

Fischer Nelli, Racs Eszter

ORVOSTANHALLGATÓK PSZICHOLÓGIAI ELLÁTÁSA

Munkánk során magyar és külföldi orvosok pszichológiai ellátásával foglalkozunk, az alábbiakban saját tapasztalatainkat és az ehhez kapcsolódó szakirodalmat ismertetjük. Az orvostanhallgatók által tanulmányaik során átélt stressz hátterében komplex tényezők állnak (Pikó, 2014). Az óriási mennyiségű tananyag elsajátításához közvetlenül kapcsolódik a magánéleti, személyes áldozathozatal, valamint ehhez hozzáadódik egy rendkívül versengő és feszült munkakörnyezet is. Egy pakisztáni egyetemen folytatott vizsgálat (Iqbal et al., 2020) alapján az első- és másodéves orvostanhallgatók között a distressz előfordulása 100%-os. A mentális egészségügyi adatok epidemiológiája pedig azt mutatja, hogy a orvosok több mint 20%-a pszichés zavarban szenved és/vagy mentálhigiénés problémákkal küzd (Thun-Hohenstein et al., 2020).

A kiégésszindróma, a depresszió és egyéb pszichés zavarok megelőzését a kutatók a hallgatók számára biztosított pszichológiai tanácsadásban és az új stresszkezelési technikák elsajátítására való lehetőségben látják (Iqbal et al., 2020), ugyanis a lelki egyensúly, a mentális egészség megőrzése és a kiégés megelőzése mindenképpen szükséges az orvostanhallgatók szakmai identitásának egészséges fejlődéséhez és fenntartásához.

I. KIÉGÉS AZ ORVOSTANHALLGATÓK KÖRÉBEN

A kiégést legelőször Herbert Freudenberger (1974) írta le, a szakmai élet okozta fizikai-mentális kimerültség állapotaként. Az egészségügyi szakemberek – és saját tapasztalataink alapján az orvostanhallgatók – kiégését a következő triász jellemzi: az érzelmi kimerültség, a deperszonalizáció és a személyes teljesítménnyel kapcsolatos kellemetlen érzések különböző szintjei (Obregon et al., 2020).

Számos vizsgálat tanulmányozta az orvosok kiégésének eredetét, és az elmúlt 10 évben egyre több kutatás számol be arról, hogy a burnout jelenség már az orvosi egyetemen elkezdődhet (Chunming et al., 2017; Thun-Hohenstein et al., 2020). Egyes tanulmányok alapján a orvosok megközelítőleg fele szenvedhet kiégéstől (Enoch et al., 2013). Az orvostanhallgatók felelőssége a rezidensekéhez és a szakorvosokéhoz képest erősen korlátozott, ennek ellenére sok esetben már a orvosoktól is elvárt, hogy elérhetetlennek tűnő szakmai szinten teljesítsenek. 2018-as becslések szerint az orvosi ismeretek volumene 2010 óta 73 naponta megduplázódott (Corish, 2018). Az új orvosi is-

meretek fokozatosan beépülnek a tantervbe, folyamatosan hozzáadódnak az egyetemi tanulmányok sikeres elvégzéséhez szükséges tudáshoz.

Az orvostanhallgatók felé támasztott, sok esetben teljesíthetetlennek tűnő követelmények a 2020-as évben a koronavírus járvány következtében tovább növekedtek. A medikusok koronavírus fekvőbeteg osztályokon teljesített munkája, tesztelésben való részvétele és az ezzel egyidőben történt digitális oktatásra való átállás megnehezítette a tanulmányokban való előrehaladást. Számtalan hallgató számolt be üléseinken arról, hogy a tananyag virtuális elsajátítása, illetve a gyakorlati oktatás digitális megvalósulása a szakmai motiváció csökkenésével és a számonkérésekre való felkészülések ellehetetlenülésének érzésével járt. Eközben a gyakorlati tudás és teljesítmény terén az elvárások növekedtek. A koronavírus járvány következtében kialakult helyzet már önmagában a kiégés első kapuját jelentheti a medikusok számára.

A női orvostanhallgatók, illetve azok, akik eltérnek a hagyományos tantervtől (pl. évismétlés) nagyobb valószínűséggel küzdenek kiégéssel (Obregon et al., 2020). Ahogy munkánk során is tapasztaltuk, úgy a kutatásban résztvevők közül is nagyobb valószínűséggel mutatták a kiégésszindróma jeleit azok a hallgatók, akik nem voltak túl motiváltak az orvostudomány folytatására, vagy akik próbáltak ugyan változtatni helyzetükön, de hatástalannak élték meg jóllétük elérését célzó kezdeményezésüket.

1.1. AZ ORVOSTANHALLGATÓK KIÉGÉSÉNEK MÉRÉSE

A hallgatói ellátásban az általunk is rendszeresen alkalmazott Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változata (Maslach Burnout Inventory, MBI; Maslach et al., 1986) az alapértelmezett eszköz a kiégés mérésére. Az érzelmi kimerültség alskála az érzelmi fáradtság és a munkával kapcsolatos kimerültség érzéseit értékeli. A deperszonalizáció alskála a hallgatók elkülönültségi érzését vizsgálja, illetve azt, hogy a betegeket milyen mértékben kezelik személytelen reakcióval. A személyes teljesítmény alskála a szakmai kompetencia és eredményesség megélését vizsgálja. Maslach (i.m.) számításai szerint a kiégést az érzelmi kimerültség és deperszonalizáció alskálán adott magas pontszámok, valamint a személyes szakmai teljesítmény alskálán adott alacsony pontszámok valószínűsítik.

2. DEPRESSZIÓ ÉS SZORONGÁS AZ ORVOSTANHALLGATÓK KÖRÉBEN

A medikusok által gyakran tapasztalt stresszorok a kiégés mellett a depresszió és a szorongás kialakulásához is hozzájárulhatnak. Saravanan és Wilks (2014) szerint a depressziós és szorongó hallgatók nemcsak magasabb szintűnek élik meg a stresszt, de a stresszre adott válaszreakciójuk is más. A pszichológiai ellátásban szerzett tapasztalataink alapján a maladaptív válaszreakciók könnyen hozzájárulhatnak egy pszichés zavar kialakulásához. Emiatt munkánk során indokolt esetben pszichiáter szakorvost is bevo-

nunk a hallgatók ellátásába. Ilyen esetekben a pszichoterápia vagy a pszichoterápia és a farmakoterápia kombinációja hozhat enyhülést a medikusok számára.

Az enyhe depresszióval, szorongással küzdő orvostanhallgatók esetében viszont már a hatékony stresszmenedzsment és az új megküzdési stratégiák tanácsadási keretek között történő elsajátítását is eredményesnek látjuk. A medikusok egészséggel kapcsolatos életminősége sok esetben alacsonyabb az átlag populációhoz képest, valószínűleg ezzel függ össze, hogy az átlagnál nagyobb mértékben hajlamosak a depresszióra (Jurkat et al., 2011). Új, adaptív megküzdési stratégiák tanításával pedig nemcsak megakadályozhatjuk az adott pszichés állapot rosszabbodását (akár pszichés zavarok kialakulását), de tapasztalataink és a hallgatók beszámolóí alapján az egészséggel kapcsolatos életminőség is növelhető. Tehát a medikusok pszichés ellátásának a tűzoltáson kívül hosszútávú, preventív funkciója is van.

Továbbá depresszió esetén az örömtelenség összefüggésbe hozható az öngyilkossági gondolatokkal (Loas et al., 2019). Loas és munkatársainak (2019) eredményei alapján az öngyilkossági gondolatok háttérben azonban nem az érdeklődés elvesztése, hanem az örömeire való készség elvesztése állt. Az örömvésztes következtében fellépő étellel való elégedetlenség tehát az öngyilkossági gondolatok prediktora lehet. Az orvostanhallgatók körében az elégedetlenségen belül kifejezetten az orvosi képzéssel kapcsolatos elégedetlenség lehet a szuicid gondolatok erős prediktora, ezért munkánk során ezt fontos szem előtt tartanunk.

