindenképp fontosnak tűnik kihangsúlyozni, hogy az EMDR nem önálló, ún. „instant” módszer, de sajátos pszichotraumatológiai technika, melyet a terapeutának be kell tudnia integrálni az általa alkalmazott pszichoterápiás keretbe. Svédországban a szakmai közösség a módszert leginkább az analitikusan orientált pszichoterápiás keretekhez integrálta, Olaszországban pedig a magatartásterápia részévé vált. Az EMDR-t csak pszichiáterek, klinikai pszichológusok, illetve pszichoterapeuták alkalmazhatják.

Legfontosabb talán az, hogy az EMDR-kezelést megelőzően egyaránt javallott a beteg edukációja a traumáról, de a szupportív jellegű terápia is. A terapeutával való alkalmas, pozitív és elfogadó viszony kialakítása szinte előfeltétele a kezelésnek.

Az EMDR működési modellje

Francine Shapiro az EMDR-t a fokozott információfeldolgozás modelljén (Accelerated Information Processing) alapozta meg (Shapiro 1999), mely szerint az ember rendelkezik egy olyan veleszületett, neurobiológiailag meghatározott rendszerrel, mely feldolgozza (angolul: „processing”) az információkat illetve eseményeket, és ezzel hozzájárul olyan adaptív megoldásokhoz, melyek biztosítják a lelki egészség állapotát.

Az adaptív megoldás azt jelenti, hogy a kliens:

- képes kiemelni a traumatikus tapasztalatból mindazt, ami hasznos, és elvetni mindazt, ami alkalmatlan és önmegsemmisítő (érzelmi zavarok, negatív kogníció, irracionalitás, ön-destruktív belső beszéd);
- alkalmassá válik megtapasztalni és kifejezni a traumával kapcsolatos érzelmeit;
- alkalmassá válik hatékonyan vezetni a jövőbeli cselekvéseit.

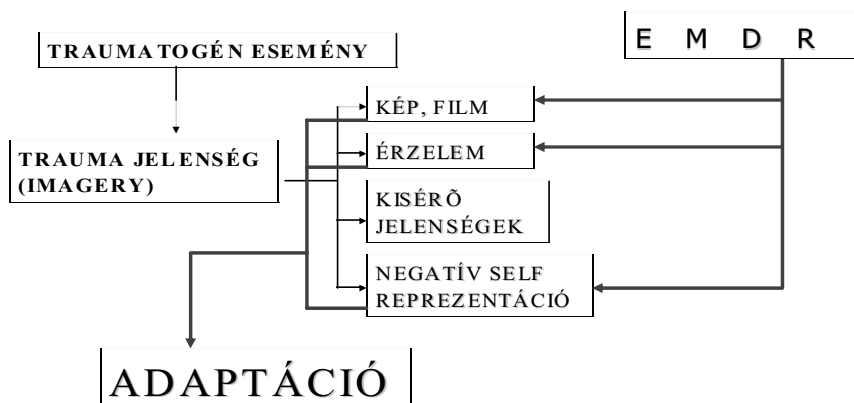
A trauma ugyanis gyakran kiváltja az információ feldolgozó rendszer károsodását illetve egyensúlyzavarát. Ez leginkább abban nyilvánul meg, hogy a trauma-

tikus emléktanyag megreked az epizodikus memóriában, és különféle ingerek hatására ismételten beindul a sikertelen információfeldolgozás folyamata. Ez nyilvánul meg a rémálmokban, nappali „flash back”-ekben (újramegélésekben). Amennyiben azonban a gátlás megszűnik, az információ feldolgozódik, és beilleszkedik az alkalmas információs illetve emlékhálóba.

Az információfeldolgozás-gátlás oka tehát leggyakrabban olyan traumatogén életeseemény, mely meghaladja az individuum adaptációs kapacitását. A külső traumatogén tényező következményesen neurobiológiai és neuroendokrín díszfunkciót hoz létre, mely aztán hozzájárul a traumatogén életeseeménnyel kapcsolatos információk sajátos megrekedéséhez az epizodikus memóriában. A megrekedés leginkább azt jelenti, hogy az emlékképekhez asszociálódva megrekednek az érzések, testérzetek, sajátos self-reprezentációk is. Van der Kolk (1994) kutatásai utalnak arra, hogy a megrekedt emléktanyagban dominálnak az érzetek és érzelmi állapotok, melyek önállósodhatnak a traumatikus emléktanyag más részeitől. Ez is egyfajta sajátos disszociáció, mely megnehezíti a traumatizált személy számára az emléktanyag időbeli és térbeli azonosítását.

