

Gyászolni az élőt. A megelőlegezett gyázmunka a férfiak veszteség-feldolgozásában

Összefoglalás ♦ *Tanulmányunkban esetbemutató segítségével, gyakorlati szempontból tekintjük át, hogyan hat a férfiak életének, jóllétének alakulására a családtag terminális állapota, ápolása. Olyan témákat veszünk sorra, melyek aktuálisak, változást sürgetőek, továbbá a tradicionális nemi előírásokat átértékelő nézőponttal rendelkeznek. Szakirodalmi válogatás alapján igyekszünk ízelítőt adni a férfiak pszichés állapotának jellegzetes változásairól és a nemi szerep-elvárásokkal rendelkező, gyázmunkával szembesülő emberek pszichés jellemzőinek bemutatására is kísérletet teszünk.*

Bevezetés

Az ember halandó (I. Mózes 2:17), ezért életében folyamatosan szembe kell néznie az elmúlás tényével is. Bátorságra van szükség az élethez, amikor elkerülhetetlenül hatalmába keríti a haláltól való félelem. A haláltól, gyáztól, haldoklástól való félelem gyökerei egyidősek az emberi léttel. Az elmúlással kapcsolatos érzéseink tartalma és dilemmája emberöltők óta változatlan, annak ellenére, hogy másként elemzi és értelmezi egy művész, teológus, antropológus, filozófus.

Az antik világban kétféle halál-felfogás terjedt el, amely hatással volt az európai kultúrára, szellemiségre. Az egyik Platón (Kr.e. 427-347) nézete, mely szerint a halál szabadító hatalom, mivel kiszabadítja a lelket a test börtönéből. A halál a szabadság nagy ünnepe, melyre egy egész életen át az önismeret bölcsességével készült az ókor embere. A másik nézet Epikuroszé (Kr.e. 341-270), aki a halál napját szintén boldog napnak tartotta, de azért, mert a halálhoz már nincs köze az embernek. Logikai úton akarta igazolni, hogy a halál az ember számára már nem jelent semmit. (Pilling, 2010.)

Thomas Mann szerint a múlandóság értéket és méltóságot ad az életnek, és megteremti az időt, amely mindehhez szükséges. (Kárpáthy, 2002). Parkes (1994), a halál pillanatáról azt mondja, hogy a hozzátartozók számára ilyenkor válik világossá, hogy segítségre szorulnak, és ilyenkor készek elfogadni leginkább a segítséget.

A halállal kapcsolatos attitűdök alakulását és fejlődését bővebben is át lehetne tekinteni, de a pár kiemelt gondolattal ennek az összetett képnek csak néhány elemét szeretnénk volna felvillantani, jelezve, hogy a mai kor emberét milyen sok, eltérő hatás befolyásolja. Modern korunkban a „tiltott halál” képe (Ariès, 2010) általános, de minden eddigi felfogás és filozófiai hatás (Pilling, 2010) érvényesülésére találhatunk példát, melyek keretet adnak gondolatainknak a halál és a veszteség-feldolgozás folyamatának elemzése és megértése kapcsán.

A nemi különbségek természete

A férfi és női természet csak a másikra figyelő kapcsolatban jelenhet meg, fejlődhet és teljesebbé válhat (Crabb, 2001). Kérdéses, hogy „férfiasság” szó mai értelemben milyen tartalommal tölthető meg. A társadalmi nem (gender) fogalmának alakulása kiemeli, hogy egy olyan tényezőről beszélünk, mely születésünktől fogva az egyik legerőteljesebb szabályozó és meghatározó elve életünknek és fejlődésünknek. A társadalmi nem az identitás alakulásában, az egymással folyamatos és kölcsönös viszonyban lévő szerepekben ad számos támpontot, természetesnek véve értékrendbeli és tapasztalatbeli különbségeket, így a nemek viszonyulása a világhoz sok tekintetben különböző lehet, mely koronként és kultúránként folyamatos változáson megy keresztül.

A legtöbb férfi keresztülmegy a bizonytalanság gondokkal teli szakaszain, de amíg megvan az a bizonyossága, hogy a dolgok végül rendbe fognak jönni, addig a férfiasság érzete megmarad. Sem a férfiasságát túlzottan reprezentáló, sem a szubmisszív alkat sem tud az adott feladathoz maximálisan alkalmazkodni. Egy férfi akkor lenne „igazi férfi”, ha meggondoltan és bizakodva élné az életét, és olyan elveket követne, melyeket önmagán túlmutató okokból értékel nagyra. A férfiasság nem feltétlenül azon múlik, hogy a férfi mit tesz, hanem azon, hogyan és milyen okból teszi. Az adott korosztály, a társadalmi értékrend meghatározhatja és akár megváltoztathatja ezeket a fogalmakat.

A nőiességnek csakúgy, mint a férfiasságnak, sokkal több köze van ahhoz, hogy egy nő hogyan viszonyul önmagához és a környezetéhez, mint bármi máséhoz. Egy asszonytól gyakran elvárt, hogy kisebb szerepet játsszon számára a teljesítmény ahhoz, hogy teljesnek érezze magát. Figyelme nem annyira a külvilág alakítására, mint inkább a kapcsolatrendszerbe való belépésre irányul. Carol Gilligan (1982) kutató azt mondja, hogy a férfiak eredményeket elérni képesek, önálló személyeknek tartják magukat, és identitásuk nem a kapcsolataikban jelenik meg, és a férfiak képzeletét a kötődés helyett többnyire a személyes siker foglalja le.

A férfiak gyásza

Kenneth J. Doka (2010) beszél olyan veszteségről, amelyet nem lehet nyíltan elismerni, mert a szocializációkban a férfiak gyásza úgy prognosztizált, hogy őket, mint gyászolókat a társadalom kevésbé akarja észrevenni. Ezt a szemléletet erősíti a családban élő hagyomány, amely szerint a férfinak erősnek kell lennie. A sztereotip gondolkodásmód szerint az érzéseiket még a saját családtagok előtt sem illik kimutatni. A gyász fájdalma erősödhet, és nem csökken, ha a férfi nem kap támogatást, és egyedül marad. A szerző hangsúlyozza, hogy a férfiak gyásza, bár némely szempont szerint más, mint a nőké, a gyászfeldolgozás eredményét tekintve hasonló. A férfi gyász megküzdési potenciálját – tapasztalatai szerint – gyakran háttérbe szorítják az előítéletek, és elavult szakkifejezések írják le. Az intuitív és instrumentális gyász fogalmát tipikusan a társadalmi nemekhez kapcsolódó elvárások mentén értelmezzük, és valóban fellelhető köztük korrelációs kapcsolat, ám determináló szerepe a nemeknek e tekintetben még sincsen.

