

Krízisszupportációt bárki végezhet

Krízisek és a krízisintervenció a gyakorlatban

A lélektani válsághelyzetben lévő vagy öngyilkosságot megkísérelt betegek nagyon gyakran az alap- és a sürgősségi ellátásban jelentkeznek. A nem specifikus krízistámogatás hatékony és eredményes alkalmazása a krízishelyzet oldásán keresztül nemcsak az aktuális (élet)veszély elhárítását teszi lehetővé, de a beteg fejlődésének esélyét is nyújtja.

A krízis – életünk szükségszerű velejárójaként – személyiségünk fejlődésének hajtóereje lehet, hiszen az új feladatok igényelte megküzdés során folyamatos érésen és fejlődésen megyünk keresztül. A fejlődésközpontú krízisparadigma szerint a krízisintervenció nemcsak az aktuális válság kreatív megoldását segíti, de a személyiség erősödésének és magasabb szintű újraszerveződésének lehetőségét is magában rejt. Kiemeljük, hogy a magyar kultúrában a lélektani válság egyben öngyilkossági krízist is jelent, mivel a szociokulturális hatások következtében az öngyilkosság – mint egy kilátástalan helyzet (inadekvát) megoldása – mindig jelen van a személy cselekvérepertoárjában. Az öngyilkossági kísérletet követően a legtöbbször sürgősségi ellátásra kerül sor, míg a lélektani krízisben lévő betegek gyakran háziorvosukat keresik fel. Emiatt a medicina különböző területein dolgozók számára nélkülözhetetlen a modern krízisparadigma, a lélektani krízis hátterének, kialakulásának és lefolyásának, tüneteinek és kommunikációs jellemzőinek, valamint a krízisintervenció módszerének áttekintő ismerete.

A LÉLEKTANI KRÍZIS FOGALMA, TÍPUSAI ÉS JELLEMZŐI

A lélektani krízis olyan, külső események hatására kialakult lélektani állapot, amelyben az egyén a lelki egyensúlyát súlyosan veszélyeztető körülményekkel kerül szembe, és ezek közelsége mindennél fontosabb pszichológiai problémává válik a számára. Az aktuális helyzetet súlyosbítja, hogy ezeket a problémákat sem elkerülni, sem az adott időben, illetve a rendelkezésére álló, szokványos problémamegoldó eszközeivel megoldani nem tudja. Ennek következtében a személyiség pszichés energiái kimerülnek, integritásának felbomlása megindul, amely öndestruktív magatartásformák kialakulásához vezethet. A Caplan nevéhez fűződő akcidentális krízis mellett kiemelésre érdemes az Erikson-féle fejlődési krízis, amely az ember pszichoszociális érési folyamatának természetes velejárója. Ez a pszichoszociális krízis gyakran egy időben jelentkezik a különböző élethelyzeti stresszorok vagy veszteségek okozta akcidentális krízisekkel, ami fokozott veszélyeztetettséget jelent a személyiség számára, ahogyan ezt nagyon szemléletesen foglalja össze Jacobson krízismátrixmodellje.

Az öngyilkossági krízis lélektani jellemzői között kulcsszerephez jut a Ringel által leírt preszuicidális szind-

róma, amely végső kifutása lehet a különböző okú krízishelyzeteknek. Ebben három jellegzetes tünet jelenik meg:

1. a kognitív funkciók, az érzelmek, a magatartási sémák, az elhárító mechanizmusok és az emberi kapcsolatok dinamikus beszűkülése; 2. a gátolt és saját maga felé irányított agresszió; 3. a gyakran igen élénk öngyilkossági fantáziálás, amelyben körvonalazódik az öngyilkossági cselekménynek a terve és konkrét végrehajtása is.

Az öngyilkossági krízis felismerésében kiemelt szerepe van a sajátos *cry for help* kommunikációnak. Az öngyilkossági tett elkövetése előtt szinte minden ember valamilyen formában jelzi ezt a szándékát, így ez tulajdonképpen olyan segítségké-

> [Folytatás a 8. oldalon](#)

Hirdetés

> Folytatás a 7. oldalról

résnek tekinthető, amely a krízisben tapasztalt alapvetően ambivalens lelkiállapot kifejeződése (az öngyilkos nem meghalni akar, hanem másképpen élni). A cry for help kommunikáció a nyílt segítségkéréstől egészen a rejtett, alig észrevehető, sokszor az öngyilkosságot elkövető számára is tudattalan jelzéseig terjed. Néha csak bizonytalan utalások, fokozatos viselkedésváltozás formájában jelenik meg, például a halálvágy és a szuicid szándék, terv direkt említése, tagadó grammatika, a megszűnésre és az elmúlásra utaló kifejezések, illetve ezek szinonimái (elutazás, elalvás).

