

Dombi Edina

NŐGYÓGYÁSZATI PSZICHOLÓGIA

A szülészet-nőgyógyászat területén is szükségszerű a pszichológia és a pszichiátria eszköztárának alkalmazása, mivel gyakran nem testi betegségekről, hanem egészséges folyamatokról beszélünk (fogamzásgátlás, terhesség, szülés, menstruáció, menopauza) és az azokat kísérő testi-lelki változásokról. Ezek az élettani folyamatok ugyanakkor előhívhatnak olyan pszichopatológias jelenségeket, mint a szorongás vagy akár a depresszió. A pszichiátriai és a pszichológiai megközelítések szerint a pszichés zavarok gyakran köthetők életciklus változásokhoz, amelyek a nőknél sokkal hangsúlyosabban jelentkeznek, mint a férfiak esetében. Ennél fogva a betegek pszichés támogatása nélkülözhetetlen a gyógyulási vagy az egészségmegőrzési folyamat szempontjából.

Nemzetközi kitekintésben megfelelő kiindulópont a Brit Pszichoszomatikus Szülészeti-Nőgyógyászati és Andrológiai Társaság javaslata a pszichoszomatikus szülészet-nőgyógyászat és andrológia területeinek meghatározásáról (Szigeti és mtsai, 2014):

- reprodukív egészség (menstruációs problémák, fogamzásgátlás, alhasi és szeméremtesti fájdalmak, szexuális rendellenességek, műtéti beavatkozások, gyermeknőgyógyászat, menopauza, a női reprodukív szervek daganatos megbetegedései stb.);
- termékenység, terméketlenség és magzatvesztés;
- várandósság, szülés és posztntális jelenségek;
- születési rendellenességek, halvaszületés, nemi erőszakot, illetve szerhasználatot követő terhesség;
- férfi terméketlenség, szexuális egészség, a férfi genitálék jó- és rosszindulatú megbetegedései;
- és végül a fentiekhez társuló mentális megbetegedések, pl. szorongás, depresszió, poszttraumás stressz zavar és testképzavarok.

I. A PSZICHOSZOMATIKUS NŐGYÓGYÁSZAT TERÜLETEI ÉS A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEK NŐGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI

Egyes nőgyógyászati betegségek hátterében érzelmi okok, önértékelési problémák, párkapcsolati konfliktusok állhatnak. Ezek az érzelmek a szakember számára ugyanakkor diagnosztikus és terápiás eszközökké is válhatnak (Papp, 2006; Pál, 2019). Az alábbiakban a szakirodalom alapján röviden áttekintem a nőgyógyászati betegségek pszichológiai és pszichiátriai vonatkozásait (Dombi és mtsai, 2020; Hegyi és mtsai, 2019; Hompoth és mtsai, 2017; Pál, 2019; Szigeti & Konkoly-Thege, 2012; Szigeti és mtsai, 2014):

- 1) *Hüvelyi folyás*: amikor a betegnél minden szükséges vizsgálatot elvégzett a kezelőorvos és minden eredmény negatív, az orvos gyakran tanácsalanná válik. A beteg pedig elbizonytalanodik, újabb orvosokat keres, akik szintén nem találnak organikus eredetű problémát. Ilyenkor érdemes arra gondolni, vajon nem pszichés tényező okozza és tartja-e fenn a tüneteket (párkapcsolati zavarok, szexuális higiénia nem megfelelő ismerete, női önértékelés zavarai).
- 2) *Krónikus kismencedei fájdalom*: amennyiben a tünetek oka nem szervi eredetű, akkor a pszichológiai faktorokat érdemes figyelembe venni. Abban az esetben, ha a tünetek hat hónapnál tovább tartanak, nincs anatómiai alapjuk, és jelentős fizikai aktivitásváltozással, valamint hangulatváltozással társulnak, pszichés eredetről beszélhetünk. Ezen betegek körében gyakori a depresszió és az inszomnia.
- 3) *Vérzészavarok*: az egyik leggyakoribb probléma, mellyel a betegek orvoshoz fordulnak. Lehet oka egy nagyobb fizikai megterhelés vagy vizsgaidőszak okozta lelki-fizikai stressz, de gyakran szerepel vérzészavar olyan pszichiátriai kórképekben, mint anorexia nervosa, bulimia nervosa vagy major depresszió. A menstruáció előtt jelentkező premenstruációs szindróma (PMS) is társul szomatikus és pszichés tünetekkel egyaránt: fokozott ingerlékenység, csapongó érzelmi reakciók, depresszióra való hajlam. Ezekre a tünetekre gyakran a pszichoterápia nyújtja a leghatékonyabb megoldást.
- 4) *Reprodukciós zavarok*: az infertilitás kb. 15%-ában nem sikerül organikus okokat találni, ilyenkor érdemes pszichés oldalról megvizsgálni a helyzetet. Meghúzódhatnak a reprodukciós zavarok mögött párkapcsolati problémák vagy akár a személyiség megoldatlan konfliktusai is.