Mint ahogyan az a klinikai gyakorlatban is megfigyelhető, a kora gyermekkori traumák áldozatai gyakran mutatnak disszociációs tendenciát, ami abban mutatkozik meg, hogy az emléktanyag tényszerű, képi része kiszorul a tudatból, ugyanakkor a kiváltó, ún. „trigger” ingerek felébreszthetik az emléktanyag affektív-emocionális elemeit. A traumatizált individuum intenzív szorongást, féltelmet, undort élhet meg anélkül, hogy számára hozzáférhetőek lennének a trauma képi elemei. A traumatikus emléktanyag ezáltal egyszerűen beilleszthetetlené válik az individuum narratív élettörténetébe. A traumát nem úgy éli meg, mint egy adott helyhez és időhöz kötött eseményt, hanem mint időtlen affektív állapotot illetve testérzetet (Van der Kolk, Oravec 1999).

A traumatikus emléktanyag gyakran asszociálódik más traumatikus emlékekkel, nemritkán azonban izolált marad, s egyben hozzáférhetetlen az identitás-



konstrukciós folyamatok számára. A kortárs tudományos felismerések arra utalnak, hogy a traumás eredetű információk más rendszerekben tárolódnak, mint a pozitív előjelű élettapasztalatok, így ezek nem képesek ellensúlyozni a traumás eredetű érzeteket, self-reprezentációkat. (A fentiekből következik, hogy az utólagos szeretet, gondoskodás gyakran nem eléggé hatásos a trauma ütötte seb begyógyítására.)

Ezzel szemben az EMDR alkalmas arra, hogy feloldja az információfeldolgozás gátlását, és lehetővé tegye a traumatogén információ feldolgozását, illetve az adaptív megoldás létrejöttét.

Shapiro (1999) feltételezi, hogy az EMDR segítségével kapcsolat jön létre a tudat és a diszfunkcionálisan tárolt információ között. A szemmozgás és más alteráló ingerek közvetlenül stimulálják az információ feldolgozását és a rendszer re-stabilizációját. (Egyes feltételezések szerint ez az inter-hemiszférikus kommunikáció stimulációján keresztül valósul meg, de vannak olyan tudományos publikációk is, melyek szerint a szemmozgások befolyásolják a receptorok szinaptikus potenciálját, ami aztán kihat a traumás információk feldolgozhatóságára.)

Az EMDR-kezelés nyolc fázisa

1. A kliens történetének megismerése és a kezelés megtervezése

A terapeuta áttekinti a kliens érzelmi stabilitását, a frusztrációtoleranciás készséget, a disszociációs késztetések jelenlétét, de figyelmet szentel az esetleges oftalmológiai illetve neurológiai zavaroknak is.

Ezek után sajátosan strukturált pszichiátriai interjút készít. Igyekszik kideríteni a kliens tüneteit, a megjelenésük körülményeit, az esetleges re-traumatizációhoz vezető eseményeket, a negatív self-reprezentációkat, de a kezeléssel kapcsolatos elvárásokat is.

Ezek után meghatározza a célokat, vagyis azokat a történeteket, amikre a kezelés koncentrálni fog majd. Célként kijelölhetőek a zavaró emlékek, álmok, magatartásminták, érzelmek stb.

Amennyiben szükség van rá, a terapeuta rangsorolja a zavaró emlékeket, és a kezelést a legkorábbival kezdi, ugyanis a terápiás tapasztalat azt mutatja, hogy számos esetben a legkorábbi emlék újrafeldolgozása („re-processing”) nagymértékben hozzájárul a későbbi emlékek befolyásának spontán csökkenéséhez.