Az intuitív gyászban az érzések jelentősek: a sírás, panaszkodás gyakori viselkedés, és ha ez sikeres stratégiának bizonyul, akkor tovább erősödik az érzelmek erőteljes kifejezése. Ekkor a dekoncentrált, dezorganizált, dezorientált és zavarodottsággal jellemezhető időszakok megnyúlnak, fizikai és érzelmi kimerültség is megjelenhet. Ugyanakkor, a megvalósuló társas támogatás a segítség megtapasztalásának egyik legfontosabb átélése is, amelyet az érzelmközpontú megküzdés ezen módja eredményez.

Az instrumentális gyászban a kognitív folyamatok dominánsak, az érzelmek inkább háttérbe szorulnak, a beszélgetés önmagában is idegenkedést vált ki a gyászoló személyből, főleg, ha érzelmek is szóba kerülhetnek. Az önuralom, a környezet jelentős segítséget jelent, amennyiben az ezáltal megvalósuló problémamegoldó stratégiák lehetővé teszik a normalitás új kereteinek meghatározását. Ebben a folyamatban, a rövid, kognitív diszfunkciók jellemzőek, mint a zavarodottság, feledékenység, gyötrő gondolati tartalmak megjelenése és megtapadása. Külső szemlélő számára gyakran csak annyi látható, hogy mintha a személy energikusabban viselkedne.

Az esetek többségében az intuitív gyászt nők, az instrumentális gyászt inkább a férfiak vonatkozásában gondoljuk tipikusnak, miközben a szerző szerint ez a gyászfolyamat mint kontinuum két végpontja. Egyébként, leginkább kevert módon megvalósuló gyászmunkáról beszélhetünk, ahol a gyászoló személyisége, az elvesztett személyhez való viszonya jelentős befolyásoló tényező. Doka (2010) szerint ebben a viselkedésben a szocializáció valóban jelentős szerepet játszik, de a társadalmi nem csak ennek a szocializációs folyamatnak a része.

Doka (2010) perspektíváját „androgün nézőpontnak” nevezi a Jung-i gondolkodásmódra alapozva, és azt javasolja, tanuljunk mindkét gyászformából, hogy mindkét nem integrálhassa az őt kiegészítő animát vagy animust, létrehozva a kapcsolatban és családban megtanulható és megragadható gyászmunkát.

Carol Staudacher 1991-ben írt könyve bemutatja, hogy melyek a férfiak tipikus válaszlásai gyász esetén. Kutatásában *három fázist* különböztet meg.

Az *első szakasz* összefoglalja mindazt, ami megjelenik rossz a hír hallatán. A bénultság érzése az első, mely ideiglenesen és rövid időre feloldja a fájdalom, a hitetlenség, a zavartság érzését. A tagadás segít felülkerekedni a szétszórtságon, mivel az a cél, hogy ebben az új valóságban a gyászoló valahogy eligazodjon.

A *második szakaszban* bemutatott konfrontációval végigélik és - gondolják az eseményt újra és újra. A cél az, hogy különböző tevékenységekkel elszakadjanak a szeretett személytől, de ne szakadjanak el a fájdalom érzésétől, mert ezt át kell élni. A férfiak „gyászmódja” a befelé fordulás, a „nem beszélni, nem sírni, semmiféle segítséget nem kérni”. Ez az, amelynek sokszor fizikai következményei vannak, mint az infarktus, rák, gyomorfekély vagy más betegségek. Azok a férfiak, akik kifejezik fájdalmukat, végigdolgozzák a saját gyászukat - kivételek, akik erősítik a szabályt.

A *harmadik szakaszt* minden férfi átéli. Mestereivé válnak az újjászervezésnek, az újra strukturálásnak, mert ez gondolkodást igényel. A legtöbb férfi objektív, és racionális, ez a talentuma. A gondolkodás, a munkába menekülés a lényege ennek a szakasznak. A cél a környezet által előhívott identitáshoz alkalmazkodni, pl.: „állapota: özvegy”. Időt és energiát fektet az új célok tervezésére, megvalósítására.

A gyászmunkához kapcsolódó segítségnyújtás: a tanácsadás, a terápia sokat segítenek, de lassan kerülnek a köztudatba.

A kutatások azt mutatták, hogy a férfiak öt, tipizálható megküzdési módot követnek abban, hogy a saját gyászukat el tudják fogadni. Ezek a metódusok olyan eredménnyel is járhatnak, hogy saját maguk előnyére tudják fordítani ezt a munkát.

1. *Csendben maradni.* Megtartják maguknak a fájdalmat. Kívülről úgy tűnik, hogy nincs szükségük arra, hogy bármiféle kommunikációban is kifejezzék a veszteséget, de ezzel palástolják sebezhetőségüket. Ez segíti az önvédelem kialakítását, mert ha könnyekben fejezik ki gyászukat, sebezhetőnek tűnnek maguk és mások szemében.

2. *A titkos, magányos gyászba való fordulás.* Ez a viselkedés nagyon finom változását hozza. Különös figyelmet fordítanak arra, hogy ebben az állapotban másoknak ne okozzanak fájdalmat. Ezt a rejtett siratást azért választják, hogy másokat kíméljenek. Alapvetően

szükségük van és vágnak is az egyedüllétre. Társas viselkedésükben ekkor feltűnő a figyelmesség, különösen, ha nem ők kísérték a haldoklót, nem vettek részt az ápolásban. A lelkiismereti kérdések lezárásához szükséges a kimondása annak, hogy „szívesen ápoltam volna”, és ezután lehetségessé válik az elengedés.

3. *A megoldás keresése.* Újra strukturálják az életet. A környezet az új dolgok felé fordulást elfogadja. A cél az ehhez való alkalmazkodás, amelynek elérése energia- és időigényes. A határidőt a férfi szabja meg magának, fizikai és szellemi cselekedeteivel. Ez a tevékenység biztonságot ad, amellyel mások elismerését, támogatását is biztosítani tudja magának. Ilyenkor a gyászoló a helytálló, a tudatos, az a személy, aki „nem okoz gondot a környezetének”. Aktivitásával, bármi is a tartalma annak, igyekszik kontrollt nyerni a veszteség felett. Ez általában időben elhúzódó periódust jelent.

