

# A komplikált gyász felismerése az orvos szemszögéből

Zelena András dr.<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup>Budapesti Gazdasági Egyetem, Külkereskedelmi Kar, Társadalomtudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged (meghívott előadó)

Gyászfeldolgozó csoportból származó két eset ismertetésével arra világítok rá, hogy milyen fontos szerepe van a betegek nonverbális jelzéseire is szenzitív kezelőorvosnak a komplikált gyász, a megrekedt gyázmunka időbeni felismerésében. A tajszámok mögött rejtekező egyéni traumákat és sorsokat ismerő orvosok, sőt a betegek életkörülményeinek részleteit ismerő családorvosok katalizátorai lehetnek a megrekedt gyázmunka folytatásának, s számos pszichoszomatikus tünet mögött fedezik fel a valós traumatogén okot. Mivel a gyászfeldolgozó csoportokkal dolgozó szakemberek a komplikált gyással – korábbi, stigmatizáló terminológiával: patológiás vagy torzult gyással – küzdők legkülönbébb hiány- és veszteségtapasztalatainak manifesztumaival találkoznak, ezért komoly szakmai kihívás a sokszor rendkívül heterogén összetételű, igen eltérő veszteséggel és egyéni gyászhabitussal rendelkező egyének csoportmunkáját összehangolni, ami finomra hangolt együttműködést követel a gyógyítóteam tagjaitól. *Orv Hetil.* 2017; 158(36): 1426–1431

**Kulcsszavak:** komplikált gyász, pszichoszomatikus rendellenességek, gyásztámogatás

## Recognizing complicated grief from a doctor's point of view

By reviewing two bereavement support group cases I wish to demonstrate the important role a doctor, also receptive of his patients' non-verbal signals, has in the early recognition of complicated grief and halted grief process. Doctors are aware of individual traumas and destinies, and general practitioners are familiar with the details of their patients' life and home circumstances, could be catalysts for the continuation of the halted grief process. They discover the real cause of trauma behind several psychosomatic symptoms. For professionals working with bereavement support groups and meeting a number of different manifestations of the experience of absence and loss in people facing complicated grief (by its former, stigmatizing term: pathological or distorted grief), synchronizing the work of such heterogeneous groups of people, who have diverse loss history and individual (grief) habitus, is a real professional challenge. In such a work process the activity of doctors and health care workers can be supportive and could facilitate progress.

**Keywords:** complicated grief, psychosomatic disorders, grief aid

Zelena A. [Recognizing complicated grief from a doctor's point of view]. *Orv Hetil.* 2017; 158(36): 1426–1431.

(Beérkezett: 2017. július 3.; elfogadva: 2017. augusztus 3.)

A gyászfeldolgozó csoportokkal dolgozó szakemberek a komplikált gyással – korábbi, stigmatizáló terminológiával: patológiás vagy torzult gyással – küzdők legkülönbébb hiány- és veszteségtapasztalatainak manifesztumaival találkoznak. Komoly szakmai kihívás, sőt inkább komplex feladat- és problémakör az ellátó orvosnak diagnosztizálni a komplikált gyászt, a gyászfeldolgozó csoportok vezetőinek pedig a csoportdinamika ívét fenn-

tartó foglalkozást tartani úgy, hogy sokszor rendkívül heterogén összetételű, igen eltérő veszteséggel és egyéni gyászhabitussal rendelkező egyének alkotják ezen ad hoc módon szerveződő közösségeket. Az önszolgáltató csoportok szervezői sok esetben laikus vagy sorstárs segítők, de megtalálunk a szervezők között mentálhigiénés szakembert, teológust, szociális munkást és pszichológusokat, egyetemi hallgatókat egyaránt. A szervezés szakaszában

olyan személyeket várnak a feldolgozócsoportba, akik elvesztették szerettüket, s úgy érzik, gondot okoz az elengedés, a búcsú, vagy éppen fájdalommal nem szeretnének egyedül maradni. E csoportok általában 10–12 alkalomra ad hoc módszerrel szerveződnek, legtöbbször igen sokszínű a veszteségélményt átélt résztvevők halmaza. Heterogén összetételű csoportot (nemek szerint, átélt veszteségtípus szerint stb.) szerveznek a legtöbben, de prae- és perinatalis veszteség esetén gyakori a tematikus csoport is. A csoport első két alkalomával lehetőség van a csatlakozásra, az ezt követő 10 alkalommal zárttá válik a csoport, hogy a bizalom létrejötte is enyhíthesse a fájdalmat, amely a veszteséggel jár együtt. Első olvasatra két egymástól eltérőnek tűnő esetleírással arra igyekszem rávilágítani, milyen sokféle olyan helyzet adódhat a praxisban, amikor a problémaérzékeny orvos segítségére lehet a gyász fájdalmától szenvedő betegnek.

