

K. SZILÁGYI ADRIENN SZUGGESZTÍV KOMMUNIKÁCIÓ AZ INTENZÍV OSZTÁLYON

BEVEZETÉS

Az intenzív szakirodalom egyre többet foglalkozik a kritikus állapotú betegek testének gyógyítása mellett azzal is, hogy milyen élményeik lehetnek az embereknek, az Intenzív Terápiás Osztályon (ITO-n) töltött kezelés alatt és után (Grady, 2001; Kratchman, 1995; Menzel, 1998). Milyen emlékeik, ezeknek milyen következményeik lehetnek (Schelling, 1998). Hogy befolyásolja a későbbi életminőségüket az átélt kezelés (Rotondi, 2002).

Bár a szakirodalom főleg azt a szempontot emeli ki, hogy a betegek későbbi életminőségének bejósolásával költséghatékonyabb lehetne a kezelés (Peruzzi, 2001), az intenzív szakorvosok és a kórházi személyzet pusztán a betegek számára a viselhetőbb kórházi lét miatt is érdeklődik eziránt. Hiszen azzal a beteggel, aki jobban érzi magát, együttműködni, dolgozni, javulni is könnyebb (Russel, 1999).

Pszichológusként az én feladatomban az ITO team munkájában, hogy a helyzet adta transzot kihasználva az életminőség védelme érdekében – eddig egyedülállóan – már a helyszínen segítsek a lelki megterhelés okozta későbbi életminőség romlás, és az esetleges PTSD kialakulása elleni harcban. Jelen írás az elmúlt 7 év intenzív osztályon töltött tapasztalataiból merít.

PSZICHOLOGUS AZ INTENZÍV OSZTÁLYON

Kapcsolatteremtés, belépés a beteg világába

Az első és legfontosabb, hogy kapcsolatot tudjunk teremteni a beteggel, ami állapota miatt sokszor nem magától értetődő. Nem csak a kómás, eszméletlen, altatott beteggel, hanem azzal is, aki a betegsége miatt teljesen magára fókuszál, és félelme vagy zavartsága miatt nehéz magunkra irányítani a figyelmét. Mindezek miatt el kell tudnunk szakadni attól, hogy a megszokott kognitív szinteken kommunikáljunk. Sokkal nagyobb szerepe lesz az egymásra hangolódásnak, érintéseknek. Nagyobb türelem, bizonytalanságtűrő-képesség, kitartás kell, és mindenekelőtt hit abban, amit csinálunk.

Ehhez, hogy valakinek a világába kerüljünk, át kell éreznünk, mit érezhet ő most, mi lehet az, ami számára fontos, ami miatt figyelni fog ránk. Elsősorban az, ha helyzetükkel kapcsolatos dolgokról tudunk nekik információt adni, és fel tudjuk mérni, hogy mi az az ismeret, aminek leginkább hiányát érezhetik, és mi az a szint, amit fel tudnak dolgozni. Tisztában kell lennünk azzal, hogy ITORA sokszor kerül úgy az ember, hogy nem számított rá. Ritkán indulunk el otthonról balesetezni, szívrohamot kapni, kómába esni. Ám mikor mégis ez történik, hajlamosak vagyunk inkább a félelmet és fájdalmat megélni, ahelyett, hogy a jól működő életmentési folyamatnak örvendeznénk. Ezért nagyon fontos hamar megértetni a beteggel, hogy a jólléte szempontjából a lehető legjobb helyen van, ahol a gyógyulásán egy teljes team dolgozik, akikben megbízhat, hogy mindent az ő érdekében csinálnak, hatékony, megbízható eszközök segítségével (Cheek, 1969; Varga és Diószeghy, 2001; Diószeghy és Varga, 2002; Varga és Diószeghy, 2003). Talán felesleges is részletezni, hogy a nyugodt, izmait nem feszítő, a beavatkozásokat nem hátráltató beteggel mennyivel könnyebb együtt dolgozni. Ez a nyugalom viszont csak akkor érhető el, ha beteg át meri magát adni, bele mer simulni a kezelésbe. Ezekre a megnyugtató, biztosító információkra éberségi állapotától függetlenül szüksége van. De ahhoz, hogy ezt át tudjuk adni, kell, hogy a beteg figyeljen ránk.

Megragadni a figyelmet

60 év körüli férfi csípőműtét komplikációit követően kerül az intenzívra. Félig még alszik, de ahogy 5-6 ember rárohan, hogy hirtelen ellássák, rákössék a megfelelő gépeket, csöveket, hevesen ellenkezik. Egy nővér megkér, hogy fogjam meg a férfi kezét, amíg ő vért vesz. Szorítani kezdem a megfeszített csuklóját. Igyekszem sok erőt beleadni, majd hirtelen elengedem, ettől ő is elengedi a kezét. Simogatni kezdem, kicsit megpihen, de lassan megint hadakozni kezd. Ami talán nem is csoda, hisz a csukott szemű, félig öntudatlan embert egyszerre több, mindig váratlan irányból érik fájdalmas szúrások, húzások, érintések. A zűrzavarban hozzá is intéznek néhány szót, de nehéz lenne ez alapján tájékozódnia. A fejéhez én sem férek hozzá. A kezét kezdem megint szorítani és megint ellazul, mikor hirtelen elengedem. Egy ilyen megpihenésnél egyszerű kis ütemet kezdek el kopogtatni a tenyerében, amit meg-megszakítok. Ilyenkor ő is meg-megkapargatja az én tenyeremet, én simogatom a kezét. Amikor ebből kiesünk, mert valami miatt újból megfeszítette magát, megint kezdem előről: erősen szorítom, elengedem, ellazul, belekopogom a tenyerébe, mindig ugyanazt az egyszerű ritmust, ő visszakapirgál. Egyszer elbambulok, ő épp hadakozik, én csak fogom fáradtan a kezét. Egyszer csak ellazul, megnyugszik megint, és arra eszmélek, hogy nem csak kapirgál: most ő kopogja bele a ritmusomat az én tenyerembe. A kapcsolat tehát ilyen nehezített körülmények között is megteremthető.

Néha magunk okozzuk a nehézséget azzal, ha nem a helyzethez legodaillőbb úton próbálkozunk. Mint a műtét után ébresztett néni, akinek a további kezeléshez feltétlenül tisztában kellett lenni vele, hogy tudatánál van-e, ezért rázogatták, homlokát kopogtatták, és a férje családi nevéen szölongatták. Erre javasoltam, hogy próbálkozzunk a keresztnévvel, hiszen azt biztosabban vonatkoztatja magára. „*Rozi néni, nyissa ki a szemét, hallja, amit mondunk?*” „-Igen.”

