

Segíteni és segítőtve tenni

A szülői kompetenciafejlesztés lehetőségei egy házi gyermekorvosi praxisban

Az orvosi tevékenység – legalább az elhatározás szintjén – az elmúlt évtizedekben igyekszik egyfajta egészségmegőrzési-prevenációs hangsúlyra szert tenni. A folyamat során, amelyet a gyakorlatban számos körülmény nehezít, a gyermek-alapellátás alapvetően szerencsés helyzetből indul. Jelen írás elsősorban a szerző saját, gyakorlati tapasztalatait, illetve az ezek mellé társított szakirodalmi adatok alapján annak lehetőségeit próbálja körüljárni, hogy ez a szemlélet hogyan tud megjelenni a gyermekekkel a praxisba tartozó szülők szülői kompetenciájának fejlesztése útján. A kompetenciafejlesztésen belül külön esik szó az információátadásról, a döntési jogkör átadásáról és a döntéshozásban való támogatásról. Miközben a szakember segítőként áll a szülő mint kliens mellett, párhuzamosan arra is szükség van – hiszen a szülői feladatkörnek ez elengedhetetlen része –, hogy egy kicsit segítse a szülőt gyermeke segítőtjévé is válni. S a terepek, ahol mindez megjelenik: a betegellátás, ahol a gyógy folyamatok és a krízis során tapasztalt jelenségekkel lehet párhuzamot találni; az újszülött-látogatás, az egészséges tanácsadások, ahol tisztábban tud megjelenni a segítői attitűd; és a gyerekvizsgálatok, ahol a nondirektivitás kap nagyobb szerepet.

Kulcsszavak: gyermek-alapellátás, egészségmegőrzési szemlélet, szülői kompetenciafejlesztés.

Huszonöt éve vagyok orvos, és közel tíz éve dolgozom házi gyermekorvosként. Amikor a szakmán belül ez utóbbi területet választottam, tudtam már, mi vonz benne, de azért kellett néhány év, hogy röviden és pontosan meg tudjam fogalmazni, mit tartok a legfontosabb feladatnak ebben a munkában: hogy a praxisomba tartozó gyerekek szüleit képessé tegyem arra, hogy gyermeküket a lehető legnagyobb testi-lelki-szellemi egészségben felneveljék. Hiszen a munkám során távolról sem csak a gyermekekkel, hanem épp annyira, sőt sok esetben sokkal inkább a szülőkkel is dolgozom. Ráadásul a gyerekek betegségeinek túlnyomó többsége, ha egészen őszinték akarunk lenni magunkhoz, valójában teljesen magától vagy legfeljebb ápolást igényelve gyógyul, a hozzám forduló szülők által jelzett problémák jelentős része pedig még csak nem is betegség, vagy nem testi eredetű betegség. Ha tehát a tevékenységem sikerét abban akarnám mérni, hogy hány gyereket gyógyítottam meg a saját kezemmel, akkor két lehetőség áll előttem. Vagy állandó frusztrációnak lennék kitéve az igen alacsony sikerráta miatt, vagy kényszert éreznék „orvosi módon” folyamatosan beavatkozni olyan dolgokba, folyamatokba, amelyek ilyen jellegű beavatkozást egyáltalán nem igényelnek, sőt kifejezetten a folyamat és a résztvevők hátrányára szolgál minden ilyen beavatkozás – lásd például a bizonyos életkorokban élettaninak tekinthető viselkedésváltozásokat vagy a pszichoszomatikus betegségeket. Talán ezt – ha nem is tudatosan – felismerve elkezdtem áthelyezni a tevékenységem fókuszát, fenntartva persze, hogy nagyon

fontos azt a néhány, valóban felismerni való és beavatkozásra váró betegséget és beteget beazonosítani, és megtenni mindazt, amit ilyenkor a szakma szabályai szerint kell.

A fentebbi „ars poetica” megfogalmazása nagyjából egybeesett a Semmelweis Egyetem mentálhigiénés és szervezetfejlesztő képzésében való részvételem kezdetével, így talán kicsit tudatosabban tapasztalhattam meg, hogy az ott szerzett ismeretek és élmények miben és hogyan változtatták meg működésemet. A jelen cikk alapjául szolgáló szakdolgozatom írása kapcsán pedig elkezdtem a korábbinál mélyebben utánajárni annak, hogy a nemzetközi és a magyar orvosi szakirodalomban hol és milyen megfogalmazását találom ennek a kérdésnek.

MENTÁLHIGIÉNÉS SZEMLÉLET A GYERMEKORVOSI ALAPELLÁTÁSBAN

A modern orvoslás az utóbbi évtizedekben az ellátás minden területén egyre inkább igyekszik hagyományos, betegség- és gyógyításközpontú, szakmai dominanciájú szemléletét, működés módját egyfajta egészség- és megelőzőközpontú, közösségi részvételű és a betegek részéről nagyobb egyéni felelősségvállalást kívánó – vagyis valójában mentálhigiénés jellegű – szemléletté alakítani.¹ Ugyanakkor az orvosi működést meghatározó háttérben számos olyan momentum van – akár a pályaválasztás motivációiban,² akár a képzés és a továbbképzés szemléletmódjában és ezzel szemléletet formáló hatásában³ –, amely nehezíti vagy akár akadályozza ezt a folyamatot. Így tehát a változás mértéke a gyakorlatban igen különböző, de maga az elhatározás is igen fontos lépés.

Az alapellátás – jellegéből adódóan – már korábban is „hajlott” ebbe az – újnak tekintett – irányba: végül is *Bálint Mihály* bevallottan nem véletlenül kezdte az ilyen irányú munkáját angol házi orvosok csoportjával. Saját szakmám, a gyermekorvosi alapellátás speciális tulajdonsága még az alapellátáson belül is, hogy bár hivatalosan a gyermek a betegünk, sokszor mégis legalább ugyanannyira a szülővel is dolgozunk, ő pedig nem beteg, tehát valami másfajta együttműködés kialakítására van szükség. Ez a hagyományosnak tekintett orvosi tevékenységek – diagnózisalkotás, kezelés, illetve a gyógyulási folyamat ellenőrzése – esetében is így van.⁴ Ugyanakkor a nemzetközi szakirodalomban (ha a magyar nyelvűben még nem is) az elmúlt években megjelent néhány olyan cikk, amely ennél távolabbra tekint. Ezek az írások részint a tartósan fennálló, súlyos stressznek, illetve ezzel egy időben a környezeti támogatás elmaradásának a gyermekek fejlődésére, egészségi állapotára tett hosszú távú negatív hatásait vizsgálják.⁵ Ez a hatás epigenetikus módon érvényesül, vagyis úgy, hogy a környezeti körülmények az egyén genetikai

1 KÁLMÁN M. – KOVÁCS Á.: Bevezető, in UÓK (szerk.): *Az elsődleges gyermekorvoslás gyakorlata I.*, KF&T Kft. – PharmaMédia Kiadói Divízió, Budapest, 2015, pp. 13–19. ■ 2 FEKETE S.: Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség, *Psychiatria Hungarica*, 1991/1., pp. 23–24. ■ 3 BUDA B.: *Empátia*, Urbis, Budapest, 2006, pp. 114–115. Úó: *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*, <http://www.mek.oszk.hu/02000/02009/02009.htm>, pp. 112–115. ■ 4 KÁLMÁN M.: Az elsődleges gyermekorvosi ellátás: elmélet és gyakorlat, in KÁLMÁN M. – KOVÁCS Á. (szerk.): *Az elsődleges gyermekorvoslás gyakorlata I.*, i. m. pp. 21–35. ■ 5 J. P. SHONKOFF – A. S. GARNER AND THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE, AND SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS: The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, (2012), 129., pp. 232–246.

állományában kódolt tulajdonságainak a „gyakorlatban” való megjelenését befolyásolják. Egy másik cikkben⁶ azonban megjelenik a „reflektív szülő”, illetve a „szülői reflektív funkció” fogalma, valamint az írás beszámol az e szülői funkció fejlesztését célul kitűző néhány programról – és bár ezek sem a „jól működő” családok számára indultak, itt a megelőzés hangsúlya már egyértelműen nem a környezeti feltételek megváltoztatására, hanem a jó szülő-gyermek kapcsolat kialakulásának támogatására kerül. A tanulmányban szó esik a módszer szakember-kliens kapcsolatra kifejtett pozitív hatásáról is. (A módszert „egészségügyi szolgáltatók”, tehát nem csak orvosok számára javasolják a szerzők.) A szöveg ad néhány gyakorlati javaslatot a reflektív funkció, reflektív attitűd fejlesztéséhez, de a jövő feladatának tartja annak kidolgozását, hogy az egészségügyi szolgáltatók ezt hogyan tudják beépíteni mindennapi munkájukba.

Ez utóbbi tanulmány már szorosabban véve is mentálhigiénés szemléletben íródott, ugyanakkor tapasztalható benne a kezdeti útkeresés minden bizonytalansága is. S mikor elolvastam, megvallom, kicsit kihúztam magam: ez egy tavalyi amerikai szakcikk, és a lényegét tekintve azt fogalmazza meg, amerre magam is elindultam.