A pszichiátriai betegségeknek is lehetnek nőgyógyászati vonatkozásai (C. Molnár és mtsai, 2006; Papp, 2006; Pál, 2019). Bizonyos pszichiátriai betegségek kísérő tüneteként gyakran felléphetnek vérzészavarok, korai vetélések vagy akár teljes meddőség. Gyakran előfordul, hogy a beteg ezekkel a tünetekkel keresi fel nőgyógyászát, aki ilyen esetben kulcsszerepet játszik egy-egy pszichiátriai kórkép felismerésében és a beteg szakorvoshoz való irányításában. Ilyen pszichiátriai betegségek:

- 1) *Depresszió*: depresszió alatt gyakori nőgyógyászati panaszként jelentkezik a ciklus rendszertelenné válása, a vérzés teljes elmaradása vagy a fájdalmas menstruáció (Ágoston, 2006).
- 2) *Szorongás*: jelenléte hatással van a nőgyógyászati diagnózis felállítására, a kezelés menetére és a terápia sikerére. A szorongás nőgyógyászati következménye lehet vérzészavar, meddőség, vetelés vagy akár koraszülés (Ágoston, 2006). Amennyiben a páciens nőgyógyászati leletei negatívak, érdemes a pszichiátriai hátteret is feltérképezni. A háttérben lehet pánikbetegség, generalizált szorongás, fóbák, kényszerbetegség vagy poszttraumás stressz betegség.

- 3) *Pszichotikus zavarok*: elsősorban a posztpartum pszichózist fontos megemlíteni, amely legtöbbször szülés után 2–3 héttel jelentkezik. Mivel veszélyes az újszülöttre és az anyára nézve is, ezért minden esetben pszichiátriai kezelést igényel (Török & Szeverényi, 2007).
- 4) *Evészavarok*: a nőgyógyászok fontos szerepet töltenek be az evészavarok primer és szekunder prevenciójában. Egy anorexiás vagy bulimia nervosa beteg gyakran először vérzésszavarral keresi föl orvosát, aki a betegség felismerésével további szakrendelésre irányítja a beteget (Dukay-Szabó és mtsai, 2016).

A szüléset-nőgyógyászat széleskörű tudomány, így ezen a területen megjelenő lehetséges pszichés betegségek is széleskörűek lehetnek. A pszichológiát és a nőgyógyászatot szétválasztani lehetetlen, nem is érdemes. A szüléset-nőgyógyászati munka maga az orvos számára is egy ellentmondásokkal teli, pszichésen nagyon megterhelő munka.

2. AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI MUNKA A NŐGYÓGYÁSZATI TERÜLETEN

A fentiekben részletezett, többnyire pszichoszomatikus jellegűnek tartott kórképek esetében jól látható, hogy a legtöbb összefüggést mutat a krónikus stresszel, a szorongással és a depresszióval, továbbá a szocioökonómiai státusszal, az életmóddal, a szomatizációs hajlammal és a pszichés trauma megélésével (Szigeti és mtsai, 2014). Ezáltal az egészségpszichológusi munka a nőgyógyászatban főként ezekre a jelenségekre, összefüggésekre fókuszál, eszköztára magába foglalja a depresszió és a szorongás csökkentésének módszereit, az egészségtudatos orientáció kialakítását, az aktív egészségmagatartás támogatását, a krízis- és traumafeldolgozás, valamint a gyász és veszteségélmények feldolgozásának technikáit. Az egészségpszichológusi munka célja a nőgyógyászat területén is irányulhat az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos szorongás csökkentésére, az egészségügyi személyzettel való kommunikáció és együttműködési készség facilitálására, döntéstámogatásra, énfunkciók erősítésére, a testkép- és énképváltozásokkal kapcsolatos problémák kezelésére, valamint a fájdalomcsillapítás támogatására pszichológiai eszközökkel (pl. relaxációs módszerek, szuggesztív kommunikációs technikák stb.).

2.1. A KRÓNIKUSAN VISSZATÉRŐ NŐGYÓGYÁSZATI PROBLÉMÁK (A KRÓNIKUS KISMEDENCEI FÁJDALOM) PSZICHOLÓGIAI ELLÁTÁSA

A nőgyógyászati járóbeteg-ellátáson való megjelenés egyik leggyakoribb oka a kismedencei fájdalom. Krónikusnak akkor tekinthető, ha hat hónapnál hosszabb ideje áll fenn. Organikus, azaz szervi oka lehet nőgyógyászati eredetű (pl. endometrioszis, összenövések, korábbi császármetszés, kismedencei pangás), gastrointestinalis (pl. irritabilis bél szindróma) vagy urogenitalis. Pszichogén eredetűt akkor feltételeznek, amikor szervi eltérés nem mutatható ki a panasz hátterében, vagy amikor a testi panaszok megfelelő

kezelése ellenére a fájdalom tartósan fennmarad. A krónikus kismencedeici fájdalom a mindennapi életvitelt akadályozza, jellemző kísérője az állandó fájdalomérzésnek az ingerlékenység és a frusztráció. Walker és munkatársai (1995) vizsgálatának eredménye szerint a fájdalomra panaszkodó nők körében szignifikánsan magasabb volt a szexuális visszaélés áldozatainak aránya, illetve a pszichiátriai zavarok – major depresszió, szerhasználat, fóbiák, illetve szexuális diszfunkciók – előfordulása. Továbbá a fájdalomra panaszkodók szignifikánsan fiatalabbak, alacsonyabb társadalmi rétegből valók, kevésbé iskolázottak voltak. Magni és munkatársai (1986) korábbi kutatásukban azt találták, hogy az érintettek magasabb depressziópontszámokat értek el, valamint jelentősen szorongóbbnak bizonyultak. A kutatók végkövetkeztetése szerint jelenleg egyre inkább elfogadott az az álláspont, hogy a krónikus kismencedeici fájdalom genetikai, szomatikus, gazdasági, szociális és pszichológiai tényezők együttes jelenléte nyomán lép fel. Az érintett nők számára segítség lehet annak megértése, hogy szenvedésük nem mindig valamilyen szervi betegség bizonyítéka, hanem fiziológiai, szocioökonómiai és pszichológiai tényezők együttese, mely egyénről egyénre változik. A betegség sikeres kezelése multidiszciplináris feladat, melyben nemcsak a szülész-nőgyógyász és a háziorvos, hanem a pszichológus is komoly részt vállalhat (Szigeti és mtsai, 2014).