Sokszor tűnik feleslegesnek, kilátástalannak, hogy kommunikálni próbáljunk. 50 év körüli férfi beteg. Agyi ödémák, bevérzések, feltehetőleg nem lát, tracheostomán át lélegzik, a vérrögök elleni vérhígítástól, orrán, száján, szeméből szivárog a vér. Ijesztő látvány. Tudata nincs, mondják a reggeli vizitnél. Így, noha tökéletesen ellátják, nem igen akar vele foglalkozni senki. Épp a tüdejéből szívják le a váladékot, fájdalmasan hörög, ellenkezik. Megsajnálom, megfogom a kezét. Egyből erősen szorítani kezd. Ott maradok, simogatom a kézfejét. Az az érzésem, hogy figyel. Ha simogatom, elengedi magát, ahogy húznom ki a kezem, megszorít. Beszélni kezdek hozzá, nyugtatom, aztán elkezdem mondani neki, mi történik vele, miért van itt. Megkérem, ha érti, amit mondok, szorítsa meg a kezem. Lassan egy szorítás- két szorításos igen-nemes kódrendszert dolgozunk ki. A válasz sokszor nehézkesen érkezik, de jön. Próbálok belegondolni, hogy talán nehéz lehet neki tartani a beszélgetés fonalát, egy emberrel, akit nem lát, ebben az állapotban, ahol talán másodpercenként elúszik a figyelem. Igyekszem minél többször minél több mindenre visszautalni. Ahhoz, hogy megtalálja a kellemes érzéseit, és kicsit kiszabaduljon a kórházi környezetből, megbeszéljük, hogy valami kellemeset fogunk együtt elképzelni. Eldöntjük együtt, hogy ez valami nyári emlék lesz, a családdal. Fekszik előttem ez a nagydarab, eltorzult arcú ember, nyugodtan lélegzik, talán alszik. De néha rá-rászorít a kezemre. Én beszélek, biztatom, nézzen körül itt-ott, teljesítse ki a képet, az érzést. Bizonytalan vagyok. Talán tényleg csak magamban beszélek, és a hitetleneknek van igaza. Mélyülünk a képbe, gyorsul a légzése, izgatottabb lesz. Tolulnak fel az emlékek? Mondandómban tényleg most járunk ott, ami már érzelmileg is megérintheti. De ehhez nem kevés tudatosság, információfeldolgozási képesség kellene. A leletei alapján, és ránézésre nincs ezen a szinten. És mégis. Izgatottabban

szorongatja a kezemet. Megremeg, hüppög. Sír. Vér folyik a szeméből. Ezek szerint ért. Ezek szerint akár akkor is ért, mikor csak elbeszélünk mellette.

Biztonság, nyugalom, konkrét információkra alapozva

Spitz (1945) megfigyelései szerint a csecsemőknek, az anyai gondoskodásból nem az etetés a legfontosabb tényező, hanem a melegség, biztonság biztosítása, ami nélkül az árvaházi gyerekek nem fejlődtek, akár meg is haltak. Ez számomra valószínűsíti, hogy a betegség által alapvető szükségletekre regrediálódott embereknél ennek a biztonságérzésnek, melegségnek, figyelemnek, törődésnek a hiánya ugyanolyan káros lehet, mint Spitz csecsemőinél.

Tehát valahogy közvetíteni kell feléjük a gondoskodás meglétét. Ehhez a helyzetükről, állapotukról szóló információkkal tudjuk megragadni a figyelmüket, és ezen keresztül tudjuk a helyzet pozitívumaival is megismertetni őket. Ehhez tényleg tudnunk kell, hogy milyen az illető beteg állapota, mi történt vele. Tudni, mi a baj, mi a betegség oka, mi az, amitől várjuk, hogy megszűnteti. Tudni, hogy ez idő kérdése, vagy a gyógyszerek hatása lesz, esetleg a beteg tehet ezért valamit, hogy ez gyorsabban menjen. Honnan fogják az orvosok látni, hogy elindult a javulás felé, miből fogja ezt ő érzékelni. Ehhez tudnom kell, mit érezhet most, ebből mi az, ami a gyógyszerek és betegsége természetes velejárója, mi az, ami az ő plusz érzése. Tudnom kell, melyik érzése az, amit el lehet maszkolni, és mi az ami fontos, jelzésértékű, és jó, ha tudatában van. Mindenképp fontos összeegyeztetni a valóságot, a beteg élményeivel, hogy ne veszítsük el a bizalmát egy panaszra figyelmen kívül hagyása miatt, és hogy legyen alkalmunk megnyugtatni egy problémát nem jelentő élménye miatt. A pszichológus ehhez az orvostól kapja meg a választ, de nem a szakmai részletekből, hanem az állapot fő működési elvéből, ami alapján felépíthető egy olyan terápiás terv, ami a beteg lelki energiáit segít jó irányba terelni.

A 80 évesen miaszténiássá vált beteg, aki 2 hónapja kórházban van, a lélegeztető gépet pár napja tudta elhagyni, de teljesen kétségbe esett, így minden apróságból nagy problémát csinál, mintha csak azt remélné, hogy így végre megtalálhatja, és megszüntetheti azt, ami rossz. Mivel tudom, hogy már jól van, és csak erősödni kell, felhívom a figyelmét, hogy a sok intenzív beavatkozás közben megfélelmedezhetett arról, hogy arra figyeljen, amivel ő tehet a gyógyulásáért: az izmai erősítésére. *Gondoljon csak bele, milyen jó, hogy minden pillanatban tehet magáért: amikor pihen, gyűjti az erejét, hogy több energiája legyen az izmait erősíteni, amikor mozoghat.* Meglepetten, kisfiús örömmel nézett rám a felismeréstől, hogy ez így igaz. Ezután tudott nyugodtabbá és együttműködőbbé válni.

Merről támogassuk a reményt?

Minden helyzetnek megvan az a pontja, ami kapaszkodót nyújt. Ezt meg kell találnom, és hinnem kell benne, mert csak így tudom hitelesen közvetíteni. A betegnek csak azt, és csak akkor közvetítsük, amihez a mi kellő belső energiánk, hitünk, kedvünk megvan. Mindig várjuk meg, amíg a mondandóhoz a kellő hitünk, és őszinteségünk is megérkezik. Ha nem hiszek abban, amit mondok, a beteghez csak a megtévesztés riasztó szándéka jut el. Hangsúlyozhatjuk a pozitív lehetőségeket, és a bizakodásunkat, és bízhatunk olyan dologban is, amiben rajtunk kívül senki, de soha ne ígérjünk olyasmit, amiben nem vagyunk biztosak, hogy meg fog történni. Ne várjuk-várassuk a csodát, de adjunk esélyt neki.

