

MICHNAI VIKTÓRIA

A pszichológusi munka kereteinek sajátosságai az otthonukban ápoló rákbetegek esetében

Összefoglalás ♦ Ebben a tanulmányban összefoglalom, mekkora kontrasztot jelentett a rákbetegek számára otthonukban nyújtott pszichológiai munka a klasszikus pszichológusi szerephez viszonyítva. Ideális esetben a segítő beszélgetés egy kellemesen berendezett, nyugodt szobában történik, ahol a páciensünk tőlünk megfelelő távolságban és szögben beállított ülőalkalmatosságon foglal helyet, ritkább esetben a kanapén fekszik, a szó fizikai értelmében azonban épen és kevés diszkomfortérzettel. Tanulmányomban részletesen kifejtem, milyen különbséget jelent, ha egy pszichológus súlyos, legtöbb esetben ágyhoz kötött, fizikai rosszulléttel és gyengeséggel küzdő, külsejében és méltóságérzetében megtépzott, rákbetegségben szenvedő pácienssel épít ki segítő kapcsolatot. A betegek fizikai állapotából számos bonyodalom következett, ami kihívást jelentett az amúgy is nehéz helyzetben: az időpont egyeztetése, a beteg lakásán történő felkeresése, fizikai állapotának figyelembe vétele. A terápia időkerete bizonytalanná vált, ami a cél meghatározását is nehezítette. Ezek a tényezők sokszor szétfeszítették a pszichológusi munka szokásos kereteit, fokozva a szakember és vendég szerepe közötti összemosódásokat. Tanulmányomban esetek bemutatásán keresztül keresem a választ, hogyan lehet ezt az érzékeny határvonalat meghúzni.

„Nagyon jól tanuld meg és tartsd be a szabályokat,
hogyan tudd, hogyan hágd át őket megfelelően!”

A dalai láma (Rohr, R., 2012: 175)

Peculiarities of the work of psychologists working with cancer patients in home care services

Abstract ♦ In this study I am going to summarise the contrast that cancer patients can feel between the work of a psychologist in their homes and the traditional role of a psychologist. Ideally, the conversation takes place in a nicely arranged, cosy room where our patient is sitting in a convenient distance from us, at a proper angle, or sometimes they can be lying on a sofa, but they are sound in the physical meaning of the word and have only a slight feeling

of discomfort. In this study, I am giving an in-depth explanation of the difference that occurs in the work of a psychologist who establishes a helping relationship with seriously ill, mostly in-patients suffering from cancer, feeling physically unwell and weak, with shattered outlook and dignity. Many complications arose from the physical condition of the patients, which was a challenge in an already difficult situation: agreeing on the time of the visit, visiting the patients in their homes, taking into account their physical conditions. The time frame of the therapy was uncertain, which also made it more difficult to determine its purpose. These factors often extended beyond the normal frames of a psychologist's work, making the distinction between the role of a professional and that of a guest even vaguer. In this study I am looking for the answers on how to define that delicate borderline through the presentation of cases.

Learn and obey the rules very well,
so you will know how to break them properly.

Dalai Lama (Rohr, R., 2012: 175)

A pszichológiai tanácsadás keretei

A dalai láma jó tanácsát, melyet mottómul is választottam, úgy is lehet értelmezni, hogy ha teljesen megértjük egy szabály mögöttes értelmét, akkor ennek szellemében tudunk eljárni akár különleges helyzetekben is. Visszanyúlok támaszért tehát azokhoz a keretekhez, melyek a pszichoterápiás munka alapjainak számítanak és Szőnyi Gábor (Szőnyi, 2000) *pszichoterápiás folyamatának* leírását veszem alapul, ami a tanulmányomban leírt esetek vázát adja. Ez az a klasszikus leírás, amely pszichológusi tanulmányunk során többször is a kezünkbe kerül és a mai napig fontos hivatkozási alapja a szakmának. Akkor is mérce, ha a pszichoterápiáról szól elsősorban, mert bizonyos részei a tanácsadásra és más pszichológusi segítő tevékenységre nézve is általános érvényűek.

Másrészt tanulmányom támaszkodik azokra a hosszas segítő beszélgetésekre is, melyeket Dr. Biró Eszterrel, a Budapest Hospice Ház pszichológusával folytattam, szakmai gyakorlaton és későbbi együttműködésünk során.¹ A közös munka gyümölcse egyébként a

¹ 2014 januárjától májusig töltöttem a Budapest Hospice Házban szakmai gyakorlatomat, majd hivatalosan is a súlyos beteg gyermekeket segítő team tagja lettem. Később munkám tovább bővült a felnőtt betegek otthonukban történő pszichológiai ellátásával. Ebben a tanulmányban kizárólag a felnőtt pácienseimmel kapcsolatos tapasztalataimról írok, mert ők közvetlenebb módon befolyásolták a közös munka kereteit.

Tanácsadó szakpszichológus képzés lezárásául megírt szakdolgozatomat is eredményezte (2015). Úgy gondoltam, érdekes lesz összehasonlítani mennyiben tud segíteni az egyetemeken tanult tudományunk – főleg a segítő beszélgetések általános érvényű részeit kiemelve – ebben a speciális helyzetben. Azokra a kérdésekre is keresem a választ, hogyan lehet „megfelelő módon” áthágni a szabályokat, illetve a látszólagos szabályáthágás valóban az-e.

Szőnyi Gábor (2000) szerint a pszichoterápiának három minimális feltétele van, amelyek megléte nélkül nem kezdhető el a terápiás kapcsolat:

1. Zavartalanság: a terápiás térbe más ne lépjen be, a terapeutát közben ne hívják el. Ne legyenek külső zajok. A terapeuta koncentráltan legyen jelen.
2. Rendszeresség – azonosság: a hely és az idő kiszámítható, megbízható azonossága.
3. A kapcsolat védelme: a környezet, munkatárs, hozzátartozó ne cselekedjen a terápia ellen. A változások a terapeután keresztül történjenek.

A zavartalanság nem áll fenn „automatikusan” az otthonápolásban, hiszen a fizikai teret nem én uralom. A pszichológus érkezik meg a beteg terébe, nem pedig fordítva. Valóban tenni kell azért, hogy a pszichológus a lehető legnagyobb figyelemmel tudjon jelen lenni a helyzetben. Ennek első lépése, hogy azonosítsuk be a zavaró körülményeket, amelyek az intimitás ellen hatnak és ezek közül minél többet megszüntessünk. Nehezebb a helyzet a beteggel, akit nemcsak külső, hanem belső ingerek is zavarhatnak: fájdalom, rosszullét, gyógyszerek. Ezeket a tényezőket nem tudjuk megszüntetni, mégis gyakran találkozom vele, hogy a beszélgetésbe belemelegedve szinte „megfeledkeznek” a fizikai problémákról, felélénkülnek. A szuggesztív kommunikációs eszközök és relaxációs módszerek is segíthetnek abban, hogy a beteget pozitív irányba mozgassuk ki regresszív állapotukból.

