

Dr. Pörczi József orvos őrnagy

A neurózis gyógyítási lehetőségei csapatnál — Gyógyszeres therápia

E dolgozatban azt kívánom elemezni, hogy az általános orvosi gyakorlat — jelen helyzetben a csapatorvosi munka — a lelki gyógyítási eljárások mely szintjén képzelhető el. Megkísérlem azt tisztázni, hogy a lelki gyógykezelések vonatkozásában az általános orvosi gyakorlat és a csapatorvosi munka azonosítható-e. A katonatorvosi gyakorlatnak vannak-e olyan sajátosságai, melyhez az orvos-beteg kapcsolatot befolyásolják.

Az orvos—beteg kapcsolatnak három szintje van:

1. Az *udvarias, korrekt*, betegében az embert is tisztelő orvosi magatartás. Ez olyan orvosi magatartást jelent — az egészségügyi szolgáltatásért jelentkező beteg emberrel szemben —, mely benne az elfogadottság, biztonság érzéséhez vezet. Ez minden sikeres orvos—beteg találkozás elemi feltétele. Tudjuk azt, hogy a megbetegedett emberben mindig bizonytalanság érzés, különböző kérdőjelek vannak, akár megfogalmazza azokat, akár nem. A bizalom légkörének megteremtésével, megfogalmazott vagy ki nem mondott kérdéseire adott betegsémagyarázattal segíthetünk a betegben. Magatartásunknak olyannak kell lennie, hogy a beteg érezze azt, hogy most *csak vele* foglalkozunk, órá figyelünk, fontosnak tartjuk, amit mond, próbáljuk megfejteni betegségét és megérteni helyzetét. A vizsgálat során azonban nemcsak arra kell figyelmet fordítani, hogy én megértettem-e a beteget, hanem tisztáznunk kell azt, hogy ő megértett-e engem.

Egy szokatlan hasonlat talán segít megérteni az orvos-beteg találkozás ezen típusát. Egy étteremben nemcsak az elfogyasztott ételek minőségétől függ az, hogy milyen érzésekkel távozzunk onnan. Fontos a felszolgáló megjelenése, hangszíne, beszédtempója, arckifejezése; az, hogy képes-e úgy viselkedni, amelyből érezzük, hogy fontosak vagyunk számára, azt akarja-e, hogy jól érezzük magunkat. A jó pincér elébe megy vendégének, ajánlatával tisztázza annak vágyait, elképzeléseit és egyben saját lehetőségeit is közli.

2. Az *udvarias-korrekt* orvos—beteg kapcsolatnál mélyebb, érzelmileg gazdagabb szintet jelent az az orvosi magatartás, melynél tudatosan vállalunk egy viselkedést, vagyis a *beteg pszichológiai vezetését*. Ezen típusú orvosi viselkedés megértéséhez tisztázni kell a *beteggé válás* lényegesebb elemeit. A betegségek jelentős része nemcsak biológiai zavar, hanem egyben pszichológiai egyensúlyvesztés. Biológiai biztonságérzésünk elvesztése mint kellemetlen élmény

személyiségünkben is zavart, félelmeket kelt. Nemcsak a fizikális állapotváltozással kapcsolatos panaszokat, hanem ezen bizonytalanságot és félelemérzéseket is hozza magával a beteg, amikor a rendelésen megjelenik. Miután az ún. hivatalos *betegé minősítés* megtörtént, újabb félelmek keletkeznek a betegben: milyen kellemetlen vizsgálatok várnak még rá, nem kell-e operálni, tudnak-e egyáltalán segíteni rajta, visszatérhet-e családjához, munkaköréhez? A beteg ember félelmekkel, szorongásokkal teli kérdései ezek.

A *betegé válás* pszichológiai folyamatát bizonyos mértékben a *betegség természete* is meghatározza. Ebből a szempontból három típusú megbetegedés figyelhető meg:

a) Az ún. *banális betegség* jellemzője az, hogy az egyén tevékenységét csak rövid időre, átmenetileg függeszti fel, a beteg tudja, illetve az orvossal való találkozás során megtudja, hogy biztosan és rövid időn belül gyógyul. Azt mondhatjuk, hogy ezeknél a betegségeknel az egyén csak beteg szervét viszi az orvoshoz, személyiségét távol tartja a kapcsolattól.

b) *Súlyos, életet veszélyeztető akut betegségeknel, baleseteknel* az orvos—beteg kapcsolat alapja az azonnali segítségnyújtás. A beteg az életét hozza az orvoshoz, teljesen átadja önmagát, tehetetlen kisgyermekként viselkedik.

c) Az *idült betegségekben* az egyén beteg szervét és ugyanakkor családját, szociális státuszát, körülményeit is hozza orvosának. Ezek a betegek nincsenek olyan kiszolgáltatott helyzetben, mint az akut, súlyos betegek, akaratauk és szándékuk jobban érvényesül az orvos—beteg kapcsolatban. A perspektíva bizonytalansága miatt a betegség élményének feldolgoztatása komoly munkát követel a kezelőorvostól.