SZÜLŐI KOMPETENCIAFEJLESZTÉS

Mint azt már fentebb írtam, munkám során az egyik legfontosabb prevenció – és ezzel mentálhigiénés – tevékenységnek a szülői kompetencia fejlesztését gondolom.

A kompetencia sokszor hallott kifejezés napjainkban, és többféle értelmezése használatos. A jelen helyzetre legpontosabban úgy értelmezhető, ha „cselekvőképesség”-nek fordítjuk – vagyis annak a képességnek, hogy a bennünk lévő tudást (ismereteket, készségeket és attitűdbeli jellemzőket) sikeres problémamegoldó cselekvéssé tudjuk és akarjuk alakítani.⁷ A szülői kompetencia így tehát szülői cselekvőképesség. A fenti definíciót véve alapul ehhez elsősorban három dolog szükséges: *képesség* a tudás cselekvéssé alakítására, *hajlandóság*, hogy ezt megtegyük, és persze megfelelő mennyiségű és minőségű, cselekvésbe átfordítható *tudás*. Házi gyermekorvosként a „*képességrész*” fejlesztésének tekintetében *Carl. R. Rogers* alapfeltevéseiből kell kiindulnunk: mindenkiben benne van a lehetőség, hogy problémáit saját maga oldja meg. A „*tudásrész*” az, amiről minden kollégám tudja, hogy ez fontos feladatunk – betegedukáció cím alatt nyomokban most már az egyetemi oktatásban is felfedezhető. Amiről viszont tapasztalatom szerint sok orvos nem veszi tudomást, pedig e nélkül az egész nem ér semmit, az a „*hajlandóságfaktor*”, vagyis a motiváció. Ezen a ponton megint belépnek a rogersi alapelvek: tudjuk, hogy bizonyos emberi kapcsolatok, kapcsolatrendszerek katalizálni tudják a problémamegoldó folyamatok megindulását⁸ – s ilyen lehet a házi gyermekorvossal való kapcsolat is.

Lássuk hát e három területet külön-külön!

6 M. R. ORDWAY – D. WEBB – L. S. SADLER – A. SLADE: Parental reflective functioning. An approach to enhancing parentchild relationships in pediatric primary care, *Journal of Pediatric Health Care*, (2015), 29 (4), pp. 325–334. ■ 7 HOGYA O.: A személyes hatékonyságot, eredményességet javító kompetenciák fejlesztése: http://inter-studium.hu/kepzes_pdf/gazdasag/jegyzet_szemelyes_hatekonysag.pdf, pp. 4–5. ■ 8 H. FABER – E. SCHOOT: A segítő beszélgetés, in *Mentálhigiéné, lelkigondozás és pszichoterápia I.*, Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány, Budapest, 2003, p. 86.

1. Szülőedukáció

Kezdjük azzal a feladattal, amely a leginkább elfogadott a szakmában: a betegedukációval, illetve ennek speciális formájával, a szülőedukációval. A magyar lakosság egészségügyi kultúrája sajnos nagyon alacsony szintű. Ennek számos oka van (történelmi, társadalmi okok, közoktatásbeli hiányosságok stb.), de azt sem hallgathatjuk el az okok között, hogy a beteg-tájékoztató mint orvosi tevékenység az elmúlt évtizedekben, de még napjainkban sem (volt) olyan szintű és minőségű, hogy ezt a problémát hatékonyan csökkenteni tudta volna. A tájékoztatás nem megfelelő voltának persze megvannak a hatásai – a kezelési javaslatról, életmódbeli tanácsoktól való eltérés igen nagy aránya formájában,⁹ de a kutatások azt mutatják, hogy a „műhibaperek” növekvő száma is nagyrészt a kommunikáció, tájékoztatás problémáiból fakad.¹⁰

Az orvos-beteg kommunikáció módja azonban nem önállóan létező jelenség, hanem alapvetően az orvos-beteg kapcsolat egyik megjelenési formája. Ha tehát a kommunikáció ilyen lassan változik (a felismert szükségszerűség ellenére), akkor az arra utalhat, hogy a kapcsolat is ilyen lassan változik a hagyományos (biomedicinális szemléletű, paternalista) irányból az elérendő célként megfogalmazott új (bio-pszicho-szociális szemléletű, kapcsolatközpontú) ellátás felé.

Ha ennek okait próbáljuk megtalálni, akkor mindenképpen szembesülünk az orvos-beteg kapcsolat minden mástól különböző jellegzetességeivel. E sajátos kapcsolat a reálisan várható szakértői tekintélyen túl egyfajta irracionális tekintéllyel is felruházta az orvost. A beteg elvárásai és az orvosi működés közti különbség egyre több konfliktust okoz az utóbbi időben. Ugyanakkor a sok és jelentős konfliktus ellenére az orvosok viselkedése mégis csak lassan változik. S ha ez így van, ennek okai minden bizonnyal a személyiség mélyebb rétegeiben keresendők – és sokszor meg is találhatóak a pályaválasztás motivációjában.¹¹

Látszik tehát, hogy még a leginkább technikainak tűnő, és a szakmai tudáson kívül „csak” időbefektetést és némi kommunikációs képzettséget igénylő feladatnál is visszakanyarodunk a saját személyiség és az önismeret problémaköréhez. Mindannyiunk számára fontos eldönteni, hogy ki mitől tartja magát jó orvosnak, illetve hogy ennek megerősítését milyen külső visszajelzésekből látja-érzi-tapasztalja meg. És sajnos a szakmai környezet megítélése s ezzel kifejtett nyomása még ma is abba az irányba hat, hogy az a jó orvos, aki „meggyógyítja a betegét”, s aki csak hagyja gyógyulni vagy pláne egészségesnek maradni, esetleg egy-egy ponton finoman beavatkozva az elcsúszónak tűnő folyamatok kezdetén, hogy visszatérje a beteget a normális kerékvágásba, az „csak beszélget, és nem csinál semmit”. Orvosként nem erre képeztek ki minket, hanem a folyamatokba való közvetlen beavatkozás (direktivitás) és irányítás (partnerség helyett alá-fölé rendeltségi viszony) révén egyfajta „korlátozott mindenhatóságra”, amely nagy teher ugyan, mégis ez a megszokott séma, így attól, hogy ismert számunkra, minden nehézsége mellett biztonságot is ad. Nehéz hát ezzel szembe menni, sokszor érzem magam én is „ufónak” még az alapellátásban dolgozó

9 PILLING J.: Az orvos-beteg konzultáció, in UŐ (szerk.): *Orvosi kommunikáció*, Medicina, Budapest, 2008, pp. 46–66. ■ 10 PILLING J. – ERDÉLYI K.: Az egészségügyi kártérítési perek kommunikációs vonatkozásai, *Orvosi Hetilap*, (2016) 157/17., pp. 654–658. ■ 11 BUDA B.: *A közvetlen emberi kommunikáció szabályszerűségei*, i. m. pp. 112–115.

kollégák között is, bár azért időről időre kapok pozitív visszajelzést, megerősítést szakmai körökből: s ha úgy, hogy a kollégám „ahaélményként” jelzi vissza, amit hall tőlem, az számomra a legnagyobb öröm, mert mutatja a hasonló gondolkodásmódot.

Túllépve ezen a gondolatkörön, és visszatérve a néhány sorral feljebb nagyvonalúan csak „némi kommunikációs képzettség”-nek titulált tudáshalmazhoz, itt a sokféle elméleti és gyakorlatias információ közül a mentálhigiénés szempontból legfontosabbat, a kommunikációs folyamat érzelmi aspektusáról szólót emelném ki. Elméletileg ez úgy fogalmazható meg, hogy „fontos a beteg aktív meghallgatása, a reakcióival kapcsolatos empatikus magatartás”,¹² de mit jelent ez a gyakorlatban? A típuspélda talán az, amikor egy gyógyszeres javaslatunkra (különösen ha olyan szerről van szó, amelynek alkalmazása a közgondolkodás szerint súlyos és gyakori mellékhatások veszélyét rejt) a szülő az „és nincs erre valami más (esetleg: és nincs erre valami természetes) módszer?” kérdést teszi fel. Ha erre egyszerű és határozott nemmel felelünk, a kérdés tartalmi, információs szintjére persze korrektil és teljes körűen válaszolunk. Csakhogy a kérdés nem erre vonatkozott, sőt valójában nem is kérdés volt, hanem a kezelési javaslatlalt, illetve annak hatásaival kapcsolatos aggodalmakat volt hivatva kifejezni. A szülő valójában nem választ vár tőlem, hanem megértést, elfogadást, a partneri viszony megerősítését és hitelességet. Ilyenkor a feladat tehát nem az, hogy a kérdésre válaszoljunk, hanem hogy felismerjük a mögötte meghúzódó érzelmet, és azt akár csak egyetlen mondattal tükrözve ebbe az irányba nyissuk ki a beszélgetést: „Úgy látom, tart ennek a gyógyszernek az alkalmazásától. Elmondaná, mi az pontosabban, ami miatt aggódik?” Vagy: „Úgy látom, tart ennek a gyógyszernek az alkalmazásától. Tudom, hogy sok rossz hírt lehet hallani ezzel kapcsolatban, talán jó lenne ezekről beszélnünk egy kicsit részletesebben.” Persze egy régebb óta fennálló kapcsolatban, ha a bizalom már létrejött, és a kommunikációs minta kialakult, ez sokszor nem is hangzik el így kifejtve, hiszen a korábbi beszélgetések során elmondottakra csak egy-egy szóval kell visszautalni. Alkalmassint a szülő is csupán ennyit mond (de ezt teljes természetességgel): „Tudja, doktornó, az internet...”, és aztán azon a szálón, hogy mit is olvasott a világhálón, el lehet indulni. És ezt azért tudja így megfogalmazni, mert már megtapasztalta, hogy számomra az is fontos szempont, hogy ő érzelmileg hogyan viszonyul egy-egy helyzethez vagy javaslatomhoz, és nemcsak az, hogy az információ tartalmi részét megértette-e.

