

A poszttraumás stresszbetegség kezelésében alkalmazható pszichoterápiás intervenciók

Urbán Nóra őrnagy

Kulcsszavak: trauma, poszttraumás stresszbetegség (PTSD), kognitív viselkedésterápia, virtuális valóság, szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás, stressz inokulációs tréning, pszichodinamikus terápia

Az életet fenyegető és erőszakos események előfordulása viszonylag gyakorinak tekinthető. Sokan szenvednek el veszteséget, traumát életük bizonyos pontján, mégis képesek később pozitív érzelmeket átélni és csak kisebb, átmeneti dekompenzáció jelentkezik állapotukban. Azokban az esetekben, amikor már tartósan fennálló, szenvedést okozó tünetegyüttes alakul ki traumát elszenvedetteknél, szükség van a megfelelő pszichofarmakológiai és pszichoterápiás kezelésre. E tanulmány rövid áttekintést igyekszik adni a poszttraumás stresszbetegség kezelésében a hatékonyság vizsgálatok alapján adekvátnak és bizonyítékon alapulónak (evidence-based) tekinthető pszichoterápiás beavatkozásokról. A szakirodalom alapján a leghatékonyabbnak minősülő eljárás a kognitív viselkedésterápia, a stressz inokulációs tréning, valamint a szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás. A pszichodinamikus terápiák már kevesebb sikert érnek el a poszttraumás stresszbetegség kezelésében, mégis, bizonyos esetekben, alkalmazásuk előtérbe kerülhet. Valamennyi pszichoterápiás intervenció háttérében a pszichológiai folyamatokat magyarázó, jól felépített konceptuális modellek állnak.

A poszttraumás stresszbetegség (továbbiakban PTSD), illetve a „traumás tünetegyüttesek” terápiás megközelítésében érdemes visszatérnünk a múlt század első felére, *Charcot, Janet, Babinski* és a két világháború tapasztalataira [3]. Ekkor az alapvető kezelési elvek közé tartoztak az úgynevezett PIE stratégiák, azaz Proximity (közelség), Immediacy (azonnalosság), és Expectancy (várakozás, „jövőorientáltság”). Ennek keretében vált a traumát követő distressz csökkentésében és a PTSD megelőzésében a legfontosabb irányelv: a „Ne tegyél kárt!” (First do not harm!) felszólítás, illetve az a tézis, misze-

rint a gyógyító-páciens kapcsolatnak a leglényegesebb hatása, a gyógyulásba vetett hit és elvárások csökkentése vagy növelése. A kezelők hangsúlyozták, hogy az áldozatok által átélt, megtapasztalt tünetek nem mások, mint extrém eseményekre adott normál reakciók. A beavatkozás közelsége és azonnalossága érthetően a világháborúk során lényeges volt, hiszen minél hamarabb, a fronton, illetve a fronthoz közel történt az áldozatok kezelése és így nem vált hangsúlyossá a szituáció súlyossága. A katonákat pedig minél hamarabb igyekeztek visszahelyezni a frontra. Talán ami mind a mai napig a leglényegesebb lehetne a már elfe-

ledett PIE stratégiák közül a modern pszichológiai, pszichoterápiás beavatkozások számára: a gyógyulás, a jövő reménye, a várakozás [3].

A korai, akut pszichológiai beavatkozások azonban nem minden esetben járnak eredménnyel. A traumát követően kialakulhatnak olyan patológiás állapotok, így a poszttraumás stresszbetegség, amelynek kezelése többnyire egészségügyi keretek között, gyógyszeres és célzott pszichoterápiás intervenciókkal történhet. A tünetek kezelésével, a szenvedés csökkentésével és a trauma komplexebb feldolgozásával párhuzamosan szükséges a személyiség fejlesztése. Ennek segítségével az egyén visszanyerheti a funkcionálásának adaptív, egészséges szintjét, fokozódhat a rugalmasság és pozitív fejlődési folyamat jöhet létre.

