

Doktori (PhD) értekezés

**Az orvosi hivatásszemélyiség alakulásának társaslélektani meghatározói és
fejlesztésének lehetőségei**

Csörsz Ilona

Témavezető: Prof. Dr. Molnár Péter

Debreceni Egyetem

BTK

2011.

**Az orvosi hivatásszemélyiség alakulásának társaslélektani meghatározói és
fejlesztésének lehetőségei**

Értekezés a doktori (Ph.D.) fokozat megszerzése érdekében
a pszichológia tudományágban

Írta: Csörsz Ilona okleveles pszichológus

Készült a Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskolája
Pszichológia programja keretében

Témavezető:

Prof. Dr. Molnár Péter

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

A doktori szigorlat időpontja: 20...

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

A nyilvános vita időpontja: 20...

„Én Csörsz Ilona teljes felelősségem tudatában kijelentem, hogy a benyújtott értekezés a szerzői jog nemzetközi normáinak tiszteletben tartásával készült. Jelen értekezést korábban más intézménybe nem nyújtottam be és azt nem utasították el."

aláírás

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Prof. Dr. Molnár Péternek, aki szakmai és emberi támogatásával segítette a disszertációm létrejöttét.

Megkülönböztetett hálával és tisztelettel tartozom Dr. Csabai Mártának, aki a disszertációmban összegzett több éves munka során szakmai megjegyzéseivel és inspiráló gondolataival mindvégig segített és támogatott.

Külön köszönet illeti Dr. Máth Jánost az adatok statisztikai feldolgozásában nyújtott segítségéért.

Köszönet illeti közvetlen munkatársaimat támogatásukért és megértésükért.

Köszönettel tartozom mindazoknak az egyetemi hallgatóknak, akik a vizsgálataimban részt vettek.

Köszönet illeti családomat töretlen támogatásukért, türelmükért és biztatásukért.

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	7
I. fejezet Az orvosi pályaszocializáció.....	8
1.1. Az orvosi pálya választásának motivációi.	
Elképzelések az orvosi szerepről, a hallgatók pályaképe.....	10
1.2. Az orvoscépzés stresszforrásai, az orvosi pálya nehézségei.....	11
1.3. A kiégés fogalma.....	14
1.4. A kiégés jelensége az orvosi hivatásban.....	15
1.5. Az orvosi hivatásszemélyiség alakulása.....	17
II. fejezet A gyógyító kapcsolati készségek fejlesztésének szükségességéről.....	22
2.1. Kapcsolati készségfejlesztés a pályaszocializációban.....	23
2.2. A hagyományosan alkalmazott módszerek nehézségei.....	24
2.2.1. Esetelemzés.....	26
2.2.2. Empátialabor.....	26
2.2.3. Filmelemzés.....	26
2.2.4. Szerepjáték, drámatechnikák	27
2.2.5. Bálint-csoport.....	28
Problémafelvetés.....	31
III. fejezet Junior Bálint-csoportok.....	35
3.1. Junior Bálint-csoportok az orvoscépzésben.....	35
3.2. Junior Bálint-csoport a gyógytornász-képzésben.....	40
IV. fejezet Orvostanhallgatók imaginált betegképének alakulása.....	44
V. fejezet Egy lehetséges megoldás:	
az integratív gyógyító kapcsolati tréning módszer bemutatása	49
5.1. A betegségtörténeten alapuló dramatikus technika.....	50
5.2. A drámacsoport folyamata.....	52
5.3. Kísérleti csoportok és a csoportfolyamatot monitorozó vizsgálatok.....	54
5.4. A tréningcsoportok dinamikai sajátosságai.....	56
5.5. Tartalmi elemzés:	
az orvos-és pszichológushallgatók drámajátékának összehasonlítása.....	61

5.6. A drámacsoport módszer tesztelésének tanulságai.....	64
VI. fejezet A novellával kapcsolatos projektív tartalmak kérdőíves mérése és elemzése...	66
6.1. Bevezetés.....	66
6.2. A vizsgálat hipotézisei.....	69
6.3. Módszer.....	70
6.4. Kérdőív a novellával kapcsolatos projektív tartalmak mérésére.....	71
6.5. A vizsgálati személyek és az eljárás menete.....	72
6.6. Adatelemzés.....	72
VII. fejezet Eredmények.....	75
7.1. A válaszhiány és a beteg nemének összefüggései.....	75
7.2. A férfi páciens képe.....	78
7.3. A „szomatizáló” nő képe.....	83
7.4. Testi vagy lelki? Etiológiai elképzelések.....	86
7.5. A drámacsoportban használt novella kérdőíves tesztelése.....	89
VIII. fejezet A kérdőíves felmérés eredményeinek összefoglalása.....	92
IX. fejezet Összegzés.....	94
X. fejezet Konklúzió és kitekintés.....	98
XI. fejezet Irodalom.....	101
XII. fejezet Függelék.....	115
1. sz. függelék Kébel Nóra: Cserebogár lesznek. Egy III. éves medika első lépései a professzionalizáció útján.....	115
2. sz. függelék A drámacsoportban használt novella.....	117
3. sz. függelék A csoportfolyamat követésére szerkesztett kérdőív.....	120
4. sz. függelék A drámacsoportban használt novella tesztelésére szerkesztett kérdőív.....	122

Bevezetés

Az orvosi pálya hagyományosan a kiemelkedő presztizsű foglalkozások közé tartozik. Ezt tükrözte a korábbiakban az orvosegyetemekre való jelentkezők aránya is. A sokszoros túljelentkezésben bizonyos mértékig a pályáról alkotott nézetek túlidealizáltsága fogalmazódott meg (Buda, 1989). Az utóbbi években azonban a jelentkezési arány csökkenését figyelhetjük meg a hazai orvosegyetemeken. Míg a 60-as években átlagosan tízszeres volt a túljelentkezés, ez az arány az utóbbi években jelentősen csökkent. A legutóbbi évek felvételi adatai szerint alig több mint kétszeres a túljelentkezési arány. 2010-ben az általános orvoscépzés 9. volt a szakok népszerűségi sorrendjében.

Ez a változás felhívja a figyelmet arra, hogy a társadalomban élő hagyományos orvoskép, az orvosi szakmával és annak attribútumaival kapcsolatos reprezentációk – más, inkább preferált pályák előtérbe kerülésével egyidejűleg – jelentős átalakuláson mentek át a rendszerváltást követő évek társadalmi-gazdasági változásai hatására és/vagy azok hátterében.

Ugyanakkor az orvosi pályaszocializáció folyamatát és problémáit bemutató – mára klasszikussá vált – elemzésekhez képest (Becker, 1961; Merton, 1957; Konner, 1987) az orvosi professzionalizáció és szocializáció folyamatai az eltelt negyven évben vajmi keveset változtak. Az orvossá válás egyik legfigyelemreméltóbb aspektusa, ahogyan a medikusok kibontakozó szakmai identitásukat igyekeznek hozzáilleszteni „eredeti”, még tanulmányaik megkezdése előtti énjükhöz. A professzionális identitással való azonosulás általában problematikusabb a nők, az idősebb korosztály, az első generációs értelmiségiek valamint valamely kisebbség tagjai számára (Beagan, 2001). A homogenizációs hatásnak való ellenállás egyfajta különleges képesség, amellyel ellen tudnak állni a szakmai szocializációnak is.

A legtöbb orvostanhallgató az egyetemre való belépéssel fokozatosan elveszti „eredeti”, laikus identitását és az orvosegyetem kultúrája és légköre újradefiniálja azt. „Az orvostanhallgatónak szüksége van valamilyen kapaszkodóra és ez nem lehet más, mint az új orvosi identitás” (Shapiro, 1987).

Az alábbiakban néhány olyan megközelítést és vizsgálatot mutatok be a magatartástudományok köréből, amelyeknek üzenetei fontos hozzájárulást jelentenek az orvosi professzionalizáció megértéséhez és folyamatának alakításához.

I. Az orvosi pályaszocializáció

A pályaszocializáció fontos összetevője a társadalom fejlődésével együtt alakuló szocializációs folyamatnak (Ritoók és Gillemontné, 1994). A pályaszocializáció meghatározható olyan folyamatként is, amely során az orvostanhallgató egyfelől megismeri az orvostársadalom, a hivatásrend sajátos értékeit, magatartásszabályait, szereprendszerét, másfelől azonosul azokkal (Sági, 1987). Az ifjúkor az identitáskeresés időszaka, ekkor történik a pályaválasztással az önkifejezés speciális területének megtalálása is. Akár krízisszintig is fokozódhat a választás dilemmája, melyet aztán aktív tevékenységgel jellemezhető új korszak követ, melynek során a sikeres pályaidentifikáció szempontjából az általános személyiségfejlesztés legalább olyan lényeges feltétel, mint a speciális pályaválasztási előkészítés (Hazag és Major, 2008).

A segítő szakmákra való megfelelő felkészítésben nagy szerepet tölt be a preventív pályaszocializáció, a hivatásszemélyiség kidolgozásának lehetősége, a kiegészítésre ill. a pszichiátriai zavarokra való fokozott veszélyeztetettség miatt (Bagdy, 1996, Tomcsányi és mtsai, 1990; Fekete, 1991).

Helembai Kornélia (1989 id. Bagdy, 1996) a pályaidentifikáció szakaszait elemezve szociális, segítő hivatásra készülő fiatalok komplex személyiségi, interperszonális kapcsolati- és szakmai szerepismeret vizsgálatával jutott arra a konklúzióra, hogy a választott pályával való azonosulás 2 fő szakaszra bontható: az anticipált pályaidentifikáció és a tényleges azonosulás folyamatára. Az anticipatív fázisban először ún. szub-identifikációs történések zajlanak, ebben megy végbe a tulajdonított szakmai szerepelvárások, szerepösszetevők összegyűjtése és összegyúrása egyfajta naív és idealizáló pályaképpé. Ez a fázis dinamizálja a valóságos szereppróbákat, az ún. preidentifikációs szakaszt. Az elképzelt és a valóságos óvatos egybevetése során a hallgatónak rá kell jönnie, hogy a valóság egészen más, mint ahogy azt ő gondolta.

A pre-identifikációs fázis egyszerre jelent korrekciót, válságot (csalódást és szomorúságot), de ott van az újrakezdés esélye is egy hitelesebb pályakép kialakítására. Ekkor veszi kezdetét a pályával való tényleges azonosulás, a második szakasz, amely szintén két alfázisra osztható.

A primer identifikációnak nevezett első alfázisban a valóságkorrekciót a szakma művelésének próbahelyzetei jelentik, amikor összemérődnek az elképzelt és a valóságos képességek. Olyan „reality testing”, olyan valóság-próba zajlik, mint az eriksoni identitásépítés serdülőjénél, aki az addig tükör előtt játszott szerepeit kiviszi a világba, hogy

a valóságpróba által hitelesítődjenek vagy vesszenek el. Ekkor még nem integrálódik egységbe a sok-sok elszigetelt tudáselem és képességmozzanat, a görcsösen szerepszerűből sajátot, egyénit kell formálni. Ez a szekunder identifikációs fázis feladata lesz. Ennek megvalósulása legfeljebb csak kezdetét veszi a képzés utolsó évében.

Helembai vizsgálatának legfontosabb üzenete, hogy a szakmai szerepviselkedés, a hivatásszemélyiség egyedivé érlelésében a képzőhelyek felelőssége vitathatatlan. Minél korábban és minél folyamatosabban találkozik a jövőbeni szakember a pálya gyakorlati valóságával, annál zavartalanabb és sikeresebb lehet a pályaidentifikáció.

A pályával való azonosulás éppúgy kríziseken át zajlik, mint a személyiség fejlődése: magasabb szintre jutni fájdalmakkal teli élmény. Elégtelenség-érzések és csalódások jellemzik, ebből kinövő kereső és önépítő törekvésekkel. Az identitásépítés medrében, azzal egy időben zajlik a pályaidentifikáció folyamata. Eriksoni értelemben a serdülőkor három fázis-specifikus fejlődési életfeladata: a pályaválasztás, a szülőkről való leválás, önállósulás és az egyenrangú társkapcsolatokra való képesség, míg az ifjúkor feladata a pályaidentitás kialakítása, a párválasztási elköteleződés és az egyenrangú felnőtt kapcsolatokban való otthonos mozgás. Összefonódik tehát az önismereti, a pályaszocializációs és az interperszonális kapcsolati fejlődés.

Az orvosi pálya inherens módon konfliktusos létezést jelent. A számos tipikus konfliktus közül kettő tekinthető olyannak, amely igen erőteljesen nehezíti, sok esetben akár lehetetlenné is teheti az orvosi hivatás gyakorlását: ezek egyike az orvosi szereppel való valódi azonosulás képtelensége, a másik a kiégés jelensége. A két probléma kauzális összefüggést mutat és sok esetben mindkettő a korai pályaválasztás, a „korai zárás” eredményeként jön létre. Számos nemzetközi és hazai vizsgálat eredménye utal arra, hogy a szakmai csoportok közül a segítőfoglalkozásúak, és közülük is kiemelten az orvosok körében a legmagasabb a különböző devianciajelenségek (válás, suicidium) (Vaillant és mtsai 1972, Sonneck, 1982), egészségkárosító (dohányzás, helytelen táplálkozás) és addiktív (alkohol – és drog fogyasztás) viselkedések előfordulási gyakorisága. Mindezek a háttérben álló Helfer- és kiégettségi szindrómával hozhatók összefüggésbe. Az okok között sokan kiemelik az orvosi pályával kapcsolatos korai elkötelezettséget, a korai zárást a pályaválasztásban. Hazai adatok szerint az orvosegyetemre jelentkezők mintegy fele 14 éves kora előtt dönt az orvosi hivatás mellett (Benson, 1994; Csabai és Barta, 2000; Molnár és Molnár, 2002). Szintén közismert a felvételizőknek, majd az egyetemre bekerült hallgatóknak a gyógyító szakmával kapcsolatos túlidealizált attitűdje, akárcsak az ennek következményeképp a későbbiekben átélt frusztrációk, maladaptív pszichológiai védekezési mechanizmusok jellemzői is. Ugyancsak jól ismert jelenség az orvosok –

szocializációjukból eredő – magárautaltság érzése, a társas támogatás vélelmezett hiánya ill. a rendelkezésre álló támogatási és konfliktuskezelési, megküzdési módok nem megfelelő kihasználtsága (Csabai és Molnár, 1999). Jól ismert, hogy az orvostanhallgatók magas stresszterhelésnek vannak kitéve (Dahlin és mtsai, 2005), sokan szenvednek különféle pszichiátriai megbetegedésekben, ugyanakkor csak kevesen kérnek segítséget.

Az éretlen, kiforratlan személyiség családi vagy egyéb modellekkel való azonosulási igénye sok esetben dependenciaproblémákat, bizonytalan önértékelést, az önérvényesítés deficitjét takarja. Az idealizált szerepelképzelésekkel való konfrontáció szükségszerűen fellép az egyetemi évek alatt, a csalódások, frusztrációk feloldásának módja azonban jelentős mértékben az egyén megküzdési képességeinek függvénye. Az orvosi hivatás klasszikus attribútumai, a hagyományos tekintélyelvű szerepkészlet bizonyos összetevői átalakulóban vannak, így napjainkban egyre kevésbé áll rendelkezésre a korábban kiemelt gratifikációt jelentő hatalmi pozíció mögé rejtőzés. A szereptávolítás egyéb módjai szintén veszélyesek, hiszen a feldolgozatlan identitásproblémákra rakódó mindennapi elvárások jelentősen gyengítik az orvos stressztűrő képességét. Az orvosok, orvostanhallgatók mentálhigiénájának problémái abból a szempontból is kiemelt jelentőségűek, mert a lakossági egészségfejlesztés és betegségprevenció területén fontos vélemény-és viselkedésformáló szerepbe, modellhelyzetbe kerülnek (Csabai és Barta 2000).

1.1. Az orvosi pálya választásának motivációi

Elképzelések az orvosi szerepről, a hallgatók pályaképe

Az orvosi szerep nem csupán foglalkozási szerep, egyes elképzelések szerint (Túry és Lajtai, 2005) közelít a pervazív, az egész személyiséget átható szerepek, pl. az anya szerep vagy a női szerep felé. Az orvosi szerep ugyanis a foglalkozási időn és helyzeten túl is normaképző módon befolyásolja a személy viselkedését.

A hazai vizsgálatok eredményeiből (Bagdy, 1988; Benson, 1994) is nyilvánvalóvá vált, hogy a hallgatók igen korán, átlagosan 14 éves korukban döntöttek az orvosi pálya választásáról. Az, hogy mennyire körvonalazott és megalapozott elképzelésekkel érkeznek az egyetemre, természetesen igen nagy variabilitást mutat. Különösen jól mutatják ezt azok a fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatok (Csabai és Barta, 2000), amelyekből a pályaválasztás előtti bizonytalan elképzelésekről és az azokkal való szembesülés frusztrációjáról értesülhetünk.

Az első éves hallgatók idealisztikus elképzelésekkel – vagy éppen elképzelések híján – érkeznek az egyetemre. Hivatásöröm, szakmai – emberi kiteljesedés, „a festett egekbe nézés” (Bagdy, 1988), a másokon való segítség vágya lelkesíti őket.

A pályaválasztással kapcsolatos motivációkat elemezve Csabai és Barta (2000) arra a konklúzióra jutott, hogy a megkérdezett hallgatókat legnagyobb arányban a „szakma iránti érdeklődés” motiválta. Jelentősnek mondható a szerepmodellekkel (orvos a családban, ismerős orvos, filmen, regényben szereplő orvosfigura) való azonosulás hatására történő választás is és szinte azonos arányban szerepelt a saját betegség vagy a családtag betegsége kapcsán megfigyelt orvosi szerep és magatartás motiváló hatása, a betegségélmény segítőszerepbe való átfordítása. Igen érdekes, hogy ezeket valamelyest megelőzi az orvosi presztízzsel, hatalommal, a magas keresettel kapcsolatos motiváció.

A fókuszcsoportban elhangzottakból az is láthatóvá vált, hogy a magas presztízzsel kapcsolatos reprezentáció a gyógyító orvos szerepével asszociálódik és kevésbé jellemző a tudományos pályán lévő orvosokra.

A hallgatók döntő többsége klinikusként, gyógyító orvosként szeretne elhelyezkedni. A gyógyító orvos reprezentációja magában foglalja az embereken való segítség, törődés mozzanatát, de ugyanígy megjelenik itt az elismertség, az anyagi előnyök motívuma is. Az orvosi szakma gyakorlása által „elismertséget szeretnének szerezni” és úgy tűnik, az oktatás is a klinikusi, kórházi munka presztízst növeli. Személyes érdekeket (szakvizsgaszerezés, karrier, nagyvárosi lét) előtérbe állító orvosok indulnak el a pályán, akik számára a lakossági, körzeti ellátás *szolgálat*a legfeljebb kényszerdöntés lehet, semmint belső motiváción alapuló választás.

Az „orvos” elsősorban a klinikust, a gyakorló orvost jelenti a hallgatók számára. A kutatóorvost nem tekintik a szó valódi értelmében orvosnak; ez azonban nem egyszerűen „tudományellenességet” jelent, hanem az orvosszereppel kapcsolatos nézetek bizonytalanságát. Kutatómunkával, a szakmához szükséges tudományos háttér megszerzésével a hallgatók alig több, mint egynegyede szeretne foglalkozni.

1.2. Az orvoscépzés stresszforrásai, az orvosi pálya nehézségei

A pályaszocializáció folyamatát két nagy szakaszra bonthatjuk: a preklinikai évek (az első két év elméleti alapozó tárgyai) és a klinikai évek (harmad évtől hatod évig terjedő időszak). Egyes tanulmányok (Túry és Lajtai, 2001, Molnár és Molnár, 2002) különbséget tesznek korai klinikai (III. és IV. év) és klinikai időszak között is (V. és VI. év).

Mindkét időszaknak megvannak a maga stresszforrásai. Egyfelől 18 és 24 éves kor között megtörténik a serdülőkorból az ifjúkorba majd a felnőttkorba való átmenet, másrésről egy pályaidentifikációs folyamat is zajlik. Az átmenetekkel, váltásokkal való megbirkózás mindig komoly feladat. Egy új élethelyzettel, szereppel való első találkozás először sokként érinti az egyént, majd a kezdeti tehetetlenség átvált az esemény jelentőségének minimalizálásába, vagy tagadásába. A legjellemzőbb lelki elhárításmódok pl. a projekció, amikor az intézmények, intézetek, tanárok minden baj okozójaként jelennek meg, bűnbakká válnak, de ilyen a devalváció is, az értéktelenítés és értéklefokozás. A lázadó szembefordulást üresség és apátia követi, a saját alkalmasság megkérdőjelezésével. Az identitásépítő tagadást törvényszerűen követi az önépítés fázisa. E folyamatokat sikeresen kezelhetné egy pályaszocializációs csoport, kanalizálhatná az indulatokat, irányt, célt és modellt nyújthatna, segítené a belső krízisből való egészséges kijutást. A sikeres azonosuláshoz és alkalmazkodáshoz új hit és új értékrendszer elsajátítása szükséges és miután ez megtörtént, az egyén elkezd hinni a saját képességeiben, egyre otthonosabban mozog új szerepében.

A preklinikai évek stresszforrásai egyfelől az életkorból, másfelől a tanulmányokból erednek. A tananyag hatalmas mennyisége, az állandó időnyomás érzése, az addigi kitűnő tanuló státuszából átkerülni a „mindegy, csak görbüljön” státuszba komoly megpróbáltatást jelent. A szülőkkal, a „civilekkel” és a laikusokkal is meg kell próbálni elfogadtatni ezt az új identitást, amely tapasztalataim szerint még nagyobb nehézség, mint a memorizálandó tananyag mennyisége. A szülőktől való érzelmi és anyagi függés, a nekik való megfelelés kényszere, különösen az első generációs értelmiségiek számára jelentősen megnehezíti a preklinikai évek alatti alkalmazkodást.

A kezdeti frusztrációk, tanulmányi kudarcok, az idealizált elképzelések szertefoszlása egyfajta „elméletellenességet” alakíthat ki a hallgatók döntő többségénél, az elméleti tárgyakat csupán szükséges rossznak tekintik az orvossá válás útján. A harmadév kulcsfontosságú az orvossá válás útján, hiszen idejük egy részét már a betegágy mellett töltik. Fontos átmenet, amikor a orvosok kimozdulnak az „osztálytermekből”. A betegekkel való első találkozás sok mindent eldönt. Ilyenkor nagyjából kétfelé válik az orvostanhallgatók csoportja: az úgynevezett „okos” és a „jó” orvosjelöltekre (Molnár P., 2004). Az „okos” orvostanhallgató ilyenkor felveszi a fehér köpenyt, és azt mondja, hogy tudással mindent meg lehet oldani, a betegnél észlelt minden jelenség végső oka annak szervezetében, mechanizmusában keresendő, míg a másik – remélhetőleg nagyobbik rész – ráébred, hogy még valami kell ahhoz, hogy jó orvos váljék belőle. „Nekem empátiás interakcióban kell lennem!”, egyszerűbben szólva: „Nekem éreznem kell, meg kell

szólítanom a beteget, majd meg kell értenem őt!” Az orvossá válás meghatározó élményszerző pillanata „az orvostanhallgató-gyógyszer” létének megtapasztalása.

Az egyik medika így ír erről: „...»Milyen jó, hogy épp most látogat meg, mert egy beszélgetésre most nagy szükségem van!« Bár ezt látszólag csak mellékesen, a hangulat oldására említi a beteg, őszinte mosolyán látom, milyen sokat jelent neki, hogy valaki, még ha csak orvostanhallgató is, és aki meggyógyítani nem tudja, de végighallgatja, időnként megdicséri kitartását és biztatja, hogy még egy kicsit tartson ki. Én pedig örülök, hogy létezik az »orvostanhallgató-gyógyszer«” (Varga É., 2005). Az orvossá válás folyamatának, a professzionalizáció komplex történésrendszerének kulcsmozzanata a kapcsolati és kommunikációs készségek fejlesztése.

A klinikai évek stresszforrásai leginkább az orvoslás mindennapjaihoz, az orvosszerep nehézségeihez köthetők.

A fizikális vizsgálat nehézségei, az intimitás, a másik ember közelségének az „elviselése”, a betegek halála, a krónikus és terminális állapotban levő betegekkel való kommunikáció, a különféle betegségektől és fertőzésektől való félelem, a hozzátartozók egészségi állapota miatti aggodás, a megnövekedett felelősségtől, a rossz döntések következményeitől való félsz, majd az egyetemi évek végén a magány és a csoporttársakkal, barátokkal való kapcsolat megszakadása és a felnőtt, önálló élet és az önálló orvosi munka megkezdése jelenti a legjelentősebb stresszforrást. Érdekes látni, hogy Váriné Szilágyi Ibolya 1976-ban publikált tanulmánya ugyanezekről a problémákról számol be, kiemelve a pályakezdő orvosok inkompetencia-érzését. Úgy tűnik, hogy az eltelt 35 év nem sok változást hozott ezen a területen.

A nemi szerep egyfajta független rizikófaktor a az orvosszereppel való nehézségeknek. A hallgatónők szignifikánsan több stresszről és ennek nyomán kialakuló tünetről számolnak be, mint a férfi hallgatók. A nők inkább az orvosi szereppel járó felelősség miatt, míg a férfiak a betegekkel való kapcsolat és a műhibák miatt aggodnak.

A hazai felmérések (Csabai és Barta, 2000; Molnár R. és mtsai., 2008, Papp és Túry, 2010) egyik legelgondolkodtatóbb eredménye, hogy a hallgatók több mint egyharmada már komolyan elgondolkodott azon, hogy otthagyja, félbeszakítja egyetemi tanulmányait. Még figyelemreméltóbb ez az eredmény, ha megnézzük ennek a kiváltó okait. Elvárásaikban csalódott, önmagukat a pályára alkalmatlannak tartó, tanulmányi kudarcok szégyenében élő hallgatókat látunk.

Ezen adatok arra figyelmeztetnek, hogy meg kell találni azokat a módszereket, eszközöket és utakat, amelyek révén az érintett hallgatók segítséget kaphatnak motivációik, az orvosi szereppel kapcsolatos reprezentációik tudatosítására, kudarcélményeik feldolgozására,

önismeretük elmélyítésére. Feszültségoldó módszereik gyermeki éretlenségről, laikus „ügyetlenségről”, a lelki élet működésével kapcsolatos tudatlanságról tanúskodnak. A feszültségek feloldásának vágya „üresjáratú” törekvés marad. Az önismeret, az emberismeret szükségességét nem érzik, nem tudják. A sikeres felvételi, az egyetem kapujának átlépése a teljesítményközpontú motivációkat indukálja, ahol a „lelkizés” a szánandó gyengeség jelzése. Az ön-és emberismeretüket a preklinikai évek nem aktiválják.

A passzív, motiválatlan attitűd már I. évesen kialakítja a „lesz, ami lesz” hozzáállást: aki nem bírja a követelményeket, szükségszerűen lemorzsolódik, aki pedig kibírja a hat évet, megérdemli, hogy orvos legyen. Ez a vélemény szélsőséges tükröződése annak az álláspontnak, hogy az egyetemi évek érlelnek orvossá. Kevéssé jellemző az a nézet, hogy az orvosi pályára születni kell, az orvosi képességek nem alakíthatóak. A magárahagyatottság, a bezártság élménye, a saját sors alakításának képtelenségével kapcsolatos érzések, a célok hiánya már az egyetemi évek alatt előrevetíti a későbbi kiégettség árnyékát. A orvosoknak – és ez különösen igaz a céltalanul sodródó, pályájuk alakítása terén passzív hallgatókra – meg kell küzdeniük azzal is, hogy az orvosi tanulmányokat, következképpen magát az orvosi pályát is rendkívül megterhelő, stresszekkel teli feladatként élik meg. A szerepbizonytalanságok és motivációs kételyek csak tovább erősítik a terheléssel kapcsolatos szorongásokat és gyengítik a megküzdési képességbe vetett hitet.

1.3. A kiégés fogalma

A kiégés jelenségét először Freudenbergert írta le (1974) önségítő közösségek tagjainál, egészségügyi dolgozók körében végzett megfigyelései alapján. Definíciószerűen a kiégés krónikus érzelmi megterhelés és stressz nyomán fellépő fizikai, érzelmi és mentális kimerülés állapota, amely reményvesztettség, inkompetencia érzéssel, a célok és ideálok elvesztésével jár és amelyet a saját személyre, munkára illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök is jellemeznek.

Schmidbauer vezette be (1977) a Helfer-szindróma fogalmát, részletesen elemelve, hogy milyen hatást fejt ki a segítő foglalkozás művelése a szakemberre és milyen tényezők játszanak szerepet abban, ha valaki segítő hivatást választ. Pszichoanalitikus magyarázata értelmében a másokon való segítés szükséglete a saját ingatag pszichés egyensúly fenntartására tett törekvés.

A kiégés jelenségét legszélesebb körben Maslach (1996) vizsgálta és a kiégettségi szindróma 3 fő komponensét írta le: érzelmi kimerültség, a kliensek illetve betegek deperszonalizálása és a saját munka hatékonyságának megkérdőjelezése.

A kiégés esetén összességében olyan speciális személy-környezet interakcióról van szó, amelyben a megterhelő munka és a nem kielégítő munkakörülmények kihívásaira az egyén rossz adaptációval, alkalmatlan megküzdési stratégiák használatával válaszol (Major és mtsai, 2006).

A hallgatói kiégés jelenségét Schaufeli és munkatársai (2002) írták le: a diák kimerültnek érzi magát a teljesíthetetlennek tűnő követelmények miatt, cinikussá és távolságtartóvá válik. A kiégés korai jeleinek felismerésével az egyén még mozgósíthatja adaptív megküzdési mechanizmusait és szükség esetén segítséget vehet igénybe. Az utóbbi években számos kutatás hívta fel a figyelmet arra, hogy a segítő hivatásra készülő hallgatók – főként orvostanhallgatók körében – riasztó mértékben növekszik a kiégés előfordulási gyakorisága (Dahlin és Runeson, 2007). A kutatások szerint ennek egyik meghatározó oka a hallgatók tanulmányaik kezdetén átélt csalódottsága a képzés "humán" vagy "gyakorlati" mozzanatainak elmaradása miatt. Fogalmazhatnánk úgy is: a kapcsolati elv háttérbe szorulása következtében.

1.4. A kiégés jelensége az orvosi hivatásban

Az orvos-beteg viszony emberi viszony, és mint ilyen, érzésekkel telített.

A magatartástudományok területén egyre meghatározóbb igény az érzelmek részletes elemzése, hiszen –úgy tűnik – a hagyományos orvos-beteg kapcsolati viszonyokat az emocionális oldal feltárásával lehet majd kielégítően kutatni és fejlődését megfelelő irányba terelni. Ezekben a kapcsolatokban mind a beteg, mind az orvos részéről alapvető szerepe van az érzelmek kommunikációjának, és ez az, amely meghatározza a kettejük közötti viszony milyenségét.

Az orvos nem automata – írja Riskó Ágnes (2003) nagyszerű publicisztikájában, és valóban, az orvost is megéri, hogy kivel, mit, milyen körülmények között kell közölnie, hogy csak hivatása egyik legnehezebb, legnagyobb körültekintést és figyelmet igénylő feladatára, a rossz hír közlésére utaljak. Az orvos is válhat izgatottá, szomorúvá, bénulttá ilyen szituációban, mégis felelősen kell döntenie, higgadtan kell gondolkodnia, a tőle elvárt szerepnek megfelelően.

Olyan érzésekkel és helyzetekkel találkozik, olyan érzelmi magasságok és mélységek örvényébe kerülhet nap mint nap, amelyekkel egy más foglalkozású személy egész élete során egyszer vagy kétszer szembesül csupán.

„Túl komolyan veszi a fityulát. Úgy jár majd, mint egy szál gyufa; ami nagyon ég, nem tart soká” – emlékszik vissza Kiss Anna író nő egyik betege mondatára, amikor orvostanhallgatóként még a debreceni klinikán dolgozott.

Valóban, az orvos, az ápolószemélyzet saját mentálhigiénéjével vajmi keveset törődik. Molnár László (1991) az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról szóló első hazai szociológiai felméréssorozata bizonyította, hogy a 40 év feletti orvosok adatai felülmúlják a lakossági halálozás mutatóit. Különösen aggasztó a középkorú orvosnők magas halálozási aránya, amely teljesen ellentétes a lakossági megoszlással, ahol is a középkorú nők halálozása nem egészen fele a férfiak halálozásának (Molnár és Mezey, 1991). Míg a magyarországi kutatások a krónikus betegségek felülreprezentáltságára hívják fel a figyelmet, addig az angolszász szakirodalom az orvosnők körében előforduló magas öngyilkossági arányszámokat említi (Györffy és Ádám, 2004; Shaw és Wedding, 2001).

„Orvos akarok lenni, anya és feleség” – a 2003-ban, Berlinben megrendezett 13. Nemzetközi Bálint-kongresszus legsikeresebb, legnagyobb katarzist kiváltó előadásának címe szintén utal a hivatás és a családi szerep ütközésének hatalmas emocionális feszültségére, összeegyeztethetőségének konfliktusára.

Hazai vizsgálatok az egészségi állapot és az egészség-magatartás eddig kevésbé elemzett területére hívják fel a figyelmet: az orvosnők körében előforduló terhesspatológiai történések gyakoriságára (Györffy és Ádám, 2004). Kutatásaik alapján az orvosnők közel hetven százalékát érinti a probléma. Okokként elsődlegesen a jelentős munkaterhelést, a depressziót és a szorongást nevezik meg.

Több nemzetközi és hazai felmérés vizsgálta a kiégés jelenségét orvosok és orvostanhallgatók körében (Tyssen és mtsai, 2001; Major és mtsai, 2006; Dahlin és Runeson, 2007; Papp és Túry, 2010; Hazag és mtsai, 2010). Az orvosok körében átlagosan 20% körüli kiégési arányt mértek a különböző nyugat-európai országokban és az Egyesült Államokban. Bár gyakorisága országonként hasonló értéket mutat, szakterületenként változó az érintettek aránya. Azok, akik jó prognózisú betegcsoporttal foglalkoznak (szülészeti-nőgyógyászat, fül-orr-gégészeti, szemészet), kisebb a kiégés kockázata, míg a krónikus betegekkel, haldoklókkal foglalkozó orvosok körében (onkológia, pulmonológia, pszichiátria) igen gyakori jelenségnek számít.

Magyarországon pszichiáterek körében történt felmérés (Ádám és mtsai., 2010; Szényei és mtsai., 2010). Egészségmutatóik vizsgálata alapján a magyar pszichiáterek körében megfigyelt magas mortalitás a magas pszichés és szomatikus morbiditással, valamint a nem megfelelő egészségmegőrző magatartással hozható összefüggésbe.

Tyssen és munkatársai (2001) orvostanhallgatók között 14%-nak találta a szuicid gondolatok előfordulását, Tjia és mtsai (2005) szerint a hallgatók 15%-a volt már depressziós. Dahlin és mtsai (2005) hasonló 12,9%-os depresszió előfordulást mutattak ki és a hallgatók 2,7%-nak volt már öngyilkossági kísérlete. Az öngyilkosság a balesetek után a második leggyakoribb halálok orvostanhallgatók között. Különösen veszélyeztetettek a fiatal orvosok és a nők (Rucinski és Cybulska, 1993). Megállapították, hogy a legnehezebb az első év átvészélése, amely ezáltal a legveszélyeztetettebb időszak az egyetemeken. Magyarországon, a SOTE általános orvosi karán 2008-ban történt egy átfogó vizsgálat, amely eredményei szerint a hallgatók 30%-a tartozott a magas kiégettségi szinttel jellemzett csoportba és a hallgatók 25%-nak voltak pszichoszomatikus jellegű panaszai (Papp és Túry, 2010).