A depresszió és a szorongás megelőzésénél a tanácsadás fókuszába kerülnek az olyan életmódbeli tényezők is, mint a napi alvás mennyisége és az általános egészségi állapot. Ezek ugyanis jelentősen befolyásolják a depresszió és a szorongás kialakulását (Cheung & Yip, 2015; Hoying et al., 2020). A kutatók ugyancsak kapcsolatot fedeztek fel a hallgatók egészséges életmóddal kapcsolatos hiedelmei, viselkedése és a depresszió, a szorongás kialakulása között (Hoying et al., 2020). Tapasztalataink alapján az egészséges életmóddal kapcsolatos edukáció már önmagában is változást eredményezhet a hallgató egészségről és önmagáról alkotott belső reprezentációiban. Alváshigiéné tekintetében például elmaradnak az orvostanhallgatók az átlag populációhoz képest, az alvásdepriváció pedig beavatkozás nélkül hosszútávon teljesítményromláshoz vezethet (Brick et al., 2010). Egy alváshigiénéről szóló edukatív intervenció viszont csökkentheti az önhibáztatást és alváshigiénére odafigyelő viselkedést válthat ki.

A szorongás és a depresszió megelőzésére általunk is gyakran alkalmazott módszerek a relaxációs technikák; például a progresszív izomrelaxáció és az autogén tréning, amelyek rendkívül hatékonyak a kiegészítő megelőzésében is (Stetter & Kupper, 2002). Már egy fél éves, heti rendszerességű, kiscsoportos relaxációs programot követően is jelentős mértékben csökken az orvostanhallgatók szorongás szintje (Wild et al., 2014).

3. AZ ORVOSTANHALLGATÓK MEGKÜZDÉSI STRATÉGIÁI

A orvosok körében leggyakrabban alkalmazott megküzdési stratégia a társas támogatás igénybevétele (Steiner-Hofbauer & Holzinger, 2020). Ez a stratégia ugyan számos tanulmányban működő megküzdési módszernek bizonyult a stresszes helyzetekben, Baqutayan (2011) eredményei alapján csak a tanácsadási üléseken tapasztalt társas támogatásnak volt jelentős pozitív hatása a orvosok által megélt stresszre. A barátok és a család részéről érkező támogatás nem mutatott szignifikáns hatást. Haldorsen és munkatársai (2014) szerint a társas támogatás valószínűleg csak akkor képes csökkenteni a depressziós tüneteket, ha tükrözi a befogadó pontos igényeit. Az orvosanhallgatók a társas támogatást leginkább egy specifikus irányból várják: az egyetem részéről (Dyrbye et al., 2010). A tanácsadásban tehát az egyetem részéről biztosított társas támogatás – a megértés és a feltétel nélküli elfogadás – az, ami a legtöbb esetben meg hozza a kívánt eredményt a hallgatók számára. Mivel mi magunk, tanácsadók is az egyetemet képviseljük, így a pszichológiai ellátást igénybe vevő hallgatók megélhetik azt, hogy az egyetemnek számít az, hogy milyen pszichés állapotban vannak.

A depresszió és a szorongásos tünetek enyhítéséhez az orvosanhallgatók egy része hajlamos olyan maladaptív megküzdési módokhoz folyamodni, mint az alkoholfogyasztás, illetve a drogfogyasztás (Keller et al., 2007; Newbury-Birch et al., 2001). Ez a magyar hallgatók körében is megjelent az önmagát és másokat hibáztató beállítódás és a kockázatos magatartás mellett. Utóbbi megküzdési módok magasabb stresszszinttel és alacsonyabb étellel való elégedettséggel is összefüggésbe hozhatók (Pikó, 2014).

Fontos még említést tenni arról is, hogy a hallgatók maladaptív megküzdési módjai nemcsak hangulatzavart okozhatnak, hanem pszichoszomatikus tüneteket is. A leggyakoribb tünetek között szerepel a fáradtság, az alvászavar, továbbá a hát- és derékfájdalom (Pikó, 2014). Az orvosanhallgató nők körében a menstruációs zavarok közül a dysmenorrhoea és a PMS jelenléte is fontos pszichoszomatikus tényező (Kanti et al., 2020). Gyakrabban számoltak be a fent említett menstruációs zavarokról azok a hallgatók, akik mozgásszegény életet éltek és rendszeresen fogyasztottak egészségtelen ételeket. A súlyos tünetek megjelenése növelheti a hiányzások számát, emiatt a hallgatók hátrányt szenvednek és lemaradnak társaikhoz képest. Ebből következik, hogy csökkenhet a hallgatók egyetemi teljesítőképessége (Syed & Rao, 2020).

Egy 2008-as felmérés (Bíró et al., 2008) eredményei alapján a orvosok többsége nem dohányzik, viszont 15%-uk napi rendszerességgel gyújt rá, valamint 25%-uk kipróbált már valamilyen kábítószer. A legnépszerűbbek a marihuána mellett a vény nélkül kapható altatók és nyugtatószerek voltak. Továbbá, az orvosanhallgatók több, mint 80%-a fogyaszt alkoholt, bevallásuk szerint leginkább alkalmként. Tapasztalatunk szerint is a marihuána a legnépszerűbb drog a hallgatók körében és alkoholfogyasztásuk leginkább alkalmi. Ezek az alkalmak azonban könnyedén egyre gyakoribbá válhatnak, és az alkoholfogyasztás hosszú távon az orvosi munkájuk során megélt

stresszel való maladaptív megküzdési móddá alakulhat (Németh, 2017). Ezt támasztja alá az is, hogy az orvostanhallgatók körülbelül 40%-a bevallja, hogy az alkoholt megküzdési stratégiaként használja (Harris et al., 2015; Park & Levenson, 2002). Bár azt hinnénk, szakmájukból és magas szintű egészségértésükből adódóan a orvosok csoportja védett réteg a káros szenvedélyeket illetően, ezzel szemben sem a orvosok, sem pedig az orvosok nem védettek a túlzott alkoholfogyasztással, a dohányzással vagy a tiltott szerekkel való visszaéléssel szemben (Gignon et al., 2015). Az ilyen típusú öngyógyítás népszerűségét a saját munkánk során hallott beszámolók alapján az azonnali enyhülés és a teljesíthetetlennek tűnő követelményektől való elvonatkoztatás lehetősége okozza.

Tapasztalataink és a kutatások szerint nem csupán az alkohol és a drog jelent potenciális veszélyt a hallgatók számára, hanem a túlzott koffeinfogyasztás (energiatal vagy kávéfogyasztás) is. Egy tanulmány szerint a felmérést megelőző két hónapban a orvosok harmada fogyasztott rendszeresen energiatalt (Ibrahim et al., 2014). A rendszeres fogyasztók körében a fogyasztás leggyakoribb oka a barátokkal való szabadidő élvezése, a tanuláshoz szükséges energia megszerzése és az órákon át tartó ébren maradás volt. Ugyanakkor a rendszeres energiatal-fogyasztók 31,6%-a számolt be olyan káros következményekről, mint a heves szívdobogás, az álmatlanság és a gyakori vizeletürítés. Míg az energiatalok limitált, alkalmi fogyasztása nem feltétlenül jár negatív következményekkel, nagy mennyiségű és gyakori fogyasztásuk – összetevőikből és a háttérben meghúzódó elégtelen mennyiségű és minőségű alvásból adódóan – egészségkárosító hatású (Sawah et al., 2015).

Tapasztalataink alapján az új, aktív megküzdési stratégiák bevezetésével és alkalmazásával egyidejűleg csökken a maladaptív megküzdési módok gyakorisága. Ez leginkább annak tudható be, hogy ha alternatívát (pl. relaxációs gyakorlat) kínálunk a hallgatóknak a stressz csökkentésére, akkor egy idő után feleslegessé válnak a diszfunkcionális megküzdési módok.

4. HALOGATÁS AZ ORVOSTANHALLGATÓK KÖRÉBEN

Rendszeresen előfordul, hogy egy segítséget kérő orvostanhallgató arról számol be, hogy nem képes a tanulmányaival kapcsolatos tevékenységeket időben elvégezni, és halogatja azokat, pedig tisztában van azzal, hogy ez negatív következményekkel járhat. Ilyenkor nem pusztán lustaságról vagy rossz időmenedzselésről van szó: a halogatás ennél sokkal komplexebb folyamat. A halogatás során „*akarattalosan elhalasztunk egy általunk tervezett cselekvést, annak ellenére, hogy a késedelem miatt rosszabb kimenetelre számíthatunk*” (Steel, 2007, 66. o.).

Számos kutatás (Hill et al., 1978; Solomon & Rothblum, 1984) szerint a felsőoktatásban a hallgatók több, mint felére jellemző a tanulmányi halogatás, amelynek negatív következménye a felkészületlenségből eredő romló tanulmányi eredmény lesz. A tanulmányokkal kapcsolatos halogatás független a hallgató kognitív képességeitől, de

kapcsolatban áll a feladathoz társuló negatív érzésekkel, így például a szorongással és a depresszióval (Huszár & Huszár, 2014). A koronavírus pandémia pedig, mint korábban említettük, olyan körülményeket teremtett, amihez a orvosok szokásosnál is nehezebben tudtak alkalmazkodni, így a szorongással és depresszióval összefüggő halogatás jelensége felerősödött körükben (Romash, 2020).