Pszichoterápiás intervenciók

VA/DoD Clinical Practice Guideline [21] és az Amerikai Pszichiátriai Társaság /APA/ által kiadott Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder [14] a hatékonyság vizsgálatok alapján a következő pszichoterápiás beavatkozásokat ajánlja a PTSD kezelésében: kognitív viselkedésterápia, szorongáscsökkentő tréningek, szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás, imaginációs terápia, pszichodinamikus terápiák. Az ajánlás a következőket tartja fontosnak:

1. Minden esetben lehetőséget kell nyújtani a pácienseknek, hogy a PTSD kezeléséhez a számukra leghatékonyabb és elérhető intervenciót választhassák.

2. A PTSD kezelésében a kutatások alapján leghatékonyabbnak bizonyuló terápiás beavatkozások: kognitív viselkedésterápia, stressz inokulációs tréning, szemmozgás

deszenzitizáció és újrafeldolgozás.

3. Az imaginációs és pszichodinamikus terápiák kevésbé bizonyultak hatékonyaknak.

4. Az edukáció valamennyi esetben nagyon fontos része a PTSD kezelésének.

5. A specifikus pszichoterápiás technikák nem egyformán tekinthetők hatékonyak valamennyi páciens esetében. Figyelembe kell venni a szelekció szempontjából olyan tényezőket is, mint pl. nem, trauma típusa, élettörténet, stb.

6. A terápia választása esetében lényegesek a páciens preferenciái, a kezelő terápiás készsége, jártassága. Fontos, hogy növeljük a hatékonyságot és csökkentjük a páciens kockázatait.

7. Specifikus pszichoterápiás módszert csak abban jártas és képzett terapeuta végezhet.

Kognitív viselkedésterápia

A kognitív viselkedésterápia (továbbiakban KVT) elméleti háttere és az alkalmazott terápiás technikák a tanuláselméleti és kognitív modelleken alapulnak. A PTSD kezelésében a KVT két fontos részből áll: expozíciós terápia, kognitív átstrukturálás. A kezelés menete a következő [22]:

1. A *probléma felmérése*, terápiás célkitűzések megfogalmazása,

2. *Pszichoedukáció*: a páciens informáljuk a betegség jellegéről, valamint arról, hogy érzései, panaszai teljesen érthetőek.

3. *Viselkedésterápiás intervenciók*: ezek célja, hogy minél előbb megtörténjen a mindennapokhoz való visszatérés, a bezártság feloldása és apró életmódbeli változtatások elérése.

4. *Ingerexpozíció*: segíti a trauma újraátélését képzeletben vagy a valóságban. Az expozíció lehet az esemény szisztematikus végiggondolása, a helyszínrre való visszatérés vagy csak beszélgetés. Az expozíció kétféleképpen eredményezi a poszttraumatikus tünetek csökkenését: egyrészt lehetővé teszi, hogy biztonságos közegben a személy újraélje a traumát, annak minden vonatkozásában. Ebben a környezetben érvényesülnek a biztonság, a kontrollálhatóság, a kiszámíthatóság reprezentációi és lehetővé válik a trauma szokatlan rendellenességként történő magyarázata azzal együtt, hogy a korábban kialakult valóság- és jelentésreprezentációk érvényesek maradnak. Másrészt gyengülnek az információ és a félelem automatizmus közötti asszociatív kapcsolatok. Ha a félelem gyengül, akkor az egyén a traumával kapcsolatos információkat be tudja illeszteni a memóriába.

5. *Kognitív átstrukturálás*: Mivel a PTSD-s páciensek igen merev sémarendszerrel rendelkeznek, esetükben lényeges a kognitív megközelítés is, azaz a merev, diszfunkcionális hiedelmek átdolgozása adaptívabb attitűdökké. Így a cél, hogy megtaláljuk a páciens számára a legkényesebb pontot és annak jelentését, ami fenntartja az elkerülést. Ennek során megkérdőjelezzük és átkeretezzük a helyzet jelentését. A diszfunkcionális jelentés megváltoztatásával csökken az érzelmi reakció intenzitása. Ezt követi az elkerülő viselkedés megváltoztatása a kognitív átstrukturálással összhangban.