Az én gondolkodásom – és persze a kommunikációm – szempontjából pedig az a lényeges, hogy én magam el tudjam dönteni, mennyire fontos az adott kezelési mód. Egyrészt abból a szempontból, hogy oki vagy tüneti terápia-e (mert ha csak a tüneteket csökkenti, és maga a kezelés esetleg nagyobb problémát okoz, mint a tünet megléte, akkor a szülő minden további nélkül választhatja azt, hogy nem alkalmazza), másrészt hogy van-e kezelési alternatíva (mert általában van), és hogy ezeket az információkat is megosszam. A fenti szempontok megfogalmazásával persze újra elismerem, és el is kell ismernem a tevékenységem határait, azt, hogy nem tudok mindent befolyásolni, sőt azt is, hogy nemcsak én, de a szakmám sem mindentudó, hogy nem tudunk mindig mindent pontosan felismerni vagy megjósolni. Ez a mozzanat, az „elismerése annak, amit nem tudunk”,¹³

12 CSABAI M. – TRINN CS. – MOLNÁR P.: Terápiás betegoktatás és közös döntéshozatal, in PILLING J. (szerk.): *Orvosi kommunikáció*, i. m. p. 73. ■ 13 PILLING J.: Rossz hírek közlése, in UÓ (szerk.): *Orvosi kommunikáció*, i. m. p. 322.

teszi hitelessé nemcsak a többi tőlem kapott információt, de ezzel együtt magát a viselkedésemet is. Ugyanakkor ezzel erősítem a partneri viszonyunkat is, kifejezve, hogy a saját gyermekével kapcsolatban a szülő a szakértő. Tapasztalatom szerint ez a szülők többségét nem ejti kétségbe, és – bár eleinte olykor csodálkozva, de – elfogadják ezt a szerepet. Természetesen van olyan szülő is, aki nem így reagál: egyértelműen – bár nem feltétlenül verbálisan – kifejezi, hogy neki másfajta együttműködésre, nem ilyenféle partneri viszonyra van szüksége. S ilyenkor jön a dilemma: meddig alkalmazkodhatom, és meddig kell alkalmazkodnom nekem az ilyesféle szülői elvárásokhoz? És hol vannak e tekintetben az én határaitam? A kérdésre a keretek pontos tisztázása adja meg a választ. Ebben időnként még bizonytalan vagyok, de minden ilyen szempontból „nehéz eset” új tapasztalatot ad.

2. A jogkör átadása

Mentálhigiénés tanulmányaim során tapasztaltam, hogy minden stúdiumon tanultam, tapasztaltam olyasmit, amit adott esetben aztán egész máshol tudtam hasznosítani. Az egyik ilyen a szervezetfejlesztés-előadáson levetített, a delegálásról szóló oktatófilm néhány mondata. Arról volt szó, hogy azzal, hogy a feladatot átadom, a felelőssége nem kerül át, hanem az enyém marad. Ez a gondolat elsőre nagyon megütött, igazságtalannak, sőt tévedésnek éreztem – majd néhány pillanat múlva már tudtam, hogy bizony igaz. És pontosan erről van szó itt is: a gyermekorvosi alapellátásban a betegeink, vagyis a gyermekek jóllétének biztosításában alapvető munkatársaink, akik iránymutatásunk alapján és időszakos felügyeletünk mellett a gyermekek tényleges, gyakorlati, mindennapos ellátását végzik, nem szakképzett egészségügyi dolgozók, hanem a szülők. Ez tehát mindenképpen jogkörátadást jelent a fentebb leírt információátadás mellett. S hogy miért félelmetes ez? Azért, mert a felelősség a miénk marad. Persze mondhatnánk, hogy ez a kórházi ellátásban is így van: a végső felelősség a beteg állapotáért (néhány extrém kivételtől eltekintve) az orvosé, nem a nővére, az asszisztensé, a műtősnőé vagy bárki másé. Ott viszont egyrészt mégiscsak szakképzettek a kollégák, másrészt közvetlenebb a felügyelet, harmadrészt a szakemberek hierarchikus viszonya növeli az előírásaink megvalósulásának valószínűségét. Itt meg a szülők kompetenciája igen változó, és szintje nagymértékben a mi megelőző tevékenységünkön múlik, valamint minden, amit „előírunk” (az ellenőrző vizsgálat időpontját is beleértve), voltaképpen csak javaslat, amelynek megvalósulásában valójában csak reménykedhetünk...

Paradox helyzet ez: minél inkább tartunk a jogkör átruházásának veszélyeitől, és minél „rövidebb pórázon” tartjuk a betegeinket, illetve a szülőket, folyamatos, gyakori kontrollokkal, valamint csak konkrét utasítások közlésével, és nem tájékozott, közös döntések meghozásával, a kevéssé kompetensnek tartott (és ettől azzá is váló) szülő annál nagyobb eséllyel fog tévedni, hibázni, rosszul dönteni – és probléma esetén annál nagyobb eséllyel fogja az orvost egyedüli hibásnak tekinteni. Ugyanakkor az is biztos, hogy az az orvos tudja kompetensként kezelni a betegeit, illetve támogatni a kompetenciájuk fejlődését, aki maga is kompetens a szakmájában. A mi szakmánkban pedig a kompetencia gyakorlatilag valamennyi lépésünknel mindenképpen – reális, elfogadható mértékű – kockázatvállalást is jelent. Hogy erre csak a legkézzelfoghatóbb példát említssem, minden gyógyszerrendelés

magában rejti a mellékhatások megjelenésének veszélyét, amit vállalunk, ha reális mértékűnek tartjuk. Ha így tekintünk a szóban forgó kérdésre is, vagyis a jogkör átruházását a – természetesen mindig az aktuális körülményeknek megfelelő – reális mértékű kockázatvállalásnak fogjuk fel, talán könnyebben a tevékenységünk részévé tudjuk tenni.

S persze itt is különböző a szülők hozzáállása, van, aki szívesen vállalja, s van, aki fél a jogkör ilyesfajta átvételétől. Ha támogató módon állok hozzá, ez is fejleszthető valamelyest, bár ez esetben valószínűleg inkább arról van szó, hogy sokan végre találnak egy olyan partnert ebben a kérdésben, aki mellett megélhetik eredeti és az egészségüggyel tartott eddigi kapcsolataikban elnyomott, visszaszorított „kezdemenyezőkészségüket”.

S mit jelent a támogató hozzáállás?

Hogy nem szidom le a szülőt, ha egyébként jó állapotú gyermekével csak akkor jelentkezik, amikor az már harmadik napja lázas, vagy pláne akkor, amikor már meggyógyult, és csak egy igazolásra van szükségük.

Hogy miután elmondja a panaszokat, amelyek miatt felkerestek, az első kérdésem általában az, hogy „és mindezekkel együtt hogy van a gyerek?”, mert ezt leginkább ő tudja megállapítani, hiszen ő ismeri legjobban a gyereket. (Persze ha döbbenet néz rám, és nem tud válaszolni erre a kérdésre, akkor végigkérdem azokat az „elemeket”, amelyekből kiderül a gyermek állapota. S ha a végére értünk, összefoglalom, és visszajelzem, hogy ez a válasz az első kérdésemre.)

Hogy hajlandó vagyok telefonon is segítséget, tanácsot adni, ha ő úgy ítéli meg, hogy ennyi elég neki.

Hogy csak ritkán, bizonyos betegségek vagy állapotok esetében írom elő, hogy pontosan mikor kell, illetve hogy egyáltalán kell-e kontrollra jönni, az esetek túlnyomó többségében ennek eldöntését a szülőre bízom – természetesen úgy, hogy megbeszéljük az állapotromlás és -javulás általa megfigyelhető jeleit.

S hogy ha döntött, és különösen ha jól, akkor ezt visszajelzem neki, részint megdicsérve miatta, részint felhívva a figyelmét, hogy mennyit változott a működésmódja az ismerettségünk ideje alatt.

Ugyanakkor a támogatás mellett van olyan helyzet is, mikor bizony kissé nyomást kell gyakorolni a szülőkre, hogy ők döntsenek, miközben megpróbálják visszahárítani rám a döntés felelősségét. Erre talán a leggyakoribb példa a nem kötelező védőoltásokkal kapcsolatos tájékoztató során az „és a doktornő beoltatta/beoltatná a gyerekeit?” kérdés, amelyről még a mentális évfolyamunk hallgatói között is élénk vita alakult ki az egyik segítőbeszélgetés-szemináriumunkon – ez is jelzi, hogy a téma többek számára volt „húsba vágó”.