17 éves lány, már másfél hónapja intenzív osztályon volt, ebből 3 hetet lélegeztették. Ritka immunbetegsége volt. Szépen gyógyult, de még nem lehetett tudni, nem jön-e még egy sub, amibe akkor belehal. A lány, érthető módon, már nagyon türelmetlen, nyugös volt. Már csak folyamatosan haza akart menni, egyre pesszimistább volt és egyre nehezebb volt vele

bírni. Amikor az orvosok hívtak hozzá, azt mondták, a lány azt fogja nekem mondani, hogy ő két hét múlva otthon lesz, de ezt ne higgyem el, mert legjobb esetben 2 hét múlva esetleg átkerülhet a belosztályra, de semmiképp sem haza. Jó lenne, ha ezt meg tudná érteni. Ráadásul a veséje leállt, nem valószínű, hogy újra indul, mert ezzel a betegséggel nem szokott. Megtörténhetne, de nem valószínű. Mikor bemegyek hozzá, nagyon fáradt, kába. Egyből beszél hozzám, de lényegében csak azt akarja közölni, hogy haza akar menni, és azt akarja tudni, mikor lesz ez. Igyekszem megmagyarázni, hogy ha valaminek a hosszát akarja megtudni, nem mérheti a súlyát. Ez is ilyen. Itt nem időpontot tudunk, hanem jelek vannak, amik mutatják, hogy egyre közelebb kerül a célhoz, hogy otthon legyen. Például mikor félretehették a lélegeztetőgépet, mikor újra el tudta kezdeni mozgatni a karját, lábát, mikor látja, hogy kevesebb drain van benne, mikor látja, hogy ha felfedeznek hibát, akkor egyből kiküszöbölik, és újabb draint tesznek be, ha kell.

– De itt minden nap történik valami rossz.

– *Persze, egy-egy vizsgálat tényleg rossz. Olyan ez, mint mikor van egy rossz fogad. Ha nem kezelteted, egyre rosszabb, és nem jó enni. Éveken keresztül egyre rosszabb, és folyamatosan szenvedsz vele. Ha meg elmegy fogorvoshoz, a fűrés tényleg rossz, de az teszi lehetővé, hogy egy hét múlva már ne is emlékezz arra, milyen volt, mikor fájt a fogad.* (a betegségét amúgy egy súlyos foggyulladás kapcsán vették észre, amit azóta rendeztek) *Mikor történik veled valami, és például nem raknák be a csövet, mert az kellemetlen, akkor azzal csak hátráltatnának, hogy hazajuss. Itt viszont, amikor történik valami rossz, akkor ők észreveszik, és megteszik azt, ami ezt elhárítja, ezzel is azt segítve, hogy minél könnyebben közelebb legyen a gyógyulásod, minél hamarabb egészségesen otthon lehess.* (nem azt mondom, hogy egészséges lesz, hanem hogy ami itt történik, az az egészségéért történik.) *Ha egy-egy pillanatot nézel, tényleg nem túl jó. Csövek, miazmás. De ha megnézed az egész filmet (a nap nagy részében videón nézett filmeket, leginkább happy-endes történeteket), akkor láthatod, hogy például 2-3 héttel ezelőtt ezek még nem voltak természetes dolgok. Például most, ahogy kavargatod, és eszed a kefiridet, teljesen természetesek ezek a mozdulatok. 2-3 héttel ezelőtt ez elképzelhetetlen lett volna. Később meg már arra nem fogsz emlékezni, hogy ez ekkor nagy dolog volt.*

Bámulja a kefirjét, hol engem, úgy kavargatja tovább. Néha mintha csak a mozgás miatt kavargatna rajta újra-újra egyet. Bár látom, hogy kapcsolatban vagyunk, és sikerült irányt változtatni vele, nagyon aggódom érte, szeretnék minél többet tenni, ezzel magamat is megnyugtanni, ezért a találkozásainknak mindig egy szabályos hipnózis is a részét képi. Hipnózisban megkeressük a jó érzéseit, gyógyító energiáit, bejáratjuk, ismertté tesszük az ezekhez vezető belső útjait. Örömmel fedezi fel, hogy ezek megvannak benne, hogy ezeket sikerült meglátnia. És megnyugszik, mikor arra, hogy nem tudta elég sokáig nézni, érezni ezt az érzést, azt mondom, hogy most már, hogy ismeri az idevezető utat, egyre könnyebben, egyre többször eljőhet ehhez az érzéshez. Most már tudatában van, hogy ez itt van benne. És mint egy kiskutyát, napról napra egyre jobban megszelídítheti, és mint a megszelídített kiskutyától, egyre többet kérhet. Egyre jobban fogják érteni egymás nyelvét. (épp aznap ígértette meg a szüleivel, hogy hazatérésére megkapja a rég áhított kutyát.) Összesen négyszer találkoztunk. Az első találkozásunk után egy héttel hazaengedték, a veséje újra indult. A következő héten már egy bevásárló központbeli vásárlással, sétával kényeztették a szülei.

Test és lélek szinkronja

Nem mondom, hogy feltétlenül a beszélgetéseink, hipnózisaink segítettek neki a vártnál gyorsabb gyógyulásban, bár az orvos a azt mondta, szerinte ezt nélkülem nem tudták volna így

megcsinálni. Mindenesetre hiszek abban, hogy néhány gondolat helyrerakása segíthet abban, hogy a testünk is könnyebben visszataláljon a harmonikus működéséhez. Mint ahogy a gondjainktól megfájdult fejünket helyrehozza a jó kedvünk, vagy ahogy a stressz gátolja az immunrendszerünk működését, a boldogság, nevetés pedig serkenteni képes. Erre példa annak a 30 körüli elsősülők kismamának az esete is, aki már két hete volt benn az ITOn. A szüléskor jelentkező trombozist már helyrehozták, de volt egy paraméter, ami 2 hete stagnált, és ennek a javulása nélkül nem engedhették haza a kisbabájához. 2 óra hosszán keresztül átbeszéltük az anyasággal kapcsolatos érzéseit, azt hogy megengedheti magának, hogy fáradt legyen. Nem kell tökéletesnek lennie, nem kell mindent egyből tökéletesen csinálnia, és természetes, hogy elfárad, még akkor is, ha az a gyereknevelés közben történik. Ez még nem jelenti, hogy lelketlen anya, ha egy ilyen nemes feladatot időnként fárasztónak érez, és nem bűn, ha magára is gondol. Amikor 2 nap múlva találkoztunk, örömmel újságolta, hogy a rég várt paraméter másnapra helyreállt, hazaengedik. Meggyőződése, hogy ez a beszélgetésünknek köszönhető, de ha nem is, akkor is nagyon jót tett neki.

Miaszténiás férfi, légzési elégtelenséget okozó subjából felgyógyulva, már egyre jobban tud mozogni, tervezik a tracheostomás kanül eltávolítását, amikor egyik napról a másikra jelzi, hogy a szemét sem bírja kinyitni. A szájáról eddig jól lehetett olvasni, de most az ajkai sem mozdulnak. Mikor nagy nehezen kapcsolatba vonom, alig olvasható betűkkel a test szót írja le. Nehezen, de kiböki végül, hogy a hajnali mosdatásánál meglátta a combjait, amikről lemállott az izom a gyógyulás hosszú hetei alatt, és megállapította, hogy képtelenség, hogy ilyen kevés izommal ember mozogni tudjon. Ahogy ezt tudatosítjuk benne, és felidézzük, hogy tegnap milyen mozdulatokra volt képes, és több mint valószínű, hogy azt ezekkel az izmokkal tette meg, fokozatosan a hite is felzárkózott a teste állapotához, így újra tudott mozogni. Pár nap múlva elhagyhatta az osztályt.