Ezenkívül a halogatás többek között az önkontrollal, a perfekcionizmussal, a kudarc-tól való félelemmel, irracionális elvárásokkal és a figyelem elterelhetőségével is összefüggésben áll (Huszár & Huszár, 2014; Steel, 2007). Az önkontroll tekintetében az internetfüggőséget érdemes megemlíteni, amely kapcsolatban áll a felsőoktatásban tapasztalt halogatással, például vizsgára való felkészüléssel és beadandó dolgozatok elkészítésével (Hayat et al., 2020). A perfekcionizmus pedig az orvostanhallgatók egyik legjellemzőbb személyiségvonása, amely az önmagukkal szemben támasztott elvárásokat foglalja magába: a részletekre való odafigyelést és a magas szintű kompetenciát (Enns et al., 2001). A perfekcionizmus spektrumán két dimenziót lehet elkülöníteni. Az orvostanhallgatók körében az adaptív perfekcionizmus a lelkiismeretességgel és a magasabb tudományos elvárásokkal áll összefüggésben, ami jó prediktora a későbbi teljesítménnyel való elégedettségnek. A maladaptív perfekcionizmus a neuroticizmussal és a distresszel hozható összefüggésbe, illetve ennek a dimenzióknak része a kudarc-tól való félelem és az irracionális elvárások is. A halogatással a perfekcionizmus maladaptív dimenziója alkot szoros kapcsolatot (P. Sederlund et al., 2020).

Tehát ahhoz, hogy érdemben segíteni tudjunk a halogatás ördögi körében rekedt hallgatóknak, fel kell tárni a viselkedés mögötti ok-okozati összefüggéseket. Huszár és Huszár (2014) a halogatás egyéni terápiás megközelítéseit Cutler és munkatársai (2004) nyomán az alábbiak szerint ismertették. A kognitív szemlélet alapján a terápiás fókusz a kliens problémával kapcsolatos érzéseinek, gondolatainak és viselkedésének megértésére irányul: gondolatnapló vezetését és a negatív automatikus gondolatok beazonosítását követően a kliens megtanulja ezeket a gondolatokat módosítani és megváltoztatni. A személyközi megközelítés az egyén kapcsolatait az érzelmek szintjén elemezve a depresszió érzésének csökkentését célozza meg, ezáltal csökkenhet a halogató magatartás. A pszichodinamikus megközelítés célja pedig az önreflektivitás fejlesztése: a kliens felismeri, hogy milyen jelentése van a viselkedésének, illetve mi az, amit a viselkedésével el akar kerülni (pl. szorongás a képességeit illetően).

A kutatások és a gyakorlati tapasztalatok alapján tehát egyértelműen szükség van az orvostanhallgatók pszichés támogatására. A pszichológiai tanácsadás lehetővé teszi a orvosok számára a megfelelő stresszkezelési technikák és az egészséges megküzdési módok elsajátítását, továbbá az egészségmagatartás fejlesztését, mindez életminőségük jelentős javulásával és a különböző mentális zavarok megelőzésével járhat.

5. ESETLEÍRÁSOK

A bemutatott esetek az orvostanhallgatókkal folytatott tanácsadói munkánkból származó, több hasonló eseten alapuló fiktív történetek. A valós kliensek valamennyi személyes adata (pl. név, kor, nemzetiség) megváltoztatásra került annak érdekében, hogy tiszteletben tartsuk személyiségi jogaikat. Az első esetleírás Racs Eszter, a második pedig Fischer Nelli tapasztalatai alapján íródott.

5.1. ZACK ESETE: „HA SZÜNETET TARTOK, MINDENNEK VÉGE”

Zack alig 20 éves, harmadéves orvostanhallgató volt, amikor kétségbeesetten keresett meg, hogy azonnali segítségre van szüksége. Rendkívül megijesztette, hogy sem mentális, sem testi értelemben véve nem érezte jól magát, hetek óta nem tudott a tanulásra koncentrálni. Korábban nem okozott gondot számára a tanulás és jókedély, energikuság jellemezte őt. Úgy vettem észre, épp ez volt számára – és környezete számára is – a meghökkenítő: egy alapvetően kiemelkedően teljesítő, átlagon felüli képességű és könnyen kapcsolatot teremtő fiú hogyan és mitől érezheti rosszul magát?

Zack kétségbeesése akkora volt, hogy azonnali enyhülést szeretett volna, amikor megkeresett telefonon. Ezt félig-meddig meg is hozta számára a bejelentkezéskor folytatott rövid beszélgetésünk, hangján azonban érződött a csalódás. Szerette volna, ha azonnal megmondom neki, mit tegyen, hogyan döntsön: halasszon az egyetemen, vagy sem. Felmerült bennem, hogy engedélyt szeretne kapni a pihenésre, ugyanakkor az is, hogy esetleg tőlem várja, hogy motiváljam a folytatásra. Kavarogtak bennem az érzések, és nem igazán láttam át, mennyire fogok tudni segíteni neki egy viszonylag rövidebb, 5–10 alkalmas segítő folyamatban. Ekkor még nem is sejtettem, hogy a tanácsadási folyamat felénél egy újabb veszteség, nagymamája elvesztése fogja őt érni.

5.1.1. Első interjú

A kapcsolatfelvétel és az első interjú között kevesebb mint egy hét telt el. Zack már egy meghozott döntéssel érkezett az első interjúra: halaszt az egyetemen. Több figyelmet szeretne fordítani mentális és fizikai egészségére, illetve haza szeretne utazni – egy másik kontinensen élő – családjához, akikkel már több, mint egy éve nem találkozott ekkor. A célkitűzéssel együtt azonban Zack büntudata is megjelent: ha nem tanulmányait, hanem egészségi állapotát helyezi első helyre, akkor mások csalódnak benne és ő is csalódik önmagában, ez pedig számára elfogadhatatlan. A csalódással való megküzdéshez kért segítséget.

Zack a középiskola után, alig 18 évesen érkezett Magyarországra, hogy megkezdje tanulmányait az általános orvos szakon. Magyarországra érkezése után csak egy alkalommal látogatott haza. Költözése előtt szüleivel élt, akik szintén orvosok, és akik egész életükben keményen dolgoztak. Zack és a szülei között a nagy fizikai távolság ellenére

is szoros volt a kapcsolat, gyakran beszéltek. Már az első alkalommal megemlítette, hogy édesapja néhány éve krónikus hátfájdalommal küzdött, tünetei egyre gyakrabban és egyre erősebben jelentkeztek, Zack nálam történt jelentkezése előtt is jelentősen felerősödtek, ez pedig láthatóan megrázta Zacket. Egyértelmű volt, hogy a család rendkívül fontos számára, ezért is örült annyira, hogy hazautazásakor végre újra láthatja családtagjait, még ha nem is mindenkit, mert bátyja hozzá hasonlóan külföldi egyetemen tanult.

Zackben mindig is hitték a szülei és korábbi tanárai, azonban számos magas elvárást is támasztottak vele szemben. Általános- és középiskolában is osztályelső volt, nem volt ez másképp az egyetem első két évében sem. Másodévtől pedig már részt vett az első-évesek oktatásában.

Részletesen mesélt arról, hogy milyen szenvedéllyel tanult, mennyi minden érdekli, és hogy már gyermekkorra óta tudta, hogy orvos szeretne lenni. Különböző tanulási módszereiről is beszámolt, egyértelművé vált, hogy aktuális elakadása nem a módszerek vagy az orvosszakma iránti elköteleződésének hiányából fakadt.

Zack ugyancsak beszámolt pár, az elmúlt egy évben történt traumatikus eseményről, amelyek megviselték őt érzelmileg: egy közeli barátja öngyilkos lett, illetve édesapja szinte folyamatosan betegeskedett, műtetre is szüksége volt.

Jelenlegi állapota előtt Zack volt az, aki motivált és támogatót másokat, például az édesapját. Ezt még a több ezer kilométeres távolság ellenére is meg tudta valósítani: online programokat szerveztek, amelyek célja édesapja egészségi állapotának javítása volt. Ezért különösen zavarta, hogy jelenleg nemhogy másokat nem képes motiválni, de még saját magát sem. Elmondása szerint aktuális állapota körülbelül két és fél hónappal a találkozásunk előtt alakult ki, amikor tanulási motivátlanság, kedvtelenség, leszívottság érzése keletkezett nála. Majd másfél hónapja, édesapja hátfájdalmának eszkalálódásáról értesülve még tovább romlott a helyzet. Közben barátaitól is eltávolodott, többükben csalódott, és „senki sincs neki jelenleg, akire számíthatna”.