1.5. Az orvosi hivatásszemélyiség alakulása

A hivatásszemélyiség koncepciójának a hazai szakirodalomba való bevezetése és elfogadtatása Bagdy Emőke munkája. A hivatásra megéri, de érlelhető és alkalmassá is tehető a személyiség, ezért jogos „hivatásszemélyiségről” beszélnünk (Bagdy, 1996).

Allport, a humanisztikus lélektan kimagasló alakja szerint a hivatás-érzés az önkiterjesztésből vezethető le, ennek magva a szeretet és az odaadás. Az vagyok, amit szeretek, ami hozzám tartozik és amit magamból másoknak átadhatok. Mindazt szeretem, aminek odaszánom magam, s miközben odaadom magam egy ügynek, feladatnak, személynek, magamból terjesztem ki, adom át azt, ami az enyém volt, általa mégis én lehetek több, gazdagabb. Ez jelenik meg a hivatásérzésben, amely szeretet és odaadás nélkül keresés maradna, pusztán „kenyérkeresés” volna (Allport, 1961 id. Bagdy, 1996).

Milyen a jó orvos? Miképp válhatunk azzá? S ha tudjuk is milyen a jó orvos, kevésbé tudjuk meghatározni a „létrehozási” módját. Nyitott marad az orvos képzés/nevelés fundamentális kérdése: mit teszünk a jövőben a „orvos/gyógyító személyiségek” kifejlesztéséért? Hogyan nevelhetünk, képezhetünk olyan szakembereket, akik a képességeik szerinti legmagasabb szinten készülnek fel a hivatás gyakorlására?

Az orvossá válás és szocializálódás folyamata – amint azt már a bevezetőben is érintettem – a megváltozott társadalmi igények ellenére, alig-alig változott az elmúlt 40 év során. A professzionalizáció alapvető folyamatai, az ahogy a hallgatók egy új normarendszerrel, nyelvezettel, gondolatmenettel és világnézettel felvértezve az orvos-társadalom teljes jogú tagjává emelkednek és az orvosi hierarchia-rendszerben elvárt betöltendő szerephez jutnak, változatlanok maradtak (Beagan, 2001).

Az orvostanhallgató saját szocializációját - kezdetben - *mesterségesnek és természetellenesnek* tekinti, amely hosszas gyakorlás révén válik csak természetessé.

Idegennek és természetellenesnek tűnik, hogy a konvencionális társadalmi normák „felfüggesztődnek”. A beteg testének megérintése, az intim szférájába való belépés, testi funkciói, érzelmi állapotai iránti érdeklődés egy újfajta jog elsajátítását és gyakorlatát várja el a hallgatótól.

Az *első élmények és benyomások* különösen fontos pillanatai az orvossá válás folyamatának.

Ahogy azt egy III. éves hallgató megfogalmazta: „Az első vágás anatómiaórán... amikor először látsz beteget meghalni, amikor először mondasz kórtörténetet, amikor először kell döntened... sok-sok ilyen első pillanat.”

Olyan ez, mint a pszichoterápiában az első interjú. Ahogyan az első interjúban benne van az egész terápia, úgy az első tapasztalatok és élmények alapvető fontosságúak a professzionalizáció történéssorában.

A *professzionális megjelenés* felépítése a következő „feladat”. Az orvostanhallgató szerepe ma is bizonyos elvárásokat von maga után. Haas és Shaffir (1987) fejtegetése szerint máig létező társadalmi sztereotípiák, miszerint az orvosnak férfinak kell lennie. Egy női orvostanhallgató hosszas küzdelemmel jut el odáig, ami egy férfi esetében könnyedséggel elérhető. Tanulmányok egész sora ír arról (Fox, 1957; Shapiro, 1987; Stern, 2000), hogy szignifikánsan több férfit tekintenek orvosnak, mint nőt; a női orvostanhallgatókat gyakran nővéreknek nézik és igen gyakran ki vannak téve szexuális zaklatásnak, egyes vizsgálatok szerint az orvosnők 75%-a.

A férfiak számára a megjelenés kevésbé problematikus. Egy III. éves hallgató orvosi pszichológia szemináriumon így beszélt erről: „Biztos vagyok benne, hogy megfelelően vagyok felöltözve, ha megborotválkozom, inget és esetleg nyakkendőt kötök”.

Egy nőnek összetettebb problémával kell szembenéznie: legyen jólöltözött, kompetenciát és hozzáértést sugározzon, de mindez ne közvetítsen szexuális jelentéstartalmat. Nehéz megtalálni a kettő közötti egyensúlyt.

A hallgatók véleménye szerint a női és a férfi orvosok egyaránt megszegik a professzionális öltözködés szabályait: a férfiak részéről ez egyfajta informalitásban jelentkezik, míg a nők ezt egy túl provokatív öltözködéssel „követik” el, mintegy szexualizálva ezáltal az orvos-beteg találkozást.

A *másoktól kapott visszajelzések* is erősítik a szakmai identitás alakulását. A Van De Camp és munkatársai (2004) által interperszonális professzionalizációnak nevezett folyamat fontos eleme a betegektől, nővérektől, kollégáktól kapott visszajelzések sora, kiemelve itt a

páciensekkel való első találkozás hivatásszemélyiség formáló erejét. Az orvostanhallgató jól tudja, hogy számos esetben a beteg - különösen egy krónikus beteg - nála sokkal tájékozottabb a betegségét tekintve. Az első anamnézis, az első fizikális vizsgálat alatt a medikus szinte végig magára figyel: „hogyan nézhetek ki”, „vajon mit gondol rólam a beteg”, „jég hideg a kezem, ezt biztos észrevette”. Ez a kezdeti bizonytalanság hamar eltűnik, épp a betegek visszajelzéseinek köszönhetően. A betegek elismerése és dicsérő szavai megerősítik őt orvosi szerepében, kialakul a „képes vagyok megtenni, meg tudom csinálni” érzése. Hasonló folyamat játszódik le az eriksoni epigenetikus fejlődésmodell szerint a pubertáskor végén, amikor a gyermeki identitások egységbe foglalásával kialakul a saját képességek gyűjteményes tapasztalatára (Erikson, 1991).

A laikusokkal való találkozások, a család, a barátok a hallgatót egyértelműen orvosi szerepbe kényszerítik, orvosi tanácsot kérve tőle, megelőlegezve számára az orvosi szerep gyakorlásával járó privilégiumokat is (Molnár és Molnár, 2002).

Az orvosi pályaszocializáció klasszikus szerzői is megfogalmazták már: „Egyszerűen az, hogy mások doktor úrként szólítják meg őket, szédítő hatással van rájuk” (Konner, 1987). Szinte mindannyiuk emlékezetében tisztán él az élmény, amikor először nevezték őket így és ehhez kötődő érzéseiket is pontosan fel tudják idézni. Viszont ha nem tekintik őket orvosnak – miközben a vele egyenrangúakat már igen – az is meghatározó élményszervező pillanattá válik.

Egy új nyelv, egy új gondolkodás és egy újfajta kommunikációs készség elsajátítása jelenti a következő stációt az orvossá válás processzusában.

Az új társadalmi valóságot az orvoslás nyelvezetének az elsajátítása teremti meg (Di Pietro, 1982). A nyelv egyrészt lehetővé teszi a kommunikációt, másrésztől elszigetel és magába zár, létrehozva egy olyan szemléletet, amelyben az ember testrészekké, szervekké, szövetekké redukálása természetessé válik, amely „az egyetlen ésszerű gondolkodási mód” lesz (Good és Good, 1993).

Így nem meglepő, ha a diákok elvesztik azt a „civil” kommunikációs készségüket, amellyel az egyetemre érkeztek.

A megkérdezett orvos-tanárok véleménye szerint mire a hallgató megtanulja a medicina nyelvét, feladja/elveszti azt a tudást, amelyet magával hozott. Elfelejt, hogy hogyan figyeljen a másakra, hogyan legyen *alázatos*, hogyan hallgassa meg a beteget...mindezt félresöpri a korrekt anamnézis-felvétel „szigora”.

Egyes szociológiai tanulmányok (Beagan, 2001) szerint az azonos szakmában dolgozó házaspárok között kizárólag az orvosházaspárok jellegzetessége az ún. „szakmázás”, ahol a magánélet szféráját is ez a nyelv hatja át. Ennek következtében egy idő után egyre kevesebb

lesz a társasági kapcsolatuk és így egyre kevesebb a külső minta arra, hogyan lehet a többi emberrel „egészségesen” kommunikálni.

Az orvossá válás kulcsfontosságú eleme az egészségügy *komplex hierarchiájának elfogadása*, és annak tudomásulvétele, hogy a hierarchia legalján az orvostanhallgató áll.

A hierarchia elbátortalanít és megfélemlít. Elfojtja a megkérdőjelezést, az eltérő véleményt és egyben a hierarchiában uralkodó elvek azok, amelyek garantálják a rendszer változatlanlanságát is.

Egy hallgató szerint a „jó orvostanhallgató tűr, hallgat és elfogad, nem száll szembe a feljebbvalóival. Ha nem tűnsz együttműködőnek, akkor gyengének minősítenek, ha gyenge az értékelésed, nem kapsz jó rezidensi helyet.”

Mások a jó szerepjátszást tekintik kulcsfontosságú lépésnek (Becker, 1961; Bloom, 1973; Coombs, 1978), hitelesen játszd-e az orvos szerepét, képes vagy-e a hozzáértés köpenyét magadra húzva a „magabiztos doktort” alakítani.

A professzionalizáció kulcsfontosságú lépése, ahogy a hallgató szövetséget köt az orvosi szakmával és ezzel a szövetséggel válik „jó csapatjátékoská”, az orvos- társadalom tagjává. Ez adja meg a szakmához, a hivatásrendhez való tartozás érzését.

Habár az orvostanhallgató, majd később a rezidens a hierarchia alján, mindenféle hatalom nélkül helyezkedik el, a betegekhez képest még ők is rendelkeznek bizonyos hatalommal.

Milyen mértékben és hogyan bánjanak ezzel a hatalommal?

Fox (1957) álláspontja szerint a diákok „egy kemény héjat” hoznak létre maguk körül az érzelmekkel való bánásmód helyett, elkerülve ezáltal a páciensekkel való túlazonosulást. Óvatosságra intenek, az érzelmi involválódás és az azonosulás veszélyére figyelmeztetnek, meg kell tanulni felülkerekedni az érzelmeken és meg kell tanulni irányítani azokat (Conrad, 1988; Haas és Shaffir, 1987). Az utóbbi évek nemzetközi kutatásai azt emelik ki, hogy ez a fajta érzelmi elhidegülés – amely egyenes következménye a tanulmányok és vizsgák alatt átélt sorozatos frusztrációknak -, nem jelenik meg a betegekkel való kapcsolatban (Pitkala és mtsai, 2003).

E két nézőpont között feszülő ellentét – dehumanizáció és deprofesszionalizáció az egyik oldalon, empátia és bizalom a másik oldalon – a formális és rejtett kurrikulum sajátosságaira emlékeztet (Bánfalvi, 2003).

Az orvosképzésen belül a *rejtett kurrikulum* azt jelenti, hogy a formálisan tanított és hirdetett képzési anyag mögött egy informális vagy rejtett tanterv húzódik meg.

A hirdetett értékek az empátiát, a szenvedés enyhítését, a bizalmat, az együttérzést és az önbírálatot hangsúlyozzák, a rejtett kurrikulum, a nem formális tananyag ezzel szemben az

objektivitást, a távolságtartó óvatosságot, az érzelmekkel, a páciensekkel és minden más szereplővel szembeni bizalmatlanságot kultiválják.

A rejtett kurrikulum erősebbnek mutatkozik a formálisnál, mert sokkal szorosabb szálakkal fűződik a hallgatók mindennapi tevékenységéhez és tapasztalataihoz, mint a tanórákon kinyilvánított és hangoztatott értékek. A preklinikai évek alatt elsajátított formális tananyag hűen követi a szakma hirdetett értékeit, míg a klinikai évek alatt átélt/megtapasztalt informális tananyag értékei igencsak változatosak. Az értékelsajátítás egyik útja a modellkövetés, ahol a gyakorlatvezető orvos hozzáállása, gondolkodása, morális állásfoglalása, a gyakorlatról gyakorlatra meghozott döntései a hallgató számára mintául szolgálnak. Hiába az orvos explicit állásfoglalása: „azt tedd amit mondok és ne azt, amit teszek”, a hallgató számára ez más értelmet nyer: „tedd azt, ami szerinted helyes, de ha túl akarsz élni ebben a világban, jobb, ha utánam csinálod” (Konner, 1987).

Igen fontos itt a verbális és nem verbális kommunikáció egymáshoz való viszonya, az 'amit mondok' és az 'ahogy mondom' kérdése. Nyilvánvaló, hogy a nem verbális elemek (az ahogy mondom) minősítik azt, amit mondok és az üzenet „igazságmagvát” is hordozzák.

Az orvosképzésben megjelenő rejtett kurrikulum főként három sajátosságban nyilvánul meg: az érzelmi távolságtartásban, a hivatásrendi felsőbbrendűségben, és a nem-reflektív hivatásgyakorlásban (Bánfalvi, 2003).

Úgy tűnik, eme értékrend elsajátítása alapvető, ha a diákok „minimális fájdalommal” akarják végigcsinálni az orvosképzés hat évét (Stern, 2000). E rezignált, aggódó attitűd ellenpontjaként – egy más aspektusból - a megfigyelt *romlás* csak *látszólagos*, mint ahogy számos nemzetközi tanulmány is utal rá (pl. Pitkala és mtsai, 2003). Az érzelmi terhelés, a tanulmányi kudarcok csak bizonyos lelki távolságtartással viselhetők el, egy frusztráció indukálta álcinizmus tanúi vagyunk. Az orvossá válás komplex rendszerében az egyetem nem vérteti föl a hallgatót olyan megküzdési mechanizmusokkal, amelyek a betegek által keltett feszültségek kezelésében, a szükségszerű kudarcérzések leküzdésében hatékonyak lehetnek. Így marad a spontán lelki elhárítás: az elfojtás, az elidegenítés, a bagatellizálás, az intellektualizálás vagy az örömszerzés alternatív útjai (alkohol, drog).

Az 1. sz. Függelékben Kébel Nóra, III. éves orvostanhallgató orvosi pszichológia szemináriumra írt munkáját olvashatjuk „Cserebogár leszek” címmel, amely saját-élményű összefoglalását adja az eddig leírtaknak.

II. A gyógyító kapcsolati készségek fejlesztésének szükségességéről

A mindennapi gyakorlat és a tudományos vizsgálatok által sokszorosan igazolt tény, hogy a gyógyító szakemberek és pácienseik közötti kapcsolatnak jelentős szerepe van a betegségek alakulásában és a gyógyításban. Az is jól ismert jelenség, hogy sok esetben azért nem kezelnek megfelelően bizonyos betegeket, gondoljunk csak a szomatizáló betegek egyre növekvő számára, mert az orvosok nem tartják őket saját „illetékességi körükbe” tartozónak. Az orvosok nem tudják kezelni a szomatikus területen kívül eső problémát, a pszichológusok számára pedig a testi tünetek állandó jelenléte okoz nehézséget (Csabai, 2006; Pilling és Cserháti, 2005). Tehát nem tud érvényesülni az oly sokat hangoztatott bio-pszicho-szociális szemlélet. A klasszikus megközelítések is felvetik (pl. Bálint, 1990), a kortárs szakirodalom pedig egyre többet foglalkozik azzal, hogy a tünetértelmezésben, a diagnózisalkotásban és a tünetek alakulásában is fontos tényező a gyógyító-beteg interakciók jellege és a kapcsolat minősége (Beach és Inui, 2006). A pszichoterapeuták képzésének mindig lényeges eleme volt, más gyógyító szakmákban — így például az orvosképzésben — pedig egyre inkább hangsúlyossá válik a terápiás kommunikáció oktatása (Csabai és mtsai, 2008).

A gyógyító kapcsolat hangsúlyának erősödését nem csupán a szakmai koncepciók fejlődése hozta létre, hanem a szakemberek és betegek szerepviszonyainak változásai is. A 20. század utolsó évtizedeiben a gyógyításban megjelentek a partnerség elemei, a betegek részéről pedig az állapotukkal kapcsolatos teljeskörű tájékoztatás igénye. Ez mára a terápiás gyakorlat jogilag is szavatolt természetes velejárójává vált. Napjainkra elfogadottá vált, hogy a terápiás kapcsolat létrehozása és működtetése olyan készség, mely fejleszthető és fejlesztendő is a gyógyító szakemberek képzésének különböző területein és szintjein.

Orvosi pszichológiai és pszichoterápiás kutatások sora igazolja, hogy a betegek ellátással való elégedettségének elsődleges tényezője a kommunikáció és a kapcsolat értékelése. A kapcsolati-kommunikációs készségek oktatása mára mindenütt a gyógyító szakemberképzés részévé vált, de gyakran inkább a kommunikáció technikáira, mint a kapcsolati készségek fejlesztésére irányul a figyelem. Ily módon sokszor sugallja az egyoldalú terapeuta-páciens viszonyt, hiszen az oktatásban többnyire a "hogyan kommunikáljon a segítő/gyógyító szakember?" kérdés köré szerveződik az ismeretanyag, elhanyagolva az interakciók

folyamat-jellegének, belső világának és élményének bemutatását. Ez abból is adódik, hogy az alapképzésben még nem rendelkeznek saját esetekkel a hallgatók, és nagyon nehéz olyan oktatási módszert találni, amely ezt pótolná.

2.1. Kapcsolati készségfejlesztés a pályaszocializációban

Kutatások sora igazolja, hogy a terapeuta-páciens viszony jellegzetességei a felek által magukkal hozott korai kapcsolati mintázatokban – a legkorábbi anya-gyermek kapcsolatban – gyökereznek. Ez azt is jelenti, hogy nem csupán a páciens, de a terapeuta kötődési készsége is saját szocializációjának terméke, ami meghatározza a terápia során tanúsított viselkedését, alkalmazott intervencióit is (v.ö. Ajkay, 2003; Erdélyi, 2004). A képzés során – szervezett oktatás keretében, vagy megfigyeléses úton – megszerzett kapcsolati készségek erre a személyes kapcsolati háttérre épülnek.

A gyógyító szakemberek pályaszocializációja mindig megkezdődik a képzésbe való belépéssel, akár kapnak ezzel kapcsolatos orientációt a hallgatók, akár nem. Tehát a szakmai kapcsolati készségeket ugyanúgy öntudatlanul is tanulja a hallgató – idősebb kollégák, oktatók megfigyelése által –, ahogy gyermekkorunkban is ösztönösen elsajátítjuk a viszonyulásmódokat és kommunikációt a családban.

Nyilvánvaló, hogy a szakmai készségek fejlesztéséhez nem elegendő az implicit – önkéntelen, nem tudatos – tanulási mód. Tudatos, rendszerezett képzésre van szükség. Ez azért nagyon fontos, mert ha nem segítjük szisztematikus módon a pályaszocializációt, akkor fennáll a veszély, hogy mire a klinikai képzését megkezdi az orvostanhallgató, addigra komolyan nehezítetté válnak, esetleg teljesen elzárulnak a kapcsolati készségek fejlesztésének lehetőségei. Olyan maladaptív kommunikációs stratégiák, a kapcsolati készségeket érintő hárítások alakulhatnak ki, amelyeknek a módosítása, javítása rendkívül energiaigényes – esetenként szinte lehetetlen feladat.

A gyógyító szerep pályaszocializációs mozzanatai terén fontos kutatások és fejlesztések történtek a hazai gyakorlatban is (pl. Bugán, 1992; Bagdy, 1995; Barcy, 2000; Barabás, 2003; Barabás és Keresztes, 2009; Kopp és Pikó, 2001). A kapcsolati készségek formálódásának folyamatára, az azokhoz fűződő *élmények* vizsgálatára azonban még viszonylag kisebb figyelem irányul, csak az utóbbi években kezdtek el vele foglalkozni a kutatók (pl. Erdélyi és mtsai, 2008). Hasonlóképp nem történtek összehasonlítások a

pszichológus- és orvosképzésben. Pedig az orvosi kontextusban jelentkező kapcsolati problémák speciális szempontokkal szolgálhatnak a pszichoterápiás interakciók zavarainak értelmezéséhez, és viszont. Továbbá, képet kaphatunk arról is, hogy miként jön létre az erős dichotómia a "testi" és "lelki" problémák kezelése terén. Ennek hátterében feltételezésem szerint nem csupán a diszciplínák és intézmények elkülönülése, a tantárgyak fragmentáltsága áll. Meggyőződésem, hogy kialakulásukban jelentős szerepet játszhatnak azok az alapvető interszubjektív élmények is, amelyek a gyógyító kapcsolat tudatos vagy önkéntelen tanulása során érik a későbbi szakembert.

Mindezek alapján olyan gyógyító kapcsolati készségfejlesztésre van szükség, amely már az alapképzésben alkalmazható, de a szakemberképzés bármely szakaszában használható módszerként integrálni tudja a kapcsolati készségek szakmai és pályaszocializációs vonatkozásait, megvalósítva a "kapcsolat, mint gyógytényező" bálinti elvét.

2.2. A hagyományosan alkalmazott módszerek nehézségei

Az orvosi identitás alakulása nem csak a tanulmányi feladatok teljesítését jelentené, hanem olyan attitűdök és kapcsolati készségek fejlesztését is, amelyek nem vezethetők le a biomedicina hagyományos tantárgyaiból. Az orvosképzés sajátos és jelentős stresszei – találkozás a betegséggel, nyomorúsággal, halállal – rendkívül megterheli a fiatalok személyiségét. Mindezek érzelmi feldolgozásához a képzés nem sok segítséget nyújt.

A gyógyító szakemberek képzése során a hangsúly a legtöbb esetben eltolódik az elméleti ismeretek átadása felé, és a gyakorlati oktatásban is kevés teret kap az interperszonális készségek fejlesztése. Ennek okait egyaránt kereshetjük a képzési szisztémában (Szócska és Romics, 2001), az oktatók felkészültségében és attitűdjeiben, de a hallgatók hozzáállásában is. Amerikai és nyugat-európai tanulmányok arról számolnak be (pl. Konner, 1987), hogy a felsőbb éves hallgatók idejük jelentős részét a betegellátásban töltik, rutinfeladatokat látnak el, ezáltal erősítve kompetenciájukat. A magyar orvostanhallgató alig jut beteghez, az orvos és az ápolószemélyzet nem mond le a rutinfeladatokról, még akkor sem, ha túlterheli magát, hiszen akkor csökkenne a paraszolvencia-bevétele. Az utóbbi 2-3 évben – tapasztalataim alapján - a diákok nagyobbik hányadában már nincs meg az a belső késztetés sem, hogy saját betege legyen, hogy a gyakorlatban is kipróbálhassa magát, betegekkkel való kapcsolati-kapcsolódási készségeit próbára tegye.

Az említetteken túl az is akadályozza a kapcsolati készségekkel való foglalkozást, hogy a diákok (esetenként oktatóik is), sőt néha a gyakorló szakemberek is félnek az érzelmek

kezelésének nehézségeitől, legyen szó saját érzelmeikről vagy másokéről. Ez adott esetben megakadályozhatja őket már abban is, hogy egyáltalán feltárják a páciens problémájának hátterét, kérdéseket merjenek feltenni neki. Ezen problémák kiküszöbölésére fejlesztették ki a képzésekben a különböző kommunikációs készségfejlesztési kurzusokat, tréning-technikákat. A tapasztalatok alapján azonban ezek alkalmazása során számos nehézséggel szembesülünk.

A pályaszocializációs csoportok a pálya műveléséhez kedvezően hozzásegítő személyiségtényezők fejlesztésére irányuló csoportok egy adott oktatási intézményen belül, s többnyire azonos évfolyamú hallgatókból szerveződnek. Céljuk, hogy a frissen végzett szakember (orvos, pedagógus, pszichológus) készen álljon hivatása gyakorlására. A humánsegítő szakmák művelőinek gyakorlati, személyes hatékonyságához személyiségükön keresztül vezet az út. E fejlesztő folyamat különböző szakaszaiban, más-más hangsúlyokkal, de egyszerre kerül a csoportfolyamat fókuszába a személyes és a szakmai identitás, amely nem választható el élesen egymástól.

A pályaszocializációs csoportok legfontosabb jellemzői (Bagdy és Bugán, 1996):

1. A szakmai szerep modelljeinek elsajátítása önismereti motívumok interferenciájában.
2. Az életkori sajátosságokból adódóan főként autoritás krízisekkel átszőtt kapcsolati problémák jelennek meg.
3. Az intézményi létből és az egymásra rétegződő szociális kapcsolatokról (évfolyam közösség, tanulócsoporthoz, kollégiumi vagy albarter közösség) adódó kérdések, konfliktusok szövik át.

Barcy Magda (2000) - kutatásai, tapasztalatai alapján - elég keserű képet fest a felsőoktatásban alkalmazott személyiség- és készségfejlesztő csoportokról. Az oktatási helyzetből adódóan olyan feloldhatatlan ellentmondásokba ütközünk, amelyekre nincs igazi megoldás. Ilyen az önkéntesség, a teljesítés-eredmény-osztályozás, és a tanári szerep kérdése. Az ilyen típusú tantárgyak természetéből következik, hogy érdemjeggyel nem mérhetők. Ami mérhető és osztályozható benne, az már nem tartozik a tárgy lényegéhez. Ha hasonlunk a többi tárgy számonkérési rendszeréhez, akkor egyre jobban elhal a pszichológiai kapcsolat-és készségfejlesztő jelleg, a tárgy igazi lényege. Ha kötelezővé teszünk ilyen tárgyakat, akkor sok lesz a motiválatlan, sőt ellenmotivált hallgató, ha nem kötelező, akkor viszont lényegtelenné, „játás órává” válik.

A harmadik gond a tanári szerep kérdése. A csoportvezető a hallgató szemszögéből egy tanár, akinek a viselkedését a többi tanárhoz méri. Ha a csoportvezető elutasítja a tanár szerepet, az tájékozódási zavart okoz a hallgatónak. Ha „túlságosan” tanár marad, az

korlátozza a pszichológiai teret, hiszen egy vizsgáztatóval szemben jóval óvatosabb az ember, pl. kevésbé lesz feltárulkozó.

Az alábbiakban a kommunikáció oktatás leggyakrabban használt módszereit és azok problémáit veszem sorra.

2.2.1. Esetelemzés

Elsősorban a kognitív készségeket mozgósítja, ugyanis a képzésben résztvevők számára egyfajta feladatmegoldást jelent, hogy feltárják az eset különböző vonatkozásait, hátterét. Többnyire nincs lehetőség a személyes tapasztalatok bevonására, még kevésbé azok megjelenítésére, átélésére. Az alapképzésben résztvevő diákoknak általában még nincsenek saját eseteik, így nem mozgósíthatják saját asszociációs bázisukat.

2.2.2. Empátialabor

A klasszikus Carl Rogers - féle technika szerint hármas csoportokban vesznek részt a csoporttagok a gyakorlatban: egyikük a kliens, másik a terapeuta, a harmadik a megfigyelő. A diádikus interjúkat videón rögzítik, majd közösen elemzik. A mindennapi oktatási gyakorlatban azonban a hármas csoportokra osztás kevésbé alkalmazható – főként a videofelvételek technikai kivitelezésének nehézsége miatt –, így többnyire a teljes csoportban végzett megfigyelés zajlik. Ez számos nehézségbe ütközik, ugyanis sérül a diádikus szituáció intimitása, egyetemi tanulócsoportokban a hallgatók gyakran csak vonakodva vesznek benne részt (ügyelnünk is kell a személyiségi jogok védelmére). A professzionalitás egy-egy töredéke gyakorolható be az encounter gyakorlatok által. Az empátialabor alkalmazása a tapasztalatok szerint szerencsésebb a tanórán kívüli pályaszocializációs munkában és a továbbképzéseken szervezett tréningcsoportokban.

2.2.3. Filmelemzés

Itt általában filmen rögzített gyógyító-beteg találkozásokat elemeznek a csoporttagok, akár úgy, hogy a felvételen valódi helyzet, vagy színészek által szimulált interakciók jelennek meg. A tapasztalatok szerint ez jól használható módszer, azonban gyakran passzivitást vált ki a csoportból a közös „mozizás” élménye. Egyfelől mélyít, másfelől individualizál, elválaszt egymástól és a csoportfolyamat kedvező hatásai nem érvényesülhetnek. Továbbá gyakran nehéz túllépni az esetelemzésnél már ismertetett problémákon: a feladatmegoldás

kényszerén, ami háttérbe szorítja a sajátélmények megjelenítését. További nehézséget jelent, hogy nem állnak rendelkezésre a filmek elemzéséhez szükséges sztenderdizált értékelési szempontok, így az oktatónak gyakran nehéz mederben tartani és szisztematikusan végigvezetni a megbeszélést.

2.2.4. Szerepjáték, dráma-technikák

Az élménymegélést és a saját tapasztalatok megjelenítését leginkább elősegítő technikaként tartják számon, de alkalmazása gyakran nehézségbe ütközik és körültekintést igényel. A témával kapcsolatos szakirodalom szerint többnyire érzelmi tényezők akadályozzák a résztvevőket a szerepjátékban, melyeknek megnyilvánulási formái a zavar, a gátlásosság, a szorongás (Nestel és Tierney, 2007). Egyetemi hallgatók körében gyakran találkozunk azzal, hogy életidegennek érzik a szerepet, mivel nem tudják beilleszteni a páciens problémáját saját élettapasztalataik keretébe. Tapasztalatok hiányában kockáztatjuk a szerepjáték realisztikus jellegét, ráadásul provokálhatja a hallgatók bohóckodási hajlamát. Sok hallgató nem képes kellően elvonatkoztatni és „beteg”-nek látni saját hallgatótársát, így nem képes valódi emóciókat előhívni (Spaendonck K. és mtsai, 1999).

Bizonyos szerzők azt javasolják, hogy egyetemisták számára olyan szerepgyakorlatokat érdemes szervezni, melyben diákok problémáiról, az egyetemi-főiskolai létezésről van szó. Mások azonban ezt szükségtelennek, sőt esetenként zavarkeltőnek értékelik (azzal érvelnek, hogy épp a túlzott azonosulás nehezítheti a bevonódást). További megfigyelés, hogy főként a gyakorlati tapasztalattal még nem rendelkező hallgatók nehezen vállalkoznak a szakember szerepére, mert annak eljátszását feladatmegoldásnak, a csoport előtti vizsgázásnak érzik. Gyakorló szakemberek pedig azzal hárítják el a feladatot, hogy „szerepelnek eleget a munkájuk során”.

2.2.5. Bálint-csoport

„Mitől kedves a beteg?
Mi ruházzuk fel őket ezzel a tulajdonsággal,
Mi tesszük őket azzá.
Én még csak kedves beteggel találkoztam.”
(Bazsó Katalin, III. éves medika)

A kapcsolati készségfejlesztés és élménymegélés szempontjából kiemelt jelentőségű a Bálint Mihály (1957) által kifejlesztett csoport-technika alkalmazása. Bálint Mihály a segítők segítése céljából fejlesztette ki a később róla elnevezett csoportmódszert, amelynek alaptételei és terápiás következményei nem csupán a megfelelő orvos-beteg kapcsolat megvalósításához, hanem a nehézségek leküzdéséhez, sőt a kiégés kezeléséhez is hasznos támpontokkal szolgálnak. Óriási felismerése a gyógyító személyiségének „orvosgyógyszer” jellege: az orvos személyiségével és viselkedésével maga is „gyógyszernek” tekinthető. Mindazok a pszichológiai hatások, amelyek az orvos részéről érik a beteget, befolyásolják a gyógyulását. Az orvosban keletkező érzelmek sokszor hasonlóak azokhoz az érzésekhez, amelyeket a beteg másokból kivált. Ha az orvos képes ezen (indulat)áttételi folyamat felismerésére, akkor toleránsabbá válhat a betegével szemben.

Felhívja a figyelmet arra, hogy mint minden gyógyszer alkalmazásánál, az orvos-beteg kapcsolat során is ügyelni kell a megfelelő „adagolásra”, figyelembe kell venni a beteg érzékenységet, tolerancia-szintjét, az orvos személyiségének esetleges „mellékhatásait” és „kockázatait”.

A Bálint-csoport egy általában 8-12 segítő foglalkozású szakemberből álló, heti-kétheti rendszerességgel összeülő esetmegbeszélő csoport, amely az orvos-beteg kapcsolat középpontba állításával dolgozik. A csoporttagok egy - a módszert kiválóan ismerő és alkalmazni tudó - csoportvezető segítségével próbálják felismerni és megbeszélni az adott esettel kapcsolatos érzéseiket, problémáikat (Csabai és Molnár, 1999).

Bálint Mihály csoportvezetését két adottság határozta meg: sugárzó személyisége és a szenvedélyes tanítás vágya, hogy az orvos és a beteg közötti áttételt és viszontáttételt átadja. Az ún. első generációs Bálint-csoport vezetők – mint pl. M.B. Clyne, A. Trenkel, B. Luban-Plozza, H.K. Knöpfel, D. Eicke, W. Loch, H. Argelander – még a mester útját követték. Kezdetben az orvosban felmerülő érzéseket és az orvos-beteg viszonyt helyezték a csoportfolyamat fókuszába. A hatvanas évektől a páciensek patogén konfliktusait kutatták, valamint a kiváltó eseményeket a kórtörténetben. Később ismét azok a törekvések erősödtek

meg, hogy a beteget segítsék érzései verbalizálásában és abban, hogy érzéseit saját maga ismerje föl. Munkacsoportként működtek, a praxisban végbemenő tudattalan folyamatokra koncentráltak. A csoport önismeretbe való átcúszását, a személyes tudattalan érintését nyíltan ellenezték a Bálint-csoportvezető – képzésben. Argelander (1972) szerint ha ezt nem tennék, munkacsoportból terápiás csoporttá, csoporttagokból pedig páciensekké válnának.

Ugyanakkor a második generációs Bálint-csoport vezetőknek – Maria Rohde (2002) felvetése szerint – már más módszereket is keresniük kell, amely igazodik a „nagykorúsított” páciensekhez és mindazokhoz a társadalmi változásokhoz, amelyek az eltelt 50 évben történtek. Véleménye szerint a Bálint-csoport régi értelmezése túlhaladott és a csoportanalitikai koncepciók nélkül a mai kor kihívásaihoz nem tud felnőni. A Bálint-csoportot az analitikus csoportok különleges formájaként kell kezelni és nem annyira a résztvevők önvizsgálatára, mint inkább az egész csoport dinamikájára kell fókuszálni. Rohde (2002) Foulkes (2002) csoportanalitikus koncepcióját tartja a legalkalmasabbnak arra, hogy kiegészítse a Bálint-csoportvezetők eszköztárát. Érvelése szerint, már Bálint (1957) is a referáló elbeszélését a csoportban manifeszt álmoként szemlélte és hagyta, hogy a csoport résztvevői erre asszociáljanak, összekevervén az álmot az ébrenléttel, pusztán azért, hogy tudattalan tartalmakat tegyen megtapasztalhatóvá. Ez az értelmezés találkozik azzal a Foulkes-féle feltevessel is, hogy minden pszichológiai folyamat multiperszonális természetű. A résztvevőkre, hozzászólásaikkal együtt úgy kell tekinteni, mint a csoport egésze mint háttér előtt álló figurákra, hiszen a Bálint-csoport valóban egészként reagál a referens beszámolójára.