A három típusú betegségnél a beteg pszichológiai vezetése eltérő hangsúlyt kap:

ad a) Az orvos racionális szinten marad, a betegség természetéről, lefolyásáról felvilágosítást ad a betegnek.

ad b) A *therápia* mélyebb, érzelmi elemeket is magában foglal. Az orvos támogatást, gondoskodást, biztonság-érzést nyújt a regresszióban lévő egyénnek.

ad c) Az orvos—beteg kapcsolat pszichoterápiás jellegű kapcsolattá bővül. A beteg pszichológiai vezetése a következőket jelenti:

A beteg félelem-, bizonytalanság érzéseivel az orvos tisztában van, még akkor is, ha nem közvetlen „kéztördelő szorongás” formájában jelentkezik. Az indulatos, elhárító vagy nemtörődöm-kizáró magatartás háttérében hasonló félelemérzések állnak.

Továbbá ezt az alaphelyzetet az orvos tisztázni képes, mégpedig olyan formában, hogy a félelmek oldása mellett egyben a jövőre vonatkozóan is biztatást, támaszt nyújt. Az esetleges fájdalomakra, kellemetlenségekre a beteget felkészíti, a gyógyító eljárás egyes elemeit elfogadtatja.

Hogy lehetséges mindez? Csak úgy, ha az orvos túllép az udvarias-korrekt, de egyben bizonyos távolságot tartó, hivatalos formákat tartalmazó magatartás keretein és együttérző-azonosuló, humánus viselkedést alakít ki. Ennek a magatartásnak *tradicionális modellje az ún. házi orvos*, aki nemcsak szakértő, ha-de egyben bizonyos távolságot tartó, hivatalos formákat tartalmazó magatartás mindennapi élet feszültségei is „kibeszélhetőek vele”.

Az előző hasonlat ezen a szinten már nem alkalmazható, de biztos, hogy Önök mindnyájan átéltek már — akár egy műtetre beutalandó betegnél, akár egy vénás injekciós kúránál —, hasonló folyamatot. Az elemzés létjogosultsága a folyamat tudatosságá tételeiben van.

Hogyan szerezzük meg az *orvossá válás folyamatában* a beteg pszichológiai

vezetésének képességét? Sajnos az orvosképzés jelenlegi formájában többnyire automatikusan, vagyilagosan. Pedig ez korántsem olyan ismeret, mely automatikusan kialakul. A mindennapos klinikai gyakorlat során ez a tudás úgy sajátítható el, hogy „*mintegy ellessük*” egy-egy nagyon jól felkészült, emberileg kiegyensúlyozott, humánus orvos kollégánk magatartását. Hangsúlyozni kell azonban azt, hogy csak az az egyén képes az elsajátításnak, tanulásnak ezen módjára, akiben akarat, szándék — pontosabb kifejezéssel élve — *érzékenység* van erre. Konkrétan azt értem ezen, olyan egyén, aki nemcsak azt figyeli, hogy kollégája mily mesteri módon képes a vénába találni, hanem milyen verbális és nem verbális eszközökkel oldja fel a beteg aktuális félelmét a beavatkozástól.

Miért kell hangsúlyoznunk, hogy a tanuláshoz feltétel az, hogy az illető egyén „*érzékenyítve*” legyen, az orvos—beteg találkozás többnyire nem centrális mozzanataira? Azért, mert hajlamosak vagyunk az orvosi eljárások megtanulása során azoknak csupán manuális, technikai részére koncentrálni, és tanítóink is elsődlegesen ezekre hívják fel figyelmünket. Ily módon a betegek pszichológiai vezetésének különböző elemei rejtve maradnak.