További öt alkalomra szerződünk. Ez később nyolc alkalomra változott egy akut gyászfolyamat következtében. Célként a döntésével (tanulmányainak halasztása) való megbékélést tűztük ki. Három alkalom személyesen, öt alkalom pedig online, webkamerás konzultáció formájában történt.

5.1.2. Egészség- és betegségeprezentációk

Ahogy Zack saját állapotának egy depresszívebb, motivátlanabb, kimerültebb, kedvtelenebb irányba történő változását tapasztalta, magát okolta érte: „*Ostorozom magam, amiért így érzek, jól kellene lennem.*” Önmagát lustának, semmittevőnek állította be, mintha nem is lenne valódi problémája. Egyre azt hajtogatta, nem tudja, hogyan jutott el erre a pontra, hogy ennyire leszívottnak érzi magát, és hogy nem képes helyzetén egyedül javítani. Állapotát és döntését, hogy elhalasztja tanulmányait, kizárólag veszteségként élte meg, ezzel a veszteséggel pedig nem tudott azonosulni: „*Épp feladom, én pedig nem én vagyok, ha feladom.*”

Zack azt is elmesélte, hogy családjában a negatív, kellemetlen érzéseket, illetve a testi fájdalmat nem szokás kimutatni. Édesapja is csak akkor mutatja ki testi fájdalmát, ha az már elviselhetetlen. A pszichés nehézségek pedig a szülők szerint „*nem igazi gondok*”. Így hát Zack sem tett másképp: tűrte a motiválatlanságot, a hetekig tartó kedvetlenséget, erőtlenséget és haragudott magára, hogy nem megy úgy a tanulás számára, és a barátaival sem jön ki olyan jól, mint korábban.

5.1.3. Alkalmazott eszközök

Zack kitöltötte a Maslach Kiegészítés-teszt Hallgatói Változatát (Schaufeli et al., 2002), illetve a kognitív modellel (Beck, 1963) kapcsolatos pszichoedukáció történet. Főként a negatív automatikus gondolatokkal dolgoztunk: gondolatnaplót írt, amikben nemcsak gondolatait, de érzelmi, testi és viselkedéses reakcióit is monitorozta, feljegyezte. Ezeket keresztül eljutottunk a diszfunkcionális attitűdökhöz, hiedelmekhez, melyek az adott negatív automatikus gondolatok mögött bújtak meg.

Ugyanakkor, mivel Zack megosztotta, hogy milyen kreatív és kedveli a művészetet, OH kártyát (France & Lawrence, 1993) is alkalmaztam. Ez annyira elnyerte a tetszését, hogy szinte minden alkalommal legalább pár perc erejéig dolgoztunk egy-két kártyával. Zack könnyen vetítette a kártyákba a saját történetét, így szimbolikus úton is volt lehetősége feldolgozni, amin épp keresztül ment.

5.1.4. Erőforrások és megküzdési stratégiák

Zacknek kiterjedt szociális hálójá volt, amelyben ugyan aktuálisan elveszettnek érezte magát, de mégis lehetett rá építkezni. Emellett nyitottsága és szerte ágazó érdeklődése megkönnyítette a vele folyó munkát: szívesen csinálta meg a házi feladatokat és számos releváns kérdést vetett fel a tanácsadói folyamat során. Kreativitásából pedig az OH kártyával történő munka során töltekezhetett.

Zacket elmondása szerint a negatív gondolatok elutasítása, elnyomása és erőltetett pozitív gondolatokkal való helyettesítése segítette idáig. Azt ismételte mindig, amit az édesapja is mondogatott neki: „*Maradj pozitív!*”. Zack a következőképp vélekedett magáról: „*Én vagyok az erős a családban.*” „*Csak akkor vagyok értékes, ha mások számára örömet okozok, pozitív vagyok.*” Az elnyomás és a helyettesítés mint megküzdési mechanizmusok, úgy tűnt, egykor támogatták őt, azonban aktuálisan már nem működtek. Sőt, mivel sem erősnek, sem pozitívnak nem érezte magát, így értékesnek sem, ez pedig még rontott is a helyzeten.

Szociális kapcsolataiban a konfliktuskerülés is előkerült mint megküzdési mód. Barátainak ugyanis sok esetben nem mutatta ki, ha megbántották őt. Ahogyan ő fogalmazott: „*Engem nem érdekel, ha megbántanak. Nem mondok semmit. Én vagyok az, aki másokat támogat, meghallgat, tanácsot ad.*” A tanácsadási folyamat végére a negatív gondolatok elnyomását egyre inkább az elfogadás váltotta fel („*Rendben van az is, ha nem érzem ma-*

gam jól.”), az érzések, érzelmek elrejtése helyett pedig egyre inkább azok szabályozását alkalmazta („*Elmondtam neki, hogy zavar és bánt, hogy nem mondja el az igazat.*”).

5.1.5. Társas támogatás

Zacket ugyan mind a családja, mind barátai támogatták élete során, rejtetten azt az üzenetet közvetítették felé: „*Neked mindig pozitívnak kell lenni*”, ami egyfajta megfelelési kényszert eredményezett benne. Ha valaki ugyanis mindig pozitív, vidám, akkor nem megengedett számára, hogy rosszul érezze magát, csalódjon, szomorú legyen. Nemcsak Zacknek, hanem a környezetének is idő kellett, hogy hozzászokjon: ő is érezheti magát rosszul, és ettől még nem veszíti el önmagát. Amint meghozta döntését – ugyan néhányan továbbra is azt javasolták neki, hogy legyen pozitív és csak küzdjön, mert ha szünetet tart, akkor feladja és veszít –, máris számos szerettéből empátiát váltott ki.

5.1.6. Kommunikációs készség és kihívások

Zack egy beszédes, őszinte fiú, aki – bár azt mondta, nem szokott róluk beszélni – árnyaltan fejezte ki érzéseit: „*leszívott voltam*”, „*ostoroztam magam a történetek miatt*”, „*tehernek éreztem magam*”. Sosem egy egyszerű szóval jellemezte az összetett érzelmeit: „*túlterhelt és csalódott vagyok*”, „*megkönnyebbültem, de meg is ijedtem*”. Ugyan megkönnyítette a tanácsadói munkát, hogy Zack rendkívül beszédes volt, olykor annyira belelendült mondandójába, hogy nehéz volt megakadályozni, hogy egy fél ülést kitevő monológ legyen belőle, és dolgozni is tudjunk. Erről lehetett vele beszélni, és miután benne is tudatosodott ez, már tömörebben próbálta kifejezni magát, közben tartotta a szemkontaktust, ezáltal észlelte az én reakcióimat.

5.1.7. Egészségértés

A kliens azt fogalmazta meg az első alkalommal, hogy „*nem szeretné, ha rosszabbra fordulna a helyzet*”, amiből egyértelműen kitűnik, hogy panaszai aggasztották őt, még ha nem is tudta beazonosítani, hogy miért alakultak ki. A pszichés és testi tünetek közötti összefüggéseket a tanácsadás során gyorsan megértette, csakúgy, mint a különböző házi feladatok funkcióját. Zack magas szintű egészségértése lehetővé tette a lendületes munkát.

5.1.8. Családi környezet

Zack családjában az érzelmek és a testi érzetek kimutatása nem szokás, azonban egy összetartó, egymással törődő, elfogadó közösséget alkotnak. Zack tanulmányainak halasztásával kapcsolatos döntését családja tiszteletben tartotta, és szívesen fogadták őt újra otthon, hogy kipihenhesse magát. Ez megkönnyítette és facilitálta a tanácsadói folyamatot is, hiszen a harmadik üléstől egészen a tanácsadás végéig Zack a családi otthonukból jelentkezett be az ülésekre.

5.1.9. Intervenciók és céljuk

Zack kitöltötte a Maslach Kiegészés-tesztet, amin az érzelmi kimerültség és a személyes teljesítmény alskálán elért pontszámai hívtak fel magukra a figyelmet. A deperszonalizáció alskála pontszáma elenyésző volt az ő esetében, nem volt rá jellemző a személytelen bánásmód, a cinizmus. A kérdőív kitöltése utáni megbeszélés és edukáció felhívta Zack figyelmét arra, hogy a pszichés elakadások – mint például egy kiegészés közeli állapot – nagyon is valóságosak, számos területen akadályozhatják az életben, és komoly egészségre vonatkozó következményeik lehetnek.