4. *A cselekvések tengerében elmerülni.* A legtöbb férfi ezt a megoldást választja, többségében az előző megküzdési mód folyamánya. Megtalálják mindazt a munkát, ami lefoglalja őket; minden alkalmat, „sétáló percet” feladattal töltenek meg, állandóan elfoglaltak mind otthon, mind a munkahelyen. Energiájuk, gondolkodásuk a munkaszervezésre irányul, így nem marad idő a gyászra. Nincs idő a veszteségre gondolni, a gyász fájdalmát érezni. Gyorsan visszatérnek munkájukhoz, az együtt érző kifejezésekre nem válaszolnak. Koruk előrehaladtával változik ez a helyzet. A feldolgozatlan veszteségek halmozódhatnak.

5. *Függésbe menekülés.* Korunk társadalmá gyakran tagadja a halált, és ha van rá mód, igyekszik elkerülni a fájdalmat. Azok, akik szeretnék megúszni a fájdalmat, könnyen a különféle bódultságot okozó, és ezáltal a szorongató érzéseket elnyomó, függőséget okozó szerekhez fordulnak.

A megelőlegezett gyász hatása

A megelőlegezett gyász kapcsán a hozzátartozók informáltak, a várható veszteség bekövetkezéséről tudomásuk van. Ezáltal van idejük valamilyen módon fel-, illetve előkészülni, ezt a lelki munkát azonban többnyire részletekben lehet elvégezni. Ez nem csak érzelmi, hanem kognitív szinten is hosszas folyamat. Minél közelebb áll hozzánk valaki, annál több oldalát ismerjük, annál több közös gondolattól, tervtől, tevékenységtől kell még a halál előtt elválni. Újra kell definiálni a remény fogalmát, szembe kell nézni a halállal, saját elmúlásunkat is végiggondolva. Már a megelőlegezett veszteség is változásokat hoz a viselkedésben, a megjelenésben, az életmódban, amelyet az értékrendbe kell építeni, különben értelmetlenné válik a gyász (Tatelbaum, 1998).

A felkészülés lehetőségén kívül azonban hátrányai is lehetnek, ha például a hozzátartozó képtelen a jelenben élni; vagy ezáltal két részre oszlik a család az ún. „reménykedőkre és halálvárókra”, amely számos feszültség és meg nem értés forrásává válhat.

A helyzet kulcsa általában a haldokló és a hozzátartozó közti viszony minősége, mely az ápolás folyamán is kialakulhat. Az őszinteség mindkét fél számára támaszt jelenhet, és segítheti az elbúcsúzást és a későbbi gyászt; ugyanakkor a bensőséges, mély, érzelmes viszony éppúgy lehet további krízisek és problémák okozója is a halál bekövetkezte után.

Az eset bemutatása

Azok az érett személyiséggel rendelkező emberek, akik a körülmények változásaihoz rugalmasan képesek alkalmazkodni, vagyis megfelelő megküzdési stratégiákkal rendelkeznek, hatékonyabban oldják meg érzelmi kríziseiket, és belső erőiket ennek megfelelően mozgósítják. A daganatos beteg érzelmi, indulati reakciói, magatartásbeli sajátosságai a családtagok számára is kihívást jelentenek, elfogadva, hogy ekkor, krízishelyzetek egész sorával küszködő ember természetes megnyilatkozásairól van szó.

A beteg anamnézise pszichológushoz kerülésekor

Az 54 éves nőbeteg egy hónapos fejfájásának, szédülésének, látászavarának hátterében az elvégzett képalkotó vizsgálatok baloldali, parieto-occipitalis tumort igazoltak. A primer tumor kutatás eredménytelen maradt, áprilisban műtétet végeztek a betegen, amelynek során a tumort radikálisan eltávolították. A szövettani eredmény magas grádusú gliomát valószínűsített. Az onko-team döntése alapján megállapított kezelést a beteg végül nem fogadta el. Ugyanazon év júliusában készült kontroll MR vizsgálat. Kiderült, hogy a baloldali occipitális tumor recidivált és a jobb oldalra is áttért.

A beteg anamnézis-leírása a hospice ellátásba kerülésekor (ugyanazon év augusztusában)

„Közepesen fejlett, elhízott, elesett állapotú nőbeteg. A beteg kooperációra nem képes, ezért vizsgálata nehéz és részleges. Nyelv kissé szárazabb. Nyirokcsomók nem tapinthatók. Mellkas emphysemas, a tüdők felett gyengült légzés hallható. Szív balra egy harántujjal nagyobb, ritmusos, halk, tompa szívhangok hallhatóak. Has előredomborodó, vastag hasfal, rajta striák. Nyomásérzékenységet nem jelez, kóros resistencia nem tapintható. Alszárvizenyő nincs. Éber, de kapcsolatba nem vonható. A jobb felső végtag mozgása kifejezetten spasticus, ugyanitt fogóreflex. Mk. Felső végtagon kényszermozgások. RR: 160/80 Hbmm, P: 88/min

Diagnózis: C7130 Az occipitális és parietalis lebeny rosszindulatú daganata bal oldalon. Magas malignitású glioblastoma, recidív glioblastoma mk.oldalon.”

A gondozási idő alatt hozzátartozói fórumra (a hospice osztályon a hozzátartozók számára külön bejelentkezés nélkül, rendszeresen elérhető, csoportos támogatási lehetőség szakember vezetésével) érkezett a három férfi: apa és két felnőtt, családos fia. Az apa: Z. (57), fiai: Z. (31), és Cs. (29) évesek.

A feleség/anya, M. agydaganat műtete kb. négy hónappal ezelőtt történt. A beavatkozás után állapota javult. A férfiak a kórházi körülményektől kímélni akarták az anyát, így a két gyermek hatására az apa is úgy gondolta, jobb lesz az otthoni ápolás. A körülmények megfelelőnek bizonyultak a házi ápoláshoz. Ki tudták fizetni az általuk megszabott gyógyításhoz szükséges szolgáltatásokat. Ebben útmutatást adtak a menyek, akik a keleti vallásokhoz kapcsolódó gyógyítás minden praktikáját kipróbáltatták vele (fürdő, masszázs, aromaterápia, alternatív gyógymódok minden formája). A beteg engedelmes módon mindenben részt vett. Állapota megengedte a napi másfél, két kilométeres sétákat. Változást, leépülést csak a férj érzékelt, aki egy pillanatig sem hagyta magára az asszonyt. A napi séták egy idő után elmaradtak, a beteg kifejezőkészsége meghatározott mondatokra korlátozódott: pl.: „nekem vannak a legjobb gyerekeim”. A gondoskodó családtagok ekkor először laborkontrollt kértek, ahol mindent rendben találtak, de túl jó eredményt mutattak az anya állapotához képest. Igénybe vették már a házi segítségnyújtás, majd a hospice szolgálatát.