Összefoglalva megállapítható, hogy a lélektani krízis mindig olyan sajátos individuális folyamatban bontakozik ki, amelynek jellegzetes tüneteket és kommunikációs sajátosságokat mutató stádiumai vannak (készenlét, küzdelem, kapkodás, összeomlás). A szerteágazó pszichés tünetek közül (feszültség, nyugtalanság, impulzivitás, figyelmi, gondolkodási és érzelmi beszűkültség, agresszivitás) közül kiemelésre érdemes a krízisregresszió lélektani jelensége. Ez fontos terápiás jelentőségű, mivel ilyenkor fokozott szuggesztibilitás jellemzi az egyént, amelynek előnyeit eredményesen tudjuk kiaknázni a krízisintervenció során. A krízisek lehetséges kimenetelei között kell említenünk: 1. megoldás, 2. kompromisszum, 3. ineffektív megoldás, 4. dezorganizáció, összeomlás. Ha elmarad a krízishelyzet megoldása, akkor az akár krónikussá is válhat, esetleg a következményeként különböző lelki zavarok alakulhatnak ki, például depresszió, pszichózis, szerfüggőségek vagy akár önpusztító magatartás.

A LÉLEKTANI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS LEHETŐSÉGEI – A KRÍZIS-INTERVENCIÓ JELLEMZŐI

A mindennapi gyakorlatban a legtöbbször az elsődleges (sürgősségi) ellátást végzők feladata a beteg lelki állapotának mielőbbi pontos felmérése és a további segítségnyújtás megtervezése. Ebben a már részletezett kommunikációs és viselkedési jellemzők nyújtanak segítséget. Hangsúlyozzuk, hogy az akut szuicid veszély minden esetben sürgősségi ellátást igényel, különösen akkor, ha a beszűkültség a krízisintervenció hatására sem oldódik. Ilyenkor a legcélravezetőbb az akut pszichiátriai beutalás, ezt megkönnyíti az előzetes konzultáció pszichiáterrel.

Definícióként megfogalmazva: a krízisintervenció a krízishelyzetben történő, a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai beavatkozás, amely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, a speciális helyzethez adaptáltan alkalmazza. Gyakorlati jelen-

tősége miatt itt elsősorban a nem specifikus krízisszupportációval (krízistámogatás) foglalkozunk, míg a krízisorientált beavatkozások spektrumának másik végpontján elhelyezhető specifikusabb krízisintervenció (krízisbeavatkozás) részleteit illetően a felsorolt szakirodalmi forrásokra utalunk. Az előbbit tulajdonképpen bárki végezheti, akivel a krízisbe jutott személy kapcsolatba kerül, így ez az a módszer, amit a sürgősségi orvosi ellátásban is alkalmazunk. Ennek során arra törekszünk, hogy az „itt és most” helyzetre fókuszálva erősítsük és támogassuk a krízisben lévő beteget, megóvjuk a krízis negatív kimeneteleitől, és helyreállítsuk az egyén funkcionális állapotát. Ennek a szó legszorosabb értelmében vett „lelki elsősegélynyújtásnak” a legfontosabb közvetlen célja a krízisállapot, a lélektani beszűkültség, a regresszió oldása, az ineffektív problémamegoldó eszközök helyreállítása, az alkalmazkodás elősegítése, az érzelmi egyensúly és a személyiség funkcionális állapotának visszaállítása az eredeti szintre, esetleg magasabb szinten történő integrációja, illetve a jövőbeli krízisek kialakulásának megakadályozása, prevenciója. Tehát a krízisintervenció elsősorban arra irányul, hogy a beteg a krízis akut fázisát túlélje, majd a szubakut szakban funkcionális helyreálljon, vál-

tozson, azt követően tovább fejlődjön, és végül érettebb személyiséggé váljon a lezajlott krízis hatására.