2. Az előkészület

Amennyiben korábban még nem került sor a terápiás kapcsolat kialakítására, akkor az EMDR-kezelést mindenképp meg kell előznie egy tetszőlegesen

hosszú terápiás fázis, melynek célja a terápiás bizalom kialakítása. A terapeuta feladatai közé tartozik, hogy ismertesse az alkalmazott módszer lényegét, a terápiás célokat, a lehetséges negatív effektusokat stb.

A biztonságos hely-, a „safe place”-gyakorlat sokat segíthet abban, hogy a kliens legyőzze szorongását és a módszertől való idegenkedését.

3. *Értékelés*

A terapeuta kitapasztalja a kliens elsődleges reakcióját a módszerre. Amennyiben kiderülne, hogy a kliens hangsúlyozottan disszociatív módon reagál, az azonnali traumarezolúciós munka kontraindikált. Ezt megelőzően ugyanis szükség van egy rövidebb-hosszabb ideig tartó én-erősítő munkára, mely hozzájárul a kliens megtartási („containment”) készségének a javulásához. Sajátos én-erősítő technika az ún. virtuális dédelgetés („virtual nurture”), amikor a terapeuta az EMDR-módszer segítségével segít a kliensnek abban, hogy önmagát szeretett, gondozott kisbabaként élje meg.

Amennyiben a kliens alkalmasnak mutatkozik a traumával való közvetlen munkára, akkor az értékelés feladata mindenekelőtt abban van, hogy azonosítsa a traumatogén esemény legfájdalomkeltőbb szekvenciáit, illetve az eseményhez csatlakozó negatív self-reprezentációkat. Ezek után a terapeuta megkísérli felderíteni a vágyott pozitív self-tartalmakat is. A pozitív illetve negatív reprezentáció hozzáférhetősége illetve intenzitása a VOC (Validity of cognition) és a SUD (Subjective Units of Disturbance) skálán határozható meg.

Végül a terapeuta rákérdez a kliens testérzeteire is.

4. *Deszenzitizáció*

A deszenzitizáció az EMDR-kezelés legdrámaibb fázisa, amikor a kliens a „kettős stimuláció” hatására újra megéli a traumatogén eseményt.

Terápiás tevékenységem kezdetén ledöbrentett az érzelmi vihar, amit a lehunyt szemmel dolgozó kliens arcán fedezhettem fel. A traumához kötődő testérzetek, a fájdalom és a szenvedés jól kifejeződnek a kliens testtartásában, mozdulataiban, mimikájában. A kezelés interperszonális dimenziójában fontos, hogy a terapeuta felismerje ezeket a jeleket illetve üzeneteket, hogy olvasson a kliens arcvonásaiban, merthogy egy-egy szóval segíthet átvészelni a nehéz pillanatokat. Jót teszi, ha időnként tudatosítja a kliensben, hogy csak emlékekről van szó, s ezzel segít megőrizni a kapcsolatot a jelennel, a valósággal.

Az egy-egy terápiás „set” néhány percig tart. (Magyar fordításban a „set”-nek leginkább a „sorozat” kifejezés felelne meg.)

Ezek után a kliens megpihen, kinyitja szemét, pár szóban beszámol tapasztalatairól. Ezeket a terapeuta nem interpretálja, csupán befogadja, s támogatja a

további munkát. Amennyiben a traumás emlékcanyag feldolgozása (lepörgése) megreked, a terapeuta igyekszik kideríteni a megakadás okát azáltal, hogy rákérdez a kliens érzéseire, reprezentációira. Ha szükséges, a kellő pillanatban erősítheti a kliens egy-egy alkalmas pozitív reprezentáció kimondásával. Ezt az EMDR „kölsönös kognitív ráhangolódásnak” („cognitive interwaving”) nevezi.

A deszenzitizáció mindaddig tart, amíg az adott zavaró emlékfragmentum érzelmi tartalma meg nem szűnik. Ezt követően a terapeuta új célt, tehát érzelmileg hangsúlyos eseményfragmentumot keres. A kezelés során feldolgozásra kerül a traumatogén életesemény számos olyan fragmentuma, mely eredetileg zavaró hatással van a traumatizált személyre. A feldolgozás végén a kliens képessé válik arra, hogy „végigélje az egész történetet”, anélkül hogy közben fájdalmas élményeket tapasztalna meg. A deszenzitizáció tehát mindaddig folyik, amíg a SUD-skála értéke „0”-ra nem csökken.