A gondolatnaplók célja az volt, hogy Zack átlássa, hogyan, milyen gondolatok tartják fenn aktuális kedvezőtlen állapotát, és ezek hogyan kapcsolódnak érzéseihez, testi érzeteihez és viselkedéséhez. Ezenkívül azt is megfigyeltük, honnan eredhetnek ezek a gondolatok, érzések: milyen más, korábbi helyzetekben tűntek még fel? Egészen korán, már a második ülésen említett olyan érzést Zack, hogy bizonyos családtagok (nem szülők) részéről úgy érzi, hogy megvonták a szeretetüket, mert úgy döntött, kihagy egy fél-évet az egyetemen. A halasztás elfogadása azért volt nehéz a család és Zack számára is, mert ezt nem egy rá jellemző döntésként könyvelték el. Zackben ez főként a következő negatív automatikus gondolatok formájában jelent meg:

„Jobban kellett volna igyekeznem.”
„Erősebbnek kellene lennem.”
„Jobb lenne, ha nem is léteznék.”
„Teher vagyok mások számára.”

Diszfunkcionális attitűdök is megjelentek:

„Ha kimutatom és elmondom másoknak, hogy rosszul érzem magam, akkor csak terhelem őket.”
„Nem érek semmit, ha nem vagyok pozitív.”
„Ha nem teljesítek kiemelkedően, semmi értelme létezniem.”

Olyan mélyebb, általánosabb hiedelmek is megjelentek, mint:

„Kudarc vagyok.”
„Csalódás vagyok.”

Ezeket főként korábbi iskolai élményekhez kötötte: ugyanezen gondolatok évekkal ezelőtt is megjelentek benne, amikor szintén számos elvárásnak kellett megfelelnie. Egyik tanára egy verseny alkalmával például úgy konferálta fel Zacket, mint az iskola legjobb, legkitűnőbb diákját, aki meg fogja nyerni a versenyt. Ez a korábban említettekhez hasonló gondolatokat ébresztett benne, és le is fagyott egy időre.

A negatív gondolatok vizsgálata és megkérdőjelezése először főként tagadó formában jelent meg:

„Talán most nem tudtam többet tenni.”

„Talán nem vagyok teher másoknak így sem.”

„Nem is feltétlenül kudarcs az, hogy szünetet tartok, hiszen folytatni akarom majd.”

Ezek fokozatosan realiztikus állító mondatokká formálódtak Zackben:

„Elég, amit teszek, ami vagyok.”

„A döntésem sok új dolgot is hozott az életemben.”

A negatív gondolatok megkérdőjelezésének célja nemcsak a gondolati narratíva változásának facilitálása volt, hanem ezzel együtt az érzelmi és a viselkedéses válaszok változása is. Zack kezdeti érzéseit – amelyek közül főként a következők domináltak: félelem, túlterheltség, reménytelenség, bűnösség –, fokozatosan felváltotta a megkönnyebbülés és a motiváltság. Kezdetben viselkedéses válaszaira jellemző volt a konfliktuskerülés, a másoknak való megfelelési vágy miatti elkerülés, azonban a tanácsadási folyamat második felében egyre többször számolt be arról, hogy érzéseit mások felé is kifejezte. Negatív érzéseinek is teret tudott adni egy aktuálisan felmerülő gyászfolyamatban, ami így megakadályozta, hogy ezekben benne ragadjon. Az utolsó ülések ideje alatt pedig már szakmai gyakorlatba is kezdett, amiről kifejezetten pozitív visszajelzéseket adott.

Az OH kártyával folytatott intervenciók (mondatalkotás megadott szavakkal, történetmesélés) célja a saját narratíva szimbolikus megjelenítése volt. A Zack által alkotott mondatok és történetek kifejezték az aktuális lelki állapotát, illetve, hogy épp hol tart döntésének elfogadásában. A történet főszereplőit önmagával kötötte össze, és a tanácsadói munkát is beleszötte az egyik történetbe. Zack történeteit sorba rendezve kirajzolódik, ahogy egyre közelebb kerül a tanulmányok halasztásának elfogadásához és ahogy ez a döntése fokozatosan beépül a személyiségébe.

5.1.10. A tanácsadás lezárása

A lezáró alkalom közeledtével rá sem kellett kérdeznem, Zack kifejezte, hogy gondolati, viselkedési mintázatának tudatosává válása milyen hatással volt rá:

„Nem gondolom, hogy túl kellett volna hajtani magam. Látom a szüleimet, hogy mennyit dolgoznak, és nagyon tiszteltem őket ezért, de nem is töltöttek velem időt, mióta ide utaztam. Úgy érzem, az édesapám megbetegedései is ezzel kapcsolatosak, hogy folyamatosan dolgozik. Folytatni akarom a tanulmányaimat, és orvos szeretnék lenni, viszont úgy szeretném ezt tenni, hogy nem áldozom fel saját magam, a szociális életem, az egészségem. Ki szeretném mondani, ha rosszul vagyok, és sírni, ha szomorú vagyok, hiába mondják, hogy ne sírjak.”

Ugyan Zack bizonytalan volt a tanácsadás befejezésével kapcsolatban, és biztosra szeretett volna menni, hogy újra jelentkezhet, ha elakad, az utolsó ülésünkön ő is kifejezte, hogy készen áll az elsajátított technikák önálló alkalmazására, a következő félévben pedig tanulmányai folytatására.

Mire tanít ez az eset?

Zack esete emlékeztetett arra, hogy még ha kétségbeesetten is fordul hozzám egy kliens, akkor is ugyanúgy oda kell figyelnem a megfelelő keretek betartására. Ilyen például az azonnali időpont felajánlás – amire általában nincs is lehetőség. Az eset eszembe juttatta, hogy mennyi előnnyel jár, ha nem csúszom bele a tanács osztogatás csapdájába, hanem már az első pillanattól kezdve önálló döntésre ösztönzőm a hozzám forduló hallgatókat, és így már az első interjú előtt is megkezdődhet a terápiás munka.

5.2. MAXIMA ESETE: „MEGÉR EGY PRÓBÁT”

Maxima telefonon kért tőlem időpontot, és már ekkor hangsúlyozta, hogy a barátai beszéltek rá, hogy keressen meg, mert saját bevallása szerint az orvostudományon kívül másban nem hisz, „*de megér egy próbát*”. Ez a bejelentkezés megszólította a szakmai éneket, úgy éreztem, hogy bizonyítanom kell, hogy valós segítségét tudok nyújtani.

5.2.1. Első interjú

Maxima húszas évei elején járó negyedéves orvostanhallgató lány. Szülei egyetemi végzettséggel rendelkeznek, ezért elmondása szerint „*nem is volt kérdés*”, hogy egyetemre megy a gimnáziumi tanulmányok után. Szülei évekkal ezelőtt elváltak. Ő az édesanyjával él, de az édesapjával hetente találkozik, aki továbbra is része maradt az életének. Elmondása szerint a válással nem csak veszteség érte, hiszen így kétszer élvezhet minden ünnepet, egyszer édesanyjával, egyszer pedig édesapjával.

Azért keresett meg, mert úgy érezte, nagyon kimerült az előző vizsgaidőszakban, elvesztette a motivációját és már a szemeszter megkezdése előtt görcsbe rándult a gyomra a gondolattól, hogy vissza kell térni a tanuláshoz. Minden eddigi vizsgaidőszakot nagyon nehezen élt meg, mind fizikailag, mind szellemileg kimerült ezekben. Elmondása szerint a vizsgaidőszakokban rendszeresen fogy, mert annyira összeszűkül a gyomra a félelemtől, hogy nem tud enni, a vizsgák napján pedig még hányás is gyötörni szokta. Ilyenkor rendszeresen fáj a dereka és gyomorgörcsre panaszkodik. Ezekkel a panaszokkal felkeresi a háziorvosát, aki fájdalomcsillapító gyógyszert ír fel neki. Tünetei azonban évről-évre visszatérnek és nem múlnak el. Már az orvos is említette neki, hogy „*itt valami stressz lehet a háttérben*”, de Maxima azt érezte, hogy nincs ideje ezzel foglalkozni, mert rengeteg a tanulnivalója, és csak az idejét vesztegetné a beszélgetéssel. Említettem

neki a telefonbeszélgetésünket, amiben a barátaira hivatkozott motivációként. Kérdésemre, hogy miért kér mégis segítséget, azt válaszolta, hogy úgy érzi, nincs mit veszítenie és mivel az orvosa is ezt mondja, „*lehet benne valami*”. Az egész ülés során fürkészte a tekintetemet, mintha ki akarta volna találni, hogy mit miért kérdezek. Olyan érzésem volt, mintha vizsgáztatott volna a kliens.