A hozzátartozói fórumon a három férfi egyöntetű kérése: „beszéljen az anyával, hogy legyen életkedve, akarjon élni. A laborleletei alapján 'semmi gond' nincsen.” Azt várták, hogy egy szakember, a pszichológus magyarázatot találjon, ahogy ők megfogalmazták „az életuntság okára”. „Akarjon élni, hiszen a leletek alapján csak ez hiányzik” – mondta a két fiú. Az apa véleménye más volt, fejét rázta, és csak egyszer ellenkezett gyerekeivel.

Elmondásuk alapján szoros egymás mellett élés jellemezte a korábbi családi viszonyt, az anya központi szerepe meghatározó volt betegségéig.

A beszélgetés folyamán derült fény arra, hogy mindhárman ugyanazt szeretnék, más-más megközelítésben.

Apa: „ápolom, ameddig csak élek, mindent megteszek.”

Z: „együtt sírunk, ez nem az életkedvet erősíti.”

Cs: „minden homeopátiás gyógymódot kipróbálunk! Reggeltől estig fürdök, masszázs, pozitív energia átadás, minden van. Apa sírása nem erősíti az életkedvet.”

Apa: „nem látjátok, mennyire gyenge.”

(Cs. a továbbiakban nem szólal meg, hallgat.)

Z: „még tud napi másfél órát sétálni.”

Apa: „az lehet, így igaz, de már összefüggően semmiről nem beszél.”

Segítő: (témát vált, mert parttalanná vált a családtagok vitatkozása) „a laboron kívül más kontroll lelete van a betegnek?”

Z: „holnap lesz CT – soron kívül. Bőrgyógyászhoz is vittük, teljesen kipirosodott a bőre a fürdőktől.”

Apa: „mindent megteszünk, mégis olyan, mintha...”

Segítő: „megkérdezték, M. mit szeretne?”

Z: „mindent ránk hagy.”

Apa: „csak ismétli, hogy milyen jó gyerekei vannak. Én mindig mellette vagyok.”

Z: „Ő is beteg lesz, semmit nem enged nekünk.” (Az apjára mutat, érezhető, hogy féltik, de gyerekszerepben tartják)

Apa: „van elég dolgotok! Az én feleségem!”

Z: „de te is beteg leszel!”

(Cs. közben bólogat.)

Segítő: „mindhárman maximálisan segíteni szeretnének. Jó lenne, ha összhangban lenne ez a segítség.” (határozott kérdés)

Apa: „volt egy keleti guru is, aki azt kérte, énekeljen, táncoljon a feleségem. Őt elküldtük! Ez nem segítség! A fiúk akarták. Z. felesége kötődik ehhez a valláshoz. Az unokáknak még tud örülni a feleségem.”

Segítő: „hány unoka van? Ők is segítenek az ápolásban?” (oldja az apa feszültségét)

Apa: „4 fiú és 2 lány, 19, 13, 9, 7, 5 és másfél évesek. Mindig van valaki a feleségem mellett. Átalakítottuk a lakást is, hogy a nappaliból a fürdőszobát éjjel is meg lehessen közelíteni. Éjjel csak én vagyok vele, látom, hogy napról napra gyengébb.”

Z: „csak te látod így, a feje fáj.”

A segítő értékelése a beszélgetésről: igen kellemetlen, rossz érzésem volt, amikor a három férfi előttem kezdett vitatkozni a segítség módjáról. Egyikük mellett sem foglaltam állást. Cs. gyorsan kivonult a beszélgetésből. Ő a kedvenc gyermek, aki mindent el tud érni az anyánál. Ezt a beszélgetés folyamán az apa is megerősítette. Cs. elégedetten „söpörte be” a dicséretet. Az egészségügyet folyamatosan szidták, ezzel magyarázva az alternatív kezelési módok igénybe vételét.

Kellemetlen érzésem másik összetevője: a családtagok meghatározott elképzeléssel rendelkeztek szakmai kompetenciámról: delegáltak egy munkát, pontosan meghatározták,

amit tennem kell az édesanyával kapcsolatban. Attitűdjüket az elvárás, szerepküldés jellemezte, az egészséghez való viszonyukban az egészségpiac megvásárolhatóságának szemlélete is megjelent. Végig gondoltam, hogy ha ezek a kimondott és kimondatlan elvárások, konfliktusok áttétele bennem ilyen heves és nehéz érzelmeket, elvárásokat váltottak ki, akkor mit élhetett meg az anya/feleség.

Egyben új helyzet is adódott a lelkigondozói gyakorlatomban, mert egy családból három férfi egyszerre még nem volt jelen a hozzátartozói fórum megbeszélésein. Csak az apával sikerült később időpontot egyeztetnem egy személyes beszélgetéshez. A három férfi aggódó, tenni, segíteni akaró, gondoskodó ember, de egyedül az apa érezte meg a felesége terminális állapotának közeledtét.

A másnapi CT vizsgálat kiújult, duplájára nőtt daganatot igazolt. A két fiatal felnőtt férfi már a beszélgetés során megdöbbsent, amikor a betegség kiújulásának a lehetősége szóba került. „Az nem lehet, hiszen mi mindent megtettünk”. A hirtelen gyász tudata, a veszteség lehetősége átalakította a családi kapcsolatot. A hír hallatára a fürdők, masszázs és minden hozzá kapcsolódó egész napos tevékenység azonnal abbamaradt, így a viselkedésükkel az anya felé közvetített és megvalósíthatatlan érzelmi elvárások azonnal és nagymértékben csökkentek. A „mit kellene még tenni?” – kérdés aktualitása felerősödött. Tapasztalattal nem rendelkeztek, mivel az első daganatos beteg és elveszíthető személy a családban az anya volt. Az aktuális pszichés státuszra jellemző volt mindhárom férfi esetében a szorongás, pánik, félelem.

A társas támogatás családon kívül is aktív volt: részt vett az ápolásban a házi segítségnyújtás, otthoni szakápolás, fizetett ápolók, az átmenetekben az osztályos hospice ellátást nyújtók, az otthoni ápolás esetében a hospice mobil team, önkéntesek. Pánikszerűen minden mozgatható emberre igényük volt – duplán: hospice orvos, pszichiáter, pszichológus.