A téma honi és nemzetközi szakirodalma széles körű, a teljesség igénye nélküli felsorolással: 2017-ben megjelent szakkönyvében *Hegedűs Katalin* hosszú évtizedek betegágy mellett töltött gyakorlati és elméleti tapasztalatait vegyíti az orvosképzésben töltött oktató-kutató tapasztalathalmazával, s kiegészíti ezt számos szakkutatás eredményének feldolgozásával és értékelésével. Egyszerű summázata lenne a *Létezik-e jó halál?* [1] című kötet tartalmi ismertetésének, hogy „a jó halál éppen olyan, mint amilyenek a haldokló szeretné”, de a jó halál keveseké – Hegedűs szerint. Ennek pedig számos oka van: a haldokló és/vagy családjának hátrító magatartása, azon társadalmi tabuk és stigmák, amelyek az elmúlással és haldoklóval, s mi több, a gyászolókkal is kapcsolatosak. Erre a hátrító mechanizmusra, családi és társadalmi tabura is fogok utalni az egyik alább bemutatott eset kapcsán. *Pilling János* 2008-ban közölt „Rossz hírek közlése” [2] című tanulmánya és *A gyász* [3] címet viselő kötete a hazai szakirodalom legkurrensebbjei közé tartozik, de a hazai tanatológiai szakkutatások iskolateremtő tudósának, *Polcz Alaine-nek* az írásai sem maradhatnak ki e cikk bevezetőjéből.

Következetesen használom a komplikált gyász fogalmát tanulmányomban, amelyet *Allen Wolfelt* használt először 1991-ben, s számos hazai és nemzetközi kutató árnyalta, gazdagította a fogalomkör használatát. *Lindemann* „Az akut gyász tünettana és kezelése” [4] című munkájában foglalta össze a gyász folyamatának állomásait, s használta a gyász munka megnevezést. A komplikált gyással küzdőket segítő feldolgozócsoportok létszáma a halottak napja és mindenszentek, valamint a karácsonyi ünnepkör közeledtével mindig emelkedik, ennek magyarázata nem csak és kizárólag az elhunytakra való emlékezéssel, a szeretet ünnepének eljövételével támasztható alá, hanem ott van a magyarázatok között a napsütéses órák számának radikális csökkenése, a téli idő beköszöntével felerősödő elmagányosodás érzésével megjelenő szezonális depresszió is. Tetten érhető ezen időszakban a gyászoló rendkívüli vulnerabilitása, dep-

resszióra való hajlama. *Kiss Kitty* 2003-as, *Depresszió és gyászreakció. A tüneti kép összehasonlítása, különös tekintettel a szuicid viselkedésre* című PhD-értekezésében [5] ad értő és problémacentrikus leírást arra vonatkozóan, hogy a diagnosztikai kritériumok között hogyan lehet különbséget tenni, s könnyebb megkülönböztetni a szezonális depressziót és a komplikált gyász tüneteit. *Kiss* értekezésében ekként foglalja össze a DSM-IV szerinti kritériumokat a gyász időszakában jelentkező major depresszió elkülönítésére a normál gyásztól:

„– arra vonatkozó büntudat, hogy a személy mit tehetett volna meg az elhunytért és mit nem tett meg;  
– a halállal kapcsolatos gondolatok másként jelentkezőnek, mint a túlélőknél általában, például neki vagy neki is meg kellett volna halnia;  
– értéktelenségérzés;  
– kifejezett pszichomotoros gátoltság;  
– hosszas, jelentős funkciózavarok;  
– inkább hallucinátoros élmények, szemben azzal a gondolattal, hogy hallja az elhunyt hangját, vagy futólag látni véli az elhunyt képmását” [5].

A két kórkép, a gyász és a depresszió között *Kaplan* [6] és *Viedermann* [7] az 1. táblázatban foglaltak szerint tesztelték különbséget.

