



Kovács Petra

Sebezhetetlenség és sérülékenység a frontvonalban

„De letenni magadban nem lehet teljesen, mert mindig beugrik.... valahol mindig bennem van, hogy mennyire törekenyek vagyunk, és nem tudhatjuk, hogy akivel beszélünk, látjuk-e még.
Ez döbbenetes dolog.”
(IA, 05)

Bevezetés

A frontvonalban dolgozók munkájuk során nap mint nap szembesülnek az élet végességével és az emberek életét megváltoztató súlyos, tragikus eseményekkel. Elsőként érkeznek olyan helyszínekre, amelyekre általában az extrém mértékű stressz, a kiszámíthatatlanság és a bizonytalanság jellemző. A bajbajutott emberek és hozzátartozóik szélsőséges érzelmi reakciói hatalmas teherként nehezdednek a segítőkre, akiknek a körülmények ellenére is a lehető legjobb teljesítményt kell nyújtaniuk. Tanulmányom célja bemutatni, mi szükséges ahhoz, hogy valaki helyt tudjon állni extrém körülmények között, majd ugyanezen tényezők miként válnak veszélyessé a mentési helyzetekből kilépve: hogyan nehezítik meg az érzelmileg megterhelő esetek és veszteségek feldolgozását. Ehhez mentődolgozókkal készített interjúk részleteit használok illusztrációként. A jelenlegi, elhúzódó járványhelyzet idején talán minden eddiginél aktuálisabb az egészségügyi dolgozók lélektani működésének és veszteségfeldolgozásának előtérbe helyezése.

A segítő vért

A vészhelyzetben dolgozók paradox lélektani működését átfogóan mutatja be a sebezhetetlenség paradoxona elmélet (Pető és Kovács, 2010). Eszerint létezik egy ún. lélektani értelemben vett segítő vért, amely elősegíti a krízishelyzetekben való helytállást, miközben védelmet biztosít az extrém stressz káros hatásaival szemben. Pető és Kovács (2010) elméletében a segítő vért összetevői különböző

személyiségjellemzők, motivációs tényezők, társas védőfaktorok, továbbá az érzelemszabályozás stratégiái.¹

A frontvonalban dolgozók körében végzett kutatások alapján bizonyos személyiségjellemzők nagyobb arányban fordulnak elő ezen a területen, például a magasabb reziliencia. A reziliens személyek stresszhelyzetekben mutatott érzelmi reakciója alacsonyabb intenzitású. Mentődolgozók esetében gyakori a szenzoros élménykeresés magasabb szintje: általában több ingerre van szükségük ahhoz, hogy optimális szinten teljesítsenek, és kifejezetten keresik a kihívásokat (Mayer, Lukács és Barkai, 2012). A segítő vért további eleme a belső kontrollra való képesség, vagyis „elképzelések a valóság leendő, kedvező irányban való megváltoztatásáról” (Ferenczi, 1934, 440.). A kontroll megélése sikeresebb megküzdéssel, jobb emocionális közérzettel, jobb testi-lelki állapottal és nagyobb teljesítményre való képességgel függ össze (Thompson és mtsai, 1993 idézi Kulcsár, 2002). Továbbá segít abban, hogy az ellátó ne sodródjon el mások érzelmeivel, hanem meg tudja őrizni ítélőképességét, és racionális döntéseket tudjon hozni (Herman, 2011). A szívós személyiségre jellemző a stresszhez való hatékony alkalmazkodás és a stresszorok kihívásként való értelmezése. A szívósság továbbá lehetőséget biztosít a traumatikus élmények átfordítására is. Végül az énhatékonyságnak is (Bandura, 1977 idézi Kulcsár, 2002) – a cselekvőképesség által – fontos szerepe lehet krízishelyzetben a szorongások csökkentésében, és az elkerülő viselkedés helyett a problémamegoldás felé irányít (Gy. Kiss, 2012).

A helyzethez rugalmasan illeszkedő problémafókuszú megküzdési stratégia különösen fontos krízishelyzetben. A *harcolj vagy menekülj* megküzdési mód védelmet jelenthet a személyiség számára a pszichológiai értelemben vett veszélyhelyzetekben (Herman, 2011), ahogy azt a következő interjúrészlet is mutatja: „...nekem a mentőzésben inkább a technikai, a problémamegoldás az, ami nekem így nagyon fekszik. Tehát az, hogy van egy humán része is, a beteg, az ellátása, stb. Én abban is azt keresem, hogy mi a kihívás, mi az, amit meg kell oldani. Hülyén hangzik, de a beteg az egy probléma, amit meg kell oldani, vagy a betegség az egy probléma.” (IA, 08).

Mindezekben a tartós személyiségjellemzőkön felül az egyéni tényezők közül elengedhetetlen az átlagon felüli elköteleződés és motiváció (Petó és Kovács, 2010), a hivatástudat és a stabil szakmai identitás, amelyet tovább erősít a társadalom részéről a segítőre ruházott hős szerep.

