

A perinatális gyásztámogatás helyzete a pandémia időszakában

Összefoglalás ♦ A pre- és perinatális időszakban bekövetkező veszteség a család egészének működését befolyásoló negatív életesemény. Hatása hosszú távon generálhat pszichopatológiai következményeket. A veszteségfeldolgozó tanácsadások, terápiás munkák különböző módszerspecifikus irányzatai elérhetők Magyarországon a pandémia korlátozásokkal terhelt időszakában is. A szülés előtti és a szülés körüli időszakot érintő gyásztámogató munka, a traumatikus események feldolgozásának fontossága egyre inkább fókuszba kerül. A veszteségben érintett családok már intézményi keretek között és magánpraxisban is több segítő lehetőséget vehetnek igénybe. Tanulmányunkban bemutatjuk a pre- és perinatális gyászból való felépülés olyan útját, melyet a Korábban Érkeztem Alapítvány munkatársaiként az Alapítvány Mentorházaiban végzünk a pandémia időszakában, valamint kiemeljük a csoportos veszteségfeldolgozó modell különböző, terápiás szempontból értékes aspektusait.

Kulcsszavak:

pre- és perinatális gyász, veszteségfeldolgozás, segítő lehetőségek, gyásztérápia

Ways of supporting parents in pre- and perinatal loss during the pandemic period

Summary ♦ Life events affecting the functioning of a family are also in the focus of family policy efforts, since the aim is to have a joyful life experience when having a child, even if it takes place across crises and traumas. Loss in the pre- and perinatal period is a negative life event that affects the functioning of the family as a whole, its long-term effects may even lead to psychopathological consequences. As support, a wide range of different mourning therapies are available nowadays. The importance of mourning therapeutic work is becoming a significant topic in the field of perinatal sciences. Various supportive options are available for families affected by the loss, within the institutional framework and also in private practice. In this article we present the path of recovery from pre- and perinatal grief, highlighting various

therapeutically valuable aspects of the group mourning therapeutic models in times of pandemic.

Keywords: pre- and perinatal grief and loss, coping with grief and loss, support services, grief therapy

Bevezetés

A családban súlyos krízisállapotot idéz elő a problematikus terhesség, a komplikált szülés, beteg gyermek születése, koraszülés, valamint a magzati halál. (Zsák et al, 2015; Bornemisza, 2020) A pre- és perinatális veszteség témaköre érinti a korai, középidős és késői magzati halálozást, valamint a korai csecsemőhalálozást. Gesztációs idő szerint korai vetélésről a várandósság 12. hetéig beszélünk, a középidős vetélésről a várandósság 13-23. hét 6 napja közötti időszakra használt kifejezés. A perinatális időszakban elhunyt magzatok/újszülöttek (a várandósság 24. hetétől az extrauterin élet 7. napjáig) a késői magzati halálozási időszakból, valamint a korai újszülött időszakból (0-7 nap) kerülnek ki. (Szentiványi-Makó 2019) „Az 1 éven aluli elhunytak ezer élveszületésre jutó száma először 2011-ben esett 5 ezrelék alá, majd további javulást követően a 2018. évi 3,4 ezrelékes csecsemőhalálozás az eddig mért legalacsonyabb értéket jelentette. ... Mivel 2019-ben a születések száma csökkent, a száz élveszületésre jutó magzati halálozás nőtt az előző évhez viszonyított 18,1-ről 18,5-re. A magzati halálozások a korai és középidős magzati halálozások (spontán vetélések), valamint a halvaszületések együttes számát jelenti. A 2019-re becsült 16,5 ezer magzati halálozás 1,7%-kal emelkedett a 2018. évihez képest.” (KSH, Népmozgalom 2020)

A statisztikai adatok mögött élettörténetek vannak. Tanulmányunk célja, hogy a Korábban Érkeztem Alapítvány munkatársainak gyakorlati tapasztalatát mutassuk be a pandémia első és negyedik hulláma közti időszakból. A tanulmányunkba beemelt eseteírásokat anonimizáltuk.