A komplikált gyász fogalmának tárgyalásakor *Kiss* elgyúti a hazai és nemzetközi szakirodalom pszichoszoma-

1. táblázat | A gyász és a depresszió elkülönítése [6, 7]

Gyász	Depresszió
Normális mértékű identifikáció és enyhe fokú ambivalencia az elhunyttal kapcsolatban	Kóros túlazonosulás, fokozott ambivalencia és tudattalan düh az elhunyttal kapcsolatban
Sírás, testsúlyvesztés, csökkent libidó, szociális visszahúzódás, insomniá, a koncentrációképesség és a figyelem csökkenése	Hasonló tünetek
Az öngyilkossági gondolatok ritkák	Az öngyilkossági gondolatok gyakoriak
Az önvád az elhunyttal való bánásmódra irányul, nincs általános értéktelenségérzés	Az önvádolás széles körű, az egyén azt gondolja, hogy ő egészében rossz vagy értéktelen
A környezet empátiát, szimpátiát tanúsít	Gyakran ingerültséget, bosszúságot kelt az interperszonális kapcsolatokban
Az idő előrehaladtával a tünetek csökkennek. A gyászoló érzi, hogy a tünetek idővel enyhülni fognak. A javulás általában hat hónapon belül beavatkozás nélkül is megtörténik	A tünetek nem csökkennek, hanem egyre súlyosabbá válnak, s még évek múltán is jelen lehetnek. A depresszióban szenvedő ember úgy érzi, hogy tünetei sohasem fognak enyhülni
Fokozott fogékonyság testi betegségekre	Fokozott fogékonyság testi betegségekre
Megnyugtatóra, biztatásra reagál, szociális kapcsolatokba bevonható	Megnyugtatóra, biztatásra nem reagál, a szociális kapcsolatoktól elzárkózik
Antidepresszáns gyógyszerek nem segítenek	Antidepresszáns gyógyszerek segítenek

tikus tüneteinek felsorolását, osztályozásában a komplikált gyásznál felbukkanhat a veszteség tagadása, az érzelmek tagadása vagy kifejezési képtelensége, megjelenhet alvászavarok, izoláció, valóságérzékelési zavarok, depresszió, öngyilkosság, egyéb pszichiátriai, pszichoszomatikus és testi betegségek képében. A pszichoszomatikus betegségek közül a daganatos megbetegedéseket, magas vérnyomást, szív- és érrendszeri betegségeket, szerabúzust, ellenségességet, a reális értékítélet elvesztését és túlzott aktivitást említi [5].

Két esetismertetéssel arra igyekszem rávilágítani, hogy milyen fontos szerepe van a betegek nonverbális jelzéseire is szenzitív orvosnak – különösen a családorvosoknak – a komplikált gyász, a megrekedt gyászmunka időbeni felismerésében. Ugyanis a tajszámok mögötti egyéni traumákat és sorsokat, a betegek élet- és lakáskörülményeinek részleteit is ismerő gyógyítók katalizátorai lehetnek a megrekedt gyászmunka folytatásának, s számos pszichoszomatikus tünet mögött fedezhetik fel a valós traumatogén okot. Teszik mindezt már azzal a javaslatlással is, hogy sorstárs vagy laikus segítő, mentálhigiénés szakember vagy pszichológus, esetleg pszichiáter szakorvos által vezetett feldolgozócsoporthoz látogatását javasolják gyászoló betegeknek. Fontos rögzíteni, hogy a gyászfeldolgozó csoportok szervezőinek kapcsolatot kell(ene) ápolnia az alapellátásban dolgozókkal, hiszen az információáramlás és támogató lehetőségek megismertetése közös érdek, a kommunikációs csatornák pedig sok esetben nem alkalmasak arra, hogy ezen információt hitelesen eljuttassák az alapellátásban dolgozó szakemberekhez, ezáltal a segítő lehetőségek ismeretségi spektruma sem a legszélesebb. A tanulmányba emelt esetleírások saját gyászcsoporthoz vezető tapasztalatokból származnak, annak szereplői történetük közzétételéhez szóbeli beleegyezésüket adták, keresztneveiket az anonimitásra vonatkozó szabályok betartásának érdekében megváltoztattam.