Krízishelyzetben az empátiás és támogató kommunikáció kiemelt fontosságú. Az első találkozás, a kapcsolatfelvétel során a rogersi beállítódás (empátia, elfogadás) mellett a segítő részéről olyan technikai elemek alkalmazása is elengedhetetlen, mint a megértés, a kongruens kommunikáció, az aktív szerepvállalás az interjú irányításában, a remény közvetítése, az érzelmi támogatás, a beteg szélsőséges érzelmeinek kezelése és a negatív viszonyulásának, indulatainak tolerálása. A krízisintervenció kezdetén a szupportív attitűd, a konténer és holding funkció, a beteg nagyfokú ventilációs igényének, illetve dependencia- és megkapaszkodási szükségletének kielégítése áll előtérben a bizalmának elnyerése érdekében. Később egyre inkább szerephez jutnak a helyzet tisztázására és megértésére irányuló intervenciók (klarifikáció, értelmezés, újrakeretezés, kognitív és érzelmi belátás, az önreflexió növelése), majd a befejezés során az önállóodás támogatásával és a preformált döntések elősegítésével a jövő újradefiniálása is lehetővé válik. A krízis oldásával párhuzamosan alapvető fontosságú a háttérben álló lélektani eltérések és személyiségjellemzők részletes felde-

rítése (depresszió, szorongás, reménytelenség, beszűkültség, impulzivitás, szuicid fantáziák, szuicid tervek, énvédő és coping mechanizmusok), hiszen csak ezek alapján válik lehetővé a további segítségnyújtás (ambuláns vagy osztályos pszichiátriai ellátás, illetve más segítő szolgálatokhoz irányítás) megtervezése és szervezése.

A klasszikus krízisintervenció időben maximálisan 6-8 hetet és körülbelül ugyanennyi találkozást ölel fel, hiszen általában heti egy-két alkalommal találkozunk a beteggel. A pszichés segítségnyújtás (egyéni krízisintervenció, párkonzultáció, családi intervenció, csoportterápia) lehetőségei mellett az adekvátn alkalmazott pszichofarmakológiai beavatkozásoknak éppúgy helyük van a krízis ellátásában, ahogyan a szociális segítségnyújtás különböző módozatainak is.

Mivel lélektani válsághelyzetben lévő vagy öngyilkosságot megkísérelt betegekkel nagyon gyakran találkozunk az alap- és a sürgősségi ellátásban, ezért minden szakembernek ismernie kell a lélektani krízis fogalmát és tüneteit, a krízisintervenció alapvető szempontjait és módszereit, valamint a hatékony segítő magatartás összetevőit. A krízisintervenció hatékony és eredményes alkalmazása a krízishelyzet oldásán keresztül nemcsak az aktuális (élet)veszély

elhárítását teszi lehetővé, de a beteg fejlődésének esélyét is nyújtja.

DR. OSVÁTH PÉTER

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Pécs

IRODALOM

- Bakó T. Verem mélyén – Könyv a krízisről. Budapest: Cserépfalvi Kiadó, 1996.
- Csürke J, Vörös V, Osváth P, Árkovits A (szerk). „Mindennapi kríziseink” – A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. II. kiadás. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 2014.
- Fekete S. Első találkozás krízisbeteggel. In: Kállai J, Gál B (szerk). Az első találkozás jelenségvilága a segítő kapcsolatban. Budapest: Janus/Osiris Kiadó, 1999.
- Fekete S, Vörös V, Osváth P. Krízishelyzet, felismerés, etiológia és terápia a pszichiátriai ellátásban. In: Kiss E Cs, Makó H (szerk). A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana. Pécs: Pro Pannónia Kiadó, 2015: pp. 152–65.
- Hajduska M. Krízislélektan. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2008.
- Kézdi B. A negatív kód. Pécs: Pro Pannónia Kiadó, 1995.
- Osváth P, Fekete S. Az öngyilkossági kísérletet követő orvos-beteg találkozás kommunikációs sajátosságai. In: Pilling J. (szerk.). Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Medicina, Budapest, 2008.
- Osváth P. Az öngyilkossági veszély felismerése és kezelése, a krízisintervenció szempontjai. Tankönyvfejezet. In: A pszichoterápia alapjai (szerk.: Unoka Zs, Purebl Gy, Túry F, Bitter I). Semmelweis Kiadó, Budapest, 2012. p172–179.
- Szabó P. Krízisintervenció. In: Fűredi J, Németh A, Tariska P (szerk.). A pszichiátriai magyar kézikönyve. Budapest, Medicina, 2009.
- Vörös V, Osváth P, Tényi T. Az öngyilkosság és a lélektani krízis a sürgősségi ellátásban. Könyvfejezet. In: A pszichiátriai magyar tankönyve. 5. átdolgozott és bővített kiadás, szerk.: Fűredi J, Németh A. Medicina, Bp., 2015, p723–728.