A PTSD kognitív viselkedésterápiás kezelésében nagyon fontos a trauma felidézése és újraátélése, ezért az expozíció során szinte nélkülözhetetlen az imaginatív, relaxációs technikák alkalmazása, részben a szorongás és az elkerülés csökkentése miatt is. Hogyan is gyógyít a KVT? A legfontosabb

momentum a trauma újraátélése kognitív átstrukturálással. Ez elősegíti a trauma-émlék feldolgozását és összefüggéseibe helyezését, mivel:

1. összekapcsolja a tapasztalat különálló részeit,
2. megkönnyíti a trauma-émlék összetevőinek felidézését,
3. a trauma után szerzett információk trauma alatti benyomással történő összekötésével, a gondolatok korrigálásával az esemény kisebb fenyegetést fog jelenteni,
4. a vizuális és más szenzoros modalitású élmények szavakba foglalása megnehezíti az eredeti szenzoros benyomások memóriából való kiválasztását, így megszűnik a perceptuális készenlét is.

A kognitív átstrukturálás lehetővé teszi bizonyos kérdések azonosítását, megbeszélést, egy hatásos kísérletet ad a kontroll érzésének megtartására [7]. A múltbeli esemény a tanulás és a megértés új perspektíváit jelentheti az egyén számára [10, 11].

A KVT hatékonysága tehát részben a kognitív átstrukturáláson, másrészt pedig az expozíciós „terápia” sikerességén múlik. Az expozíciós terápia lényeges komponense az ismételt konfrontáció a trauma emlékeivel [13]. A terápiás hatás nem magával a konfrontációval jön létre, hanem azzal, hogy milyen módon konfrontáljuk az emlékeket. Az expozíciós terápia eredményessége két fontos tényezőrre alapul: az érzelmi involválódás (félelmi aktiváció) és a habituáció mértékén [5]. Az érzelmi involválódás eredményeképpen a félelmi válasz csökkenését várhatjuk. Hiszen a félelem, a szorongás szempontjából releváns információk csak az érzelmi átélés során aktiválódhatnak. Ezen a ponton fontos az új korrektív in-

formáció (pl. a biztonság átélése az ülések során) nyújtása, amelyek az emlékek módosításához, így a félelemérzés redukálásához vezetnek. Az ülések alatt, illetve között a habituáció mértéke az emocionális feldolgozás indikátorának tekinthető. Ahhoz hogy a félelmi aktiváció megváltozzon, létrejöjjön a habituáció, lényeges a félelemkeltő inger társítása egy biztonságos környezettel. Ha a habituáció nem jön létre az expozíciós helyzet vagy terápia következtében, akkor a készenléti állapot és az elkerülés továbbra is fennmarad, a továbbiakban nyújtott korrektív információ sem válik belsővé, az emocionális feldolgozási folyamat elakad [5].

Napjainkban a modern technológia segítségével igyekeznek a kutatók, terapeuták a megfelelő érzelmi involválódás és habituáció mértékét létrehozni és ezzel az expozíciós terápia hatékonyságát növelni. Ez pedig az expozíciós terápia legújabb változatának kialakításához, az úgynevezett Virtual Reality Exposure Therapy (virtuális valóság) bevezetéséhez vezetett. Az interaktív számítógépes technikát alkalmazván a pácienseknek maximálisan biztosítja a jelen érzését és a történésbe, eseménybe való beleélést [18]. A rendszer egy speciális 3D szimulációs szoftverből, fejmozgást nyomon követő érzékelőkből, sisakba beépített miniatűr számítógép monitorból, illetve lejtájszóból (vizuális, autitoros, haptikus, stb. effektusok) áll. Elsősorban a szorongásos zavarok, ezen belül is a fóbiák és a PTSD kezelésében kezdték el több sikerrel alkalmazni, de egyre jobban terjed más betegségkategóriák (pl. évezsavarok) kezelésében is. A PTSD-vel kapcsolatban a VR segíthet leküzdeni a képi, képzeletbeli expozíció hiányosságait, azáltal hogy a páciens elé tárja a trauma „virtuális valóságát”, úgy mintha *in vivo* expozíció történe. Így kivédhetőek