## Esetismertetések

### *Első páciens – egy halott, háromszori temetés*

Ilona 73 éves özvegy, férjét 34 év házasság után, nyolc hónappal első találkozásunk előtt veszítette el. Bár jó mentális státuszú, hangulata az esti órákban romló tendenciát mutat, saját maga kérte felvételét a pszichiátriai osztályra. Elmondása szerint este rátör a gyász súlyos terhe és öngyilkossági fantáziái vannak, de szuicid kísérlete nem volt. A nyolc tagú feldolgozócsoporthoz passzív résztvevője volt, átélte veszteségéről és gyászáról alig beszélt, társait reakciómentesen hallgatta; a 12 ülésre tervezett csoportfoglalkozás első hét alkalomával szófukar volt. Általánosságok közzétételével igyekezett legitimálni a csoporttagságát, ügyelve arra, hogy konkrét információt ne osszon meg a csoporttal. (Ánnyit említett csupán, hogy férje betegségelözmény nélkül, hirtelen halt meg.) Heteroanamnézis felvételével, az öt látogató fiától lehetett tudni szocioökonómiai státuszát, amely a teljesség igé-

nye nélkül a következő: jó házasságban élt férjével, s bár közös gyermekük nem született, a nő előző házasságból származó fiúgyermekét nevelték közösen. A férj 10 évvel fiatalabb Ilonánál, s végtag-amputáció után egy fertőzés következtében halt meg, szemben a csoportban gyászoló nő által elmondott, betegségelözmény nélküli halállal. Az elhunyt férj és az özvegy közti különbséget tudva nem meglepő, hogy Ilona gyermeke alig hét évvel volt fiatalabb nevelőapjánál, s hiába volt 34 évig anyja társa a férfi, kapcsolatuk minősége nem patriarchális, inkább baráti volt. Ilona veszteség-közzétételében a nyolcadik foglalkozás hozott radikális változást, amikor két csoporttag között elhangzó dialógus egy kulcsszava, a 'halászlé' szó elhangzása indukálta a változást; mint egyfajta acting out, folyamatos, berekeszthetetlennek tűnő monológba kezdett, félbe is szakította társát. Impulzív monológjából kiderült, hogy házasságuk hosszú ideje alatt minden döntést egyedül hozott meg, kezelte a családi kasszát, minden hivatalos ügyet ő tartott kézben, míg férje a háztartást vezette, a karácsonyi menü elkészítése is a férj feladata volt. Történetének részletgazdag elmesélését követően büszkén kitért arra, hogy őrzí férje félig megfejtett keresztretjvényét, pizsamáját, dohánytárcáját és olvasószemüvegét annak kedvenc fotelje mellett, a polcon. Mindent úgy hagyott, ahogyan azt férje odatette. Itt elvágólag megszűnt a történetmesélés. Átadta a szót csoporttársainak, s kérte, senki se kommentálja az általa elmondottakat. A csoporttal a következő összejöveteleken szóba került az emlékezés kereteinek kialakítása, jelen esetben 'memory box' és a levélírási technika (elhunytak szóló levél) megvalósításával, ám a memory box ötlete Ilonánál merev elutasításba ütközött, ugyanis családtagjaival több konfliktusa volt abból, hogy a nagy műgonddal konzervált 'mauzóleumi sarokban' bármit elmozdítottak abból a helyzetből, ahogyan azt az elhunyt hagyta. A nemzetközi szakirodalom e jelenséget mumifikációnak nevezi [8], a komplikált gyász egy megnyilvánulási formájának tartja. Terápiás tanács tehát a gyászföldolgozást segítő memory box készítése, amelyben helye lehet akár az elvesztett hozzátartozó személyes tárgyainak, jelen esetben az elhunyt szemüvegének, be nem fejezett keresztretjvényének és cigarettásdobozának, s előnye továbbá az is, hogy bármikor elővehető, a gyászolt rokon emléke földidézhető, ám nem traumatizálja a családtagokat. A csoportban egyre inkább megnyíló nő elmondta családorvosával meglévő – általa kivételesen bizalminak nevezett – nexusát, valamint azt, hogy valójában a doktornő tanácsára jár gyászfeldolgozó csoportba, s a doktornő az öngyilkossági fantáziáinak hátterében a magányát sejtí. Teszi ezt a betegek szervi tüneteinek túli problémáira is fogékony, betegekkel élő kapcsolatot ápoló, a rájuk szánt minőségi időre figyelmet fordító családorvos, aki tud a gyászfeldolgozó csoportok létéről, s szükség esetén ezeket ajánlja is betegeinek. Ilonának ugyanis egy ponton megrekedt a gyászmunkája, s a nyolcadik csoportfoglalkozásig inkubálta és gátolta annak verbalizálását, hogy családja körében nem volt szo-

kás a gyász megélése, és az erről való beszéd, a halál témája tabu volt [1].