A társas támogatás, az együttműködés, a közös döntés lehetősége mind része a mentődolgozók szociális védőhálójának. A társas támogatás a problémák kibeszélésén; az identitásélmény, a pozitív önértékelés és a kontrollézés fokozásán; illetve a

¹ Ezt a speciális működésmódot, a segítő vért összetevőit 2018-ban az Országos Mentőszolgálat pszichológusaként tematikus kvalitatív, félig strukturált interjúk segítségével térképeztem fel. A bajtársaimmal felvett interjúk középpontjában a munka során átélt érzelmileg megterhelő sürgősségi esetek és az ahhoz kapcsolódó egyéni feldolgozási stratégiák álltak. A kutatásban az Országos Mentőszolgálat 14 mentőorvosa ill. mentőtisztje vett részt önkéntesen. A módszertani követelményeknek megfelelően a félig strukturált interjúk felvétele előre kidolgozott interjúterven alapult. Két próbainterjú követően a kérdések pontosításra kerültek. Az interjúrészletek kiválasztásánál az áldozatok, sérültek, hozzátartozók, továbbá a résztvevő mentődolgozók anonimitásának megőrzésére törekedtem.

szorongás csökkentésén keresztül fejti ki jótékony hatását az egyén pszichés jóllétére (Dávid és mtsai, 2014). Továbbá jelentős puffer tényező a poszttraumás stressz zavar tüneteivel szemben is: segít az emlékezet rekonstrukciójában és a traumát követő izoláció megelőzésében, és enyhíti a traumához köthető büntudatot (Kerekes, 2015). Az érzelmileg megterhelő esetek, a „megbeszélhetetlen” (Bar-On, 1999) traumák esetében kiemelten fontos a közös megélés, az egyéni nézőpontok integrálásával létrehozott közös emlék és az ellátás utáni megbeszélések során létrejövő közös narratíva: „Az a jó, amikor az ember olyannal tudja ezt megbeszélni, aki vagy átélte vele, vagy egyáltalán benne van ebbe az egészbe. Teljesen más egy idegennek – már úgy idegennek, hogy aki nem ezt a munkát csinálja... És úgy könnyebb szerintem.” (IA, 10)

A vészhelyzetben való eredményes helytállás alappillére a megfelelő érzelemszabályozás, ezen belül Pető és Kovács (2010) az érzelmi távolságtartás szerepét emeli ki. Ennek egyik eszköze a deperszonalizáció, amelyet – kutatások eredményei alapján (pl. Maslach, Schaufeli és Leiter, 2001) – azért alkalmaznak a segítők, hogy elkerüljék a páciensekkel való érzelmileg megterhelő interakciókat: „...a pék se sír, amikor süti a kenyeret” (IA, 03). Bálint Mihály (1961) *apostoli funkciónak* nevezte a segítő mindenható viselkedését, amely szerinte egy olyan védekező magatartás, amit akkor alkalmaznak, ha például elbizonytalanodnak a beteg ellátásával kapcsolatban. Az érzelmi távolságtartás megvalósítását segíti a rövid érintettségi idő is: Fülöp (2016) mentőtiszteknél kevesebb érzelemszabályozási nehézséget és kisebb érzelmi bevonódást talált, amit a páciensekkel együtt töltött idő rövidségével magyarázott. A sebezhetetlenség paradoxona elmélet szerint (Pető és Kovács, 2010) az érzelemszabályozás jellemző stratégiái továbbá az érzelmek tagadása és elfojtása, az ellátásra fordított maximális figyelmi koncentráció, valamint a feszültségek csökkentésére alkalmazott morbid humor, amely a mentődolgozók elbeszélésében is megjelenik: „Sokszor poénkodunk itt, tudod milyenek a mentősök, tréfásak, ugratóságok, lehet, hogy ez nagyon kell hozzá, ahhoz kell, hogy kigyere belőle.” (IA, 05)

Ugyanakkor ezeknek az érzelemszabályozási stratégiáknak az lehet a következménye – ahogy azt Bognár és munkatársai (2001) orvosokkal készített mélyinterjúk eredménye is alátámasztja –, hogy az ellátók az idő előrehaladtával fokozatosan érdektelenebbé válnak betegeikkel szemben, és egyre kevésbé érinti meg őket betegek elvesztése. Ezek az eredmények arra engednek következtetni, hogy a pályán töltött idővel arányosan egyre ridegebbé válik a segítő vértje, és ez megnehezíti a veszteségekhez kapcsolódó érzelmek megélését is: „Sikerült egy kis kérget építeni a lelke köré. Nem mondom azt, hogy nincsenek olyan dolgok, amik pillanatnyilag nem érintenek meg, de az olyan pillanatnyi, és megy tovább... Lehet, hogy egy kicsit szívtelennek hangzik, de muszáj.” (IA, 04)