A rendszeresség – azonosság kevésbé befolyásolható általunk, hiszen ebben az esetben az idő teljesen kiszámíthatatlan tényező. A beteg fizikai állapotától függ a helyszín is: éppen hol tartózkodik (kórházban, hospice házban vagy esetleg otthon). Ennek negatív hatása megfigyelhető a célok kialakításánál, hiszen nem tudhatjuk pontosan, lesz-e alkalmunk még egyszer találkozni a beteggel. Ebből a szempontból valóban indokolt a hosszabb ülések tartása, amennyiben egy kisebb célt meg lehet valósítani ez idő alatt. Nagyobb hangsúlyt kap az a kérdés is, hogy az ülés „teljes” legyen a maga nemében, ne maradjon hiányérzet a betegben, segítőben (Biró, 2012).

A *kapcsolat védelméért* minden terápiás helyzetben meg kell küzdeni. A terápiás szituáció azonban az átlagosnál is jobban megnehezíti a zavartalanságot, ezért a titoktartásra és beszélgetés bizalmi voltára külön hangsúlyt szükséges fektetni. Kicsit itt is érdemes azokat az elveket használni, ami a gyerekekkel történő terápia során mérvadó: a szülőknek/hozzátartozóknak azokat az információkat közvetítjük, amelyekhez a gyermek/beteg hozzájárul. Illetve nem a beszélgetés konkrét tartalmát mondjuk el, hanem az abból következő és szülőt/hozzátartozót érintő releváns következményeket.

Szőnyi Gábor nem javasolja pszichoterápia végzését, ha a fenti három minimális feltétel nem valósul meg. A rákbetegek körülményei azonban speciálisak, kreativitást és rugalmasságot igényel a hozzájuk való alkalmazkodás.

Az otthonápolásban előforduló betegeimmel történt eseteket alapul véve elemeztem a felmerülő problémalehetőségeket, vállalva azokat a kevésbé szerencsés megoldásaimat is, melyek később váratlan nehézségekkel jártak. A titoktartás megőrzése végett inkább a betegek adatait torzítottam, illetve inkább helyzetek, érzelmek, szcenikus információk leírására törekedtem.

Kapcsolatfelvétel és első benyomások

A terminális állapotú rákbetegek fizikai és lelki szenvedése együtt jár az embert érintő legnagyobb veszteségek elfogadásával. Sorban le kell mondaniuk mindenről, amit és akit csak szeretnek: a megszokott külső megjelenésről (hiszen a betegség és a kezelések is nyomokat hagynak), a fizikai jóllétról, a szerepekről, szeretteikről és az életükről is. „Cserébe” kapnak fájdalmat, részesülnek az elesettség, kiszolgáltatottság érzésében. Terápiás oldalról ez azt jelenti, hogy a betegek hatalmas *szenvedésnyomás* alatt vannak.

A Budapest Hospice Ház otthonápolási koordinátorától először rendszerint a beteg egyik *családtagjának* telefonszámát kaptam meg, mert nem volt biztos, hogy a beteg fel tudja venni a telefont a kezeléseket és rosszulletek miatt. Az első találkozásig többnyire csak a családtagokkal egyeztettem. A fizikai betegség miatt olyan kontrollvesztés lépett fel, ami ellehetetlenítette a beteg motivációjának felmérését.

Meglepően gyakran fordul elő, hogy nem a beteg, hanem az ápoló személyzet vagy család kérésére megy ki hozzá a pszichológus, és a beteg így tulajdonképpen *küldött beteg* lesz. Előfordulhat az is, hogy mivel a beteggel nem tudtam beszélni az első találkozásig, ott ért a meglepetés, hogy nem is szeretne pszichológussal beszélni. Nagyon sok múlik azon, hogy a pszichológus elég gyorsan ki tud-e építeni empatikus kapcsolatot ilyen „ellenszélben”

is. A gyors, empatikus kapcsolatépítéshez megfelelő követés, a beteg ritmusának, gondolatvilágának felvétele szükséges. Bele kell helyezkedni a beteg élményvilágába, elfogadni kételyeit, félelmét, szégyenérzetét.

Mária szemmel látható aggodalommal fogad. Lánya vezet be hozzá, a mama kérése az, hogy maradjon is ott vele. A beszélgetés elég zötyögős, Mária tómondatokban válaszol vagy a lányát kéri, hogy válaszoljon helyette. Nem tudok olyat kérdezni, amitől beindulna a gondolatáramlás, az Argelander-féle interjú² szóba sem jöhet. Egyre kényelmetlenebbül érzem magam, de rábeszélem még egy alkalomra.

A következő alkalommal már oldottabb velem, legalább annyit elértem, hogy nem fél tőlem. Kételyeiről beszél: szégyelli magát, egész életében meg tudta oldani a problémáit, most is inkább a családjá segítségét kívánja, nem egy idegenét. Hosszan beszélgetünk erről, de álláspontjából nem sikerül kimozdítanom, így nem alakul ki segítő kapcsolat. Nem vágom el a későbbi beszélgetések lehetőségét, kérem, hogy hívjon nyugodtan, ha változik a véleménye.

Még egy példa:

Sándor, mérnök, 55 éves beteg sem hisz a pszichológusban. Ő már minden lehetőséget végiggondolt, mit tud csinálni egy pszichológus? Nem tudja meggyógyítani, sem az anyja problémáit megoldani, sem fájdalmait megszüntetni. Saját meglepetésére egyre jobban bevonódik a beszélgetésbe és bár továbbra sem látja értelmét, azért kéri, hogy menjek újra hozzá. Szavaimat, kérdéseimet komolyan veszi, hajlandó más dolgokkal is próbálkozni, talán kicsit kilépni saját gondolkodási áramköreiből.

A negatív fantáziák a kapcsolat kialakítását nagyon megnehezítik, sőt ellehetetlenítik, ezért fontos kitérni rájuk. A magyarázat nélküli (vagy a beteg ellenállásába ütköző) tesztfelvételek sokszor mélyen rombolják a ki sem alakult kapcsolatot. Biztosítani szoktam róla a betegeket, hogy én nem veszek fel tesztet és ebben a kapcsolatban önkéntesen vesznek részt, ha szeretnének.

² Hermann Argelander (2007) egy egész könyvet írt az első interjú felvételének technikájáról: hogyan alakíthatjuk át a pusztá adatfelvételt tartalmas és gazdagabb jelentésűvé. Ebben az esetben arra utalok, hogy a beteg nem bízott bennem, ezért minimális válaszokat adott.

Másik betegem, Ilona is találkozott már pszichológussal, aki válópere környékén vett fel Rorschach-tesztet. A tesztnek „csak” annyi volt a tétje, nála maradhatnak-e a gyerekek.

Sándor járt egy párszor pszichiáternél. Mindenáron gyógyszert szeretett volna felírni depressziójára, amit ő nem látott megfelelő megoldásnak. Tart tőle, hogy én is gyógyszereket fogok adni neki.