3. Az orvos—beteg kapcsolat harmadik szintje a szűkebb értelemben vett *pszichoterápiás tevékenység*. Ennek részletezésétől e dolgozat kereteiben eltekintünk, csak a következőket jegyezzük meg:

A szakismeretekkel rendelkező orvos a pszichoterápia során olyan mélységű interperszonális kapcsolatot teremt betegével, mely érzelmi téren a szülő—gyermek viszonyhoz hasonlítható, és ebből a kapcsolatból fejlődik később egy szimmetrikusabb, baráti, mindkét fél részéről aktivitást igénylő kapcsolat.

Hogy konkrétabbá tegyük elemzésünket, hallgassunk meg egy magnetofon felvételt az orvos—beteg találkozásról. A felvétel az elmúlt évek során készült. Egy kórházi dolgozó hozzátartozója keresett fel, akit korábban már kezeltem.

Tudnunk kell, hogy a négy szemközti helyzet minden történéseit nem lehet ily módon visszaadni. A verbális rész felidézése nem jelenti, hogy sikerült az orvos—beteg találkozás minden mozzanatát reprodukálni, mivel az egy igen komplex kommunikáció. Emellett a magnetofon felvétel nem rejtett mikrofonnal történt, a verbális rész bizonyos mértékig megváltozott, a beteg kissé „*megkeményedett*”, nem lehetett tökéletesen reprodukálni azt az érzelmi közelséget, bizalmatlanságot, amely az első, mikrofon nélküli beszélgetés során létrejött.

Magnetofonfelvétel, beszélgetés egy depressziós beteggel:

Orvos: Azt kérem magától, próbálja meg elmondani, mi volt az, ami magát pszichiáterhez hozta? Mi ez az állapot? Hogy tudná elmondani azt, ami most olyan sok kínt okoz magának?

Beteg: Nem is tudom hol kezdjem? Ott kezdem, az első házasságom 13 évig volt és elváltunk 13 év után. 6 évig éltem egyedül és újra férjhezmentem. És nem tudom az első házasságom azért ment-e tönkre, mert a férjem alkoholista volt és azért váltunk el. Másodszor sem sikerült úgy, ahogyan elképzeltem, mert szüleim, édesanyám nem is akarták egyáltalán, hogy férjhez menjek. Egy ideig éltünk a szüleimnél és nem volt jó, és elmentünk külön. Nem tudom azt, hogy most miről is beszéljek?

Orvos: Mit vett észre magán, mi volt az ami egyre inkább megnehezítette az életét?

Beteg: Hát amikor férjhezmentem, a második sem, úgy éreztem, hogy teljesen tönkrementem idegileg.

Orvos: Mit érzett?

Beteg: Hát, már édesanyám nagyon ellenezte, hogy nincs semmi bajod, miért kellett nekem ez a férjhezmenés, mindenfélét ő megcsinált helyettem, én elmentem dol-

gozni. Az ottani munkámat el tudtam végezni, és mikor hát a férjem azt mondta, hogy nem mehetek dolgozni. Otthon a sok probléma, mindenféle rám szakadt és azt már nem tudtam elvégezni.

Orvos: Mit érzett akkor?

Beteg: Nagy feszültséget.

Orvos: Igen, ezekről beszéljen egy kicsit!

Beteg: Az a feszültség, az állandó idegállapot és mindenféle idegesített. Semmi nem volt jó, bárki, bármit csinált nekem az semmi semmi nem tetszett.

Orvos: Régi tevékenységét hogy tudta folytatni?

Beteg: Hogy tetszik kérdezni?

Orvos: Az otthoni dolgokat.

Beteg: Az otthoni munkát? Nem tudtam elvégezni, akkor egy idő múlva egy kicsit jobban bírtam. Eleinte még a főzést sem tudtam, úgy hogy nagyon-nagyon nehezen esett. Én nem tudtam, hogy nincs meg bennem, hogy most ezt is meg kell csinálni, meg azt is. Nem tudom ezeket a dolgokat pontosítani. És az is annyira zavar, annyira idegesít, ez a félelemérzés van bennem állandóan, halálfélelem, attól tartok és olyanokat is elképzelek, öngyilkosságra gondolok. Nagyon félek, a halálfélelem van bennem. És sokszor elgondolom, hogy meg kell csinálnom.

Orvos: Nem is tud másra gondolni?

Beteg: Hát nem érdekel semmi, semmi nem érdekel. Nem tudom magam lekötini, pedig régebben kézimunkáztam. Elkezdtem, talán 10 percig csinálom és már le is teszem. Nem tudok örülni semminek.

Orvos: Hogy érzi a saját helyét a világban?