Szakirodalmi áttekintés

„A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során” felhívja a figyelmet a perinatális veszteséget követő gyász speciális jellegére. Pszichológiai szempontból az anya pszichés és hormonális állapota eredményezhet túlfokozott reakciókat, pszichés zavarokat. (Kiss et al, 2015) A bekövetkezett veszteség hatására sérül a szülők közös jövőképe, kompetenciaérzése, megjelenhet az erős önvád,

bűntudat és düh érzése, s Bornemisza vélekedése szerint a szülőpárok kommunikációs zavara is érzékelhető. (Bornemisza, 2020)

A perinatális gyász megélését nehezíti, ha nincsenek konkrét emlékek az elvesztett babáról. Sokszor pedig hiányzik a közvetlen környezet támogatása is. (Kovácsné et al, 1994) A segítő személy attitűdje és érzékeny kommunikációja képes minimalizálni a komplikált gyász kialakulásának veszélyét és hozzásegítheti a szülőket a normál gyászfeldolgozás megindításához. (Monostori et al, 2018) Komplikált (vagy korábbi terminológiával patológiás) gyász esetében a normális gyászreakciók elhúzódhatnak, egy-két évvel a haláleset után is megfigyelhetők. (Zsák et al, 2015) Ennek a fokozott önvád, önsajnálat, bűntudat, szuicid gondolatok, hallucináció, társas izoláció és apátia az oka (Tringer, 2005). A megélt perinatális veszteség a család egészét érinti. Az édesapák esetében megjelenő hangulatzavar kevésbé érzékelhető Bornemisza szerint, azonban úgy véljük, hogy az édesapák csupán kevésbé fejezik ki, fogalmazzák meg diszkomfort érzésüket, a magányos, magukba forduló gyászfeldolgozási séma „maszkulin jellege” miatt. (Bornemissza, 2020)

A veszteséget követően megjelenhet a depresszív hangulat, a feszültség és harag érzése, az étkezési és alvási nehézségek. Ezek a tünetek általában egy-másfél év alatt rendeződnek, azonban minden ötödik nőnél egy év után is megmaradnak. Gyermekeik, a testvérek is érzékenyebbé válhatnak későbbi pszichés problémákra, melynek oka általában a fokozott anyai szorongás, a megoldatlan szülői gyász, továbbá sokszor a túlövő szülői magatartás következménye. (Hugher, Riches, 2003)

Az inkubációs szakasz¹ időszakában a veszteséget átélt szülő introvertálttá válik, interperszonális kapcsolatainak száma és minősége radikálisan csökken, s a fájdalomteher és veszteségélmény a traumatikus esemény bekövetkezte után egy ideig tagadásban, regresszióban ölt testet. Csak bizonyos lappangási idő után kezdődik meg a trauma feldolgozása, azaz a veszteség visszafordíthatatlansága egy ideig még nem igazán tudatosul. (Hugher, Riches, 2003) A gyászoló szülők e jelenséget álommetaforaként írták le adatgyűjtésünk során: mintha egy rossz álom részesei lennének, s azt remélik, az álmuknak vége szakad, s felébrednek. Caruth az „awakening” (ébredés) kifejezést (Caruth, Esch, 1995) használja annak modellezésére, hogy milyen módon támad fel a traumatapasztalat újra és újra az elmében. Elmélete szerint a megértés „re-prezentáció” és „re-thinking” formában is létezhet. A tüneteket, visszaemlékezéseket, rémálmokat a gyászoló az eredeti traumatikus esemény szó szerinti

¹ lappangási időszak

reprezentációjának tekinti. A perinatális hospice ellátásban és gondozásban is tetten érhető az erről szóló beszámolók sora. (Zsák, Hegedűs, 2020)

A nemzetközi szakirodalom az elfojtott tartalmak folyamatos felszínre törését acting out-ként definiálja (Caruth, Esch, 1995) melynek során a gyászoló szülőben minden tiltakozása ellenére egyre inkább tudatosul, hogy elvesztette gyermekét. A hazai kutatások hangsúlyozzák az inuterin magzati halálozás szakemberekre gyakorolt hatásának jelenségét is. (Zsák et al, 2015) A gyermekét elvesztett szülők esetében a szeretett és várt gyermek elvesztése egyúttal évnesztést is jelenthet. Erős Ferenc idézi Freudot, aki ekképp összegzi a kérdést: „A gyászban a világ vált szegénnyé és üressé, a melankóliában maga az én”. (Erős, 1995: 133) Rögzítendő tehát, hogy a gyásztrauma magától ritkán múlik el, a legtöbb esetben végigkíséri az egyén életét.