Látogatás a beteg otthonában

A klasszikus terápiás struktúra magában foglalja a fizikai teret, ahol a terápia történik, a páciens és terapeuta elhelyezkedését, a terápia időpontját, gyakoriságát, a fizetés módját, a szabadság és a lemondás kérdését. A páciens motivációját valóban kedvezően befolyásolhatja, ha tudatosan igent mond a terápiás feltételekre, elfogadja ennek anyagi, időbeli vonatkozásait és a változásokkal járó erőfeszítéseket. A hospice ellátásban a helyzetből adódóan ez is felborul. A pszichológus tesz erőfeszítéseket, hogy a beteggel találkozzon, otthonában meglátogassa, akár nem kis távokat megtéve. A pszichológus igazodik a beteg időbeosztásához, legalább annyira, mint fordítva. Természetesen a fizikai állapotához is igazodunk, akár fizikailag is segítünk felállni, leülni, odaadunk dolgokat, megérintjük, sokkal közvetlenebbül alakul a kapcsolat. A beteg motivációjára negatívan hat Szőnyi Gábor (2000) szerint, ha tőle nem várunk el erőfeszítéseket bizonyos dolgokban. Ebben az esetben a betegség mindenképpen felülírja a „tankönyvet”.

Általában idősebb, rossz anyagi körülmények között élő, fizikailag leromlott állapotban lévő betegekkel kerültem kapcsolatba. Ha a beteg azt látja, hogy orvosa már csak a betegsége összefüggésében tekint rá, ezzel a betegszerep erősödik meg. Ha hozzátartozói szemében félelmet, undort vél felfedezni, saját magára is így fog tekinteni.

Segítség lehet ellenben, ha megerősítjük őt emberi mivoltában. Harvey Max Chochinov is felhívja arra a figyelmet *Méltóságterápia* című könyvében (2014), mennyire fontos segíteni a súlyos betegségben szenvedő embereket abban, hogy megőrizhessék a számukra fontos szerepeket és autonómiájukat a körülményekhez képest. A struktúra terén tett engedmények alapvetően a betegség természetéből fakadnak, de tekinthetők a beteg számára kontroll-lehetőségként is (nem jellemző, hogy a betegek visszaélnének vele).

A beteg otthonába belépve rengeteg információ birtokába jutottam kérdés nélkül is. Következtetéseket lehet levonni a társas kapcsolati rendszerről az érdeklődési területekről. A lakás mérete, elrendezése szintén sugallja mennyire „élhető” ez a tér. Rendszerint szerény anyagi körülmények között élő, elhanyagolt lakású betegekkel találkoztam.

Ilona saját maga jön ajtót nyitni, ami biztató a fizikai állapotát tekintve. Pizsamában fogad, ritkás haja csapzottnak tűnik, arcát és testét rákos kinövések borítják itt-ott. Az egyik szobából TV hangja szűrődik ki (mint kiderült fiaival lakik együtt, egyikük vagy mindkettőjük otthon van, de nem jönnek ki köszönni). A hátsó szobába tartunk, elmegyünk két szoba mellett. Az ajtók üvege be van törve (hogyan történt ez?), de némi intimitás fenntartása végett takaró borítja a betört ablakkeretet. Az egyik helyiségre benézek: matrac van a földön és egy TV vele szemben. TV azért minden szobában van, ha ágy nincs is. A padló szemmel láthatóan nem tiszta, a lakás nem csak szegényes, de koszos is. Ilona nyilván nincs olyan jól, hogy takarítson, de mi a helyzet a családdal?

A hálószoza bejárata előtt habozok: levegyem-e a cipőmet, bár nyilvánvalóan nincs tisztaság. Ilona is észreveszi habozásomat és azt mondja, ne vegyem le a cipőm. Nem bírom megtenni, hogy cipővel menjek be a másik ember hálósobájába, úgyhogy inkább leveszem... Ilona szobájában egy kihúzható kanapé van, ami ágyként funkcionál, nincs beágyazva. A legfeltűnőbb, hogy a szoba tele van pakolva méteres oxigénpalackokkal, legalább öt darabbal, az ágyhoz közel. Nagy könyvespolcok vannak, tele könyvekkel, később kiderül, a tulajdonosuk tényleg szeret olvasni. Keresek magamnak egy széket és közel húzom az ágyhoz, ahol már Ilona elhelyezkedett. Megvan az optimális távolság és a 90 fok. A TV még szól, odanézek, vajon együtt fogjuk nézni a híradót vagy kikapcsolja? Szerencsére „kapcsol” egy idő után, de még több alkalommal a TV vagy a számítógép fogad és csak pár perc után kapcsolja ki. A szoba ajtaja sajnos nyitva maradt: kicsit kifelé is fűlelek (mintha még lenne itthon valaki).

Polcz Elaine *Rend és rendetlenség* (2007) című könyvében több szempontot is megad, melynek mentén következtetéseket lehet levonni a lakásban élő személyek pszichés működéséről. Összeszedtem pár saját szempontot is:

- Szerény anyagi helyzetben is lehet törődni az otthonunkkal, sőt ez ad teret igazán a *kreativitásnak, jó ízlésnek*.
- Ha nagy a kosz, elhanyagolt, rendetlen a lakás, a beteg *társas kapcsolataiban* is hiba lehet. Ilona esetében például ott a betört ajtó, a szobák csak félig vannak bebútorozva, az egyik ülés során egy csótány ballagott el mellettem. Mint kiderült, fiai nem érzik magukénak a lakást, ezért semmit sem hajlandóak ráköltetni.
- A szobák berendezési tárgyai is rávilágítanak a személy *érdeklődési körére, hobbjára*. Számomra rögtön szimpatikusak azok, akiknek sok könyve, filmje, zenéje van. De az

is, akin látszik, hogy komolyabban beleásta magát egy területbe, legyen az sport, művészet, zene, bármi.

- *Pszichés rendellenességeket* is jelezhet a lakás berendezése: Mániás depressziósok esetében meglátszódhat a vásárlási kényszer és káosz.

A beteg otthonában történő látogatás során nemcsak a betegről derülnek ki információk; a pszichológus is interakcióba lép környezetével, döntéseket hoz, viselkedik. Fontos tudatában lenni, mit csinálunk a beteg otthonában, és mit sugall egy-egy cselekedetünk. Kezdve egészen egyszerű kérdésekkel: mit is jelent a cipő-levétel? Adott esetben azt is jelentheti, hogy a pszichológus is ember, akinek esetleg lyukas a zoknija vagy büdös a lába. Az is előfordulhat, hogy koszos lesz a zoknink, a lakásban lévő kosztól. Tehát „bepiszkolódunk” a minket ért hatásoktól.

A betegek azt szokták mondani, ne vegyem le a cipőmet. Rossz időben nem fogok víztócsát bevinni magammal, de jó időben is nehezemre esik betrappolni a beteg hálósobájába. Ha leveszem a cipőmet, tulajdonképpen emberi mivoltomat hangsúlyozom, ha nem, akkor szakemberi mivoltomat (a vízvezeték-szerelők és egyéb szakik sosem veszik le a cipőjüket). A betegekkel való kapcsolatteremtés szempontjából mindkettőnek van előnye és hátránya is. Az empatikus, gyors kapcsolatteremtést megkönnyíti, ha emberi voltunkat hangsúlyozzuk, viszont megnehezítheti a hosszú távú együttműködést, ha nem világosak a szerepek és a határok.

A vendégváró italok, falatok szintén kényes kérdést vetnek fel. Egyfelől jobb lenne nem elfogadni, mert nem vendégként vagyunk jelen. Az elutasítás viszont rosszul érintheti a beteget, esetleg érezheti úgy a köztünk lévő személyes viszonyt utasítom el.

