

KUDARCÉLMÉNYEK AZ ORVOSI GYAKORLATBAN

DR. NÉMETH GYÖRGY ny. csop. vezető főorvos

Ha az orvosi irodalmat tanulmányozzuk, szembeűnik, hogy ezek majdnem mindegyike siker-élményekről szólnak és a kudarcélményekről hallgatnak. Ritkán olvashatunk olyan esetekről, melyekben az orvosok saját hibáikról számolnak be. Ennek oka elsősorban presztízsféltés, súlyosabb esetekben a tudás vagy az önismeret hiánya. Gyakoriak az elhárító mechanizmusok, melyek nemcsak a betegekre, hanem az orvosokra is vonatkoznak. Pedig tanulni elsősorban a kudarcélményekből lehet. Az orvos-beteg kapcsolatokat tárgyaló Bálint konferenciákon az előforduló hibákról kevés szó esik, pedig ez volna ezeknek a megbeszéléseknek a lényege. A magam részéről ez a probléma lelki szükséglet, mert ezekre az esetekre emlékezem elsősorban vissza. Persze ennek a túlzásba vitele könnyen „burn out” szindrómához vezetne, ha nem volnának olyan élményeim, melyek ezt ellensúlyozzák. Az utcán számomra csaknem ismeretlen emberek köszöntének, akikre még halványan sem emlékezem vissza, de nyilván velem kapcsolatban jó emlékeik voltak.

Elérkeztem abba a korba, amikor gyakrabban tekintek vissza előző életemre és orvosi működésemmre. Itt az idő, hogy önmagamról és kudarcélményeimről ne hallgassak. Rokonaim biztattak arra, hogy orvos legyek. Bevallom, utáltam a fizikát és a kémiát, de az emberi lélek megismerése mindig izgatott. Ez hozott közel Szondihoz, de közben hallgattam Ranschburg, Schnell előadásait is. Mégis gyáva voltam ahhoz, hogy pszichiáter legyek. Elrémitett az a gyakorlat, hogy a betegeket (abban az időben) csak kóris-mézték, intézetbe zárták és gyógyulásuk reménytelennek látszott. Hozzájárult az is, hogy vallásos nevelést kaptam, és úgy éreztem, hogy ezt nem láttam összeegyeztethetőnek a pszichoanalitikus gondolkodásmóddal. Tehát a legkönnyebbnek

látszott rokonai ismeretség révén a belgyógyászatban kikötnöm. Az első hónapokban laboratóriumi munkát kellett végeznem, amit unalmasnak ítéltam. Végre osztályra kerültem, ahol az első betegem meghalt. Lázadoztam is e miatt a főnökömmel. Az első kiskasszából kapott fizetésemet ellopták, betegeim túl fiatalnak találtak, és nem követték utasításaimat, pedig mindent a legjobb tudásom szerint csináltam. A várt dicséret helyett lehordtak, a professzor végignézett rajtam, de nem ismert meg. Rövidesen behívtak katonának, ott rövid belgyógyászati munka után mindenfelé helyeztek. A végén kikerültem a frontra zászlóalj-orvosnak, ahol egy év után négy és fél évet orosz fogságban töltöttem. Az ottani orvosi tapasztalataim ugyan tanulságosak, de nem férnek ennek a közleménynek a keretébe.

Szerencsésen hazakerülve újra elkezdhettem a klinikai munkát. Persze a klinikán tudományt kell művelni, mert csak bizonyos súlyú különlenyomatokkal lehet valami karriert elérni. A samesz szerepe olykor kritika nélküli szolgálalkúségre tanított. Állatkísérleteket kellett végeznem, amelyekben a kitűzött céloknak mindig igazaknak kellett lenniök, meg kellett ismernem a szorzószámokkal való manipulációkat. De megtanultam azt is, mennyit is érnek ezek a felfedezések. Pár hónap, pár év, s utána feledésbe mennek. (Ha hatalmamban állna, csak legalább 10 évi kutatómunka után engednék közleményt írni.)