A tanatológia nemzetközi esetismertetésében néhány helyen találni utalást az elhunyt és a gyászoló hozzátartozó efféle kapcsolattípusánál az elhunyt nyughelyével ápolts ambivalens viszonyra (azaz napi sírkertbe járás, élőszzerű öndialógus a sírhanthall, étel sírkőre helyezése stb.), így Ilonánál irányított kérdésekkel – de figyelve arra, hogy ne legyen retraumatizáló a beszélgetés sem az ő, sem más csoporttagok számára – a dialógust ebbe az irányba igyekeztem terelni. Kiderült eközben, hogy az asszony folyamatos gondoskodási kényszerben éli mindennapjait házassága első évétől kezdődően; akkor tartja magát fontosnak, ha egy nála elesettebről gondoskodhat. Férje halála után újratemetési gesztusaival érezte szükségét „gondoskodnia” az elhunytól. Mi sem jelzi ezt jobban, mint hogy az első nyughelyet azért nem találta megfelelőnek, mert gazos volt a sírhantig vezető út. Ezt követően méltatlannak érezte, hogy a sírásók mellett csak ő volt ott az urna kihantolásakor és újratemetésekor, s a pap és a szűkebb hozzátartozók nem kísérték utolsó útjára néhai férjét. Arra az elhatározásra jutott, hogy a gyászolókat meghívja a harmadik temetésre, s újabb ceremóniát szervezett. A korábban kommunikált gyászteher azonban ettől kezdve már nem verbalizálódott, az asszony „önmantrázó” mondatai a következők lettek: „Találnom kell egy embert magam mellé.” Úgy vélem, az újratemetésekkel kapcsolatos történetes felfejtése a gyászmunka folytatásának letéteményese lett, s a trauma a feldolgozási szakaszba lépett. Remélhetőleg a közeljövőben pedig a poszttraumás növekedés [9] is kezdetét veheti majd. Ilona ugyanis férje nyughelyét azért bontatta fel és temettette el a hamvakat újra és újra, mert énkonstrukciójának hálóján keletkezett seb férje halálával: nem érezte többé hasznosnak és nélkülözhetetlennek magát. A szakirodalomban megjelenik ilyen esetekre a terápiás háziállat (kutya) javaslata a gyászoló számára, de Ilonának ez nem volt opció, komplexebb gondoskodási feladat az, ami elmondása szerint újból képes lehet megkonstruálni személye szükségességét. Sajnos e pontig a gyászban való személyiségfejlődési lehetőségét sem lehetett tetten érni nála, hiszen veszteségélménye komplexebb egy hozzátartozója elvesztésénél: az ő személyiségkonstrukciója fog szétesni laikus öndiagnózisa szerint, már verbalizálja azt is, hogy saját magát is gyászolja özvegyi státusza mellett. A gyászfeldolgozó csoport munkáját befejeztük, de az osztály munkatársaitól visszajelzést kaptam hetekkel később: Ilona otthonába fogadta a krónikus osztály egy demens férfibetegét az idős férfi hozzátartozóinak támogatásával, azóta nem jár be az osztályra, gyógyszerzedését családorvosa támogatásával felfüggesztette. Annak megítélésében nehéz döntésre jutnom, hogy ez a gyászban való személyiségfejlődés megjelenése, vagy inkább a gondoskodás új személyre történő áthelyezésének manifesztuma. Véleményem szerint inkább az utóbbi, hiszen a feldolgozócsoporthoz tartozó segítő beszélgetések, az osztályon dolgozó pszichi-

áterrel való egyéni terápia nem vezetett eredményre, sokkal inkább az volt támogató, ha a beteg újból a számára biztonságot jelentő közegbe „helyezte magát”.