Beteg: Hát olyannak érzem, hogy kár nekem lenni, nem vagyok olyan ember. Nem is tudom kifejezni magamat.

Orvos: Hogy maga nem olyan ember, mint a másik?

Beteg: Nem.

Orvos: Miért nem?

Beteg: Szellemileg is úgy gondolom, hogy én nem olyan vagyok. Mindent elfelejték.

Orvos: Nagyon nehéz lehet így magának.

Beteg: Nagyon, nagyon. A fiamat is nagyon szerettem, és még annak se tudok örülni. Hazajön (sír...) úgy mondja, mi van veled anyu? És azzal se nagyon törődök (sír...) És mindig otthon mondják, hogy nem igaz, hogyha valamivel foglalkoznál, hogy nem kötnéd le magad, a figyelmedet. De nem tudok semmit, nem tudok (sír...)

Orvos: Férje mit mond az egész problémáról?

Beteg: Csak hallgat és nem szól és mindig azt mondja, hogy én nem is vagyok beteg, csak hisztizek (sír...)

Orvos: Maga hogy érzi, hová tudná sorolni ezt a betegséget?

Beteg: Oda, hogy soha nem gyógyulok meg. Mindig csak arra gondolok és ez nem olyan betegség, mint más.

Orvos: Miben különbözik?

Beteg: (sír...) Abban különbözik, hogy akit megműtenek az vagy meggyógyul, vagy meghal, de én csak állandóan abban az állapotban vagyok, és senki nem hiszi el, hogy beteg vagyok (sír...)

Orvos: Senki nem érti meg magát, úgy érzi?

Beteg: Igen.

Orvos: Tud erről a betegségről valakivel beszélni? Érdekli valakit is, hogy maga miben szenved?

Beteg: Nem érdekel az senkit. Egyik este is egyedül voltam otthon és rosszul lettem, ez a feszültség, ez az idegállapot. Akkor is egyedül voltam, a szomszédnak szoltam, itt lakik egy öreg néni, nem is nagyon tud menni. Azt mondta: „hogy ha a férje nem tud hazajönni, azt nem érdekli, hát akkor engem miért, és át sem jött”. (sír...)

Különösebb lélektani vagy kórlélektani előképzettség nélkül is fontos megállapításokat tehetünk a betegről:

Nagyon szomorú, rossz kedélyállapotú asszony hangját hallottuk. Szorongásokról, sőt halálfélelem érzésekről számolt be. Kényszeresen visszatérő öngyilkossági készletései vannak. Úgy érzi, hogy életében semminek sem tud örülni,

nem látja értelmét annak, hogy éljen. Lelkiismeretfurdalással — szaknyelven szólva — büntudattal éli meg azt, hogy még fiának sem tud örülni. Sötét a perspektíva, talán nem is e világra való.

Ezen a sötét szemüvegen keresztül visszamenőleg is elemzi életét: talán valahol nem jól csinálta? Talán rosszul irányította kapcsolatait? Talán ő az oka hogy első párkapcsolata csődbe ment és a jelenlegi sem áll fix talajon?

Tehát a szavak között ott bújkál az az érzés, hogy „mindez az én hibám, az én magatartásom az oka mindennek”. Hosszú idő óta munkát sem mer vállalni, pedig korábban szeretett dolgozni és munkahelyén szerették. Jelenleg még az otthoni tevékenység is problémát jelent számára.

Ha tovább nyomozunk, akkor felszínre kerülhetnek az egyéb depressziós tünetek is: alvászavar, étvágytalanság, libidócsökkenés.

Mit tettem most? Szinte pontról-pontra megpróbáltam *leírni* — a beteg által közölt adatokból — a különböző tüneteket. Sorra vettem a hangulat, az érzelmi élet, a gondolkodás sajátosságait. Ezt követően szakmai ismereteim és tapasztalataim alapján ítéletet alkotok. A vizsgálati megállapításaim és a depresszióról szóló ismereteim megegyezők, így az asszonyt depressziósnak minősítem. A tünettani leírás a következő:

hypothymia = hangulati nyomottság,

anxietas = szorongás,

pessimisztikus gondolatok, szuicid késztetések,

tudatának — gondolkodásának monoideisztikus beszűkülése problémái köré.

Megfigyelhették azt is, hogy a beszélgetés első részében meglehetősen passzív magatartást tanúsítottam. Arra törekedtem csak, hogy minél több tünetet tárjak fel — a hagyományos orvosi vizsgálati módszer alapján —, minél teljesebb és pontosabb tünettani leírását kapjam a betegségnek. Ez a módszere az ún. *leíró, deskriptív pszichiátriának* is, mely a betegségeket *nozológiai kategóriákba* sorolja.