3. Támogatás

A kompetenciafejlesztés témájánál már volt szó az információk átadásáról („tudásfaktor”), a jogkör átruházásáról („képességfaktor”), hát most lássuk a hajlandóságot, vagyis a motiváció kérdését. Az előzők alapján itt elsősorban a szülői önbizalom fejlesztése a fontos, amelyre nagy szükség van. Különösen az első gyermek születése mindenképpen normatív krízis a család számára, a krízis pedig mindig érzelmi, lelki bizonytalanságot hoz magával. A későbbiek folyamán pedig a gyermek növekedésével, illetve a számuk

emelkedésével folyamatosan új és új helyzetek alakulnak ki a családban, folyamatosan újrendezve annak viszonyait és működését, a rendszerszemlélet elvei szerint hatva minden tagjára.¹⁴

Számtalan, a gyermekekkel kapcsolatos, aktuális – és gyakran „egészségügyi tárgyú” – helyzet pedig „minikrizisként” hat a családra. Természetesen ha nagyon nagy mértékű a családi rendszer kisiklása egy-egy változás során, akkor az már családterápiás segítséget, megközelítést igényel, de azért sok esetben egy-egy jól irányzott preventív beavatkozás is elegendő – például a házi gyermekorvos részéről.

Mit is jelenthet ez a gyakorlatban? Egyrészt érzelmi támogatást, melléállást – annak elismerését, hogy szülőnek lenni egyáltalán nem könnyű feladat, még akkor sem, ha nem kell hozzá különösebb végzettség.

Aztán az „itt és most” nehézségeinek kicsit tágabb keretbe helyezését, a horizont nyitását, a folyamatot, annak ívét felvillantva, a szorongásokat kicsit akár humorral oldva: „Hiszen már két napja itthon vannak, és lám, a gyerek még mindig él! És nem is néz ki rosszul!” – amely mondat így leírva meglehetősen morbidnak tűnik, ugyanakkor ha egy első újszülött-látogatás megfelelő pillanatában hangzik el, nagyon is összecseng a szülőknél azzal az igencsak alapvető félelmével, amely akár ugyanebben a beszélgetésben már megfogalmazódott: „Képes vagyok-e életben tartani egy újszülöttet?”

Más szempontból ez a tágabb keretbe helyezés azt is jelenti, hogy visszajelzést adok: mások, akik hasonló helyzetben vannak, ugyanezekkel a gondokkal küzdenek. Ezzel a bizonytalanságot tetéző magányérzést sikerülhet oldani.

Pozitív megerősítést is jelent a támogatás: a találkozások során a szülők részéről tapasztalt jó működésmódok, kommunikációs momentumok, problémamegoldó stratégiák visszatükrözését, kiemelését – szavakkal és cselekedetekkel is. Ha például telefonon hív a szülő, és elsorolja, hogy egy adott, éppen zajló banális betegség kapcsán mit és hogyan tett eddig, és megkérdezi, mi még a tennivalója, részint elmondom, hogy van-e még más teendő, vagy nincs, részint viszont mindenképpen visszajelzem az önállósága elismerését. És csak akkor mondom, hogy hozza be vizsgálatra a gyermeket, ha az elmondottak alapján szükségesnek látszik, vagy ha a szülő bizonytalannak érzi még magát valamilyen – pusztán az információk ellenőrzése céljából nem hívom be őket.

S hogy mik azok a tevékenységi területek, ahol ezt a szemléletet leginkább használom? A szétválasztás persze mesterséges, mert a szemlélet – legalábbis remélem – egész munkámat, jelenlétemet áthatja. Ugyanakkor talán mégis fontos, nekem is sokszor segít, ha egymástól el nem választható dolgokat megpróbálok valamifajta rendszerbe foglalni.

AKUT BETEGELLÁTÁS

Munkaidőm legnagyobb részét – főleg ősztől tavaszig – az akut betegellátás tölti ki. Itt szinte minden beteg vagy család „minikrizist” él át, illetve épp veszteséget szenved el, „gyászol”: a szülő aggódik a gyermek egészségéért, aktuálisan és az ismétlődő betegségek miatt úgy általában is, a közösségből való kimaradás számos technikai, anyagi vagy egyéb veszteséget és az ezek közötti választás dilemmáját veti fel, sok esetben akár családi konfliktusok

14 H. GOLDENBERG – I. GOLDENBERG: *Áttekintés a családról*, Animula, Budapest, 2008, p. 19.

okozója is lehet egy betegség, de legalábbis annyiban csalódott magában az édesanya, hogy nem tudta megvédeni a gyermekét a megbetegedéstől. S bármilyen „banálisak” is ezek az esetek, a gyász, illetve a krízis fázisai éppúgy megfigyelhetők bennük, mint a „nagyoknál”, persze a „klasszikus helyzethez” képest sokkal rövidebb, egymásba mosódó és időnként nehezebben felismerhető formában.

A „klasszikus” gyász fázisai közül¹⁵ az anticipációs szakaszt csak ritkán látjuk, hiszen a gyermekbetegségek jellemzően hirtelen kezdetűek, így ez a fázis inkább tervezett műtétek előtt jelentkezhet.

A sokk szakaszában gyakori a *tagadás*. Ennek jele lehet, amikor a gyerek már előző este nem volt jól, hőemelkedése is volt, de mivel reggel láztalannak találták, bevitték az óvodába-iskolába, majd őszinte csodálkozással fogadják délelőtt a pedagógus telefonhívását. Viszonylag gyakran látunk *gondolkodás- és cselekvésképtelenséget*, amikor az egyébként talpraesett szülő a legalapvetőbb kérdésekre is az orvostól vár választ. Ezt jelezheti az is, ha az óvodából hőemelkedés miatt napközben hazaküldött gyerekekkel azonnal, lázcsillapítás nélkül a rendelőbe rohannak. Ugyanakkor ezt a helyzetet okozhatja az is, hogy a szülő most eljött a munkahelyéről, de holnap már a nagymama maradna otthon a gyerekkel, a rendelés meg éppen tart még, így hát inkább ő hozza be még ma... Mindig fontos tehát kideríteni, mi is áll a dolog háttérében. Szintén előfordulhat többé vagy kevésbé *kontrollálatlan* (vagy annak tűnő) *viselkedés*, itt azonban – mint az érzelmek kifejezésében általában – a kulturális háttér, a hagyományok szerepe is nagyon fontos.

A kontrollált szakaszban továbbra is jelen lehet a *passzivitás*, de a *fokozott aktivitás* is – a szülő elviszi a gyermekét másik orvoshoz is; a pénteki háziorvosi vizsgálat után, annak ellenére, hogy a gyerek nincs rosszul, szombaton az ügyeletre mennek, stb. Ez persze bizalmatlanságot is jelezhet az első orvossal szemben, de nem feltétlenül ennek a jele – megint csak fontos utánajárni. Ilyenkor megjelenhet a szülőben az elsősorban a kívüllagra irányuló *düh*, aminek *vádaskodás* lehet a következménye. („Az óvodában kabát nélkül vitték ki az udvarra ebben a szélben!”)

A tudatosulás fázisára jellemző momentumokból a *szorongás* általános, a *bűntudat*, *önvád* gyakran megjelenik („nem vigyáztam rá eléggé”), és nagyon jellemző a *regresszió*, ennek jeleként pedig elsősorban a *mágikus* („elhoztam, hogy lássa a doktornő, nehogy valami baj legyen hétvégére”), *szimplifikációs* („zokni nélkül mászkált a lakásban, attól lett beteg”) *gondolati elemek* megjelenése. A *döntésképtelenség* továbbra is jellemző lehet, például: „Elutazhatunk így a nagymamához vidékre?” – amely kérdés természetesen nem döntésképtelenséget jelez abban az esetben, ha a nagymamára nézve krónikus betegsége miatt veszélyes lehet egy potenciális fertőzés.

Az átdolgozás és az adaptáció fázisával tiszta formájában inkább csak súlyosabb, hosszabb lefolyású vagy krónikus, esetleg szövődménnyel, maradványtünettel gyógyuló betegség esetén találkozunk a rendelőben. Ugyanakkor az észrevehető, hogy az egyes betegségekhez kapcsolódó folyamatok során megélt tapasztalatok összességében előreviszik a szülőket, és nemcsak rutinosabbá, de magabiztosabbá is válnak – vagyis erősödik a szülői kompetenciájuk.