a kognitív elkerülő stratégiák is, növelhető az érzelmi involválódás, és figyelembe vehetők az „elfelejtett” PIE stratégiák is, hiszen a módszer egy időtlen teret biztosít, ahol az illető biztonságban érzi magát és fejleszhető a rugalmasság, megküzdési kapacitás is a gyógyulás, a jövővel való konfrontálódás érdekében. A PTSD kezelésében, az új technológia bevezetésével kapcsolatban a következő tanulmányok jeleztek pozitív eredményeket: vietnámi veteránok [18], szeptember 11-i áldozatok [5], motorbalesetek áldozatainak [3], iraki veteránok [3] kezelése. A cél az lenne, hogy a lehető legkülönbözőbb trauma populációra alkalmazhatóvá váljon a terápiás beavatkozás, ennek érdekében sok különböző vagy éppen rugalmasabb, adaptálhatóbb virtuális forgatókönyv(ek)re van szükség [3].

Szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás

A szemmozgás deszenzitizáció és újrafeldolgozás (EMDR) egy olyan pszichoterápiás intervenció, amelyet eredetileg a traumatikus emlékekkel kapcsolatos distressz csökkentésére dolgoztak ki [19, 12]. Jelen esetben az expozíciós terápiák szisztematikus deszenzitizáció változatának egy módosításáról beszélhetünk, amikor a progresszív izomrelaxációt előidézett és irányított szemmozgás helyettesíti. Azaz a páciens megkérjük, hogy azonosítsa a traumatikus esemény leginkább zavaró képzetét és az ezzel kapcsolatos testi szenzációkat, valamint az önmagára vonatkoztatott negatív kogníciót, lehetőleg egy szóban tömörítve. Majd egy olyan pozitív kogníciót kérünk, amelyre a páciens cserélni szeretné a negatív kogníciót. A terapeuta kb. 20 másodpercig a páciens előtt előre és hátra mozgatja az ujját, kérvén a páciens, hogy kövesse azt, mialatt a zavaró, megterhelő képre, szenzációkra, és negatív kognícióra összpontosít. Az egy-

mást követő epizódok során a páciens fokozatosan arra gondol, amire cserélni akarja a zavaró emlékeket és kogníciót. Kb. 10-12 szemmozgás epizódot követően a distressz érzésének, illetve a pozitív kogníció erősségének értékelése történik. A folyamat addig tart, amíg a distressz megszűnik és a pozitív gondolatba vetett hit megerősödik.

Stressz inokulációs tréning

A szorongáscsökkentő tréningek közül az úgynevezett stressz inokulációs tréning (SIT) alkalmazása jellemző a PTSD kezelésében, akár önálló, akár a KVT részeként [8]. Ezt a kezelési eljárást elsősorban a szorongás tüneteinek kezelésére, kontrollálására fejlesztették ki, elsőként szexuális erőszak áldozatainál alkalmazták. A következő technikákat alkalmazzák a tréning során: progresszív izomrelaxáció, légzéskontroll, asszertív tréning, szerepjátékok, helyzetgyakorlatok, gondolatstopp, önverbalizáció, pozitív gondolkodás [17].

Pszichodinamikus pszichoterápiák és a komplex PTSD

Nagyon kevés empirikus, kontrollált vizsgálat létezik, amely a pszichodinamikus terápiák hatékonyságát alátámasztaná a PTSD kezelésében [21]. Ugyanakkor talán egyetlen eset képezhet kivételt: a komplex PTSD [4] [16] [20]. Mit is jelent a komplex PTSD fogalma? A diagnosztikai értelemben használt PTSD egyszeri trauma elszívése után kialakult, meghatározott kritériumok alapján megállapított tünetegyüttest jelent. A komplex PTSD nem diagnosztikai kategória, az elnevezés elsősorban a hosszantartó, ismételt trauma által kiváltott tünetekre, tünetegyüttesre utal (amelyek tartósan fennállnak, befolyásolhatják a személyiség alakulását) [9]:

1. A páciens élettörténetének valamely

pontján hosszantartó, totalitárius jellegű hatalomnak való alávetettség jellemző (pl. túszok, hadifoglyok, családon belüli erőszak, gyermekkori fizikai, szexuális erőszak, stb. túlélői).

2. Jellemzőek az érzelemszabályozás módosulásai: perzisztens diszfória, krónikus öngyilkossági késztetések, önbántalmazás, robbanékony vagy rendkívül gátolt düh, kényszeres vagy rendkívül gátolt szexualitás.