A gyermekek és feleségeik aktív keleti érdeklődésük miatt a természetgyógyászat és más alternatív gyógymódok felé fordultak. A férj és a feleség az általuk igényelt, a keresztény vallás, hit adta békességet sem élhette meg, mivel még ebben a szituációban is inkább ők próbáltak igazodni a családban megjelenő új spirituális eszmékhez.

A férj és a két fiú gondolkodása a kezdeti első pillanatban a közös cél felé egységes, összhangban levő, kooperatív, együttműködő volt. Az apa viselkedése a feleség állapotának romlásával változott. Mindent gondos ápolóként saját maga akart végezni, fáradhatatlanul. A nagyobbik fiú gondolkodásmódjában - az általa vélt - racionalitás volt felfedezhető. Az interneten is fellelhető minden új gyógyítási módot azonnal kipróbált volna. Az apát is nevelni akarta: mit mondjon, és mit ne mondjon az anyjának. Negatív érzéseit, gondolatait,

sírását ideges mozdulattal hátrította. A beszélgetés folyamán háttérbe kényszerítette az apát az: „így nem lehet gyógyulni” mondattal. Ő volt a fiatalabb, az anya kedvence. Minden családtag rá támaszkodott abban, ha valamit el akartak érni az anyánál.

Az anya leépülése látványos volt, egyedül már nem közlekedett, beszéde egy mondatra korlátozódott, kedvenc fián kívül a többiek nevét sem tudta felsorolni.

A CT eredményét követően mindenféle alternatív módszer alkalmazása egyik pillanatról a másikra abbamaradt. A következő pár hétben M. még tudott járni, beszélni már kevésbé. A terminális állapot hamar bekövetkezett. Az apa, bár nem indokolta, de határozottan ragaszkodott az otthonápoláshoz, miközben a fiúk elindították M. hospice osztályra való felvételét, a férj tudta, hozzájárulása nélkül. A kirekesztettség érzését, a tehetetlenséget a családdal szemben az apa/férj éhségstrájk formájában érvényesítette. Napokig vita, veszekedés kísérte a folyamatot. Külső segítséget most nem vett igénybe a család, feleslegesnek tartottak minden próbálkozást. A széles rokonságban akadt egy olyan ember, akire hallgatott az apa, ennek köszönhetően befejezte a sztrájkolást. Közben M. a hospice osztály lakója lett, egy háromágyas szobában. Érintésre, hangra mozdulattal még reagált, felismerte férjét - aki állandóan mellette volt-, és a gyerekeit is, de nem beszélt senkihez.

A halál szeptember elején következett be. A család tagjainak utánkötése a férfiak elzárkózása miatt nem volt lehetséges. A család hölgy tagjai a megbeszélte időpontot lemondták, így csak remélhető, hogy a családban lévő együttműködés az ápolásbeli különböző nézetek ellenére megvalósulhatott.

A veszteség-feldolgozás folyamata az anticipációs gyász megélésében

A veszteség feldolgozás szakaszainak (anticipációs gyász, sokk, kontrollált szakasz, regresszió, átdolgozás, adaptáció) (Pilling, 2010) az ápolás szakaszában csendes krízisként követhető folyamata volt. Az anticipált (megelőlegezett) gyász a család történetében kétszer is megjelent, bár nem mindenki élte meg. Először a diagnózis közlésekor, másodszer a kiújulást igazoló CT-felvétel után. Az anticipált gyász megélésében is megfigyelhetőek voltak azok a veszteség-feldolgozási szakaszok, amelyek a halál után bekövetkező gyászra jellemzőek, természetesen más tartalommal.

1. A sokk szakaszában a férfiak viselkedéséből semmi sem volt látható, hiszen anyyi feladatot találtak maguknak, amellyel az anya állapotán szerettek volna javítani.

2. A kontrollált szakaszban az ápolásban, gondoskodásban való részvételükön kívül a szervezést is vállalták. Mindent, ami pénzért megvehető volt, és elviselhetővé tette az anya állapotát, előteremtettek.
3. Fejlődési folyamatnak tekinthető az átmeneti regresszió által megélt erőgyűjtés, a teljes visszavonulás a második diagnózis közlése után. Pillanatnyi összeroppanás – hiábavaló volt az elmúlt nyolc hónap – után az anyáért való harc, küzdelem még egy „átdolgozást” készített elő. A tagadás, elhárítás helyett a kívülről való csodavárás folyamata kezdődött el.
4. Az adaptáció fázisát a túlzott társas támogatás jellemezte (soron kívüli, azonnali vizsgálatok, hátrítva az egészségügyi protokoll szerinti ellátást).

A férfi mint gondozó igényei

A bemutatott eset példaként szolgál arra, hogy a megelőlegezett gyászhoz kapcsolódóan a férfiak számára is szükséges a külső támogatás. Az anya iránt tanúsított szeretet aktiválta a család erőforrásait, maximális gondoskodását, aktivitását (instrumentális feldolgozási mód). A fiatal férfiak mellett, a feleségek is gondoskodtak a fellelhető összes alternatív gyógy mód kipróbálásáról. Az ápolás szervezettsége biztosította a családtagok számára a regenerálódás lehetőségét. Az étkezések idejére teljes létszámmal volt jelen az anya mellett a család. Ezen a szokásukon nem változtattak a betegség előrehaladásával sem.

Az empátiás követést a szeretet segítette, minden családi vita és ellentét kialakulása ellenére. A különböző stratégiák kidolgozása a gyógyulás, majd az ápolás érdekében összetartotta a nagycsaládot. Az anya csendes résztvevője/elviselője volt a történeteknek. Minden cselekedet középpontjában a gyógyulásban való hit állt. Véletlenül sem került szóba a beteg állapotromlásának lehetősége, hiszen azt hitték, hogy amit terveznek, cselekednek, megrendelnek, kifizetnek, az a megvalósítható dolgok között a legtökéletesebb. Egyrészt biztonságot próbáltak nyújtani az anyának, és ezért a biztonságért a saját biztonságukat is elvárták és féltették; ellenőrizve, kontroll alatt tartva minden személyt, aki az anya körül megfordult. Másrészt a gyermekek elvárásaikkal: csak a gyógyulás, mint alternatíva lehetőségének elfogadása - elvágták a kétirányú őszinte kommunikáció lehetőségét. Ez nem csak az anya, hanem az apa érzéseit is erősen szabályozta, és ők ezáltal sok esetben gyermek-szerepbe kerültek. A megelőlegezett gyászhoz kapcsolódó viselkedések kettejük – gyermekek jelenléte nélküli – kapcsolatában mégis megjelenhettek, még ha azt utólagos rosszallás is kísérte Z. és Cs. részéről.