15 PILLING J.: A haldoklás és a gyász lélektana, in KOPP M. – BERGHAMMER R. (szerk.): *Orvosi pszichológia, Medicina, Budapest, 2009, pp. 437–449.*

Mi a teendője a házi gyermekorvosnak ezzel az egésszel? Ha mentálhigiénés szemlélettel, azaz nemcsak gyógyítóként, hanem segítőként is jelen akar lenni, akkor alapul vehetjük *Pilling János*nak a mentálhigiénés képzésünk során a gyászról szóló előadásán elhangzott szavait: a segítőknek a gyászoló kísérésekor pont az a feladata, mint bármely más helyzetben. Vagyis „*legyen jelen*, ne meneküljön, ne zárja rövidre a helyzetet közhelyekkel, *fogadja el* a kliens érzéseit és reakcióit, *adjon lehetőséget*, illetve *támogassa* a klienst saját *érzései megélésében*, kifejezésében és tudatosításában”. Ez a támogatás, ha megvalósul a „*professzionális segítőkapszolat*” során, részben az orvos-beteg kapcsolat, a bizalom kiépülését, illetve megerősítését segíti, részben pedig lehetővé teszi, hogy ennek mentén a szükséges, releváns szakmai információk is eljuthassanak a céljukhoz. Az az adat, hogy hat év alatti, közösségbe járó gyerekek esetében akár évi 8–12 lázzal járó akut betegség is „*belefér*”, az „*egyetemes realitás*” része. Viszont csak akkor van rá esély, hogy ez megnyugtassa a szülőt, s így segíti a további működőképességét, és fokozza kompetenciaérzését, ha elhísz, hogy én valóban érzem és tudom, hogy az ő számára mekkora probléma ez az egész.

Ha a krízis szakaszait, illetve a krízisintervenció teendőit tekintjük, az előbbihez hasonló képet kapunk. *Caplan* definíciója szerint „a krízis a pszichológiai kiegyensúlyozatlanság rövid időtartama annál a személynél, aki olyan veszélyes körülményekkel kénytelen szembenézni, amelyek számára fontos problémát jelentenek, ám ezeket sem elkerülni, sem megoldani nem képes szokásos problémamegoldó eszköztárával, képességeivel”.¹⁶ A definíció minden eleme illeszthető a rendelői helyzetre.

A „*klasszikus*” krízisben levő kliensre jellemző momentumok közül a *regresszióról*, a *szorongásról*, az *impulzivitásról*, az *alacsony teljesítőképességről* (*döntés- és cselekvésképtelenség*, *passzivitás*) már esett szó a gyásszal kapcsolatban. A *figyelem beszűkülése* is megjelenhet, sokszor úgy, hogy a panaszok, tünetek súlyának megítélését torzítja. („Nem megy le a láza tegnap óta” – jelzi az édesanya legfőbb panaszként a kifejezett nehézlégzéssel, igen rossz általános állapotban, ölben behozott – „*jártányi ereje sincs*” – hétéves gyermekkel kapcsolatban.) A *reménytelenség*, a *múlttal és jövővel való kapcsolat elvesztése* is jellemző, emiatt sokszor a tünetek időbeli lefolyását, gyakoriságát nem tudják pontosan elmondani a szülők. („Két hete lázas egyfolytában!” – mondja a gyermekről, s később kiderül, hogy két hete volt egy lázas betegsége, aztán négy napig láztalan és panaszmentes volt, és most három napja van ismét láza – vélhetőleg egy másik fertőzéstől.) A *gyermeki kiszolgáltatottság érzése* szintén megfigyelhető, emiatt a szülők viselkedéséből sokszor úgy tűnik, hogy a korábban már megszerzett szülői kompetencia egy-egy betegség kezdeténél mindig odavész – vagy legalábbis jelentősen csökken.

S ha úgy tekintjük a dolgot, hogy a szülő krízisben van, akkor a mi dolgunk mi lehetne más, mint a krízisintervenció? Ennek alapján tehát a direktív viszonyulás megengedhető, de fontos az *elfogadás*, *támasz nyújtása*. Ehhez újra és újra át kell gondolni, be kell állítani a *közelség-távolság viszonyát*, és minél „*felfokozottabb*” a helyzet, illetve a szülő viselkedése, annál inkább figyelni kell erre. Ismét előkerül az *érzelmeik átélésének és kifejezésének támogatása*, az „*itt és most*”-ban *maradás*, és nagyon fontos a *helyzet tisztázása*. Sok esetben megtapasztaltam a következőt: amikor első pillanatban kicsit értetlenül álltam a helyzettel szemben, mert azt éreztem, a gyerek pillanatnyi állapota nem indokolja a tapasztalható

16 HARMATTA J.: *Krízis, krízisintervenció, suicid prevenció*. Előadási anyag, 2015. január 13.

kétségbeesés mértékét, kiderült, hogy nem is ez, hanem valami ezzel összefüggő vagy akár össze nem függő probléma állt a háttérben (például komoly, aggodalmat keltő betegség a család egy másik tagjánál, vagy akár az anyának célzott, számára a szülői alaposságot és gondosságot kétségbe vonó megjegyzés).

Fontos tudnom, hogy ezekben a helyzetekben a szülő amúgy meglévő kompetencia-szintje jelentősen visszaeshet. Ennek két szempontból van jelentősége: egyrészt az „itt és most”-ban maradván a pillanatnyi szinthez kell alkalmazkodnom. Másrészt mégis tudnom kell, hogy az előzetes tapasztalatok alapján mi az ő saját szintje, hogy tudjam, a betegség lefolyása során mire számíthatok. És még egy fontos dolog: tudnom kell, hogy ezeknek a helyzeteknek a következményeként (általában) megvalósul a kompetencia növekedése, csak nem az adott pillanatban, hanem hosszabb távon.

Ez a terület a villámbeszélgetések egyik színtere, ahol azok alapmintája – „Az érdeklődő személy konkrét impulzust szeretne kapni egy olyan lépéshez, amely őt kivezeti a zsákutcából. Ezt a lehető legkevesebb interakcióval kell elérni.” – minden pontban megvalósul, és a körülmények (nagyon rövid idő, alkalmatlan és a klasszikus segítőbeszélgetéshez képest védtelen helyzet) is pontosan „megfelelők”. A villámbeszélgetés céljának megfogalmazásából – „A tanácsot kereső személynek a beszélgetés végén saját erejéből meg kell tennie az első lépést egy új irányban, miközben szabadnak érzi magát, hogy újra felelősségteljesen cselekedhet saját életében.” – az „új irány” nem mindig érhető tetten olyan könnyen, hiszen van, amikor a már megkezdett irányban való továbbhaladásra kell egy impulzus. A szabadság érzését (persze annak minden terhével együtt) és a felelősségteljeséget viszont alapvetően fontos momentumnak tartom.¹⁷

Ezek a villámbeszélgetések ilyenkor nem önállóan, hanem a klasszikus orvosi tevékenységbe ágyazva, szinte mozaikszerűen jelennek meg. Van, hogy valóban például a gyerekvizsgálat közben zajlik le ez a néhány beszélgetésfordulat (ilyenkor a vizsgálat végén azért legalább egy mondattal mindenképpen vissza kell kanyarodni rá), gyakrabban azonban a tünetek vagy a további teendők megbeszélésénél kerül rá sor. Ez utóbbi esetekben igyekszem a helyzet – a lehetőségek szerinti – átalakításával jelezni, hogy itt most valami más történik, mint eddig: ha addig ülve beszélgettünk, nem változtatok a helyzeten, de ha álltunk, „átterelem” a szülőt a rendelőhelyiség másik sarkába, hogy ha a velem egy szobában dolgozó asszisztensnőm az ajtóhoz vagy a vízcsaphoz indul, ne essünk az útjába. A másik, előre „megszervezett” dolog, amivel a helyzet legalább relatív védettségét biztosítani próbálok, az az asszisztenssem viselkedése: ilyenkor olyan értelemben láthatatlanná válik, hogy sem hozzám, sem a szülőhöz nem szól, nem kérdez (még akkor sem, ha az adminisztráció folytatásához szükséges, lényeges kérdése lenne), nem írat alá velem semmit – ami egyébként a betegellátás közben gyakran előfordul –, még csak nem is néz ránk, és láthatóan elfoglalja magát a saját munkájával. Ugyanakkor, ha addig nem ültünk, nem ültetem le most a szülőt, ezzel jelezve, hogy csak pár percünk van, s most nem tudunk elmélyülni a kérdésben.

Itt fontosnak tartom megjegyezni, hogy ez a módszer véleményem szerint akkor használható, ha csak „szokványos súlyosságú” helyzettel állok szemben. Ritkán, de alkalmanként előfordul azért, hogy a probléma jellege (súlyos betegség, haláleset a családban, komoly probléma a gyerekekkel stb.) más megközelítést kíván. Ilyenkor sem tudok a rendelésen

17 T. H. LOHSE: *Villámbeszélgetések*, Kálvin, Budapest, 2009, pp. 17–24.

klasszikus segítőbeszélgetéshez alkalmas szituációt teremteni, de ilyenkor mindenképpen „kivonom” a szülőt a betegellátási folyamatból, leültetem, és amennyire lehet, gesztusaimmal, testtartásommal, mimikámmal is hangsúlyozottan jelzem a jelenlétemet és a külvilág lehetőség szerinti teljes kizárását.

ÚJSZÜLÖTT-LÁTOGATÁS, EGÉSZSÉGES TANÁCSADÁS

Az eddig leírt helyzetekben is megjelent a szülői kompetenciafejlesztés, ugyanakkor ez a tevékenység a legtisztábban talán az egészséges újszülött-csecsemő-tanácsadás során jelenik meg.¹⁸ A mentálhigiénés képzés első néhány hónapja után megfogalmazódott bennem, hogy most már legalább kezdem érteni, hogy amit én az első újszülött-látogatás címén csinálók, az egyfajta „mentálhigiénés segítőtalálkozás”.