Mi viheti az embert előre? A tekintély szava, az orvosi irodalom? Úgy láttam, hogy a legfontosabb a személyes tapasztalat. Sokat kellett tanulnom, tapasztalnom ahhoz, hogy csak az lesz a valóság, amit az évek hosszú tapasztalatának sora szűl meg. A természet titkait a gépek nem fedik fel maguktól és sohasem teljesen. Mennyi fölösleges erőt pazaroltunk el fiatal éveinkből, tehetségünköl, hogy

rájöjünk arra, hogy a lélek ismerete sokszor fontosabb ebben a túlhajszolt érzelmszegény világban, mint a leggondosabb kutatások során felfedezett kezdetben csodálatosnak tűnő gyógyszerek hatása. Ezért választottam kezdetben titokban a pszichoszomatikus vonalat, amely annak idején rendkívül népszerűtlen volt. Ennek is köszönhettem, hogy a klinikáról kikerültem és az SZTK-ban, most már csaknem függetlenül, hajlamaimmal megegyezően kezdtem foglalkozni, persze sok csalódással. Segítségemre voltak Klimes, Sziinetár, Juhász tanár urak.

A legfájdalmasabb az, ha valamiben tévedtünk és önmagunkat kell ezért okolnunk, viszont legnagyobb örömünk, ha páciensünket gyógyultan viszontlátjuk. A hála mindenkinek jól esik, de a kudarcélmények jobban bevésődnek az ember lelkébe. Elsősorban a halál tényével tudunk nehezebben megbirkózni. De talán szükséges ez a fájdalmas érzés ahhoz, hogy jó orvosok legyünk. Mert akiből ez hiányzik, annak az önismerete szegényes, és sohasem lesz *igazán* jó orvos. És akkor jóval később rájövünk arra, hogy szinte egész működésünk tévelygések sorozata volt.

Az orvosoknak nagy a presztízszük. Ennek elvesztését nehezen viselik el. Áhítozzak a dicsőséget, a kitüntetésekért, mert ezek hajtóerőt jelentenek számukra a további sikerélmények felé. E célból védekező mechanizmusokat vesznek igénybe a hibák elfojtásától kezdve akár az etikátlan magatartásig. Fousché-ról írják, hogy az emlékirataiban sok hamisság, tévedések sorozata volt. A klinikopatológiai konferenciák arról tanúskodnak, hogy az orvosi tévedéseket minél gyakrabban leplezzék. A külföldön megrendezett tudományos kongresszusok nagy része Magyar Imre megfogalmazása szerint sem más, mint a hiúság vásárai. A *hozzászólások* is ezt a tendenciát tükrözik. A szereplés fontosabb, mint az igazság kiderítése. Tanulhatunk Senecától, aki halála előtt ezt mondta: „Inkább ítélenek el az igazság hangoztatása miatt, minthogy hízelgéssel mentsem életemet.” Megkérdeztek egyszer egy tudóst, miért kapott kitüntetést. A felelet így hangzott: „Mert már öreg vagyok és eddig még nem kaptam”. Ez arra int bennünket, hogy ne a feletteseinktől várjuk a dicséretet, hanem a betegeink (nem anyagi természetű) megnyilvánulásától. Gondoljunk néha arra is, hogy sok beteg gyógyulása inkább csak pirrhusi győzelem, mint a tartós

egészség biztosítása. Itt van a gondozás rendkívüli jelentősége, melyre kevés orvos fordít figyelmet.

A hiúságon kívül a hanyagság az orvos sokszor megbocsáthatatlan hibája. A leggondosabb vizsgálat alkalmával is előfordulnak „fehér foltok”, melyek kiesnek gondolatainkból. Néha elfogadjuk kritika nélkül feletteseink véleményét, másrészt sokszor önfejtően határozunk. Olykor sokoldalú elfoglaltságunkban nem tudjuk megítélni az esetek fontosságának sorrendjét.