Orvosi tanulmányaink során ezt a szemléleti rendszert sajátítottuk el és így nyilván szinte már automatikusan is hajlunk arra, hogy ezen minta szerint végezzük munkánkat. A módszer azonban magába foglal olyan elemeket, melyekre figyelniünk kell. Ha egy általános orvos rendelésén jelenik meg egy hasonló depressziós beteg, akkor mi történik? Az orvos nyilván azokra az ismeretekre gondol, amelyeket tanulmányai során elsajátított:

— a magyar lakosság öngyilkossági rátája igen magas,

— a depressziós betegek gyakran követnek el szuicidiumot,

— a depresszió különböző típusú lehet, más és más kezelést igényelnek egyes fajtái.

Ezen gondolatok után nem csodálkozhatunk, ha a lélektanban járatlan általános orvos bizonytalannak, alkalmatlannak érzi magát a beteg ellátására és a vizsgálat első fázisában már megszületik a „nem vállalhatom a beteg gyógykezelését” érzése.

Ez az *elhárítás* sokszor nem is tudatos szinten jelentkezik, hanem „csak” féltelmet, bizonytalanságot érez munkájával kapcsolatban. Ilyenkor az orvosi tevékenység irányító elve szükségszerűen az lesz, hogy csak minél előbb szakorvoshoz, vagy intézményhez irányítsa a beteget. Így bármennyire jól képzett, jó szándékú az orvos, képtelen lesz a betegre „*ráhangelődni*”. Szükségszerűen elhárítja a beteg közeledését és ezzel esetleg elszalasztja a beteg számára egyetlen — sokszor utolsó — segítségnyújtási lehetőséget. Ezen gondolatok képezik hátterét azon véleményemnek, hogy az általános orvosi gyakorlat, a csapatorvosi munka, talán a legfontosabb része a medicinának. Az általános orvos él legköze-

lebb a beteghez, hasonló szociális térben mozognak, ő rendelkezik a legtöbb információval azokról az eseményekről, amelyek a lelki zavarok hátterét adják.

Próbáljunk egy másfajta megközelítésben foglalkozni a beteggel, talán megoldhatjuk az előző problémát. *Hangsúlyozom, hogy nem egy szemléletmódot akarok kicserélni Önökben, hanem az orvos—beteg kapcsolat hagyományos modelljét szeretném kiegészíteni.*

A következőket idézem fel:

A magnetofon beszélgetés utolsó részében azt mondtam a betegnek: „Bizony nagyon nehéz lehet így, ezekkel a terhekkel élnie, megpróbálok Önön segíteni.”

A magnetofon felvétel elkészítése előtt a következőket mondtam: „Kedves Asszonyom, az Ön története olyan tanulságos, olyan mély érzéseket kelt bennem, hogy szeretném elmondani azoknak az orvostanhallgatóknak is, akiket a lelki betegekkel való foglalkozásra tanítok. Manapság nem értjük meg mi orvosok eléggé betegeink lelkiállapotát. Úgy érzem, hogy az Ön őszinte kitarulkozása olyan benyomást tesz másokra is, hogy elősegíti oktatói munkámat. Lehetetlen, hogy ilyen nagy emberi szenvedés ne indítson meg akár nem orvos embereket is.”

Harmadik dolog a következő volt: amikor a beteg távozni készült, vállára tettem a kezemet és azt mondtam: „Nagyon erős volt eddig is, hogy ezeket a szörnyű batyukat, terheket elbírta. En segítek megszabadulni a batyuitól, csak próbáljon meg még egy kicsit kitartani.”

Ha ezen három therápiás intervenció *közös elemét* keressük, akkor kiindulásunk a következő:

Elmondtam a saját érzéseimet azzal kapcsolatban, amit a beteg velem közölt. Tehát a kommunikáció alapvetően más lett: az orvos nem érzelem nélküli, tudományos kérdéseket tett fel a betegnek, hogy még alaposabb adathalmaz legyen, hanem az orvos—beteg kapcsolat kibővült a *kommunikáció kétoldalúvá vált*. Az orvos nemcsak a szakmai ismeretei szerint kérdező és megállapító szakemberként, hanem saját érzéseit megfogalmazó embertársként, barátként, jó szomszédként is viselkedett.