Bár a fent bemutatott eset kapcsán a gyásztámogatás keretei meglehetősen korlátozottak voltak, a gyászoló nő családorvosával sikerült egy olyan terápiás csapat létrehozni (családorvos, pszichiáter és gyászcsoporthoz vezető), ahol a társas támogatásra és a gyászfeldolgozó csoportra a családorvos hívta fel a gyász fájdalmától szenvedő beteg figyelmét. Kiemelendő tehát, hogy a beteg meta-kommunikációjára szenzitív doktorok szerepe rendkívüli annak időbeni diagnózisában, hogy a gyászolóknak segítségre van szükségük, gyászmunkájuk megkezdte. A csoporttagok párbeszéde pedig gyújtópontja lett a gyászoló eddig gátolt megnyilatkozásának, amelynek során eljutott annak felismeréséig, hogy mi akadályozza őt újból önmagára találásában. Természetesen mindemellett szükséges rögzíteni, hogy a gondoskodási kényszerben élő asszonynak számos más lehetősége is lett volna arra, hogy hasznosnak és tevékenynek érezze magát, s ennek támogatására egy egyéni, s hosszabb segítő beszélgetésekre való nyitottsága esetén akár lehetősége is nyílt volna, de erre a férfi magához fogadását követően már nem volt fogadókész. A gyászcsoporthoz a cél a megkezdett gyászmunka folytatására irányuló kísérlettel, s Ilona esetének e tanulmányba emelése kapcsán pedig annak hangsúlyozása, hogy a kezelőorvosok gyászcsoporthoz tartozó tudása hihetetlen szupportív erővel bír.

### *Második páciens – sírhely a kertben*

Andrea egy országhatárhoz közeli település lakója, ötven éves éveinek közepén jár. Alvászavarától és rossz kedélyállapottól évek óta szenved, huzamosabb ideje altatóval tud csak aludni. Egy helyettesítő orvos látta el otthonában eszméletvesztése miatt a gyászcsoporthoz tartozó hónapban, az ő javaslatára keresett egy gyászfeldolgozó csoportot. Bemutatkozásakor elmondta: húsz évvel ezelőtt tizenéves fiúgyermeké fulladt meg úszás közben, őt gyászolja férjével közösen. Másik gyermeke, véleménye szerint, nem vesz tudomást elhunyt testvéréről. Andrea szerint „törölte” testvére emléket, saját gyermekeinek el sem mondta, hogy volt egy testvére. Kezdetét vette a közös munka, a csoport megindult a közös úton. A feldolgozócsoporthoz tartozó munka során egy terápiás eszköz, amikor a szakemberek azt tanácsolják a gyászolóknak: írjanak elhunyt hozzátartozójuknak szóló levelet megszólítással, élőszzerűen, mintha a megszólítottnak életében írta volna, s a címzett megkaphatná, elolvashatná. Ezt kértem én is a csoporttól, s a feladatleírás fontos része volt még, hogy a ’mit mondtam volna el még neked’, ’miért kérek tőled bocsánatot’ vagy ’mit szeretnék, hogy tudj’ gondolatok közlése se maradjanak ki. Lehetőség szerint szerettük nyughelyén olvassák föl a csoporttagok a levelet, legyen az temetői sírhant vagy a szimbolikus búcsú helyszíne: vízpart vagy kedvenc kirándulóhely. A levelet felolvasása