Fáradtságunkra hivatkozva képtelenek vagyunk a beteget végighallgatni vagy kompromisszumokat kötni a kezelésre vonatkozólag. Különösen az éjszakai hívások csökkentik az orvos figyelmét. Ilyenkor mutatkozhatunk magabiztosnak, bizonytalannak vagy tudatlannak. Hallottam egy orvostól, aki a beteg kérdezősködésére csak így felelt: „Fogalmam sincs, hogy mi a baja.” Vannak nem halasztható esetek, többnyire a hasi panaszok, amikor a betegek véleménye fontos lehet. Egy történet Metternichről, aki meghagyta inasának, hogy bármi történjék, éjszaka ne ébresszék föl. Az inas mégis pár sort hagyott a miniszterelnöknek, aki a sürgős üzenetet csak reggel olvasta el. A táviratban ez szerepelt: „Napóleon elhagyta Elba szigetét és partra szállott Franciaországban”.

A hanyagságban többször szerepet játszik a fáradtság mellett a hivatás hiánya. A figyelmetlenség gyakran az orvosra üt vissza. Egy korábban kezelt nőbeteg megállított az utcán, és megátkozott engem és a családomat, mert miattam kellett kivenni egyik veséjét. Nem emlékszem pontosan az esetre. Lehet, hogy urológiára kellett volna küldeni a beteget reuma osztály helyett, de ilyesmi megeshet egy orvossal. A figyelmetlenség példaként azt is megemlíthetem, hogy egy szegénylős betegemet kellett a professzoromhoz vinni előadásra. Amikor bemutatásra került a sor, annak ellenére, hogy a professzort előzőleg figyelmeztettem a beteg prüdériájára, teljesen levetkőztette.

Most vessünk egy pillantást, hogy a pszichoterápiában milyen hibákat követhetünk el.

Ismerkedés, elfogadás

Az első benyomások mind az orvos, mind a beteg szempontjából fontosak. Régi emlékei vagy a közvélemény hatására, mindenkiben vannak disz-

kriminációs érzések, amelyeket le kell küzdenünk magunkban. Ami a beteg fogadtatásakor az orvos lelkében lezajlik, ez óhatatlanul visszatükröződik a beteg gondolatvilágában is. A fáradt arckifejezés unalmat takar. Tehát amikor a beteget vizsgálom, kikérdezem, önmagam is kell figyelnem.

Mint belgyógyász természetesen az első problémám, hogy organikus vagy funkcionális (lelki) betegséggel állok-e szemben. Ebben segít az értelem, a betegismeret és az érzékelés eszközei.

Bármennyire korlátozott a tudásunk, mindent meg kell tennünk, hogy kiderítsük az igazságot: Mitől szenved a beteg? Minél inkább megismerjük az embert, annál jobban meggyőződésünkkel válik (ha nincs gyanúnk valamilyen súlyos bajra), hogy a lelki béke elérése mindennél fontosabb, ítéleteinket ugyan befolyásolják szokásaink, hiedelmeink, erkölcsi világnézetünk, szorongásaink, mégis örökké kísért a gondolat, amelyet az egyiptomi orvosok így fogalmaztak meg: „A gyógyítás alaptörvénye, hogy csak a régi orvosok utasításait szabad követni. Ha a beteg meghal, az orvost így nem terheli felelősség. De ha a maga elgondolásai szerint próbálja kezelni és mégis meghal, a fejével játszik. Sajnos a mai gyakorlat azt mutatja, hogy szégyenlünk kérdezni, konzultálni, és a legtöbbször hivatalosan elfogadott egyoldalú papírlevelezést használjuk.

Tudomásul kell vennünk, hogy minden beteg más és más. Minden eset új, tehát a kezelés nem lehet sablonos, viszont ebben áll a pálya szépsége. Szinte állandóan szerepet kell váltanunk, és a tekintélyt sugárzó fehér köpeny ebbéli törekvésünkben inkább hátráltat.