A Bálint-csoport nem klinikopatológiai-, nem önismereti-, nem terápiás-, nem esetmegbeszélő csoport, de mindegyikből tartalmaz elemeket. A Bálint-csoport eredménye az orvos bizonyos fokú pszichológiai iskolázása, beszéd-és kommunikációs készségének fejlődése, saját foglalkozási szituációjának és identitásának reflektálása, az esetek mélyebb átgondolása, saját stressz-terhelésének jobb feldolgozása és nem utolsósorban életminőségének javulása (Harrach és Schnell, 2008).

A Bálint-munka célja:

- a beteg rejtett üzeneteinek megértése
- az orvos betegre vonatkozó reakcióinak megfigyelése, azok diagnosztikus eszközként való hasznosítása,
- az orvos-beteg kapcsolat diagnózisa,
- ennek a diagnosztikusan megvilágított kapcsolatnak terápiásan hatékony alakítása (Császár, 1998).

Ehhez a csoport résztvevőinek meg kell tanulniuk másképpen beszélni pácienseikről, mint ahogy azt az orvosi esetmegbeszélésen elsajátították. Olyan dolgok válnak fontossá, amit szokványosan az orvosnak, mint szubjektív elemet ki kellene zárnia gondolkodásából. Saját benyomásaik, érzéseik, sejtéseik, fantáziáik válnak fontossá. A „személyiség korlátozott, de mégis figyelemreméltó változása” (Bálint, 1957) akkor alakulhat ki, ha megtanulják egymást is másként látni és szemlélni. Paneth Gábor (1981) is a szemléletváltozás fontosságát hangsúlyozza, amikor a Bálint-csoportról, mint pszichoterápiás csoportról ír.

Gyakori kérdés: mi a megfelelő eset, amiről érdemes beszélni egy Bálint-csoportban?

Valamilyen pszichés betegségben szenvedő beteget kell választani? A tapasztalat azt mutatja, hogy legjobb olyan esetet hozni, ami a napi praxisból jön és akarata ellenére nem hagyja nyugodni az orvost (Clyne, 1998).

A Bálint-csoportban való részvétel az orvosban számos félelmet indukál:

- pszichológiailag hibázni fogok, hiszen nem tudok pszichoterápiát végezni,
- nem akarom magam kiszolgáltatni a kollégáknak,
- nem megfogható, igazából mit is kell megtanulni (Eicke, 1998).

A Bálint-csoport természete folytán egyes pontjain megkérdőjelezi, átmenetileg elbizonytalanítja a szakmai identitást, amire különös tekintettel kell lennünk egyetemisták csoportjaiban, akiknek a szakmai identitása még bizonytalan és törékeny.

Az orvostanhallgatóknak szervezett junior Bálint-csoportban a csoportfolyamat középpontjában a csoporttagoknak az esettel kapcsolatos érzései, asszociációi állnak, de legtöbbször jobban előtérbe kerülnek a kezdeti szereptapasztalatok, a szakmai identitás, a pályaválasztás és az alkalmasság kérdései ill. a hallgatók kórházi hierarchiában elfoglalt helyzete (Szőnyi, 2005).

Ma már egyre több Bálint-csoportot szerveznek, de még mindig nehéz elérhetővé tenni és bevezetése esetenként még mindig kifejezett ellenállásba ütközik vagy kudarcba fullad (Pető, 1990).

Problémafelvetés

Az orvoscépzés reformjának szükségességét már a 70-es évektől felismerték a hazai orvosegyetemek, az oktatási reformtörekvések részeként elindították a hallgatói feedback rendszer kidolgozását (Bukovinszky, 2007). Különösen az a felismerés inspirálta őket, hogy azok az egyetemek, ahol az oktatás fókuszpontja elsősorban nem a tanárra és a tananyagra, hanem a diákra irányul, sokkal eredményesebbek és népszerűbbek. A képzés végcélja, egy közösségben dolgozó, széles körben kompetens, kreatív orvos kiképzése és nem elsősorban a tudósé vagy a magasan képzett specialistáé. Felülvizsgálták a hagyományos kurrikulumot, növelték a gyakorlati órák számát és javaslatként megfogalmazták, hogy az orvoscépzésben és az orvosi kompetencia kialakításában a magatartástudományi készségek és ismeretek a jelenleginél lényegesen nagyobb súllyal szerepeljenek (Kopp és Pikó, 2001; Barabás, 2003). A XXI. század új szerepfelfogása értelmében már nem egyszerűen diákok és tanárok, betegek és orvosok állnak egymással szemben, hanem fogyasztók (vásárlók) és szakértők (eladók). Mindez feltételezi a korábbi hierarchikus, szubmisszív/domináns viszony feladását és átalakítását egy kiegyenlített, partneri viszonyra. Hiába ér el az orvostudomány rendkívüli eredményeket pl. az élettartam meghosszabbításával, az orvoslással való elégedetlenség egyre nő. Az orvosok jelentős része - egyes ombudsmani jelentések szerint 75%-a – a kommunikáció hiányosságai, de fogalmazhatunk úgy is, hogy kapcsolati problémák, a kapcsolati elv háttérbe szorulása miatt jön létre.

Bálint Mihály (1957) gondolata, mely szerint „az orvos gyógyító munkájában azzal is gyógyít, hogy önmagából ad”, mára valamennyi, korszerűnek tartott orvosi szakkönyv mottójává vált. Hogy milyen formában és mennyit adjon magából, azt saját tapasztalatai során, másoktól – mesterektől – átvett módszerekkel és leginkább saját kárán tanulja meg.

Hiába tudja a hallgató, hogy azáltal válhat hiteles szakemberré, ha szaktudását személyiségén keresztül juttatja érvényre, mégis ritka és esetleges, hogy egy fiatal, egyetemről frissen kikerült orvos tényleges gyógyító-segítő kompetenciával rendelkezzen.

Így adódhat a „pályakezdési sokk” – vagy nevezhetjük „kapunyitási pániknak”- jelensége, amelynek kiutat keresői között találkozhatunk pályaelhagyókkal, szerepük mögé búvókkal, mindent tudókkal és kudarcok által megbénítottakkal.

Az indulást, a pályaválasztást követő első lépések még reménnyel és vágyakozással teliek, valamennyi erre vonatkozó felmérés kiemeli (Bagdy, 1988; Csabai és Barta, 2000), hogy az indító motivációkat a humanizmus, a másokon való segítség vágya hatja át. Ugyanakkor azt is látjuk, hogy az orvosképzés hat éve alatt a kezdeti pályaiillúziók szertefoszlának, a humanisztikus, segítő motivációk háttérbe szorulnak, elvárásaikban csalódott, szorongó, önmagukat a pályára alkalmatlannak tartó orvosokat látunk (Bagdy, 1988; Papp és Túry, 2010).

Ugyanakkor az is jól ismert jelenség, hogy az orvosi identitás alakulásában, a pályaszocializációban központi helyet foglal el a betegekkel való kapcsolat alakulása. Az első fejezetben már említett interperszonális professzionalizációnak (Van De Camp és mtsai, 2004) nevezett folyamat fontos eleme a betegektől, nővérektől, kollégáktól kapott visszajelzések sora, kiemelve itt a *páciensekkel* való első találkozás hivatásszemélyiség formáló erejét. A betegek elismerése és dicsérő szavai megerősítik a medikust orvosi szerepében, kialakul a „képes vagyok megtenni, meg tudom csinálni” érzése.

Ezen eredmények és egy évtizedes oktatói tapasztalatom késztetett arra, hogy I., III., IV. és VI. éves hallgatóknak olyan pályaszocializációt segítő csoportokat indítsak, ahol választ kaphatok az alábbi kérdésekre.

1. Hogyan formálódik és változik az orvostanhallgató beteg emberről és betegségről kialakított képe, ezen jelenségekhez való viszonya.
2. Az orvosképzésben használt oktatási módszerek hogyan és milyen szinteken vesznek részt a pályakép, az orvosi identitás és a hivatásszemélyiség formálásában.
3. Célként fogalmazódik meg a legnagyobb intenzitású és effektivitású módszernek az egyetemi képzés szemesztereibe való beépítése, integrálása.

Korábbi, tanárszakos hallgatóknak szervezett pályaszocializációs, módszertani kutatásunkban (Csabai, Csörsz és Szőnyi, 1997) már beigazolódott, hogy az indirekt módszerek – akkor meséket használtunk - hatékonyan mozgósítják az identitáskeresés folyamatát és indirekt módszerekkel hatékonyan vizsgálhatók a mentális reprezentációk. A mentális reprezentáció a cselekvési szándék egyik fontos meghatározója, a cselekvés pedig az orvosi tevékenység egyik legfontosabb összetevője.

Az értekezésemben szereplő empirikus vizsgálatok során az oktatás folyamatában, a maga természetes közegében vizsgálom az orvostanhallgató betegreprezentációjának, beteg

emberhez való viszonyulásának és az orvosi hivatásszemélyiségnek az alakulását. A háromszintű, háromféle oktatási technikát felhasználó program keretében lehetőség nyílik arra is, hogy megvizsgálhassuk, melyik oktatási technika képes a leghatékonyabban megjeleníteni mindazokat a pszichológiai minőségeket, amelyek hozzájárulnak a reprezentációk alakulásához és így a pályaszocializáció folyamatához. A pályaszocializáció egy tanulási modell, amelynek elsődleges célja a szakmai kompetencia megszerzése. Ennek kialakításához az orvostanhallgató személyiségén át vezet az út. Ebben a fejlesztő folyamatban egyszerre vesszük fókuszba a személyes és a szakmai identitást, ugyanis önmagunk megismerése nem választható külön a szakmai identitás kialakításától.

A háromszintű, háromféle oktatási technikát felhasználó program elemei

- I. Junior Bálint-csoport
- II. Imaginatív, képi megjelenítés
- III. Expresszív, dramatikus munkamód, projektív technikával kiegészítve

A *Junior Bálint-csoportban* az esetismertetések során leginkább kognitív síkon dolgozunk, verbális-logikus-elemző munkát végzünk a bal agyfélteke „hangsúlyával”, az orvos-beteg kapcsolat középpontba állításával. Foulkes (2000) csoportanalitikus koncepciója értelmében a csoport lényege a kommunikációs folyamat fenntartása a következő négy szinten: 1. mindennapi viszonyok- szociális szint, 2. áttételi szint – a korábbi kapcsolati mintázatok ismétlődésének szintje, 3. projektív szint- közös fantáziák és elhárítások, és a 4. a primordiális (ősi) szint, a kollektív tudattalan szintje. A Junior Bálint-csoportban szociális, áttételi és projektív szinten dolgozunk. A *spontán imagináció* során elsődlegesen egy ősből, primordiális szinten kommunikálunk, de a mindennapi viszonyok, a jelen szolgál kiindulópontul. Az imagináció során a szimbolikus gondolkodás műveleteinek felhasználásával, a jobb agyfélteke „aktiválásával”, képekkel dolgozunk. Az *expresszív munkamód* során az élményfolyamat megjelenítésével, az orvosi identitásalakulás kríziseinek lejátszásával, sajátosan egyéni eszközökkel és a hallgató által választott tartalommal dolgozunk, mind a négy kommunikációs szint felhasználásával (1. sz. táblázat).

Alkalmazott módszer	Vizsgálandó reprezentációs szint	Gondolkodási művelet	Kommunikációs szint (Foulkes nyomán)	A megnyilvánulások értelmezési kerete	Elemzési technika
Junior Bálint-csoport	Tudatos	Logikai- racionális	Szociális szint (jelen) Áttételi szint Projektív szint	Interperszonális	Tartalomelemzés
Imagináció	Tudatelőttés, Tudattalan	Képi, szimbolikus	Primordiális (ősi szint) Szociális szint (jelen)	Intrapszichés	Tartalomelemzés Rorschach-jegyekkel (V. oszlop)
Dramatikus megjelenítés + projekció	Tudatos, Tudatelőttés, Tudattalan	Logikai- racionális; Szimbolikus, képi	Szociális szint Áttételi szint Projektív szint Primordiális szint	Interperszonális Intrapszichés	Folyamatelemzés Tartalomelemzés Kvantitatív adattfeldolgozás

1. sz. táblázat: Az elemzés technikái és szintjei

Ettől a képzeletre, kreativitás-ébresztésre és jobb agyféltekei működés aktiválásra épített *élményalapú pszichológia tanítástól* elsősorban azt várom, hogy a jövő orvosok kifejezik, közlik és átélnek érzéseiket; mernek érzésekről beszélni, arról kérdezni; otthonosan mozognak a betegekkel (kollégákkal) való kapcsolatteremtés és kapcsolattartás világában; respektálják, tolerálják a másságot, a „nehéz beteget”.

Programomat kísérleti céllal, speciálkollégium keretében, önkéntes, érdeklődő hallgatókkal valósítottam meg.

III. Junior Bálint-csoport

3.1. Junior Bálint-csoportok az orvosképzésben

Az orvosképzésben ún. *Junior Bálint-csoportokat* szerveznek, amely a szakmai szerepre történő felkészítésben fontos szerepet játszik. Ez úgy zajlik, hogy a hallgatók – legtöbbször saját eseteik még nem lévén – saját környezetükben, vagy klinikai gyakorlat során megfigyelt eseteket hoznak magukkal, és azokkal dolgozik a csoport. A középpontban itt is a csoporttagoknak az esettel kapcsolatos érzései, asszociációi állnak, de legtöbbször jobban előtérbe kerülnek a kezdeti szereptapasztalatok, a szakmai identitás, a pályaválasztás és az alkalmasság kérdése, ill. a hallgatók kórházi hierarchiában elfoglalt helyzete (Szőnyi, 2005). Nyilvánvalóan kimarad az esetet hozó hallgató személyes viszonya a történet főszereplőjével, hiszen nem saját pácienséről van szó. Ennek ellenére ez a csoportos technika sikerrel alkalmazható, ha a csoportvezető megfelelően tudja követni és hasznosítani a csoportdinamikát. Ehhez azonban arra van szükség, hogy az oktató képzett legyen a Bálint-csoport vezetés elméletében és gyakorlatában.

Oktatási tapasztalataim alapján a Junior Bálint-csoporton elhangzott esetismertetések, a felmerülő érzelmi problémák három téma köré csoportosulnak:

- felerősödött, feldolgozatlan halálfélelem;
- elfojtott, de időnként aktiválódott agresszív érzések a beteg iránt, saját érzelmi problémák (főként kapcsolati, kapcsolódási nehézségek);
- félelem a betegek bizonyos verbális közléseitől és erős érzelmi kisugárzásaitól, félelem az intimitástól.

A vizsgálat menetének leírása

A vizsgálatban 5 Junior Bálint-csoport eseteit elemeztem, összesen 60 esetleírást. A csoportokat Dr. Kollár János (1 csoport), Síró Ágnes (2 csoport) és én vezettem (2 csoport). A csoportok elektív kurzusként voltak meghirdetve III. IV. V. és VI. éves medikusoknak. Vizsgálataimat 2004. szeptemberétől 2005. decemberéig végeztem. A kurzus teljesítésének feltétele egy bálinti szempontú esetleírás elkészítése volt. Ezen írott dolgozatokból indult a feldolgozás.

Az anyagfeldolgozás módszere

Az eseteleírások átolvasása után a szövegeket bizonyos kulcsproblémák szerint kategorizáltam, majd az azonos kategória alá eső szövegekben meghúzódo problémák jellegét és gyakoriságát tártam fel.

Eredmények

A bálinti szempontú eseteleírásokban felmerülő problémák 4 téma köré csoportosulnak. A legnagyobb arányban, 21 eseteleírásban az intimitástól, a súlyosan beteg emberek testi közelségétől való félelem jelent meg, majd ezt követte a feldolgozatlan halálfélelem megjelenése 18 esetben. 15 eseteleírás az áttétel-viszontáttétel problematikája köré szerveződött és 6 esetben találkozhattunk olyan orvostanhallgató-beteg kapcsolati problémával, amelyben a beteggel szemben felmerülő agresszió kezelése jelentette a legnagyobb problémát. (A számok előfordulási gyakoriságot mutatnak, további kvantitatív vizsgálatot nem végeztem velük.)

Illusztrációként szeretnék bemutatni néhány esetrészletet, amely a legmarkánsabban jeleníti meg a fenti problémákat.

Az első eset egyik szereplője egy 27 éves férfi, aki rosszindulatú nyirokcsomó-megnagyobbodása miatt feküdt a klinikán. Az anamnéziszfelvétel során kiderült, hogy a férfi édesanyja egy éve halt meg. Az eseteleírásban élményszerűen nyomonkövethető az orvostanhallgató és a beteg közötti áttételi és viszontáttételi folyamatok alakulása.

„Nem volt felesége sem, s kicsit magyarázkodva hozzátette, hogy jó ideje barátnője sincs. Egy pillanatra felötlött bennem – a tényeket figyelembe véve: a fizikális vizsgálat okozta zavar és a nedves bőr, az érezhető kommunikációs zavar (a beszélgetés alatt végig tegezett, én pedig tudatosan magáztam), a női társ hiánya, lehet, hogy még nem is volt komolyabb kapcsolata nővel. Aztán váratlan fordulatként ő kérdezett engem. Arra volt kíváncsi, hányadéves vagyok és hol lakom. Az első kérdést még barátságosan megválaszoltam, de a másodikat már túl személyesnek találtam. Úgy éreztem, hogy a visszakérdezés – jobb híján – egy hirtelen adódó lehetőségbe való kapaszkodás, és ez a gondolat megrémített. Annyit mondtam, hogy kollégista vagyok, de olyan hangsúllyal, ami egyértelműen a téma lezárását vonta maga után ... majd meglepő bizalommal elmesélte, hogy volt egy fitymaszűkülettel kapcsolatos műtete és nagyon fél attól, hogy nem lehet gyereke. Hirtelen azt vettem észre, hogy most ismét más szerepet oszt rám. Az orvosjelölt keveredett az aggodalmait meghallgató, megértő és talán eloszlató anyaszereppel. ... Érdekes volt tapasztalni, hogy a beteggel eltöltött fél óra alatt voltam ügyetlenkedő orvostanhallgató, barátnőjelölt, anya és tanácsadó.” (Vaszily, 2005)

A második történet betege egy idős, cachexiás cigány férfi, „...akit, amikor először megláttam, valamiféle megmagyarázhatatlan szorongást éreztem: nem szerettem volna, hogy ő legyen a páciensem. Már első ránézésre láttam, hogy valamilyen senyvesztő betegségben szenved. A probléma akkor kezdődött, amikor fizikálisan kellett megvizsgálnom. Egyik pillanatról a másikra nagyon rosszul lett, zihálni, fulladni kezdett, köhögött, láttam, ahogy tele megy a szája vérrel és váladékkal, és nem kap levegőt. Teljesen leblokkoltam... Tudat alatt ettől a szituációtól rettegetem. És bekövetkezett... A nagypapám szintén rákban szenvedett. Amikor utoljára mentem meglátogatni, az oldalán fekvő zihálva vette a levegőt. Azt suttogta, hogy segítsék neki feljebb csúszni az ágyban. Ekkor azonban teljesen lemerevedtem, nem tudtam semmit sem tenni, csak zavartan mosolyogni... majd kimentem a szobából. Ekkor láttam utoljára a nagypapámat. És akkor ott, a beteg ágya mellett bevillant ez a kép és ugyanaz a lelkiállapot. Azonnal felpattantam és cselekedni kezdtem: a mosdóhoz toltam a bácsit, hogy ki tudja köpni a váladékot, elszaladtam vesetálért és hoztam papírvattát. Úgy éreztem, hogy folyamatosan azért kell cselekednem, hogy minél többet és jobbat tegyek érte. Teljesen megszűnt a szorongásom, felszabadulttá váltam. Úgy éreztem akkor, hogy bármire képes lennék, hogy a legjobbat nyújtsam számára. A mai napig úgy érzem, hogy egy ajtó nyílt ki számomra, ami akkor, azon a napon zárult be, amikor a nagypapámat utoljára láttam élve.” (Kovács, 2005).

Ez az eset a *flash-technika* (E. Bálint, 1973), azaz egy helyzet villámszerű megvilágosodása és ezen megvilágosodás terápiás értékű felhasználását mutatta be.

A következő eset elsősorban az orvostanhallgatók kapcsolódási nehézségeit mutatja be, de ugyanígy benne van az intimitástól, a súlyosan beteg emberek közelségétől, erős érzelmi kisugárzásától való félelem is.

A történet helyszíne a gyermekklinika intenzív osztálya, nyári ápolástan-gyakorlat: „Volt egy leukémiás kisfiú nálunk, a hematológiáról hozták át. Tizenkettő lehetett, nem biztos, nehéz volt besaccolni. Csont és bőr. Kopasz fej, hatalmas, mélybarna szemek, hatalmas, mély fájdalom. Fájt neki, ha hozzáérték, könyörgött, hogy ne szúrják meg. De amikor látta, hogy muszáj, megmondta a nővérnek, hogy melyik vénáját szúrja, mert az a legjobb. A szám táva maradt, iszonyú tehetetlenséget éreztem. Később próbáltam beszélgetni a kisfiúval, de inkább a könyvébe mélyedtem. Amikor az anyukáját kérdeztem, segíthetek-e, csak annyit felelt, köszöni, de tudja, mit kell csinálni, majd ő elintézi. Annyira szerettem volna valahogy segíteni. Azóta tudom, hogy nem leszek hematológus.” (Sántha, 2005).

A következő történet helyszíne egy nyírségi falu, ahová esetkocsit hívtak, mivel „...állítólag egy középkorú nő felvágta az ereit öngyilkossági szándékkal. Megérkeztünk. Kétemeletes ház, kicsit lerobbant. Az ajtó üvege betörve. Bemegyünk. Két fiatal gyerek vár, mutatják az utat, hogy hol van az édesanyjuk. Sírnak. Meglátjuk a nőt a fürdőszobában ülve... minden tiszta vér. A nő kába a vérvesztéstől, de lehet, hogy az italtól. Ugyanis dől belőle az italszag. Ellátom a szokásos rutin szerint, nyomókötés, sebellátás, minden annyira automatikus. Majd jön a fizikális vizsgálat. Közben próbálom elképzelni, hogy miért tette. Mérhetetlenül dühös vagyok erre a nőre. Egy utolsó szemét! Vasárnap van. A gyerekeit tönkreteszi. Piázik, a lakás fürmedvény, mindenhol kupi, hát hogy a francba lehet valaki ilyen hanyag! A nő egyébként elég jól néz ki, még ebben az állapotban is átsüt rajta az emberi szépség. Ennek ellenére a haragom nem változik. A lekezelő viselkedésre koncentrálok, nem a gyógyításra, »mert az ilyen csak azt érdemli!« A nő kezd lassan magához térni, de már alig vagyok rá kíváncsi. Mit kellett vajon átélnie a gyerekeknek ezzel a pocsék anyával. Szóval »jó orvos« módjára gyártom az előítéleteket, ahelyett, hogy mérlegelnék és a beteg érdekeit tartanám szem előtt. A mentőben a betegemet folyamatosan leszólok, nem érdekel, hogy mi van vele, csak túl akarok lenni az egészen. Így is történt. Gondoltam, soha nem látom többé ezt az ostoba nőt. Tévedtem. Szerencsémre (ezt kihangsúlyozom) újra találkoztunk. Két nap múlva én vittem haza, ismét mentővel. A szokásos rutindokumentáció után elindulunk. Öt-tíz perc kínos csend után elmondom a nőnek, hogy én hoztam be két nappal ezelőtt és jól kioktatom, hogyan lehet így bánni a gyerekeivel. Türelmesen végighallgat, aztán egészen nyugodtan és halkán fog bele a mondandójába.

Elmondja, hogy ápolónő volt, szuper férjjel, kedves gyerekekkel, biztos anyagi háttérrel. A férje azonban már nincs velük – itt kezd el sírni –, váratlanul meghalt egy autóbalesetben két éve. Azóta megromlott a viszonya a szüleivel, a gyerekeivel, majd elkezdett inni és a gyógyszerekre is rászokott. Teljes depresszióban, a folyamatos önvádolás állapotában van. Korábbi mérgem helyén valamiféle féltés kezd munkálni, előbukkan a törődés belőlem, mintha jóvá akarnám tenni a történeteket.

Beutalót szereztem neki és egy szakorvos kezére bízam. Az eset óta megváltozott a viszonyom a betegekhez. Próbálok még a legszélsőségesebb eseteknél is korrekt maradni. Többet ne kelljen hányingerrel néznem a tükörbe.” (Illés, 2005).

Az utolsó történet elsősorban a feldolgozatlan halálfélelem és a „velem is megtörténhet!?” szorongása köré szerveződik.

A beteg 20 éves, Ewing-szarkómában szenvedő fiatal lány. „Megfázás miatt utalta be a háziorvosa a budapesti Onkológiai Intézetbe. Természetesen ott sem tudták meggyógyítani, hiszen egy ilyen betegséggel sehol sem tudnak mit kezdeni. Mégis azt mondta, hogy kellemes élményben volt része. Még hozzá azért, mert először helyhiány miatt egy fiú kórteremben helyezték el, ahol »nagy bulit« rendeztek. Hangosan hallgatták a rádiót a kórteremben, és folyamatosan nyomogatták a nővérhívó gombját. Furcsa volt, hogy nekik mennyivel mást jelent a »nagy buli« kifejezés, mint nekünk az egyetemen... Megrázó volt számomra, hogy egy hozzám hasonló korú, korábban egészséges fiatalnak kettétörheti az életét a súlyos betegség. Megrémültem, amikor tudatosult bennem, hogy velem vagy akár a barátnőmmel is megtörténhetett volna ez. Rádöbbsentem arra és beleborzongtam, hogy soha nem lehetek felkészülve egy ilyen tragédiára.” (Csató, 2005).

Összefoglalva megállapítható, hogy a Junior Bálint-csoportban felmerülő érzelmi problémák 4 téma köré csoportosíthatók:

- áttételi-vizsontáttételi problémák,
- elfojtott, de időnként aktiválódott agresszív érzések a beteg iránt,
- félelem a súlyosan beteg emberek testi közelségétől, félelem az intimitástól,
- felerősödött, feldolgozatlan halálfélelem.

A Bálint-csoport az egyik leghatékonyabb formája azon segítő csoportoknak, amelyek egyrészt védhetik az orvost a kiegészítő tünetcsoport veszélyeitől, másrészt lehetőséget nyújtanak arra, hogy az orvos és beteg között kialakuló kapcsolat érzelmi vonatkozásait a szakemberek megértsék.

A Junior Bálint-csoporton való részvétel hatására enyhülhet a medikusok görcsös teljesítményorientáltsága, az alkalmazandó technikára, a fizikális vizsgálatra való beszűkültsége. A páciensekkel összefüggő érzelmi problémák feltárásának és megoldásának hatására önismeretük fejlődhet, saját érzelmi nehézségeik enyhülhetnek, csökkenhet a már az orvostanhallgatóknál is észlelhető kiegészítő tünetcsoport bekövetkezésének és kialakulásának a veszélye, és lehetővé válhat a pszichológiai ismeretek beépítése a mindennapi betegellátásba.

Ők lehetnek azok a medikusok, akik majdan praktizáló orvosként egy-egy problémás esetről a pácienssel kapcsolatos érzéseiket ugyanolyan fontos diagnosztikus eszközként használják majd, mint a vérkép vagy a röntgen eredményét.

3.2. Junior Bálint-csoport a gyógytornász képzésben

Napjainkra a Bálint-csoport módszer alkalmazási területe jelentősen kibővült, így hatékonyan alkalmazható nemcsak az orvosok és az orvostanhallgatók, de más segítő foglalkozásúak mentálhigiénés állapotának védelmében is. A gyógytornászoknak szervezett Bálint-csoport arra is módot adhat, hogy összehasonlítsam, hogy egy másik egészségügyi, humán-segítő szakma pályaszocializációs folyamata hasonló kríziseken át zajlik-e, mint az orvostanhallgatóké; vagy léteznek-e olyan specifikus problémák, amelyek csak az orvosokra jellemzőek.

M. Kindl 1984-ben számolt be először arról a Bálint-csoportról, amelyet a müncheni egyetemi klinikán dolgozó gyógytornászoknak szerveztek.

Hazánkban eddig az Országos Onkológiai Intézet gyógytornászainak hoztak létre Bálint-csoportot Riskó Ágnes gyógytornász, klinikai szakpszichológus vezetésével.

A gyógytornász szaktudása mindig kommunikatív helyzetekben nyilvánul meg, a pácienssel kialakított kapcsolaton át alkalmazza munkaeszközét. Az alkalmazott terápia a gyógytornász személyiségén át tud eredményes lenni.

Egy végzős gyógytornászhallgató így beszélt erről:

„A gyógytornász személyisége nagymértékben meghatározza a rehabilitációt. Valahányszor betegem ideges volt, érdekes jelenségről számolt be; mintha egy kisebb vihar dúlna a műtött térdében. Ezt a vihart nagyon hamar el lehet kergetni-, míg én kisimogatom a fájdalmat, alaposan megnézegetem, addig hagyom, mondja el, mi is bántja igazán. Igen hatásos.” (Petromán, 2007).

Akár Georg Groddeck, a XX. század kivételes tehetségű pszichoanalitikusának rendelőjében is lejátszódhatott volna ez a jelenet, aki a terápia során mindig azt a testrészt masszírozta, amelyről a pszichoterápiában éppen szó volt. Groddeck számára a tudattalanhoz vezető királyi út a test, a maga funkcióival, ritmusaival, rezonanciáival és betegségeivel (Csabai, 2007).

Ferenczi Sándor, a budapesti pszichoanalitikus iskola megteremtője már az 1900-as évek elején leírta, hogy az „indulatátétellel gyógyító fizikotherapeuták... ha teljesen öntudatlanul is, úgyszólván csak ösztönből, de mégis azt az utat követik, amelyen a beteg psziché öngyógyító kísérletei is haladnak” (Ferenczi, 1982). A gyógytornász és betege között kialakuló „testi dialógus” (Riskó, 1991) az érintésen, mint nonverbális kommunikációs csatornán át zajlik. A testek közötti párbeszéd az érzelmi elfogadás élményét adhatja meg a

páciensnek vagy ennek zavara folytán a legkülönbébb személyiségproblémák elevenedhetnek meg a gyógytornász „díványán”.

Saját kutatásaink – egy gyógytornászoknak szervezett Bálint-csoport (8 gyógytornász + 2 csoportvezető) és egy gyógytornászhallgatóknak indított bálinti szemléletű esetmegbeszélő csoport (3 csoport egyenként 12 fővel) – a következő tapasztalatokkal zárultak (Csörsz és Tar, 2007).

A végzés előtt álló és a frissen végzett gyógytornászok nem szaktárgyi tudásukban bizonytalanok, hanem gyógytornászi identitásukban (Kiss Tóth és Peja, 2006). Ennek okán fordulhat elő, hogy a gyógytornász szakmai és emberi azonossága különválik, melynek következménye egy leblokkolt viselkedés vagy az intézményesült szerepekbe való menekülés (sémákba, közhelyekbe, hatalmi szerepekbe). Ezek a viszonyulás minták ősidők óta kéznél vannak, hagyományozódnak, bár sohasem váltak be. Korrekciójukra más szereptanulási és kommunikációs minták szükségesek.

Példaként álljon itt a Bálint-csoport egy esete, amely egyfajta „prototípusa” is lehetne a csoport-üléseken megjelenő problémás eseteknek.

A beteg egy 40 év körüli férfi, aki keresztszalag-sérüléssel, boka-és lábszártöréssel került a gyógytornászhoz. Első látásra szimpatikusnak és kedvesnek tűnt...majd felajánlotta, hogy tegeződjének, amit a gyógytornász elfogadott, mert akkor már szinte mindenkivel tegeződött a beteg. A kezelések során nagyon közvetlen beszólásai, szexuális tartalmú viccei voltak, amelyek eleinte tetszetek neki. „Jólesett, hogy ilyen jó nőnek tart”. Ám a férfi egyre kellemetlenebb, zavaróbb ajándékokkal és perverz beszólásokkal illette. Ekkor már nem tudta kezelni a helyzetet és úgy reagált, mint ahogy a „villamosmegállóban próbálom a kellemetlen férfiakat lerázni”. A továbbiakban arról beszélünk, hogy a többiek mit tettek volna: „úgy viselkedtem volna, hogy ne jöjjön többet a beteg – mondja egy másik csoporttag -, flegma lettem volna, nem beszélgetek vele, ha nem úgy végzi a gyakorlatokat, ahogy mondom, akkor rákiabálok.”

Az ülés végén arra a konklúzióra jutunk, hogy fontos lenne elkülöníteni a civil életünkben alkalmazott kommunikációt a professzionális, gyógytornász-beteg kommunikációtól. Míg a villamosmegállóban lehetek durva és elutasító, a terápiás helyzetben ezt nem tehetem. Egyrészt „bent kell tartanom” a páciens a terápiában, másrészt meg kell értenem érzéseinek az okát és mindezt megfelelő módon és időben, visszajeleznem: „úgy látom magányos és egyedül érzi magát, de a mi kapcsolatunk, a mi terápiás szerződésünk nem ennek a magánynak az oldására köttetett.”

A gyógytornáshallgatók esetmegbeszélő csoportjának állandó témájává vált az ápolónőkkel való konfliktus (D. Balogh és Dancs, 2006), amely szintén jelzi a hivatásszemélyiség, a szakmai identitás hiányosságait illetve e két hivatás egymáshoz való viszonyát.

„Elégge megviselt a gyakorlat alatt a kórházi környezet. Nem minden osztályon megfelelő az együttműködés az ápolók és a gyógytornászok között, mert amíg a beteg nincs tisztába téve, nem tudom megfelelően végezni a dolgomat. Az is rosszul esett, hogy az ápolók a saját feladatukat velünk akarták elvégeztetni, mert mi úgyis csak gyakornokok vagyunk.”- mondja egy végzős hallgató.

A harmadik problémakör, amely a gyógytornáshallgatók számára nehezen kezelhető, a konténer-funkciótól való félelem. A betegek rossz közérzetüket, fájdalmaikat, hiányaikat, szorongásaikat ki akarják önmagukból vetíteni és ezeket az érzéseket valaki másba akarják „áthelyezni”. Erre a konténer-funkcióra igen alkalmas a gyógytornász, hiszen ha szükséges és lehetséges, naponta foglalkozik betegével. A fent leírt projektív mechanizmus akarattunktól függetlenül működik, de ha felismerjük, fokozhatja gyógyító kapacitásunkat, növelheti kontrollálási lehetőségeinket (Riskó, 2007). Egy gyógytornáshallgató beszámolója élményszinten is bemutatja mindezt.