Rés a pajzson

A segítő vért a sebezhetetlenség illúziójával vértelmezi fel a segítőt, bizonyos helyzetekben azonban meggyengülhet a személyiség védelme. Ferenczi szavaival élve

ezek a helyzetek együttjárnak „annak a képességnek az elpusztításával, mely az ellenállást tanúsítja, és amelyből a saját énünk védelmére kelő cselekedetek és gondolatok folynak” (1934, 439.). Ilyenkor nő az érzelmi bevonódás mértéke, a segítő nagyobb valószínűséggel esik ki segítő szerepéből, a személyiség pedig sérülékenyebbé válik az extrém stressz káros hatásaival – pl. másodlagos traumatizáció, poszttraumás stressz zavar – szemben. Ugyanakkor ezek az esetek – amelyeket az interjúválaszok kategorizálása alapján mutatok be kiemelt részletek segítségével –, lehetőséget biztosítanak arra, hogy a segítő felismerje saját működését és annak határait.

A megkérdezett mentődolgozók többsége a gyermekhalál eseteket jelölte meg a legmegterhelőbbnek, amelyekkel munkája során találkozott: „Hát a gyerek, a gyerek. A legelső gyerek halottamra például emlékszem pontosan, hogy mi történt.” (IA, 07)

A fiatal életkor, a szakmai tapasztalathiány, a bizonytalan szakmai identitás rizikófaktort jelent a súlyos, megterhelő esetekkel szemben. Az idealizmus időszakában a kezdeti lelkesedés, a segítő onnipotencia érzése további veszélyforrásként jelenik meg: „Az első az ilyen öt év körüli kissrác volt, akinek az apukája traktorral húzott egy utánfutót, ami trágyával volt megrakva, a kisfiú fent ült hátul az utánfutón, és egy döccenőnél leesett, és átment a mellkasán az utánfutó, de ebben több tonna cucc volt, meghalt rögtön, minden belső szerve – gondolom – leszakadhatott. Az egy nagyon rossz érzés volt, főleg, hogy egy kis fiatal mentős voltam akkor.” (IA, 07)

Gyermekek súlyos sérülése, halála kapcsán a szakmai és szülői szerep könnyen összemosódik, ami fokozott érzelmi bevonódással jár: „Tehát itt most egy kicsit úgy elfátyolosodik a hangom, mert apaként, szülőként megélve ezt a tragédiát nem tudom, hogy én hogy dolgoztam volna föl, mit lehetett volna...” (IA, 11)

Az értelmetlen halálesetek – köztük a gyermekek elvesztése – nem illeszthető az igazságos világról alkotott hipotézisbe (Lerner, 1998 idézi Sallai, 2005), és az eset lezárását és feldolgozását megnehezíti, ha nem lehet jelentést adni a történetnek. Az élet értelmességének hite összefüggésbe hozható a világ összefüggő, kiszámítható és ellenőrizhető képével (Van Dierendock, 2005; Ellison és Smith, 1991; Mascaro és mtsai, 2004; Piedmont, 1999 idézi Brassai, 2011). Mindez kapcsolódik Antonovsky (1979, 1987 idézi Gy. Kiss, 2012) koherencia-érzés fogalmához, mivel magában foglalja a világ megérthetőségének élményét: az egyén a körülötte levő világot strukturálnak, kontrollálhatónak látja. A magyarázat hiánya felveti saját életünk értelmének kérdését is: „Hát pont amiatt, hogy nagyon fiatalok voltak, tehát a mi korunkbeli, tehát annyi idősek voltak, mint mi, és hogy egy ilyen úgymond teljesen értelmetlen dolog miatt haltak meg, és a kisgyerekeik meg ott maradtak árván.” (IA, 09)

Az esetek feldolgozása során is előtérbe kerül a jelentésadás folyamata: a halál- és veszteségélmény akkor dolgozható fel, ha értelmet nyer az egyén életében, és a világ a traumával együtt újrakonstruálhatóvá válik (Kerekes, 2015).

A személyes érintettség, a páciens életének mélyebb ismerete vagy a hozzátartozóval való szorosabb kapcsolat fokozza az érzelmi bevonódást és a szakmai

szerepből való kiesés valószínűségét: „Engem ez lelkileg... tehát ismerős is és te beszéltél is vele, meg maga a látvány az extrém durva volt, tehát vadászpuskának a pusztító ereje miatt. Döbbenetes látvány volt, még a rendőröknek is, de nekem maga a személyes érintettség, borzasztó volt... Meg hát hogy ismertük egymást, lehet hogy még azt is tudták, hogy aznap találkoztunk, lehet, hogy mesélt erről, de erről se beszéltünk soha, hogy tudták-e, hogy én aznap még beszéltem az édesanyjuddal.” (IA, 05)

Hasonló lélektani dinamika jellemző azokra a helyzetekre is, amikor az eset és a saját élettörténet között vonható valamilyen párhuzam, például az alábbi részletben, ahol az ellátó saját testvére és az áldozat között fedezett fel hasonlóságot: „... azt látom, hogy az a baj, ha a saját életemből párhuzamot tudok vonni egy eset kapcsán, akkor vannak bajok. Voltak ilyenek, például amikor későn született a húgom, még ilyen kicsi volt, akkor egyszer volt ilyen kútba fulladt gyerek.” (IA, 01)