A legtöbb beteg szorongva lép be a rendelőbe. Ezt sokszor nem vesszük tudomásul. Ki kell derítenünk, vajon ez a személyiségére vagy az állapotára vonatkozik? Vajon a szorongás elősegíti vagy nehezíti azt? A múltban vájkálunk mindketten, de nem látjuk egyelőre a jövőt. Külön kell értékelnünk a pletykaszintű beszélgetést a valódi segélykérés-től. Esetleg csak több beszélgetés után világosodnak meg előttünk a betegséget kiváltó konfliktusok. Ha ágyban találjuk a beteget, azt gondolhatjuk, hogy nem bírja vállalni a betegség vagy az élet terheit. A „lelki betegnek” is jól tesz, ha néhány napra kivonjuk őt a forgalomból, és evvel többet érünk, mintha az előírásoknak megfelelően a szigor elveit alkalmazzuk. A pár napi pihenés orvos-beteg közti

kompromisszumnak is felfogható. Ha utána munkába állítható, az orvos, a beteg is elégedett. Ha viszont az igényelt pihenés hosszabb időre nyúlik, és a megejtett vizsgálatok negatívak, az orvos azt hiszi, hogy becsapták, fölöslegesen zaklatták és haragossá, türelmetlenné válik. Persze nem szabadul attól a gondolattól, hogy hátha a betegnek van igaza, ilyenkor büntudat gyötri, nem tud nyugodtan aludni a presztízsveszteség miatt.

Igaz, hogy az orvosnak sokszor sietnie kell, nincs ideje lenyúlni az élet mélységeibe. Tehát visszavonulót fúj és lelkiismerete szerint vagy elfelejti (elfojtja) a beteggel kapcsolatos problémákat, vagy nyugtalanná válik a beteg további sorsa felől, mert nem vette számba a veleszületett adottságokat, a beteg regressziós készségét, a környezet által indukált szuggesztiókat, a beteg veszteségélményeit stb. Elégedetlen az orvos, elégedetlen a beteg is, mert az a benyomása, hogy az orvosa nem törődik vele, mert hiányzik belőle a figyelmesség, a türelem, a biztató hang. Az orvos viszont az elvárható verbális és nonverbális empátia helyett a következő betegére gondol, és az órájára néz, a visszarendelésről pedig elfeledkezik.

Az orvos megkönnyebbülést vagy haragot érez, ha a beteg csak receptet kér, főleg akkor, ha azt más orvos rendelte el. Ilyenkor még a beteg pulzusát sem fogja meg, pedig ez a legminimálisabb követelmény volna. Hibának tartom, ha emiatt az orvos megsértődik és a beteget szó nélkül elküldi. Az orvos sohse érezze magát kiszolgáló személynek, mert néha egészen rövid beszélgetés folyamán is felfedezhet olyan tüneteket, esetleg „acting out”-okat, amelyek segíthetnek a kollégának a beteg jobb megértésében. Egyedül az iatrogéniára kell szigorúan ügyelni.

Vannak betegek, akiket nehéz szólásra bírni. Gondolni kell arra, hogy a betegnek az orvos előtt sokszor kisebbrendűség! érzése van, sőt fél tőle. Ha a beteg bőbeszédű, ne intsük arra, hogy fogja rövidre a mondanivalóját. Lehet, hogy éppen a lényegét nem mondotta el. A beszéd félbeszakítása helyett kérdezzük a betegségről, a körülményeiről, és próbáljuk kikutatni, mi hozta ilyen sürgősen az orvosi rendelőbe és mitől szenved? Sohse hagyjuk elmenni, vagy küldjük el a beteget pár vigasztaló szó nélkül, és ne beszéljünk lyukat a hasába sem, mert az utasítások negyedét nem jegyzi meg.

Minden találkozáskor tudjunk véleményt for-

málni, és sohase zárkózzunk el attól, hogy ha később meg kell változtatni véleményünket, és azt adott esetben a beteg tudomására is hozzuk.

Két esetet említek a Bálint csoportülések alapján.

Fiatalemberhez hívták ki a mentőket. Iskolából kijövet az utcán elájult. Mindenkinek, így a konzultáló orvosnak is az volt a véleménye, hogy kábítószeres. Kiderült, hogy éhségstrájkot folytat az otthoni és az iskolai mellőztetés miatt. Rájött arra, hogy az egész élete hazugság volt és szuicidiumra gondolt.