Segítőbeszélgetésnek nem nevezhetem, mert ahhoz túlságosan tömör és célra tartó, túlságosan aktív és direktív vagyok benne (amit egyébként nemcsak a saját szakmám működési keretei, de a normatív krízishelyzet is indokolhat). Ugyanakkor néhány elemét, és főleg a szemléletét mégiscsak tartalmazza. Igyekszem az „itt és most”-ban maradni, amennyire lehet, tehát a szülők kérdéseiből, problémáiból kiindulni. Visszatükrözöm, kihangsúlyozom az újdonsült szülők heves és ambivalens érzelmeit, elismerve ezek jogosságát. Kicsit megvilágítom ezeknek az érzéseknek a hátterét, ezzel mintegy átteretve és a realitáshoz jobban közelítve őket. Felvillantom, hogy nem csak én értem őket, ráadásul ezekkel az érzésekkel és problémákkal mások is ugyanígy küzdenek az életüknek ebben a speciális szakaszában, tehát ezzel a gonddal nincsenek egyedül.¹⁹

Mindezen feladatok mellett már itt elkezdődik részemről a szülői döntéshozatalnak, a döntési jogkör átruházásának a támogatása.²⁰ Ha minden feltett szülői kérdésre korrekttül, pontosan, szakmai háttértudásomat bevetve konkrét választ adok, akkor azzal csak azt érem el, hogy a szülők továbbra is azt hiszik, mindent tőlem kell megkérdezniük, mert a válaszokat csak én tudom, s az ő gondolataik, érzéseik és igényeik ebben a témában nem fontosak.

Az ilyenkor feltett leggyakoribb kérdések ráadásul jellemzően nem is „klasszikus orvosi témájúak”: „Hány fok legyen a szobában?” „Mikor és mennyi időre vihetjük ki a babát a levegőre?” „Mikor jöhetnek látogatók?” „Bent maradhat-e a kutya/macska továbbra is a lakásban?” „Járhat-e most a nagyobb gyerek óvodába, ha ott sok a beteg?” Ezekre a kérdésekre tehát inkább olyan módon próbálok reagálni, hogy a nagyon elméleti jellegű szabályokból gyakorlatias, a mindennapok viszonyait és lehetőségeit, minden érintett fél igényeit figyelembe vevő, konszenzusra vezető beszélgetés alakuljon ki. A végeredmény általában nem egy konkrét adat, szám, szabály, hanem valamiféle szempontrendszer felállítása.

Ezek a rövid beszélgetések, amelyekből – hasonló logikával – egy látogatás alatt akár több is követi egymást, azon túl, hogy végül is az adott kérdéssel kapcsolatban is szolgálnak támponttal, több dolog illusztrálására is szolgálhatnak a család számára.

18 SÁVAI M.: Mentálhigiéné a gyermek-alapellátásban. A mentálhigiénés szemléletű gyermekorvos, in TOMCSÁNYI T. – GREZSA F. – JELENITS I. (szerk.): *Tanakodó, Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány*, Budapest, 2003, p. 222.

■ 19 D. STERN: *Anya születik*, Animula, Budapest, 2007, pp. 15–16. ■ 20 SÁVAI M.: Mentálhigiéné a gyermek-alapellátásban, i. m. p. 223.

Az egyik, hogy szinte mindegyikben szerepel olyan fennálló vagy reálisan elképzelhető külső körülmény, amely lehetetlenné tenné egy szigorú szabály betartását. Tehát ha ott túlélhető, hogy valami nem a szabály szerint van, akkor vélhetőleg máskor is – a helyzetet mindig az adott körülmények határozzák meg. „Mintát ad arra, hogy a gyermeknevelési szakkönyvek általános tapasztalatai között csak az adott gyerekre, családra figyelve lehet megtalálni a helyes megoldást.”²¹

A másik, hogy e beszélgetések arra is mintát adhatnak a szülőknek, hogy egy konkrét, látszólag igennel vagy nemmel megválaszolható egyszerű kérdés hogyan helyezhető olyan kontextusba, hogy abból kiderüljön, mi is az egész helyzet realitása. Ha pedig látnak, tapasztalnak ilyen mintát, egy következő, hasonló kérdés esetében remélhetőleg már ők maguk is alkalmazni fogják.

A harmadik, hogy ezek a beszélgetések láthatóvá tegyék, egy-egy kérdés egyáltalán nemcsak a gyerekről, hanem az egész családról is szól. Vagyis itt belép – persze nem részletelesen kifejtve – a családterápia rendszerszemlélete, az első pillanattól kezdve nyílttá téve a kommunikációt, és tisztává vagy legalábbis tisztábbá a családi rendszer és alrendszerek viszonyait.

A negyedik szempont, hogy egyértelmű: itt valójában egyáltalán nem orvosi kérdésekről van szó, így tehát az én elméleti szakmai tudásom igen kevésbé segít, amit használni tudok, az a sok száz újszülött-csecsemő körülményeinek megfigyelésével szerzett tapasztalat. De ez valójában egyáltalán nem „szakmaibb”, legfeljebb szélesebb körű, mint a szülők, illetve a tágabb család más tagjainak a saját életéből szerzett rutinja. Ez azt is jelenti, hogy az én véleményemet egy-egy kérdéssel kapcsolatban (mert természetesen van véleményem, mármint nézőpontom arról, hogy én hogyan csinálnám) még sokkal inkább meghatározzák a saját életemből szerzett tapasztalataim, emlékeim, akár tudatosak, akár nem, mint egy-egy valódi szakmai döntés meghozatalánál. Pedig ezek a viszontátételes érzések még a szakmai döntéseknél is tudnak indokolatlanul és veszélyesen nagy szerepet játszani, ha nem vagyok résen.²² Ezért hát valahogyan úgy szoktam fogalmazni, hogy az ilyesfajta kérdésekben én akkor fogok határozott véleményt nyilvánítani valamiről, ha azt gondolom, hogy ami történik, az komoly probléma, vagy az lehet belőle. Minden más esetben csak az a helyzet, hogy „én valahogy másképp csinálnám” – ez pedig nem igazán nyomós érv. Ha tanácsot kérnek, természetesen próbálok segíteni, a döntés végül mégis az övék lesz, a problémákat nem fogom tudni megoldani helyettük. Mindez azt az érzést erősíti a szülőkben, hogy ebből a szempontból „azonos térfelel játszunk”, és bár a viszonyunk az eredeti szereposztásnak köszönhetően sosem válik teljesen szimmetrikussá, azért mégis sokkal inkább partneri, mint alá-főlé rendelt. Így aztán esélyét látom, hogy ha a szülőknek a működéssel mintát mutatok arra, hogyan lehet egy ilyen, alapvetően aszimmetrikus viszonyt relatíve partneri módon működtetni, akkor ez arra is példaként szolgálhat számukra, hogy a gyermekükkel való, szintén alapvetően aszimmetrikus viszonyt hasonlóan tudják beállítani – sőt ez adott esetben, ha ilyen jellegű probléma kerül szóba, akár szóban megfogalmazott hivatkozási alap is lehet.

Ráadásul ha ezekre az – elsősorban táplálási, gondozási, nevelési – kérdésekre határozott, akár ellentmondást nem tűrő választ adok, ezzel azt éreztetem, jobb anyja vagyok

21 Uo. ■ 22 TIRINGER I. – VARGA J.: A betegtájékoztató kommunikációs kérdései, in PILLING J. (szerk.): *Orvosi kommunikáció*, i. m. p. 75.

a gyerekeknek, mint az igazi, hiszen ő nem tudja ezeket a válaszokat, én meg igen. S ha én jobb szülőnek tartom magam, mint őt, akkor – még ha ez nem is hangzik el köztünk – ez a rivalizáció a további együttműködés gátjává válhat. Persze tudjuk, hogy csak „elég jó szülőnek” kell lenni, de hát mit jelent ez valójában? Mindannyiunknak mást, és hogy pontosan mit, azt leginkább nem az elméleti tudásunk, hanem a saját, ezzel kapcsolatos élményeink, tapasztalataink határozzák meg – ahogyan arról fentebb már szó esett. Ettől aztán ez nagyon ingoványos talaj, biztosra vehető a hibázás lehetősége, és nem is az a lényeg, hogy ezt elkerüljem, hanem hogy ha hibázom, vegyem észre, és tanuljak belőle.

E beszélgetéseknek nincs pontosan szabályozott koreográfiájuk, hiszen, mint említettem, mindenképpen az „itt és most” az alap. Ugyanakkor van néhány témakör, amelyet – bár általában szülői kérdésként is előkerül – akkor is fontosnak tartok előhozni, ha máskülönben nem esne róla szó, mintegy megelőzve, hogy akkor támadjon fel a probléma, amikor épp nem tudják megkérdezni. Ezek a következő címeket viselhetnék: „Mit jelent és mit nem az igény szerinti szoptatás/táplálás?” „Miért sírhat a gyerek? És akkor mit kell vele csinálni?” „Miért olyan nehéz elsőgyerekes szülőnek/anyának lenni?” „Az idő szerepe”.