Ilona legutóbb terített asztallal várt, kis nasival és még bort is bontott hozzá. Szabadkozni kezdtem, hogy én nem vendégként vagyok itt, igazán nincs erre szükség. Bort végképp nem ihatok, mert szeretnék teljes figyelmekkel jelen lenni... De igen, csak egy kicsit koccintsak vele, direkt a kedvemért jóféle bort vett (már kiderültek boros érdeklődéseim) és különben is felvizezi a rosét! Végül ittam vele egy korty bort. Kegyelemdőfésként arra is megkért, inkább tegeződjünk. Remélem nem gondolom, hogy olyan öreg, igazán tegeződhetnék... Nem, nem gondoltam, hogy olyan öreg.

Volt annyi lélekjelenlétem, hogy elkezdjek erről beszélni, ami éppen történt köztünk. Megkérdeztem, hogyan tekint rám? „*Mint egy jó ismerősre, jó szomszédasszonyra.*” Elkeseredtem, mert szerettem volna a társalkodónői funkción

túl többet nyújtani és rossz érzéseimnek hangot is adtam. „*Lehet, hogy nem jól fejeztem ki magam. Csak azt akartam mondani, hogy emberileg jó viszonyban vagyunk.*”

Ezekben a helyzetekben is a legjobb módszer a *tudatosítás*: elfogadom esetleg azt a kis nasit, amivel megkínál, de megjegyzem közben, hogy nem kell úgy készülnie esetemben, mintha látogatót fogadna.

Sebezhetőségeink egyéb megnyilvánulása: mondjuk esőben érkezünk, viharban, kicsit elázva, szétzilált hajjal. Tél van és a hideg miatt lefagytak ujjaink vagy a meleg miatt megizzadtunk. Kevésbé tudunk „arctalanul” részt venni ilyenkor a helyzetben. Erre még mindig nagyobb esély van egy rendelőben, ahol a páciens nem lát minket megérkezni, hazamenni és WC-re menni.

A beteg fizikai állapotának hatása a tanácsadásra és a pszichológusra

Amikor szakmai gyakorlatomat megkezdtem a Budapest Hospice Házban, négy napos felkészítő tanfolyamon vettem részt. Halmai Tamás pszichológus beszélt arról, hogy fontos felmérnünk, tudnunk magunkról, mi az a látvány, szag- és egyéb hatás, amit el bírunk viselni. Először a Budapest Hospice Házban végeztem osztályos munkát, ami azt jelentette, a betegekkel való komolyabb kapcsolat kialakítása előtt a fekvőbeteg részlegen beszélgetve, öt hónapon keresztül, heti rendszerességgel volt lehetőségem felmérni a befogadóképességemet. Érdekes módon védekezett az agyam a túlingerlés ellen: csak hónapokkal később jöttem rá, hogy nem éreztem a szagokat! Amikor egy kis szünet után újra az osztályon jártam, meglepődtem a vizelet- és gyógyszerszag jellegzetes keverékén.

Fontos ezeknek a kérdéseknek a tisztázása, mert nagyon romboló hatása van annak, ha a beteg azt látja, undorodunk vagy félünk tőle. Chochinov (2014: 7-8) így ír erről:

„A külső megjelenés méltósággal kapcsolatos kiugró jelentősége nagyon érdekes. (...) A külső megerősítések nélkül nehezen tudnánk felbecsülni, mások hogyan érzlelnek minket. Milyen összefüggés van tehát a méltóságérzet, illetve aközött, ahogy mások minket érzlelnek?”

Sok évvel ezelőtt egy fiatal beteg jött el hozzám, elsődleges agydaganata volt. Orvosai sajnos már minden kezelési lehetőségéből régen kifogytak akkorra. A történet számos részlete azóta elhalványult bennem, de egy kép különösen élénken él az emlékezetemben. Egy nap, amikor beléptem a szobájába, már haldoklott. Nem tudott beszélni, és úgy láttam, hogy közel van már a halála. A betegség megtette a magáét, a fiú csak csontvázszerű maradványa volt annak a fiatal és egészséges

embernek, aki valaha volt. Ezen a reggelen valaki egy képet helyezett el az éjjeliszekrényén: ez a kép róla készült és tökéletes egészségben ábrázolta őt. Azon kaptam magam, hogy csak bámulom a képen a csodálatos felépítésű bodybuildert, aki erejét kidomborító pózban volt látható. A kontraszt eközött a haldokló ember és a fotón látható izmos Adonisz között megrázó volt. Ahogy elhagytam a szobáját, bizonytalan érzések kavargtak bennem és megpróbáltam megérteni ennek a két, egymásnak ellentmondó képnek a jelentését. Évekkel később, amikor már gyűltek a méltóságra vonatkozó kutatási adatok, és azokból kiemelkedett a külső megjelenés témája, illetve annak a kérdése, hogy mások hogyan látnak minket, hirtelen beúszott emlékezetembe annak a reggelnek az emléke, és akkor – mint egy késői kinyilatkoztatást – megértettem az üzenetet: „*Azt szeretném, hogy ilyennek lássatok engem.*”.....A fotó, mint egy szavak nélküli kérdés, azt mondta, hogy ha látom is, amit látok, vegyem észre azt is, hogy a betegem azt akarja mondani: „*Ez az, aki valójában én vagyok.*” „*Szeretném, hogy ilyennek lássál.*” „*Azt akarom, hogy így emlékezzetek rám.*”

Fontos információ számomra, amikor egy súlyos beteg pácienssel találkozom, hogy mennyire fogyott le, hogyan beszél, mozgásában korlátozott-e. A betegek méltóságérzetét erősen sérti, ha nem tudják alapvető szükségleteiket sem ellátni (fürdés, WC-használat). A rákbetegségre jellemző, hogy egyre több tevékenységről kell lemondani az állapot súlyosbodásával.

Vannak-e szemmel látható fájdalmak a betegnek? A fájdalom megléte alapvetően befolyásolja a terápiás helyzetet. Félelem, kiszolgáltatottság, fokozott érzelmi igénybevétel, fájdalom, sérülés és módosult tudatállapot esetén megnő a *szuggesztiókra való fogékonyság*. A rákbetegségben szenvedő betegeknél a fenti körülmények mind fennállhatnak. A szuggesztiós hatás lényege, hogy a befogadó fél automatikusan befogadja a kommunikáció lényegi tartalmát. Magyarországon többek között Dr. Varga Katalin pszichológus hívta fel rá a figyelmet, hogy a szuggesztív kommunikációs hatások gyakran negatívak orvosi környezetben. Arról is írt, hogyan lehet a betegek spontán transzállapotát a gyógyulás érdekében pozitív szuggesztiókkal segíteni (Varga, Diószeghy, 2013).

Hozzá tartozók és titoktartás

Az osztályos munkám során azt tapasztaltam, hogy szomorú látvány, ha a beteghez alig-alig érkeznek látogatók vagy a várva várt személy nem „tud” eljönni. Az okok leginkább két tényezőre vezethetők vissza: a családi történetre vagy a hozzátartozó félelmire. A beteget persze nem csak fizikailag lehet egyedül hagyni, hanem lelkileg is: ha a félelem, a rossz

értelemben vett tapintatosság vagy a remény fenntartása miatt nem beszélnek fontos dolgokról.