A személyes érintettség olyan esetekben is megjelenik, amikor a betegellátás és a segítő életének egy epizódja összekapcsolódik, és a két esemény – mint egy vakuemlék – együtt tárolódik az emlékezetben is: „Azt tudom, hogy pont a feleségem születésnapja volt aznap, és ez egy ilyen lelépés környéki időszakban volt, és ott vártak engem az ünnepi vacsorával meg tortával az egész család, és ahogy defibrilláltunk, meg nyomtuk a csajt, folyamatosan csörgött a telefonom, mert már túlórában voltunk, hogy mikor megyek.” (IA, 04)

Sürgősségi helyzetekben a maximális figyelmi kapacitás és a problémafókuszú megküzdés védelmet jelent a segítő számára, és segíti az érzelmek átmeneti kizárását is. Lélektanilag akkor válik veszélyessé a helyzet, amikor a legnagyobb igyekezet ellenére nem lehet segíteni, és a mentődolgozó eszköztelen marad egy érzelmileg megterhelő helyzetben. Elveszik a belső kontroll élménye, a helyzet irányíthatóságának érzése. Az eszköztelenség, a védtelenség, a kívülállóság az, ami gyakran a tehetetlenség érzését váltja ki, és frusztrációt okoz: „Hát azért, mert egyrészt nagyon sokáig tartott, meg az, hogy olyan tehetetlennek érezte magát, mert nem miattunk történik az, de előrelátható volt, hogy mi lesz a vége, csak annyi ideig tartott maga a kimentés, hogy tudtam, hogy az lesz a vége, hogy meghal.” (IA, 03)

A segítő sérülékenysége

Míg bizonyos személyiségjellemzők és érzelemszabályozási stratégiák adaptívak az extrém stresszhelyzetben végzett munka során, a helyzetből kilépve rizikótényezővé válnak az egyéni lelki egészség szempontjából. Ez a segítő lélektani működésének csapdája. Az emberi kapcsolatokban ugyanis követelménnyé válik az érzelmek felismerése és kifejezése, az érzelmi elérhetőség és az intimitásra való képesség. Ha nem működik ez az átjárhatóság, a vért megkeményedik, és rideggé teszi a személyiséget. A hosszú távon rugalmatlanul alkalmazott elhárító és védekező mechanizmusok megkövülnek, állandósult jellemvonássá válnak, és reichi értelemben vett karakterpáncélt alkotnak. A jellem „áthatolhatatlan páncélburok” lesz, amely az embert saját szorongásainak foglyává teszi (Erős, 2001a, 119.).

Segítő szindróma esetében azonban előfordulhat ennek az ellentéte is, amikor a szakma és a magánélet között éles hasítás történik: a munkájában erős és határozott segítő álarcát levéve „követelőző, sértett, gyenge, agresszív kisgyerekké” válhat, aki éretlen megküzdési stratégiákkal rendelkezik (Mándi és Fekete, 2009, 256.).

Mindkét működésmód fokozott sérülékenységhez vezethet, és megnehezítheti a munkában és a magánéletben átélt veszteségek feldolgozását: „De mégis sokszor otthon jön ki, hogy észreveszik rajtam, hogy feszült vagyok, nem úgy szólok vissza, hogy mennyit változtam például. Tehát most ezért áll a bál jelenleg... Mert azért ez a sok szörnyűség megváltoztatja az embert, ha akarja, ha nem. És ugye otthon csapódik le, és otthon szólnak az emberre, hogy mennyire megváltoztál...” (IA, 08)

A cél biztonságos egyensúlyt és átjárhatóságot teremteni a felvértezetség és a sérülékenység között úgy, hogy a segítő szerepből kilépve lehetővé váljon a páncél, és a hétköznapi életben megélhető legyen a személyiség sebezhető oldala is. Ehhez elengedhetetlen a segítő érzelmszabályozási mechanizmusainak és coping stratégiáinak fejlesztése.

A jelenlegi járványhelyzetben az egészségügyi dolgozók hosszú időn keresztül dolgoznak nagy fizikai és érzelmi megterhelés alatt, ami a segítő vért folyamatos alkalmazását igényli. A maszk- és védőruha-használat révén a vért már nem csak szimbolikus szinten, hanem fizikai értelemben is bezárja a segítőt, ami egyben a veszteségek megélését és feldolgozását is jelentős mértékben gátolja. A járványhelyzet időszakában, mentődolgozókkal végzett pszichológusi munka során sok esetben tapasztaljuk a veszteségek tagadását, hátrítását: „Ha már a vészkijárat sem áll rendelkezésünkre, hogy legalább a gyász elutasítását közöljük valamiképpen, nem marad más lehetőségünk, mint az, hogy a veszteség tényét magát tagadjuk, mégpedig radikálisan, és azt színleljük, hogy semmit sem veszítettünk el. Nem is gondolhatunk arra, hogy ilyen körülmények között fájdalomunkról valaki másnak is beszélhetünk.” (Ábrahám és Török 1998, 136.). Olyan elhúzódozó krízishelyzetben ugyanis, amikor a segítőnek mások támogatására kell fordítania minden energiáját, a gyászreakciók felfüggesztődnek, vagy késleltetve lesznek (Lindemann, 1994).