(értsd: eljuttatása) után semmisítsék meg, mivel az üzenet célba ért [10]. E csoportfeladat kitűzését követő alkalommal társaik előtt többen beszámoltak élményeikről. Ilyenkor számos szkeptikus is pozitív élményként értékelte a levél megírását, majd a sírkertben való felolvasását. Andrea is elmesélte a levél felolvasásának személyes történetét, de történetmondásában sírkerttről nem esett szó, mondataiban a kert és otthon szavak szerepeltek feltűnően sokszor. Ekkor pedig a gyászcsoporthoz vezetőjeként előttem is világossá vált a helyettesítő családorvos motivációja, miért javasolta Andreának a tapintatos doktor a gyászcsoporthoz látogatását. Ugyanis a nő otthonában szerzett olyan információ birtokában volt a doktor, ami bár Andrea számára evidens, a gyász és túlélő gyermekével kapcsolatos konfliktusa kapcsán eddig nem kommunikálta senkinek sem. Elhunyt tinédzser fia hamvait a kertjük közepén őrizte egy kőhalom, mint síremlék, éppen a kerti hinta és homokozó mellett. A többi családtag otthoni nyughelyhez való viszonyára irányuló implicit kérdéskérdések, a szimbolikus búcsú és elengedés kérdéseinek közös, olvasmányélmények alapján való csoportbéli tárgyalása pedig jó irányba terelte a történéseket. Felismerésre és családi döntésre sarkallta a családot: az utolsó foglalkozáson Andrea elmondta, hogy aznap volt a fia urnájának a nagyszülők sírboltjába helyezése, amelyet gyermeke magából kitörő zokogással, testvére gyászának megélésével élt át. Ez volt az eset jó irányba fordulásának pontja, ugyanis fontos rögzíteni, hogy az elhunyt hozzátartozó földi maradványaival kapcsolatos kérdések, az otthoni urnaőrzéssel vagy akár temetőválasztással kapcsolatos eltérő viszonyulások komoly konfliktusforrások lehetnek családon belül is. Hiszen a gyermekkorú testvérnek a tragédia idején még nem volt beleszólása abba, hogy szülei elhunyt fiútestvére hamvait hol helyezik örök nyugalomra, de felnőttként már dönthetett afelől, hogy saját gyermekeit hintáztatja-e sírhant melletti hintán a nagyszülők meglátogatásakor, s elmondja-e kisgyermekének, hogy a nagymama miért visz virágot arra a kőhalomra, s miért nem szabad annak környékén hangoskodni, a kövekkel játszani. Ebben az esetben az otthoni hamvak őrzése tényének felismerése lehetett elindítója a segítő folyamatba való bekapcsolódásnak, hiszen az otthoni urnaőrzéssel kapcsolatos ambivalens viszonyulásokra a fenti eset kapcsán az anyát otthonában ellátó orvos figyelt föl. Számos haláleset kapcsán találkozunk azzal a helyzettel, hogy a veszteséget átélő hozzátartozók családorvosuk segítségét és véleményét kéri a temetéssel és gyászszal kapcsolatosan. Az érzékeny téma felszínre kerülésekor fontos felhívni a gyászolókat figyelmét egyfajta jó gyakorlatként arra, hogy az otthoni urnaőrzés vagy eltemetés milyen következményekkel járhat. Megemlítendő, hogy kívánatos a rokonok és barátok részére a kegyeletgyakorlás biztosításának a lehetősége, valamint az is, hogy a gyászfeldolgozás során milyen nehézségeket jelenthet az e temetési forma melletti döntés.

## Megbeszélés, összegzés

Úgy vélem, a gyásztámogatás és feldolgozócsoporthoz csupán néhány aspektusára tértem ki e cikkben, de a két eset ismertetése rávilágít arra, hogy a gyásztámogatás nem működhet a családorvosi rendszer támogató tevékenysége nélkül. A vizsgálatom homlokterében lévő esetek arra világítottak rá, hogy a fókuszban lévő orvosok számos, az alapellátást kiegészítő tevékenységet végeznek, és óriási szerepet vállalnak a mentális problémák feltárásában, a terápiás lehetőségek megismertetésében. A komplikált gyászra utaló tüneteket *Kiss Kitty* alaposan tárgyalja [5], s e kórkép gyanúja esetén számos segítő lehetőség kínálkozik: praenatalis és perinatalis veszteséget átélő szülők számára a PIC-centrumok mellett működnek speciális feldolgozócsoporthoz, s az e témával foglalkozó társadalmi szervezetek száma is gyarapodik (Angyalok szülei program). Vallásos gyászolók ma már több felekezetben találnak szakképzett lelki segítőket, gyászszal foglalkozó egyházi személyt, ugyanis több egyház hirdeti teológusainak egyetemi kutatóhelyek által szervezett gyász- és lelki segítői képzéseket. De felekezeti hovatartozástól független feldolgozócsoporthoz is több szinten szerveződhetnek: laikus és sorstárs segítőket, úgynevezett önkéntes gyászcsoporthoz vezetőket is tartanak csoportos foglalkozást, s mentálhigiénés szakemberek, tanatólogiával foglalkozó kutatók, pszichológusok is szerveznek gyászolóknak hirdetett csoportokat. Komplexebbnek tűnő gyásztrauma esetén pedig klinikai szakpszichológusok és gyászterapeuták, pszichiáter szakorvosok foglalkoznak a gyászolókkal. Mint a fenti két eset ismertetéséből is látszik: a betegek szervi tüneteinek túlélésére, sorsukat, a betegek körülményeit is ismerő gyógyítók katalizátorai lehetnek a megrekedt gyászmunka folytatásának, s számos pszichoszomatikus tünet mögött fedezik fel a valós traumatogén okot.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása és a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekeltségek:* A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