Az otthon ápolott betegek általában a szerencsésebb helyzetben lévő személyek, hiszen az otthonápolás feltétele, hogy folyamatosan legyen mellette valaki (többnyire családtag). A betegeknek tehát megvan a családi háttere, még ha szerényebb anyagi körülmények is jellemzik őket. Többnyire gondoskodó, aggódó családtagokkal találkozom, de ez nem mindig jelenti azt, hogy a családi rendszer egészségesen működik.

Megfigyelhető hogyan kommunikálnak a beteggel: egyenrangú félként kezelik vagy esetleg „beteg gyermekként” ápolják a saját anyjukat. A családtagokat inkább arra szoktam biztatni, hogy a betegnek minél több alkalmat adjanak arra, hogy átélhesse autonómiáját. Álljon itt egy saját példa, hogyan lehet az autonómia érzését fenntartani mozgásképtelen, ágyban fekvő betegeknél.

Az idős néni arra panaszkodik, hogy jön a karácsony és most már nem tudja úgy megsütni a finomságokat, mint régen. Később arra biztatom a lányát, hagyja, hogy anyukája minél nagyobb részt vállalhasson a karácsonyi készülődésben. Következő találkozásnál szép jelenetnek leszek tanúja. A nénit azóta kiköltöztették a konyhába, ahol nagyobb a sürgés-forgás. Lánya megvette a karácsonyi libát, azon a piacon, amit anyukája javasolt. A húst odaviszi a betegágyhoz, a néni megtapogatja, nagyon elégedett.

A tradicionális társadalmak is így működtek: az idős ember egyre kevésbé fizikai adottságaival járult hozzá a feladatokhoz, mégis fontos helye volt szavának, létezésének.

A gondozás hangvétele nagyon fontos, a Budapest Hospice Ház nagy hangsúlyt fektet a személyzet és az önkéntesek képzésére kommunikációs szempontból is. Visszautalnék a struktúráért vívott harchoz: a beteg autonómiaérzését támogathatjuk azzal is, hogy nagyobb mozgásteret kap az időpontok kiválasztásában.

Információtartalommal bír az is, ha találkozom a családtagokkal, és az is, ha ki sem jönnek köszönni. Fontos látni, hogy a családtagok tapintatosan elvonulnak vagy ott sertepernének, be-bejövögetnek - mennyire tisztelik a beteg magánszféráját, határait.

Óhatatlanul előfordul, hogy a hozzátartozóval kettesben maradok, akár arra a pár percre, amíg kikísér. Ezekre a helyzetekre az elején kevésbé voltam felkészülve.

Mária lánya kikísér a konyhába és anyukája felől kérdez. Készségesen mondok egy-két jótanácsot, amivel segíthetnek a helyzeten. Közben anyukája kikiabál a betegszobából. „*Idejönnél, kislányom?*” „*Mindjárt, mama.*” Folytatjuk a beszélgetést, de a mama egyre idegesebben szól. „*Mit csinálsz, kislányom? Gyere, már ide!*”

A helyzet visszássága csak utólag állt össze bennem: A mama nem akarta, hogy pszichológus menjen hozzá. A beszélgetés során csak tőmondatokban válaszolt, valószínűleg félt, hogy olyan információkhoz juttat, amelyek alapján kiderül, baj van a „fejével”. Szorongva fogadta, hogy a lányával kettesben beszélgetek, ki tudja, miket mondhatok róla.

Bemutkozás és első interjú

Az első időkben bővebben mutatkoztam be (saját szorongásomat is oldandó). Mivel a szakmai utammal kapcsolatosan hosszasan nem tudtam mesélni, inkább arról beszéltem, mióta vagyok a Budapest Hospice Házban. Azt is megemlítettem, hogy három gyermekem van. Később a minimalista bemutatkozás híve lettem. Családomról egyáltalán nem beszéltem, a betegek többségében semmiféle hiányérzet nem keletkezett, ha keveset tudtak rólam.

A bevezető után egy nyitott kérdéssel vagy félmondattal tértem rá az Argelander-féle első interjúra (Algerander, 2007).

Ilona megjelenése arra utal, nincs jól lelkileg. Összegörnyedve ül a kanapén, maga elé nézve, karjaival átöleli magát. Ennek ellenére szívesen és sokat mesél magánéletéről. Részletezi családi kapcsolatait, válásait, beszél gyermekeiről, munkájáról és hobbijáról, nem sok biztatás szükséges. Egy dologról nem beszél: a betegségéről. Ráhagyom, nem is fontos tudnom a pontos diagnózisát. Később sem tud beszélni a rákról.

Utólag visszatekintve az első beszélgetésre, rengeteg fontos dolgot elmondott magáról. A későbbi üléseken ezeket az anyagokat beszéltük meg többször is. Több szempontból nagyon elégedetlen az életével, márpedig Yalom (2014) szerint azoknak a betegeknek legnagyobb a halálfélelmük, akik elégedetlenek az életükkel.

Az első interjút csak megfelelő bizalmi szint mellett lehet elkezdni, különben nem indul be a spontán gondolatáramlás, a beteg csak tőmondatokban válaszol, értetlenkedik. Az egyéni ülés lezárása sem mindig egyszerű.

A szobában nincs óra, én kellemetlennek tartom előhúzni a telefonom a táskámból, de belső órám azt súgja, már nagyon régóta ott ülök. Látványosan becsukom a jegyzeteimet és azt javaslom, találkozzunk jövő héten is. Elfogadja a javaslatom. Később a telefonomra pillantok: majdnem másfél órán keresztül beszélgettünk.

Amilyen volt a kezdet, olyan lett a folytatás is. Ilona szerint a doktornő azt mondta neki: „*Aki ennyit tud beszélni, annak még van levegője...*” Ez úgy látszik szuggesztív kommunikációs elemként hatott, ami azt jelenti, hogy a beteg a közlést önkéntelenül is „befogadta”, és annak lényegi tartalma hatott rá (Varga, Diószeghy, 2013). Az első, nagyon feszült alkalmakra jellemző volt, hogy mondandójában alig lehetett félbeszakítani.

Másik okom a hosszabb ülésekre az volt, hogy sokszor találkoztam krízisben lévő beteggel (az öngyilkosság és az eutanázia kérdése szinte minden betegnél felmerül). Krízistanácsadásnál fontos szempont, hogy a páciens beszűkült figyelmét oldjuk. Nem feltétlenül lehet előre megmondani, hogy ez 50 perc vagy esetleg több idő alatt fog megtörténni.

Az egyéni ülések időtartalmát is a betegek igényeihez igazítottam. Ezért hálásak is voltak, ami kedvezően hatott a folyamatra. Ezt azonban nem tudtam volna megtenni, ha egy nagyobb, mondjuk „kórházi üzemben” dolgozom.