Maxima arról is beszámolt, hogy az egyetem kezdetén jelenlévő önbizalmát fokozatosan elvesztette a nehéz vizsgák miatt. Rossz vizsgázónak vallotta magát, aki fél megszólalni és retteg attól, hogy hülyeséget mond és hogy emiatt az oktató megalázza őt a többiek előtt. Kizárólag az ötös érdemjegy elfogadható számára, a negyest nehezen fogadja el, kudarcként éli meg. Vizsgaidőszakban sokszor voltak rémálmai, ilyenkor mindig a vizsgával álmodott.

További öt alkalomban állapotunk meg, közös munkánk céljával a stresszkezelést és a megküzdés fejlesztését tűztük ki, amit Maxima így fogalmazott meg: „*Szeretném a kezembe venni a gyeplőt, mert most úgy érzem, hogy minden kicsúszik a kezemből.*”

5.2.2. Erőforrások

Érdeklődő természetének köszönhetően Maxima kezdeti ellenállását a kíváncsiság váltotta fel. Jó tanulóhoz méltóan minden házi feladatot elvégzett, és az ülések vége felé már elkezdte élvezni is őket. Nehézségei ellenére pozitív személyiségnek tartja magát, aki mindig bízik abban, hogy „*a dolgok jobbra fordulnak, ha mindent megteszünk érte*”.

Szülei mindenben támogatják, édesanyjával mély, bizalmi kapcsolatot ápol. Ugyan édesanyjának nem szokta elmondani, ha valami bántja, de telefonon felhívja őt ilyen esetekben, és édesanyja megértő hozzáállása nyugtató hatással szokott rá lenni.

Maxima fontos erőforrása altruizmusa, készségesen segít másoknak. Barátai mindig számíthatnak rá és ez fordítva is igaz. Kevés barátja van, de azok a barátok évek óta mellette állnak, és mély kapcsolatot ápol velük. Elmondása szerint önmagába vetett hite segít neki abban, hogy „*bármilyen áron*” legyőzze az akadályokat. Mindezekkel együtt képes felülkerekedni a nehézségeken.

Maximát hallgatva mondanóját ellentmondásosnak éreztem azzal, amit átél. Amikor hozzám fordult, a tanuláson kívül más dolgok sem töltötték őt el boldogsággal, amelyeknek korábban tudott örülni (pl. olvasás vagy barátokkal való találkozás). Mintha jobb színben próbálta volna feltüntetni magát előttem.

5.2.3. Alkalmazott eszközök

Stressznapló vezetését kértem tőle. Lelkesen írta le az átélt élményeket és tapasztalatokat, valamint a negatív automatikus gondolatokat, amelyeket később közösen átbeszélünk. A pozitív események feljegyzését is szorgalmaztam, mivel úgy vettem észre, hogy gondolkodása annyira beszűkült a legyőzendő negatív eseményekre, hogy nem ismerte fel, mennyi pozitív dolog éri őt a mindennapokban.

Az erőforrások feltárásához OH kártyát (France & Lawrence, 1993) használtam. Meglepődve tapasztaltam, hogy olyan kártyánál fogalmazott meg erőforrásokat, amelyeknél a legtöbb kliensem negatív tartalmat lát. Ez Maxima belső megküzdési képességeire világított rá.

5.2.4. Egészség- és betegségrepresentációk

A kliens stresszhelyzetben emésztőrendszert érintő testi tüneteket produkált. Kérdésemre, hogy mi lehet az életében az, amit ilyen nehezen tud megemészteni ezt válaszolta: *„Nagyon szeretnék megfelelni mindenkinek, de az eszemmel tudom, hogy ez lehetetlen, de én mégis megpróbálom, mert nem vallhatok szégyent.”* Megjegyezte, hogy emlékszik, amikor gyerekkorában egyszer hármast vitt haza az iskolából, és nagyon leszidták érte a szülei, akik abban az évben el is váltak. Úgy érzi, hogy azóta egyszerűen nem engedheti meg magának, hogy rosszul teljesítsen. Megtanulta, hogy a rossz teljesítményért rosszállás jár, ami szégyenérzettel társul.

Elmondása szerint a válást nem élte meg negatív élményként, vele már csak a tényt közölték. Édesanyját, akinek a válás időszakában szerinte *„sírni sem volt ideje”*, sosem látta szomorúnak. Maxima is hasonló működést mutatott, édesanyjával ugyan beszélt az érzelmeiről, de sokszor magában tartotta nehézségeit, mert nem akart teher lenni számára. Maximának sem volt ideje arra, hogy a saját érzelmeivel foglalkozzon. Mindennek következtében úgy érezte, elvesztette a kontrollt az érzelmei és a teste felett.

5.2.5. Megküzdési stratégiák

Maxima megküzdése jól szemléltethető a Leventhal és munkatársai (1980) által kidolgozott Önszabályozási Modell szerint. A vizsgaidőszak számára egy fenyegető külső inger, testi tünetei (pl. gyomorgörcs, derékfájdalom) pedig a belső ingerek közé sorolhatók. Úgy gondolta, hogy a tünetei hátterében szomatikus okok húzódnak, ezért felkereste orvosát. Mindez újabb szorongással és aggodalommal töltötte el.

Az orvos felkeresése problémafókuszú megküzdésről árulkodik, míg az érzelmi állapotának szabályozására irányuló érzelemközpontú megküzdés során tagadta a lelki problémák meglétét, alkoholfogyasztással oldotta feszültségét. Sokszor annyira tartott egy vizsgától, hogy eltolta annak időpontját, de nem fordított több időt a tanulásra, inkább elkerülte a szembenézést, menekült a helyzetből. Végül a kiértékelés során arra a következtetésre jutott, hogy ha lezárult a vizsgaidőszak, akkor a probléma is megszűnt, így nem kell változtatnia semmin, újabb vizsgaidőszak esetén pedig a korábbi megoldási módokra támaszkodhat. Ez azonban egy öngerjesztő folyamatot indított el.

Mindezekon felül az alkoholfogyasztással egyidőben társas támogatást is keresett, szabadidejét barátaival töltötte. Nehézségeit pedig kihívásként élte meg, így jellemző rá a pozitív jelentéskeresés is.

5.2.6. Társas támogatás

Barátaira a kliens nehéz időkben is számíthatott, kereste a társaságukat. Habár édesanyjával is megosztotta érzéseit és gondolatait, negatív gondolatait és motivátlanságát megtartotta magának. Életéből hiányzott egy társ, akivel mindent megoszthat. Maxima egyetlen motivációja az új szemeszterre nézve az a reménye volt, hogy megismerkedik egy fiúval. Előző kapcsolatára utalva megjegyezte: „*Tudom, milyen jó, ha van valakije az embernek, együtt mindent képesek vagyunk legyőzni.*”

5.2.7. Kommunikációs készség és kihívások

Maxima bőbeszédű, normál beszédtempójú lány, aki gyakran közhelyeket használt és általánosságban fogalmazott, másokról és emberekről beszélt önmaga helyett: „*Másoknak is vannak nehézségei.*” „*Az embereknek fontos, hogy elérjenek valamit az életben.*”

Maxima tartózkodó önkifejezését az is indokolta, hogy kezdetben tartott az ítélezéstől: „*Most biztos azt gondolod, hogy ez hülyeség.*” „*Most biztos azt gondolod, hogy ezt nem kellett volna.*”

Ezáltal a kliens érzelmei számomra is nehezen megközelíthetőek voltak, az OH kártyák projektív jellege azonban enyhített ezen. A kezdeti bizalmatlanságot pedig később felváltotta a biztonságérzet, és a kliens egyre inkább meg tudott nyílni az üléseken.

5.2.8. Egészségértés

Maxima kezdetben tagadta, hogy testi tünetei kapcsolatban lennének lelkiállapotával. A tanácsadás előrehaladtával és a stressznapló segítségével azonban felismerte stresszhelyzetben adott reakcióinak mintázatát és testi-lelki tüneteinek összefüggéseit.

5.2.9. Családi környezet

A kliens szülei a válás ellenére jó viszonyban maradtak egymással, így, bár külön háztartásban, de biztosították a biztonságos családi háttérrel Maxima számára. Édesapjával a különélés ellenére rendszeresen tartotta a kapcsolatot és elmondása szerint mindenben számíthatott rá, de beszélgetéseik főként az egyetem témájára szorítkoztak. Édesanyjával is hasonló volt a helyzet, habár érzelmeit nem minden esetben merete megosztani vele.