Meglepő fordulat volt a gondozásban az ápolás stratégiájának egyik pillanatról a másikra való megváltoztatása a CT eredmény hatására. Az anyának véleménye már nem volt, de az akaratát még ki tudta fejezni ekkor. A gyermekek viselkedésében bekövetkező változás lehetővé tette a család tagjai számára a megelőlegezett gyász által létrehozott megélhető és elfogadó kapcsolat kialakulását. Az aktivitáson keresztül kifejezett instrumentális veszteségfeldolgozás mellett teret kapott az érzések elfogadhatóságának és az arra kimondatlanul is reagáló viselkedések kevert mintázata.

Az érzések kifejezésének segítségével (intuitív feldolgozási mód) a női családtagok, a gyermekek feleségei vállaltak fontos szerepet, biztosítva férjeiknek a lehetőséget a csendes elvonulásra, előzetes elsiratásra. Az „erősnek kell lenni”, „férfinak kell lenni” mondások érvényesek voltak ebben a helyzetben is. „Példamutató apákként” nem könnyeztek gyerekeik előtt.

Az eset jellemzése: megküzdési és elhárító mechanizmusok (helyzetkezelő viselkedés-mintázatok) megjelenése

Hatékonyak mindazok a módszerek, amelyek azt a kommunikációt közvetítik az egyén felé, hogy szükséglete szerint megfelelően kitárulkozhat vagy bezárkózhat, a környezetére bármikor számíthat; elfogadják, támogatóan mellette állnak ebben az állapotában.

Azok a módszerek nem hatékonyak, amelyek nehezítik a pszichológiai gyászmunka fájdalmas, kikerülhetetlen elvégzését. Erre példa az elkerülés: „foglald el magad” „csak ne kelljen gondolkodni” és a halogatás: „utazz el” – a segítők részéről. A gyászoló munkáját a tagadás csak mélyíti, hiszen a „semmi ne változzon” – dacos tagadása a valóságnak. Az idealizálás mondata: „nyomába sem ér senki” – elégtelenségérzést, bezárkózást, büntudatot kelt a túlélőben és a közvetlen környezet tagjaiban.

Az egyéni reakciómódok a megküzdés folyamatában módosulhatnak a családi rendszertől kapott támogatással. Ez a támogatás felerősítheti vagy tompíthatja a patológias reakciókat. Különböző viselkedési módokkal próbálja az egyén feldolgozni a veszteséget, és kialakítani az új helyét, szerepét és működését a családban.

A három férfi az ápolás, gondozás, gondoskodás ideje alatt a közelség és az egymástól való eltávolodás minden fázisát megélték. Az anya állapotának romlásával a kívánságainak teljesítésére kiválasztott személy a kisebbik fia lett. Az eltávolodás és a közelség keresése egy időben történt meg. A felelősségvállalás az apa részéről többször, ismétlődően került kimondásra: „jobban kellett volna figyelnem rá”. A többi családtag felelősségvállalásának „kudarcából” következő fájdalomérzés így került összefoglalásra: „mindent megpróbáltunk,

nem gondoltuk, hogy a daganat kiújul, hiszen a sebész azt mondta, hogy minden rendben van.” A tagadás a csodavárás formáját öltötte a férj részéről. Ugyanakkor gyermekei jelenlétében másként viselkedett a feleségével, mint kettesben. Gyermekei jelenlétében az ápolást, a tenni akarást hangsúlyozta, ugyanakkor mindenki tapasztalta érzelmkinyilvánító viselkedését, a sírást. Ezt gyermekei rosszalották, „lázasnak, az együttműködés, a küzdeni akarás hiányának” definiálták. Az apa anticipátoros gyászát és érzelmfókuszú megküzdését, az ebből fakadó érzelmi megkönnyebbülés lehetőségét a CT vizsgálat előtt tagadták.

Az apa konfliktusnak élte meg, hogy nem tudott megfelelni gyermekei elvárásainak, miközben a két fiú viselkedésében az elviselhetetlen feszültségre adott elfojtás, tagadás, az ebből fakadó, túlzott aktivitás dominált. A fiatal felnőtt gyermekek a szubjektív kontrollérzetüket a pozitív illúziókba vetett hit, mint megküzdési mód segítségével próbálták óriási erőfeszítéssel fenntartani. Az apa ambivalens viselkedésében a reménykedés és gyermekei érzéseinek megvédése, de a realitás észlelése és a feleség igényeinek elfogadása került konfliktusba.

Ezek együttesét és ennek terhét érezte meg a segítő az áttételben. Az illuzórikus reményekre épülő helyzetből a CT eredménnyel való szembesülés mozdította ki a családot. Addig az egész család egysége csak a társas támogatás keresésében és igénylésében valósulhatott meg, és bár ez továbbra is fennmaradt a teljes folyamatban, a megküzdés és veszteség-feldolgozás többi területén is képesek voltak lépéseket tenni egymás elfogadó támogatása irányába.

Ebben a folyamatban a racionalitás elfogadásának egyik állomása volt a beteg hospice osztályon való elhelyezése is. Az nyitott kérdés maradt, hogy az apa éhségstrájkja a gyermeki szerepkörbe való delegálásának szólt-e (nem tájékoztatták a hospice ellátás igénybevételéről), vagy a gyermekei racionalitást és veszteséget felfogó, cselekvő reakciójának szólt, amely kézzelfoghatóvá tette számára a veszteség bekövetkeztének közelségét. A gyermekek stratégiaváltása jelezte, hogy korábbi ambivalenciája már nem tartható fenn, neki is állást kell foglalnia, amelynek szorongató és fájdalmas érzését nem tudta átmenet nélkül elviselni. Ez az átmenet is lehetett az éhségstrájk egyik oka.

A páciens kötelességének érezheti, hogy elfogadja a család tagjai által felajánlott segítséget. Ugyanis ők úgy gondolják, hogy minden módszer a gyógyulást elősegítő komfortérzet biztosítását szolgálja. Ez az állapot a betegség kezdetekor, az ápolás általános folyamatában meghatározó. A beteg a gondozás során kiválasztja magának azt a személyt, akit megtisztel bizalmával. Megoszt vele olyan érzéseket, eseményeket – néha titkokat –, amelyek lelki békességének akadályai. A beteg személyiségétől függ, milyen módot választ,

mit kér az őt ápoló személyektől: kísérést, együttérzést, támogatást, mély tartalmú beszélgetéseket vagy egyszerűen csak a másik jelenlétét. A megváltozott állapotban a szeretet „elvárás” a beteg részéről, hiszen ő olyan dolgoktól búcsúzik, amelyekben már nem lehet része. A segítő az, aki a betegszobán kívüli világot képviseli a számára.