5. Installáció

Az installáció a deszenzitizáció fázisát követi. Célja, hogy a „célt”, a traumatogén eseményt pozitív kognitív tartalmakkal asszociálja. A VOC-skálán kapott eredmény értékelése nagyban segíthet az alkalmasabb self-reprezentációk kidolgozásában. A terapeuta tartása, az általa képviselt értékek a terápiának ebben a fázisában nyernek szerepet. A terapeuta segítségével felszínre hozott tartalmak azután a kettős stimuláció segítségével kerülnek „beépítésre”.

6. A testérzetek felülvizsgálata

A kliens identifikálja a testében levő esetleges negatív testérzeteket, és azokra összpontosít. AZ EMDR segítségével feldolgozásra kerülnek a kellemetlen testérzetek.

7. A lezárás

A terapeuta minden ülés végén segít a kliensnek eljutni a „biztonságos helyre”. Ez különösen fontos akkor, ha egy ülés alatt nem sikerül lezárni az adott történet feldolgozását.

8. Re-evaluáció

Minden következő ülésen a terapeuta leellenőrzi, hogy vajon az előző ülésről maradt-e vissza bármi zavart okozó emlékcanyag, amivel még szükséges lenne dolgozni.

Személyes tapasztalatok az EMDR-rel

Mint ahogyan az érvényes bármely terápiára, az EMDR is csak akkor hatásos, ha az indikációknak megfelelően, jól képzetten végzik. S habár Európában a módszer még nem közzismert, a világban, főleg a háborúk és más emberi katasztrófák következtében, már több mint kétmillió traumatizált személyt kezeltek EMDR-rel. A megfelelő tudományos alapossággal végzett kutatások azt mutatták, hogy a módszer hatékony a kezelt személyek 77–100%-nál, és már 3–10 ülés után.

A kezelés hatékonyságát azonban nagymértékben befolyásolja, hogy vajon egyszeri traumatikus tapasztalatról („single event trauma”) van-e szó, mint például közlekedési balesetek, bűncselekmények áldozatai illetve szemtanúi, vagy pedig hosszan tartó visszaélésekről, bántalmazásról, kínzásról, gyermekkori visszaélésekről, amikor is ismétlődő traumatizációról („multiple traumatization”) beszélünk. Fontosnak tűnik az is, hogy milyen jellegű traumáról van szó. A szexuális vonatkozású traumák, főleg a visszaélés megalázó elemei, megnehezíthetik a trauma újrafeldolgozását. A családtag által elkövetett gyermekkori visszaélések sajnos sok esetben csak a történet egyik fragmentumát képezik. Az elhanyagolás, az érzelmi visszautasítás az anya részéről nemritkán ahhoz vezet, hogy a gyermek az elkövetőt mint egyedüli pozitív személyt éli meg. A hasításon („splittingen”) alapuló ineffektív énvédő megoldások sokszor teszik lehetetlenné a traumás emlékkanyaggal való konfrontációt, a negatív self-reprezentációkkal való munkát. Amennyiben ugyanis a traumatizált személy integrálná az idealizált apafigurába az elkövető negatív reprezentációját, akkor elveszítené gyermekkora nemritkán egyedüli pozitív érzelmi szereplőjét. A következményes üresség, szorongás, félelem gátolhatja a trauma megközelítését. Ilyen esetekben óhatatlanul szükséges egy helyettesítő-gondoskodó személy felépítése a terápiás folyamat során. Így aztán gyakran vezet eredményhez, ha az individuális pszichoterápia során a traumatizált személy egy másik terapeutánál viszi végig a traumarezolúciós EMDR-terápiát.

A stabil, folyamatos individuális terápiás kapcsolat sokban támogathatja a traumás emlékkanyaggal való konfrontációt.