„A gyakorlat alatt egy idős, nyolcvan év körüli nénihez kellett mennem, aki már évek óta ágyban fekvő volt, féloldali bénult, akit most combnyaktöréssel kezeltek. Teljesen riadt arccal feküdt az ágyban és egyfolytában a plafont nézte. Én már a gyakorlat elején tartottam tőle, hogy úristen, mi lesz, ha ehhez a riadtan néző nénihez küldenek. Amikor hozzá kerültem, hát nem örültem neki...Igyekeztem kedves lenni, de nem sokat beszéltem. Ez a kedvesség nálam azt jelenti, hogy mosolyogva bemutatkoztam és mondtam, hogy át fogom passzívan mozgatni az alsó végtagját. Elkezdtem tehát mozgatni, de már a körménél megakadtam. Sárga hosszú körmei voltak, szinte karmok, ami gombás is volt. Az egész néni körül furcsa szag is terjengett, nem volt bepisilve, de mégis... Szóltanul végeztem az átmozgatását, majd másnap már párban mentünk hozzá, amikor a néni váratlanul el kezdett valamit magyarázni, de az istennek sem értettem. Egyre hangosabban kiabált velem, hogy ne idegesítsem már fel és tegyem amit mond. Valamit a poharáról mondhatott, amit végül kimostam és erre megnyugodott. Én viszont ideges lettem, mert úgy éreztem, akármennyire is beteg és kiszolgáltatott, de megválogathatná a szavait. Egyébként sem volt szimpatikus a néni és mintha ez a kölcsönös unszimpatia tört volna ki ebben a kifakadásban. Majd büntudatom volt, hogy miért haragszom egy idős néniire, aki nem tehet róla, hogy itt van, kiszolgáltatott az ápolónőknek, akik nem fürdetik meg, de akkor is, miért beszél így velem?! Másnap még tornáztatnom kellett volna, de könyörgött, hogy ne mozgassam, én pedig

örültem, hogy nem kell vele többet találkoznom. Azt hiszem, még nem nőttem fel ehhez a feladathoz, mert éreztem, hogy meg kéne őt nyugtatnom, beszélnem hozzá, de nem tudtam megtenni, csak haragudtam rá.” (Ráduly-Kovács, 2007).

Összefoglalásként megállapítható, hogy a gyógytornászoknak szervezett Bálint-csoportban hasonló problémákkal találkozhatunk, mint az orvostanhallgatóknál. Kapcsolati-kapcsolódási problémák, intimitástól, testi közelségtől való félelem. Ami új és az orvostanhallgatóknál kevésbé jelentkezett, ez a konténer-funkciótól való félelem. A gyógytornász, mivel állandó testi dialógusban, testi közelségben van betegével, sokkal „alkalmasabb” ennek a konténer funkciónak az „ellátására”. A betegek meg akarnak szabadulni fájdalmaiktól, félelmeiktől és ezeket a rossz érzéseiket valaki másba akarják „áthelyezni”. Erre a tudattalanul működő projektív mechanizmusra, a konténer-funkcióra igen alkalmas a gyógytornász, hiszen általában napi szinten kerül érintkezésbe a betegével és nemcsak néhány perc erejéig tart, mint egy orvos-beteg találkozás.

A gyógytornászhallgatóknak indított esetmegbeszélő csoport és a gyógytornászoknak szervezett Bálint-csoport legalapvetőbb – akár mérhető - eredménye egy olyan szemléleti, attitűdbeli elmozdulás, amely Bálint Mihály gondolatát juttatja eszünkbe: „Elegendő elmozdítani a személyiséget valamely irányba. Megtanítani észrevenni dolgokat, látni, felismerni. Aztán továbbmegy eme elmozdulás mentén a fejlődés. Elegendő tehát egy parányi, egész kevéske, de már figyelemreméltó személyiségváltozás elérése.” (Bálint, 1957 id. Bagdy, 1995).

IV. Orvostanhallgatók imaginált betegképének alakulása

Kutatásom következő szakaszában azt vizsgáltam, hogy az interperszonális professzionalizáció történéssorában (I. évtől VI. évig) hogyan változik az orvostanhallgató beteg emberről kialakított belső – imaginált - képe.

Az orvosi pálya választásával kapcsolatos motivációelemzést alapul véve, a saját betegség vagy a családtag betegsége kapcsán megfigyelt orvosi szerep és orvosi magatartás jelentős motiváló hatással bír.

Feltételezésem szerint az I. éves medikusok még családtagjaikat látják vagy korábbi kórházi bentfekvések emlékei és élményei elevenednek meg az imaginált képekben.

A III. év a korai kliniai évek első szakasza, amikor jelentős stresszforrásnak mondható a betegekkel való első találkozás élménye, a fizikális vizsgálat nehézsége, a másik, számomra idegen ember testi közelségének elviselése. Így III. éven főként első betegvizsgálati élményeik jelennek meg az imaginált képekben.

A VI. év stresszforrásai az orvoslás mindennapjaihoz, az orvosszerep nehézségeihez köthetők. A betegek halála, a krónikus és terminális állapotban levő betegekkel való kommunikáció, a megnövekedett felelősségtől való félelem jellemzi képeiket.

Így feltételezésem szerint a VI. éves orvostanhallgatók imaginált betegképeiben főként ezek a problémák elevenednek meg.

A vizsgálat menetének leírása

A vizsgálatban 62 debreceni orvostanhallgató vett részt (23 fő I. éves, 22 fő III. éves és 17 fő VI. éves), akik egy felhívásra jelentkeztek, amelyben egy pszichológiai, módszerfejlesztési kísérletre kerestünk önként jelentkező hallgatókat. Vizsgálataimat 2007. szeptemberétől 2008. júniusáig végeztem. Valamennyi vizsgálatot egy bevezető beszélgetéssel kezdtem, amelynek célja, hogy jobban megismerjem őket, megfelelő kapcsolatot alakíthassak ki velük. Ezek kötetlen beszélgetések voltak, amelyek sokat segítettek abban, hogy valamiféle bizalom alakuljon ki közöttünk. A második találkozás alkalmával került sor a vizsgálat „lebonyolítására”. Már az imagináció megkezdése előtt meggyőződtem arról, hogy egy-egy orvostanhallgatónál könnyen vagy nehezen fog menni a képzeleti kép indukálása. Egyéni relaxációban arra kértem a hallgatót, hogy csukja be a szemét és képzeljen el egy virágot. Ha már kialakult a kép, vegye jól szemügyre és avasson be, mondja el, milyen ez a virág. Akinél a katatim képek könnyen manifesztálódnak, szemléletesen, részletesen le tudja írni ezt a virágot. Majd ezt követően arra kértem a hallgatót, hogy most képzeljen el egy *beteg embert*. Ha már kialakult a kép, vegye jól

szemügyre és avasson be, mondja el, amit lát. Az itt elhangzottakat lejegyzeteltem, majd legépeltem. Ezen gépelt jegyzőkönyvekből indult a feldolgozás.

Az anyagfeldolgozás módszere

A szemléletes élménytartalmak vizsgálatához választott módszerem a Rorschach-próba jelölési rendszere (az V. oszlop jelei), hiszen Rorschach vizsgálata mindmáig a pszichodiagnosztika legelterjedtebb módszere. Egy perceptív és asszociatív egységet tekintettem egy feleletnek, majd az V. oszlop, a különleges reakciók jeleit felhasználva lejelöltem az egyes válaszegységeket. Új jeleket is bevezettem, úgymint én-prezencia, érzés- emlék, halál- asszociáció.

Ezt követte az adatok, a különleges reakciók összesítése személyenként, évfolyamok szerint, majd az évfolyamok közötti összehasonlító elemzés.

Először az adott évfolyamon belül, majd az évfolyamok közötti összehasonlító elemzést végeztem el. A kapott V. oszlop jeleiből kiválogattam azokat a reakciókat, amelyek legalább egyszer minden kísérleti személynél előfordultak, tehát számuk I. évesek esetén 23 vagy azt meghaladó érték, III. éven 22 vagy ennél nagyobb érték és VI. éven 17 vagy ezt meghaladó szám. A többi jelölést az adott évfolyamra nézve „nem jellemzőnek” tekintettem, így jelentősen lecsökkent a feldolgozásra váró adatmennyiség. Az adott évfolyamra jellemző, leggyakrabban előforduló különleges reakciókat összegyűjtöttem, azokkal további kvantitatív vizsgálatokat nem végeztem.

Az alábbiakban az eredményeket azok értelmezésével együtt közlöm.

Eredmények

Az I. éves orvostanhallgatók imaginált betegképei

Az imaginált betegek 75%-a férfi, amely egybecseng mindazokkal a szakirodalmi állításokkal, hogy a hallgatók számára a „felnőtt beteg” egyet jelent a férfival (Philips és Ferguson, 1999.).

A leggyakoribb reakció: az *érintkezési hangsúly* és a *hézaghangsúly* váltakozása. Ennek jelentése, hogy a preferált elhárítás az indulattalanítás, vagyis a külvilágot, a benyomásait objektívnálni igyekszik, élményeiben csökkenteni próbálja a személyes színezetet.

Egy jellemző betegkép I. éven:

„Nem számítottam rá, hogy ilyen rossz lesz. Öreg bácsi, szürke öltönyben, ősz haj, görnyedten tartotta magát, köhögött. Tipikus idős bácsi, nagy már rá a ruhája. Túl közel jött hozzám, ijesztő volt. Majd egy gyerek képe, az jó kép volt, világosabb, fel akartam venni.

De utána újra bejött a bácsi képe és megijedtem tőle. Túl közel jött hozzám, idegen ember nem jöhet ilyen közel. Az idős embert sajnálom, de nem tudnék hozzájuk érni. Kisgyereket könnyebb. Az öreg megérintéséért meg kell küzdeni.” (I. éves medika)

Értelmezés: Ebben a képben sűrítve láthatjuk az I. éves hallgatók legnagyobb nehézségeit. Egyfelől egy olyan mesterséges és természetellenes folyamat résztvevőjévé válnak, amely hosszas gyakorlás révén válik csak számukra természetessé.

Idegennek és természetellenesnek tűnik, hogy a konvencionális társadalmi normák megszűnnek. A beteg testének megérintése, az intim szférájába való belépés, testi funkciói, érzelmi állapotai iránti érdeklődés egy újfajta jog elsajátítását és gyakorlatát várja el a hallgatótól. A testi közelség, az érintés, intim kapcsolat kialakítása egy számára idegen emberrel komoly próbatétel a hallgató számára.

Az I. éves hallgatókkal már elkezdtem az utánkövetéses vizsgálatokat is. Példaként álljon itt ugyanennek a hallgatólánynak a III. évesen imaginált betegképe.

„Öreg bácsi, nagyon sovány, görnyedt, köhögős, szürke, sápadt, TBC-s. Először rossz volt, majd közelebb menve köszöntem neki, kezét fogtam, mosolyogtam és nem nézett ki olyan szürkének. Nem is olyan rossz a helyzet. Visszamosolygott a bácsi, attól változott meg.”

Látható, hogy amint közvetlen kontaktusba („kezet fogtam”), szemkontaktusba („mosolyogtam”) kerül a beteg emberrel, ez a kezdeti „viszolygás” eltűnik, feloldódik.

III. éves orvostanhallgatók imaginált betegképei

A legfontosabb megfigyelésem, hogy az imaginált betegek 75%-a családtag. Tehát kezdeti hipotézisemmel ellentétben nem I. éven, hanem III. éven jelennek meg családtagjaik. A szakma „valóságának” megtapasztalása és az ebből eredő csalódás, a kezdeti inkompetencia érzések feszültsége elvesztett családtagjaikat juttatja eszükbe.

Leggyakoribb reakciók és ezek jelentése:

intencionalitás (empátia-készség mutatója, érzékenység a másik ember indítékaira),

halál-asszociáció (halál-félelem megjelenése),

érzés-émlék (saját hozzátartozók, rokonok megjelenése) és a

tagadás (belső bizonytalanság és ambivalencia kifejeződése).

A halál-asszociáció megjelenése egy III. éves medika imaginált képében:

„Öreg bácsi volt, de nagyon öreg. Nyitva volt a szája és egy foga volt. Barna foltok voltak a bőrén, az ujjai is így álltak (mutatja). Lábai is össze vannak sorvadva. És akkor rájöttem,

hogy ő már nem is beteg, hanem halott. És valahogy meg kellett volna nézni és valaki felnyitotta a szemét. Üveges volt a tekintete, pelenkában volt és nagy volt rá a pelenka.”

Két kép az érzés-émlék és a halál-asszociáció reakciókra:

„A nagymamám volt. Örömet és szeretetet, majd fájdalmat és dühöt éreztem. Van néhány ember, aki elront egy diagnózist és emiatt meghal egy ember. Minden pathológián eszembe jut, hogy van-e értelme idejárni, ha ezt ilyen egyszerűen is el lehet intézni.” (III. éves medika)

„Haldokló, végstádiumos nagymamám. Fésülöm a haját és mesélek neki. Nincs magánál. A kórteremben látom, azon az ágyon, ahol meghalt.” (III. éves medika)

A tagadás kifejeződése egy képben:

„Lefogyott, öreg bácsi. Tisztes távolságban állok tőle, kb. 5 méter vagy 3? Nem tudtam vele mit csinálni, gondolkoztam, de nem tudtam.” (III. éves medika)

Az orvosi identitás alakulásában, a pályaszocializációban központi helyet foglal el a betegekkel való kapcsolat alakulása. A páciensekkel való első találkozás hivatásszemélyiség formáló ereje szintén jól ismert jelenség. A betegek elismerése és dicsérő szavai megerősítik a medikust orvosi szerepében, kialakul a „képes vagyok megtenni, meg tudom csinálni” érzése. Ezt mutatja be a következő kép:

„Ápolástan gyakorlaton találkoztam ezzel a nénivel. Kicsit kövér, mutatja a hasát, hogy adjak neki injekciót. Olyan érzés volt, mintha a nagyim lenne. Mondta a néni, hogy arany kezem van.” (III. éves medikus)

VI. éves orvostanhallgatók imaginált betegképei

A szigorló évben családtagok már nem jelennek meg, gyakorlaton látott betegeiket látják.

Leggyakoribb reakciók: *intencionalitás, érzés-émlék, tagadás, halál-asszociáció és új jelként jelenik meg a frusztrációs asszociáció*. Felerősödik a megnövekedett felelősségtől, a terminális állapotban levő betegek kezelésétől, a betegek halálától való félelem.

Egy jellemző kép a frusztrációs asszociációra:

„Idős néni, 80 év körüli. Ült az ágyon kinyújtott lábbal. Amikor először beszéltem vele még azt hitte, epegörce van, majd később magába forduló lett. Eltűnt az az idős néni. Nem

teszek semmit, csak nézem, hogy hogyan lehetne jobbként látni, mint ahogy van. Tudom, hogy tenni kéne valamit, de mégsem teszem, csak állok.”(VI. éves medika)

A következő képen valamennyi fent említett reakció megtalálható és szemléletesen leírja a haldokló ember kezelésétől és a megnövekedett felelősségtől való félelmet:

„Az a beteg, aki meghalt a kezeim között. Az a pillanat, amikor oldalra néz. Majdnem minden halálközelségben levő beteg kinéz a sarokba és ilyen furcsa pozíciót vesz fel (mutatja). Olyan hosszú időnek tűnt, pedig mindent megtettem. Azóta minden betegnél ez megvan. Egy bácsi, aki beszáll a mentőbe a saját lábán és ott hal meg. Köpcös, alacsony, kopasz, ing van rajta, szövetnadrág, hozzá tartozó zakó, fekete szíj. Fullad, nagyon-nagyon és verejtékezik, teljesen tisztán emlékszem minden pillanatra. 2 éve történt. Intubálom és azelőtt volt az, hogy rám nézett. Látom, hogy kapaszkodik és nem tudok mit csinálni. Segítenék, próbálom, csinálok. Ez a bácsi minden halálánál bejön. Az a pillanat, amikor az utolsó mély levegőt beveszi. Félelmetes, mert nem tudom mi zajlik. Nem reális, nem lehet megoldani.” (VI. éves medikus)

Összefoglalva megállapítható, hogy az imaginált beteggel való problémák három téma köré csoportosulnak:

- az intimitástól, a testi kontaktustól való félelem
- felerősödött, feldolgozatlan halálfélelem
- kompetencia problémák és ebből eredő frusztráció.

Az orvostanhallgatók imaginációs jelenségeinek vizsgálati eredményeiből kiinduló hipotéziseimre az alábbi következtetések tehetők:

Az I. éves hallgatók imaginált képeiben nem családtagjaik jelennek meg, így az első feltételezésem nem nyert megerősítést. Elsősorban az intimitástól és a testi közelségtől való félelem jelenik meg a képekben.

A III. évesek imaginált betegképeiben leginkább családtagjaik jelennek meg, az értük való aggodás, az elvesztésükből eredő gyász és saját tehetetlenségük feszültsége jelenik meg az imaginációkban.

A VI. évesek már leginkább saját eseteiket látják, szorongásaik és félelmeik az orvoslás mindennapjaiból erednek. A halállal való „találkozás”, a krónikus és terminális állapotban levő betegekkel való kommunikáció, az orvoslással járó felelősségtől való félelem jellemzi képeiket.

A fenti eredmények újfent megerősítik, hogy az orvosi pálya komoly pszichés terheket ró a medikusokra, így fontos lenne, egy a képzési rendszerbe beépített pályaszocializációs csoport vagy szakmai szereptréning beindítása.

V. Egy lehetséges megoldás: az integratív gyógyító kapcsolati tréning módszer bemutatása

„A kapcsolat a vizsgálat szíve.”

Bálint Mihály

A betegek ellátással való elégedettségének fontos tényezője az egészségügyi személyzettel való kommunikáció és kapcsolat értékelése. A kommunikáció oktatása már több mint egy évtizede mind a négy hazai orvosegyetemi képzés része, de tapasztalataim alapján a releváns programok inkább az orvosi kommunikáció technikáira fókuszálnak és kevés szó esik a másik félről, a betegről, a kettejük közti viszonyról, ezen kapcsolat belső világának és élményének megéléséről. Természetesen ez abból is adódik, hogy az alapképzésben a hallgatók még nem rendelkeznek saját esettel és nehéz olyan oktatási módszert találni, amely ezt pótolná.

Egy olyan kommunikáció oktatási módszer kifejlesztése vált szükségessé, amely egyben a pályaszocializációt is segíti. Az orvosi pályaszocializáció a képzésbe való belépéssel indul, akár kap ezzel kapcsolatos orientációt a hallgató, akár nem. Ha nem segítjük szisztematikus módon a pályaszocializációt, akkor fennáll a veszély, hogy mire III. éven megkezdődik az orvostanhallgató klinikai képzése, addigra nehezítetté válnak, beszűkülnek a kapcsolati készségek fejlesztésének lehetőségei. Ez különösen fontos lenne már az alapképzési szakaszban, a terápiás attitűdök formálása és a korai kiégés megelőzése szempontjából is. A korai kiégés egyik meghatározó oka a hallgatók tanulmányaik kezdetén átélt csalódottsága, épp a képzés humán vagy gyakorlati mozzanatainak háttérbe szorulása miatt, fogalmazhatunk úgy is, a kapcsolati elv háttérbe szorulása okán.

A fentiek figyelembevételével olyan képzési és kutatási módszert dolgoztunk ki, amely több szempontból is az integrativitást képviseli:

- komplex fenomenológiai megközelítés jellemzi, amelyben fontos szerepet kap az élménymegélés interszubjektív vizsgálata, de integrálja az interakciók vizsgálatának folyamat-modelljeit és mikroelemzési paradigmáját is.
- A módszer a szakemberképzés bármely szintjén alkalmazható, és lehetővé teszi, hogy a résztvevők gyógyító kapcsolatra vonatkozó élményei és attitűdjei a csoportfolyamat "itt és most"-jában formálódjanak. Ez különösen fontos az alapképzésben résztvevő hallgatóknál, akiknek még nincsenek saját esetekkel kapcsolatos élményeik.

- A gyógyító kapcsolat különböző szakterületeinek közös jellemzőire koncentrál, így alkalmazható az egészségügyi szakemberképzés számos területén, nemcsak az orvospépzésben.

Az általunk kifejlesztett integratív gyógyító kapcsolati tréningcsoport módszer két fő részből áll: egy sztenderdizált interakciókon alapuló filmes projektív eljárásból és egy betegség történet dramatikus megjelenítéséből (Csabai, Csörsz és Szili, 2009).

A *filmes projektív technika* 4 orvos-beteg illetve 4 pszichológus-páciens jelenetből áll, amelyek négy kapcsolati probléma köré szerveződnek: 1. elutasítás *versus* elfogadás, 2. empátiahiány *versus* empátia, 3. érzelemmentesség *versus* érzelmi ráhangolódás, 4. türelmetlenség *versus* tolerancia. E négy típushelyzet – a nemzetközi és a hazai szakirodalom szerint – a gyógyító kapcsolat segítő illetve gátló hatású megnyilvánulásai.

A második módszer, egy *betegség történet dramatikus feldolgozása*. Ebben az eljárásban is jelentős szerepet kap a projektív identifikáció, illetve az az elv, hogy a résztvevők élményszinten is megtapasztalják, hogy a betegség és a gyógyító kapcsolat mindig egy tágabb kontextusba ágyazódó történet, amely nem függetleníthető a szereplők egyéb viszonyulásaitól és kötődéstörténetétől.

A két technika egybefüggően, egy csoportfolyamat két egymást követő részeként, de önállóan is alkalmazható. Elemeik kombinálhatók is, tehát egy adott csoportülésen megjelenhetnek mindkét technikából származó gyakorlatok.

Jelen dolgozatnak nem része a filmes projektív technika ismertetése.

Értekezésemben módszerünk másik alkotórésze, a betegség történet dramatikus feldolgozása, majd a dramatikus interakciók alapjául szolgáló novella kérdőíves vizsgálata kerül részletes bemutatásra.

5.1. A betegség történeten alapuló dramatikus technika

„...az orvostanhallgatók nem lesznek jó orvosok
pusztán az oktatóik megfigyelésével, mint ahogy
senkiből sem lesz jó színész attól, hogy színházba jár.
Fel kell lépni a színpadra és aktívan szerepelni...”

Prof. Jaap Metz

A terápiás kapcsolat minősége kiemelt jelentőségű a gyógyítás legkülönbözőbb területein. Az általunk kidolgozott gyógyító kapcsolati készségfejlesztési módszer a biblioterápia, a Bálint-csoport és a drámajáték elemeire épül, ezek egyfajta ötvözeteként írható le.

Bálint Mihály a segítők segítése céljából fejlesztette ki a róla elnevezett csoportmódszert, amely az orvos-beteg kapcsolatra fókuszál, annak az alapvető bálinti gondolatnak a jegyében, mely szerint a beteg számára a legfontosabb gyógyszer maga az orvos. A *drámajáték* „a megtervezett érzelmi tréning módszere” (Slade, 1992). A drámajátékban valamilyen meglévő darabot, forgatókönyvet vesznek kiindulásul, ami így közvetítő a páciens és saját problémái, belső világa között. A csoport teremtette biztonságos légkör lehetővé teszi az esetleges kudarc megélését is, a kudarc következményeinek terhe nélkül. Sértetlenül sérültnak lenni, szomorúság nélkül elszomorodni: ez a drámai élmény lényege. A *biblioterápia* az olvasás általi orvoslás, a könyvekkel segítség módszere, egy célzottan kiválasztott irodalmi mű felhasználása a személyiség alkalmazkodásának fejlesztésére, személyes problémáinak megoldására. Technikánk kidolgozásakor egy szépirodalmi betegség-elbeszélés, egy novella dramatikus előadását vezettük végig pszichológus- és orvostanhallgatókkal egy szabadon választható kredit kurzus keretében. A szöveg csupán projektív felületként szolgál, amelyre a résztvevők "ráépítik" a csoportdinamika és a célzott gyakorlatok által modulált saját elképzelésüket a betegségtörténet és a gyógyító kapcsolat alakulásáról. Az előadások előkészítése, "próbái" során megjelenő értelmezéseket, a helyzetgyakorlatokhoz kapcsolódó attitűdöket és érzéseket közösen elemzik a csoporttagok az átélt beteg, orvos, pszichológus, hozzátartozó stb. szerepek eljátszása során. Az interaktív tartalmak modellezik a tünetértelmezés mindennapi helyzeteiben is megjelenő verbális és nonverbális megnyilvánulásokat.

A módszer kidolgozása során az általunk kiválasztott történet Nagy Lajos: *A beteg* (1937) című műve volt, de bármely történet jó, amelyben nincsenek pontosan kidolgozott karakterek, kevésbé részletes az érzések leírása, nem túl erőteljesen ábrázolt a dinamika, szinte már unalmas történet. (A novella szövege a 2. sz. függelékben található.) Ez segíti, hogy a novella egyfajta "verbális Rorschach-táblaként" — projekciós felületként — funkcionáljon. Esetünkben a történet egy fiatalasszonyról szól, akit egy fővárosi klinikán megoperálnak. A szövegben nincs meghatározva, hogy mi a nő betegsége, illetve nincsenek pontosan kidolgozott karakterek, életutak sem, így szabad teret ad annak, hogy a csoporttagok spontán módon rávetítsék érzéseiket, viszonyulásaikat. A novella módot ad arra, hogy a résztvevők szorongásmentesen, mindenféle teljesítménycényszer nélkül azonosuljanak a történet egy-egy szereplőjével. A novella feldolgozása közös karakterépítéssel indul, ahol a történet főszereplői elevenednek meg a hallgatók fantáziái által, megjelenítve a kapcsolódó érzéseket, vágyakat, félelmeket. Ezt követi a dramatizálás, amikor végiggondoljuk a kiegészítő játékok témáit is. Esetünkben: Mi történhetett a kórházba kerülést megelőző napon vagy estén a páciens életében? Hogyan alakul a beteg

élete, miután elhagyja a kórházat? Ezt követi a szereposztás kidolgozása, majd elkezdődnek a "próbák", kidolgozódnak a párbeszédok a hozzájuk kapcsolódó nonverbális tartalmakkal, érzelmekkel és akár testi szinten is megjelenő érzések megjelenítésével és megbeszélésével. A csoportfolyamat végén két párhuzamosan futó élettörténet és élményvilág - a betegé és a gyógyítóé - találkozik és elevenedik meg a „színpadon”.

Az alábbiakban a hat csoporttal való munka alapján végzett módszerfejlesztési tapasztalatainkat adom közre. Felvázolok egy 4 szakaszból álló modellt, melyet a módszer alkalmazása során természetesen a csoportvezetők szabadon módosíthatnak az adott képzés résztvevőinek igényei, az oktatási cél és a csoportdinamika szerint.

5.2. A drámacsoport folyamata

1. szakasz: Előkészítés, érzékenyítés

A csoportfolyamat kezdeti fázisában, még a novella tényleges ismertetése előtt (1-2. csoportülés) a gyógyító kapcsolati készségfejlesztés sikerét elősegíthetik mindazok az előkészítő-érzékenyítő-bemelegítő gyakorlatok, amelyek a nonverbális kommunikáció, az empátia és a bizalom, valamint a kapcsolatteremtés és a kapcsolattartás tudatos megfigyelését segítik. Montágh Imre (1989), Gabnai Katalin (2001), Pinczésné Palásthy Ildikó (2003) dramatikus alkotójátékhoz javasolt gyakorlatai jól hasznosíthatók a kapcsolatfejlesztő tréning kezdeti szakaszában.

2. szakasz: A kiválasztott novella megismerése, dramatizálása

A következő három csoportülés (3. 4. 5. alkalom) a kiválasztott *irodalmi mű megismerésének és dramatizálásának* szakasza. A csoportfolyamat ezen szakaszát a novella felolvasásával indítjuk, majd arra kérjük a csoporttagokat, hogy az első benyomások, az első érzések megfogalmazása után – *Miről szól nekünk ez a történet?* - egy 1-től 10-ig terjedő skálán értékeljék, hogy mennyire érezték magukhoz, illetve a mai viszonyokhoz közel a művet. Próbálják időben és térben elhelyezni, vagyis válaszoljanak a *Hol játszódik a történet?* és *Kik által mondható el?* kérdésekre – azaz fogalmazzák meg, hogy kik a legfontosabb szereplők, vannak-e kihagyható esetleg újonnan megalkotandó figurák.

A *negyedik és ötödik csoportülésen* kijelöljük a legfontosabb jeleneteket és helyszíneket, végiggondoljuk mindazt, ami egy kiegészítő játék témája lehet. Esetünkben: Mi történhetett a kórházba kerülést megelőző napon vagy estén a páciens életében? Mire gondolhat a műtét után felébredő nő? Hogyan alakul a beteg élete, miután elhagyja a kórházat?

Mindezek figyelembe vételével dramaturgiailag 6 jelenetre tagolódik a történet:

1. A kórházba kerülést megelőző nap/este története.
2. Idős házaspár érkezik a kórházba, hogy meglátogassa bent fekvő unokáját.
3. Az aggódo férj a főorvost faggatja felesége állapotáról, az operáció kimeneteléről.
4. A műtét után.
5. A kórteremben a nőbeteg arról panaszkodik szobatársainak, hogy vele senki nem törődik.
6. Újra otthon.

Innen veszi kezdetét a novella dramatizálása, amelynek egyes részeihez érzés-asszociációkat kérünk.

3 .szakasz: Karakterépítés

A következő két óra (6.–7. csoportülés) a *karakterépítés* fázisa. A történet főszereplői – Szankóné, Szankó, Gallus tanár (és a felesége) – elevenednek meg a hallgatók fantáziájában, megjelenítve a kapcsolódó érzéseket, vágyakat, félelmeket. A csoportok megállapodnak a szereplők életkorában, foglalkozásában, a nő diagnózisában, majd minden csoporttag egy-egy külső és belső jellemvonással írja le a szereplőket. Ezt követi a személyes életutak kidolgozása: úgy íródik meg a szereplők sorsa, hogy egy-egy életszakaszát más és más csoporttag meséli el. Mindezt kiegészítjük azzal, hogy megpróbáljuk elképzelni, mi lehetett az adott szereplő titkos vágya vagy élete nagy félelme, bánata.

Ezt követően a házaspár kapcsolatát emeljük a csoportfolyamat fókuszába. Mit gondolnak erről a házasságról, mi az a legtipikusabb mindennapi jelenet, amely leginkább jellemzi a kapcsolatukat. Párt választanak és szoborként formázzák meg egymáshoz való viszonyukat. Az egyéni pszichoterápiák nyelvhasználatával élve ez a csoportfolyamat *kiemelt ülése*. Itt hangzanak el azok a kulcsmondatok, amelyek megkönnyítik és elősegítik a következő szakaszba – szerepépítés, szerepmélyítés, előadás – való átlépést.

4. szakasz: Szereposztás, próbák, a jelenetek összefűzése, búcsúzás

A tréningcsoport záró szakasza (8. 9. és 10. ülés) a szereposztás kidolgozásával indul, amikor mindenki írásban rögzíti a saját elképzelését, majd megbeszéljük, hogy ki kit és minek alapján választott az adott szerepre. A főszerepeket kettős-hármas szereposztásban játsszuk.

Majd elkezdődnek a "próbák", előkerülnek a legjellemzőbb ruhadarabok, kidolgozódnak a párbeszéd a hozzájuk kapcsolódó nonverbális tartalmakkal, érzelmekkel és akár testi szinten is megjelenő érzések megjelenítésével és megbeszélésével. Mindig adjunk teret a

rögtönzésnek is, amely láthatóvá és ezáltal alakíthatóvá teszi a gyógyító kapcsolati készségeket.

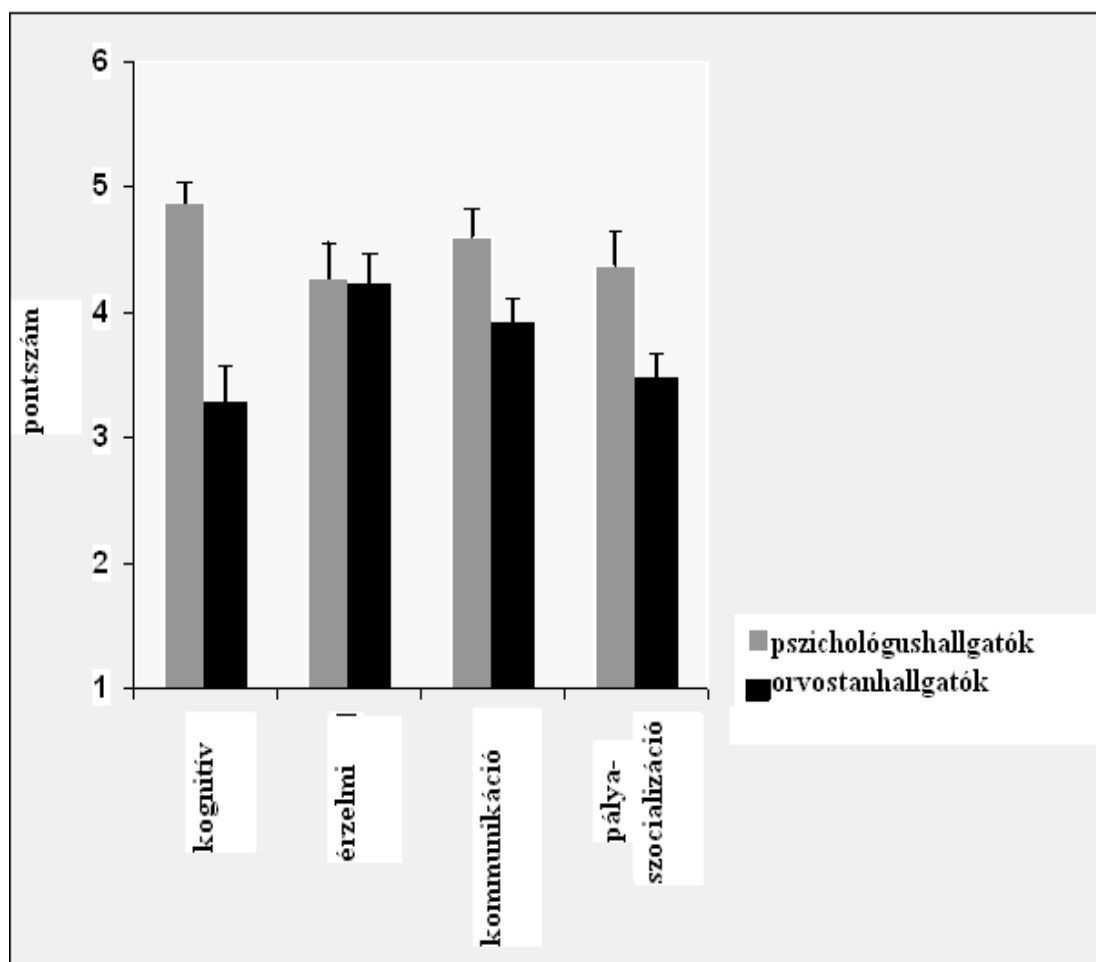
A tizedik ülés maga az előadás, ahol a jelenetek összefűzve, végső formájukban kerülnek bemutatásra. A jelenetek videóra való rögzítése, majd visszajátszása katartikus élmény mindenki számára.

5.3. Kísérleti csoportok és a csoportfolyamatot monitorozó vizsgálatok

Tíz héten át heti 2 órában dolgoztunk együtt összesen hat csoporttal egy elektív kurzus keretében. A Debreceni Egyetem IV. éves orvostanhallgatóival négy csoportot szerveztem (n=50) és a Szegedi Egyetem IV. éves pszichológushallgatóival két csoportot (n=24). A szegedi csoportokat Dr. Csabai Márta vezette.

A csoporttal kapcsolatos elvárások monitorozására kérdőívet szerkesztettünk (3. sz függelék). A kérdőíveket a csoportfolyamat elején töltöttük ki. A 16 tételes kérdőív 4 dimenzióban méri a hallgatók elvárásait:

- kognitív, ismeretszerzési, (pl. „Ismereteket szerzek a gyógyító-beteg kapcsolat általános jellemzőiről.”)
- érzelmi, önismereti, (pl. „Képes vagyok jobban felismeni a saját érzéseim”.)
- kommunikációs, interperszonális, (pl. „Fejlődik a nonverbális kommunikációs készségem.”)
- pályaszocializációs (pl. „Segítséget kapok az orvosi szerep gyakorlásához”).