3. A tudat módosulásai: a traumatikus eseményekre vonatkozó amnézia vagy hiperamnézia, átmeneti disszociatív epizódok, deperszonalizáció vagy derealizáció, az élmények újraélése (emlékbetörés vagy kényszeres tépelődés formájában).

4. Az önészlelés módosulásai: tehetetlenség-érzés, szégyenérzet, bűntudat, megbélyegzettség érzése, másoktól való különbözőség érzése (különlegesség, teljes egyedüllét érzése, stb.)

5. Az elkövető észlelésének módosulásai: az elkövetőhöz fűződő viszonyon való folyamatos tépelődés, az elkövetőnek irreálisan tulajdonított totális hatalom, az elkövető idealizálása, az elkövető hiedelemrendszerének elfogadása.

6. Az emberi kapcsolatok módosulásai: elszigetelődés, intim kapcsolatok megszakadása, ismételt megmentőkeresés, állandósult bizalmatlanság, önvédelem ismételt elmulasztása.

7. A jelentésrendszerek módosulásai: az életben való hit elvesztése, reménytelenség és kétségbeesés érzése.

Judith Herman és munkatársa, *vander Kolk* [2] nevéhez fűződik a krónikus trauma túlélőinek kezelésére kidolgozott

úgynevezett három-fázisos modell, amely pszichodinamikus (pszichoanalitikus) szemléleten alapul. A terápia folyamata, amely sokszor évekig is eltarthat, a következő fázisokra tagolható:

I. *Biztonság és stabilitás megteremtése:* A terapeuta legelső feladata az alapos, szakmailag megfelelő diagnosztikus értékelés elkészítése, a probléma megfogalmazása. A trauma megfosztja az áldozatot a hatalom és kontroll érzésétől, ezért a gyógyulás egyik fő alapelve a túlélő hatalmának és kontrolljának a visszaállítása. A terápia előrehaladtával a biztonságra fordított figyelem a test feletti kontrolltól egyre inkább a környezet feletti kontroll felé fordul. E terápiás szakasz fontos feladata, hogy a páciens megtalálja, kialakítsa maga számára a biztonságos környezetet. A gyógyulásnak ebben az első szakaszában az elvégzendő feladatok nagy erőfeszítést igényelnek, mind a terapeuta, mind a páciens részéről, de mégsem szabad ezek felett egyszerűen elsiklani. Az első szakaszból az átmenet fokozatos. A túlélő életébe fokról fokra visszatér a biztonság, talán már nem érzi magát annyira sérülékenynek és elszigeteltnek, mint korábban és tudja, hogy kitől számíthat támogatásra.

II. *Emlékezés és gyász:* A túlélő elmondja a trauma történetét az elejétől a végéig. A rekonstrukció munkája oly módon alakítja át a traumás emléket, hogy az illeszkedjen a túlélő élettörténetébe. A belső megerősítés alapelve továbbra is érvényes. A traumatörténet elmesélésének célja nem a kiűzés, hanem az integrálás. A rekonstrukció folyamata során a traumatörténet átalakul. A hosszantartó, ismételt bántalmazás túlélőinél a traumatörténet részleteinek összeállítása bonyolult feladat. A konkrét traumatikus események megközelítésére hatékonyan használható technikák nem

mindig működnek, különösen azoknál a túlélőknél, akiknek komoly emlékezetkiesései vannak. A teljes történet rekonstrukcióhoz szükséges idő gyakran túllépi a 12-20 alkalmat. A trauma elkerülhetetlenül veszteségekkel jár. Még ha a túlélő testi sérülés nélkül is kerül ki belőle, akkor is elveszíti énjének a biztonságérzést adó belső struktúráit. A traumatörténet elmondása a túlélőnek mélyeséges fájdalmat okoz. A gyógyulásnak ebben a szakaszában a gyász megélése a legszükségesebb, de legfélelmetesebb feladat. Ilyenkor gyakori a gyásszal szembeni ellenállás (pl. bosszú, megbocsátás, kárpótlási fantáziák). A második szakasz legfőbb feladata akkor ér a végéhez, amikor a páciens sajátjaként ismeri el az élettörténetét és új reményekkel néz az életbe való aktív bevonódás felé.