A pszichológiai tanácsadás célja

A célkitűzést megnehezíti, hogy nem tudhatjuk előre, hányszor fogunk találkozni. Szem előtt kell tartani, hogy hosszú távú célokat nem érdemes kitűzni, és olyan nagy vállalásokat sem, hogy megváltoztatjuk a tíz éve nehézkesen működő családi mintát vagy feldolgozunk egy olyan múltbeli élményt, amihez esetleg pszichoterápia szükséges (lásd még Biró, 2012).

Gyakori megoldandó feladatok :

- A betegséggel kapcsolatos kommunikáció nehézségekbe ütközik családon belül: vagy a beteggel vagy a hozzátartozóval nem lehet megbeszélni fontos kérdéseket.
- A halálfélelem óriási szorongásokat kelt a betegben és ezzel egyedül már nem tud megbirkózni (alvásproblémák, sok sírás, öngyilkossági gondolatok).
- Ügyei rendezésére biztatjuk.
- Életeseményeit szeretné megérteni, elrendezni magában (beleértve azt is, hogy miért lett beteg).

- Fájdalomcsillapítással kapcsolatos gondjai vannak: elviselhetetlennek érzi fájdalmait, de tart a morfium használatától.
- Öngyilkosság, eutanázia gondolatainak megbeszélése.

Egy kevésbé szerencsés próbálkozás:

A harmadik ülés végén javaslom a betegnek a méltóságterápiát, aminek az a lényege, hogy meghatározott struktúra mentén visszatekintünk az életére (Chochinov, 2014). Ez írásos formában történik: felvesszük a beteg válaszait és megszerkesztve, de többnyire szó szerint legépeljük. Ezt a későbbiekben megkaphatják a beteg családtagjai. Hasznos lehet azonban leírás nélkül is megbeszélni a kérdéssort. Betegem kicsit bizonytalannak látszik, de beleegyezik.

Az első méltóságterápiás ülés előtt fél nappal telefonál: nagyon rosszul van, reggel óta többször hányt is, inkább ne találkozzunk. Próbálok vele új időpontot egyeztetni, de nem akar semmit mondani. Felmerül bennem a gyanú, hogy a méltóságterápiától ijedt meg. *„Igen, az az igazság, nem érzem magam késznek erre.”*

Ezután már könnyű volt időpontot egyeztetni. A beteg egyébként tényleg hányt aznap (a nővért is lemondta), viszont amint „megmenekült” a méltóságterápiától, máris jobban lett. A következő találkozás során erről is beszéltünk: halálféelme és szorongása hogyan erősödött fel a méltóságterápiától...

Amikor nincs célkitűzés...:

Ilona fizikai állapotát tekintve szerencsés helyzet alakult ki, az ő állapota stagnál (sőt mintha javulna is), hozzá lassan egy éve járok. Kézenfekvő lett volna a légzéssel kapcsolatos problémák megszűnéséhez kötni a befejezést, ugyanis sokat „lógott” az oxigénpalackon és nem szívesen hagyta el a lakást (holott erre még képes volt), tehát életterét indokolatlanul beszűkítette. A problémáknak ez a tüneti része viszonylag hamar megszűnt, a találkozásokot is tudtuk csökkenteni, de ragaszkodott hozzá, hogy továbbra is járjak.

Ebben a helyzetben nem sikerült befejezni a tanácsadó kapcsolatot. Ez egyrészt jelenthette a beteg valós és jogos igényét, hiszen a haláltól való féelme továbbra is ott kísértett. Másrészt, ha nincs cél, nincs mihez mérni, hogy elértünk-e valamit.

A pszichológiai tanácsadás munkaszakasza

Két-három alkalom után kialakulnak azok a rituálék, amelyek segítenek a bizalmat megszilárdítani. A pszichoterápia minimális feltételei közül a zavartalanság feltétele nyilván a pácienseknek is nagyon fontos, de a pszichológusnak is szüksége van rá, hogy ne a külső körülmények vonják el a figyelmét.

Ilona esetében már rutinosan megyek a hátsó szoba felé. A hálósobánál leveszem a cipőm, a széket odahúzom a kanapéhoz. A zajforrásokat sikeresen megszüntetjük, a TV-t, számítógépet kikapcsolja. Kérésemre behajtuk az ajtót. Hallom, hogy valaki más is van otthon, de egyre kevésbé zavar.

A végén szedelőzködni kezdek, összehajtom a jegyzetpapírjaimat, megbeszéljük a következő találkozót. Ilyenkor szokott feltenni valamilyen személyes kérdést felém: *Ki vigyáz a gyerekekre? Nem gond, hogy ilyen későn jössz? Mivel foglalkozik a férjed?* Valahogy ilyenkor én is „kifele megyek a szerepemből”, ezért válaszolhatok, ha nem is bő lére eresztve.

A munkafázist leginkább onnan számoltam, hogy kezdett megszilárdulni a bizalom. Én sem éreztem, hogy még „mérlegelés” alatt állok a beteg részéről (ami a küldött beteg esetében gyakori). A beteg elköteleződött, a célok is prioritást kaptak. Sokszor tapasztaltam, hogy saját megítélésem szerint fejben felállítottam egy cél-listát, amelynek a megbeszélésére kéne fordítani a következő beszélgetést.

Sándor esetében a fájdalomcsillapítás megbeszélését találtam a legfontosabbnak.

A „hogyan van?” kérdésemre sokat és kimerítően beszél fájdalmairól, bevonódik a beszélgetésbe, más nem is kerül szóba ezen az ülésen.

Nem mindig érzékelttem jól a bizalom megszilárdulását:

Ilonával a harmadik ülés során komoly mélypontokat értünk el. Rossz érzéssel jöttem el tőle, nem sikerült mit kezdeni nehéz történetével. Bármit mondtam, nem volt elég jó. Élete összes elégedetlenségét és kudarcát besűrítette mondandójába. Kritikus pontoknál feltette az oxigénpalackos maszkját és abból beszélt ki.

Biró Eszterrel konzultáltam, felmerült, hogy gyógyszer lenne szüksége a depressziójára. Olyannyira bizonytalan voltam abban, segítségére tudok-e lenni a betegnek, hogy a következő találkozási lehetőség előtt felhívtam és már a telefonban elkezdtem mondani, hogy mit szólna, ha beszélne az orvosával... *„Akkor most nem is jössz? Pedig a kedvéért beágyaztam...”* Nagy meglepetésemre hajtat mosva, megfésülködve várt, kivételesen nem pizsama volt rajta (többet nem is láttam

pizsamában). Valóban beágyazott és betolta a kihúzható kanapét. „*Fél év óta most először ágyaztam be.*” Az oxigénpalackok megvoltak még, de „vándorolni kezdtek” a szoba sarka felé, már nem közvetlenül az ágy mellett álltak.

Ez a jelenet szépen mutatja, hogy a szoba elrendezése és a beteg külseje milyen információkkal szolgálhat a tanácsadás folyamatáról. Talán részleteznem sem kell, hogy az oxigénpalackok jelenléte mint „tünet”, hogyan vált egyre kevésbé hangsúlyossá.

A bizalom elnyerésére egy másik betegről is leírok egy jelenetet.