1. ábra: Orvos (n=50) - és pszichológushallgatók (n=24) előzetes elvárásainak összehasonlítása 4 dimenzió mentén egy 6 fokozatú Likert-típusú skálával

Összességében elmondhatjuk, hogy az orvostanhallgatók, a pszichológushallgatókhoz képest alacsonyabb elvárásokkal érkeznek egy ilyen jellegű csoportba (1. ábra), szkeptikusabbak, inkább idegenkednek egy ilyen típusú csoportmunkától. Ugyanakkor figyelemreméltó, hogy amíg kognitív szinten várják a legkevesebbet egy ilyen jellegű csoporttól – ami érthető is, hiszen az “igazi” tudást ők az orvosi kurzusokon kapják -, addig érzelmi szinten, az érzelmi dimenzió mentén és kommunikációs szempontból sokat várnak. Ez is mutatja, hogy hiányzik a képzés humán vagy emberi oldala, ahol az ilyen jellegű problémáikat megbeszélhetnék és feldolgozhatnák. A dramaturgiai fordulópontokat, a legfontosabb jeleneteket videón is rögzítettük. A csoportfolyamat videón való rögzítésével a csoporttagok is egyetértettek. A csoportvezetők a csoportülések folyamatát, videóvisszanézés segítségével - adott szempontok szerint - jegyzőkönyvben rögzítették. A szempontrendszer kidolgozásában elsősorban a Bagdy

Emőke által kifejlesztett pályaszocializációs csoportülések vezetői regisztrációjának szempontjait alkalmaztuk (Bagdy, 1996).

A tréningcsoport vezetői regisztrációjának szempontjai:

- a csoportülés ideje, időtartama
- a résztvevők száma
- indító téma és események
- kibontakozás, akciók, személyek aktivitásszintje
- a jelenetek és játékok tartalma
- fontosabb személyes involválódások
- dinamikai események
- vezetői akciók, összhang és/vagy különbségek
- saját érzések az ülés alatt és után (félelmeim, indulataim, fantáziáim)
- predikció, mit várok a következő csoportüléstől

A hat tréningcsoport sem dinamikai sajátosságaiban, sem tartalmilag nem különbözött jelentősen egymástól, így a következő részben egy véletlenszerűen kiválasztott orvos, és egy pszichológuscsoport dinamikai és tartalmi elemzését mutatom be.

5.4. A tréningcsoportok dinamikai sajátosságai

A csoportmunka fázisainak és a folyamatot hordozó témáknak az elemzése: két párhuzamosan futó csoport folyamatelemzése

Ezúttal két 20-20 órás tréning csoportdinamikai folyamatelemzését, majd tartalmi elemzését mutatom be. Az egyik csoportban IV. éves orvostanhallgatók vettek részt, 6 fiú és 6 lány, a másik csoportban IV. éves pszichológushallgatók voltak, ugyancsak 12-en, 12 lány.

Tekintettel arra, hogy a csoportok a korábban vázolt módszerfejlesztési kísérletünk részei, az alkalmazott technikákat a 10 ülés 2 órás szakaszaira előre meghatároztuk.

Feltételezésem szerint, a csoportjainkban (a vezető személyétől függetlenül) egyrészt a csoport strukturálódási és fejlődési folyamatának megfelelően, másrészt a csoport egészét feszítő problémák és érzések kivetüléseként a csoport egy-egy fejlődési szakaszában azonos dinamikai jelenségeket figyelhetünk meg és ezek elsősorban a spontán alakuló központi témák azonosságában ragadhatók meg.

A két azonos keretfeltételekkel és technikával dolgozó csoport tíz ülésének gépelt jegyzőkönyvei képezték a feldolgozás alapját.

A jegyzőkönyveket az ülés központi témája (manifeszt téma) és a kibontakozó dinamikai erőirányok szerint dolgoztam fel. Mivel a jelenségekkel, mint minőségekkel dolgoztam, kvantifikálásra nem került sor.

A 2. sz. táblázatban nyomon követhetjük a két csoport (P jelzéssel a pszichológus csoport, O jelzéssel az orvostanhallgató csoport) mindazon témáit és dinamikai jellegzetességeit, amelyek a novella tartalommal való megtöltését kísérték. (A csoportfolyamat tartalmi elemzése a következő fejezetben olvasható.)

Ezúttal arra törekszem, hogy a csoportok hasonló dinamikai jellegzetességeire mutassak rá. Az *előkészítő- érzékenyítő* szakasz sajátos megnyilvánulásai leginkább az első két csoportülésre voltak jellemzőek. Ebben a szakaszban a kiszolgáltatottság, védtelenség, függőség, elhanyagoltság, szorongás voltak a legjellemzőbb érzések.

Csoport	Ülésszám	Manifeszt téma	Latens tartalom, konfliktus
O	1 Előkészítő- érzékenyítő szakasz	- A rezidensképzés lehetetlensége, anyagi gondok - Az orvos apák nem törődnek a saját gyerekek betegségével. „Nekem is fáj”- ez a válaszuk a gyermekük panaszára	kiszolgáltatottság, bizonytalanság elhanyagoltság, szorongás
P	1 Előkészítő- érzékenyítő szakasz	-Miért jöttünk a csoportba	önismeret vagy szakmai előnyök
O	2 Előkészítő- érzékenyítő szakasz	- Az orvos anyák nem maradnak otthon 3 éves korukig a gyerekekkel, nem szoptatják őket. (Az	elhanyagoltság, védtelenség

P	2 Előkészítő- érzékenyítő szakasz	egyik csoporttag arról beszél, hogy ismer valakit, aki 5 éves koráig szoptatta a fiát.) - Állandó aggodás a hozzátartozókért, nehogy bajuk essen -Gyermekekori mandulaműtétek, kórházi bentfekvések élményei	szorongás, veszteség szorongás
O	3 Dramatizálási szakasz	- Ki honnan jön? - Zsarnok anyák (Az egyik fiú egy falubeli férfiről beszél, akit arra kényszerít az anyja, hogy mindig járjon templomba és mindig ad neki 500Ft-ot, aki 400Ft-ért fröccsöt vesz a kocsmában, 100Ft-ot pedig bedob a perselybe.	behatárolódás, bemérés leválás, függetlenedés, énhatárok
P	3 Dramatizálási szakasz	Ki a jobb segítő? Férfi vagy nő?	szereptisztázás, szerepharc
O	4 Dramatizálási szakasz	Nem is olyan nagy ember az orvos, mint ahogy kinéz.	detronizálás

P	4 Dramatizálási szakasz	Férfias és nőies gyógyító szerepek (férfi=orvos; nő= pszichológus)	szerep-tisztázás, szerepharc
O	5 Dramatizálási szakasz	Önfeladás/elfogadás (Mi lennék, ha nem orvos)	identitáskeresés
P	5 Dramatizálási szakasz	-Önfeladás/elfogadás (Mi lennék, ha nem pszichológus)	identitáskeresés
O	6 Karakterépítés	-Alkohol-és drogfüggő orvostanhallgatók (Azokat, akik pszichiátriai kezelésen esnek át, nem kellene visszaterelni a pályára.)	egy csoport megtagadása
P	6 Karakterépítés	A pszichiáterek és pszichológusok között sok a lelki beteg.	
O	7 Karakterépítés	-Tájékozott betegnek kell lenni, az eü. alapismeret legyen az alaptanterv része	normaképzés
P	7 Karakterépítés	Lassan talán elfogadja a közvélemény, hogy	normaképzés

		nemcsak az jár pszichológushoz, aki elmebeteg.	
O	8 Szereposztás, próbák	Az empátia veleszületett tulajdonság, nem fejleszhető készség.	transzcendens külső kontroll
P	8 Szereposztás, próbák	Az empátia veleszületett tulajdonság, nem fejleszhető készség.	transzcendens külső kontroll
O	9 Szereposztás, próbák	-Már egyetemistaként látszik, hogy kiből lesz professzor/apai életút követése	elfogadás-igény
P	9 Szereposztás, próbák	-Diplomával együtt házasságot is kell kötni	párképzés, leválás, függetlenedés, konformis viselkedés megvédi az embert
O	10 Búcsúzás	-Hogyan lehetnék jó orvos? (Egy oszt rák orvosegyetemen egy hétre begipszelik a hallgatók lábát, hogy átéljék, milyen úgy élni) -Mit jelentenek nekem a többiek? (A legfiatalabb	empatikus orvos akarok lenni érzelmi és racionális búcsú: mit hasznosíthatok, mit

P	10 Búcsúzás	csoporttag arról kezd beszélni, hogy neki a többiek jelentik az ideális orvost. -Mi lesz velünk 10 év múlva?	viszek magammal? érzelmi búcsú
---	----------------	---	---------------------------------------

2.sz. táblázat: Orvos-és pszichológuscsoport összehasonlító dinamikai elemzése

A folyamatelemzés rávilágított arra, hogy az érzelmi bevonódás és elköteleződés már a csoportfolyamat kezdeti, *tájékozódási* szakaszában megtörtént, személyes történetek és gyermekkori emlékek aktiválódtak mindkét csoport tagjainál. Majd a *strukturálódás* fázisában, a "ki honnan jött" probléma tisztázásával bemérik a távolságot és a tagok közötti hierarchián is dolgoznak. A novella betegtájékoztatással kapcsolatos részlete módot ad arra, hogy a csoport megfogalmazhassa, milyen orvos NEM akar lenni. De akkor milyen legyenek? Rövid bizonytalanság után beindul a *munkafázis*, a szerep-tisztázás, az identitáskialakítás, a norma-és értékképzés. A munkafázis témáiban az elfogadás, a tisztelet és megbecsülés utáni vágy, az "empatikus orvos akarok lenni" vágya fogalmazódott meg. Az *utolsó szakasz* fontos lépései az önmeghatározás, a csoport tanulságainak számbavétele, (mit vihetek magammal?), majd a búcsúzás.

A fentiekben vázolt csoportfejlődés, a két csoportban nyomon követhető azonosságok alapján kiinduló hipotéziseinkre vonatkozóan megállapíthatjuk, hogy fázisazonos dinamikai jelenségeket figyelhetünk meg. A csoportdinamikai folyamatok megértése rávilágít arra, hogy a hallgatóknak igen nagy az önismereti igénye, de ugyanilyen erős a pályára, hivatásra való felkészülés szerepbiztonsági vágya is. Mivel az egyetemi keretek az ilyen jellegű csoportmunkát nem vagy alig biztosítják, így szükségessé válik egy részlegesen önismereti elemeket is magába foglaló pályaszocializációs csoport indítása.

5.5. Tartalmi elemzés: az orvos - és pszichológushallgatók drámajátékának összehasonlítása

A tartalmi elemzésnél a drámajátékok reprezentációira voltunk kíváncsiak, arra, hogy milyen hasonlóságok és különbségek adódnak a reprezentációkban.

A csoportfolyamatok történéseit elemezve meglepő hasonlóságokat találtunk az orvos- és a pszichológus csoport karakterei között. Az *orvostanhallgatók betege* egy 33 éves háztartásbeli nő. Vidéken él férjével és 3 gyermekével, amint egy hallgató fogalmazott, „városi nő a falusi bikák között”. Legfontosabb jellemzői a hallgatók szerint: egoista, önző, ellenszenves, idegesítő, hisztis, boldogtalan, a legújabb divat szerint öltözködő kedvetlen penészvirág, aki nőgyógyászati problémái miatt kerül kórházba, mivel rendellenes vérzéseket észlel magán. A kórházba kerülést megelőző estén is összevesztek a férjével. A nő legfőbb vágya, hogy mindenki szeresse, a legnagyobb félelme, hogy egyedül marad, csúnya lesz és magányos. Élete a hallgatók szerint a kórház elhagyása után ugyanúgy folytatódik, minden visszaáll a régi kerékvágásba, egyre gyakoribbá válnak a férjével való veszekedések, végül elválnak. A *pszichológushallgatók páciense* egy 33-34 év körüli titkárnő, aki labilis, bizalmatlan, aggódó, pesszimista, mártír szerepben tetszelgő, szeretethiányos és szeretetre vágyó nő, akit gyomorfekély gyanúja miatt kezelnek, és neki is házassági problémái vannak. Tehát mindkét csoport páciense azonos életkorú és jellemű nő, aki a hallgatók szerint pszichoszomatikus betegségben szenved, és mindkét csoport házassági problémákat és konfliktusokat feltételez a betegség hátterében.

Az orvostanhallgatók által elképzelt beteg	Pszichológushallgatók által elképzelt beteg
33-35 éves háziasszony vagy vegyesbolti eladó	32-34 éves titkárnő vagy recepciós egy szoláriumban
alacsony, harsány sminkű nő	vékony, ápolt nő, talpig sminkben
önző, csalódott, hisztérikus, boldogtalan, önmagát sajnáltató, érdektelen, üres, ellenszenves, kedvetlen penészvirág	bizalmatlan, aggódó, mártír szerepben tetszelgő, éngyenge, szomorú, magatehetetlen, mindenkinek megfelelni akaró nő
<i>Diagnózis:</i> nem differenciált nőgyógyászati probléma (rendellenes vérzések) ill. petefészek ciszta	<i>Diagnózis:</i> gyomorfekély ill. mellrák vagy méhnyakrák

3. táblázat: A drámajátékok összehasonlítása: az elképzelt páciens és problémája

A történet másik főszereplője az orvos. A *medikusok orvosa* egy 50 év körüli kimért, bölcs, távolságtartó, fölényes, lekezelő, fáradt, csak a munkájának élő főorvos, akinek legfőbb vágya, hogy mindenható legyen és legnagyobb félelme, hogy eme szerepében csődöt mond; a *pszichológushallgatók* egy 45-48 év körüli határozott, segítőkész, teljesítményorientált, erősen autoriter nőt tudnak elképzelni ebben a szerepben.

Az orvostanhallgatók által elképzelt főorvos	A pszichológushallgatók által elképzelt főorvos
50 év körüli férfi magas, nagydarab, ősz, rövidre nyírt hajú, szemüveges, nyakkendőes férfi, élére vasalt köpenyben, luxusórával a karján kimért, bölcs, távolságtartó, fölényes, lekezelő, modortalan, érzéketlen, kiegészített, fáradt, csak a munkájának él	45-50 év körüli nő magas, fiatalos megbízható, komoly, határozott, segítőkész, teljesítményorientált, erősen autoriter

4. táblázat: A drámajátékok összehasonlítása: az elképzelt orvos karaktere

A főorvos prototípusa tehát egy 50 év körüli személy, aki erősen autoriter, teljesítményorientált és fáradt. A nembeli eltérés valószínűleg abból fakad, hogy a pszichológushallgatók csoportjában nem volt fiú, és a pszichológus szakma sokkal inkább elnőiesedett, mint az orvosi pálya.

Feltételezésem szerint az átélt szerepekhez kapcsolódó interaktív tartalmak modellezik a tünetértelmezés mindennapi helyzeteiben is megjelenő verbális és nemverbális megnyilvánulásokat. Ezt igazolja, hogy bár ezzel kapcsolatban nem adtunk direkt instrukciót, a novellát az orvos- és pszichológushallgatók csoportjaiban is aktualizálták a hallgatók. A mai korba helyezték a történetet, valamelyik vidéki kórház sebészeti osztályán vagyunk, a szereplőknek „mai” foglalkozást választottak, és a mai egészségügy mindennapjaiban jelenítették meg a gyógyító kapcsolati helyzeteket. Hasonlóképp a projektív helyzet általi bevonódást igazolta, hogy a pszichológushallgatók csoportjai minden instrukció nélkül, spontán létrehoztak, beépítettek egy pszichológust is a történetbe, például az orvos feleségeként, hogy számukra is legyen egy azonosulási minta, egy olyan projekciós felület, ahol a pszichológus szerephez közvetlenül kapcsolódó fantáziáik valósággá

válhatnak. A novella orvos-beteg kapcsolati helyzete ugyanis olyan ingerként hat a majdani segítőre - a nem specifikus hatótényezők (empátia, hiteles viselkedés, elfogadás, megerősítés stb.) fantáziában való megjelenítése által – amely megmozgatja a bennük rejlő „gyógyító ösztönt” és elindít egy olyan igényt, hogy közvetlen cselekvésben, mozgásban is átélhessék mindezt.

5.6. A drámacsoport módszer tesztelésének tanulságai

Az általunk kidolgozott készségfejlesztési módszer, amely a biblioterápia, a Bálint-csoport és a drámajáték elemeit ötvözi, lehetővé teszi a gyógyító kapcsolat mindkét „szereplőjével”, az orvossal és a beteggel való *önkéntelen, szorongásmentes* azonosulást.

A nőbeteg és az őt kezelő főorvos jelleme és karaktere állt a csoportfolyamat középpontjában, ahol a dramaturgiai munkát is a hallgatók végezték el. A kidolgozott, majd felvállalt szerepek, az előadásra való felkészülés minden részfázisa élményszerző, kommunikációs és kapcsolati készséget, hivatásszemélyiséget fejlesztő hatással bírt. Az „alakítások” a hallgatók spontán készségeire, rögtönzéseire voltak bízva és a szerepek megformálásán át tárták fel önmagukat, saját érzéseiket és problémáikat. A távolítás következtében nincs szükség személyességre, mégis az érzések átélhetőek, a saját érzések integrálhatóak a folyamatba az egyes szám első személyű, sajátélmény szintű szerepjátszás miatt. Az előadások videóra való rögzítése majd visszajátszása katartikus hatású, amely hozzásegítette őket ahhoz, hogy másként lássa és értékelje mind önmaga szerepét, mind majdani páciensei helyzetét és betegségétörténetét.

A dramatikus csoportfolyamat az „itt és most” hangsúlyával a „tudattalan tanulás” folyamata, ahol hozzáférhetővé és láthatóvá válik az implicit kapcsolati tudás (Pető, 2003). Ez az a kapcsolódási mód, ahogy a leendő orvos és pszichológus találkozási pontot keres és talál betegével. Ezt segíti a drámajáték során közösen átélt sajátélmény. Az együttlét ezen speciális módja, az érzelmek, a gondolkodás közös monitorozása szükségszerűen beindít egy változást (Ajkey, 2003).

A módszer észrevétlenül is arra tanít, hogy előbb a beteget ismerd meg és utána a betegségét. A betegszereppel való azonosulás elősegíti, hogy ne váljanak élesen ketté a pszichológiai és az orvosi ismeretek, a test és a lélek. Ez a „színészi” élmény hozzásegít ahhoz, hogy a klinikai gyakorlat során az anamnézis adatok ne egymástól különálló információk legyenek, hanem észrevétlenül is összeálljanak egy összefüggő történetté, a beteg életévé.

A 20 órás tréningcsoport során a majdani segítők észrevétlenül tanulnak bele a kétszemélyes gyógyító-beteg kapcsolat értő kezelésébe, tudatosító feldolgozásába. A csoportban való részvétel lehetővé teszi, hogy a hallgató visszajelentést kapjon egy-egy megnyilvánulásáról, a gyógyító „szerepkészlet” egy-egy elemének társas fogadásáról. Esetünkben az orvos szerepét „hármasszereposztásban” játszottuk, ahol a beteg ügyeletbe való érkezését, majd az anamnézis-felvételt, a beteg osztályra való felvételét három különböző módon láthattuk. A jelenetek visszánézése, a beteget játszó hallgató visszajelzései, az ön- és társjellemezés segíti leginkább az önismeret, a másokra figyelés képességének fejlődését.

Ennek megfelelően drámapedagógiai módszerünk két szinten fejti ki hatását: egyrészt deklaratív, tudatos, verbális szinten („amit teszek és amit mondok”) másrészt implicit, azaz kapcsolati szinten („ahogyan teszem és ahogyan mondom”) (Simon és mtsai, 2001). Ez utóbbi azért is nagyon fontos, mert a nonverbális készségek fejlesztése, a szcénikus információk jelentéssolvasási és jelentésadási képessége a mindennapi gyógyító munka fontos eleme (Argelander, 2006).

A következő fejezetben a dramatikus feldolgozás alapjául szolgáló novella megbízhatósági vizsgálatát mutatom be. Arra keresem a választ, hogy egy nagyobb mintán (n=313) végzett kérdőíves felmérés megerősíti-e a kiscsoportban kapott eredményeket.

VI. A novellával kapcsolatos projektív tartalmak kérdőíves mérése és elemzése

6.1. Bevezetés

Számos orvosi pszichológiai és antropológiai kutatás igazolta az utóbbi évtizedekben, hogy a betegségekkel kapcsolatos vélekedések és a betegségmegélés nem függetleníthető a tágabb társadalmi környezettől és a specializált egészségügyi-orvosi kultúrától (Aronowitz, 1998). A tömegmédia és az internet elterjedése után többszörösen igazolódott az a tétel is, hogy a laikusok betegség-reprezentációi nem különböznek radikálisan az egészségügyi szakemberektől (Arksey, 2008). Az egyik legfőbb egyezés abban mutatkozik, hogy a nyugati kultúrákban a betegek ugyanúgy dichotomizálják a „szomatikus” és „pszichés” háttérű tüneteket, mint az egészségügyi szakemberek. Továbbá, náluk is ugyanúgy megtalálhatók a szakemberek körében manapság igen elterjedt medikalizáló tendenciák, de a hasonlóképp divatos pszichologizáló trendek is (Prior, 2003).

Számos nemzetközi és hazai vizsgálatban kimutatták, hogy a lelki háttérűnek tekintett betegségeket szakemberek és betegek egyaránt kevésbé tartják kezelendőnek (Bishop és mtsai 1987; Peters és mtsai 1998; Kende, Szili és Csabai 2005). Ezen vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy a laikusok tünetekkel kapcsolatos ítélete gyakran egyenes függvénye annak, hogy milyen egyéb – élethelyzeti, pszichológiai, stb. – problémája van az illetőnek. Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy ez az összefüggés a legtöbb szakemberre is igaz, az ő tünetértelmezésükre is hatással vannak az attribúciós folyamatok és nemi sztereotípiák.

A tünetattribúció egyik legáltalánosabb modelljét Robbins és Kirmayer (1991) dolgozta ki, és elkülönítette a normalizáló, a szomatizáló és a pszichologizáló attribúciós stílusokat. Alapvetően az attribúciós stílus határozza meg, hogy egy testérzetet szomatikus vagy pszichológiai tünetként értelmezünk és élünk meg. A normalizáló attribúciós stílus alapvető jellemzője, hogy az egyén egy-egy testérzet megjelenésének okát külső környezeti tényezőknek vagy a test normál fiziológiai reakciójának tulajdonítja. A szomatizáló attribúciós stílus esetén a testérzetek értelmezésének alapját a testi betegség feltételezése jelenti, míg a pszichologizálók valamilyen belső, pszichológiai állapottal (pl. szorongás, depresszió) magyarázzák testi tüneteiket (Rózsa és mtsai 2008). A szomatizáló attribúciós stílus megerősödő tünetpercepciót eredményez, mely viselkedéses tényezőkkel párosulva (pl. fokozott panaszkodás, gyakori szakemberhez fordulás) hozza létre a szomatizáció jelenségét, melynek fontos kritériuma, hogy a beteg panaszait nem támasztják alá a klinikai vizsgálatok. A nemzetközi szakirodalom és a hazai kutatások is azt igazolták, hogy a szomatizáció nemi különbségeket mutat (Creed és Barsky 2004; Kende, Szili és Csabai

2005). Az orvosilag nem magyarázott tünetekkel jelentkező, „szomatizáló” betegek túlnyomó többsége nő. Ez nagyrészt abból adódik, hogy a nemekkel kapcsolatos társadalmi-kulturális sztereotípiák is lenyomatot hagynak a tünetészlelésen, tünetértelmezésen, betegekkel való bánáson (Ruiz és Verbrugge, 1997; Foss és Sundby, 2003). Az, hogy a nők általában több testi tünetről számolnak be egy adott időszak alatt, mint a férfiak, jelentős mértékben annak köszönhető, hogy a panaszkodás, a testi gyengeség felvállalása „nőies” tulajdonságnak minősül (Gijbers van Wijk és mtsai, 1999; Fletcher és mtsai, 2002). Nathanson (1975, 1977) korai tanulmányaiban kifejti, hogy bár a férfiak rövidebb ideig élnek, ennek ellenére a nők jobban szenvednek egészségügyi problémáiktól, mint a férfiak. A férfiak sokkal ritkábban betegszenek meg, de ha valamilyen probléma jelentkezik, akkor az súlyosabb tüneteket és magasabb halálozási arányszámot eredményez. Nathanson mára már klasszikusnak mondható kifejezése erre a jelenségre: „a nők megbetegednek, a férfiak meghalnak.”

Gijbers van Wijk és Kolk (1997) a testi tünetek átfogó biopszichoszociális megközelítésében hat tényezőt sorol fel, amelyek a nők fokozott tünetpercepcióját segítik:

1. női reprodukivitási folyamatok (pl. menstruációs ciklus, terhesség, menopauza)
2. a szociális pozícióból fakadó hátrány, amely a külső környezeti információk beszűkülését eredményezheti (pl. GYED/GYES, háztartásbeliség)
3. a testből származó ingerek fokozott megfigyelése, melynek háttérében szocializációs és biológiai folyamatok állnak (pl. fájdalomsszenzitivitás nemi különbségei)
4. a szomatizáló attribúciós stílus preferenciája
5. a szomatizációra való fokozott hajlam
6. a tüneti beszámolókra való nagyobb hajlandóság (pl. gyermekkorban a fiúk testi fájdalmakra adott reakcióinak csökkentése: „egy ilyen nagy fiú már nem sír”)

A fenti faktorokban látható különbségek a korai szocializációban, az eltérő tradicionális nemi szerepekben és a szociális pozícióban gyökereznek, de biológiai alapjuk is van (lásd pl. Kulcsár és Kökönyei, 2004). Mindezen tényezők meghatározzák a betegségmagatartással kapcsolatos ítéleteket is. Foss és Sundby (2003) összefoglalója szerint a kórházi személyzet a férfiak betegségmagatartását problémamentesnek látja, és úgy értékeli, hogy a férfiaknak kevesebb az idő- és információigénye, és jobban elfogadják a döntéseket. A „követelőző” nőbeteg tünetbemutatása „zavarosabb”, „bizonytalanabb”, és a szakemberek szerint nagyobb idő- és információigényük van.

Hasonlóképp számos kutatási eredmény – és számos sztereotip vélekedés – szól amellet, hogy a gyógyító szakemberek betegekkel való bánásmódját is befolyásolják a nemi különbségek. Ezek általában arra utalnak, hogy az orvosnők általában több időt töltenek a

beteggel, inkább jellemzi őket az érzelmi kommunikáció, továbbá a pszichoszociális témák megbeszélése a betegekkel (Hall és Roter, 1998). Jóval több a gyógyító kapcsolat kialakulását segítő, facilitáló partneri megnyilvánulásuk a betegek felé, kevésbé dominánsak az orvos-beteg konzultáció során, kevésbé védik a szakmai tekintélyt (Roter és mtsai 2002). A beteg aggodalmaira, pszichoszociális problémáira inkább reagálnak, több érzelmi visszajelzést is adnak, mint a férfi orvosok (Meeuwesen és mtsai, 2002; Roter, 2001; Sleath és Rubin, 2002). Mindezen különbségek ellenére a témával kapcsolatos kutatások nem találtak szignifikáns összefüggést a gyógyító szakember neme és a terápiás kapcsolat jellemzői, illetve a terápia hatékonyságának összefüggései szempontjából sem. Egyedül az orvosnő és nő páciens páros bizonyult hatékonyabbnak, itt volt a legmagasabb a kölcsönös támogatás foka és a partneri viszony minősége (Derose és mtsai, 2001; Brink-Muinen és mtsai, 2002).

Mindezen előzmények után azt a kérdést tettük fel, hogy a tünetek prezentációjának módja, a betegség személyes történetbe ágyazottsága és a beteg neme miként befolyásolja egy betegségtörténet értelmezését attól függően, hogy milyen nemű és milyen szakmai háttérű az értelmezést végző személy. Arra voltunk tehát kíváncsiak, hogy egy betegségtörténet meghallgatása után hogyan változnak a betegre és a betegsége vonatkozó vélemények a beteg nemének függvényében, illetve kimutatható-e különbség a véleményező nemét és foglalkozását (orvos- és pszichológushallgató) tekintve. A kutatás alanyaiként azért választottunk még képzésben résztvevő, I. és III. éves – tehát a laikus és szakember státusz közötti átmeneti szakaszban lévő – személyeket, hogy adalékokat kaphassunk arra vonatkozóan is, hogy az oktatás és a pályaszocializáció folyamata során miként hatnak egymásra a szűken vett szakmai és a társas-kulturális szempontok a tünetek és a betegek viselkedésének értelmezésében.

6.1. A vizsgálat hipotézisei

1. A szakirodalom szerint fokozottabb tünetészlelés, „élezőbb stílus” jellemzi a nőket és a tünetekkel kapcsolatos érzelmek verbalizálása a laikus és szakmai vélekedések szerint is "nőies" tulajdonságnak minősül, ezért különbségek várhatók a férfi és női főszereplővel kapcsolatos tünetleírásokban.
2. Az egyetemi hallgatók a pályaszocializációs folyamat elején tartanak, első és harmad évesek, válaszaikat feltehetően inkább a laikusokra jellemző tünetattribúciók befolyásolják, és nem várható jelentős különbség orvos- és pszichológushallgatók válaszai között.
3. Mindezek figyelembevételével a véleményező nemének jelentősebb hatása van, mint szakjának.
4. Foglalkozási kategóriák szerint leginkább a betegség kialakulását magyarázó elméletek, az etiológiai elképzelések terén várunk különbséget. Amíg az orvostanhallgatók – képzésükből eredően –inkább biológiai magyarázatokat adnak a betegségek kialakulására, addig a pszichológushallgatók inkább pszichés tényezőket feltételeznek a probléma hátterében.
5. A sztereotípiák erős és átható jelenléte miatt a kérdőíves felmérés igazolja a novellaválasztás helyességét, ugyanolyan témák mentén szerveződik a betegség történet, mint a drámacsoport folyamatában.

6.2. Módszer

A tünetreprezentációk, attribúciók és kognitív sémák alakulásának folyamatát projektív technikával vizsgáltuk. A technikát a betegségprezentációk mérésére alkalmas teszteljárásként és oktatási módszerként dolgoztuk ki (Csörsz és mtsai, 2008). A módszer lényege, hogy nem hagyományos esetismertetést, hanem egy szépirodalmi műben megjelenő betegségtörténetet prezentálunk a vizsgálati személyeknek, akik ehhez a „projekciós felülethez” kapcsolhatják a betegséghez, a beteghez és a gyógyító-beteg kapcsolathoz fűződő asszociációikat. Azért tartottuk szükségesnek ezen indirekt, asszociatív módszer bevezetését, mert a hagyományos értelmezési feladatok (betegségek, esetek elemzése) elsősorban a tanult ismeretek előhívását célzó kognitív készségeket mobilizálják, és így nem kapunk megfelelő információt a háttérben meghúzódó és jelentős szereppel bíró érzelmekről és társas-kulturális reprezentációkról.

A projektív teszteljárás kidolgozásakor abból az alapelvből indultunk ki, hogy a művészeti alkotások – így a novellák – befogadásához és megértéséhez speciálisan koncentrált figyelem szükségeltetik, melyet empátiás megértésnek nevezünk (Buda, 1986). Egy szépirodalmi betegség-elbeszélés szereplőivel való azonosulás, a téri és idői sűrítés, továbbá az a mód, ahogy a betegség a főszereplő élettörténetébe ágyazottan jelenik meg, és így „helyet kap” a beteg életében, olyan szokatlan perspektívából láttatja a beteget (pl. állóképként, hosszasan elidőzve, részleteiben mutat be egy érzelmileg fontos pillanatot), amely hagyományos esetértelmezés során nehezen megragadható. Egy ilyen típusú beteg- és tünetbemutatás lehetővé teszi azt is, hogy a novellát projektív felületként használva, *sűrítve* követhessük végig a diagnózisalkotási és értelmezési folyamatot, nem csupán kognitív szinten, hanem a reprezentációkhoz kapcsolódó érzések, élmények szintjén is. A mai megismerés-tudomány szerint ugyanis az affektív komponensek jelentősen befolyásolják a kogníciók alakulását (pl. Jenkins és Oatley, 2005). Fontos szempont az is, hogy a tünet, a betegség ily módon természetes közegében, érzelmek és társas viszonyulások hálójába ágyazódva jelenik meg, nem csupán élettelen adathalmazként.

További fontos szempont volt a módszer kidolgozásakor, hogy a befogadó azon novellabeli szereplőkkel tud inkább azonosulni, akiknek már vannak körvonalai, előképei. Egy orvos-vagy pszichológushallgatónak – aki még köztes helyzetben van a laikus és szakember státusz között – feltehetőleg ugyanolyan közel vagy közelebb vannak még a

betegszereppel kapcsolatos laikus előképei, élményei, mint az éppen formálódó szakemberszereppel kapcsolatos reprezentációi és viszonyulásai.

A reprezentációk mérésére Nagy Lajos *A beteg* című elbeszélését választottuk. A novellaválasztás során a következő kritériumokat tartottuk szem előtt: 1. a történetben ne legyen pontos diagnózis; 2. több, de kidolgozatlan karakter szerepeljen benne; 3. a történet-elbeszélés semleges, érzelmileg kevésbé színezett legyen. Mindezen feltételek azért szükségesek, hogy megfelelő körülményeket teremtsünk az asszociációk előhívásához. Egy információban hiányos történet olyan bizonytalan helyzetet teremt, amelyet automatikusan megpróbálunk kerekébb történetté kiegészíteni, így projekciós felületként működik. Tovább facilitálja a projekciók beindulását a távolítás mozzanata, azaz, hogy a kiválasztott novella időben távolabbi (jelen esetben az 1930-as években zajló) eseményt mutat be. A novella egy nőbetegről szól, akit valamilyen daganat miatt megoperálnak. Ennyi információnk van a betegségről. A férjéről azt tudjuk meg, hogy aggódik a szövettani vizsgálat eredménye miatt, a feleségről pedig csupán azt, hogy rosszul érzi magát attól, hogy a műtét utáni ébredéskor egyedül van. Szerepelnek még a történetben a főszereplőért aggódó nagyszülők, továbbá egy jelenet a beteg férje és az operációt végző orvos között.

6.3. Kérdőív a novellával kapcsolatos projektív tartalmak mérésére

A novellával kapcsolatos asszociációk, a betegséggel és a beteggel kapcsolatos attribúciók, viszonyulások és sztereotípiák feltárásához önkitöltős kérdőívet szerkesztettünk. A 23-tételes, nyitott kérdéseket tartalmazó kérdőív kérdései azt a projekciós folyamatot segítik, illetve fedik fel, melynek során a novella szereplői és számai konkrét fantáziává válnak a válaszadóban (4. sz. Függelék). A kérdések az operáción átesett beteggel, annak betegségével és hozzátartozóival, illetve kezelőorvosával kapcsolatosak, tehát a betegséggel, a betegszereppel és a gyógyító szereppel kapcsolatos reprezentációkat vizsgálják. A történetre vonatkozó fantáziákat időben is kitágítottuk: rákérdeztünk a kórházba kerülést megelőző eseményekre, továbbá a jövőbeli, kórházon belüli és kívüli eseményekre is. Külön csoportot képeztek a válaszoló saját érzéseire vonatkozó kérdések: a főszereplővel és a kezelőorvossal kapcsolatban, illetve a novella egésze kapcsán. A válaszokat a válaszadók neve és szakja szerinti bontásban elemeztük.

A novellának, illetve a kérdőívnek kidolgoztuk a módosított változatát is: ebben a főszereplő beteg nem nő, hanem férfi (és a jelenetet, amely az eredeti novellában a férj és a főorvos közt zajlik, most a feleség és az orvos találkozására írtuk át). Csak néhány változtatásra volt szükség: a „Szankó Bálintné” nevet „Szankó Bálintra” cseréltük, illetve

értelemszerűen a „feleség” helyett „férjet” írtunk. Ezzel a változtatással a betegszerep nemi vonatkozásának függő tényezőit kívántuk feltárni. A válaszadók egyik csoportja az eredeti, női főszereplővel játszódó novellát hallgatta meg, míg a másik csoportnál férfi volt a protagonista. A novellát a vizsgálatra önként jelentkező egyetemi hallgatók csoportjainak olvastuk fel, minden esetben egyetemi, tantermi környezetben, de tanórán kívül.