S hogy mit tapasztaltam ezeknek az újszülött-látogatásoknak a során az elmúlt években? Meglehet, hogy a szülők kissé vagy jobban meglepődnek, hogy itt valami egész másról és más módon esik szó, mint amire előzetesen számítottak – hiszen egy első gyermek esetében nem ismernek engem, legfeljebb egy alkalommal találkoztunk néhány percre –, de alig fordult elő, hogy igazi, aktív ellenállást láttam, éreztem volna. Van, amikor azt érzem, jobban egy hullámhosszon vagyunk (ez a gyakoribb), van, amikor kevésbé, és több kérdés előfordul, amellyel kapcsolatban nagyon különböző az álláspontunk, de kifejezett visszautasítást nem szoktam tapasztalni – s ez a tapasztalatom a hasonló szemléletben működő kollégáiméval egybecseng.²³ Ez a későbbiekben sokszor nem így van, főleg azoknál a családoknál, ahol nem az első gyermek születésétől kezdve állunk kapcsolatban.

Vizont sokszor nemcsak az arcokon látom, hanem akár a beszélgetés végén, akár utólag megfogalmazva szembesülök azzal a reakcióval, hogy ez most nagyon megnyugtató és megerősítő volt számukra, sok mindent másképp látnak és gondolnak, mint eddig. Nemegyszer hetekkel-hónapokkal később hallok vissza a szülőktől mondatokat, amelyekről tudom, hogy tőlem származnak, de ők már sajátjaikként használják őket – és ez talán még nagyobb siker számomra.

Mind a fentebb említett, mind más témák, amelyek a gyermek életkorához kapcsolódnak, természetesen az újszülött-látogatás után másfél-két éves korig rendszeresen történő egészséges tanácsadásokon is előkerülnek, és megbeszélésük a fentiekhez igen hasonló módon zajlik.

SEGÍTÉS ÉS „SEGÍTŐVÉ TEVÉS”

Ha az a célom, hogy a praxisomba tartozó gyerekek szüleit képessé tegyem arra, hogy gyermeküket a lehető legnagyobb testi-lelki-szellemi egészségben neveljék fel, vagyis

23 SÁVAI M.: Családorvoslástól a családterápiáig. Esettanulmányok 5/6: Családterápiás lehetőségek újszülött-látogatáskor. Előadás-tervezet a Magyar Családterápiás Egyesület szegedi vándorgyűlésére, 2000. március 15., személyes közlés alapján.

tevékenységem arra irányul, hogy a szülőket a prevencióra tanítsam, akkor – amellet, hogy a fentebb leírt helyzetekben és módokon támogatom őket – valójában a gyermekeik segítőjévé képzem ki őket. Persze ez nem jelenti azt, hogy itt egy „mini mentális képzés” zajlik, de e kérdés kapcsán rájöttem, hogy a képzésen szerettek közül nemcsak azt a tudást hasznosíthatom, amelyről fentebb szó volt, hanem némiképpen azt is, amelyet a segítőkapcsolat elméleti háttéréről tanultam. Azt, amely az első előadáson egy frappáns mondatba fogalmazva így hangzott el: „a professzionális mentálhigiénés segítőkapcsolatban az a feladat, hogy amit kliensként tudunk a segítői helyzetről (mármint hogy mi a jó nekünk), azt tudjuk segítőként is”.²⁴

Ennek megjelenése talán szintén az újszülött-látogatás során érhető tetten leginkább. A „Mit csinálunk a babával, ha sír, és már minden lehetségest megpróbáltunk?” kérdésre – persze a következőknél sokkal jobban kifejtve és a helyzethez illesztve – eddig is az volt a válaszom, hogy nem mindig tudjuk megoldani a baba minden problémáját, és sokszor nincs más teendők, mint nagyon szeretni, nagyon sajnálni, és türelemmel megvárni, míg elmúlik a sírhatnékja. Mostanában ezt úgy változtattam meg, hogy abba az irányba indítottam el a beszélgetést, hogy vajon mit várunk attól, akit szeretünk, és aki szeret minket, ha valami gondunk van, olyasmi, amiről tudjuk, hogy valójában nem lehet megoldani. S ilyenkor a szülők arcán szinte mindig megjelenik az a jellegzetes, befelé tekintő pillantás. Sokszor csak lassan, nehezen (valószínűleg még egy ilyen helyzetben is furcsának találják ezt a témát egy orvostól), de aztán végül általában mégis elindul egyfajta beszélgetés erről, amelyben megfogalmazódik a válasz, hogy leginkább „jelenlétet, megértést és elfogadást” várunk – és ez utóbbi adott esetben a rosszkedvünk elviselését is jelenti. Aztán arról beszélgetünk, hogy sokszor a baba is ezt kéri a sírásával. És persze mivel a rossz érzés ettől nem szűnik meg azonnal, egy darabig tovább sír, de ez nem azt jelenti, hogy valami mást kellene csinálnunk, csak ki kell bírunk ennek a feszültségét.

A „jelenlét” mellett a segítőbeszélgetés fontos fogalma a „vonatkoztatási keret”. Ebben az esetben a gyerek mint kliens vonatkoztatási keretének megtalálását és belehelyezkedést segítheti a szülő mint segítő számára, ha elmondom, én mit érzek, érzékelek a gyerek viselkedéséből, reakcióiból (persze a fejlődés-lélektani ismereteim birtokában és alkalmasint azok felvázolásával). Ilyenkor „a csecsemőnek a (vizsgálati) helyzetre adott »viselkedésválaszai« indítják el a szülőkkel folytatott beszélgetést”.²⁵ Ezzel egyfajta „virtuális” (imaginárius) szerepcsere, azonosulás jöhet létre kettejük között, így a szülő könnyebben bele tudja képzelni magát gyermeke helyzetébe.²⁶

A harmadik fontos momentum az elméleti háttérből, hogy az empátia nem csupán a kliens érzéseinek megérzését, hanem a tudatosításukat is jelenti.²⁷ Ezzel a feldolgozó, értelmező tevékenységgel érhető el, hogy a segítő, bár átérzi a kliens érzéseit, azok nem ragadják magukkal, hanem a racionalitás kontrollja alatt maradnak. Ha a szülő mint segítő átérzi a keservesen, megnyugtathatatlanul síró újszülött vagy a kétségbeesetten hisztiző két éves kínjait, és teljesen elmerül bennük, éppúgy nem tud igazán segíteni „kliens-gyermekének”, mint hogyha távol tartja magát ezektől az érzésektől. Ha viszont átérzi, majd feldolgozza,

24 PÁL F.: A segítő kapcsolat. Előadási anyag, 2014. szeptember 12. ■ 25 HÉDERVÁRI-HELLER É.: A szülő-csecsemő konzultáció és terápia, Animula, Budapest, 2008, p. 120. ■ 26 D. STERN: *Anyá születik*, i. m. p. 88.

■ 27 BUDA B.: *Empátia*, i. m. p. 39.

tudatosítja ezeket az érzéseket, segíthet a gyermeknek visszatérni a realitás talajára. Amikor a szülő érzéseit visszatükrözöm, az az ő segítő támogatása mellett azt is szolgálja, hogy – ezekre az érzésekre jobban rálátva – kevésbé legyen kiszolgáltatva nekik, mikor ő próbál segíteni a gyermekének. Jó példa erre az éjszaka még sokszor ébredő, a szoptatást nappal és éjjel is többször „kikövetelő” (egy és két év közötti) tipegő esete, amikor az édesanya arról panaszkodik, hogy sehogyan sem tudja elválasztani a gyereket, pedig már nagyon szeretné. Láthatólag valóban kimerült, akár kétségbeesett is, és valójában a gyerek is az, csak ő még nem tudja elmondani. Mikor arról kezdünk beszélgetni, hogy ebben a korszakban csodálatos és izgalmas élmény látni, hogy milyen okos, ügyes, kreatív és önálló a gyermeke, és ugyanakkor fájó veszteség azt tapasztalni, hogy ez a sokszor akaratos, rendbontó kis gézengúz többé már nem az ő kicsi babája, csak azokban a pillanatokban, amikor az ölébe bújik és szopik, gyakran tapasztalom, hogy az édesanya a második képnél magához húzza az addig szabadon serteptető gyereket, és könnyes szemmel hajol föléje. Ha nem válaszol is, tudom, hogy érti, mit mondok, viselkedésével jelzi is, hogy hol tart ebben a folyamatban, és tapasztalatom szerint sokszor csak idő kérdése, hogy ez az „új nézőpont” megtegye a hatását.

GYEREKVIZSGÁLAT

Eddig sok szó esett arról – sőt, szinte csak arról esett szó –, hogy a szülők felé irányuló szavakkal, viselkedéssel milyen hatást fejthetek ki, és hogyan. De – tekintettel arra, hogy gyermekorvos vagyok – minden ilyen találkozás (az újszülött-látogatás, az egészséges tanácsadás/látogatás, illetve a betegség miatt történő találkozás) során megvizsgálom a gyereket, és eredeti célján kívül sok minden másra is lehetőséget nyújt ez a tevékenység, elsősorban a már említett mintaadás révén.