Mivel az egészségügyben dolgozók munkájuk során nap mint nap találkozhatnak a haldoklással és a halállal, fontossá válik a halállal kapcsolatos saját érzések, gondolatok feldolgozása. Egy páciens halála erős halálfélelemmel járhat, amellyel szemben a segítők gyakran eszköztelenek:

„Azok az általános orvosok és ápolónők, akik szoros érintkezésben állnak a halálukhoz közeledő emberekkel, kimeríthetetlenül tudnak mesélni rejtélyes történeteket a halállal szembenállók félelmeiről, hősiességéről, megalázottságáról és végső méltóságáról. Nagyon értékesek lennének a szakszerű, megbízható tanácsok arra vonatkozóan, mit kell tenni, hogy segítsünk ebben a szomorú helyzetben, de sajnos itt is csak a józan ész az egyetlen menedékünk” (Bálint, 1961, 183.).

A gyermekhalál esetek a világba vetett hitet ingatják meg, a sorozatos, ismétlődő halálesetek pedig személytelenné, tárgyiassá tehetik a halál jelenségét. A segítők gyakran hasítással küzdenek meg a mindennapokban tapasztalt halálesetekkel, és – saját védelmük érdekében – élesen elválasztják magukat a halandónak tekintett

páciensektől (Dobó, 2015). Külföldi vizsgálatok szerint az egészségügyben dolgozók nagy része nem hallott arról, hogy a szakemberek is mutathatnak gyászreakciót betegeik elvesztését követően (Granek és mtsai, 2012 idézi Varga, 2015). Emellett a társadalom és a közvetlen munkahelyi környezet gyakran elvitatja a gyász létjogosultságát, és gátolja a veszteséghez kapcsolódó érzelmek kifejezését (Fallek és mtsai, 2019).

Lifton (1995 idézi Herman, 2003) a traumatikus eseményeket „halál-bevésődéseknek” nevezi utalva arra, hogy a trauma fogalma szorosan összekapcsolódik a halállal való szembenézéssel és a halálszorongással. Az egyéni veszteségeknek, halálélményeknek fontos szerepük lehet a segítő hivatásúak esetében. Minden segítő életében más és más az az esemény, amely érzelmileg nehezen feldolgozható, és nehezen illeszthető az életpálya és az élettörténet emlékei közé. A traumákra adott egyéni pszichés reakciók megjelenését magyarázza a vulnerabilitás fogalma, amelynek fokát a korábbi traumák következtében kialakuló egyéni érzékenység befolyásolja (Glover és mtsai, 1994). Figley (1995) szerint jól működő érzelmszabályozás és empátiás működés esetén is számolhatunk további rizikófaktorral, ami nem más, mint az egyéni élettörténetben fellelhető feldolgozatlan trauma, amelyet egy aktuális, érzelmileg megterhelő eset – mint katalizátor – ruházhat fel traumatikus jelentéssel (Mitchell, 1999). A frontvonalban végzett munka kapcsán fontos megemlíteni a traumák kumulatív hatását is, hiszen minél többször él át valaki traumát, annál nagyobb az esélye, hogy védekező mechanizmusai meggyengülnek, és személyisége sebezhetőbbé válik a trauma pszichés következményeivel szemben (Fónagy és Target, 2005).

Mindez jelentős mértékben növelheti az érzelmi kifáradás és ezzel együtt a kiégés kockázatát. A sürgősségi ellátás időbeliségét tekintve leggyakrabban akut stressz reakciókkal számolhatunk, amelyek normálisnak tekinthetők extrém stresszhelyzetben és a bevetést követően (Barram, 1997). Adaptív funkciójuk, hogy biztosítják a hatékony ellátáshoz szükséges készenléti, aktív cselekvő állapotot, és mentődolgozók esetében a jó teljesítményhez szükséges optimális stressz szintet. Az akut stressz hatásai általában az eseményt követő néhány napon belül rendeződnek (Flatten, 2005 idézi Kerekes, 2015).

Az érzelmileg megterhelő esetek kapcsán megélt kontrollvesztés, kiszámíthatatlanság, tehetetlenség és a halállal való szembesülés azonban sérülékennyé teszi a személyt, és a traumás distressz hatásai időben elnyúlhatnak. A poszttraumás stressz zavar nem enged kilépni a felfokozott, fiziológiai és pszichológiai értelemben vett készenléti állapotból (Herman, 2011). Az ismétlési kényszeren (Freud, 1923) alapuló tünetek célja pedig a traumatikus esemény során elveszített kontroll visszaszerzése.