2.2. AZ SZTE ÁOK SZÜLÉSZETI ÉS NŐGYÓGYÁSZATI KLINIKÁN VÉGZETT EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGUSI MUNKA

A nőgyógyászati osztályon – ahol a lentebb bemutatott eseteírás is készült – egészségpszichológiai és pszichoszomatikus szemléletben történik a páciensek ellátása, amelyhez szoros együttműködés szükséges az intézmény egészségügyi személyzetével, orvosokkal, nővérekkel, továbbá az intézményen kívül működő védőnői hálózattal. Az intézményen belül a pszichológus bevonása történhet orvosi vagy nővéri kérés alapján (leginkább fekvőbeteg ellátásban), továbbá egyéni megkeresés révén is (ambuláns ellátás keretében). A tevékenységi forma lehet egyéni konzultáció, továbbá megvalósulhat csoportos foglalkozások során is. Előbbi formában általában 4–5 alkalmas konzultációra van lehetőség, de olykor egy-két alkalom áll csak rendelkezésre.

A pszichológusi munka része az *egy-két alkalmas konzultációk* során az információ gyűjtése is az orvosok számára egy-egy kezelési terv készítéséhez. Ekkor a klinikai kérdésnek megfelelően „előszűrést” végez a pszichológus esetleges patológia jelenlétére a páciens esetében, továbbá az is felmérhető, hogy mi várható el a páciensről a kezelés során (együttműködési képesség, hárítások azonosítása, a viselkedés főbb motivációs tényezőinek azonosítása). Feladata további információ adása is a beteg számára, amellyel megnyugtatja a páciens, növeli az adherenciát, csökkenti a stresszt és segíti az orvos-beteg bizalmi kapcsolat alakulását. A konzultációk további funkciója a pszichés támogatás: éreztetni a pácienssel az *„itt és most”* rendelkezésre állást, valamint azt, hogy a klinikán dolgozó szakemberek célja, hogy a betegek a legnagyobb biztonságban érezzék magukat, a lehető legjobb körülmények között.

Csoportos foglalkozás heti egy alkalommal működik a Terhespathológia Osztályon fekvő várandósok részvételével, amelynek elsődleges célja a pszichoedukáció erősítése. Ennek főbb témakörei például az anya-magzat kapcsolat jellegzetességei, az anyai szerepre való felkészülés, a várandósság jellemzői, a várandósság alatti érzelmi-hangulati zavarok felismerése, a szülés utáni depresszió jellemzői stb. További cél ezen foglalkozásokkal a hospitalizációs zavarok megelőzése, ami a hosszabb kórházi tartózkodás következménye lehet. Ezen csoportos foglalkozás keretében lehetőség van a veszélyeztetett várandósok pszichés támogatását is biztosítani, többek között azáltal, hogy a csoportos konzultációk során megoszthatják nehézségeiket, félelmeiket is, így lehetőség adódik az aggodalmak, félelmek csökkentésére. A csoportban a társas támogatás érzését is megélik a várandósok, megtapasztalhatják azt is, hogy másoknak is hasonló örömei és nehézségei vannak.

A *járóbeteg-ellátásban* is fontos a felkészítés, nem csak az osztályon működő csoportos foglalkozások esetén. Ennek a pszichoedukációnak várandósok esetében az a célja, hogy realitásabb képe legyen a várandósnak például a szülésről és az azt követő gyermekágyas időszakról, és ilyen módon megelőzzük az irreális elképzelésekből és a csalódásból adódó negatív hangulati állapot kialakulását. A várandósoknak lehetnek irreálisan pozitív elképzeléseik (például az orvos vagy a kezelés idealizálása) és negatív elvárásaik, félelmeik, fantáziáik is. Ambuláns ellátás keretében 4–5 alkalmas konzultációk keretében adódik lehetőség a szorongást okozó témakörök feltárására, azok enyhítésére. A leggyakrabban előforduló problémák a szülészeti és nőgyógyászati pszichológiai ellátásban a következők:

- affektív zavarok (szorongás, hangulatváltozás, enyhe depresszió), terhességet megelőző szorongás és depresszió fokozódása, szuicid gondolati tartalmak azonosítása;
- várandóssághoz kapcsolódóan nőiség kérdése, kötődési problémák, szülői szerepre való felkészülés;
- krízisállapotok kezelése (párkapcsolati krízis, családi problémák);
- veszteség és gyász feldolgozása (pl. koraszülés, terhességmegszakítás, pre- és perinatális veszteségek);
- asszisztált reprodukcióra, örökbefogadásra felkészülés (meddőség pszichés vonatkozásai, nehezített teherbeesés);
- életvezetési nehézségek, elakadás;
- férfiak esetében továbbá erektilis diszfunkció pszichés hátterének explorációja, valamint sperma donorok pszichés státuszának felmérése.