A szerző immár két éve dolgozik az EMDR-módszer szerint. Az eddigiekben több mint húsz pácienszt kezelte több-kevesebb sikerrel.

A kliensek két csoportja különíthető el. Az egyikbe tartoznak azok a fiatal illetve középkorú nők, akik gyermekkoruk során többszöri szexuális zaklatásnak estek áldozatul, a másik csoportba pedig a közlekedési balesetek illetve bűncselekmények áldozatai, akiknél kialakult a poszttraumás tünetcsoport.

Az első csoportba tartozó, bántalmazott nők a pszichiátriai ellátó rendszerrel pszichés (leggyakrabban depressziós, de előfordult, hogy pszichotikus) tünetek

miatt kerültek kapcsolatba. Az EMDR-kezelést megelőzően már volt pszichoterápiás tapasztalatuk, melynek során nem sikerült feldolgozni a trauma okozta problémákat illetve tüneteket. A korábbi jó pszichoterápiás kapcsolat azonban prognosztikusan jól befolyásolta az EMDR-kezelést. Habár ezekben az esetekben súlyos fejlődéslelektani deficitek voltak tapasztalhatók, a kliensek jól viselték a kezelés okozta szorongásokat.

Az EMDR-kezelést követően az említett csoportba tartozó kliensek jól azonosítható differenciációt mutattak, főleg szexuális identitásukat illetően, de pszichiátriai karrierjük szempontjából is. A tünetek redukálódtak, a krízisintervenciók iránti igény csökkent.

Előfordult azonban, hogy a sikeres EMDR-kezelés, illetve a trauma feloldása után házassági krízisek generálódtak, melynek oka abban keresendő, hogy a traumatizált személyek a trauma okozta identitásváltozás hatása alatt választottak partnert, építették ki kapcsolataikat. A trauma alól való felszabadulás, illetve a következményes differenciáció gyakran vált ki az élettársakban szeparációs szorongást. A fellépő krízisek nemritkán a terápia során elért eredményeket is veszélyeztetik.

A terápia harmadik fázisa tehát óhatatlanul a traumarezolúció utáni identitás kiépítését, illetve annak támogatását célozza. Mivelhogy az élettársak fenyegettnek érezhetik magukat a terápiás helyzetben, nehéz párterápiává alakítani az individuális keretek között zajló terápiát. Talán segítene, ha a kezelés kezdetén bevonnánk az élettársat is, informálnánk a kezelés menetéről, a várható bonyoldalmakról. Így könnyebben térhetne vissza a terápiás folyamatba.

Ahogy már említettük, a kliensek másik csoportját a „single event trauma” (közlekedési balesetek, egyszeri bűncselekmények) áldozatai képezik.

Ők különösebb előkészítés nélkül lépnek be a terápiás folyamatba; általában a szerző ambuláns pszichiátriai betegei közül verbuválódnak. Közülük szinte mindegyik mutatott a kezelés kezdetén poszttraumás tüneteket, melyek SSRI-kezelésre nem reagáltak.

A szerző tapasztalatai szerint gyakran már az első ülés során mutatkoztak számottevő javulásra utaló jelek. A kliensek újra be tudtak ülni az autóba, vezetni kezdtek. Csökkent az éjszakai rémálmok, a „flash back”-ek frekvenciája, valamint az irritabilitás, ami sokszor vezető tünete a trauma okozta zavaroknak.

Az egyszeri („single event”) trauma esetében 3–4 ülés általában elégséges a trauma teljes rezolúciójához. A szerző csak egy esetben tapasztalta, hogy a trauma feldolgozása után tünetkonverzió zajlott le, és depresszióra jellemző tünetek jelentek meg. Ebben az esetben nem kizárható a kártérítés, illetve a leszázalékolás iránti igény.

Szlovéniában a pszichiátriai szakrendelést lényegesen több nő keresi fel, mint férfi. Hasonló a helyzet a pszichoterápia vonatkozásában is. A szlovén férfiak nehezen verbalizálják traumatikus életeseményeiket, és nagymértékben azono-

sulnak az elkövetővel, illetve annak magatartásmintáival. A nők az elmúlt néhány év során ráéreztek a pszichotraumatológiai diskurzus módosulására, és egyre könnyebben verbalizálják traumáikat.