Idős néni, akit a gyógytornász szerint csak akkor lehet kiültetni anélkül, hogy hányana, ha én ott vagyok. Ezért megkérem, mondja el, mi az, ami a hányingert okozza. Egy nagy kő a gyomrában. Leírja a színét, tapintását, állagát, méretét, és a nyomó érzést, amit ez okoz. Ezután egy olyan jó érzés leírását kérem, amit akkor érezne, ha nem lenne a gyomrában ez a nyomás. Mi az, ami ezt a jó érzést tudja hozni, és ezt hogy tudja egy képben elképzelni? A jó érzés kellemes melegség, amit az hoz elő, ha a családja szeretetére gondol. Ez olyan, mint egy nagy hegy. Azt is részletesen elmondja, hogy milyen. Ekkor megkérem, hogy képzelje maga elé az előbbi nagy követ, majd tegye mellé a hegyet. Nézzze meg, milyen picike ez a nagy kő a hegy mellett. Nézz maga elé, látom, hogy 'látja'. Hirtelen felém fordul: „Maga ezt tanulta valahol?”. Szinte elpirulok, mint akit rajta kaptak. „*Tanultam. Épp ezért tudom, hogy ez ilyenkor segít*”. Bólint, visszafordul a hegyéhez, átérzi a képből áradó erőt. Ezzel megszűnt a napok óta kínzó hányás és hányinger.

Ha megérteni, nem sürgetni akarjuk a folyamatot, elindul magától

Egy-egy beszélgetés hamar meghozhatja a várt pozitív hatást. De tisztában kell lennünk azzal is, hogy ha egy tünet a beteg állapota alapján orvosilag nem indokolt, és az orvosok is valamilyen pszichés hátteret feltételeznek, számíthatunk arra, hogy a tünet fennmaradását valami olyan pszichodimamikai ok támogatja, ami valami, a beteg által rosszabbnak vélt dologtól mentesíti őt. Ezért is felesleges azt mondani, hogy holnapra jobban lesz, jobban kell lennie. Egyrészt mert ha nem lesz jobban, ez a kudarc megijeszti, másrészt mert inkább arra kell törekednünk, hogy a pszichés fenntartót szüntessük meg, segítsünk oldani, és bízhatunk abban, hogy erre a test is hamar, megfelelően fog reagálni. Mint ahogy az önmagával szemben magas elvárásokat támasztó kismamának is csak a szorongását, tökéletlenségérzését

erősítette volna, ha azt hallja, hogy holnapra meg kell javulnia a várt paraméternek. Az ezzel kapcsolatos érzéseinek átbeszélése viszont hozzásegítette a változáshoz.

Tehát soha ne sürgessük a beteget. Fogadjuk el, hogy saját tempója, egyéni lefutása van a gyógyulásának, a saját szükségletei szerint. Pozitív példaként, mintegy útmutatásként, elmondhatjuk, hogy mással hogy szoktak történni, haladni ezek a dolgok, de ezt ne mint elvárás közvetítsük. Biztosíthatjuk, hogy a testünk felismeri amikor harmonikus, egyensúlyi állapotban van, és amikor ettől eltér. Legtöbb esetben azt is felismeri, hogy ehhez mire van szüksége. Kezdve az olyan egyszerű dolgoktól, mint mikor éhesek vagyunk, de például biofeedback technikákkal finomabb szabályzások is tudatosulhatnak. De tudatosulás nélkül is a szervezetünk felveszi a harcot, ha kórokozóval találkozik, varrt képez a sebünkre, folyamatosan törekszik a számára legoptimálisabb állapotra. Amikor megbetegszünk, ehhez szüksége lehet segítségre, amit több oldalról megkaphat. Kémiai úton a gyógyszerek formájában, de gondolataink befolyásolásával ugyanúgy agyunk vegykonyhájára hatunk, így ezen a módon is segíthetjük, hogy a megfelelő irányt megtalálja, a megbillent harmónia helyreállítása felé.

Több látásmód: támogatás több irányból

Ebben mi támogathatjuk a beteget, segíthetünk, hogy felismerje, mi az, ami hátráltatja, és mi vinné őt előrébb. A tüneteket felfoghatjuk a szervezet felől érkező üzeneteknek, amik kijelölik azokat a területeket, témaköröket, amelyekkel foglalkozni kell, amik mentén dolgozva, haladva egyre jobban megközelítjük a számára szükséges egyensúlyi állapotot. Tehetjük ezt ugyanúgy orvosi, mint pszichés oldalról. Az orvosok szemszögéből fizikai, biológiai törvények alapján működő test létezik, aminek ismerik a „szervizelési” lehetőségeit. Ezt a lényegi kezelést tudjuk mi kiegészíteni a mi látásmódunkkal. Mint mikor a sárba ragadt szekeret húzza elől egy csapat, és tolja egy másik hátulról. Mindegyik egy különböző, önmagában komplex technika, ahol jó, ha mindenki ragaszkodik a saját munkamódjához, miközben tudjuk, hogy egymást segítjük. Ha ezeket összehangoljuk, hamarabb vagyunk kinn a kátyúból.

Tünet kontroll

Cheek (1969) számos cikkében számol be olyan nőgyógyászati problémákról, vérzésekről, gyulladásokról, lázokról, amiknek a hátterében természetesen található valamilyen kórokozó, de eredetük mégis nehezen magyarázható. Ezek drámai gyorsasággal szűnnek meg, - hangsúlyozom, a megfelelő orvosi kezelés mellett,- ha a tünet mögött megbúvó félelmet, szégyenérzéseket, büntudatot feloldják.

A kiszolgáltatott, magukról gondoskodni nem tudó kritikus állapotú betegeknél egy-egy látszólag indokolatlanul megtartott tünet egy kapaszkodó lehetőségét, a környezet egy lehetséges kontrollját szolgálhatja. Ha ráébredtjük, hogy a kellő figyelmet másképp is meg tudja kapni, és saját erejét nem csak az így nyert kontrollálásban, hanem abban is megtalálhatja, ha a saját folyamatait tanulja meg egyre jobban szabályozni, és ahogy egyre inkább a maga ura lesz, egyre jobban tudja képviselni a saját érdekeit, elérni a céljait, akkor az addigi tünetet is könnyebben el tudja engedni.