Sándor küldött beteg, az első beszélgetés után azt hallom vissza a gyógytornászról, hogy továbbra sem látja értelmét pszichológussal beszélni (nem tudom jó-e nekem ilyen információkat kapni...). Ő egy kis szobában fekszik, aminek nagy részét kétszemélyes ágy foglalja el. Az ágy túlsó végén szokott feküdni, de oda nem fér be egy szék, így az ágy másik oldalára tudok csak leülni, kicsit nagyobb távolságra az ideálistól. A második ülés végén is elég bizonytalan vagyok, szeretné-e, hogy találkozzunk. Mindenesetre azt mondja, igen. A harmadik ülés során jókedvűen fogad, nem ágyban fekvő, hanem gurulós székben. Lefekszik aztán az ágyra, nem a szokásos oldalra, hanem a felém esőre. Így fizikailag is közelebb kerültünk egymáshoz.

Szép mutatója lehet a bizalomnak az, hogy a beteg egyre közelebb helyezkedett hozzám.

Sokszor nem érkezik számomra tiszta visszajelzés arról, „milyen voltam” a pszichológiai tanácsadás során. Kezdő pszichológusként sokat küzdök azzal, hogy elég „hatékony” vagyok-e. Az utóbbi időben biztosabbnak érzem ezeket a metakommunikatív jelzéseket a betegek részéről, mint a szóbeli megnyilvánulásokat.

Indulatáttétel és viszont-indulatáttétel

Az indulatáttétel olyan múltbeli vágyak, attitűdök, érzések kivetítését jelenti a pszichológusra, amelyeket a kliens eredetileg mással élt meg. Leggyakoribb a családtagokkal, szülőkkel, testvérekkel való kapcsolat átélése a pszichológussal történt beszélgetés során.

A betegeket lakásukban látogattam meg, ami erősen érintette ezt a területet. Betegség esetén az otthonunkban általában családtag szokott meglátogatni. „Vendég” mivoltunkat erősíti, hogy hellyel kínálnak, megkérdezzük, hova tehetjük a kabátunkat, levesszük a cipőnket, esetleg használjuk a mosdót. Sokszor megkínálnak valamivel: kávéval, teával, süteménnyel. Legjobb lenne ezeket nem elfogadni, de a visszautasítás is nehéz helyzeteket szülhet.

Baráth Katalin családterapeuta egyik előadásában (2013) beszélt arról, hogy speciális esetben előfordulhat a család otthonában történő látogatás. Ilyenkor előzetesen szükséges megbeszélni, hogy nem vendégek vagyunk, ne készüljenek sütivel, teával. Biztosítsanak olyan zavartalan helyiséget a lakásban, ahol az ülést le lehet folytatni. A család tárgyait egyébként lehet használni szimbolikus eszközként a családdal való munka során.

Ez irányelvnek jó, de számomra nem tökéletes megoldás, hiszen ilyen szintű előkészítésre nincs lehetőségem. A beteggel sokszor akkor beszéltem először, amikor meglátogattam. Az esetek többségében életidegen lett volna rögtön az ilyen keretbeli dolgokat megbeszélni, hiszen még az sem volt biztos, egyáltalán kialakul-e segítő kapcsolat.

Ilonának szokásává vált visszakérdezni egy-két dolgot a magánéletemmel kapcsolatban, amikor már szedelőzködtem. Válaszoltam (ha röviden is), mert nem éreztem ezeknek a kérdéseknek először a súlyát. Sőt, tulajdonképpen én kezdtem a határátlépést, amikor már a bemutatkozásomnál megemlítettem, hogy van három gyermekem. Megkérdezte először a gyermekeim nevét, életkorát. Kíváncsi volt, mennyit dolgozom, van-e férjem. Egyik ülésen a borászokról beszélt, én óvatlanul elmondtam, szeretem az XY borát én is. Kérdezgetett, mit tudok a borászatról, kiderült családi érintettségem. Akkor már azt is megkérdezte, hogy a férjem mivel foglalkozik. Lassan körvonalazódott előtte családi helyzetem és anyagi állapotom. Mentségemre legyen mondva, körülbelül egy év alatt jutottunk el ide. Azóta, ha bemutakozom, már nem szoktam beszélni családi állapotomról, bármennyire is büszke vagyok gyermekeimre.

Számomra egyébként érthető, hogy kíváncsivá válik valaki arra a személyre, aki vele szemben ül és akinek legintimebb életeseményeiről beszámol. Nem gondolom, hogy teljesen „arctalanul” kell végigülnünk a beszélgetést, de azt mindenesetre nem árt megtudni, miért érdeklődik a páciens magánéletünk felől. Az önfeltárás mélységét és milyenségét nagyon tudatosan érdemes kezelni.

Nem daganatos beteg páciensek esetén a legtöbb terápiás irányzat javasolja a testi érintés kerülését, nehogy a beszélgetések magasabb intimitása mellett ez akár szexuális kapcsolathoz vezessen. Rákbetegek esetén úgy gondolom, egész mást jelent az érintés. Az elfogadást, emberi méltóságuk támogatását teszi lehetővé. Kivételesen most nem saját példámat írom le, hanem Yalom *A terápia ajándéka* című könyvéből idézek (2013: 201–202.):

„Egy éve járt hozzám egy középkorú nő, akinek agytumor elleni sugárkezelés miatt jórészt kihullott a haja. Nagyon feszélyezte a megjelenése, és gyakran emlegette, hogy az emberek megijednének, ha páróka nélkül látnák. Megkérdeztem, hogy szerinte én hogy reagálnék a látványra. Kijelentette, hogy nekem is megváltozna róla a véleményem, visszataszítónak találnám és elhúzódnék tőle. Azt válaszoltam, hogy ezt kizártnak tartom.

A következő hetekben eljátszott a gondolattal, hogy leveszi rendelőmben a parókáját, és egyszer bejelentette, hogy itt az idő. Megkért, hogy nézzek félre, levette a parókát, és a zsebtükre segítségével gondosan elrendezgette a maradék haját. Amikor rápillantottam, valóban sokkolt, hogy mennyit öregedett, de gyorsan újra kapcsolatban léptem az általam ismert szeretetre méltó személy lényegi részével, és támadt egy ötletem: megsimogatom a fejét. Mikor megkérdezte, hogy mit gondolok, elmondtam, mi jár az eszemben. A szeme megtelt könnyel, a zsebkendőjét keresgette. „Kipróbáljuk?”, kérdeztem. „Nagyon hálás lennék”, válaszolta, mire valóban gyengéden megsimogattam a haját. Az egész csak pár másodpercig tartott, de kitörölhetetlenül bevésődött mindkettőnk tudatába. A nő túlélte a betegséget, és amikor pár évvel később egy másik probléma miatt visszatért hozzám, elmondta, hogy valóságos megváltás volt számára ez a pillanat, és radikálisan megváltoztatta az önmagáról kialakított negatív képet.”