Idős nőbeteg rendeléstől függetlenül állandó hívásokkal zaklatta az orvosát. Szívszúrásai vannak, egyedül él és fél a haláltól. Az orvos gondos vizsgálatai ellenére sem talál semmilyen aggasztó tünetet. A beteg is haragszik az orvosára, mert nem adja meg neki azokat a gyógyszereket, amelyeket külföldön élő lánya neki küldött. Kitűnik, hogy a lánya miatt elégedetlen, aki vajmi keveset törődik vele, és az emiatt érzett agressziót az orvosra ellen fordítja. Az orvos saját anyjára gondolt, és folytatta a beteg kezelését.

Megértés és megbocsájtás

„Megértést kereső hit szelleme hasson!”
(*Antiochia ókori főiskolájának jelmondata*)

A szorongó és agresszív betegeinktől ösztönösen menekülünk. A szorongó ember magatartása visszatükröződik az orvos belső világára. Félünk, hogy kiderül tudásunk fogyatékosága. A beteg szégyenli elmondani a tünetek valódi okát, ha azok a pszichés tartományban vannak, így az orvos is bizonytalan, ha a vegetatív tünetek sokféleségével, a fáradékonysággal, a feltételezett rejtett depresszió tüneteivel találkozik. Nagyon gyakori az elhagyatottságtól való félelem, ami az első beszélgetésekből nem derül ki.

Ha nem tudom éreztetni a beteggel, hogy pillanatnyilag számomra ő a legfontosabb, ha nem tudjuk elképzelni magunkat a beteg helyzetébe, nem sokat tudunk segíteni rajta. Hallgassuk meg mindig betegünket arról, hogy mit képzelt ő arról, miért beteg, mi a saját diagnózisa? Kutassuk ki, mit vár tőlünk a páciensünk? Megértést, megnyugtatót vagy egyszerűen közelebbi orvos-beteg kapcsolatot? Mindez csak az aktuális élet-körülmények ismeretében értékelhető. Még a

legjobbakkal hitt orvos-beteg kapcsolatban is néha kevésbé érthető folyamatok játszódnak le, amelyeket *hárításnak* hívunk.

Mind az orvosnak, mind a betegnek vannak hárítási mechanizmusai. A hanyag ellátásról már volt szó. De gyakran előfordulnak az igazi problémákat elkerülő beszélgetések (és hallgatások), valamint az indokolatlannak látszó távolságtartás a beteg iránt érzett antipátia miatt. Ismerem olyan orvost és beteget, akik szándékosan elkerülték egymást, ha véletlenül szembefutottak az utcán. A ma már ritkábban használt figyelmeztető „cave” jelzés a karton jobb sarkában azt jelentette, hogy agresszív beteggel állunk szemben. Az orvos gyakran elbagatellizálja a beteg panaszait, és a beteg sokszor meggyőződése ellenére hazugságokra kényszerül. Ez épp olyan káros lehet, mint a betegség jelentőségének felnagyítása. A kényelemszeretet, sokszor az idő rövidsége vagy a defenzivitás az oka a szükségtelen laboratóriumi és kórházi vizsgálat elrendelésének. A karton tele van, hasonlóan a kórházi zárójelentésekkel különböző diagnózisokkal a holisztikus gondolkodás kárára.

A meghallgatás helyett az orvos rövid kérdéseket intéz, közben kopogtat a komputeren, sablonos tesztlapokat töltet ki és a beszélgetés helyett nevel, fegyelmez, büntetésül kiírja dolgozni, megtiltja a kijárást, a dohányzást, a gyógyszerek hekatombáit írja elő, szigorú, alkoholmentes diétát rendel minden magyarázat nélkül. Nem tiszteli a beteg önrendelkezési jogát. Nem ártana, ha a konzultáció után megkérdeznék a beteget, mit jegyzett meg az orvosi utasításokból. Jók ilyenkor a feljegyzések, amelyeket a betegnek átadnak.