A frontvonalban dolgozók fokozottan ki vannak téve továbbá a *vikariáló trauma* és a *másodlagos traumatizáció* pszichés következményeinek. A vikariáló trauma az empátiás kapcsolaton keresztül hat a segítőre, és a kiégés irányába mutató folyamatot generálhat (Figley, 1995), ha a segítő hosszú időn keresztül ki volt téve mások fájdalmas történeteinek. Ezzel szemben a másodlagos traumatizáció esetén nem az időfaktor a domináns, hanem a másik traumatikus élményének közvetlen hatása a

segítőre. A másodlagos traumatizáció hatására akut stressz szindróma vagy poszttraumás stressz zavar tünetek jelentkezhetnek, utóbbi akár késleltetve is. Ezek alapján a pandémiát követő időszakban, az elhúzódó krízishelyzet enyhülésével nagyobb arányban számolhatunk traumatikus tünetek megjelenésével az egészségügyi dolgozók körében, így a jövőben kiemelt figyelmet kell fordítanunk az ezzel kapcsolatos kutatásokra, prevenciós programokra és intervenciós lehetőségekre.

A feldolgozás lehetőségei

A segítők speciális lélektani működéséből fakadó sérülékenység és a sürgősségi ellátás során átélt megterhelő esetek és veszteségek felhívják a figyelmet az egyéni feldolgozás, továbbá a szakmai prevenció és intervenció fontosságára.

Az interjúk során kíváncsi voltam a mentődolgozók egyéni feldolgozási stratégiáira is. Az időbeliséget illetően a legtöbb válasz arra utal, hogy az érzelmileg megterhelő emlék az első egy-két hétben a legélénkebb és a legintenzívebb, majd fokozatosan felülírják az új élmények: „Jön a következő, és akkor az kitörli, vagy hát elhalványítja, vagy nem tudom” (IA, 01). A felejtés azonban a trauma nyomait nem tudja kitörölni (Erős, 2001b).

A feldolgozást, az eset lezárását segíti a *mindent megtettem* érzés, amely egyben hozzájárul a betegek elvesztése utáni gyászreakció részeként megjelenő büntudat (Lindemann, 1944) enyhítéséhez is. „De tudom azt, hogy én mindent megtettem, és mindent jól csináltam. Nyilván máshogy állna hozzá az ember, ha én hibáztam volna, vagy akárcsak felmerülne a lehetőség, de...” (IA, 06)

A résztvevők válaszai alapján a feldolgozást és a lelki értelemben vett regenerációt segítik a különböző szabadidős tevékenységek, a sport, a családdal töltött idő vagy épp a magány, a bajtársak közötti ventilláció, a formális vagy informális csapatépítő programok, a szakmai fejlődés és a tanulás.

Pszichológiai szempontból az egész szervezetet átfogó, többszintű kiégés-prevenció nyújthat megfelelő mentális felkészítést és levezetést. Az egyéni életpálya sajátosságait figyelembe vevő intervenciók, egyéni krízisintervenciók és szupportív terápiák során az egyén saját története és az elbeszélés interszjektív szintje (Habermas, 1979) kerül középpontba. Úgy vélem, az interjúk során kiemelt szerepet kapott a traumák és a veszteségek újraértelmezése, hiszen a beszélgetések kontextusa, továbbá pszichológus és kutató szerepem olyan speciális kommunikációs helyzetet teremtett, amelyben a történetek újabb jelentésréteggel gazdagodhattak.

A szorongás és érzelmi reakciók kezelésének szempontjából fontos a pszichoedukáció, a mentődolgozók megküzdési repertoárjának bővítése, a relaxációs technikák elsajátítása (Richards és Lovell, 1997) a sürgősségi helyzetben jelentkező stressz reakciók hatékony kezelésére és a betegellátás során nélkülözhetetlen egyéni és társas kompetenciák fejlesztését célzó tréningek. Az Országos Mentőszolgálatnál 2020 őszétől család- és párterápiás támogatás érhető el (Balázs és Kovács, 2021), melynek célja a családi reziliencia és a munka-magánélet egyensúlyának támogatása, továbbá

annak elősegítése, hogy a munkahelyi környezetből kilépve a segítő vért tudatosan levehető legyen.

Az érzelmileg megterhelő esetek feldolgozásában kiemelt figyelmet fordítunk a csoportos módszerekre, hiszen „a másoktól érkező támogatás enyhítheti az esemény hatását” (Herman, 2011, 82.), és növelheti a traumatikus esemény utáni stresszkezelési kapacitást.