## Irodalom

- [1] Hegedűs K. Is there a good death? [Létezik-e jó halál?] Oriold és Társai Kft., Budapest, 2017; 7–15. [Hungarian]
- [2] Pilling J. Reporting bad news. In: Pilling J. (ed.) Medical communication. [Rossz hírek közlése. In: Pilling J. Orvosi kommunikáció.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2008; pp. 306–334. [Hungarian]
- [3] Pilling J. (ed.) The grief. [A gyász.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2003. [Hungarian]
- [4] Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 151(6 Suppl): 155–160.
- [5] Kiss K. Depression and grief-reaction. Symptomatology comparison especially of suicidal symptoms. PhD Thesis. [Depresszió

és gyász-reakció. A tüneti kép összehasonlítása, különös tekintettel a szuicid viselkedésre. PhD-tézis.] Semmelweis Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskolája, Budapest, 2003. [Hungarian]

- [6] Kaplan HI. Bereavement and death. In: Kaplan HI (ed.) Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. Lippincott, Williams & Wilkins, Oxford, 1990; pp. 220–222.
- [7] Viedermann M. Grief: normal and pathological variants. Am J Psychiatry 1995; 152: 1–4.
- [8] Devan GS. Management of grief. Singapore Med J. 1993; 34: 445–448.
- [9] Calhoun LG, Tedeschi RH. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun LG, Tedeschi

RG. (eds.) Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Psychology Press, New Jersey, 2006; pp. 3–23.

- [10] Zelena A. Mourning techniques and end-of-life planning. [Rózsadombról albérletbe: Gyászföldolgozási technikák és életvégi tervezés.] Mindennapi Pszichológia 2016; 8: 54–55. [Hungarian]

(Zelena András dr.,  
Budapest, Diósy Lajos u. 22–24., 1165  
e-mail: dr.zelena@gmail.com)

Az Orvosi Hetilap 2017, 158, 1239. oldalán (31. szám) megjelent OH-kvízre három helyes megfejtés érkezett.

A beküldők: Dr. Bíró László (Budapest), Dr. Janik Leonárd (Budapest) és Dr. Somogyi Erzsébet (Miskolc).

A nyerteseknek szívből gratulálunk.

A nyereményüket – egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupont – e-mailen küldjük el.

## NOTA

### Új fejlesztés az egészségügyben dolgozók, tanulók részére!

#### A magyar nyelvű szakirodalmi keresőszolgáltatás

##### Mi a NOTA?

Napivizit Orvosi Tudástár Alkalmazás

##### Mit tud a NOTA portál?

Megkönnyíti a magyar nyelvű szakirodalmi források keresését.

Eszköztől függetlenül, akár okostelefonról, a betegágy mellett állva is használható.

##### Miben kereshet a NOTA-val?

Az Akadémiai Kiadó folyóirataiban: Orvosi Hetilap, Magyar Sebészet, Mentálhigiéne és Pszichoszomatika.

Más kiadók magyar nyelvű szakfolyóirataiban: pl. Lege Artis Medicinae, Hypertonia és Nephrologia, Ideggyógyászati Szemle.

A hatályos szakmai irányelvekben.

Magyar nyelvű kérdésekre adott angol nyelvű találatokban, a PubMeden.

nota.hu

Amennyiben további információra lenne szüksége, keressen minket elérhetőségeinken:  
[journals@akademai.hu](mailto:journals@akademai.hu) / [hirdetes@akademai.hu](mailto:hirdetes@akademai.hu)



**Akadémiai Kiadó**  
A Wolters Kluwer Csoport tagja

1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 21–35. / Telefon: (1) 464-8246  
[www.akademai.hu](http://www.akademai.hu) / [www.akademai.com](http://www.akademai.com)



AKADÉMIAI KIADÓ