A pszichés problémákat sok esetben szomatikus tünetek is kísérik, például magas vérnyomás, általános fájdalomérzet (hasi panaszok, fejfájás), fül-orr-gégészeti panaszok, gyakori rosszullétek, szédülés és hányás. A kezeletlenül maradt akár pszichés, akár szomatikus panaszok súlyosbodhatnak, várandósság alatt kialakulhat a koraszülés veszélye, továbbá nemkívánt szülészeti kimenetellel végződhet a terhesség, megnőhet a kompli-

kációk valószínűsége. A pszichés panaszok kezelésére a terápiás céltól függően eltérő technikák alkalmazhatóak.

Fontosnak tartom megemlíteni intézményünkben végzett jó gyakorlatként a várandósok körében alkalmazott *kérdőíves szűrővizsgálatot*, az EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox és mtsai, 1987) teszt alkalmazását és az ahhoz kapcsolódó ellátási lehetőséget. A szűrővizsgálat a pszichológus és a védőnői hálózat együttműködésével valósul meg. Amennyiben lehetőség van rá, a várandósság mindhárom trimeszterében, valamint postpartum szakban is kitöltetik a védőnők a kérdőívet a várandósokkal. A kiértékelést követően, ha a kérdőív hét pont feletti értéket jelez, javasoljuk a várandósnak, hogy keresse fel a klinikán dolgozó pszichológust, mivel esetében akár enyhe vagy súlyosabb szorongás, depresszió valószínűsíthető.

Alkalmazott egészségpszichológiai szempontból a szülészeti-nőgyógyászati pszichológiában az egészséges folyamatok, a prevenció támogatása az elsődleges feladat. Olyan természetes állapotok, mint a terhesség, a szülés, a gyermekágy időszaka, továbbá a nő életciklusban bekövetkező változások előhívhatnak pszichopatológiás folyamatokat, eredményezhetnek hangulati zavarokat, szorongásos tüneteket, melynek hátterében összetett folyamatok, okok szerepelnek. Ha fokozott a testi-lelki megterhelés, a pszichológiai oki tényezők feltárása és kezelése is szükséges lehet. A pszichológus feladata ugyanakkor általánosságban a megküzdési technikák fejlesztése, stresszkezelési és egészségfejlesztő technikák alkalmazása, a kliensek társas kapcsolati és kommunikációs problémáinak megoldási támogatása.

Az ellátó tevékenységen túl az egészségpszichológus – a szülészeti és nőgyógyászati területén is – bekapcsolódhat orvosi pszichológiai és egészségpszichológiai tárgyak oktatásába, valamint egészségtudományi és pszichológiai kutatásokba is. Lehetősége van gyógyító szakemberek kiegészítő-preveníciójában részt venni, vállalhatja stresszkezelési és konfliktuskezelési készségek fejlesztését, továbbá szakemberek számára biztosíthat kommunikációs és kapcsolati tanácsadást is. Mindezek alapján látható, mennyire összetett az alkalmazott egészségpszichológusok feladata, amely során a hatékony segítség érdekében társszakmákkal, szakemberekkel való együttműködés is kiemelt jelentőséggel bír.

3. „KAPCSOLNI ÉS KAPCSOLÓDNI”. EGY 21 ÉVES FIATAL NŐ ESETE

3.1. HÁTTÉRINFORMÁCIÓ, CSALÁDI KAPCSOLATOK, A PROBLÉMA LEÍRÁSA ÉS A KÉRÉS FORRÁSA

A 21 éves Zsuzsi egyetemi hallgató, szüleivel, nővérével és nagymamájával élnek egy tanyán, édesapja őstermelő. A ház körül állatokat is tartanak, nagy kiterjedésű földterületen gazdálkodnak. Zsuzsi szereti a szabadságot, ami körülveszi a természetben. Édesapjához fűződő kapcsolatát rossznak, konfliktusosnak érzi, ugyanis édesapja részéről elvárás, hogy a földművelésbe minden családtag besegítsen. Zsuzsi számára ez megterhelő, nem szeret és nem is akar segíteni, amiből aztán sok vita, konfliktus kelet-

kezik. A család többi tagjával sem jó a kapcsolata. Nővére 24 éves, most fogja befejezni egyetemi tanulmányait. Véleménye szerint nővére trehány, lusta. Közös szobájuk van, ahol mindig ő tart rendet, és nővére rendszeresen kölcsönveszi ruháit, kiegészítőit, használja kozmetikai termékeit az engedélye nélkül. Nővérenek jobb a kapcsolata a szüleiellekkel, ezért ha közöttük nézeteltérés van, a szülei mindig a nővérét támogatják, és anyagilag is őt segítik inkább. Édesanyjával és nagymamájával eltávolodtak egymástól, már nem is beszélnek. Jelenleg párja áll hozzá legközelebb, akivel kapcsolatuk 1,5 éve tart. Párja fiatalabb nála, 18 éves, idén érettségizik, és mivel egy távoli vidéki településen él, ezért csak hétvégén, kéthetente találkoznak. Egy online játék során ismerkedtek meg. Kapcsolatuk mindkettejük számára fontos, közösen tervezik a következő éveket. Azokon a napokon, amikor személyesen nem tudnak találkozni, állandó online kapcsolatban vannak és írásban kommunikálnak. Általában ő utazik párjához hétvégén. Párja családja elfogadta őt, szívesen tölti náluk a hétvégét.