A rossz módszer alkalmas arra, hogy a beteg elkerülje az orvosát. Még komoly baj esetén is kerülő utakat használ. A rossz módszer arra is alkalmas, hogy a beteget hazugságra kényszerítse. Hiszen, ahogy Füst Milán írja, „a hazugság az egyetlen lehetősége a gyöngéknek arra, hogy a lábukat megvessék ezen a földön, különben az erősebbek kikaparnák alóla”. Minél szigorúbban következetes az orvos, annál jobban hazudik a beteg, és evvel romlik a prevenció lehetősége. A következetlenség több ösztönözést engedélyez.

A beteg akár szimulál, akár disszimulál, akár csak aggraval, kivívhatja orvosában a betegével való manipuláló magatartását, esetleg bosszúját. A beteg viszont eltitkolhatja utilizációs tendenciáit és

igazságtalan követelményekkel léphet elő: harcolhat, fenyegetőzhet, lázadhat a betegségének elismerése céljából. Bebizonyíthatja, hogy azért nem gyógyul, mert rossz az orvosa. Fatalistává válhat vagy regresszióba vonul, esetleg kuruzslók hatalmába kerül. Előfordulhat, hogy paranoid magatartást vesz föl, és nyilvánosan támadja az orvost.

Ha meghal valaki, óhatatlanul bűnbakot kell keresni, A családok nehezen viselik el a büntudatot, így ezt az orvosra hárítják. Hány és hány vád hangzik el ellenünk: Nem ismertük fel a betegségét időben, nem jó kórházba tettük, nem kellett volna megoperálni, vagy miért operáltattuk meg. Ezáltal mintegy eltettük láb alól. Ha egy közeli *hozzátartozónk*, meghal valamelyik kórházban, annak már a „halálkórház” nevet adják. A hiúságában megsértett orvos képtelen sokszor megfelelni ezekre a vádakra, önigazolást keres, és nem vállalja természetesen a felelősséget; gyenge lelkierőre utal, ha ilyenkor a családnak tesz szemrehányást. Tudomásul kell vennünk, hogy ebbe a szakmába mindenki beleszólhat, tanácsolhat, kritizálhat, hiszen emberéletekről van szó.

Az önigazolást szolgálhatják a statisztikák elemzése, a régebben megrendezett orvos-beteg találkozók, a klinika-patológiai megbeszélések. A legcélszerűbb elhárítási mód a beteg más orvoshoz való küldése, a defenzivitás kifejlesztése önmagunkban, a menekülés a felelősségvállalás elől. Nemcsak a beteggel, de a hozzátartozókkal is szót kell érteni; ez sokszor nehéz feladatot jelent.

Az orvost külső körülmények is befolyásolhatják, így a kórházi hierarchia túlhangsúlyozása, a kollégák együttműködésének hiánya, a betegtársak kedvezőtlen tapasztalatai. Nem szabad elfeledni azt sem, hogy az orvosnak is van magánélete. A legharmonikusabb házasságot is megzavarhatja az orvos egésznapos elfoglaltsága, az orvos-beteg kapcsolat, és a legjobb orvost is eltántoríthatja a hivatásától a rossz családi élet. Az orvos is ember: van hite, erkölcsi világnézete, számos hibája, és behódolhat káros diszkriminációs érzéseknek.

Az engedékeny, őszinte légkör, a beteg ember teljesítményének elismerése, a reménykeltő szó, a gondoskodás érzetét keltő támasznyújtás a beteg elhagyatott állapotában csökkenti mind a beteg, mind az orvos kudarcélményeit. Sohse legyünk bírák, erkölcsrendőrök, és ne elsősorban tiltásokkal éljünk, hanem betegeink egyéniségét

fáradtsággal megszerzett értékeit meghagyva próbáljuk a bennük levő értékekre felhívni a figyelmet. Mindig legyünk nyitottak, minden értesülésünket, megérzésünket kérdőjelezzük meg, mert ezáltal esélyt nyerhetünk a megértésre.