A debriefing a traumatikus esemény feldolgozására és a poszttraumás stressz tünetek megelőzésére szolgáló, csoportos krízisintervenciós módszer (Fodor és Bitter, 2015), amelyre az eseményt követő lehető legrövidebb időn belül kerül sor. A debriefing első lépése a megterhelő esemény – biztonságos körülmények között történő – elbeszélése, ahol a résztvevők által megélt történetekből egységes, közös történet jön létre. Ezt követi az eseményre adott egyéni reakciók – érzések, gondolatok, tünetek – megosztása és ezek normalizálása (Mitchell, 1983). A csoportfolyamat során rálátás és belátás történik, a csoport új perspektívákat kínál, és az új nézőpontok integrálásával a segítő kívülről láthatja saját működését. A csoportoknak számos előnye van: a csoport megtartó ereje, a társaktól kapott aktív figyelem és elfogadás, a pozitív visszajelzések, a közös sors. Mindez önmagában erősíti az egyén önértékelését, belső kontroll élményét, énhatékonyság érzését és szakmai identitását.

2021 tavaszán – szakmai szupervízió mellett – Bálint-csoportokat indítottunk mentődolgozóknak. A Bálint-csoport kapaszkodót kínál az olyan nehéz esetek feldolgozásához, amelyek a segítőt érzelmileg jobban megterhelik, erősebb, tartósabb emocionális distresszt eredményeznek (Dobó, 2015). A csoport működése, a csoporttagok által megjelenített fragmentumok – testi érzetek, érzelmek és gondolatok – révén az elmesélt érzelmileg megterhelő élmény koherens történetté gyúrható össze. Bálint kiemeli, hogy a védekező magatartásformák tudatosítása nagyon fontos: ilyen lehet például a beteg elutasítása, az aprólékos vizsgálatokba menekülés vagy az apostoli funkció (Csabai és Molnár, 2009). Ez a mentők nyelvére lefordítva azt jelenti, hogy a mentődolgozónak fel kell ismernie saját segítő vértjét: melyek azok a védekező mechanizmusok, amelyek a helytálláshoz szükségesek, de adott esetben a pácienssel való kapcsolatot hátráltatják.

A pszichológiai intervenciók kidolgozásakor ugyanakkor – különösen a jelenlegi helyzetben – meg kell fontolnunk, hogy milyen mélyen nyúlhatunk bele ebbe a védőmechanizmusba: meddig hasznos az érzelmek megélésének és megosztásának facilitálása, és mikor válik veszélyessé a védekező stratégiák levetkőzése. Támogatnunk kell a fejleszhető, tanulható stratégiák elsajátítását és gyakorlását. Ez nem csak a megküzdésre vonatkozik, hanem például a kommunikációs és konfliktuskezelő eszköztárra is, amellyel az ellátás hatékonyabbá tehető, és ezen keresztül a szakmai identitás erősíthető. A mentődolgozók trauma- és veszteségfeldolgozásáról szerzett ismereteinket beépíthetjük a következő évek pszichológiai ellátásába, amelynek középpontjába várhatóan a járványhelyzethez köthető pszichés sérülések kezelése kerül majd.

Köszönetnyilvánítás

Köszönöm a kutatásban résztvevő mentődolgozóknak, hogy történeteik megosztásával segítettek munkámat; az Országos Mentőszolgálat Pszichológiai és Mentálhigiénés Csoportjának az inspiráló szakmai együttműködést; dr. V. Komlói Annamáriának a kutatás megvalósításában nyújtott szakmai segítséget és dr. Papp-Zipernovszky Orsolyának a cikk írásához nyújtott támogatást. A tanulmányt prof. Erős Ferenc és dr. Lénárd Kata emlékének ajánlom, akik egykori témavezetőimként bíztattak, támogattak, és egyengették szakmai utamat.

Felhasznált irodalom

- Ábrahám M. – Török M.** (1998). Rejtett gyász és titkos szerelem. *Thalassa*, 9(2-3): 123-156.
- Balázs N. – Kovács P.** (2021). *Család- és párterápiával a mentődolgozók kiégése ellen*. Előadás a Magyar Családterápiás Egyesület 39. Vándorgyűlésén
- Bálint M.** (1961). *Az orvos, a beteg és a betegség*. Budapest: Animula, 2004.
- Bar-On, D.** (1999). *The Indescribable and the Undiscussable. Reconstructing Human Discourse after Trauma*. Budapest: CEU Press.
- Barram, R. A.** (1997). Coping style and perceived social support among firefighter. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 5145.
- Bognár T. – Kolosai N. – Hegedűs K. – Pilling J.** (2001). „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét.” Mélyinterjúk elemzése orvosokkal. *Lege Artis Medicinae*, 11(2): 154-163.
- Brassai L.** (2011). *Az élet értelmessége mint az egészségmagatartás védőfaktora serdülőkorban*. Doktori disszertáció. Elérhető: <https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/1241/brassailaszlo.DOIs.pdf?sequence=1> (letöltés ideje: 2021. 05. 10.)
- Csabai M. – Molnár P.** (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Dávid I. – Fülöp M. – Pataky N. – Rudas J.** (2014). *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
- Erős F.** (2001a). *Analitikus szociálpszichológia*. Budapest: Új Mandátum.
- Erős F.** (2001b). *Az identitás labirintusai*. Budapest: Janus/Osiris.
- Dobó K.** (2015). Gondolatok az orvos-beteg kapcsolatról és a Bálint-csoportról. A gyakorló orvos és a csoportvezető szemével. In: Csabai M. – Papp-Zipernovszky O. (szerk.), *Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai és a változás lehetőségei* (157-183). Budapest: Osiris Kiadó és A Gyógyító Nőkért Alapítvány.