A terápiás folyamatba pszichológus bevonása a kezelőorvos javaslatára történt. A klienssel kapcsolatos előzetes információk is tőle érkeztek: a fiatal nőbeteg visszatérő panaszai, ismétlődő húgyúti fertőzései miatt rendszeresen keresi fel orvosát. A háziorvostól kapott beutalókkal nőgyógyászati és urológiai szakrendelésen is járt. A kezelések után rövid ideig tünetmentes lett. A rendszeresen kiújuló betegség, a vizsgálatok és a kezelések pszichésen is megterhelőek voltak a beteg számára, ezért kezelőorvosa javasolta pszichológus bevonását. Erről előzetesen megkérdezte a beteget, aki a pszichológiai segítségnyújtás irányába nyitott, elfogadó volt, kifejezetten örült a lehetőségnek. Zsuzsi nehezen viselte állandóan visszatérő egészségügyi problémáit. Nyomasztotta, aggodalommal töltötte el, hogy *„nem tud szabadulni”* tüneteitől. Panaszai 3–3,5 éve kezdődtek, akkor 11. osztályos tanuló volt. Alhasi fájdalommal kezdődött, gyakori vizeletürítési ingerrel, vizeleskor égő érzéssel. Bakteriális hólyaggyulladás diagnózisra antibiotikumos kezelést kapott. Tünetei elmúltak, azonban röviddel később hüvelyi gombás fertőzés igazolódott. Az újabb kezelést követően később sebesedés alakult ki a hüvelyében. Húgyutakat érintő panaszai, állandó diszkomfort érzésének oka az elmúlt években hol urológiai, hol nőgyógyászati eredetűnek igazolódott. Az egyik tünet rendezésével, kezelésével egy másik keletkezett. Problémái kezdetekor első párkapcsolata tartott, első szexuális élményeit is akkor élte meg. Visszatekintve akkori párkapcsolatát most negatívan értékeli: a két évig tartó a kapcsolatban többször szakítottak, majd kibékültek, sokat vitatkoztak, párja többször megcsalta. Utólag úgy véli, első barátja nem tisztelte, megalázta őt. Most már tudja, hogy felfázásos tüneteket szexuális úton terjedő betegségek is kiváltanak, így elképzelhetőnek tartja, hogy az első barátjával való együttlétek során szerzett fertőzést, amikor barátja gyakran váltogatta szexuális partnereit. Azóta fokozottan ügyel a megelőzésre, mindezek ellenére panaszai ismétlődnek. Jelenlegi párja is elkísérte korábban a kezelőorvoshoz, őt is kezelték, azonban ez sem oldotta meg a problémát. Betegsége, tünetei párkapcsolatukra negatív hatást gyakorolnak, korlátozzák a szexuális együttlétek lehetőségét, amit tovább nehezít, hogy ritkán találkoznak a

fizikai távolság miatt. Elmondása szerint párja megértő, türelmes, elfogadó, ő mégis érez némi feszültséget.

Egészségügyi panaszaival párhuzamosan jelen élethelyzetéből is további nehézségeket, problémákat említett. Nehézséget jelent számára, hogy céltalannak érzi életét, nem tudja, hogy mihez kezdjen. Közös munkánk idején gazdasági informatikus szakon végezte tanulmányait (nővére is ezen a területen tanult), de nem lelte örömét a tanulásban, nem motiválta a képzés. Az egyetemet vidéken kezdte, akkor kollégiumban lakott. Ez idő alatt nagyon élvezte, hogy végre nővérétől és családjától távol lehetett. Új kapcsolatokat alakított ki, élvezte az egyetemista státuszt, bár a tanulás már akkor sem motiválta, több tantárgyat sem teljesített, pedig korábban szeretett tanulni, kitűnőre érettségizett. Mivel családja nem tudta tovább finanszírozni tanulmányait, megélhetését a távoli városban, ezért hazaköltözött, és átjelentkezett a helyi egyetemre. Itt baráti kapcsolatai nem alakultak ki. Diák munkákat vállalt, hogy legyen megtakarítása, amit jelenleg két dologra fordít: vizsgálatok, kezelések költségének fedezésére, továbbá útiköltségre, hogy barátjához utazzon.

A családi élettel kapcsolatban arra vágyott, hogy végre egyedül legyen, otthon saját szobája legyen addig, amíg nem tud elköltözni. Ahhoz, hogy elköltözhessen, önálló keresetre volt szüksége, munkát azonban csak az alapképzés elvégzése után tudott volna vállalni. A nem teljesített, sikertelen vizsgák miatt halasztott a képzésben, így még másfél éve volt a befejezésig. Bízott abban, hogy nővére az államvizsga után munkát vállal, és elköltözik majd otthonról.

3.2. A KONZULTÁCIÓ FOLYAMATA, KERETEK ÉS INTERVENCIÓK

A kapcsolatfelvétel telefonon történt, amelyet a kliens kezdeményezett. Az időpont egyeztetést követően az *első találkozás* a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Pszichológiai Ambulanciáján történt, amikor Zsuzsi nőgyógyászati kontroll vizsgálatra érkezett az ambulanciára. Vékony testalkatú, visszahúzóódó, halk szavú fiatal lányt ismertem meg. Megjelenése kislányos volt, ruházata alapján fiatalabbnak tűnt életkoránál. Természetes vörös, hullámos haja, szeplős arca szintén fiatalabb lány benyomását keltette. Első alkalommal családi hátterének, egészségi állapotának és korábbi betegségtörténetének megismerése történt. Tájékoztattam továbbá élethelyzetéről, körülményeiről, társas kapcsolatairól és szabadidő eltöltési szokásairól is.