András, 17 éves csontrákos fiú. A tracheostomáját akkor lehetne eltávolítani, ha biztonságosan nyelne. Ehhez minden adott lenne, de egy kortynál többet nem mer nyelni, noha tudja, hogy elvileg lehetne. Egyrésztől érthető a félelme, másrésztől mintha némi dac érződne belőle. A szüleinek eddig mindig megfelelő, szófogadó fiú, aki talán nem kapta meg az erőfeszítéseiért járó figyelmet, most úgy ellenkezhet, hogy a környezet tehetetlen vele

szemben. *'Szerintem semmi jelentősége, hogy mikor veszik ki ezt a csövet. Értem, hogy nem mersz nyelni, tudjuk, hogy tudnál, de azt te érzed, hogy meddig van szükséged a csőre. Most mindenki ezt a lépést tartja a legfontosabbnak, mert ez az aktuális. Ilyenkor, mint egy kimerevített kép, ez az egy dolog képes betölteni az egész látómezőt. Pedig ha végignézed az egész betegségét történetét, akkor ez egy apróság. És mint ahogy már annyi minden másra is tudta a szervezeted, hogy mikor hogy kell reagálni, hogy leküzdje, tudta, mikor lehet tovább menni, szerintem most is tudni fogja.'* Az anyja sopánkodott, hogy András csak egy kortyot ivott, én megdicsértem: *'Ez nagyon jó, hiszen az ivás is csak sok egy kortyból áll össze.'* Erre akkor meglepetten nézett, mint akinek ez eddig így eszébe sem jutott. *'És amikor a csövet kiveszik, azzal is kevesebb dolog fog idekötni, jobban koncentrálhatsz fontosabb céljaidra.'* Másnap már 5-6 korty folyamatos lenyelésére is képes volt. Lehetőségeink természetesen korlátozottak. A tracheostomát végül mégsem lehetett kivenni, mert kiderült, hogy kiterjedt agyi áttétei is vannak, amik miatt sokszor hány. A tracheostoma pedig megvédi attól, hogy aspiráljon, vagy megfulladjon.

Néhány dolog, amit tehetünk

Amellett, hogy segíthetünk új szemszögből látni a helyzetüket, és lelkiileg erősíteni őket, a pillanatnyi fájdalomcsillapításhoz is vannak eszközeink. A körültekintő beszélgetések mellett számos hipnózis technika, relaxációs módszerek állnak rendelkezésünkre. De már az is tehermentesítő, ha a gondolataink fonalán sikerül eltávolodni a helyzettől.

Erre, Kulcsár (1998) nyomán, gyakran szoktam ajánlani, hogy képzelje ezt el, mint egy TV csatornáit, amin attól, hogy megy az egyik adás, egy másik csatornán egész más megy, párhuzamosan. Az egyik csatorna az, hogy itt folyik a kezelése, mindent megkap a gyógyulásához, és közben ő erről elkapcsolhat, pihenhet, erőt meríthet az agya egyéb csatornáiból. Gondolatban egy megnyugtató helyen lehet, ahol rátalálhat az erőforrásaira. Nézheti belülről a gyógyulást, vagy csak elképzeli, hogy zajlik az élet az utcán, vagy az otthonában. Ezeket a filmeket kedvük szerint alakíthatják is, és így karosszéktréning jelleggel gyakorolhatnak gyógyult énjükre. A karosszéktréninget többek között kosárlabdázókkal csinálták. Kimutatták, hogy azok, akik úgy tanultak büntetést dobni, hogy egy széken ülve profik jó dobásait nézték, és magukat képelték a helyzetbe, ügyesebben dobtak később, mint azok, akik csak edzésen gyakoroltak, miközben egymás hibás dobásait látták (Unesthal, 1981). Én abban segíthetek, hogy a távirányító minél jobban az ő kezükben legyen, és minél több, minél biztosabb utat járassanak be pozitív érzésekhez, élményekhez, és ezeket egyre jobban tudják kezelni, előhívni, amikor szükségük van rá. Néhány együtt elvégzett relaxálás után ebben egyre önállóbbá válnak, amire azért is szükség van, hiszen a legtöbbször magukra vannak utalva.

De egyszeri alkalom is elég lehet, ahogy annak a lélegeztetett férfinak is elég volt, akinek a 10 napig tartó altatása előtt említettem, hogy amíg itt gyógyul, képzeletben számára erőt adó, kellemes helyen is lehet. Ez lehet konkrét hely, amit ismer, vagy képzeletbeli is. Ébredése után, amire egyébként az orvosok nem számítottak, tőlem kérdezte meg óvatosan, hogy hol van, bár engem nem ismert meg. Mint kiderült az elmúlt egy hétben Svájcban pisztrángozott. Soha nem járt még ott, de mindig is vágyott oda, csodálatos élmény volt – mondta csillogó szemmel.

Pontosan érteni

Amikor látszólag arra szánok egy órát, hogy 2-3 mondatot megértsek, valójában a beteg bizalmát nyerem el, hisz láthatja, hogy fontos, amit mond, és letesszük a közös kommunikáció alapjait. Ezután a megértés és együttműködés is gördülékenyebb.

Így később könnyebben értjük, pontosan mit és miért mond a beteg, ami fontos kérdések tisztázásában segíthet. A bácsi, akiről azt gondolták, hogy pszichotikus és félre beszél, mert néha vidáman a kertjébe képzeletben magát, néha dühösen gyanúsítgat, hogy itt meg akarják ölni, mert nem kap enni, valójában csak annyira jól volt, hogy már viccelődött. Örült, hogy gép nélkül lélegezni olyan, mint a kertjében szívni a friss levegőt, és nem tudta, hogy a gyomorszondán keresztül eddig is kapott enni.

A légzési elégtelenségéből felgyógyult bácsi katatónná vált, fájdalomingerre sem reagált. Akkor tudtam hozzáférni, amikor pontosan megértettem, hogy a lelassult életéhez képest túlingereli a kórház, ami ellen így tud védekezni, ha bezárja az érzékelés kapuit. Az így kialakult módosult tudatállapotból kell tehát visszahozni őt a valóságba. Azzal a tudattal, hogy megteheti, hogy csak arra figyel, amire jól esik, és az összes többi dolgot kizárja. Ehhez kevesebb energia is elég, mint a katatón állapothoz. Az állapotát a kinti napsütéshez hasonlítottam, ahol amikor a felhő eltűnt a nap elől, világos lett a valóságban. Úgy hagytam ott, hogy elhúztam az ágya melletti függönyt, ezzel lezárva őt az osztálytól. Így megkapta a lehetőséget, hogy a saját tempójában csatlakozzon vissza a valósághoz. 5 perc múlva már folyékonyan lehetett vele beszélgetni, és meglepetten tapasztalta, hogy nem a veje kertjében van, ahová délelőtt folyamán képzelte magát.

Bejut-e szó az eszméletlenség idején?

Sokszor persze ez jóval nehezebb. Van, amikor tényleg lehetetlen megérteni a rosszul artikuláló beteget, és van, amikor valóban képtelen beszélni, mutogatni, írni, vagy akár a szemével jelezni. De ez még mindig nem jelenti a kommunikáció ellehetetlenülését. Tudatánál levő, de korlátozott kommunikációs lehetőségű betegek számára talán a legszorongatóbb az intenzív osztályos helyzet. Ezért is nagyon fontos, hogy bennük is ki tudjuk alakítani azt az érzést, hogy igényeiket meg tudjuk értetni, ezáltal kevésbé érzik kiszolgáltatottnak magukat, a helyezték felett érzett kontroll pedig megnyugtatóan hat rájuk. Ez a nyugalom jelentősen megkönnyíti a kezeléssel való együttműködést.