Kizárólag az oki kezelés elfogadott

Új irányelvek az inszomnia kezelésében

Az európai és az amerikai alvástársaság új irányelvvel jelentkezett, továbbá az orvosi Nobel-díjat a cirkadián ritmus kutatásáért ítélték oda. Az utóbbi üzenete nagyon is gyakorlati: saját, genetikailag meghatározott korlátainkat nem tudjuk egészségkárosodás nélkül tartósan figyelmen kívül hagyni. Az inszomnia kezelésében is a természetes alvásstruktúra és bioritmus visszaállítása a fő cél, és ezért a legfontosabb terápiás eszközöknek az életmódváltás és a pszichoterápia tekinthetők.

Az inszomnia az egyik leggyakoribb alvászavar, a krónikus forma gyakorisága a legújabb adatok szerint 6–12%, emelkedő tendenciával (1). Az átmeneti alvási panaszok gyakorisága ennél jóval nagyobb. Az alvási zavar a legnagyobb gazdasági terhet jelentő tíz neuropszichiátriai kórkép közé tartozik, és számos betegség kockázatát növeli. Ezek közül a legnagyobb népegészségügyi jelentőségűek a magasvérnyomás-betegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a kettes típusú cukorbetegség, valamint a depresszió (1–4). A pihentető alvás visszaállításával tehát nemcsak rengeteg pénz spórolható meg, hanem számos betegség kockázata is hatékonyan csökkenthető, vagyis az inszomnia megfelelő kezelése prevenció hatású.

Az inszomnia kezelése már korábban is négy terápiás modalitáson alapult: 1. életmód- és alváshigiéniés tanácsadás, 2. a társbetegségek kezelése (ha vannak), 3. kognitív viselkedésterápia, 4. gyógyszeres kezelés.

Az alvászavarok kezelését a medicina sokkal fontosabbnak tartja mint korábban, hiszen az nagyon erősen meghatározza a testi-lelki egészséget és a halálózást is



A 2017-es év során megjelent európai (1) és amerikai (5) irányelvekben megtartották ezt a megközelítést, csak éppen a modalitások hangsúlyát változtatták meg. A társbetegségek kezelése és az életmód-tanácsadás továbbra is fontos szerepet kapnak, azonban ezeken túl mindkét irányelvben a kognitív viselkedésterápiát (KVT) javasolják első választandó kezelési módnak minden életkorban. Je-

lenleg a KVT hatékonyságát támasztja alá a legtöbb bizonyíték (1, 5, 6), valószínűleg azért, mert ez a terápiás forma képes célzottan és hatékonyan befolyásolni azokat a tényezőket, amelyek részt vesznek az inszomnia kialakulásában, és legfőképpen a krónikussá válásában. Ezek a tényezők: a stressz nem megfelelő kezelése, az alvás miatti aggodás és az alvászavar rendezése céljából indított, de para-

dox módon azt súlyosbító megküzdési módok, valamint a cirkadián ritmus zavara. Ráadásul a KVT hagyományos és komputerizált formában egyaránt hatékonyan bizonyult, amely megnöveli az elérhetőségét. Gyógyszeres kezelést az új irányelvek csak akkor javasolnak, ha a KVT nem érhető el vagy nem hatékony. Ráadásul a javasolt gyógyszeres kezelési időt erősen limitálják: az európai irányelvben négy hétnél hosszabb gyógyszeres kezelést nem javasolnak, és ebben a rövid időszakban sem támogatják a napi rendszeres gyógyszereszedést, helyette intermittáló adagolást javasolnak (1) – ez utóbbi azt jelenti, hogy a beteg csak bizonyos napokon, de maximum heti három-négszer vesz be altatót. Az intermittáló kezelést elsősorban a mellékhatások minimalizálása miatt javasolják.

Bár a gyógyszeres kezelés kerekeit a fentiek szerint igencsak szűkre szabják az irányelvekben, ebben a keretben több mozgásteret engednek a különböző gyógyszerek között. Az európai irányelvben (1) nem tesznek különbséget a valódi benzodiazepinek és a benzodiazepin-agonisták között, de mindkét csoport esetében a rövid

> Folytatás a 9. oldalon