Az első interjú, az anamnézis felvétel folytatódott a *második konzultáció* során is. Emellett a célom az volt, hogy a személyiségében, kapcsolataiban, működésmódjában rejlő pszichés erőforrásokat felmérjem, a motivációs hátteréről és a stresszel való megküzdési készségéről tájékozódjam. Ezen az alkalmon jelenlegi és korábbi (első) párkapcsolatára fókuszáltunk: a párkapcsolati elégedettség, a szexualitás, a nőiség megélése és az énkép-testkép témaköröit érintettük. A szupportív terápia első két alkalma során arra törekedtem, hogy a kliens élettörténetében elhelyezzem tüneteinek megjelenését, feltárjam azokat az életeseményeket, amelyek kapcsolatba hozhatók panaszaival, felfedezzek le-

hetséges kapcsolódási pontokat a tünetek alakulása, a betegség szubjektív megélése és élettörténetének állomásai, továbbá személyközi kapcsolatainak alakulása között.

A nőgyógyászati pszichoszomatika a krónikus kismencedcei fájdalom, valamint a pszichogén fluor genitalis (hüvelyi folyás) kapcsán leírja, hogy háttérben állhatnak megoldatlan konfliktusok, úgy, mint az elmagányosodás, az izoláció, a partnerkapcsolati konfliktusok, a munkahelyi nehézségek, amelyek testi tünetekben nyilvánulnak meg. Lehet pszichogén eredetű kielégítetlen nemi vágy vagy szexuális elhárítás esetén is előfordulhat védekező tünetként, amely távol tartja a klienst a partnertől, az együttléttől. Eredményezheti továbbá neurovegetatív labilitás, nem specifikus stressz-szituáció is. Más pszichoszomatikus tünehez is kapcsolódhat, pl. krónikus alhasi fájdalomhoz. Idült, visszatérő tünetegyüttes, amelynek vezető tünete az alhasi fájdalom, emellett szexuális zavar, emésztési zavarok, fejfájás, alvászavar és vérzészavar is jelentkezhet. Ez az állapot gyakran társul a kilátástalanság, illetve a tehetetlenség érzésével. A gyógyító munka szempontjából segítségül szolgál a beteg élettörténetének, elvárásainak, vágyainak, félelmeinek, családi és munkahelyi körülményeinek és párkapcsolatának ismerete (Pál, 2019).

A klienssel az első konzultációt követően további négy (így összesen öt), heti rendszerességgű alkalomban állapodtunk meg. Az első interjúm világossá vált, hogy számára nehézséget jelentett életvitelében való elakadása, céltalansága, a motiváció hiánya. Ezzel egyidejű problémaként volt jelen a betegségéből adódó frusztrációja, csalódottsága, amely negatívan befolyásolta énképét, női szerepének megélését, továbbá hatással volt párkapcsolatára és családi kapcsolataira is. Ezért a pszichológusi munka célja az erősítés, az énfunkciók erősítése, az önismeret fejlesztése, valamint az önbizalom támogatása volt. A klienssel történő konzultációk ambuláns formában a Pszichológia Ambulancián zajlottak. A találkozások közötti időben a kezelőorvossal is történt részemről megbeszélés és visszajelzés. Az első találkozást követően kezelőorvosa ismertette a kliens betegségétörténetét, kezelését, én tájékoztattam az első interjút követően a tünetek megjelenéséhez és a panaszok fokozódásához kapcsolódó – esetleges – élettörténeti párhuzamokról. A későbbiekben a pszichológiai intervenció folyamatában kezelőorvosától a kliens állapot- és tünetváltozásáról érdeklődtem, majd a lezárást követően konzultáltunk ismét az egészségi állapotában bekövetkező pozitív változásról.

A harmadik találkozásunkra érzelmi-hangulati állapotában javulást tapasztaltam. Beszámolt arról, hogy a hétvégét párjával töltötte, nőgyógyászati jellegű panaszai is mérséklődtek. Közérzete, hangulata javult, így észrevette, hogy többet is tanult, készült egyetemi óráira. Az elmúlt két konzultációs alkalom hatására több észrevétel is megfigalmazódott benne, amiért háláját és köszönetét fejezte ki részemre. Önismereti tudatosság iránti igénye megnőtt. Részt vett egy előadáson, ahol az önismeret, a szubjektív jóllét és a kapcsolatok voltak a fókuszban. Emellett elkezdett egy önismereti könyvet is olvasni. Elmondása szerint sohasem tudta igazán elfogadni magát, megjelenését, a testét, de ez a felismerés csak ekkor, a találkozásaink, az előadás, továbbá a könyv hatására tudatosult benne. Úgy vélte, önmagával szembeni negatív érzései kapcsolatban

állhatnak betegségével. Szerette volna megérteni érzései, gondolatai, nehézségei és testi tünetei összefüggéseit, ezért fokozódott igénye az önmegismerésre, a mélyebb önismereti munkára. Felismerte, hogy általában feketén vagy fehérén látja önmagát és a vele történő eseményeket, inkább pesszimista szemlélet és hozzáállás jellemző rá, így nehezen veszi észre azt is, ha valami jó történik vele. Ennek fényében gondolta át párkapcsolatát is, értékelte párja figyelmességét, türelmét és törődését, amit előző kapcsolatában nem kapott meg. Hálát érzett azért, hogy van párja, nincs egyedül. Visszajelezte azt is, hogy véleménye szerint negatív hangulata, tünetei (és a fájdalom), párkapcsolati nehézségei és céltalansága (motiváció hiánya) egymásból fakadnak, szorosan kapcsolódnak.