6.4. A vizsgálati személyek és az eljárás menete

A kérdőívet 313 vizsgálati személy töltötte ki, 223 nő és 90 férfi (vö. a pszichológushallgatók túlnyomó része nő). A novella eredeti változatát (női főszereplővel) 183 alkalommal, a módosítottat (férfi főszereplővel) 130 esetben használtuk. A válaszadásban 189 I. és III. éves debreceni orvostanhallgató (101 fő I. éves és 88 fő III. éves) és 124 I. és III. éves szegedi pszichológushallgató (78 fő I. éves és 46 fő III. éves) vett részt. A novellát egy vizsgálatvezető olvasta fel az egyetemi hallgatóknak, majd ezt követően töltötték ki a kérdőívet.

		gyakoriságok	százalékok
nem	férfi	90	28,8
	nő	223	71,2
szak	orvos	189	60,4
	pszichológus	124	39,6
korcsoport	18-20	151	48,2
	21-25	162	51,8

5. sz. táblázat: A minta nem, szak és életkor szerinti megoszlása

6.5. Adatelemzés

A felvett kérdőívek elemzésének első lépéseként a kérdőívek átolvasását, a releváns információk szelektálását, szűrését végeztem el. Ezt a szövegekben megjelenő reprezentációk meghatározása követte. A kérdőívek tartalomelemzését két független elemző végezte, majd egyeztették eredményeiket, és ez alapján jöttek létre a tartalmi kategóriák. Összesen 31 eltérő kategóriát azonosítottunk (6. sz. táblázat), ebből 13 kategória a betegre (pl. életkor, foglalkozás, testsúly, ápoltság, exrtaverzió-introverzió, vágyak, félelmek,

házasság, fontos emberek,); 10 kategória a betegségére (pl. a probléma helye, etiológia fizikai/lelki/életmód, megelőző események, kórházi történés, a történet folytatása); 5 kategória a gyógyító szakemberre (pl. kor, belső tulajdonság, külső tulajdonság, kezeltetné-e magát vele); 3 kategória pedig a válaszoló saját érzéseire vonatkozott. A kódolást két független kódoló végezte. A kódolók közti interrater reliabilitás (Kappa) értéke 0,52-0,87 közötti tartományba esett. A vitás eseteket megbeszélték, majd konszenzusra jutottak. Eredményeiket Csabai Mártával és Szili Katalinnal ellenőriztük.

Szankó Bálint(né), a beteg	
Életkor	20-25/ 26-30/ 31-35/ 36-40/ 41-50/ 51-60/ 60 felett
Foglalkozás	Adminisztratív/inaktív vagy háztartásbeli/diplomás értelmiségi/szolgáltatóipar/fizikai munkás
Testsúly	Sovány/túlsúlyos/közepes
Ápoltság	Ápolt/elhanyagolt
Önzés	Önző/önzetlen, másokat szolgál
Extraverzió/introverzió	Szorongó, befelé forduló/kommunikatív
Optimizmus	Optimista/pesszimista
Félelem	Magány, szeretethiány/rosszindulatú betegség, halál/mindkettő
Vágy	Szeretet, figyelem/gyógyulás, életkörülmények javulása/mindkettő/egyéb
Fontos emberek 1	férj, család/idegenek/önmaga
Fontos emberek 2	akik figyelnek rá/akik nem figyelnek rá
Házasság	kölcsönös elhidegülés/ Szankóné+, Szankó -/Szankóné -, Szankó+/kölcsönös elfogadás
Kiváltott érzés	sajnálát, megértés/ellenszenv/közömbös
A betegség	
A probléma	Tumor jóindulatú/rosszindulatú/semleges
A probléma helye	Nőgyógyászati/emésztőszervi/egyéb
Etiológia-fizikai	Genetika/környezeti ártalom/mindkettő
Etiológia-lelki	Egyéni, stressz, depresszió/családi, interpszonális/mindkettő
Etiológia-életmód	Aktív rizikó(dohányzás, helytelen táplálkozás)/passzív rizikó(nem jár szűrésre)/mindkettő
Megelőző események 1	Családi probléma/nincs családi probléma

Megelőző események 2	Stressz/depresszió/mindkettő
Megelőző események 3	Konkrét fizikai panaszok/sűrű orvoslátogatás
Megelőző események 4	Munkahelyi probléma/nincs munkája
Kórházi történés	Elégedetlen marad/jóba lesz a szobatárssal/bemegy a család, + kimenetel/bemegy a család, - kimenetel/beleszeret az orvosba/kivizsgálás, semleges történés
Történet folytatása	Nincs változás/van változás,+, magától/van változás, +, pszichés kezelést kap/van változás, -, válás/van változás, -, újra beteg lesz
Az orvos	
Életkor	25-40/ 41-50/ 51-60/ 61-70/ 70 felett
Belső	Tárgyilagos, hűvös/empatikus
Külső	Vonzó megjelenés/elhanyagolt, fáradt
Kiváltott érzés	Szimpátia/ellenszenv/közömbös
Kezeltetné-e magát vele	Igen/nem
Novella	
Kiváltott érzés 1	Megéri/ nem érinti meg
Kiváltott érzés 2	Tipikus/nem tipikus
Mai történet	Ugyanilyen lenne/más lenne, - kimenetel/más lenne, + kimenetel

6. sz. táblázat: Tartalmi kategóriák

Az adatrögzítés a meghatározott kategóriák szerint, a tartalmi kategóriáknak megfelelő bináris kódokkal történt. Az adatokat az SPSS és a LEM programcsomagokkal elemeztük. A felhasznált statisztikai eljárások varianciaanalízis, khi-négyzet próba, illetve log-lineáris elemzés voltak.

VII. EREDMÉNYEK

7.1. A válaszhány és a beteg nemének összefüggései

A férfi és női betegszerep reprezentációiban erőteljes különbség rajzolódott ki, amely már a válaszadási gyakoriság szintjén is megmutatkozott. Már a kérdőívek első átolvasása után nyilvánvaló volt, hogy jóval hiányosabb és kevesebb válasz született abban az esetben, ha a beteg neme férfi volt (tehát a férfi főszereplővel bemutatott novellánál). Az egy kérdőívre adott szavak száma férfibeteg esetén átlagosan 53,2 volt, míg női beteg esetén 108,4. Továbbá, lényegesen kevesebb kérdésre válaszoltak, és az egyes kérdéseknél kevesebbet írtak a férfi válaszadók. Már ezen a szinten felmerült, hogy ebben az a szakirodalomból ismert, a fentiekben idézett jelenség tükröződhet – mind projekciós, mind pedig viselkedéses szinten –, hogy a férfiak általában kevesebbet beszélnek a betegségről (Addis és Mahalik, 2003). Ezt azonban statisztikai módszerrel is igazolni kívántuk. Ennek érdekében létrehoztuk a „hiányzó válasz” kategóriáját és megnéztük, hogy ennek a változónak az értéke az összes kategóriát tekintve függ-e a válaszolók nemétől, szakjától, illetve attól, hogy milyen nemű volt a beteg a betegségtörténetben.

A használt eljárás a többszemponos varianciaanalízis volt. Az eredmények szerint szignifikánsnak bizonyult a válaszadó neme és a szak interakciója [$p = 0,005$; $F(1,305) = 7,82$] és külön a beteg neme is [$p < 0,001$, $F(1,305) = 18,85$]. Ez azt jelenti, hogy a férfi orvostanhallgatóknál szignifikánsan többször fordult elő a válaszhány az összes változót tekintve, mint a másik három csoportnál (nőknél, illetve férfi pszichológushallgatóknál). A férfi orvostanhallgatóknál volt tehát a leggyakoribb a hiányos kérdőívkitöltés. Ezt mutatja be a 7. sz. táblázat.

Hasonlóképp jelent meg a *beteg nemének* hatása: szignifikánsan többször szerepel a „hiányzó válasz” kategória, ha férfibetegről van szó ($p=0,001$; férfibeteg: 10,37 hiányzó válasz; női beteg: 9,03 hiányzó válasz). Ez azt jelenti, hogy a történet férfi főszereplőjének jellemzésekor inkább jellemző volt a válaszkihagyás, illetve az alacsonyabb válaszsám.

	Szak			
	orvos		pszichológus	
	férfi	nő	férfi	nő
az összes hiányzó válaszok számának átlaga	11,03	9,38	9,13	9,23

	A beteg neme: férfi	A beteg neme: nő
az összes hiányzó válaszok számának átlaga	10.37	9,03

7. sz. táblázat: Az összes hiányzó válasz száma

A „hiányzó válasz” kategória gyakoriságát külön határoztuk meg azokra a változókra, amelyek a betegség hátterére, etiológiájára kérdeztek rá: a kórházba kerülést megelőző eseményekre, az etiológiai tényezőkre és a páciens életében jelenlevő „jelentős másokra”. Itt is megvizsgáltuk, hogy a hiányzó válaszok száma hogyan függ a válaszoló nemétől, szakjától, illetve a beteg nemétől. Eredményeink szerint a három független változó interakciója szignifikánsnak bizonyult [$p = 0,049$; $F(1,305) = 3,89$]. Az interakció pontosabb értelmezése céljából külön vizsgáltuk a nem és a szak hatását, előbb férfibeteg, majd női beteg esetén is. A történetben szereplő férfibeteg esetén a nem és a szak interakciója szignifikáns [$p = 0,001$; $F(1,126) = 11,243$].

Női beteg esetén csak a szak hatása szignifikáns [$p = 0,024$; $F(1,179) = 5.15$]. Férfibeteg esetén az interakciók jelentése a következő: a férfi orvostanhallgatók alig adnak a betegség etiológiájára, élettörténeti beágyazottságára vonatkozó információkat. A női pszichológushallgatók pedig a férfiakhoz képest adnak kevesebb ilyen jellegű információt. Ha a bemutatott beteg neme nő, akkor általában az orvostanhallgatók, nemtől függetlenül kevésbé válaszolnak az ilyen típusú kérdésekre, mint a pszichológia szakos hallgatók.

A beteg neme	Orvos		Pszichológus	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Férfi	6,00	5,24	4,77	5,70
Nő	5,32	5,03	4,60	4,69

8. sz. táblázat: A probléma etiológiájára vonatkozó hiányzó válaszok száma

Végül megnéztük, hogy a beteg személyét leíró kategóriák – mint a foglalkozás, testsúly, ápoltság, önzés, magabiztosság, optimizmus – között milyen gyakori a „hiányzó válasz” kategóriájának előfordulása. Ebben az esetben külön van hatása a válaszadó nemének [$p = 0,003$; $F(1,305) = 9,05$], a szaknak [$p = 0,004$; $F(1,305) = 8,49$] és a beteg nemének [$p < 0,001$; $F(1,305) = 20,89$]. E szerint több a kihagyott válasz, ha férfi nyilatkozik (férfi: 3,58; nő: 3,12), ha orvostanhallgató nyilatkozik (orvostanhallgató: 3,57; pszichológushallgató: 3,13), illetve ha férfibetegről nyilatkoznak (férfibeteg: 3,7; női beteg: 3,0) (9. táblázat).

A hallgató neme		A hallgató szakja		A beteg neme	
Férfi	Nő	Orvos	Pszichológus	Férfi	Nő
3,58	3,12	3,57	3,13	3,7	3,04

9. sz. táblázat: A leíró jellegű hiányzó válaszok száma

A fenti eredményeket összefoglalva megállapítható, hogy a férfibeteg jóval egysíkúbb és szegényesebb karakterként jelenik meg a válaszadók fantáziájában és kevesebb projekciót vonz. Továbbá, férfi és női beteg esetén is a beteg nemének szignifikáns kapcsolatát találtuk az *életkorral* (35 alatt/felett, $\chi^2 = 11,9$; $df = 1$; $p = 0,001$), *foglalkozással* (nincs utalás / adminisztrátor / inaktív / értelmiségi / szolgáltatóipar / fizikai munkás, $\chi^2 = 78,5$, $df = 5$, $p < 0,001$), *testsúllyal* (nincs utalás / sovány / közepes / túlsúlyos, $\chi^2 = 5,9$; $df = 2$; $p = 0,05$), *magabiztossággal* (nincs utalás / bizonytalan, $\chi^2 = 3,94$; $df = 1$; $p = 0,047$), *az etiológia-lelki tényezőkkel* (nincs utalás / egyéni stressz / családi stressz, $\chi^2 = 8,7$; $df = 2$; $p = 0,013$), és a *kórházba kerülést megelőző eseményekkel* (nincs utalás / családi probléma, $\chi^2 = 6$; $df = 1$; $p = 0,014$) kapcsolatos reprezentációkkal. A khi-négyzet-próba eredményei segítségével most próbáljuk megrajzolni előbb a férfi, majd a női páciens képét.

7.2. A férfi páciens képe

A válaszadók 72,3%-a egy 35 év alatti (10. táblázat), sovány, bizonytalan (60%) (11. táblázat) férfit látnak, akit valamilyen tumor miatt megoperálnak. A véleményezők 80,8%-a nem utal arra, hogy milyen probléma miatt operálták meg (12. táblázat). Foglalkozását tekintve értelmiségi (35,4%), irodai alkalmazott (19,2%) vagy fizikai munkás (23,8%) (13. táblázat). Tipikusnak tekinthető az alábbi szűkszavú válasz, amely jól tükrözi az elképzelt beteg „színtelen” jellegét: „Kb. 30 éves. Szakmunkás. Egyszerű ember.”

	A beteg életkora		Összesen
	35 alatt	35 felett	
A beteg neve: Férfi- gyakoriság sor%	94 72,3%	36 27,7%	130 100%
Nő – gyakoriság sor%	97 53,0%	86 47,0%	183 100%
Összesen	191 61,0%	122 39,0%	313 100%

$$(\chi^2 = 11,9; \text{df} = 1; p = 0,001)$$

10.sz. táblázat: A beteg életkora a beteg neme függvényében

			Magabiztosság		Összesen
			Nincs utalás	Bizonytalan	
A beteg neve	Férfi	gyakoriság	52	78	130
		sor%	40%	60%	100%
A beteg neve	Nő	gyakoriság	89	94	183
		sor%	48,6%	51,4%	100%
Összesen		gyakoriság	141	172	313
		sor%	45%	55%	100%

$(\chi^2 = 3,94; df = 1; p = 0,047)$

11.sz. táblázat: A magabiztosság a beteg neme függvényében

	A betegség helye				Összesen
	Nincs rá utalás	Nőgyógyászati	Emésztőszervi	Egyéb	
A beteg neme: férfi	105 80,8%	1 0,8%	14 10,8%	10 7,7%	130 100%
nő	28 15,3%	120 65,6%	24 13,1%	11 6,0%	183 100%
Összesen	133 42,49%	121 38,65%	38 12,1%	21 6,7%	313 100%

($\chi^2=20,4$; df=3; p=0,000)

12. sz. táblázat: A betegség jellege a beteg neme függvényében

	A beteg foglalkozása						
	0	Admínisztratív	Inaktív	Értelmiségi	Szolgáltató-ipar	Fizikai munkás	Összesen
Beteg neme: Férfi	25 19,2%	25 19,2%	1 0,8%	46 35,4%	2 1,5%	31 23,8%	130 100%
Nő	25 13,7%	27 14,8%	45 24,6%	43 23,5%	35 19,1%	8 4,4%	183 100%
Összesen	50 16%	52 16,6%	46 14,7%	89 28,4%	37 11,8%	39 12,5%	313 100%

($\chi^2 = 78.5$, df = 5, p<0.001)

13. sz. táblázat: A beteg foglalkozása a beteg neme függvényében

A férfibeteg esetében leginkább a munkahelyi problémát tekintették kiváltó tényezőnek (56,1%) (14. táblázat), és a válaszolók 32%-a valamilyen viselkedéses, aktív rizikófaktor

(dohányzás, helytelen táplálkozás) is feltételez (15. táblázat). A kórházba kerülést megelőző eseményekről annyit tudunk, hogy a válaszolók 73%-a szerint a megbetegedést nem előzte meg semmilyen családi probléma (16. táblázat). A férfiaknak tulajdonított stressz hátterében a munkahelyi túlterheltséget nevezik meg jellemző módon: „Egy nagy építkezésen dolgozik épületgépészként, éjszaka is dolgozik, nincs ideje sem enni, sem pihenni. Az építkezés minden terhe rá hárul. Ha hazamegy, ott is helyt kell állnia, segíteni a házimunkában, a gyereknevelésben.”

	Megelőző események 4			Összesen
	Nincs rá utalás	Munkahelyi probléma	Nincs munkája	
A beteg neve	54	73	3	130
Férfi	41,55%	56,15%	2,3%	100%
A beteg neve	176	5	2	183
Nő	96,2%	2,7%	1,1%	100%
Összesen	230	78	5	313
	73,48%	24,9%	1,59%	100%

($\chi^2= 33,2$; $df=2$; $p<0,001$)

14. táblázat: A megelőző események alakulása a beteg neve függvényében

			Etiológia/viselkedés				Összesen
			Nincs rá utalás	Aktív rizikó (dohányzás, helytelen táplálkozás)	Passzív rizikó (megelőzés hiánya)	Mindkettő	
A beteg neve	férfi	Gyakoriság	65	42	7	16	130
		Sor%	50%	32,3%	5,4%	12,3%	100%
A beteg neve	nő	Gyakoriság	136	22	3	22	183
		Sor%	74,3%	12,0%	1,6%	12%	100%
Összesen		Gyakoriság	201	64	10	38	313
		Sor%	64,2%	20,44%	3,19%	12,14%	100%

($\chi^2= 9,44$; $df=3$; $p=0,024$)

15. sz. táblázat: A viselkedéses rizikófaktorok alakulása a beteg neve függvényében

			Megelőző események			Összesen
			Nincs rá utalás	Családi probléma	Nincs családi probléma	
A beteg neve	Férfi	gyakoriság	21	14	95	130
		sorszázalék	16,2%	10,8%	73,1%	100%
A beteg neve	Nő	gyakoriság	22	122	39	183
		sorszázalék	12%	66%	21,3%	100%
Összesen		gyakoriság	43	136	134	313
		sorszázalék	13,7%	43,4%	42,8%	100%

($\chi^2 = 6,38$; $df=2$; $p=0,014$)

16. sz. táblázat: A megelőző események alakulása a beteg neme függvényében

Loglineáris modellillesztéssel megvizsgáltuk, milyen kapcsolat van a válaszoló szakja, a beteg neme és a kórházi történet között. A hármas interakció szignifikánsnak bizonyult (a hármas interakció nélküli modell nem illeszkedik, $\chi^2 = 12,88$; $df = 3$; $p = 0,005$), azaz az orvosoknál a beteg neme nem úgy befolyásolja a választ, mint a pszichológusoknál. Az orvostanhallgatók 71%-a szerint, ha a férfit a kórházban meglátogatja a családja, utána sokkal jobban érzi majd magát, és pozitívan folytatódik a kórházi élete. Pszichológushallgatók esetén a helyzet épp fordított: női páciens esetén gondolnak a történet pozitív kimenetelére. Az orvosok női beteg esetén csak 39%-ban gondolják azt, hogy a család látogatása pozitívan befolyásolja a páciens állapotát. Közel ugyanennyien úgy vélik, hogy a család látogatása ellenére a nő továbbra is elégedetlen marad (17. táblázat). Amint később bemutatjuk, a nőnél ez jelzi a családi kapcsolatok fontosságát. A férfi páciensnél pedig a családi kapcsolatok hiányára, esetleg a konfliktusok háritására következtethetünk az eredményekből.

				Kórházi történet							
				Nincs rá utalás		Elégedetlen marad		Jóban lesz a szobátárssal		Bemegy a család, + kimenetel	
				Gyako- riság	sor %	Gyako- riság	sor %	Gyako- riság	sor %	Gyako- riság	sor %
Szak	Orvos	A beteg neme	Férő	3	9,7 %	3	9,7 %	3	9,7 %	22	71,0 %
			Nő	10	13,5 %	25	33,8 %	10	13,5 %	29	39,2 %
	Pszich.	A beteg neme	Férő	5	12,8 %	9	23,1 %	6	15,4 %	19	48,7 %
			Nő	0	,0%	5	16,1 %	5	16,1 %	21	67,7 %

($\chi^2 = 12,88$; df = 3; p = 0,005)

17. sz. táblázat: A kórházi események alakulása a beteg nemének és szakjának függvényében

Figyelemre méltó, hogy bár a történetben szereplő tünet (daganat) sem a hazai szakmai, sem a laikus közvélekedésben nem tartozik az elsősorban pszichoszomatikus hátterűnek gondolt betegségek közé – legalábbis erre utalnak korábbi, laikusok és szakemberek reprezentációival kapcsolatos kutatások eredményei, ld. Kende és Füleki, 2006 –, a válaszokban tükröződő etiológiában nagyrészt pszichológiai és viselkedéses okokat neveznek meg a válaszadók. További fontos eredmény, hogy a tulajdonított okok közül kiemelkedik a munkahelyi stressz. Érdekes megemlíteni, hogy ez az attribúció már a 19. század óta a legtipikusabb magyarázat volt a férfiak „orvosilag nem magyarázott” tüneteire (Shorter, 1993; Csabai, 2007). A nőknél ezeket a nem magyarázott tüneteket családi és érzelmi konfliktusoknak tulajdonították – és tulajdonítják sokszor ma is, amint elemzésünk későbbi részében bemutatjuk. A hiányos tünetbemutatás – a pontos diagnózis és kórtörténet hiánya – tehát a válaszadókban az orvosilag nem magyarázott, „szomatizációs” tünetegyüttes és pszichoszomatikus betegségek képét iniciálja, és annak megfelelő, több

mint száz éve velünk élő kulturális sztereotípiákat mozgósít. A szomatizációra jellemző egyéb jegyek – gyakori tünetészlelés, panaszkodás, orvoshoz fordulás – azonban nem jelennek meg a férfibeteg jellemzésében.

Ismét érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a férfibeteggel kapcsolatos gyakoribb válaszhíányban, a szegényesebb leírásban is jól tükröződik a férfiak tünetekkel kapcsolatos elvárt viselkedése: a panaszkodás hiánya, a tünetek részletes, érzékletes leírásának képtelensége. Rendkívül fontos, hogy ebben a teszthelyzetben a válaszadó hallgatónál projekciós mechanizmussal születik meg ez a válasz. Ez arra utalhat, hogy a férfi páciens viselkedésének általános sztereotípiáját értük itt tetten, amely feltehetőleg a legkülönbébb betegségtörténetek exponálásával kiváltható, és egyaránt jellemző orvosi és pszichológiai tanulmányokat folytató vizsgálati személyekre.

7.3. A „szomatizáló” nő képe

A novella alapján elképzelt nőbeteg képe a férfival szemben meglehetősen komplex. Egy 35 év körüli, sovány, vonzó, inaktív (25%) vagy szolgáltatóiparban dolgozó nő (24%), aki introvertált, bizonytalan (51%) (11. táblázat), depressziós és elégedetlen, vélt problémák miatt kapcsolatban is magányosnak érzi magát, fizikailag pedig, a válaszolók 66%-a szerint nőgyógyászati problémával küzd (12. táblázat), de konkrét panaszai mögött nem húzódik meg komolyabb betegség. A nőbeteg képét bizonyos tulajdonságok konzekvens együttjárása adja: ilyen együttjárást találtunk az ápoltság és a nőgyógyászati probléma ($\chi^2 = 10,6$; $df = 4$; $p = 0,03$), valamint a vonzó külső és a történet pozitív kimenetele ($\chi^2 = 12,8$; $df = 5$; $p = 0,025$) között. Ezen együttjárások, kapcsolatok azt mutatják, hogy egy vonzó nőnek ha egyáltalán tulajdonítanak valamilyen betegséget, az leginkább nőgyógyászati probléma lesz, illetve egy vonzó nő betegségtörténetének, további életének alakulását inkább gondolják pozitívnak.

Továbbá kapcsolatot találtunk a magánytól való félelem és az önzés ($\chi^2 = 13,5$; $df = 6$; $p = 0,036$), illetve a történet negatív folytatása és az önzés ($\chi^2 = 20,3$; $df = 10$; $p = 0,026$) között. Ez úgy értelmezhető, hogy a másokra is figyelni tudó nő esetén sokkal ritkább a magánytól és a szeretethiánytól való félelem. Egy csak önmagára figyelő nőbeteg esetén sokkal valószínűbb, hogy nem tud változtatni a sorsán, vagy nem eldönthető a válaszadó számára, hogy lesz-e változás az illető életében. A válaszok azt tükrözik, hogy a hallgatók szerint a női stressz hátterében leginkább depresszió és házassági problémák húzódnak meg: „Rossz házasságban él, a férje elhanyagolja, nem törődik vele. Lehet, hogy erre való reakcióként alakultak ki nála a hipochonder tünetek.” / „Nyomasztó dolgok történtek vele, megromlott a

házassága, kimerültté, depresszióssá vált.” A magyar népesség lelkiállapotát vizsgáló országos reprezentatív felmérések szintén kiemelik, hogy a fiatal nők egyik legsúlyosabb egészségügyi problémája a depressziós tünetegyüttes (Purebl és Balog, 2008). Nagyon fontos felhívni a figyelmet arra, hogy míg a válaszadók a férfibetegnél elsősorban munkával kapcsolatos problémákat láttak a betegség hátterében feltételezett stressz okaként, addig a nőnél ezt inkább a család keretébe és interperszonális közegbe helyezték. A férfibeteg tehát inkább független, a családon kívüli szerepben (dolgozóként), míg a nő a családi konfliktusok részeként, vagy függő személyként jelenik meg a reprezentációkban: „.....nem tanult meg egyedül lenni, másoktól függ a saját szubjektív jólléte.” Feszültségei, ha egyéniak is, párkapcsolati vagy érzelmi problémákból erednek, nem pedig a munkából, mint a férfiaknál. Tovább árnyalja a képet, hogy leginkább a női válaszadók voltak azok, akik ezt a kategóriát, mint a betegség hátterében álló okot említették.

A családi konfliktusok erejét a nők esetében mutatja az is, hogy a válaszadók elképzelése szerint a női beteg állapotán a család látogatása nem javítana, a férfién viszont igen (17. sz. táblázat). További kiemelésre érdemes, hogy a daganat okaként viselkedéses rizikófaktorokat – a beteg saját felelősségét – is inkább csak a férfi főszereplőnél említik a válaszadók (15. Táblázat). A nők elsősorban saját érzelmeik és családi, interperszonális konfliktusaik áldozataiként jelennek meg a reprezentációkban.

Amint a 18. táblázatban látjuk, a válaszadók szerint a kórházba kerülést megelőzően a nőbetegnek gyakran voltak testi panaszai és többször járt orvosnál ($p < 0,001$). A hallgatók majdnem kétszer annyi megelőző tünetet, és háromszor gyakoribb orvoslátogatást tulajdonítanak neki, mint a férfibetegnek. Ez a reprezentáció egybevág a nők statisztikailag is igazolt viselkedésével, azzal hogy általában több tünetet észlelnek maguknál és gyakrabban fordulnak orvoshoz. Fokozott tünetpercepciójuk és gyakoribb orvoshoz fordulásuk a korai szocializációban, a tradicionális nemi és társadalmi pozícióban gyökerezik, de a szüléssel és a menstruációval kapcsolatban biológiai alapja is lehet (Kulcsár és Kökönyei, 2004). A novellában megjelenő hiányos tünetbemutatás tehát a női főszereplő esetén teljes mértékben előhívja a szomatizációval kapcsolatos tipikus reprezentációkat.

		Megelőző események					
		Nincs rá utalás		Konkrét fizikai panaszok		Sűrű orvoslátogatás	
		gyakoriság	sor %	gyakoriság	sor %	gyakoriság	sor %
A beteg neme	Férfi	90	69,2%	36	27,7%	4	3,1%
	Nő	67	36,6%	96	52,5%	20	10,9%

($\chi^2 = 33,289$; $df = 2$; $p = 0,000$)

18. sz. táblázat. A kórházba kerülést megelőző események és a beteg nemének kapcsolata

A betegség-elbeszélés felépítésének hatása a reprezentációkra

A tünetbemutatás, a betegségtörténet szerkezete hatással van a betegséggel kapcsolatos értelmezésekre. A vizsgálat szempontjából jól alkalmazható Nettleton és munkatársai (2005) modellje, melyben a betegség narratívumok struktúráján keresztül próbálták tettenérni a szomatizáció kialakulását befolyásoló tényezőket. Háromféle betegség-narratívumot mutatnak be. A „helyreállító narratívumban” az egyén beteg lesz, betegs szerepe elfogadott, segítséget keres és kap, végül meggyógyul. A „kereső” narratíva egy olyan történetet vázol fel, ahol az illető a betegség által metaforikus utat jár végig, melynek eredményeként a betegségből való felgyógyulással nagyobb önismeretet nyer. A „kaotikus” narratívumban hiányzik a koherens struktúra, nincs meghatározott kezdete és vége a betegség történetének, a történet fragmentált.

Érdemes megfigyelni, hogy a jelen kutatásban, amikor arra kértük a válaszadókat, hogy írják le, milyen további történések várhatók a kórházban, a női főszereplővel kapcsolatban gyakrabban jelent meg a „helyreállító” és a „kereső” narratívum is (bemegy hozzá a család és jobban lesz, illetve jó kapcsolatot alakít ki a szobatársával), de többször kaptunk a „kaotikus” narratívumba illeszkedő történetbefejezést is, mint a férfibetegnél (a beteg „elégedetlen marad”, vagy a válaszadó nem mondja meg, mi történik) (17. táblázat). A

férfibeteggel kapcsolatban inkább a „helyreállító” narratívum volt a jellemző, tehát az, hogy bemegy hozzá a család, és jobban lesz. Ez azért érdekes, mert a fragmentált, „kaotikus” kommunikációs stílust a nőbetegek jellemzőjeként írják le (pl. Foss és Sundby, 2003). Továbbá, a szomatizáló betegek történetei között feltűnően sok kaotikus narratívát találtak különböző vizsgálatokban, így hazai felmérésekben is (Ring és mtsai, 2005; Szili és Borgos, 2006). A kaotikus narratíva sokszor értelmezhetetlen, az orvosoknak és a környezetnek egyaránt megterhelő (Pilling és Cserháti, 2008). Ez is egyik oka lehet annak, hogy a nők tüneteit sokszor hajlamosak bagatellizálni, hátrítani a szakemberek, illetve hogy a velük való kommunikációt konfliktusosabbnak látják. Ennek egyik oka, hogy – amint vizsgálatunk is valószínűsíti – a nők többet beszélnek, és ennek során többféle narratív szerkezetet is használnak az egészségügyi szakemberekkel való kommunikáció során. A kutatás eredményeinek ezen, elbeszélés-szerkezeti szempontból való részletes vizsgálata meghaladja a jelen dolgozat kereteit. A felszíni elemzés szintjén megmutatkozó eredmények ráirányítják a figyelmet arra, hogy érdemes folytatni a kutatásokat ezen a téren.

7.4. Testi vagy lelki? Etiológiai elképzelések

A testi és pszichológiai attribúciók közti megkülönböztetés az orvosi gyakorlatban is megjelenik, mivel a diagnózisoknak két jól elkülönülő osztályát különböztethetjük meg: organikus eredetű és funkcionális megbetegedések.

Az organikus eredetű megbetegedések (pl. daganatos betegségek) esetén valamilyen testi elváltozás következik be, míg a funkcionális problémák (pl. fejfájás, kimerültség) hátterében többnyire pszichológiai konfliktusok és viselkedésszerűségek állnak (Robbins és Kirmayer, 1991). Egy 1991-ben, brit neurológusok körében végzett vizsgálat szerint az orvosi gyakorlatban felváltva használják a funkcionális és pszichogén kifejezéseket az organikus háttérrel nem rendelkező tünetek leírására (Csabai, 2007). Magyar gyakorló orvosok körében végzett kutatás eredményei alapján a szomatizáció, a pszichogén és a funkcionális terminusokat gyakran használják egymás szinonimájaként az orvosok azokban az esetekben, amikor az orvosi vizsgálatok kizárják a tünetek biológiai okát (Kende, Szili és Csabai, 2005).

Jelen kutatásban, a felolvasott történetben szereplő tünet (daganat) nem tartozik a pszichogén háttérűnek gondolt betegségek közé. Ezt mind a hazai, mind a nemzetközi kutatások is alátámasztják (www.cancer.gov, www.daganatok.hu). A laikus és a szakmai közvélekedésben egyaránt multikauzálisnak tekintik a daganatos betegségek kialakulását, környezeti, genetikai, életmódbeli tényezőket egyaránt említene, nincs egy kiemelt ok. Az

utóbbi 30 évben számos nemzetközi kutatás foglalkozott a rák és a stressz kapcsolatával, de a kettő közötti közvetlen ok-okozati kapcsolatot nem bizonyították (Garssen, 2004). Ami bizonyított: a betegség progressziójában (pl. tumor méretének növekedése, áttétek megjelenése) pszichológiai tényezők is szerepet játszhatnak. Ugyanakkor a nemzetközi szakirodalom beszámol több olyan kutatásról, ahol laikusokat, elsősorban nőket kérdeztek *nőgyógyászati* daganatos betegségük kialakulásának okairól. A megkérdezett nők 54%-a első helyen a genetikai tényezőket említi, míg második helyen, 46%-kal a stressz szerepel kiváltó tényezőként (Costanzo és mtsai, 2005). Ezen kutatások kiemelik, hogy a laikus teóriák ismerete különösen fontos a kezelőszemélyzet számára, amely elősegítheti az orvos és betegek közötti compliance kialakítását, a kettejük közti „nyelvzavar” elkerülését.

Jelen kutatásban, amikor orvostanhallgatókat és pszichológusokat kérdeztünk egy daganat kialakulásának okairól, azt feltételeztem, hogy a válaszokban tükröződő etiológiában az orvostanhallgatók – képzésükből, szocializációjukból eredően - inkább organikus/biológiai okokat említene, míg a pszichológushallgatók – szintén szocializációjukból eredően - pszichológiai és viselkedési okokat is megneveznek.

Az elemzés tárgyául szolgáló 19. sz. táblázatból az alábbi következtetések tehetők.

				Nincs rá utalás		Csak egyéni, stressz, depresszió		Családi, interperszonális is	
				Gyakoriság	Sor%	Gyakoriság	Sor%	Gyakoriság	Sor%
A beteg neve	Férfi	A válaszoló neve	Férfi	18	54,5%	10	30,3	5	15,2
			Nő	47	48,5%	32	33,0	18	18,6
	Nő		Férfi	30	52,6%	19	33,3	8	14,0
			Nő	43	34,1%	70	55,6	13	10,3

($p=0,024$)

19. sz. táblázat: A beteg nemének és a betegség etiológia/lelki kategóriának a kapcsolata

Az etiológia/lelki kategórián belül a női válaszadók 55, 6%-a egyéni stresszt és depressziót neveznek meg a probléma hátterében női beteg esetén, tehát női gyógyítók nőkről vallott sztereotípiáit értük itt tetten. A női orvosokra inkább jellemző az érzelmi kommunikáció, nagyobb teret adnak az aggodalmak és a pszichoszociális problémák megbeszélésének (Hall és Roter, 1998). Kevésbé dominánsak az orvos-beteg kapcsolatban, megengedik maguknak akár a „nőies fecsegést” is.