Számos kutatás igazolja, hogy akár műtéti altatás közben is képesek lehetünk a körülöttünk elhangzó beszéd feldolgozására, de ugyanez igaz kómas állapotban is (Owen, 2006). Az így bejutó információ viszont hiányos, rendszertelen, és mivel a beteg mindent magára vonatkoztat, és mivel a veszélyre van kiélezve, ezeket a lehető legnegatívabban fogja fel (Lásd Ewin fejezetét ebben a kötetben), ezért érdemes rászánni az időt, hogy ezeket az információkat strukturáljuk számukra, és az így rájuk ható ingeranyagot pozitív, a gyógyulásukat segítő szuggesztiókká alakítsuk. Nem nagyon van közben visszajelzésünk arról, hogy a beteghez eljut-e valami abból, amit mondunk neki. Mégis érdemes ezen dolgozni, mert a tapasztalat, a későbbi jelzések, azt mutatják, hogy sikerül eljuttatnunk az üzenetünket, sikerül kapcsolatba kerülnünk a beteggel, belépni a világába.

Azzal a 24 éves súlyos tüdőgyulladásal küzdő lánnyal, akire az orvosa azt mondta, 80% esélye van a halálra, mély altatása mellett egy hétig minden nap beszéltem. A lazulásra, nyugalomra, gyógyulására vonatkozó szuggesztiós szöveget mondtam neki, kb. 20 percen át. *'A tüdőd olyan most, mint egy dohos nyaraló, amit most kitakarítanak. Átjárja a szobákat a friss levegő, felszárítja a vizet a napsütés. Miközben így ellazulva fekszel, segíted a vérkeringésedet, hogy jobban működjön így a gyógyszerek is könnyebben célba érnek, hogy meggyógyítsanak.'*

Szépen javul, ami nem meglepő, hiszen a kórházban kitűnő kezelést kap. A megerősítést arról, hogy az én jelenlétem is eljutott hozzá, az ébredése után kaptam meg, amikor a reggeli vizit tömegéből engem szűrt ki mosolyogva, integetve, noha csak a bekerülésekor látott pár percre, és nem is tudta, honnan ismer.

A 81 éves bácsi altatás és lélegeztetés után bizalmasan közli, hogy mi történik itt vele: 'Itt gyógyulok, biztonságban. Segítenek a gépek és az emberek. Tisztul a tudóm.' Érdekes tőle visszahallani az eszméletlensége idején fülébe suttogott szavakat.

A 75 éves idős hölgy visítva hívja a férjét, amikor a lakásán találkozunk, mert az orvos kolléga kutatásához egy kérdőívet kellett kitöltessek vele: 'Ő az, mondtam, hogy létezik!'. A nálunk töltött egy hónap alatt valójában körülbelül 4-szer beszéltem vele, de elmondása szerint minden nap vele voltam, még a másik kórházba is elkísértem, és az én biztatásom segített neki, hogy átvészelve a kórházban töltött időt. A néhány találkozásunk alatt hallottakat ügyesen kiterjesztette a teljes időre, amikor szüksége volt rá.

Kómában

A kómásoktól jövő első biztató jel a fájdalomingere adott reakció. De ha figyelmesek és türelmesek vagyunk, sok apró, kifelé adott jelzésüket észlelhetjük. Ha ezekhez módszeresen, kitartóan kapcsolódunk, és visszajelezzük nekik, amit látunk, és amit tapasztalhatnak, lassanként össze tudunk hangolódni, és a kómás figyelmét is egyre többször a mi jelzéseinkre tudjuk irányítani, ezzel segíthetünk neki megszerezni a körülötte levő világot, és a gyógyulásra orientálódni.

Egy 19 éves szívritmuszavart követően újraélesztett lány már egy hónapja volt az intenzív osztályon, mikor először találkoztam vele. Ekkor már lélegeztetni nem kellett, a szemét gyakran tartotta nyitva, de nem lehetett vele kapcsolatba lépni. Ezután a találkozás után közvetlenül 2 hétre elutaztam. Erre az időszakra kazettákat készítettem neki, amit naponta kétszer meghallgatott. Visszatértemkor kezelői azzal fogadtak, hogy meglepően sokat javult, már szemmel követ dolgokat, úgy tűnik, figyel, mintha a kazettákat is hallgatná, néha már nyelni is sikerült. Ő pedig azzal fogadott, hogy mikor meghallotta a hangomat, le nem vette rólam a szemét, akkor sem, mikor eltávolodtam, noha előtte a szemmel követés csak rövidebb időre, és a közelben levő dolgokra működött. Egy hét múlva felszólításra pislogott, egy hónap múlva azt követte a szemével, amiről beszéltem. Sajnos mivel kórházzal kórházra került, így ápolása ingadozó volt, a fertőzéseknek viszont nagyon kiszolgáltattott. Kómája negyedik hónapjában meghalt. Am javulásának, megragadható figyelmének több bizonyítékát is adta ez idő alatt. Ezek arra is példát mutatnak, hogy a személyzet és a páciens belső állapotai milyen szoros kapcsolatba tudnak kerülni, és ez milyen jól használható.

Egyszer egy rezidens lánnyal közösen tornáztattuk, aki közben Csilla esélytelenségét és rossz állapotát ecsetelte. Mikor már rángatni is elkezdte, dühösen elküldtem az ágytól. Ahogy elment, elmondtam Csillának, hogy arra voltam mérges, akivel halhatta, hogy az ágyánál vitatkoztam, de most már megnyugodtam. Aztán rámutattam az analógiára, az én felengedő feszültségem és az ő ellazuló izmai között. Részletesen elkezdtem neki visszajelezni, mikor hol van a kezem, mit csinállok vele, mit érezhet. Ahogy én megnyugodtam, ráhangolódtam, úgy lazította el a karját, csuklóját, és hagyta egyre jobban szép lassan kinyújtogatni kontraktúrákba merevedett tagjait.

A kórházváltásai során egyszer egy hétre eltűntem, és megérkezésemkor mindig elfordult tőlem. Bár túlzott elképzelésnek tűnt, megpróbáltam úgy kezelni, mintha duzzogna, noha az tőle nem várható kognitív teljesítményteltség volt.