Harmadik találkozásunkat követően szupervíziós csoportban mutattam be Zsuzsi esetét. Az eset vitele kapcsán úgy éreztem, hogy a folyamat túl gyorsan halad, a kliens rövid idő alatt nagy változást jelzett vissza. Megjelenésében is kivirult, viselkedése is nyitottabbá vált. Az első találkozáskor tapasztaltakhoz képest egy önbizalmában, határozottságában is erősebb fiatal nő benyomását keltette. Ezzel a változással együtt benem a bizonytalanság, óvatosság érzései erősödtek fel. *Vajon lehet-e ilyen gyors ütemben ekkora változást elérni? Mennyire lehet tartós a gyorsan jött változás?* Ezekre a kérdésekre a csoportos esetmegbeszélés segített számomra válaszokat adni: a felszabadultság érzésének hátterében állhat a fájdalom enyhülésének élménye, továbbá egy új tapasztalás élménye is, hiszen Zsuzsi először járt pszichológusnál, ahol kiadhatta magából feszültségét, megoszthatta terhet, nehézségeit. Mivel nincsenek barátai, illetve nővérével és édesanyjával sem tudta megbeszélni problémáit, erre nem volt korábban alkalma. Eddig leginkább az orvosnál élhette meg azt, hogy ha jelez egy problémát, egy testi panaszt, akkor meghallgatják, figyelnek rá. Ez a reakció akár tudattalanul fenn is tarthatta tüneteit. Most pedig megtapasztalhatta, hogy ha bizonyos dolgokat tudatosít, az segít neki, új irányt ad számára. Továbbá egy újszerű kommunikációs élményt is kapott, hiszen általában online, írásban, játék közben kommunikál, „beszél” másokkal, a játékostársakkal (többnyire idegenekkel). A pszichológusnál ez valóságos, „itt és most” élménnyé alakult, azonnali reakciókkal, visszajelzéssel kísérve élőszóban.

Negyedik alkalommal visszajeleztam érzéseimet, benyomásaimat a változását illetően, amelyet a szupervíziós csoportban is megosztottam a kollégáimmal. Igyekeztem tudatosan kifejezni a kliens felé a pozitív gondolatokat és érzéseket, például megdicsérni a feltárulkozás merészségét, ahogyan változtatott az életén, továbbá megerősítéssel, támogató kijelentéssel, ösztönözéssel növelni a bizalmát. Ezután arról is kérdeztem, *hogyan érez ő a közös munkával kapcsolatban*. Elmondta, hogy hálás a lehetőségért, számára is meglepő és az újdonság élményével jár, hogy szemléletmódja ennyit változott, és már másként vélekedik kapcsolatairól és önmagáról is. Szeretett volna még többet megtudni működéséről, saját igényeiről, szükségleteiről. Próbáltam erősíteni benne, hogy önmagáról és viselkedéséről úgy tudhat meg többet, hogy személyesen vesz részt az interakciókban, hiszen a társas kapcsolatok kialakítása során magunkról is többet tanulunk. Továbbá ezen kapcsolatokban ismét megélheti az élmények és gondolatok megosztását.

Ezen alkalom során kínáltam fel számára a döntés lehetőségét is: válassza ő meg a következő (lezáró) alkalom témáját. Úgy éreztem, ez ugyancsak fontos lenne számára, hiszen testi tüneteit nem tudta szabályozni, itt megélheti a döntés és a választás élményét. Így az *ötödik alkalommal* még az önismeret, az énkép kérdésével dolgoztunk, majd a lezárás következett. Annak analógiájára, hogy keresi önmagát, az énhatárait, egy szimbólummal való munkát kínáltam neki. Ez a *saját szoba képe* volt. Többször említette, hogy szeretne saját szobát, amely egyedül az övé, ő alakíthatja, rendezheti be a teret. Arra kértem, képzelje el, hogy saját szobája van! *Milyen lenne ez a szoba? Mi, hol lenne? Rendezzük be gondolatban, hogyan képzeled el?* Munkám során gyakran dolgozom meditációs-imaginációs eszközökkel. A szimbólumterápiás gyakorlatban az alapszimbólumok, úgy mint a ház vagy a szoba, alkalmasak a belső utak bejárására, az önismereti feltáró munkára. Az élményfeldolgozás segíti a lelki felfedezést, az önmagunkra találást, elvezet a külső világ és a belső világ összefüggéseinek megértéséhez. A belső képekkel folytatott terápiás munka eredményeként a belül megélt változások viselkedésváltozásban kívülről is érzékelhetők.

Az imaginációs gyakorlat után a folyamat lezárása, az értékelés következett.