Így aztán a szerző által végzett EMDR-kezelésben egy-két kivételtől eltekintve szinte csak nők fordulnak meg, ami részben annak tudható be, hogy a szexuális bántalmazás nagyobb mértékben érinti a nőket, de feltételezhető olyan szociokulturális tényező hatása is, mely a nők számára elfogadhatóbbá teszi a pszichiátriai és pszichoterápiás kezelést. Természetesen a szerző és munkatársai által létrehozott pszichotraumatológiai diskurzus is jelentős abból a szempontból, hogy a kezelési rendszer ideológiája így sokkal koherensebbnek tűnik a kezelést igénylők elvárásaival.

A kezelés hatékonysága egyébként nem függ nemtől, kortól, iskolai végzettségtől. Az EMDR-t kidolgozó terapeuták azonos hatékonysággal alkalmazzák gyermekeknél, de igen idős korú klienseknél is.

Egyébként az EMDR-kezelés igencsak igénybe veszi a terapeutát is. A nem verbális módon kifejezett szenvedés, szorongás és fájdalom valamiképp átragad a terapeutára is. Eszerint a másodlagos professzionális traumatizáció nem kizárólagosan a verbálisan átvitt traumához kötődik. Akárhogyan is, az EMDR nem futószalagon végezhető kezelés.

Csak akkor biztonságos és eredményes, ha megfelelő pszichoterápiás képzettségbe és attitűdbe ágyazottan végzik, s ha a terapeuta kellőképp rá tud hangolódni a kliens problémájára.

Irodalom

- Bar-On D. (1999): *The Indescribable and the Undiscussable*. Budapest, CEU Press.
- Buda B. (2001): A conceptual History of Psychotrauma. Transparencies for a lecture. (Az ormoszi trauma simpóziumon elhangzott előadás szövege.)
- Dupont J. (2001): A trauma fogalma Ferenczinél... In: Erős F.–Ritter A. (szerk.) (2001): *A megtalált nyelv*. Budapest, Új Mandátum.
- Erős F. (2001): *Az identitás labirintusai. Narratív konstrukciók és identitás-stratégiák*. Budapest, Janus–Osiris, 2001
- Erős F. (2001a): Identity Discourses and Narrative Reconstruction after Holocaust. (Az ormoszi trauma simpóziumon elhangzott előadás szövege.)
- Ferenczi S. (1997): *Téchnikai írások*. Budapest, Animula.
- Ferenczi S. (1982): *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében*. Budapest, Magvető.
- Herman J. L. (1992): *Trauma and Recovery*. NY, Harper-Collins.
- Hirsch M. (1996): Deux modes de l'identification á l'agresseur, d'après Ferenczi et Anna Freud. *Le Coq-Héron*, 149, 1996: 6.
- Jones E. (1983): *Sigmund Freud élete és munkássága*. Budapest, Európa.

- Levine P–Frederick A. (1997): *Waking the Tiger – Healing the Trauma*. North Atlantic Books.
- Moro Lj.–Franèškoviè T. (2001): *Psychological Reactions to a Trauma Event*. (Az első ormoszi szimpózium kapcsán kiadott kötet.) Ormozs.
- Oravec R. (1999): Egy multidimenzionális trauma-modell felé. *Pszichoterápia*, 8/3.
- Oravec R. (2003): Trauma, narrative, family. (Az IFTA 2003-as bledi konferenciáján elhangzott előadás leírata.)
- Shapiro F. (1995): *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basic Principles*. NY, Guilford Press.
- Shapiro F. (1999): EMDR and the anxiety Disorders. *Journal of anxiety Disorders*, 13, 35–67.
- Shengold L. (1989): *Soul Murder and the Effects of Childhood Abuse and Deprivation*. New Haven–London, Yale University Press.
- Van der Kolk B. A. (1994): The Body Keep the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry*, 1 (5): 253–265.
- Vamik V. (1988): *The Need to Have Enemies and Allies: From Clinical Practice to International Relationships*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Virág T. (1996): *Emlékezés egy szederfára*. Budapest, Animula.