III. *Visszakapcsolódás a mindennapi életbe:* A traumatikus múlttal való megbékélés után a túlélő feladata a jövő megteremtése, így a küzdés megtanulása, az irányítás kézbevétele, az önmagunkkal való megbékélés, a másokba vetett bizalom visszanyerése, a kapcsolatokban a mélyebb intimitás kialakítása. A trauma feloldása, sajnos, azonban sosem lesz teljes, a túlélő egész élete során érezteti hatását, de gyakran már az is kielégítő eredménynek tekinthető, ha a gyógyulás feladatairól a mindennapi élet feladatai felé fordul a figyelem és teljes emberként tud részt venni kapcsolataiban [9].

Összefoglalás

Egy trauma túlélőjének állapotában egyaránt meghatározó magának az expozíciónak a minősége, súlyossága és a személyiség jellegzetességei, így a rugalmasság és sérülékenység aránya. Számos tanulmány tárgyalja azoknak a faktoroknak a jelentését és következményeit, amelyek a rugalmasság, illetve a vulnerabilitás szempontjából

lényegesek lehetnek. Az egyik legfontosabb prediktor a jövő pozitív értékelésének szemzögéből az a képesség, hogy az illető szembenézzen és megküzdjön a nehézségekkel, előretekintsen, mintsem, hogy szenvedjen. Amikor az emberek traumát élnek át, gyakran úgy érzik, hogy az életük új célokat, jelentést nyert. A pszichoterápiás folyamat segítséget adhat a túlélőknek, hogy képesek legyenek a konstruktívabb megküzdésre és a negatív tapasztalatokból kiinduló pszichológiai fejlődésre [15].

Az érzelmileg hangsúlyos emlékek belső reprezentációja gyakran eltorzítva, így a tényektől, az eredeti epizódtól eltávolodva jeleníti meg a traumatikus eseményt. Mégis az esemény jelentése az egyén számára igaz és lényeges. A tudatosság szintje és az érzelmek modulálják az emlékezeti folyamatokat [1, 6], a többszörös memória rendszerek szimultán aktiválódnak és interakcióba lépnek egymással. A neurológiai kutatások alapján is lényeges terápiás szempont a trauma emlékeinek rekonstruálásában az érzelmek és a tudatosság szintjének korrekt kezelése. Mindkettő módosulása változást eredményez az emlékezeti folyamatokban és így a múltbeli esemény észlelésében, feldolgozásában [13].

A hit abban, hogy valaki tanulhat és fejlődhet mind a pozitív, mind a negatív élettapasztalatokból és annak az észlelése, hogy képes megküzdni, kontrollálni az események kimenetelét, lényeges aspektus a pszichoterápiás munkában való részvételhez.

IRODALOM

- [1] *Baddeley, A., Bueno, O., Cahill, L., Fuster, J. M., Izquierdo, I., McGaugh, J. L., Morris, R. G., Nadel, L., Routtenberg, A., Xavier, G., Da Cunha, C.*: The brain debate in debate: neurobiology of learning and memory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2000, 33: 993-1002.
- [2] *Baranowsky, A.B.; Gentry, J. E.; Schultz, D. F.*: Trauma Practice: Tools for Stabilization and Recovery. Cambridge, Hogrefe & Huber. 2005,
- [3] *Botella, C.*: Clinical issues the application of virtual reality to treatment of PTSD. NATO Programme Security Through Science Advanced Research Workshop: Novel approaches to the diagnosis and treatment of PTSD. Dubrovnik, Croatia. 2005,
- [4] *Courtois, C. A.*: Recollections of sexual abuse: treatment principles and guidelines. New York, Norton. In: VA/DoD Clinical Practice Guideline. For management of Post-Traumatic Stress (2004). Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group. 1999,
- [5] *Difede, J.*: The evolution of a trauma treatment program following the WTC attack: from first line treatment to virtual reality. NATO Programme Security Through Science Advanced Research Workshop: Novel approaches to the diagnosis and treatment of PTSD. Dubrovnik, Croatia. 2005,
- [6] *Dolan, R. J.*: Emotion, cognition, and behavior. *Science*, 2002, 298: 1191-1194.
- [7] *Ehlers, A., Clark, D. M.*: A poszttraumás stressz-betegség kognitív modellje. Ford.: *Perczel-Forintos Dóra*. *Psychiatria Hungarica*, 2000, 15 (3): 249-275.
- [8] *Hembree, E. A., Foa, E. B.*: Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2000, 61, Suppl 7: 33-9.
- [9] *Herman, J. L.*: Trauma és Gyógyulás. Ford. *Kuszing, G., Kulcsár, Zs.* Budapest, Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület. 2003,
- [10] *Leskin, G. A., Kaloupek, D. G., Keane, T. M.*: Treatment for traumatic memories review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 1998, 18: 983-1001.
- [11] *Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., Thrasher, S.*: Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55: 317-325.
- [12] *McNally, R. J.*: Research on Eye Movement Desensitization and Reprocessing as a Treatment for PTSD. The National Center for Post-traumatic Stress Disorder. *PTSD Research Quarterly*, 1999, 10(1): 1-8.