Érdekes látni, hogy az orvostanhallgatók, amennyiben fizikai/etiológiai tényezőket sorolnak fel (*etiológia fizikai: genetika/környezeti ártalom/mindkettő*) leginkább környezeti hatásokra

gondolnak, míg a pszichológusok inkább a genetikai tényezőket említik ($p=0.005$; 20. táblázat).

		Nincs rá utalás		Genetika		Genetika és környezeti ártalom	
		gyakoriság	sor%	gyakoriság	sor%	gyakoriság	sor%
Szak	orvos	139	73,5%	18	9,5%	32	16,9%
	pszichológus	83	66,9%	28	22,6%	13	10,5%

($p=0,005$)

20.sz. táblázat: A válaszadó szakjának és a betegség etiológia/fizikai kategóriának az összefüggése

Mindez egybeesik David Morris (1998), posztmodernitással foglalkozó szerző nézeteivel is. Véleménye szerint a környezet megváltoztatása révén a természet már nemcsak gyógyító, hanem ártó szerepbe is kerülhet. Így az emberek egyre inkább különféle környezeti ártalmaknak tulajdonítják orvosilag nem magyarázott tüneteiket, és nem a vírusoknak, ami a modernitás korában volt jellemző magyarázat. A posztmodern betegségkoncepció értelmében a betegség nem egy objektív, izolált entitás, mindig egy társas, történeti közegben jelenik meg és viseli annak lenyomatát.

7.5. A drámacsoportban használt novella kérdőíves tesztelése

A nő, akit a kérdőív által megkérdezett hallgatók leginkább el tudnak képzelni a beteg szerepében, 35 év körüli, aki házasságban él és foglalkozását tekintve – a megkérdezettek 25%-a szerint – inaktív. További 19 % szolgáltatóiparban dolgozó nőként tudja elképzelni, míg 23 % tanárnőnek gondolja és a válaszadók 15%-a titkárnőként tudja elképzelni.

Személyiségét tekintve „elégedetlenkedő, aggódó, pesszimista, önző, nem igazán okos nő, aki állandóan csak magával van elfoglalva”. Külsőleg inkább „egy vékony, törekeny, alacsony nőt” látnak, aki „ápolat, magára sokat adó.”

A betegségét tekintve a válaszadók 66%-a szerint valamilyen nőgyógyászati problémával küzd, de konkrét panaszai mögött nem húzódik meg komolyabb betegség (12. táblázat). (A novellában mindössze annyi utalást találunk, hogy megoperálják a nőt, és a szövettani vizsgálat negatív. De a betegséggel kapcsolatban nincs semmilyen információ.)

Több kutatás is igazolja, hogy amennyiben nincs egy jól körülírható diagnózisa a betegnek, az ezzel kapcsolatos frusztrációk miatt könnyebben megjelenhetnek az orvos viszontáttételi - különösen - negatív érzései, amelyek a szakirodalom szerint a leginkább felelősek a gyógyító kapcsolat zavaraiért. Nem véletlen, hogy a szomatizáló betegek köréből kerülnek ki a kommunikációs szempontból leginkább „nehéz betegek”, akiket az orvosok sokszor hárítanak, ami hatással lehet a pontos diagnózisalkotásra is.

Érdekes látni, hogy mind az orvostanhallgatók, mind a pszichológushallgatók drámacsoportjaiban a nem igazán szimpatikus novellabeli nőbeteget a szomatizáló vagy pszichoszomatikus háttérrel rendelkező csoportba sorolják, annak ellenére, hogy a szövegből kiderül, hogy operáción esett át. (Ez a gyógyító gyakorlat számára fontos jelenségre hívja fel a figyelmet: elképzelhető, hogy a kevésbé szimpatikus páciens ismeretlen betegségét inkább tulajdonítják pszichoszomatikus természetűnek?) Ezt erősíti meg az is, hogy a *Mitől alakulhatott ki ez a probléma?* kérdésre adott kérdőíves válaszokból is az derül ki, hogy a hallgatók leginkább élethelyzeti és személyiség szintű problémákat vélnek a fizikai betegség mögött: „igyekezett felkelteni maga iránt az érdeklődést a családjától”; „a túlzásba vitt aggodás, stressz, a szeretetlenség az oka”; „a szorongásai testi elváltozásokban nyilvánultak meg” voltak a leggyakoribb választípusok.

A kérdőívre válaszoló pszichológus és orvostanhallgatók „etiológiai” elméleteiben - hasonlóképp a drámacsoportokban megjelenő reprezentációkhoz - az említés gyakorisága

alapján első helyen szerepelnek a lelki problémák, melyeket az öröklődés és a környezeti hatások említése követ. Ezek után szerepeltek az életmódbeli feltételezések.

Az etiológiai elképzelések között fellelhető a megküzdés és a stresszelmélet koncepciója, illetve az elsődleges és másodlagos betegségelőny teóriája. A tünet, a betegség kialakulása egyfajta megoldása annak az élethelyzetnek, amelybe a páciens került, másrészt a betegség „figyelemfelkeltés” is, amely hozzásegít ahhoz, hogy a környezet törődjön vele, kímélje és óvja őt: „valami súlyos tünetet produkál, hogy mindenki figyeljen rá” – írta az egyik hallgató.

Azzal kapcsolatban, hogy *miként folytatódik a páciens története a kórház elhagyása után*, a legtöbb válaszadó úgy gondolta, hogy a páciens nem tud változtatni a sorsán, boldogtalan marad. Itt is szinte teljes egyezést tapasztaltunk a kérdőívre adott válaszok és a drámacsoportban megjelent asszociációk között. Figyelemre méltó, hogy nagyon kevesen gondolták azt, hogy a főszereplő tudatosan változtat az életén.

Illusztrációképpen néhány jellemző vélemény:

„a dolgok talán csak annyit változnak majd, hogy a nő – jogtalanul - még ridegebb lesz szeretteivel, a viták során a kórházi élmények – „meg nem látogatás”- kerülnek felszínre, mint verbális fegyverek”; „sokat veszekednek, a nő sértődékeny lesz, a férj nem érti, mi történik és ha ezt nem beszélük meg, válás lesz a vége.”

Itt megelevenedik előttünk annak a nőbetegnek a prototipikus sorsa, akit a szomatizáció reprezentációinak és az ehhez kapcsolódó laikus/szakértő diskurzusok vizsgálata során írtak le egy korábbi hazai kutatásban (Kende, Szili és Csabai, 2005). Az ott megkérdezett laikusok véleménye alapján a tipikus szomatizáló személy egy 40-50 év közötti városi nő, aki egyedülálló vagy még inkább párkapcsolati problémákkal küzd, túlsúlyos vagy éppenséggel túl sovány és nem túl inspiráló munkát végez, amely lehet fizikai vagy valamilyen adminisztratív munka. Az orvostanhallgatók és a pszichológushallgatók szomatizáló páciense ennek a nőnek a "fiatalkori mása". Egy 35 év körüli, inaktív vagy háztartásbeli nő, aki magánéleti problémákkal küzd és ebből a helyzetből a beteggé válás jelenti számára az egyetlen kiutat.

A vizsgálat alapján megállapíthatjuk, hogy a novella szereplőivel és a páciens betegségével kapcsolatban igen hasonló elképzelések – projekciók – jelentek meg a kérdőív kitöltésekor, mint az orvos és a pszichológushallgatók drámacsoportjaiban. A novellának tehát van egy sajátos felszólító jellege, amely a főbb tartalmi szálakat tekintve igen hasonló asszociációkat hív elő különböző helyzetekben.

A kérdőíves vizsgálatban és a drámacsoportban megjelenő tartalmak nagyfokú hasonlósága tehát igazolta, hogy a választott novella alkalmas arra, hogy projektív felületként előhívja a hallgatók tipikus sztereotípiáit és reprezentációit a betegségekkel, betegekkel, gyógyító szakemberekkel és a terápiás helyzetekkel kapcsolatban. A drámacsoport ezen sztereotip reprezentációk tudatosítására, az azokhoz való érzelmi viszonyulások átélésére és formálására helyezi a hangsúlyt.

VIII. A kérdőíves vizsgálat eredményeinek összefoglalása

Érdekes látni, hogy a kizárólag fizikai tünetre (daganat) utaló novella ellenére a válaszadók a probléma etiológiai faktoraként döntő részben stresszt, depressziót, házastársi konfliktust, elhidegülést, magányt, tehát élethelyzeti és személyiségszintű problémákat vélnek felfedezni a betegség mögött. A férfi páciens esetén inkább pszichologizáló attribúciós stílus jellemzi őket, de megjelennek a szomatizációval kapcsolatos reprezentációk is. Főként a nőbeteg esetén volt azonban jellemző, hogy a konkrét operáción átesett főszereplő képét egy szomatizáló beteg képére színezték át. Ennek oka feltételezésünk szerint a szomatizációval kapcsolatos nemi sztereotípiákban, továbbá a betegséggel kapcsolatos információk hiányában és a történet szerkezetének fragmentáltságában ragadható meg.

A vélemény- és diagnózisalkotás folyamatában meghatározó tényező, hogy milyen a tünetbemutatás, milyen az információk szerkezete. Jelen esetben kevés, de konkrét információ (jóindulatú daganat, sikeres operáció) volt a betegségről. Korábbi, szomatizációval kapcsolatos kutatásokban viszonylag sok tünet jelent meg egy fiktív betegségmonológban, melyet a DSM-IV R „szomatizációs zavar” leírása szerint konstruáltak, de nagyon diffúzan elbeszélve (Kende és mtsai, 2005). Mindkét eset jó alapnak bizonyult a projekcióhoz, méghozzá egy pszichoszomatikus történet létrehozásához. Tehát összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy ha kevés, vagy nem eléggé strukturált az információ, pszichologizáló értelmezések, illetve a szomatizációval kapcsolatos attribúciók indulnak be, amelyekbe beépül egy sor előítélet, kulturális sztereotípia is. Ezek közül kiemelkednek a nemi sztereotípiák. Korábbi, szomatizációval kapcsolatos hazai kutatásokban igazolódott, hogy a szomatizáló betegre jellemző tünetbemutatást döntően nőknek tulajdonítják a laikus vizsgálati személyek és a szakemberek egyaránt. Most azzal kapcsolatban szereztünk bizonyítékokat, hogy ha a beteg neme nő, az nagyobb eséllyel indítja be a szomatizációs attribúciókat. A nőiséggel kapcsolatos sztereotípiák aktiválódását és a szomatizációs stílus projekcióját segíti még, ha a tünetleírás hiányos, és nagyobb tere van a szubjektív asszociációk, fantáziák projekciójának.

Az eredmények elsősorban az orvos-beteg, terapeuta-páciens kapcsolatokban játszott szerepük szempontjából fontosak, ugyanis a vélemény kialakulása tekintetében alig találtunk különbséget a pszichológus- és orvostanhallgatók között. Ez a hasonlóság különösen annak fényében érdekes, hogy a pszichológusok és orvosok egészen másfajta szocializációs folyamaton mennek keresztül képzésük során, illetve hogy a szakemberek

nagyobb és másképp felépülő tudással rendelkeznek a betegségeket illetően, mint a laikusok. A pszichológus- és orvostanhallgatók reprezentációi közötti hasonlóságok (pszichoszomatikus etiológia, nemi sztereotípiák) abból is adódhatnak, hogy ebben az időszakban, az egyetemi években még erősebbek a kulturális reprezentációk és a nemi sztereotípiák hatásai, mint a szakmaiak, még határhelyzetben vannak a szakmai és laikus státusz között. Másfelől viszont ismét megerősödik, hogy a szakmai és a laikus reprezentációk közt jóval több a hasonlóság, mint azt a felek gondolnák.

A nemekkel kapcsolatos sztereotípiák hatása igen erős a szakemberek tünetértelmezésére, de a betegek tünetbemutatására és betegségmagatartására is. Ennek óriási jelentősége van a gyakorlati alkalmazások, a gyógyítás terén pro és kontra. A nők tünetbemutatása részletesebb, többet foglalkoznak a tüneteikkel, gyakrabban járnak orvoshoz, viszont több is velük kapcsolatban az előítélet. Tehát joggal feltehetjük a kérdést, ki jár jobban? Foss és Sundby (2003) felmérése szerint a kórházi személyzet általában pozitívabban nyilatkozik a férfibetegekről, a férfi osztályokon jobb a hangulat és kevesebb szó esik a betegségről. A női páciensek elégedetlensége valószínűleg abból is következik, hogy negatívabban és több előítélettel közeledik feléjük a gyógyító személyzet. Mivel a női beteg több időt igényel, több információt és kontrollt akar a kezelését illetően, ez az orvosok jelentős részét zavarja, pedig mindez azt is jelenti, hogy a nőket sokkal jobban bevonhatnák a terápiás döntéshozatalba, ami a sikeres kezelés és gyógyulás egyik előfeltétele és növelheti a páciens ellátással való elégedettségét is.

A vizsgálat eredményeiből hipotéziseinkre az alábbi következtetéseket tehetjük:

Az *első hipotézisről* megállapíthatjuk, hogy eredményeink megegyeznek a szakirodalomból már ismert eredményekkel, miszerint fokozottabb tünetészlelés és gyakoribb orvoshoz fordulás jellemzi a nőket és különbségek adódtak a férfi és női főszereplővel kapcsolatos tünetleírásokban.

A *második hipotézis* is beigazolódott, mely szerint nincsenek jelentős különbségek az orvos- és pszichológushallgatók válaszai között.

A véleményező nemének jelentősebb hatása van, mint a szakjának, így a *harmadik hipotézis* is igaznak bizonyult.

A *negyedik hipotézis* nem igazolódott be. Az orvos- és pszichológushallgatók etiológiai elképzelései nem különböznek jelentősen egymástól.

Az *ötödik hipotézis*, amely szerint a sztereotípiák erős és átható jelenléte miatt a kérdőíves felmérés igazolja a novellaválasztás „helyességét” és ugyanolyan témák mentén szerveződik a betegség történet, mint a drámacsoport folyamatában, szintén beigazolódott.

IX. Összegzés

A pályaszocializáció egy tanulási modell, amelynek elsődleges célja a szakmai kompetencia megszerzése. Ennek kialakításához az orvostanhallgató személyiségén át vezet az út. Az értekezésemben bemutatott fejlesztő folyamatban egyszerre került középpontba a személyes és a szakmai identitás, ugyanis önmagunk megismerése nem választható külön a szakmai identitás kialakításától.

Az előbbiekben részletesen bemutatott háromféle oktatási technika – Junior Bálint-csoport, imaginatív megjelenítés, expresszív-dramatikus munkamód – vizsgálati eredményeiből indító kérdésfelvetéseimre, mely szerint hogyan formálódik és változik az orvostanhallgató beteg emberről és betegségről kialakított képe, ezen jelenségekhez való viszonya és ezen oktatási technikák hogyan és milyen szinteken vesznek részt a pályakép, az orvosi identitás és a hivatásszemélyiség formálásában, az alábbi következtetések tehetők.

A Junior Bálint-csoportokban elsősorban az orvostanhallgató és a beteg ember *kapcsolata* állt az esetelemzések középpontjában. Tudatos-elemző csoportmunkánk során az orvostanhallgatók mindennapi kórházi élményeiből kiindulva (szociális szint) részletesen elemeztük mindazokat az *áttételi és viszontáttételi folyamatokat* (áttételi szint), amelyek az orvostanhallgató-beteg kapcsolatban megjelennek és amelyek figyelmen kívül hagyása vagy elhanyagolása jelentősen zavarhatja az orvos-beteg kapcsolat alakulását, a beteg terápiában való együttműködését. Szinte valamennyi eset központi témája volt az intimitástól, a súlyosan beteg emberek közelségétől és erős érzelmi kisugárzásától való félelem is. A csoport teremtette biztonságos légkör lehetővé tette a „velem is megtörténhet?” szorongásának kimondását is. Az önfeltárás, az érzelmi átélés, a kognitív szintű, értelmi feldolgozás, a csoporttagok visszajelzései által lehetővé vált a szorongások és félelmek oldódása, az érzelmi nehézségek enyhülése.

A gyógytornászoknak szervezett Bálint-csoport kontrollcsoportként működött az orvostanhallgatók mellett és az ott bemutatott esetek rávilágítottak arra, hogy egy másik humán-segítő szakma elsajátítása során hasonló problémákkal találkozhatunk, mint az orvostanhallgatóknál. A professzionalizáció folyamata hasonló krízisekkel telített: kapcsolati-kapcsolódási problémák; intimitástól, testi közelségtől való félelem. Ami új és az orvostanhallgatóknál kevésbé jelentkezett, ez a konténer-funkciótól való félelem. Erre a tudattalanul működő projektív mechanizmusra, a konténer-funkcióra igen alkalmas a gyógytornász, hiszen általában napi szinten kerül „testi dialógusba” a betegével és nemcsak néhány perc erejéig tart, mint egy orvos-beteg találkozás.

Az *imaginatív megjelenítés* során egy kétszemélyes helyzetben, a tudatelőttés-tudattalan szintjén, képekkel dolgoztunk. Egy keresztmetszeti vizsgálatban I., III. és VI. éves orvostanhallgatók imaginált betegképeit hasonlítottam össze. A betegképek elemzését Rorschach-jegyekkel (V. oszlop) végeztem.

Összefoglalva megállapíthatom, hogy az imaginált beteggel való problémák három téma köré szerveződnek:

1. Az első éveseknél leginkább az intimitástól, a testi kontaktustól való félelem jelenik meg a képekben. A konvencionális társadalmi normák megszűnése, a beteg testének megérintése, intim szférájába való belépés jelenti a legnagyobb nehézséget.
2. A harmadévesek számára a halállal, az elmúlással való napi szintű találkozás és a valószínűleg ebből eredő felerősödött, feldolgozatlan halálfélelem jelenti a legnagyobb félelmet.
3. A szigorló évben egyfajta „kapunyitási pánik” lesz úrrá a hallgatókon. Szorongásaik és félelmeik az orvoslás mindennapjaihoz köthetők. A krónikus és terminális állapotban levő betegekkel való kommunikáció, az orvoslással járó felelősségtől való félelem jellemzi képeiket.

Mindezen eredmények újfent megerősítik, hogy az orvosi pálya komoly pszichés terheket ró a medikusokra, így fontos lenne, egy a képzési rendszerbe beépített pályaszocializációs csoport vagy szakmai szereptréning beindítása.

Az általunk kidolgozott új módszer, az integratív gyógyító kapcsolati tréningcsoport (Csabai, Csörsz és Szili, 2009) expresszív-dramatikus szakaszában mintegy „kijátsszuk” magunkból mindazokat a feszültségeket, amelyeket az előző szakaszokban azonosítottunk és megismertünk. A módszert magunk és oktató kollégáink is számos kurzus során kipróbálták orvostanhallgatók és gyakorló szakemberek csoportjaiban. A módszer rögzített szempontok szerint való tesztelésében hat csoport (74 fő) vett részt. A drámatechnika folyamat- és dinamikai elemzése során bebizonyosodott, hogy a 20 órás, rövid-intenzív jellegű csoportmunka elsősorban a kapcsolati érzékenységet, a másik (a beteg) szempontjainak elfogadási képességét fokozza és lehetővé teszi a gyógyító kapcsolat mindkét „szereplőjével”, az orvossal és a beteggel való *önkéntelen, szorongásmentes* azonosulást.

A kidolgozott, majd felvállalt szerepek, az előadásra való felkészülés minden részfázisa élményszerző, kommunikációs és kapcsolati készséget, hivatásszemélyiséget fejlesztő hatással bírt. Az „alakítások” a hallgatók spontán készségeire, rögtönzéseire voltak bízva és a szerepek megformálásán át tárták fel önmagukat, saját érzéseiket és problémáikat. A

jelenetek videóra való rögzítése majd visszajátzása, a beteget játszó hallgató visszajelzései, az ön- és társjellemzés hozzásegítette őket ahhoz, hogy másként lássák és értékeljék mind önnön szerepüket, mind majdani pácienseik helyzetét és betegségtörténetét a gyógyító-beteg kapcsolatban. Az „együttes élmény” elősegíti az orvosok közötti kapcsolatteremtés és hatékony kommunikáció gyakorlását is.

A kutatás következő szakaszában, a drámajáték során használt novella és az itt körvonalazódott projektív tartalmak nagy mintán való kérdőíves mérése és elemzése történt meg (n=313).

Azt a kérdést tettük fel, hogy a tünetek prezentációjának módja, a betegség személyes történetbe ágyazottsága és a beteg neme (férfi vagy nőbetegről szól-e a történet) miként befolyásolja egy betegségtörténet értelmezését attól függően, hogy milyen nemű és milyen szakmai háttérű az értelmezést végző személy. Arra voltunk tehát kíváncsiak, hogy egy betegségtörténet meghallgatása után hogyan változnak a betegre és a betegségeire vonatkozó vélemények a beteg nemének függvényében, illetve kimutatható-e különbség a véleményező nemét és foglalkozását (orvos- és pszichológushallgató) tekintve. A kutatásban I. és III. éves orvos-és pszichológushallgatók vettek részt – tehát a laikus és szakember státusz közötti átmeneti időszakokban lévő diákok, így adalékokat kaphattunk arra vonatkozóan is, hogy az oktatás és a pályaszocializáció folyamata során miként hatnak egymásra a szűken vett szakmai és a társas-kulturális szempontok a tünetek és a betegek viselkedésének értelmezésében.

Az eredmények tekintetében alig találtunk különbséget a pszichológus- és orvostanhallgatók betegreprezentációi között. Ez a hasonlóság különösen annak fényében érdekes, hogy a pszichológusok és orvosok egészen másfajta képzési, szocializációs folyamaton mennek keresztül. A pszichológus- és orvostanhallgatók reprezentációi közötti hasonlóságok (pszichoszomatikus etiológia, nemi sztereotípiák) abból is adódhatnak, hogy ebben az időszakban, az egyetemi években még erősebbek a kulturális reprezentációk és a nemi sztereotípiák hatásai, mint a szakmaiak. Másfelől ismét megerősödött, hogy a szakmai és a laikus reprezentációk közt jóval több a hasonlóság, mint azt a felek gondolnák.

A nemekkel kapcsolatos sztereotípiák hatása igen erős a szakemberek tünetértelmezésére, de a betegek tünetbemutatására és betegségmagatartására is. Ennek óriási jelentősége van a gyakorlati alkalmazások, a gyógyítás terén pro és kontra.

Összefoglalásként tehát megállapítható, hogy a betegség-reprezentációk alakulásában kiemelkedő szerepet töltenek be a hagyományosan velünk élő – és nem feltétlenül tudatosuló – kulturális beidegződések, sztereotípiák, ezek közül is a „nőies” és „férfias”

betegségmagatartással kapcsolatos előítéletek. Ezek különösen azokban az esetekben fejtik ki hatásukat, ha a betegséggel kapcsolatos információk hiányosak vagy nem megfelelően strukturáltak. A kutatás fontos gyakorlati konzekvenciája, hogy mind a laikusokat, mind a szakembereket (orvosokat és pszichológusokat) segíteni kellene abban, hogy pontosabb, részletesebb, jól strukturált anamnézisek – a páciens személyes történetébe jól illeszkedő betegségtörténetek – hangozzanak el a rendelőkben. A kutatás lényeges üzenete, hogy a szakemberek számára ezt a pályaszocializáció során, a pszichológus- és orvosképzésben kell megalapozni.

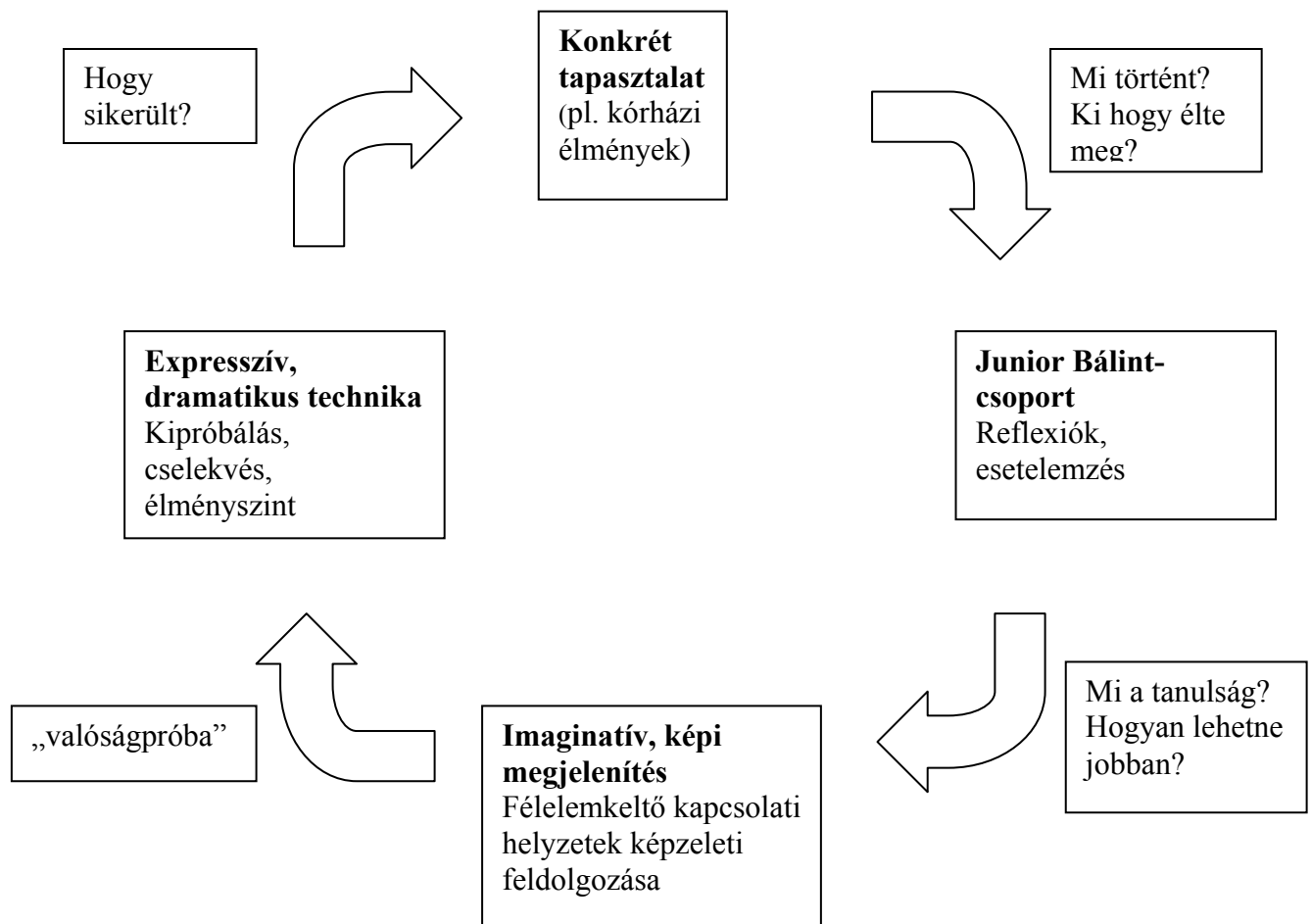
Ugyanakkor a kérdőíves vizsgálatban és a drámajátékban megjelenő projektív tartalmak nagyfokú hasonlósága azt is igazolta, hogy a választott novella alkalmas arra, hogy projektív felületként előhívja a hallgatók tipikus sztereotípiáit és reprezentációit a betegségekkel, betegekkel, gyógyító szakemberekkel és a terápiás helyzetekkel kapcsolatban. A drámajáték ezen sztereotip reprezentációk tudatosítására, az azokhoz való érzelmi viszonyulások átélésére és formálására helyezte a hangsúlyt.

X. Konklúzió és kitekintés

A gyakorlatra irányuló orvosképzés igényét szem előtt tartva dolgoztam ki háromszintű, három félé oktatási technikát (Junior Bálint-csoport, imaginatív megjelenítés, expresszív, dramatikus technika) tartalmazó pályaszocializációs programomat, amely egyszerre helyezi középpontba az orvos személyiségét, kapcsolatkezelési képességfejlesztését és a szakmai szerepviselkedés elemeinek begyakorlását.

Az értekezésemben bemutatott háromféle oktatási technika más-más módon segíti a mentális reprezentáció kialakítását a gyógyító tevékenységet folytató vagy arra készülő hallgatókban. A mentális reprezentáció a cselekvési szándék egyik fontos meghatározója, ami pedig a cselekvés – ez esetben a gyógyítás - egyik legfontosabb összetevője.

A három oktatási technika hatásmechanizmusát az alábbi folyamatábra szemlélteti:



A *Junior Bálint-csoportban* a hozott eset kapcsán kognitív ismeretek megértése, összegzése történik, másrészt lehetőség nyílik a betegszerep szubjektív átélésére és a beteg kapcsolataira való „ránézésre”. Felismerhetővé válnak mindazok az áttételi és viszontáttételi folyamatok, amelyek zavartényezőként jelentkeztek az orvos-beteg kapcsolatban. A memóriafajták terminológiáját használva explicit, tudatos, verbális szinten dolgozunk.

Az *imaginatív, képi munkamód* bevezetése egy másik reprezentációs szintet (tudattalan) is aktivál a hallgatóban, a jobb agyfélteke „bekapcsolásával”, annak specialitásaival együtt. Ez a munkamód lehetőséget ad arra, hogy a hallgató még „mélyebben” ráhangolódhasson betegére. Az orvostanhallgató-beteg kapcsolat ezen imaginatív, képi megtapasztalása hozzásegít ahhoz, hogy a Junior Bálint-csoportban megfogalmazott félelemkiváltó orvos-beteg kapcsolati helyzettel (idős, szenvedő, haldokló beteg) képzeleti síkon, egy „védett”, relaxált, szorongásmentes állapotban, vagy annak csökkent szintjén találkozzon.

A társításos, asszociatív tanulás révén a félelmekkel való „védett szembesülések” során az egyén fokozatosan megtanulja a félelem nélküli reagálást.

Ezzel párhuzamosan, fantáziájában kidolgozhatja a jövőre vonatkozó, vágyott vagy adaptív kapcsolódási módot – ez az imagináció anticipatív (előrevételező) funkciója – és képzeleti szinten felkészülhet a valóságos orvos-beteg helyzetben való viselkedésre.

A *drámajáték, az integratív gyógyító kapcsolati tréningmódszer* lehetővé teszi mindezek akcióban, cselekvésben való lejátszását. Az expresszív, dramatikus megjelenítés az itt és most hangsúlyával, a „tudattalan tanulás” folyamata, ahol láthatóvá, hozzáférhetővé és alakíthatóvá válik az a kapcsolódási mód, ahogy a leendő orvos kapcsolatot, találkozási pontot keres és talál a beteget játszó csoporttársával.

Dráma-módszerünk két szinten fejti ki hatását: deklaratív, tudatos, verbális szinten („amit teszek és amit mondok”), másrészt implicit, kapcsolati szinten („ahogyan teszem és hogyan mondom”).

Az orvos-beteg találkozás *minőségi* megélését a drámajáték segítségével sajátíthatják el leginkább. Ezt nem lehet tankönyvből, filmekből elsajátítani. Tekintetváltások, érintések, érintkezések, együttes élmény útján sajátítható el. *Itt és most*, mutasd meg, tedd meg, cselekedd meg!

Az orvosképzés 6 éve során két olyan kritikus, tudatos beavatkozásra kiemelt fontosságú időszak van, amikor egy pályaszocializációs csoport beindítása hatékonyan segíthetné az orvossá válás folyamatát. Egyfelől I. év végén, az ápolástan gyakorlat alatt, amikor a

hallgatónak először kell egészségügyi területen dolgoznia, másrészt III. éven, amikor a legfontosabb elméleti tárgyak vizsgái után bekerül a gyakorlatba és mint orvostanhallgató először vesz fel anamnézist és vizsgál belgyógyászati beteget.

Szőnyi Magda találó kifejezését használva, ebből az „egyszerre kívül és belül lenni helyzetből” következően termékeny talajra érkeznek mindazok az ingerek, amelyek az életpályán fontos alakító erejűek lesznek.

A pályaszocializációs program az önismeret, az önalakítás, az ember- és betegismeret, a kapcsolatteremtés, kapcsolattartás „begyakorlása” révén lehetővé teszi, hogy a jövő orvos személyiségéről, mint eszközről gondolkodjon, amelyen keresztül szaktudását hatékonyan érvényesítheti. Bálint Mihály meghatározását használva, tudatosabbá válhat az „orvosgyógyszer” adagolása.

Irodalom

Ádám Sz., Györffy Zs., Harmatta J., Túry F., Kopp M., Szényei G. (2010): A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota. *Psychiatria Hungarica*, 25(1): 55-61.

Addis, M., Mahalik, J.R. (2003): Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking. *American Psychologist*, 58 (1): 5-14.

Ajkay K. (2003): Terápiás intervenciók a korai interperszonális kapcsolatok tükrében. In: Juhász, A. (szerk.): *A gyöngéd analitikus és a kemény tudományok*. Magyar Pszichoanalitikus Egyesület, Budapest, 77-81.

Argelander, H. (1972): *Gruppenprozesse, Wege zur Anwendung der Psychoanalyse*. Rowohlt, Reinbek.

Argelander, H. (2006): *Az első pszichoterápiás interjú*. SpringMed, Budapest.

Arksey, H. (2008): Expert and lay participation in the construction of medical knowledge. *Sociology of Health and Illness*, 16 (4): 448-468.

Aronowitz, R. A. (1998): *Making Sense of Illness. Science, Society and Disease*. Cambridge University Press.

B. Luban-Plozza, H.H. Dickhaut (1998): *A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*. Animula, Budapest.

Bagdy E. (1995): Dramatikus módszerek és technikák felhasználása az empátia és a kommunikáció fejlesztésében. In: Gabnai Katalin (szerk.): *Ahogyan...* Tanulmányok a magyarországi személyközi kommunikációról. Budapest, MTMK, 71-79.

Bagdy E. (szerk). (2005): A diádikus interakció kutatásának világa. *Psychiatria Hungarica* különszám, XX2

Bagdy E. (1996): Hivatás és személyiség. In: Bagdy Emőke (szerk.) *A pedagógus hivatásszemélyisége*. KLTE Pszichológia Intézet, Debrecen, 33-39.

Bagdy E., Bugán A. (1996): A pszichológiai csoportmunka mint a személyiség fejlődésének, fejlesztésének színtere és eszköze. In: Bagdy Emőke (szerk.) *A pedagógus hivatásszemélyisége*. KLTE Pszichológia Intézet, Debrecen, 53-81.

Bagdy E., Mogyorósy Cs. (1988): Quo vadis medicus? Pályamotivációk alakulása az orvosegyetemi képzés során. *Medicus Universalis*, 1: 5-8.

Bálint E. (1973): The flash technique. In: Bálint E., Norell J.S. (eds.) *Six minutes for the patient. Interactions in general practice consultation*. Tavistock Publications. London, 19-26.

Bálint M. (1957, 1990): *Az orvos, a betegek és a betegség*. Animula, Budapest.

Bánfalvi A. (2003): Az orvostudomány rejtett kurrikuluma. *Magyar Felsőoktatás*, 4-6: 62-67.

Barabás K., Keresztes M. (2009): *Teaching psychosomatic medicine at the medical faculty of University Szeged: an integrated, problem-oriented approach*. p. 81.

Barabás K. (2003): A magatartástudományi tárgyak oktatása az orvostudományban. *Magyar Tudomány*, 11: 1401-1407.

Barcy M. (2000): Elmosódott határok, kontúros csoportvezetés, avagy személyiségfejlesztő csoportok a felsőoktatásban. *Pszichoterápia*, 1:5-15.

Beach, M.C., Inui, T. (2006): Relationship-centered care. A constructive reframing. *Journal of General and International Medicine*, 1, S3-S8.