3.3. MOTIVÁCIÓ, MEGKÜZDÉSI KÉSZSÉG, ERŐFORRÁSOK, CÉLOK

Zsuzsit kezdettől fogva motivált hozzáállás, elfogadó magatartás jellemezte a közös munka tekintetében. Párkapcsolati és önismereti kérdések erősen foglalkoztatták, továbbá jelezte igényét pályaválasztás szempontjából is az önismeret fejlesztés iránt. Egyetemi tanulmányaival kapcsolatban kezdetben demotivált volt. Motivációját a közös munka iránt főként a testi panaszok, tünetek enyhülése révén fogalmazta meg, célként a problémák megszűnését említette. Az első találkozás alkalmával törekedtünk arra, hogy pontosabb célkitűzést határozzunk meg, amely nem valaminek a hiányára, hanem egy vágyott állapot elérésére törekszik, amihez társíthatjuk erőfeszítéseit, vállalásait. További motivációját a közös munkára azzal kapcsolatban fogalmazta meg, hogy az énhatékonyság és az önismeret fejlesztésével javíthatna családi kapcsolatain, amelyet konfliktusokkal terheltnek érez. Erőforrást számára párkapcsolata jelentett, ahonnan megértést, elfogadást élt meg. A társas támogatás hiányáról is beszélt, baráti kapcsolatai aktuálisan nem voltak, csupán ismerősöket említett, akikkel online játék közben kommunikált. Megküzdési módjai inkább érzelem- és indulatvezéreltek voltak, ezért adekvátabb stratégiák kialakítására törekedtünk.

3.4. A KONZULTÁCIÓS FOLYAMAT SORÁN TAPASZTALT VÁLTOZÁSOK

Egészségi, fizikai állapotára lassú javulás, rövid tünetmentes időszak, majd visszaesés volt jellemző. A pszichológusi segítségnyújtás során viselkedésében, magatartásában pozitív irányú változás akkor volt látható, amikor megjelent az interperszonális kommunikáció – vagyis a valós térben zajló pszichológiai intervenció – megélésének élmé-

nye. A folyamat során megélhette a kommunikáció, a megosztás felszabadító élményét. Visszatérő panaszaiban enyhülést tapasztalt, amely a lezárást követően is megmaradt.

Mire tanít ez az eset?

A leírásban általam választott esettel még a klinikai egészségpszichológusi munkám első évében találkoztam. A bemutatott panaszok és az azokat kísérő pszichés tényezők előfordulása igen gyakori az általam végzett pszichológusi munkában, ezért is választottam ezt az esetet. Mindemellett célom volt egy olyan esetvitelem bemutatása, amelyet még kezdő pszichológusként, néhány éves tapasztalattal végeztem, így hasznos lehet szakképzésben résztvevő, valamint az egészségpszichológia klinikai alkalmazásaival kapcsolatos tanulmányokat folytató MA pszichológus hallgatók számára is. Számomra ez az eset jól illusztrálja a testi-lelki működés szoros kapcsolatát, megtanította számomra, miként érdemes a testi panaszok, jól érzékelhető és látható problémák hátterében meghúzódó okokat feltárni. Megtanított arra is, hogy a testi tünetek enyhítésében valóban milyen fontos a pszichés állapot megélése, továbbá az eredményes gyógyítás érdekében nélkülözhetetlen az orvos-pszichológus együttműködése, a beteg közös kísérése.

IRODALOM

- Ágoston, G. (2006). A szorongás nőgyógyászati vonatkozásai. In E. C. Molnár, J. Füredi, Z. Papp (Ed.), *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria* (171–183. o.). Medicina Kiadó.
- British Society of Psychosomatic Obstetrics, Gynaecology and Andrology. (online) <https://www.rcog.org.uk/en/about-us/specialist-societies/british-society-of-psychosomatic-obstetrics-gynaecology-and-andrology-bspoga/>
- C. Molnár, E., Füredi, J., Papp, Z. (2006). *Szülészet-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. Medicina Kiadó.
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.
- Dombi, E., Berta, R., Jámberi, Sz. (2020). Az ante-és posztnatális időszakban előforduló hangulati zavarokat befolyásoló szociális, szociodemográfiai és intrapszichés tényezők vizsgálata. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 83, 11–20.
- Dukay-Szabó, S., Varga, M., Túry, F. (2016). Az evészavarok és a terhesség összefüggései – irodalmi áttekintés. *Ideggyógyászati Szemle*, 69(9–10), 299–305.
- Hegyi, B. E., Dombi, E., Németh, G. L., Pásztor, N. (2019). Az infertilitás hatása az érintett párok lelki egészségére. *Magyar Nőorvosok Lapja*, 82(5), 273–277.
- Hompoth, E. A., Tőreki, A., Baloghné Fűrész, V., Németh, G. (2017). A hangulati állapot alakulásának kockázati tényezői a perinatalis időszakban. *Orvosi Hetilap*, 158(4), 139–146.

- Magni, G., Andreoli, C., de Leo, D., Martinotti, G., Rossi, C. (1986). Psychological profile of women with chronic pelvic pain. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 237, 165–168.
- Papp, Z. (2006). *A szüléset-nőgyógyászat tankönyve*. Semmelweis Kiadó.
- Pál, A. (2019). *A szüléset-nőgyógyászat egyetemi tankönyve*. Medicina Kiadó.
- Szigeti, F. J., Konkoly-Thege, B. (2012). A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(3), 561–580.
- Szigeti, F. J., Konkoly-Thege, B., Lőrincz, J. (2014). A női reprodukív egészség pszichoszociális vetületeiről. *Orvosképzés*, 89, 406–414.
- Török, Z., Szeverényi, P. (2007). Szüléshez társuló pszichiátriai zavarok: A gyermekágyi lehangoltság. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62(3), 395–406.
- Walker, E. A., Katon, W. J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M. L., Hickok, L. R., Russo, J. (1995). Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics*, 36(6), 531–540.