„Na jó, idefigyelj! Tudom, hogy azt ígértem, hogy átkísérlek ebbe a kórházba, aztán meg nem jöttem egy hétig. Ez nem rendes dolog tőlem. De nehogy azt hidd, hogy nekem annyira egyszerű, hogy nekem nem jöhet közbe semmi. Az embernek gyakran gördülnek akadályok az útjába, ez teljesen természetes dolog. Ezt te is jól tudod, hiszen most te is így vagy itt, egy ilyen akadállyal. De ez még nem azt jelenti, hogy nem akarunk valamit csinálni, hanem hogy valami miatt épp nem tudjuk csinálni. Kell egy kis idő, amíg rendeződnek a dolgok, meg amíg mi is összeszedjük magunkat. Te is épp ezt csinálod, küzdöd le a te akadályodat. Én eddig az enyémmel küzdöttem, és most itt vagyok. Ennyi idő kellett. De most itt vagyok, hogy veled foglalkozzunk, hogy te is túl legyél az akadályon. Oké?”

Erre felém fordult, elkezdte pásztázni az arcom, és innentől figyelt. Ekkor követte a legjobban, amit mondtam, először éreztem, hogy ő is belesegít a karja emelésébe, és a szemével végig követte, mit teljesít. Arra nézett rá, amiről beszéltem, még színeket is elkülönített így módon.

Élőben a halállal

Lélegeztetett betegekkel folytatott, félig-sztenderd protokoll szerinti pszichés támogatás hatását vizsgáló kutatásunkban (Varga és munkatársai, 2007, valamint jelen kötetben) sikerült kimutatni, hogy a következetesen azonos pszichológus által közvetített pozitív szuggesztiókon alapuló pszichés vezetés szignifikánsan lerövidíti a kezelés időtartamát átlag 4,2 nappal, és gyorsabb a gépről való leszoktatás is átlag 3.6 nappal. Ez 35-40%-val rövidebb kezelési időt jelent (K. Szilágyi, Diószeghy és Varga, 2008, I. jelen kötetben is). Fontos megjegyezni, hogy ez a különbség a csoportokban meghalt emberek tekintetében is fennáll. Ez jelentheti azt is, hogy a szuggesztiós kiegészítő kezelés nem csak a gyorsabb gyógyuláshoz, de az életvégi folyamatokban a mechanikusan elnyújtott, fájdalmas halál kikerüléséhez is vezetett (K. Szilágyi, Diószeghy, Benczúr és Varga, 2007). Ez jó hír, de mégsem könnyű ezzel a tudattal állni a beteg mellé. Hiszen honnan tudhatom, hogy a beteg is szeretné ezt?

Még az e körüli kételyek jártak a fejemben, amikor megkértek, hogy menjek be ahhoz a 60 körüli tracheostomán át gép segítségével lélegeztetett emberhez, akit egy másik kórházból kaptunk, hogy szoktassuk le a gépről. Fizikailag már egész jól van, de valahol csak van benne egy elakadás. Szinte félek, hiszen még mindig nem tudom, mivel mit teszek. De hamar megnyugszom, mert gyorsan megtaláljuk a közös hangot. Tűzoltó, akit 12 éve leszázalékoltak, mert súlyosan megsérült, amikor rájuk robbant oltás közben egy vegyi üzem. A leszázalékolás kedvezmény, és bár ezt tudja, büntetésnek éli meg. Büntetés, amiért hibázott, amiért nem jól teljesítetett, és amitől azóta egy roncsnak érzi magát. Pedig súlyosan megsérült, és hamar szépen felépült. Nem beszélt még erről így senkinek. Aztán felsejlik benne a kapcsolat: ahogy rendezi ezt magában úgy fogja tudni elengedni a gépet is. Aztán már csak a villanásra emlékszem a szemében, ami belém hasít. Látom a pillanatot, ahogy megértette, hogy ez már soha nem hagyhatja abba marni őt. Nem a félelem. A felismerés higgadt villanása.

Bizonyosságnak látszott, de én megrajzoltam magamban az utat, amin a helyzet elfogadásához tudom segíteni őt, amikor legközelebb találkozunk. Kint tudtam meg az orvosoktól, hogy a mostani leszoktatás célja pusztán annyi, hogy egy hónap múlva bele merjenek vágni egy komoly szívműtétbe. Azt persze mindannyian tudjuk, hogy képtelenség, hogy azt túlélje. Beleborzongok. Szegény ember. Még élhetne pár hetet, vagy hónapot gép nélkül otthon is. Így pedig a műtéthez elegendő felépülés jutalmaként a legborzalmasabb, és hetekig tartó haldoklás vár rá.

Két nap múlva megyek újra az osztályra. Az orvosa viccesen közli velem, hogy beszéltem az emberrel, és elrontottam. Láz és enzimemelkedések, vérzés, tályog, valami szakadás.

Meglepő dekadencia. Bemegyek, tudata már nincs. Még aznap meghalt.

Ki tudja megmondani, van-e összefüggés? És ha van, az jót jelent, vagy rosszat? Szabad-e beszélnem ezekkel az emberekkel, ha erre a kérdésre nem tudom a választ?

Stressz helyzetben a hippocampus-amygdala működés eltolódásával az agyműködésünk egy módosult tudatállapot megjelenésének kedvez. Ilyenkor megnő a társas érzékenység, ezáltal a szeretetigény, összetartozási szükséglet, igény a jó szóra, és az érzékenység az alapvető etikai kérdésekre is. A figyelem beszűkül és kontextus független lesz, a dolgok szélsőségesen pozitív, vagy negatív előjelet kapnak. A figyelem tárgya egyenlő lesz az énnel, tehát az énhatárok feloldódnak, az én-nem-én elkülönülés gyengül, vagy megszűnik (Kulcsár, 2005). Ez mind spirituális, mind társas irányba megnyitja a kapcsolódási szükségletet.

Én hiszem azt, hogy ebben a kapcsolódási szükségletben az én ha kapcsolatba tud kerülni, biztonságban fogja magát érezni ahhoz, hogy elinduljon előre a saját útján. Ez az út vihet a gyógyulás vagy az élettől búcsúzás felé, de mindenképp kifelé segít a traumás helyzetből, a szenvedések tétovázó elnyújtása helyett.

Kudarc-halál kontra befejezett élet

Az ITO-t nem arra találták ki, hogy mindenkit az állapotának megfelelően ápoljon, hanem arra, hogy minden áron elkerülje a kudarcot, a halált. A rendszer hadakozik ellene, hogy az élet természetes részeként elfogadja a halált, így könnyű félreérteni sok helyzetet.

Én először a szavak erejét értettem félre, amikor az ITO-ra kerülve furdalt a lelkiismeret, mert nem mertem odamenni ahhoz a testes hatvan körüli nőhöz, aki az első 2 hetemet végig kísérte. Egy hétig reménytelen nagy betegként, egy hétig nehezen meghalóként, megborzongatva, vagy közönnyel védve azt, aki látta rajta a lassan csócsáló halált. Aztán épp az ő boncolására vittek le. Nem büntetésből, hanem a jóakarát hozta véletlenül, mert látták, milyen érdeklődő vagyok minden iránt.