5.2.10. Intervenció célja, terápiás folyamat bemutatása

Az OH kártyák segítettek felszínre hozni a kliens belső erőforrásait, amelyekről az utóbbi időben megfeledkezett. A képekre adott asszociációin meglepődött. Felismerte, hogy korábban sokkal pozitívabban gondolkozott és leginkább a tanulmányaival kapcsolatosan negatív a gondolkodása, ez pedig a vizsgákhoz közeledve érzelmileg egyre mélyebbre taszította. „*Olyan, mint egy negatív spirál, ha egyszer elindul, már csak lefelé tudok menni.*” Maxima úgy érezte, elhagyta az önbizalma. Arra vágyott, hogy jobban

bízhasson saját képességeiben. Környezete szerint mindig meg lehetett bízni benne, és mindig képes volt felülkerekedni a rossz dolgokon. Ekkor szembesült azzal, hogy mások szerint képes átlendülni a tanulmányai során átélt „rossz dolgokon”, hiszen az motiválja az életben, hogy segíteni tudjon másokon.

Házi feladatként pozitív események naplóját kértem tőle, amiről megjegyezte: *„Jó érzés volt a nap végén összeírni ezeket, kicsit a régi önmagamra emlékeztetett.”* Habár egy hétre szólt, Maximának annyira megtetszett ez a feladat, hogy az üléseink végéig folyamatosan feljegyezte magának a pozitív eseményeket.

A stressznapló segítségével felismerte, milyen mintázatok jellemzik viselkedését a vizsgák közeledtével. Azonosította a triggereket (pl. facebook csoportban nála hamarabb levizsgálók bejegyzései) és a stressz jeleit (pl. étvágytalanság, álmatlanság), majd megtanulta megváltoztatni a reakcióit: pl. testmozgást épített be a mindennapjaiba, így nemcsak szellemileg, hanem testileg is elfáradt, valamint nem szundított napközben, így éjszaka jobban tudott aludni.

Tanulmányaival kapcsolatos halogatása mindig a vizsgaidőpont eltolásával kezdődött. Megkértem, hogy amikor megjelenik a halasztás gondolata, írjon érveket mellette és ellene is. Bárhogya is dönt, a pozitív motiváló gondolatokat helyezze el a szobáján belül olyan helyekre, ahol rendszeresen megfordul. A kezdeti negatív tartalmú üzenetek (*„Nem akarok megbukni.”*) pozitívvá váltak (*„Meg tudom csinálni.”*).

A stresszkezelési technikák közül a progresszív relaxációt gyakoroltuk. Maxima eleinte úgy fogalmazott, hogy *„nem tudom mit is kéne éreznem”*. Viszont az otthoni gyakorlást követően pozitív változásokról számolt be, leginkább az esti gyakorlást követően: *„Nem is gondoltam volna, hogy vizsgák közeledtével ilyen gyorsan képes vagyok elaludni.”*

A kliens arról is beszámolt, hogy a vizsgák során testtartása görnyed a benne lévő feszültségtől és azt gondolja, ez negatív hatással van az ő megítélésére: *„Összehúzom magam, biztos látják, hogy mennyire félek.”* Ezt követően az egyik vizsgája előtt, várakozás közben gyors progresszív relaxációt végzett, ami nagy segítséget jelentett a számára: *„Nagyon jó érzés volt, máskor eluralkodik rajtam a pánik, de most nem hagytam magam.”*

A kliens életút diagramot is rajzolt, amelyen a számára lényeges pozitív és negatív életeseményeket egy tengely mentén ábrázolta, illetve a jövőnek is helyet kellett hagynia. Megjegyezte: *„Jó volt a jövőről beszélni, nem gondoltam volna, hogy ilyen közel vagyok hozzá.”* Az életút diagram rámutatott arra, hogy Maximának voltak olyan korábbi iskolai sérelmei, amelyek eddig eszébe sem jutottak (második osztályban kigúnyolták a társai, amikor egy helyesírási versenyen nem ért el helyezést). Ezek tudatosítását követően már át tudta keretezni negatív vizsgaélményeit: *„Most van arra lehetőségem, hogy változtassak.”*

Szüleivel kapcsolatban a kliens felismerte, hogy a tanulás terén erős megfelelési kényszert érez. Ez az érzés édesapjával kapcsolatban volt erősebb, mivel arról számolt be, hogy édesapja kérdezi őt legtöbbször az egyetemről: *„Nincs más közös témánk, nem tudom miről kellene beszélünk.”*

A kezdetben bizalmatlan Maxima az ülések során egyre inkább megnyílt és megbízott bennem. Jó tanulóhoz híven minden házi feladatot maximálisan elvégzett, de egy idő után már nemcsak nekem akart megfelelni, hanem elkezdte a feladatokat élvezni is. Felszabadító érzés váltotta fel a görcsös megfelelni akarását. Erről így fogalmazott: *„Érzem a változást. Tudok örülni az apróbb dolgoknak is. Szerintem ellenállóbb lettem a nehézségekkel szemben. Biztos beképzelten hangzik, de örülök, hogy eljöttem, mert egyedül ezt nem sikerült volna elérnem.”*

Mire tanít ez az eset?

A közös munka során úgy éreztem, hogy meg kell felelnem Maxima elvárásainak, olyan érzésem volt, mintha minden alkalommal vizsgáztatna engem. Két ülés között nagy gonddal válogattam a feladatok között, hogy minél látványosabb, hatásosabb eredményt érjünk el. Rájöttem, hogy ezek az ő érzései voltak, mert erős megfelelési kényszer jellemezte, és abban az időszakban minden gondolata a vizsgák körül forrott. Ezáltal felismertem, hogy milyen fontos az önreflexió és nem a „varázslat” számít, hanem az egész munkafolyamat.

6. DISZKUSSZIÓ

Bár tanulmányunkban részletesen foglalkoztunk a negatív hatásokkal, fontos kiemelni, hogy az orvostanhallgatók által átélt gyakori stressz önmagában nem minden esetben vezet depresszióhoz és szorongáshoz. Sokkal inkább számít a stresszhez fűződő viszony, a stresszorokra adott válaszreakció. Saját tapasztalataink és kutatási eredmények alapján is (Haldorsen et al., 2014) ezek azok a tényezők, amelyek bizonyos hallgatókat hajlamosabbá tesznek a depresszióra, a szorongásra és egyéb mentális zavarokra. Zong és munkatársai (2010) igazolták annak fontosságát, hogy a orvosok adaptív megküzdési képességeket sajátítsanak el az egyetemi évek során, hiszen a depresszió és a szorongás épp a maladaptív, diszfunkcionális megküzdési módokra épül. Ha pedig ezek helyére adaptív megküzdési stratégiák lépnek, akkor a mentális zavar kialakulásának, súlyosbodásának lehetősége is csökken.

Mindkét esetbemutatóból kitűnik, hogy a kliensek maladaptív megküzdési módszereit a tanácsadási folyamat végére adaptív megküzdési stratégiák váltották fel. Ezt a folyamatot facilitálta az érzelmek felszínre kerülése és feldolgozása is. Mindkét munkafolyamatban előtérbe került a családi háttér, amelynek fontos szerepe van az érzelmekhez való hozzáállásban és a stresszel való megküzdésben is.

Az is kiemelendő, hogy az orvostanhallgatók az elsősorban szomatikus szemléletű képzésük során ritkán hallanak az érzelmekről és az egészség-betegség lelki oldaláról, ezért számukra különösen nehéz az érzelmi önreflexió. Továbbá későbbi munkájuk so-

rán magas elvárásoknak kell megfelelniük és nagy felelősséget kell vállalniuk, így a jövőben rájuk váró stresszorok már a képzésük korai szakaszában is megjelennek. Mindezek következtében könnyen kiégett vagy kiégés közeli állapotba kerülnek, akárcsak az eset-tanulmányokban bemutatott klienseink. Ez pedig gátat szabhat egyetemi előrehaladá-suknak. A pszichológiai tanácsadás segítségével azonban új ismeretekkel és képességek-kel a birtokukban képesek lehetnek tanulmányaik eredményes folytatására.