Az Alapítvány rövid bemutatása

A Korábban Érkeztem Dél Alföldi Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány a Dél-Alföldi régióban (Bács-Kiskun, Békés és Csongrád megye) a koraszülöttként született gyermekek családjainak komplex támogató szolgáltatását indította el 2018 év elején. Mentorházakat hoztak létre Szeged, Gyula, Kecskemét városában a koraszülöttek és hozzátartozóik holisztikus szemléletű szolgáltatásnyújtásának reményében, térítésmentes formában. A koraszülöttként világra jött gyermekek mozgás-, értelmi-, érzelmi- és beszédfejlődését segítve több szinten is hozzáférhetőek szolgáltatások a családok számára csakúgy, mint a pre- és perinatális gyásztámogatás azon szülőpárok számára, akik elveszítették gyermeküket. A gyászoló családok számára egyéni és feldolgozó-csoportos lehetőség is hozzáférhető; egy csoport sorstárs segítővel (alapvégzettségét tekintve teológiai szakcsoportos alapidplomával), a másik csoport mentálhigiénés vagy pszichológus vezetésével indul annak függvényében, hány család jelentkezik a csoportba.

Kórházi, klinikai helyzetkép, módszerek

Azon neonatológiai és szülészeti klinikai és kórházi osztályokon, ahol pszichológus vagy mentálhigiénés munkatárs is dolgozik, a szülők a gyermekük elvesztését követő gyászidőszakban is bejárnak a segítőhöz. Jó gyakorlatként megemlíjtük, hogy azon kórházi és klinikai osztályokon, ahol alapítványunk szakemberei jelen vannak, mind nagyobb teret kap az ellátóegységekben a mentálhigiénés segítők mellett az egyházi segítők jelenléte és létjogosultsága is. Felekezeti hovatartozástól függetlenül olykor több felekezet lelkigondozója is fogadóórai idősavot és helyiséget kap, így több professzionális segítő kolléga érhető el a családok számára intézményesített keretek között is. A segítőket egyre több szülő keresi fel.

A hazai kórházi környezetben működő speciális támogatási lehetőségeket vizsgálva azt találjuk, hogy az osztályok mentálhigiénikus, pszichológus és lelki segítő munkatársai az esetek magas számában egyéni tanácsadást végeztek a pandémia előtti időszakban. Online gyászfeldolgozó csoportot kevesen indítottak a járvány időszaka előtt.

Alapítványunk munkatársainak tapasztalata az, hogy 2019 áprilisától a 2022-as év kora tavaszáig az internet - és szűkebben az újmédia - keretrendszerét használva jelent meg a segítségkeresés a gyászoló szülők részéről. A legtöbben az interneten kezdték a segítő lehetőségekre fókuszáló kutatást, s ekként találták meg az Alapítvány gyászfeldolgozó lehetőségeit. Számos kliens arról számolt be, hogy a magánkórházak, magánpraxisok jelentős része a kezdeti időszakban még nem állt készen az online tanácsadásra, a gyászoló szülők telefonos megkeresése nem volt sikeres, az e-mailes bejelentkezésre türelmet kérő válasz érkezett. Tapasztalatunk az, hogy az online tanácsadás keretrendszerének kialakítása, a szolgáltatók otthoni eszközállománnyal való ellátása, valamint az idősebb szakemberek digitális készségeinek fejlesztése időigényes volt mind a magánszolgáltatók, mind az alapítványi formában működő, pro bono szolgáltatást nyújtók esetében is. Ahogy a web 3.0 egyre inkább szerves része az életünknek, úgy a lezárások, korlátozások miatt az internetes felületen kérdéseikre választ keresők nagyobb számban megjelentek a pandémia időszakában.

Korábbi megállapításunk tehát, miszerint a gyásztámogatás (klinikai-kórházi osztály mellett!) elsődleges tájékoztató „online tere” a közösségi média és a megfelelő tartalommal feltöltött weboldal, megerősítést nyert, hiszen a Teams, Zoom felületek nem csak az üzleti élet, az oktatás, a családorvosi ellátás vagy a TeleMedicina világában vették át az interperszonális kapcsolatok helyét, hanem egyéb segítő foglalkozások esetében is megjelentek. E cikk szerzőinek tapasztalata, hogy a covid járvány előtt csupán a külföldről anyanyelvi segítséget, mentálhigiénés vagy pszichológiai tanácsadást igénybe vevők éltek az online platformok adta lehetőségekkel. A pandémiát kísérő korlátozások következménye viszont, hogy nem a személyes segítő ülések mellett jelent meg az online tanácsadás, hanem egyetlen alternatívaként.

Akár online egyéni, akár online csoportos gyászfeldolgozó csoportban kezdjük a munkánkat, először bátorítjuk a szülőket a szomorúság és a fájdalom kifejezésére. Ez lehetőséget teremt az érzések azonosítására és kifejezésére. Tapasztalatunk az, hogy gyászolóknak igényük van arra, hogy valaki meghallgassa őket anélkül, hogy megkérdőjelezné az érzelmeik jogosságát. A veszteségközlésben, a kezdeti kommunikáció gördülékenységében az online tér előnyeit észleltük, hiszen az akár kikapcsolt kameraképpel, a csak mikrofon és hangszóró közvetítette hanggal több gyászoló szülő az egyházi liturgia gyónási intimitás

hasonlatát használta. A csoportdinamikának nem a klasszikus formában kellett kialakulnia a jelenlévők között. A résztvevők azon vizuális ingereket és információkat, melyek a veszteség-közzétételt megnehezítették: „*ki jött egyedül*”, „*kit támogat jelenlétében is házastársa*”, „*ki mennyi időse*” (a gyászoló édesanyák fontos fókusza: szülhet-e még gyermeket életkorából adódóan) az online veszteségfeldolgozó csoportban nem voltak észlelhetők. Ezt a lehetőséget a jelenléti formában később vagy nehezebben éri el a szülő, s az ekként elfojtott érzelmek akadályozhatják a későbbi felépülésben, a normál életvitel kialakításában. (Szentiványi-Makó 2019)

A feldolgozást segíti a történet, az események megosztása, elmesélése. A gyászfeldolgozás módszerei közül segítséget jelenthet a közös emlékezés, például egy ún. „memory box” összeállítása, a búcsúszertartás, a naplóírás, a kifejezés egyedi módjainak kialakítása.

A jelenléti csoportmunkával szemben a memory box mint tárgyalandó, megbeszélendő lehetőség mellett az interperszonális hálózat (kapcsolati háló vagy szociális atom) felrajzolása feladatnál is gördülékenyebb kommunikációt tapasztaltunk, mint a jelenléti formánál. Az online tér résztvevői egyre nagyobb számban, s egyre hosszabb időre kapcsolták be a kamerát, egyre többször szerették volna megmutatni magukat a többi résztvevőnek. Úgy véljük, ezen feladatok voltak azok, amikor a résztvevők körében már az egymás felé áradó bizalom sorstársi közösséget, egyfajta biztonságérzetet, közösséghez tartozás-szintet ért el, s kialakult az egymás felé nyitás igénye.

A gyászmunka időszakában, azzal olykor párhuzamosan megjelenik a poszttraumás növekedés (Tedeschi et al, 2004), mely különböző időben léphet be a gyászolók életébe. Az egyéni különbségek akár jelenléti, akár online munkában észlelhetők, hiszen a poszttraumás növekedés esetén a traumát átélő egyén érzéseit és súlypontjait transzformálja, másként értelmezi a kisebb, de korábban nagyobb horderejűnek vélt életeseményeket. A gyászidőszak későbbi fázisában megjelenő poszttraumás növekedés során a veszteséget átélt személy minőségibb társas kapcsolatot alakít ki és tart fent, változhatnak prioritásai is. Ez a növekedés - bár egyéni szinten zajlik-, de az online feldolgozócsoportban is megjelenik mint „motiváló faktor”: más csoporttagokban szubjektív aha-élménnyel a felismerést, a folyamat elindulását is indukálhatja egy csoporttag erről szóló narrációja.

Az online gyászcsoporthoz 6 fővel indult, kéthetes ciklusban 12 alkalommal volt feldolgozó foglalkozás, melynek időtartama a hatályos szakmai protokolloknak megfelelően 60 perc. A jelentkezők folyamatosan részt vettek a közös munkában, távolmaradás csupán egy fő esetében egyszer volt.

Profitorientált segítségnyújtás

A hazai gyakorlatban is megjelentek a profitorientált segítségnyújtási lehetőségek, melyek háttérében a területi ellátással rendelkező, betöltetlen (szak)pszichológusi álláshelyek magas száma, valamint a hosszas várólista fontos szerepet játszik. A pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek által hirdetett foglalkozások/konzultációk mellett számos laikus hirdetése is megjelenik, akik a szolgáltatásukat anyagi ellenszolgáltatással végzik néhány napos képzés elvégzése után. A minden tudományos megalapozottságot és államilag elismert minimumfeltételeknek és kritériumrendszernek sem megfelelő, sokszor áltudományos, veszélyes tevékenységet végző vállalkozókra e tanulmányban nem térünk ki. Tevékenységüket a szakhatóságok, szakmai társaságok folyamatosan ellenőrzik, az MTA nyilatkozatában is fellépett az áltudományok ellen, hiszen a szakmai keretrendszerek és ajánlások betartatása rendkívül fontos.

A profitorientált tevékenységüket hirdetőik között sajnos sok, pszichiátriai és klinikai szakpszichológusi szakmai ajánlások szerint is kontraindikált terápiás lehetőség hirdetését találunk. A beazonosíthatatlanságra való törekvéssel a weblapon szereplő szöveg stílusát és nyelvi megformáltságát némiképp megváltoztattuk, ám annak üzenettartalmát nem: a hirdető „*maratoni beszélgetést*” ígér, ahol „*a kliens dönti el, meddig marad*”. Itt a hirdető azzal a keretrendszerrel nincs tisztában, melyet pl. *A pszichoterápiás módszerek szakmai protokolljának* szövege tartalmaz az ülések és konzultációk ideális időkeretére vonatkozóan. A protokoll a pszichoterápiás egyéni konzultáció ideális időkeretét 60 percben jelöli meg, s csak néhány módszerspecifikus terápia (pl. családterápia, stb.) esetében ajánlja a dupla vagy tripla ülések tartását. A felezett ülés is szakmailag indokolt bizonyos esetekben. *A pszichoterápiás módszerek szakmai protokollját* pszichoterápiás módszerspecifikus társaságok írták, a szerkesztett protokollt a *Pszichoterápiás Tanács* javaslatára a *Pszichiátriai Szakmai Kollégium* fogadta el, ennek fényében az ajánlás szakmaisága megkérdőjelezhetetlen: „*Ülések időtartama: a normál ülés 1 óra (ebből 45-50 perc a beteggel), csoport, illetve családterápia esetében dupla, illetve tripla ülés a szokásos, de előfordulhat felezett ülés is.*”²

Esetismertetés I.

Kata 28 éves, egy megyei jogú dunántúli városban élettársi kapcsolatban él, felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Gondozott terhességének 33. hetében a család által nagyon várt újszülöttnak adott életet. A mindössze néhány hetet élt újszülött állapota eleinte stabilnak tűnt,

² <https://www.mentalport.hu/szakmai-informaciok/pszichoterapias-szakmai-protokoll/> (elérés dátuma: 2021.09.20)

ám hypoxia következtében intenzív osztályra került, s a gondos ellátás és légzéstámogatás ellenére elhunyt. Kata párja és szülei közös tanácsára keresett segítséget, de a lakhelye szerinti szakrendelőben a betöltetlen pszichológus-státusz és a korlátozó intézkedések miatt nem kapott időpontot. Ezért egy olyan magánrendelésre ment el, ahol a szolgáltatást hirdető szakember három online konzultációt követően az Alapítvány egy heteken belül induló ingyenes feldolgozócsoportjába irányította – szakmailag teljesen korrektül.

Kata az Alapítvány által szervezett online csoportban eleinte szófukar volt, kameraképet sosem kapcsolt be, s hiába kellett fizetnie az egyéni online tanácsadásért, saját elmondása szerint a csoportmunka kezdeti szakaszában szívesebben járt volna oda, mivel „más fájdalma nem érdekelte”, a saját gyászával volt elfoglalva. Az alapítványban végzett munkánk során őt a strukturált interjúra választottuk ki, melyben készséggel részt vett. Elmondta, hogy a csoportbéli tagok narrációja elindította benne a közlés vágyát. Részesévé vált a gyászoló társak történetének, egyre inkább kialakult benne annak érzése, hogy mégis milyen szerencsés anya ő, hiszen megérinthette gyermekét, míg e csoportmunka során olyan gyászoló szülőpárral is találkozott, akik nem is látták gyermeküket. Hangsúlyozta, hogy más édesanyjával szemben ő még életkorából adódóan anyává válhat a későbbiekben, s ez benne az online munka során tudatosult. A záróülést azzal a végszóval fejezte be, hogy ő a csoporttagok történetén keresztül élte át a gyermekével való kapcsolata igazi csodáját.

Ennek az esetismertetésnek a konklúziója az, hogy a csoportmunkát hátrító gyászolók hiába preferálják az egyéni segítő lehetőségeket, a jó szakember tisztában van a sorstársi közösség szupportív lehetőségével, és az esetleges sorstárs segítők bevonásával abba az irányba tereli a gyászolókat, amit gyászmunkájuk szempontjából leghasznosabb és leginkább támogató.

Esetismertetés II.

Bernadett 42 éves, kistelepülésen házasságban él, betanított fizikai munkát végez egy összeszerelő üzemben. Gondozott terhességének 35. hetében családjukba harmadik babaként érkező újszülöttnak adott életet. Az újszülött Apgar-értéke 9,1 volt, azonban vizsgálatokat követően szívelégtelenség miatt a babát élete negyedik napján meg kellett operálni, a műtét után 16 órával egy megyei jogú város klinikai osztályán elhunyt. Bernadett egy facebook oldalon kért segítséget, ahol az Alapítvány ingyenes feldolgozócsoportjára talált.

Bernadett az online csoportban rendkívül közlékeny volt, kameraképen fotókat osztott meg elveszített gyermekéről a csoport tagjaival, Elmondása szerint ki kell beszélnie magából a gyászt, mert otthon két egészséges gyermek és egy nála jóval idősebb férj várja, s férje életében meg sem érintette elhunyt gyermeküket. A záróülésen új fordulatot vett kommunikációja,

ugyanis szünni nem akaró sírás közben mondta el, hogy férjével napi gyakoriságú, hangos és heves szóváltásokig fajuló vitái vannak a megélt gyásza, csoportbéli tagsága miatt. Férje tagadja a gyászt, azt kommunikálja Bernadett és a két gyermek felé, hogy ők így is egy egész család, s mivel a kicsit nem is vitték haza, gondoljanak arra, „mintha nem született volna meg, csak álmodták volna a tragédiát”. Bernadett a feldolgozócsoporthoz 11 alkalommal idilli, támogató családról beszélt, őszinte vallomása rendkívüli érzelmáradatot indított el a csoport többi tagjában. A legtöbb édesanya biztosította Bernadettet arról, hogy házassága ettől még nincs veszélyben, mások férjei is magukba zárkózó, nem kommunikatív gyászoló apák.

Ennek az esetismertetésnek a konklúziója: míg a nők általában érzelmi-társas, a férfiak inkább racionális, magukba zárkózó veszteségfeldolgozók, s a társas kommunikáció, a sorstársi megerősítés segít áthidalni kommunikációs gátakat, melyek a veszteséget átélő, gyászoló édesanya és édesapa között feszülnek.

Megbeszélés, összegzés

E tanulmány szerzőinek elsődleges célja volt, hogy ismertesse a perinatális veszteség gyásztámogatási lehetőségeit a pandémia időszakában a *Korábban Érkeztem Dél Alföldi Koraszülött Intenzív Osztályért Alapítvány* munkáján keresztül. Munkatársaink akár online egyéni, akár online csoportos gyászfeldolgozó csoportban kezdték a munkát, először bátorították a szülőket a szomorúság és a fájdalom kifejezésére, e veszteségközlésben pedig az online tér előnyeit mutattuk ki. A poszttraumás növekedésnek az online feldolgozócsoporthoz való jelenlétét is tárgyaltuk, s mint „motiváló faktort” észleltük. Más csoporttagokban ugyanis szubjektív aha-élménnyel a felismerést, a folyamat elindulását is indukálhatja egy csoporttag erről szóló narrációja.

A veszteségélmények feldolgozását támogató terápiás lehetőségek utat nyithatnak az egyéni megküzdési készségek fejlesztésére. Fontos misszió, hogy a megfelelő szakmai segítség elérhető legyen a veszteséget megélt szülők számára országos szinten is, valamint a veszteséget átélő szülők támogatásán túl az érintett szakemberekre gyakorolt hatását is szem előtt kell tartani (Zsák et al, 2015). A pandémia időszakában szerzett terápiás tapasztalatok rávilágítanak arra, hogy a pre- és perinatális veszteséget átélő szülőkkel való munkára akár jelenléti, akár online formában is, de szükség és igény van. Meggyőződésünk, hogy a tárgyalt irányelvek fókuszba emelése sikeres szakmai munkánk záloga akár online, akár jelenléti formában.

IRODALOM

- BORNEMISSZA Á. (2020): A perinatális veszteséget kísérő kommunikáció jelentősége. *Szociális Szemle*. journals.lib.ptt.hu
- CARUTH C., ESCH D. (1995): *Critical encounters: Reference and responsibility in deconstructive writing*. New Jersey, Rutgers University Press, 91-94.
- FREUD S. (1997): Gyász és melankólia. In: ERŐS F (szerk.). *Ösztönök és ösztönsorsok. Metapszichológiai írások*. Budapest, Filum Könyvkiadó, 133.
- Népmozgalom. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepmozg/nepmozg19/index.html> (elérés: 2020.11.30.)
- HUGHES P., RICHES S. (2003): Psychological aspects of perinatal loss. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 15: 107–111.
- KISS E. CS., MAKÓ H. (2015): A gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana. Pécs, Pro Pannonia Kiadó
- KOVÁCSNÉ TÖRÖK ZS., SZEVEÉÉNYI P., FORGÁCS A. (1994): Perinatális gyászreakció. *Orvosi Hetilap* 135: 1863-1867.
- MONOSTORI D., DOMBI E., ZELENÁ A. (2018): Hibás kommunikációs panelek perinatalis veszteség esetén. *Orvosi Hetilap* 159: 1033-1036.
- Pszichoterápiás szakmai protokoll. <https://www.mentalport.hu/szakmai-informaciok/pszichoterapias-szakmai-protokoll/>. Elérés: 2021. szeptember 20.
- SZENTIVÁNYI-MAKÓ H. (2019): Temetetlen gyász. A terhességi veszteségélmények pszichológiai következményei, feldolgozásuk sajátosságai és az intervenciós lehetőségek specifikumai. In: VARGA K, ANDREÁK A, MOLNÁR J. (szerk.). *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest, Medicina Könyvkiadó, 257-276.
- TEDESCHIN R. G., CALHOUN, L. G. (2004): Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological inquiry*, 1: 1-18.
- TRINGER L. (2005): *A pszichiátria tankönyve*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 221.
- ZSÁK É, HEGEDŰS K. (2020): A perinatális hospice-palliatív gondozás lehetőségei és kihívásai. *Orvosi Hetilap* 161:452-457.
- ZSÁK É., KOVÁCSNÉ TÖRÖK ZS., HEGEDŰS K. (2015): A perinatális veszteségek és inuterin magzati halálozások aktuális szakmai gyakorlatának, valamint a szakemberekre gyakorolt hatásainak vizsgálata. *Orvosi Hetilap* 156: 1174-1178.

Monostori Dóra doktorandusz, mesteroktató

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségtudományi Doktori Iskola
Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális képzési Kar,
Preventív Egészségügyi Gondozás Tanszék
monostoridori@gmail.com

Dr. Dombi Edina PhD

alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus, egyetemi adjunktus
SZTE ÁOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
SZTE JGYPK Szociálpedagógus-képző Tanszék
edinadombi@jgypk.u-szeged.hu

Dr. Zelena András PhD

tanszékvezető egyetemi docens
Budapesti Gazdasági Egyetem Külkereskedelmi Kar
Társadalomtudományi Intézet
dr.zelenaa@gmail.com