Jelen esetben a beteg feleség érzéseiről az indulatáttételek kapcsán állt rendelkezésünkre talán a legtöbb információ. Ugyanakkor beletörődő és elfogadó engedelmessége jelezte, hogy elfogadja a családtagok kívánságait, lemondva a döntés vagy kérdés lehetőségéről, a támogató, érzéseit kifejezését támogató és elfogadó kapcsolatokról is. A férj viselkedésére észrevehetően nem reagált; az unokák jelenlétére - akik feltehetően a legkevesebb elvárással töltöttek vele időt - , végig pozitívan, ugyanakkor gyermekei magatartására verbális megerősítéssel reagált.

A férfiak megtapasztalták az ápolás folyamán a felelősséget, a kötöttséget és a szabályos rendszerben való munka szigorúságát. A felvállalt gondozás, változást okozott a viselkedésükben. Kritikai érzékük még jobban kifinomult, az anomáliákat nehezen tolerálták, így viselkedésükben agresszivitás vagy a mindenbe való beletörődés volt nyomon követhető. Az ápolási időszakban saját maguk fizikai igényeit háttérbe szorították. A figyelem, a beteg maximális kiszolgálása, speciális kontrolláló attitűdöt és illúziót adott számukra, melyhez hozzátartozott, hogy szerették volna a többi segítőt is alárendelni akaratuknak és meghatározni, kiosztani a feladataikat.

A férfiak életmód- és értékrend változásait a család nem tudja minden esetben követni. Ez a különbség indikálja a nézetbeli különbözőségek miatt kialakult vitákat az ápolás időszakában. Az értékrend változás követhető a „férfi mindenhatóság” csorbulása idején, amikor a hozzátartozók megtapasztalják, hogy a betegség folyamata minden gondoskodás ellenére sem fordítható a gyógyulás irányába. A „miért” kérdések számtalan formája ilyenkor kerül kifejezésre: válaszokat keresnek, a gondoskodás, ápolás más formáinak lehetőségét veszik számba, hiszen a hozzátartozó számára az ápolás folyamata és a szenvedés látványa stresszt jelent.

Ahogy az a Klinikai Lelkigondozók Konferenciáján 2006-ban Lisszabonban is elhangzott: „a haldoklót útján kísérnünk és nem irányítanunk kell.” A terminális állapotú betegekkel foglalkozó szakkönyvek többsége a megfelelő körülmények megteremtését hangsúlyozza. A megfelelő hely, idő és a legideálisabb helyzet kivárása a beteg igényeinek, félelmeinek, szorongásainak kimondását biztosíthatja.

A haldoklók tanítóinkká válhatnak a veszteséghez vezető úton. A gyász akkor kezdődik, amikor az ember először szembesül azzal, még jóval a halál beállta előtt, hogy elveszíti

szeretett hozzátartozóját. A daganatos betegség hírének meghallásakor a betegben, a családtagokban egyaránt megjelenik a hiány, az üresség, a tehetetlenség, a düh érzése. Ez vonatkozhat az elmulasztott élethelyzetekre, a megelőlegezett állapotra egyaránt.

A testi változások mint kísérő jelenségek mélyítik az érzést, folyamatosan újraindítják a veszteség-feldolgozást. Az egészségesek – különösen a férfiak –, a betegség megjelenéséig egyáltalán nem kívánnak foglalkozni a halál kérdésével. A halálfélelem, a betegségtől, a ráktól való félelem a diagnózis közlésekor természetes és érthető jelenség, amelyhez szervesen illeszkedhet a szorongás érzése.

A halál bekövetkeztével, az első bénultság után a családot általában a feladatok, az intéznivalók és a részvétnyilvánítók sokasága veszi körül. A temetés után bekövetkező magányban, ürességben megkezdik a mindennapi élet átstrukturálását. Eközben a hozzátartozók gondolatait még leköti az elvesztett személy emléke, s nem sikerül oly gyakran beszélgetni róla, mint jólesne. Vannak, akik ebben az időben elzárkóznak a környezetüktől, ahogy azt az elméleti részben bemutatott modellek is szemléltetik, de ez lehet egyszerűen más módja a gyász feldolgozásának, ha viszont hosszútávon tagadással vagy más merev elhárító mechanizmussal társul, akkor a szövődményes gyász rizikótényezőjévé válhat.

Bemutatott esetünkben a család hatékonyan mozgósította a társas támogatást, a haldoklás utolsó stádiumában képes volt kilépni az illúziók világából és az elővételezett gyász érzéseivel egymás felé fordulni. A nemi szerepeknek megfelelően látható volt a nők és férfiak domináns veszteség-feldolgozási stratégiája, de a férfiak esetében a dominánsan instrumentális gyászfolyamatok mellett megjelentek az elsődlegesen érzelemfókuszú megküzdési stratégiák is.

A gyász pszichés folyamatának leírása nem könnyű feladat, egyénileg változó lefolyása miatt a szakirodalom többféle elméletet ismertet. A folyamatok szétválasztása szinte lehetetlen, azok többnyire egymásba fonódnak. Kübler-Ross (1988) felosztása a legismertebb, s az irodalomban legtöbbször hivatkozott.

A férfiak gyászmunkája

A férfiszerep csak a nő mellett valósítható meg. Kenneth J. Doka (2010) a nemek közötti különbségeket hangsúlyozza. Az elvárások az elmúlt századok „ideális képét” is elénk tárják. Az emancipáció elfogadottá vált, ha a nő meg tudja tartani a régi szerepből adódó feladatait is. Ez a mai társadalom férfi tagjaira nem feltétlenül vonatkozik ilyen egységesen.

A betegápolás két végletes módszere tapasztalható a terminális állapotú hozzátartozókat gondozók szempontjából. Egyik csoport elmenekül még az utolsó pillanatban is: nem

hajlandó a halál jegyeit észrevenni, fél meghallani a halál „hangját”. A férfiak másik csoportja szakápolókat meghazudtoló precízséggel, figyelmességgel, pontossággal, odafigyeléssel ápol. Az ápolás befejeztével igen nagy figyelmet kellene fordítani rájuk, hiszen ez az odaadó ápolás a megelőlegezett gyászmunkájuk része.