Vigyük tovább a gondolatmenetünket! Tehát a kommunikáció kibővült. Hogyan? Ha érezzük, hogy betegünk nagyon szenved, nagy bajban van, akkor óhatatlanul eszünkbe jut saját életünknek egy-egy nehéz periódusa, amikor jól esett csupán egy segítő szó, vagy mosoly. Így teremődik meg bennünk az *azonosulás érzése*, melynek kifejezésére sokfajta eszközünk van, és a kommunikáció tartalmából következően több lehetőség adódik. Pl. szidhatom a férjet, szidhatom a körülményeket, ezek az azonosulási formák a mindennapi gondolkodás sémái. Az orvosnak lehetőség szerint az ún. belső körben kell maradnia, vagyis a beteg és a közte levő érzelmi-gondolati szférában kell kifejeznie az azonosulást. Egy krízishelyzetben levő betegnél az azonosulás oly mérvű kell legyen, hogy az orvos még az öngyilkossági készletet is megérti, természetes, hogy tevékenységével igyekszik megakadályozni. Gondoljanak arra, hogy mily gyakran reagálunk egy öngyilkossági gondolatokkal küzdő, vagy már ilyen cselekményen túllevő embertársunkra úgy: „hogy tehetettilyent, hogy tervezhetilyent? Csak semmi félelem, fel a fejfel.” Erre mondhatjuk azt, hogy „ellenazonosulás”.

Az azonosulás mellett fontos, hogy ezt úgy tettem, hogy egyben *erősítettem* is a beteget. Nemcsak vele érzek, nemcsak segíték, hanem én, a szakember úgy látom, hogy átlagon felüli erők vannak a személyiségben, amit esetleg eddig észre sem vett. Komoly toleranciával rendelkezik, hisz kevesen lettek volna ké-

pesek ilyen terheket cipelni. Tehát azonosultam a beteggel és egyben erősítettem is.

Ezek a *dinamikus, betegre centrált orvosi szemléletmód* fontos elemei. Hogy egy hasonlattal éljek, talán azt lehetne mondani, hogy az ítélőbírói-minősítő szerepben tevékenykedő, rezenésmentes arcú orvos lelép a pulpitusról, megfogja páciense kezét és együtt járnak a gyógyulási folyamat keresztútjait. A kialakított érzelmi kommunikációs híd döntő lehet a gyógyítási folyamatban, esetleg a páciens számára az egyetlen és utolsó lehetőség a világhoz, az élethez.

Hogy még világosabbá tegyem a kérdést: Egy ilyen kritikus orvos—beteg kapcsolatban nemcsak spontán keletkező emberi érzéseink állítanak a beteg mellé, hanem tudatos magatartásunk is. Esetünknel maradvá: felháborodhatok a mindennapi életben azon, hogy egy szegény asszonyt mennyire kikészít durva, agresszív férje. Az azonosulási folyamatban megjelenő indulatokat azonban rendeznünk kell önmagunkban:

Lehet, hogy az a férj nem is olyan gonosz, csak mindkét részről hibás magatartásminták sorozata áll a konfliktus mögött.

Tudom azonban azt, hogy a beteg ezt nem látja és ő valóban úgy érzi, hogy az egész világ vele szemben hamis, rossz, vár egy megértő reakciót.

Akut helyzetben tehát a beteg érzései szerint kell viselkednem és csak a terápia későbbi szakaszában nyílik módom a konfliktus keletkezésének elemzésére.

Az eddig elmondottakból valószínűleg következik, hogy miért elemeztem részletesen az orvos—beteg kapcsolatok különböző szintjeit, miért beszéltem részletesen a betegre centrált szemléletmódról.

1. A lelki gyógyítás nem lehet csak a pszichiátria feladata, mert egyrészt nem is volna képes ezt vállalni, másrészt pedig elvileg sem elfogadható álláspont az, hogy aki beteg, azzal foglalkozzék az orvos, aki neurotikus, vagy depressziós, azzal pedig a pszichológus vagy pszichiáter.

2. A betegségek az esetek döntő részében a személyiséget is érintik és így természetes, hogy a lelki zavarok az alapellátás vagy az orvosi gyakorlat más területein nagy számban előfordulnak.

3. Reméljük, hogy a lelki gyógyítás az orvostudomány fejlődésével része lesz az általános orvosi gyakorlatnak és a szakorvosok — a speciális szakismerteket igénylő feladatok mellett — támogatják az általános orvost.