Érzelmi tévelygések a gyógyításban

Freud és Ferenczy nyomán kezdtünk gondolkodni a pszichoterápia kapcsán előforduló un. indulat és viszontindulat áttételekről. Azt hiszem, indokolatlanul teszünk különbséget a kettő között. A gyengéd vagy ellenséges érzelmek hullámmászásában mindkét fél elsődlegesen vagy másodlagosan vesz részt. A klasszikus felfogás szerint a feltörekvő érzelmek nem az orvos-beteg kapcsolatból adódnak, hanem egy korábbi interperszonális szituáció emléke nyomán. Főleg neurotikus egyéneknél fordulnak elő. Sok érzelmelfojtva marad elsősorban erotikus vonalon, de mint láttuk, a félelem, a gyűlölet, a sértettség érzelmei is gyakran előfordulnak az orvosi gyakorlatban.

Hivatástudatunk nem nélkülözheti a betegek szeretetét. A szeretetnek életünk szerves részévé kell válnia ahhoz, hogy élni tudjunk. Beszélgethetünk kezdetben háláról, szimpátiáról, féltékenységéről, azonosulásról, segítőkészségről, gondozásról, vonzódásról, kötődésről vagy teljesítési törekvésekről, de minél inkább saját tudattalan fantáziánk befolyása alatt állunk, annál nagyobb mértékben deformálódnak megfigyeléseink és ítéleteink. Az eddig elnyomott, lassan tudatra ébredő indulatok elsőként vagy az orvos vagy a beteg személyét célozzák meg. Amikor ezek az érzelmek bizonyos határokon túlterjednek, veszélyeztetik a pszichoterápia sikerét. Viszont igaz, hogy a pszichoterápia sikeres fejlődésének egyik legfontosabb hajtóereje lehet.

A testi érintés a civil életben a szeretet kifejezése, s ennek elmaradása sokszor visszatetszést szül. Az általános orvosi praxisban kötelező még olyan területeken is (pl. a mellek vagy a herék tapintása), amelyeket a betegek (egyes országok szokásaitól függően) tévesen szexuális zaklatásként ítélik meg. Így a pszichoterapeutától sem vehetjük rossz néven, ha kezét fog a betegével, ha megcirógatja az arcát, ha megveregeti a vállát, ha mellé ül, ha búcsúzáskor szelíden megöleli,

mert ahogyan a kisgyermeknek, úgy a regresszió állapotában lévő betegeknek is elemi szükséglete a testi érintés. A haldokló beteg is fokozott figyelmet és szeretetet érdemel. A mosoly, mint az extraverbális figyelmesség és biztatás jele, reményt sugall, és betöltheti az elhagyatottság érzésének hiányát.

Sok orvos a beteg halálával elintézettnek véli a hivatásbeli kötelezettségét, pedig ilyenkor mindig feltámad a családban a felelősség érzése. S mivel önmaguk vádolása sokszor kínos volna a számukra, gyakran az orvosra, a környezetre hárítják a felelősséget. Tehát a halál ténye sem menti fel mindig az orvost a halott családjával való törődéstől, a büntudat oldásától.

A szó iatrogéniájából származik a legtöbb konfliktus a beteg és az orvos között. Az orvosi szót félreértheti a beteg, a beteg reakcióit félreértheti az orvos. A csábítás direkt és indirekt formáit fel kell ismernünk, mert helyrehozhatatlan károk származnak abból, ha nem törődünk avval a ténnyel, hogy a testi vonzalom átmeneti felerősödését követően jöhet a csalódás, a kiábrándulás, az ellenséges agresszív hangulat, a terápiás kapcsolat kudarca, esetleg szuicidium.

Az orvosnak a kihívások elkerülésére elsősorban komoly önismeretre van szüksége.