Feldarabolt hústömeg, aki felfedte titkát az orvosoknak: a sebészek rossz munkája tette lehetetlenné az ITO-s gyógyulást. És felfedte a titkát nekem: a szavak nem mentenek meg a haláltól. Nem vagyok felelős, amiért nem segítettem. És megértettem, hogy nehezzé válik az ember felé a szó, ha tudom, hogy így kell látnom, ha végül mégis meghal. Érthetőbbé vált, az orvos miért nem mer szavakkal embert formálni a betegből, aki bármikor elmehet.

Pedig jobban járunk, ha bele merjük engedni magunkat a helyzetbe. Nehéz kideríteni, mi a baja a 49 éves férfi betegünknek, de egyre nyilvánvalóbbá válik, hogy nem fog tudni élve távozni az osztályról. A nővér, aki nagyon ragaszkodik ehhez a beteghez, mert ő is részt vett egy hete az újraélesztésében, kér, hogy nyugtassam meg valahogy a férfit, mert nagyon feszült és arról beszél, hogy fél és hogy meg fog halni. Nehéz odamennem. De segít, hogy tudom, utána jobb lesz mindannyiúnknak. Aztán nekem is a félelmeiről beszél. Hogy valóban meg fog-e halni, először azt mondom, hogy nem tudom. Közben látom, hogy tényleg fél és izgatott. Aztán mikor nem tágít a kérdéstől, bólintok, hogy lehet. Erre hirtelen megnyugszik, és hálásan szorítja meg a kezem, azzal, hogy nagyon szeret. Hiszen a bizonytalanság a biztos rossznál is rosszabb. Közben odalép a nővér, hogy beadjon neki egy injekciót. A férfi szeretné megfogni az ő kezét is, de a nővér, akiről én tudom, hogy a beteg várható halála miatt zaklatott hamar otthagyt minket. A férfi szomorúan néz utána, aztán rám. „Nagyon nehéz nekünk is, hogy úgy tűnik, nem tudunk segíteni, hogy sokkal tovább éljen. De még ebben a helyzetben is segíthetünk, hogy jobban érezze magát. Mit szeretne?” „Meggyógyulni”- jött a válasz, amire az én szemem is könnyekkel lett tele, úgy ráztam a fejem, hogy úgy tűnik, azt

már nem lehet. De biztosan tudunk találni valami olyan célt, ami jó, és elérhető. És megtaláljuk. Olyan élmények felidézésében, amit vagy akkor, amikor megélt, vagy most visszagondolva úgy ítél, hogy ezért érdemes volt élni. Ahogy vissza-vissza megyek hozzá már a szemét sem biztos, hogy nyitja, csak megsimogatja a kezemet. Nyugodt. Egész délután. Egészen a haláláig. Kicsit könnyebb. Kicsit a nővérnek is.

ÖSSZEGZÉS

Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a kritikus állapotú betegek gyógyulásának támogatásában sok eszközre lehet szükségünk. Ennek egyik lehetséges módja a pszichológia módszereinek alkalmazása. Indokolt lehet ez azért, mert a test-lélek összefüggést figyelembe véve beláthatjuk, hogy a test épülését a lelkiállapot is befolyásolja. Az intenzív osztályos betegeknek nem csak a félelmén, fájdalmán kell enyhíteni, de a helyzetükkel kapcsolatos információval is el kell látni őket. Ezúton meg tudjuk adni azt a kontrollérzést számukra, aminek segítségével megnyugtathatóak. Ezáltal a kezeléssel jobban együttműködő partnerek lesznek, ezzel könnyítve mind a kórház munkáját, mind a sajátgyógyulásuk folyamatát. Azt pedig nem kell tudnunk megbecsülni, és eldönteni saját felelősségünkre, hogy ki az, akire még jobb élet vár. Hanem miközben az invazív beavatkozásokkal segítjük az élet esélyeit, a nyugalommal, információval, és a pozitív szuggesztiókon alapuló átkeretezéssel, amit adunk a páciensnek a szomatikus kezelése mellé, lehetővé tesszük, hogy egy mesterséges rendezőelv helyett az élet természetes rendje érvényesüljön.

HIVATKOZÁSOK

Cheek, D., B. (1969). Communication with the Critically Ill', *Am J Clin Hypn.* 12, 75–85.

Grady, K. L. (2001). Beyond morbidity and mortality: Quality of life outcomes in critical care patients, *Critical Care Medicine*, 29, 1844–1846.

Diószeghy, Cs., & Varga, K. (2002). The use of hypnotic suggestions with patients in the intensive care unit. In B. Peter, W. Bongartz, D. Revenstorf & W. Butollo (Szerk.) *Hypnosis International Monographs No 6.* (175-183. old.). MEG-Stiftung: München

Krachman, S. L., D'Alonzo, G. E., & Criner, G. J. (1995). Sleep in the Intensive Care Unit, *Chest*, 107, 1713–1720.

K. Szilágyi, A., Diószeghy, Cs., Benczúr, L., & Varga, K. (2007). Suggestive communication with the ventilated patient. *European Journal of Mental Health*, 2, 149–170.

K. Szilágyi, A., Diószeghy, Cs., & Varga, K. (2008). Az intenzív terápiás team tagjaként alkalmazott pszichológus hatása az ápolási időre, *Orvosi Hetilap*, 149, 2329–2333.

Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia*, Budapest: Eötvös Kiadó

- Kulcsár, Zs. (2005). *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és személyiségfejlődés*, Budapest: Trefort Kiadó
- Menzel, L. K. (1998). Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak, *The Journal of Acute and Critical Care*, 27, 245–252.
- Owen, A. M., Coleman, M. R., Boly, M., Davis, M. H., Laureys, S., & Pickard, J. D. (2006). Detecting awareness in the Vegetative State, *Science*, 313(5792), 1402.
- Peruzzi, W. (2001). Translating outcome research into fiscal responsibility and knowledge management in health care, *Critical Care Medicine*, 29(3), 679–680.
- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., Im, K., Donahoe, M., & Pinsky, M. R. (2002). Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit, *Critical Care Medicine*, 30(4), 746–752.
- Russell, S. (1999). An Exploratory Study of Patients' Perceptions, Memories and Experiences of an Intensive Care Unit, *J Adv Nurs.*, 29(4), 783–791.
- Schelling, G., Stoll, C., Haller, M., Briegel, J., Manert, W., Hummel, T., Lenhart, A., Heyduck, M., Polasek, J., Meier, M., Preuss, U., Bullinger, M., Schüffel, W., & Peter, K. (1998). Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome, *Critical Care Medicine*, 26(4), 651–659.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism-an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Varga, K., & Diószeghy Cs. (2001). *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*, Budapest: Pólya Kiadó.
- Varga, K. & Diószeghy, Cs. (2003). The use of hypnotic communication and hypnotic suggestions in the Intensive Care Unit. *Hypnos*, XXX(1), 16 – 26.
- Varga, K., Diószeghy, Cs., & Fritúz, G. (2007). Suggestive communication with the ventilated patient. *European Journal of Mental Health*, 2, 137–147.
- Unesthal, L. E. (1981). *Inner mental training*, Örebro, Sweden: Veje publishing