- Fallek, R. – Tattelman, E. – Browne, T. – Kaplan, R. – Selwyn, Peter A.** (2019). Helping Health Care Providers and Staff Process Grief Through a Hospital-Based Program. *American Journal of Nursing*, 119(7): 24-33.
- Ferenczi S.** (1934). A trauma a pszichoanalízisben. In: Linczényi Adorján (szerk.), *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. Válogatás Ferenczi Sándor tanulmányaiából* (439-453). Budapest: Magvető, 1982.
- Figley, C. R.** (szerk.) (1995). *Compassion/atiigue: Coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized*. Levittown: Brunner/Mazel.
- Fodor K. E. – Bitter I.** (2015). *Pszichológiai intervenciók traumatikus események után a poszttraumás stressz zavar megelőzésére Szisztematikus irodalmi áttekintés*. Elérhető: <http://akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2015.30231> (letöltés ideje: 2021. 05. 10.)
- Fónagy, P. – Target, M.** (2005). *Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében*. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Freud, S.** (1923). Túl az örömelven. (A halálösztön és az életösztönök). In: *Sigmund Freud: Válogatás az életműből* (495-550). Budapest: Európa, 2003.
- Fülöp E.** (2016). *A gyógyítók kiegészése az empátia és az érzelemszabályozás tükrében*. PhD disszertáció. Elérhető online: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15628/fulop-emoke-phd-2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letöltés ideje: 2021. 05.10.)
- Glover, H. – Ohlde, C. – Silver, S. – Packard, P. – Goodnick, P. – Hamlin, C. L.** (1994). Vulnerability Scale: A preliminary report of psychometric properties. *Psychological Reports*, 75(3): 1651–1668.
- Gy. Kiss E.** (2102). A személyiség pozitív erőforrásai. In: Gy. Kiss E. – Polyák L. (szerk.), *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában* (107-120). Budapest: Oriold és Társa Kiadó.
- Habermas, J.** (1979). Mi az egyetemes pragmatika? In: Pléh Cs. – Síklaki I. – Terestyéni T. (szerk.), *Nyelv – kommunikáció – cselekvés* (228-259). Budapest: Osiris, 1997.
- Herman, J.** (2011). *Trauma és gyógyulás. Az erőszak hatása a családon belüli bántalmazástól a politikai terrorig*. Budapest: Háttér Kiadó – Kávé Kiadó – NANE Egyesület.
- Kerekes Zs.** (2015). A poszttraumás stressz. In: Kiss E. – Sz. Makó H. (szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (248-276). Pécs: Pro Pannónia Kiadói Alapítvány.
- Kulcsár Zs.** (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Lindemann, E.** (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101: 141-148.
- Maslach, C. – Schaufeli, W. B. – Leiter, M. P.** (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.

- Mayer K. – Lukács A. – Dr. Barkai L.** (2012). Kire jellemző a szenzoros élménykeresés? Extrém sportolók és egyetemi hallgatók vizsgálata. *Egészségtudományi Közlemények*, 2(1): 121–126.
- Mándi N. – Fekete S.** (2009). A segítő krízise. In: Csürke J. – Vörös V. – Osváth P. – Árkovits A. (szerk.), *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve* (249-279). Budapest: Oriold és Társai Kiadó.
- Mitchell, J. T.** (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medicine*, 8(1):36–39.
- Mitchell, J.** (1999). Trauma, felismerés és a nyelv helye. *Thalassa*, 10(2-3): 61-81.
- Pető Cs. – Kovács B.** (2010). *Hétköznapi hősök (veszélyhelyzetekben segítők) sebezhetetlenség-paradoxona avagy a gyémánt is meghasadhat...* Előadás a Magyar Pszichiátriai Társaság Konferenciáján.
- Richards, D. – Lovell, K.** (1997). Treatment of adults. Behavioural and cognitive approaches. In: Black, D. – Newman, M. – Harris-Hendriks, J. – Mezey, G. (szerk.), *Psychological trauma – a developmental approach* (264-273.). London: Gaskell.
- Sallay, H.** (2005). Serdülők szubjektív jólléte: a családban és a baráti kapcsolatban észlelt igazságosság és az igazságos világba vetett hit szerepe. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(4): 295-315.
- Varga, H.** (2015). Gyász a munkahelyen. A gyászfeldolgozás nehézségei és lehetőségei a gyógyító szakemberek számára. In: Csabai M. és Papp-Zipernovszky O. (szerk.), *Gyógyítók egészsége. A hivatás kihívásai és a változás lehetőségei* (63-85). Budapest: Osiris Kiadó és A Gyógyító Nőkért Alapítvány.