Beszélhetek a szülőknek a kompetens csecsemőről, de talán minden szónál többet ér, ha a vizsgálat során valamennyi momentumot előre jelzem még az újszülöttnak is, és minden jelzésére reagálok, még akkor is, ha ez egyébként nem befolyásolja azt, hogy a vizsgálat megtörténik-e vagy sem. Ha engem láthatóan nem „borít ki” a gyerek sírása vizsgálat közben, és nem várom el a szülőktől, hogy egy nyugodt, csendes gyerekkel lépjenek be, ha ugyan megpróbálom megnyerni a gyermek együttműködését, de ha kell, megtalálom a módját, hogy akkor is meg tudjam vizsgálni, ha tiltakozik, az számos otthoni, nevelési probléma megoldására példát adhat. Azt is szoktam mondani, ha kérdezik, hogy előbb-utóbb abba hagyják ezt a gyerekek – érettségi előtt már semmiképpen nem szoktak ordítani vizsgálat közben –, ezzel jelezve a dolog átmeneti, életkorhoz, fejlődéshez kötött mivoltát. S ha a szülők mentegetőznek a gyerek viselkedése miatt, olykor megkérdem, hogy ők mennyire szeretnek orvoshoz járni. Mert persze másképpen viselkednek egy ilyen helyzetben, ahogy én is, de azért lehet, hogy ez csak abból adódik, hogy mi már elmúltunk két évesek. Azt is visszajelzem, amit a szülők sokszor nem vesznek észre: ha a gyermek végig sír a vizsgálat alatt, de a lényegre tekintve nem áll ellen, nem akadályoz, ez azt jelenti, érti, hogy muszáj, de azért elmondja, hogy ő ezt utálja. És nincs igaza?

S hogy mi a hatása e viselkedésnek? Amellett, amelyet remélhetőleg kifejt a szülőkre, egy nagyon konkrétat és kézzelfoghatóat említenék, melyet az utóbbi egy-másfél évben

tapasztaltam. A fentieket végiggondolva néhány hónappal ezelőtt kicsit változtattam a védőoltás beadásával kapcsolatos kommunikációmon – és most a gyerekekkel való kommunikációra gondolok. A legtöbbször korábban is elmondtam oltás előtt, még az egész kicsi csecsemőknek is, hogy fájni fog, és én csinálom azt, ami fáj – de volt, hogy ez elmaradt. Most már nagyon tudatosan figyelek, hogy mondjam, s közben hangsúlyosan a baba szemébe nézek, még akkor is, ha a szülő az arca fölé hajol: addig helyezkedem, míg fel tudom venni a szemkontaktust. S mikor megszúrta a babát, ismét ránézek, és ha ő is rám, állom a pillantását, sokszor haragos, értetlen arckifejezésére válaszolva, hogy igaza van, ha mérges, sajnálom, hogy fáj neki, de hogy ez mindenképpen szükséges volt. Nagyobbacska csecsemőnél, ha ezután a kezemre néz, felmutatom neki az üres fecskendő is, hogy „ezzel csináltam, de most már vége, kidobom”. Tapasztalatom: magam is megdöbbentem, hogy így általában mennyivel kevésbé és rövidebb ideig sírnak a gyerekek, mint korábban. A különbség számomra olyan egyértelműen szignifikánsnak tűnik, hogy komolyan eljátszottam a gondolattal, hogyan lehetne ezt a hatást az „evidenciaalapú orvoslás” szabályainak megfelelően vizsgálni...

A TELJESSÉG KEDVÉÉRT...

A sok szépség és eredmény mellett, amelyről eddig szó volt, felmerülhet, hogy az ilyen jellegű gyermekorvosi tevékenységnek vajon nincsenek is nehézségei? Természetesen vannak.

A fentebb említett beszélgetések, még ha a segítőkapcsolat szempontjából „villámnak” számítanak is, azért jelentősen megnyújtják az adott betegre fordított időt.

Az orvos számára nemcsak időben, de lelkileg is lényegesen nagyobb megterhelést jelentenek ezek az „esetek”. Ezekből egy-kettő is több, mint elég egy rendelésre – és itt most a valóban beszélgetéssel szövődött betegellátásra gondolok, nem arra, hogy valójában minden betegemhez másképp fordulok e szemlélet birtokában, mint nélküle, mert ez utóbbi típusú kommunikáció tényleg „rutinná” válik.

Sok esetben a kollégák jelentős része nemcsak értetlenül, de akár kifejezett ellenállással is viszonyul a nézeteimhez, s ez leginkább a szülői kompetenciafejlesztés vonatkozásában szokott előfordulni. Gyakran vált ki vitát, hogy én a szülők olyan döntését is hajlandó vagyok elfogadni, amely a szakmai véleményem szerint ugyan elfogadható, de nem a legoptimálisabb, és nem vetek be minden eszközt, hogy a véleményük megváltoztatására bírjam őket, sőt értékelem önálló döntéshozásukat. S ilyenkor nem az zavar, hogy vitát kavárolok, ez akár előre is vihet minden résztvevőt, de azért az nehéz, hogy ritkán találok olyat, akivel meg tudom osztani a gondolataimat. Ráadásul sokszor segítségre lenne szükségem, hiszen sokszor számomra is kérdés, hogy mi a helyes irány. Nem akarok elszakadni a klasszikus gyermekgyógyásztól, de a mentálhigiénés alapelveket sem tudom és nem is akarom feladni. S mi a teendő, ha úgy tűnik, hogy ezek épp ellentétbe kerülnek egymással? Persze azt hiszem, a legtöbb (vagy talán minden) ilyen esetben meg lehet találni azt a nézőpontot, ahonnan szemlélve a két dolog nem üti egymást, de azért ez sokszor nem egyszerű.

Szó esett már a tudattalan érzések, indulatok megjelenéséről. Állandó fenyegetettség ez már az alapszakmámban is, de a mentálhigiénés elemek beépülésével bizonyos értelemben még inkább. A szakmai önismeret fejlődése természetesen ad némi lehetőséget

a „védekezésre”, de egyre inkább érzem, külső támogatásra is szükségem lenne. De hogy szupervíziót hol, honnan kaphatok?!

A betegek/szülők egy része is értetlenül viszonyul a működésmódomhoz, s akkor jön a korábban már emlegetett dilemma arról, hogy meddig mehetek el ezzel kapcsolatban.

Ugyanakkor ha a szülőkkel „megkóstoltatom a kompetencia ízét”, annak is megvannak a következményei. Egyrészt én sem „állhatok le”, nem alakíthatom vissza a működésmódomat hagyományosra – de ez számomra valójában nem probléma, így szeretek működni, és az ez irányú szülői inspiráció ebben nagyon támogat. Másrészt viszont tapasztalom, hogy a szülők néha rossz helyzetbe kerülnek, amikor nem én látom el a gyereket, és ők a nálam megszokott módon viszonyulnak az ellátó orvoshoz. Ez két terhet ró rám: amikor szabadságra megyek, bár őszinte örömmel szakadok ki a mindennapok kerékvágásából, amiatt, hogy ebből a szempontból nincs „kire hagyni” a praxist, kicsit lelkifurdalásom van. (Helyettesítés természetesen van, melyet orvosszakmai szempontból legalábbis többé-kevésbé megfelelőnek tartok, de a mentálhigiénés szemlélet sajnos nem jelenik meg benne.) Majd mikor végighallgatom a szülők panaszait a helyettesítésben, ügyeletben, kórházban, nyaraláskor igénybe vett egészségügyi ellátás során szerzett „élményeikről”, sokszor nehezen tudok lojális maradni a kollégáimhoz.

Az talán az eddigiekből is kiderült, hogy bár sok elemét tudom hasznosítani a mentálhigiénés képzésnek, korántsem érzem úgy, hogy „a gép forog, az alkotó pihen”. Tudom, hogy sok teendőm van még. Ugyanakkor meglepetéssel tapasztalom, hogy egyre inkább élvezem azt is, ahol most vagyok: a „tökéletes tökéletlenséget”, ami eddig nem volt jellemző rám – ez újabb eredménye az elmúlt időszaknak.

A szerző csecsemő- és gyermekgyógyász, házi gyermekorvos, mentálhigiénés szakember.

Petra Pejtsik: Helping and making someone a helper. The possibilities of improving parental competency in a family pediatrician practice. *The medical profession has been trying, or at least had the intention to shift its priorities to a more preventative, more health-maintenance centered approach. Pediatric primary care has a fortunate position within the process, that otherwise suffers from multiple difficulties. The article describes the possibilities of including this approach into parental competence-development techniques used with the parents of children within the pediatric practice. The description is based on the author's own experience and on the review of the relevant literature. Within competence-development the topic of information sharing, scopes of decision making and support of the decision making process is detailed. While specialists regard parents as their clients, who need their support, simultaneously, they also need to assist these parents in becoming their own children's helper – as this is an inevitable part of being a parent. The fields where this approach is applicable are: the acute care settings, where parallels are to be found with the phenomenons experienced in mourning and crisis; the newborn and the well-child visits, where the helping attitude appears more clearly; and the medical examinations where non-directivity has a greater role.*

Keywords: *pediatric primary care, health-maintenance approach, parental competence-development.*