Beagan, B.L. (2001): Even if I don't know what I'm doing I can make it look like I know what I'm doing: Becoming a Doctor in the 1990s. *Canadian Review of Sociology & Anthropology*. 38 (3): 275-289.

Becker, H.S. (1961): *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.

Benson K. (1994): *Orvosegyetemre akarok menni*. Egészségünkért Alapítvány, Budapest.

Bishop, G.D., Briede, C., Cavazoz, L., Grotzinger, R., and McMahon, S. (1987): Processing illness information: the role of disease prototypes. *Basic and Applied Social Psychology*, 8: 21-43.

Bloom, S.W. (1973): *Power and Dissent in the Medical School*. New York: The Free Press.

Brink-Muinen, A. van den, Dulmen, S. van, Messerli-Rohrbach, V., Bensing, J. (2002): Do gender-dyads have different communication patterns?: a comparative study in Western-European general practice. *Patient Education and Counseling*, 48 (3): 253-264.

Buda B. (1986): Akció – katarzis – empátia - encounter. In: Popper Péter (szerk.) *Pszichodráma*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 69-92.

Buda B. (1989): Az orvosszerep és az orvosi viselkedés. In: Molnár László (szerk.) *Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest, 98-108.

Bugán A. (1992): A pályaszocializációs képzés viszonya a pszichológusképzés strukturájához, motívumok alakulása a pályaszocializációs csoportokban. X. Országos Pszichológus Nagygyűlés. 1992. június.

Bukovinszky A. (2007): A hallgatói visszajelentés szerepe az orvoscépzésben. Semmelweis Egyetem 8:14. <http://www.ujtag.sote.hu/se200714/20071425.html> letöltés dátuma: 2010. 06. 20.

Clyne, M.B. (1998): A gyakorló orvosok kiképzése az orvos-beteg kapcsolatban. In: Luban-Plozza, B., Dickhaut, H. (szerk.): *A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*. Animula, Budapest, 35-43.

Conrad, P. (1988): Learning to Doctor: Reflections on recent accounts of the medical school years. *Journal of Health and Social Behavior*, 29 : 323-332.

Coombs, R.H. (1978): *Mastering Medicine*. New York: Free Press.

Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Bradley, S.L., Rose, S.L., Anderson, B. (2005): Cancer attributions, distress and health practices among gynecologic cancer survivors. *Psychosomatic Medicine*, 67: 972-980.

Creed, F., Barsky, A. (2004): A systematic review of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 391-408.

Csabai M. (szerk.) (2006): Szomatizáció. Tematikus szám. *Pszichológia*, 26 (4): 289-368.

Csabai M.(2007): *Tünetvándorlás*. József, Budapest, 89.-95.

Csabai M., Barta K. (2000): Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. *Lege Artis Medicinae* 10 (7-8): 638-644.

Csabai M., Molnár P. (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer, Budapest.

Csabai M., Trinn Cs., Molnár P. (2008): Egy „rég-új” szakterület: a terápiás betegoktatás. In: Pilling János (szerk.) *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest, 97-118.

Csabai M., Csörsz I., Szili K. (2009): A terápiás viszonyulások és élmények alakulása a pályaszocializációban. Az integratív gyógyító kapcsolati tréningcsoport módszer bemutatása. *Pszichoterápia*, 18 (1): 14-20.

Csabai M., Csörsz I., Szili K. (2009): *A gyógyító kapcsolat élménye. Kézikönyv és oktatólemez a kapcsolati készségek fejlesztéséhez*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.

Csabai M., Csörsz I., Szőnyi M. (1997): Gereznabarka. Tündérmesék, együttes élmény, önismeret. *Thalassa*, 8 (2-3): 194-212.

Császár Gy. (1998): A Bálint-csoportmódszer egyes kérdései. In: Luban-Plozza, B., Dickhaut, H.(szerk.): *A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*. Animula, Budapest, 156-168.

Csató G. (2005): Úton. Junior Bálint műhelymunka. Kézirat.

Csörsz I., Szili K., Csabai M. (2008): Az orvossá válás „drámái”. Új módszer az orvos-beteg kommunikáció oktatásában. *Lege Artis Medicinae*, 18 (6-7): 547-549.

Csörsz I. (2005): “Mi lesz, ha az én betegem is meghal?” Junior Bálint-csoportok az orvusképzésben. *Lege Artis Medicinae*, 15 (1): 84-86.

Csörsz I. (2010): “Touching old people is struggle for me.” Formation of medical students’ patient image. Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület V. Nemzetközi Kongresszusa, Budapest, July 8-10,

Csörsz I., Szili K., Devecsery Á., Máth J. Csabai M. (2010): Tünetek és történetek. A nemi sztereotípiák hatása a tünetértelmezésre. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11 (3): 169-190.

Csörsz I., Tar D. (2007): “Kisimogatni a fájdalmat.” Esetmegbeszélő csoportok a gyógytornásképzésben. *Fizioterápia*, 16 (4): 14-16.

D.Balogh K. – Dancs J. (2006): Gyógytornász és ápoló együttműködésének lehetőségei a klinikai gyakorlat során. *Mozgásterápia*, 15 (1): 23-25.

Dahlin, M. E., Runeson, B. (2007): Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BioMed Central Medical Education*, 7, pp. 1-6.

Dahlin, M., Joneborg, N., Runeson, B. (2005): Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39: 594-606.

Derose, K.P., Rays, D.H., McCaffrey, D.F. and Baker, D.W. (2001): Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department? *Journal of General Internal Medicine*, 16 (4): 218-226.

Eicke, D. (1998): A Bálint-csoportok vezetésének kérdései. In: Luban-Plozza, B. – Dickhaut, H. (szerk.): *A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*. Animula, Budapest, 83-90.

Erdélyi I., Sáfrány E., Fecskó E., Sipos B., Hamvas Sz., Retek L. (2008): Ismeretszerzés – saját élmény – kutatás modellje egyetemi oktatás pszichológus képzésben. *Pszichoterápia*, 17 (5) : 323-334.

Erdélyi I. (2004): *Tér és tükrök. Mindennapi kísérteteink*. Flaccus, Budapest.

Erikson, E.H. (1991): *A fiatal Luther és más írások*. Gondolat, Budapest.

Fekete S. (1991): Segítő foglalkozásúak kockázatai. Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6 (1): 17-29.

Ferenczi S. (1982): Indulatáttétel és magábavetítés. In: *Lelki problémák a pszichoanalízisben*. Magvető, Budapest, 73.o.

Fletcher, R. J., Higginbotham, N., Dobson, A. (2002): Men's Perceived Health Needs. *Journal of Health Psychology*, 7: 233-241.

Foss, C. and Sundby, J. (2003): The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Education and Counseling*, 49 (1): 45-52.

Foulkes, S.H. (2000): *A csoportanalitikus pszichoterápia módszerei és elvei*. Animula, Budapest.

Fox, R.C. (1957): Training for uncertainty. In: Merton, R.K., Reader G.G., Kendall, P.L. (eds.) *The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. 207-244. Harvard University Press, Cambridge, MA

Freudenberger, H.J. (1974): Staff burn out. *Journal of Social Issues*, 30 (1):159-165.

Gabnai K. (2001): *Drámajátékok*. Helikon, Budapest.

Garssen B. (2004): Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review* 24 (3): 315–338.

Gijbers van Wijk, C.M.T., Kolk, A.M. (1997): Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 45:231-246.

Gijbers van Wijk, C.M.T., Huisman, H. and Kolk, A.M. (1999): Gender differences in physical symptoms and illness behavior. A health diary study. *Social Science and Medicine*, 49 (8): 1061-1074.

Good, B.J., Good, M.J. (1993): Learning medicine. The constructing of medical knowledge at Harvard medical school. In: Lindbaum, S., Lock, M.(eds.) *Knowledge, Power and Practice: the Antropology of Medicine and Everyday Life*. 81-107. Berkeley: University of California Press.

Györffy Zs, Ádám Sz.(2004): Az orvosnői hivatás magatartástudományi vizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5 (1):27-55.

Haas, J., Shaffir, W. (1987): *Becoming Doctors: The adoption of a cloak of competence*. Greenwich, Conn.: JAI Press.

Hall, J.A., Roter, D.L. (1998): Medical communication and gender: a summary of research. *Journal of Gender Specific Medicine*, 1 (2): 39-42.

Harrach A., Schnell E. (2008): Bálint-csoport és a bálinti szemlélet az orvoslásban. *Medicus Universalis*, 41 (3) : 107-111.

Hazag A, Major J. (2008): A hallgatói kiégés jelensége, orvosok lelki egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9 (4): 305-322.

Hazag A., Major J., Ádám Sz. (2010): A hallgatói kiégés szindróma mérése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(2): 151-168.

Helembai K. (1989): *Szociális pályára készülő fiatalok pályaidentifikációs folyamatának elemzése*. Kandidátusi értekezés. Szeged. Kézirat.

Illés T. (2005): *A nullánál is kevesebb*. Junior Bálint műhelymunka. Kézirat.

<http://daganatok.hu/a-stressz-es-a-rak> letöltés dátuma: 2010. 06. 01.

<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/stress> letöltés dátuma: 2010. 06. 01.

Jenkins, J., és Oatley, K. (2005): *Érzelmek*. Osiris, Budapest.

Kébel N. (2010): *Cserebogár leszek*. Orvosi pszichológia műhelymunka. Kézirat.

Kende A., Füleki K. (2006): Személyes és társadalmi hatások a szomatizáció kialakulásában és megítélésében. *Pszichológia*, 26 (4): 305-323.

Kende A., Szili K., Csabai M. (2005): Laikusok és gyakorló orvosok nézetei a szomatizációról. *Mentalhigiéne és Pszichoszomatika*, 6 (1): 53-59.

Kindl, M (1984): Erfahrungen mit einer klinikinternen Balintgruppe und einzelsupervision für Krankengymnasten. 36: 231-238.

Kiss A. (1962): Lencse és hamu. *Alföld*, július-szeptember 61-5.

Kiss Tóth E. – Peja M (2006): A gyógytornáshallgatók pályaidentitásának alakulása. *Rehabilitáció*, 16 (2): 17-21.

Konner, M. (1987): *Becoming a doctor: A Journey of Initiation in Medical School*. New York: Viking

Kopp M. és Pikó B. (2001): A magatartástudományok oktatása Magyarországon, a pszichiátria és a magatartástudományok, a magatartástudományok kapcsolata az orvostudomány és a szakképzés területén. *Psychiatria Hungarica*, 16 (2): 183-190.

Kovács G. (2005): *Egy ajtó kinyílt*. Junior Balint műhelymunka. Kézirat.

Kulcsár Zs. és Kökönyei Gy. (2004): A szomatizáció biológiai modelljei. Összefoglaló. In: Kulcsár Zs, Rózsa S., Kökönyei, Gy. (szerk.) *Megmagyarázhatatlan testi tünetek*. ELTE, Eötvös Kiadó, Budapest, 695-751.

Major J., Ress K., Hulesch B., Túry F. (2006): A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. *Lege Artis Medicinae* 16: 367-373.

Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996): *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.) Consulting Psychologist Press, Palo Alto, C.A.

Meeuwesen, L., Bensing, J., Brink-Muinen, A. van den (2002): Communicating fatigue in general practice and the role of gender. *Patient Education and Counseling*, 48: 233-242.

Merton, R.K., Reader, G.G., Kendall, P.L. (1957): *The Student-Physician*. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge: Harvard University Press.

Mérei F. (1989): A lelki labirintus útjain: önalakítás, feszültségfeldolgozás, gyógyítás. In: Mérei Ferenc: *A pszichológiai labirintus. Fondorlatok és kerülőutak a lelki életben*. Pszichoteam, Budapest, 135-225.

Molnár L, Mezey M. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I. rész. *Lege Artis Medicinae*, 1 (8):524-8.

Molnár P. (2004): Meggyőző kommunikáció. In: *Korszerű oktatási módszerek bevezetése a gyermekgyógyászati továbbképzésben (oktatófilm)*. Készült a Leonardo Program támogatásával.

Molnár R., Nyári T., Molnár P. (2008): Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. *Orvosi Hetilap*, 149 (18):843-848.

Molnár R., Molnár P. (2002): Az orvosi pályaszocializáció. *Lege Artis Medicinae*, 12 (4): 250-254.

Molnár, P., Csabai, M., Csörsz, I. (2003): Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. *Magyar Tudomány*, 11: 1391-1400.

Montágh, I. (1989): *Nyelművesség. A beszéd művészete*. Múzsák Kiadó, Budapest.

Morris, D.B., (1998): *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press.

Nathanson, C.A. (1975): Illness and the feminine role: theoretical review. *Social Science and Medicine*, 9:57-62.

Nathanson, C.A. (1977): Sex, illness and medical care: a review of data, theory and method. *Social Science and Medicine*, 11:13-26.

Nestel, D., Tierney, D. (2007): Role-playing for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7:3

Nettleton, S., Watt, I., O'Malley, L., Duffey, P.H. (2005): Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. *Patient Education and Counseling*, 56: 205-210.

Paneth G. (1981): A Bálint-csoport, mint a pszichoterápiás képzés és kutatás eszköze. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 22 (3): 231-245.

Papp Sz, Túry F. (2010): A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. *Lege Artis Medicinae*, 20 (6-7): 423-429.

Peters, S., Stanley, I., Rose, M., Salmon, P. (1998): Patients with medically unexplained symptoms: Sources of patients' authority and implications for demands on medical care. *Social Science and Medicine*, 46 (4-5): 599-565.

Pető K. (2003): Az implicit kapcsolati tudás. Új szempontok a pszichoterápia hatásmechanizmusának megértéséhez. *Psychiatria Hungarica*, 18 (4): 217-225.

Pető Z. (1990): „Bálint-csoportok” szerepe az általános orvosok továbbképzésében. *Medicus Universalis*, 23 (1):13-14.

Petromán V. (2007): *Pszichoszomatika*. Esettanulmány. Kézirat.

Philips, S.P. and Ferguson, K.E. (1999): Do students' attitudes toward women change during medical school? *Canadian Medical Association Journal*, 160: 357-361.

Pilling J., Cserhádi Z. (2008): Kommunikáció szomatizáló betegekkel. In: Pilling J. (szerk.): *Orvosi kommunikáció*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 210-226.

Pinczésné, Dr. Palásthy I. (2003): *Dráma, pedagógia, pszichológia*. Pedellus, Debrecen.

Pitkala, K.H., Mantyranta, T. (2003): Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physician's role – a qualitative study. *Medical Teacher*, 25: 155-160.

Prior, L. (2003): Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health and Illness*, 25: 41-57.

Purebl Gy., Balog P. (2008): A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Kopp M. (szerk.): *Magyar Lélekiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 584-592.

Ráduly-Kovács M. (2007): *Pszichoszomatika*. Esettanulmány. Kézirat.

Ring, A., Dowrick, C.F., Humphris, G.M., Davies, J., Salmon, P. (2005): The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present a medically unexplained physical symptoms. *Social Science and Medicine*, 61: 1505-1515.

Riskó Á.: Az orvos nem automata.

http://www.weborvos.hu/orvos_beteg/orvos_nem_automata/35573/ letöltés dátuma: 2003. 04.20.

Riskó Á.: Bálint-csoport gyógytornászok számára.

http://onkopszichologia.bencium.hu/?page_id=55 letöltés dátuma: 2007. 01.20.

Riskó Á. (1991): Testi dialógus. In: Bíró S. (szerk.): *Nonverbális pszichoterápiák*. Animula, Budapest, 41-49.

Ritoók P., Gillemontné, T.M. (1994): *Pályalélektan*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.

Robbins, J.M. and Kirmayer, L.J. (1991): Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, 21 (4): 1029-1045.

Rohde, M (2002): A Bálint-csoportok vezetése az elvárások és a valóság tükrében. *Pszichoterápia*, 11 (2): 87-93.

Roter, D.L. (2001): *How physician gender shapes the communication and evaluation of medical care*. Mayo Clinic Proceedings, 76 (7): 673-676.

Roter, D.L., Hall, J.A., Aoki, Y. (2002): Physician gender effects in medical communication. A meta-analytic review. *Journal of the American Medical Association*, 288 (6): 756-764.

Rózsa Sándor, Kő Natasa, Krekó Kata, Unoka Zsolt, Csorba Bertalan, Fecskó Edina, Kulcsár Zsuzsanna (2008): A mindennapos testi tünetek attribúciója: A Tünetinterpretáció Kérdőív hazai adaptációja. *Pszichológia*, 28 (1): 53-80.

Rucinski, J., Cybulska, E. (1993): Az orvosok mentális zavarai. *Psychiatria Hungarica*, 8:49-60.

Ruiz, M. T. and Verbrugge, L. M. (1997): A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and community Health*, 51 (2): 106-109.

Sági M. (1987): Az orvostanhallgatók foglalkozási szocializációja. *Szociológia*, 4: 491-512.

Sántha O. (2005): *Egy nyaram a Gyermekklinikán*. Junior Bálint műhelymunka. Kézirat.

Schaufeli, W., Martinez, I., Pinto, A., Salanova, M., Bakker, M. (2002): Burnout and engagement in university students. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 33 (5): 461-481.

Schmidbauer, W. (1977): *Die Hilfflosen Helfer*. Rohwolt, Reinbeck.

Shapiro, M. (1987): *Getting Doctored: Critical Reflections on Becoming a Physician*. Toronto, Ontario.

Shaw, D.L., Wedding, D., Zeldow, P.B., Diehl, N. (2001): Special problems of medical students. In: Wedding, D. (szerk.): *Behaviour and medicine*. Hogrefe and Huber, Göttingen, 67-84.

Shorter, E. (1993): *From paralysis to fatigue. A history of psychosomatic illness in the modern era*. Free Press, New York.

Simon, M., Tényi, T., Trixler, M. (2001): Memóriefajták a pszichodinamikus megközelítés tükrében. *Pszichoterápia*, 10:332-341.

Sleath B, Rubin R. (2002): Gender, Hispanic ethnicity and physician-patient communication about depression and anxiety in primary care. *Patient Education and Counseling*, 48: 243-252.

Sonneck, G (1982): Orvosok öngyilkossága és kiégettsége. *Szenvedélybetegségek*, 2 (1): 28-31.

Spaendonck K., Pék Gy., Johnston B., Molnár P., v. Weel-Baumgarten E. (1999): Kommunikációs készségek. In: J. Metz, M. Patrício, J. M. Peinado, Szekeres P.(szerk.): *Orvosi készségek oktatása*. Tempus, Pécs, 33-57.

Stern, D.T. (2000): *The development of Professional Character in Medical Students*. Hastings Center Report. 30 (4): 26-29.

Széneyi G., Ádám Sz., Györffy Zs., Harmatta J., Túry F. (2010): A hazai pszichiáterek pálya- és jövőképe. *Psychiatria Hungarica*, 25(1): 31-54.

Szili K., Borgos A. (2006): A laikus és tudományos diskurzusok párhuzamai: orvos-beteg kapcsolati és pszichoterápiás vonatkozások. *Pszichológia*, 26 (4): 347-364.

Szócska G., Romics L. (2001): Orvoscépzésünk és az egészségügyi rendszer emberi erőforrásigényei. *Orvosi Hetilap*, 142: 659-664.

Szőnyi G. (2005): *Csoportok és csoportozók. A lélektani munkára építő csoportok vezetése.* Medicina, Budapest.

Szőnyi M. (2007): A pályaválasztási szaktanácsadás sajátos teendői az orvosi pálya témakörében. *Pszichoterápia*, 16 (4): 240-246.

Tjia, J., Givens, J.L., Shea, J.A. (2005): Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health*, 53:5.

Tomcsányi T., Fodor L., Kónya O. (1990): Altruizmus, segítő szindróma, érett segítői identitás. *Psychiatria Hungarica*, 5 (3):213-222.

Túry, F., Lajtai, L. (2005): Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. In: Kopp, M., Berghammer, R. (szerk.): *Orvosi pszichológia.* Medicina, Budapest. 240-248.

Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, N.T., Ekeberg, O. (2001): Suicidal ideation among medical students and young physicians. *Journal Affective Disorders*, 64: 69-79.

Vailant, G.E., Sobowale, N.C., McArthur, C. (1972): Some psychological vulnerabilities of physicians. *New England Journal Medicine*, 287: 372-375.

Van De Camp, K., Vernooij-Dassen, M., Grol, R., Bottema, B. (2004): How to conceptualize professionalism: a qualitative study. *Medical Teacher*, 26, 696-702.

Varga É. (2005): *Baleset. Baleset?* Junior Bálint műhelymunka. Kézirat.

Váriné Szilágyi I. (1976): Az orvosképzés néhány problémájáról – ahogyan pályakezdő orvosaink látják. *Szociológia*, 1: 118-138.

Vaszily E. (2005): *Egy különös eset.* Junior Bálint műhelymunka. Kézirat.

1. sz. Függelék

Kébel Nóra: Cserebogár leszek!

Egy III. éves medika első lépései a professzionalizáció útján

„ Az orvosi pálya melletti végleges döntésem már középiskolás éveim kezdetén megszületett bennem, bár külön kell választanom azt, amikor én először éreztem ezt, attól, amikor másoktól először hallottam. Először a gimnáziumi barátaimon és tanáraimon érzékelttem, hogy bármilyen foglalkozást vetettem fel alternatívaként, csak legyintettek, mondván, te úgy is orvos leszel: okos vagy, a szüleid orvosok, tiszta sor. Nem mondom, hogy skarlát betű volt, de néha kissé kényelmetlenül érintett, hogy az én véleményemre senki sem kíváncsi.

Persze az önjelölt jó sok most ugye én megmondta-mozhatnak, hiszen beteljesült a jóslatuk....

Az első félévben még közünk nem volt az orvosléthez a tantárgyaink alapján, így ez nem mondható meghatározónak. Ezt követően kissé megváltozott a dolog. Az anatómia már komoly dolog, meg mindenki kérdezget, hogy ti tényleg embert boncoltok, meg hasonló. Bevallom, én ekkor kissé méltatlanul kezeltem orvostanhallgató mivoltomat, szerettem ezzel a figyelem középpontjába kerülni és elhinteni a laikusokban egy kis gondolatébresztőt. Nos, utólag úgy látom, ennek volt a legkevesebb köze orvosi mivoltomhoz. Aztán lassan jöttek a telefonhívások, hogy Nóri, nem akarok orvoshoz menni, ez meg ez a bajom, mit csináljak. A válasz persze nem tudom volt, honnan is tudnám egy év után.

A másodév sok változást hozott. Egyrészt letettem az első szigorlatomat, másrészt az év végére bennem voltak a három alapozó tantárgy ismeretei. Egyre több tanár kollégának hívott minket, egyre komplexebb orvosi problémákat tárgyaltunk. Ez mind érlelt engem, minket, így év végére azt mondhatom, hogy lassan el tudtam képzelni az alagút végét. Nyáron jött a gyakorlat, ami kissé elbizonytalanított, mert úgy éreztem, nem tudok mit kezdeni a betegekkel, semmit sem tudok a betegségekről.

Most pedig harmadéves vagyok...most érzem igazán, hogy orvos leszek. Egyre többet tudok a betegségekről, ami felülírja nyári kudarcaimat. Belgyógyászaton tapasztalom, hogyan viszonyulnak hozzám a betegek, a tanárok is orvosként kezelnek. Mégis inkább az egyetemen kívüli élményeim azok, amelyek villámcsapásszerűen hatottak rám.

Az első egy vonatút során történt...a velem szemben ülő bácsi, miután kiderült számára, hogy orvostanhallgató vagyok, teljesen megnyílt előttem, szégyenérzet és bizonytalanság nélkül beszélt nekem a betegségéről, orvosi és emberi vonatkozásban egyaránt. Azt

gondoltam magamban, hogy te jó Ég, ez az ember anélkül, hogy tudná, hogy ki vagyok én valójában, csupán azért, mert orvostanhallgató vagyok, feltételezi, hogy jó emberrel áll szemben, megbízhat bennem. A másik egy olyan epizód volt, amikor csak én voltam otthon és csörgött a telefon. Egyik rokonunk hívott minket, a szüleimet kereste. Amikor kiderült, hogy nincsenek itthon, közölte, hogy végül is én is tudok segíteni és előadott egy viszonylag egyszerű orvosi problémát. Minden viccelődés nélkül, komolyan válaszolt a kérdéseimre, majd végighallgatta a javaslatomat. Ebben az volt a megdöbbentő, hogy egy olyan ember, aki születésem óta ismer, teljesen más hangon szól hozzám, mint eddig. Ugyanabba a státuszba kerültem a szemében, mint a szüleim!

Nekem egyelőre ezek a hangnembváltozások jelentenek sokat, ettől tudatosul bennem, hogy milyen helyet fogok elfoglalni a társadalomban végzett orvosként és ez mind hozzájárul ahhoz, hogy végül majd úgy érezzem, készen állok.”

2.sz. Függelék

A drámacsoportban használt novella

NAGY LAJOS

A beteg

Valahol, vidéki városkában jár a postás. Valahová, egy kávéházba, bead egy levelet. Pestről érkezett, felbontja a címzett, és elolvassa: „Ilonkát tegnap megoperálták., Holnap megint írok, akkorra talán már többet tudok...” Itt Pesten, egy lakásban, cseng a telefon, egy asszony leemeli a hallgatót, s megindul a beszélgetés: „az operáció sikerült, de még nem tudni, hogy...”

A klinika bejárata előtt autótaxi áll meg. Öreg házaspár moccan ki belőle, nyolcvanon felül járhatnak mind a ketten. Az öregasszony a sofőrre pillant, az elérti: „Egynyolcvanöt” – mondja. Az öregúr a markában szorongatott kétpengőst odanyújtja a sofőrnek: „A többit tartsa meg!” Most megfogja az öregúr a felesége kezét, igen, a kezét és nem a karját, befordulnak a kapun, kéz a kézben, mintha két kistestvér lennének, s a kapus fülkéjéhez totyognak: „Szankó Bálintné keressük...” „Az unokámat” – toldja meg magyarázólag az öregasszony, és görcsösen szorítja az ura kezét. A kapusnak nem kell felütnie a mutatókönyvet, hiszen két nap óta szakadatlanul Szankó Bálintné után érdeklődnek tőle: „Bé pavilon, első emelet, ötös szoba.” A kapus kilép a fülkéből, kezével mutatja az irányt. „Köszönjük” – mondják az öregek egyszerre; az öregúr aprópénz után kutat a zsebében, aztán azt gondolja: „majd holnap”. És megindulnak, megint csak kéz a kézben, a B. pavilon felé. „istenem, csak Ilonkának ne legyen valami baja” – sóhajt az öregasszony. „nincs komoly baja, nem érted? Nem is lehet!” – mordul a feleségére az öregúr, de olyan szigorú meggyőződéssel, hogy az magabiztatásnak is beillik.

Gallus tanár a szobájában ül, előtte halvány férfi áll, rogyadoznak a térdei.

Még nem tudok semmi bizonyosat, de...nem hiszem, hogy rosszindulatú lett volna a daganat – mondja a tanár.

Tanár úr, könyörgöm, az igazat akarom tudni.

Azt hiszi? Én kételkedem ebben. Maga, fiam, valami vigasztalót szeretne hallani.

Igen. De... a leglesújtóbb bizonyosság is jobb, mint ez a kétségbeejtő bizonytalanság.

Nono! Látta, én ezt is másképp gondolom. De majd... mindjárt meglátjuk, talán már elkészültek a szövettani vizsgálattal.

Szankó Bálintnak hideg fut végig a hátán. - Addig is üljön le! – ezt szinte vezényelte az orvostanár. És még utána mormolta csak úgy magának: Milyen gyenge idegzetű emberek!

A tanár füléhez emelte a telefon kagylóját, megnyomott egy gombot. Szankó már ült, de megkapaszkodott a szék karfájában. Előrehajolt, a szája mozgott, hangtalanul beszélt magában: Istenem, istenem, csak most az egyszer segíts!

A laboratóriumban Kovács doktornő éppen a kezét mosta. Egy perccel előbb fejezte be a vizsgálatát a bé pavilon elsőemeleti ötös betegnek, illetve a kioperált részből szelt metszetnek. Vidám kis dalt dúdolt. Nem érdekes az eset. Mint kutató, jobban szereti a komplikációkat, de mivel mégiscsak egy ember reménye, üdve, élete fűződött a vizsgálat eredményéhez, hát örül, hogy az eset érdektelen. A lelet „negatív”. Hála istennek, szegény asszonykát a félelmen kívül nem érte más baj.

A telefon berreg, a doktornő abbahagyja a dúdolást, de a kezét tovább mossa s csak amikor már meg is törölközött, akkor lép a készülékhez:

Halló!

Itt Gallus. Kész a szövettani vizsgálat a bé első emeleti ötről?

Jónapot , tanár úr- a vizsgálatot éppen most fejeztem be. Negatív.

Köszönöm – s a tanár máris letette a hallgatót. Enyhe mosollyal fordul a reszkető férjhez:

Nincs komoly baj. A felesége tíz nap múlva, minden valószínűség szerint, már haza is mehet.

Köszönöm tanár úr – hálálkodik Szankó -, kedves, jó tanár úr!

És Szankó a tanárhoz lép, megragadja a kezét, s ha a tanár el nem húzza, talán még meg is csókolja

Nem kell mindjárt úgy megijedni – mondja a tanár szinte feddően és... már más betegére gondol, aki a földszinti közösben fekszik, s ma reggelre minden látható ok nélkül lázas lett.

A tálalóban az ápolónő kakaót főz az ötös szobában fekvő betegnek. Igen, az orvos úr éppen az imént figyelmeztette, hogy a beteget jól kell táplálni... Az ötös szobában még két ágy van. Az egyesén egy frissen operált beteg fekszik, még csak most ébredszik a narkózis kábulatából. Felnyitja a szemét, első tekintete a kettesre esik. Sorstársa, gondolja, vajon hogy van? A hármaskózon fiatal lány ül. Ő már holnap elhagyhatja a klinikát, tegnapelőtt vették ki a manduláját, sebe szépen gyógyul, mehet.

Szankóné lassan megemeli a fejét, körülnéz. A lányka megkérdi:- Hogy érzi magát?

Köszönöm – feleli Szankóné halkán.

- Fájdalma nincs?

Most nincs. Nem érzek semmit, csak kissé gyenge vagyok. Ó-ó!

Talán mégis fáj valamije.

Nem, nem, csak... el vagyok keseredve.

Miért?

Hát ... tudja, ilyenkor eszmél rá az ember, hogy milyen egyedül van a világon. Nem törődik velem senki. A férjem nincs itt. Isten tudja, hol kószál. Itt hagyják az embert egyedül, amikor halálos beteg... A nagyszüleim sem jöttek el, pedig várom őket. Már itt lennének, ha az első vonattal indultak volna... az ápolónő sincs itt soha. Az alorvost meg csak vizitkor látom...

Mindjárt vizit lesz. a tanár úr is bejön. Ó, én imádom a tanár urat. Nem is fájt, amikor lecsípte a mandulámat. A tanár úr tegnap össze is szidott, mert beszéltem.

Ó-ó – és Szankóné nyugtalanul néz körül, mintha valamit keresne, mintha fel akarna kelni.- Tessék csak nyugodtan maradni. Nem szabad mozognia. Ha valamire szüksége van, szívesen segítek. Parancsol valamit?

- Igazán kedves maga. Milyen csodálatos. Egy idegen. Mások meg nem törődnek velem. Mintha már nem is lennék. Talán már eszükbe sem jutok...

3. sz. Függelék

A csoportfolyamat követésére szerkesztett kérdőív egyetemi hallgatók számára

Azt várom a kurzustól, hogy

1 ismereteket szerzek a gyógyító és beteg közti kapcsolat általános jellemzőiről.	1	2	3	4	5	6
2.megtanulom jobban felismerni saját érzéseimet.	1	2	3	4	5	6
3. ... új készségeket tanulok, hogy jobban kommunikáljak a páciensekkel.	1	2	3	4	5	6
4. ...segítséget kapok a pszichológus identitás kialakításához.	1	2	3	4	5	6
5.ismereteket szerzek az egészségügyben dolgozó pszichológusok munkájáról.	1	2	3	4	5	6
6. ...javul az önismeretem.	1	2	3	4	5	6
7. ... új készségeket tanulok, hogy jobban kommunikáljak a mindennapi helyzetekben.	1	2	3	4	5	6
8. ... segítséget kapok a pszichológus szerep gyakorlásához.	1	2	3	4	5	6
9.ismereteket szerzek a kommunikáció általános törvényszerűségeiről.	1	2	3	4	5	6
10. ...javul az empátiás képességem.	1	2	3	4	5	6
11.gyakorlatot szerzek a nemverbális kommunikációban.	1	2	3	4	5	6
12. ... segítséget kapok abban, hogy milyen szakterületet válasszak a diploma után.	1	2	3	4	5	6

13. ...ismereteket szerzek a betegek viselkedésének jellegzetességeiről.	1	2	3	4	5	6
14. ... javul az a képességem, hogy pontosabban fejezzem ki érzéseimet.	1	2	3	4	5	6
15. ... javulnak a kapcsolati és társas készségeim.	1	2	3	4	5	6
16. ...bepillantást kapok a pszichológus szakma gyakorlásának nehézségeibe, kihívásaiba.	1	2	3	4	5	6

4. sz. Függelék

A drámacsoportban használt novella tesztelésére szerkesztett kérdőív

□□□

Tisztelt válaszadó!

A kérdezőbiztos által felolvasott novella meghallgatása után kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre. Válaszait kizárólag a kutatás céljaira használjuk, és név nélkül, azonosító szám segítségével értékeljük.

A válaszadás önkéntes.

Köszönjük, hogy válaszaival segíti munkánkat.

1. Az Ön neme:

1. férfi 2. nő

2. Az Ön életkora:

..... év

3. Milyen szakra jár? (Kérjük karikázza be a megfelelőt.)

1. Orvos
2. Pszichológus

4. Ön hanyad éves?

1. Első éves
2. Másod éves
3. Harmad éves
4. Negyed éves
5. Ötöd éves

Most a novella két szereplőjével kapcsolatos véleményére vagyunk kíváncsiak. Kérjük válaszoljon az alábbi kérdésekre!

Szankó Bálintné, a beteg

5. Hány éves lehet?

.....

6. Mi lehet a foglalkozása?

.....

7. Kérjük, írja le Szankó Bálintné külső és belső tulajdonságait!

.....

...

.....

...

8. Milyen probléma miatt operálták meg?

.....

...

.....

...

9. Mitől alakulhatott ki ez a probléma?

.....

.....

.....

10. Mi történhetett vele előző nap?

.....

.....

.....

11. Mi lehet Szankó Bálintné legnagyobb félelme?

.....

...

12. Mi lehet a legnagyobb vágya?

.....

.....

.....

13. Kik a fontos emberek az életében?

.....

.....

14. Ön mit érez Szankó Bálintné iránt?

.....

...

.....

...

15. Milyen lehet Szankóné házassága?

.....

.....

.....

16. Ön szerint mi történik még Szankó Bálintnéval a kórházban?

.....

...

.....

...

17. Mi fog történni, ha elhagyja a kórházat?

.....

...

.....

....

Gallus tanár, az orvos

18. Hány éves lehet?

.....

19. Kérjük, írja le Gallus doktor külső és belső tulajdonságait!

.....

....

.....

.....

20. Ön mit érez iránta?

.....

.....

.....

21. Kezeltetné-e magát vele?

.....

...

Végül az Ön általános benyomásaira vagyunk kíváncsiak.

22. Milyen érzései vannak a novella kapcsán?

.....

.....

.....

23. Mi lenne más egy mai történetben?

.....

...

.....

...

Köszönjük a válaszadást!