A családi állapot változása, vagyis a házas – özvegy – egyedülálló státusz olyan folyamat, amelyet az ápoláson keresztül alakít, módosít az élet. A nők inkább kapcsolataik alapján értékelik magukat, míg a férfiak hajlamosabbak önértékelésüket a teljesítményük alapján felállítani (Bolen, 2008). A nők vesztesége - szerepeikből adódóan - hangsúlyozottabban kettős: elvész a kapcsolat a szeretett személlyel, továbbá a kapcsolat hiányából fakadóan identitásuk is sérülést szenved.

A megözvegyülés jobban megviseli a férfiakat, mint a nőket. Ugyanakkor, a férfiak általában hamarabb házasodnak vagy alakítanak ki kapcsolatot, mint a nők. Doka (2010) elmélete kapcsán ennek egyik oka az lehet, hogy az eltérő és tipikus nemi stratégiák kölcsönösen feltételezik egymást. A férfiak kognitív képességeik kapcsán törekednek az özvegyesség előtti állapot minél gyorsabb elérésére a munka és a magánélet területén is, melyhez logikus cselekvések során vezet az út. Egyben a gondoskodó, érzelmi támogatást a női támasz segítségével tudják megvalósítani a domináns kognitív megküzdésük kiegészítéseként, amelynek egyik alternatívája az új kapcsolatok által valósulhat meg. Az özvegyességgel tehát valamelyest a nemi szerep változik.

A nők általában hamarabb és elsősorban érzelmi segítségért fordulnak, mint a férfiak. A veszteség okozta fájdalom feldolgozása időt vesz igénybe; a tények elfogadása a személyiség fejlettségétől függ. Idő kell annak felismeréséhez is, hogy a gyász folyamatában is szükség van rá másoknak.

Az idősek közt is beszélhetünk két elkülöníthető csoportról: egy részük meglepően könnyen viseli a gyászt, talán azért, mert már ők maguk is a halálra készülnek (Polcz, 2000). Másik részük azonban ezt szinte feldolgozhatatlan és saját integritásukat alapvetően érintő veszteségként éli meg. Gyakran fogalmazzák meg ezt az érzést úgy az özvegyek, hogy olyan, mintha hiányozna egy darabjuk, mintha amputálták volna egy végtagjukat.

A gyász folyamatához kapcsolódnak olyan külső körülmények, amelyek a megrázkódtatást csökkentik a hozzátartozó halálának elviselésében. Ilyenek például a korábbi – halállal kapcsolatos – tapasztalatok, a megfelelő anyagi körülmények, pozitív életszemlélet, vallásos hit, jó önértékelés és a jól működő társas segítő közeg családon belül és kívül. A

család betegellátó szerepe a minőségi ellátás nélkülözhetetlen eleme az előrehaladott állapotú krónikus betegek támogatásában. (Cseri, 2002)

Összegzés

A gyász munka kifejezés a gyász fájdalmának mélységét nem tükrözi. A helyzetet nehezíti, hogy a tradicionális férfi-viselkedés gyakran megjelenő elvárás a társadalom, a környezet részéről: többek között a sírás még mindig nem tartozhat a fájdalom természetes kifejezéséhez. A nemi szerepek különbözősége azonban a fájdalom érzésekor nem választható ketté.

A férfiak az ápolás, a gondoskodás, a féltés, a másikért való tenni akarás során képesek elrugaszkodni a sztereotípiáktól. Az anticipációs gyászfolyamat során a munkába való menekülés természetes kísérője fájdalomnak, ez a tendencia a veszteség bekövetkezése után is követhető, és megakadályozhatja a folyamat lezárását. Minimális segítséget fogadnak el ezzel kapcsolatban.

Összefoglalásként azt a tényt szeretnénk kiemelni, hogy a társadalmi nem fogalma magában rejti a szocializáció során a tapasztalatokból, értékekből fakadó különbségeket, melyek különböző, de egyformán fontos, hangsúlyos és sikeres veszteség-feldolgozási módokat alakítanak ki. Az eltérő nemi stratégiák, mint a feldolgozási kontinuum részei egymást kölcsönösen és egymástól függően kiegészítő és feltételező stratégiák.

IRODALOM

ARIES, P. (2010): A halál iránti attitűdjeink - a fejlődés főbb állomásai és értelmezése In: PILLING J. (szerk.): *A halál, a haldoklás és a gyász pszichológiája*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 25-37.

BOLEN, J. S. (2008): *Bennünk élő idősödő istennők*. Balatonfenyves, Studium Effektive,

CRABB, L. (2001): *Nők és férfiak*. Harmat, 137.

CSERI P. (2002): *Segítségnyújtás a végeken*. Magyar Hospice Palliatív Egyesület, 85.

DOKA, K. J., MARTIN, T. M. (2010): *Grieving Beyond Gender Understanding the Ways Men and Women Mourn*. Revised Edition, Routledge.

GILLIGAN, C. (1982): *In a Different Voice*. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 159-162.

KÁRPÁTHY Á. (2002): *A gyász szociológiája*. MTA PTI Etnoregionális Kutatóközpont Munkafüzetek, Budapest, 91.

Klinikai Lelkigondozó Konferencia 2006, Lisszabon.

KÜBLER-ROSS, E. (1988): *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest, Gondolat Kiadó.

PARKES, C. M, SILLS, CH. (1994): Psychotherapy with the dying and the bereaved. In: CLARKSON, P., POKORNY, M. (Eds.): *The handbook of psychotherapy*. London and New York, Routledge, 494-514.

PILLING J. (2010): A gyász lélektana és a gyászolók segítése In: PILLING J. (szerk.): *A halál, a haldoklás és a gyász pszichológiája*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 177-189.

POLCZ A. (2000): *Gyászban lenni*. Pont Kiadó Kft.

STAUDACHER, C. (1991): *Men & Grief: A guide for Men Surviving the Death of a Loved one*. Oakland, CA, New Harbinger Publications.

TATELBAUM, J. (1998): *Bátorság a gyászhoz*, Budapest, Pont Kiadó.

Édes Tünde

református kórházlelkész, klinikai lelkigondozó
PTE-ÁOK Onkoterápiás Intézet
e-mail: tunde.edes@freemail.hu

Kerekes Zsuzsanna

klinikai szakpszichológus, egyetemi tanársegéd
PTE ÁOK, Magatartástudományi Intézet
e-mail: zsuzsanna.kerekes@aok.pte.hu