- [13] *Peres, J., Mercante, J., Nasello, A. G.*: Psychological dynamics affecting traumatic memories: Implications in psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 2005, 78: 431-448.
- [14] *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*: Supplement to the American Journal of Psychiatry., 2004, 161(11): 1-45.
- [15] *Regehr, C., Hemsworth, D., Hill, J.*: Individual predictors of posttraumatic symptoms and disability in paramedics. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2001, 46: 156-161.
- [16] *Roth, S., Batson, R.*: Naming the shadows: a new approach to individual and group psychotherapy for adult survivors of childhood incest. New York, Free Press.1997, In: *VA/DoD Clinical Practice Guideline. For Management of Post-Traumatic Stress* 2004, Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group.
- [17] *Rothbaum, B. O.*: Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorders. *TEN*, 2001, 3(10): 5, 9-63.
- [18] *Rothbaum, B. O.*: Virtual Vietnam – Experiences with Virtual Reality to treat Vietnam veterans. NATO Programme Security Through Science Advanced Research Workshop: Novel approaches to the diagnosis and treatment of PTSD. Dubrovnik, Croatia. 2005,
- [19] *Shapiro, F.*: Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 1989, 2: 199-223. In: *McNally, R. J.* Research on eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for PTSD. *The National Center for Post-traumatic Stress Disorder. PTSD Research Quarterly*, 1999, 10(1): 1-8.
- [20] *Shengold, L.*: Soul murder: the effects of childhood abuse and deprivation. New Haven, CT, Yale University Press. 1989, In: *VA/DoD Clinical Practice Guideline. For management of Post-Traumatic Stress* (2004). Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group.
- [21] *VA/DoD Clinical Practice Guideline. For Management of Post-Traumatic Stress* Department of Veteran Affairs. Department of Defense. Guideline Working Group. 2004.
- [22] *Yule, W.*: Post-Traumatic Stress Disorders – Concepts and Therapy. London, Wiley and Sons., 1999.

Maj. Nóra Urbán M.C.

Psychological interventions for the treatment of posttraumatic stress disorder

Exposure to life-threatening and violent events occurs with relative frequency across the world. Many people experience loss or traumatic events at some point in their lives, but they continue to have positive emotions later and show only minor or transient decompensation in their condition. If trauma survivors develop chronic, traumatic symptoms, they need to have adequate psychopharmacological treatment and psychotherapy at the same time. The paper provides a brief review of the appropriate and evidence-based psychological interventions for treatment of Posttraumatic Stress Disorder. According to clinical recommendations the most effective treatments are: cognitive-behavioral therapy, stress inoculation training, eye movement desensitization and reprocessing. There are only few evidence-based studies about effectiveness of psychodynamic therapies, but in certain cases these are employed with trauma victims useful. There are relevant conceptual models explaining psychological processes at the background of all interventions.

Key-words: trauma, posttraumatic stress disorder (PTSD), cognitive-behavioral therapy, virtual reality, eye movement desensitization and reprocessing, stress inoculation training, psychodynamic therapy

*Urbán Nóra őrgy.
1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*