A Magyar Hospice Alapítvány honlapján azt írja: nem lehet önkéntes, akit a megelőző két évben súlyos veszteség ért vagy gyászát még nem dolgozta fel, aki súlyos fizikai vagy mentális betegségben szenved, és akinek közeli hozzátartozója súlyos betegségben szenved. Ezek a pontok összesűríthetik azokat a feltételeket, amelyek sebezhetővé tesznek egy önkéntes segítőt. A pszichológus fokozottan veszélyeztetett, hiszen a beszélgetések intimitása miatt még közelebb érezheti magához páciensét. Már írtam róla, hogy a beteg otthonában tett látogatás összemoshatja a pszichológus szerepét a családtagéval. Ezért nagyon tudatos hozzáállás, önismereti munka szükséges a betegekkel történő munka során. Érdeemes odafigyelni azokra a gondolatokra, amelyek szöveget üthetnek a fejünkben: „*pont annyi idős, amennyi az apám/anyám*”, „*ezt pont olyan hangsúllyal mondta, mint...*”, „*teljesen olyan, mintha...*”. Figyelmet érdemelnek azok a kényelmetlen gondolatok is, amelyek szorongással töltenek el, ha a beteghez megyünk. Engem leginkább a magam korabeli nőbetegek ijesztettek meg, ilyenkor saját halálfélelmemmel találkoztam.

A struktúráért folyó harc részletezésénél már leírtam, hogy a betegek gyenge fizikai állapota, fájdalma indokoltá teszi, hogy másképp tekintsünk erre a kérdésre. Mindenképpen igazodni kell a beteg állapotához a látogatások időpontját, időtartalmát és a lemondásokat

tekintve. A határvonalat tehát máshol húzzuk meg, mint egészséges személyeknél, de azért itt is szükség lehet minimális keretekre a saját védelmünk érdekében.

Mónikával többször is beszélgettem a Budapest Hospice Házban és egyszer otthonában is meglátogattam. Sajnos rosszabbra fordult az állapota és nem sikerült a Budapest Hospice Házba visszajönnie, kórházba került. Itt már nem látogattam meg, abban maradtunk, szól, ha újra tudok hozzá menni. Többet nem találkoztunk...

Maradt bennem némi rossz érzés, hogy meghúztam egy határt, hisz Mónikával többet nem találkoztam. Áthidaló megoldás lehet a telefonos kapcsolattartás.

Ilonával ideje volt csökkenteni a találkozások számát, mert fogytak a vizitszámok. Úgy tudtunk átállni két hétre, majd egy hónapra, hogy először hetente, majd kéthetente felhívtam, beszélgettünk pár percet. Nagyra értékelte a törődésemet és a rövid beszélgetések kiváltották a gyakori találkozásokat.

A beteg felhívása szintén hathat pozitívan a segítő kapcsolatra, felfogható *terápiás tettként*, de vannak hátrányai is a szerepek összemosódása miatt.

A pszichológiai tanácsadás befejezése

Az ülések befejezése általában veszteséggel jár, de egészséges személyek esetében a célok eléréséhez is kapcsolódik, tehát egy új élet, új lehetőségek kezdete. A terminális betegekkel végzett munka még inkább előtérbe helyezi az idő végességének kérdését. A veszteségek kezelése mindenképpen fontos feladat. Külön figyelmet kell arra fordítani, hogy a pszichológus és beteg kapcsolata hogyan zárul.

A pszichológusnak saját és páciense mentálhigiéniája szempontjából érdemes megfontolni : minden beszélgetést úgy igyekezzünk lefolytatni, mintha az utolsó lenne (Biró, 2012). Ebből az is következik, hogy minél gyorsabban menjünk ki a beteghez, ha felmerült az igény. Nem halasztgatjuk a terveket, minden beszélgetés legyen „teljes” a maga nemében. A betegek nehezen viselik a változásokat, ezért igyekeztem minimálisra csökkenteni a lemondást, és szabadságomat is jó előre jeleztem.

A veszteségek megfelelő kezeléséhez fontos szembenézni saját mulandóságunkkal. Én is, mint minden ember, keresem az életem értelmére, a szenvedésre, a halálra adott válaszokat. A hospice területén töltött idő sokat segített abban , hogy közelebb kerüljek a válaszokhoz. Egy év távlatából egyre pontosabban meg tudom fogalmazni, mit is keresek

ezen a nehéz területen: az élet végessége arra ösztönöz, hogy komolyan vegyem a földön „letöltendő” időmet. Pál Ferenc mentálhigiénés szakember és katolikus pap mondta egy előadásában, hogy mindenki eljut az élet mélységeihez, mindenkit ér előbb-utóbb olyan hatás, hogy sötétségbe kerül. Amikor a világ hívságaival, sodrásaival vagyunk elfoglalva, sok hamis fény vesz körül minket. De az igazi szenvedés sötétségében lehetőségünk van meglátni az igazi fényt is... A betegek melletti munka nem engedi szem elől téveszteni az igazi értékeket.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni mindazoknak, akik lehetővé tették, hogy ezen a területen dolgozhassak: a Magyar Hospice Alapítvány orvosigazgatójának, Dr. Muszbek Katalinnak, a Budapest Hospice Ház gyermek-hospice csoportjának³, melynek tagja voltam, és nem utolsósorban Dr. Biró Eszternek, ottani szakmai vezetőmnek, aki lelkiismeretes munkájával támogatott. Végül megköszönöm a betegeknek is, akik folyamatosan tanítanak élni.

IRODALOM

- ALGERANDER, H. (2007): *Az első pszichoterápiás interjú*. Budapest, SpringMed Kiadó.
- BARÁTH K. (2013. szeptember 24.): *Családi krízisek*. Előadás. ELTE, Tanácsadó szakpszichológus képzés Budapest.
- BIRÓ E. (2012): „...hogyan békésen vonatkozzak el erről a világról” – *Az élet utolsó szakaszának intra- és interperszonális lehetőségei*. In GÖSINÉ GREGUSS Anna és VARGA Katalin (szerk.): *Tudatállapotok, hipnózis, egymásra hangolódás*. Budapest, L'Harmattan Kiadó.
- CHOCHINOV, H. M. (2014): *Méltóságterápia. Utolsó szavak az utolsó napokra*. Budapest, Oriold és társai Kiadó.
- MICHNAI V. (2015): *Az otthonukban ápolat végstádiumos rákbetegekkel végzett pszichológiai munka kereteinek sajátosságai*. Szakdolgozat. ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Tanácsadó Szakpszichológus Képzés.
- POLCZ A. (2007): *Rend és rendetlenség*. Pécs, Jelenkor Kiadó.
- ROHR, R. (2012): *Emelkedő zuhanás*. Budapest, Ursus Libris Kiadó.

³ Ez a tanulmányom a felnőtt páciensekkel végzett munkám tapasztalataira épül, mégis fontosnak tartom megemlíteni a gyermek-team tagjait, akikkel szorosabb munkakapcsolatban álltam.

- SZŐNYI G. (2000): *A terápiás folyamat szakaszai*. In Füredi János, Szőnyi Gábor: *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina Kiadó, 52–126.
- VARGA K., DIÓSZEGHY Cs. (2013): *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesziók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest, Pólya Kiadó.
- YALOM, I. D. (2013): *A terápia ajándéka – műhelytitkok*. Budapest, Park Kiadó.
- YALOM, I. D. (2014): *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest, Animula Kiadó.

Michnai Viktória

tanácsadó szakpszichológus

Törökbálint Segítő Kéz Családsegítő Szolgálat

csehmich@gmail.com