4. Az orvosi gyakorlatban azt nehéz meghatározni, hogy melyik betegnél milyen szinten kommunikáljunk, a betegség természete pontosan hogy befolyásolja az egyént. Ezt mindig egyénenként kell elbírálni, döntő a helyes *szemléletmód*.

Vizsgáljuk meg röviden, hogy az általános orvosi gyakorlat és a csapat-orvosi munka mennyiben azonosak, mennyiben különbözőek és az előbb elmondottak a katonarvosi hivatásban is elfogadhatók-e?

A katonarvosi pályán dolgozók ún. *hivatási konfliktusát* képezheti — nem kellően tisztázott elvek esetén — a *kettős identitás*. Ez lényegében azt jelenti, hogy egy személy egyszerre két élethivatás normáját kell hogy teljesítse: egyrészt az orvosi pálya, másrészt pedig a katonai pálya szereprendszere szerint kell élni. Kétségtelen az, hogy önmagából eredően a két normarendszer nem azonos. Olyan helyzetek is elképzelhetők, amelyekben az ütközés igen éles.

A téma szempontjából jelentős, hogy ez a kettős identitás mennyiben érinti az orvos—beteg kapcsolatot. Konkrét példánál maradvá elképzelhető-e hogy egy orvos őrnagy vagy egy főhadnagy azonosuljon sorkatona betegével, oly módon, hogy az hiteles legyen és így terápiás erővel bírjon?

1. A probléma ott kezdődik, hogy az orvos tisztázta-e magában azt, hogy mikor milyen szerepet várnak tőle. Ha ez megtörtént, képes minden esetben az adequat helyzethez illő viselkedésre.

2. Képes-e ezt az önmagában tisztázott kettős szerepszükségletet előjáróival — akik rendszerint más szakmai képzettségűek — elfogadtatni?

3. Konkrét esetekben, ahol a két szerepből eredően feloldhatatlannak látó ütközések állnak fenn, hogyan foglal állást, milyen szerep szerint viselkedik?

ad 1. A betegre centrált orvosi szemlélet hirdetése mellett a következő módon lehet meghatározni, hogy mikor milyen szerep szerint viselkedünk: a katonaoorvos feladata az, hogy munkaterületén a rábízott emberek harckészültségét megőrizze. A harckészültség fogalma jelen esetben helyettesíthető az egészség fogalmával, természetesen testi-lelki egészség értendő rajta. Tehát, ha a zubony helyett felveszem a fehér köpenyt, akkor a fehér köpeny normái szerint viselkedem, mert ez a vállalásom, de tudom — és ezt a betegemnek is tudnia kell —, hogy a tágabb szociális térben mindketten a katonai társadalmi csoportban létezzünk. A probléma — mely óhatatlanul begyűrűzik az orvos—beteg kapcsolatba is — a következő esetekben jelentkezik:

a) Ha kizárólag orvosként akarok viselkedni és a betegem felé ezt kifejezésre juttatom azzal, hogy elhatárolom magam az egyenruhától. Ilyenkor azt az embert megsértem, aki rendszerint teljes mértékben azonosul hivatásával, azt pedig félrevezetem, akivel bizalmaskodó, az elvárt normáknak nem megfelelő magatartást tanúsítok, aki katonai identitásában egyébként is problémákkal küzd.

b) Ha kizárólag katonaként akarok viselkedni, akkor azt az egyént vezetem félre, aki teljes mértékben azonosul hivatásával, aki pedig hivatásával kapcsolatban problémákkal küzd, azzal nem tudok kapcsolatot teremteni.

Tehát ahhoz, hogy az orvos—beteg kapcsolat terápiás értékű legyen, feltétlenül szükséges, hogy az orvos saját identitását tisztázza és ennek megfelelően az adott orvos—beteg kapcsolatban kongruens magatartást tudjon tanúsítani.

ad 2. Tapasztalatom szerint a katonai előjárókkal akkor adódnak nézeteltérések, ha az orvos magatartásával nem tudja bizonyítani, hogy orvosi tevékenysége — melyet a katonaoorvosi pályával való teljes azonosulással végez — az egység érdekét szolgálja. Valahogy úgy lehet ezt megfogalmazni, hogy a szakács azért ölt szakács ruhát — ami nem katonás —, hogy minél higiénikusabb, jobb legyen az étel, a szerelő azért lesz olajos, piszkos — ami alakiatlan — mert precízen el akarja végezni a rábízott feladatot. Mindkettő tevékenységének az a hitele, hogy a gulyás jó ízű legyen, illetve a motor ne fulladjon le. Egy idős parancsnok barátom mondta nekem a következőt: „Tudod, nekem nem az kell, hogy a doktorom megfelelő szögben szalutáljon, hanem az, hogy tisztjeim, meg a katonáim biztonságban érezzék magukat, számítani tudjunk az *orvosunkra*.”