Önismeret hiánya

Gyakran tesszük föl önmagunkban azt a kérdést: miért nem jár továbbra is hozzám a beteg, mi az oka a sértődöttségének. Ha nem tudunk válaszolni erre a kérdésre, magunkban kell keresnünk a hibát. Az orvosi gyakorlatban fontos, hogy önmagunkról a valóságnak megfelelő képet kapjunk. Nemcsak a pszichoanalízis hosszú és fáradtságos munkája vezethet eredményre, hanem személyiségünk tudatos fejlesztése is gyermekkorunktól kezdve. Egyik legfontosabb feladatunk legyen a realitásérzékünkön való folyamatos örökösödés. Ha kritikák érik az orvost, ezen elgondolkozhatunk, de az igazságos kritikát el kell fogadnunk. Ennek legtöbbször hiúságra való hajlamunk a legnagyobb akadály. Ugyancsak ez az oka annak, hogy nem szívesen kérünk konzíliumot.

Az orvosi működés egyik legfontosabb pillére az alázat, mert tudásunk és magatartásunk a beteg

ember szemében nem mindig tökéletes. Az orvos előtt minden beteg egyforma legyen, mindenfajta általánosítást és előítéletet le kell küzdenem. Tudnom kell azt, hogy mikor vagyok agresszív, mikor nem tudom semlegesíteni a projekcióm, milyen magatartással válthattam ki a betegem hazugságait. Milyen mértékben lehetek kompromisszumképes? Milyen hatással van rám a beteg, mennyire tudom érzelmeimet kontrollálni?

Nem közömbös az sem, milyen az egészségi állapotom, milyen a testi-lelki tűrőképességem, mennyire vagyok fáradt? Az orvosi hivatás fogva tart legtöbbször életünk végéig, de ismernünk kell korlátainkat. A helyes önismeret és önbizalom képessé tesz bennünket arra, hogy mások is bízzanak bennünk. A „burn out” szindróma legbiztosabb ellenszere a betegek szeretete, a gyógyítás művészetének sikere és a hatásos alkotómunka.

Az orvosi presztízs megköveteli, hogy példaadó magatartást kell tanúsítanunk. A depressziós, alkoholista, kábítószerrel élő orvostól nem lehet várni komoly segítséget. A lelkiismeretes orvosi munka megterhelő. Szükséges hozzá nyugodt, megértő családi légkör is. Ahogyan az orvos öregedik, kötelességének érezheti, hogy átadja tudását, tapasztalatait a fiataloknak, ahogy az anya tanítja helyes magatartásra a gyermekeit. E nemes hivatásra való nevelés a legbiztosabb záloga az egészséges társadalom megteremtésének.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az idős orvos életpasztalatairól számol be saját és kollégái kudarcélményeivel kapcsolatosan. Feltárja azokat az okokat, amelyek a hibákra rámutatnak. Elsősorban a pszichoszomatikus betegekkel foglalkozik. Ezeknél a betegeknel rendszerint hiányzik a betegség elfogadása, a diszkriminációs érzések megszüntetése, a gondos és ismételt megfigyelés, amely a beteg megértéséhez vezet. Sokszor nehézséget okoz az orvos-beteg érzelmi kapcsolataiban történő tévelygések felismerése. A hibák legfőbb elkerülésének módja a helyes önismeret.

IRODALOM

1. *Blasszauer B.*: Orvosi etika. Medicina 1995. - 2. *Bálint Mihály*: Az orvos, a betegek és a betegség. Akad. Kiadó 1972. - 3. *Buda B.*: Az empátia. Gondolat 1978. - 4. *Csillag J.*: Mennyit hibáznak? Orvostovábbk. Szemle IV. 11-17. 1997. — 5. *Németh Gy.*: A társadalom tisztító tüzeiben. Med. Univ. I-II. 3-19. 1993. - 6. *Németh Gy.*: A Bálint csoportmunka néhány tanulsága. Med. Univ. 229-232. 1996. - 7. *Sissela Boh*: A hazugság. Gondolat 1983.-8. *Ulbing C.*: A haldokló beteg kezelése és ápolása. Med. Univ. 31. 7-12. 1998.

Szerző címe: Dr. Németh György 1123 Ép., Győri út 5.