Zack egy levélben megköszönte a tanácsadói munkát, és beszámolt arról, hogyan érzi magát, milyen visszajelzéseket kapott másoktól a tanácsadás befejezése óta. Leírta, hogy már készül a következő tanévre, izgatottan várja tanulmányai folytatását. Úgy gondol-juk, hogy a hallgatói visszajelzések azok, amelyek a leginkább bizonyítják, hogy a ta-nácsadói munkának milyen fontos szerepe van a pszichés zavarok megelőzésében és szűrésében.

IRODALOM

- Baqutayan, S. (2011). Stress and social support. *Indian journal of psychological medicine*, 33(1), 29.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression. *Archives Of General Psychiatry*, 9(4), 324–333.
- Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., Kósa, K. (2008). Health behaviour survey among medical students, *Orvosi Hetilap*, 149(46), 2165–2171.
- Brick, C. A., Seely, D. L., Palermo, T. M. (2010). Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. *Behavioral sleep medicine*, 8(2), 113–121.
- Cheung, T., Yip, P. S. (2015). Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11072–11100.
- Chunming, W. M., Harrison, R., MacIntyre, R., Travaglia, J., Balasooriya, C. (2017). Burn-out in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC medical education*, 17(1), 1–11.
- Corish, B. (2018, April 23). Medical knowledge doubles every few months; how can clinicians keep up?. *Elsevier* (online). <https://www.elsevier.com/connect/medical-knowledge-doubles-every-few-months-how-can-clinicians-keep-up>
- Cutler, J. L., Goldyne, A., Markowitz, J. C., Devlin, M. J., Glick, R. A. (2004). Comparing cognitive behavior therapy, interpersonal psychotherapy, and psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1567–1573.
- Dyrbye, L. N., Power, D. V., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M. R., Szydlo, D. W., Sloan, J. A., Shanafelt, T. D. (2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi institutional study of US medical students. *Medical education*, 44(10), 1016–1026.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical education*, 35(11), 1034–1042.
- Enoch, L., Chibnall, J. T., Schindler, D. L., Slavin, S. J. (2013). Association of medical student burnout with residency specialty choice. *Medical education*, 47(2), 173–181.

- France, M., Lawrence, J. (1993). OH Cards: A Process for Interpersonal Exploration. *Guidance & Counselling*, 8(4), 40–55.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Gignon, M., Havet, E., Ammirati, C., Traullé, S., Manaouil, C., Balcaen, T., Loas, G., Dubois, G., Ganry, O. (2015). Alcohol, cigarette, and Illegal Substance Consumption Among Medical Students. *Workplace Health & Safety*, 63(2), 54–63.
- Haldorsen, H., Bak, N. H., Dissing, A., Petersson, B. (2014). Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scandinavian journal of public health*, 42(1), 89–95.
- Harris, R. C., Millichamp, C. J., Thomson, W. M. (2015). Stress and coping in fourth-year medical and dental students. *New Zealand Dental Journal*, 111(3), 102–108.
- Hayat, A. A., Kojuri, J., Amini, M. (2020). Academic procrastination of medical students: The role of Internet addiction. *Journal of advances in medical education & professionalism*, 8(2), 83–89.
- Hill, M., Hill, D., Chabot, A., Barral, J. (1978). A survey of college faculty and student procrastination. *College Students Personal Journal*, 12, 256–262.
- Hoying, J., Melnyk, B. M., Hutson, E., Tan, A. (2020). Prevalence and correlates of depression, anxiety, stress, healthy beliefs, and lifestyle behaviors in first year graduate health sciences students. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 17(1), 49–59.
- Huszár, T., Huszár, Zs. (2014). A halogatás megjelenése a felsőoktatási tanulmányokban és az intervenciók lehetőségei. In M. Szenes, J. M. Pintér (Ed.), *Pszichológiai tanácsadás felsőfokon* (198–214. o.). Innovariant Nyomdaipari Kft.
- Ibrahim, N. K. R., Ifrikhar, R., Murad, M., Fida, H., Abalkhaeil, B., Al Ahmadi, J. (2014). Energy drinks consumption amongst medical students and interns from three colleges in Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Food and Nutrition Research*, 2(4), 174–179.
- Iqbal, N., Latif, L., Nisar, M., Salman, N. (2020). Stress and depression among medical students. *Pakistan Journal of Surgery*, 36(1), 37–40.
- Jurkat, H., Höfer, S., Richter, L., Cramer, M., Vetter, A. (2011). Quality of life, stress management and health promotion in medical and dental students. A comparative study. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 136(23), 1245–1250.
- Kanti, V., Verma, V., Singh, N. P. (2020). Study of Menstrual Abnormalities and its Association with Demographic Factors among Female Medical Students. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 14(8).
- Keller, S., Maddock, J. E., Laforge, R. G., Velicer, W. F., Basler, H. D. (2007). Binge drinking and health behavior in medical students. *Addictive behaviors*, 32(3), 505–515.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. 2, 7–30. o.). Pergamon.
- Loas, G., Solibieda, A., Rotsaert, M., Englert, Y. (2019). Suicidal ideations among medical students: The role of anhedonia and type D personality. *PLoS one*, 14(6), e0217841. 10.1371/journal.pone.0217841
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory*. Consulting psychologists press.
- Newbury-Birch, D., Walshaw, D., Kamali, F. (2001). Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug and alcohol dependence*, 64(3), 265–270.

- Németh, A. (2017). Észlelt munkahelyi stressz összefüggése az egészséggel és az életmóddal orvosok körében. *IME: Interdiszciplináris Magyar Egészségügy/Informatika És Menedzsment Az Egészségügyben*, 16(5), 8–12.
- Obregon, M., Luo, J., Shelton, J., Blevins, T., MacDowell, M. (2020). Assessment of burnout in medical students using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey: a cross-sectional data analysis. *BMC medical education*, 20(1), 1–10.
- P Sederlund, A., R Burns, L., Rogers, W. (2020). Multidimensional Models of Perfectionism and Procrastination: Seeking Determinants of Both. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5099.
- Park, C. L., Levenson, M. R. (2002). Drinking to cope among college students: prevalence, problems and coping processes. *Journal of studies on alcohol*, 63(4), 486–497.
- Pikó, B. (2014). Stressz, coping és a pszichikai jóllét összefüggései preklinikai orvostanhallgatók körében | Interrelationships among stress, coping and psychological well-being among pre-clinical medical students. *Orvosi Hetilap*, 155(33), 1312–1318.
- Romash, I. (2020). The nature of the manifestation of procrastination, level of anxiety and depression in medical students in a period of altered psycho-emotional state during forced social distancing because of pandemic COVID–19 and its impact on academic performance. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 3(2), 6–11.
- Saravanan, C., Wilks, R. (2014). Medical students' experience of and reaction to stress: the role of depression and anxiety. *The scientific world journal*, 2014(2), 737382. 10.1155/2014/737382
- Sawah, M. A., Ruffin, N., Rimawi, M., Concerto, C., Aguglia, E., Chusid, E., Infortuna, C., Battaglia, F. (2015). Perceived stress and coffee and energy drink consumption predict poor sleep quality in podiatric medical students: a cross-sectional study. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 105(5), 429–434.
- Schaufeli, W., Martínez, I., Pinto, A., Salanova, M., Bakker, A. (2002). Burnout and Engagement in University Students. *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464–481.
- Solomon, L. J., Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of counseling psychology*, 31(4), 503.
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin*, 133(1), 65–94.
- Steiner-Hofbauer, V., Holzinger, A. (2020). How to cope with the challenges of medical education? Stress, depression, and coping in undergraduate medical students. *Academic Psychiatry*, 44(4), 380–387.
- Stetter, F., Kupper, S. (2002). Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 27(1), 45–98.
- Syed, A., Rao, S. B. (2020). Prevalence of premenstrual syndrome and dysmenorrhea among medical students and its impact on their college absenteeism. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 9(4), 1378.
- Thun-Hohenstein, L., Höbinger-Ablasser, C., Geyerhofer, S., Lampert, K., Schreuer, M., Fritz, C. (2020). Burnout in medical students. *Neuropsychiatrie*, 35(1), 17–27.
- Wild, K., Scholz, M., Ropohl, A., Bräuer, L., Paulsen, F., Burger, P. H. (2014). Strategies against burnout and anxiety in medical education—implementation and evaluation of a new

- course on relaxation techniques (Relacs) for medical students. *PloS one*, 9(12), e114967. 10.1371/journal.pone.0114967
- Zong, J. G., Cao, X. Y., Cao, Y., Shi, Y. F., Wang, Y. N., Yan, C., Abela, J. R., Gan, Y. Q., Gong, Q. Y., Chan, R. C. (2010). Coping flexibility in college students with depressive symptoms. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1–6.