Úgy gondolom, hogy — az előző szempontok betartása esetén — a hivatásos orvos tisztet elfogadják az előjárók és nem keletkeznek szerep különbözőségből eredő konfliktusok.

ad 3. Békeidőben is előfordulhatnak olyan konfliktusok, melyeknél az orvos szerep és a katonatiszti szerep más, ellentétes magatartást kíván az illető egyéntől. Pl. orvosi vizsgálat során kiderül, akár hivatásos, akár sorállományú egyénről, hogy alkoholos állapotban a katonai normatívákkal összeegyeztethetetlen magatartást tanúsított. A tiszt szerep azt követeli, hogy fegyelmi eljárás induljon. Az orvosi szerep pedig azt, hogy az alkoholizmust, mint tünetet meg-

fejtsük és az egyént gyógykezeljük. Súlyosabb társadalmi normasértő magatartásokat kivéve, orvosi hivatásunk normái szerint járunk el. Tevékenységünk során azt azonban szem előtt kell tartanunk, hogy az orvos—beteg kapcsolat az egyén belső problémáira megoldást jelenthet, de nem mentesít a külső normasértés felelőssége alól. Világosan kell látnunk azt is, hogy nyilván más lesz az orvos-tiszt magatartása pl. ha ügyeletes tiszt szolgálatot lát el.

Megpróbáltam körülhatárolni azt a területet, ahol a csapatorvosnak lelki segítségnyújtást kell adnia. Az eset ismertetésével, egy orvos—beteg találkozás bemutatásával az orvosi szemléletmód kibővítését szándékoztam elérni.

A gyógyszeres terápiáról kétféle szélsőséges nézet figyelhető meg:

1. A biológiai betegségek mintájára, szinte kizárólag gyógyszerekkel segítünk a lelki betegeken.

2. Szélsőséges pszichológiai szemlélet, mely szerint a lelki betegségek eredetüknek megfelelően csak lelki gyógy módot igényelnek.

Osztályunkon — az ún. kis-pszichiátria területén azt az álláspontot alakítottuk ki, hogy a pszichoterápia elengedhetetlen a gyógyításban, de gyakran nélkülözhetetlen a gyógyszeres kiegészítő kezelés.

A csapatorvosi munkában elsősorban csak a kis pszichiátriai tevékenység — neurózisok, depressziók, pszichoszomatikus betegségek gyógyítása — jelentős, mert az elmebetegségek szakorvosi ellátást igényelnek.

Legfontosabb a szorongásoldók alkalmazása, melyek az orvosi szóval együtt adva komoly terápiás értékkel bírnak.

Melyek a legfontosabb elvek a gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatban:

1. Az ún. minor tranquillansok közül a Seduxen, Elenium, Trioxazin, Andaxin, Dalgol adása javasolt, annak a figyelembevételével, hogy tartós gyógyszereszedés esetén megszokás veszélye áll fenn.

2. A maior tranquillansok közül extrém nyugtalan állapotban a Haloperidol-Pipolphen, vagy a Tisercin-Pipolphen kombináció vált be a leginkább.

3. Alvászavarok esetén Eunocin, Noxyron kedvező hatású, barbiturát származékoktól lehetőség szerint tartózkodjunk.

4. Hangulatjavítókat célszerű szakorvosi konzultáció után adni, mivel a depressziók egyes típusainál váratlan hatásokkal kell számolnunk. A thymolepticumokat leggyakrabban tranquillansokkal együtt adjuk.

Перци И., майор м/с:

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ НА УРОВНЕ ВОЙСКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ.

Dr. József Pörzsi Maj. d. Med. Dienstes:

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER NEUROSE BEI DER TRUPPE — MEDIKAMENTÖSE THERAPIE.

Mycosolon[®]

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolomot és 0,25% mazipredon.-t tartalmaz.

JAVALLATOK

Dermatophyták vagy más által kiváltott, kifejezett gyulladással, illetve irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekcémák, intertrigo, interdigitalis és különféle eredetű mycosisok.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1-2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.

Fülinfekció esetén: naponta kétszer vezetünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST**