

## A veszteség és előgyász aspektusai az onkológiai ellátásban a betegek, hozzátartozók és szakemberek szemszögéből

**Összefoglalás** ♦ *A daganatos betegséggel járó veszteségek nem csupán a fizikai egészség elvesztését jelentik, hanem mélyreható változásokat idéznek elő az önazonosságban, az életminőségben és a társas kapcsolatokban is. Az előgyász (anticipatory grief) egy sajátos, a halál bekövetkeztét megelőző gyászfolyamat, amely az onkológiai betegek, hozzátartozóik és az őket ellátó egészségügyi szakemberek körében is markánsan megjelenik. A szakirodalom szerint az előgyász segíthet a veszteséghez való alkalmazkodásban, azonban a kutatási eredmények nem egységesek abban a tekintetben, hogy milyen mértékben enyhíti vagy éppen súlyosbítja a későbbi gyászfolyamatot. A tanulmány az onkológiai betegek és családtagjaik veszteségélményein keresztül ragadja meg az előgyász témakörét, és röviden felvillantja a betegséggel járó veszteségek néhány olyan aspektusát, melyek a szakemberek számára is hasznosak lehetnek a jobb betegellátás mellett saját mentális egészségük megőrzése érdekében is.*

**Kulcsszavak:** előgyász, veszteség, pszichoonkológiai ellátás, daganatos betegek, hozzátartozók

## Loss and Aspects of Anticipatory Grief in Oncology Care – Perspectives of Patients, Relatives, and (mental)Healthcare Professionals

**Summary** ♦ *The losses associated with cancer not only mean the loss of physical health, but also cause profound changes in self-identity, quality of life and social relationships. Anticipatory grief is a specific grieving process that precedes the occurrence of death, which also appears among oncology patients, their relatives and the medical professionals who care for them. According to the literature, anticipatory grieving can help in adapting to the loss; however, research findings vary on whether it truly eases the grieving process or, in some cases,*

*makes it even more difficult. The study aims to explore the concept of anticipatory grief through the loss experiences of oncology patients and their family members. It also attempts to draw attention to certain aspects of disease-related losses, which can benefit healthcare professionals, improving patient care and preserving their mental well-being.*

**Keywords:** anticipatory grief, loss, psycho-oncology care, cancer patients, caregivers

## **Bevezetés**

A daganatos betegség nem csupán a fizikai egészséget érintő veszteséget hozza magával, hanem a személyes identitás, az életminőség és a társas kapcsolatok tekintetében is gyökeresen megváltoztatja az addig megszokott életvitelt. A veszteség folyamata sokszor fokozatos, és a betegség előrehaladtával egyre több aspektusban érinti a beteget és környezetét. A krónikus betegségekhez kapcsolódó (elő)gyász jellemzően a betegség okozta változásokkal való első szembesüléskor jelenik meg (Walsh-Burke, 2006). Ilyen helyzetek lehetnek, amikor a beteg nem képes segítség nélkül felállni vagy ha elejt egy tárgyat, azt nem tudja felvenni, nem tud lépcsőzni, korábban megszokottan sportolni, vagy éppen fiziológias folyamataiban él meg változást. Ezek a pillanatok megtörhetik a tagadás állapotát, és ráébreszthetik a beteget a betegség előrehaladtára. A gondozók számára is hasonló módon jelentkezik a veszteségélmény: a betegség súlyosbodása által megszakított napi rutin új kihívások elé állítja a családtagokat, gondozókat, a tágabb szociális környezetet (Waldorp, 2007). Az előgyász az onkológiai betegekkel és hozzátartozóikkal folytatott munkában több szinten vagy halmozottan is jelen van, amelynek során a segítőkben is sokszor megjelenik a betegek elvesztésétől való félelem.

## **Az előgyász koncepciója**

A gyással foglalkozó szakirodalmak és elméleti áttekintések a kevésbé ismert esetek közé sorolják az előgyászt. Maga az anticipációs gyász fogalma 1944-ből származik Lindemanntól, aki a valóban bekövetkezett veszteség előtt megélt gyászfolyamatot figyelte meg. A megelőző, előzetes vagy anticipációs gyászt leíró meghatározások egy olyan összetett jelenségre utalnak, amelyben már a veszteség lehetőségének fennállása is nagy amplitúdójú, intenzív érzéseket és indulatokat tud kiváltani, illetve nagyon jellemző az érzések és viszonyulásmódok ambivalenciája. Megjelennek az előrevetített veszteséggel való megküzdésre tett erőfeszítések. Ez utóbbi már az anticipációs gyász fogalmába tartozik (Corr-Corr, 2009, idézi Ferber, 2020).

Lindemann (1944) szerint az előgyász védelmi mechanizmusként működhet, mivel lehetőséget ad a halálhoz való fokozatos alkalmazkodásra és az érzelmi felkészülésre. Ezzel szemben Weiss (1988, idézi Cheng és mtsai, 2009) kritizálta az előgyász koncepcióját, azt állítva, hogy a gyász kizárólag a tényleges haláleset után létezik, nem pedig előzetes tapasztalatként. Ezt az álláspontot árnyalja Rando (1984), aki az előgyászt nem csupán a várható veszteségekhez, hanem a múltbeli és jelenlegi veszteségekhez is kapcsolódó gyászfolyamatként írja le. Szerinte az előgyász során nemcsak a szeretett személy fizikai elvesztésének lehetőségére reflektálunk, hanem a vele kapcsolatos jövőbeli remények és elvárások elvesztésére is.

Az előgyász sok ponton mutat hasonlóságot a hagyományos gyászelméletekben leírtakkal, ugyanakkor mégis jellemzi néhány egyedi sajátosság. Ilyenek a gyászolóra nehezedő ellentétes elvárások, illetve egyfajta szerepkonfliktus (gyászoló – támogató/rokon/munkatárs/segítő) nagyobb intenzitású érzelmeket váltanak ki, több harag és feszültség, valamint a tehetetlenség érzésének nagyobb fokú elárasztó hatása van jelen, mint a gyászfolyamatok többségében. Aldrich (1974) az előgyász és a hagyományos gyász közötti alapvető különbségeket egyfelől a megjelenés ideje szerint írta le: míg a hagyományos gyász csak a halál bekövetkezte után kezdődik, az előgyász mind a beteg, mind a család számára már a halál bekövetkezte előtt megjelenik, időben gyorsul, és sajátos reményfázissal is együtt jár. Lebow (1976) multidimenzionális megközelítésben vizsgálta az előgyászt, amely szerinte nem csupán érzelmi, hanem kognitív, társas és kulturális aspektusokat is magában foglal a várható haláleset kapcsán. Jellemző még az érzelmek kifejezhetetlensége, az eltávolodás és visszahúzódás, valamint racionalizálás, elfojtás mint megküzdési módok, továbbá az alvás-és koncentrációzavarok nagyobb mértékű előfordulása (Ferber, 2020).

Az előgyász és a halál bekövetkezte utáni gyászfolyamat kapcsolatának vizsgálatára készült kutatások nem mutatnak konzisztens eredményeket. Egyes kutatások azt találták, hogy az előgyász folyamata segítheti a hozzátartozókat a beteg állapotának és az elkerülhetetlen veszteség bekövetkeztének elfogadásában. A depresszió és az üresség, tompaság érzés szintje is alacsonyabb körökben (Nielsen és mtsai, 2016). A gyászfolyamat előzetes megélése lehetőséget nyújthat arra, hogy a családok megerősítsék kapcsolatukat a beteggel, és akár csökkenteni a halál okozta sokkot is számukra (Coelho és Barbosa, 2017; Lindemann, 1940). Egy szisztematikus áttekintés szerint viszont a magas intenzitású előgyász negatívan befolyásolhatja a későbbi gyászfolyamatot, különösképpen, ha a hozzátartozókat felkészületlenül éri a haláleset (Nielsen és mtsai, 2016). Egy korai elmélet például az előgyással töltött időben feladott reménnyel és a halál tényéhez való hozzászokással magyarázza a gyászfolyamat kedvezőbb

lefolyását (Glick, Weiss, és Parkes, 1974, idézi Patinadan és mtsai, 2022). Ezek az eltérő eredmények is rámutatnak, hogy még igen kevésbé feltérképezett az előgyász koncepciója és kapcsolata a gyászfolyamattal, különösen daganatos betegek és hozzátartozóik körében.

Ezen krízishelyzet komplexitásából is fakad, hogy kevésbé vannak jelen a gyással kapcsolatos szakmai és hétköznapi vélekedésben az előgyász okozta lelki nehézségek, illetve perifériára kerülnek az ezzel küzdők. A daganatos betegek, hozzátartozóik, illetve az őket támogató, egészségügyi és szociális szakemberek szinte a leggyakrabban esnek ebbe a kategóriára, kiváltképp, ha egyéb, veszteségekkel járó problémáik is fennállnak – például a betegség és kezelések okozta meddőség.

## **A daganatos betegséggel járó veszteségek**

### **Amit a betegek veszítenek el**

#### *Az egészség és jövőkép elvesztése*

A betegség diagnózisával mintha megszűnt volna az addigi élet – mondják sokszor az érintettek. Legyen szó daganatos betegségről, valamilyen krónikus betegségről vagy éppen a termékenységet érintő problémáról, a magára eddig (javarészt) egészséges emberként tekintő személy elveszti ezt a bizonyosságát. Ilyenkor a személy vagy nem tudja még pontosan, mennyire beteg, további vizsgálatok szükségesek, vagy éppen azzal szembesül, hogy mire a diagnózis megszületik, már súlyos állapotban van (Tiringer és mtsai, 2014). A szakirodalom szerint már az egészség elvesztésének tényére is mutatkoznak gyászreakciók, ilyenek lehetnek például a tagadás, harag, értetlenkedés (Borst, 2010). Gyakori továbbá az igazságos világba vetett hit megrendülése, a »miért történik ez velem« kérdéskör előtérbe kerülése. A daganatos betegek számára az előgyász gyakran az önazonosságuk, életminőségük és jövőképük elvesztéséhez kapcsolódik. A diagnózis sok esetben olyan sokként éri a pácienseket, amelyben az érzelmi és kognitív folyamatok kölcsönösen befolyásolják egymást, melynek nyomán a prognózis elfogadása, lehetőségek reális felmérése és a gyógyulás iránti vágyakozás, reménykedés egyszerre vannak jelen (Lichtenthal és mtsai, 2015). A betegúton haladva a kezelésekkal együtt megváltozik az addig megszokott életritmus, napirend, sokszor nem vagy kevesebb idő és energia jut korábban kedvelt vagy fontos szereppel bíró tevékenységekre – gondoljunk például egy társaságkedvelő, sokat csevegő emberre, akinek a gégekanüllel való élethez kell ezután alkalmazkodnia.

### ***Fizikai veszteségek és az önazonosság változása***

A fizikai állapot romlása a betegséggel járó elsődleges veszteségek közé tartozik. A kezelések mellékhatásai – például a hajhullás, fogyás, fáradékonyság – gyakran megváltoztatják a beteg testképét és önazonosságát, amely szorosan kapcsolódik az énképhez és az önbecsüléshez (Nowosielski & Pałka, 2023). Az egyik legnehezebb időszak a betegek számára, amikor a kemoterápiás kezelés hatására elveszítik hajukat, szemöldöküket, szempilláikat, egész testszőrzetüket. Ugyan a technológia előrehaladtával egyre jobb lehetőségek vannak ennek elkerülésére, mégis az elsők között szerepel a haj elvesztésétől való félelem, az arra való felkészülés, majd annak elgyászolása. A betegséggel járó mobilitásvesztés, energiahiány és fájdalom tovább fokozhatja a betegek tehetetlenségérzetét, amely a depresszió és a szorongás növekedéséhez vezethet (Tiringer et al., 2014). A daganatos betegek előgyásza nem csupán a halál lehetőségére adott reakció, hanem az életminőségük és függetlenségük fokozatos elvesztésének a feldolgozása is (Ferber, 2020).

### ***A stabilitás megrendülése***

Jelentős distresszel övezett a kontrollvizsgálatok időszaka, melyet a kiújulástól való folytonos félelem jellemez. A kontrollvizsgálatok időpontjai előtt fokozott szorongás jellemző, bármilyen testi érzet könnyen összekapcsolódhat a betegség gyanújával, a gondolkodás is a daganat újbóli megjelenése köré összpontosul (Rohánszky és mtsai, 2014.) Amennyiben ez megtörténik, a betegek (és családtagjaik) nem csak az egészség újbóli elvesztését élik meg, de sokszor a remény, stabilitás, megszokott életvitelbe való visszatérés lehetősége is szertefoszlik. A kiújulás megtöri az előrehaladás illúzióját, kényszeríti a betegeket, hogy ismét szembenézzenek azzal a lehetőséggel, hogy újabb megterhelő kezeléseknél, növekvő fizikai fájdalmaknak vessék alá magukat, bizonytalan kimenetel mellett. Sokan élik meg az irányítás újbóli elvesztését, hiszen korábban úgy hitték, hogy a gyógyulás útjára léptek. A betegek gyakran mélyebb gyászt, a haláltól való fokozott félelmet és a kezeléseknél újbóli megpróbáltatásának érzelmi terhét élik át. Ugyanakkor vannak olyanok is, akik erőforrást találnak abban, hogy egyszer más képesek voltak legyőzni a betegséget és nagyobb belső erővel néznek az újabb kezeléseknél elé.

### ***Testkép, identitás megváltozásával járó veszteségek***

Szintén ilyen kulcsfontosságú fordulópont még egy-egy műtét, belső – vagy kívülről is látható – szervek operációja, eltávolítása, vagy éppen sztóma felhelyezése. Ezek a konkrét fizikai veszteségek mellett pszichológiai és érzelmi változásokat is magukkal hoznak, mivel gyakran

hatással vannak az önazonosságra, a testkép megélésére és a szexuális önértékelésre. A megváltozott test és bizonyos testi funkciók csökkenése vagy megváltozása következtében félelem, szégyenérzet, szorongás, eltávolodás vagy elszigetelődés alakulhat ki, amely jelentős pszichés terhet ró a betegekre és a párkapcsolatukra egyaránt. A női/férfi identitás egy részének elvesztése, a szexuális életben bekövetkező változások vagy éppen a termékenység nehezítetté válása illetve megszűnése mind további megterhelést jelentenek és új alkalmazkodási módok kialakítását követelik meg (Nowosielski és Pałka, 2023).

### ***A betegséggel járó termékenységi problémák vesztesége***

Egy speciális téma a nőgyógyászati daganatos betegekkel folytatott munkában a fertilitáskonzultáció, ami medikális vonatkozásban egyre gyakrabban elérhető. Ugyanakkor azzal is találkozunk, hogy a betegek kezeléssel szembeni ellenállásának hátterében a gyermekvállalási motiváció áll, melynek megbeszélésére – ha teret és időt kap az adott hölgy – az együttműködése is megváltozhat. Ebben a témában kiemelten fontos az anyaság, nőiség és a halálfélelem kérdéseinek kibontása az érintettekkel, mivel a (gyermekvállalás reményében) késleltetett kezelés sokszor kisebb hatékonyságú, csökkenhet a gyógyulás esélye és negatívan befolyásolja a beteg életkilátásait. Lényeges ilyenkor az anyaság, apaság, »csak gyermekkel vagyunk család« témában lehetőséget adni a pároknak, hogy biztonságos közegben elmondhassák vágyaikat és félelmeiket, különösen, hogy néhányan még egymás között sem merik megbeszélni ezeket az érzékeny és sokszor fájó veszteségekkel terhelt témákat.

### **Amit a hozzátartozók veszítenek el**

Coelho és Barbosa (2017) szisztematikus áttekintésükben a daganatos betegségben szenvedő, végstádiumú páciensek családtagjainak anticipációs gyászfolyamatairól készült tanulmányokat vizsgálták. A 1990 és 2015 között megjelent 29 tanulmány áttekintésében tíz fő témát azonosítottak, amelyek az anticipációs gyász összetett jellegét tükrözik: a halál előrevetítése, érzelmi distressz, intrapszichés és interperszonális védekezés, a beteg gondozására irányuló kizárólagos fókusz, remény, ambivalencia, személyes és kapcsolati veszteségek, az életvégi feladatok, valamint a szeretett személy halála utáni egyfajta átmeneti fázis, melyben egyfelől felszabadulást tapasztalhatnak a hozzátartozók a gondozással járó terhek alól, másfelől a veszteséggel járó mély fájdalom érzése is megjelenik. A halál előrevetítése a (szeretett) személy halálának megérezését, intuitív sejtését, vagy már a terminális állapottal való szembesülést jelenti. Ehhez gyakran intenzív érzelmi reakciók és distressz társul, sokan akár fizikai tüneteket is észlelnek; mintha hasba vágták volna őket, vagy mintha összeszorult volna a mellkasuk. Ezek

az ilyenkor felerősödő szeparációs szorongásra, halálfélelemre, vagy a megrendült jövőképre adott testi reakciók. A folyamatos készenlét és a beteg szenvedésének közelsége tehetetlenséget, kimerültséget és mély szomorúságot eredményez. A harag – akár a betegség, akár mások, vagy önmaguk felé – szintén gyakori, és gyakran társul büntudattal és frusztrációval, különösen a hozott döntések kapcsán.

A család megküzdési módjai nagyon változóak lehetnek, mégis gyakori stratégia a fájdalom elkerülésére az érzelmek elfojtása vagy a halálról szóló beszélgetések kerülése, a gondozás napi rutinjába való kapaszkodás, ami a kontrollérzet és a struktúra által le tudja venni a fókuszot a veszteségtől való félelelről. Ugyanakkor ez a védekezés gyakran meg is akadályozza, hogy a családtagok valóban tudjanak egymáshoz kapcsolódni az elbúcsúzás érzelmi folyamatában. Néhány családtag igyekszik elkerülni ennek az új valóságnak a tudatosítását, mások racionálisan próbálnak felkészülni a halálra, ám érzelmileg sokszor mégis tagadásban maradnak, érzéseiket nem élik meg. Az előrevetített halál egyszerre indíthatja be az érzelmi és kognitív feldolgozást, de az ezzel járó bizonytalanság és remény miatt gyakran hullámozó érzelmi folyamatot vált ki. Vannak olyan családtagok is, akik továbbra is reménykednek a gyógyulásban, miközben fokozódó tehetetlenséget élnek meg a beteg állapotának romlása láttán. Sokszor jelenik meg egyfajta állandó szorongás, amely a betegség kiszámíthatatlan alakulásával, a beteg fizikai szenvedésével és a gondozó saját érzelmi reakcióival kapcsolatos félelmekből fakad. Gyakori az elkeseredettség, a depresszió és a harag is, amely a betegség, a helyzet igazságtalansága, vagy akár saját teljesítményükre irányul.

A hozzátartozók edukálása azért is nagyon fontos, mert leggyakrabban ők is a háttérbe szorúlnak, ha a beteg terminális állapotba kerül, de még egy jó prognózisú betegség esetén is jelentős érzelmi terhet ró rájuk is a szeretett személy elvesztésének eshetősége. A daganatos beteg nőket szinte kivétel nélkül férjek, esetleg szülők vagy párjaik segítik, és az esetükben a beteg gondozása és saját maguk, illetve a család ellátása, beleértve a munkahelyi helytállást is, elnyomja a gyász megélésének lehetőségét – főleg, mivel a férfiak esetében egyébként is ritkább az érzések nyílt megélése. Sokak számára a beteg gondozásával járó feladatokra való fókuszálás némileg ellensúlyozni tudja a megélt tehetetlenséget, ugyanakkor ez az állandó készenlét és fizikai jelenlét hosszú távon rendkívül kimerítővé válhat, főként ha a gondozás válik az élet központi, szinte kizárólagos feladatává. Nehezen elfogadható és még nehezebben kimondható annak a gondolatnak a megjelenése, hogy »bárcsak vége lenne«. Legtöbbször szorongással, büntudattal és dühvel társul annak a helyzetnek az ambivalenciája, amikor a hozzátartozók a beteg romló életminőségét látva először felismerik, hogy mind saját maguknak, mind a betegnek szeretnék megszüntetni a szenvedését, ugyanakkor nem kívánhatják halálát, hiszen

éppen azt szeretnék, ha jól lenne. A hospice ellátás túl késői igénybevétele legtöbbször éppen abból a látszólag feloldhatatlan ellentétből adódik, amikor a hozzátartozók úgy érzik: ezzel a döntéssel egyszerre le is mondanak szeretettükről.

A kutatások nem egybehangzóak a hozzátartozók által megélt előgyász és a későbbi komplikált gyász kialakulásának összefüggéseit tekintve. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány a halálra és veszteségre való felkészültség foka és a későbbi gyászfolyamat minősége közötti együttjárást vizsgálta (Nielsen et al., 2016). A szerzők az eddigi kutatások alapján nem igazolták, hogy a gondozási időszakban átélt gyász vagy a halálra való felkészülés védőfaktoroként hatna a veszteséget követő komplikált gyászreakciók enyhítésében. Egyes longitudinális vizsgálatok azt mutatták, hogy a gondozás idejének meghosszabbodása segíthet a felkészültség növelésében (Hudson et al., 2009; Hudson et al., 2012, idézi Nielsen et al., 2016), míg más vizsgálatok nem találtak jelentős növekedést (Hudson et al., 2013; Lindstrom és Melnyk, 2013, idézi Nielsen et al. 2016), vagy a felkészültség csökkent is a hosszú távú gondozás alatt (Grant et al., 2013, idézi Nielsen et al., 2016). A szisztematikus áttekintésben vizsgált tanulmányok közül többen is azt találták, hogy az alacsony felkészültség a közlő halálra – különösen, ha erőteljes érzelmi distresszel párosul – növeli a komplikált gyász, a depresszió és a szorongás kockázatát (pl. Schulz et al., 2015; Tsai et al., 2015, idézi Nielsen et al., 2016). Stroebe és mtsai (2006) integratív kockázati modellje alapján mind az előgyász, mind a halálra való felkészültség mértéke önálló, de egymással összefüggő rizikófaktoroként értelmezhető a veszteség feldolgozásának szempontjából. Utóbbi kognitív, viselkedéses és érzelmi folyamatokat is magába foglal, melyek közül gyakran főként a cselekvésekben megnyilvánuló felkészülés valósul meg (pl. pénzügyek vagy konfliktusos viszonyok rendezése), mely mentén az érzelmi feldolgozás később indul el, így növelve a komplikált gyász kockázatát. Éppen ezért fontos, hogy a gyászt megelőző időszakban a szakemberek ne csupán az érzelmi reakciókat, hanem a halálra való gyakorlati és pszichés felkészültséget is figyelemmel kísérik, mivel ezek együttesen határozzák meg a hozzátartozók későbbi alkalmazkodási lehetőségeit a veszteség után.

### **Kitekintés: az előgyász megjelenése a segítő folyamatban**

Az előgyász témájában íródott, szakembereket célzó publikációk egyre nagyobb számban jelennek meg, ugyanakkor elsősorban az orvosokat és ápolókat hivatottak edukálni az előgyász témájában, valamint felkészíteni őket a megfelelő segítségnyújtásra. Kétségtelenül pozitív előrelépés, hogy a szakirodalmi fókuszba is bekerült egyfajta érzékenyítés, ezzel együtt viszont arról még mindig meglepően kevés szó esik, hogy maguk a szakemberek is részesei ennek a

folyamatnak, és ők is átélhetik az előgyászt egy-egy beteget kísérve. Egy amerikai veteránokat és az őket ellátó szakembereket segítő kiadvány elvitatott gyászként írja le az egészségügyi dolgozók veszteségélményeit - olyan gyász, melyben a veszteséget nem ismeri el nyíltan a társadalom, tagadja, visszautasítja, vagy egyszerűen meg sem engedi az érintett számára, hogy gyászoljon (Doka, 2002; Ferber, 2020). Ennek ellenére a szakemberek is megélhetik személyes veszteségként egy kedvelt beteg állapotának romlását, vagy halálát – különösen ha hirtelen, fiatal páciens esetében következik be a halál. A veszteség lehetőségének folyamatos jelenléte és az ebből fakadó distressz miatt különösen fontos lenne a szakemberek megéléseire és megküzdésük támogatására is figyelmet fordítani.

### **Összegzés**

A veszteségek és az azokkal való megküzdés az onkológiai ellátásban egy olyan sokrétű téma, melynek jobb megértése mind az érintettek, mind a hozzátartozóik és az őket ellátó szakemberek szempontjából is lényeges.

A daganatos betegségekkel járó fizikai, mentális és szociális változások, veszteségek anyagi, erőforrásbeli és érzelmi terhet rónak az érintett családokra. A családtagok és gondozók számára a betegséggel járó gondozói szerep legtöbbször önmagában is kihívást jelent, miközben ők maguk is megélik az előgyász folyamatát.

A kutatási eredmények nem adnak egyértelmű választ arra, hogy az előgyász enyhíti vagy épp súlyosbítja a későbbi gyászfolyamatot. Az sem egyértelmű, hogy minden beteg vagy hozzátartozója átéli-e az előgyászt, a veszteség ugyanakkor valamilyen formában mindenkinél jelen van. A tanulmány célja az onkológiai ellátásban elkerülhetetlenül jelen lévő gyász egy gyakran rejtve maradó formájának rövid felvillantása volt annak érdekében, hogy az előgyász is egyre láthatóbb legyen. Látható a tényleges gyászreakciók szintjén, felismerhető azok számára, akik átélik és érthető a tágabb környezet számára. Látható abban az értelemben is, hogy megfogalmazható és kimondható legyen mindaz, amit az előgyászt megélő betegek, hozzátartozók és az őket kísérő szakemberek éreznek, hogy ne maradjanak egyedül a veszteség terhével.

### **IRODALOM**

ALDRICH, C. K. (1974): Some dynamics of anticipatory grief. In: SCHOENBERG, B., CARR, A. C., PERETZ, D., KUTSCHER, A. H. (eds.): *Anticipatory Grief*. New York, Columbia University Press, 3-9.

- BORST, J. M. (2010): A krónikus betegségekkel járó gyász, veszteség, és az ezekkel való megküzdés. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2010(4), 24–42.
- CHENG, O. Y., LO, R., CHAN, F., KWAN, B., WOO, J. (2009): An exploration of anticipatory grief in advanced cancer patients. *Psycho-oncology*, 19, 693–700. <https://doi.org/10.1002/pon.1613>
- COELHO, A., BARBOSA, A. (2017): Family Anticipatory Grief: An Integrative Literature Review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 34(8), 774–785. <https://doi.org/10.1177/1049909116647960>
- DOKA, K. (2002): *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Champaign. USA Research Press.
- FERBER E. (2020): Az előgyász – fogalma, jellemző élethelyzetei és a segítség lehetőségei. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 2020(4), 1–20.
- LEBOW, G. H. (1976): Facilitating Adaptation in Anticipatory Mourning. *Social Casework*, 57(7), 458–465. <https://doi.org/10.1177/104438947605700707>
- LICHTENTHAL, W. G., PRIGERSON, H. G., KISSANE, D. W. (2015): Bereavement Theory, Clinical Presentation, and Intervention in the Setting of Cancer Care. In: HOLLAND, J., BREITBART, W. S., BUTOW, P. N., JACOBSEN, P. B., LOSCALZO, M. J., MCCORKLE, R. (eds.): *Psycho-Oncology*, Oxford University Press, 585–592.
- LINDEMANN, E. (1944): Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- NIELSEN, M. K., NEERGAARD, M. A., JENSEN, A. B., BRO, F., GULDIN, M.-B. (2016): Do we need to change our understanding of anticipatory grief in caregivers? A systematic review of caregiver studies during end-of-life caregiving and bereavement. *Clinical Psychology Review*, 44, 75–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.01.002>
- NOWOSIELSKI, K., PAŁKA, A. (2023): Couples’ sexual health after gynaecological cancer diagnosis – an unexplored area for further research. *Contemporary Oncology*, 27(1), 47–56. <https://doi.org/10.5114/wo.2023.127308>
- PATINADAN, P. V., TAN-HO, G., CHOO, P. Y., HO, A. H. Y. (2022): Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of-life: A systematic review of palliative interventions. *Death Studies*, 46(2), 337–350. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1728426>
- RANDO, T. A. (1984): *Grief, Dying, and Death: Clinical Interventions for Caregivers*. Champaign, Research Press.
- ROHÁNSZKY M., KEGYE A., MOLNÁR M., BODAS É., KAPITÁNY ZS. (2014): *Pszichoszociális onkológia*. Zafir Press.

- STROEBE M.S., FOLKMAN S., HANSSON R.O., SCHUT H. (2006): The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science & Medicine* 63 (9): 2440–2451.
- TIRINGER I., VARGA J., MOLNÁR E. (2014): Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: KÁLLAI J, OLÁH A., VARGA J. (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina, 305–331.
- WALDORP, D. P. (2007): Caregiver grief in terminal illness and bereavement: A mixed-methods study. *Health & Social Work*, 32(3), 197-206.
- WALSH-BURKE, K. (2006): *Grief and loss: Theories and skills for helping professionals*. Boston, Pearson Allyn & Bacon.

**Karai Virág Júlia**

pszichológus

Mályvavirág Alapítvány

karavirag@gmail.com

**Kónya Ilona**

klinikai szakpszichológus

Budapesti Uzsoki Utcai Kórház

ilonakonya1@gmail.com